

**T.C.**  
**ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ**  
**ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI**  
**ANABİLİM DALI**

**DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU TANILI ÇOCUK**  
**VE ERGENLERDE METİLFENİDAT TEDAVİSİ'NİN AKRAN**  
**ZORBALIĞI'NA ETKİSİNİN İNCELENMESİ**

**UZMANLIK TEZİ**  
**Dr. Tolga KARAOSMAN**

**SAMSUN**

**2018**



**T.C.**  
**ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ**  
**ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI**  
**ANABİLİM DALI**

**DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU TANILI ÇOCUK**  
**VE ERGENLERDE METİLFENİDAT TEDAVİSİ'NİN AKRAN**  
**ZORBALIĞI'NA ETKİSİNİN İNCELENMESİ**

**UZMANLIK TEZİ**  
**Dr. Tolga KARAOSMAN**

**TEZ DANIŞMANI**  
**Yrd. Doç. Dr. Yusuf Yasin GÜMÜŞ**

**SAMSUN**

**2018**

## TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince bilgi ve tecrübelerinden çokça faydalandığım, her daim ve her koşulda öğrenmeye, araştırmaya, bilgiye olan aşkı ve bu uğurdaki destek ve yol gösterici tavırları ile ufkumu açan, mesleğim adına örnek aldığım saygıdeğer hocam ve anabilim dalı başkanımız Prof. Dr. Koray Karabekiroğlu'na,

Tez çalışmam başta olmak üzere asistanı olduğum süre boyunca benden ilgi ve yardımını esirgemeyen, sabır ve içtenlikle yolumu aydınlatan, her daim beni yüreklendiren ve ömür boyu da öyle olacağını umduğum, kendisinden çok şey öğrendiğim kıymetli hocam tez danışmanım Yrd. Doç. Dr. Yusuf Yasin Gümüş'e,

Kendisiyle tanıştığım andan itibaren, çocuk ve ergen psikiyatristi olmanın her şeyden öte bir sevgi, şefkat ve fedakarlık mesleği olduğunu hissetmemi sağlayan, asistanlık sürem boyunca hekimlik yaşamım dışında da desteğini ve kıymetli deneyimlerini benden esirgemeyen değerli hocam Doç. Dr. Gökçe Nur Say'a,

Çocuk Nörolojisi rotasyonum boyunca bilgi ve tecrübelerinden faydalandığım ve pek çok hastamız için görüş alışverişinde bulunduğum değerli hocalarım Prof. Dr. Haydar Ali Taşdemir ve Prof. Dr. Ömer Faruk Aydın'a,

Psikiyatri rotasyonum başta olmak üzere tüm asistanlık hayatım boyunca, mesleğimizin temel ilkeleri ve hastalara yaklaşım konusunda örnek aldığım Prof. Dr. Ahmet Rifat Şahin'e; desteğini, yakınlığını ve güler yüzünü benden hiçbir zaman esirgemeyen ve her daim kapısını çalıp rahatlıkla hekimlik ve yaşama dair tecrübelerinden faydalanabildiğim Prof. Dr. Hatice Özyıldız Güz'e; yardımseverliği ve her daim yanımızda oluşu ile asistanlarına mesleki dayanışmayı öğreten Prof. Dr. Ömer Böke'ye; psikiyatri ve psikoloji üzerine olan keyif dolu sohbetlerinden istifade ettiğim ve bilişsel davranışçı terapiler başta olmak üzere kendisinden pek çok şey öğrendiğim Doç. Dr. Gökhan Sarısoy'a;

asistanlarına olan güler yüzü ve kendisine yakınlık duymamızı sağlayacak enerjisi ile birlikte çalışabilmiş olmayı arzu ettiğim Doç. Dr. Aytül Karabekiroğlu'na ve çok yakın zamanda emekli olarak fiilen aramızdan ayrılıp bizleri üzse de, neşesi, hayat dolu olması ve nükteleriyle kendisini çok sevdiğimiz Prof. Dr. Ali Cezmi Arık'a,

Kendileri ile aynı zamanlarda aynı yollardan geçmekten ve görev paylaşımında bulunmaktan keyif aldığım, özellikle tez çalışmam süresince kendilerinin de benzer zorlukları yaşadıklarını bildiğim ve kıymetli tecrübelerinden istifade ettiğim, eş kıdemli asistan ve uzman çocuk psikiyatristi aday arkadaşlarım Dr. Armağan Aral ve Dr. Cansu Çobanoğlu'na,

Asistanlığım boyunca birlikte çalışmaktan keyif aldığım, mesleğimiz adına en çok verim aldığım tartışmaları yaptığım, desteklerini her daim hissettiğim ve çalışma hastalarımın temini konusunda yanımda olan tüm asistan arkadaşlarıma,

Tüm asistanlık sürecim boyunca, hastalarımın psikometrik açıdan değerlendirilmeleri konusunda yardım aldığım ve her daim güler yüzü, sıcaklığı, ilgili ve destekleyici tavırları ile iş arkadaşından öte bana bir abla olan Uzman Psikolog Tülay Keskin Çalık'a,

Uzmanlık eğitimim ve tez çalışmam sırasında sadece psikiyatrik hastalıkları değil, hayata dair pek çok konuyu sorgulatan, öğrenmemi sağlayan ve uzman doktor olmamda katkılarını yadsıyamayacağım hastalarım ve onların ailelerine,

Hayatta karşılaştığım tüm zorluklarda yanımda olan, desteklerini benden hiçbir zaman esirgemeyen, en kötü ve başarısız hissettiğim anlarımda dahi bana olan güvenlerini asla yitirmeyerek beni cesaretlendiren ve tekrar toparlanmamı sağlayan, bugünlere gelmemde sonsuz emekleri olan, varlık sebebim ve haklarını asla ödeyemeyeceğim sevgili annem Zehra Karaosman ve sevgili babam Hasan Karaosman'a; yoğun geçen eğitim öğretim hayatım sebebiyle arzu ettiğim kadar vakit geçiremediğim, gerekli ilgi ve yakınlığı gösteremediğim fakat kendisinin bana olan desteğini, inancını ve her daim arkamda oluşunun güvenini hissettiğim,

doğruluğu, dürüstlüğü ve kişiiliği ile hep gururlandığım, ailemin bana en kıymetli hediyesi ve emaneti olan sevgili kardeşiim Kaan Karaosman'a,

Hayatımın her alanında olduğu gibi hekimlik yaşamım ve özellikle tez çalışmamda bana yardımcı olan; insana, sevgiye ve iyi olmaya dair kendisinden çok şey öğrendiğim; birlikte geçirebileceğimiz zamanlardan feragat etmenin dışında ilgisini, sevgisini, desteğini ve dualarını hiçbir zaman benden esirgemeyerek tez çalışmama yardımcı olan; yanında huzur bulduğum biricik sevdiğim, sevdiceğim, sevgili nişanlım Dr. Gnel Rasulova'ya sonsuz teşekkürlerimi sunarım.



# İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR .....	3
İÇİNDEKİLER .....	6
TABLolar DİZİNİ .....	8
KISALTMALAR DİZİNİ .....	9
ÖZET .....	11
ABSTRACT .....	13
1. GİRİŞ .....	15
2. GENEL BİLGİLER .....	18
2.1. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu .....	18
2.1.1. Tanım ve Tarihçe .....	18
2.1.2. Epidemiyoloji .....	20
2.1.3. Etyoloji .....	21
2.1.4. Tanı ve Klinik Özellikler .....	29
2.1.5. Ayırıcı Tanı ve Eş Tanılar .....	36
2.1.6. Tedavi .....	40
2.2. Akran Zorbalığı .....	45
2.2.1. Tanım ve Tarihçe .....	45
2.2.2. Epidemiyoloji .....	49
2.2.3. Zorba ve Kurbanların Özellikleri .....	53
2.2.4. Akran Zorbalığının Değerlendirilmesi .....	58
2.2.5. Akran Zorbalığının Meydana Geldiği Yerler .....	59
2.2.6. Akran Zorbalığının Sonuçları .....	60
2.3. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Akran Zorbalığı .....	62
2.4. Amaç ve Hipotezler .....	65
3. YÖNTEM ve GEREÇLER .....	66
3.1. Araştırma Grubunun Oluşturulması .....	66

3.2. Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri .....	66
3.3. Çalışmanın Dışlama Kriterleri .....	67
3.4. Çalışma Deseni.....	67
3.5. Gereçler .....	68
3.5.1. Sosyodemografik Veri Formu .....	68
3.5.2. Conners Ebeveyn Derecelendirme Ölçeği .....	68
3.5.3. Conners Öğretmen Derecelendirme Ölçeği .....	69
3.5.4. Akran Zorbalığı Ebeveyn Bildirim Formu .....	69
3.5.5. Akran Zorbalığı Öğretmen Bildirim Formu .....	69
3.5.6. Olweus Öğrencilerde Akran Zorbalığı Anketi .....	70
3.5.7. Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi – Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli – Türkçe Versiyonu (ÇDŞGÇ-ŞY-T) .....	70
3.6. Güç Analizi ve İstatistiksel Analiz .....	71
3.7. Etik Kurul Onayı .....	71
4. BULGULAR .....	72
4.1. Sosyodemografik Özellikler .....	72
4.2. Klinik Özellikler.....	78
5. TARTIŞMA.....	92
6. KISITLILIKLAR.....	108
7. SONUÇ ve ÖNERİLER.....	109
8. KAYNAKLAR .....	111
9. EKLER.....	126



## TABLolar DİZİNİ

Tablo 1. DSM-IV-TR'ye göre DEHB Tanı Kriterleri.....	30
Tablo 2. Hastaların sosyodemografik verileri .....	73
Tablo 3. Hastaların sosyodemografik verilerinin akran zorbalığı gruplarında dağılımı .....	74
Tablo 4. Hasta ve ailelerine ait bazı özelliklerin Akran Zorbalığı grupları arası dağılımı .....	76
Tablo 5. Hastalara ait bazı özelliklerin cinsiyetler arası dağılımı .....	77
Tablo 6. Hastaların DEHB alt tipleri .....	79
Tablo 7. Hastaların komorbid psikiyatrik tanıları.....	79
Tablo 8. DEHB alt tiplerinin cinsiyetler arası dağılımı.....	80
Tablo 9. Komorbid psikiyatrik tanıların cinsiyetler arası dağılımı .....	81
Tablo 10. Tedavi öncesi Conners Ölçekleri alt parametre puan ortalamaları .....	82
Tablo 11. Tedavi öncesi ve sonrası CEDÖ ve CÖDÖ verileri .....	83
Tablo 12. Tedavi öncesi ve sonrasına ait akran zorbalığı verileri.....	84
Tablo 13. Olweus Öğrencilerde Akran Zorbalığı Anket verileri cinsiyetler arası dağılımı ...	85
Tablo 14. Tedavi öncesi Akran Zorbalığı grupları ve türlerinin cinsiyete göre dağılımı .....	86
Tablo 15. Tedavi öncesi ve sonrası Akran Zorbalığı türlerinin cinsiyete göre dağılımı .....	88
Tablo 16. Akran zorbalığı gruplarının tedavi sonrası durumları .....	89
Tablo 17. DEHB alt tipleri ve komorbiditelerin akran zorbalığı gruplarında dağılımı .....	91

## KISALTMALAR DİZİNİ

**AB:** anne baba

**Ank. B:** anksiyete bozukluğu

**AZ:** akran zorbalığı

**BAB:** bipolar affektif bozukluk

**CEDÖ:** conners ebeveyn derecelendirme ölçeği

**CÖDÖ:** conners öğretmen derecelendirme ölçeği

**DA:** dopamin

**DAT:** dopamin taşıyıcı

**DB:** davranım bozukluğu

**DBH:** dopamin beta hidroksilaz

**DE:** dikkat eksikliği

**DEHB:** dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu

**DEHB-DE:** dikkat eksikliğinin önde geldiği dikkat eksikliği hiperaktivite b.

**DEHB-HD:** hiperaktivite dürtüsellüğün önde geldiği dikkat eksikliği hiperaktivite b.

**DEHB-B:** bileşik tip dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu

**DRD4:** dopamin reseptör 4

**DRD5:** dopamin reseptör 5

**DS:** davranım sorunu

**DSM:** diagnostic and statistical manual of mental disorders

**EEG:** elektroensefalogram

**EKG:** elektrokardiyogram

**FDA:** amerikan gıda ve ilaç dairesi  
**FMRI:** fonksiyonel manyetik rezonans görüntüleme  
**HD:** hiperaktivite dürtüsellik  
**HTR1B:** serotonin reseptör 1B  
**ICD:** international classification of diseases  
**K:** kurban  
**KOKGB:** karşı olma karşı gelme bozukluğu  
**KY:** kaygı  
**MRG:** manyetik rezonans görüntüleme  
**NA:** nöradrenalin  
**ÖĞ:** öğretmen  
**ÖS:** öğrenme sorunu  
**PS:** psikosomatik  
**SNAP25:** sinaptozomal protein 25  
**SPECT:** tek foton emisyon bilgisayarlı tomografi  
**YDB:** yıkıcı davranım bozuklukları  
**YGB:** yaygın gelişimsel bozukluklar  
**Z:** zorba  
**ZK:** zorba/kurban

## ÖZET

**Amaç:** Literatürde, toplum örneklemelerine ek olarak DEHB tanılı hastalarda da akran zorbalığı oranlarına ilişkin veriler sunan tanımlayıcı çalışmalar bulunmaktadır. Kesitsel olarak tasarlanmış çalışmalarda, DEHB'ye yönelik ilaç alan ve almayan DEHB tanılı hastalar, akran zorbalığı davranışları açısından karşılaştırılmıştır fakat, DEHB tanılı çocuk ve ergenlerde DEHB tedavisi ile akran zorbalığının neden sonuç ilişkisinin ortaya konabilmesi için takip çalışmalarına ihtiyaç duyulmaktadır. Bu çalışmada; DEHB semptom şiddeti ile akran zorbalığı ilişkisinin ve DEHB tedavisinin akran zorbalığına olan etkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

**Yöntem:** 8-16 yaşları arasında DEHB tanısı konulup tedavide metilfenidat başlanan ve son birkaç ay içerisinde akran zorbalığı davranışlarına dahil olduğu tespit edilen 50 hasta ile çalışma tamamlanmıştır. Tedavi öncesi ve sonrası, DEHB semptom şiddetlerini ölçmek için Conners Ebeveyn ve Öğretmen Derecelendirme Ölçekleri ile akran zorbalığı durumlarını ölçmek için Olweus Öğrencilerde Akran Zorbalığı Anketi uygulanmıştır. Ardından, 3 ay ara ile elde edilen bu veriler karşılaştırılmış ve DEHB tanılı çocuk ve ergenlerde metilfenidat tedavisinin akran zorbalığı üzerine olan etkisi incelenmeye çalışılmıştır.

**Bulgular:** Tedavi öncesi ve sonrası, Conners Ebeveyn ve Öğretmen Derecelendirme Ölçeklerinin toplam ve tüm alt parametrelerine ait puanlarında istatistiksel anlamda fark tespit edilmiştir ( $p<0,001$ ). Tedavi öncesinde, CEDÖ-DS ( $p=0,004$ ), CEDÖ-HD ( $p=0,016$ ) ve CÖDÖ-DS ( $p=0,022$ ) alt parametre puanlarının, zorba ve kurbanlar arasında anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır. Tedavi öncesi ve sonrasına ait Olweus Öğrencilerde Akran Zorbalığı Anketi verilerine göre, zorba ( $p=0,008$ ) ve zorba/kurban ( $p=0,039$ ) olma oranlarında istatistiksel anlamda azalma saptanırken kurban olma oranlarında anlamlı farklılık bulunmamıştır.

**Sonuç:** Bu çalışmayla; DEHB tanılı çocuk ve ergenlerde CEDÖ-DS, CEDÖ-HD ve CÖDÖ-DS alt parametre puanlarının zorba olmayı öngörebileceği ve DEHB tanılı zorba ve zorba/kurbanların metilfenidat tedavisi sonucunda zorba olmaktan kurtulabileceği tespit edilmiştir.



## ABSTRACT

**Objective:** In addition to the society samples, descriptive studies presenting evidence concerning the rates of peer bullying among patients with ADHD are available in the literature. In cross-sectional studies, patients taking medication for ADHD or not but diagnosed with ADHD are compared in terms of peer bullying. Yet, there has been no longitudinal study conducted to see the peer bullying in this same group of patients before and after the treatment. Current study aims to investigate the relationship between the severity of ADHD symptoms and peer bullying as well as the effect of ADHD treatment on the peer bullying.

**Method:** 50 patients between the ages of 8-16 who are diagnosed with ADHD, started using methylphenidate for treatment and are observed to have been exposed to or displayed peer bullying behavior over the past few months were included in this study. In order to evaluate the severity of the ADHD symptoms, Conners Parent and Teacher Rating Scales were used while Olweus Bullying Questionnaire for students and parents and teachers peer bullying forms were employed to evaluate peer bullying in pre-treatment and after a three-month treatment period. Then, the results obtained in three months time were compared and the effect of methylphenidate treatment on peer bullying among the child and adolescent patients diagnosed with ADHD was investigated.

**Results:** In pre and post medication, statistically significant differences were found in the total scores of the CPRS and CTRS as well as the scores related to all sub parameters ( $p < 0,001$ ). In pre-medication, it has been found out that the scores of the sub parameters CPRS-Oppositional ( $p = 0,004$ ), CPRS-Hyperactive Impulsive ( $p = 0,016$ ) and CTRS-Oppositional ( $0,022$ ) are statistically significant between the bullies and the victims. According to the data driven from the Olweus Bullying Questionnaire for students, there is a statistically significant decrease between the ratios of being a bully ( $p = 0,008$ ) and bully/victim ( $p = 0,039$ ) in pre and post medication but no significant difference the ratios of being a victim.

**Conclusion:** Current study concludes that the scores concerning the sub parameters CPRS-Oppositional, CPRS-Hyperactive Impulsive and CTRS-Oppositional may predict

being a bully as well as bullies and bullies/victims diagnosed with ADHD can recover from being a bully following the metilfenidat treatment.



## 1. GİRİŞ

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB); ana belirtileri dikkat eksikliği, aşırı hareketlilik ve dürtüsellik olan ve sağlıklı gelişim gösteren yaşlılarına kıyasla bireyin dürtülerini kontrol edebilme ve dikkatini toparlayabilme becerilerinin daha düşük olmasına sebep olan, bu sebeple bireyin gelişimini sosyal, duygusal ve zihinsel alanlarda etkileyebilen, nörogelişimsel bir bozukluktur (1). Dünya genelinde çocukların %8-12'sini etkileyen DEHB, çocukluk çağında başlayan psikiyatrik bozukluklar arasında en sık görülenlerden ve çocuk psikiyatrisi alanında en çok araştırılmış bozukluklardan biridir (2).

DEHB'li çocukların pek çok alanda karşılaşılabileceği güçlükler arasında sosyal çevrede ve akran ilişkilerinde yaşanabilecek sorunlar önemli yer tutmaktadır. Akranlarınca dışlanma, iyi arkadaşlık ilişkileri kuramama, saldırganlık ve saldırgan tutumlara maruz kalma bu sorunlar arasında ilk planda sayılabilir (3). Bu bağlamda DEHB'li çocuklarda zorbalık davranışlarına dahil olma riski de artmaktadır (4).

DEHB' nin ilaçla tedavisinde ilk seçenek stimülan grubu ilaçlardır. 1960'lardan bugüne değin yaklaşık 3000 çocuğu kapsayan 350'den çok, iyi düzenlenmiş, plasebo kontrollü çalışma; stimülan grubu ilaçların DEHB'li çocukların yaklaşık % 75' inde dürtüselligi ve dikkatsizligi azalttığını, bu çocukların okuldaki davranışlarını ve okul başarısını olumlu etkilediğini göstermiştir (5). Stimülan grubu ilaçlarla tedavi sonucunda dürtüselligin azalmasinin, DEHB'li çocukların saldırgan davranış ve karşı olma belirtileri üzerine de olumlu etkileri olmakla birlikte akran ilişkilerini de olumlu etkilediği bildirilmiştir (6).

Akran zorbalığı, karşıya bilinçli bir şekilde zarar verme amacıyla, bir güç dengesizliği zemininde gelişen, tekrarlayıcı tarzda ve zamansal sürekliliği olan, saldırgan bir davranış şeklidir (7). Zorbalık; itmek, vurmak gibi fiziksel; küfür



etmek, lakap takmak, alay etmek, küçük düşürmek gibi sözel; dışlamak, oyuna almamak, tehdit etmek gibi ilişkisel; kızların eteklerini açmak, dokunmak gibi cinsel ve rahatsız edici SMS mesajları, e-mailler yollamak gibi sanal şekillerde olabilir (8, 9).

Akran zorbalığı yeni bir sorun değildir, fakat dünya genelinde 1970'lerde ülkemizde ise 2000'li yıllarda araştırılmaya başlanmıştır (10). Akran zorbalığının uluslararası yaygınlığı %9-54 arasında değişmektedir (11, 12). Ülkemizde yapılan çalışmalarda ise yaygınlığı %22-42 arası oranlar bildirilmektedir (10, 13).

Akran zorbalığı; vücut boyutları, yetersiz sosyal destek, düşük akademik başarı düzeyi, düşük sosyoekonomik seviye ve zayıf başa çıkma stratejileri gibi durumlarla ilişkilendirilmiştir (7, 14-16). Öte yandan psikiyatrik bozukluk tanılı çocukların zorbalık davranışına daha çok dahil olduğu gösterilmiştir (17). Eşlik eden DEHB'nin, akran zorbalığına dahil olma riskini artırdığı bildirilmektedir (18). İsveç'te yapılmış olan bir çalışmada, ilköğretim 4. sınıfa giden öğrenciler içerisinde DEHB tanılı olanların olmayanlara kıyasla 3 kat daha fazla zorbalık yaptığı ve 10 kat daha fazla zorbalığa uğradığı bildirilmiştir. Bu çalışmanın yazarları bu sebeple, zorbalığa dâhil olan çocukların DEHB tanısına sahip olup olmadıkları açısından değerlendirilmelerinin gerekli olduğunu vurgulamışlardır (4). Yine ilköğretim öğrencileri ile yapılmış olan başka bir çalışmada, zorbalık durumu, öz kontrol becerisi ve DEHB varlığı arasındaki ilişki araştırılmış. Çalışmanın sonucunda, öğrencilerde DEHB varlığı ile zorbalığa uğramaları arasında doğrudan bir ilişki bulunurken, öğrencilerde DEHB varlığı ile zorbalığa maruz kalma arasında öz kontrol yetersizliği üzerinden dolaylı bir ilişki bildirilmiştir (19).

Kesitsel olarak tasarlanmış bir çalışmada, DEHB'ye yönelik ilaç tedavisi almakta olan ve hiç ilaç tedavisi almamış olan DEHB'li gruplar akran zorbalığına uğrama açısından karşılaştırılmıştır ve iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (20). DEHB'li çocuklarda tedavi ile akran zorbalığının neden sonuç ilişkisinin ortaya konabilmesi için takip çalışmalarına ihtiyaç duyulmaktadır.

Bu çalışmayı yapmaktaki amacımız; DEHB semptomlarının şiddeti ile akran zorbalığının ilişkisini ve DEHB tedavisinin akran zorbalığına olan etkisini araştırmaktır.



## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

#### 2.1.1. Tanım ve Tarihçe

DEHB, çocuklukta başlayan ve temel belirtileri dikkat eksikliği, aşırı hareketlilik ve dürtüsellik olan, bireyin yaşamında sosyal, duygusal ve zihinsel alanlarda sorunlara ve ergenlik ve erişkinlik dönemlerinde farklı psikiyatrik problemlere sebep olabilen, nörogelişimsel bir bozukluktur (21). Dünya genelinde çocukların %8-12'sini etkileyen DEHB, çocukluk çağında başlayan psikiyatrik bozukluklar arasında en sık görülenlerden ve çocuk psikiyatrisi alanında en çok araştırılmış bozukluklardan biridir (2). Çoğu olguda belirtilerin erken çocukluk döneminde başlamasına rağmen tanı genellikle, öğrenim için gerekli olan dikkat süresi ve odaklanabilme becerisinin beklendiği ilkökul yıllarında konmaktadır (22).

DEHB hakkında ilk veriler 19. yüzyıla dayanmaktadır ve terminoloji yıllar içerisinde değişiklikler göstermiştir. İlk olarak 'çılgın budalalar (mad idiots)', 'fevri delilik (impulsive insanity)' ve 'yetersiz engellenme (defective inhibition)' gibi tanımlamalar kullanılmıştır. DEHB'ye ilişkin ilk yazılı kaynak, 1865 yılında Heinrich Hoffman tarafından yazılan hareketli ve yaramaz bir çocuğun anlatıldığı "Huzursuz Philip'in Öyküsü (the story of fidgety Philip)" adlı eserdir (23).

Tıp literatüründe ise ilk olarak 1902'de, İngiliz pediatri hekimi George Still'in 45 olgu hakkında gözlemlerinin yayınlandığı makalesinde; bu çocukların aşırı hareketli, dürtüsel, dikkat sorunlarıyla birlikte bir takım fiziki kusurlar ve öğrenme problemlerine de sahip olduğu bildirilmiştir. Bu yazıda, klinik tablo 'Beyin hasarı ya da zeka geriliğine bağlı olmayan dikkatsizlik ve dürtü kontrol bozukluğu' şeklinde adlandırılmıştır (21). Öte yandan 1908 yılında Tredgold, hiperkinetik çocuklarda davranış problemlerinin nedeninin erken gelişim

dönemlerinde farkına varılmayacak düzeyde oluşan beyin hasarlanması olduğunu söylemiş ve bozukluğun etiolojisindeki organik temele dikkat çekmiştir (24).

Birinci Dünya Savaşı sonrasındaki influenza pandemisi ve letarjik ensefalit epidemisinin ardından sağ kalan çocuklarda hastalıktan sonra ortaya çıkan aşırı hareketlilik, dürtüsellik, antisosyal davranışlar ve duygusal değişkenlik gibi belirtiler göze çarpmıştır. 1947’de Strauss ve Lehtren, ‘Beyin Hasarlı Çocukların Psikopatolojisi ve Eğitimi’ adlı eserlerinde, hiperaktivitenin, düşük engellenme eşiği ve dürtüsellüğün beyin hasarından sonra oluşan belirtiler olabileceğini iddia etmişlerdir. O yıllarda, beyin hasarı ile birlikte, algısal güçlükler ve davranış problemleri bütününe ‘minimal beyin hasarı sendromu’ ya da ‘Strauss sendromu’ denilmeye başlanmıştır. 1960’lı yıllarda Clements, öğrenme güçlükleri, hiperaktivite, bilişsel ve algısal güçlükler, atılganlık ve kısa süreli bellek bozukluğunu içeren bir grup belirtiyi ‘minimal beyin disfonksiyonu’ şeklinde adlandırmıştır (25).

DEHB’ye daha bilimsel bir kimlik kazandırabilmek amacı ile, 1965’de Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırılması-9’da (International Classification of Diseases, ICD-9) ‘Çocukluk Çağının Hiperkinetik Sendromu’ ve 1968’de Ruhsal Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması Elkitabı-II’ de (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-DSM-II) ‘Çocukluk Çağının Hiperkinetik Reaksiyonu’ tanımlamaları kullanılmaya başlanmıştır. Bu dönemde daha çok aşırı hareketlilik üzerinde durulmuş ve 1980’de DSM-III’te ilk kez ‘dikkat eksikliği’ ifadesi kullanılmış ve dikkat eksikliği ile birlikte dürtüsellığe daha fazla değinilirken aşırı hareketliliğe yapılan vurgu azalmıştır. Ayrıca ‘Dikkat Eksikliği Bozukluğu–aşırı hareketlilik ile birlikte’ ve ‘Dikkat Eksikliği Bozukluğu–aşırı hareketlilik olmaksızın’ şeklinde iki alt tipin de tanımlanması ilk defa DSM III’te yapılmıştır. 1987’de DSM-III-R’de ‘Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu’ olarak adlandırılmış ve ‘Dikkat Eksikliği Bozukluğu–aşırı hareketlilik olmaksızın’ alt tipi kaldırılmıştır. 1994 yılında DSM-IV’te adı değiştirilmemiştir. Fakat DEHB’nin de içine dahil edildiği ‘Yıkıcı Davranış Bozuklukları (YDB)’ üst başlığı oluşturulmuş ve ‘Davranım Bozukluğu, (DB)’ ve ‘Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu, (KOKGB)’ da DEHB ile birlikte aynı üst başlık altında, farklı

linik durumlar olarak bildirilmiştir. Ayrıca, dikkat eksikliği ve hiperaktivite/dürtüsellik belirtilerinin boyutları düşünülerek; dikkatsizliğin önde geldiği alt tip (DEHB-DE), hiperaktivitenin önde geldiği alt tip (DEHB-HA) ve bileşik alt tip (DEHB-B) olmak üzere üç alt tip tanımlanmıştır. Bozukluk bu hali ile, 3 alt tip ve 18 belirti şeklinde tanımlanmış olup; tanı için her bir belirti kümesindeki dokuz maddeden altısının bulunması gerekmektedir (26). 2000 yılında DSM-IV-TR de bozukluğun tanımlanmasında ve içeriğinde bir değişiklik yapılmamıştır. Bozukluk son olarak 2013 yılında, DSM-5'te 'Nörogelişimsel Bozukluklar' üst başlığı altında tanımlanmış ve belirtilerin 7 yaştan önce başlaması gerekliliği kriteri 12 yaş olarak değiştirilmiştir. DSM-5 ile gelen diğer farklılıklarsa; 'Otizm Spektrum Bozukluğu' tanısı alanlara eş tanı olarak DEHB'nin de konulabilmesi, yetişkinlerde de klinik anlamda belirgin bozulma ile birlikte dikkat eksikliği veya hiperaktivite belirtilerinden en az 5 tanesinin görülmesi durumunda DEHB tanısının konulabilmesi ve bozukluğa 'hafif, orta, ağır' olmak üzere 3 farklı şiddet belirtecinin getirilmiş olmasıdır (27).

### **2.1.2. Epidemiyoloji**

DEHB, çocuk ve ergen yaş grubunda en sık bildirilen ve üzerine en çok araştırma yapılmış olan psikiyatrik bozukluklardandır ve dünya genelindeki çocukların yaklaşık % 8-12'sinde görülmektedir (2). DEHB sıklığı ile ilgili yapılmış olan çalışmaların desenlerindeki farklılıklardan (tanı koyma yöntemi, klinik görüşme, ölçekler, bilgi kaynağının türü ya da sayısı, tanı sınıflandırması, işlevsellik kaybının tanımı, örneklem seçimi) dolayı sonuçlar değişebilmektedir. 1997-2007 yılları arasında yapılmış ve genel toplumu temsil eden, 18 yaş ve altı deneklerden oluşan 71 farklı çalışma gözden geçirildiğinde DEHB sıklığının % 1-27 arasında değiştiği görülmüştür (28). 1978 ve 2005 yılları arasını kapsayan ve tüm dünyada yapılan DEHB epidemiyoloji çalışmalarının derlendiği bir meta-analiz çalışmasında, DEHB yaygınlığı %5.29 olarak belirtilmiştir (29). DEHB sıklığı ile ilgili ülkemizde ilkokul çocukları ile yapılan bir çalışmada ise, ilk yıl için % 13.8, ikinci yıl için % 12.53, üçüncü yıl için % 12.22 ve dördüncü yıl için

% 12.55 oranları raporlanmıştır (30). Yine ülkemizde DEHB sıklığı ile ilgili yapılmış olan başka bir çalışmada, DSM-IV tanı ölçütleri kullanılmış 6-15 yaş arasındaki çocuklarda DEHB sıklığı % 8,1 olarak belirtilmiştir (31). Bir üniversite polikliniğine başvuran 822 çocuk ve ergenin dosyalarının geriye dönük olarak değerlendirildiği bir başka çalışmada ise DEHB sıklığı %22,4 olarak saptanmıştır (32).

DEHB'nin cinsiyete göre dağılımını araştırmak amaçlı yapılan çalışmalar, DEHB'nin erkeklerde kızlara göre daha sık görüldüğünü göstermiştir. Toplum tabanlı çalışmalarda erkek:kız oranı 2-3:1 iken, klinik tabanlı çalışmalarda ise bu oran 9:1'e kadar yükselmektedir (33). Birleşik alt tip, her iki cinsiyette de en sık görülen alt tiptir. Dikkat eksikliğinin önde olduğu alt tip, her iki cinsiyette de nadiren görülür ve kızlarda erkeklerden daha sık olduğu düşünülmektedir. Hiperaktivitenin önde olduğu alt tip ise erkeklerde daha sık görülmektedir (33).

Yaş ilerledikçe DEHB sıklığı azalmaktadır. Okul çağı çocuklarında prevalans %2,4 ile %16,1 arasında değişirken, ergenlerde prevalans %2,2 ile %9,9 arasında değişmektedir (33). 8 yıllık bir izlem çalışmasında çocuk ve ergenler 10-13, 14-16 ve 17-20 yaşlarında değerlendirilmiş ve DEHB sıklığı sırasıyla %12,8, %9 ve %6 saptanmıştır (34).

### **2.1.3. Etyoloji**

DEHB'nin etyolojisi halen tam olarak bilinmemektedir. Bununla birlikte, birçok genetik, biyolojik ve çevresel faktörün erken gelişim dönemindeki etkileşiminin etyolojide rol oynadığı ve DEHB'nin kompleks bir etyolojiye sahip olduğu düşünülmektedir (35).

## Genetik Faktörler

Yapılan aile, ikiz, evlat edinme ve aday gen çalışmalarının ortak sonucu, DEHB'nin son derece güçlü bir genetik geçişe sahip olduğunu göstermektedir. Bir aile çalışmasında, DEHB'li çocukların hem ebeveynlerinde hem de kardeşlerinde bozukluk görülme sıklığı kontrol gruplarıyla karşılaştırılmıştır ve riskin ebeveynlerde 2-8 kat, kardeşlerinde ise 3-5 kat arttığı gösterilmiştir (36). Bir ikiz çalışmasında ise tek yumurta ikizlerinde konkordansın %59-92, çift yumurta ikizlerinde ise %29-42 arasında olduğu ve biyolojik akrabalarda evlat edinen ailelere göre DEHB sıklığının çok daha yüksek olduğu bildirilmiştir (37). DEHB'li çocukların akrabalarında DEHB sıklığı %25 oranında olduğu ve bu çocukların ebeveynlerinde DEHB belirtileri, alkol-madde kötüye kullanımı ya da başka bir psikiyatrik bozukluk görülme sıklığının daha yüksek olduğu belirtilmiştir (38).

DEHB'nin genetik geçişi ile ilgili yapılmış, 20 ikiz çalışmasının sonuçlarının derlendiği bir gözden geçirme çalışmasında DEHB'nin kalıtılabilirliği %76 olarak bildirilmiştir. Bu sonuç DEHB'nin en yüksek oranda kalıtılabilirlik bildirilen psikiyatrik bozukluklardan biri olduğunu göstermektedir (39).

DEHB ile ilişkili genlerin incelenmesi amacıyla yapılan bir genom boyu ilişkilendirme çalışmasında 5p12, 12q23, 10q26 ve 16p13 gen bölgeleri DEHB'li ailelerde daha sık saptanmıştır (40). DEHB için daha çok poligenik bir kalıtım modeli düşünülmektedir ve istatistiksel anlamda üzerinde durulan genler; dopamin 4 reseptör geni (DRD4), dopamin 5 reseptör geni (DRD5), dopamin taşıyıcı gen (DAT1), dopamin beta hidroksilaz geni (DBH), serotonin taşıyıcı gen (5-HTT), serotonin 1B reseptör geni (HTR1B) ve sinaptosomal protein 25 (SNAP 25) genidir (39). Bu aday genler arasında başta DRD4 ve DAT1 olmak üzere dopamin (DA) ile ilgili aday genlerin en yüksek etki boyutuna sahip olduğu gösterilmiştir ancak DRD4 ve DAT1 de dahil olmak üzere hiçbir genin etki boyutunun tek başına DEHB'yi açıklamaktan uzak olduğu ve hiçbir aday genin

DEHB oluşumundan sorumlu olamayacağı, ancak başka faktörlerin de katkısı ile birlikte bir yatkınlık oluşturabileceği düşünülmektedir (41, 42).

Serotonerjik sisteme ait genler ile ilgili olarak da, ülkemize ait bir çalışmada; DEHB tanılı 70 çocuk ve sağlıklı kontrol grubu olan 100 çocuk, 5-HT2A genine ait T102C ve 1438 G/A polimorfizmi açısından incelenmiştir. 5-HT2A geni T102C ve 1438 G/A polimorfizmi için iki grup arasında istatistiksel anlamda bir fark saptanmamıştır (43). Yine ülkemize ait bir başka çalışmada; DEHB tanılı 71 çocukta ve sağlıklı kontrol grubu olan 128 çocukta serotonin taşıyıcı geni 5-HTTLPR S/S polimorfizmi incelenmiştir ve söz konusu polimorfizm DEHB tanılı grupta sağlıklı kontrol grubundan daha düşük bulunmuştur (44).

### **Nörokimyasal Faktörler**

Dopamin ve Noradrenalin'in (NA) dikkat, odaklanma ve bunların ilişkili olduğu motivasyon, uyanıklık gibi diğer bilişsel fonksiyonlardaki öneminin bilinmesinden ve DEHB tedavisinde ilk akla gelen ilaçların hem dopaminerjik hem de nöradrenerjik sistemi etkilemesinden dolayı bu iki sistemde bir bozukluk olduğu görüşü önem kazanmaktadır (45). Ayrıca, DEHB tanılı çocukların beyinlerinde bazal ganglionlarda, dopaminerjik sisteme ait bir takım bozukluklar, Tek Foton Emisyon Tomografi (SPECT) çalışmalarında da bildirilmiştir (46).

Kortiko-strio-talamo-kortikal alanlar beyinde DA seviyesinin fazla olduğu bölgelerdir ve bu seviyelerdeki bozulmaların klinikte hiperaktivite, dikkat sorunları, diskinezi, tikler ve kendine zarar verme davranışlarını ortaya çıkardığı bilinmektedir (47). Nigro-striatal alanlardaki dopaminerjik bozulmaların ise yürütücü işlevlerdeki aksaklıklar ve motor alanlardaki hareket artışı ile ve mezo-limbo-kortikal alanlardaki dopaminerjik bozulmaların ise dikkatteki bozulma ve dürtüsellikte artış ile ilişkili olduğu bulunmuştur (48).

NA ise etkilerini, postsinaptik  $\alpha$ 2A reseptörleri aracılığı ile göstererek, prefrontal korteks işlevlerini iyileştirir. DEHB tedavisinde kullanılan  $\alpha$ 2A



agonistlerinin teröpötik etkilerini, prefrontal korteksin davranışların kontrolü üzerine olan etkisini güçlendirerek yaptığı düşünülmektedir (47).

### **Beyin Görüntüleme Çalışmaları**

DEHB'nin nörobiyolojisi tam anlamı ile netleşmemiş olsa da, yapılmış olan bir beyin görüntüleme çalışmasının bulguları, beynin hem yapısında hem de fonksiyonundaki bir takım anormalliklerin, hastalığın etyopatolojisinde önemli rol oynayabileceğini düşündürmektedir (49). DEHB ile ilgili yapılmış olan bir yapısal beyin görüntüleme çalışmasında, beynin ön bölgesinin etyolojide önemli rol oynadığı gösterilmiş olmakla birlikte, frontal bölgeye ek olarak striatal ve serebellar bölgelerin de etyolojide oldukça önemli olduğu ortaya konulmuştur (50). Pek çok araştırmada da DEHB'li hastalarda genel anlamda beyin hacminin kontrollerden anlamlı ölçüde daha küçük olduğu saptanmıştır (51, 52). DEHB tanılı hastalarda beynin yapısal farklılıklarının araştırıldığı 21 manyetik rezonans görüntüleme (MRG) çalışmasının derlendiği bir meta analiz çalışmasında genel anlamda bir hacim azalmasının yanı sıra en büyük hacim azalmasının, serebellar postero-inferior vermis, korpus kallozumun spleniumu, sağ serebral hacim ve sağ kaudat çekirdekte olduğu gösterilmiştir (53). DEHB tanılı hastalarda beynin gri cevher değişikliklerini araştıran 7 görüntüleme çalışmasının derlendiği bir meta analiz çalışmasında ise DEHB'li grupta kontrol grubuna göre sağ putamen ve globus pallidus gri cevherinde azalma olduğu saptanmıştır (54). Bir diğer çalışmada da DEHB'li hastalarda beynin gri cevher hacmindeki azalmanın özellikle sağ beyin bölgelerinde, beyaz cevher hacmindeki azalmanın ise sol beyin bölgelerinde (Anterior Pyramidal Tractus) belirgin olduğu gösterilmiştir (55). DEHB patofizyolojisinde önemli yeri olduğu düşünülen diğer bir bölge de anterior singulat kortekstir. Bir çalışmada hiç tedavi almamış olan DEHB'li hastalarda, tedavi alan DEHB'li hasta grubu ve sağlıklı kontrol grubuna göre sağ anterior singulatın hacminin daha az olduğu gösterilmiştir (56). Yaş ilerledikçe DEHB ile beyinde oluşan yapısal değişikliklere ilişkin, çok az sayıda yapısal görüntüleme çalışması vardır. Yapılmış bir takip çalışmasında kötü gidişi olan

DEHB grubunda, iyi gidişe sahip DEHB grubu ve sağlıklı kontrol grubuna göre sağ ve sol posterior inferior serebellar lob hacimlerinde ergenlik döneminde ilerleyici bir azalma olduğu gösterilmiştir (57). Başka bir takip çalışmasında ise DEHB'nin gidişi ve kortikal kalınlık arasında ilişki manyetik rezonans görüntüleme ile araştırılmış ve DEHB tanılı grupta kortikal kalınlığın sağlıklı kontrollerden hem başlangıçta hem de izlemde daha az olduğu, ayrıca kötü gidişli DEHB grubunda, iyi gidişi olan DEHB'li gruba ve sağlıklı kontrol grubuna göre medial prefrontal bölgenin daha ince olduğu saptanmıştır (58).

Fonksiyonel beyin görüntüleme çalışmaları ise, DEHB'de bozukluğun patofizyolojisini ve ilaç tedavisinin etkisini incelemektedir. Bu çalışmalar ağırlıklı olarak, dikkat, biliş, yönetici işlevler, işlem belleği, motor kontrol, tepki ketleme ve ödül ve motivasyondan sorumlu olduğu düşünülen dorsolateral prefrontal korteks, ventrolateral prefrontal korteks, dorsal anterior singulat korteks ve striatal alanlar üzerinde yoğunlaşmıştır. Öte yandan yapısal görüntüleme çalışmalarında serebellumun DEHB ile olan ilişkilerinin saptanmış olması sonucunda serebellum da fonksiyonel görüntülemelerde ilgilenilen yapılardan biri haline gelmiştir (59). Tek Foton Emisyon Bilgisayarlı Tomografi (SPECT) çalışmalarında DEHB tanılı hastalarda striatal perfüzyonda azalma ve metilfenidat ile tedavi olma sonrasında dorsolateral prefrontal korteks, kaudat ve talamusda bilateral serebral kan akımında artma olduğu saptanmıştır (60, 61). Başka bir SPECT çalışmasında DEHB'li hastalarda, sol anterior singulat korteks, sol klastrum, sağ anterior singulat korteks ve sağ putamende kan akımının yüksek olmasının, metilfenidata yanıtı azalttığı gösterilmiştir (62). Beyin bölgesel kan akımlarının değerlendirildiği bir çalışmada da kontrollerle karşılaştırıldığında, DEHB'li hastalarda dikkati, yürütücü ve denetleyici işlevleri üstlenen prefrontal ve serebellar alanlarda beyin kan akımının azaldığı, somatosensoryal duyuların algılandığı paryeto-oksipital alanlarda beyin kan akımının arttığı ve ödül sistemi ile ilgili limbik kortekste beyin kan akımının azaldığı gösterilmiştir (63). Yine bir başka SPECT çalışmasında, premotor ve pariyeto-oksipital duyu alanlarında bölgesel beyin kan akımında artış olduğu saptanmıştır ve söz konusu bu artışın bu

alanlardaki inhibisyon yetersizliğine bağlı olabileceği ve bunun doğrultusunda, DEHB'deki 'aşırı uyarılmışlık kuramı' ile uyumlu olarak DEHB'li hastalarda duyuşsal algıların filtrasyonunun yetersiz olabileceği yorumu yapılmıştır (63). Fonksiyonel manyetik rezonans görüntüleme (fMRI) çalışmalarında DEHB'li hastalarda kontrollere göre sağda dorsolateral ve inferior prefrontal korteks, dorsal anterior singulat kortekste ve solda kaudat ve striatumda aktivasyon azalması saptanmıştır (64-68)

### **Nörofizyolojik ve Nöropsikolojik Faktörler**

DEHB tanılı 476 çocuğun elektroensefalografilerinin (EEG) incelendiği ve sağlıklı kontroller ile karşılaştırıldığı bir çalışmada, kontrol grubunda EEG bozukluğu %3,5 saptanmışken DEHB grubunda % 6,1 olarak saptanmıştır (69). DEHB tanılı hastalarda eşlik eden EEG bozuklukları normal popülasyondan daha fazladır ancak klinik ile ilişki göstermeyebilir (69). Başka bir çalışmada DEHB'li hastalarda teta/beta dalga oranında kontrol grubuna kıyasla farklılıklar bulunmuştur (21). Epileptiform aktivitenin, nöronal gelişimi ve fonksiyonu bozarak geçici ya da kalıcı davranışsal ve bilişsel bozukluğa yol açtığı iddia edilmiştir (69).

DEHB tanılı hastalarda 'yürütücü işlevler (executive functions)' olarak bilinen inhibisyon kontrolü, dikkatin düzenlenmesi, bir konudan başka bir konuya geçiş yapabilme, çeldirici uyarınları engelleyebilme ve çalışma belleği ile ilgili becerilerde bozukluk olduğu gösterilmiştir (70).

### **Prenatal ve Perinatal Faktörler**

Birçok çalışmada, annenin hamilelik döneminde sigara içesi ile çocukta oluşacak DEHB tanısı arasında ilişki saptanmıştır. Hamilelikte içilen sigaranın bebekte DEHB riskini 2 kata kadar artırdığı gösterilmiştir (71). Fakat bu risk artışının direkt olarak sigaradan mı, yoksa araya giren karıştırıcı diğer faktörlerden

mi kaynaklandığı tam olarak açıklanamamıştır. Hayvan çalışmalarında, prenatal dönemde maruz kalınmış olan nikotinin beyin gelişimini olumsuz yönde etkilediği ve kalıcı olarak kolinerjik ve serotonerjik hipoaktiviteye neden olduğu, bunun da dikkat ve öğrenmeyi olumsuz yönde etkilediği gösterilmiştir (72).

Hamilelik dönemindeki alkol alımının da DEHB riskini arttırdığı bildirilmiştir (73). Perinatal dönemde merkezi sinir sisteminin gelişimini etkileyen enfeksiyonlar ve toksik ve metabolik olayların sebep olduğu beyin hasarlanmasının, hastalığın ortaya çıkışında etkili olduğu düşünülmektedir. DEHB ile çoğu zaman birlikte bulunan silik nörolojik belirtiler, öğrenme güçlükleri, özgün olmayan EEG bozuklukları ve epilepsi ortaya çıkma riskinin normal popülasyondan fazla olması bu bulguyu destekler niteliktedir (74, 75).

DEHB etyolojisinde, kurşun, civa, manganez ve poliklorinatlı bifeniller gibi birtakım toksinlerin de rol oynadıkları tartışılmaktadır. Bir araştırmada prenatal dönemde cıvaya ya da poliklorinatlı bifenillere maruz kalan annelerin bebeklerinde fiziksel bozuklukların yanı sıra dikkat ve bellek ile ilgili sorunların ortaya çıktığı, çocukluğunda manganeze maruz kalanlarda ise DEHB belirtileri olduğu gözlenmiştir (76). Bu konuda literatürde en çok, kurşun ve DEHB arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışma bulunmaktadır. Düşük ya da yüksek kan kurşun seviyesi ile düşük zeka puanı, yürütücü işlev bozukluğu ve DEHB tanısı arasında ilişki olduğu gösterilmiştir. Kurşunun beyinde dopamin yolağını bozarak DEHB belirtilerine neden olduğu düşünülmektedir (77-79).

Bir meta analiz çalışmasında, çok düşük doğum ağırlıklı bebek olma ve erken doğum ile dünyaya gelmiş olmanın da, DEHB riskini 2 kattan fazla arttırdığı bulunmuştur (80). Bir başka çalışmada da, 1000 gramdan daha düşük doğum ağırlığı ile dünyaya gelmiş olan çocuklardan oluşan grupta DEHB oranı %16 bulunmuşken, normal doğum ağırlıklı kontrollerden oluşan grupta DEHB oranı %6.9 olarak bulunmuştur (81).

## **Psikososyal Faktörler**

Psikososyal faktörlerin, DEHB etyolojisinde temel bir etken olmaktan ziyade, hazırlayıcı ve ortaya çıkışı hızlandırıcı etkilerinin olduğu düşünülmektedir. Bir çalışmada, parçalanmış veya kaotik aile yapısına sahip olmanın, ebeveynlerde herhangi bir psikiyatrik hastalığın varlığının, tek çocuk ya da ailenin ilk çocuğu olmanın DEHB'li grupta kontrollerden daha fazla olduğu bildirilmiştir (74). Yapılan araştırmalarda, bebeklik döneminde duygusal yoksunluk yaşayan çocukların hiperaktivite ve dikkatsizlik belirtileri gösterdikleri saptanmıştır (82, 83).

## **Diğer Faktörler**

Diyetin, DEHB belirtileri üzerine etkilerini araştıran çalışmaların sonuçları tartışmalıdır. Bu konuda katkı maddeleri, allerjen maddeler, gıda boyaları ve koruyucuları, şeker, esansiyel yağ asitlerinin rolü araştırılmıştır (84). Son yıllarda yapılan çift kör plasebo kontrollü bir çalışmada yapay gıda boyalarının ve katkı maddelerinin hareketliliği arttırdığı gösterilmiştir (85). Yapılan bir çalışmada, DEHB tanılı çocuklarda esansiyel yağ asitlerinin diyetle kullanımının DEHB belirtilerini azaltabileceği belirtilmiştir (86).

Dopamin metabolizmasında rol oynayan demirin DEHB etyolojisinde rol oynayabileceği düşünülmektedir. Çalışmalarda, DEHB tanılı ve anemisi olmayan çocuklarda, sağlıklı kontrollere göre kan ferritin seviyesinin düşük olduğu ve düşük ferritin seviyesinin belirti şiddeti ile orantılı olduğu, ancak bilişsel işlevlerle ilişkili olmadığı gösterilmiştir (87, 88). Ancak bu çocuklarda demir tedavisinin etkinliği tartışmalıdır (89, 90).

#### 2.1.4. Tanı ve Klinik Özellikler

DEHB tanısına yönelik özgün bir tanısal test aracı bulunmamaktadır. Tanı, klinik görüşme ve alınan anamneze dayanmaktadır. Bu sebepten ötürü olabildiğince fazla kaynaktan bilgi alınmalı ve çeşitli değerlendirmeler yapılmalıdır. Ebeveynler ve çocuğun kendisi, sınıf öğretmeni, okulun rehberlik birimi, etüt ve spor hocası, yakın akrabalar gibi gerekli görülen diğer kaynaklardan bilgi alınması, ebeveyn ve öğretmen tarafından çeşitli test ve ölçeklerin doldurulması DEHB tanısı konulurken uygulanan işlemlerdir (91). DEHB tanısında ilk aşama öykünün alınmasıdır. Öyküde hastalığın temel belirtileri; dikkat süresi ve dikkatin çelinebilirliği, yaşlarına göre hareketlilik düzeyi, dürtüsellik, duygulanım ile ilgili farklılıklar ve davranış sorunları ayrıntılı olarak sorgulanmalıdır. Okul başarısı sorgulanırken; el yazısı, okuma hızı ve niteliği, ev ödevleri, sınavlar, ders başarısı ve notlar, sınıf geçmekte zorlanıp zorlanmadığı öğrenilmelidir. Sosyal becerilerini anlamak amacıyla; arkadaşlık kurma ve sürdürme becerileri, arkadaş grup ve etkinlikleri, hobiler, spor ve diğer etkinlikler sorgulanmalıdır. Ayrıca ayrıntılı bir erken çocukluk ve gelişim öyküsü de önemlidir (92). Ebeveyn ile yapılan görüşmeden sonra çocukla görüşülmelidir. Görüşmenin özellikleri, çocuğun yaşına, bilgi, zeka ve beceri düzeyine, sosyokültürel ve ailesel özelliklerine ve işbirliğine girip girmemesine göre değişiklik göstermelidir. Çocuğun genel görünümü, gelişimsel özellikleri ve görüşmedeki davranışları gözlemlenmelidir (92). Başlangıçta çocuk soruları doğru yanıtlamayabilir ya da genel davranış özelliklerini görüşme esnasında sergilemeyebilir. Küçük çocuklarla, çocuğun gelişimini, dikkat ve hareketliliğini anlamak için oyunlar oynanabilir (93) .

DSM-IV-TR'ye göre tanı ölçütleri aşağıda gösterilmektedir (Tablo 1). Bu ölçütlere göre DEHB belirtileri iki grupta ele alınmakta, dikkatsizlik ve hiperaktivite/dürtüsellik belirti gruplarının her birinde 9 belirti yer almaktadır. DEHB tanısı için bu iki gruptan birinde en az 6 veya daha fazla belirti olması şartı vardır.

**Tablo 1. DSM-IV-TR'ye göre DEHB Tanı Kriterleri**

**A.** Aşağıdakilerden (1) ya da (2) vardır:

**1.** Aşağıdaki dikkatsizlik semptomlarından altısı (ya da daha fazlası) en az 6 ay süreyle, uyumsuzluk doğurucu ve gelişim düzeyine göre aykırı bir derecede sürmüştür;

**Dikkatsizlik**

- a.** Çoğu zaman dikkatini ayrıntılara veremez ya da okul ödevlerinde, işlerinde ya da diğer etkinliklerde dikkatsizce hatalar yapar.
- b.** Çoğu zaman üzerine aldığı görevlerde ya da oynadığı etkinliklerde dikkati dağınık.
- c.** Çoğu zaman yönergeleri izlemez ve okul ödevlerini ya da işyerindeki görevlerini tamamlayamaz (karşıt olma bozukluğuna ya da yönergeleri anlayamamaya bağlı değildir).
- d.** Çoğu zaman üzerine aldığı görevi ve etkinlikleri düzenlemekte zorluk çeker.
- e.** Çoğu zaman sürekli mental çabayı gerektiren görevlerden kaçınır, bunları sevmez ya da bunlarda yer almaya karşı isteksizdir.
- f.** Çoğu zaman üzerine aldığı görev ya da etkinlikler için gerekli olan şeyleri kaybeder (örneğin oyuncaklar, okul ödevleri, kalemler, kitaplar ya da araç gereçler).
- g.** Çoğu zaman dikkati dış uyaranlarla kolaylıkla dağınık.
- h.** Günlük etkinliklerinde çoğu zaman unutkan.
- i.** Doğrudan kendisine konuşulduğunda çoğu zaman dinlemiyormuş gibi görünür.

2. Aşağıdaki hiperaktivite-impulsivite semptomlarından altısı (ya da daha fazlası) en az 6 ay süreyle uyumsuzluk doğurucu ve gelişim düzeyine göre aykırı bir derecede sürmüştür;

### **Hiperaktivite**

- a.* Çoğu zaman elleri, ayakları kıpır kıpırdır ya da oturduğu yerde kıpırdanıp durur.
- b.* Çoğu zaman sınıfta ya da oturması beklenen diğer durumlarda oturduğu yerden kalkar.
- c.* Çoğu zaman uygunsuz olan durumlarda koşuşturup durur ya da tırmanır (ergenlerde ya da erişkinlerde öznel huzursuzluk duyguları ile sınırlı olabilir).
- d.* Çoğu zaman sakin bir biçimde boş zamanları geçirme etkinliklerine katılma ya da oyun oynama zorluğu vardır.
- e.* Çoğu zaman hareket halindedir ya da bir motor tarafından sürülüyormuş gibi davranır.
- f.* Çoğu zaman çok konuşur.

### **İmpulsivite (Dürtüsellik)**

- g.* Çoğu zaman sorulan soru tamamlanmadan önce cevabını yapıştirir.
- h.* Çoğu zaman sırasını bekleme güçlüğü vardır.
- i.* Çoğu zaman başkalarının sözünü keser ya da yaptıklarının arasına girer (örneğin başkalarının konuşmalarına ya da oyunlarına burnunu sokar).



- B.** İşlevsel bozulmaya yol açmış olan bazı hiperaktif-impulsif semptomlar ya da dikkatsizlik semptomları 7 yaşından önce de vardır.
- C.** İki ya da daha fazla ortamda semptomlardan kaynaklanan bir işlevsel bozulma vardır (örneğin evde, okulda ya da işte).
- D.** Toplumsal açıdan, okuldaki ya da mesleki işlevsellikte klinik açıdan belirgin bir bozulma olduğunun açık kanıtları bulunmalıdır.
- E.** Bu semptomlar sadece bir Yaygın Gelişimsel Bozukluk, Şizofreni ya da diğer bir Psikotik Bozukluğun gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır ve başka bir mental bozuklukla daha iyi açıklanamaz (örneğin Anksiyete Bozukluğu, Disosiyatif Bozukluk ya da bir Kişilik Bozukluğu).

**Tipine göre belirtiniz:**

Dikkat eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu, Bileşik Tip: Son 6 ay boyunca hem A1 hem A2 Tanı Ölçütü karşılanmışsa

Dikkat eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu, Dikkatsizliğin Önde Geldiği Tip:  
Son 6 ay boyunca A1 Tanı ölçütü karşılanmış ancak A2 Tanı ölçütü karşılanmamışsa

Dikkat eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu, Hiperaktivite-İmpulsivitenin Önde Geldiği Tip: Son 6 ay boyunca A2 Tanı ölçütü karşılanmış, ancak A1 Tanı ölçütü karşılanmamışsa

1980'li yıllara kadar sadece çocuklarda görüldüğü düşünülen DEHB'nin artık yaşam boyunca görülebilen bir hastalık olduğu bilinmektedir. Bundan dolayı DEHB belirtilerinin yaş ve gelişimsel döneme özgü klinik görünümünün bilinmesi gerekmektedir (94). Okul öncesi dönem, DEHB tanısı koymanın en güç ve tartışmalı olduğu yaş dönemidir. Aşırı hareketlilik, dikkatin uzun süre yoğunlaştırılmaması, denetim eksikliği gibi durumlar normal gelişimin birer parçası olarak okul öncesi dönemde birçok oyun çağı çocuğunda sıklıkla izlenilebilen durumlardır. Yine okul öncesi dönemde çocuğun yetiştirilmesiyle ilişkili olarak ebeveynlerin tutumlarındaki hatalar, çocukta sınır sorunlarına yol açmakta ve bu durumda da DEHB olmaksızın benzer özellikler ortaya çıkabilmektedir. Tüm bu zorluklara karşın okul öncesi dönemde tanı açısından tedbirli davranmak, çocuğun izlem ve tedavisi için büyük önem taşımaktadır (95). Okul öncesi dönemde DEHB tanısı için en önemli veriler ebeveynlerden alınan öykü ve klinik gözlemdir. Bu dönemde aşırı hareketlilik en temel ve en fazla problem oluşturan belirtidir. DEHB'li çocukların bebekliklerinde huzursuzluk, çok ağlama, kolik, uyku bozukluğu, beslenme sorunları, kolay yatıştırılmama sıkça yer alabilmektedir. Gelişim basamaklarına bakıldığında erken yürüme, emeklemeden yürüme, yürür yürümez koşmaya başlama, ince ve kaba motor beceri ve koordinasyonda, dil gelişimi ve dili kullanmada sorunlar görülebilmektedir. Bu çocuklar sessiz olunması gereken yerlerde huzursuz, yaramaz ve gürültücü olabilmektedir. Uzun süreli oyun ve etkinlikleri sürdürmezler ve çabuk sıkılırlar. Çok konuşurlar, sabırsızdırlar, çok soru sorar ancak yanıtı dinlemekte güçlük çekerler. Kreş ve ana sınıfına uyum sağlamakta, yapılan faaliyetlere katılmakta, kurallara uymakta, arkadaş ilişkilerinde sıkıntılar yaşarlar. Dürtüsellikleri nedeniyle diğer çocuklara karşı fiziksel ve sözel şiddet uygulayabilirler. Yaşlıtlarına kıyasla daha sık yaralanma, kırık ve diğer travma öyküleri bulunabilir. Ebeveynleri bu çocuklarla rahatça hiçbir yere gidemediklerinden, misafir geldiğinde ya da misafiriğe gittiklerinde çocuklarının yaramazlığı ve hareketliliği yüzünden devamlı sorun yaşadıklarından şikayet ederler (95, 96).

İlkokul dönemi DEHB'nin klinik özelliklerinin en fazla oranda fark edilip görülmeye başlandığı ve genellikle de tanının ilk konulduğu dönemdir. Bozukluğun temel özelliklerinden biri olan dikkat eksikliği ile ilişkili olarak ön planda gelen yakınmalar; dikkat gerektiren ev ödevi gibi görevlere karşı isteksizlik, devamlı dikkat

dağınıklığı nedeniyle ödevlerin çok uzun zamanda yapılabilmesi, kişisel eşyalarını kaybetme, başlanan işleri bitirememesi, basit ve dikkatsizce hatalar yapma, kendileriyle konuşulduğunda dinlemiyor gibi görünme ve düzensiz olmaktır. DEHB’li çocukların akademik ve sosyal durumlarda yönergeleri takip etme zorlukları vardır. Okulda dikkatsizlikten kaynaklanan hatalar, organizasyon zorluğu ve unutkanlık gösterirler. Okul başarıları kapasitelerine oranla beklenenden düşüktür. Ancak dikkat sorunlarının görülmediği durumlar da vardır. Örneğin çok yeni, ilgi çekici uyarılarla karşılaşan çocuklarda dikkat sorunu belirgin olmayabilir. Ancak sıkıcı, çeldirici, yorucu, tekrarlayıcı ve motivasyonun düşük olduğu ortamlarda konsantrasyon sorunları genellikle görülür (97). Hiperaktivite belirtileri, dışarıdan belirgin olarak gözlenir ve ailelerin yoğun bir şekilde yakınmalarına neden olur. Bu çocukların elleri, ayakları kıpır kıpırdır. Sınıf gibi oturulması gerekli durumlarda yerinden kalkma, gezinme, uygunsuz ortamlarda koşuşturma, devamlı bir hareket halinde olma ve çok konuşma izlenir. Ebeveynler hiperaktiviteyi ‘koltuğun tepesinden inmiyor’, ‘düz duvara tırmanıyor’, ‘pili hiç bitmiyor’ gibi ifadelerle tanımlarlar. Hiperaktivite özellikle sınıf ortamında oldukça uyum bozucu bir belirti olarak gözlenir. DEHB’li çocuklar derste kalkıp dolaşırlar. Çeşitli bahanelerle sınıf dışına çıkmak isterler, konuşarak ya da fiziksel temasta bulunarak diğer arkadaşlarının dersi takip etmesine engel olurlar. Aşırı hareketlilik belirtileri her ortamda görülebilir (98). Dürtüsellik, fiziksel olarak tehlikeli aktivitelere girişme, düşünmeden hareket etme, söz kesme, sırasını bekleyememe, diğerlerinin konuşma ya da oyunlarının arasına girme gibi durumları içerir. Dürtüsel davranışları, arkadaşları, ebeveynleri ve öğretmenleriyle tartışmalara, arkadaşları tarafından reddedilmeye ve fiziksel kavgalara neden olabilir. Cevap verirken bağırarak konuşur, başkalarını rahatsız eder, kazalara yatkınlık gösterirler. DEHB olan kişiler alacakları ödüllerin geciktirilmesine dayanamadıkları için, kısa dönemdeki ödülleri uzun dönemdeki daha büyük ödüllere tercih ederler. Dürtüsellikleri nedeniyle olaylara gereğinden daha fazla tepki vermeleri nedeniyle sorun yaşarlar (99).

Ergenlik döneminden bahsedecek olursak, DEHB’li çocukların yaklaşık %80-85 kadarında bozukluğa ilişkin belirtiler bu dönemde de devam eder. DEHB’nin belirtileri çocuğun gelişimiyle birlikte değişim gösterir ve ergenlik dönemine gelindiğinde motor aşırı hareketlilik azalırken, dikkat bozukluğu ve dürtüsellik en çok sıkıntıya yol açan, özellikle de sosyal ortamlarda dikkat çeken belirtiler haline

gelir (100). Ergenlik döneminde dikkat eksikliği ile ilişkili olarak en sık yaşanan sorunlar; ders çalışmama, işlerini organize edememe, başlanan işi zamanında bitirmede güçlük, basit ve dikkatsiz hatalar yapma, eşya kaybetme ve unutkanlık, konuşulanları, okuduklarını ve gündelik işlerini akılda tutmada güçluktur. DEHB'ye bağlı hiperaktivite ile ilişkili olarak ergenlik döneminde motor hareketlilik yerini genellikle gerginlik, sinirlilik ve içsel bir huzursuzluk hissine bırakır (101). Ergenlik döneminde dürtüsellik de kendisini; fiziksel olarak tehlikeli aktivitelere girişme, düşünmeden kolay ve hızlı karar verme, olumsuz sonuçlarını düşünmeden hoşuna giden etkinliklere girişme, çabuk öfkelenme ve kontrolünü kaybetme, sırasını bekleyememe, diğerlerinin konuşmalarında ya da yaptıkları işlerde araya girmeye gösterir. DEHB'ye bağlı dürtüsellik sonucunda ergenlerde yüksek riskli cinsel davranışlar sergileme, izinsiz ve tehlikeli araba kullanma, alkol-madde kötüye kullanımı ve bağımlılığı klinik görünümüne egemen belirtiler olabilir. Kısa dönemli ödülleri uzun dönem sonra verilen daha büyük ödüllere tercih etme eğilimi, DEHB olan ergenin alkol-maddeye yöneliminde rol oynar (102). Ergenlik dönemi akran ilişkileri yönünden oldukça kritik olan bir yaşam dönemidir. Yine dönem özelliği olarak ergenin yaşadığı kimlik karmaşası ebeveyni ile ilişkisinde izlenen çatışmaları da beraberinde getirir. Böyle fırtınalı bir dönemde ergende var olan DEHB, kimliğin oluşum aşamasında oldukça olumsuz etkiler doğurabilir. DEHB olguları sıklıkla duygusal dalgalanmalar ve sosyal ipuçlarını anlamada sorun yaşarlar. Sosyal durumları sıklıkla yanlış yorumlar ve uygunsuz yanıtlar verirler. Arkadaşlık ilişkilerini uzun süre devam ettiremediklerinden, sıklıkla ya yeni iletişim kurabilecekleri yeni arkadaşlar ararlar ya da kurdukları ilişkileri devam ettirmek için yoğun bir çaba içine girerler. DEHB'li kişilerin aslında doğalarında var olan aşırı hareketlilik, dürtüsellik, amaca yönelik davranışta bulunamama gibi özellikler, çoğu zaman çevrelerindeki kişiler ve özellikle arkadaş çevreleri tarafından olumsuz ve itici olarak algılanır. DEHB olguları hem ailelerinden hem de öğretmenlerinden ve arkadaşlarından sık sık olumsuz geri bildirimler aldıkları ve dışlandıkları için kendine güven duyguları daha az olan ergenlerdir. Bu olumsuz geri bildirimler, ergenlik döneminde hem depresif bozukluklar ya da anksiyete gibi içe yönelim sorunlarına, hem de olumsuz davranışlar, karşı gelme, davranım bozukluğu gibi dışa yönelim sorunlarına yatkınlığa neden olabilir (103-106).

### 2.1.5. Ayırıcı Tanı ve Eş Tanılar

DEHB, komorbiditesi yüksek bir hastalıktır. Kliniğe gelen DEHB tanılı çocukların % 67-80'inde, erişkinlerin ise % 80'inde en az bir, % 50'sinde ise iki ve daha fazla eşlik eden psikiyatrik hastalık mevcuttur (107). Yine, DEHB heterojen belirtilerden oluşan bir hastalık olduğu için benzer belirtilere sahip başka bozukluklarla karışabilmesi nedeniyle ayırıcı tanısının yapılması ve eş tanıların araştırılması gerekmektedir (108).

DEHB'ye eşlik eden psikiyatrik bozuklukların başında; Karşı Olma Karşı Gelme Bozukluğu, Davranım Bozukluğu, Anksiyete Bozuklukları, Öğrenme Bozuklukları, Tik Bozuklukları, Madde Kullanım Bozuklukları, Duygu Durum Bozuklukları, Yaygın Gelişimsel Bozukluklar, Gelişimsel Koordinasyon Bozukluğu gibi bozukluklar gelmektedir.

Üç yaşından küçük çocuklarda aşırı hareketlilik ve dikkatsizlik gibi temel belirtilerin DEHB'de sıklıkla gözlenen görsel-motor ve algı ile ilgili yetersizliğe mi, yoksa normalde tam olarak gelişmemiş sinir sisteminin klinik görünümüne mi bağlı olduğunun ayrımı oldukça güçtür. Bu durum DEHB ile ilgili değil, yaş ve gelişimsel özellikler ile uyumlu aşırı hareketlilik de olabilir ve bu durum geçici olma eğilimindedir. Gerçek DEHB olanlarda belirtiler kalıcıdır ve genellikle öfke patlamaları, kavgacılık, saldırgan tutumlar, yaralanmaya neden olabilecek korkusuz hareketler ve gürültücülük eşlik etmekte, karşı gelme davranışları izlenmektedir (109).

DSM-IV-TR tanı sisteminde DEHB, DB ve KOKGB ile birlikte 'Yıkıcı Davranım Bozuklukları' tanı grubu altında sınıflandırılmakta olup, bu üç bozukluğun birbiriyle örtüşen özellikleri bulunmaktadır. KOKGB ve DB ile birliktelik oranı da yüksek olan DEHB'nin bu iki bozukluktan ayırıcı tanısının yapılması özel önem arz eder. YDB olan çocukların pek çoğunun DEHB özellikleri taşıdıkları ifade edilmekle birlikte, her bir durumun ayırıcı tanısının yapılması, tedavi açısından gereklidir. KOKGB, tekrarlayıcı biçimde negativistik, hostile ve karşı çıkıcı davranışlarla giden bir bozuklukken, DB, erken çocukluk döneminde belirginleşen ve ergenliğe hatta

erişkinliğe dek devam eden antisosyal ve agresif davranışlar kümesidir. Yalan söyleme, çalma, başkalarının haklarını ve toplumsal kuralları ciddi biçimde ihlal etme, kişi-hayvan ve eşyalara zarar verme özellikleri de bulunmaktadır. DEHB ise erken başlangıçlı, bilişsel bozukluklarla giden bir nöropsikiyatrik tablodur ve yalnız mizaç özellikleri, ailesel ve sosyal olumsuzluklarla açıklanması olası değildir. DB olan çocuk ve ergenler DEHB'nin hemen hemen tüm belirtilerine sahip olmakla birlikte, davranış biçimleri DEHB olan kişilerin tipik davranışlarından farklılık göstermektedir. DEHB tanısı konan çocuklar da sıklıkla rahatsız edici hiperaktif ve dürtüsel davranışlar sergilemekle birlikte, bu davranışlar yaşa uygun toplumsal değerleri ya da kuralları çiğneme şeklinde olmamaktadır. Ayrıca canlı ve eşyalara zarar verici davranışlar, yalan söyleme, hırsızlık yapma gibi davranım bozukluğunun temel belirtileri DEHB'de görülmemektedir (110-112).

Öte yandan DEHB'ye en sık eşlik eden durumlar da KOKGB ve DB'dir. KOKGB, DEHB ile yaklaşık olarak % 60 oranında birlikte görülmekteyken DEHB de DB komorbiditesi ise % 25-42 arasında belirtilmektedir. DEHB+ KOKGB'nin işlev bozukluğu açısından DEHB ile DEHB+DB arasında bir grup olduğu kabul edilmektedir (113, 114).

10 yıllık bir izlem çalışmasında DEHB'ye eşlik eden KOKGB tanısının izlemde çok azaldığı, ergenlik döneminde major depresyon ile ilişkili olduğu, DB ve antisosyal kişilik bozukluğu gelişme riskini arttırdığı gösterilmiştir (115). Eşlik eden DB'nin ise ilerde sigara kullanımı ve alkol-madde kötüye kullanımı, antisosyal kişilik bozukluğu ve suça karışma oranlarında artma ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (116).

Anksiyete bozuklukları hem DEHB'ye sık eşlik eden hem de DEHB tablosuyla sık karıştırılabilen bozukluklar grubudur ve bu bozuklukların temel özelliklerinden olan huzursuzluk, psikomotor ajitasyon ve bunlara bağlı gelişen dikkat sorunları DEHB belirtilerini taklit edebilmektedir. Anksiyete bozukluklarında kaygı ve endişe ön plandadır ve söz konusu belirtiler bu kaygı ve endişe ile ilişkili ve buna ikincil oluşmaktadır. Anksiyete bozukluğu olan bireylerin zihinleri endişeli düşüncelerle dolu olduğu için konsantre olamazlar. DEHB'li kişilerde ise kaygıdan bağımsız olarak dikkatini toplayamama vardır. Dış uyaranlardan kendilerini soyutlayamaz ve yaptıkları işe odaklanamazlar (111). Anksiyete belirtileri DEHB ile karıştırılabileceği için DEHB tanısı alan çocuklarda anksiyete bozukluğu tanısı

atlanabilmektedir (117). DEHB’de anksiyete bozuklukları komorbiditesi % 28-46’dır (112, 118, 119). Eşlik eden anksiyete bozuklukları agorafobi, basit fobi, ayrılık anksiyetesi bozukluğu, sosyal fobi ve obsesif kompulsif bozukluktur (120). Bir çalışmada, DEHB-DE alt grubunda diğer alt gruplara göre anksiyete bozukluklarının daha yüksek oranlarda olduğunu gösterilmiştir (121). Anksiyete, DEHB’de dürtüselliği azaltırken dikkat gerektiren işlevleri bozmaktadır (122). Anksiyetenin DEHB’de nöropsikolojik işlevlerdeki etkisini araştıran bir çalışmada, komorbid anksiyete bozukluğunun tepki ketlemesini arttırdığı, ancak işleyen belleği kötüleştirdiği görülmüştür (123).

Çocuk ve ergenlerde dikkatini toplayamama, ajitasyon ve davranışsal bozuklukların tabloya hakim olabildiği duygudurum bozukluklarıyla DEHB’nin ayırıcı tanısının yapılması kimi zaman hekimi zorlamakla beraber, bir gerekliliktir. Ayrıca DEHB olguları yaşanan akademik başarısızlıklar, sosyal damgalanma, kendine güvende azalma gibi etmenlerin etkisiyle depresif bozukluklara yatkınlık göstermekte ve iki bozukluk birliktelik gösterebilmektedir. İki bozukluğu birbirinden ayırmadaki en temel nokta, belirtilerin zamanlaması ve sırasıdır. DEHB gelişimin erken dönemlerinden beri var olan, döngüsellik değil, kronik gidiş gösteren bir bozuklukken, depresif belirtiler kişinin erken çocukluk döneminden itibaren mevcut değildir, belli bir zaman diliminde ortaya çıkar. Depresif bozukluk belirtileriyle gelen hastalarda öyküde DEHB belirtileri saptandığı takdirde, depresyonun DEHB’ye ikincil olarak gelişmiş olabileceği akılda tutulması gereken önemli bir noktadır (124).

DEHB ile Bipolar Affektif Bozukluk (BAB) ayırımı, özellikle çocuk ve ergenlik döneminde BAB’ın sıklıkla atipik görünüm sergilediği göz önünde bulundurulduğunda çok daha karmaşık olabilmektedir. Çocuk ve ergenlerde BAB’ın sık görülen formu olan hızlı döngülü duygudurum bozukluğu ve davranışsal bozukluk ile DEHB’ye bağlı hiperaktivite, dürtüsellik, dikkat bozukluğu ve duygusal labilitenin ayırımına gelindiğinde ise tablo daha da zorlaşmaktadır. Manik epizodla DEHB’nin ayırımındaki temel nokta belirtilerin süreklilik gösterip göstermemesidir. Tipik bipolar hastaların duygudurumları manik epizodlar dışında normal ya da depresiftir. DEHB tanısı konulan bireyler hızlı konuşabilmekle birlikte, manide sık

görülen konudan konuya atlayarak konuşma DEHB’de görülmemekte ve konunun mantıksal bütünlüğü korunmaktadır. Öte yandan, manide tanı koydurucu belirtilerden olan uyku ihtiyacında azalma, büyüklenmecilik ve seksüel davranış ve ilgilerdeki artışın DEHB’de olmayışı ayırıcı tanı açısından çok değerlidir (120, 124). DEHB’li çocukların yaklaşık % 7-23’ü BAB tanısını da karşılamaktadır (125). Bir çalışmada, ailesinde BAB tanısı olanların çocuklarında DEHB tanısının daha fazla görüldüğü, DEHB tanısı olan çocukların da ailesinde daha fazla BAB tanısının görüldüğü bulunmuştur (126).

DEHB’de komorbid major depresyon oranı % 38-54’dır (112, 118, 119). DEHB olan çocukların birinci derece akrabalarında ve kendilerinde duygudurum bozukluğu görülme riski yüksektir. Bu durumun morbidite ve mortaliteyi arttırabileceği vurgulanmıştır (117). DEHB ve major depresyon birlikteliği olan hastaların ilerde BAB tanısı alma riskinin yalnız major depresyonu olanlardan daha fazla olduğu gösterilmiştir (127).

Öğrenme bozuklukları, normal ya da normalin üzerinde zeka kapasitesine sahip kişilerde, okuma-aritmetik-yazma gibi işlevlerde görülen ve buna bağlı olarak yaş ve eğitimlerine uygun başarı gösterememeye sonuçlanan yapısal bozukluklardır. Öğrenme bozukluklarının DEHB’ye sık eşlik eden bozukluklar olduğu bilinmekle birlikte, tedavi açısından iki durumun birbirinden ayırt edilmesi gerekir. DEHB’de ortaya çıkan performansla ilgili sorunların temel nedeni bu kişilerin konuya odaklanamamaları, dikkatlerini konu üzerinde uzun süre odaklayamamaları, çabuk sıkılmaları ve gerekli gayreti sergileyemeyip, dürtüsel bir biçimde yapmaları gereken ödevi bırakmalarıyken, öğrenme bozukluklarında kişinin belli alanlardaki kapasitesindeki kısıtlılığa bağlı olarak performansta bozukluk ortaya çıkmaktadır (94).

DEHB ve öğrenme bozukluklarının etiyojilerinin birbirinden farklı olmasına rağmen rastgele olmayan bir eşleşme ile birlikte bulunabildikleri gösterilmiştir (128) (129). DEHB ve öğrenme güçlüğü’nün birlikteliği kullanılan tanımlama aracının farklılığına göre %20-50’dır (21).



Otistik bozukluk dahil olmak üzere tüm yaygın gelişimsel bozukluklarda hiperaktivite, dürtüsellik, dikkat bozukluğunu içeren DEHB'nin temel belirtileri görülebilmektedir. YGB'de görülen iletişim, sosyal etkileşimde bozukluk, atipik ilgi alanları ve stereotipik davranışlar DEHB'de bulunmamaktadır. Bu konudaki sıkıntı, DEHB ile YGB'yi ayırmaktan ziyade, YGB tanısı konulan olgularda DEHB varlığını saptamak aşamasında ortaya çıkmaktadır. YGB'de DEHB varlığını araştırıp, varsa tedavi başlanmasının hastalığın prognozu üzerinde çok olumlu etkisi olacağı da akılda tutulmalıdır (130).

DEHB'nin, ergen yaş grubunda madde kullanımına başlama için bir risk faktörü olduğu bilindiği gibi, daha uzun süre madde kullanımı ve daha zor tedavi olma açısından da risk faktörü olduğu bilinmektedir (129). Öncesinde DEHB'nin temel özelliklerini göstermeyen ergenlerde, yeni ortaya çıkan dikkati toplayamama, unutkanlık, ders başarısında düşme, artmış hareketlilik, öfkeli, ajitasyon, uyku düzeninde değişiklikler, duygu durumunda oynamalar gibi belirtilerin varlığında madde kullanımı ayırıcı tanıda düşünülmelidir (94).

DEHB'nin çocuklukta başlayıp erişkinliğe devam ettiği olgularda, hayat boyu madde kötüye kullanımı ve bağımlılığı riski %50'dir (131). DEHB'ye BAB ya da DB eşlik ettiğinde ise maddeye başlama yaşı düşmektedir (132). DEHB olan ergen ve erişkinlerde sigaraya başlama riski, DEHB olmayanlara göre iki kat artmaktadır (131).

Tik bozukluğu olan çocuk ve ergenlerin yaklaşık yarısında DEHB komorbid iken DEHB olanların yaklaşık %20'sine tik bozuklukları eşlik etmektedir (133, 134) Diğer psikopatolojilerin aksine tik bozukluklarının DEHB prognozuna etkisi çok azdır (120).

#### **2.1.6. Tedavi**

DEHB'de birincil tedavi seçeneği farmakolojik tedavi olmakla birlikte, hasta ve aile eğitimi, bilişsel ve davranışsal yaklaşımların kullanılması da tedavi etkinliğinde önem taşımaktadır (135, 136).

## İlaç Tedavileri

DEHB'nin ilaçlı tedavisinde en çok kullanılan seçenек psikostimülan grubu ilaçlardır. Araştırmalarda, DEHB tedavisinde kullanılan metilfenidat ve amfetamin gibi stimulanların hem kısa dönem etkinliklerinin hem de uzun dönem etkinliklerinin oldukça iyi düzeyde olduğu gösterilmiştir (137-139). Psikostimülan grubu ilaçlar yan etki profili bakımından güvenli ve klinik etkinliği yüksek olan ilaçlar olarak kabul edilmekte olup, DEHB'li çocukların %73-77'sinde tedavide yeterli gelmektedirler (140).

Metilfenidat, bir psikostimülandır ve sinaptik aralıkta DA ve NA taşıyıcılarını inhibe etmek suretiyle, bu nörotransmitter maddelerin geri alımını engeller ve sinaptik aralıktaki miktarlarını artırarak etki gösterir. Metilfenidat, Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi (FDA) tarafından 6 yaş üzeri çocuklarda kullanım onayı almıştır (135). Metilfenidat formları kısa etkili (3-5 saat), orta etkili (6-8 saat), uzun etkili (10-12 saat) formlar olmak üzere 3 şekilde bulunmaktadır. Kısa etkili metilfenidatın çocuk ve ergenler için maksimum dozu 60 mg/gün olup, başlangıç dozu olarak günde 2 ya da 3 kez 5 mg önerilmektedir. Eğer 1-2 hafta içerisinde yeterli sonuç alınamazsa, günde 2 ya da 3 kez olmak üzere 7.5 ve 10 mg şeklinde doz arttırımına gidilebilir. Sonraki doz arttırmaları 2 haftada bir 5 mg olarak önerilmektedir. Uzun etkili metilfenidat günde tek doz alındığında birçok olguda yeterli süre etki göstermekte olup, en düşük etkin dozu 18 mg/gün'dür. 2 hafta içinde yeterli düzelme görülmezse doz önce 27 mg/güne, daha sonra ise 36 mg/gün ve 54 mg/güne yükseltilir. Çocuklarda en yüksek doz olarak 72 mg/gün önerilmektedir (141). Metilfenidat kullanımına bağlı olarak en sık izlenen yan etkiler; uykusuzluk, iştahsızlık, kilo azalması ya da beklenen kilo alımının durması, irritabl duygudurum, baş ağrısı ve karın ağrısıdır. İlaça bağlı meydana gelebilen kalp atım hızı ve kan basıncında artış genellikle doz ayarlaması ile kolaylıkla kontrol edilebilir. Ciltte döküntüler ve sersemlik olguların %1-10'unda görülür (142). Nadir olgularda motor tikler, tourette sendromu, koreiform hareketler görülebilir. Ancak son yıllarda yeni tiklerin daha ziyade yatkınlığı olan çocuklarda ortaya çıktığı, tiki olan çocuklarda metilfenidatın kullanımına devam edilmesiyle tiklerin başlangıçtaki düzeye döndüğü ve

metilfenidatın tourette sendromu olan çocuklarda dahi tikleri etkilemeksizin, DEHB belirtilerini azalttığı savunulmaktadır (143).

Amfetaminler ilk kez 1887 yılında keşfedilmiş olan, fenilizopropilamin yapısına sahip sempatomimetik aminlerdir. Merkezi sinir sisteminde kortikal, striatal ve limbik bölgelerde özellikle dopaminerjik ve noradrenerjik sinir uçlarından dopamin ve noradrenalin salıverilmesini arttırarak ve bu nörotransmitterlerin geri alımını inhibe ederek etki gösterirler. Amfetamin türevleri 3 yaşından büyük çocuklarda onay almış olmakla birlikte ülkemizde bulunmamaktadırlar (144).

Atomoksetin, DEHB tedavisinde FDA tarafından onaylanan tek stimulan dışı ilaçtır ve güçlü bir NA geri alım inhibitörüdür. Atomoksetin de DEHB tedavisinde ilk tercih ilaçlar arasında sayılabilir. Özellikle de madde kötüye kullanımı, anksiyete bozukluğu ya da tik bozukluğu komorbiditesinde ilk tedavi seçeneği olarak düşünülebilir (136). Atomoksetin, NA taşıyıcısına selektif bir şekilde bağlanarak, prefrontal kortekste NA ve DA seviyelerini artırır. Subkortikal alanda ise NA seviyesini arttırırken, DA seviyesini etkilemez. NA seviyesinde yol açtığı artış, DEHB ile birlikte bulunan olası depresif bozukluklar ve anksiyete için de tedavi edici olmaktadır (145). Atomoksetin tedavisine 70 kg'dan daha hafif çocuklarda 0.5 mg/kg/gün dozunda başlanıp, daha sonra etkin doz olan 1.2 mg/kg/gün'e çıkılır. Maksimum günlük doz 1.4 mg/kg ya da 100 mg/gün'dür. 70 kg'dan daha ağır çocuklarda ise 40 mg/gün ile tedaviye başlanır ve sonrasında 80 mg/gün'e çıkılır (145). Atomoksetinin günde tek doz olarak kullanımı etkinlik için yeterlidir (146). Atomoksetin sağlıklı hastalarda genel olarak iyi tolere edilir ve hafif şiddette bazı yan etkilere sahiptir. Atomoksetinin en fazla rastlanan yan etkileri; iştahta azalma, baş dönmesi, yorgunluk, uykululuk, bulantı ve kusmadır (147).

DEHB tedavisinde ilk tercih olmayıp ancak belli durumlarda tercih edilebilen diğer ajanların başında trisiklik antidepresanlar gelmektedir. Presinaptik hücrede NA ve serotonin geri alımını engelleyerek etki gösterirler. Ülkemizde DEHB tedavisinde en sık tercih edileni imipramindir. En dikkatli olunması gereken yan etkileri kardiyak yan etkileridir. QTc uzaması ve kalp bloğuna neden olabilirler. Bu nedenle tedavi öncesinde ve izlem sürecinde EKG takibi yapılması önerilir (148). DEHB' de diğer tedavi seçeneklerinden olan modafinil uyarıcı bir ajandır ve merkezi sinir sisteminde

dopaminerjik olmayan yollarla frontal kortekste aktivasyon yapar. Yan etkisi az olan ve genellikle iyi tolere edilen modafinilin en sık izlenen yan etkileri baş ağrısı ve bulantıdır (148). DEHB’de kullanılan alfa-2 adrenerjik agonist ilaçlar olan klonidin ve guanfasin, diğer ilaçlara yanıt alınamayan ya da yan etki gelişen ve bazı olgularda tercih edilebilecek ajanlardır. Bununla birlikte her iki ilaç da henüz ülkemizde bulunmamaktadır. Klonidin antihipertansif bir ilaçtır, bu yüzden en önemli yan etkisi, ortostatik hipotansiyondur. Guanfasin ile ortostatik hipotansiyon daha az görülmektedir (82). Risperidon ve aripiprazol gibi yeni nesil antipsikotikler de DEHB’de kullanılabilir. DEHB’ye davranış bozukluğunun eşlik ettiği olgularda risperidon en sık kullanılan ve en fazla tecrübeye sahip olunan yeni nesil antipsikotiktir. Antipsikotik ilaçların özellikle aşırı hareketlilik, dürtüsellik ve engellenme eşiğinin düşüklüğü gibi DEHB belirtilerinde ve öfke patlamalarında etkin olduğu belirtilmektedir (82).

## **İlaç Dışı Tedaviler**

Psikoeğitim; hasta ve ailesini hastalık ve tedavi ile ilgili olarak, var olan veya olması muhtemel gelecek süreçlerle ilgili olarak kapsamlı bir şekilde bilgilendirmektir ve tedavinin ilk basamağını oluşturur. DEHB olan olgular aileleri için genellikle önemli sorunlar doğurur. Aileler yüksek düzeyde stres altındadır ve özellikle DEHB’li çocukların anneleri depresif bozukluklar açısından riskli konumda bulunmaktadır. DEHB olan olguların aile eğitim programlarında; ebeveynlik becerilerinin artırılması, stres yönetimi, aile ilişkilerinin düzeltilmesi ve bozukluğun belirtilerinin azaltılması amaçlanır (149). Aile eğitiminin başarısı; hastalığın küçük yaşta farkedilmiş olması, davranış sorunlarının kronik hale gelmemiş olması, tedavi programının ilaç tedavisi ile birlikte uygulanması ve ebeveynin ilgili olmasıyla artmaktadır (150).

Aile terapisi ve bilişsel davranışçı yaklaşımlar da; aile bireyleri arasındaki iletişim ve sorun çözme becerilerini artırma ve karşılıklı destek sistemlerini geliştirme amaçlı kullanılan yöntemleri ve DEHB’den kaynaklanan sıkıntılarla başa çıkmada bireye yardımcı olabilecek yöntemleri içermektedir. Ebeveynlerin

bozukluğun doğası konusunda eğitilmesi yanında genellikle yaşanan suçluluk duyguları ve hayal kırıklıkları konusunda çalışılması önem taşımaktadır (150). Çocuk ve ergenlerde DEHB tedavisinde en sık kullanılan davranışçı tedaviler; ödül ve ceza uygulamaları, görev başında geçirilen süreyi ve ders başarısını artırma amaçlı düzenlemeler ve aşırı hareketliliğe yönelik uygulamalar olup, bu yöntemler, bozukluğun belirtilerinin denetlenmesinde oldukça etkilidir. Bilişsel-davranışçı yaklaşımlar ise; kendi kendine yönerge verme, bilişsel model alma, kendi kendini gözleme, kişiler arası sorun çözme ve kendini denetlemedir. Bu yöntemler tek başına yeterli olmamakla birlikte, ilaç tedavisine ek olarak uygulanmalıdır (149).

Okula yönelik müdahaleler de, DEHB tanılı bireylerde kullanılabilecek ilaç dışı tedavi yöntemlerindedir. DEHB olan olguların büyük bir kısmı okulla ilgili sorunlar yaşadığından, hastanın okuldaki uyumunu arttırmaya yönelik bazı düzenlemelerin yapılması gerekmektedir. Bu düzenlemeler arasında;

- Çocuğun dikkati kolay dağıldığından ön sıralarda oturtulması ya da cam kenarına oturtulmaması gibi sınıf içi yerleşime dikkat edilmesi,
- Çocuğun hareketliliğinin arttığı zamanlarda kısa aralar verilmesi,
- Öğretmenler arası işbirliğinin ve bilgi aktarımının sağlanması,
- Çocuğun etiketlenmesinin önüne geçilmesi ve özgüveninin arttırılmasına destek olunması,
- Sınıf içerisinde ödül sisteminin uygulanması,
- Çocuğa sorumluluk verilmesi ve çocuğun arkadaş ilişkilerini iyileştirmesine destek olunması yer almaktadır (150).

## 2.2. Akran Zorbalığı

### 2.2.1. Tanım ve Tarihçe

Literatürde akran zorbalığı için henüz standart ve hemen herkes tarafından kabul görmüş bir tanım bulunmamaktadır. Bu konudaki ilk araştırmalar Dan Olweus tarafından yapılmaya başlanmıştır ve ardından pek çok farklı ülkede yapılmış olan çalışmalar akran zorbalığının küresel bir sorun olduğunu göstermektedir. Olweus zorbalığı Norveç dilinde ‘mobbing’ kelimesi ile tanımlamışken bu kavram İngilizcede ‘bullying’ şeklinde karşılığını bulmuştur (151, 152). Akran zorbalığı, karşı taraftaki bireye bilinçli bir şekilde zarar verme amacıyla aralarında güç eşitsizliği olan bireyler arasında, zamansal devamlılığı olan saldırgan ve yıkıcı bir davranış şeklidir (7).

Yazındaki diğer tanımlamalara gelince 1992 yılında Tattum tarafından yapılan ‘bir başkasını incitme veya baskı altına alma isteği’ şeklindeki tanım akran zorbalığının sadece bir kısmını kapsayan bir tanım olması sebebiyle eleştirilmiş ve kabul görmemiştir. K. Rigby ise akran zorbalığını ‘daha az güçteki daha zayıf birine daha güçlü biri ya da bir grup tarafından kronik bir şekilde uygulanan fiziksel ya da psikolojik şiddet’ şeklinde ifade etmiştir (153) .

Literatürde, akran zorbalığını gerçekleştiren çocuklar ‘zorba’, akran zorbalığına maruz kalan çocuklarda ‘kurban’ olarak tanımlanmaktadır. Farklı duruma göre hem zorba hem de kurban olabilen çocuklarda ‘zorba/kurban’ olarak kabul edilmektedir (151).

Akran zorbalığına konu olan olumsuz davranışların akran zorbalığı kapsamında değerlendirilmesi için, olumsuz davranışları uygulayan ve bu davranışlara maruz kalan taraflar arasında bir güç eşitsizliği olması gerekmektedir. Birbirine eşit fiziksel ve duygusal güçteki iki taraf arasındaki sorun, anlaşmazlık ve olumsuz davranışlar zorbalık olarak adlandırılmamaktadır (153).

Uluslararası yazında olduğu gibi ülkemizde de akran zorbalığı kavramına alternatif olarak kaynaklarda akran istismarı ya da akran rselemesi gibi adlandırmalar da kullanılmaktadır. Kavramın trkeleştirilmesi için alternatif adlandırmaların düşünülmesi ve ortak bir kavramda karar kılınması literatürdeki karışıklığın önüne geçilmesini sağlayabilir.

Akran zorbalığı 1980’li yıllardan önce hemen hemen hiç araştırılmamıştır. Araştırmacılar hem tanımlamanın zor olmasından hem de akranlar arasındaki zorbalığın okul kültürünün bir parçası olarak kabul edilmesinden dolayı bu konudan uzak durmuşlardır. Aynı zamanda okul yöneticilerinin, okullarının halk nazarındaki itibarının zedelenmesinden korkmaları sebebiyle, bu konuda yapılacak araştırmalara sıcak bakmaması da akran zorbalığının araştırılmasındaki gecikmede rol oynayan faktörlerdendir. Ancak 1990’lı yıllardan sonra bu konudaki araştırmaların sayısı hızla artmıştır (154).

Akran zorbalığı, saldırgan ve yıkıcı bir davranış şeklidir. Saldırgan davranışın proaktif bir formudur ve bu karmaşık süreçte davranışla ilişkili olan niyet, motivasyon, ceza ve ödül kavramları da rol oynamaktadır. Zorbalık, sadece zorbalığa uğrayana zarar vermekle kalmaz, aynı zamanda zorbalık yapana da belli bir grup içerisinde sınırlı bir sosyal statü kazanmanın basit ve genellikle etkin bir yolunu sunmak suretiyle zorbanın farklı ve sağlıklı olmayan yolları öğrenerek gelişimini olumsuz etkiler (155).

Araştırmacılar akran zorbalığının 4-6 yaşları kadar erken dönemlerde ortaya çıktığını ne sürmüşlerdir. nk bu yaşlar çocukların kendilerinin sebebiyet verdikleri zararları ve tehdit ve şiddetin de sonuçlarını anlamaya başladıkları dönemdir Yapılmış olan araştırmalar sonucunda saldırganlıkla ilişkili olduğu öne sürülen duygusallık, uyaran arayışı ve dürtüsellik gibi bazı mizaç özelliklerinin saldırgan davranışlarla ilişkili olmadığı sunucuna varılmıştır Bir takım uzunlamasına araştırmalar sonucunda saldırgan davranışı etkileyen dört vresel faktör belirlenmiştir; ebeveyn tutumları, ebeveyn disiplini, rol modeller ve televizyondaki şiddet. Bu araştırmaların sonuçlarına göre saldırgan davranışın daha çok yetiştirmeyle bağlantılı olduğu sonucuna varılmıştır (154).

Araştırmalara göre akran zorbalığının, sadece zorbalık yapan ve zorbalığa uğrayan ile ilgili olmadığı, daha karmaşık yapıda bir grup davranış olduğu ifade edilmiştir. Zorbalık davranışının içerisinde olanlar; zorbalık yapan, asistan (aktif bir şekilde zorbalığa katılır, kışkırtır), destekleyici (zorbalığa doğrudan katılan kişileri pozitif geribildirimle destekler, pekiştirir), zorbalığa uğrayan, savunucu (zorbalığa uğrayana doğrudan ya da dolaylı olarak destek verir, zorbalığı engellemeye çalışır), dışarıda kalanlar (zorbalık ortamından uzaklaşırlar) olarak tanımlamıştır. Bu farklı rollerdeki çocukların özelliklerine bakıldığında zorbalığa uğrayanların daha izole çocuklar olduğu ve sosyal kabullerinin düşük olduğu, savunucularınsa sosyal kabulü en yüksek olan, en popüler çocuklar olduğu bulunmuştur (154).

Akran zorbalığının sınıflandırması ve alt türlerinden bahsedecek olursak, yazında bu konu ile ilgili belirgin bir görüş birliği henüz mevcut değildir. Olweus akran zorbalığını 2 alt sınıfta incelemiştir. Bunlar doğrudan ve dolaylı akran zorbalığıdır (151). Doğrudan akran zorbalığı, hedefteki kişiye yönelik açıktan olan saldırıları içermektedir. Bu gruba, fiziksel yolla uygulanan şiddet, sözel yolla yapılan hakaret ve aşağılamalar, çirkin yüz hareketleri, mimikler ve jestler girmektedir. Doğrudan zorbalıkta zorba ve kurban yüz yüze olduğu için, kurban saldırganı tanır. Dolaylı akran zorbalığı ise, hedefteki kişinin sosyal olarak yalnızlaştırılması ve kasıtlı bir şekilde bir gruptan dışlanması gibi davranışları içermektedir (8, 156, 157).

Yazında akran zorbalığı, zorbalık yaparken kullanılan yöntemlere göre aşağıda belirttiğimiz şekilde sınıflandırılmıştır (156, 158-160);

- Fiziksel akran zorbalığı
- İlişkisel/duygusal akran zorbalığı
- Sözlü akran zorbalığı
- Cinsel akran zorbalığı
- Siber akran zorbalığı
- Etnik akran zorbalığı



Fiziksel akran zorbalığı, zorbanın kurbanı fiziki yollarla zarar verdiği ve canını yaktığı durumları (vurmak, tokat atma, tekme ve yumruk atma, çelme takıp yere düşürme, itme, çekme, dürtme, saçını çekme, bıçak vs ile saldırma gibi) tanımlar (156, 158). Fiziksel saldırı olarak kabul edilebilecek bir takım durumlar bazı çalışmalarda terör (şiddetin doğrudan ve açık bir şekilde, fiziksel yollarla, istemli bir halde ve genellikle bir grup tarafından uygulandığı durumlar) veya açık saldırı (terörden farklı olarak, fiziksel şiddetin daha hafif olduğu durumlar) alt başlıklarında ele alınmıştır (158).

İlişkisel/duygusal akran zorbalığı, çoğunlukla dolaylı zorbalık altında incelenmektedir. Kurbanın sosyal konumuna, çevresi ile ilişkilerine ve ait olma duygusuna zarar verme şeklinde gerçekleştirilir. Yaşlıları arasında kurban hakkında yalan yanlış söylentiler uydurma, kurbanı bilinçli olarak grup dışında tutup yalnızlığa itme, oyun veya diğer etkinliklere dahil etmeme ve dışlama bu kategoriye girmektedir (156, 158)

Sözlü akran zorbalığı, zorbalığa uğrayan kişiye sözel anlamda sataşıldığı, kurbanın aşağılandığı ve alay konusu haline getirildiği, takma isim takıldığı, korkutulduğu, kendisine ya da ailesine hakarete bulunulduğu, küçük düşürüldüğü ve sözel yolla incitildiği durumları içerir. Bu davranışlar alay alt başlığı altında da ele alınmıştır (8).

Cinsel akran zorbalığı, cinsel saldırı, dokunma, sürtünme, elle taciz etme vs gibi hareketleri kapsamaktadır. Bu alt tipteki zorbalığa cinsel kelimeler içeren bazı kelimelerle laf atma da girmektedir ve genelde erkekler zorba olurken kadınlar kurban olmaktadır (158).

Siber akran zorbalığı, gelişen teknoloji ve artan miktarda teknolojik iletişim yollarının kullanımına bağlı olarak son yıllarda karşımıza çıkmakta olan yeni bir olgudur. Burada zorbalık cep telefonu ile ya da e-posta, internet sitesi, Microsoft Messenger, Facebook, İnstagram gibi bir takım elektronik haberleşme araçları yolu ile yapılmaktadır. Sanal ortam üzerinden mağdurun özel hayatının ifşa edilmesi, paylaşılmasını istemediği bir takım görsel ve yazılı bilgilerinin, fotoğraflarının vs ele geçirilip bunların yine bu ortamlarda başka insanlara ulaştırılması ya da bu

şekilde tehdit edilmek sureti ile kişinin mağdur edilmesi siber zorbalığa örnek olarak sayılabilir (159, 161).

Etnik akran zorbalığı, kurbanın kişisel özelliklerine, etnik sınıfına veya ait olduğu kültür ile ilişkili özelliklere saldırı yoluyla yapılmaktadır. Genelde ötekileştirme, dışlama, aynı etnik gruba ait bazı bireylerin suçlarını o etnik grup ve ırka ait insanların tümüne atfedip çevrede tepki oluşturma şekillerinde karşımıza çıkmaktadır (161, 162).

Bu sınıflandırmaların haricinde Mynard ve Joseph akran zorbalığını sözel, fiziksel, sosyal anlamda kötüye kullanma (manipüle etme) ve kişisel eşyalara zarar verme olarak 4 ayrı grupta incelemişlerdir. Burada bahsedilen sosyal anlamda kötüye kullanma (manipüle etme) kavramı yukarıda belirtilen ilişkisel/duygusal ya da dolaylı akran zorbalığı tanımı ile örtüşmektedir (160).

### **2.2.2. Epidemiyoloji**

Akran zorbalığı ile ilgili daha önce yapılmış olan çalışmalarda zorbalığın uluslararası yaygınlığının, farklı coğrafyalarda değişen oranlarda %9-54 gibi geniş bir aralıkta olduğu bildirilmiştir. Bu geniş prevalans aralığının sebebinin coğrafi özelliklerle ilişkili olabilmesinin yanında yapılmış olan çalışmaların deseni ile de ilgili olduğu bir gerçektir. Araştırmaların çoğu genelde kendi bildirim yöntemleri ile yapılmış olan periyot prevalans çalışmalarıdır. Çalışmalarda farklılık gösteren ayrıntılar periyodun uzunluğu ve bildirilen sıklığın ayrıntısıdır. Bazı çalışmalar son üç ayı bazı çalışmalar son bir yılı kapsamaktadır. Yine bazı çalışmalar sadece zorba, sadece kurban ve zorba/kurban olarak tasarlanmışken bazı çalışmalar ise zorba/kurbanları araştırmaya dahil etmeyerek toplam zorba ve kurban oranlarını belirtmektedir (11, 163).

Örneklere gelince; İtalya'da 238 ilköğretim öğrencisi ile yapılmış ve 1999 yılında yayınlanmış olan bir çalışmada, son üç ay içinde öğrencilerin % 29.4'ü zorbalığa uğradığını, % 25.2 si zorbalık yaptığını belirtmiştir ve erkek öğrencilerde

zorba oranı kızlardan daha yüksek bulunmuştur (164). Kore’de 2000 yılında 1756 ortaokul öğrencisi ile yapılmış olan bir çalışmada, zorba, kurban, zorba/kurban olma oranları sırasıyla % 17, % 14, % 9 olarak saptanmıştır ve en sık zorbalık alt tipleri ilişkisel/duygusal % 23, sözel % 22 ve fiziksel % 16 olarak bildirilmiştir (11). Amerika’da 2001-2002 eğitim öğretim sezonunda 3530 ilköğretim öğrencisi ile yapılmış olan bir çalışmada zorba olma oranı % 5.3, kurban olma oranı % 12.2, zorba/kurban olma oranı % 1.4 olarak bildirilmiştir ve çalışmada kurban ve zorba/kurban olan öğrencilerin zorbalığa hiç katılmayanlara kıyasla daha düşük ders başarısı ve akademik performans gösterdiği tespit edilmiştir. Yine bu çalışmanın sonucunda, akran zorbalığına dahil olan tüm öğrencilerin, zorbalığa dahil olmayanlara kıyasla okulu daha güvensiz bir yer olarak algıladıkları ve okulu daha az sevdikleri ayrıca zorba ve kurbanların, kontrollere göre kendilerini daha üzgün hissettikleri saptanmıştır (165). Kudüs’te 2002 yılında 1182 öğrenci ile yapılmış olan bir çalışmada zorba olma oranı erkeklerde % 57, kızlarda % 27 olarak bildirilirken kurban olma oranları ise erkeklerde % 50, kızlarda % 29 olarak bildirilmiştir (166). Güney Afrika’da 2002-2003 eğitim öğretim yılında 72 ayrı okulda toplamda 5385 öğrenci ile yapılmış olan bir çalışmada 8, 9, 10 ve 11. sınıf öğrencileri arasında zorba, kurban ve zorba/kurban olma oranları sırasıyla % 8.2, % 19.3 ve % 8.7 olarak saptanmıştır (167). Finlandiya’da yapılmış olan bir çalışmada zorba/kurban sıklığı % 2.2 bulunmuşken başka bir Finlandiya çalışmasında bu oran % 18 olarak bulunmuştur. Ayrıca, ortaokul çocuklarında (6,7 ve 8. sınıflar) kurban olma sıklığı ilkokul çocuklarından daha düşük bulunmuştur. 8. sınıfa giden 189 Finlandiyalı öğrencide kurban olma sıklığı % 4.7 olarak bildirilmiştir (168).

11, 13 ve 15 yaşındaki öğrencilerle yapılan Okul Yaş Grubu Çocuklarda Sağlıkla İlgili Davranışlar 2005 Araştırmasında, Olweus Öğrencilerde Akran Zorbalığı Anketinde yer alan iki soru ile akran zorbalığı yapma ve akran zorbalığına maruz kalma durumları kesme noktası olarak ‘Bir ay içinde 2 ya da 3 kez oldu’ ifadesi kullanılarak sorgulanmıştır. Elde edilen akran zorbalığı yapma oranları ülkeler arasında 11 yaş grubunda % 1-27 (ortalama % 9), 13 yaş grubunda % 1-35 (ortalama % 12), 15 yaş grubunda % 2-34 (ortalama % 12) şeklinde değişmektedir. Yine bu çalışmanın sonuçlarına göre akran zorbalığına maruz kalma oranları 11 yaş grubunda % 4-37 (ortalama %15), 13 yaş grubunda % 4-

29 (ortalama % 14), 15 yaş grubunda % 2-34 (ortalama %10) şeklinde değişmektedir (169).

Ülkemize ait çalışmalarda ise çalışmanın örnekleminin yaş grubu ve çalışmanın desenine göre değişen sıklık oranları saptanmıştır. Ülkemizde yayınlanmış ilk çalışma Alikashiöglü ve arkadaşlarının 2000 yılında İstanbul'da 4153 lise öğrencisi üzerinde yaptıkları çalışmadır. Çalışmada ölçek olarak, Okul Yaş Grubu Çocuklarda Sağlıkla İlgili Davranışlar Anketi kullanılmıştır. Çalışmanın sonucunda öğrencilerin şiddet içeren davranışları öncelikle incelenmiştir. Okul sınırları içerisinde herhangi bir silahla zorbalığa uğrayanların oranı % 7.5 olarak (kızlarda % 2.5, erkeklerde % 12) saptanmıştır. Tüm öğrencilerin % 8'i (kızların % 3'ü, erkeklerin % 13'ü) son eğitim öğretim döneminde okul sınırları içerisinde silah taşıdıklarını bildirmişlerdir (170). Yine Alikashiöglü ve arkadaşlarının 2007'de yayımlanmış olan bir çalışmasında, İstanbul'da 26 okuldaki 3519 lise öğrencisinde akran zorbalığı sıklığı araştırılmıştır. Öğrencilerin % 59.4'ü zorbalığa katılmayanlar, % 22'si zorbalığa maruz kalmış olanlar, % 9.4'ü zorba/kurban olanlar ve %9.2'si zorba olanlar şeklinde rapor edilmiştir. Erkek öğrencilerin kız öğrencilere göre daha sık zorba ve/veya zorbalık mağduru olduğu görülmüştür. Zorba ve/veya zorbalık mağduru olanların zorbalığa katılmayanlara göre daha sık şekilde emniyet kemeri kullanmadıkları, günde dört saat ya da daha fazla televizyon seyrettikleri ve arkadaşlarıyla daha fazla oranda fiziksel kavgaya karıştıkları görülmüştür. Zorba/kurban veya zorbalının sigara ve alkol kullanma, haftada dört saatten fazla bilgisayar oyunu oynama ve cinsel anlamda aktif olma olasılıkları diğerlerine göre daha yüksek saptanmıştır. Anneleri düşük eğitim düzeyinde olanların ve ebeveynleri ile iletişim kurmada zorluk çekenlerin daha yüksek oranda zorba/kurban olduğu bildirilmiştir. Zorbalığa katılmayanların katılanlara göre gece geç saatlerde arkadaşlarıyla daha nadir zaman geçirdikleri, zorbalının diğerlerine göre okuldan arta kalan zamanlarda arkadaşlarıyla daha sık beraber zaman geçirdikleri, kurbanların diğerlerine göre karşı cinsle iletişim kurmada daha çok zorluk çektikleri belirtilmiştir (171).

Ankara'da 2000-2001 eğitim öğretim yılında 692 tane 8. sınıf öğrencisinde yapılan bir çalışmada araştırmaya katılan tüm öğrencilerin yılda en az bir kez, bir

ya da birden çok yollarla zorbalığa maruz kaldığı bildirilmiştir. Öğrencilerin % 35.3'ü sözel, % 33.5'i fiziksel, % 28'i duygusal ve % 15.6'sı cinsel yollarla zorbalığa maruz kaldığını belirtmiştir. Öğrencilerin kendilerini zorbalıktan korumak için en sık uyguladıkları yöntemlerin sırası ile kendi başına korunmaya çalışmak (% 32.4), okul idaresinden (% 29.4), arkadaşlarından (% 18.4), öğretmenlerinden (% 6.3) ve ebeveynlerinden (% 3.5) yardım istemek olduğu saptanmıştır. Öğrencilere okul idaresine zorbalığı bildirdiklerinde ne olduğu sorulduğunda, sırası ile sözlü uyarı (% 34.5), yazılı uyarı (% 16) yapıldığı yanıtları alınmış ve öğrencilerin % 15.1 ise hiçbir şey yapılmadığını bildirmiştir. Öğrencilere 'öğrenciler sizce ne sebeple birbirlerine zorbalık yapıyor' sorusu sorulduğunda, alınan yanıtlar sırası ile 'güçlü ve otoriter görünmek için' (% 43.1), 'sorunlarını nasıl çözeceklerini bilmedikleri için' (% 24.1) ve 'kişisel problemleri nedeniyle' (% 22.1) yanıtları alınmıştır (158). Ankara'da 2003 yılında 1154 ilköğretim öğrencisi arasında yapılmış olan başka bir araştırmada öğrencilerin % 35.1'inin kurban, % 30.2'sinin zorba, % 6.2'sinin ise hem zorba hem de kurban olduğu saptanmıştır. Öğrenciler en fazla sınıf arkadaşlarının zorbaca söz ve eylemlerine uğradıklarını (% 52), en fazla tek bir erkek öğrencinin (% 54), ikinci sırada ise bir grup erkek öğrencinin zorbalığına uğradıklarını (% 35) bildirmişlerdir. Zorbalığa uğrayanların uğradıkları bu söz ve eylemleri en fazla sınıf arkadaşlarıyla (% 44) paylaştıkları belirtilmiştir. Çalışmada durumu öğretmenlerine söyleyenlerin oranı (% 37), okul rehber öğretmenine (% 17) söyleyenlerden çok daha yüksek bulunmuştur. Zorbalığa uğrayan öğrenciler, zorbalık sonrası en fazla desteği arkadaşlarından (% 61), ikinci sırada ise anne ve babalarından (% 39) gördüklerini belirtmişlerdir, Rehber öğretmenden destek gördüklerini belirtenlerin oranı ise % 16'da kalmıştır (172). Yine Ankara'da 5. ve 6.sınıfa giden 718 çocukla yapılmış olan bir çalışmada, sadece kurban olma oranı % 9.3, sadece zorba olma oranı % 7.6, zorba/kurban olma oranı % 6.4 ve zorbalık davranışına dahil olmayanların % 76.7 olarak bulunmuştur (160).

İzmir'de ilköğretim 6. ve 7. sınıf öğrencilerini kapsayan bir araştırmada ise öğrencilerin % 42.3'ünün kurban, % 20.3'ünün zorba, % 13.8'ininse hem zorba hem de kurban olduğu görülmüştür (10). İstanbul'da lise öğrencilerini kapsayan bir araştırmada öğrencilerin % 19'u zorbalık yaptığını, % 30'u ise zorbalığa maruz kaldığını ifade etmiştir (170). Yine İstanbul'da yapılan bir başka araştırmada ise lise

öğrencilerinde kurban olma oranı % 22, zorba olma oranı % 9.4, zorba/kurban olma oranı ise % 9.2 olarak saptanmıştır (13). Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'nde ilköğretim 6, 7 ve 8. sınıf öğrencilerinin dahil edildiği bir araştırmada öğrencilerin % 19.2'si kurban, % 4.7'si zorba, % 5.5'i hem zorba hem kurban olarak saptanmıştır (173). Akran zorbalığının alt tiplerinin cinsiyetler arasında değişip değişmediği ile ilgili yapılan araştırmalar neticesinde, erkeklerin genelde doğrudan yolla ve fiziksel zorbalık yöntemlerini kullandıkları, kızlarınsa daha dolaylı ve ilişkiyel/duygusal zorbalık yöntemlerini kullandıkları saptanmıştır (174).

### **2.2.3. Zorba ve Kurbanların Özellikleri**

#### **Cinsiyet**

Akran zorbalığının, öğrencilerin cinsiyeti ile ilişkili olabileceği düşünülmüş ve bu konuda çalışmalar yapılmıştır. Literatüre bakıldığında hem zorbalık yapan hem de zorbalığa uğrayan çocukların çoğunun erkek olduğu görülmektedir. Çalışmalarda, erkek öğrencilerin daha çok dövülme, itilme, tekmelenme gibi fiziksel zorbalığa maruz kaldığı kızlarınsa alay etme, isim takma, küçük düşürme, oyundan dışlama gibi sözel ve duygusal zorbalığa maruz kaldıkları belirtilmiştir (8, 151, 175). Okul Yaş Grubu Çocuklarda Sağlıkla İlgili Davranışlar Araştırması sonuçlarına göre araştırmanın yapıldığı ülkelerin pek çoğunda erkekler anlamlı ölçüde daha sık akran zorbalığı yapmaktadır. Kurbanlar açısından incelendiğinde de ülkelerin önemli bir çoğunluğunda erkeklerin daha sık kurban olduğu görülmektedir. Sonuç itibarı ile, zorba olma açısından bakıldığında erkeklerin kızlara göre çoğunlukla daha yüksek oranda zorba olduğu, kurban olma açısından bakıldığında ise bazı örneklerde erkeklerin kızlara kıyasla daha yüksek oranda kurban olduğu görülmekle birlikte bu durumun zorbalıktaki kadar belirgin olmadığı söylenebilir (176).

#### **Yaş**

Yaş ile birlikte akran zorbalığının değişip değişmediği ile ilgili çalışmaların bazılarında, yaş ilerledikçe zorbalığa uğrama sıklığının azalmasına karşın, zorbalık

yapmanın sıklığında bir değişimin olmadığı belirtilmiştir. Bazı çalışmalarda da, yaşla birlikte kurban olma oranlarının azaldığı ancak zorba olma oranlarının ise arttığı bildirilmiştir (157, 177). Öte yandan, yaş ilerledikçe kurban olma oranlarında anlamlı bir değişikliğin olmadığı, zorba olma oranlarındaysa artmanın olduğu da saptanmıştır. Okul Yaş Grubu Çocuklarda Sağlıkla İlgili Davranışlar Araştırması sonuçlarına göre araştırmanın yapıldığı ülkelerin pek çoğunda, zorbalık yapma oranları 13 yaş grubunda, 11 yaş grubuna kıyasla daha yüksek çıkmıştır. 15 yaş grubunda ise 11 ve 13 yaş grubuna kıyasla zorbalık yapma daha düşük oranlarda çıkmıştır. Kurban olma oranlarında ise anlamlı bir değişiklik olmamıştır (176). Özetleyecek olursak, çalışmaların çoğunun ortak sonucuna göre yaşla birlikte zorbalık yapmanın sıklığının artmasına karşın, zorbalığa uğrama sıklığında bir azalma görülmektedir (157).

### **Psikolojik Özellikler**

Bu konudaki bazı çalışmalarda, zorbalık yapanların kendilerini güçlü hissetme ve başkalarını kontrol altında tutma ihtiyacı içerisinde oldukları, kurbanlarının acı çekmesinden kendilerini sorumlu tutmadıkları ve kurbanları tarafından provoke edildiklerini ifade ederek kendilerini savundukları belirtilmiştir (8, 157). Yine, düzenli bir şekilde zorbalık yapan öğrencilerin yetişkin insanlara da karşı çıktıkları ve antisosyal davranışlar gösterdikleri, toplum kurallarını önemsemedikleri ve durumlardan dolayı çok az kaygı duydukları ve öz saygı düzeylerinin de yüksek olduğu bildirilmiştir. Bunlara ek olarak zorbalıların çevresindeki kişilerin başarılarından rahatsız oldukları, yenilgiye katlanamadıkları, genel olarak yoğun bir kızgınlık ve öfke hali içerisinde oldukları ve ikili ilişkilerinin iyi olmadığı saptanmıştır (151).

Kurbanların psikolojik özelliklerine bakıldığında; genel olarak içe dönük, kaygı düzeyleri yüksek, özgüvenleri düşük, çevreye güvenleri az, çekingen ve ürkek, öz saygıları az ve sosyal beceri düzeyleri düşük kişiler oldukları görülmüştür. Yine bir çalışmanın sonucuna göre, zorbalığa uğrayan öğrencilerde depresif bozuklukların ve anksiyete bozukluklarının sıklığı kontrollerden fazla bulunmuştur (8, 151).

Zorba/kurban olan, yani hem zorbalık yapan, hem de zorbalığa uğrayan öğrencilerin ise; arkadaşları içerisinde en az popüler olan ve en az sevilen, kolayca kıskırıtılabilen ve başkalarını kıskırtabilen, aşırı hareketli, sürekli huzursuz olan ve huzursuzluk çıkaran, dikkatsiz, nörotik ve psikotik özellikler gösterebilen, sosyal kabul görme ve özsaygı düzeyleri düşük kişiler oldukları bulunmuştur (157).

### **Fiziksel Özellikler**

Bu konudaki veriler net olmamakla birlikte, Olweus, fiziksel kısıtlılıkları (görme, işitme ya da konuşma bozuklukları), şişman olmayı, kişisel hijyendeki eksikliği, yüz ifadesi, postür ve giyinme ile ilgili özellikleri kurban olma durumuyla ilişkilendirmemiştir. Olweus'un çalışmalarında kurban olma ile ilgili belirtilen tek fiziksel özellik, çocuğun vücut ölçüleridir. Kurban olan çocuklar, yaşlılarından daha ufak tefek ya da kısa boylu ve güçsüz, zayıf olan öğrencilerdir (151). Öte yandan Lowenstein, kurbanların yaşlılarına göre daha az çekici olduklarını ve garip davranış ve tutumlara ya da fiziksel yetersizliklere sahip olduklarını belirtmiştir. Onun araştırmasında kurban olanlar ve diğerleri arasında vücut ölçüleri açısından fark saptanmamıştır (168, 178). Zorbalık yapanlar ise genellikle akranlarından daha iri ve güçlü olan çocuklardır (151).

### **Davranışsal Özellikler**

Akran zorbalığı yapanların, zorba ya da kurban olma ile ilişkisi olmayan öğrencilere göre alkol, madde ve sigara kullanımı ya da kavgaya karışma, yaralama gibi yıkıcı davranışlarda bulunma olasılıkları daha yüksektir (13, 179). Zorbalık yapma ile silah taşımak, sınavlarda kopya çekmek, hırsızlık yapmak, okuldan kaçmak arasında da anlamlı ilişki bulunmuştur. Çalışmalarda, kurban olmak da kötü ve uygunsuz davranışlar ile ilgili bulunmuştur ancak en çok uygunsuz davranışlarda bulunan grubun zorba/kurbanlar oldukları bildirilmiştir (13, 158).

### **Kişiler Arası İlişkiler**

Bu konudaki en dikkat çekici bulgulardan biri, akranlarının popüler olarak



tanımladığı ya da sosyal açıdan kabullenilme düzeyi daha yüksek olan öğrencilerin, akran zorbalığına maruz kalma olasılığının daha düşük olmasıdır. Zorbaların sosyal açıdan kabullenilme düzeyi, akran zorbalığına dahil olmayan grupla benzer bulunmuştur. Sosyal açıdan kabullenilme düzeyi karşılaştırıldığında en düşük grup zorba/kurban olanlar iken kurbanların da zorbalara kıyasla daha düşük düzeyde sosyal kabul gördüğü saptanmıştır (180) .

### **Ailesel Özellikler**

Aile çocuğun gelişimi için en önemli ortam olarak kabul edilmektedir. Çocuğun sosyal tutum ve davranışları ilk olarak aile içinde gelişmeye başlar. Bazı yazarlar aileyi sağlıkla ilişkili kavramların gelişmeye başladığı en önemli yapı olarak nitelendirmektedir. Aile ortamının etkisi hem ergenlik süreci boyunca, hem de sonrasında devam etmektedir (180). Şiddet ve zorbalık öğrenilen bir davranıştır. Ortaya çıkan sorunların çözümünde şiddet gösterme, sözel/fiziksel saldırı ya da isim takma gibi yöntemlerin kullanıldığı bir ev ortamında yetişen çocuk ve ergenler, ebeveynlerinin bu yönleriyle özdeşim kurabilir ve onları model alabilirler. Yaşlıları ile olan ilişkilerini de bu model çerçevesinde yapılandırabilirler (8). Sonuç itibarıyla literatür bilgileri; zorba öğrencilerin daha çok fiziksel ceza yöntemlerinin kullanıldığı, sorunların çözümü için fiziki gücün öneminin daha fazla vurgulandığı ve bu gücü kullanmanın tavsiye edildiği, öğretildiği, ayrıca aile desteğinin ve şefkatinin yeterli olmadığı ailelerden geldiklerini ortaya koymaktadır (181). Kurbanlar açısından bakıldığında, kurbanların, zorbalığa maruz kaldıklarında kendilerini nadiren savunabilip karşı koyabildikleri, genellikle aşırı koruyucu anne ve babaların çocukları oldukları, sevildiklerini çok az hissettikleri ve çok az oyun arkadaşları olduğu bildirilmektedir (182, 183).

## Sosyal ve Ekonomik Durum

Sosyal ve ekonomik alandaki eşitsizliklerin artması ailelerin hayat koşullarını oldukça değiştirmektedir. Ailelerdeki işsizlik oranı arttıkça, yapılan iş karşılığında alınan ücretin alım gücü azaldıkça ya da sosyal güvenlik koşulları daraltılmış şekilde çalışan bireylerin sayısı arttıkça sosyal iyilik durumu azalmaktadır. Sosyal ve ekonomik alandaki eşitsizlikler, hem yetişkinlerde hem de çocuklarda mortalite ve morbidite için risk faktörüdür. Sosyal ve ekonomik alandaki eşitsizliklerin ergen sağlığı üzerine etkisi daha az açıktır. Bazı yazarlar, sosyal ve ekonomik durum ile ergenlerin sağlığı arasında kuvvetli bir ilişki bulunduğunu belirtmişken bazıları ise bu ilişkinin zayıf olduğunu söylemiştir (168, 180). Ailenin sosyal ve ekonomik durumu ile akran zorbalığı arasındaki çalışmaların sonucunda da benzer şekilde net bir fikir birliğine varılamamış ve bazı çalışmalarda ilişki bulunmuşken, bazılarında ise bulunmamıştır. Okul Yaş Grubu Çocuklarda Sağlıkla İlgili Davranışlar Araştırmasının sonuçlarına göre ailenin sosyal ve ekonomik düzeyi ile zorba olmak arasındaki ilişki ülkeden ülkeye değişmektedir. Kurban olma oranları ile ailenin sosyal ve ekonomik düzeyi arasındaki ilişki de ülkeden ülkeye değişmekle birlikte ve incelenen ülkelerin önemli bir kısmında böyle bir ilişki saptanmamıştır. Öte yandan ilişki saptanan ülkelerin hemen hepsinde ailenin sosyal ve ekonomik düzeyi düştükçe, kurban olma oranlarında artış görülmektedir (184).

## Etnik Özellikler

Etnik köken sebepli akran zorbalığı özellikle ABD gibi farklı ırklardan insanlara sahip ülkelerde önemli bir sorundur (185). ABD’de göçmen çocukların akran zorbalığına uğrama açısından anlamlı bir şekilde risk altında olduğu görülürken, Avustralya gibi diğer bir çok uluslu ülkede ise etnik grup farklılığı akran zorbalığı açısından anlamlı bir risk faktörü olarak saptanmamıştır (186). Bazen de etnik grup içindeki zorbalık davranışları, etnik gruplar arasındakine ağır basabilmektedir. İngiltere’de yapılmış olan bir çalışmada Asya kökenli öğrencilerin başka Asya kökenli öğrenciler tarafından zorbalığa uğrama oranları, İngiliz kökenli

öğrenciler tarafından zorbalığa uğrama oranlarından daha yüksek bulunmuştur (186).

## **Genetik Özellikler**

Genetik özelliklerin akran zorbalığına etkilerini inceleyen araştırmaların sonuçları, bazı çocukların olağanın dışında agresif, dürtüsel ya da tam tersi uysal olmaya genetik anlamda yatkın olduklarını göstermektedir. Buna göre saldırganlığın duygusal tarafı genetik olmakla birlikte, yaşantılanması diğer faktörlerle ilgilidir. Genetik anlamda saldırganlığa yatkın çocukların, baskıcı ebeveynler ve anti-sosyal arkadaşlarla bir araya gelmesi, çoğunlukla bir zorbanın meydana gelmesiyle sonuçlanmaktadır. Genetik anlamda uysal olan ama büyük kardeşlerince zorbalığa maruz kalan ve anneleri tarafından koruma altına alınan çocukların ilerde de kurban olma potansiyellerinin yüksek olduğu düşünülmektedir (186).

### **2.2.4. Akran Zorbalığının Değerlendirilmesi**

Akran zorbalığın nasıl değerlendirileceği, nasıl saptanacağı da uzunca bir süredir tartışılan bir konudur. Bazı araştırmacılar zorbalığın saptanmasında, akran değerlendirmesinin; öz bildirim ölçeklerine göre yanlılık açısından daha güvenilir olduğunu ve öğretmen formlarına göre de, zorbalığın genelde yetişkinlerin denetiminden uzak ortamlarda gerçekleşmesi nedeniyle daha iyi bir değerlendirme düzeyine sahip olduğunu iddia etmektedirler (187). Öz bildirim ölçeklerinin en büyük avantajı, kişinin maruz kaldığı ve algıladığı zorbalık davranışlarının, akranlarının ve öğretmenlerinin olmadığı ortamlarda meydana gelmesi durumunda da zorbalığın bildirimine olanak sağlamasıdır. Öz bildirim ölçeklerinin dezavantajı ise kişinin kendi davranışlarını değerlendirirken, kendisine daha pozitif ve sosyal olarak kabul edilebilen davranışları yakıştırmaktan kaynaklanan kendine hizmet eden yükleme yanlılığı yapması ihtimali nedeniyle, maruz kaldığı zorbalık davranışlarını fazla göstererek, kendi yaptığı zorbalık davranışlarını da az göstererek bildirmesidir (187). Akran zorbalığının tespitinde öğretmen değerlendirme formları da kullanılabilir ancak hem zorbalık davranışının öğretmenlerin denetiminden uzak alanlarda daha sık görülebilmesi hem de zorbalığa uğrayan çocukların önemli bir

kısının bu durumdan öğretmenlerine bahsetmemesi nedeniyle öğretmen bildirimlerinde de zorbalığın yeterince saptanamama riski ortaya çıkmaktadır. Akran zorbalığının doğrudan şekilleri dışarıdan daha kolay tespit edilebilirken dolaylı şekillerinin saptanabilmesi için öz bildirim ölçekleri daha yararlı bulunmuştur (187).

Üç farklı değerlendirme yönteminin kullanıldığı bir araştırmada öz bildirim ölçekleriyle akran bildirimleri arasında kurbanları saptama konusunda örtüşme saptanırken, öğretmen değerlendirmeleri ile akran bildiri arasında zorbalığı saptama konusunda bir örtüşme görülmüştür. Bu araştırmanın sonucunda, öğretmen değerlendirme formlarının zorbalığa maruz kalanları belirlemede, öz bildirim ölçeklerinin ise zorbalık yapanları belirlemede daha yetersiz olduğu tespit edilmiştir (188).

Akran zorbalığını değerlendirmede diğer bir yöntem de direkt gözlemlerdir. Direkt gözlemler, yanlılığı olmayan bilgiye ulaşabilme avantajına sahipken sonuçların güvenilir olması için gözlemlerin farklı zamanlarda ve farklı ortamlarda yinelenmesi gerekmektedir. Tüm ortamların doğrudan gözlenememesi nedeniyle dolaylı bir yoldan gözlem imkânı veren günlüklerin de değerlendirme yöntemi olarak kullanılması önerilmektedir (187).

### **2.2.5. Akran Zorbalığının Meydana Geldiği Yerler**

Akran zorbalığı farklı yerlerde farklı sıklıklarda meydana gelebilmektedir. Akran zorbalığını iyi anlayabilmek için zorbalığın meydana geldiği yerleri saptamak önemlidir. Çocukların kendilerini tehdit altında hissettikleri yerlerin daha güvenli bir hale getirilebilmesi amaçlı önlem ve tedbirlerin alınabilmesi için bu yerlerin iyi bilinmesi gerekmektedir. Bazı çalışmalarda çocukların en sık oyun alanında zorbalığa uğradığı belirtilmiştir (157). İtalya'da yapılmış olan bir çalışmada zorbalığın daha çok sınıfta gerçekleştiği ve erkeklerin de daha çok tuvalette zorbalığa maruz kaldığı bildirilmiştir (164). Ülkemize ait bir çalışmadaysa akran zorbalığının sırasıyla en çok sınıfta (% 28.5), okul yolunda ve okul dışında (% 24.1), okul koridorlarında (% 16.6), okul bahçesinde (% 14.4) ve diğer yerlerde (% 16.4) gerçekleştiği bildirilmiştir (158).

## 2.2.6. Akran Zorbalığının Sonuçları

Zorbalık davranışına dahil olan çocuklarda ciddi fiziksel ve psikolojik sorunlar görülmektedir. Zorbalığa maruz kalan çocukların, zorbalığa maruz kaldıkları yerde korku ve kaygı duyacakları aşikardır. Bu yer okul olduğunda okula gitmekten kaçınma, okulu sevmeme, okuldan kaçma gibi davranışların ortaya çıktığı görülmektedir. Sonucunda da zorbalık mağduru olan öğrencilerin okul devamsızlıklarında artma, ders başarılarında düşme, öz saygılarında azalma olduğunu ortaya koyan bulgular vardır (13, 189). Bir çalışmada, zorbalığa en az uğrayan grup ile en çok uğrayan grup depresif bulgular, benlik saygısı ve kaygı düzeyleri açısından karşılaştırılmış ve tüm zorbalık alt tiplerinde, zorbalığa en çok uğrayan grubun benlik saygısı düzeyleri anlamlı ölçüde düşük saptanmıştır (190, 191). Başka çalışmalarda da zorbalık mağdurlarının depresyon ve kaygı semptomları gösterme oranının sağlıklı kontrollerden çok daha yüksek olduğu gösterilmiştir (160, 192, 193)

Akran zorbalığına maruz kalma çeşitli somatik yakınmaların ortaya çıkması ile de ilişkilendirilmiştir. Bir çalışmada akran zorbalığına uğrayan çocuklarda uyku problemleri, alt islatma, karın ağrısı ve baş ağrısı, iştahsızlık, gergin hissetme ve yorgunluk kontrollere göre anlamlı ölçüde daha fazla bulunmuştur (182).

Zorbalığa maruz kalan öğrencilerin genelde akran grupları tarafından dışlandığı ve yalnız bırakıldığı bilinmektedir. Diğer çocukların zorbalık mağduru olan çocukları dışlamalarının ve onlarla oynamamalarının sebepleri arasında, güçsüz ve ezik konumdaki bu öğrencilerle ilişkilendirilmekten ve dolayısı ile sosyal statü kaybına uğramaktan çekinmeleri ve kendilerini de zorbalığa uğramaktan korumak istemeleri yer almaktadır (157, 160).

Çalışmalar, akran zorbalığının, zorbalık yapanlar açısından da psikososyal, akademik ve gelişimsel yönlerden olumsuz sonuçları olduğunu ortaya koymaktadır. Bir araştırmada ilkokul öğrencileri arasından zorba olduğu tespit edilenlerin % 60'ının 24 yaşına dek en az bir kez, % 40'ının da en az üç kez işlemiş olduğu suçlardan dolayı mahkemelik olduğu bildirilmiştir. Yine kronik okul zorbalarının bu özelliklerini ileriki yaşamlarına da taşıdığı ve çevreleriyle olumlu ilişkiler kurma

becerilerinin yetersiz olduğu bildirilmiştir (151, 194).

Özetle, akran zorbalığının yol açtığı sorunlar; mevcut psikiyatrik durumun kötüleşmesi, uyku problemleri, gece alt ıslatma, depresif bulgular, kaygı ve korkuların oluşması, okul sorunları, okul devamsızlığında artma, konsantrasyonda ve ders başarısında azalma, intihar düşünceleri, sosyal becerilerde ve kendine güvende azalma, benlik saygısında azalma ve olumsuz kendilik algısı, çevresince ihmal edildiği duygusu, utangaçlık ve içe kapanıklık olarak sayılabilir (8).



### 2.3. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Akran Zorbalığı

DEHB bireyin yaşamının hemen her alanında zorluklara neden olan bir bozukluktur. DEHB'nin temel belirtileri olan dikkatsizlik, aşırı hareketlilik ve dürtüsellik, kişinin sosyal işlevselliğinde de anlamlı bozulmayla ilişkilidir (102). DEHB'li olgularda akranları tarafından dışlanma kontrollere göre daha sıktır, aynı zamanda DEHB'li olgularda yakın arkadaş ilişkisi kurmak ve sürdürmek ile ilgili zorluklar da bildirilmektedir (195). DEHB'li olgularda sosyal disfonksiyon, bozukluğun gidişini etkileyebildiği için de ayrıca önemlidir (196).

DEHB semptomlarının sosyal işlevsellik üzerine etkisi, kendini düzenleme becerilerini bozarak karşılıklı sosyal ilişkiyi engellemesi ya da KOKGB veya DB gibi eşlik eden tanılardan kaynaklanan problemler üzerinden olabilir (197). Özellikle dikkat eksikliği ile ilgili belirtilerin çocuklarda sosyal zorlukların oluşmasına zemin hazırladığı söylenmektedir. Ayrıca dikkat eksikliği, etkileşim sırasındaki sözel ve sözel olmayan ipuçlarını yakalama becerisini de azaltmaktadır. (198).

DEHB tanılı çocuk ve ergenler hem DEHB belirtilerinin olumsuz etkisi hem de sosyal alandaki yetersizlikleri sebebiyle akran zorbalığı açısından risk altındadırlar. Yazında, bu alanda yapılmış olan az sayıdaki çalışmada, DEHB tanılı çocukların gelişim dönemleri boyunca sağlıklı kontrollere kıyasla zorbalık davranışına daha fazla dâhil oldukları bildirilmiştir. İsveç'te yapılmış olan bir çalışmada, ilköğretim 4. sınıfa giden öğrenciler içerisinde DEHB tanılı olanların olmayanlara kıyasla 3 kat daha fazla zorbalık yaptığı ve 10 kat daha fazla zorbalığa uğradığı bildirilmiştir. Bu çalışmanın yazarları bu sebeple, zorbalığa dâhil olan çocukların DEHB tanısına sahip olup olmadıkları açısından değerlendirilmelerinin gerekli olduğunu vurgulamışlardır (4).

Yine ilköğretim öğrencileri ile yapılmış olan başka bir çalışmada, zorbalık durumu, öz kontrol becerisi ve DEHB varlığı arasındaki ilişki araştırılmış. Çalışmanın sonucunda, öğrencilerde DEHB varlığı ile zorbalığa uğramaları arasında doğrudan bir ilişki bulunurken, öğrencilerde DEHB varlığı ile zorbalığa maruz kalma arasında öz kontrol yetersizliği üzerinden dolayı bir ilişki bildirilmiştir (19). 9 ve 14 yaşları arasındaki çocuklarla yapılan başka bir çalışmada DEHB tanılı grubun zorbalığa maruz kalma ve zorbalık yapma yüzdelerinin kontrol grubuna kıyasla daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu çalışmada özellikle DEHB tanılı kız çocuklarda zorbalığa uğrama ihtimalinin kontrollerden fazla olmasının, DEHB tanılı erkek çocuklardan belirgin olarak daha fazla olduğu saptanmıştır (18).

DEHB tanılı ergen kızlarla yapılan bir çalışmanın sonucunda, bu kızların kontrol grubuna göre anlamlı derecede daha fazla zorbalığa maruz kaldıkları ancak, zorbalık davranışlarının da artmış olmasına karşın bu artışın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı belirtilmiştir (199).

8 ve 17 yaşları arasında DEHB tanılı çocuk ve ergenlerle yapılmış olan bir çalışmada, eşlik eden psikiyatrik tanılara göre gruplar belirlendiğinde, yalnız DEHB tanılı olan grubun zorbalığa en fazla maruz kalan grup olduğu ve bu grupta zorbalık oranının %52,7 olarak saptandığı bildirilmiştir. Ayrıca, zorbalığa maruz kalan çocuk ve ergenlerde, davranış değerlendirme ölçeklerinde ve çocukluk çağı depresyon ölçeği skorlarında anlamlı derecede yükseklik saptanmıştır. Öte yandan bu çalışmada hastaların tedavi alıp almaması durumu dikkate alınmamıştır (17).

Otizm tanılı çocuklarla yapılmış olan bir çalışmada eşlik eden DEHB tanısı olmayan otizmliler çocukların zorbalığa uğrama ihtimalinin sağlıklı kontrollerle aynı olduğu görülmüşken eşlik eden DEHB tanısı olan otizmliler çocukların zorbalığa uğrama ihtimalinin artmış olduğu görülmüştür (200).

Ülkemizde yapılmış olan bir tez çalışmasında, 8 ve 16 yaşları arasında, yeni tanı almış DEHB'li çocuk ve ergenler ile eski tanı ve hali hazırda metilfenidat tedavisi almakta olan DEHB'li çocuk ve ergenlerin akran zorbalığı durumları karşılaştırılmıştır. Bu çalışmanın sonucunda, yeni tanı ve tedavisiz DEHB grubunda



zorbalığa maruz kalma oranları, literatür ile uyumlu olacak şekilde normal popülasyondan anlamlı derecede yüksek bulunmuşken, eski tanılı ve tedavi almakta olan DEHB grubunda zorbalığa maruz kalma oranları normal popülasyona yakın bulunmuştur. Ancak her iki DEHB grubu akran zorbalığı açısından karşılaştırıldığında ise istatistiksel anlamda bir fark saptanmamıştır (20).

Stimülan tedavisinin sosyal beceriler ve duygusal yeterlilik üzerinde ciddi etkileri vardır (100). Stimülan ilaçların DEHB'li olguların arkadaş ilişkilerini olumlu etkilediği gösterilmiştir (201). Bazı çalışmalarda, stimülan ilaçların akranlar arasında iletişimi engelleyen olumsuz davranışları azalttığı ve olguların davranışlarını düzenleme becerilerini artırdığı gösterilmiştir (202). Çocuğun stimülan tedavisi sonucunda davranış kontrolünün gelişmiş olması, çevresindekilerin ona karşı davranışlarında düzelmeler olmasıyla ilişkili bulunmuştur (203).

## 2.4. Amaç ve Hipotezler

Çalışmamızda; DEHB semptom şiddeti ile akran zorbalığı ilişkisinin ve DEHB tedavisinin akran zorbalığına olan etkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

Çalışmamızın hipotezleri şunlardır;

1. DEHB semptom şiddetini ölçmeye yönelik uyguladığımız Conners değerlendirme ölçekleri puanlarının, akran zorbalığı grupları arasında farklılıklar göstermesi beklenmektedir.
2. DEHB tedavisi sonucunda, tüm akran zorbalığı gruplarında akran zorbalığına dahil olma oranlarında azalma beklenmektedir.

### **3. YÖNTEM ve GEREÇLER**

#### **3.1. Araştırma Grubunun Oluşturulması**

Araştırma grubu; Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği'ne başvuran ve yapılan klinik görüşme ve değerlendirme sonrasında ilk kez DEHB tanısı alan veya geçmişte DEHB tanısı almış olmasına rağmen son 1 yıl veya daha uzun süredir DEHB'ye yönelik tedavi görmemiş olan ve psikofarmakolojik tedavide yalnızca metilfenidat başlanmış olan 8-16 yaşları arasındaki çocuk ve ergenlerden oluşturulmuştur.

Klein ve arkadaşlarının çalışmasını referans alarak yaptığımız güç analizinin sonucunda, çalışmamızın % 95 güç ile tamamlanabilmesi için çalışmaya dahil edilmesi gereken en düşük katılımcı sayısı 40 olarak saptanmıştır. İstatistiksel analizlerin uygulanabilirliğini ve çalışmamızın gücünü artırabilmek amacıyla, 8-16 yaşları arasındaki 72 katılımcı çalışmaya dahil edilmiştir.

#### **3.2. Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri**

1. 8 ve 16 yaşları arasında olmak,
2. Yapılan klinik görüşme ve değerlendirmede DSM-IV-TR tanı kriterlerine göre DEHB tanısı almış olmak,
3. En az 1 yıldır DEHB'ye yönelik herhangi bir tedavi almamış olmak,
4. Yapılan klinik görüşme ve değerlendirme neticesinde DEHB'ye yönelik olarak yalnızca metilfenidat tedavisi başlanmış olmak,
5. Olweus öğrencilerde akran zorbalığı anketine göre geçtimiz birkaç ayda akran zorbalığı davranışına dahil olmuş olmak,
6. Çalışma hakkında bilgilendirildikten sonra, çalışmaya katılmayı kabul etmiş olmak.

### 3.3. Çalışmanın Dışlama Kriterleri

1. Zeka geriliğine sahip olmak,
2. Kronik tıbbi hastalığa sahip olmak,
3. Herhangi bir nörolojik hastalığa sahip olmak,
4. Psikotik bozukluğa sahip olmak,
5. Bipolar bozukluğa sahip olmak,
6. Otizm spektrum bozukluğuna sahip olmak.

### 3.4. Çalışma Deseni

Yapılan klinik görüşme ve değerlendirme neticesinde, geçmişte tanı almamış yeni tanı DEHB olan veya geçmişte DEHB tanısı almış olmasına rağmen son 1 yıl veya daha uzun süredir DEHB'ye yönelik tedavi görmemiş olan ve tedavide yalnızca metilfenidat başlanan çocuk ve ergenlerden, çalışmanın dahil edilme ve dışlama kriterleri göz önüne alınarak seçilen 8 ve 16 yaşları arasındaki 72 tane olgu ile çalışma başlatılmıştır. Çalışmacı haricindeki tıpta uzmanlık öğrencileri tarafından DSM-IV-TR tanı kriterlerine göre DEHB tanısı konulan ve tedavide yalnızca metilfenidat başlanan bu hastalar çalışmacıya yönlendirilmiş ve çalışmacı tarafından, hastaların Olweus Öğrencilerde Akran Zorbalığı Anketini doldurmaları sağlanmıştır. Sonrasında DEHB tanı bu hastalardan aynı zamanda akran zorbalığı davranışına dahil olanlar çalışmaya dahil edilmiştir. Ardından çalışmaya dahil edilen hastalara çalışmacı tarafından hazırlanmış olan Sosyodemografik Veri Formu ve Akran Zorbalığı Ebeveyn ve Öğretmen Bildirim Formları, Conners Ebeveyn ve Öğretmen Derecelendirme Ölçekleri hasta ve ebeveynlerine verilerek tedavinin ilk dozu öncesinde eksiksiz bir şekilde doldurulması sağlanmıştır. Yine bu ilk görüşmede hastalara çalışmacı tarafından, Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli Türkçe Versiyonu (ÇDŞGÇ-ŞY-T / K-SADS-PL) uygulanmıştır. Ardından, 3 ay süre boyunca çalışmacının herhangi bir şekilde dahil olmadığı ve herhangi bir bilgisinin bulunmadığı şekilde, yalnızca çalışmacı haricindeki tıpta uzmanlık öğrencileri tarafından takip edilecek olan metilfenidat tedavisi sonrasında hasta ve ebeveynlerine

tekrar Conners Ebeveyn ve Öğretmen Derecelendirme Ölçekleri, Akran Zorbalığı Ebeveyn ve Öğretmen Bildirim Formları ve hastalar için Olweus Öğrencilerde Akran Zorbalığı Anketi verilerek doldurulması ve çalışmacıya ulaştırılması sağlanmıştır. Sonrasında, hastaların poliklinikte tedavi takibini yapan çalışmacı haricindeki tıpta uzmanlık öğrencilerinden alınan bilgiye göre ilaç değişikliği yapıldığı veya tedavinin sonlandırıldığı hastalar çalışma dışı bırakılmıştır. En sonunda çalışmada kalan ve tüm ölçekleri eksiksiz bir şekilde tamamlanmış olan 50 hastanın, 3 ay ara ile elde edilen verileri karşılaştırılmış ve DEHB tanılı çocuk ve ergenlerde metilfenidat tedavisinin akran zorbalığı üzerine olan etkisi incelenmeye çalışılmıştır.

### **3.5. Gereçler**

#### **3.5.1. Sosyodemografik Veri Formu**

Çalışmaya dahil edilen çocuk ve ergenler için, araştırmacı tarafından hazırlanan sosyodemografik veri formu kullanılmıştır. Bu formda olguların yaşı, cinsiyeti, gelişim basamakları, okuma ve yazmayı öğrenme zamanı, eğitim durumu ve akademik başarı düzeyi, geçmiş tıbbi öyküsü, öyküde veya hali hazırda herhangi bir psikiyatrik rahatsızlığı olup olmadığı ve psikotrop ilaç kullanıp kullanmadığı, DEHB semptomlarının başlama yaşı, kardeş sayısı, anne baba yaşı ve eğitim durumları, meslek bilgileri, ekonomik gelir düzeyi ve ailede ve yakın akrabalarda psikiyatrik hastalık öyküsü gibi bilgiler bulunmaktadır.

#### **3.5.2. Conners Ebeveyn Derecelendirme Ölçeği**

Conners Ebeveyn Derecelendirme Ölçeği, 48 maddeli bir ölçektir. Türkçeye uyarlanma çalışması Dereboy ve arkadaşları tarafından 1998 yılında yapılmıştır. Ölçekteki sorular ebeveynler tarafından 4'lü likert skalası üzerinde yanıtlanmaktadır. 'Hiçbir zaman', 'nadiren', 'sıklıkla' ve 'her zaman' seçeneklerinin puanlaması sırasıyla; '0', '1', '2' ve '3' şeklindedir.

### **3.5.3. Connors Öğretmen Derecelendirme Ölçeği**

Connors Öğretmen Derecelendirme Ölçeği, öğrencilerin sınıf içerisindeki davranış ve tutumlarının öğretmenleri tarafından derecelendirilebilmesi amacıyla Connors tarafından 1969'da geliştirilmiştir. Ölçeğin ilk şekli 39 madde içerirken, 1973 yılında oluşturulan kısa şekli ise 28 madde içermektedir. 28 maddelik Connors Öğretmen Derecelendirme Ölçeği'nin ülkemizdeki Türkçe uyarlama çalışmaları 1995 yılında Şener ve arkadaşları, 1997 ve 2007 yıllarında ise Dereboy ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Ölçekten elde edilen puanlar yıkıcı davranış bozukluklarına özgü belirtilerin yoğunluğunu göstermektedir. Ölçekteki sorular öğretmenler tarafından 4'lü likert skalası üzerinde yanıtlanmaktadır. 'Hiçbir zaman', 'nadiren', 'sıklıkla' ve 'her zaman' seçeneklerinin puanlaması sırasıyla; '0', '1', '2' ve '3' şeklindedir.

### **3.5.4. Akran Zorbalığı Ebeveyn Bildirim Formu**

Çalışmaya katılan çocuk ve ergenlerin akran zorbalığı durumları ile ilgili anne ve babalarından bilgi alabilmek amacıyla, araştırmacı tarafından Olweus Öğrencilerde Akran Zorbalığı Anketi'nin sorularından yararlanılarak oluşturulan ve akran zorbalığının tanımı ve kapsamı ile ilgili açıklamaları da içeren Akran Zorbalığı Ebeveyn Bildirim Formu kullanılmıştır. Kesme noktası olarak, Olweus Öğrencilerde Akran Zorbalığı Anketi'ndeki kesme noktası olan 'bir ayda 2 ya da 3 kez' cevabı kabul edilmiştir.

### **3.5.5. Akran Zorbalığı Öğretmen Bildirim Formu**

Çalışmaya katılan çocuk ve ergenlerin akran zorbalığı durumları ile ilgili öğretmenlerinden bilgi alabilmek amacıyla, araştırmacı tarafından Olweus Öğrencilerde Akran Zorbalığı Anketi'nin sorularından yararlanılarak oluşturulan ve akran zorbalığının tanımı ve kapsamı ile ilgili açıklamaları da içeren Akran Zorbalığı Öğretmen Bildirim Formu kullanılmıştır. Kesme noktası olarak, Olweus

Öğrencilerde Akran Zorbalığı Anketi'ndeki kesme noktası olan 'bir ayda 2 ya da 3 kez' cevabı kabul edilmiştir.

### **3.5.6. Olweus Öğrencilerde Akran Zorbalığı Anketi**

Akran zorbalığının yaygınlığını ölçme amacıyla İsveçli araştırmacı Dan Olweus tarafından 1983 yılında geliştirilmiş ve 1996 yılında revize edilmiştir. Öz bildirim şeklindeki, 39 sorudan oluşan bu anket 8-16 yaş grubundaki öğrenciler için tasarlanmıştır. Anket sayesinde zorba, kurban ve zorba/kurban gibi akran zorbalığı durumları belirlenebilmektedir. Ankette ayrıca akran zorbalığı çeşitleri, zorbalığın kimler tarafından yapıldığı, nerede yapıldığı, zorbalığa uğrayanların bu durumu bildirip bildirmedikleri, kime bildirdikleri, okuldaki öğretmenlerin veya diğer yetişkinlerin ve diğer öğrencilerin zorbalığı önleyip önlemedikleri, ebeveynlerin konuyla ilgili okulla bağlantıya geçip geçmedikleri ile ilgili sorular da yer almaktadır. Ankette zorba, kurban ve zorba/kurbanın saptanabilmesi için kesme noktası olarak, sorgulanan eylemin en az 'ayda 2 ya da 3 kez' gerçekleşmesi belirlenmiştir. 24 ve 33. sorular arasında kesme noktasının üstünde herhangi bir cevabın işaretlenmiş olması durumunda zorba, 4 ve 13. sorular arasında kesme noktasının üstünde herhangi bir cevabın işaretlenmiş olması durumunda kurban, her iki bölümden de kesme noktasının üstünde herhangi bir cevabın işaretlenmiş olması durumunda ise zorba/kurban olarak adlandırılırken, ilk iki grupta yer almayan öğrenciler 'hiçbiri' olarak adlandırılmıştır (204).

Olweus Öğrencilerde Akran Zorbalığı Anketi'nin ülkemizdeki geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmış olup cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0,81 olarak saptanmıştır (10).

### **3.5.7. Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi – Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli – Türkçe Versiyonu (ÇDŞGC-ŞY-T)**

Yarı yapılandırılmış bir görüşme formu olan, Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi – Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli, Kauffman ve arkadaşları tarafından 1997 yılında DSM-III-R ve DSM-IV tanı

ölçütlerine göre 6-18 yaş aralığındaki çocuk ve ergenlerde psikopatoloji taramak için geliştirilmiştir. Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Gökler ve arkadaşları tarafından 2004 yılında yapılmıştır. Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi – Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli – Türkçe Versiyonu (ÇDSŞGÇ-ŞY-T), özel öğrenme güçlükleri ve otizm spektrum bozuklukları haricindeki birçok psikiyatrik bozukluğu taramaktadır.

### **3.6. Güç Analizi ve İstatistiksel Analiz**

Klein ve arkadaşlarının çalışmasını referans alarak yaptığımız güç analizinin sonucunda, çalışmamızın % 95 güç ile tamamlanabilmesi için çalışmaya dahil edilmesi gereken en düşük katılımcı sayısı 40 olarak saptanmıştır. İstatistiksel analizlerin uygulanabilirliğini, çalışmamızın güçlülüğünü artırabilmek amacıyla, 72 katılımcı çalışmaya dahil edilmiş ve 50 hasta ile çalışmamız tamamlanmıştır.

Tanımlayıcı istatistikler frekans ve yüzde ile ifade edilmiştir. Kategorik değişkenlerin analizinde Ki Kare Testi kullanılmıştır. 5'den küçük hasta sayısı olan 2x2 tablolarda Fisherin Kesinlik Testi kullanılmıştır. Ki Kare sonucu 2 den fazla grup arasında saptanan anlamlılıkların kaynağını bulmak için Bonferoni düzeltmeleri yapılmıştır. Grupların tedavi öncesi ve sonrası olmak üzere zaman içerisindeki değişimini gözlemlemek için McNemar Testi kullanılmıştır. Normal dağılım gösterdikleri için, Connors derecelendirme ölçeklerinde tedavi sonrasında görülen değişimleri saptamak için Wilcoxon Signed Ranks Testi kullanılmıştır. Akran zorbalığı gruplarının, tedavi öncesindeki Connors derecelendirme ölçeklerinin alt parametrelerinin puan ortalamaları arasındaki ilişkiyi saptamak için ANOVA ve Kruskal Wallis analizleri kullanılmıştır. Bütün analizlerde, istatistiki anlamlılık seviyesi olarak  $p < 0,05$  alınmıştır ve SPSS 21 programı kullanılmıştır.

### **3.7. Etik Kurul Onayı**

Bu çalışma, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Yerel Etik Kurulu'nun 26.10.2017 tarih ve B.30.2.ODM.0.20.08/1181-1222 sayılı yazısı uyarınca, etik açıdan uygun bulunmuştur.



## 4. BULGULAR

### 4.1. Sosyodemografik Özellikler

Araştırmamız, Eylül 2017-Şubat 2018 tarihleri arasında Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği'nde DEHB tanısı konulan ve ek olarak akran zorbalığı davranışlarına dahil olduğu tespit edilen 34'ü erkek (%68) ve 16'sı kız (%32) toplam 50 hasta ile tamamlanmıştır.

8 ve 16 yaşları arasındaki 50 hastanın yaş ortalaması 11,06 olup, hastaların annelerinin yaş ortalaması 34,36 iken babalarının yaş ortalaması ise 38,08 olarak saptanmıştır.

Hastaların kardeş sayılarının ortalaması 1,24 iken, hastaların % 68'inin çekirdek ailede ve % 22'sinin geniş ailede yaşadığı, % 10 oranında hastanın ailesinin ise parçalanmış olduğu öğrenilmiştir.

Hastaların % 46'sı ilkokula, % 44'ü ortaokula ve % 10'u liseye gitmekteyken, annelerin de (% 34) babaların da (% 36) en büyük çoğunluğunu ilkokul mezunu olanlar oluşturmaktaydı. Öte yandan annelerde üniversite mezunu olma oranı % 14 iken babalarda bu oran % 28 olarak saptanmıştır.

Hastaların ailelerinin gelir düzeylerine bakıldığında, % 46'sının orta gelir düzeyi sınıfında, % 40'inin yüksek gelir düzeyi sınıfında ve % 14'ünün düşük gelir düzeyi sınıfında olduğu görülmüştür.

Hastaların sosyodemografik özellikleri Tablo 2'de gösterilmiştir.

**Tablo 2. Hastaların sosyodemografik verileri**

<b>Yaş (ort. ± ss)</b>	11,06 ± 2,36	
<b>Cinsiyet % (n)</b>	Erkek	% 68 (n: 34)
	Kız	% 32 (n: 16)
<b>Hasta eğitim durumu % (n)</b>	İlkokul	% 46 (n: 23)
	Ortaokul	% 44 (n: 22)
	Lise	% 10 (n: 5)
<b>Anne yaşı (ort. ± ss)</b>	34,36 ± 5,57	
<b>Anne eğitim durumu % (n)</b>	İlkokul	% 34 (n: 17)
	Ortaokul	% 26 (n: 13)
	Lise	% 26 (n: 13)
	Üniversite	% 14 (n: 7)
<b>Baba yaşı (ort. ± ss)</b>	38,08 ± 6,10	
<b>Baba eğitim durumu % (n)</b>	İlkokul	% 36 (n: 18)
	Ortaokul	% 14 (n: 7)
	Lise	% 22 (n:11)
	Üniversite	% 28 (n: 14)
<b>Aile tipi % (n)</b>	Geniş aile	% 22 (n: 11)
	Çekirdek aile	% 68 (n: 34)
	Parçalanmış aile	% 10 (n: 5)
<b>Aile aylık gelir düzeyi % (n)</b>	< 1500 TL	% 14 (n: 7)
	1500 – 4500 TL	% 46 (n: 23)
	> 4500 TL	% 40 (n: 20)

Hastalara ait bu sosyodemografik özellikler, akran zorbalığı grupları açısından kıyaslandığında ise, yapılan ki kare testleri sonucunda, yalnızca hasta eğitim durumu (p=0,008) açısından anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Anlamlılığın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemeye yönelik yapılan bonferoni düzeltmeleri

neticesinde de bu anlamlılığın; kurban ve zorba/kurban grupları arasında ilkokula gitme oranının kurbanlarda daha fazla olmasından, kurbanların yaşça daha küçük olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir.

**Tablo 3. Hastaların sosyodemografik verilerinin akran zorbalığı gruplarında dağılımı**

		<b>Z</b>	<b>K</b>	<b>ZK</b>	<b>p</b>
<b>Cinsiyet</b>	<b>Erkek</b>	% 26 (n:9)	% 41 (n:14)	% 33 (n:11)	0,130
	<b>Kız</b>	% 6 (n:1)	% 69 (n:11)	% 25 (n:4)	
<b>Hasta eğitim durumu</b>	<b>İlkokul</b>	% 8 (n:4)	<b>% 34 (n:17) *</b>	<b>% 4 (n:2) *</b>	<b>0,008</b>
	<b>Ortaokul</b>	% 8 (n:4)	% 16 (n:8)	% 20 (n:10)	
	<b>Lise</b>	% 4 (n:2)	% 0	% 6 (n:3)	
<b>Anne eğitim durumu</b>	<b>İlkokul</b>	% 6 (n:3)	% 18 (n:9)	% 10 (n:5)	0,804
	<b>Ortaokul</b>	% 8 (n:4)	% 12 (n:6)	% 6 (n:3)	
	<b>Lise</b>	% 6 (n:3)	% 12 (n:6)	% 8 (n:4)	
	<b>Üniversite</b>	% 0	% 8 (n:4)	% 6 (n:3)	
<b>Baba eğitim durumu</b>	<b>İlkokul</b>	% 2 (n:1)	% 24 (n:12)	% 10 (n:5)	0,119
	<b>Ortaokul</b>	% 4 (n:2)	% 8 (n:4)	% 2 (n:1)	
	<b>Lise</b>	% 10 (n:5)	% 4 (n:2)	% 8 (n:4)	
	<b>Üniversite</b>	% 4 (n:2)	% 14 (n:7)	% 10 (n:5)	
<b>Aile tipi</b>	<b>Geniş aile</b>	% 4 (n:2)	% 10 (n:5)	% 8 (n:4)	0,601
	<b>Çekirdek aile</b>	% 12 (n:6)	% 38 (n:19)	% 18 (n:9)	
	<b>Parçalanmış aile</b>	% 4 (n:2)	% 2 (n:1)	% 4 (n:2)	
<b>Aile aylık gelir düzeyi</b>	<b>&lt; 1500 TL</b>	% 2 (n:1)	% 8 (n:4)	% (n:2)	0,554
	<b>1500 – 4500 TL</b>	% 14 (n:7)	% 20 (n:10)	% 12 (n:6)	
	<b>&gt; 4500 TL</b>	% 4 (n:2)	% 22 (n:11)	% 14 (n:7)	

Ki-kare \* Bonferoni düzeltmesi

**Z:** zorba, **K:** kurban, **ZK:** zorba/kurban

Anne baba eğitim durumları, lise öncesi ve lise ve sonrası şeklinde birleştirilerek ve aile aylık gelir düzeyleri, 4500 TL altı ve üstü şeklinde birleştirilerek testler tekrarlandığında da, akran zorbalığı grupları arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır. Hastaların % 24'ünün daha önce herhangi bir merkeze başvuruda bulunduğu ve % 16'sının metilfenidat harici bir ilaçla tedavi gördüğü öğrenilmiş olup bu parametreler açısından akran zorbalığı grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ( $p=0,002$ ), ( $p=0,004$ ) (Tablo 4). Anlamlılığın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemeye yönelik yapılan bonferoni düzeltmeleri neticesinde de bu anlamlılığın; kurban ve zorba/kurban grupları arasından kaynaklandığı tespit edilmiştir.

4 (% 8) hastada sigara ve 1 (% 2) hastada alkol-madde kullanımı ile ailelerin % 70'inde sigara ve % 24'ünde alkol-madde kullanımı saptanmıştır. Hastalarda ve ailelerinde sigara ve alkol-madde kullanımı oranlarının akran zorbalığı grupları arası dağılımı göz önüne alındığında, en yüksek oranların zorba grubunda olduğu tespit edilmiştir. Ancak bu farklılıkların anlamlı olmadığı tespit edilmiştir (Tablo 4). Hastalarda herhangi bir suça karışma oranı % 2 iken ailelerinde bu oranın % 6 olduğu bulunmuştur. Suça karışan hastaların tamamının zorba grubunda olduğu ve aileleri suça karışan hastaların tamamının da kurban grubunda olduğu saptanmıştır ve bu açıdan da akran zorbalığı grupları arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (Tablo 4).

22 hastanın ailesinde (% 44) psikiyatrik bozukluk öyküsü olduğu ve 19 hastanın ailesinde de (% 38) DEHB öyküsü olduğu öğrenilmiştir. Akran zorbalığı grupları açısından bakıldığında, istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte, ailede psikiyatrik bozukluk öyküsünün en fazla zorba grubunda (% 50) ve ailede DEHB öyküsünün ise en fazla zorba/kurban grubunda (% 47) olduğu bulunmuştur (Tablo 4). Okulda disiplin sorunu yaşama öyküsü açısından akran zorbalığı grupları karşılaştırıldığında; zorbaların % 50'sinin ve zorba/kurbanların % 20'sinin daha önce okulda disiplin sorunu yaşadığı, kurbanların ise hiçbirinin okulda disiplin sorunu yaşamadığı şeklinde anlamlı farklılık bulunmuştur ( $p=0,001$ ) (Tablo 4). Anlamlılığın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemeye yönelik yapılan bonferoni düzeltmeleri neticesinde de bu anlamlılığın; zorba ve kurban gruplarından kaynaklandığı tespit edilmiştir.

**Tablo 4. Hasta ve ailelerine ait bazı özelliklerin Akran Zorbalığı grupları arası dağılımı**

	<b>Zorba (10)</b>	<b>Kurban (25)</b>	<b>Zorba/Kurban (15)</b>	<b>Toplam (50)</b>	<b>p</b>
<b>Hastada önceki psikiyatrik başvuru % (n)</b>	% 30 (n: 3)	<b>% 4 (n: 1) *</b>	<b>% 53 (n: 8) *</b>	% 24 (n: 12)	<b>0,002</b>
<b>Hastada önceki psikiyatrik tedavi % (n)</b>	% 20 (n: 2)	<b>% 0 *</b>	<b>% 40 (n: 6) *</b>	% 16 (n: 8)	<b>0,004</b>
<b>Hastada sigara kullanımı % (n)</b>	% 20 (n: 2)	% 4 (n: 1)	% 7 (n: 1)	% 8 (n: 4)	0,412
<b>Hastada alkol madde kullanımı % (n)</b>	% 10 (n: 1)	% 0	% 0	% 2 (n: 1)	0,130
<b>Hastada suça karışma % (n)</b>	% 10 (n: 1)	% 0	% 0	% 2 (n: 1)	0,130
<b>Hastada okul disiplin sorunu % (n)</b>	<b>% 50 (n: 5)</b>	<b>% 0 *</b>	% 20 (n: 3)	% 16 (n: 8)	<b>0,001</b>
<b>Hastada kendine zarar verme % (n)</b>	% 20 (n: 2)	% 0	% 20 (n: 3)	% 10 (n: 5)	0,062
<b>Hastada ihmal istismar % (n)</b>	% 20 (n: 2)	% 0	% 13 (n: 2)	% 8 (n: 4)	0,095
<b>Aile içi şiddet % (n)</b>	% 20 (n: 2)	% 12 (n: 3)	% 20 (n: 3)	% 16 (n: 8)	0,743
<b>Ailede sigara kullanımı % (n)</b>	% 90 (n: 9)	% 68 (n: 17)	% 60 (n: 9)	% 70 (n: 35)	0,789
<b>Ailede alkol madde kullanımı % (n)</b>	% 30 (n: 3)	% 20 (n: 5)	% 27 (n: 4)	% 24 (n: 12)	0,264
<b>Ailede suça karışma % (n)</b>	% 0	% 12 (n: 3)	% 0	% 6 (n: 3)	0,203
<b>Ailede tıbbi hastalık % (n)</b>	% 30 (n: 3)	% 48 (n: 12)	% 33 (n: 5)	% 40 (n: 20)	0,506
<b>Ailede psikiyatrik hastalık % (n)</b>	% 50 (n: 5)	% 44 (n: 11)	% 40 (n: 6)	% 44 (n: 22)	0,885
<b>Ailede DEHB % (n)</b>	% 30 (n: 3)	% 36 (n: 9)	% 47 (n: 7)	% 38 (n: 19)	0,673

Ki-kare \* Bonferoni düzeltmesi

Daha önceki psikiyatrik başvuru, psikiyatrik tedavi ve kendine zarar verme davranışı oranları kızlarda daha yüksek bulunmuş, sigara ve alkol-madde kullanımı, suça karışma, okulda disiplin sorunu ve ihmal-istismar oranları erkeklerde daha yüksek bulunmuştur. Fakat; yapılan ki-kare testleri sonucunda, cinsiyetler arasında saptanan bu farklılıkların istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olmadığı saptanmıştır.

Hastalara ait bazı özelliklerin cinsiyetler arası dağılımı Tablo 5'te gösterilmiştir.

**Tablo 5. Hastalara ait bazı özelliklerin cinsiyetler arası dağılımı**

	<b>Erkek (n:34)</b>	<b>Kız (n:16)</b>	<b>Toplam (n:50)</b>	<b>p</b>
<b>Hastada önceki psikiyatrik başvuru</b>	% 21 (n: 7)	% 31 (n: 5)	% 24 (n: 12)	0,410
<b>Hastada önceki psikiyatrik tedavi</b>	% 12 (n: 4)	% 25 (n: 4)	% 16 (n: 8)	0,233
<b>Hastada sigara kullanımı</b>	% 9 (n: 3)	% 6 (n: 1)	% 8 (n: 4)	0,754
<b>Hastada alkol madde kullanımı</b>	% 3 (n: 1)	% 0	% 2 (n: 1)	1,000 *
<b>Hastada suça karışma</b>	% 3 (n: 1)	% 0	% 2 (n: 1)	1,000 *
<b>Hastada okul disiplin sorunu</b>	% 18 (n: 6)	% 13 (n: 2)	% 16 (n: 8)	0,643
<b>Hastada kendine zarar verme</b>	% 6 (n: 2)	% 19 (n: 3)	% 10 (n: 5)	0,157
<b>Hastada ihmal istismar</b>	% 9 (n: 3)	% 6 (n: 1)	% 8 (n: 4)	0,754

Ki-kare \*Fisher'in Kesinlik Testi

## 4.2. Klinik Özellikler

Hastaların DEHB alt tipleri ve ilk görüşmede saptanan komorbid tanıları Tablo 6 ve 7’de gösterilmiştir. En sık saptanan DEHB alt tipi % 74 oranla Bileşik tip iken en az saptanan alt tip % 6 oranla Hiperaktivite/Dürtüsellik tipi olmuştur. Dikkat Eksikliği alt tipi ise % 20 oranında bulunmuştur (Tablo 6).

Ayrıca hastaların 41 tanesinde (% 82) komorbid psikiyatrik tanı saptanmıştır. En sık saptanan komorbiditeler Anksiyete Bozuklukları (% 54) ve Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu (% 42) olarak saptanmıştır (Tablo 7).

Zorbaların % 70’inin DEHB-B ve % 30’unun DEHB-HD olduğu saptanmıştır. Zorba grubunda DEHB-DE olan hastaya rastlanmamıştır. Zorba grubunda komorbid psikiyatrik tanı alma oranı % 90 iken, en sık tespit edilen komorbid psikiyatrik tanı Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu (% 90) ve Davranım Bozukluğu (% 50) olmuştur. Anksiyete Bozuklukları ve Enürezis Noktürna da sık rastlanan diğer komorbiditeler olmuştur (sırasıyla % 40, % 40). Kurbanların % 64’ünün DEHB-B ve % 36’sının DEHB-DE olduğu saptanmıştır. Kurban grubunda DEHB-HD olan hastaya rastlanmamıştır. Kurban grubunda komorbid psikiyatrik tanı alma oranı % 72 iken, en sık tespit edilen komorbid psikiyatrik tanı Anksiyete Bozuklukları (% 68) ve Obsesif Kompulsif Bozukluk (% 20) olmuştur. Tik Bozuklukları da sık rastlanan diğer bir komorbidite olmuştur (% 16). Zorba/Kurbanların % 93’ünün DEHB-B ve % 7’sinin DEHB-DE olduğu saptanmıştır. Zorba/Kurban grubunda DEHB-HD olan hastaya rastlanmamıştır. Zorba/ Kurban grubunda komorbid psikiyatrik tanı alma oranı % 93 iken, en sık tespit edilen komorbid psikiyatrik tanı Karşı Olma Karşı Gelme Bozukluğu (% 60), Depresif Bozukluklar (% 40) ve Anksiyete Bozuklukları (% 40) olmuştur.

**Tablo 6. Hastaların DEHB alt tipleri**

		Zorba	Kurban	Zorba/kurban	Toplam
DEHB alt tipi	Dikkat Eksikliği	% 0	% 36 (n: 9)	% 7 (n: 1)	% 20 (n: 10)
	Hiperaktivite/Dürtüsellik	% 30 (n: 3)	% 0	% 0	% 6 (n: 3)
	Bileşik	% 70 (n: 7)	% 64 (n: 16)	% 93 (n: 14)	% 74 (n: 37)

**Tablo 7. Hastaların komorbid psikiyatrik tanıları**

		Zorba	Kurban	Zorba/kurban	Toplam
Komorbidite oranı		% 90 (n: 9)	% 72 (n: 18)	% 93 (n: 14)	% 82 (n: 41)
Komorbid psikiyatrik tanıları	Karşıt olma karşı gelme b.	% 90 (n: 9)	% 12 (n: 3)	% 60 (n: 9)	% 42 (n: 21)
	Davranım bozukluğu	% 50 (n: 5)	% 4 (n: 1)	% 20 (n: 3)	% 18 (n: 9)
	Tik bozuklukları	% 20 (n: 2)	% 16 (n: 4)	% 7 (n: 1)	% 14 (n: 7)
	Depresif bozukluklar	% 20 (n: 2)	% 8 (n: 2)	% 40 (n: 6)	% 18 (n: 9)
	Anksiyete bozuklukları	% 0	% 20 (n: 5)	% 7 (n: 1)	% 54 (n: 27)
	Obsesif kompulsif b.	% 40 (n: 4)	% 68 (n: 17)	% 40 (n: 6)	% 12 (n: 6)
	Enurezis nokturna	% 40 (n: 4)	% 12 (n: 3)	% 13 (n: 2)	% 18 (n: 9)

Erkeklerde DEHB-B oranı (% 82) kızlardan daha yüksek (% 56) saptanmış ve yapılan ki-kare testi sonucunda bu yüksekliğin istatistiksel olarak anlamlı olduğu ( $p=0,049$ ) bulunmuştur.

Kızlarda ise DEHB-DE oranı (%38) erkeklerden daha yüksek (% 12) saptanmış ve yine yapılan fisherin kesinlik testi sonucunda bu yüksekliğin de istatistiksel olarak anlamlı olduğu ( $p=0,033$ ) bulunmuştur.

DEHB-HD oranı ise her iki cinsiyette aynı oranda (% 6) bulunmuştur ( $p=1,000$ ). Bu farklı oranlara rağmen her iki cinsiyette de DEHB-B en sık rastlanan ve DEHB-HD en az saptanan alt tipler olmuştur.



**Tablo 8. DEHB alt tiplerinin cinsiyetler arası dağılımı**

DEHB alt tipleri	Erkek (n:34)	Kız (n:16)	p
DEHB-DE	% 12 (n: 4)	% 38 (n: 6)	<b>0,033 *</b>
DEHB-HD	% 6 (n: 2)	% 6 (n: 1)	1,000 *
DEHB-B	% 82 (n: 28)	% 56 (n: 9)	<b>0,049</b>

Ki-kare \* Fisher'in Kesinlik Testi

**DEHB:** Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, **DE:** Dikkat eksikliği, **HD:** Hiperaktivite dürtüsellik, **B:** Bileşik

Kız hastalarda Depresif Bozukluklar (% 38), Anksiyete Bozuklukları (% 81) ve OKB (% 19) oranları erkek hastalardan (sırasıyla % 9, % 41, % 9) yüksek bulunmuş olup, yapılan ki-kare testleri sonucunda istatistiksel olarak anlamlı yükseklik Depresif Bozukluklar (p=0,013) ve Anksiyete Bozuklukları'nda (p=0,007) saptanmıştır (Tablo 9). Genel psikiyatrik komorbidite oranları açısından bakıldığında ise kızlarda (% 88) erkeklerden (% 79) daha fazla bulunmuşken, bu fazlalığın anlamlı olmadığı saptanmıştır (Tablo 9).

Erkek hastalarda ise Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu (% 50), Davranım Bozukluğu (% 21), Tik Bozuklukları (% 18) ve Enürezis Noktürna (% 24) ek tanıların oranları kızlardan (sırasıyla % 25, % 13, % 6, % 6) yüksek bulunmuştur. Fakat, yapılan ki-kare testleri sonucunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır.

**Tablo 9. Komorbid psikiyatrik tanların cinsiyetler arası dağılımı**

Komorbid psikiyatrik tanlar	Erkek % (n: 34)	Kız % (n: 16)	Toplam % (n: 50)	p
	% 79 (n: 27)	% 88 (n: 14)	% 82 (n: 41)	0,487
<b>Karşı Olma Karşı Gelme Bozukluğu</b>	% 50 (n: 17)	% 25 (n: 4)	% 42 (n: 21)	0,094 *
<b>Davranım Bozukluğu</b>	% 21 (n: 7)	% 13 (n: 2)	% 18 (n: 9)	0,487 *
<b>Tik Bozuklukları</b>	% 18 (n: 6)	% 6 (n: 1)	% 14 (n: 7)	0,278 *
<b>Depresif Bozukluklar</b>	% 9 (n: 3)	% 38 (n: 6)	% 18 (n: 9)	<b>0,013 *</b>
<b>Anksiyete Bozuklukları</b>	% 41 (n: 14)	% 81 (n: 13)	% 54 (n: 27)	<b>0,007</b>
<b>Obsesif Kompulsif Bozukluk</b>	% 9 (n: 3)	% 19 (n: 3)	% 12 (n: 6)	0,313 *
<b>Enurezis Nokturna</b>	% 24 (n: 8)	% 6 (n: 1)	% 18 (n: 9)	0,137 *

Ki-kare \*Fisher'in Kesinlik Testi

Çalışmamızın başlangıcında hastalarımızın ebeveyn ve öğretmenlerince doldurulan Conners Değerlendirme ölçeklerinin alt parametrelerinin puan ortalamalarını akran zorbalığı grupları arasında karşılaştırdığımızda; hem Conners Anne Baba Ölçeği hem de Conners Öğretmen Ölçeği davranım sorunu ve hiperaktivite dürtüsellik alt parametreleri puan ortalamalarının en yüksek zorbalarda ve en düşük ise kurbanlarda olduğu saptanmıştır. Conners Anne Baba ölçeği kaygı alt parametresi ve Conners Öğretmen ölçeği dikkat eksikliği alt parametresi puan ortalamalarının ise en yüksek kurbanlarda olduğu bulunmuştur. Ancak, yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ve Kruskal Wallis testleri neticesinde anlamlı farklılıkların yalnız; Conners Anne Baba Ölçeği davranım sorunu ( $p=0,004$ ) ve hiperaktivite dürtüsellik ( $p=0,016$ ) alt parametreleri ile Conners Öğretmen Ölçeği davranım sorunu ( $p=0,022$ ) alt parametresinde olduğu tespit edilmiştir. Bu anlamlı farklılıkların zorba, kurban ve zorba/kurban gruplarının hangileri arasından kaynaklandığına dair yapılan Bonferoni düzeltmeleri sonucunda; anlamlılık saptanan alt parametrelerin hepsinde, zorba ve kurban grupları arasında, zorbalar lehine olan fazlalıkların anlamlılığa sebep olduğu tespit edilmiştir.

Zorba, kurban ve zorba/kurban gruplarının tedavi öncesindeki Conners Anne Baba ve Öğretmen Değerlendirme Ölçekleri'nin alt parametrelerinin puan ortalamaları Tablo 10'da gösterilmiştir.

**Tablo 10. Tedavi öncesi Conners Ölçekleri alt parametre puan ortalamaları**

Conners	Zorba	Kurban	Zorba/Kurban	f	p
AB - DS	13,1 **	8,0 **	11,8	5,131	<b>0,004 **</b>
AB - HD	9,7 **	7,1 **	8,0	4,668	<b>0,016 **</b>
AB - ÖS	8,4	8,3	8,4	,014	0,940
AB - KY	8,7	9,4	8,7	,311	0,734 *
AB - PS	4,0	4,1	5,5	,962	0,253
ÖĞ - DE	12,8	14,1	13,4	,390	0,260 *
ÖĞ - HD	13,9	10,8	11,52	2,699	0,072
ÖĞ - DS	12,0 **	8,2 **	10,9	4,315	<b>0,022 **</b>

Kruskal Wallis \* ANOVA \*\* Bonferoni düzeltmesi

**AB:** anne baba, **ÖĞ:** öğretmen, **DS:** davranım sorunu, **HD:** hiperaktivite dürtüsellik, **ÖS:** öğrenim sorunu, **KY:** kaygı, **PS:** psikosomatik, **DE:** dikkat eksikliği

Wilcoxon Signed Ranks testi sonucunda; tedavi sonrasında, Conners Anne Baba ve Öğretmen Ölçeği toplam ve tüm alt parametrelerinin ortalama puanlarında, istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azalma saptanmıştır ( $p < 0,001$ ) (Tablo 11).

Çalışma örnekleminde tedavi öncesi ve sonrası, Conners Anne Baba ve Öğretmen Ölçeği toplam ve tüm alt parametrelerinin ortalama puanlarına ilişkin veriler Tablo 11'de gösterilmiştir.

**Tablo 11. Tedavi öncesi ve sonrası CEDÖ ve CÖDÖ verileri**

	Tedavi öncesi	Tedavi sonrası	z	p
Conners AB - DS	10,22 ± 5,34	6,04 ± 3,32	-6,181	< 0,001
Conners AB - HD	7,92 ± 2,43	4,66 ± 1,76	-6,199	< 0,001
Conners AB - ÖS	8,38 ± 2,67	4,72 ± 1,99	-6,259	< 0,001
Conners AB - KY	9,06 ± 3,00	6,02 ± 2,26	-6,194	< 0,001
Conners AB - PS	4,64 ± 2,73	3,56 ± 2,30	-3,755	< 0,001
Conners AB - TP	40,22 ± 10,86	25,00 ± 7,40	-6,161	< 0,001
Conners ÖĞ - DE	13,64 ± 4,13	8,58 ± 2,92	-6,180	< 0,001
Conners ÖĞ - HD	11,68 ± 3,60	7,02 ± 2,22	-6,189	< 0,001
Conners ÖĞ - DS	9,78 ± 4,16	6,28 ± 2,99	-6,122	< 0,001
Conners ÖĞ - TP	35,10 ± 9,51	21,88 ± 6,25	-6,166	< 0,001

Wilcoxon Signed Ranks

**CEDÖ:** conners ebeveyn derecelendirme ölçeği, **CÖDÖ:** conners öğretmen derecelendirme ölçeği, **AB:** anne baba, **DS:** davranım sorunu, **TP:** toplam puan, **HD:** hiperaktivite dürtüsellik, **ÖS:** öğrenim sorunu, **KY:** kaygı, **PS:** psikosomatik, **ÖĞ:** öğretmen, **DE:** dikkat eksikliği

Tedavi öncesinde hastaların % 50'si kurban olduğunu belirtmişken, % 30'u zorba/kurban ve % 20'si zorba olduğunu belirtmiştir. Tedavi sonrasında bu oranların üçü de azalmış olmakla birlikte (sırasıyla % 46, % 14, % 4) yapılan McNemar testleri sonucunda, istatistiksel anlamda azalma, zorba (p=0,008) ve zorba/kurban (p=0,039) grupları arasında (p=0.031) saptanmıştır (Tablo12).

Ayrıca; tedavi sonrasında 18 hasta (% 36) akran zorbalığı davranışlarına dahil olmaktan çıkmıştır ve akran zorbalığına dahil olmama oranındaki bu artış, istatistiksel olarak anlamlı (p=0,001) bulunmuştur (Tablo 12).

Tedavi öncesi, anne babaların bildirimlerine göre hastaların % 62'sinde, öğretmenlerin bildirimlerine göre de % 74'ünde akran zorbalığına dahil olma tespit edilmiştir. Bu oranlar tedavi sonrasında sırasıyla %36 ve % 46 şeklinde saptanmıştır (Tablo 12).

Tedavi öncesi ve sonrası ile ilgili olarak yapılan McNemar testleri sonucunda, istatistiksel olarak anlamlı ölçüdeki değişiklikler; anne baba akran zorbalığı bildirim formunda zorba olma oranındaki azalma ( $p=0,000$ ) ile öğretmen akran zorbalığı bildirim formunda zorba olma oranındaki azalma ( $p=0,000$ ) ve anne baba akran zorbalığı bildirim formunda akran zorbalığına dahil olmama oranında artış ( $p=0,000$ ) ile öğretmen akran zorbalığı bildirim formunda akran zorbalığına dahil olmama oranında artış ( $p=0,001$ ) olarak saptanmıştır (Tablo 12).

**Tablo 12. Tedavi öncesi ve sonrasına ait akran zorbalığı verileri**

		Tedavi öncesi (n: 50)	Tedavi sonrası (n: 50)	p
<b>Hasta</b>	Zorba	% 20 (n: 10)	% 4 (n: 2)	<b>0,008</b>
	Kurban	% 50 (n: 25)	% 46 (n: 23)	0,815
	Zorba/kurban	% 30 (n: 15)	% 14 (n: 7)	<b>0,039</b>
	Dahil olmayan	% 0	% 36 (n: 18)	<b>0,001</b>
<b>Anne baba</b>	Zorba	% 20 (n: 10)	% 4 (n: 2)	<b>0,000</b>
	Kurban	% 32 (n: 16)	% 24 (n: 12)	0,344
	Zorba/kurban	% 10 (n: 5)	% 8 (n: 4)	1,000
	Dahil olmayan	% 38 (n: 19)	% 64 (n: 32)	<b>0,000</b>
<b>Öğretmen</b>	Zorba	% 30 (n: 15)	% 6 (n: 3)	<b>0,000</b>
	Kurban	% 24 (n: 12)	% 20 (n: 10)	0,774
	Zorba/kurban	% 20 (n: 10)	% 20 (n: 10)	1,000
	Dahil olmayan	% 26 (n: 13)	% 54 (n: 27)	<b>0,001</b>

McNemar

Hasta, ebeveyn ve öğretmenlere ait akran zorbalığı bildirim formlarından elde edilen verilerin birbirleri ile olan uyumu, Cohen's Kappa testiyle değerlendirildiğinde; Hasta ve ebeveyn formlarının % 68 oranında orta düzeyde uyum gösterdiği ile hasta ve öğretmen formlarının % 56 oranında düşük-orta düzeyde uyum gösterdiği saptanmıştır.

Erkek hastalarda zorba olma ve zorba/kurban olma oranlarında azalma ile kız hastalarda kurban olma ve zorba/kurban olma oranlarında azalma saptanmıştır.

Ancak, yapılan McNemar testleri sonucunda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azalma yalnız erkek hastalardaki zorba olma oranlarında ( $p=0,008$ ) bulunmuştur (Tablo 13).

Ayrıca; tedavi sonrasında erkek hastaların 13'ü (% 38) ve kız hastaların 5'i (%31) akran zorbalığı davranışlarına dahil olmaktan çıkmıştır ve her iki cinsiyetteki akran zorbalığına dahil olmama oranlarındaki bu artışlar anlamlı ölçüde ( $p=0,001$ ) bulunmuştur (Tablo 13).

**Tablo 13. Olweus Öğrencilerde Akran Zorbalığı Anket verileri cinsiyetler arası dağılımı**

		Tedavi öncesi % (n)	Tedavi sonrası % (n)	p
<b>Erkek (n: 34)</b>	Zorba	% 27 (n: 9)	% 3 (n: 1)	<b>0,008</b>
	Kurban	% 41 (n: 14)	% 41 (n: 14)	1,000
	Zorba/kurban	% 32 (n: 11)	% 18 (n: 6)	0,180
	Dahil olmayan	% 0	% 38 (n: 13)	<b>0,001 *</b>
<b>Kız (n: 16)</b>	Zorba	% 6 (n: 1)	% 6 (n: 1)	1,000
	Kurban	% 69 (n: 11)	% 57 (n: 9)	0,687
	Zorba/kurban	% 25 (n: 4)	% 6 (n: 1)	0,250
	Dahil olmayan	% 0	% 31 (n: 5)	<b>0,001 *</b>

McNemar \*Fisher'in Kesinlik Testi

Tedavi öncesinde hastaların kendi bildirimlerine göre saptadığımız zorba, kurban ve zorba/kurban olma durumları ile ilgili oranlar kız ve erkek cinsiyetler arasında karşılaştırıldığında; erkeklerde zorba ( $p=0,954$ ) ve zorba/kurban ( $p=0,596$ ) oranları, kızlarda ise kurban ( $p=0,068$ ) olma oranları daha fazla saptanmış iken yapılan ki-kare testleri neticesinde anlamlı farklılık saptanmamıştır (Tablo 14).

Yine araştırmamızın başında saptadığımız, hastaların hangi akran zorbalığı türlerine dahil oldukları ile ilgili oranları cinsiyetler arasında karşılaştırdığımızda ise; erkeklerde fiziksel, sözel ve etnik akran zorbalıklarına dahil olma daha yüksek

oranlarda saptanmışken, yapılan ki-kare testleri neticesinde, anlamlılık yalnız fiziksel akran zorbalığına dahil olma oranlarında ( $p=0,002$ ) saptanmıştır. Kızlarda ise ilişkisel duygusal, cinsel ve siber akran zorbalıklarına dahil olma erkeklerden daha yüksek oranlarda saptanırken, yapılan ki-kare ve fisher'in kesinlik testleri neticesinde anlamlı farklılık yalnız, ilişkisel duygusal akran zorbalığına dahil olma oranlarında ( $p=0,003$ ) saptanmıştır (Tablo 14).

**Tablo 14. Tedavi öncesi Akran Zorbalığı grupları ve türlerinin cinsiyete göre dağılımı**

		Erkek (%)	Kız (%)	p
Akran Zorbalığı Grupları	Zorba	% 27	% 6	0,954
	Kurban	% 41	% 69	0,068
	Zorba/kurban	% 32	% 25	0,596
Akran Zorbalığı Türleri	Fiziksel	% 76	% 13	<b>0,002</b>
	Sözel	% 82	% 81	0,924
	İlişkisel/Duygusal	% 50	% 100	<b>0,003 *</b>
	Siber	% 24	% 25	0,909
	Cinsel	% 15	% 19	0,715
	Etnik	% 15	% 13	0,833

Ki-kare \*Fisher'in Kesinlik Testi

Tedavi öncesinde, akran zorbalığı türlerinin oranları, sırasıyla; sözel % 82, ilişkisel duygusal % 66, fiziksel % 56, siber % 24, cinsel % 16, etnik % 14 olarak saptanmıştır.

Cinsiyetler açısından bakıldığında sıralamanın, çoktan aza doğru, erkeklerde; sözel, fiziksel, ilişkisel duygusal, siber, cinsel, etnik ve kızlarda; ilişkisel duygusal, sözel, siber, cinsel, etnik, fiziksel şeklinde olduğu saptanmıştır.

Akran zorbalığı türlerinin oranlarına 3 aylık DEHB tedavisi sonrasında bakıldığında ise; sözel % 46, ilişkisel duygusal % 40, fiziksel % 16, etnik % 8, siber % 4, cinsel % 4 olarak bulunmuştur. Tüm akran zorbalığı türlerinde azalma görülmekle birlikte yapılan McNemar testleri neticesinde; etnik ve cinsel türlerde akran zorbalıkları haricindeki akran zorbalığı davranışlarında anlamlı ölçüde azalma saptanmıştır.

Cinsiyetler açısından bakıldığında ise her iki cinsiyette de tüm akran zorbalığı türlerinin görülme oranlarında azalma saptanmakla birlikte, yapılan McNemar testleri neticesinde; erkeklerde fiziksel, sözel, siber ve kızlarda ilişkisel duygusal, sözel akran zorbalığı türlerindeki azalmaların anlamlı oldukları tespit edilmiştir.

Akran zorbalığı türlerinin genel grupta ve cinsiyetlere göre, tedavi öncesi ve sonrasına ait görülme oranlarına ilişkin bilgiler Tablo 15’de gösterilmiştir.



**Tablo 15. Tedavi öncesi ve sonrası Akran Zorbalığı türlerinin cinsiyete göre dağılımı**

	Akran Zorbalığı türü	Tedavi öncesi % (n)	Tedavi sonrası % (n)	p
<b>Erkek (n: 34)</b>	Fiziksel	% 76 (n: 26)	% 24 (n: 8)	<b>0,000</b>
	Sözel	% 82 (n: 28)	% 50 (n: 17)	<b>0,002</b>
	İlişkisel/Duygusal	% 50 (n: 17)	% 37 (n: 11)	0,146
	Siber	% 24 (n: 8)	% 3 (n: 1)	<b>0,039</b>
	Cinsel	% 15 (n: 5)	% 0	0,053
	Etnik	% 15 (n: 5)	% 9 (n: 3)	0,625
<b>Kız (n: 16)</b>	Fiziksel	% 13 (n: 2)	% 0	0,483
	Sözel	% 81 (n: 13)	% 38 (n: 6)	<b>0,008</b>
	İlişkisel/Duygusal	% 100 (n: 16)	% 56 (n: 9)	<b>0,006</b>
	Siber	% 25 (n: 4)	% 6 (n: 1)	0,250
	Cinsel	% 19 (n: 3)	% 13 (n: 2)	1,000
	Etnik	% 13 (n: 2)	% 6 (n: 1)	1,000
<b>Toplam (n: 50)</b>	Fiziksel	% 56 (n: 28)	% 16 (n: 8)	<b>0,000</b>
	Sözel	% 82 (n: 41)	% 46 (n: 23)	<b>0,000</b>
	İlişkisel/Duygusal	% 66 (n: 33)	% 40 (n: 20)	<b>0,012</b>
	Siber	% 24 (n: 12)	% 4 (n: 2)	<b>0,013</b>
	Cinsel	% 16 (n: 8)	% 4 (n: 2)	0,072
	Etnik	% 14 (n: 7)	% 8 (n: 4)	0,337

McNemar

Zorbaların % 20'si tedavi sonrasında da zorba olmaya devam ederken, % 20'si kurban, % 20'si de zorba/kurban olmuştur. Zorbaların % 40'ı ise akran zorbalığı davranışlarına dahil olmaktan çıkmıştır. Kurbanların % 60'ı tedavi sonrasında da kurban olmaya devam ederken, % 40'ı ise zorba/kurban olmuştur. Zorba/Kurbanların % 33'ü tedavi sonrasında da zorba/kurban olmaya devam ederken, % 40'ı kurban olmuştur. Zorba/Kurbanların % 27'si ise akran zorbalığı davranışlarına dahil olmaktan çıkmıştır.

Zorba, Kurban ve Zorba/Kurban gruplarına dahil olan hastaların tedaviden sonra hangi Akran Zorbalığı grubuna dahil olduğu ve tedavi sonrasında Akran Zorbalığı davranışlarına dahil olmaktan çıkan hastaların yüzde oranları ile ilgili veriler Tablo 16'da gösterilmiştir.

**Tablo 16. Akran zorbalığı gruplarının tedavi sonrası durumları**

Tedavi öncesi	Tedavi sonrası	% (n)
<b>Zorba (n: 10)</b>	Zorba	% 20 (n: 2)
	Kurban	% 20 (n: 2)
	Zorba/Kurban	% 20 (n: 2)
	Dahil olmayan	% 40 (n: 4)
<b>Kurban (n: 25)</b>	Zorba	% 0
	Kurban	% 60 (n: 15)
	Zorba/Kurban	% 40 (n: 10)
	Dahil olmayan	% 0
<b>Zorba/Kurban (n: 15)</b>	Zorba	% 0
	Kurban	% 40 (n: 6)
	Zorba/Kurban	% 33 (n: 5)
	Dahil olmayan	% 27 (n: 4)

Hastalarımızın akran zorbalığı gruplarını DEHB alt tipleri açısından karşılaştırdığımızda, yapılan Ki-kare ve Fisher'in kesinlik testleri sonucunda, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar saptanmıştır. Bu anlamlılığın kaynağını saptamak adına yaptığımız bonferoni düzeltmeleri neticesinde; zorba ve kurban grupları arasında, zorbalarda DEHB-HD (p=0,018) ve kurbanlarda DEHB-

DE ( $p=0,036$ ) lehine olan fazlalıklar ile kurban ve zorba/kurban grupları arasında, kurbanlarda DEHB-DE ( $p=0,038$ ) ve zorba/kurbanlarda DEHB-B ( $p=0,038$ ) lehine olan fazlalıklardan kaynaklandığı görülmüştür. Öte yandan zorba ve zorba/kurban grupları arasında DEHB alt tipleri açısından anlamlı bir farklılığa rastlanmamıştır.

Araştırma grubumuzun akran zorbalığı gruplarını eşlik eden diğer psikiyatrik bozukluklar açısından karşılaştırdığımızda; komorbid psikiyatrik tanı varlığının en yüksek olduğu grubun zorba/kurbanlar ve en düşük olduğu grubun kurbanlar olduğu görülürken istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilememiştir. İstatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanamayan tanılardan; komorbid Tik Bozuklukları varlığının en yüksek olduğu grubun zorbalılar ve en düşük olduğu grubun zorba/kurbanlar olduğu; komorbid Obsesif Kompulsif Bozukluk varlığının en yüksek olduğu grubun kurbanlar ve en düşük olduğu grubun zorbalılar olduğu; komorbid Enürezis Noktürna varlığının ise en yüksek olduğu grubun zorbalılar ve en düşük olduğu grubun kurbanlar olduğu tespit edilmiştir.

Anlamlı farklılık tespit edilen tanılarda ise komorbid olarak saptanma oranları sırasıyla (zorba, kurban, zorba/kurban); Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu için % 90, % 12, % 60, Davranım Bozukluğu için % 50, % 4, % 20, Depresif Bozukluklar için % 20, % 8, % 40, Anksiyete Bozuklukları için % 40, % 68, % 40 olarak saptanmıştır. Bu anlamlılığın kaynağını saptamak adına yaptığımız bonferoni düzeltmeleri neticesinde, anlamlılığın; Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu ( $p=0,001$ ) ve Davranım Bozukluğu ( $p=0,011$ ) eş tanılarının kurbanlara kıyasla zorbalarda daha fazla olmasından; Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu ( $p=0,013$ ) ve Depresif Bozukluklar ( $p=0,037$ ) eş tanılarının kurbanlara kıyasla zorba/kurbanlarda daha fazla olmasından ve Anksiyete Bozuklukları ( $p=0,022$ ) eş tanılarının zorba/kurbanlara kıyasla kurbanlarda daha fazla olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir.

**Tablo 17. DEHB alt tipleri ve komorbiditelerin akran zorbalığı gruplarında dağılımı**

		<b>Z (10)</b>	<b>K (25)</b>	<b>ZK (15)</b>	<b>p</b>
<b>DEHB alt tipi</b>	Dikkat Eksikliği	% 0 **	% 36 (9) **	% 7 (1)	<b>0,001 *</b>
	Hiperaktivite/Dürtüsellik	% 30 (3) **	% 0 **	% 0	
	Bileşik	% 70 (7)	% 64 (16)	% 93 (14)	
<b>Komorbid psikiyatrik tanılar</b>	Karşı olma karşı gelme b.	% 90 (9) **	% 12 (3) **	% 60 (9)	<b>0,000</b>
	Davranım bozukluğu	% 50 (5) **	% 4 (1) **	% 20 (3)	<b>0,006</b>
	Depresif bozukluklar	% 20 (2)	% 4 (1) **	% 40 (6) **	<b>0,016</b>
	Anksiyete bozuklukları	% 30 (3)	% 64 (16) **	% 27 (4) **	<b>0,038</b>

Ki-kare \* Fisher'in Kesinlik Testleri \*\* Bonferoni düzeltmesi

**Z:** zorba, **K:** kurban, **ZK:** zorba/kurban, **DEHB:** Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

## 5. TARTIŞMA

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB), özellikle çocuk ve gençlerde duygusal, bilişsel ve davranışsal alanlarda problemlere sebep olan bir bozukluktur (205, 206). Bu bozukluğun akademik, sosyal ve ruhsal alanlarda önemli sorunlara yol açabildiği ve etkilerinin ömür boyu devam edebildiği bilinmektedir (207). Dünya genelinde tüm çocukların % 8-12'sini etkileyen DEHB, çocukluk çağında başlayan psikiyatrik bozukluklar arasında en sık görülenlerden ve çocuk psikiyatrisi alanında en çok araştırılmış bozukluklardan biridir (2). DEHB'li çocukların pek çok alanda karşılaşılabileceği güçlükler arasında sosyal çevrede ve akran ilişkilerinde yaşanabilecek sorunlar önemli yer tutmaktadır. Akranlarınca dışlanma, iyi arkadaşlık ilişkileri kuramama, saldırganlık ve saldırgan tutumlara maruz kalma bu sorunlar arasında ilk planda sayılabilir. Bu bağlamda DEHB'li çocuklarda zorbalık davranışlarına dahil olma riski de artmaktadır (3).

Akran zorbalığı, karşıya bilinçli bir şekilde zarar verme amacıyla, bir güç dengesizliği zemininde gelişen, tekrarlayıcı tarzda ve zamansal sürekliliği olan, saldırgan bir davranış şeklidir (7). Zorbalık; itmek, vurmak gibi fiziksel; küfür etmek, lakap takmak, alay etmek, küçük düşürmek gibi sözel; dışlamak, oyuna almamak, tehdit etmek gibi ilişkisel; kızların eteklerini açmak, dokunmak gibi cinsel ve rahatsız edici SMS mesajları, e-mailler yollamak gibi sanal şekillerde olabilir (208). Psikiyatrik bozukluk tanımlı çocukların zorbalık davranışına daha çok dahil olduğu gösterilmiştir (17). Eşlik eden DEHB'nin, akran zorbalığına dahil olma riskini artırdığı bildirilmektedir (18). Kesitsel olarak tasarlanmış bir çalışmada, DEHB'ye yönelik ilaç tedavisi almakta olan ve hiç ilaç tedavisi almamış olan DEHB'li gruplar akran zorbalığına uğrama açısından karşılaştırılmıştır ve iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (20). DEHB'li çocuklarda tedavi ile akran zorbalığının neden sonuç ilişkisinin ortaya konabilmesi için takip çalışmalarına ihtiyaç duyulmaktadır. Bu çalışmayı yapmaktaki amacımız; DEHB semptomlarının şiddeti ile akran zorbalığının ilişkisini ve DEHB tedavisinin akran zorbalığına olan etkisini araştırmaktır.

Araştırmamız, 2017 Ağustos, Eylül ve Ekim ayları boyunca Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği'nde DEHB tanısı konulan ve ek olarak Akran Zorbalığı davranışlarına dahil olduğu tespit edilen 72 hasta ile başlatılmıştır. Üç aylık takip süresince tedaviye devam eden ve kontrollere gelip araştırmada kullanılan form ve ölçekleri eksiksiz doldurup teslim eden 50 hasta ile araştırmamız tamamlanmıştır. Araştırmaya dahil olmaya devam etmeyen hastaların sayısının yüksekliğinin; araştırmanın düzenli takip gerektiriyor olması, araştırmaya dahil olmaktan vazgeçme, belirtilerin araştırmada kalmaya devam eden hastalara göre daha hafif olması ya da tedavi ile kısa sürede belirtilerde belirgin iyileşme olmuş olması, polikliniğimize ulaşma şartlarının zorluğu ve öğretmenlere yollanan Akran Zorbalığı Bildirim Formları'nın çocuklarda damgalanmaya sebep olabileceği endişesinin taşınması olasılıkları ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür.

Araştırmamızın tamamlandığı DEHB tanılı 50 hastanın % 68'ini erkekler ve % 32'sini kızlar oluştururken erkek/kız oranı 2,125 olarak bulunmuştur. Bu sonucun, DEHB'nin erkeklerde 2-9 kat daha fazla görüldüğü bilgisi ile örtüştüğü görülmüştür (209). Toplum örneklemelerinde erkek/kız oranları 2-3/1 iken klinik örneklemelerde bu oranların 3-10/1 gibi daha yüksek olması, genel popülasyonda erkek çocukların psikiyatri polikliniklerine daha sık oranda getirildiğini düşündürmektedir (210, 211). Ayrıca, DEHB tanılı kızlarda dikkat eksikliği ile ilgili belirtilerin daha ön planda olması ve hiperaktivite, dürtüsellik ve saldırganlık ile ilgili belirtilerin erkeklere görece daha az oluşunun da, kızların tedavi için polikliniğe daha az getiriliyor olmasına sebep olabileceği düşünülmektedir (212, 213). Öte yandan genel komorbidite oranlarının erkek DEHB hastalarında, kızlardan daha fazla olması ve DEHB'ye ek komorbid psikiyatrik tanıları olan hastaların polikliniklere daha fazla getiriliyor olmasının da erkek/kız oranlarındaki yüksekliği açıklayabileceği düşünülmektedir (210).

Araştırmamızı tamamladığımız hastalarımız 8-16 yaşları arasında olup yaş ortalamaları 11,06 olarak bulunmuştur. 50 hastanın 29'unun (% 58) 8-11 yaşları arasında, 16'sının (% 32) 12-14 yaşları arasında ve 5'inin (% 10) 15-16 yaşları arasında olduğu tespit edilmiştir. Daha önce yapılmış olan bir çalışmada; DEHB'de belirti ve bulguların hayatın erken dönemlerinde görülmesine rağmen tanının çoğunlukla, düzenli eğitim ve öğretim için gerekli olan dikkat süresi ve

odaklanmanın beklendiği ilköğretim yıllarında konduğu belirtilmiştir (22). Araştırmamızdaki hastaların yaş ortalamaları dikkate alındığında, yazın bilgisi ile tutarlı olarak, DEHB’li çocuk ve ergenlerin yarısından fazlasının (% 58) ilköğretim yaş grubu içerisindeyken polikliniğe başvurdukları ve DEHB tanısı aldıkları saptanmıştır. Öte yandan, çalışma örnekleminizin yeni tanı DEHB’li hastalardan oluşmasının da, hastalarımızın yaş ortalamasının, klinik tabanlı diğer çalışmalara göre daha düşük olmasında etkili olabileceği düşünülmüştür (214, 215).

Araştırmamızdaki DEHB tanılı hastaların % 20’sinde Dikkat Eksikliği tipi DEHB (DEHB-DE), % 6’sında Hiperaktivite/Dürtüsellik tipi DEHB (DEHB-HD) ve % 74’ünde Bileşik tip DEHB (DEHB-B) saptanmıştır. Ülkemizde yapılmış olan klinik tabanlı çalışmalarda DEHB-DE % 5-14, DEHB-HD % 0-24, DEHB-B % 62-86 oranlarında saptanmıştır (216, 217). Araştırmamızdaki hastaların DEHB alt tiplerinin oranları, ülkemiz yazınına göre hastalarımızda DEHB-DE oranının daha fazla olması haricinde, ülkemiz literatürü ile uyumlu bulunmuştur. Erkeklerde DEHB-B oranı (% 82) kızlardan daha yüksek (% 56) saptanmış ve bu yüksekliğin istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Kızlarda ise DEHB-DE oranı (%38) erkeklerden daha yüksek (% 12) saptanmış ve bu yüksekliğin de istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. DEHB-HD oranı ise her iki cinsiyette aynı oranda (% 6) bulunmuştur. Bu farklı oranlara rağmen her iki cinsiyette de, mevcut literatür bilgileri ile uyumlu olacak şekilde, en sık rastlanan alt tip DEHB-B ve en az saptanan alt tip de DEHB-HD olmuştur (118). Bizim hastalarımızda DEHB-DE oranının ülkemiz literatüründen daha yüksek bulunmasının sebeplerinin; klinik örneklemler çalışmalarda erkek/kız oranı 3-10/1 arasında iken çalışmamızda erkek/kız oranının 2,125 oranında bulunması (literatüre görece çalışmamızda kız oranının daha yüksek olması) ve yine literatür ile uyumlu olacak şekilde, çalışmamızdaki kızların DEHB-DE oranının erkeklerin DEHB-DE oranından fazla olması olabileceği düşünülmüştür (210, 213).

Araştırmamızdaki DEHB tanılı hastalarımızın eşlik eden psikiyatrik bozukluklarını saptayabilmek amacıyla, ilk görüşmemizde uygulamış olduğumuz Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi – Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli – Türkçe Versiyonu (ÇDŞGC–ŞY–T)’ na göre

hastalarımızın % 82'sinde komorbidite saptanmıştır. En sık saptanan komorbiditeler, % 54 oranla Anksiyete Bozuklukları ve % 42 oranla Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu olmuştur. Davranım Bozukluğu, Depresif Bozukluklar ve Enürezis Noktürna % 18'er oranlarla üçüncü sıradaki komorbiditeler iken Tik Bozuklukları ve Obsesif Kompulsif Bozukluk sırasıyla % 14 ve % 12'lik oranlarda daha az saptanan komorbiditeleri oluşturmuşlardır. Kızlarda genel psikiyatrik komorbidite oranı (% 88) ve Depresif Bozukluklar (% 38), Anksiyete Bozuklukları (% 81) ve OKB (% 19) ek tanılarının oranları erkek hastalardan (sırasıyla % 79, % 9, % 41, % 9) yüksek bulunmuştur. Fakat, kızlarda istatistiksel olarak anlamlı yükseklik sadece Depresif Bozukluklar ve Anksiyete Bozuklukları'nda saptanmıştır. Erkek hastalarda ise Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu (% 50), Davranım Bozukluğu (% 21), Tik Bozuklukları (% 18) ve Enürezis Noktürna (% 24) ek tanılarının oranları kızlardan (sırasıyla % 25, % 13, % 6, % 6) yüksek bulunmuştur fakat anlamlı olmadığı görülmüştür.

Ülkemiz literatürüne bakıldığında, DEHB'de en az bir komorbid psikiyatrik tanı varlığına ilişkin % 73-96 arası oranlar bildirilmiştir. Bizim araştırmamızdaki % 82 oranında komorbidite varlığına ilişkin bulgumuz da literatürle uyum göstermiştir (218, 219). Anksiyete Bozuklukları (Ank.B) açısından bakıldığında, ülkemizdeki klinik örneklemli çalışmalarda DEHB tanılı çocuk ve ergenlerde Ank.B yaygınlığı % 1-49 arası oranlarda tespit edilmiştir (219-221) . Araştırmamızda DEHB' de Ank.B yaygınlığının, ülkemiz literatüründen fazla bulunmuş olmasının; örneklemimizin kız oranının, diğer klinik örneklemli çalışmalara göre daha fazla olmasından ve Ank.B tanısının kızlarda erkeklere göre daha yüksek oranda görülmesinden kaynaklanabileceği düşünülmüştür (222-224). Yazında, DEHB tanılı çocuk ve ergenlerde sık görülen diğer bir komorbid psikiyatrik bozukluğun da Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu (KOKGB) (% 33-50) olduğu belirtilmiştir ve araştırmamızda tespit ettiğimiz % 42'lik KOKGB komorbiditesinin de yazın bilgileri ile örtüştüğü görülmüştür (112, 118).

DEHB bireyin yaşamının hemen her alanında zorluklara neden olan bir bozukluktur. DEHB'nin temel belirtileri olan dikkatsizlik, aşırı hareketlilik ve dürtüsellik, kişinin sosyal işlevselliğinde de anlamlı bozulmayla ilişkilidir (102). DEHB'li olgularda akranları tarafından dışlanma kontrollere göre daha siktir, aynı zamanda DEHB'li olgularda yakın arkadaş ilişkisi kurmak ve sürdürmek ile ilgili



zorluklar da bildirilmektedir (195). DEHB'li olgularda sosyal disfonksiyon, bozukluğun gidişini etkileyebildiği için de ayrıca önemlidir (196). DEHB semptomlarının sosyal işlevsellik üzerine etkisi, kendini düzenleme becerilerini bozarak karşılıklı sosyal ilişkiyi engellemesi üzerinden olabilir (197). Özellikle dikkat eksikliği ile ilgili belirtilerin çocuklarda sosyal zorlukların oluşmasına zemin hazırladığı söylenmektedir. Ayrıca dikkat eksikliği, etkileşim sırasındaki sözel ve sözel olmayan ipuçlarını yakalama becerisini de azaltmaktadır (198).

Yazında, DEHB ve akran zorbalığı ile ilgili yapılmış olan az sayıdaki çalışmada, DEHB tanılı çocukların gelişim dönemleri boyunca sağlıklı kontrollere kıyasla zorbalık davranışına daha fazla dâhil oldukları bildirilmiştir. İsveç'te yapılmış olan bir çalışmada, ilköğretim 4. sınıfa giden öğrenciler içerisinde DEHB tanılı olanların olmayanlara kıyasla 3 kat daha fazla zorbalık yaptığı ve 10 kat daha fazla zorbalığa uğradığı bildirilmiştir. Bu çalışmanın yazarları bu sebeple, zorbalığa dâhil olan çocukların DEHB tanısına sahip olup olmadıkları açısından değerlendirilmelerinin gerekli olduğunu vurgulamışlardır (4). Ülkemizde yapılmış olan bir tez çalışmasında, 8 ve 16 yaşları arasında, yeni tanı almış DEHB'li çocuk ve ergenler ile eski tanı ve hali hazırda metilfenidat tedavisi almakta olan DEHB'li çocuk ve ergenlerin akran zorbalığı durumları karşılaştırılmıştır. Bu çalışmanın sonucunda, yeni tanı ve tedavisiz DEHB grubunda zorbalığa maruz kalma oranları, literatür ile uyumlu olacak şekilde normal popülasyondan anlamlı derecede yüksek bulunmuşken, eski tanı ve tedavi almakta olan DEHB grubunda zorbalığa maruz kalma oranları normal popülasyona yakın bulunmuştur. Ancak her iki DEHB grubu akran zorbalığı açısından karşılaştırıldığında ise istatistiksel anlamda bir fark saptanmamıştır (20). Bu sebeplerle, DEHB tanılı çocuk ve ergenlerin hem DEHB belirtilerinin olumsuz etkisi hem de sosyal alandaki yetersizlikleri sebebiyle akran zorbalığı açısından risk altında oldukları düşünülmektedir.

Araştırma örneklemimizi, DEHB tanısına ek olarak, ilk görüşmede kendilerine uyguladığımız Olweus Öğrencilerde Akran Zorbalığı Anketi'ne göre son birkaç ay içerisinde Akran Zorbalığı davranışlarına dahil olduğunu tespit ettiğimiz hastalar oluşturmuştur. Mevcut literatürde, genel popülasyonun yanında, DEHB

tanılı çocuk ve ergenlerde Akran Zorbalığı davranışlarına dahil olma oranları ile ilgili veriler sunan çalışmalar bulunmakla birlikte, örnekleminin tamamının DEHB tanısına ek olarak Akran Zorbalığı davranışlarına da dahil olan olgulardan oluştuğu bir çalışma bulunmamaktadır. Bu bağlamda araştırmamız, özgün nitelikte olmakla birlikte, literatürde akran zorbalığı ile ilgili farklı örneklerde yapılmış olan çalışmalardaki zorba, kurban ve zorba/kurban oranları ile karşılaştırılabilecek tanımlayıcı verilere sahip değildir.

İlk görüşmede hastalara uyguladığımız Olweus Öğrencilerde Akran Zorbalığı Anketi'ne göre, son birkaç aylık zaman dilimi içerisinde araştırma örnekleminizin % 50'sinin kurban, % 30'unun zorba/kurban ve % 20'sinin zorba olduğu tespit edilmiştir. Akran zorbalığı gruplarını cinsiyetler açısından karşılaştırdığımızda; tüm akran zorbalığı gruplarının büyük çoğunluğunu erkekler oluşturmakla birlikte; erkeklerde zorba ve zorba/kurban olma oranları kızlardan, kızlarda ise kurban olma oranları erkeklerden daha fazla saptanmıştır ancak, cinsiyetler arasındaki bu farklılıkların anlamlı düzeyde olmadığı bulunmuştur. Bu alanda mevcut literatürde; hem zorba olan hem de kurban olan çocukların çoğunun erkek olduğu görülmekle birlikte, zorba olma açısından bakıldığında erkeklerin kızlara göre çoğunlukla daha yüksek oranda zorba olduğu, kurban olma açısından bakıldığında ise bazı örneklerde erkeklerin kızlara kıyasla daha yüksek oranda kurban olduğu görülmekle birlikte bu durumun zorbalıktaki kadar belirgin olmadığı vurgulanmıştır (8, 151, 175, 176). Bu anlamda araştırma bulgularımızın, mevcut literatür bilgileri ile uyum içerisinde olduğu görülmüştür.

Araştırmamızda, zorbaların % 90'ının, kurbanların % 56'sının ve zorba/kurbanların % 73'ünün erkeklerden oluştuğu saptanmıştır. Tüm akran zorbalığı gruplarının çoğunluğunu erkekler oluşturmakla birlikte bu farkın anlamlı olmadığı bulunmuştur. Erkek cinsiyet lehine olan bu fazlalığın, araştırma örnekleminin çoğunluğunu erkeklerin oluşturmasından kaynaklanabileceği düşünülmüştür. Bu konudaki literatüre bakıldığında da, çalışmalarda hem zorbalık yapanların hem de zorbalığa maruz kalanların çoğunu erkeklerin oluşturduğu görülmektedir (151, 225). Bu bağlamda, araştırma grubumuzdaki akran zorbalığı gruplarında saptadığımız erkekler lehine olan fazlalığın, literatür bilgileri ile örtüştüğü düşünülmüştür.

Hastalarımızdan zorba olanların % 40'ının ilkokul, % 40'ının ortaokul ve % 20'sinin lisede eğitim gördüğü olduğu saptanmıştır. Bu oranlar kurban olanlarda sırasıyla % 68 ve % 32 olarak bulunurken kurban grubunda lisede eğitim gören hastanın olmadığı görülmüştür. Zorba/kurban grubunun ise % 13'ünün ilkokul, % 67'sinin ortaokul ve % 20'sinin lisede eğitim gördüğü bulunmuştur. Öte yandan hastalarımızdan ilkokula gidenlerin % 74'ünün kurban, ortaokula gidenlerin % 45'inin zorba/kurban ve % 36'sının kurban, liseye gidenlerin ise % 60'ının zorba/kurban ve % 40'ının zorba olduğu saptanmıştır. Akran zorbalığı grupları yaş dönemleri açısından karşılaştırıldığında, çoğunluğunun ilkokul ve ortaokul yaş gruplarında olduğu görülürken anlamlı farklılık kurban ve zorba/kurban grupları arasında kurbanların daha küçük yaşlarda olması şeklinde saptanmıştır. Literatüre bakıldığında da, yaş ilerledikçe kurban olma oranlarında azalma ile birlikte, zorba olma oranlarının arttığı ya da değişmediği ile ilgili bilgiler mevcuttur (157, 177). Araştırmamızdaki akran zorbalığı gruplarının yaş dağılımlarına bakıldığında, bu konudaki literatür bilgileri ile uyum içerisinde olduğu görülmüştür.

Araştırma grubumuzdaki hastalarımızın bir takım tanımlayıcı özelliklerine ait verileri incelediğimizde; % 24'ünün daha önceden psikiyatrik başvuruda bulunduğu, % 16'sının metilfenidat harici bir psikiyatrik tedavi öyküsünün olduğu, % 8'inin sigara ve % 2'sinin alkol-madde kullanma öyküsünün olduğu, % 2'sinin suça karışma ve % 16'sının okulda disiplin sorunu yaşama öyküsünün bulunduğu, % 10'unda kendine zarar verme davranışı ve % 8'inde ihmal-istismar öyküsünün bulunduğu tespit edilmiştir. Daha önceki herhangi bir psikiyatrik başvuru ve tedavi öyküsü oranları ile kendine zarar verme davranışı öyküsü oranları kızlarda daha yüksek bulunmuş iken sigara ve alkol-madde kullanımı, suça karışma, okulda disiplin sorunu ve ihmal-istismar öyküsü oranları erkeklerde daha yüksek bulunmuştur. Ancak, bu farklılıkların anlamlı olmadığı görülmüştür.

Akran Zorbalığı grupları arası dağılım göz önüne alındığında ise; önceki psikiyatrik başvuru ve psikiyatrik tedavi öyküsü oranlarının en yüksek olduğu grup zorba/kurban grubu iken (sırasıyla % 53, % 40) bu oranların en düşük olduğu grubun ise kurban grubu olduğu (sırasıyla % 4, % 0) saptanmıştır ve bu

farklılıkların anlamlı olduğu tespit edilmiştir. Okulda disiplin sorunu yaşama öyküsü açısından akran zorbalığı grupları karşılaştırıldığında, zorbaların % 50'si ve zorba/kurbanların % 20'si daha önce okulda disiplin sorunu yaşamış iken, kurbanların hiçbirinin okulda disiplin sorunu yaşamadığı görülmüştür ve bu bulgunun da da anlamlı olduğu tespit edilmiştir. Diğer bir takım tanımlayıcı özellikler açısından akran zorbalığı grupları arasında anlamlı farklılıklar saptanmamıştır. Bu alandaki yazın incelendiğinde; akran zorbalığı yapan öğrencilerin, zorba ya da kurban olma ile ilişkisi olmayanlara ve kurbanlara göre, sigara ve alkol-madde kullanımı, okulda kavgaya karışma ve yaralama gibi yıkıcı davranışlarda bulunma, otorite figürleri ile tartışma oranlarının daha yüksek olduğu görülmüştür (13, 179). Mevcut çalışmalarda; zorbalık yapma ile, okulda bıçak vs. yaralayıcı alet taşımak, sınavlarda kopya çekmek, okuldan kaçmak ve disiplin sorunu yaşamak arasında da anlamlı ilişki bulunmuştur (13, 158). Bu bağlamda, çalışmamızda sadece, okulda disiplin sorunu yaşamış olma oranlarının, literatürle uyumlu olacak şekilde zorbalarda anlamlı derecede daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Hastalarımızın ailelerine ait bazı özellikleri incelediğimizde, hastaların annelerinin eğitim durumları ile ilgili olarak; ilkökul, ortaokul, lise ve üniversite mezunu olma oranları sırasıyla % 34, % 26, % 26, % 14 iken hastaların babalarının eğitim durumu için bakıldığında ise sırasıyla % 36, % 14, %22, % 28 oranları saptanmıştır. Hastaların ailelerinin eğitim durumları, akran zorbalığı grupları arasında karşılaştırıldığında anlamlı bir farklılık görülmemiştir. Ülkemiz yazını incelendiğinde bir çalışmada, annenin eğitim yılı azaldıkça akran zorbalığına dahil olma oranlarında artış saptanmışken gruplar arasında bir farklılığın olmadığı görülmüştür (10). Yine aynı çalışmada babanın eğitim yılının azalması ile yalnızca kurban olma oranlarındaki artış arasında anlamlı ilişki saptanmıştır (10). Bu bağlamda, çalışmamızda literatür ile uyumlu bir bulgu elde edilememiştir. Araştırma grubumuz, ailelerinin aylık gelir düzeyleri açısından incelendiğinde ise, hastalarımızın ailelerinin % 46'sının orta gelir sınıfında, % 40'ının yüksek gelir sınıfında ve % 14'ünün düşük gelir sınıfında olduğu görülmüştür. Akran zorbalığı grupları arasında karşılaştırıldığında ise hastaların ailelerinin aylık gelir düzeyleri açısından anlamlı bir farklılık olmamakla birlikte, zorbaların ailelerinin aylık gelir

düzeylerinin, kurban ve zorba/kurbanların ailelerinin aylık gelir düzeylerinden daha düşük olduğu saptanmıştır. Bu alandaki literatür incelendiğinde, ailenin ekonomik durumu ile akran zorbalığı arasındaki çalışmaların sonucunda net bir fikir birliğine varılamamış ve bazı çalışmalarda ilişki bulunmuşken, bazılarında ise bulunmamıştır. Okul Yaş Grubu Çocuklarda Sağlıkla İlgili Davranışlar Araştırması'nın sonuçlarına göre ailenin ekonomik düzeyi ile çocuklarda akran zorbalığı davranışları arasındaki ilişki ülkeden ülkeye değişmekle birlikte incelenen ülkelerin önemli bir kısmında böyle bir ilişki saptanmamıştır. Öte yandan ilişki saptanan ülkelerin çoğunda, Türkiye de dahil, ailelerin ekonomik düzeyi düştükçe çocuklarının kurban olma oranlarında artış görülmüştür (184). Bu anlamda, araştırmamızın bulguları mevcut literatürle tam olarak uyuşmamaktadır. Araştırmamızın, örnekleminin toplumu temsil edebilecek ölçüde büyük olmayışı ile birlikte sonuçlarının topluma genellenebilirliğini kısıtlayacak şekilde klinik tabanlı bir çalışma olmasının, bu uyumsuzluğun nedenleri arasında sayılabileceği düşünülmüştür.

Araştırmamızda, hastalaların ailelerine ait incelediğimiz tanımlayıcı özelliklerden, ailede şiddet varlığı, ailede sigara veya alkol-madde kullanımı, ailede suça karışma, ailede tıbbi hastalık, psikiyatrik hastalık veya DEHB oranları açısından akran zorbalığı grupları karşılaştırıldığında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Bu konuda literatür bilgileri; zorba öğrencilerin genellikle, fiziksel ceza yöntemlerinin kullanıldığı, sorunların çözümü için fiziki gücün öneminin daha fazla vurgulandığı, bu gücü kullanmanın tavsiye edildiği, öğretildiği, şiddetin var olduğu ayrıca aile desteğinin ve şefkatinin yeterliliğinin etkilenmesine sebep olacak şekilde ebeveyn psikopatolojisinin görüldüğü ailelerden geldiklerini ortaya koymuştur (181). Kurbanlar açısından bakıldığında, kurbanların, zorbalığa maruz kaldıklarında kendilerini nadiren savunabilip karşı koyabildikleri, genellikle aşırı koruyucu ve kaygılı anne ve babaların çocukları oldukları, sevildiklerini çok az hissettikleri ve çok az oyun arkadaşları olduğu bildirilmiştir (182, 183). Bu açıdan, araştırmamızda, literatür ile örtüşecek veriler bulunamamıştır. Örneklemimizin, sayıca azlığının yanında, akran zorbalığı ile ilgili genel tanımlayıcı veriler vermesine engel olacak şekilde tümünün DEHB tanılı ve akran zorbalığı davranışlarına dahil olan hastalardan oluşmuş olmasının, araştırmamızda mevcut

yazın ile uyumlu bulgular elde edilemeyişinin sebeplerinden olabileceği düşünülmüştür.

Hastalarımızın akran zorbalığı gruplarını DEHB alt tipleri açısından karşılaştırdığımızda; zorbaların % 70'inin DEHB-B ve % 30'unun DEHB-HD, kurbanların % 64'ünün DEHB-B ve % 36'sının DEHB-DE, zorba/kurbanların ise % 93'ünün DEHB-B ve % 7'sinin DEHB-DE olduğu saptanmıştır. Öte yandan, zorba grubunda DEHB-DE olan hastaya rastlanmazken kurban ve zorba kurban gruplarında DEHB-HD olan hastaya rastlanmamıştır. Bu dağılımlar kıyaslandığında; zorba ve kurban grupları arasında, zorbalarda DEHB-HD ve kurbanlarda DEHB-DE lehine olan fazlalıkların anlamlı olduğu görülürken; kurban ve zorba/kurban grupları arasında ise, kurbanlarda DEHB-DE ve zorba/kurbanlarda DEHB-B lehine olan fazlalıkların anlamlı olduğu görülmüştür. Öte yandan zorba ve zorba/kurban grupları arasında DEHB alt tipleri açısından anlamlı bir farklılığa rastlanmamıştır. Literatürde, akran zorbalığı gruplarının DEHB alt tipleri açısından karşılaştırıldığı bir çalışmaya rastlanamamış olmakla birlikte, zorbalığın saldırganlıkla, ani öfke patlamaları ile, kendini kontrol edememe ve bu konudaki farkındalık becerilerinin azlığıyla, sadece çevrelerine değil kendilerine karşı da zarar verici davranışlarla ve başkalarınca çok çabuk kışkırtılabilmeye ilişkilendirildiği çalışmalar (8, 151, 157) ve zorbalıkla ilişkili saptanmış bu durumların özellikle dürtüsellikle açıklanabileceği göz önüne alındığında, araştırmamızda, zorbalarda DEHB-HD fazlalığında saptadığımız anlamlılığın literatürle örtüştüğü düşünülmüştür.

Araştırma grubumuzun akran zorbalığı gruplarını eşlik eden diğer psikiyatrik bozukluklar açısından karşılaştırdığımızda; toplam komorbidite, zorbalarda % 90, kurbanlarda % 72, zorba/kurbanlarda % 93 olarak saptanırken anlamlı bir farklılık görülmemiştir. Akran zorbalığı grupları, komorbiditeler açısından tek tek karşılaştırıldığında, sırasıyla (zorba, kurban, zorba/kurban); Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu için % 90, % 12, % 60, (p=0,000), Davranım Bozukluğu için % 50, % 4, % 20, (p=0,006), Depresif Bozukluklar için % 20, % 8, % 40, (p=0,016), Anksiyete Bozuklukları için % 40, % 68, % 40, (p=0,038), Tik Bozuklukları için % 20, % 16, % 7, (p=0,591), Obsesif Kompulsif Bozukluk için % 0, % 20, % 7, (p=0,194) ve Enürezis Noktürna için % 40, % 12, % 13, (p=0,128) şeklinde oranlar saptanmıştır. Bulunan anlamlılıkların; Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu ve

Davranım Bozukluğu eş tanılarının kurbanlara kıyasla zorbalarda daha fazla olmasından; Karşı Olma Karşı Gelme Bozukluğu ve Depresif Bozukluklar eş tanılarının kurbanlara kıyasla zorba/kurbanlarda daha fazla olmasından ve Anksiyete Bozuklukları eş tanılarının zorba/kurbanlara kıyasla kurbanlarda daha fazla olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Bu alandaki yazın incelendiğinde, akran zorbalığı gruplarının komorbid psikiyatrik tanılarının karşılaştırılmasına ilişkin veriye rastlanamamış olmakla birlikte, zorbaların; şiddete karşı olumlu ve şiddeti normal karşılayan tutumlar gösterdikleri, kurbanlarının acı duymasından kendilerini sorumlu tutmadıkları ve bu durumdan keyif aldıkları, yetişkinlerce hoş karşılanmadığını bilmelerine rağmen zorbalık eylemlerini normal bir davranış olarak gördükleri, kurbanlarına yönelik çok az empati duydukları, sıklıkla yetişkinlere de karşı geldikleri, otorite olarak görmeleri gereken öğretmenlerin sözlerini dinlemedikleri, başkalarının haklarını ihlal ettikleri ve başkalarına zarar verdikleri, okul kurallarını sıkça ihlal ettikleri bildirilmiştir (8, 13, 151). Ayrıca; alkol, tütün kullanımı ve kavga çıkartmak gibi kişisel yıkım ile ilişkili davranışlarda bulunma olasılığının zorbalarda daha yüksek olduğu ve akranlarına zorbalık yapmak ile silah taşıma, sınavlarda kopya çekme, hırsızlık yapma, okulda disiplin sorunları yaşama ve okuldan kaçma davranışları arasında anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur. (8, 13, 151, 157, 158, 179). Yazında zorbalarla ilişkilendirilmiş bu özelliklerin, karşıt olma karşı gelme bozukluğu ve davranım bozukluğu tanı kriterleri ile örtüştüğünü göz önüne aldığımızda; çalışmamızda KOKGB ve DB eş tanılarının kurbanlara kıyasla zorbalarda anlamlı düzeyde fazla bulunmuş olmasının, literatür bilgileriyle uyumlu olduğu düşünülmüştür. Yazında kurbanlar ile ilgili bilgilere bakıldığında, kurbanların; içe dönük, kaygılı, çevreye karşı güvensiz, çekingen ve korkak oldukları, öz saygılarının düşük olduğu, sosyal becerilerini yetersiz gördükleri ve sosyal olarak sıkça dışlandıkları, yeni ortamlara girmekte ve arkadaşlık kurmakta zorlandıkları bildirilmiştir (157). Ayrıca bir çalışmada, değerlendirildikleri sırada depresif ve anksiyöz özelliklere sahip olanlarda, zorbalığa maruz kalmanın anlamlı ölçüde daha fazla bulunduğu bildirilmiştir (182). Çalışmamızda anksiyete bozukluğu eş tanısının kurbanlarda anlamlı düzeyde fazla bulunmuş olmasının da, mevcut literatür bilgileriyle uyum gösterdiği görülmüştür.

Araştırma örnekleminizin tamamının, son birkaç ay içerisinde akran zorbalığı davranışlarına dahil olmuş olan hastalardan oluşmasına rağmen; akran zorbalığı konusunda diğer bilgi kaynakları olan ebeveynler ve öğretmenlere doldurtulan akran

zorbalığı bildirim formlarına göre; akran zorbalığı davranışlarına dahil olmuş olan çocuk ve ergenlerin ebeveynlerinin % 62'sinin, öğretmenlerinin ise % 74'ünün bu durumdan haberdar olduğu saptanmıştır. Bu bağlamda; akran zorbalığı davranışlarını saptamada, öğretmen bildirimlerinin ebeveyn bildirimlerinden daha üstün olduğu düşünülebilmekle birlikte, bu üstünlüğün anlamlı olmadığı bulunmuştur. Literatürde; akran zorbalığının genellikle yetişkinlerin gözetimi olmayan yerlerde ve yetişkinlerin göremediği zamanlarda gerçekleşmesi ile yetişkinlerin akran zorbalığı konusundaki hassasiyetlerinin farklı oluşu; ebeveyn ve öğretmen akran zorbalığı bildirim formlarının yetersizliği ile ilişkilendirilmiştir (226, 227). Bu anlamda çalışmamızın bulguları literatür ile uyum göstermiştir.

Anne baba akran zorbalığı bildirim formlarına göre; ebeveynlerin % 32'si çocuklarının kurban olduğunu, % 20'si zorba ve % 10'u da zorba/kurban olduğunu bildirmiştir. Öğretmen akran zorbalığı bildirim formlarına göre ise; öğretmenlerin % 30'u öğrencilerinin zorba olduğunu, % 24'ü kurban olduğunu ve % 20'si de zorba/kurban olduğunu bildirmiştir. Bu sonuçlar, ebeveynlerin kurbanları saptama ve öğretmenlerin de zorbaları saptama konusunda daha hassas olduğunu düşündürtebilse de; akran zorbalığı gruplarını saptama ile ilgili, ebeveyn ve öğretmenlere ait oranlar karşılaştırıldığında, hiçbir grupta anlamlı bir farklılığın olmadığı görülmüştür. Çalışmamızda, hem ebeveyn bildirimlerinde (% 20) hem de öğretmen bildirimlerinde (% 30) saptanan zorba olma oranlarının, hastaların öz bildirimleri sonucu saptadığımız % 10'luk zorba olma oranından fazla olmasına dair bulgunun; hastaların, akran zorbalığı ile ilgili öz bildirim formlarında, zorbalık yapmalarını olduğundan daha eksik bildirebilecekleri şeklindeki literatür bilgisi ile uyumlu olduğu görülmüştür (188).

Çalışmamızda kullandığımız 3 farklı akran zorbalığı kaynağına ait verilerin, birbirleri arasındaki uyumu değerlendirmek için yapılan Cohen's Kappa testi sonucunda; hasta ve ebeveyn formlarının % 68 oranında orta düzeyde uyum gösterdiği ile hasta ve öğretmen formlarının % 56 oranında düşük-orta düzeyde uyum gösterdiği saptanmıştır.

Hastalarımızın DEHB semptomlarının şiddetini belirleyebilmek adına, araştırmamızın başında hastaların ebeveynlerine ve öğretmenlerine doldurduğumuz Connors Ebeveyn ve Öğretmen Derecelendirme Ölçekleri'nden; ebeveyn ölçeklerinin



toplam puanları ortalaması, tüm hastalar için 40,22 ( $\pm$  10,86) olarak bulunmuşken zorba grubu için 45,00 ( $\pm$  8,55), kurban grubu için 37,08 ( $\pm$  10,42) ve zorba/kurban grubu için ise 42,26 ( $\pm$  11,88) olarak bulunmuştur. Öte yandan, öğretmen ölçeklerinin toplam puanları ortalaması, tüm hastalar için 35,10 ( $\pm$  9,51) olarak bulunmuşken zorba grubu için 38,70 ( $\pm$  9,14), kurban grubu için 33,20 ( $\pm$  8,83) ve zorba/kurban grubu için ise 35,86 ( $\pm$  10,63) olarak bulunmuştur. Bu hali ile, DEHB semptomlarının şiddetleri açısından bakıldığında, hem ebeveynlerin hem de öğretmenlerin en yüksek puanları zorbalara ve en düşük puanları kurbanlara verdiği, zorba/kurbanların ise diğer iki grubun arasında kaldığı fakat bu farklılıkların anlamlı olmadığı saptanmıştır. Araştırmamızda, özellikle öğretmen ölçekleri olmak üzere Conners derecelendirme ölçekleri toplam puanları ortalamalarında literatüre (228, 229) göre daha yüksek sonuçlar saptamamızın nedenlerinin; araştırma örnekleminizin tamamının, son birkaç ay içerisinde akran zorbalığı davranışlarına dahil olmuş DEHB tanılı hastalardan oluşması ve ölçekleri dolduran yetişkinlerin çocuklardaki akran zorbalığı davranışlarından rahatsızlık duyması olabileceği düşünülmüştür. Ebeveyn ve öğretmenlerin, en yüksek Conners puanlarını zorbalara ve en düşük puanları kurbanlara vermesinin de bu düşüncemizi desteklediği ve özellikle zorbalık davranışının yetişkinleri endişelendirebileceği, ancak; bu konuda daha sağlıklı çıkarımlarda bulunabilmek için benzer desende geniş örneklemlerle çalışmaların gerekli olduğu düşünülmüştür.

Araştırma grubumuzun ebeveyn ve öğretmenlerine doldurtulan Conners derecelendirme ölçeklerinin alt parametrelerinin puan ortalamaları açısından akran zorbalığı grupları kıyaslandığında; Conners Ebeveyn Derecelendirme Ölçeği (CEDÖ) davranım sorunu, hiperaktivite dürtüsellik ve psikosomatik alt parametreleri ile Conners Öğretmen Derecelendirme Ölçeği (CÖDÖ) davranım sorunu ve hiperaktivite dürtüsellik alt parametreleri puan ortalamalarının zorbalarda kurbanlardan daha fazla olduğu bulunmuştur. Fakat zorba ve kurbanlar arasında zorbalılar lehine anlamlı farklılık yalnız, CEDÖ davranım sorunu ve hiperaktivite dürtüsellik alt parametreleri ile CÖDÖ davranım sorunu alt parametresinde saptanmıştır. Öte yandan zorba ve zorba/kurban ile kurban ve zorba/kurban grupları arasında herhangi bir Conners derecelendirme ölçeğinin alt parametresi açısından anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Literatürde, akran zorbalığı gruplarının, conners ölçeklerinin alt parametreleri açısından karşılaştırıldığı herhangi bir çalışmaya

rastlanmamış olmakla birlikte; CEDÖ-DS, CEDÖ-HD ve CÖDÖ-DS puanlarının akran zorbası olmayı yordayabileceği, bu amaçla kullanılabilmesi ve özellikle öğretmenlere yönelik herhangi bir akran zorbalığı formu ile çocukta etiketlenmeye sebebiyet vermeden gerekli önlemlerin alınabileceği ancak; bu konuda geniş örneklemler ve toplum tabanlı yeni çalışmaların gerekli olduğu düşünülmüştür.

Araştırmamızın başında, hastalarımıza henüz metilfenidat tedavisi başlanmadan önce anne babaların doldurduğu Conners Ebeveyn Derecelendirme Ölçekleri'nin toplam puanları ortalaması 40,22 ( $\pm$  10,86) iken 3 aylık metilfenidat tedavisinden sonraki CEDÖ toplam puanları ortalaması 25,00 ( $\pm$  7,40) olarak bulunmuştur ve bu azalmanın anlamlı olduğu saptanmıştır. Öte yandan, yine 3 aylık metilfenidat tedavisi sonrasında, Conners Öğretmen Derecelendirme Ölçekleri'nin toplam puanları ortalamasında 35,10 ( $\pm$  9,51) puandan 21,88 ( $\pm$  6,25) puana azalma şeklinde tespit edilen farklılığın da anlamlı olduğu saptanmıştır. Ayrıca; CEDÖ için davranım sorunu, hiperaktivite dürtüsellik, öğrenme sorunu, kaygı, psikosomatik ve CÖDÖ için dikkat eksikliği, hiperaktivite dürtüsellik, davranım sorunu olarak belirli bulunan, toplamda 8 alt parametrenin, metilfenidat tedavisi öncesi ve sonrası puan ortalamaları da karşılaştırıldığında tümünde anlamlı ölçüde azalma tespit edilmiştir. Ayrıca, CEDÖ ve CÖDÖ toplam puanları ve tüm alt parametrelerine ait puanların ortalamalarının, tedavi öncesi ve sonrası arasındaki farklılıkları, akran zorbalığı grupları açısından kıyaslandığında ise; sadece zorba grubunda, CEDÖ psikosomatik alt parametresinde, tedavi öncesi ve sonrası arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır. Araştırmamızda, tedavi neticesinde, ölçek bazında saptadığımız bu anlamlı farklılıkların; metilfenidatın DEHB tedavisinde ilk sıra ilaçlardan biri olmasını sağlayacak şekilde, uzun bir zamandır kanıtlanmış bulunan başarısına dair, mevcut literatürdeki pek çok çalışma ile uyumlu olduğu görülmüştür (229-231). Metilfenidat tedavisi neticesinde, tüm akran zorbalığı gruplarında tüm conners alt parametrelerinin ortalama puanlarında anlamlı düşüşler saptanırken, yalnızca, zorba grubunun CEDÖ psikosomatik alt parametresi ortalama puanlarında anlamlı düzeyde bir düşüşün saptanamamasının olası bir nedeni; zorba grubunun tedavi öncesindeki CEDÖ psikosomatik alt parametresi puanları ortalamasının kurban ve zorba/kurban grubuna göre azlığı (anlamlı olmasa da) olabileceği gibi; tedavi ile conners alt parametre puanlarının akran zorbalığı gruplarındaki seyirlerini saptayabilmek adına, sayıca

fazla akran zorbası bulunduran geniş örneklemler ve 3 aydan daha uzun süre takibin yapılacağı uzunlamasına ilaç çalışmalarının faydalı olabileceği düşünülmüştür.

Araştırma örnekleminizin tümü son birkaç ay içerisinde akran zorbalığı davranışlarına dahil olan olgulardan seçili olsa da, dahilinde buldukları akran zorbalığı türleri farklılıklar göstermiştir. Hastalarımızın % 82'sinin dahil olduğu sözel akran zorbalığı en sık saptadığımız akran zorbalığı türü olmuştur. Bunu sırası ile, hastalarımızın; % 66'sının dahil olduğu ilişkisel duygusal, % 56'sının dahil olduğu fiziksel, % 24'ünün dahil olduğu siber, % 16'sının dahil olduğu cinsel ve % 14'ünün dahil olduğu etnik türlerde akran zorbalıkları takip etmiştir. Cinsiyetler açısından bakıldığında akran zorbalığı türlerinin dağılımında bazı farklılıklar tespit edilmiştir. Erkek hastalarımızın % 82'sinin dahil olduğunu saptadığımız sözel akran zorbalığı, erkeklerde de ilk sırayı alırken, ikinci sırayı % 76'sının dahil olduğu fiziksel akran zorbalığı almıştır. İlişkisel duygusal akran zorbalığına dahil olma ise % 50'sinde saptanarak üçüncü sırada yer almıştır. Siber, cinsel ve etnik akran zorbalıklarına dahil olma oranları ise sırası ile % 24, % 15, %15 olarak bulunmuştur. Kızlarda ilk sırayı, % 100'ünün dahil olduğunu saptadığımız ilişkisel duygusal akran zorbalığı alırken, sözel akran zorbalığına dahil olma % 81 oranla ikinci sırada yer almıştır. Üçüncü sırayı ise kızların % 25'inin dahil olduğu siber akran zorbalığı oluşturmuştur. Daha sonra sırası ile cinsel akran zorbalığına dahil olma % 19, etnik akran zorbalığına dahil olma % 13 ve fiziksel akran zorbalığına dahil olma % 13 oranlarında saptanmıştır. Erkek ve kızlarda saptanan bu farklı oranlar kıyaslandığında; erkeklerde fiziksel, sözel ve etnik akran zorbalıklarına dahil olma daha yüksek oranlarda saptanmışken anlamlılık yalnız fiziksel akran zorbalığına dahil olma oranlarında ( $p=0,002$ ) saptanmıştır. Kızlarda ise ilişkisel duygusal, cinsel ve siber akran zorbalıklarına dahil olma erkeklerden daha yüksek oranlarda saptanırken anlamlı farklılık yalnız, ilişkisel duygusal akran zorbalığına dahil olma oranlarında ( $p=0,003$ ) saptanmıştır. Literatüre bakıldığında, bazı araştırmalarda; erkek öğrencilerin daha çok diğer erkek öğrencilerle birlikte dövülme, tekmelenme, itilme ve benzeri fiziksel akran zorbalığı davranışlarına dahil oldukları; kız öğrencilerin ise daha çok isim takma, dalga geçme, alay etme, hakkında söylenti çıkarma, utandırma, oyun ve etkinliklerden dışlama, yalnız bıraktırma gibi sözel ve ilişkisel duygusal akran zorbalığı davranışlarına dahil oldukları bulunmuştur (8, 151,

157, 175) . Bu bağlamda, erkeklerde fiziksel akran zorbalığına dahil olma ve kızlarda ilişkisel duygusal akran zorbalığına dahil olma oranlarında saptadığımız anlamlı farklılıkların, literatür ile uyum gösterdiği görülmüştür.



## 6. KISITLILIKLAR

Araştırmamızın kısıtlılıkları olarak düşündüğümüz noktalar;

1. Araştırmamızın yalnızca klinik örnekleme yapılmış olması ve örneklem sayımızın düşük olması,
2. DEHB' ye sıklıkla eşlik ettiğini bildiğimiz Özgül Öğrenme Güçlüğü tanısına yönelik herhangi bir inceleme yapmamış olmamız,
3. Araştırmamızda, akran zorbalığına maruz kalma oranlarında DEHB tedavisi sonrasında anlamlı azalma saptanamamasını göz önünde bulundurursak, metilfenidat tedavisinin akran zorbalığı davranışlarına olan etkisinin değerlendirilmesi için belirlemiş olduğumuz 3 aylık takip süresinin yetersiz olabileceği,
4. Araştırmamızda, akran zorbalığı gruplarını belirlemenin haricinde mevcut akran zorbalığı davranışlarının şiddetini saptayabilecek ve bu sayede çalışmamızın diğer değişkenleri ile akran zorbalığı şiddeti arasında regresyon ve korelasyon gibi ileri düzey istatistiki analizler yapabilmemize imkan sağlayacak gereçlerin kullanılmayışı,
5. Araştırmamızda, DEHB tanısına yönelik değişkenleri karşılaştırabilmemize ve DEHB tanılı çocuk ve ergenlerde akran zorbalığına dahil olma riskini öngerebilmemize fırsat verecek, akran zorbalığı davranışlarına dahil olmadığı saptanmış DEHB tanılı hastalardan oluşacak bir kontrol grubumuzun olmayışı şeklinde sıralanmıştır.

## 7. SONUÇ ve ÖNERİLER

Çalışmamız literatürde, DEHB tanısı almış ve akran zorbalığı davranışlarına dahil olduğu saptanmış hastalarda, başlangıç ve DEHB tedavisi sonrasındaki akran zorbalığı durumlarının incelendiği uzunlamasına desende yapılmış ilk çalışmadır.

Hastalarımızın önceki psikiyatrik başvuru ve psikiyatrik tedavi öykülerine ait en yüksek oranların zorba/kurbanlarda ve en düşük oranların ise kurbanlarda olduğu saptanmıştır. Bu sonuç, ilk bakışta, psikiyatrik başvuru gerektirecek sebeplerin kurbanlarda daha az olduğunu düşündürtebilse de, psikiyatrik eş tanılılık oranları açısından kurbanlar ile diğer akran zorbalığı grupları arasında farklılık saptayamadığımızı göz önüne aldığımızda, kurbanların ruh sağlığı hizmetlerinden yeterince faydalanmadığını ve zorbalığa maruziyetlerinin atlanabildiğini düşündürmektedir. Bu konu ile ilgili toplum tabanlı ve geniş örneklemlilerde çalışmalar yapılmasının, özellikle, akran zorbalığına maruz kalan DEHB tanılı hastalar açısından faydalı olacağı düşünülmektedir.

Çalışmamızın başlangıcında hastalarımızın ebeveyn ve öğretmenlerince doldurulan ve DEHB semptom şiddetini öngörmemizi sağlayan Conners Değerlendirme ölçeklerinin toplam ve tüm alt parametrelerinin puan ortalamalarını akran zorbalığı grupları arasında karşılaştırdığımızda; CEDÖ-DS, CEDÖ-HD, CÖDÖ-DS alt parametrelerinde anlamlı farklılıklar olduğu ve bu anlamlılıkların zorba ve kurban grupları arasından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Bu sonuç, DEHB tanılı çocuk ve ergenlerin ebeveyn ve öğretmenlerinin dolduracağı Conners değerlendirme ölçeklerinde davranım sorunu ve hiperaktivite dürtüsellik ile ilgili alt puanların fazlalığının, zorba olmayı yordayabileceğini ve söz konusu alt parametrelerin bu amaçla kullanılabileceğini düşündürmektedir.

Çalışmamızda, hastaların hangi akran zorbalığı türlerine dahil oldukları ile ilgili bulduğumuz verilerin cinsiyetler arasında farklılıklar gösterdiği saptanmıştır. Erkeklerde fiziksel ve kızlarda ilişkisel duygusal akran zorbalığı türlerine dahil olma oranlarında diğer cinsiyete göre anlamlı oranda yükseklik saptanırken kızlarda

fiziksel akran zorbalığına dahil olma diğer türlere kıyasla en az görülen akran zorbalığı türü olmuştur. Bu sonuç, ilişkisel duygusal akran zorbalığının, fiziksel akran zorbalığı gibi görsel kanıtlarının olmayışından ve yetişkinlerce farkedilmesinin daha zor olmasından dolayı DEHB tanılı kızlarda akran zorbalığının atlanabileceğini düşündürmektedir. Örneklemimizin tamamının DEHB tanılı olduğunu göz önünde bulundurursak, cinsiyetler arası saptadığımız farklılıkların topluma genellenebilmesi açısından, benzer tasarımda fakat toplum örneklemleri çalışmalarının yapılmasının gerekli olduğu düşünülmektedir.

Araştırmamızın başında, hastaların % 50'si kurban olduğunu belirtmişken, % 30'u zorba/kurban ve % 20'si zorba olduğunu belirtmiştir. 3 aylık metilfenidat tedavisi sonrasında zorba ve zorba/kurban olma oranlarında anlamlı düzeyde azalma saptanmıştır. Kurban olma oranlarında da azalma görülmekle birlikte, anlamlı olmadığı görülmüştür. Ayrıca, tedavi sonrasında 18 hasta herhangi bir akran zorbalığı grubuna dahil olmaktan çıkmıştır ve akran zorbalığına dahil olmama oranındaki bu artış anlamlı olduğu bulunmuştur. Bu sonuçlar, DEHB tanılı zorba ve zorba/kurbanların, DEHB tedavisi sonrasında akran zorbalığına dahil olmaktan çıkabileceğini ve hastaların zorbalık davranışlarının DEHB'nin getirdiği sosyal ve kişiler arası sorunlardan kaynaklanabileceğini düşündürmektedir. Öte yandan, özellikle akran zorbalığına uğrayanlar olmak üzere DEHB tanılı hastalar için DEHB'nin medikal tedavisi haricinde de önlemlerin alınmasının gerekli olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda, DEHB tedavisi ile akran zorbalığına dahil olma oranlarında azalma görülmüş olmakla birlikte, 6 farklı akran zorbalığı türü için tek tek bakıldığında; genel grupta etnik ve cinsel; erkeklerde ilişkisel duygusal, cinsel ve etnik; kızlarda fiziksel, siber, cinsel ve etnik türlerdeki akran zorbalığı davranışlarına dahil olma oranlarındaki azalmaların anlamlı olmadığı görülmüştür. Bunun bir sebebi olarak bu türlerdeki akran zorbalıklarına dahil olan hasta sayımızın azlığı düşünülse de, bu durumun farklı dizayn ve örneklemleri çalışmalarla araştırılması ve üzerinde durulması gerektiği düşünülmektedir.

## 8. KAYNAKLAR

1. Dulcan MK. Dulcan's textbook of child and adolescent psychiatry: American Psychiatric Pub; 2015.
2. Biederman J, Monuteaux M, Kendrick E, Klein K, Faraone S. The CBCL as a screen for psychiatric comorbidity in paediatric patients with ADHD. *Archives of Disease in Childhood*. 2005;90(10):1010-5.
3. Guevremont DC, Dumas MC. Peer relationship problems and disruptive behavior disorders. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*. 1994;2(3):164-72.
4. Holmberg K, Hjern A. Bullying and attention-deficit–hyperactivity disorder in 10-year-olds in a Swedish community. *Developmental Medicine & Child Neurology*. 2008;50(2):134-8.
5. Swanson JM, McBurnett K, Wigal T, Pfiffner LJ, Lerner MA, Williams L, et al. Effect of stimulant medication on children with attention deficit disorder: a “review of reviews”. *Exceptional children*. 1993;60(2):154-62.
6. Pelham WE, McBurnett K, Harper GW, Milich R, Murphy DA, Clinton J, et al. Methylphenidate and baseball playing in ADHD children: who's on first? *Journal of consulting and clinical psychology*. 1990;58(1):130.
7. Olweus D. Victimization by peers: Antecedents and long-term outcomes. *Social withdrawal, inhibition, and shyness in childhood*. 1993;315:341.
8. Güvenir T. Okulda akran istismarı. Ankara, Kök Yayıncılık. 2005.
9. Espelage DL, Swearer SM. Research on school bullying and victimization: What have we learned and where do we go from here? *School psychology review*. 2003;32(3):365-84.
10. Tıpırdamaz Sipahi H. İzmir ili Bornova ilçesinde ilköğretim 6. ve 7. sınıf öğrencilerinde akran zorbalığı, etkileyen ve eşlik eden faktörler: Ege Üniversitesi; 2008.
11. Kim YS, Koh Y-J, Leventhal BL. Prevalence of school bullying in Korean middle school students. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*. 2004;158(8):737-41.
12. Nansel TR, Overpeck M, Pilla RS, Ruan WJ, Simons-Morton B, Scheidt P. Bullying behaviors among US youth: Prevalence and association with psychosocial adjustment. *Jama*. 2001;285(16):2094-100.
13. Alikasifoglu M, Erginoz E, Ercan O, Uysal O, Albayrak-Kaymak D. Bullying behaviours and psychosocial health: results from a cross-sectional survey among high school students in Istanbul, Turkey. *European journal of pediatrics*. 2007;166(12):1253.
14. Cairns RB, Cairns BD, Neckerman HJ, Gest SD, Garipey J-L. Social networks and aggressive behavior: Peer support or peer rejection? *Developmental psychology*. 1988;24(6):815.
15. Schwartz D, Farver JM, Chang L, Lee-Shin Y. Victimization in South Korean children's peer groups. *Journal of abnormal child psychology*. 2002;30(2):113-25.



16. Wolke D, Woods S, Stanford K, Schulz H. Bullying and victimization of primary school children in England and Germany: Prevalence and school factors. *British journal of psychology*. 2001;92(4):673-96.
17. Taylor LA, Saylor C, Twyman K, Macias M. Adding insult to injury: Bullying experiences of youth with attention deficit hyperactivity disorder. *Children's Health Care*. 2010;39(1):59-72.
18. Wiener J, Mak M. Peer victimization in children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Psychology in the Schools*. 2009;46(2):116-31.
19. Unnever JD, Cornell DG. Bullying, self-control, and ADHD. *Journal of Interpersonal Violence*. 2003;18(2):129-47.
20. Örengül AC. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tanısıyla İzlenmekte Olan Çocuklarda Akran Örselemesi/Zorbalık. Tez çalışması. 2013.
21. Martin A, Volkmar FR, Lewis M. Lewis's child and adolescent psychiatry: a comprehensive textbook: Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
22. Kovacs M, Paulauskas S, Gatsonis C, Richards C. Depressive disorders in childhood III. A longitudinal study of comorbidity with and risk for conduct disorders. *Journal of affective disorders*. 1988;15(3):205-17.
23. Thorley G. Hyperkinetic syndrome of childhood: clinical characteristics. *The British Journal of Psychiatry*. 1984;144(1):16-24.
24. Sandberg S. Hyperactivity disorders of childhood. Cambridge monographs on child and adolescent psychiatry 2. New York: Cambridge University Press; 1996.
25. Stubbe DE. Attention-deficit/hyperactivity disorder overview. Historical perspective, current controversies, and future directions. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*. 2000;9(3):469-79, v.
26. Diagnostic A. statistical manual of mental disorders. American Psychiatric Association. Washington, DC. 1994:886.
27. Association AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®): American Psychiatric Pub; 2013.
28. Polanczyk G, Jensen P. Epidemiologic considerations in attention deficit hyperactivity disorder: a review and update. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*. 2008;17(2):245-60.
29. Polanczyk G, de Lima MS, Horta BL, Biederman J, Rohde LA. The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. *American journal of psychiatry*. 2007;164(6):942-8.
30. Ercan ES, Bilaç Ö, Özaslan TU, Rohde LA. Is the prevalence of ADHD in Turkish elementary school children really high? *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2015;50(7):1145-52.
31. Erşan EE, Doğan O, Doğan S, Sümer H. The distribution of symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder in school age children in Turkey. *European child & adolescent psychiatry*. 2004;13(6):354-61.
32. Aras Ş, Ünlü G, Taş FV. Çocuk ve ergen psikiyatrisi polikliniğine başvuran hastalarda belirtiler, tanılar ve tanıya yönelik incelemeler. *Klinik Psikiyatri Dergisi*. 2007;10(1):28-37.
33. Skounti M, Philalithis A, Galanakis E. Variations in prevalence of attention deficit hyperactivity disorder worldwide. *European journal of pediatrics*. 2007;166(2):117-23.

34. Cohen P, Cohen J, Kasen S, Velez CN, Hartmark C, Johnson J, et al. An epidemiological study of disorders in late childhood and adolescence—I. Age-and gender-specific prevalence. *Journal of child psychology and psychiatry*. 1993;34(6):851-67.
35. Ercan ES, Aydın C. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu: Gendaş Kültür; 2005.
36. Faraone SV, Biederman J. Nature, nurture, and attention deficit hyperactivity disorder. *Developmental Review*. 2000;20(4):568-81.
37. Faraone SV, Biederman J. Neurobiology of attention-deficit hyperactivity disorder. *Biological psychiatry*. 1998;44(10):951-8.
38. Arnsten Amy F. Neurobiology of Attention Regulation and its Disorder. *Pediatric Psychopharmacology* Ed: Martin A, Scahill L, Charney D, Leckman J. Oxford University Pres; 2003.
39. Faraone SV, Perlis RH, Doyle AE, Smoller JW, Goralnick JJ, Holmgren MA, et al. Molecular genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biological psychiatry*. 2005;57(11):1313-23.
40. Fisher SE, Francks C, McCracken JT, McGough JJ, Marlow AJ, MacPhie IL, et al. A genomewide scan for loci involved in attention-deficit/hyperactivity disorder. *The American Journal of Human Genetics*. 2002;70(5):1183-96.
41. Gizer IR, Ficks C, Waldman ID. Candidate gene studies of ADHD: a meta-analytic review. *Human genetics*. 2009;126(1):51-90.
42. Ercan ES, Suren S, Bacanlı A, Yazici KU, Callı C, Ozyurt O, et al. Decreasing ADHD phenotypic heterogeneity: searching for neurobiological underpinnings of the restrictive inattentive phenotype. *European child & adolescent psychiatry*. 2016;25(3):273-82.
43. Zoroglu SS, Erdal ME, Erdal N, Ozen S, r i, Alasehirli B, et al. No evidence for an association between the T102C and 1438 G/A polymorphisms of the serotonin 2A receptor gene in attention deficit/hyperactivity disorder in a Turkish population. *Neuropsychobiology*. 2003;47(1):17-20.
44. Zoroğlu SS, Erdal ME, Alaşehirli B, Erdal N, Sivasli E, Tutkun H, et al. Significance of serotonin transporter gene 5-HTTLPR and variable number of tandem repeat polymorphism in attention deficit hyperactivity disorder. *Neuropsychobiology*. 2002;45(4):176-81.
45. Cantwell DP. Attention deficit disorder: a review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1996;35(8):978-87.
46. Konrad K, Gauggel S, Schurek J. Catecholamine functioning in children with traumatic brain injuries and children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Cognitive Brain Research*. 2003;16(3):425-33.
47. Arnsten Amy F. Neurobiology of Attention Regulation and its Disorder. In: Martin A, Scahill L, Charney D, Leckman J, eds *Pediatric Psychopharmacology* Oxford University Pres. 2003.
48. Dewey D, Kaplan BJ, Crawford SG, Wilson BN. Developmental coordination disorder: associated problems in attention, learning, and psychosocial adjustment. *Human movement science*. 2002;21(5):905-18.
49. van Ewijk H, Heslenfeld DJ, Zwiers MP, Buitelaar JK, Oosterlaan J. Diffusion tensor imaging in attention deficit/hyperactivity disorder: a systematic review and meta-analysis. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 2012;36(4):1093-106.

50. Ashtari M, Kumra S, Bhaskar SL, Clarke T, Thaden E, Cervellione KL, et al. Attention-deficit/hyperactivity disorder: a preliminary diffusion tensor imaging study. *Biological psychiatry*. 2005;57(5):448-55.
51. Castellanos FX, Lee PP, Sharp W, Jeffries NO, Greenstein DK, Clasen LS, et al. Developmental trajectories of brain volume abnormalities in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Jama*. 2002;288(14):1740-8.
52. Durston S, Pol HEH, Schnack HG, Buitelaar JK, Steenhuis MP, Minderaa RB, et al. Magnetic resonance imaging of boys with attention-deficit/hyperactivity disorder and their unaffected siblings. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2004;43(3):332-40.
53. Valera EM, Faraone SV, Murray KE, Seidman LJ. Meta-analysis of structural imaging findings in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biological psychiatry*. 2007;61(12):1361-9.
54. Ellison-Wright I, Ellison-Wright Z, Bullmore E. Structural brain change in attention deficit hyperactivity disorder identified by meta-analysis. *BMC psychiatry*. 2008;8(1):51.
55. Overmeyer S, Bullmore E, Suckling J, Simmons A, Williams S, Santosh P, et al. Distributed grey and white matter deficits in hyperkinetic disorder: MRI evidence for anatomical abnormality in an attentional network. *Psychological medicine*. 2001;31(08):1425-35.
56. Pliszka SR, Lancaster J, Liotti M, Semrud-Clikeman M. Volumetric MRI differences in treatment-naive vs chronically treated children with ADHD. *Neurology*. 2006;67(6):1023-7.
57. Mackie S, Shaw P, Lenroot R, Pierson R, Greenstein DK, Nugent III B, Tom F, et al. Cerebellar development and clinical outcome in attention deficit hyperactivity disorder. *American Journal of Psychiatry*. 2007;164(4):647-55.
58. Shaw P, Lerch J, Greenstein D, Sharp W, Clasen L, Evans A, et al. Longitudinal mapping of cortical thickness and clinical outcome in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Archives of general psychiatry*. 2006;63(5):540-9.
59. Bush G, Valera EM, Seidman LJ. Functional neuroimaging of attention-deficit/hyperactivity disorder: a review and suggested future directions. *Biological psychiatry*. 2005;57(11):1273-84.
60. Lou H, Andresen J, Steinberg B, McLaughlin T, Friberg L. The striatum in a putative cerebral network activated by verbal awareness in normals and in ADHD children. *European Journal of Neurology*. 1998;5(1):67-74.
61. Lee J-S, Cho S-C, Lee D-S. Methylphenidate increased regional cerebral blood flow in subjects with attention deficit/hyperactivity disorder. *Yonsei Medical Journal*. 2001;42(1):19-29.
62. Cho S-C, Hwang J-W, Kim B-N, Lee H-Y, Kim H-W, Lee J-S, et al. The relationship between regional cerebral blood flow and response to methylphenidate in children with attention-deficit hyperactivity disorder: comparison between non-responders to methylphenidate and responders. *Journal of psychiatric research*. 2007;41(6):459-65.

63. Kim B-N, Lee J-S, Shin M-S, Cho S-C, Lee D-S. Regional cerebral perfusion abnormalities in attention deficit/hyperactivity disorder. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*. 2002;252(5):219-25.
64. Rubia K, Overmeyer S, Taylor E, Brammer M, Williams SC, Simmons A, et al. Hypofrontality in attention deficit hyperactivity disorder during higher-order motor control: a study with functional MRI. *American Journal of Psychiatry*. 1999;156(6):891-6.
65. Durston S, Tottenham NT, Thomas KM, Davidson MC, Eigsti I-M, Yang Y, et al. Differential patterns of striatal activation in young children with and without ADHD. *Biological psychiatry*. 2003;53(10):871-8.
66. Tamm L, Menon V, Ringel J, Reiss AL. Event-related fMRI evidence of frontotemporal involvement in aberrant response inhibition and task switching in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2004;43(11):1430-40.
67. Smith AB, Taylor E, Brammer M, Halari R, Rubia K. Reduced activation in right lateral prefrontal cortex and anterior cingulate gyrus in medication-naïve adolescents with attention deficit hyperactivity disorder during time discrimination. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2008;49(9):977-85.
68. Plichta MM, Vasic N, Wolf RC, Lesch K-P, Brummer D, Jacob C, et al. Neural hyporesponsiveness and hyperresponsiveness during immediate and delayed reward processing in adult attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biological psychiatry*. 2009;65(1):7-14.
69. Richer LP, Shevell MI, Rosenblatt BR. Epileptiform abnormalities in children with attention-deficit-hyperactivity disorder. *Pediatric neurology*. 2002;26(2):125-9.
70. Castellanos FX, Tannock R. Neuroscience of attention-deficit/hyperactivity disorder: the search for endophenotypes. *Nature Reviews Neuroscience*. 2002;3(8):617-28.
71. Langley K, Rice F, van den Bree MB, Thapar A. Maternal smoking during pregnancy as an environmental risk factor for attention deficit hyperactivity disorder behaviour. A review. *Minerva pediatrica*. 2005;57(6):359-71.
72. Slotkin TA, MacKillop EA, Rudder CL, Ryde IT, Tate CA, Seidler FJ. Permanent, sex-selective effects of prenatal or adolescent nicotine exposure, separately or sequentially, in rat brain regions: indices of cholinergic and serotonergic synaptic function, cell signaling, and neural cell number and size at 6 months of age. *Neuropsychopharmacology*. 2007;32(5):1082.
73. Shaywitz SE, Cohen DJ, Shaywitz BA. Behavior and learning difficulties in children of normal intelligence born to alcoholic mothers. *The Journal of pediatrics*. 1980;96(6):978-82.
74. Türkbay T, Söhmen T. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu. *Psikiyatri Dünyası*. 2000;4(2):57-63.
75. Şenol S, İşeri E, Şener Ş. Çocuk ve ergenlerde görülen ruhsal bozukluklar. *Ruhsal Hastalıklar (N Yüksel) kitabı içinde Çizgi Tıp Yayınevi*. 2001:732-809.
76. Banerjee TD, Middleton F, Faraone SV. Environmental risk factors for attention-deficit hyperactivity disorder. *Acta paediatrica*. 2007;96(9):1269-74.
77. Braun JM, Kahn RS, Froehlich T, Auinger P, Lanphear BP. Exposures to environmental toxicants and attention deficit hyperactivity disorder in US children. *Environmental health perspectives*. 2006:1904-9.

78. Wang H-L, Chen X-T, Yang B, Ma F-L, Wang S, Tang M-L, et al. Case-control study of blood lead levels and attention deficit hyperactivity disorder in Chinese children. *Environmental Health Perspectives*. 2008;116(10):1401.
79. Nigg JT, Knottnerus GM, Martel MM, Nikolas M, Cavanagh K, Karmaus W, et al. Low blood lead levels associated with clinically diagnosed attention-deficit/hyperactivity disorder and mediated by weak cognitive control. *Biological psychiatry*. 2008;63(3):325-31.
80. Bhutta AT, Cleves MA, Casey PH, Cradock MM, Anand K. Cognitive and behavioral outcomes of school-aged children who were born preterm: a meta-analysis. *Jama*. 2002;288(6):728-37.
81. Szatmari P, Saigal S, Rosenbaum P, Campbell D, King S. Psychiatric disorders at five years among children with birthweights < 1000g: A regional perspective. *Developmental Medicine & Child Neurology*. 1990;32(11):954-62.
82. Çetin F, Pehlivan Türk B, Ünal F, Uslu R, İşeri E, Türkbay T. Çocuk ve ergen psikiyatrisi temel kitabı. İşeri E Cinsel istismar 1inci Baskı, Ankara: Hekimler Yayın Birliği. 2008:470-7.
83. Stevens SE, Sonuga-Barke EJ, Kreppner JM, Beckett C, Castle J, Colvert E, et al. Inattention/overactivity following early severe institutional deprivation: presentation and associations in early adolescence. *Journal of abnormal child psychology*. 2008;36(3):385-98.
84. Weber W, Newmark S. Complementary and alternative medical therapies for attention-deficit/hyperactivity disorder and autism. *Pediatric Clinics of North America*. 2007;54(6):983-1006.
85. McCann D, Barrett A, Cooper A, Crumpler D, Dalen L, Grimshaw K, et al. Food additives and hyperactive behaviour in 3-year-old and 8/9-year-old children in the community: a randomised, double-blinded, placebo-controlled trial. *The lancet*. 2007;370(9598):1560-7.
86. Richardson AJ. Omega-3 fatty acids in ADHD and related neurodevelopmental disorders. *International review of psychiatry*. 2006;18(2):155-72.
87. Konofal E, Lecendreux M, Arnulf I, Mouren M-C. Iron deficiency in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*. 2004;158(12):1113-5.
88. Oner O, Alkar OY, Oner P. Relation of ferritin levels with symptom ratings and cognitive performance in children with attention deficit–hyperactivity disorder. *Pediatrics International*. 2008;50(1):40-4.
89. Sever Y, Ashkenazi A, Tyano S, Weizman A. Iron treatment in children with attention deficit hyperactivity disorder. *Neuropsychobiology*. 1997;35(4):178-80.
90. Konofal E, Lecendreux M, Deron J, Marchand M, Cortese S, Zaïm M, et al. Effects of iron supplementation on attention deficit hyperactivity disorder in children. *Pediatric neurology*. 2008;38(1):20-6.
91. Hiperaktivite YTADE. Bozukluğu tanısı alan çocukların sosyodemografik özellikleri, eşlik eden bozukluklar ve tedavi yaklaşımları. Basılmamış Uzmanlık Tezi Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı Adana. 2003.
92. Ekşi A. Ben hasta değilim: çocuk sağlığı ve hastalıklarının psikososyal yönü: Nobel Tıp Kitabevi; 2011.

93. Ercan E, Bozukluğu ACDEH. Özellikleri, Tedavisi. Çocuklarda ve Erişkinlerdeki Belirtileri, İstanbul, Gendas AS. 2005:25-63.
94. Tufan AE, Yaluğ İ. Erişkinlerde dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu: Türkiye verilerine dayalı bir gözden geçirme. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2010;11:351-9.
95. DuPaul GJ, Kern L. Young children with ADHD: Early identification and intervention: American Psychological Association; 2011.
96. Ghuman JK, Ghuman HS. Pharmacologic Intervention for Attention-Deficit Hyperactivity Disorder in Preschoolers. Pediatric Drugs. 2013;15(1):1-8.
97. McGough J. Adult manifestations of attention deficit/hyperactivity disorder. Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 2005;2.
98. Schaughency EA, Rothlind J. Assessment and classification of Attention Deficit Hyperactive Disorders. School Psychology Review. 1991.
99. Spencer TJ. ADHD and comorbidity in childhood. The journal of clinical psychiatry. 2005;67:27-31.
100. ATTENTION-DEFICIT SO. ADHD: clinical practice guideline for the diagnosis, evaluation, and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. Pediatrics. 2011:peds. 2011-654.
101. Harty SC, Miller CJ, Newcorn JH, Halperin JM. Adolescents with childhood ADHD and comorbid disruptive behavior disorders: aggression, anger, and hostility. Child Psychiatry & Human Development. 2009;40(1):85-97.
102. Barkley RA. Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment: Guilford Publications; 2014.
103. Barkley RA. A critique of current diagnostic criteria for attention deficit hyperactivity disorder: clinical and research implications. Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics. 1990;11(6):343-52.
104. Robin AL. Attention-deficit/hyperactivity disorder in adolescents: Common pediatric concerns. Pediatric Clinics of North America. 1999;46(5):1027-38.
105. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry: Lippincott Williams & Wilkins; 2011.
106. Schachar R, Tannock R. Syndromes of hyperactivity and attention deficit. Child and adolescent psychiatry. 2002;4:399-418.
107. Barkley RA, Murphy KR, Fischer M. ADHD in adults: What the science says: Guilford Press; 2010.
108. Waxmonsky J. Assessment and treatment of attention deficit hyperactivity disorder in children with comorbid psychiatric illness. Current opinion in pediatrics. 2003;15(5):476-82.
109. Çuhadaroğlu Çetin F, Coşkun A, İşeri E. Çocuk ve ergen psikiyatrisi temel kitabı. 1. Baskı Hekimler Yayın Birliği: Ankara. 2008:293-312.
110. Dulcan M. Practice parameters for the assessment and treatment of children, adolescents, and adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 1997;36(10):855-1215.
111. Hechtman L, Etcovitch J, Platt R, Arnold LE, Abikoff HB, Newcorn JH, et al. Does multimodal treatment of ADHD decrease other diagnoses? Clinical Neuroscience Research. 2005;5(5):273-82.
112. Biederman J, Faraone SV, Taylor A, Sienna M, Williamson S, Fine C. Diagnostic continuity between child and adolescent ADHD: findings from a

- longitudinal clinical sample. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1998;37(3):305-13.
113. Faraone SV, Biederman J, Keenan K, Tsuang MT. Separation of DSM-III attention deficit disorder and conduct disorder: evidence from a family-genetic study of American child psychiatric patients. *Psychological medicine*. 1991;21(01):109-21.
114. Connor DF, Doerfler LA. ADHD with comorbid oppositional defiant disorder or conduct disorder: discrete or nondistinct disruptive behavior disorders? *Journal of Attention Disorders*. 2008;12(2):126-34.
115. Biederman J, Petty C, Dolan C, Hughes S, Mick E, Monuteaux M, et al. The long-term longitudinal course of oppositional defiant disorder and conduct disorder in ADHD boys: findings from a controlled 10-year prospective longitudinal follow-up study. *Psychological Medicine*. 2008;38(07):1027-36.
116. Brinkman WB, Epstein JN, Auinger P, Tamm L, Froehlich TE. Association of attention-deficit/hyperactivity disorder and conduct disorder with early tobacco and alcohol use. *Drug and alcohol dependence*. 2015;147:183-9.
117. Spencer TJ, Biederman J, E. Ciccone P, Madras BK, Dougherty DD, Bonab AA, et al. PET study examining pharmacokinetics, detection and likeability, and dopamine transporter receptor occupancy of short- and long-acting oral methylphenidate. *American Journal of Psychiatry*. 2006;163(3):387-95.
118. Byun H, Yang J, Lee M, Jang W, Yang J-W, Kim J-H, et al. Psychiatric comorbidity in Korean children and adolescents with attention-deficit hyperactivity disorder: psychopathology according to subtype. *Yonsei medical journal*. 2006;47(1):113-21.
119. Jensen PS, Shervette 3rd R, Xenakis SN, Richters J. Anxiety and depressive disorders in attention deficit disorder with hyperactivity: new findings. *The American journal of psychiatry*. 1993;150(8):1203.
120. Spencer T, Biederman J, Wilens T. Attention-deficit/hyperactivity disorder and comorbidity. *Pediatric Clinics of North America*. 1999;46(5):915-27.
121. Lahey BB, Pelham WE, Schaughency EA, Atkins MS, Murphy HA, Hynd G, et al. Dimensions and types of attention deficit disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1988;27(3):330-5.
122. March JS, Swanson JM, Arnold LE, Hoza B, Conners CK, Hinshaw SP, et al. Anxiety as a predictor and outcome variable in the multimodal treatment study of children with ADHD (MTA). *Journal of abnormal child psychology*. 2000;28(6):527-41.
123. Tannock R, Ickowicz A, Schachar R. Differential effects of methylphenidate on working memory in ADHD children with and without comorbid anxiety. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1995;34(7):886-96.
124. Berkem M. İki Uçlu Bozukluk. *Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kitabı* (Eds AS Aysev, YI Taner). 2007:373-82.
125. Biederman J. *Pediatric bipolar disorder coming of age*. Elsevier; 2003.
126. Faraone SV, Biederman J, Mennin D, Wozniak J, Spencer T. Attention-deficit hyperactivity disorder with bipolar disorder: a familial subtype? *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1997;36(10):1378-90.
127. Chen MH, Chen YS, Hsu JW, Huang KL, Li CT, Lin WC, et al. Comorbidity of ADHD and subsequent bipolar disorder among adolescents and young adults with

major depression: a nationwide longitudinal study. *Bipolar disorders*. 2015;17(3):315-22.

128. Gilger JW, Pennington BF, DeFRIES JC. A twin study of the etiology of comorbidity: attention-deficit hyperactivity disorder and dyslexia. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1992;31(2):343-8.

129. Faraone SV, Biederman J, Lehman BK, Keenan K, Norman D, Seidman LJ, et al. Evidence for the independent familial transmission of attention deficit hyperactivity disorder and learning disabilities: results from a family genetic study. *American Journal of Psychiatry*. 1993;150:891-.

130. Allen L, Kelly BB, Council NR. *Child Development and Early Learning*. 2015.

131. Biederman J, Wilens T, Mick E, Milberger S, Spencer TJ, Faraone SV. Psychoactive substance use disorders in adults with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): effects of ADHD and psychiatric comorbidity. *American Journal of Psychiatry*. 1995;152(11):1652-8.

132. Wilens TE, Biederman J, Mick E, Faraone SV, Spencer T. Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) is associated with early onset substance use disorders. *The Journal of nervous and mental disease*. 1997;185(8):475-82.

133. Kadesjö B, Gillberg C. The comorbidity of ADHD in the general population of Swedish school-age children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2001;42(4):487-92.

134. Scahill L, Williams S, Schwab-Stone M, Applegate J, Leckman JF. Disruptive behavior problems in a community sample of children with tic disorders. *ADVANCES IN NEUROLOGY-NEW YORK-RAVEN PRESS*. 2006;99:184.

135. GÖRMEZ V. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunda Tedavi Yaklaşımları: İlaç Tedavileri. *Türkiye Klinikleri Journal of Child Psychiatry-Special Topics*. 2015;1(1):77-86.

136. Pliszka S, Issues AWGoQ. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2007;46(7):894-921.

137. Schachter HM, King J, Langford S, Moher D. How efficacious and safe is short-acting methylphenidate for the treatment of attention-deficit disorder in children and adolescents? A meta-analysis. *Canadian Medical Association Journal*. 2001;165(11):1475-88.

138. Faraone SV, Spencer T, Aleardi M, Pagano C, Biederman J. Meta-analysis of the efficacy of methylphenidate for treating adult attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of clinical psychopharmacology*. 2004;24(1):24-9.

139. Group MC. National Institute of Mental Health Multimodal Treatment Study of ADHD follow-up: 24-month outcomes of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*. 2004;113(4):754-61.

140. Turgay A. Aggression and disruptive behavior disorders in children and adolescents. *Expert Review of Neurotherapeutics*. 2004;4(4):623-32.

141. Öner P, Öner Ö, Aysev A. Dikkat Eksikliği Hiperaktive Bozukluğu. 2007.

142. Rapport MD, Moffitt C. Attention deficit/hyperactivity disorder and methylphenidate: a review of height/weight, cardiovascular, and somatic complaint side effects. *Clinical psychology review*. 2002;22(8):1107-31.



143. Gadow KD, Sverd J, Sprafkin J, Nolan EE, Ezor SN. Efficacy of methylphenidate for attention-deficit hyperactivity disorder in children with tic disorder. *Archives of General Psychiatry*. 1995;52(6):444-55.
144. Işık E. Erişkinlerde klinik psikofarmakoloji. *Güncel Temel ve Klinik Psikofarmakoloji*(Eds E Işık, T Uzbay).337-59.
145. Isik E, Temel UTG. *Klinik Psikofarmakoloji*. Ankara: Golden Medya. 2009:144-204.
146. Hammerness P, McCarthy K, Mancuso E, Gendron C, Geller D. Atomoxetine for the treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents: a review. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2009;5:215-26.
147. Kratochvil CJ, Milton DR, Vaughan BS, Greenhill LL. Acute atomoxetine treatment of younger and older children with ADHD: a meta-analysis of tolerability and efficacy. *Child and adolescent psychiatry and mental health*. 2008;2(1):25.
148. Cyr M, Brown CS. Current drug therapy recommendations for the treatment of attention deficit hyperactivity disorder. *Drugs*. 1998;56(2):215-23.
149. Şenol S, İşeri E, Koçkar Aİ. *Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu: HYB Yayıncılık*; 2006.
150. Knight LA, Rooney M, Chronis-Tuscano A. Psychosocial treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Current psychiatry reports*. 2008;10(5):412-8.
151. Olweus D. *Bullying at school. Aggressive behavior*: Springer; 1994. p. 97-130.
152. Peterson L, Rigby K. Countering bullying at an Australian secondary school with students as helpers. *Journal of adolescence*. 1999;22(4):481-92.
153. Currie C, Roberts C, Morgan A, Smith R, Settertobulte W, Samdal O, et al. *Young people's health in context: World Health Organization Regional Office for Europe*; 2004.
154. Thompson D, Arora T, Sharp S. *Bullying: Effective strategies for long-term improvement: Psychology Press*; 2002.
155. Arsenio WF, Lemerise EA. Varieties of childhood bullying: Values, emotion processes, and social competence. *Social development*. 2001;10(1):59-73.
156. Gültekin Z, Sayıl M. *Akran zorbalığını belirleme ölçeği geliştirme çalışması. Unpublished master's thesis, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara*. 2003.
157. Pişkin M. Okul zorbalığı: Tanımı, türleri, ilişkili olduğu faktörler ve alınabilecek önlemler. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Bilimleri*. 2002;2(2):531-62.
158. Kepenekci YK, Çinkır Ş. Bullying among Turkish high school students. *Child abuse & neglect*. 2006;30(2):193-204.
159. Li Q. *Cyberbullying in schools: A research of gender differences. School psychology international*. 2006;27(2):157-70.
160. Pekel N. *Akran zorbalığı grupları arasında sosyometrik statü, yalnızlık ve akademik başarı durumlarının incelenmesi. Unpublished master's thesis, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara*. 2004.
161. Smith PK, Mahdavi J, Carvalho M, Fisher S, Russell S, Tippett N. Cyberbullying: Its nature and impact in secondary school pupils. *Journal of child psychology and psychiatry*. 2008;49(4):376-85.

162. Bauer NS, Lozano P, Rivara FP. The effectiveness of the Olweus Bullying Prevention Program in public middle schools: A controlled trial. *Journal of Adolescent Health*. 2007;40(3):266-74.
163. Nansel TR, Craig W, Overpeck MD, Saluja G, Ruan WJ. Cross-national consistency in the relationship between bullying behaviors and psychosocial adjustment. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*. 2004;158(8):730-6.
164. Baldry AC, Farrington DP. Brief report: types of bullying among Italian school children. *Journal of adolescence*. 1999;22(3):423-6.
165. Glew GM, Fan M-Y, Katon W, Rivara FP, Kernic MA. Bullying, psychosocial adjustment, and academic performance in elementary school. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*. 2005;159(11):1026-31.
166. Lazarou C, Soteriades ES. Children's physical activity, TV watching and obesity in Cyprus: the CYKIDS study. *The European Journal of Public Health*. 2009;20(1):70-7.
167. Liang H, Flisher AJ, Lombard CJ. Bullying, violence, and risk behavior in South African school students. *Child abuse & neglect*. 2007;31(2):161-71.
168. Dake JA, Price JH, Telljohann SK. The nature and extent of bullying at school. *Journal of school health*. 2003;73(5):173-80.
169. Currie C, Gabhainn SN, Godeau E, Roberts C, Smith R, Currie D, et al. Inequalities in young people's health: Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) international report from the 2005/2006 survey. Inequalities in young people's health: Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) international report from the 2005/2006 survey 2008.
170. Alikasifoglu M, Erginoz E, Ercan O, Uysal O, Kaymak DA, Ilter O. Violent behaviour among Turkish high school students and correlates of physical fighting. *The European Journal of Public Health*. 2004;14(2):173-7.
171. Alikasifoglu M, Erginoz E, Ercan O, Uysal O, Albayrak-Kaymak D. Bullying behaviours and psychosocial health: results from a cross-sectional survey among high school students in Istanbul, Turkey. *European journal of pediatrics*. 2007;166(12):1253-60.
172. Pişkin M. Okullarımızda yaygın bir sorun: akran zorbalığı. *Yedinci Psikolojik Danışma ve Rehberlik Kongresi*. 2003:11-3.
173. Ergün D. Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'nde Ortaöğretim 6., 7., 8. Sınıf Öğrencilerinde Akran Zorbalığı Yaygınlığı ve Risk Faktörlerinin Belirlenmesi. *Yayımlanmamış Doktora Tezi*. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü; 2011.
174. Crick NR, Grotpeter JK. Relational aggression, gender, and social-psychological adjustment. *Child development*. 1995:710-22.
175. Rigby K. Why do some children bully at school? The contributions of negative attitudes towards victims and the perceived expectations of friends, parents and teachers. *School psychology international*. 2005;26(2):147-61.
176. Currie C, Molcho M, Boyce W, Holstein B, Torsheim T, Richter M. Researching health inequalities in adolescents: the development of the Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) family affluence scale. *Social science & medicine*. 2008;66(6):1429-36.

177. Hawker DS, Boulton MJ. Twenty years' research on peer victimization and psychosocial maladjustment: A meta-analytic review of cross-sectional studies. *Journal of child psychology and psychiatry*. 2000;41(4):441-55.
178. Currie C, Roberts C, Morgan A, Smith R, Settertobulte W, Samdal O, et al. *Young people's health in context: World Health Organization Regional Office for Europe*; 2004.
179. Friestad C, Klepp K-I. Socioeconomic status and health behaviour patterns through adolescence: Results from a prospective cohort study in Norway. *The European Journal of Public Health*. 2006;16(1):41-7.
180. Currie C, Roberds C, Morgan A. *young peoples Health in context: international report from the HBSC 2001/02 survey, WHO Policy series: Health policy for children and adolescents Issue 4, WHO Regional Office for Europe 2004: No 4*. Copenhagen.
181. Baldry AC. Bullying in schools and exposure to domestic violence. *Child abuse & neglect*. 2003;27(7):713-32.
182. Fekkes M, Pijpers FI, Verloove-Vanhorick SP. Effects of antibullying school program on bullying and health complaints. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*. 2006;160(6):638-44.
183. Rigby K, Slee PT, Martin G. Implications of inadequate parental bonding and peer victimization for adolescent mental health. *Journal of Adolescence*. 2007;30(5):801-12.
184. Roberts C, Freeman J, Samdal O, Schnohr CW, De Looze M, Gabhainn SN, et al. The Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: methodological developments and current tensions. *International journal of public health*. 2009;54(2):140-50.
185. Seals D, Young J. Bullying and victimization: Prevalence and relationship to gender, grade level, ethnicity, self-esteem, and depression. *Adolescence*. 2003;38(152):735.
186. Berger KS. Update on bullying at school: Science forgotten? *Developmental review*. 2007;27(1):90-126.
187. Pellegrini AD. Sampling instances of victimization in middle school. *Peer harassment in school: The plight of the vulnerable and victimized*. 2001:125-44.
188. Monks CP, Smith PK, Swettenham J. Aggressors, victims, and defenders in preschool: Peer, self-, and teacher reports. *Merrill-Palmer Quarterly*. 2003;49(4):453-69.
189. Kaltiala-Heino R, Rimpelä M, Marttunen M, Rimpelä A, Rantanen P. Bullying, depression, and suicidal ideation in Finnish adolescents: school survey. *Bmj*. 1999;319(7206):348-51.
190. Craig WM. The relationship among bullying, victimization, depression, anxiety, and aggression in elementary school children. *Personality and individual differences*. 1998;24(1):123-30.
191. Van der Wal MF, De Wit CA, Hirasing RA. Psychosocial health among young victims and offenders of direct and indirect bullying. *Pediatrics*. 2003;111(6):1312-7.
192. Forero R, McLellan L, Rissel C, Bauman A. Bullying behaviour and psychosocial health among school students in New South Wales, Australia: cross sectional survey. *Bmj*. 1999;319(7206):344-8.
193. Rigby K. Consequences of bullying in schools. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 2003;48(9):583-90.

194. Kumpulainen K, Räsänen E. Children involved in bullying at elementary school age: their psychiatric symptoms and deviance in adolescence: an epidemiological sample. *Child abuse & neglect*. 2000;24(12):1567-77.
195. Hoza B, Gerdes AC, Mrug S, Hinshaw SP, Bukowski WM, Gold JA, et al. Peer-assessed outcomes in the multimodal treatment study of children with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*. 2005;34(1):74-86.
196. Greene RW, Biederman J, Faraone SV, Sienna M, Garcia-Jetton J. Adolescent outcome of boys with attention-deficit/hyperactivity disorder and social disability: results from a 4-year longitudinal follow-up study. *Journal of consulting and clinical psychology*. 1997;65(5):758.
197. Barkley RA. Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: constructing a unifying theory of ADHD. *Psychological bulletin*. 1997;121(1):65.
198. Andrade BF, Brodeur DA, Waschbusch DA, Stewart SH, McGee R. Selective and sustained attention as predictors of social problems in children with typical and disordered attention abilities. *Journal of Attention Disorders*. 2009;12(4):341-52.
199. Sciberras E, Ohan J, Anderson V. Bullying and peer victimisation in adolescent girls with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Child Psychiatry & Human Development*. 2012;43(2):254-70.
200. Montes G, Halterman JS. Bullying among children with autism and the influence of comorbidity with ADHD: A population-based study. *Ambulatory Pediatrics*. 2007;7(3):253-7.
201. Whalen CK, Henker B, Buhrmester D, Hinshaw SP, Huber A, Laski K. Does stimulant medication improve the peer status of hyperactive children? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1989;57(4):545.
202. Whalen CK, Henker B. Social impact of stimulant treatment for hyperactive children. *Journal of Learning Disabilities*. 1991;24(4):231-41.
203. Cunningham CE, Siegel LS, Offord DR. A Dose-Response Analysis of the Effects of Methylphenidate on the Peer Interactions and Simulated Classroom Performance of ADD Children with and without Conduct Problems. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 1991;32(3):439-52.
204. Solberg ME, Olweus D. Prevalence estimation of school bullying with the Olweus Bully/Victim Questionnaire. *Aggressive behavior*. 2003;29(3):239-68.
205. Jensen PS, Kettle L, Roper MT, Sloan MT, Dulcan MK, Hoven C, et al. Are stimulants overprescribed? Treatment of ADHD in four US communities. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1999;38(7):797-804.
206. Goldman LS, Genel M, Bezman RJ, Slanetz PJ. Diagnosis and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. *Jama*. 1998;279(14):1100-7.
207. Rappley MD. Attention deficit-hyperactivity disorder. *New England Journal of Medicine*. 2005;352(2):165-73.
208. Espelage DL, Swearer Napolitano SM. Research on school bullying and victimization: What have we learned and where do we go from here?[Mini-series]. 2003.
209. Birliği AP. Psikiyatride hastalıkların tanımlanması ve sınıflandırılması elkitabı. Yeniden gözden geçirilmiş. 2001;4.

210. Biederman J. Attention-deficit/hyperactivity disorder: a selective overview. *Biological psychiatry*. 2005;57(11):1215-20.
211. Pine DS, Helfinstein SM, Bar-Haim Y, Nelson E, Fox NA. Challenges in developing novel treatments for childhood disorders: lessons from research on anxiety. *Neuropsychopharmacology*. 2009;34(1):213.
212. Baumgaertel A, Wolraich ML, Dietrich M. Comparison of diagnostic criteria for attention deficit disorders in a German elementary school sample. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1995;34(5):629-38.
213. Wolraich ML, Hannah JN, Pinnock TY, Baumgaertel A, Brown J. Comparison of diagnostic criteria for attention-deficit hyperactivity disorder in a county-wide sample. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1996;35(3):319-24.
214. Aktepe E, Demirci K, Çalışkan A, Sönmez Y. Çocuk ve ergen psikiyatrisi polikliniğine başvuran hastalarda belirti ve tanı dağılımları. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*. 2010;23(2):100-8.
215. Durukan İ, Karaman D, Kara K, Türker T, Tufan AE, Yalçın Ö, et al. Diagnoses of patients referring to a child and adolescent psychiatry outpatient clinic. *Dusunen Adam*. 2011;24(2):113.
216. Şenol S. Dikkat eksikliği yıkıcı davranış bozukluklarının klinik özellikleri, aynı grup ve diğer DSM-IV tanılarıyla birliktelikleri, risklerin ve tedavi eğiliminin belirlenmesi. Yayınlanmamış uzmanlık tezi Gazi Üniversitesi, Ankara. 1997.
217. Tahiroğlu AY, Avcı A, Fırat S, Seydaoğlu G. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu: Alt tipleri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2005;6:5-10.
218. Aysev A, Öner P. Çocuklukta Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tanısı Almış Olguların Ergenlik Dönemindeki Psikiyatrik Durumlarının İncelenmesi. *Kriz Dergisi*. 2002;10(2):41-8.
219. Cengiz H. Bir üniversite hastanesi çocuk ve ergen ruh sağlığı hastalıkları polikliniğine dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu bulguları ile başvuran çocuk ve ergenlerde sosyodemografik özellikler ve psikiyatrik eş tanılar. 2013.
220. Çelik G, Tahiroğlu A, Avcı A, Seydaoğlu G, editors. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Kliniğine Başvuran Ergen Hastaların Özellikleri. *Yeni Symposium*; 2009.
221. GÜMÜŞ YY, MEMİK NÇ, AĞAOĞLU B. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocuk ve Ergenlerde Anksiyete Bozukluğu Eşhastalanımı. 2015.
222. Görker I, Korkmazlar Ü, Durukan M, Aydoğdu A. Çocuk ve ergen psikiyatri kliniğine başvuran ergenlerde belirti ve tanı dağılımı. *Klinik Psikiyatri Dergisi*. 2004;7(2):103-10.
223. Aktepe E, editor Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tanısı Konan Çocuk ve Ergenlerde Eş Tanılar ve Sosyodemografik Özellikler. *Yeni Symposium*; 2011.
224. Öner Ö, Öncü B, Sağduyu G, Canat S. Dikkatsizlik yakınmasıyla başvuran ergenlerin aldıkları tanılar. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*. 2002;9(3):167-71.
225. Crick NR, Grotpeter JK. Relational aggression, gender, and social-psychological adjustment. *Child development*. 1995;66(3):710-22.
226. Griffin RS, Gross AM. Childhood bullying: Current empirical findings and future directions for research. *Aggression and violent behavior*. 2004;9(4):379-400.
227. Ortega R, Mora-Merchán J, Singer M, Smith P, Pereira B, Menesini E. Final report of the working group on general survey questionnaires and nomination methods concerning bullying. Retrieved. 2001;5:2008.

228. Kratochvil CJ, Heiligenstein JH, Dittmann R, Spencer TJ, Biederman J, Wernicke J, et al. Atomoxetine and methylphenidate treatment in children with ADHD: a prospective, randomized, open-label trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2002;41(7):776-84.
229. Klein RG, Abikoff H, Klass E, Ganeles D, Seese LM, Pollack S. Clinical efficacy of methylphenidate in conduct disorder with and without attention deficit hyperactivity disorder. *Archives of general psychiatry*. 1997;54(12):1073-80.
230. Van der Oord S, Prins PJ, Oosterlaan J, Emmelkamp PM. Efficacy of methylphenidate, psychosocial treatments and their combination in school-aged children with ADHD: a meta-analysis. *Clinical psychology review*. 2008;28(5):783-800.
231. Faraone SV, Biederman J, Spencer TJ, Aleardi M. Comparing the efficacy of medications for ADHD using meta-analysis. *Medscape General Medicine*. 2006;8(4):4.



## 9. EKLER

	Anne	Baba
Yaş		
Eğitim		
Meslek		

Adı Soyadı:

Doğum Tarihi:

Cinsiyeti:

Eğitim Durumu:

Gelir düzeyi:

- <1500
- 1500-4500
- 4500<

Aile tipi:

- Geniş aile
- Çekirdek aile
- Dağılmış aile

Kardeş sayısı:

	Var	Yok
Kronik tıbbi hastalık		
Nörolojik hastalık		
Görme problemi		
İşitme problemi		
Alkol-Madde kullanım öyküsü		
Kafa travması öyküsü		
SSS enfeksiyonu öyküsü		
Psikiyatri başvurusu		
Suçta karışma		
Okulda disiplin sorunu, ceza, uzaklaştırma		
Kendine zarar verme davranışı		
İhmal, istismar varlığı		
Ailede alkol/madde kullanımı		
Ailede sigara kullanımı		
Ailede DEHB öyküsü		
Ailede DEHB dışı psikiyatrik hastalık (.....)		
Ailede tıbbi hastalık (.....)		
Ailede suçta karışma öyküsü		
Ev içi fiziksel şiddet		

## Conners Ebeveyn Derecelendirme Ölçeği

Lütfen bütün soruları cevaplayınız. Çocuğunuzun durumuna en uygun olan dereceyi işaretleyiniz. Teşekkürler.

		Hiç yok	Biraz	Oldukça fazla	Çok fazla
1.	Cildinin, vücudunun veya eşyalarının bazı kısımlarıyla oynar veya yolar ( Örneğin tırnaklar, parmaklar, saçlar veya kıyafetler)				
2.	Kendinden yaşça büyüklere karşı küstahça davranır				
3.	Arkadaş edinmekte veya arkadaşlığı devam ettirmekte sorunları vardır				
4.	Kolayca heyecanlanır düşünmeden hareket eder				
5.	Faaliyetlerde hep başı çekmek ister				
6.	Parmağını, kıyafetinin veya battaniyesinin bir kenarını emer veya çiğner				
7.	Sık sık veya kolayca ağlar				
8.	Kavgaya hazırdır, öfkesi burnundadır				
9.	Hayale dalgıncı gider, hayal kurar				
10.	Öğrenme güçlüğü çeker				
11.	Yerinde rahat duramaz kıpır kıpırdır				
12.	Yeni durumlara ve ortamlara girmekten, yeni kişilerle karşılaşmaktan, okula gitmekten korkar				
13.	Yerinde duramaz her an hareket halindedir				
14.	Zarar vericidir (eşyalara)				
15.	Gerçekle ilgisi olmayan hikayeler uydurur veya yalan söyler				
16.	Utangaçtır				
17.	Yaştlarına göre başı daha çok derde girer				
18.	Yaştlarına göre konuşması farklıdır (Örn: bebeksi konuşma, kekeleme, anlaşılması güç konuşma)				
19.	Hatalarını inkar eder veya başkalarını suçlar				
20.	Kavgacıdır				
21.	Somurtur, surat asar veya küser				
22.	Çalma huyu vardır				
23.	Kurallara uymaz veya uyarken gönülsüzdür				
24.	Diğer çocuklara göre daha endişelidir (yalnızlık, hastalık ve ölümle ilgili)				

Lütfen sayfayı çeviriniz - arka sayfada birkaç soru daha var



		Hiç yok	Biraz	Oldukça fazla	Çok fazla
25.	İşlerini bitirmekte zorlanır				
26.	Çabuk kırılır veya gücenir				
27.	Kendinden yaşça küçük veya zayıfları ezer				
28.	Tekrarlayıcı bir hareketi / faaliyeti durdurmakta güçlük çeker				
29.	Merhametsizdir				
30.	Çocuksudur, yaşına uygun davranmaz (sürekli yardım ister, eteğine yapışır, sürekli güvenlik arayışı içindedir)				
31.	Dikkatini belli bir süre bir konu üzerinde toplayamaz, dikkatini sürdürmekte zorluk çeker				
32.	Baş ağrıları vardır				
33.	Mizacı ya da duyguları ani ve belirgin olarak değişir				
34.	Kuralları veya sınırlanmaları sevmez, onlara uymaz				
35.	Sürekli kavga eder				
36.	Kardeşi, abi veya ablasıyla iyi geçinemez				
37.	Zorluklar karşısında morali çabuk bozulur, kolayca pes eder				
38.	Diğer çocukları rahatsız eder				
39.	Temelde mutsuz eder				
40.	Yeme sorunları vardır (iştahı yoktur, iki lokma arasında sofradan kalkar, dolaşır)				
41.	Mide ağrıları vardır				
42.	Uyku sorunları vardır (uykuya dalmakta güçlük çeker, çok erken veya gece yarısı uyanır)				
43.	Vücudunda başka ağrıları da vardır				
44.	Mide bulantısı veya kusma şikayeti vardır				
45.	Ailede hakkının yenildiğinin hissine kapılır				
46.	Övünür, yüksekte atar				
47.	Kendisine kötü davranılmasına ses çıkarmaz				
48.	Bağırsakları sık sık bozulur, tuvalet alışkanlığı düzensizdir, kabız kalır				

## Conners Öğretmen Derecelendirme Ölçeği

Lütfen her cümle için en uygun durumu işaretleyiniz. Teşekkürler.

		Hiçbir zaman	Nadiren	Sıklıkla	Her zaman
1.	Kıpır kıpırdır.				
2.	Beklenmeyen zamanlarda uygunsuz sesler çıkarır.				
3.	İstekleri hemen yerine getirilmelidir.				
4.	Bilmiş tavırları vardır, bilgiçlik taslar.				
5.	Aniden parlar, ne yapacağı belli olmaz.				
6.	Eleştiriye kaldıramaz.				
7.	Dikkatini belli bir süre bir konu üzerinde toplayamaz.				
8.	Diğer çocukları rahatsız eder.				
9.	Hayallere dalar.				
10.	Somurtur, surat asar.				
11.	Mizacı ya da duyguları ani ve belirgin olarak değişir.				
12.	Kavgacıdır.				
13.	Büyüklerin sözünden çıkmaz.				
14.	Yerinde rahat duramaz, her an hareket halindedir.				
15.	Kolayca heyecanlanır, düşünmeden hareket eder.				
16.	Öğretmenin ilgisi hep üzerinde olsun ister.				
17.	Genellikle arkadaş grubuna alınmıyor.				
18.	Başka çocuklar tarafından kolayca yönlendiriliyor.				
19.	Oyun kurallarına uymaz, mızıkçıdır.				
20.	Liderlik özelliğinden yoksundur.				
21.	Başladığı işin sonunu getiremez.				
22.	Çocuksudur, olduğundan daha küçükmüş gibi davranır.				
23.	Hatalarını inkar eder veya suçu başkalarının üzerine atar.				
24.	Diğer çocuklarla iyi geçinemez.				
25.	Sınıf arkadaşlarıyla yardımlaşmaz.				
26.	Zorluklar karşısında morali çabuk bozulur, kolayca pes eder.				
27.	Öğretmenle işbirliğine girmez.				
28.	Öğrenme güçlüğü çeker.				

## OLWEUS ÖĞRENCİLERDE AKRAN ZORBALIĞI ANKETİ

Bu kitapçıkta okuldaki hayatınızla ilgili sorular bulacaksınız.

Her sorunun yanında birden fazla cevap bulunmaktadır.

Kutulardan birini sadece işaretleyiniz. İşaretin kutunun içinde olmasına dikkat edin.

Okul hakkında ne hissettiğinizi en iyi tanımlayan cevabın yanındaki kutuyu X ile işaretleyerek soruyu cevaplayınız.

Eğer gerçekten okulu sevmiyorsanız, “ben okulu hiç sevmiyorum” yanındaki kutuyu X ile işaretleyiniz. Eğer gerçekten okulu seviyorsanız, ‘ben okulu çok seviyorum’ yanındaki kutuya X koyunuz, ve bunun gibi.

**Şimdi okul hakkında ne hissettiğinizi en iyi tanımlayan cevabın yanındaki kutuya X işareti koyunuz.**

1.Okulu ne kadar seviyorsunuz?	<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 kutuyu işaretlemişseniz,** cevabınızı şu şekilde değiştirebilirsiniz:

Yanlış kutuyu tamamen siyah yapınız: ■ Daha sonra cevabınızın olmasını istediğiniz yerdeki kutuya X koyunuz.

Kitapçığa isminizi yazmayınız.

Bu sorulara nasıl cevap verdiğinizi kimse bilmeyecektir.

Fakat dikkatli ve gerçekte hissettiğiniz gibi cevaplamamız önemlidir.

Bazen ne cevap vereceğinize karar vermek zordur. Bu gibi durumlarda nasıl olduğunu düşünüyorsanız öyle cevaplayın.

Eğer sorunuz varsa testin sonunda doktora sorabilirsiniz.

Soruların çoğu son birkaç ayda ki okul hayatınızla ilgilidir, bu dönem yaz kış tatilinden şu ana kadar ki dönemdir.

Bundan dolayı sorulara cevap verirken, sadece şu an nasıl olduğunu değil son 2 veya 3 ay nasıl olduğunu düşünerek cevap veriniz.

2. Erkek veya kız mısınız?	<input type="checkbox"/> Kız
	<input type="checkbox"/> Erkek

3. Sınıf(lar)nızda kaç tane iyi arkadaşına sahipsiniz?	<input type="checkbox"/> Hiç <input type="checkbox"/> Sınıf(lar)ımda 1 iyi arkadaşına sahibim <input type="checkbox"/> 2 veya 3 iyi arkadaşına sahibim <input type="checkbox"/> 4 veya 5 iyi arkadaşına sahibim <input type="checkbox"/> Sınıf(lar)ımda 6 veya daha fazla iyi arkadaşına sahibim.
--	---

### **Diğer Öğrenciler Tarafından Zorbaca Davranılmak Hakkında**

Burada diğer öğrenciler tarafından zorbalığa maruz kalma ile ilgili bazı sorular bulunmaktadır.

Önce zorba kelimesini tanımlayacağız veya açıklayacağız.

#### **Bir öğrencinin zorbalığa maruz kaldığını söyleyebilmemiz için, bir başka öğrenci veya başka birkaç öğrenci**

- Kötü ve incitici şeyler söylüyorsa veya alay ediyor veya ona kötü ve incitici isimlerle hitap ediyorsa
- Onu tamamen yok sayıyor veya arkadaş grubundan dışlıyorlarsa veya onu bazı şeylerin bilerek dışında bırakıyorlarsa
- Vuruyorlarsa, tekmeliyorlarsa, itiyorlarsa, dürtüyorlarsa, veya onu bir odaya kilitliyorlarsa
- Yalan söylüyorlarsa, onunla ilgili dedikodu yapıyorlarsa veya kötü notlar gönderiyor ve diğer öğrencilerin onu sevmemesine çalışıyorlarsa
- Ve diğer buna benzer incitici şeyler.

Zorbalık hakkında konuştuğumuzda, bu şeyler **tekrarlayarak** olur ve zorbalığa maruz kalan **öğrencinin kendini savunması zordur.**

Bir öğrenci tekrar tekrar kötü ve incitici şekilde kızdırılıyorsa buna da zorbalık diyoruz.

Fakat arkadaşça ve oyun yoluyla kızdırılıyorsa buna **zorbalık demiyoruz.**

Ayrıca, eşit kuvvet veya güçte iki öğrenci tartışıyor veya kavga ediyorsa buda **zorbalık değildir.**

4. Geçtiğimiz birkaç ayda okulda ne sıklıkla zorbalığa uğradınız?	<input type="checkbox"/> Geçtiğimiz birkaç ayda okulda zorbalığa uğramadım <input type="checkbox"/> Sadece bir veya iki kere <input type="checkbox"/> Bir Ayda 2 veya 3 kere <input type="checkbox"/> Yaklaşık Haftada 1 kere <input type="checkbox"/> Haftada birkaç kere
---	--

#### **Geçtiğimiz birkaç ayda okulda aşağıdaki yollardan bir veya daha fazlasıyla zorbalığa maruz kaldınız mı? Lütfen tüm soruları cevaplayınız.**

5. Kötü isimlerle çağrıldım, alay edildim, incitici şekilde kızdırıldım.	<input type="checkbox"/> Geçtiğimiz birkaç ayda başıma böyle birşey gelmedi <input type="checkbox"/> Sadece bir veya iki kere <input type="checkbox"/> Bir Ayda 2 veya 3 kere <input type="checkbox"/> Yaklaşık Haftada 1 kere <input type="checkbox"/> Haftada birkaç kere
--	---

<p>6. Diğer öğrenciler beni kasıtlı olarak bazı şeylerin dışında bıraktı, arkadaş grubundan dışladı veya beni tamamen yok saydılar.</p>	<p><input type="checkbox"/> Geçtiğimiz birkaç ayda başıma böyle birşey gelmedi  <input type="checkbox"/> Sadece bir veya iki kere  <input type="checkbox"/> Bir Ayda 2 veya 3 kere  <input type="checkbox"/> Yaklaşık Haftada 1 kere  <input type="checkbox"/> Haftada birkaç kere</p>
<p>7. Vuruldum, tekmelendim, itilip kakıldım veya biryere kilitlendim.</p>	<p><input type="checkbox"/> Geçtiğimiz birkaç ayda başıma böyle birşey gelmedi  <input type="checkbox"/> Sadece bir veya iki kere  <input type="checkbox"/> Bir Ayda 2 veya 3 kere  <input type="checkbox"/> Yaklaşık Haftada 1 kere  <input type="checkbox"/> Haftada birkaç kere</p>
<p>8. Diğer öğrenciler benim hakkımda yalan veya yanlış dedikodular yaydılar ve diğerlerinin beni sevmemeleri için çaba gösterdiler.</p>	<p><input type="checkbox"/> Geçtiğimiz birkaç ayda söylediler, başıma böyle birşey gelmedi  <input type="checkbox"/> Sadece bir veya iki kere  <input type="checkbox"/> Bir Ayda 2 veya 3 kere  <input type="checkbox"/> Yaklaşık Haftada 1 kere  <input type="checkbox"/> Haftada birkaç kere</p>
<p>9. Paramı veya diğer şeylerimi benden aldılar veya zarar verdiler.</p>	<p><input type="checkbox"/> Geçtiğimiz birkaç ayda başıma böyle birşey gelmedi  <input type="checkbox"/> Sadece bir veya iki kere  <input type="checkbox"/> Bir Ayda 2 veya 3 kere  <input type="checkbox"/> Yaklaşık Haftada 1 kere  <input type="checkbox"/> Haftada birkaç kere</p>
<p>10. Yapmak istemediğim şeyleri yapmak için edildim veya zorlandım.</p>	<p><input type="checkbox"/> Geçtiğimiz birkaç ayda tehdit başıma böyle birşey gelmedi  <input type="checkbox"/> Sadece bir veya iki kere  <input type="checkbox"/> Bir Ayda 2 veya 3 kere  <input type="checkbox"/> Yaklaşık Haftada 1 kere  <input type="checkbox"/> Haftada birkaç kere</p>
<p>11. İrkim veya rengim hakkında kötü isimler yorumlarla zorbalığa uğradım.</p>	<p><input type="checkbox"/> Geçtiğimiz birkaç ayda başıma veya böyle birşey gelmedi  <input type="checkbox"/> Sadece bir veya iki kere  <input type="checkbox"/> Bir Ayda 2 veya 3 kere  <input type="checkbox"/> Yaklaşık Haftada 1 kere  <input type="checkbox"/> Haftada birkaç kere</p>
<p>12. Cinsel anlam içeren kötü isimler yorumlar veya el kol hareketleriyle zorbalığa uğradım.</p>	<p><input type="checkbox"/> Geçtiğimiz birkaç ayda başıma böyle birşey gelmedi  <input type="checkbox"/> Sadece bir veya iki kere  <input type="checkbox"/> Bir Ayda 2 veya 3 kere  <input type="checkbox"/> Yaklaşık Haftada 1 kere  <input type="checkbox"/> Haftada birkaç kere</p>

12a. Kötü veya incitici mesajlar, çağrılar resimlerle, veya diğer yollarla cep telefonundan veya internet (bilgisayar) üzerinden zorbalığa uğradım. (lütfen arkadaşça veya oyun yoluyla yapıldığı zaman bunun zorbalık olmadığını hatırlayın.)	<input type="checkbox"/> Geçtiğimiz birkaç ayda başıma veya böyle birşey gelmedi <input type="checkbox"/> Sadece bir veya iki kere <input type="checkbox"/> Bir Ayda 2 veya 3 kere <input type="checkbox"/> Yaklaşık Haftada 1 kere <input type="checkbox"/> Haftada birkaç kere
--	--

12b. Eğer cep telefonunuz veya internet üzerinden zorbalığa uğradıysanız nasıl olmuştu? Lütfen hangi yolla olduğunu açıklayın.....	<input type="checkbox"/> Sadece cep telefonunda <input type="checkbox"/> Sadece internet üzerinden <input type="checkbox"/> Her iki yolla
---	---

13. Başka bir şekilde zorbalığa uğradım. Lütfen hangi yolla olduğunu açıklayın.....	<input type="checkbox"/> Geçtiğimiz birkaç ayda başıma böyle birşey gelmedi <input type="checkbox"/> Sadece bir veya iki kere <input type="checkbox"/> Bir Ayda 2 veya 3 kere <input type="checkbox"/> Yaklaşık Haftada 1 kere <input type="checkbox"/> Haftada birkaç kere
--	---

14. Size zorbalık yapan öğrenci veya hangi sınıf(lar)daydı?	<input type="checkbox"/> Geçtiğimiz birkaç ayda okulda öğrenciler zorbalığa uğramadım. <input type="checkbox"/> Kendi sınıfımda <input type="checkbox"/> Farklı sınıfta fakat aynı yıldan <input type="checkbox"/> Daha üst sınıfta <input type="checkbox"/> Daha alt sınıfta <input type="checkbox"/> Farklı sınıflarda
---	---

15. Kızlar tarafından mı yoksa erkekler tarafından mı zorbalığa uğradınız?	<input type="checkbox"/> Geçtiğimiz birkaç ayda okulda zorbalığa uğramadım. <input type="checkbox"/> Başlıca bir kız tarafından <input type="checkbox"/> Birkaç kız tarafından <input type="checkbox"/> Başlıca bir erkek tarafından <input type="checkbox"/> Birkaç erkek tarafından <input type="checkbox"/> Hem erkek hem kızlar tarafından
--	---

16. Kaç öğrenci tarafından genellikle zorbalığa uğradınız?	<input type="checkbox"/> Geçtiğimiz birkaç ayda okulda zorbalığa uğramadım. <input type="checkbox"/> başlıca bir öğrenci tarafından <input type="checkbox"/> 2-3 kişilik öğrenci grubu tarafından <input type="checkbox"/> 4-9 kişilik öğrenci grubu tarafından <input type="checkbox"/> 9 veya daha fazla kişilik öğrenci grubu tarafından <input type="checkbox"/> birkaç farklı öğrenci veya öğrenci grupları tarafından
--	--

17. Zorbalık ne kadar sürdü?	<input type="checkbox"/> Geçtiğimiz birkaç ayda okulda zorbalığa uğramadım. <input type="checkbox"/> Bir veya iki hafta sürdü <input type="checkbox"/> Yaklaşık bir ay sürdü <input type="checkbox"/> Yaklaşık altı ay sürdü <input type="checkbox"/> Yaklaşık bir yıl sürdü <input type="checkbox"/> Birkaç yıldır sürmekte
------------------------------	---

18. Nerede zorbalığa uğradınız?  Geçtiğimiz birkaç ayda okulda zorbalığa uğramadım.  
 Geçen birkaç ayda aşağıdaki yerlerden bir veya daha fazlasında zorbalığa uğradım

**Lütfen eğer zorbalığa uğradıysanız X koyun:**

- 18a Oyun yerinde / spor sahasında (paydos veya teneffüste)   
18b Koridorlarda / merdivenlerde   
18c Sınıfta (öğretmen sınıfta olduğu zaman)   
18d Sınıfta (öğretmen sınıfta olmadığı zaman)   
18e Tuvalette   
18f Beden eğitimi dersinde veya soyunma odasında / duşta   
18g Yemekhanede   
18h Okula gider gelirken yolda   
18j Okul otobüsü durağında   
18k Okul otobüsünde   
18l Bunların dışında okulun başka bir yerinde   
Bu durumda, lütfen nerede olduğunu yazınız:.....

19. Geçen birkaç ayda zorbalığa uğradığınızı  Geçtiğimiz birkaç ayda okulda herhangi birine söylediniz mi? zorbalığa uğramadım.

- Zorbalığa uğradım fakat hiç kimseye söylemedim.  
 Zorbalığa uğradım ve birilerine bundan bahsettim.

**Lütfen eğer bahsettiyseniz X koyun:**

- 19a Sınıf öğretmeniniz   
19b Okuldaki başka bir yetişkine   
(farklı bir öğretmen, yönetici-müdür, Okul hemşiresi, güvenlik, hademe, okul psikoloğu, ruh sağlığı uzmanları vd)  
19c Anne ve/veya babanız/veli(ler)iniz   
19d Erkek kardeş(ler)iniz/ veya kız kardeş(ler)iniz   
19e Arkadaş(lar)ınız   
19f Başka bir kimse   
Bu durumda, lütfen kim olduğunu yazınız:

20. Bir öğrenci okulda zorbalığa uğradığında ne sıklıkla okuldaki öğretmenler ve diğer yetişkinler buna son vermeye çalışır?  Neredeyse asla  
 Arada bir  
 Bazen  
 Sık Sık  
 Hemen her zaman

21. Bir öğrenci okulda zorbalığa uğradığında ne sıklıkla diğer öğrenciler buna son vermeye çalışır?  Neredeyse asla  
 Arada bir  
 Bazen  
 Sık Sık  
 Hemen her zaman

22. Geçtiğimiz birkaç ayda evdeki yetişkinlerden biri zorbalığı durdurmaya çalışmak için okulla temasa geçti mi?
- Geçtiğimiz birkaç ayda okulda zorbalığa uğramadım  
 Hayır, okulla temasa geçmediler  
 Evet, bir kez okul ile temasa geçtiler  
 Evet, birçok kez okul ile temasa geçtiler

23. Kendi yaşınızda bir öğrencinin okulda zorbalığa uğradığını gördüğünüz zaman ne hissediyor veya ne düşünüyorsunuz?
- Bu muhtemelen hak ettiği şeydir  
 Pek birşey hissetmem  
 Onun için biraz üzülürüm  
 Onun için üzülürüm ve yardım etmek isterim.

### **Diğer öğrencilere zorbalık etmek hakkında**

24. Geçtiğimiz birkaç ayda ne sıklıkla okulda öğrenci(ler)ye zorbalık etmede rol aldınız?
- Geçtiğimiz birkaç ayda başka bir okulda bir başka öğrenci(ler)ye zorbalık etmedim  
 Sadece bir veya iki kere oldu  
 Bir ayda 2 veya 3 kere  
 Yaklaşık haftada bir kere  
 Haftada birkaç kere

**Geçtiğimiz birkaç ayda okulda bir başka öğrenci(ler)e aşağıda belirtilen bir veya daha fazla şekilde zorbalık ettiniz mi?**

**Lütfen tüm sorulara cevaplayınız.**

25. Başka öğrenci(ler)e kötü isimlerle hitap alay ettim, veya incitici şekilde kızdırdım.
- Geçtiğimiz birkaç ayda böyle ettim, birşey hiç olmadı.  
 Sadece bir veya iki defa oldu  
 Bir ayda 2 veya 3 kere  
 Yaklaşık haftada bir kere  
 Haftada birkaç kere

26. Onu kasıtlı olarak bazı şeylerin dışında onu arkadaş grubumdan dışladım veya onu tamamen yok saydım.
- Geçtiğimiz birkaç ayda böyle tuttum, birşey hiç olmadı.  
 Sadece bir veya iki defa oldu  
 Bir ayda 2 veya 3 kere  
 Yaklaşık haftada bir kere  
 Haftada birkaç kere

27. Ona vurdum, tekmeledim, itip kaktım onu içeriye kilitledim.
- Geçtiğimiz birkaç ayda böyle veya birşey hiç olmadı.  
 Sadece bir veya iki defa oldu  
 Bir ayda 2 veya 3 kere  
 Yaklaşık haftada bir kere  
 Haftada birkaç kere

28. Onun hakkında yanlış dedikodular ve başkalarının onu sevmemesini sağlamaya çalıştım.
- Geçtiğimiz birkaç ayda böyle yaptım birşey hiç olmadı.  
 Sadece bir veya iki defa oldu  
 Bir ayda 2 veya 3 kere  
 Yaklaşık haftada bir kere  
 Haftada birkaç kere



29. Ondan para, diğer şeyler aldım veya onun eşyalarına zarar verdim.

- Geçtiğimiz birkaç ayda böyle kişisel birşey hiç olmadı.
- Sadece bir veya iki defa oldu
- Bir ayda 2 veya 3 kere
- Yaklaşık haftada bir kere
- Haftada birkaç kere

30. Onu yapmak istemediği şeyleri yapması tehdit ettim veya zorladım.

- Geçtiğimiz birkaç ayda böyle için birşey hiç olmadı.
- Sadece bir veya iki defa oldu
- Bir ayda 2 veya 3 kere
- Yaklaşık haftada bir kere
- Haftada birkaç kere

31. Irk veya rengiyle ilgili kötü isim veya yorumlarla ona zorbalık ettim.

- Geçtiğimiz birkaç ayda böyle birşey hiç olmadı.
- Sadece bir veya iki defa oldu
- Bir ayda 2 veya 3 kere
- Yaklaşık haftada bir kere
- Haftada birkaç kere

32. Cinsel anlam içeren kötü isimler yorumlar veya el kol hareketleriyle ona zorbalık ettim.

- Geçtiğimiz birkaç ayda böyle birşey hiç olmadı.
- Sadece bir veya iki defa oldu
- Bir ayda 2 veya 3 kere
- Yaklaşık haftada bir kere
- Haftada birkaç kere

32a. Ona kötü veya incitici mesajlar, çağrılar resimlerle veya diğer yollarla cep telefonundan veya internet (bilgisayar) üzerinden zorbalık ettim.

- Geçtiğimiz birkaç ayda böyle veya birşey hiç olmadı.
- Sadece bir veya iki defa oldu
- Bir ayda 2 veya 3 kere
- Yaklaşık haftada bir kere
- Haftada birkaç kere

32b. Başka öğrenci(ler)e cep telefonu veya internet (bilgisayar) üzerinden zorbalık etmeniz durumunda, bu nasıl yapıldı? Lütfen hangi yolla olduğunu açıklayın:

- Sadece cep telefonunda
- Sadece internet üzerinden
- Her iki yolla

33. Ona başka yol ile zorbalık ettim.

- Geçtiğimiz birkaç ayda böyle birşey hiç olmadı.
- Sadece bir veya iki defa oldu
- Bir ayda 2 veya 3 kere
- Yaklaşık haftada bir kere
- Haftada birkaç kere

Lütfen hangi yolla olduğunu açıklayınız:

34. Geçtiğimiz birkaç ayda sınıf öğretmeniniz veya herhangi başka öğretmeninizle okulda diğer öğrencilere zorbalık etmeniz hakkında konuştu mu?  Geçtiğimiz birkaç ayda okulda başka öğrenci(ler)e zorbalık etmedim  Hayır, benimle bununla ilgili konuşmadılar  Evet, benimle bununla ilgili bir defa konuştular  Evet, benimle bununla ilgili birkaç defa konuştular

35. Geçtiğimiz birkaç ayda evdeki yetişkinlerden herhangi biri sizinle okulda diğer öğrencilere zorbalık etmeniz hakkında konuştu mu?  Geçtiğimiz birkaç ayda okulda başka öğrenci(ler)e zorbalık etmedim  Hayır, benimle bununla ilgili konuşmadılar  Evet, benimle bununla ilgili bir defa konuştular  Evet, benimle bununla ilgili birkaç defa konuştular

36. Sevmediğiniz bir öğrenciye zorbalık etmeye katılabileceğinizi düşünür müsünüz?  Evet  Evet, belki  Bilmiyorum  Hayır, öyle düşünmüyorum  Hayır  Kesinlikle hayır

37. Eğer yaşıtınız bir öğrencinin diğer öğrenciler tarafından zorbalığa uğradığını görür veya anlarsanız genellikle nasıl tepki verirsiniz?  Yaşıtım öğrencilerin zorbalığa uğradığını hiç fark etmedim  Zorbalıkta yer alırım  Birşey yapmam ama zorbalığın kabul edilir olduğunu düşünürüm  Sadece ne olup bittiğini izlerim  Birşey yapmam, fakat zorbalığa uğrayan öğrenciye yardım etmem gerektiğini düşünürüm  Zorbalığa maruz kalan öğrenciye öyle ya da böyle yardım etmeye çalışırım

38. Ne sıklıkla okulunuzdaki diğer öğrenciler tarafından zorbalığa uğramaktan korkarsınız?  Hiçbir zaman  Nadiren  Bazen  Oldukça sık  Sık  Çok sık

39. Bütününde, geçtiğimiz birkaç ayda sınıf öğretmeninizin zorbalığı önlemek için yaptıklarının ne kadar olduğunu düşünürsünüz?  Biraz veya hiç  Oldukça az  Biraz  Çok  Bir hayli

Teşekkür ederim...

## AKRAN ZORBALIĞI EBEVEYN BİLDİRİM FORMU

**Akran Zorbalığı ile ilgili açıklamaları okuduktan sonra aşağıdaki soruları cevaplayınız.**

**Çocuğunuzun akranları tarafından zorbalığa uğradığını söyleyebilmeniz için, başka çocuk veya çocuklar tarafından**

- Kötü, küçük düşürücü ve kırıcı sözlere maruz kalıyorsa veya çocuğunuzla alay ediliyorsa veya çocuğunuza kötü ve incitici isimlerle lakap takma şeklinde hitap ediliyorsa
- Çocuğunuz arkadaş ortamında tamamen yok sayılıyor veya arkadaş grubundan dışlanıyorsa veya çocuğunuzun bazı oyun veya aktivitelerden bilerek uzakta tutuluyorsa
- Çocuğunuza vuruyorlarsa, tekmeliyorlarsa, itiyorlarsa, dürtüyorlarsa, veya çocuğunuzun bir odaya zorla atıyor veya kilitliyorlarsa
- Çocuğunuzla ilgili yalanlar söylüyorlarsa, onunla ilgili dedikodu yapıyorlarsa veya çocuğunuza kötü notlar, yazılar gönderiyor ve diğer çocukların onu sevmemesi için uğraşıyorlarsa
- Ve buna benzer diğer incitici şeylere maruz kalıyorsa.

Akran zorbalığı durumundan bahsedilecekse, bu durumun **tekrarlanarak** olması ve akran zorbalığına maruz kalan çocuğun **kendini savunamaması** gerekmektedir.

Bir çocuk tekrar tekrar kötü ve incitici şekilde kızdırılıyorsa buna da zorbalık diyoruz.

Fakat arkadaşça ve oyun yoluyla kızdırılıyorsa buna **zorbalık demiyoruz.**

Çocuğunuz geçtiğimiz birkaç ayda ne sıklıkla zorbalığa uğradı?

- Geçtiğimiz birkaç ayda okulda zorbalığa uğramadı
- Sadece bir veya iki kere
- Bir Ayda 2 veya 3 kere
- Yaklaşık Haftada 1 kere
- Haftada birkaç kere

Çocuğunuz geçtiğimiz birkaç ayda zorbalıkla ilgili olarak sizden yardım istedi mi?

- Hayır, istemedi
- Evet, istedi
- İstediyse ne yaptınız ?

Çocuğunuz geçtiğimiz birkaç ayda ne sıklıkla zorbalık yaptı?

- Geçtiğimiz birkaç ayda okulda zorbalık yapmadı
- Sadece bir veya iki kere
- Bir Ayda 2 veya 3 kere
- Yaklaşık Haftada 1 kere
- Haftada birkaç kere



## AKRAN ZORBALIĞI ÖĞRETMEN BİLDİRİM FORMU

**Akran Zorbaliğı ile ilgili açıklamaları okuduktan sonra aşağıdaki soruları cevaplayınız.**

**Öğrencinizin akranları tarafından zorbalığa uğradığını söyleyebilmeniz için, başka öğrenci veya öğrenciler tarafından**

- Kötü, küçük düşürücü ve kırıcı sözlere maruz kalıyorsa veya öğrencinizle alay ediliyorsa veya öğrencinize kötü ve incitici isimlerle lakap takma şeklinde hitap ediliyorsa
- Öğrenciniz arkadaş ortamında tamamen yok sayılıyor veya arkadaş grubundan dışlanıyorsa veya öğrencinizi bazı oyun veya aktivitelerden bilerek uzakta tutuyorlarsa
- Öğrencinize vuruyorlarsa, tekmeliyorlarsa, itiyorlarsa, dürtüyorlarsa, veya öğrencinizi bir odaya zorla atıyor veya kilitliyorlarsa
- Öğrencinizle ilgili yalanlar söylüyorlarsa, onunla ilgili dedikodu yapıyorlarsa veya öğrencinize kötü notlar, yazılar gönderiyor ve diğer öğrencilerin onu sevmemesi için uğraşıyorlarsa
- Ve buna benzer diğer incitici şeylere maruz kalıyorsa.

Akran zorbalığı durumundan bahsedilecekse, bu durumun **tekrarlanarak** olması ve akran zorbalığına maruz kalan öğrencinin **kendini savunamaması** gerekmektedir.

Bir öğrenci tekrar tekrar kötü ve incitici şekilde kızdırılıyorsa buna da zorbalık diyoruz.

Fakat arkadaşça ve oyun yoluyla kızdırılıyorsa buna **zorbalık demiyoruz.**

Öğrenciniz geçtiğimiz birkaç ayda ne sıklıkla zorbalığa uğradı?

- Geçtiğimiz birkaç ayda okulda zorbalığa uğramadı
- Sadece bir veya iki kere
- Bir Ayda 2 veya 3 kere
- Yaklaşık Haftada 1 kere
- Haftada birkaç kere

Öğrenciniz geçtiğimiz birkaç ayda zorbalıkla ilgili olarak sizden yardım istedi mi?

- Hayır, istemedi
- Evet, istedi
- İstediyse ne yaptınız ?

Öğrenciniz geçtiğimiz birkaç ayda ne sıklıkla zorbalık yaptı?

- Geçtiğimiz birkaç ayda okulda zorbalık yapmadı
- Sadece bir veya iki kere
- Bir Ayda 2 veya 3 kere
- Yaklaşık Haftada 1 kere
- Haftada birkaç kere



## HASTA ve EBEVEYN BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

**Araştırmanın Adı:** Metilfenidat tedavisi kullanan dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanılı çocuk ve ergenlerde tedavinin akran zorbalığına etkisi

**Araştırmanın Amacı:** Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanılı ve bu tanıya yönelik olarak tedavide metilfenidat kullanan çocuk ve ergenlerin, başlangıç ile 3 ay boyunca tedavi aldıktan sonraki dönemlerini, akran zorbalığı yapma ve akran zorbalığına uğrama davranışları açısından karşılaştırmak. Yani; Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanılı çocuk ve ergenlerin, tedavi almadığı dönem ile 3 ay boyunca tedavi aldıktan sonraki dönemlerini, akran zorbalığı yapma ve akran zorbalığına uğrama davranışları açısından karşılaştırmaktır.

**Yapılacak İşlemler:** Eğer çocuğunuzun bu çalışmaya katılmasını kabul ederseniz çocuğunuz ve sizinle birlikte rutin poliklinik muayeneniz haricinde görüşmeler yapılacaktır. Bu görüşmeler çocuğunuzun poliklinik takip ve tedavisinden bağımsız olup hiç bir şekilde çocuğunuzun tedavisini etkilemeyecektir. Sizden, çocuğunuzun bazı genel kişisel bilgilerinin yanısıra Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğuna ve Akran Zorbalığı Davranışlarına dair birer ölçek doldurmanız istenecektir. Bu bilgiler çocuğunuzun ve sizin isminiz geçmeyecek şekilde ve yalnız bu çalışmada kullanılacaktır. Bu çalışmanın size ve çocuğunuza herhangi bir zararı yoktur.

**Gizlilik:** Bu çalışmada çocuğunuzla ilgili özel bilgiler saklı tutulacaktır. Çalışma bitiminde elde edilen sonuçlar sadece eğitimsel ve bilimsel amaçla kullanılacaktır.

**Faydalar:** Çocuğunuzun bu çalışmaya katılması halinde, çocuğunuzun akran zorbalığı davranışlarına dahil olup olmadığı ve dahil olduysa ne şiddette dahil

olduğu belirlenmiş olacaktır. Ayrıca bu sorunun ortadan kaldırılabilmesi için poliklinik görüşmelerinde gerekli çözümler önerileri sunulacaktır.

**Gönüllü Katılım ve Seçenekler:** Araştırmaya katılım kesinlikle gönüllülüğe bağlıdır. Bu araştırmaya katılmayı reddetme hakkına sahiptir.

**Masraflar:** Bu çalışmada sizden herhangi bir ücret talep edilmeyecektir.

**Zararlar:** Bu çalışmanın size ve çocuğunuza herhangi bir zararı yoktur.

**Soru ve problemler için başvurulacak kişiler:** Bu çalışma size Dr. Tolga Karaosman tarafından anlatılacak ve bu konudaki sorularınız yanıtlanacaktır. Çalışma sürecinde başka soru ve endişeleriniz olursa sorumlu kişileri arayabilirsiniz (Tel: 0506 524 11 88).

**Çalışmaya katılım için ebeveyn onayı:** Yukarıdaki bilgileri sorumlu kişi ile ayrıntılı olarak tartıştım ve sorularım cevaplandı. Ebeveyn bilgilendirilmiş gönüllü olur formunu okudum ve anladım. Bu belgenin bir kopyası bana teslim edilmiştir.

‘Metilfenidat tedavisi kullanan dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanılı çocuk ve ergenlerde tedavinin akran zorbalığına etkisi’ adlı çalışmaya katılmayı kabul ediyorum.

Araştırmaya katılanın adı soyadı

imzası

tarih



Ebeveynin adı soyadı

imzası

tarih

Araştırmacının adı soyadı

imzası

tarih



## ÖĞRETMEN BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

**Araştırmanın Adı:** Metilfenidat tedavisi kullanan dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanımlı çocuk ve ergenlerde tedavinin akran zorbalığına etkisi

**Araştırmanın Amacı:** Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanımlı ve bu tanıya yönelik olarak tedavide metilfenidat kullanan çocuk ve ergenlerin, başlangıç ile 3 ay boyunca tedavi aldıktan sonraki dönemlerini, akran zorbalığı yapma ve akran zorbalığına uğrama davranışları açısından karşılaştırmak. Yani; Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanımlı çocuk ve ergenlerin, tedavi almadığı dönem ile 3 ay boyunca tedavi aldıktan sonraki dönemlerini, akran zorbalığı yapma ve akran zorbalığına uğrama davranışları açısından karşılaştırmaktır.

**Yapılacak İşlemler:** Eğer kabul ederseniz öğrencinizle birlikte size ulaştırmış olduğumuz ve öğrenciniz ile ilgili Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğuna ve Akran Zorbalığı Davranışlarına dair birer ölçek doldurmanız istenecektir.

**Gizlilik:** Bu çalışmada öğrencinizle ilgili özel bilgiler saklı tutulacaktır. Çalışma bitiminde elde edilen sonuçlar sadece eğitimsel ve bilimsel amaçla kullanılacaktır.

**Faydalar:** Çalışmaya katılmayı kabul ederseniz, öğrencinizin akran zorbalığı davranışlarına dahil olup olmadığı ve dahil olduysa ne şiddette dahil olduğu belirlenmiş olacaktır. Ayrıca bu sorunun ortadan kaldırılabilmesi için, öğrenciniz ve ailesi ile yapılan poliklinik görüşmelerinde gerekli çözüm önerileri sunulacaktır.

**Gönüllü Katılım ve Seçenekler:** Araştırmaya katılım kesinlikle gönüllülüğe bağlıdır. Bu araştırmaya katılmayı reddetme hakkına sahipsiniz.

**Masraflar:** Bu çalışmada sizden herhangi bir ücret talep edilmeyecektir.

**Zararlar:** Bu çalışmanın size ve öğrencinize herhangi bir zararı yoktur.

**Çalışmaya katılım için öğretmen onayı:** Yukarıdaki bilgiler sorumlu kişi tarafından öğrencim ... aracılığı ile tarafıma ulaştırıldı. Öğretmen bilgilendirilmiş gönüllü olur formunu okudum ve anladım.

‘Metilfenidat tedavisi kullanan dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanımlı çocuk ve ergenlerde tedavinin akran zorbalığına etkisi’ adlı çalışmaya katılmayı kabul ediyorum.

Araştırmaya katılanın adı soyadı  
tarih

imzası

Öğretmenin adı soyadı

imzası

tarih

Araştırmacının adı soyadı  
tarih

imzası



T.C.  
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ  
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU


Sayı: B.30.2.ODM.0.20.08/1181-1222

26.10.2017

Sayın Yrd.Doç.Dr.Yusuf Yasin GÜMÜŞ

Etik Kurulumuza sunmuş olduğunuz **Metilfenidat tedavisi kullanan dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanılı çocuk ve ergenlerde tedavinin akran zorbalığına etkisi** başlıklı OMÜ KAİK 2017/338 Karar nolu Anket çalışması çalışmaları nitelikli araştırma projeniz amaç, gereke, yaklaşım ve yöntemle ilgili açıklamaları açısından Klinik Araştırmalar Etik Kurulu yönergesine göre incelenmiş ve etik açıdan bir sakınca olmadığına, çalışmanın süresi 6 ayı geçerse 6 aylık bildirimlerinin yapılmasına, çalışma tamamlandıktan sonra sonucunun tarafımıza en geç üç(3) ay içerisinde bildirilmesine 28.09.2017 tarihli Etik kurulumuzda oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinize arz/rica ederim.

  
Prof. Dr. Dursun AYGÜN  
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı