



**T.C SAğLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ERENKÖY RUH VE SİNİR HASTALIKLARI
EğTİM VE ARAşTIRMA HASTANESİ**

**DİKKAT EKSİKLİğİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUğU
TANISINDA AKRAN ZORBALIğI ROLLERİ:
ERGENLER VE ANNELERİ**

Dr. Cemre Yaşöz

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL, 2021



**T.C SAğLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ERENKÖY RUH VE SİNİR HASTALIKLARI
EğTİM VE ARAşTIRMA HASTANESİ**

**DİKKAT EKSİKLİğİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUğU
TANISINDA AKRAN ZORBALIğI ROLLERİ:
ERGENLER VE ANNELERİ**

Dr. Cemre Yaşöz

**Tez Danışmanı: Prof. Dr. zalp Ekinci
(TIPTA UZMANLIK TEZİ)**

İSTANBUL, 2021

TEŞEKKÜR

Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda geçirdiğim süre boyunca eğitimime büyük katkıda bulunan, engin bilgi birikimini ve tecrübelerini benden esirgemeyen, sadece iyi bir hekimin değil, aynı zamanda çalışkanlığı ve üretkenliğiyle iyi bir akademisyenin de nasıl olması gerektiğini sayesinde çok iyi öğrendiğim tez danışmanım Prof. Dr. Özalp Ekinci'ye,

Uzmanlık eğitimim süresince kendisinden gerek akademik gerek sosyal anlamda çok şey öğrendiğim, birlikte büyük bir keyifle çalıştığım, desteğini ve güvenini her zaman çok yakından hissettiğim, en zor zamanlarda bile hiç değiştirmedığı güler yüzlü ve sakin tavrını her daim örnek aldığım Dr. İbrahim Adak'a,

Rotasyonum boyunca bana hep evde hissettiren, psikiyatri eğitimimin temellerinin sayelerinde çok sağlam atıldığını düşündüğüm, bilgilerinden, tecrübelerinden çok faydalandığım, bugüne kadar bana her konuda destek olan Prof. Dr. Emrem Beştepe'ye, Doç. Dr. Özay Özdemir'e,

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi'ndeki öğrencilik yıllarımdan beri kendisini her zaman örnek aldığım, bölümümü seçmemdeki etkisi büyük olan, bilgi birikimiyle, hiç tükenmeyen enerjisiyle, iyi niyetiyle, güler yüzüyle, nezaketiyle girdiği her ortamı aydınlatan Prof. Dr. Ayşe Rodopman Arman'a,

Yıllar sonra bana yeniden oyunun kıymetini hatırlatan, kuramsal bilgilerinden ve klinik tecrübelerinden çok yararlandığım, bana bekleyebilmenin, sessizliği anlamının, söze veya eyleme dökülenleri anlamlandırmanın insan hayatını ne denli değiştirebileceğini gösteren Prof. Dr. Levent Kayaalp'e, Ayşegül Salgın'a,

Engin bilgi birikiminden ve klinik tecrübelerinden faydalanma imkânı bulduğum, kendisinden çok şey öğrendiğim Doç. Dr. Vahdet Görmez'e,

Kısa bir süreliğine de olsa kendileriyle çalışma fırsatı bulduğum, bilgilerinden, deneyimlerinden çok faydalandığım Prof. Dr. Medine Yazıcı'ya, Doç. Dr. Rabia Bilici'ye,

Erenköy'e geldiğim ilk günden itibaren birlikte keyifle çalıştığım, çalıştığım süre boyunca da kendisinden çok şey öğrendiğim, en önemlisi mesleğime hangi yoldan yürüyerek devam etmek istediğimi sayesinde fark ettiğim Dr. Yücel Yılmaz'a,

Nöroloji rotasyonumu öğretici olduğu kadar huzurlu ve eğlenceli kılan Prof. Dr. Dilşad Türkdöğen'a, Doç. Dr. Olcay Ünver'e, Dr. Gülten Öztürk Thomas'a, Dr. Sermin Aksoy Özcan'a ve Dr. Hakkı Akbeyaz'a,

Zorlu eğitim sürecini benim için son derece keyifli, mutlu ve huzurlu hale getiren birlikte çalışma fırsatı bulduğum Erenköy'ün tüm asistan ve uzman hekimlerine, hemşirelerine ve personeline,

Birlikte çok şey ürettiğimiz, üretirken de çok eğlendiğimiz, bu uzun ve çok basamaklı yolu rengarenk çiçeklerle süsleyen İÇEPPD 7.Grup'taki yol arkadaşlarım Aslı'ya, Aslı Begüm'e, Ayşen'e, Buse'ye, Ezgi'ye, Gülsen'e, Nur'a, Zehra'ya,

Erenköy sayesinde yollarımızın kesiştiği, tanıdığım için kendimi çok ama çok şanslı hissettiğim, benden desteklerini bir an olsun esirgemeyen dostlarım Dr. Dicle Çetiner Akgül'e, Dr. Sena Aktaş'a, Dr. Fuat Akgül'e,

Birlikte güvenle, sonsuz sevgiyle büyüdüğümüz, varlıkları benim için hep mutluluk ve huzur kaynağı olan canım dostlarım Ayşe Senem Özaradı'ya, Cansu Aras Gökbay'a, Giray Gökbay'a,

Bana güvenerek ruhsallıklarında bir yer açan, birlikte düşünme, çalışma ve oyun oynama fırsatı veren hastalarım ve ailelerine,

Saramago'nun hikayesinde anlattığı gibi, tüm adaların keşfedildiğinin düşünüldüğü bir zamanda Bilinmeyen Ada'nın açık denizlerde kendisini arama yolculuğunda bana eşlik eden Dr. Refhan Balkan Öztürk'e,

Beni bugünlere getiren, şu an olduğum kişi olmamı sağlayan, her daim yanımda olarak bana koşulsuz sevgi ve güven veren, attığım her adımda beni destekleyen en büyük şansım olduklarını düşündüğüm, hissettiğim biricik aileme,

En içten duygularımınla teşekkür ederim.

Cemre Yaşöz

İstanbul, 2021

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	i
İÇİNDEKİLER	i
ÖZET.....	viii
ABSTRACT	x
KISALTMALAR DİZİNİ	xii
TABLolar DİZİNİ	xv
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1. DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU	5
2.1.1. Tanım	5
2.1.2. Tarihçe ve Tanı Ölçütleri	5
2.1.3. Epidemiyoloji.....	10
2.1.4. Etiyoloji.....	12
2.1.4.1. Genetik Faktörler.....	12
2.1.4.2. Nörokimyasal ve Nöroanatomik Faktörler.....	13
2.1.4.3. Nörofizyolojik Faktörler.....	14
2.1.4.4. Çevresel Faktörler.....	15
2.1.4.5. Psikanalitik Yaklaşım	15
2.1.5. Klinik Özellikler	18
2.1.6. Klinik Değerlendirme	20
2.1.7. Eşlik Eden Psikiyatrik Bozukluklar	20
2.1.8. Tedavi.....	21
2.2. AKRAN ZORBALIĞI.....	23

2.2.1. Tanım	23
2.2.2. Tarihçe	24
2.2.3. Epidemiyoloji.....	25
2.2.4. Akran Zorbalığının Sınıflandırılması ve Katılımcı Roller.....	26
2.2.5. Akran Zorbalığı ile İlişkili Faktörler	27
2.2.6. Akran Zorbalığının Değerlendirilmesi.....	29
2.2.7. Akran Zorbalığının Sonuçları.....	30
2.3. DEHB VE AKRAN ZORBALIĞI.....	31
3. GEREÇ VE YÖNTEMLER.....	34
3.1. ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	34
3.2. ARAŞTIRMA ETİK KURUL ONAYI	34
3.3. ARAŞTIRMA ÖRNEKLEMİNİN BELİRLENMESİ	34
3.4. YÖNTEM.....	35
3.5. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	36
3.5.1. Araştırmacı Tarafından Uygulanan Değerlendirme Araçları.....	36
3.5.1.1. Sosyodemografik Veri Formu (EK-4)	36
3.5.1.2. Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli-Türkçe Versiyonu (ÇDŞG-ŞY-T).....	37
3.5.1.3. Hollingshead-Redlich Ölçeği (EK-5)	37
3.5.1.4. Wechsler Çocuklar İçin Zekâ Ölçeği-IV Formu (WISC-IV)...	38
3.5.2. Ergen Tarafından Doldurulan Değerlendirme Araçları.....	38
3.5.2.1. Olweus Öğrenciler için Akran Zorbalığı Anketi: (EK-6).....	38
3.5.2.2. Çocuklar İçin Mizaç ve Karakter Envanteri (J-TCI-R, Junior Temperament and Character Inventory- Revised) (EK-7).....	39
3.5.2.3. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ) (EK-8)	40

3.5.2.4.	Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri 1 ve 2 (State-Trait Anxiety Inventory, STAI-1 ve 2) (EK-9 ve 10)	41
3.5.2.5.	Çocuklar için Depresyon Ölçeği (ÇDÖ) (EK-11).....	42
3.5.3.	Ebeveyn Tarafından Doldurulan Değerlendirme Araçları.....	42
3.5.3.1.	Leuven Algılanan Ana Babalık Ölçeği (LAABÖ) Ebeveyn Sürümü (EK-12).....	42
3.5.3.2.	Mizaç ve Karakter Envanteri (TCI, Temperament and Character Inventory) (EK-13)	43
3.5.3.3.	Ruhsal Belirti Tarama Listesi (SCL-90) (EK-14)	44
3.5.3.4.	Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranış Bozuklukları için DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği (T-DSM-IV-Ö) (EK-15). 44	
3.5.3.5.	Conners Anne-Baba Dereceleme Ölçeği-48 (CADÖ-48) (EK-16)	
	44	
3.6.	İSTATİSTİKSEL DEĞERLENDİRME	45
4.	BULGULAR.....	46
4.1.	Sosyodemografik Verilerden Elde Edilen Bilgiler	46
4.2.	Sosyoekonomik-Sosyokültürel Düzey İle İlgili Bilgiler	49
4.3.	Olweus Akran Zorbalığı Anketi'nden Elde Edilen Bilgiler	49
4.4.	Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranış Bozuklukları için DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği'nden Elde Edilen Veriler.....	60
4.5.	Conners Anne Baba Derecelendirme Ölçeği'nden (CADÖ-48) Elde Edilen Veriler	61
4.6.	Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri 1 ve 2'den (STAI-1 ve 2) Elde Edilen Veriler	63
4.7.	Çocuklar için Depresyon Ölçeği'nden (CDI) Elde Edilen Veriler	64
4.8.	Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği'nden (ÇÇTÖ) Elde Edilen Veriler	
	65	

4.9. Leuven Algılanan Anne Baba Tutumu Ölçeği'nden Elde Edilen Veriler.....	66
4.10. Çocuklar İçin Mizaç ve Karakter Envanteri'nden Elde Edilen Veriler	68
4.11. Mizaç ve Karakter Envanteri'nden Elde Edilen Veriler.....	72
4.12. Ruhsal Belirti Tarama Listesi'nden Elde Edilen Veriler	76
4.13. Binary Lojistik Regresyon Analizi'nde Akran Zorbalığına Karışma ile İlgili Bulunan Değişkenler	77
4.14. Binary Lojistik Regresyon Analizi'nde Akran Zorbalığı Yapma ve Kurban Rolünde Olma ile İlgili Bulunan Değişkenler	78
5. TARTIŞMA	80
6. SONUÇLAR	103
7. KISITLILIKLAR.....	106
8. KAYNAKLAR	107
9. EKLER.....	148
EK-1. Etik Kurul Onayı	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
EK-2. Hasta Bilgilendirme Ve Onay Formu (Ergen)	149
EK-3. Hasta Bilgilendirme Ve Onay Formu (Ebeveyn)	151
EK-4. Sosyodemografik Veri Formu.....	153
EK-5. Hollingshead-Redlich Ölçeği.....	154
EK-6. Olweus Öğrenciler için Akran Zorbalığı Anketi.....	155
EK-7. Çocuklar İçin Mizaç ve Karakter Envanteri (J-TCI-R):	167
EK-8. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ)	171
EK-9. Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri 1 (STAI-1).....	173
EK-10. Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri 2 (STAI-2).....	173
EK-11. Çocuklar için Depresyon Ölçeği (ÇDÖ).....	175

EK-12. Leuven Algılanan Ana Babalık Ölçeği (LAABÖ)-Ebeveyn Sürümü ...	2
EK-13. Mizaç ve Karakter Envanteri (TCI).....	3
EK-14. Ruhsal Belirti Tarama Listesi (SCL-90)	11
EK-15. Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranış Bozuklukları için DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği (T-DSM-IV-Ö).....	13
EK-16. Conners Ana-Baba Dereceleme Ölçeği-48 (CADÖ-48)	14



ÖZET

DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU TANISINDA AKRAN ZORBALIĞI ROLLERİ: ERGENLER VE ANNELERİ

Amaç: Çocukluktan erişkinliğe geçilen bir dönüşüm dönemi, ikinci bir doğum olarak kabul edilen, arkadaşlık ilişkilerinin öneminin arttığı ergenlik döneminde, okullarda çok sık görülen akran zorbalığı davranışı, gelişim sürecine zarar vermektedir. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) tanılı ergenler, akran zorbalığı davranışına normal gelişim gösteren akranlarından daha fazla karışmaktadır. Ancak literatürde DEHB’li ergenlerle ve aileleriyle yapılmış, akran zorbalığı rollerini inceleyen detaylı çalışma sayısı çok azdır. Bu çalışmada DEHB’li ergenlerin akran zorbalığındaki rolleri, DEHB görünümüne, DEHB belirti şiddetine, ergenin ve annesinin mizaç ve karakter özelliklerine, ebeveynlik tutumuna, çocukluk çağı travmalarına, ergenin komorbid psikiyatrik hastalıklarına, annedeki psikiyatrik semptomlara ve ailenin sosyoekonomik-sosyokültürel düzeyine göre incelenmiştir.

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya, DEHB tanısı nedeniyle en az 1 yıldır kliniğimizde tedavi görmekte olan 12-17 yaş arası 134 ergen ve onların anneleri dahil edildi. Zekâ geriliği, uygulanan WISC-IV ve yapılan klinik görüşmeler dikkate alınarak dışlandı. Araştırmacı tarafından Hollingshead-Redich Ölçeği ve sosyodemografik veri formu dolduruldu, Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu’na göre eş tanılar belirlendi. DEHB semptomlarının şiddetini belirlemek için Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranış Bozuklukları için DSM-IV’e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği ve Conners Ana-Baba Dereceleme Ölçeği kullanıldı. Olweus Öğrenciler için Akran Zorbalığı Anketi, Çocuklar İçin Mizaç ve Karakter Envanteri, Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri-1 ve -2, Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği ve Çocuklar için Depresyon Ölçeği ergenler tarafından; Leuven Algılanan Ebeveynlik Ölçeği, Mizaç ve Karakter Envanteri ve Ruhsal Belirti Tarama Listesi anneler tarafından dolduruldu.

Bulgular: Çalışmaya katılan 134 ergenden, 9'u zorba (%6,72), 45'i kurban (%33,58), 31'i zorba-kurban (%23,13) rolündeyken, 49'u zorbalığa karışmamıştı (%36,57). 69 kişinin DEHB'nin dikkat eksikliği baskın görünümü (%51,49), 65 kişinin ise kombine görünümü (%48,51) ile takip edildiği örnekleme; akran zorbalığı yapanlarda kombine tip DEHB daha sık görülmekteydi. Kurbanların ebeveynlerinin yüksek oranda boşanmış, zorbalığa karışmayanların ebeveynlerinin ise evli olduğu saptandı. Zorbalık yapanlarda düşük sosyoekonomik-sosyokültürel düzey daha sıktı. Akran zorbalığına karışmayanlarda okul öncesi eğitim alma oranları yüksekti. Özgül Öğrenme Bozukluğu eş tanısı sıklığı kurbanlarda, Yıkıcı Davranış Bozuklukları eş tanısı sıklığı zorba-kurbanlarda fazlaydı. Akran zorbalığı yapanlarda DEHB semptomları daha şiddeti seyrediyordu. Çocukluk çağı travmaları, depresyon ve anksiyete semptom puanları zorba-kurbanlarda daha yüksekti. Zorbalığa karışmayanların davranışsal denetim ve özerklik desteği sağlayan, duyarlılık gösteren anne baba tutumu puanı yüksek, psikolojik kontrol uygulama puanı düşüktü. Ergenlerin ve annelerinin mizaç ve karakter özellikleri ve annelerin ruhsal belirti şiddeti ergenlerin akran zorbalığındaki rollerini etkilemekteydi.

Sonuç: Çalışmamıza göre, DEHB görünümü, ebeveynlerin birliktelik durumu, ailenin sosyoekonomik-sosyokültürel düzeyi, ergenlerin okul öncesi eğitim alması, eş tanıları, DEHB semptomlarının şiddeti, ihmal ve istismar öyküleri, ergenlerin ve annenin mizaç ve karakter özellikleri, annenin ebeveynlik tutumu ve ruhsal semptomları akran zorbalığı rolleriyle ilişkilidir.

Anahtar kelimeler: DEHB, Akran Zorbalığı, Mizaç, Karakter, Travma, Ebeveynlik Tutumu

ABSTRACT

BULLYING ROLES IN ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER: ADOLESCENTS AND MOTHERS

Aim: In adolescence, which is considered a transformation period from childhood to adulthood and recognized as a second birth, friendships become crucial. Peer bullying, seen frequently in schools, interferes with this period's acquisitions. Adolescents diagnosed with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) are more involved in bullying behavior than their typically developing peers. However, there are not enough detailed studies conducted with the adolescents diagnosed with ADHD and their families, examining the roles in peer bullying. In this study, we examined bullying roles of adolescents with ADHD according to their ADHD presentation, symptom severity, temperament and character traits of the adolescents and their mothers, perceived parental attitude, childhood traumas, comorbid psychiatric disorders, maternal psychiatric symptoms and the socioeconomic-sociocultural status of the family.

Materials and Methods: 134 adolescents, treated at least 1 year in our outpatient clinic with the diagnosis of ADHD, between 12-17 ages and their mothers were included in the study. WISC-IV test as well as clinical interviews were evaluated to rule-out mental retardation. The Hollingshead-Redlich Scale and the sociodemographic data form were completed by the researcher and comorbid diagnoses were determined according to the Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia-Present and Lifetime Version. In order to determine the ADHD symptom severity, parents were asked to fill the Conners Parent Rating Scale and the DSM-IV Based Disruptive Behavior Disorders Screening and Rating Scale. Olweus Peer Bullying Questionnaire for Students, Junior Temperament and Character Inventory, State-Trait Anxiety Inventory-1 and -2 (STAI-1 and -2), Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) and Child Depression Inventory (CDI) were completed by the adolescents; The Leuven Perceived Parenthood Scale, Temperament and Character Inventory, and Symptom Checklist were completed by the mothers.

Results: Out of 134 adolescents participating in the study, 9 were bullies (6.72%), 45 were victims (33.58%), 31 were bully-victims (23.13%), while 49 were not involved in bullying (36%,57). 69 adolescents were followed with inattentive presentation of ADHD (51.49%) and 65 adolescents were followed with combined presentation of ADHD (48.51%) and combined presentation of ADHD was more common in adolescents, who bully their peers. It was determined that the parents of the victims were frequently divorced, and the parents of those who did not participate in the bullying behavior were frequently married. Low socioeconomic-sociocultural status was more common among the adolescents, who bully their peers. The rate of getting pre-school education was higher in those who were not involved in bullying behavior. The rate of Specific Learning Disability comorbidity was higher in victims and the rate of Disruptive Behavior Disorders comorbidity was higher in bully-victims. ADHD symptom severity was higher in those who bully their peers. Childhood trauma, depression, and anxiety symptom scores were higher in bully-victims. The mothers of those who did not engage in bullying behavior, scored higher in parental attitude providing behavioral control, sensitivity, autonomy support, and lower in psychological control. The temperament and character traits of the adolescents and their mothers and the severity of the mothers' psychiatric symptoms affected the bullying roles of adolescents.

Conclusion: According to our study, the presentation of ADHD, the marriage status of the parents, the socioeconomic-sociocultural level of the family, the presence of pre-school education of the adolescents, comorbid diagnoses, ADHD symptom severity, child neglect and abuse experience, temperament and character traits of the adolescents and their mothers, mother's perceived parental attitude and psychological symptoms are associated with the bullying roles of the adolescent.

Keywords: ADHD, Bullying, Temperament, Character, Trauma, Parental Attitude

KISALTMALAR DİZİNİ

5-HTR	: Serotonin Reseptörü
5-HTT	: Serotonin Taşıyıcısı
AACAP	: Amerikan Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Birliği (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry)
AAP	: Amerikan Pediatri Birliği (American Academy of Pediatrics)
ADR	: Noradrenerjik Reseptör
APA	: Amerikan Psikiyatri Birliği
CADÖ-48	: Conners Anne-Baba Derecelendirme Ölçeği-48
CASH	: Comprehensive Assessment of Symptoms and History
COMT	: Catechol-O-methyltransferase
ÇÇTÖ	: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği
ÇDÖ	: Çocuklar için Depresyon Ölçeği
ÇDŞG-ŞY-T	: Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi- Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli- Türkçe Versiyonu
DA	: Dopamin
DAT	: Dopamin Taşıyıcı
DB	: Davranım Bozukluğu
DBH	: Dopamin Beta Hidroksilaz
DEHB	: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu
DEHB-B	: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Bileşik Görünüm
DEHB-D	: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Dikkat Eksikliğinin Baskın Olduğu Görünüm

DEHB-H	: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Hiperaktivite/Dürtüselliğin Baskın Olduğu Görünüm
DRD	: Dopamin Reseptörü
DSM	: Ruhsal Bozuklukların Tanısı ve Sınıflandırılması (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)
DTI	: Diffusion Tensor Imaging
EEG	: Elektroensefalogram
ERP	: Olay İlişkili ya da Uyarılmış Potansiyel (Event-Related Potentials)
Etns	: Trigeminal Sinir Stimülasyonu (Trigeminal Nerve Stimulation System)
FDA	: Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi (U.S. Food and Drug Administration)
J-TCI	: Çocuklar İçin Mizaç ve Karakter Envanteri (Junior Temperament and Character Inventory)
KOKGB	: Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu
LAABÖ	: Leuven Algılanan Ana Babalık Ölçeği
MDB	: Majör Depresif Bozukluk
MPH	: Metilfenidat
MTA	: Multimodal Treatment Study of Children With ADHD
MRI	: Manyetik Rezonans Görüntüleme
NE	: Noradrenalin
NET	: Noradrenalin Taşıyıcı
NSVD	: Normal Spontan Vajinal Doğum
OKB	: Obsesif Kompulsif Bozukluk
OSB	: Otizm Spektrum Bozukluğu
ÖÖB	: Özel Öğrenme Bozuklukları

SCL-90	: Ruhsal Belirti Tarama Listesi-90 (Symptom Check List-90)
SKSED	: Sosyokültürel Sosyoekonomik Düzey
SNAP 25	: Synaptosome Associated Protein 25
SPSS	: Sosyal Bilimler İçin İstatistik Paket Programı
STAI-1 ve 2	: Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri 1 ve 2 (State-Trait Anxiety Inventory)
T-DSM-IV-Ö	: Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranış Bozuklukları için DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği
TCI	: Mizaç ve Karakter Envanteri (Temperament and Character Inventory)
WISC-IV	: Wechsler Çocuklar için Zekâ Ölçeği-IV (Wechsler Intelligence Scale For Children)

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1.	Katılımcıların cinsiyeti, yaşı, kardeş sayısı ve eğitim durumu	47
Tablo 2.	Gebelik süreci, doğum zamanı ve doğum sonrası ile ilgili bilgiler	48
Tablo 3.	Katılımcıların sosyoekonomik-sosyokültürel düzeyi	49
Tablo 4.	Katılımcıların cinsiyetlerine göre akran zorbalığındaki rolleri.....	50
Tablo 5.	Katılımcıların DEHB görünümüne göre akran zorbalığındaki rolleri	51
Tablo 6.	Katılımcıların eş tanılarına göre akran zorbalığındaki rolleri.....	52
Tablo 7.	Katılımcıların ebeveynlerinin medeni durumuna göre akran zorbalığındaki rolleri.....	53
Tablo 8.	Katılımcıların okul öncesi eğitim durumuna göre akran zorbalığındaki rolleri.....	53
Tablo 9.	Katılımcıların sosyoekonomik-sosyokültürel düzeylerine göre akran zorbalığındaki rolleri.....	54
Tablo 10.	Katılımcıların okul sevgisine göre akran zorbalığındaki rolleri	55
Tablo 11.	Katılımcıların sınıftaki yakın arkadaş sayısına göre akran zorbalığındaki rolleri.....	55
Tablo 12.	Katılımcıların maruz kaldıkları akran zorbalığı türleri.....	57
Tablo 13.	Katılımcıların yaptıkları akran zorbalığı türleri.....	57
Tablo 14.	Katılımcılara zorbalık yapan öğrencilerin sınıfları, cinsiyetleri, sayıları, zorbalığın süresi ve katılımcıların zorbalığı bildirdikleri kişiler	59
Tablo 15.	Katılımcıların başka bir öğrenciye akran zorbalığı yapıldığına tanık olduklarında hissettikleri/düşündükleri şeyler ve öğretmenlerin ve diğer öğrencilerin akran zorbalığını durdurma sıklıkları.....	60

Tablo 16.	Akran zorbalığı rollerinin Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranış Bozuklukları için DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği'ne göre incelenmesi	61
Tablo 17.	Akran zorbalığı rollerinin Conners Anne Baba Derecelendirme Ölçeği'ne göre incelenmesi	62
Tablo 18.	Akran zorbalığı rollerinin Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri'ne göre incelenmesi	63
Tablo 19.	Akran zorbalığı rollerinin Çocuklar için Depresyon Ölçeği'ne göre incelenmesi	64
Tablo 20.	Akran zorbalığı rollerinin çocukluk çağı travmalarına göre incelenmesi	65
Tablo 21.	Akran zorbalığı rollerinin Leuven Algılanan Anne Baba Tutumu Ölçeği'ne göre incelenmesi	67
Tablo 22.	Akran zorbalığı yapanlar ve zorbalığa karışmayanların Leuven Algılanan Anne Baba Tutumu Ölçeği'ne göre incelenmesi	67
Tablo 23.	Akran zorbalığı rollerinin Çocuklar İçin Mizaç ve Karakter Envanteri'nin mizaç boyutuna göre incelenmesi.....	70
Tablo 24.	Akran zorbalığı rollerinin Çocuklar İçin Mizaç ve Karakter Envanteri'nin karakter boyutuna göre incelenmesi	71
Tablo 25.	Akran zorbalığı rollerinin Mizaç ve Karakter Envanteri'nin mizaç boyutuna göre incelenmesi	74
Tablo 26.	Akran zorbalığı rollerinin Mizaç ve Karakter Envanteri'nin karakter boyutuna göre incelenmesi	75
Tablo 27.	Akran zorbalığı rollerinin Ruhsal Belirti Tarama Listesi'ne göre incelenmesi	77
Tablo 28.	Binary Lojistik Regresyon Analizi'nde Akran Zorbalığına Karışma ile İlişkili Bulunan Değişkenler	78
Tablo 29.	Binary Lojistik Regresyon Analizi'nde Akran Zorbalığı Yapma ve Kurban Rolünde Olma ile İlgili Bulunan Değişkenler	79

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB), sosyal, akademik, mesleki alanlardaki etkinlikleri olumsuz etkileyen; kişinin içinde bulunduğu gelişimsel düzeyle uyuşmayacak ağırlıkta, dikkatsizlik, hiperaktivite ve dürtüsellik belirtileri ile seyreden; çocukluk çağında başlayan ve ömür boyu sürebilen nörogelişimsel bir bozukluktur (APA,2013; Spetie & Arnold, 2018). DEHB ile ilgili pek çok araştırma yapılmış ve meta-analiz sonuçlarına göre dünyadaki ortalama görülme sıklığı %5,29-7,1 olarak tespit edilmiştir (Polanczyk ve ark, 2007; Willcutt, 2012). DEHB semptomlarının yol açtığı sorunlar; dikkat eksikliği ve hiperaktivite-dürtüsellik olmak üzere iki boyutta seyreder, belirtiler yaşla birlikte değişir ve gelişir (Bernfeld, 2012).

Ergenlik, bedensel, ruhsal, toplumsal alanda hızlı bir değişme, büyüme, dönüşme, başkalaşma ve yeniden yapılanma dönemidir. Bu dönemde süperego yeniden yapılır, ayrışma-bireyleşme süreçleri devam eder, preödipal ve ödipal çatışmalar yeniden gündeme gelir, dürtüler şiddetlenir, motor etkinlik artar. Françoise Dolto, ergenliğin ikinci bir doğum, çocukluktan erişkinliğe geçilen bir dönüşüm dönemi olduğunu söyler. Bu nedenle de ergenler tıpkı yeni doğanlar gibi kırılgan, zayıf ve duyarlıdırlar ve bu dönemdeki yaralanmaların izlerini yaşamları boyunca taşırlar (Parman, 2000; Odağ, 2005).

Ergenlik döneminde arkadaşlara verilen önem giderek artar; hatta arkadaşlık ilişkileri ebeveynle kurulan ilişkilerin yerini alır. Ebeveynlerden ayrılmaya başlayan ergenler, dürtülerinden kaynaklanan değişim süreçlerini yürütmek, yeni ego fonksiyonları ve yeni değerler kazanmak için, bu süreçleri kolaylaştıran, destekleyen akranlara ihtiyaç duyarlar. Böylece bireyselliğe gelişme, nesne ve kendilik tasarımlarına da değişme imkânı tanınmış olur.

Okul ve okulda kurulan ilişkiler, ergenlerin sosyal, fiziksel, bilişsel, duygusal gelişimleri için ve ileride sağlıklı, bağımsız birer yetişkin olabilmeleri açısından önemlidir (Santrock, 2001; Farmer & Xie, 2007). Toplumsal yaşama hazırlanmanın zorunlu geçiş yeri olarak kabul edebileceğimiz okullarda, saldırganlığa, zorbalık davranışlarına maruz kalan, tanık olan ve hatta katılan ergenlerde fiziksel ve psikolojik gelişim olumsuz etkilenebilmektedir.

Akran zorbalığı, bir kişiye bilinçli olarak zarar verme amacı taşıyan, zorba ve mağdur arasında asimetrik bir güç ilişkisinin bulunduğu, zamansal sürekliliğe sahip olan, saldırganca bir davranış şeklidir (Olweus 1973; Olweus, 1993; Smith ve ark, 2012). Farklı metodolojilere sahip çeşitli araştırmalarda prevalansı %9-54 gibi geniş bir aralıkta saptanan akran zorbalığı, fiziksel, sözel, ilişkisel/sosyal, cinsel ve siber-zorbalık kategorilerinde incelenebilir (Nansel ve ark, 2004). Zorbalığa maruz kalan kişiler “kurban”, zorbalık yapanlar “zorba”, hem zorbalık yapan hem zorbalığa maruz kalan kişiler ise “zorba-kurban” olarak adlandırılmaktadır (Olweus, 1993). Ergenlerin akran zorbalığına dahil olma sıklığını, akran zorbalığındaki rollerini ve dahil oldukları zorbalığın türünü pek çok bireysel, ailesel ve toplumsal faktör etkilemektedir.

Tipik gelişim gösteren akranlarıyla kıyaslandığında, yaşamlarının her döneminde, pek çok alanda, çeşitli sorunlar yaşayan DEHB’li ergenlerin okulda da akranları tarafından daha sık dışlandığı, yakın arkadaşlık ilişkisi kurmakta ve sürdürmekte zorlandıkları, akran desteklerinin daha az olduğu, kolaylıkla kışkırtılabildikleri görülmektedir (Hoza ve ark, 2005; Cook ve ark, 2010; Roy ve ark, 2015). Çeşitli çalışmalarda DEHB’li ergenlerin daha sık akran zorbalığı yaptıkları ve daha sık zorbalık mağduru oldukları bildirilmiştir (Fite ve ark., 2014).

Geçmişte yapılan araştırmaların çoğu özellikle DEHB tanılı çocuklarda akran zorbalığına odaklanmış olsa da bu sorunlar ergenlik döneminde de önemini korumaya devam etmekte ve bazı olgularda ilk defa ergenlik döneminde ortaya çıkmaktadır (Polanczyk ve ark, 2015; Zych ve ark, 2015; 2020a; 2020b). Ergenliğin akran ilişkilerinin doğasının ve değerinin değiştiği, önemli sosyal, bilişsel ve fiziksel değişimlerin yaşandığı bir dönem olması nedeniyle, bu dönemdeki akran sorunlarının dinamikleri ve bu sorunların DEHB ile ilişkileri ergenlik döneminde yeniden ele alınmalı ve dikkatle değerlendirilmelidir (Rapee ve ark, 2019).

DEHB tanısı olan her ergen akran zorbalığı yapmamakta ya da zorbalığa maruz kalmamaktadır. DEHB’li ergenlerde akran zorbalığına karışma riskini artıran veya azaltan çeşitli faktörler olabilir. DEHB’li ergenlerde herhangi bir rolde yer alarak akran zorbalığına karışmanın önlenmesi veya zorbalığa müdahale edilebilmesi için bu popülasyonda akran zorbalığı ile ilişkili faktörleri değerlendiren daha fazla araştırmaya ihtiyaç duyulmaktadır.

Bu çalışmada en az 1 yıldır DEHB tanısı ile tedavi gören ergenlerde akran zorbalığındaki roller, DEHB görünümüne, semptom şiddetine, ergenin ve annesinin mizaç ve karakter özelliklerine, ebeveynlik tutumuna, çocukluk ağı travmalarına, komorbid tanılara, annedeki psikiyatrik semptomların şiddetine ve ailenin sosyoekonomik-sosyokültürel düzeyine göre incelenmiştir.

Literatür incelendiğinde DEHB tanısı ile tedavi görmekte olan ergenlerde zorbalık; ergenin ve annesinin mizaç ve karakter özelliklerine, annedeki psikiyatrik semptomlara, çocukluk ağı travmalarına göre araştırılmamıştır. Bu konunun araştırılması ocuk psikiyatrisi polikliniklerinde tedavi gören DEHB’li ergenlerin yaptığı ve/veya maruz kaldığı akran zorbalığının daha iyi anlaşılmasına ve buna yönelik müdahale programlarının geliştirilmesine; ayrıca zorbalık rollerine yatkınlık yaratan etkenlerin bilinmesiyle zaten dezavantajlı olan bu grubun, zorbalığın olası olumsuz tıbbi ve ruhsal sonuçlarından korumasına hizmet edecek stratejilerin geliştirilmesine yardımcı olacaktır.

Çalışmanın Temel Hipotezleri:

1. Akran zorbalığı davranışında zorba ve zorba-kurban rolündeki DEHB’li ergenlerde bileşik görünüm, kurban rolündekilerde ise dikkat eksikliği baskın görünüm diğer görünümlerden daha sıktır.
2. Akran zorbalığı yapmayan DEHB’li ergenler, yapanlarla karşılaştırıldığında; “Kendini Yönetme” ve “İş Birliği Yapma” karakter özelliği puanları daha yüksek, “Yenilik Arayışı” ve “Ödül Bağımlılığı” mizaç özelliği puanları daha düşüktür.
3. Akran zorbalığına karışmayan DEHB’li ergenler, akran zorbalığı yapanlarla kıyaslandığında; duyarlı, özerklik desteği ve davranışsal denetim sağlayan ebeveyn tutumu puanları daha yüksek; psikolojik kontrol uygulayan ebeveyn tutumu puanı daha düşüktür.
4. Akran zorbalığına karışmayan DEHB’li ergenlerin annelerinin psikiyatrik semptom puanları diğerlerinden daha düşüktür.
5. Akran zorbalığı yapan DEHB’li ergenler, Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği’nden, akran zorbalığı yapmayanlara göre daha yüksek puan almıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU

2.1.1. Tanım

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB), sosyal, akademik, mesleki alanlar ile ilgili etkinlikleri olumsuz etkileyen, bireyin gelişimsel düzeyiyle uyuşmayacak ağırlıkta dikkatsizlik ve/veya aşırı hareketlilik (hiperaktivite) ve dürtüsellik belirtileri ile seyreden nörogelişimsel bir bozukluktur (APA,2013).

2.1.2. Tarihçe ve Tanı Ölçütleri

Dikkat Eksikliği Hiperaktive Bozukluğu'nun tarihçesine bakıldığında bozukluğun yaklaşık 300 yıldır pek çok hekim, yazar, felsefeci tarafından araştırıldığı, anlaşılmaya ve tanımlanmaya çalışıldığı görülür.

“Dikkat Eksikliği” terimi ilk defa 1775 yılında Alman felsefeci ve hekim Dr. Melchior Adam Weikard tarafından yayınlanan tıp kitabında ayrı bir bölüm olarak kendine yer bulmuştur. 1798 yılına gelindiğinde İskoçyalı hekim ve yazar Sir Alexander Crichton “An Inquiry Into The Nature And Origin Of Mental Derangement: Comprehending A Concise System Of The Physiology And Pathology Of The Human Mind And A History Of The Passions And Their Effects” (Zihinsel Düzensizliğin Doğası ve Kökeni Hakkında Bir Araştırma: İnsan Zihninin Fizyolojisinin ve Patolojisinin Özlü Sistemini ve Tutkuları ve Etkilerinin Tarihçesini Kavramak) isimli kitabının “Dikkat” adlı bölümünde çocuklarda görülen huzursuzluk, dikkat ve odaklanma sorunlarını ele almış, bu sorunların okul performansına olumsuz etkilerinden bahsetmiş ve “Zihinsel Huzursuzluk” kavramını ortaya atmıştır (Palmer & Finger, 2001). Frankfurt'ta açılan ilk akıl hastanesinin de kurucusu olan yazar ve hekim Dr Heinrich Hoffmann, 3 yaşındaki oğlu Carl Philipp için 1846 yılında kaleme aldığı "Der Struwwelpeter" adlı resimli çocuk kitabında, hikayelerinin kahramanları ile DEHB'nin tipik belirtilerini tasvir etmiştir (Dobson, 2004).

Britanyalı çocuk hekimi Sir George Still, 1902’de “Ahlaki Yetersizlik” (Moral Defect) olarak adlandırdığı klinik tablonun özelliklerini gösteren 43 olgudan oluşan bir vaka serisini Lancet’te yayınlamıştır. Bu DEHB’nin günümüzdeki tanımına benzer, sistematik bir şekilde ele alındığı ilk yayındır. Still, klinik tablonun özelliklerini zekâ sorunu olmadığı halde davranışların sonuçlarından öğrenememe, dikkati sürdürmede ve kendini kontrol etmede zorluk, saldırganlık ve aşırı derecede duyarlılık olarak tanımlamıştır (Barkley, 2006). Bozukluğun çoğu olguda kronik seyir gösterdiğini ve biyolojik bir sorun sonucu geliştiğini bildirmiştir.

1907’de İspanyol bir hekim olan Augusto Vidal Perera, ilk çocuk psikiyatrisi dergisini çıkarmış ve burada okul çağı çocuklarındaki dikkatsizliğin ve hiperaktivitenin etkilerini anlatmıştır. 1917’de İspanyol nörolog ve psikiyatr Gonzalo Rodriguez-Lafora çocuklarda görülen DEHB semptomlarını tarif etmiş ve bunların genetik bir beyin hasarından kaynaklandığını söylemiştir. 1932 yılında Franz Kramer ve Hans Pollnow DEHB benzeri bir sendrom tanımlamış ve “Hiperkinetik Bozukluk” olarak adlandırmıştır. Bu terim daha sonra Dünya Sağlık Örgütü tarafından da benimsenmiştir (Faraone ve ark, 2021).

Birinci Dünya Savaşı’nı izleyen yıllarda tüm dünyayı etkileyen viral ensefalit (Von Economo Hastalığı veya Ensefalitis Letarjika) salgınından etkilenen ve hayatta kalan çocukların bazılarında bilişsel bir bozulma olmadan, dikkatsizlik, öğrenme sorunları, antisosyal davranışlar, sinirlilik, duygusal labilite, hiperaktivite ve dürtüsellik görüldüğü saptanmış ve bu davranışsal sekellere “Ensefalit Sonrasında Gelişen Davranış Bozuklukları” adı verilmiştir (Reid ve ark, 2001; Hohman, 1922). Ağır beyin hasarının ciddi davranış sorunlarına neden olabileceğinin gösterilmesinin ardından benzer bir ilişki hafif beyin hasarları (Minimal Beyin Hasarı) ve daha hafif davranış sorunları arasında da kurulmuştur (Sandberg ve Barton 2002).

1960’larda ise vakaların çoğunda beyin hasarı saptanamaması nedeniyle bu durumun “Minimal Beyin Disfonksiyonu” olarak adlandırılmasının daha doğru olacağı belirtilmiştir. 20. Yüzyıl’ın ikinci yarısında kullanılan diğer tanımlamalar ise şunlardır: Hiperkinezi, Hiperaktivite, Hiperaktif Dürtü Sendromu, Psikonörolojik Entegrasyon Eksikliği ve Psödonevroz (Spetie & Arnold, 2018).

Bozukluk ilk defa, 1968’de çocukluk dönemi bozukluklarını reaksiyonlar olarak tanımlayan DSM-II’de (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Ruhsal Bozuklukların Tanısı ve Sınıflandırılması) “Çocukluğun Hiperkinetik Reaksiyonu” olarak adlandırılmış, dikkat ile ilgili sorunlar, kolay uyarılabilirlik ve hiperaktivite tanımlamaya dahil edilmiştir. Ayrıca bozukluğun beyin hasarından kaynaklanmadığı da belirtilmiştir (APA, 1968).

1980 yılında DSM-III’ün yayınlanması ile birlikte, davranışın nedenlerine yapılan vurgu, yerini bozukluğun bilişsel ve gelişimsel yönünün vurgulanmasına bırakmış, hastalığın belirtiye dayalı olarak tanımlanması tercih edilmiştir. Özellikle dikkat eksikliği ön plana çıkarılmış ve adlandırmada “Dikkat Eksikliği Bozukluğu” kullanılmıştır. Bununla birlikte hiperaktivitesi olan ve olmayan olarak iki alt gruba ayrılmıştır (APA, 1980).

1987’de DSM-III-R’de hiperaktivite olmadan görülen dikkat eksikliğinin tanı koydurmaya yeterli olmayacağı belirtilerek, günümüzde de kullanılan “Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu” adlandırması kullanılmaya başlanmış ve tanı kategorisi dikkatsizlik, hiperaktivite ve dürtüsellik olarak belirlenmiştir. Bu 3 alana ait 14 belirti sıralanmış ve tanı için 14 belirtiden en az 8 tanesinin, en az 6 ay süreyle bulunması şartı getirilmiştir. Ayrıca bozukluk için hafif, orta, ağır olmak üzere üç ağırlık derecesi belirlenmiştir (APA, 1987).

1994’te yayınlanan DSM-IV’te ise DEHB ismi korunarak bozukluk “Genellikle İlk Kez Bebeklik, Çocukluk ya da Ergenlik Döneminde Tanısı Konan Bozukluklar” kategorisinde, “Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranış Bozuklukları” başlığı altında yer almıştır. Belirti sayısı 14’ten 18’e çıkarılmış ve dikkatsizlik ve hiperaktivite-dürtüsellik olarak iki belirti kümesine ayrılmıştır. Bu kümelerden her birinde 9 belirti bulunur. DEHB tanısı için iki alandan en az birinde, en az 6 belirtinin, en az 6 ay süreyle bulunması, 7 yaşından önce başlaması, birden fazla ortamda görülmesi ve işlevsellikte belirgin bozulmaya neden olması şartı getirilmiştir. Bozukluk, dikkat eksikliğinin önde geldiği alt tip, hiperaktivite-dürtüsellik önde geldiği alt tip ve bileşik alt tip olmak üzere üçe ayrılmıştır (APA, 1994).

2013’te yayınlanan DSM-V’e gelindiğinde DEHB’nin yaşam boyu süren bir bozukluk olduğu vurgulanarak bazı değişiklikler yapılmıştır. 17 yaşından büyük

olgularda DEHB tanısı için 6 belirti yerine 5 belirtinin yeterli olduğu kabul edilmiştir. Bozukluk “Nörogelişimsel Bozukluklar” kategorisine taşınmış, başlangıç yaşı 7’den 12’ye çıkarılmış, “alt tip” kavramı “görünüm” kavramı ile değiştirilmiş ve Otizm Spektrum Bozukluğu (OSB) dışlama ölçütü olmaktan çıkarılmıştır. DEHB’nin DSM-V’e göre günümüzde kabul gören tanı ölçütleri aşağıdadır (APA, 2013):

A. Gelişimsel düzeye uygun olmayan ve toplumsal ve okulla/işle ilgili etkinlikleri doğrudan olumsuz etkileyen, dikkatsizlik ve/veya aşırı hareketlilik-dürtüsellik örüntülerinden aşağıdaki altı ya da daha çok belirti en az altı aydır sürmektedir:

1. Dikkatsizlik:

- a. Çoğu kez ayrıntılara özen göstermez ya da okul çalışmalarında, işte ya da etkinlikler sırasında dikkatsizce yanırlar yapar.
- b. Çoğu kez iş yaparken ya da oyun oynarken dikkatini sürdürmekte güçlük çeker.
- c. Çoğu kez doğrudan kendisine doğru konuşulurken, dinlemiyor gibi görünür.
- d. Çoğu kez verilen yönergeleri izlemez ve okulda verilen görevleri, sıradan günlük işleri ya da işyeri sorumluluklarını tamamlayamaz.
- e. Çoğu kez işleri ve etkinlikleri düzene koymakta güçlük çeker.
- f. Çoğu kez sürekli bir zihinsel çaba gerektiren işlerden kaçınır, bu tür işleri sevmez.
- g. Çoğu kez işi ya da etkinlikleri için gerekli nesneleri kaybeder.
- h. Çoğu kez dış uyaranlarla dikkati kolaylıkla dağılır.
- i. Çoğu kez günlük etkinliklerinde unutkanlır.

2. Aşırı hareketlilik ve dürtüsellik:

- a. Çoğu kez kıpırdanır ya da ellerini ya da ayaklarını vurur ya da oturduğu yerde kıvrınır.
- b. Çoğu kez oturmasının beklendiği durumlarda oturduğu yerden kalkar.

- c. Çoğu kez uygunsuz ortamlarda, ortalıkta koşturur durur ya da bir yerlere tırmanır. (Not: Yaşı ileri gençlerde ve erişkinlerde, kendini huzursuz hissetmekle sınırlı olabilir.)
 - d. Çoğu kez boş zaman etkinliklerine sessiz bir biçimde katılamaz ya da sessiz bir biçimde oyun oynayamaz.
 - e. Çoğu kez her an hareket halindedir, kışına bir motor takılmış gibi davranır.
 - f. Çoğu kez aşırı konuşur.
 - g. Çoğu kez sorulan soru tamamlanmadan yanıtını yapıştırır.
 - h. Çoğu kez sırasını bekleyemez.
 - i. Çoğu kez başkalarının sözünü keser ya da araya girer.
- B.** On iki yaşından önce birkaç dikkatsizlik ya da aşırı hareketlilik-dürtüsellik belirtisi olmuştur.
- C.** Birkaç dikkatsizlik ya da aşırı hareketlilik-dürtüsellik belirtisi iki ya da daha çok ortamda vardır.
- D.** Bu belirtilerin, toplumsal, okulla ya da işle ilgili işlevselliği bozduğuna ya da işlevselliğin niteliğini düşürdüğüne ilişkin açık kanıtlar vardır.
- E.** Bu belirtiler, yalnızca, şizofreni ya da psikozla giden başka bir bozukluğun gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır ve başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz.

Olup olmadığını belirtiniz:

- **314.01 (F90.2) Bileşik Görünüm:** Son altı ay içinde, hem A1 (dikkatsizlik), hem de A2 (aşırı hareketlilik/dürtüsellik) tanı ölçütleri karşılanmıştır.
- **314.00 (F90.0) Dikkatsizliğin Baskın Olduğu Görünüm:** Son altı ay içinde, A1 tanı ölçütü karşılanmıştır, ancak A2 tanı ölçütü karşılanmamıştır.
- **314.01 (F90.1) Aşırı Hareketliliğin/Dürtüsellüğün Baskın Olduğu Görünüm:** Son altı ay içinde, A2 tanı ölçütü karşılanmıştır, ancak A1 tanı ölçütü karşılanmamıştır.

Varsa belirtiniz:

- **Tam Olmayan Yatışma Gösteren:** Daha önceden bütün tanı ölçütleri karşılanmış olmakla birlikte, son altı ay içinde bütün tanı ölçütlerinden daha azı karşılanmıştır ve belirtiler bugün için de toplumsal, okulla ya da işle ilgili işlevsellikte bozulmaya neden olmaktadır.

O sıradaki ağırlığını belirtiniz:

- **Ağır Olmayan:** Tanı koymak için gerekli belirtilerden, varsa bile, biraz daha çoğu vardır ve belirtiler toplumsal ya da işle ilgili işlevselliği çok az bozmaktan öteye gitmemiştir.
- **Orta Derecede:** Belirtiler ya da işlevsellikte bozulma “ağır olmayan”la “ağır” arasında orta bir yerdedir.
- **Ağır:** Tanı koymak için gerekli belirtilerden çok daha çoğu ya da birkaç özellikle ağır belirti vardır ya da belirtiler toplumsal ya da işle ilgili işlevselliği ileri derecede bozmuştur.

2.1.3. Epidemiyoloji

Çocukluk çağının en sık görülen bozukluklarından biri olan DEHB’nin sıklığı ile ilgili pek çok araştırma yapılmış ve bu çalışmalarda birbirinden oldukça farklı sonuçlar elde edilmiştir. DEHB sıklığının %1-27 arasında olduğunu bildiren farklı epidemiyolojik çalışmalar literatürde mevcuttur. Sonuçların bu kadar geniş bir spektrumda yer almasının, araştırmaların yapıldığı bölgelerin, örneklem seçimlerinin, bilgi alınan kaynakların ve tanı koymak için kullanılan ölçütlerin farklılığından kaynaklandığı düşünülmektedir (Faraone ve ark, 2003; Polanczyk ve ark, 2007).

Ocak 1978’den Aralık 2005’e kadar yapılmış, 171.756 olguyu ve 102 araştırmayı kapsayan bir meta-analiz çalışmasında DEHB’nin dünyadaki ortalama prevalansı %5,29 olarak saptanmıştır (Polanczyk ve ark, 2007). 1994-2010 yılları arasında yapılmış olan, 97 araştırmanın ve 177.800 olgunun dahil edildiği başka bir meta-analiz çalışmasında ise DEHB’nin dünyadaki prevalansı %5,9-7,1 olarak

saptanmıştır (Willcutt, 2012). Çalışmaların arasındaki bu farklılıkların metodolojik farklılıklardan kaynaklandığı belirtilmiştir (Polanczyk ve ark, 2007; Willcutt, 2012).

Yetişkinlerle yapılan çalışmalarda ise bu oranın sosyoekonomik düzeyi yüksek olan ülkelerde %4,4, sosyoekonomik düzeyi düşük olan ülkelerde %1,9 ve tüm dünyada ortalama %3,4 olduğu bildirilmiştir (Lara ve ark, 2009). 13 ülkede yapılan 20 çalışmayı kapsayan başka bir meta-analiz çalışmasında ise DEHB kriterlerini karşılayan erişkinlerin oranı %2,8 olarak saptanmıştır (Fayyad ve ark, 2017).

DEHB sıklığı cinsiyetlere göre de farklılık göstermektedir. Toplumsal temelli epidemiyolojik çalışmalarda Erkek:Kız oranı yaklaşık 2:1 iken, klinik çalışmalarda bu oran 3:1-5:1 ve hatta 9:1 olarak saptanmıştır. Kızlar kliniğe daha çok dikkat sorunları, depresyon, anksiyete gibi internalizasyon problemleri ile başvururken, erkekler daha çok davranış sorunları göstermektedir. Erkek cinsiyet, düşük sosyoekonomik düzey ve küçük yaş DEHB sıklığının fazla görülmesi ile ilişkilidir (Spetic & Arnold, 2018; Willcutt, 2012). Yetişkinlerle yapılan çalışmalarda ise, DEHB’de Kadın:Erkek oranının birbirine daha yakın olduğu tespit edilmiştir (Spetic & Arnold, 2018).

Okul öncesi grupta hiperaktivite görülme sıklığı birinci basamak tedavi hizmetlerine başvuranlarda %2, çocuk psikiyatrisi kliniklerine başvuranlarda %59 olarak saptanmıştır (Connor, 2002). Hiperaktivite semptomları yaşla birlikte azalma eğilimindedir. İlkokul çocuklarında DEHB’nin kombine görünümü daha sık görülmekte, DEHB’nin dikkat eksikliği baskın görünümünün sıklığı ise ortaokul ve lise döneminde artış göstermektedir. Çocukluğunda DEHB tanısı almış olguların %60’ında yetişkinlik döneminde de bazı semptomların, özellikle emosyonel semptomların devam ettiği ve işlevsellikte sorunlara yol açtığı görülmektedir (Spetic & Arnold, 2018).

Ülkemizde 1500 öğrencinin dahil edildiği bir araştırmada ilkokul öğrencilerinde ikinci sınıftan başlanarak DEHB prevalansının boylamsal olarak belirlenmesi amaçlanmıştır. DSM-IV tanı ölçütleri kullanılarak yapılan bu araştırmanın sonuçlarına göre; DEHB prevalansı ilk yıl için %13,38, ikinci yıl için %12,91, üçüncü yıl için %12,22 ve dördüncü yıl için %12,91 olarak saptanmıştır (Ercan ve ark, 2013). Sivas’ta yaşları 6-15 arasında değişen 1425 öğrencinin dahil edildiği bir çalışmada DEHB sıklığı %8,1 bulunmuştur (Erşan ve ark, 2004).

2.1.4. Etiyoloji

Araştırmalarda pek çok faktörün DEHB ile ilişkisi gösterilmişse de hiçbir etkenle DEHB arasında doğrusal bir neden-sonuç ilişkisi kurulamamıştır. Bugün için DEHB'nin, çeşitli etkenlerin etkileşiminden kaynaklanan, kompleks bir etiyolojiye sahip nörogelişimsel bir bozukluk olduğu kabul edilmektedir.

2.1.4.1. Genetik Faktörler

DEHB'de genetik geçişin önemi ilk defa 1970'lerde Cantwell, Morrison ve Stewart tarafından dile getirilmiştir (Cantwell, 1972; Morrison & Stewart, 1974). Bugüne kadar yapılan aday gen, genom, ikiz, aile ve evlat edindirme çalışmalarında DEHB'nin güçlü bir genetik geçişe sahip bir bozukluk olduğu gösterilmiştir.

Aile çalışmalarında, kontrol gruplarıyla karşılaştırıldıklarında, DEHB tanısı almış çocukların kardeşlerinde ve ebeveynlerinde DEHB görülme olasılığının 2-8 kat arttığı gösterilmiştir (Faraone & Biederman, 2000). Yapılan ikiz ve evlat edindirme çalışmalarının sonucunda genetik geçişin yaklaşık %75 olduğu bildirilmiştir (Coolidge ve ark, 2000; Rietveld ve ark, 2004; Faraone & Larsson, 2019).

Ailelerden ve öğretmenlerden alınan bilgiler doğrultusunda DEHB tanısı koyulduğunda genetik geçiş %70-80 civarında saptanırken (Nikolas & Burt, 2010), öz bildirim ölçeklerinin kullanıldığı çalışmalarda bu oran %50'den düşük bulunmuştur (Haberstick ve ark, 2008; Boomsma ve ark, 2010; Brikell, 2015; Larsson ve ark, 2013). Genetik geçişin, cinsiyetler arasında ve bozukluğun dikkat eksikliği ve hiperaktivite-dürtüsellik bileşenlerinde benzer olduğu gösterilmiştir (Nikolas & Burt, 2010; Larsson ve ark, 2006; McLoughlin ve ark, 2007).

DEHB tanısı almış bireylerin geldiği ailelerle yapılan çalışmalarda bazı kromozomal bölgelerin DEHB ile bağlantılı olabileceği saptanmıştır. Bunlar; 5p12, 10q26, 12q23, 16p13, 15q15, 7p13, 9q33, 8q12, 11q23, 4q13, 17p11, 12q23 ve 8p23'tür (Fisher ve ark, 2002; Arcos ve ark, 2004; Spetie & Arnold, 2018).

Moleküler genetik çalışmaları en çok dopaminerjik, noradrenerjik, serotonerjik ve kolinerjik sistemlerin işlev bozukluklarına odaklanmıştır. DEHB etiyolojisi üzerinde en çok durulan genler; dopamin taşıyıcı geni DAT, dopamin reseptörü genleri

DRD2, DRD3, DRD4, DRD5, DRD7, serotonin taşıyıcı geni 5-HTT, serotonin reseptör genleri 5HT2A, HTR1B, dopamin beta hidroksilaz geni DBH, SNAP 25, COMT, noradrenerjik reseptör genleri ADRA2A, ADRA1C, ADRA2C'dir (Spetie & Arnold, 2018). Başta DRD4 ve DAT1 olmak üzere bahsi geçen aday genlerden dopaminerjik olanların en yüksek etki boyutuna sahip olduğu gösterilmiş olsa da hiçbirinin tek başına DEHB'yi açıklamaya yetmediği, genetik yatkınlık düzeyinin artışıyla birlikte, çevresel ve biyolojik etkenler arasındaki ilişkinin hastalığın meydana gelmesine neden olduğu düşünülmektedir (Ercan ve ark, 2015).

2.1.4.2. Nörokimyasal ve Nöroanatomik Faktörler

DEHB'nin katekolaminerjik işlev bozukluğundan kaynaklandığı düşünülmekte olup, temel olarak dopaminerjik sistem, indirekt olarak da noradrenerjik sistem bu bozukluktan sorumlu tutulmaktadır. Ayrıca bazı araştırmacılar serotonerjik sistemin saldırganlıkla ilişkisi sebebiyle DEHB ile de bağlantılı olabileceğini ileri sürmüşlerdir (Mukaddes, 2015).

DEHB'de yürütücü işlevlerle ilgili sorunlar görülmektedir. Başlama, devam ettirme, baskılama, öncelik sırası belirleme ve organize etme becerilerini kapsayan yürütücü işlevler, frontal lob hasarı olan hastalarla yapılan çalışmalar sayesinde anlaşılmaya başlanmıştır. Prefrontal korteksinde hasar olan hastaların semptomları ile DEHB semptomları arasında benzerliklerin bulunması, araştırmacıları DEHB etiyolojisinde yapısal beyin anomalilerini araştırmaya yönlendirmiştir (Mattes, 1980).

DEHB tanılı bireylerde yapılan nörokognitif çalışmalarda, prefrontal korteksin işlevi olan yürütücü işlevlerin bozulmuş olması da DEHB'de prefrontal korteksin nöroanatomik değişikliklerinin etkisini doğrular niteliktedir. Prefrontal korteksin yürütücü işlevlerinin sağlıklı sürdürülebilmesi için dopamin (DA) ve dopaminden sentezlenen noradrenalin (NE) düzeylerinin dengede olması büyük önem taşımaktadır. DA konsantrasyonunun yüksek olduğu kortikostriatotalamik bölgenin DEHB ile yakından ilişkili olduğu düşünülmektedir. Ayrıca prefrontal kortekste dopaminerjik sistemi hedefleyen psikostimülan ilaçlara verilen güçlü yanıt da bu teoriyi desteklemektedir (Spetie & Arnold, 2018).

DEHB tanılı çocuklarda yapılan beyin görüntüleme çalışmalarda dorsolateral prefrontal korteks, kaudat çekirdek, pallidum, korpus kallosum ve serebellum hacimlerinin kontrollere göre daha küçük olduğu saptanmıştır (Castellanos ve ark, 1994; Castellanos ve ark, 1996; Giedd ve ark, 1994; Spetie & Arnold, 2018). Manyetik rezonans görüntüleme (MRI) takip çalışmalarında DEHB'li bireylerin total beyin hacminin (total serebrum, serebellum, dört ana lobun beyaz ve gri maddesi) kontrollere göre daha küçük olduğu ve hacimdeki bu farklılıkların ergenlik döneminde de devam ettiği, DEHB'li çocukların yaşlılarını yakalayamadıkları saptanmıştır (Spetie & Arnold, 2018).

Yapılan aile çalışmalarında DEHB tanılı çocuklarda ve kardeşlerinde, sağlıklı kontrollere göre daha küçük bir beyne yatkınlık olduğu gösterilmiştir. Bazal gangliyada hacim azalması DEHB'si olmayan aile bireylerinde de görülürken, serebellumda hacim azalmasının sadece DEHB'lilerde olması, DEHB ile serebellum arasında anlamlı bir bağlantı olduğunu düşündürmektedir (Mukaddes, 2015; Castellanos ve ark, 2002; Durston ve ark, 2004).

Diffusion Tensor Imaging (DTI) kullanılarak yapılan çalışmalarda DEHB tanılı bireylerle kontrol grubu arasında beyaz madde bağlantıları ve kortikal kalınlık açısından farklılıklar saptanmıştır (Cortese ve ark, 2013; Proal ve ark, 2011).

Beyin metabolizmasını dinamik olarak değerlendiren fonksiyonel beyin görüntüleme çalışmalarında, frontal ve prefrontal korteksin, stiratumun ve serebellumun kontrollere göre daha az perfüze edildiği ve bu bölgelerde metabolik hızın yavaş olduğu tespit edilmiştir (Lou ve ark, 1984; Spaletta ve ark, 2001; Kim ve ark, 2002).

2.1.4.3. Nörofizyolojik Faktörler

DEHB'de elektroensefalogram (EEG) çalışmaları ilk defa 1938'de yapılmaya başlanmış ve bugüne kadar yapılan çalışmalarda en sık yavaş dalga aktivitesindeki artışın göstergesi olarak theta dalgalarında artış, alfa ve beta dalgalarında ise azalma tespit edilmiştir (Spetie & Arnold, 2018; Barry ve ark, 2003; Kovatchev ve ark, 2001).

DEHB tanılı olgular ve sağlıklı kontroller arasında theta/beta dalga oranları arasında farklılıklar saptanmış olsa da neden-sonuç ilişkisi kurulamamıştır. Psikostimülan ilaçların theta ve beta dalgalarını normalize ettiği ve EEG paternindeki bu erken dönemdeki değişimin psikostimülanlarla tedaviye yanıtı öngördürebileceğini gösteren yayınlar da mevcuttur (Pliszka, 2007).

Olay ilişkili ya da uyarılmış potansiyel (Event-related potentials, ERP) çalışmalarında DEHB tanılı bireylerde sağlıklı kontrollere göre daha küçük N2 ve P3 amplitüdlere saptanmış ve DEHB’de görülen disinhibisyonun bu veriyle uyumlu olduğu bulunmuştur (Mukaddes, 2015).

2.1.4.4. Çevresel Faktörler

DEHB etiyojisinde çevresel faktörler ile ilgili yapılan araştırmalarda pek çok prenatal, perinatal ve postnatal risk faktörü gösterilmiştir. İleri ya da küçük anne yaşı, yetersiz anne eğitimi, sosyal problemler, hamilelikte enfeksiyon, ebeveyn stresi, düşük folat düzeyi, kurşun ve kimyasal maruziyeti, ebeveynin sigara ve alkol kullanımı, erken doğum, düşük doğum ağırlığı, doğum ve doğum sonrası komplikasyonlar, malnutrisyon, eser element ve poliansature yağ asitlerinin eksiklikleri, ebeveynlik tarzı, erken duygusal yoksunluklar, parçalanmış aile, annede kaygı ve depresyon, ebeveynin antisosyal davranışları bu faktörlerdendir.

Erken duygusal yoksunluğun kortikal kalınlığı azalttığı, inferior pariyetal korteks, prekuneus ve superior temporal kortekste incelmeye neden olarak kortikal işlevleri bozduğu, dikkat ile ilgili bölgeleri etkilediği bilinmektedir (Froehlich ve ark, 2011; Galera ve ark, 2011; Gurevitz ve ark, 2014; Latimer ve ark, 2014; Mick ve ark, 2002; Schlotz ve ark, 2010; Mukaddes, 2015).

2.1.4.5. Psikanalitik Yaklaşım

DEHB, çok çeşitli psikodinamik özellikleri olan kompleks bir sendromdur. Bu nedenle değerlendirmede genel bir sınıflandırma sistemi kullanmak yerine, kişisel farklılıklara ve öznel hikayelere önem vermek, her olguyu hasta özelinde değerlendirmek ve hastanın davranışının nedenini anlamak önemlidir. Genel olarak

DEHB’de asıl sorunun egonun bütünleme, düzenleme, sentezleme işlevlerindeki tutarsızlıklar, değişkenlikler olduğu kabul edilmektedir (Gilmore, 2000).

Anne-çocuk etkileşiminde yaşanan aksaklıklar çocuk tarafından beden ve davranışlar aracılığı ile aşırı hareketlilik (hiperaktivite) olarak ifade edilebilir (Zabcı, 2004). DEHB belirtileri olan dikkat eksikliği, dürtüsellik ve huzursuzluk, çocuğun egosunun işleyemediği ve bütünleştiremediği erken dönemdeki travmatik yaşantılara karşı oluşan savunmalar olarak değerlendirilebilir. Erken dönem nesne ilişkilerinde yaşanan tutarsızlıklar, nesnenin erken bir dönemde yitirilmesi, şiddetli nesne yoksunluğu, erken dönemde ikili ilişkilerdeki diğer gelişim kusurları, Andre Green’in kavramsallaştırdığı “ölü anne” (Green, 1983) bu travmatik yaşantılardan sayılabilir. Nesneyi kaybetme ya da zulmedilme korkusu deneyimleri söz konusu olduğunda, duygular simgeleştirme ve zihinselleştirme yoluyla derinlemesine çalışılmaz, bunun yerine bedene çok yakın olan, ilkel savunma biçimleri geliştirilerek, yani mani benzeri bir savunma ile, bu katlanılmaz acının üstesinden gelinmeye çalışılır (Günter, 2013). Stern annede doğum sonrası meydana gelen depresyona çocuğun hiperaktivite davranışı ile karşılık verdiğini söylemiştir (1998).

Ego Psikolojisi Ekolü’ne göre birincil nesnenin kapsama ve dikkatini odaklamadaki yetersizliği, çocuğun ego işlevlerinin ciddi şekilde ve erken bir dönemde bozulmasına neden olur, duygularını ifade edebilmek için simgeleştirmeyi kullanmayı öğrenemez ve katlanılmaz duyguların içinde boğulmaktan kaçabilmek için eyleme başvurma yöntemini kullanır (Sugarman, 2006). Nesne İlişkileri Ekolü’ne göre ise tutarsız hale gelmiş olan içerideki nesne ilişkileri, tehditkâr, güvenilmez ve zulmedici olarak algılanır. Sindirme ve simgeleştirme yerini Segal’in kavramsallaştırdığı “simgesel denklemlere” bırakır, Winnicott’un kavramsallaştırdığı “holding/kucaklama” ve “containing/kapsama” işlevleri yeterince gelişmez, Bion’un “alfa işlevi” olarak tanımladığı, annenin çocuktan gelen anlaşılmasız haldeki verileri yorumlayarak ona geri döndürmesinde aksaklıklar görülür, zihinselleştirmenin yerini eylemler ve kolay uyarılabilirlik alır (Bion, 1965; Winnicott, 1958; Günter, 2013).

Anzieu “Deri-Ben” kavramıyla, çok erken bir dönemde bebeğin kendi beden yüzeyinden, derisinden, kaynaklanan deneyimlerler aracılığı ile kendisini kendisine “ben” olarak temsil ettiğini, bedenin, ruhsallığın yaslandığı temel olduğunu anlatır

(Anzieu, 2008). Benzer şekilde Esther Bick de bebeğin henüz bütünleşmemiş, parçalar halindeki benliğini bir arada tutan “ruhsal deri”den ve ruhsal derinin gelişmesini sağlayan en önemli faktör olan, annelik işevinden bahseder. Annenin kapsayıcılık işlevinde sorun olduğunda, bir savunma mekanizması olarak “ikinci deri” oluşumu devreye girer. Erken dönemde kişiliğin parçalarının örgütlenememesine bağlı olarak oluşan “ikinci deri”yi kavramsallaştırırken, hiperaktivite ve “kendini kapsamanın kaslı türü” olarak tanımladığı durumu, kusurlu deri oluşumunun ikameleri olarak ele alır (Bick, 1968).

Erken dönemde meydana gelen bu bozulmalar, ilerleyen dönemlerde tekrar işlemeye başlar. Oedipus nitelikli yeniden işlemlerde bu olumsuz deneyimler, kızlarda sıklıkla içselleştirme semptomları şeklinde örgütlenirken; erkeklerde dışsallaştırma savunmaları görülür (Günter, 2013).

DEHB semptomları gösteren çocukları olan ailelerde, üçgenleştiren baba konumunu istikrarlı bir şekilde doldurmak çok zordur. Bu olgularda ailede fren görevi gören, aşırı uyarılmanın denetleyicisi olan babanın konumuna yapılan yatırım sabit değildir. Destekleyici yapıların yetersizliği, anne ile çocuğun sık sık aşırı uyarım durumlarına maruz kalmasına neden olur, duygulanım düzenlenemez. Aşırı hareketli, dürtüsel, dikkati dağınık olan çocukların, destekleyici yapılara normal gelişim gösteren akranlarından daha fazla ihtiyaç duydukları dikkate alındığında çocuktaki yıkıcı davranışlar ve aile ilişkilerindeki yetersiz kapsanma birbirini etkileyerek, bir kısır döngü yaratır. Babanın fiziksel ya da ruhsal yokluğu nedeniyle çocuğun sınır koyan istikrarlı bir modeli içselleştirememesi, içsel dünyasında istikrarlı, sınır koyan bir baba temsilinin olmaması ya da bu temsilin zayıf olması, çocuğun kendi eylemlerini bu modele göre düzenlemesini engeller, çocuk sınırlar ve kurallar konusunda zorlanır. Sınır koyan istikrarlı bir baba temsiline sahip olmayan çocuk babanın sadist, saldırgan tarafları ile özdeşleşebilir ve annesi ile ilişkisinde bunu yeniden üretir. Böylece hiperaktivite, anne ile erken döneme ait bağın hala sürdürülmesi ile bu bağdan kurtulup bağımsız olma arzusu arasındaki çatışmayı temsil eder. Üçgenleşme sorunu, DEHB’nin kız ve erkek çocuklardaki görülme sıklığı arasındaki farkı da açıklar (Günter, 2013).

Emosyonel strese ya da eş zamanlı ortaya çıkan veya gelişimin erken dönemlerinde meydana gelen ağır hastalık, ebeveynlerden birinin kaybı, kötü muamele ve yoksunluk gibi travmatik deneyimlere sekonder oraya çıkan DEHB belirtileri de mevcuttur. 2011 yılında yapılmış bir çalışmada DEHB ve travmaların yüksek oranda komorbidite gösterdiği gösterilmiştir. Çocukluk dönemindeki kronik kötü koşul deneyimleri, karmaşık travmalar, DEHB semptomatolojisinden ayrıştırılamaz ve zihinselleştirme eksikliği olan çocuklarda sıkça rastlanan davranışlarla ilişkilidir (Conway ve ark, 2011). DEHB semptomları yaşanan stresin sonuçlarıdır ve bu grubu ayrı değerlendirmek daha uygundur. Olumsuz koşullar sonlandırıldığında, çocuğa yeterince iyi bakım vermeye başlandığında semptomlar sıklıkla azalmaktadır (Günter, 2013).

2.1.5. Klinik Özellikler

DEHB semptomlarının yol açtığı sorunlar; dikkat eksikliği ve hiperaktivite-dürtüsellik olmak üzere iki farklı belirti grubuna ayrılır (Bernfeld, 2012). Öğrenmek için odaklanabilme becerisi olarak tanımlanan dikkat, oldukça kompleks bir zihinsel süreçtir (Burk ve ark, 2018). Planlama, organize edebilme, öncelikleri ayırt etme, uyanıklığın ayarlanması, odaklanma, zihin çalışma hızı ve verimi, engellenme ve hayal kırıklığı ile baş etme becerisi, otokontrol, hatırlama, kısa süreli hafıza, dikkatle ilgili zihinsel süreçlerdendir (Brown, 2005; Burk ve ark, 2018). Hiperaktivite belirti grubu, sürekli kıpır kıpır olma, elleri ve ayakları ile oynama, gezinme, hareket etme isteği, uzun süre aynı yerde oturamama, koşturma şeklinde tezahür eder ve yaş ilerledikçe belirtiler hafifler. Dürtüsellik, düşünmeden eyleme geçme olarak tanımlanabilir; sözel ya da eylemsel olarak görülebilir ve DRD4 geni 7 tekrarlayıcı allel ile ilgili olduğu düşünülmektedir (King ve ark, 2016). DEHB'lilerde eylemden önce düşünme sürecinin bozulması, eylemlerin sık sık istenmeyen şekillerde sonuçlanmasına neden olmaktadır (Mukaddes, 2015). Bireyin içinde bulunduğu yaşam dönemlerine göre değişim ve gelişim gösteren semptomların ağırlığına göre DEHB'nin 3 farklı görünümü tanımlanmıştır:

1. DEHB'nin bileşik görünümünde (DEHB-B), hastalar, hastalığın iki boyutundan da belirtiler taşır. Kliniğe başvurular en fazla bu görünümle olmaktadır.

2. DEHB'nin dikkat eksikliği baskın görünümünde (DEHB-D) hastalar, rüya alanında, içe dönük, ağır hareket eden, dikkati dağınık, karar vermekte zorlanan, bazen hata yapmamak için her işi tekrar kontrol eden bireyler olarak tanımlanırlar (Mukaddes, 2015).
3. DEHB'nin hiperaktivite-dürtüsellik baskın görünümünde (DEHB-H) hastalar hareketli ve dürtüsel olmakla birlikte, dikkat sorunları pek belirgin değildir. Klinikte küçük yaşlarda daha sık görülmektedir.

Okul öncesi dönemde DEHB'li çocuklarda sıklıkla agresif davranışlar, öfke nöbetleri, karşı gelme davranışları, zayıf akran ilişkileri, konuşma gecikmesi ve konuşma bozuklukları görülür (Ghuman & Ghuman, 2013). Bu çocuklar sürekli hareket halindedir, yerlerinde sessizce oturamazlar, uyumsuz davranışlar sergileyebilirler, uykuya dalmakta güçlük çekebilirler, kaza geçirme riskleri yaşlılarından fazladır (Murray, 2010).

Olguların büyük kısmında ilk psikiyatrik başvuru okul çağında olmaktadır. Bu yaş döneminde DEHB'li çocuklar odaklanmakta, ders dinlemekte, yerlerinde sessizce oturmakta, kurallara uymakta, plan yapmakta, yönergeleri takip etmekte, akranlarıyla ve öğretmenleriyle uygun biçimde iletişim kurmakta, kurallı oyunları oynamakta zorlanırlar (Cohen, 2014; Barkley ve ark, 2006; Biederman ve ark, 1999).

Çocukken DEHB tanısı almış olguların en az %65'inde belirtilerin ergenlikte de tanı kriterlerini karşılayacak düzeyde devam ettiği gösterilmiştir (Ercan ve ark, 2016). Ergenlik döneminde görülen DEHB belirtileri; dağınıklık, unutkanlık, odaklanmakta zorluk, zamanı yönetememe, hedef belirleyememe, detaylara dikkat edememe, planlama becerisinde zayıflık, sakarlık, aile ve arkadaş ilişkilerinde sorunlar, dürtüsellik, riskli davranışlar (alkol ve madde kullanımı, riskli cinsel aktiviteler), agresif davranışlar, çabuk öfkelenme ve huzursuzluktur (Spetie & Arnold, 2018; Flory ve ark, 2006; Barkley ve ark, 2006; Harty ve ark, 2009; Faraone ve ark, 2000).

DEHB ergenlik döneminde gelişimi, sosyal yaşamı, aile ve arkadaş ilişkilerini olumsuz etkiler, akademik başarıyı düşürür, okul yaşantısında olumsuzluklara sebep olur. Kendi kimliğini oluşturmaya ve ailesinden ayrılmaya çalışan DEHB tanılı ergen, bu dönemde bir taraftan normal gelişim gösteren akranları gibi ergenliğin getirdiği

gelişimsel sorunlarla baş etmeye çalışırken, bir taraftan da DEHB nedeniyle çevresiyle daha sık ve yoğun yaşamak zorunda kaldığı çatışmalarla uğraşır. Bu durum ergenin benlik saygısında azalmaya, geleceğe dair planlarında bozulmalara sebep olabilir, DEHB’li ergenlerde anksiyete ve depresyon bozuklukları sık görülür (Ercan ve ark, 2016).

2.1.6. Klinik Değerlendirme

DEHB tanısı klinik değerlendirmede, çocuğun en az iki ortamda işlevselliğini bozacak seviyede, uzun süredir devam eden dikkat sorunu, aşırı hareketlilik ve/veya dürtüsellik öyküsü olması ile konur. Tanıyı kesinleştirmek için, klinik gözlem, ruhsal durum muayenesi, nörolojik muayene, tıbbi durum değerlendirmesi yapılır, davranış değerlendirme ölçekleri ve bilişsel testler kullanılabilir.

Çocukla veya ergenle yapılan görüşmeler genelde tanı koymak için yeterli değildir; çünkü DEHB’li çocuklar sıklıkla uzmanların yanında çok daha kontrollü davranırlar, özellikle okul çağı çocuklarında motor aktivite daha kontrol edilebilir düzeydedir, ergenlerin de problemlerini inkâr etmeleri klinikte sık rastlanan bir durumdur. Küçük çocuklarda bilgi kaynağı ebeveyn ve evde yaşayan diğer kişilerken, okul çağı çocuklarında ve ergenlerde çocuğun kendisine ve ebeveyne ek olarak öğretmenlerden de bilgi almak yararlı olur. Mümkün olan tüm bilgi kaynaklarından bilgi almak, çocuğun farklı ortamlardaki problemlerini anlamak için önemlidir. (Spetie & Arnold, 2018; Mukaddes, 2015).

2.1.7. Eşlik Eden Psikiyatrik Bozukluklar

DEHB’de komorbid psikiyatrik hastalık sıklığı yüksektir. Epidemiyolojik ve klinik araştırmalarda DEHB’li hastaların yalnızca %13-32,3’ünde psikiyatrik bir eş tanı olmadığı saptanmıştır (Kraut ve ark, 2013; Larson ve ark, 2011; Ghanizadeh, 2009; Kadesjo & Gillberg, 2001). 4-17 yaş arası, 14.825 DEHB’li hastanın dahil edildiği bir çalışmada, olguların %52’sinde en az bir, %26,2’sinde ise iki ya da daha fazla komorbid psikiyatrik hastalık saptanmıştır (Jensen & Steinhausen, 2015).

Çocuk ve ergenlerde DEHB'ye en sık eşlik eden hastalık, %4-60'lık oranla Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu (KOKGB) ve Davranım Bozukluğu'dur (DB) (Bauermeister ve ark, 2007; Elia ve ark 2009; Freitag ve ark, 2012; Ghanizadeh 2009; Jensen ve ark, 1997; Kraut ve ark, 2013; Kadesjo & Gillberg 2001; Larson ve ark 2011; Levy ve ark, 2005; Wichstrom ve ark, 2012). Çeşitli araştırmalarda DEHB'li hastaların %10-35'inde komorbid Anksiyete Bozuklukları (Spencer, 2006; Taurines ve ark, 2010; Pliszka 2000), %10-40'ında Duygudurum Bozuklukları (Spencer, 2006; Pliszka, 2000; Döpfner ve ark, 2000), %20-25'inde Özel Öğrenme Bozuklukları (ÖÖB) (Spetie & Arnold, 2018), %4-13'ünde Zihinsel Yetersizlik (Faber ve ark, 2010; Kadesjo & Gillberg 2001; Kraut ve ark, 2013), %5-52'sinde OSB (Larson ve ark, 2011; Smalley ve ark, 2007), %11,8'inde Gelişimsel Dil Bozukluğu (Bellani ve ark, 2011; Larson ve ark, 2011), %6-30'unda Tik Bozukluğu (Taurines ve ark, 2010; Ghanizadeh, 2009; Smalley ve ark, 2007) görüldüğü bildirilmiştir.

DEHB'li ergenlerin %25-50'sinin Madde Kullanım Bozukluğu tanısı aldığı saptanmıştır (Taurines ve ark, 2010). Okul öncesi dönemdeki DEHB'li çocuklarda yapılan çalışmalarda ise bu dönemde DEHB'nin en sık Tepkisel Bağlanma Bozukluğu, OSB ve Zihinsel Yetersizlik ile birliktelik gösterdiği bildirilmiştir (Jensen & Steinhausen, 2015).

2.1.8. Tedavi

DEHB gibi hayatın pek çok alanında işlevselliği bozan bir nörogelişimsel hastalığın tedavisi de kapsamlı olmalıdır. Bilişsel, davranışsal ve sosyal alanlardaki zorluklara yönelik, hastanın gereksinimlerine en uygun olduğu saptanan, bütüncül bir tedavi seçeneği tercih edilmelidir.

Bugün için Amerikan Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Birliği (AACAP) ve Amerikan Pediatri Birliği (AAP) tarafından onaylanmış olan iki tedavi seçeneği vardır. Bunlar, davranışçı tedaviler ve FDA (Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi) onaylı ilaçlardır (Amfetamin, Metilfenidat, Atomoksetin, Guanfasin, Klonidin) (Spetie & Arnold, 2018).

DEHB tedavisinde en etkili yöntem psikofarmakolojik tedaviler olup, ilk sırada önerilenler, Atomoksetin ve Psikostimülanlardır (Amfetamin, Metilfenidat

(MPH)) (Pliszka, 2007; Mukaddes, 2015; Kooij ve ark, 2019; Taylor ve ark, 2004; Görmez, 2016; Ercan ve ark, 2016; Felt ve ark, 2014). Bunların dışında Alfa-2 Agonistler (Guanfasin, Klonidin), Trisiksik Antidepresanlar (İmipramin, Desipramin, Nortriptilin), Venlafaksin, Bupropiyon ve Modafinil de tedavide kullanılan ajanlardandır (Ercan ve ark, 2016; Mukaddes, 2015; Stahl, 2013).

Psikostimülanların özellikle prefrontal kortekste ve striatumda DA ve NE miktarını artırarak etki gösterdikleri düşünülmektedir. MPH, DAT ve NET blokajı ile DA ve NE geri emilimini engelleyip sinaptik aralıkta monoamin miktarını artırırken, sekonder olarak da kortikal alanlarda asetilkolin düzeyini artırmaktadır. Ülkemizde henüz bulunmayan amfetaminler ise yine DAT ve NET blokajı ile DA ve NE geri emilimini engelleyerek monoamin miktarını artırırken, başka bir mekanizmayla da büyük miktarda DA salınımına neden olur (Stahl, 2013; Hodgkins ve ark, 2012; Findling, 2008; Berridge& Devilbiss, 2011; Leonard ve ark, 2004). Okul çağındaki çocuklar, ergenler ve yetişkinlerle yapılan çalışmalarda MPH'in etkinliği yaklaşık %90 olarak bulunmuştur (Faraone ve ark, 2004).

DEHB tedavisinde onaylanan ilk stimülan dışı ilaç olan, seçici NET inhibitörü Atomoksetin, etkisini presinaptik NE geri alımını inhibe ederek, çok düşük oranda da serotonin ve dopamin taşıyıcılarına bağlanarak gösterir (Zhou, 2004; Kratochvil ve ark, 2002). NET inhibisyonu prefrontal kortekste hem DA hem NE miktarını artırır; ancak nükleus akkumbenste NET olmadığı için DA artışı olmaz. Ayrıca periferik sinir sisteminde de NE artışı meydana gelir (Stahl, 2013; Mukaddes, 2015). Atomoksetin'in etkinliği %70 civarındadır (Michelson ve ark, 2002).

DEHB tedavisinde psikoeğitim ve davranışçı yöntemler zemininde geliştirilen psikososyal girişimler de kullanılmaktadır. Tedavinin ilk basamağını oluşturan psikoeğitim, hastaya ve ailesine DEHB hakkında bilgi verilmesini, tedavi seçeneklerinin anlatılmasını, çocuğun DEHB nedeniyle yaşayacağı olası akademik ve sosyal zorlukların aile ve hastayla paylaşılmasını ve bu sorunlara birlikte çözüm yolları aranmasını kapsar (Pliszka, 2007).

Sosyal öğrenme kuramına dayanan, beğenilen davranışları ödüllendirerek pekiştirmeyi, beğenilmeyen davranışları söndürmeyi hedefleyen davranışçı tedaviler özellikle okul öncesi dönemdeki çocuklarda uyumu bozan davranışların azaltılmasını

ve işlevselliğin artırılmasını sağlayabilir (Gleason ve ark, 2016). Ancak yapılan çalışmalarda bu yaklaşımların DEHB'nin çekirdek semptomlarını tedavi etmediği gösterilmiştir (Daley ve ark, 2018; van den Hoofdakker ve ark, 2007).

7-10 yaş arası 579 DEHB'li çocuğa dört farklı tedavi yaklaşımının (sadece ilaç, sadece davranışçı tedavi, ilaç ve davranışçı tedavi, standart yerel tedaviler) uygulandığı ve uzun dönem takip edildiği Multimodal Tedavi Çalışması'nda, 14 ay sonunda tüm tedavi gruplarında anlamlı bir düzelme görülmüş, ilaç tedavisinin uygulandığı gruplarda bu düzelmenin daha belirgin olduğu ve en etkin tedavinin stimülanların davranışçı tedavilerle birlikte uygulanmasıyla sağlandığı bildirilmiştir (MTA Çalışma Grubu, 1999). Hastalar 8 yıl sonra tekrar değerlendirildiğinde ise; ilaç tedavisi lehine bulunan anlamlı farkın ortadan kaybolduğu saptanmıştır (Molina ve ark, 2009).

2019 yılında FDA, DEHB tanısı almış, mevcut reçeteli farmakolojik tedavilerden herhangi birini kullanmayan, 7-12 yaş arası çocuklarda kullanılmak üzere ilk tıbbi cihazı onaylanmıştır. Reçete ile satılan Monarch external Trigeminal Nerve Stimulation (eTNS) System ismi verilen bu cihaz, ebeveyn gözetiminde, uykuda kullanılmaktadır. Cep telefonu büyüklüğündeki bu cihaz bir kabloyla çocuğun alnına yapıştırılan bir parçaya bağlanmakta ve trigeminal sinirin dallarına düşük dozda elektrik akımı göndermektedir. Böylece direkt ya da indirekt olarak locus ceruleus, talamus ve serebral korteks gibi beyin bölümlerini uyarmaktadır (Voelker, 2019).

2.2. AKRAN ZORBALIĞI

2.2.1. Tanım

Zorbalık, bir kişiyi yaralama ya da rahatsız etme amacı taşıyan, saldırganca bir davranış şekli olup, genellikle öncesinde belirgin bir provokasyon saptanamadığı için proaktif bir agresyon biçimi olarak kabul edilmektedir (Berkowitz 1993, Olweus 1973, Tedeschi & Felson 1994). Literatürde pek çok farklı zorbalık tanımı bulunsa da zorbalığın üç özelliği konusunda fikir birliği bulunmaktadır (Smith & Brain, 2000; Smith ve ark, 2012; Smith, 2011; Olweus, 1993). Buna göre;

1. Davranış karşı tarafa zarar verme amacı taşır.
2. Zorba ve mağdur arasında asimetrik bir güç ilişkisi vardır, mağdur kendisini savunmakta zorlanır.
3. Davranış süreklilik arz eder, zaman içinde tekrarlanır.

2.2.2. Tarihçe

Toplumun akran zorbalığı fenomenine ilgi duymasının sağlayan; 1969 yılında İsveçli hekim Dr. Peter Paul Heinemann'ın ilk defa ırkçılık bağlamında “mobbing” terimini kavramsallaştırması olmuştur. Heinmann bu kavramı Avusturyalı etolog Konrad Lorenz'in 1963'te saldırganlık üzerine yazdığı bir kitaptan almıştır. Etolojide “mobbing” kavramı, bir hayvan grubunun, genelde kendilerinden daha büyük ve düşmanları olarak gördükleri başka türden bir hayvana toplu olarak saldırılarını tanımlamaktadır (Olweus, 2013).

Takip eden yıllarda Dan Olweus “mobbing” kavramının okullarda akranların birbirine gösterdiği saldırgan davranışları tanımlamak için uygun ve yeterli olmadığını düşünerek “zorbalık” terimini kullanmaya başlamış ve akran zorbalığı ile ilgili ilk sistematik araştırma projesini İsveç'te başlatmıştır. Temel amacı okullardaki akran zorbalığının genel hatlarının ilk taslağını oluşturmak ve İsveç'te toplumun odak noktası haline gelen bu konuyla ilgili sorulara yanıtlar aramak olan çalışmanın sonuçları 1973'te bir kitap olarak yayınlanmıştır (Olweus, 2013). 1978 yılında kitabın genişletilmiş bir versiyonu Amerika'da da yayınlanmıştır (Olweus, 1978).

Dan Olweus'un zorbalıkla ilgili ilk araştırma projesini başlattığı dönemde akran zorbalığının kesin bir tanımının yapılması zor görünüyordu. Hatta zorbalık, okul kültürünün doğal bir parçası olarak kabul edildiği için böyle bir tanımın yapılması gereksiz bulunuyordu. Ayrıca akran zorbalığı ile ilgili deney yapılamaması ve bu kavramın okulların imajına zarar vereceği düşüncesi de akran zorbalığı ile ilgili araştırmalara sıcak bakılmamasına neden oluyordu (Thompson ve ark, 2002).

1983 yılına gelindiğinde ise Norveç'te akran zorbalığına karşı hükümet tarafından başlatılan bir kampanya nedeniyle, sınırları belli ve açık bir tanıma ihtiyaç duyulmaya başlandı (Olweus 1986, 1993). Bu kampanyanın önemi, ülke çapında

öğrencilerin akran zorbalığı yapma ya da akran zorbalığına maruz kalma ile ilgili problemlerinin Olweus tarafından geliştirilen bir anketle kayıt altına alınmış olmasından kaynaklanmaktadır.

Anket oluşturulurken akran zorbalığının kesin bir tanımı da yapılmıştır. Buna göre bir öğrencinin, başka bir öğrenci ya da öğrenci grubu tarafından, zaman içinde, defalarca, kasıtlı olarak negatif ya da saldırgan davranışlara maruz bırakılması akran zorbalığı olarak kabul edilmiştir (Olweus, 2013). Daha sonra bu tanıma “akran zorbalığında bir güç dengesizliğinin de görüldüğü, negatif davranışlara maruz kalan öğrencinin kendisini savunmakta zorlandığı” fikri de eklenmiştir (Olweus 1993, 1999).

2.2.3. Epidemiyoloji

Akran zorbalığının prevalansı ile ilgili yapılan çalışmaların sonuçları ülke, bölge, şehir, kültür, yöntem ve yaş aralığına göre farklılık gösterse de araştırmacılar zorbalığın okullarda yaygın olduğunda hemfikirlerdir. 25 farklı ülkeden yaşları 13 ile 15 arasında değişen 113.200 öğrencinin dahil edildiği bir çalışmada akran zorbalığının prevalansının %9-54 arasında değiştiği saptanmıştır (Nansel ve ark, 2004).

Dünya Sağlık Örgütü’nün (WHO) 43 ülkede akran zorbalığını incelediği bir çalışmada, yaşları 10 ile 15 arasında değişen çocukların %2-32’sinin kurban, %1-36’sının zorba oldukları bildirilmiştir. Okul çağı çocuklarında zorbalıkla ilgili yayınlanmış çalışmalarda prevalans zorbalar için %20, kurbanlar için %23 ve zorba-kurban için %8 olarak bulunmuştur (Currie, 2012).

Ankara’da 4. sınıf ile 8. sınıf arasındaki 1.154 öğrencinin dahil edildiği bir çalışmada öğrencilerin %35,1’inin “kurban”, %30,2’sinin “zorba”, %6,2’sinin ise “hem zorba hem de kurban” olduğu gösterilmiştir (Pişkin, 2010). Yine ülkemizde 1432 lise öğrencisinin değerlendirildiği bir çalışmada, ergenlerin %24’ünün zorbalığa uğradığı ve %29,3’ünün zorbalık yaptığı bildirilmiştir (Hesapçıoğlu & Yeşilova, 2015). İstanbul’da lise öğrencileri ile yapılan bir başka çalışmada, çalışmaya katılan 3.519 öğrencinin %22’sinin kurban, %9,2’sinin zorba, %9,4’ünün hem zorba hem kurban olduğu saptanmıştır (Alikasifoğlu ve ark, 2007).

40 farklı ülkeden 202.056 öğrencinin dahil edildiği bir çalışmada, erkek öğrencilerin %8,6-45,2'sinin, kız öğrencilerin ise %4,8-35-8'sinin akran zorbalığı davranışına dahil olduğu saptanmıştır (Crain ve ark, 2009). Akran zorbalığı çalışmalarının yapılmaya başlandığı tarih olan 1970'ten başlayarak 153 araştırmanın değerlendirildiği geniş kapsamlı bir meta-analizde erkeklerin kızlardan daha fazla akran zorbalığı davranışına katıldığı gösterilmiştir (Cook ve ark, 2010). Norveç'te yaşları 11 ile 15 arasında değişen 5.825 öğrencinin dahil edildiği başka bir çalışmada; öğrencilerin %10,1'inin diğer öğrenciler tarafından zorbalığa uğradığı (erkeklerin %11,1'i, kızların %9,1'i), %6,5'inin akranlarına zorbalık yaptığı (erkeklerin %9,7'si, kızların %3,2'si), %1,6'sının ise hem zorbalık yaptığı hem de zorbalık mağduru olduğu (erkeklerin %2,3'ü, kızların %0,9'u) bildirilmiştir (Solberg & Olweus, 2003).

2.2.4. Akran Zorbalığının Sınıflandırılması ve Katılımcı Roller

Akran zorbalığı, fiziksel, sözel, ilişkisel/sosyal, cinsel ve siber-zorbalık olmak üzere beş farklı kategoride incelenebilir. Sözel zorbalık, birine aşağılayıcı ve kırıcı şeyler söylemek, aşağılayıcı isimler takmak, onunla alay etmek; fiziksel zorbalık, birini dövmek, tekmelemek, itip kakmak, tehdit etmek, bir yere kilitlemek; sosyal/ilişkisel zorbalık, birini arkadaş gruplarında tamamen yok saymak, gruptan dışlamak, kasıtlı olarak aktivitelerin dışında tutmak, yalnız bırakmak, onun hakkında yalan söylemek ve asılsız dedikodular yaymak; cinsel zorbalık, cinsel anlamı olan aşağılayıcı isimler, yorumlar, davranışlarla birisini rahatsız etmek olarak tanımlanmaktadır (Olweus, 1993; Monks & Smith, 2006; Smith, 2014; Yen ve ark, 2014; Menesini & Salmivalli, 2017). İlk defa 1999 yılında kavramsallaştırılan “siber zorbalık” ise; bilgisayarların, cep telefonlarının ya da diğer elektronik cihazların kullanılması ile bir kişiye isteyerek ve tekrarlayan şekilde zarar vermek anlamına gelmektedir (Schneider ve ark, 2012; Smith ve ark, 2008; Smith ve ark, 2013; Kowalski ve ark, 2014).

Zorbalık, dolaylı ve doğrudan zorbalık olmak üzere iki gruba ayrılır. Zorbanın ve kurbanın yüz yüze olduğu, saldırının açıktan gerçekleştiği durumlar (sözel, fiziksel zorbalık) doğrudan, zorbanın ve kurbanın yüz yüze olmadığı, kurbanın saldırının kim

tarafından gerçekleştirildiğini bilmediği durumlar (sosyal/ilişkisel zorbalık, siber-zorbalık) ise dolaylı zorbalık olarak tanımlanmıştır (Olweus, 1994).

Akran zorbalığındaki rollere bakıldığında, zorbalığa maruz kalan kişilere “kurban”, zorbalık yapanlara “zorba”, hem zorbalık yapan hem de zorbalığa maruz kalan kişilere ise “zorba-kurban” denilmektedir (Olweus, 1993).

Ancak akran zorbalığının çok daha kompleks bir grup davranışı olduğunu, katılımcı rollerinin kurban, zorba, zorba-kurban olarak ayrılmasının yeterli olmadığını düşünen araştırmacılar da vardır. Bahsedilen bu üç grubun dışında; zorbalık eylemine aktif olarak katılan, eylemi kışkırtan, görevi mağduru tutmak, yakalamak, zorbalık yapan kişiye destek olmak olan “yardımcılar/asistanlar”; zorbalık eylemine aktif olarak katılmayan ancak zorbalık yapanları destekleyen, onlara pozitif geri bildirimde bulunan “destekleyiciler”; zorbalık eylemine müdahale etmeyen, eylemi görüp uzaklaşan “dışarıda kalanlar” ve zorbalık eylemini durdurmaya, kurbanı kurtarmaya çalışan “savunucular” gibi farklı gruplar da tanımlanmıştır (Salmivalli ve ark, 1996).

2.2.5. Akran Zorbalığı İle İlişkili Faktörler

Çocuk ve ergenlerin akran zorbalığına dahil olma riskini, dahil oluyorsa bu eylemler içindeki rollerini ve dahil oldukları akran zorbalığı türlerini pek çok bireysel, ailesel ve toplumsal faktör etkilemektedir.

Akran zorbalığı kategorilerinin cinsiyetlere göre incelendiği araştırmalarda, erkeklerin daha çok fiziksel, kızların ise genellikle ilişkisel/sosyal zorbalığa dahil olduğu, siber zorbalıkta ise cinsiyet farkının gözlemlenmediği saptanmıştır (Wang ve ark, 2009; Chokprajakchat ve ark, 2015; Besag, 2006; Tokunaga, 2010). Yine cinsiyetlere göre akran zorbalığındaki katılımcı rollerini araştıran pek çok farklı çalışmanın sonucuna göre; erkekler daha çok zorba, asistan ya da destekleyici rollerindeyken, kızlar sıklıkla savunucu ya da dışarıda kalan rollerini üstlenmektedir (Salmivalli ve ark, 1996; Goossens ve ark, 2006; Wu ve ark, 2016).

Çocuğun ya da ergenin içinde bulunduğu gelişimsel dönem de akran zorbalığının ortaya çıkma biçimini, akran zorbalığının türünü ve bağlamını etkiler. 536 katılımcıyla yapılan bir çalışmada, akran zorbalığında kurban olma sıklığının orta okul

döneminden itibaren yaşla birlikte azaldığı, ergenlik süresince de bu düşüşün devam ettiği gösterilmiştir (Lam ve ark, 2015). Bunun nedeninin mağdurların zamanla zorbalardan kaçınmayı öğrenmiş olabilecekleri, ergenlik döneminde bilişsel becerilerin ve kimlik algısının gelişmiş olabileceği ve yine bu dönemde akran gruplarında eşitliğin daha kolay tahsis edilebiliyor olması olduğu düşünülmektedir (Hawley, 2003).

Zorbalık davranışı ise ergenlik döneminde pik yapmakta, sonrasında azalmaya başlamaktadır (Solberg & Olweus, 2003). Pek çok yayında akran zorbalığı sıklığının, özellikle de fiziksel, sözel ve siber zorbalığın, orta okul yıllarında pik yaptığı, lise döneminde ise fiziksel ve siber zorbalığın azaldığı, sözel zorbalık sıklığının ise benzer şekilde yüksek kaldığı gösterilmiştir (Williams & Guerra, 2007; Hong & Espelage, 2012). Ergenlikte bilişsel gelişimin ve dil becerilerin artmasıyla, ilişkisel zorbalığın ön plana çıktığı düşünülmektedir (Espelage ve ark, 2004; Archer & Coyne, 2005).

Akran zorbalığı ile ilgili araştırmaların değerlendirildiği meta-analizlere göre; eksternalizasyon sorunları, okulla ilgili problemler ve negatif akran etkisi zorbalık rolünü; geçmişte kurban olma deneyimi, internalizasyon sorunları ve akran statüsünün düşük olması kurban rolünü; davranış sorunları, sosyal problemler ve sorun çözme becerisinin zayıf olması ise hem zorba hem de kurban rolünü predikte ettirmektedir (Cook ve ark, 2010). İnternalizasyon sorunları hem kurban rolü için prediktör hem de zorbalık maruziyetinin bir sonucudur (Reijntjes ve ark, 2010; Kljakovic & Hunt, 2016).

Ebeveyn tutumu çocuğun kişilik gelişimini, ruh sağlığını ve davranışlarını doğrudan etkilemektedir (Karataş, 2009). Bu etkinin henüz çocuk doğmadan başladığı ve ömrünün sonuna kadar devam ettiği bilinmektedir (Yavuzer, 1993). Sevgi dolu bir ailede, tutarlı davranışlarla, olumlu tutumlarla büyüyen çocukların ruh sağlığı da olumlu yönde etkilenmektedir (Yavuzer, 2003). Bebekler, daha anne karnındayken annelerinin duygulanımından etkilenmeye başlamakta ve doğum sonrasında da özellikle annenin davranış şekli, ebeveynlik tutumu, çocuğun mizaç özelliklerini, duygusal durumunu ve davranış sorunlarını etkilemektedir (Mufson ve ark, 2002). Ebeveynleri ile olumlu ilişkileri olan ergenlerin akranlarıyla da olumlu ilişkiler kurdukları bilinmektedir. Araştırmalarda zorbalık yapan ergenlerin otoriter, sert,

cezalandırıcı tutum gösteren ailelerden geldikleri; zorbalık mağdurlarının ebeveynlerinin ise çocuklarına fazla koruyucu davrandığı gösterilmiştir (Spriggs ve ark, 2007; Espelage & Swearer, 2003; Duncan, 2004; Perry ve ark, 2001).

Ebeveynde psikiyatrik bozukluk tanısı, aile içi çatışma ve şiddet, istismara ya da ihmale maruziyet ve uygun olmayan ebeveynlik tutumu görülmesi hem akran zorbalığı yapma hem de akran zorbalığına maruz kalma ile ilişkili bulunmuştur (Broll & Reynolds, 2020; Nocentini ve ark, 2018).

28 araştırmanın incelendiği bir meta-analiz çalışmasında, zorbalığa karışmanın düşük sosyoekonomik düzeyle pozitif ilişkili, zorba ve kurban rollerinin ise yüksek sosyoekonomik düzeyle negatif ilişkili olduğu saptanmıştır (Tippett & Wolke, 2014).

2.2.6. Akran Zorbalığının Değerlendirilmesi

Akran zorbalığını değerlendirme biçimlerinden hangisinin daha uygun olacağına dair pek çok farklı çalışma yapılmış ve farklı sonuçlar elde edilmiştir.

Bireyin algısına dayanan öz bildirim ölçekleri hem ekonomik hem de etkilidir; ayrıca dolaylı yoldan yapılan akran zorbalıklarını da en iyi tespit etme şekli oldukları için en çok tercih edilen yöntemlerden olup ebeveyn, öğretmen ve akran bildirim formlarından daha güvenilir oldukları gösterilmiştir. Ancak bunlar bireyin kendisini değerlendirmesi esnasında toplumsal açıdan daha makbul sayılan davranışları gösterdiği, sosyal olarak daha fazla istenilen özelliklere sahip olduğu şeklinde bir görüntü çizme yanlılığına da sebep olur. Bu ölçeklerde bireyin maruz kaldığı zorbalık davranışlarını abartıp, kendi yaptıklarını azaltmasına sık rastlanır (Pellegrini, 2001).

Akran değerlendirmeleri ise öz bildirim ölçeklerinden yanlılık konusunda daha güvenilir olup; akranlar, denetim dışı ortamlarda sık görülen zorbalık davranışlarına öğretmen ve ebeveynlerden daha fazla tanık olduklarından klinikte kullanılabilirler (Pepler ve ark, 2010).

Gözleme dayalı öğretmen ve ebeveyn değerlendirme raporları ise güvenilir bulunmalarına rağmen, zorbalık davranışlarının genelde denetimden uzak alanlarda gerçekleşmesi ve zorbalığa maruz kalan bireylerin bu davranışlardan öğretmenlerine

ya da ailelerine bahsetmemeleri nedeniyle değerlendirmenin sağlıklı yapılamaması riskini taşır (Cornell & Brockenbrough, 2004).

2003 yılında yapılan bir çalışmada bu üç değerlendirme yöntemi karşılaştırılmış ve şu sonuçlar elde edilmiştir (Monks ve ark, 2003): Zorbaları belirlemede öğretmen ve akran bildirimi, kurbanları belirlemede ise öz bildirim ve akran bildirimi arasında fark yoktur. Zorbaları belirlemede öz bildirim, kurbanları belirlemede de öğretmen bildirimleri yetersiz kalmıştır.

2.2.7. Akran Zorbalığının Sonuçları

Akran zorbalığına karışan çocuk ve ergenlerin zorbalığın yaşandığı dönemde ve sonrasında iş, okul, aile hayatının etkilendiği çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir. Yapılan bir çalışmada, 14-15 yaşında akran zorbalığı davranışına karışmış (zorba, kurban, zorba-kurban rollerinden herhangi birinde yer alarak) kişiler incelenmiş ve davranıştan yaklaşık 10 yıl sonra tekrar görüşme yapıldığında, bu kişilerin kontrol grubundan daha fazla olumsuz duygu yaşadıkları ve hayatlarının negatif şekilde etkilendiği saptanmıştır (Sigurdson ve ark, 2014).

Akran zorbalığına uğramanın, fiziksel ve ruhsal sağlığı bozarak yaşam kalitesini düşürdüğü, depresif belirtilere, anksiyeteye, benlik saygısının azalmasına, mutsuzluğa ve yalnızlık hissine neden olduğu gösterilmiştir (Bogart ve ark, 2014; Juvonen & Graham, 2014). Ayrıca akran zorbalığına maruz kalan öğrencilerin baş ağrısı, karın ağrısı, baş dönmesi gibi psikosomatik belirtileri daha fazla gösterdiği ve uyku sorunlarının olduğu da belirtilmiştir (Gini & Pozzoli, 2013; van Geel ve ark, 2016).

Akran zorbalığının uzun dönemdeki sonuçlarını inceleyen bir çalışmada, çocuklukta zorbalık maruziyetinin, yetişkinlik döneminde internalizasyon sorunlarıyla bağlantılı olduğu gösterilmiştir (Stapinski ve ark, 2014). Ergenlerle yapılan çalışmalar da zorbalığa maruziyetin alkol-madde kullanma riskini artırdığını saptamıştır (Radliff ve ark, 2012; Tharp-Taylor ve ark, 2009).

Akran zorbalığına, zorba, kurban ya da zorba-kurban rollerinden herhangi birinde dahil olan çocuklarda, intihar düşüncesi ve davranışı riskinin arttığı, bu riskin

en çok zorba-kurban grubunda olduğu bildirilmiştir (van Geel ve ark, 2015; Holt ve ark, 2015; Kim ve ark, 2005).

Depresyon, anksiyete ve kendine zarar verme davranışları daha çok kızlarda, eksternalizasyon sorunları ise sıklıkla erkeklerde görülmektedir (Kidger ve ark, 2015; Klomek ve ark, 2009; McDougall & Vaillancourt, 2015). Tüm bunlara ek olarak yaşitlarına kıyasla akran zorbalığına karışan öğrencilerin, akademik başarıları daha düşük, okula devamsızlıkları daha fazla, okulla kurdukları bağlar daha zayıf ve okulu bırakma riskleri daha yüksektir (Glew ve ark, 2005; Vaillancourt ve ark, 2013; Bradshaw ve ark, 2014; Nakamoto & Schwartz, 2010; Spriggs ve ark, 2007).

2.3. DEHB VE AKRAN ZORBALIĞI

Okul ve okulda kurulan ilişkiler, çocukların ve ergenlerin sosyal, fiziksel, bilişsel ve duygusal gelişimleri açısından önemlidir, kendi aralarında sosyal gruplar oluşturarak bütünleşme ve bir gruba ait olma gereksinimlerini karşılar ve ileride sağlıklı ve bağımsız birer yetişkin olmalarına yardımcı olur (Santrock, 2001; Farmer & Xie, 2007). Ancak okulda maruz kalınan saldırganlık ve zorbalık davranışları çocukların ve ergenlerin fiziksel ve psikolojik gelişimlerini olumsuz etkilemektedir.

Yapılan çalışmalarda DEHB tanısı almış çocuk ve ergenlerin, daha sık akran zorbalığı yaptıkları ve zorbalık mağduru oldukları bildirilmiştir (Fite ve ark., 2014). Bunun nedeninin; bu bireylerin akranlarında olumsuz duygular uyandıran duygusal tepkisellikleri, sosyal beceri eksiklikleri, reaktif/dürtüsel saldırganlıkları ve diğer yıkıcı davranışları olduğu düşünülmektedir (Stenseng ve ark, 2016; Wehmeier ve ark, 2010). Tipik gelişim gösteren çocuklarla kıyaslandığında DEHB’li çocukların ya da ergenlerin akranları tarafından daha sık dışlandığı, yakın arkadaşlık ilişkisi kurmak ve sürdürmekte daha fazla zorlandıkları bilinmektedir (Hoza ve ark, 2005). Akranlarıyla etkili iletişim kuramayan DEHB’li çocukların, akranları tarafından sık sık dışlanmaları nedeniyle akran desteklerinin az olması ve kolay kıskırılabilimleri, bu çocukları, akran zorbalığının hedefi haline getirmektedir (Cook ve ark, 2010; Roy ve ark, 2015).

DEHB ve akran zorbalığı arasında çift yönlü bir etkileşim vardır. DEHB’li çocuk ve ergenlerin özellikle dikkat eksikliği belirtileri nedeniyle sosyal zorluklar yaşadıkları gösterilmiştir. Zorbalık mağdurlarının depresyon ve anksiyete yaşama riski

yüksek olup, bu durum DEHB’de zaten sıklıkla görülen sosyal ipuçlarını yakalamayı zorlaştıran, etkileşim sırasında sosyal normları öğrenme fırsatlarını olumsuz etkileyen dikkat sorunlarını artırmaktadır (Arseneault, 2018; Murray ve ark 2020; Stenseng ve ark, 2016, Andrade ve ark, 2009).

DEHB’li bireyler hem reaktif/dürtüsel saldırganlıklarını kendilerinden daha güçsüz akranlarına yönelterek zorbalık yapma, hem de gelişimi tipik olan akranları tarafından dışlandıklarında gösterdikleri zorbalık gibi antisosyal davranışlarını destekleyebilecek, kendileri gibi davranış sorunları olan yaşlılarıyla ilişki kurma eğilimindedirler (Murray ve ark, 2016; Bennett ve ark, 2004).

Çocukluktaki yetersiz aile etkileşimi örüntüleri ve olumsuz ebeveynlik tutumları da DEHB’nin seyrini etkileyebilir, semptomları şiddetlendirebilir ve KOKGB ve saldırganlık gibi diğer davranışsal sorunların ikincil olarak gelişimine katkıda bulunabilir (Wang ve ark, 2014; Tung ve ark, 2015).

Ebeveynler DEHB tanısı olan çocuklarını, normatif akranlarına kıyasla, baş edilmesi ve düzeltilmiş davranışları kazanabilmeleri için yönlendirilmesi daha zor ve davranışlarını düzenleme konusunda daha düşük kapasiteye sahip olarak algılamaktadırlar (Schroeder ve ark, 2009; Leijten ve ark, 2017).

DEHB tanılı çocukları olan ebeveynlerin yüklerinin psikolojik ve fiziksel açıdan diğerlerinden daha fazla olması, onların, çocuklarının özellikle yıkıcı davranışlarını azaltmak için uygun olmayan ebeveynlik tutumlarını kullanmalarına yol açmaktadır (Modesto-Lowe ve ark, 2014; Robin, 2014). Yapılan çalışmalar, çocuklarda ve ergenlerde davranış problemleri ile, özellikle ihmal etme, reddetme, disiplinsizlik, tutarsız ceza gibi ebeveynlik uygulamaları arasında bir ilişki olduğunu doğrulamıştır (Neves Nunes ve ark, 2013; Tung & Lee, 2014).

Duygusal tepkisellik, reaktif/dürtüsel saldırganlık, sosyal beceri eksiklikleri gibi zorbalıkla ilişkili olabilecek DEHB semptomlarını ele almak, zorbalıkla mücadele girişimlerinde önemlidir. Bugün için en yaygın uygulanan ve etki boyutunun en büyük olduğu kabul edilen zorbalıkla mücadele yöntemleri, okulun tamamında zorbalıkla mücadele kültürü oluşturmaya odaklanmaktadır; ancak bu müdahalelerde de DEHB’li bireyler gibi davranışlarını kontrol etmekte zorluk yaşayan kişileri desteklemeye daha az vurgu yapılmaktadır (Gaffney ve ark, 2019; Salmivalli & Poskiparta, 2012).

Geçmişte yapılan araştırmaların çoğu özellikle çocuklarda DEHB ve akran zorbalığına odaklanmışsa da bu sorunlar ergenlik döneminde önemini korumaya devam etmekte, hatta bazı olgularda bu sorunlar ilk defa ergenlik döneminde ortaya çıkmaktadır (Polanczyk ve ark, 2015; Zych ve ark, 2020a; 2015; 2020b). Ergenlik dönemi, akran ilişkilerinin doğasının ve değeriinin değıştiği, önemli bir sosyal, bilişsel ve fiziksel değışim dönemi olması nedeniyle bu dönemdeki akran sorunlarının dinamiklerinin ve bunların DEHB ile ilişkilerinin çocukluk döneminden farklı olduğu kabul edilmeli ve yeniden ele alınmalıdır (Rapee ve ark, 2019).



3. GEREÇ VE YÖNTEMLER

3.1. ARAŞTIRMANIN TÜRÜ

Araştırmamız, çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları polikliniğinden en az 1 yıldır DEHB tanısı ile takip edilmekte olan ergenlerde akran zorbalığı ile ilişkili olduğu düşünülen faktörleri araştırmaya yönelik gözlemsel ve kesitsel bir çalışmadır.

3.2. ARAŞTIRMA ETİK KURUL ONAYI

Bu araştırmaya başlamadan önce Sağlık Bilimleri Üniversitesi Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurulu’ndan 20.07.2020 tarihli, 28 karar numarası ile onay alınmıştır (EK-1).

Çalışma, 01.09.2020-01.01.2021 tarihleri arasında Sağlık Bilimleri Üniversitesi Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği’nde yürütülmüştür.

3.3. ARAŞTIRMA ÖRNEKLEMİNİN BELİRLENMESİ

Araştırmada örneklem büyüklüğü zaman faktörü dikkate alınarak tayin edilmiştir. 01.09.2020-01.01.2021 tarihleri arasında Sağlık Bilimleri Üniversitesi Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği’ne başvuran hastalardan DSM-V tanı kriterlerine göre DEHB tanısı alan ve araştırmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan hastalar ve onların annelerinin araştırmaya dahil edilmesi planlanmıştır. Çalışmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan 134 gönüllü ergen ve anneleri araştırmaya dahil edilmiştir. Araştırma popülasyonuna dahil etme ve hariç tutma kriterleri aşağıda verilmiştir:

Hasta Grup İçin Dahil Etme Kriterleri:

- DSM-V tanı kriterlerine göre DEHB tanısı almış olmak
- En az 1 yıldır düzenli tedavi alıyor olmak

- Bilgilendirilmiş onam formunun kendisi ve ebeveyni tarafından onaylanmış olması
- Kendini değerlendirme ölçeklerinin doldurulabilmesi için okur-yazar olmak
- Son 1 yıl içinde yapılan WISC-IV sonucuna göre zekâ geriliğinin olmaması
- 12 yaş ve daha büyük, 17 yaştan küçük olmak

Anneler İçin Dahil Etme Kriterleri:

- Bilgilendirilmiş onam formunun kendisi ve çocuğu tarafından onaylanmış olması
- Kendini değerlendirme ölçeklerinin doldurulabilmesi için okur-yazar olmak

Hasta Grup İçin Hariç Tutma Kriterleri:

- Bilgilendirilmiş onam formunun kendisi veya ebeveyni tarafından onaylanmamış olması
- Psikotik bozukluk, bipolar bozukluk, otizm spektrum bozukluğu, madde kullanım bozukluğu tanıları varlığı

Anneler İçin Hariç Tutma Kriteri:

- Bilgilendirilmiş onam formunun kendisi ve çocuğu tarafından onaylanmamış olması

3.4. YÖNTEM

Araştırma grubuna dahil edilme kriterlerini karşılayan ergenler ve anneleri, öncelikle bu araştırma hakkında sözel ve yazılı olarak bilgilendirilmiş olup, yalnızca onam formunu imzalamayı kabul edenler araştırmaya alınmıştır (EK-2 ve 3). Araştırmanın hiçbir yerinde katılımcı isimlerinin yer almayacağı, elde edilen verilerin sadece bilimsel amaçlar doğrultusunda kullanılacağı özellikle vurgulanmıştır.

Katılımcıya, klinik ölçeklerden her birini doldurmadan önce, ölçekle ilgili ön bilgi verilmiş; ölçekler sessiz bir odada, tercihen yorgunluğun olmadığı sabah saatlerinde ve uygulayıcı refakatinde doldurulmuştur. Her ölçek sonunda birkaç dakika ara verilmiş ve katılımcıların motivasyonu değerlendirilmiştir.

Ergenlerin ve annelerinin doldurması beklenen klinik ölçeklerin uygulanması iki farklı güne paylaştırılmış, ortalama her hasta için 200 dakika sürmüştür.

Birinci günde ergenlerle “Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi- Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli- Türkçe Versiyonu (ÇDŞG-ŞY-T)” adlı yarı yapılandırılmış görüşme yapılmış, ardından uygulayıcı tarafından sosyodemografik veri formu, ergenler tarafından Çocuklar İçin Mizaç ve Karakter Envanteri (J-TCI - Junior Temperament and Character Inventory), anneleri tarafından Mizaç ve Karakter Envanteri (TCI-Temperament and Character Inventory) doldurulmuş; ikinci günde de geri kalan klinik ölçeklerin doldurulması tamamlanmıştır. Zihinsel kapasiteyi değerlendirmek amacıyla ergenlere WISC-IV (Wechsler Çocuklar İçin Zekâ Ölçeği-IV Formu, Wechsler Intelligence Scale For Children-IV) testi deneyimli bir uygulayıcı tarafından uygulanmıştır.

3.5. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

3.5.1. Araştırmacı Tarafından Uygulanan Değerlendirme Araçları

3.5.1.1. Sosyodemografik Veri Formu (EK-4)

Çalışmaya katılan ergenlerin sosyodemografik özellikleri araştırmacı tarafından geliştirilen sosyodemografik veri formu kullanılarak elde edilmiştir. Formda ergenin yaşı, cinsiyeti, sınıfı, kardeş sayısı, doğum öyküsü (planlı bir gebelikten dünyaya gelip gelmediği, doğum haftası-şekli-yeri, peri/postnatal sorun yaşanıp yaşanmadığı), gelişim basamaklarını tamamlama zamanı, anne sütü alma süresi, okul öncesi eğitim durumu, tıbbi özgeçmişi, anne ve babanın yaşı, sosyokültürel-sosyoekonomik düzeyi, medeni durumu, aralarında akrabalık olup olmadığı, hastanın psikiyatrik soygeçmişi ile ilgili sorular mevcuttur.

3.5.1.2. Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli-Türkçe Versiyonu (ÇDŞG-ŞY-T)

Kaufman ve arkadaşları tarafından 1997’de, DSM–III-R (APA, 1987) ve DSM-IV (APA, 1994) tanı kriterlerine göre geliştirilmiş, 6-18 yaş arası çocuk ve ergenlerde değerlendirme sırasındaki ve geçmişteki psikopatolojileri saptamak amacıyla kullanılan yarı yapılandırılmış bir görüşme formudur (Kaufman ve ark, 1997).

Üç bölümden oluşan formun ilk bölümünden çocuğun demografik özellikleri, genel sağlık durumu, daha önceki psikiyatri başvuruları ve tedavileri, aile ve akran ilişkileri, okul bilgileri gibi genel bilgiler elde edilir. İkinci bölümde tanı amaçlı tarama görüşmesi yapılır. Tarayıcı sorular ve değerlendirme ölçütleri aracılığıyla çocuk ve ergenlerde görülen duygudurum bozuklukları, psikotik bozukluklar, anksiyete bozuklukları, dışa atım bozuklukları, yıkıcı davranım bozuklukları, alkol ve madde kötüye kullanımı, yeme bozuklukları ve tik bozuklukları gibi psikopatolojilerin temel belirtileri sorgulanır. Her bir belirti 0-3 puan arasında değerlendirilir. Klinisyen, çocuk ya da ergenden ve ebeveyninden aldığı bilgilerle kendi görüşünü birleştirerek belirtilerin varlığına ve şiddetine karar verir. Temel belirtilerin herhangi birinden 3 puan alan kişiye o belirtinin ait olduğu psikopatolojiye ilişkin ek sorular sorulur. Üçüncü bölüm ise o anki işlev bozukluğunu belirlemek için düzenlenmiştir.

Görüşmenin Türkçe uyarlamasının geçerlik ve güvenirlik çalışması Gökler ve arkadaşları (2004) tarafından yapılmıştır. Çocuk ve ergen psikiyatristleri tarafından DSM – IV ölçütlerine göre konulan klinik tanıların ÇDŞG–ŞY–T ile yapılan görüşme sonucu konulan tanılarla olan uyumu istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur. Kappa değerleri, her iki görüşme arasındaki uyumun dışa atım bozuklukları için çok iyi (0,833), DEHB ve tik bozukluğu için iyi (0,721 ve 0,639), Duygudurum Bozuklukları, Anksiyete Bozuklukları ve KOKGB için ise orta derecede (0,561, 0,517 ve 0,458) olduğu görülmüştür.

3.5.1.3.Hollingshead-Redich Ölçeği (EK-5)

Hollingshead-Redich ölçeği, psikiyatrik hastalıklar ve bireyin sosyoekonomik-sosyokültürel düzeyi arasında ilişki olduğu düşüncesi ile 1958 yılında geliştirilmiştir

(Pols, 2007). Ölçek Türkçe 'ye 1997 yılında Comprehensive Assessment of Symptoms and History (CASH)'den (Andreasen 1987) çevrilmiştir (Kültür, 2006).

Ölçekte anne ve babanın meslek ve eğitim durumları esas alınarak, belirli bir süre için ulaşılmış en üst sosyoekonomik-sosyokültürel düzeyi yansıtan beş ayrı kategori tanımlanmıştır: “Varlıklı, eğitilmiş toplumsal katmanda anne-baba” 1, “Üniversite eğitimi almış, meslek sahibi ya da yüksek idari konumda anne-baba” 2, “Küçük iş adamı, memur ya da vasıflı işçi, lise mezunu anne-baba” 3, “Yarı vasıflı işçi, lise düzeyinin altında eğitilmiş anne-baba” 4, “Yarı vasıflı işçi, eğitimsiz, ilköğretim düzeyinde eğitilmiş anne-baba” 5 olarak kodlanır. 1 yüksek; 2 ve 3 orta; 4 ve 5 düşük sosyoekonomik-sosyokültürel düzey olarak tanımlanır.

3.5.1.4. Wechsler Çocuklar İçin Zekâ Ölçeği-IV Formu (WISC-IV)

Wechsler Çocuklar için Zekâ Ölçeği-IV (WISC-IV), Wechsler ölçeklerinin dördüncü sürümü olup, 6 yaş 0 ay ile 16 yaş 11 ay arasındaki çocukların bilişsel becerilerini ölçmeye yarayan zekâ testidir (Wechsler, 2003). 10 temel ve 5 yedek olmak üzere toplam 15 alt testten oluşmaktadır. 10 temel alt test puanı kullanılarak; Sözel Kavrama Dönüştürülmüş Puanı, Algısal Akıl Yürütme Dönüştürülmüş Puanı, Çalışma Belleği Dönüştürülmüş Puanı ve İşleme Hızı Dönüştürülmüş Puanı olmak üzere dört dönüştürülmüş puan elde edilmekte ve ölçeğin 10 temel alt test puanı toplanarak Tüm Ölçek Zekâ Puanı bulunmaktadır. Test aynı zamanda çocuğun güçlü ve zayıf zihinsel becerileri hakkında da ipuçları sunmakta ve zihinsel faaliyetlerini yaşlılarına göre değerlendirmektedir. WISC-IV'ün Türkçe uyarlamasının geçerlik ve güvenirlik çalışması 2011 yılında yapılmıştır (Uluç ve ark, 2011).

3.5.2. Ergen Tarafından Doldurulan Değerlendirme Araçları

3.5.2.1. Olweus Öğrenciler için Akran Zorbalığı Anketi: (EK-6)

Dan Olweus 1983 yılında ilköğretim öğrencilerinde akran zorbalığını ölçmek amacıyla bir anket geliştirmiş ve bunu 1996 yılında revize etmiştir (Olweus, 2013). Kendini değerlendirme niteliğindeki, 39 maddeden oluşan bu anket 8-16 yaş

arasındaki (üçüncü sınıf ve lise çağı arasındaki) öğrenciler için geliştirilmiştir.

Öncelikle anketin başında yer alan detaylı zorbalık tanımı, anketi uygulayacak kişi tarafından öğrenciye sesli olarak okunmuştur. Bu tanımdan hemen sonra öğrencinin geçtiğimiz aylarda okulda ne sıklıkta akran zorbalığına uğradığına dair genel bir soru bulunur. Anketin ikinci bölümünde ise; aynı soru geçtiğimiz aylarda okulda bir ya da birkaç öğrenciye akran zorbalığı yapılırken kendisinin ne sıklıkta akran zorbalığına katıldığı şeklinde sorulur. Bu iki genel sorudan sonra zorbalığın çeşitlerini (sözlü, fiziksel, ilişkisel, cinsel, siber) sorgulayan dokuz ek soru bulunur.

Ankette kurban, zorba ve zorba-kurban için kestirim noktası olarak sorgulanan eylemin en az “bir ayda 2 ya da 3 kez” gerçekleşmesi belirlenmiştir. 4-13. sorulardan kestirim noktasının üzerinde herhangi bir cevabı işaretleyen öğrenci “kurban”; 24-33. sorulardan kestirim noktasının üzerinde herhangi bir cevabı işaretleyen öğrenci “zorba”; her iki bölümden de kestirim noktasının üzerindeki cevapları işaretlediye “zorba-kurban” olarak adlandırılır; bu gruplarda yer almayanlara ise “zorbalığa karışmayanlar” denilmektedir (Solberg, 2003). Bunların dışında; zorbalığın kimler tarafından yapıldığı, nerede gerçekleştiği, zorbalığa maruz kalanların durumu bildirip bildirmediikleri, okuldaki öğretmenlerin veya diğer yetişkinlerin ve öğrencilerin zorbalığı önleyip önlemedikleri, ailelerin konuyla ilgili okulla bağlantıya geçip geçmediikleri, öğrencinin zorbalıkla karşılaşması durumunda ne hissettiği ve düşündüğü ile ilgili sorular da bulunur. Ülkemizde Olweus Öğrenciler İçin Akran Zorbalığı Anketi’nin geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0,81 olarak bulunmuştur (Tıprıdamaz Sipahi, 2008).

3.5.2.2.Çocuklar İçin Mizaç ve Karakter Envanteri (J-TCI-R, Junior Temperament and Character Inventory- Revised) (EK-7)

Mizaç ve Karakter Envanteri (TCI), doğru/yanlış olarak doldurulan 240 maddeden oluşan bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Cloninger kişiliğin iki temel bileşeni olan mizaç ve karakterdeki normal ve anormal varyasyonları açıklayan boyutsal bir psikobiyolojik kişilik modeli geliştirmiştir. Ancak TCI’nin güvenilirliği 17 yaşından küçük olgularda düşük bulunmuştur. Bu nedenle Luby ve arkadaşları (1999) TCI’nin çocuk versiyonunu geliştirmiştir.

Ölçek 125 maddeden oluşmakta ve her maddenin, “Yanlış”, “Çoğu kez yanlış”, “Kararsızım”, “Çoğu kez doğru” ve “Doğru” olmak üzere dört farklı cevabı bulunmaktadır. Bu ölçek, dört mizaç (Yenilik Arayışı (NS), Zarardan Kaçınma (HA), Ödül Bağımlılığı (RD) ve Sebat Etme (P)) ve iki karakter (Kendini Yönetme (SD), İş Birliği Yapma (C)) boyutunu değerlendirmektedir. Her bir boyut dört alt ölçeğe ayrılmıştır. Yenilik Arayışı; Keşfetmekten heyecan duyma, Dürtüsellik, Savurganlık, Düzensizlik alt ölçeklerine; Zarardan Kaçınma; Beklenti endişesi ve karamsarlık, Belirsizlik korkusu, Yabancılardan çekinme, Çabuk yorulma alt ölçeklerine; Ödül Bağımlılığı; Duygusalılık, İyi iletişime açıklık, Bağlanma, Bağımlılık alt ölçeklerine; Sebat etme; Çaba harcama, Çalışkanlık, Hırslı olma, Mükemmeliyetçilik alt ölçeklerine; Kendini Yönetme; Sorumluluk alma, amaçlılık, beceriklilik, kendini kabullenme alt ölçeklerine; İş Birliği Yapma; Sosyal onaylama, Empati duyma, Yardımseverlik, Acıma alt ölçeklerine ayrılmıştır. İlgili boyutun toplam puanı alt ölçek puanlarının toplanmasıyla elde edilmektedir.

Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Köse ve arkadaşları (2017) tarafından yapılmıştır. Türkçe geçerlilik güvenirlik çalışmasında; Cronbach alfa değerleri mizaç boyutunda 0,60-0,66 arasında, karakter boyutunda ise 0,75-0,79 arasında olduğu bulunmuştur. En düşük Cronbach alfa katsayıları Ödül Bağımlılığı (0,60) ve Yenilik Arayışı (0,60) olarak bulunmuştur.

3.5.2.3.Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ) (EK-8)

1994 yılında Bernstein tarafından 70 madde olarak geliştirilmiş ve 1995’te 54 maddeye düşürülmüştür. Ölçeğin Cronbach alpha katsayıları 0,79-0,94 arasında bulunmuştur (1994, akt., Aydemir ve Köroğlu, 2012). 1996 yılında kısaltılmış ve 28 madde olarak Şar ve arkadaşları tarafından Türkçeye çevrilmiştir (Şar ve ark, 2012). Geçerlilik ve güvenirlik çalışmasında ölçeğin Cronbach alpha değeri 0,90 bulunmuştur. Alt ölçeklerin Cronbach alpha değerleri ise duygusal istismar için 0,90, duygusal ihmal için 0,85, fiziksel istismar için 0,90, fiziksel ihmal için 0,77 ve cinsel istismar için 0,73 olarak bildirilmiştir

Beş alt boyutu bulunan ölçek, çocukluk ve ergenlik dönemindeki örselenme ve ihmal yaşantılarını taramaya yönelik olarak kullanılmaktadır. Beşli Likert tipi bir

kendini değerlendirme ölçeğidir. Ölçek, fiziksel istismarı, fiziksel ihmali, duygusal istismarı, duygusal ihmali, cinsel istismarı değerlendiren beşer madde ve travmanın inkarını ölçen üç maddeden oluşmaktadır. Minimizasyon puanını hesaplamak için bu üç maddenin her birinden alınan sadece 5 puan (en yüksek) cevapları hesaba katılır ve bunların hepsi 1 puan olarak sayılır. Ölçeğin Türkçe sürümü için kesme puanı hesaplanmamıştır, fakat Şar ve arkadaşları 2012 yılındaki “Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeğinin Türkçe Uyarlamasının Geçerlilik ve Güvenilirliği” çalışmasının bulgularından yola çıkarak bazı kestirimlerde bulunmuştur. Bu çalışmanın bulgularına göre; cinsel ve fiziksel istismar için sorulardan herhangi birine en alt düzeyde de olsa evet yanıtı verilmesi yani 6 ve üzerindeki puanlar, fiziksel ihmal ve duygusal istismar için 7 ve üzerindeki puanlar, duygusal ihmal için 12 ve üzerindeki puanlar pozitif bildirim olarak sayılabilmektedir. Toplam puan için ise bu sınırın 35 civarında olabileceği düşünülmektedir (Şar, ve ark, 2012).

3.5.2.4.Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri 1 ve 2 (State-Trait Anxiety Inventory, STAI-1 ve 2) (EK-9 ve 10)

Spielberger ve ark tarafından (1977) geliştirilen ölçeğin Türkçeye çevrilmiş formunun geçerlik ve güvenirlik çalışması Öner ve arkadaşları tarafından (1983) yapılmıştır. Durumluk kaygı ölçeği belirli bir durumdaki anksiyete düzeyini gösterirken, süreklilik kaygı ölçeği bireyin içinde bulunduğu durumdan bağımsız olarak yaşadığı kaygı düzeyini değerlendirir.

Ölçek, her biri 20 sorudan oluşan iki ayrı kendini değerlendirme testinden oluşur, dördümlü Likert tipi bir skala ile değerlendirilir. Her iki ölçekte de tersine ifadeler içeren maddeler bulunmaktadır. Doğrudan ve tersine dönmüş ifadelerin ayrı ayrı toplam ağırlıkları bulunduktan sonra doğrudan ifadeler için elde edilen toplam ağırlık puanından, ters ifadelerin toplam ağırlık puanı çıkarılır. Bu sayıya, önceden saptanmış ve değişmeyen bir değer eklenir. Durumluk Kaygı Envanteri için bu değişmeyen değer 50, Sürekli Kaygı Envanteri için 35'tir. En son elde edilen değer bireyin kaygı puanıdır. Her iki ölçekten de alınan puanlar 20 ile 80 arasında değişir. Yüksek puanlar yüksek anksiyete seviyesini, düşük puanlar ise düşük anksiyete seviyesini gösterir.

3.5.2.5.Çocuklar için Depresyon Ölçeği (ÇDÖ) (EK-11)

6-17 yaş çocuklarına uygulanabilen, bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Ölçek çocuğa okunarak ya da çocuk tarafından okunarak doldurulur. 1981 yılında Kovacs tarafından çocukluk çağı depresyonunu değerlendirmek için oluşturulmuştur (Kovacs, 1981). 27 maddelik ölçekte her madde için üç farklı ifade bulunmaktadır. Çocuktan son iki haftasını esas alarak kendisine en uygun cümleyi seçmesi istenir. Her madde belirtinin şiddetine göre 0, 1 ya da 2 puan alır. Maksimum puan 54'tür. Alınan puan ne kadar yüksekse, depresyon o kadar ağır demektir. Ülkemizde bu ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 1991 yılında Öy tarafından yapılmış ve patoloji kesim noktası 19 puan olarak saptanmıştır (Öy, 1991).

3.5.3. Ebeveyn Tarafından Doldurulan Değerlendirme Araçları

3.5.3.1. Leuven Algılanan Ana Babalık Ölçeği (LAABÖ) Ebeveyn Sürümü (EK-12)

LAABÖ, Soenens ve arkadaşları (2004) tarafından geliştirilmiş ve 2014 yılında Türkçeye uyarlanmıştır (Sevim, 2014). Ebeveynlerin çocuklarına karşı davranışlarını ve dolayısıyla çocuklarıyla olan ilişkilerini kendilerinin değerlendirmesi istenen ölçekte iç tutarlılık katsayıları; duyarlılık için 0,75, davranışsal denetim için 0,66, psikolojik kontrol için 0,82 ve özerklik desteği için 0,52 olarak hesaplanmıştır.

LAABÖ, 24 maddeden (Duyarlılık; 7 madde, davranışsal denetim; 4 madde, psikolojik kontrol; 7 madde ve özerklik desteği; 6 madde) ve dört boyuttan meydana gelmektedir. Her madde 1-5 arasında puanlanmaktadır.

Duyarlılık ana babalardan görülen destek ve yakınlığın derecesini vermektedir. Davranışsal denetim, kurallar ve ilkeler belirleyerek, ebeveynlerin uyguladığı etkin denetimi ifade etmektedir. Psikolojik kontrol ise ana babaların zorlayıcı ve müdahale edici bir kontrol süreci kullanmasına, özellikle gencin psikolojik yaşantılarına karışma girişimlerine işaret etmekte olup, son boyut olan özerklik desteğindeki maddeler gencin kendi iradesiyle aldığı kararlar ve yaptığı planların ebeveyn tarafından desteklemesiyle ilgilidir. Ölçeğin kestirim noktası bulunmamaktadır.

3.5.3.2. Mizaç ve Karakter Envanteri (TCI, Temperament and Character Inventory) (EK-13)

Mizaç ve Karakter Envanteri, Cloninger ve arkadaşları (1993) tarafından geliştirilmiş, doğru/yanlış olarak doldurulan 240 maddeden oluşan bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Cloninger kişiliğin iki temel bileşeni olan mizaç ve karakterdeki normal ve anormal varyasyonları açıklayan boyutsal bir psikobiyolojik kişilik modeli geliştirmiştir.

Bu ölçek 4 mizaç (Yenilik Arayışı, Zarardan Kaçınma, Ödül Bağımlılığı ve Sebat Etme) ve 3 karakter (Kendini Yönetme, İş Birliği Yapma ve Kendini Aşma) özelliği boyutunu değerlendirmektedir. Sebat etme dışında tüm boyutlar, üç-beş arasında alt ölçeklere ayrılmıştır. İlgili boyutun toplam puanı alt ölçek puanlarının toplanmasıyla elde edilmektedir.

Yenilik Arayışı; Keşfetmekten heyecan duyma-Kayıtsız bir katılık, Dürtüsellik-İyice Düşünme, Savurganlık-Tutumluluk, Düzensizlik-Düzenlilik alt ölçeklerine; Zarardan Kaçınma; Beklenti endişesi ve karamsarlık- Sınırsız iyimserlik, Belirsizlik korkusu, Yabancılardan çekinme, Çabuk yorulma ve dermansızlık alt ölçeklerine; Ödül Bağımlılığı; Duygusallık, Bağlanma, Bağımlılık alt ölçeklerine; Kendini Yönetme; Sorumluluk alma-kınama, amaçlılık-amaçsızlık, beceriklilik, kendini kabullenme-kendisiyle çekişme, Uyumlu ikincil huylar alt ölçeklerine; İş Birliği Yapma; Sosyal onaylama-sosyal hoşgörüsüzlük, Empati duyma-sosyal ilgisizlik, Yardımseverlik- yardım sevmeyizlik, Acıma-intikamcılık, Erdemlilik, vicdanlılık-kendine yarar sağlama alt ölçeklerine; Kendisini Aşma; kendilik kaybı-kendilik bilincinde yaşantı, Kişiler ötesi özdeşim- kendine ayrışma, Manevi Kabullenme- akılcı maddecilik alt ölçeklerine ayrılmıştır.

Köse ve arkadaşları tarafından 2004 yılında yapılan Türkçe geçerlilik güvenirlik çalışmasında; Cronbach alfa değerlerinin mizaç boyutunda 0,60-0,85 arasında, karakter boyutunda ise 0,82-0,83 arasında olduğu bulunmuştur. En düşük Cronbach alfa katsayıları Ödül Bağımlılığı (0,60) ve Sebat Etme (0,62) olarak bulunmuştur (Köse ve ark, 2004).

3.5.3.3. Ruhsal Belirti Tarama Listesi (SCL-90) (EK-14)

Derogatis ve Cleary tarafından 1977 yılında geliştirilen ölçeğin madde sayısı 1999 yılında 83'ten 90'a çıkarılmıştır (Derogatis & Savitz, 1999). Sonradan eklenen 7 madde herhangi bir faktörde yer almamakta ancak toplam puanı etkilemektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Dağ (1991) tarafından yapılmıştır.

Doksan maddeden oluşan Ruhsal Belirti Tarama Listesi, kendini değerlendirmeye dayalı bir psikiyatrik belirti tarama aracı olup, genel psikopatoloji düzeyi ve ruhsal belirtiler yönünden zorlanma düzeyini ölçen bir testtir. 9 farklı belirti kümesini değerlendirmeye yarayan alt ölçeklerden oluşmaktadır. Alt ölçekler; somatizasyon, anksiyete, depresyon, obsesif-kompulsif özellikler, kişiler arası ilişkilerde duyarlılık, öfke, paranoid düşünceler, psikotik belirtiler ve fobi şeklinde oluşturulmuştur. Her madde için 0-4 arasında puan verilen Likert tipi bir ölçektir. Ölçek genel ortalama puanı olan Genel Belirti Düzeyindeki artış, bireydeki psikiyatrik belirtilerden duyulan sıkıntının artışına işaret eder ve ölçeğin en iyi endeksidir.

3.5.3.4.Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranış Bozuklukları için DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği (T-DSM-IV-Ö) (EK-15)

DSM-IV tanı ölçütlerine göre Atilla Turgay tarafından geliştirilmiştir. Ölçek, dikkat eksikliğini sorgulayan dokuz, aşırı hareketliliği sorgulayan altı, dürtüselliği sorgulayan üç, karşıt olma karşı gelme bozukluğunu sorgulayan sekiz ve davranım bozukluğunu sorgulayan on beş maddeden oluşmuştur. Ölçek, DSM-IV ölçütlerinin anlamını değiştirmeden soru şekline dönüştürülmesi biçiminde geliştirilmiştir. DEHB olduğu düşünülen çocukların anne, baba ve öğretmenleri tarafından doldurulabilmektedir. Türkiye'de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Ercan ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (Mukaddes, 2015).

3.5.3.5.Conners Anne-Baba Dereceleme Ölçeği-48 (CADÖ-48) (EK-16)

Conners tarafından (1969) geliştirilen CADÖ-48, 48 maddeden ve beş alt ölçekten (Davranım Sorunları, Ataklık/Hiperaktivite, Öğrenme Sorunları, Kaygı ve Psikosomatik) oluşmaktadır. Ölçekteki ifadelere dörtlü likert tipi bir ölçek üzerinden

yanıt verilmektedir. Cevap seçenekleri ve puanlama şöyledir: hiçbir zaman, 0 puan; nadiren, 1 puan; sıklıkla, 2 puan; her zaman, 3 puan. Yüksek puan, belirtilerin yoğun olduğunu ifade etmektedir. Dereboy ve arkadaşları tarafından (2007) ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapmıştır.

3.6. İSTATİSTİKSEL DEĞERLENDİRME

Araştırma kapsamında katılımcılardan elde edilen veriler Windows işletim sisteminde Sosyal Bilimler İçin İstatistik Paket Programı (SPSS) 20.0 kullanılarak değerlendirilmiştir. Verilerin analizinde ilk olarak tanımlayıcı istatistikler yapılmış olup, ortalama, standart sapma, medyan ve yüzde değerleri kullanılmıştır. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında Ki-Kare Testi, beklenen frekansların karşılanmaması durumunda Fisher Kesin Testi kullanılmıştır. Analiz edilecek sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu histogram grafikleri ve Kolmogorov-Simirnov Testi ile değerlendirilmiştir. Verilerin normal dağılım gösterdiği durumlarda, değişkenler değerlendirilirken Bağımsız Gruplarda T-Testi, verilerin normal dağılım göstermediği durumlarda ise değişkenler iki grup arasında değerlendirilirken Mann-Whitney-U Testi, ikiden fazla grup arasında değerlendirilirken Kruskal-Wallis Testi kullanılmıştır. İki grup arasında niceliksel verilerinin karşılaştırılmasında, parametrik varsayımların sağlandığı değişkenlerde tek yönlü ANOVA, farkın hangi gruplardan kaynaklandığının tespitinde Post-Hoc Test olarak varyansların homojenliğinde Bonferroni Testi, varyanslar homojen olmadığında Dunnett T3 Testi kullanılmıştır. Son olarak akran zorbalığı rolleriyle ilişkili faktörlerin değerlendirilmesinde Binary Lojistik Regresyon Testi kullanılmıştır. İstatistiksel analizlerde p değerinin 0,05'e eşit ya da 0,05'ten küçük olması anlamlı olarak kabul edilmiş olup, 0,05'ten büyük p değerleri istatistiksel olarak önemsiz şekilde yorumlanmıştır.

4. BULGULAR

4.1.Sosyodemografik Verilerden Elde Edilen Bilgiler

Araştırmamıza Sağlık Bilimleri Üniversitesi Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği'ne, belirlenen tarih aralığında ardışık olarak başvuran, en az 1 yıldır DSM-V tanı kriterlerine göre DEHB tanısı ile takip ve tedavi edilen, 40'ı kız (%29,85), 94'ü erkek (%70,15) olmak üzere toplam 134 ergen ve onların anneleri dahil edilmiştir. DEHB tanılı katılımcıların yaşları 12-17 arasında olup, yaş ortalaması $13,98 \pm 1,67$ 'dir.

Katılımcıların kardeş sayıları incelendiğinde; 20 kişinin (%14,93) kardeşi yoktur, 66 kişinin (%49,25) 1 kardeşi, 36 kişinin (26,87) 2 kardeşi, 9 kişinin (%6,72) 3 kardeşi, 2 kişinin (%1,49) 4 kardeşi ve 1 kişinin (%0,75) de 5 kardeşi vardır ve kardeş sayısı ortalaması $1,33 \pm 0,92$ 'dir.

Katılımcıların eğitim durumlarına bakıldığında; 42 katılımcı (%31,34) 7. sınıfa, 15 katılımcı (%11,19) 8.sınıfa, 26 katılımcı (%19,40) 9.sınıfa, 23 katılımcı (%17,16) 10.sınıfa, 21 katılımcı (%15,67) 11.sınıfa ve 7 katılımcı (%5,22) 12.sınıfa devam etmektedir ve eğitim görülen yıl ortalaması $8,9 \pm 1,62$ 'dir.

Katılımcılar ebeveynlerin aralarındaki akrabalığa göre incelendiğinde; 43 ebeveyn arasında akrabalık bulunduğu (%32,09), 91 ebeveyn arasında akrabalık bulunmadığı (%67,91) öğrenilmiştir.

77 ergen planlı gebelikten (%57,46), 57 ergen ise plansız bir gebelikten (%42,54) dünyaya gelmiştir. 108 (%80,59) kişi zamanında, 20 (%14,93) kişi prematür, 6 (%4,48) kişi postmatür olarak dünyaya gelmiş; 55 (%41,05) kişi spontan vajinal doğum ile, 77 (%57,46) kişi sezaryen ile, 2 (%1,49) kişi de vakum/forseps yardımı ile doğmuştur. 25 (%18,66) katılımcıda doğum esnasında ya da sonrasında komplikasyon görülürken, 109 kişide görülmemiştir (%81,34).

Katılımcılar ortalama $11,17 \pm 10,03$ ay anne sütü almış olup, 97 (%72,39) kişi gelişim basamaklarını zamanında tamamlarken, 37 katılımcı (%27,61) gelişim basamaklarından en az birini geç tamamlamıştır.

Tablo 1. Katılımcıların cinsiyeti, yaşı, kardeş sayısı ve eğitim durumu

		n	%
Cinsiyet	Kız	40	29,85
	Erkek	94	70,15
Yaş	12-13	55	41,05
	14-15	47	35,08
	16-17	32	23,88
	Yaş Ortalaması *	13,98 ± 1,67	14
Sınıf	7-8	57	42,54
	9-10	49	36,57
	11-12	28	20,89
	Eğitim Görülen Yıl Ortalaması *	8,9 ± 1,62	9
Kardeş Sayısı	0-1	86	64,18
	2-3	45	33,58
	4-5	3	2,24
	Kardeş Sayısı Ortalaması *	1,33 ± 0,92	1

*: n yerine ortalama ± standart sapma, % yerine medyan verilmiştir.

Tablo 2. Gebelik süreci, doğum zamanı ve doğum sonrası ile ilgili bilgiler

		n	%
Anne Baba Arasında Akrabalık	Var	43	32,09
	Yok	91	67,91
Planlı Gebelik	Var	77	57,46
	Yok	57	42,54
Doğum Zamanı	Prematür	20	14,93
	Matür	108	80,59
	Postmatür	6	4,48
Doğum Şekli	NSVD	55	41,05
	Sezaryen	77	57,46
	Forseps/Vakum	2	1,49
Doğum Esnasındaki/Sonrasındaki Komplikasyonlar	Var	25	18,66
	Yok	109	81,34
Anne Sütü Alma Süresi	0-6 ay	63	47,02
	7-12 ay	23	17,16
	13-18 ay	22	16,42
	19-24 ay	12	8,96
	25-30 ay	8	5,97
	31-36 ay	5	3,73
	37-42 ay	1	7,69
Gelişim Basamaklarını Tamamlama	Zamanında	97	72,39
	Geç	37	27,61

4.2.Sosyoekonomik-Sosyokültürel Düzey İle İlgili Bilgiler

Ebeveynlerin meslek ve eğitim durumları esas alınarak, belirli bir süre için anne ya da babadan birinin ulaştığı en üst sosyoekonomik-sosyokültürel düzeyi (SKSED) yansıtan, Hollingshead-Redlich Ölçeği'ne göre; 3 (%2,24) kişi yüksek, 65 (%48,51) kişi orta ve 66 (%49,25) kişi düşük sosyoekonomik-sosyokültürel düzeydeydi. Orta sosyoekonomik-sosyokültürel düzeyde olan ebeveynlerden 23'ü (%17,16) üniversite eğitimi almış, 42'si (%31,34) lise mezunuydu; düşük sosyoekonomik-sosyokültürel düzeyde olan ebeveynlerden 36'sı (%26,87) lise düzeyinin altında, 30'u (%22,39) ilkokul düzeyinin altında eğitim almıştı.

Tablo 3. Katılımcıların sosyoekonomik-sosyokültürel düzeyi

		n (%)
Yüksek SKSED	Varlıklı, eğitimli toplumsal katmanda anne-baba	3 (2,24)
Orta SKSED	Üniversite eğitimi almış, meslek sahibi ya da yüksek idari konumda anne-baba	23 (17,16)
	Küçük iş adamı, memur ya da vasıflı işçi, lise mezunu anne-baba	42 (31,34)
	Toplam	65 (48,51)
Düşük SKSED	Yarı vasıflı işçi, lise düzeyinin altında eğitimli anne-baba	36 (26,87)
	Yarı vasıflı işçi, eğitimsiz, ilkokul düzeyinde eğitimli anne-baba	30 (22,39)
	Toplam	66 (49,25)

4.3.Olweus Akran Zorbalığı Anketi'nden Elde Edilen Bilgiler

Akran zorbalığını araştırmak amacıyla katılımcılardan doldurmaları istenen Olweus Akran Zorbalığı Anketi'ne göre; 134 katılımcıdan, 11'i kız (%22,45), 38'i erkek (%77,55) olmak üzere toplam 49 kişi (örneklemin %36,57'si) zorbalığa karışmamıştı; zorba rolündeki 9 katılımcıdan (örneklemin %6,72'si) 3'ü kız (%33,33), 6'sı erkekti (%66,67); kurban rolündeki 45 katılımcıdan (örneklemin %33,58'i) 17'si kız (%37,78), 28'i erkekti (%62,22) ve zorba-kurban rolündeki 31 katılımcıdan (örneklemin %23,13'ü) 9'u kız (%29,03), 22'si erkekti (%70,97).

Katılımcıların akran zorbalığındaki rolleri cinsiyet dağılımı açısından istatistiksel olarak benzer bulunmuştur ($p=0,44$).

Tablo 4. Katılımcıların cinsiyetlerine göre akran zorbalığındaki rolleri

	Zorba n (%)	Kurban n (%)	Zorba- Kurban n (%)	Zorbalığa Karışmayan n (%)	Toplam n (%)	χ^2	p
Kız	3(33,33)	17 (37,78)	9 29,03)	11 (22,45)	40 (29,85)	2,69	0,441
Erkek	6(66,67)	28 (62,22)	22 (70,97)	38 (77,55)	94 (70,15)		
Toplam	9(6,72)	45 (33,58)	31 (23,13)	49 (36,57)	134 (100)		

Klinik değerlendirmeler, gözlemler, ergenlerle ve aileleriyle yapılan görüşmeler sonucunda; araştırmaya dâhil olan 134 olgudan, 69 kişinin (%51,49) DEHB'nin dikkat eksikliği baskın görünümüyle, 65 kişinin (%48,51) ise DEHB'nin kombine görünümü ile takip edildiği saptandı.

Zorba rolündeki 9 kişiden 2'si dikkat eksikliği baskın (%22,22), 7'si kombine tip (%77,78); kurban rolündeki 45 kişiden 29'u dikkat eksikliği baskın (%64,44), 16'sı kombine tip (%35,56), zorba-kurban rolündeki 31 kişiden 9'u dikkat eksikliği baskın (%29,03), 22'si kombine tip (%70,97) ve akran zorbalığına karışmayan 49 kişiden 29'u dikkat eksikliği baskın (%59,18), 20'si kombine tip (%40,82) DEHB idi.

Katılımcıların akran zorbalığı davranışındaki rolleri DEHB görünümüne göre incelendiğinde, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($p=0,004$). Buna göre zorbalık yapanlarda yani zorbalarda ve zorba-kurbanlarda, sıklıkla kombine tip DEHB görülürken; kurbanlarda dikkat eksikliği baskın tip DEHB daha sık görülmektedir.

Tablo 5. Katılımcıların DEHB görünümüne göre akran zorbalığındaki rolleri

	Zorba n (%)	Kurban n (%)	Zorba- Kurban n (%)	Zorbalığa Karışmayan n (%)	Toplam n (%)	χ^2	p
Dikkat Eksikliği Baskın	2 (22,22)	29 (64,44)	9 (29,03)	29 (59,18)	69 (51,49)	13,531	0,004
Kombine	7 (77,78)	16 (35,56)	22 (70,97)	20 (40,82)	65 (48,51)		
Toplam	9 (6,72)	45 (33,58)	31 (23,13)	49 (36,57)	134 (100)		

Araştırmaya dâhil olan olguların DEHB'ye eşlik eden psikiyatrik tanıları yarı yapılandırılmış bir görüşme aracı olan ÇDŞG-ŞY-T (Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi – Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli-Türkçe Versiyonu) kullanılarak belirlendi.

ÇDŞG-ŞY-T'ye göre; 100 hastada (%74,68) DEHB'ye eşlik eden çeşitli eş tanımlar bulunmakta, 34 hasta (%25,37) ise sadece DEHB tanısı ile takip edilmekteydi.

Komorbide psikiyatrik hastalığı olan 100 katılımcı içinde, Anksiyete Bozukluğu (Sosyal Fobi, Özgül Fobi, Yaygın Anksiyete Bozukluğu, Panik Bozukluk) tanısı alan 39 (%29,11), Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu ya da Davranım Bozukluğu tanısı alan 32 (%23,88), Özgül Öğrenme Bozukluğu tanısı alan 27 (%20,15), Uyku-Uyanıklık Bozukluğu tanısı alan 12 (%8,96), Depresif Bozukluk tanısı alan 13 (%9,7), Tik Bozukluğu tanısı alan 7 (%5,22), Obsesif Kompulsif Bozukluk tanısı alan 5 (%3,73), Konuşma Bozukluğu tanısı alan 3 (%2,24) hasta vardı.

Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu ya da Davranım Bozukluğu tanıları zorba-kurbanlarda ($p<0,001$), Özgül Öğrenme Bozukluğu tanısı ise kurbanlarda ($p=0,03$) olmak üzere bu iki komorbide bozuklukta gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur.

Tablo 6. Katılımcıların eş tanılarına göre akran zorbalığındaki rolleri

	Zorba n (%)	Kurban n (%)	Zorba- Kurban n (%)	Zorbalığa Karışmayan n (%)	Toplam n (%)	χ^2	p
Anksiyete Bzk	1 (11,11)	14 (31,11)	10 (32,26)	14 (28,57)	39 (29,11)	1,656	0,647
KOKGB, DB	8 (88,89)	3 (6,67)	16 (51,61)	6 (12,25)	32 (23,88)	44,05	<0,001
ÖÖB	6 (66,67)	9 (20)	6 (19,35)	6 (12,25)	27 (20,15)	14,02	0,03
Uyku Bzk.	0 (0)	3 (6,67)	2 (6,45)	7 (14,29)	12 (8,96)	3,12	0,373
MDB	2 (22,22)	6 (13,33)	1 (3,23)	4 (8,16)	13 (9,7)	3,904	0,272
Tik Bzk.	0 (0)	3 (6,67)	1 (3,23)	3 (6,12)	7 (5,22)	1,015	0,798
OKB	0 (0)	4 (8,89)	0 (0)	1 (2,04)	5 (3,73)	5,273	0,153
Konuşma Bzk.	0 (0)	1 (2,22)	1 (3,23)	1 (2,04)	3 (2,24)	0,353	0,95
Toplam	8 (88,89)	33 (73,33)	26 (83,87)	33 (67,35)	100 (74,63)	3,77	0,287

Akran zorbalığı davranışındaki roller ebeveynlerin medeni durumuna göre incelendiğinde; gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0,001$). 96 ebeveynin evli (%71,64), 36 ebeveynin boşanmış (%26,87), 1 ebeveynin evli ancak ayrı yaşıyor (%0,75) ve ergenlerden birinin babasının vefat etmiş (%0,75) olduğu örneklemde; en fazla boşanma oranı kurbanların ebeveynlerinde saptanmıştır.

Katılımcıların okul öncesi eğitim alıp almaları ve akran zorbalığındaki rolleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p = 0,026$). 94 kişinin okul öncesi eğitim aldığı (%70,15), 40 kişinin okul öncesi eğitim almadığı (%29,85) örneklemde; okul öncesi eğitim alanların oranının en fazla olduğu grup akran zorbalığına karışmayanlar, en az olduğu grup ise zorbalar olarak saptanmıştır.

Tablo 7. Katılımcıların ebeveynlerinin medeni durumuna göre akran zorbalığındaki rolleri

	Zorba n (%)	Kurban n (%)	Zorba- Kurban n (%)	Zorbalığa Karışmayan n (%)	Toplam n (%)	χ^2	p
Evli	8 (88,89)	24 (53,33)	24 (77,42)	40 (81,63)	96 (71,64)	30,153	<0,001
Boşanmış	0 (0)	21 (46,67)	7 (22,58)	8 (16,33)	36 (26,87)		
Ayrı Yaşıyor	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (2,04)	1 (0,75)		
Vefat Etmiş	1 (11,11)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (0,75)		

Tablo 8. Katılımcıların okul öncesi eğitim durumuna göre akran zorbalığındaki rolleri

	Zorba n (%)	Kurban n (%)	Zorba- Kurban n (%)	Zorbalığa Karışmayan n (%)	Toplam n (%)	χ^2	p
Okul Öncesi Eğitimi Var	3(33,33)	30 (66,67)	21 (67,74)	40 (81,63)	94 (70,15)	9,258	0,026
Okul Öncesi Eğitimi Yok	6 (66,67)	15 (33,33)	10 (32,26)	9 (18,37)	40 (29,85)		

Katılımcıların sosyoekonomik-sosyokültürel düzeyleri (SKSED) ve akran zorbalığındaki rolleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p=0,028). 3 kişinin yüksek sosyoekonomik-sosyokültürel düzey (%2,24), 65 kişinin orta sosyoekonomik-sosyokültürel düzey (%48,51) ve 66 kişinin düşük sosyoekonomik-sosyokültürel düzey (%49,25) grubunda yer aldığı örnekleme; zorbalık yapanlarda yani zorbalarda ve zorba-kurbanlarda düşük sosyoekonomik-sosyokültürel düzey daha sık görülmektedir.

Tablo 9. Katılımcıların sosyoekonomik-sosyokültürel düzeylerine göre akran zorbalığındaki rolleri

	Zorba n (%)	Kurban n (%)	Zorba- Kurban n (%)	Zorbalığa Karışmayan n (%)	Toplam n (%)	χ^2	p
Yüksek SKSED	0 (0)	2 (4,44)	0 (0)	1 (2,04)	3 (2,24)	14,114	0,028
Orta SKSED	2 (22,22)	21 (46,67)	10 (32,26)	32 (65,31)	65 (48,51)		
Düşük SKSED	7 (77,78)	22 (48,89)	21 (67,74)	16 (32,65)	66 (49,25)		

Katılımcıların okulu ne kadar sevdikleri ile ilgili soruya verilen cevaplara göre; 10 kişi okulu hiç sevmediğini (%7,46), 13 kişi okulu sevmediğini (%9,7), 35 kişi okulu ne sevdiğini ne sevmediğini (%26,12), 51 kişi okulu sevdiğini (%38,06), 25 kişi okulu çok sevdiğini (%18,66) ifade etti.

Katılımcıların sınıftaki yakın arkadaş sayıları ile ilgili soruya verdikleri cevaplara göre; 9 kişi sınıfında hiç iyi arkadaşı olmadığını (%6,72), 9 kişi 1 iyi arkadaşı olduğunu (%6,72), 46 kişi 2 ya da 3 iyi arkadaşı olduğunu (%34,33), 28 kişi 4 ya da 5 iyi arkadaşı olduğunu (%20,9), 42 kişi de 6 ve daha fazla yakın arkadaşı olduğunu (%31,34) belirtti.

Katılımcıların okulu ne kadar sevdikleri ve sınıftaki yakın arkadaş sayıları ile akran zorbalığı davranışındaki rolleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Tablo 10. Katılımcıların okul sevgisine göre akran zorbalığındaki rolleri

	Zorba n (%)	Kurban n (%)	Zorba- Kurban n (%)	Zorbalığa Karışmayan n (%)	Toplam n (%)	χ^2	p
Okulu hiç sevmiyorum	0 (0)	5(3,73)	4(2,99)	1(0,75)	10(7,46)	11,667	0,473
Okulu sevmiyorum	1 (0,75)	2(1,49)	5(3,73)	5(3,73)	13(9,7)		
Okulu ne seviyorum ne sevmiyorum	4 (2,99)	12(8,96)	6(4,48)	13(9,7)	35(26,12)		
Okulu seviyorum	3(2,24)	20(14,93)	10(7,46)	18(13,43)	51(38,06)		
Okulu çok seviyorum	1(0,75)	6(4,48)	6(4,48)	12(8,96)	25(18,66)		

Tablo 11. Katılımcıların sınıftaki yakın arkadaş sayısına göre akran zorbalığındaki rolleri

	Zorba n (%)	Kurban n (%)	Zorba- Kurban n (%)	Zorbalığa Karışmayan n (%)	Toplam n (%)	χ^2	p
Hiç iyi arkadaşım yok	0 (0)	4(2,99)	3(2,24)	2(1,49)	9(6,72)	20,328	0,16
1 iyi arkadaşım var	0 (0)	2(1,49)	6(4,48)	1(0,75)	9(6,72)		
2-3 iyi arkadaşım var	4(2,99)	19(14,18)	8(5,98)	15(11,19)	46(34,33)		
4-5 iyi arkadaşım var	1(0,75)	10(7,46)	6(4,48)	11(8,21)	28(20,9)		
>5 iyi arkadaşım var	4(2,99)	10(7,46)	8(5,98)	20(14,93)	42(31,34)		

Olweus Akran Zorbalığı Anketi'ne göre, anketteki sorularda bahsi geçen 9 davranış 1 ay içinde en az 2 kez tekrar etmiş ise kişinin akran zorbalığına maruz kaldığı ya da akran zorbalığı yaptığı kabul edilir.

Bir ay içinde en az 2 defa akran zorbalığı uğradığını ifade eden 76 kişiden (45 kişi kurban, 31 kişi zorba-kurban rolünde), 45'i kendisiyle alay edildiğini, aşağılayıcı isimler takıldığını, kırıcı bir şekilde sataşıldığını; 47'si kasıtlı olarak diğer öğrencilerin kendisini aralarına almadığını, arkadaş gruplarından dışlandığını, yok sayıldığını; 24'ü dövüldüğünü, tekmelendiğini, itilip kakıldığını; 46'sı diğer öğrencilerin kendisi hakkında yalanlar söylediğini, asılsız dedikodular yaydığını; 25'i eşyalarına zarar verildiğini, çalındığını; 14'ü istemediği şeyleri yapması için zorlandığını; 9'u ailesinin kökeni ya da inançları hakkında rahatsız edici yorumlar yapıldığını; 20'si cinsel anlamı olan isimlere, yorumlara ya da hareketlere maruz kaldığını belirtirken, 21'i internet/ sosyal medya /cep telefonu/ bilgisayar üzerinden saldırganca tutumlara maruz kaldığını ifade etti.

Bir ay içinde en az 2 defa akran zorbalığı yaptığını ifade eden 40 kişiden (9 kişi zorba, 31 kişi zorba-kurban rolünde), 24'ü başka bir öğrenciyle alay ettiğini, ona aşağılayıcı isimler taktığını, kırıcı bir şekilde sataştığını; 17'si kasıtlı olarak başka bir öğrenciyi aralarına almadığını, arkadaş gruplarından dışladığını, yok saydığını; 16'sı başka bir öğrenciyi dövdüğünü, tekmelediğini, itip kaktığını; 11'i başka bir öğrenci hakkında yalanlar söylediğini, asılsız dedikodular yaydığını; 7'si başka bir öğrencinin eşyalarına zarar verdiğini, çaldığını; 7'si başka bir öğrenciyi istemediği şeyleri yapması için zorlandığını; 6'sı başka bir öğrencinin ailesinin kökeni ya da inançları hakkında rahatsız edici yorumlar yaptığını; 11'i cinsel anlamı olan isimler, yorumlar ya da hareketlerle; 17'si internet/ sosyal medya/ cep telefonu/ bilgisayar üzerinden akran zorbalığı yaptığını ifade etti.

Tablo 12. Katılımcıların maruz kaldıkları akran zorbalığı türleri

Zorbalık Türü	Zorbalığa Maruz Kalan (Kurban ve Zorba-Kurban)	
	n	%
Alay etme, aşağılayıcı isim takma	45	33,58
Dışlama, arkadaş grubuna almama, yok sayma	47	35,08
Dövme, tekmeleme	24	17,91
Hakkında yalan söyleme, dedikodu yapma	46	34,33
Eşyalara zarar verme, çalma	25	18,66
Tehdit, zorlama	14	10,45
Etnik köken, inançlarla ilgili rahatsız edici yorum	9	6,72
Cinsel anlamı olan yorumlar, hareketler	20	14,93
Siber zorbalık	21	15,67
Toplam	76	100

Tablo 13. Katılımcıların yaptıkları akran zorbalığı türleri

Zorbalık Türü	Zorbalık Yapan (Zorba ve Zorba-Kurban)	
	n	%
Alay etme, aşağılayıcı isim takma	24	17,91
Dışlama, arkadaş grubuna almama, yok sayma	17	12,69
Dövme, tekmeleme	16	11,94
Hakkında yalan söyleme, dedikodu yapma	11	8,21
Eşyalara zarar verme, çalma	7	5,22
Tehdit, zorlama	7	5,22
Etnik köken, inançlarla ilgili rahatsız edici yorum	6	4,478
Cinsel anlamı olan yorumlar, hareketler	11	8,21
Siber zorbalık	17	12,69
Toplam	40	100

Akran zorbalığına maruz kaldığını ifade eden ergenlere zorbalık yapan kişi/kişilerin özellikleri sorulduğunda; 55 kişi zorbalık yapan öğrenci/öğrencilerin kendi sınıfında, 7 kişi bu öğrencilerin kendisiyle yaşıt ancak farklı bir sınıfta, 5 kişi daha büyük sınıfta, 8 kişi de farklı farklı sınıflarda olduğunu;

8 kişi özellikle bir erkek tarafından, 12 kişi birkaç kız tarafından, 20 kişi özellikle bir erkek tarafından, 26 kişi birkaç erkek tarafından, 10 kişi hem kızlar hem erkekler tarafından zorbalığa uğradığını;

24 kişi özellikle bir öğrenci, 39 kişi 2-3 öğrencilik grup, 6 kişi 4-9 öğrencilik grup, 2 kişi 9 kişiden kalabalık bir grup, 4 kişi de birkaç farklı öğrenci ya da öğrenci grupları tarafından zorbalığa uğradığını ifade etti.

Zorbalığın devam ettiği süreyle ilgili; 21 kişi zorbalığın bir ya da iki hafta sürdüğünü, 23 kişi yaklaşık bir ay sürdüğünü, 6 kişi yaklaşık altı ay sürdüğünü, 18 kişi yaklaşık bir yıl sürdüğünü, 8 kişi birkaç yıl boyunca devam ettiğini belirtti.

Zorbalığa uğrayan 76 öğrenciden 28'i zorbalığa maruz kaldığını kimseye söylemediğini, 16'sı öğretmenine ya da okuldaki bir yetişkine, 25'i velisine, 7 kişi de arkadaşlarına söylediğini ifade etti.

Katılımcılara bir öğrenci akran zorbalığına uğradığında öğretmenlerin ya da okuldaki diğer yetişkinlerin bu davranışı ne sıklıkta durdurmaya çalıştığı sorulduğunda; 27 kişi hiçbir zaman, 20 kişi nadiren, 25 kişi bazen, 37 kişi sık sık, 25 kişi her zaman cevabını vermiştir. Aynı soru okuldaki diğer öğrencilerin bu davranışı ne sıklıkta durdurmaya çalıştığı şeklinde sorulduğunda 43 kişi hiçbir zaman, 36 kişi nadiren, 20 kişi bazen, 17 kişi sık sık, 18 kişi her zaman cevabını vermiştir.

Katılımcıların kendisi okulda bir öğrencinin akran zorbalığına uğradığını gördüğünde ise; 8 kişi kurbanın böyle bir şeyi hak etmiş olabileceğini düşündüğünü, 22 kişi bir şey hissetmediğini, 25 kişi kurban için üzüldüğünü, 79 kişi ise kurban için üzüldüğünü ve ona yardım etmek istediğini belirtmiştir

Tablo 14. Katılımcılara zorbalık yapan öğrencilerin sınıfları, cinsiyetleri, sayıları, zorbalığın süresi ve katılımcıların zorbalığı bildirdikleri kişiler

		n	%
Zorbalık Yapan Öğrencilerin Sınıfı	Aynı sınıfta	55	72,37
	Yaşıt, başka bir sınıfta	7	9,21
	Daha büyük sınıfta	5	6,58
	Farklı farklı sınıflarda	8	10,53
Zorbalık Yapan Öğrencilerin Cinsiyeti	Özellikle bir kız	8	10,53
	Birkaç kız	12	15,79
	Özellikle bir erkek	20	26,32
	Birkaç erkek	26	34,21
	Hem kızlar hem erkekler	10	13,16
Zorbalık Yapan Öğrencilerin Sayısı	Özellikle bir öğrenci	24	31,58
	2-3 kişilik öğrenci grubu	39	51,32
	4-9 kişilik öğrenci grubu	6	7,9
	>9 kişilik öğrenci grubu	2	2,63
	Birkaç farklı öğrenci/öğrenci grubu	4	5,26
Zorbalığın Süresi	1-2 hafta	21	27,63
	Yaklaşık 1 ay	23	30,26
	Yaklaşık 6 ay	6	7,9
	Yaklaşık 1 yıl	18	23,68
	Birkaç yıl	8	10,53
Zorbalığa Uğradığını Kime Söyledi	Kimseye söylemedi	28	36,84
	Öğretmenine/okuldaki bir yetiškine	16	21,05
	Velisine	25	32,9
	Arkadaşına	7	9,21

Tablo 15. Katılımcıların başka bir öğrenciye akran zorbalığı yapıldığına tanık olduklarında hissettikleri/düşündükleri şeyler ve öğretmenlerin ve diğer öğrencilerin akran zorbalığını durdurma sıklıkları

		n	%
Öğretmenler zorbalığı ne sıklıkta durdurur	Hiçbir zaman	27	20,15
	Nadiren	20	14,93
	Bazen	25	18,66
	Sık sık	37	27,61
	Her zaman	25	18,66
Öğrenciler zorbalığı ne sıklıkta durdurur	Hiçbir zaman	43	32,09
	Nadiren	36	26,87
	Bazen	20	14,93
	Sık sık	17	12,69
	Her zaman	18	13,43
Zorbalığa tanık olduğunda ne hissediyor/düşünür	Böyle bir şeyi hak etmiş olabilir	8	5,97
	Bir şey hissetmem	22	16,42
	Onun için üzülürüm	25	18,66
	Onun için üzülürüm ve yardım etmek isterim	79	58,96

4.4.Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranış Bozuklukları için DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği'nden Elde Edilen Veriler

Araştırmaya katılan ergenlerin ailelerinden çocuklarının güncel durumlarını dikkate alarak T-DSM-IV-Ö doldurmaları istenmiş ve akran zorbalığındaki roller arasında ölçeğin 4 alt boyutunda da istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur.

Dikkat Eksikliği, Hiperaktivite, Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu ve Davranım Bozukluğu puanlarının en fazla olduğu grup zorba-kurbanlar olup, puanları zorbalık yapmayanlarla, yani kurbanlarla ve zorbalığa karışmayanlarla kıyaslandığında istatistiksel olarak fark anlamlı derecede fazladır. Ayrıca zorba

kurbanların Davranım Bozukluğu alt boyutu puanı zorbalarla kıyaslandığında istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir.

Tablo 16. Akran zorbalığı rollerinin Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranış Bozuklukları için DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği'ne göre incelenmesi

	Zorba (a) n:9	Kurban (b) n:45	Zorba-Kurban (c) n:31	Zorbalığa Karışmayan (d) n:49	p*	p**
Dikkat Eksikliği	5,11 ±2,09	5,09±2,81	6,52±2,57	4,53±3,16	b-c:0,035 d-c:0,003	0,028
Hiperaktivite	3,67±3,74	3,55±3,26	5,1±3	2,96±2,86	b-c:0,034 d-c:0,003	0,03
KOKGB	3±2,29	2,21±2,49	4,58±2,54	2,12±2,56	b-c: <0,001 d-c: <0,001	<0,001
Davranım Bozukluğu	0,33±0,71	0,3±0,93	1,61±2,06	0,47±1,06	a-c:0,011 b-c: <0,001 d-c: <0,001	<0,001

4.5.Conners Anne Baba Derecelendirme Ölçeği'nden (CADÖ-48) Elde Edilen Veriler

Conners Anne Baba Derecelendirme Ölçeği'nden (CADÖ) elde edilen puanlar akran zorbalığındaki roller açısından incelendiğinde; gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklar bulunmuştur.

Zorba-kurbanların CADÖ Toplam puanı ve Davranım Sorunu alt puanı, zorbaların, kurbanların ve zorbalığa karışmayanların puanlarından istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir. Hiperaktivite alt boyutundan elde edilen puanlara bakıldığında, zorba kurbanların puanı, zorbalığa karışmayanların ve kurbanların puanından; kurbanların puanı da zorbalığa karışmayanların puanından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Öğrenme Sorunu ve Kaygı alt boyutlarında zorba kurbanların puanı, kurbanların ve zorbalığa karışmayanların puanından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir. Psikosomatik alt boyutunda

ise zorba kurbanların puanı zorbalığa karışmayanların puanından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.

Tablo 17. Akran zorbalığı rollerinin Conners Anne Baba Derecelendirme Ölçeği'ne göre incelenmesi

	Zorba (a) n:9	Kurban (b) n:45	Zorba- Kurban (c) n:31	Zorbalığa Karışmayan (d) n:49	p*	p**
Davranım Sorunu	10,44±6,98	7,73±7,47	16,03±8,95	6,76±5,68	c-a:0,043 c-b: <0,001 c-d: <0,001	<0,001
Hiper- aktivite	6,56±3,21	6,39±3,35	8,1±3,16	5±3,31	c-b:0,028 c-d: <0,001 b-d:0,044	0,001
Öğrenme Sorunu	8,22±2,68	7,52±3,14	9,32±3,26	7,33±3,36	c-b:0,022 c-d:0,007	0,039
Kaygı	9,78±3,77	8,45±4,18	10,77±4,49	8,08±4,29	c-b:0,022 c-d:0,007	0,039
Psiko- somatik	3,56±3,5	3,34±2,99	4,45±2,8	2,49±2,42	c-d:0,003	0,026
Toplam	49±24,05	44,36±21,86	64,35±24,49	37,67±18,6	c-a:0,05 c-b: <0,001 c-d: <0,001	<0,001

4.6.Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri 1 ve 2’den (STAI-1 ve 2) Elde Edilen Veriler

Çalışmaya katılan ergenlerden kaygı düzeylerinin anlaşılabilmesi için Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri 1 ve 2’yi (STAI-1 ve 2) doldurmaları istenmiş ve gruplar arasında hem durumluk kaygı puanı ($p=0,02$) hem de sürekli kaygı puanı ($p<0,001$) açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur.

Zorba-kurbanların durumluk kaygı puanı, zorbalığa karışmayanların puanından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir ($p=0,002$). Yine zorba-kurbanların sürekli kaygı puanı, zorbalığa karışmayanların puanından ($p<0,001$) ve kurbanların puanından ($p=0,045$) istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir. Ayrıca kurbanların sürekli kaygı puanı, zorbalığa karışmayanların puanından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir ($p=0,008$).

Tablo 18. Akran zorbalığı rollerinin Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri’ne göre incelenmesi

	Zorba (a) n:9	Kurban (b) n:45	Zorba- Kurban (c) n:31	Zorbalığa Karışmayan (d) n:49	p*	p**
STAI-1 puanı	36,56±8,75	36,04±10,41	39,84±10,68	32,41±10,16	c-d:0,002	0,02
STAI-2 puanı	42,89±10,23	42,78±9,22	47,42±9,39	37,35±10,5	c-b:0,045 c-d: <0,001 b-d:0,008	<0,001

4.7. Çocuklar için Depresyon Ölçeği'nden (CDI) Elde Edilen Veriler

Çocuklar için Depresyon Ölçeği puanlarına bakıldığında; gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p < 0,001$). Buna göre; zorba-kurbanların depresyon puanı, zorbalığa karışmayanların puanından ($p < 0,001$) ve kurbanların puanından ($p < 0,001$) istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir.

Tablo 19. Akran zorbalığı rollerinin Çocuklar için Depresyon Ölçeği'ne göre incelenmesi

	Zorba (a) n:9	Kurban (b) n:45	Zorba- Kurban (c) n:31	Zorbalığa Karışmayan (d) n:49	p*	p**
ÇDÖ Puanı	13,89±7,49	13,49±7,03	17,07±7,84	9,14±6,22	c-b: <0,001 c-d: <0,001	<0,001

4.8. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği'nden (ÇÇTÖ) Elde Edilen Veriler

Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği'nden elde edilen toplam travma puanı ($p=0,003$), duygusal ihmal ($p=0,013$) ve duygusal istismar ($p=0,001$) alt boyutlarının puanlarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklar bulunmuştur.

Zorba-kurbanların duygusal istismar ($p<0,001$), duygusal ihmal ($p=0,002$), fiziksel ihmal ($p=0,02$) ve toplam travma puanı ($p<0,001$), zorbalığa karışmayanların puanından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir. Zorba-kurbanların duygusal istismar ($p=0,032$), duygusal ihmal ($p=0,011$), puanı kurbanların puanından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir. Zorba-kurbanların duygusal istismar puanı zorbaların puanından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir ($p=0,005$). Zorba-kurbanların toplam travma puanı, kurbanların puanından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir ($p=0,027$).

Tablo 20. Akran zorbalığı rollerinin çocukluk çağı travmalarına göre incelenmesi

	Zorba (a) n:9	Kurban (b) n:45	Zorba- Kurban (c) n:31	Zorbalığa Karışmayan (d) n:49	p*	p**
Duygusal İstismar	5,33±0,5	6,87±2,87	8,23±3,80	5,82±1,7	c-a: 0,005 c-b: 0,032 c-d: <0,001	0,001
Duygusal İhmal	8,89±4,73	7,87±3,33	9,93±3,69	7,12±2,69	c-b: 0,011 c-d: 0,002	0,013
Fiziksel İstismar	5±0	5,69±2,15	5,74±1,93	5,16±0,72	NS	0,244
Fiziksel İhmal	5,44±0,88	5,8±1,74	6,16±2,11	5,33±0,85	c-d: 0,02	0,113
Cinsel İstismar	5,33±1	5,8±3,78	5,1±0,4	5±0,2	NS	0,334
Toplam Travma Puanı	32±5,43	33,78±8	36,61±7,77	30,43±4,26	b-d: 0,027 c-d: <0,001	0,003

4.9. Leuven Algılanan Anne Baba Tutumu Ölçeği'nden Elde Edilen Veriler

Leuven Algılanan Anne Baba Tutumu Ölçeği'ne göre; Duyarlılık boyutu puanı zorbalarda $29,78 \pm 3,19$, kurbanlarda $31,25 \pm 3,95$, zorba-kurbanlarda $29,9 \pm 4,12$ ve zorbalığa karışmayanlarda $31,61 \pm 2,08$ bulunmuş olup, dört grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanamamıştır ($p=0,301$). Ancak akran zorbalığı yapanlar ($29,88 \pm 3,89$) ve akran zorbalığına karışmayanlar ($31,61 \pm 2,08$) karşılaştırıldığında bu iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,008$).

Davranışsal Denetim boyutu puanı zorbalarda $8,22 \pm 1,99$, kurbanlarda $10,18 \pm 2,72$, zorba-kurbanlarda $9,71 \pm 3,42$ ve zorbalığa karışmayanlarda $12,78 \pm 2,57$ bulunmuş olup, dört grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,001$). Buna göre; zorbalığa karışmayan ergenlerin ailelerinin davranışsal denetim uygulama puanları diğer üç gruptan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir ($p<0,001$). Ayrıca kurbanların ailelerinin davranışsal denetim uygulama puanları zorbaların ailelerinin puanından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir ($p=0,05$).

Psikolojik Kontrol boyutu puanı zorbalarda $15,56 \pm 5,17$, kurbanlarda $13,57 \pm 4,57$, zorba-kurbanlarda $15,97 \pm 4,98$ ve zorbalığa karışmayanlarda $13,29 \pm 4,46$ bulunmuş olup, dört grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,05$). Buna göre; zorba-kurbanların ailelerinin psikolojik kontrol uygulama puanı kurbanların ailelerinin puanından ($p=0,03$) ve zorbalığa karışmayanların ailelerinin puanından ($p=0,014$) istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir.

Özerklik Desteği boyutu puanı zorbalarda $22,33 \pm 2,69$, kurbanlarda $22,84 \pm 3,88$, zorba-kurbanlarda $13,29 \pm 4,46$ ve zorbalığa karışmayanlarda $25,39 \pm 3,01$ bulunmuş olup, dört grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,001$). Buna göre; zorbalığa karışmayan ergenlerin ailelerinin özerklik desteği sağlama puanları diğer gruplardan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir. Ayrıca kurbanların ailelerinin özerklik desteği sağlama puanları zorba-kurbanların ailelerinin puanından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir ($p=0,05$).

Tablo 21. Akran zorbalığı rollerinin Leuven Algılanan Anne Baba Tutumu Ölçeği'ne göre incelenmesi

	Zorba (a) n:9	Kurban (b) n:45	Zorba- Kurban (c) n:31	Zorbalığa Karışmayan (d) n:49	p*	p**
Duyarlılık	29,78±3,19	31,25±3,95	29,9±4,12	31,61±2,08	NS	0,301
Davranışsal Denetim	8,22±1,99	10,18±2,72	9,71±3,42	12,78±2,57	a-b:0,05 a-d: <0,001 b-d: <0,001 c-d: <0,001	<0,001
Psikolojik Kontrol	15,56±5,17	13,57±4,57	15,97±4,98	13,29±4,46	c-b:0,03 c-d:0,014	0,05
Özerklik Destegi	22,33±2,69	22,84±3,88	13,29±4,46	25,39±3,01	a-d:0,018 b-d:0,01 c-d: <0,001 b-c:0,05	<0,001

Tablo 22. Akran zorbalığı yapanlar ve zorbalığa karışmayanların Leuven Algılanan Anne Baba Tutumu Ölçeği'ne göre incelenmesi

	Zorbalık Yapan n:40	Zorbalığa Karışmayan n:49	χ^2	p**
Duyarlılık	29,88±3,89	31,61±2,08	7,246	0,008
Davranışsal Denetim	9,38±3,19	12,78±2,57	31,034	<0,001
Psikolojik Kontrol	15,88±4,96	13,29±4,46	6,7	0,01
Özerklik Destegi	21,525±3,6	25,39±3,01	30,36	<0,001

4.10. Çocuklar İçin Mizaç ve Karakter Envanteri'nden Elde Edilen Veriler

Ergenlerin akran zorbalığı davranışındaki rolleri, Çocuklar İçin Mizaç ve Karakter Envanteri'nin dört mizaç ve iki karakter boyutuna göre incelenmiştir.

“Yenilik Arayışı” mizaç özelliği açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,002$). Zorba-kurbanların Yenilik Arayışı toplam puanı ve bu farka neden olan Savurganlık ($p=0,001$) ve Düzensizlik ($p=0,019$) alt boyutlarının puanları kurbanların ve zorbalığa karışmayanların puanından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir.

“Zarardan Kaçınma” mizaç özelliğinde ve alt boyutlarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır.

“Ödül Bağımlılığı” mizaç özelliğinin Duygusallık alt boyutunda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,001$). Buna göre; zorba kurbanların Duygusallık alt boyutu puanı zorbaların ($p=0,05$), kurbanların ($p<0,001$) ve zorbalığa karışmayanların ($p<0,001$) puanından istatistiksel olarak anlamlı derecede düşüktür. Aynı mizaç özelliğinin Bağımlılık alt boyutunda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,004$). Buna göre; zorbalığa karışmayanların Bağımlılık alt boyutu puanı, zorbaların ($p=0,005$), kurbanların ($p=0,003$) ve zorba kurbanların ($p=0,042$) puanından istatistiksel olarak anlamlı derecede düşüktür.

“Sebat Etme” mizaç özelliğinin Çalışkanlık alt boyutu puanı zorbalığa karışmayanlarda zorba kurbanlardan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir ($p=0,019$); Gayretlilik alt boyutu puanı kurbanlarda zorbalardan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir ($p=0,044$)

“Kendini Yönetme” karakter özelliğinde dört grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,01$). Zorbalığa karışmayanların Kendini Yönetme toplam puanı, kurbanların ($p=0,05$), zorba kurbanların ($p=0,001$) puanından istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir. Bu farka neden olan alt boyutlar incelendiğinde, Kendini Kabullenme ($p=0,005$) ve Amaçlılık ($p=0,06$) alt boyutlarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Zorbalığa karışmayanların Kendini Kabullenme alt boyutu puanı zorbalardan ($p=0,025$), kurbanlardan ($p=0,006$), zorba kurbanlardan ($p=0,003$) istatistiksel olarak anlamlı

derecede daha yüksektir. Zorbalığa karışmayanların Amaçlılık alt boyutu puanı kurbanlardan ($p=0,042$), zorba kurbanlardan ($p=0,001$) istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir. Zorbalığa karışmayanların Sorumluluk Alma alt boyutu puanı zorba kurbanlardan ($p=0,015$) istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir.

“İş Birliği” karakter özelliğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,001$). Kurbanların ve zorbalığa karışmayanların İş Birliği toplam puanı zorbaların ve zorba-kurbanların puanından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir. Bu farka neden olan alt boyutlar incelendiğinde, Merhametlilik ($p<0,001$), Yardımseverlik ($p=0,042$) ve Sosyal Kabullenme ($p=0,003$) alt boyutlarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Zorbalığa karışmayanların Merhametlilik alt boyutu puanı zorbalardan ($p=0,034$), zorba kurbanlardan ($p<0,001$) istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir. Kurbanların Merhametlilik alt boyutu puanı zorba kurbanlardan ($p<0,001$) istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir. Zorbalığa karışmayanların Yardımseverlik alt boyutu puanı zorba kurbanlardan ($p=0,05$) istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir. Kurbanların Yardımseverlik alt boyutu puanı zorba kurbanlardan ($p=0,027$) ve zorbalardan ($p=0,048$) istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir. Zorbalığa karışmayanların Sosyal Kabullenme alt boyutu puanı zorbalardan ($p=0,016$), zorba kurbanlardan ($p=0,001$) ve kurbanlardan ($p=0,05$) istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir.

Tablo 23. Akran zorbalığı rollerinin Çocuklar İçin Mizaç ve Karakter Envanteri'nin mizaç boyutuna göre incelenmesi

		Zorba (a) n:9	Kurban (b) n:45	Zorba- Kurban (c) n:31	Zorbalığa Karışmayan (d) n:49	p*	p**
YENİLİK ARAYIŞI	Keşfetmekten Heyecan Duyma	4,44±2,79	4,67±1,78	4,83±2,61	4,96±2,37	d-c:0,001 d-b:0,05	0,01
	Dürtüsellik	4,22±2,54	3,27±2,41	5,58±2,74	4,1±2,15	NS	0,498
	Savurganlık	3,67±2,06	2,58±1,85	4,61±2,91	2,84±2,16	c-b:<0.001 c-d:0,01	0,001
	Düzensizlik	3,44±1,42	3,4±2,06	4,9±3,13	3,41±1,9	c-b:0,05 c-d:0,05	0,019
	Toplam	15,78±7,24	13,91±5,92	19,94±8,92	15,31±5,45	c-b:<0.001 c-d:0,003	0,002
ZARARDAN KAÇINMA	Beklenti Endişesi	2,78±1,86	4,02±2,86	4,48±2,66	3,57±2,34	NS	0,245
	Belirsizlik Korkusu	2,22±2,28	2,76±1,65	2,61±2,08	2,82±1,78	NS	0,824
	Yabancılardan Çekinme	2,89±1,83	3,56±2,22	3,61±2,26	3,32±1,84	NS	0,769
	Çabuk Yorulma	4,22±2,73	4,66±2,32	4,74±2,94	3,98±2,04	NS	0,44
	Toplam	12,22±5,74	14,62±6,93	15,45±6,29	13,69±5,44	NS	0,447
ÖDÜL BAĞIMLILIĞI	Duygusallık	4,78±2,22	4,78±2,59	4,03±2,11	4,78±2,29	c-a:0,050 c-b:<0.001 c-d:<0.001	<0.001
	Sıcakkanlılık	2±1,23	2,42±1,9	2,55±1,73	2,14±1,73	NS	0,701
	Bağlanma	5,22±1,64	5,55±2,41	4,94±2,05	5,67±2,37	NS	0,56
	Bağımlılık	5,89±3,33	4,89±2,72	4,52±2,2	3,37±2,1	a-d:0,005 b-d:0,003 c-d:0,042	0,004
	Toplam	15,67±8,41	17,09±6,46	16,03±5,67	15,91±5,7	NS	0,747
SEBAT ETME	Çalışma Azmi	2,89±2,47	2,47±2,3	2,29±1,67	2,56±1,79	NS	0,85
	Çalışkanlık	2,89±2,26	3,02±2,77	2,19±1,6	3,38±1,9	c-d:0,019	0,135
	Gayretlilik	2±1,87	3,31±1,46	2,87±1,82	2,69±1,96	a-b:0,044	0,147
	Mükemmeliyetçilik	2,89±1,62	3,64±2,17	3,52±2,42	3,35±1,75	NS	0,747
	Toplam	10,67±7,7	12,31±6,79	10,87±4,75	11,98±5,6	NS	0,701

Tablo 24. Akran zorbalığı rollerinin Çocuklar İçin Mizaç ve Karakter Envanteri'nin karakter boyutuna göre incelenmesi

		Zorba (a) n:9	Kurban (b) n:45	Zorba- Kurban (c) n:31	Zorbalığa Karışmayan (d) n:49	p*	p**
KENDİNİ YÖNETME	Sorumluluk Alma	6,11±2,26	6,44±3,29	5,61±3,16	7,65±4,28	c-d:0,015	0,088
	Amaçlılık	5,33±2,35	4,98±2,6	3,97±2,15	6,06±2,77	b-d:0,042 c-d:0,001	0,006
	Beceriklilik	4,44±1,67	5,69±3,13	4,94±3,37	5,71±3,25	NS	0,51
	Kendini Kabullenme	4,33±2,18	4,93±2,71	4,68±2,26	6,35±2,33	a-d:0,025 b-d:0,006 c-d:0,003	0,005
	Toplam	20,22±6,46	22,04±8,92	18,94±7,72	25,51±9,41	b-d:0,05 c-d:0,001	0,01
İŞ BİRLİĞİ	Sosyal Kabullenme	3,78±2,39	4,93±2,17	4,03±2,61	5,86±2,31	a-d:0,016 b-d:0,05 c-d:0,001	0,003
	Empati	4,33±2	8,33±14,56	5,13±2,64	5,16±2,27	NS	0,237
	Yardımsever olma	3,56±2,6	5,13±2,1	4±2,11	4,96±2,19	b-a:0,048 b-c:0,027 c-d:0,05	0,046
	Merhametli olma	4±2	5,38±2	3,61±2,08	5,61±2,14	a-d:0,034 b-c:<0,001 c-d:<0,001	<0,001
	Toplam	15,67±7,55	21,28±7,3	16,77±6,23	21,59±6,2	a-b:0,014 a-d:0,016 b-c:0,002 c-d:0,002	0,001

4.11. Mizaç ve Karakter Envanteri'nden Elde Edilen Veriler

Ergenlerin akran zorbalığındaki rolleri, annelerinin Mizaç ve Karakter Envanteri'nin dört mizaç ve üç karakter özelliği boyutuna göre incelenmiştir.

“Yenilik Arayışı” mizaç özelliğinin Keşfetmekten Heyecan Duyma alt boyutundan zorba-kurbanların annelerinin almış olduğu puan kurbanların annelerinin puanından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir ($p=0,047$). Aynı mizaç özelliğinin Düzensizlik alt boyutundan zorba-kurbanların annelerinin almış olduğu puan zorbaların annelerinin puanından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir ($p=0,017$).

“Zarardan Kaçınma” mizaç özelliğinin Yabancılardan Çekinme alt boyutu puanında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,023$). Kurbanların annelerinin Yabancılardan Çekinme alt boyutu puanı zorba kurbanların annelerinin puanından ($p=0,003$) ve zorbalığa karışmayanların annelerinin puanından ($p=0,04$) istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük bulunmuştur.

“Ödül Bağımlılığı” mizaç özelliğinin Bağımlılık alt boyutundan, kurbanların anneleri, zorbaların annelerinden istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek puan almıştır ($p=0,047$).

“Sebat Etme” mizaç özelliğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır.

“Kendini Yönetme” karakter özelliği toplam puanında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,021$). Buna göre; zorba-kurbanların annelerinin Kendini Yönetme toplam puanı, kurbanların annelerinin puanından ($p=0,002$) ve zorbalığa karışmayanların annelerinin puanından ($p=0,02$) istatistiksel olarak anlamlı derecede düşüktür. Kendini Kabullenme alt boyutu puanında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,017$). Buna göre; zorba-kurbanların annelerinin Kendini Kabullenme alt boyutu puanı, zorbaların annelerinin puanından ($p=0,05$), kurbanların annelerinin puanından ($p=0,005$) ve zorbalığa karışmayanların annelerinin puanından ($p=0,005$) istatistiksel olarak anlamlı derecede düşüktür. Yine zorba kurbanların annelerinin Sorumluluk Alma alt boyutu puanı ($p=0,047$), Amaçlılık alt boyutu puanı ($p=0,05$) ve Uyumlu İkincil Huylar alt boyutu

puanı ($p=0,045$), kurbanların annelerinin puanından istatistiksel olarak anlamlı derecede düşüktür.

“İş Birliği” karakter özelliği toplamından zorba-kurbanların annelerinin almış olduğu puan, kurbanların annelerinin puanından ($p=0,025$) ve zorbalığa karışmayanların annelerinin puanından ($p=0,05$) istatistiksel olarak anlamlı derecede düşüktür. Zorba kurbanların annelerinin Erdemlilik alt boyutu puanı, kurbanların annelerinin puanından ($p=0,002$) ve zorbalığa karışmayanların annelerinin puanından ($p=0,01$) istatistiksel olarak anlamlı derecede düşüktür. Zorba kurbanların annelerinin Merhametlilik alt boyutu puanı, kurbanların annelerinin puanından istatistiksel olarak anlamlı derecede düşüktür ($p=0,05$). Zorba kurbanların annelerinin Yardımseverlik alt boyutu puanı, zorbalığa karışmayanların annelerinin puanından istatistiksel olarak anlamlı derecede düşüktür ($p=0,034$).

“Kendini Aşma” karakter özelliği toplamından zorba-kurbanların annelerinin almış olduğu puan, kurbanların annelerinin puanından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir ($p=0,047$). Bu farka neden olan alt boyutlara bakıldığında; zorba-kurbanların annelerinin Kendilik Kaybı alt boyutu puanı ($p=0,03$) ve Kişiler Arası Özdeşim alt boyutu puanı ($p=0,048$), kurbanların annelerinin puanından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir.

Tablo 25. Akran zorbalığı rollerinin Mizaç ve Karakter Envanteri'nin mizaç boyutuna göre incelenmesi

		Zorba (a) n:9	Kurban (b) n:45	Zorba-Kurban (c) n:31	Zorbalığa Karışmayan (d) n:49	p*	p**
YENİLİK ARAYIŞI	Keşfetmekten Heyecan Duyma	5,67±2	5,68±1,85	6±1,57	5,59±2,21	b-c:0,047	0,254
	Dürtüsellik	4,22±2,28	4,05±1,96	3,65±1,25	3,65±1,97	NS	0,19
	Savurganlık	4±1,41	4,59±1,66	4,45±1,69	4,59±1,71	NS	0,779
	Düzensizlik	1,78±1,3	2,8±1,47	3,26±1,71	2,9±1,72	c-a:0,017	0,117
	Toplam	15,67±3,87	17,11±4,66	17,42±4,06	16,73±4,79	NS	0,748
ZARARDAN KAÇINMA	Beklenti Endişesi	4,56±1,59	4,95±1,88	5,32±2,24	5,39±2,46	NS	0,62
	Belirsizlik Korkusu	3,78±1,09	3,93±1,44	3,65±2,14	3,84±1,48	NS	0,901
	Yabancılardan Çekinme	3,11±1,76	2,66±1,95	4,16±2,57	3,57±2	b-c:0,003 b-d:0,04	0,023
	Çabuk Yorulma	3,67±1,22	4,82±1,87	4,16±1,88	4,82±2,1	NS	0,186
	Toplam	15,11±3,72	16,36±5,29	17,29±7,16	17,61±5,82	NS	0,566
ÖDÜL BAĞIMLILIĞI	Duygusallık	7±2,24	6,75±1,71	7,48±1,5	7,43±1,76	NS	0,19
	Bağlanma	4,22±1,56	4,68±1,55	4,16±1,49	4,59±1,37	NS	0,422
	Bağımlılık	2±1	2,91±1,01	2,52±1,39	2,55±1,35	a-b:0,047	0,175
	Toplam	13,33±3,84	14,25±2,84	14,16±2,95	14,57±2,47	NS	0,658
SEBAT ETME		5,56±1,74	4,89±1,79	5,16±1,44	5,47±1,58	NS	0,34

Tablo 26. Akran zorbalığı rollerinin Mizaç ve Karakter Envanteri'nin karakter boyutuna göre incelenmesi

		Zorba (a) n:9	Kurban (b) n:45	Zorba- Kurban (c) n:31	Zorbalığa Karışmayan (d) n:49	p*	p**
KENDİNİ YÖNETME	Sorumluluk Alma	5,89±1,45	5,57±1,87	4,74±1,84	5,31±1,65	c-b:0,047	0,167
	Amaçlılık	5,11±1,05	5,73±1,23	5,13±1,26	5,59±1,4	c-b:0,05	0,178
	Beceriklilik	3,67±1,22	3,66±1,08	3,39±1,41	3,43±1,31	NS	0,738
	Kendini Kabullenme	7,22±1,92	7,07±2,5	5,42±2,49	7,04±2,52	c-a:0,05 c-b:0,005 c-d:0,005	0,017
	Uyumlu İkincil Huylar	8,89±1,69	9,45±1,72	8,58±1,69	9,06±2,05	c-b:0,045	0,245
	Toplam	30,78±4,89	31,48±5,19	27,32±5,34	30,43±6,54	c-b:0,002 c-d:0,02	0,021
İŞ BİRLİĞİ	Sosyal Kabullenme	6,11±1,05	6,43±1,5	6,1±1,66	6,55±1,44	NS	0,555
	Empati	5,22±1,09	4,5±1,36	4,61±1,33	4,22±1,42	NS	0,199
	Yardımseverlik	4,89±1,17	5,18±1,06	4,77±1,41	5,35±1,09	c-d:0,034	0,175
	Merhametlilik	7,44±2,46	8,43±1,62	7,58±2,25	8,2±1,77	c-b:0,05	0,185
	Erdemlilik	6,78±1,48	7,41±1,26	6,42±1,39	7,2±1,26	c-b:0,002 c-d:0,01	0,011
	Toplam	30,44±4,5	31,95±4,2	29,48±5,53	31,53±4,43	c-b:0,025 c-d:0,05	0,125
KENDİNİ AŞMA	Kendilik Kaybı	5,11±1,36	4,64±2,07	5,81±2,34	5,16±2,51	c-b:0,03	0,19
	Kişiler Arası Özdeşim	4,67±1,32	4,62±2,17	5,74±2,25	5,04±2,81	c-b:0,048	0,243
	Manevi Kabullenme	7,56±2,07	6,98±2,93	7,35±2,46	6,82±2,39	NS	0,749
	Toplam	17,33±3,57	16,23±5,26	18,9±5,95	17,02±6,16	c-b:0,047	0,254

4.12. Ruhsal Belirti Tarama Listesi'nden Elde Edilen Veriler

Ergenlerin akran zorbalığı davranışındaki rolleri, annelerin Ruhsal Belirti Tarama Listesi puanlarına göre incelenmiş olup genel toplamda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,05$). Buna göre zorba kurbanların annelerinin Ruhsal Belirti Tarama toplam puanı, kurbanların annelerinin puanından ($p=0,011$) ve zorbalığa karışmayanların annelerinin puanından ($p=0,05$) istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir.

Annelerin Anksiyete alt boyutu puanında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,04$). Buna göre zorba kurbanların annelerinin Anksiyete alt boyutu puanı, kurbanların annelerinin puanından ($p=0,005$) ve zorbalığa karışmayanların annelerinin puanından ($p=0,05$) istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir.

Annelerin Somatizasyon alt boyutu puanında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,05$). Buna göre zorba kurbanların annelerinin Somatizasyon alt boyutu puanı, kurbanların annelerinin puanından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir ($p=0,007$).

Zorba kurbanların annelerinin Psikotizm alt boyutu puanı, kurbanların annelerinin puanından ($p=0,017$) ve zorbalığa karışmayanların annelerinin puanından ($p=0,05$) istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir.

Zorba kurbanların annelerinin Paranoid Düşünceler alt boyutu puanı, kurbanların annelerinin puanından ($p=0,05$) ve zorbalığa karışmayanların annelerinin puanından ($p=0,05$) istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir.

Zorba kurbanların annelerinin Kişiler Arası Duyarlılık alt boyutu puanı, kurbanların annelerinin puanından ($p=0,044$) ve zorbalığa karışmayanların annelerinin puanından ($p=0,027$) istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir.

Zorba kurbanların annelerinin Depresyon alt boyutu puanı, kurbanların annelerinin puanından ($p=0,034$) ve zorbaların annelerinin puanından ($p=0,05$) istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir.

Tablo 27. Akran zorbalığı rollerinin Ruhsal Belirti Tarama Listesi'ne göre incelenmesi

	Zorba (a) n:9	Kurban (b) n:45	Zorba-Kurban (c) n:31	Zorbalığa Karışmayan (d) n:49	p*	p**
Somatizasyon	0,97±0,91	0,7±0,65	1,18±0,77	0,94±0,77	c-b:0,007	0,05
OKB	0,94±0,3	0,98±0,68	1,28±0,7	1,3±1,7	NS	0,507
Kişiler Arası Duyarlılık	0,7±0,56	0,82±0,68	1,18±0,88	0,79±0,77	c-b:0,044 c-d:0,027	0,103
Depresyon	0,75±0,63	0,9±0,66	1,28±0,74	1,09±0,86	c-a:0,05 c-b:0,034	0,111
Anksiyete	0,57±0,55	0,53±0,6	0,95±0,75	0,68±0,6	c-b:0,005 c-d:0,05	0,04
Öfke, Düşmanlık	0,81±0,78	0,63±0,73	0,9±0,83	0,69±0,74	NS	0,493
Fobik Anksiyete	0,29±0,44	0,35±0,48	0,47±0,69	0,34±0,49	NS	0,673
Paranoid Düşünceler	0,72±0,39	0,78±0,65	1,1±0,8	0,79±0,76	c-b:0,05 c-d:0,05	0,199
Psikotizm	0,31±0,32	0,31±0,37	0,59±0,62	0,37±0,52	c-b:0,017 c-d:0,05	0,094
Genel Toplam	0,72±0,51	0,7±0,52	1,05±0,64	0,8±0,62	c-b:0,011 c-d:0,05	0,05

4.13. Binary Lojistik Regresyon Analizi'nde Akran Zorbalığına Karışma ile İlgili Bulunan Değişkenler

Ergenlerin zorba, kurban ya da zorba-kurban rollerinden herhangi birinde yer alarak akran zorbalığı davranışına karışması ile ilgili olarak DEHB alt tipleri, eş tanı varlığı, Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranış Bozuklukları için DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği puanları, anksiyete puanları ve çocukluk çağı travmaları puanları birlikte değerlendirilmiş olup; akran zorbalığına karışma, sürekli kaygı ve duygusal ihmal puanları ile ilişkili bulunmuştur.

Tablo 28. Binary Lojistik Regresyon Analizi’nde Akran Zorbalığına Karışma ile İlişkili Bulunan Değişkenler

	B	S.E.	Wald	p
STAI-1 Puanı	NS	NS	NS	NS
STAI-2 Puanı	-,077	,037	4,352	0,037
T-DSM-IV-Ö Dikkat Eksikliği Puanı	NS	NS	NS	NS
T-DSM-IV-Ö Hiperaktivite Puanı	NS	NS	NS	NS
T-DSM-IV-Ö KOKGB Puanı	NS	NS	NS	NS
T-DSM-IV-Ö Davranım Bozukluğu Puanı	NS	NS	NS	NS
DEHB Alt Tipi	NS	NS	NS	NS
DB, KOKGB Eş Tanısı Varlığı	NS	NS	NS	NS
ÖÖG Eş Tanısı Varlığı	NS	NS	NS	NS
Duygusal İstismar Puanı	NS	NS	NS	NS
Duygusal İhmal Puanı	4,631	2,362	3,845	0,05
Fiziksel İhmal Puanı	NS	NS	NS	NS
Travma Total Puanı Puanı	NS	NS	NS	NS

4.14. Binary Lojistik Regresyon Analizi’nde Akran Zorbalığı Yapma ve Kurban Rolünde Olma ile İlgili Bulunan Değişkenler

Ergenlerin zorba ya da zorba-kurban rollerinden herhangi birinde yer alarak akran zorbalığı yapması ya da kurban rolünde olması ile ilgili DEHB alt tipleri, eş tanılar, Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranış Bozuklukları için DSM-IV’e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği puanları, Conners Ebeveyn Derecelendirme Ölçeği total puanı, anksiyete ve depresyon puanları ve ebeveynlerin medeni hali birlikte değerlendirilmiş olup; akran zorbalığı yapma, DEHB alt tipi, Yıkıcı Davranış Bozuklukları eş tanısı varlığı, depresyon eş tanısı, T-DSM-IV-Ö’nün hiperaktivite ve KOKGB puanları ve sürekli kaygı puanları ile ilişkili bulunmuştur.

Tablo 29. Binary Lojistik Regresyon Analizi'nde Akran Zorbalığı Yapma ve Kurban Rolünde Olma ile İlgili Bulunan Değişkenler

	B	S.E.	Wald	p
STAI-1 Puanı	NS	NS	NS	NS
STAI-2 Puanı	-,125	,065	3,723	0,05
CDI	NS	NS	NS	NS
T-DSM-IV-Ö Dikkat Eksikliği Puanı	NS	NS	NS	NS
T-DSM-IV-Ö Hiperaktivite Puanı	,743	,287	6,681	0,010
T-DSM-IV-Ö KOKGB Puanı	-,709	,293	5,869	0,015
T-DSM-IV-Ö Davranım Bozukluğu Puanı	NS	NS	NS	NS
Conners Total	NS	NS	NS	NS
DEHB Alt Tipi	3,627	1,576	5,298	0,021
DB, KOKGB Eş Tanısı Varlığı	-3,723	1,103	11,389	0,001
Depresyon Eş Tanısı Varlığı	3,194	1,425	5,020	0,025
ÖÖG Eş Tanısı Varlığı	NS	NS	NS	NS
Ebeveyn medeni hali	NS	NS	NS	NS

5. TARTIŞMA

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği'ne başvuran, DSM-V tanı kriterlerine göre DEHB tanısı almış ve en az 1 yıldır bu tanı ile tedavi görmekte olan 12-17 yaş arası katılımcılar, akran zorbalığı davranışındaki rollerinin belirlenebilmesi için Olweus Akran Zorbalığı Anketi'ni doldurmuş ve burada verdikleri yanıtlara göre Zorba, Kurban, Zorba-Kurban ve Zorbalığa Karışmayanlar olmak üzere dört gruba ayrılmıştır. Daha sonra katılımcıların akran zorbalığı davranışındaki rollerinin çeşitli faktörlerle ilişkisi değerlendirilmiştir.

Çalışmaya dahil edilen DEHB tanısı almış 134 kişiden; 9 kişi zorba (%6,72), 45 kişi kurban (%33,58), 31 kişi zorba-kurban (%23,13) rolündeyken, 49 kişinin zorbalığa karışmamış (%36,57) olduğu saptanmıştır. Literatürde akran zorbalığını inceleyen çalışmalara bakıldığında birbirinden oldukça farklı sonuçlar elde edildiği görülmektedir. Özellikle DEHB tanısı almış çocuk ve ergenleri normal gelişim gösteren yaşlılarıyla kıyaslayan çalışmalarda, DEHB'li çocuk ve ergenlerin zorbalığa karışma, yani okulda hem akran zorbalığı yapma hem de zorbalığa maruz kalma riskleri diğerlerinden çok daha yüksektir (Murray ve ark, 2016; Choi, 2017; Chou ve ark, 2014; Hwang, 2015; Jia & Mikami, 2015).

ABD'de yapılan bir araştırmada, okula devam eden DEHB'li çocukların %57'sinin haftada en az bir kez zorbalığa maruz kaldığı bildirilmiştir (Becker ve ark, 2017). Çalışmalar, çocuk ve ergenlerde, zorbalık ve DEHB arasında doğrudan bir ilişki olduğunu desteklemektedir (Becker ve ark, 2017; Twyman ve ark, 2010; Unnever & Cornell, 2003).

Bir çalışmada DEHB'li çocuklar normal gelişim gösteren akranlarıyla karşılaştırılmış ve zorba rolünde üç kat, kurban rolünde ise on kat artış olduğu gösterilmiştir (Holmberg & Hjern, 2008). Taylor ve arkadaşlarının 2010 yılında yaptığı bir araştırmada, DEHB tanılı çocukların daha fazla akran zorbalığına maruz kaldıkları, ancak daha fazla akran zorbalığı yapmadıkları saptanmıştır (Taylor ve ark, 2010). Tayvan'da DEHB tanısı almış 287 ergende, yapılan bir çalışmada ise; kurban

sıklığı %14,6, zorba sıklığı %8,4 ve zorba-kurban sıklığı %5,6 olarak bildirilmiştir (Chou ve ark., 2018). Bu sonuçlar bizim çalışmamızdaki sonuçlardan düşüktür.

69 kişinin dikkat eksikliği baskın tip (%51,49), 65 kişinin ise kombine tip DEHB'yle (%48,51) takip edildiği örnekleme, katılımcıların akran zorbalığındaki rolleri DEHB görünümüne göre incelendiğinde; akran zorbalığı yapanlarda, yani zorbalarda ve zorba-kurbanlarda kombine tip; kurbanlarda ve zorbalığa karışmayanlarda ise dikkat eksikliği baskın tip DEHB'nin diğer DEHB tipinden daha sık görüldüğü saptanmıştır. Bu bulgu çalışmanın temel hipotezlerinden olan "Akran zorbalığı davranışında zorba ve zorba-kurban rolündeki ergenlerde DEHB'nin bileşik görünümü, kurban rolündekilerde ise DEHB'nin dikkat eksikliği baskın görünümü diğer görünümleden daha sıktır." varsayımını doğrulamıştır.

Çocuk ve ergenlerin zorbalığa karışmasında DEHB'nin ana semptomları olan hiperaktivite-dürtüsellik ve dikkat eksikliği önemli risk faktörlerindendir. Hiperaktivite ve dürtüsellik akran etkileşimi sırasında rahatsız edici, sosyal açıdan uygunsuz ve itici davranışlara neden olabilmektedir. Dikkat sorunları ise etkili bir sosyal etkileşim için gerekli olan sosyal ipuçlarını tanıma ve yakalama becerisine zarar vermektedir (Kawabata ve ark, 2012; Whalen & Henker, 1985). Yapılan çalışmalarda DEHB tansı olan çocukların akranlarına göre 1,77 kat daha saldırgan olduğu saptanmış ve DEHB'nin dürtüsellik belirtileri ile öğrencilerin akranlarına saldırganca davranmaları arasında 6 yaştan 17 yaşa kadar güçlü bir ilişki olduğu görülmüştür (Molina ve ark, 1999; Turcotte-Benedict ve ark, 2015).

Zorbalık yapan öğrenciler; genellikle fiziksel olarak güçlü, saldırgan, kolaylıkla şiddete başvurabilen, kendilerini algılamaları o anda sahip oldukları güce göre değişkenlik gösteren, sık yalan söyleyen, empati kurmakta zorlanan, erişkinlerin/otorite figürlerinin sözünü dinlemeyen, bulundukları ortamda kurallara uymakta sorun yaşayan, otokontrol becerileri düşük, davranışlarının sonucunu düşünmeyen, eylemleri ve sözleri ile ilgili sorumluluk kabul etmeyen, başkalarına acı çektirmekten ve çatışmaya girmekten hoşlanan, başkaları tarafından kolayca kıskırtılıp sinirlendirilebilen kişiler olarak tanımlanmıştır (Özdiğer & Savaşer, 2009; Berger, 2007; Besag, 1989; Pişkin, 2002; Gökler, 2009; Bulgurcu,

2011). Akran zorbalığı yapan öğrencilerin bu özellikleri DEHB'nin aşırı hareketlilik, dürtüsellik belirtileri ile de benzerlikler göstermektedir.

Çocuğun ya da ergenin, DEHB nedeniyle oluşan reaktif/dürtüsel saldırganlığını kendisinden daha güçsüz akranlarına yöneltmesi bir tür zorbalık eylemidir (Murray ve ark, 2016). Ayrıca DEHB'nin dürtüsellik semptomları, bireyin akranlarıyla ilişki kurma ve sürdürme yeteneklerine de zarar vermektedir (Hoza ve ark, 2005). Çocukluk döneminde görülen DEHB semptomları agresif, kural dışı davranışlarla ilişkilirken, ergenlik dönemindeki DEHB semptomları yetişkinlikte de devam edebilecek olan şiddet eylemleri ile ilişkilendirilmektedir (Rabiner ve ark, 2005; Fang ve ark, 2010; Loeber ve ark., 2005).

Akran zorbalığındaki roller ebeveynlerin medeni durumuna göre incelendiğinde; kurbanların ebeveynlerinin yüksek oranda boşanmış ve zorbalığa karışmayanların ebeveynlerinin ise genelde evli olduğu saptanmıştır.

Aile yapısının çocuklara etkisini inceleyen çalışmalarda, ebeveyni boşanmış olan çocuklarda ve ergenlerde uyum sorunlarına, madde kötüye kullanımına, emosyonel sorunlara ve suç teşkil eden davranışlara daha sık rastlanmaktadır (Garnefski & Diekstra, 1997; Amato & Keith, 1991; Griffin ve ark. 2000; Weitofte ve ark, 2003).

Evde tek ebeveyn bulunması yani evin içindeki “azalmış ebeveynlik”, çocuğa karşı mesafeli ve otoriter bir tutumda olma, duygusal erişilebilirliğin azalması ve denetimsizlik şeklinde tezahür edebilmektedir (Wallerstein & Kelly, 1980). Bunun yanında evde tek ebeveyn bulunması çocuğa karşı aşırı koruyucu ebeveynlik tutumu gösterilmesine de neden oluyor ve bu da çocuğun yaşına uygun sosyal becerileri kazanma sürecine zarar veriyor olabilir. Yaşına uygun sosyal becerileri kazanması sekteye uğramış çocukların kendilerini saldırgan davranışlara karşı korumaları daha zordur.

Ailenin dağılma süreci boyunca çocukların ya da ergenlerin tanık olduğu durumlar da davranışlarını etkilemektedir. Tek ebeveynle yaşayan çocukların büyük çoğunluğu, ailede dağılma meydana gelmeden önce sıklıkla ebeveynler arasında yaşanan şiddetli çatışmalara maruz kalmaktadır (Kurdek ve ark, 1995). Ayrıca aile parçalandıktan sonra da anne-baba arasındaki çatışmalı durum devam edebilmekte,

çocuklar olumsuz olaylara sıkça maruz kalabilmektedir. Ebeveynleri arasındaki saldırganlığa ve şiddete sık tanık olan çocuklar, çatışmaların üstesinden gelmek için şiddetin kabul gören bir yol olduğunu öğrenebilirler. Bu çocukların zorbalık yapma ya da zorbalığa maruz kalma olasılıkları akranlarından daha yüksektir (Baldry, 2003). Boşanma sürecinde ve sonrasında ebeveynlerin yaşadıkları ruhsal sıkıntılar da (depresif semptomlar, öfke kontrol zorluğu, kaygı vb) ebeveynlik becerilerine zarar verebilmekte, çocuğa karşı tutumlarını olumsuz yönde etkileyebilmekte bu da çocuğun eksik bakım almasına neden olabilmektedir.

DEHB semptomları gösteren çocukları olan ailelerde, üçgenleştiren baba konumunu istikrarlı bir şekilde doldurmak zordur. Bu olgularda ailede fren görevi gören, aşırı uyarılmanın denetleyicisi olan babanın konumuna yapılan yatırım sabit değildir. Babanın fiziksel ya da ruhsal yokluğu nedeniyle çocuğun sınır koyan istikrarlı bir modeli içselleştirememsi, içsel dünyasında istikrarlı, sınır koyan bir baba temsilinin olmaması ya da bu temsilin zayıf olması, çocuğun kendi eylemlerini bu modele göre düzenlemesini engeller, çocuk sınırlar ve kurallar konusunda zorlanır. Sınır koyan istikrarlı bir baba temsiline sahip olmayan çocuk, babanın sadist, saldırgan tarafları ile özdeşleşebilir ve annesi ile ilişkisinde bunu yeniden üretir. Böylece hiperaktivite, anne ile erken döneme ait bağın hala sürdürülmesi ile bu bağdan kurtulup bağımsız olma arzusu arasındaki çatışmayı temsil eder (Günter, 2013). Ailelerinde üçgenleşme problemi yaşamayan, babaların ruhsal ve fiziksel olarak var olduğu ve istikrarlı, sınır koyan, denetleyen bir model oluşturduğu ailelere sahip olan ergenlerin akran zorbalığına karışmaması da beklenen bir durumdur.

2007 yılında yapılan bir çalışmada tek ebeveynle yaşayan ergenlerin zorbalığa karışma riski, diğerlerinden daha yüksek bulunmuştur (Spriggs ve ark, 2007). Başka bir çalışmada ebeveyni boşanmış ergenlerin zorbalık mağduru olma riskinin, ebeveyni evli olan akranlarından daha fazla olduğu gösterilmiştir (Jablonska & Lindberg, 2007).

Katılımcıların sosyoekonomik-sosyokültürel düzeyleri (SKSED) ve akran zorbalığı davranışındaki rolleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır. 3 kişinin yüksek SKSED (%2,24), 65 kişinin orta SKSED (%48,51) ve 66 kişinin düşük SKSED (%49,25) grubunda yer aldığı örnekleme; diğer gruplarla

kıyaslandığında zorbalık yapanlarda, yani zorbalarda ve zorba-kurbanlarda düşük SKSED oranı fazla, zorbalığa karışmayanlarda ise azdır.

Pek çok çalışmada ailenin sosyoekonomik ve sosyokültürel durumunun akran zorbalığı davranışında zorba ve zorba-kurban olma üzerindeki etkisi araştırılmıştır. Ebeveynlerden birinin ya da her ikisinin eğitim seviyelerinin düşüklüğü, işsizliği, ailenin sosyoekonomik seviyesinin düşüklüğü çocuğun zorba ya da zorba-kurban olma olasılığını artırmaktadır (Jansen ve ark, 2012).

Çalışmalarda zorba-kurbanların düşük SKSED’li, annelerin eğitim düzeylerinin düşük, annelerin işsizlik oranının yüksek olduğu ailelerden gelme olasılığının daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Alikasifoglu ve ark, 2007; Jansen ve ark, 2011;2012; Magklara ve ark, 2012).

Düşük sosyokültürel-sosyoekonomik düzey aynı zamanda aile içi çatışmalara da neden olması ve çocuğun aile içinde yaşanan şiddeti normalize etmesi yoluyla da çocuk ve ergenleri olumsuz yönde etkiliyor olabilir. Düşük SKSED’li ailelere sahip çocukların öykülerinde bakım ve gözetim eksiklikleri daha sık görülmektedir.

Ayrıca düşük SKSED’den gelen çocuk ve ergenlerin yaşadıkları çevreler ve bu çevrelerde kabul gören alt kültürler dikkate alındığında, maruz kalınan davranışlar ve o çevredeki model alınabilecek kişiler de çocukların ve ergenlerin zorbalık davranışına karışmalarına neden oluyor olabilir.

Pek çok araştırma, zorbalık yapmanın ekonomik dezavantaj, yoksulluk ve düşük ebeveyn eğitimi de dahil olmak üzere düşük SKSED ile ilişkili olduğunu saptamıştır (Bowes ve ark, 2009; Glew ve ark, 2005; Jansen ve ark, 2011; 2012; Wolke ve ark, 2001). Ancak literatürde SKSED ile zorbalık davranışı arasında ilişki olmadığını söyleyen çalışmalar da mevcuttur (Ma, 2001; Veenstra ve ark, 2005; Shetgiri ve ark, 2012).

Katılımcıların okul öncesi eğitim alıp almamaları ile akran zorbalığı davranışındaki rolleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. 94 kişinin okul öncesi eğitim aldığı (%70,15), 40 kişinin okul öncesi eğitim almadığı (%29,85) örnekleme; okul öncesi eğitim alanların oranının en fazla olduğu grup %81,63’le akran zorbalığına karışmayanlar olmuştur.

Literatürde DEHB’li ergenlerin okul öncesi eğitim mevcudiyetinin akran zorbalığındaki rollerini nasıl etkilediğine dair bir araştırma olmasa da pek çok araştırmanın sonucuna göre, okul öncesi eğitimin kalitesi çocukların psikolojik gelişimi için büyük önem taşımaktadır (Vandell ve ark, 2010; Hall ve ark, 2013; Hamre ve ark, 2014; Sylva ve ark, 2014).

Okul öncesi eğitim, çocukları ilköğretime başlamaya hazırlarken, onların fiziksel, zihinsel ve emosyonel gelişimini de desteklemektedir. Gelecekteki akademik başarının prediktörü olan yürütücü işlevler, okul öncesi döneme ait önemli kazanımlardandır. Çalışmalarda okul öncesi eğitim alan çocuklar, almayan yaşlılarıyla karşılaştırıldıklarında bilişsel gelişimlerinin daha ileride olduğu gösterilmiştir (Best ve ark, 2009; Welsch ve ark, 2010; Willoughby ve ark, 2012; Diamond ve ark, 2013; Yeniad ve ark, 2013). Bilişsel gelişim akademik başarı kazanılmasını sağlıyor, bu da okulla daha fazla bağ kurulmasına yardım ediyor ve akran ilişkilerini olumlu yönde etkiliyor olabilir.

Okul öncesi eğitim kurumları, çocuklara sosyal çevre oluşturma imkânı sağlamakta, çocukların zihinsel ve ruhsal gelişimine katkıda bulunarak, toplumsal kurallara uyum sağlamalarına yardım etmektedir. Okul öncesi eğitim alan çocuklar, akran etkileşiminde alternatif yolları daha iyi kullanabilir, dışarıdan gelen şiddet eylemlerini daha önceden deneyimledikleri için bunlarla baş etme yollarını önceden kazanmış olabilirler, ayrıca kendi yaşadıkları sorunlar karşısında şiddete başvurmadan farklı çözüm yolları üretebilme becerisini edinmiş olabilirler. Okul öncesi eğitim alan çocuklar, paylaşmayı, akranlarıyla uyum içinde yaşamayı, birlikte hareket edebilmeyi öğreniyor, sorunlarla başa çıkma stratejileri geliştiriyor, problem çözme becerisi kazanıyor olabilirler. Böylece ilerleyen dönemlerde akran zorbalığı yapma ya da zorbalığa maruz kalma risklerinin azalacağı düşünülebilir.

Yapılan kimi çalışmalarda sınıftaki yakın arkadaş sayısının fazla olması zorba rolüyle ilişkilendirilirken, kimi çalışmalarda ise zorbalığa karışmama ile ilişkili bulunmuştur. Okul sevgisinin fazla olması ise bazı çalışmalarda akran zorbalığı rolüyle ilişkili bulunmazken, bazı çalışmalarda akran zorbalığına karışmaya karşı koruyucu bir faktör olarak değerlendirilmiştir. Bizim çalışmamızda katılımcıların okul sevgisi ve sınıftaki yakın arkadaş sayısı ile akran zorbalığı davranışındaki rolleri

arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Bunun nedeni örneklem sayısının düşük olması olabilir. Ayrıca yakın arkadaş sayısından ziyade ergenlerin kurduğu arkadaşlıkların niteliği daha önemli olabilir.

Örneklelimize baktığımızda ergenlere zorbalık yapan öğrencilerin %72,37'sinin öğrencinin kendi sınıfında olduğu görülmüştür. Bu durum öğretmenlerin sınıf dinamikleri ile ilgili daha dikkatli olmaları gerektiği gerçeğini göstermektedir. Öğrencilerin %34,21'i birkaç erkek tarafından, %26,32'si özellikle bir erkek tarafından, %15,79'u birkaç kız tarafından, %10,53'ü özellikle bir kız tarafından zorbalığa uğradığını belirtmiştir. Zorbalık yapan öğrenci sayılarına baktığımızda katılımcıların %51,32'si 2-3 kişilik öğrenci grubu tarafından, %31,58'i özellikle bir öğrenci tarafından zorbalığa uğradığını belirtmiştir. Okullardaki özellikle erkek öğrenci gruplarının akranlarına daha sık zorbalık yaptığı unutulmamalıdır.

Katılımcıların %21,05'i zorbalığa uğradığını öğretmenine ya da okuldaki bir yetişkine söylerken, %32,9'u velisine söylemekte, %36,84'ü ise zorbalığa uğradığını kimseye söylememektedir. Dikkat çeken bir konu öğrencilerin %20,15'inin öğretmenlerin zorbalık davranışını hiçbir zaman durdurmadığını, %14,93'ünün nadiren durdurduğunu düşünmeleridir. Böyle düşünüyor olmaları öğrencilerin maruz kaldıkları şiddeti saklamalarına ve daha çaresiz hissetmelerine ya da kendilerinin de sorunu şiddet yoluyla çözmelerine neden oluyor olabilir. Öğretmenlerin ve okuldaki diğer erişkinlerin zorbalık davranışını durdurmaları, davranış sonrasında tutarlı yaptırımlarda bulunmaları ve hem zorbaların hem de kurbanların ruhsal ve fiziksel sağlıklarını korumaya yönelik zorbalıkla ilgili caydırıcı önlemler almaları önemlidir.

ÇDŞG-ŞY-T'ye göre; 100 hastada (%74,68) DEHB'ye eşlik eden çeşitli eş tanıılar bulunmakta, 34 hasta (%25,37) ise sadece DEHB tanısı ile takip edilmekteydi. Komorbid psikiyatrik hastalığı olan 100 katılımcı içinde, Anksiyete Bozukluğu tanısı alan 39 (%29,11), Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu-Davranım Bozukluğu tanısı alan 32 (%23,88), Özgül Öğrenme Bozukluğu tanısı alan 27 (%20,15), Uyku-Uyanıklık Bozukluğu tanısı alan 12 (%8,96), Majör Depresif Bozukluk (MDB) tanısı alan 13 (%9,7), Tik Bozukluğu tanısı alan 7 (%5,22), Obsesif Kompulsif Bozukluk tanısı alan 5 (%3,73), Konuşma Bozukluğu tanısı alan 3 (%2,24) hasta vardı.

Literatür incelendiğinde DEHB’de komorbid psikiyatrik hastalık sıklığı toplumdan yüksektir. 4-17 yaş arası, 14.825 DEHB’li hastanın dahil edildiği bir çalışmada, olguların %52’sinde en az bir, %26,2’sinde ise iki ya da daha fazla komorbid psikiyatrik hastalık saptanmıştır (Jensen & Steinhausen, 2015).

Çocuk ve ergenlerde DEHB’ye en sık eşlik eden hastalık, %4-60’lık oranla Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu (KOKGB) ve Davranım Bozukluğu’dur (DB) (Bauermeister ve ark, 2007; Elia ve ark 2009; Freitag ve ark, 2012; Ghanizadeh 2009; Jensen ve ark, 1997; Kraut ve ark, 2013; Kadesjo & Gillberg 2001; Larson ve ark 2011; Levy ve ark, 2005; Wichstrom ve ark, 2012). Çeşitli araştırmalarda DEHB’li hastaların %10-35’inde Anksiyete Bozuklukları (Spencer, 2006; Taurines ve ark, 2010; Pliszka 2000), %10-40’ında Duygudurum Bozuklukları (Spencer, 2006; Pliszka, 2000; Döpfner ve ark, 2000), %20-25’inde Özel Öğrenme Bozukluğu (ÖÖB) (Spetie & Arnold, 2018), %4-13’ünde Zihinsel Yetersizlik (Faber ve ark, 2010; Kadesjo & Gillberg 2001; Kraut ve ark, 2013), %5-52’sinde OSB (Larson ve ark, 2011; Smalley ve ark, 2007), %11,8’inde Gelişimsel Dil Bozukluğu (Bellani ve ark, 2011; Larson ve ark, 2011) ve %6-30’unda Tik Bozukluğu (Taurines ve ark, 2010; Ghanizadeh, 2009; Smalley ve ark, 2007) görüldüğü bildirilmiştir.

Bu bilgiler doğrultusunda çalışmamızdaki eş tanı sıklığı yaklaşık olarak literatürle uyumlu bulunmuştur. Çalışmamızda Zihinsel Yetersizlik ve OSB tanıli hasta bulunmamasının nedeni, bu tanıları almış olan hastaların araştırmaya dahil edilmemiş olmasıdır. Gelişimsel Dil Bozukluğu komorbiditesinin sıklığının çalışmamızda daha düşük bulunmasının nedeni, örneklemin 12-17 yaş arasındaki ergenlerden oluşmuş olması ve ergenlik dönemine kadar çocukların dil bozuklukları için tedavi almış olması olabilir.

Çalışmamızda iki eş tanı açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Buna göre; Özgül Öğrenme Bozukluğu sıklığı kurbanlarda, Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu-Davranım Bozukluğu sıklığı zorba-kurbanlarda diğer gruplarla kıyaslandığında daha fazladır.

Bugüne kadar yapılan çalışmalarda DEHB ve KOKGB semptomlarının çocuk ve ergenlerde akran zorbalığı yapma ve zorbalığa maruz kalma riski de dahil olmak üzere sosyal bozulmaları artırdığı saptanmıştır (Fite ve ark, 2014; Holmberg & Hjern,

2008; Humphrey ve ark, 2007; Kokkinos & Panayiotou, 2004; Kumpulainen ve ark, 2001; Taylor ve ark, 2010; Timmermanis & Wiener, 2011; Humphrey ve ark, 2007). Çalışmamızda zorba rolündekilerin %88,89'unda KOKGB tanısının bulunmasına rağmen bu sıklığın istatistiksel olarak anlamlı bulunmamasının nedeni örneklemdeki zorba rolündeki kişi sayısının az olması olabilir.

Akran zorbalığı davranışında kurban rolündeki öğrencilerin; içe dönük, utangaç, sessiz, temkinli, anksiyöz, çekingen, kendine güvenmeyen, korkak, benlik saygısı düşük, akranları tarafından dışlanan, iletişim becerisi ve entelektüel yetenekleri yetersiz bireyler oldukları saptanmıştır (Besag, 1989; Gökler, 2007; Pişkin, 2002).

Çocuklar özel eğitim ihtiyaçları olan, entelektüel yetenekleri yetersiz akranlarına karşı daha olumsuz tutumlar sergileyebilmektedir (Bruinicks, 1978; Gottlieb ve ark, 1978). Bir çalışmada, özel eğitim alan öğrencilerin, özel gereksinimi olmayan öğrencilere göre akranları tarafından zorbalığa maruz kalma olasılığının daha yüksek olduğu gösterilmiştir (Thompson ve ark, 1994).

Öğrenme güçlüğü olan çocuklar, sosyal ilişkilerinde de daha fazla sorun yaşama eğilimindedir. ÖÖB gibi özel gereksinimi olan çocuklar, akranları tarafından farklı ve sosyal açıdan daha savunmasız algılandıkları için bu çocukların mağdur olma riski daha fazladır, normal gelişim gösteren akranlarına kıyasla daha fazla dışlanırlar, akranları arasında daha az popülerlerdir, daha az sayıda arkadaşları vardır ve daha sık zorbalık mağduru olurlar (Blake ve ark, 2016; Rose ve ark, 2011; Martlew & Hodson, 1991; Nabuzoka & Smith, 1993; O'Moore & Hillery, 1989; Thompson ve ark, 1994).

DEHB semptom şiddetinin ölçülebilmesi için Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranış Bozuklukları için DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği (T-DSM-IV-Ö) ve Conners Anne Baba Derecelendirme Ölçeği (CADÖ) kullanılmıştır.

T-DSM-IV-Ö'ye göre; Dikkat Eksikliği, Hiperaktivite, KOKGB ve Davranım Bozukluğu puanları zorba-kurbanlarda yüksek, zorbalığa karışmayanlarda ise düşüktür. CADÖ'nün Davranım Sorunu, Hiperaktivite, Öğrenme Sorunu, Kaygı, Psikosomatik alt boyutlarından ve genel toplamdan elde edilen puanlar zorba-kurbanlarda yüksek, zorbalığa karışmayanlarda ise düşüktür.

Sonuç olarak çalışmamızda akran zorbalığı yapanların DEHB semptomlarının şiddeti yüksek, zorbalığa karışmayanların ise düşük olarak bulunmuştur. Bu sonuçlar

çalışmada daha önce göstermiş olduğumuz zorbalarda ve zorba-kurbanlarda daha sık komorbid KOKGB tanısı bulunması ve kombine tip DEHB görülmesi bulgusuyla uyumludur. Ayrıca yine çalışmada saptanmış olan zorba-kurbanlarda kaygı puanlarının daha yüksek olması sonucuyla da tutarlılık göstermektedir.

Zorbalığa karışmayanlara göre zorbalar, kurbanlar ve zorba kurbanlar daha fazla dikkat eksikliği, hiperaktivite, KOKGB belirtisi yaşamaktadır. Zorbalar ve zorba kurbanlar arasında sadece davranım bozukluğu alanında anlamlı bir fark bulunmuştur. Bu durum zorbaların ve zorba-kurbanların benzer özelliklere sahip olduğunu ancak zorba-kurban rolündeki ergenlerin daha fazla davranım bozukluğu olan kurbanlar olduğunu, yani Olweus'un "kışkırtıcı kurbanlar" olarak nitelendirdiği grup olduğunu göstermektedir.

Kurban rolündeki ergenlerde dikkat eksikliği puanlarının daha yüksek olması beklenen bir durumken, zorbalarda ve zorba-kurbanlarda da yüksek olmasının nedeni bu çocuklarda kombine tip DEHB görülmesi olabilir. Literatürde genellikle zorbalık yapan çocukların yıkıcı davranışları üzerinde durulmuş olsa da, bizim çalışmamızda dikkat eksikliği fazla olan çocuklarda zorbalık davranışının sık görülmesi, çocuk ruh sağlığı ve hastalıkları polikliniklerine eksternalizasyon sorunları nedeniyle başvuran çocukların ve ergenlerin yıkıcı davranışları ile ilgili problemlerinin yanında, öğrenme ve dikkat sorunlarının da aynı titizlikle ele alınması ve değerlendirilmesi gerektiğini göstermektedir.

Literatür incelendiğinde toplumsal temelli kesitsel çalışmalarda, DEHB semptomları daha şiddetli olan çocuk ve ergenlerde zorbalığa karışma (zorbalık yapma ya da zorbalığa maruz kalma) riskinin daha yüksek olduğu saptanmıştır (Kumpulainen ve ark, 1998; Yen ve ark, 2014). Çalışmaların sonuçları, ağır DEHB semptomları olan çocuk ve ergenlerin akran zorbalığına karışma riski nedeniyle yakından izlenmesi gerektiğini ortaya koymaktadır (Holmberg & Hjern, 2008; Yang ve ark, 2013).

Okul öncesi çocuklarda yapılan bir çalışmada DEHB semptom şiddeti fazla olan grupta zorba olma olasılığının 2,18 kat, zorba-kurban olma olasılığının ise 2,86 kat arttığı ve en büyük riskin DEHB ve KOKGB semptom şiddetinin birlikte yüksek olduğu grupta olduğu saptanmıştır (Verlinden ve ark, 2015). DEHB tanısı almış 287 ergende klinik ortamda yapılan bir çalışmada ise DEHB semptom şiddetinin akran

zorbalığına karışma ile ilgili olmadığı bulunmuş ve bu durum ergenlerin klinikte farmakolojik tedavi almalarının sonucunda DEHB'nin ana semptomlarının iyileşmiş olma olasılığı ile açıklanmıştır. Bununla birlikte aynı araştırmada, sosyal becerileri iyileştiren etkin bir DEHB semptom tedavisinin akranlarla kurulan ilişkileri iyileştirmek zorunda olmadığı ve bu etkinin daha iyi araştırılmasının gerektiği de belirtilmiştir (Chou ve ark, 2018).

Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri 1 ve 2 puanları incelendiğinde; Sürekli ve Durumluk kaygı puanları zorbalığa karışmayanlarda düşük, zorba-kurbanlarda ise yüksektir. Çocuklar için Depresyon Ölçeği puanı da zorba-kurbanlarda yüksektir.

Kaygı ve depresyon puanları açısından kurban ve zorba rolündeki ergenler arasında anlamlı bir fark saptanamamıştır; ancak zorba-kurban rolündeki ergenlerde kaygı ve depresyon puanları belirgin olarak tüm gruplardan yüksektir. Bu durum zorba-kurbanlarda sürecin daha uzun ve karmaşık olması ile açıklanabilir. Olweus'un "kışkırtıcı kurbanlar" olarak tanımladığı zorba-kurban rolündeki ergenler hem zorbalık yapmakta hem de zorbalık mağduru olmaktadır.

Gelecekte yapılacak olan araştırmalarda zorba-kurban rolündeki ergenlerin zorbalık süreçlerinin daha ayrıntılı şekilde değerlendirilmesi faydalı olacaktır. Bu ergenlerin eşzamanlı olarak mı hem zorbalık yaptıkları hem de zorbalığa maruz kaldıkları, yoksa bir süre boyunca kendilerinden daha güçlü akranları tarafından zorbalığa maruz kalıp, yani önce kurban olup, sonra mı kendilerinden güçsüz akranlarına zorbalık yapmaya başladıklarının araştırılması, zorba-kurbanların daha iyi anlaşılmasına, bu çocuklara içinde bulundukları durumla ilgili daha kolay destek verilebilmesine ve ileride zorba-kurban olabilecek çocuk ve ergenlerin akran zorbalığı davranışına karışmadan önce çocuk psikiyatrisi kliniklerinde tanınmasına ve gerekli önlemlerin alınmasına, çocuğun fiziksel, ruhsal, emosyonel gelişiminin desteklenmesine yardımcı olacaktır.

Freud, 1926 yılında yayınladığı "İnhibisyon, Semptom ve Anksiyete" isimli makalesinde değiştirdiği anksiyete kuramına yer vermiştir. Anksiyete kuramındaki bu değişikliğin sebebi, 1920 yılında dürtü kuramında yaptığı değişiklik, "ölüm dürtüsü, yıkıcılık" kavramının dürtü kuramına eklenmesidir. Ölüm dürtüsünü kavramsallaştırmasına ise I. Dünya Savaşı ve II. Dünya Savaşı'na zemin hazırlayan

faktörler, yani insanın toplumsal hayattaki yıkıcılığı neden olmuştur (Freud, 1920; 1926). Freud, anksiyetenin temelinde insanın doğuştan gelen, varoluşsal, filogenetik çaresizliğinin yattığını söylemiştir. Anksiyete, ölüm dürtüsüyle yakından ilişkilidir. Yeni doğanın “hilflosigkeit” olarak adlandırdığı çaresizliği ve bir yetiştikine olan mutlak ihtiyacı, mutlak bağımlılığı ondaki yıkıcılığın, acımasızlığın nedenidir. Çocukların doğumdan itibaren biriktirdikleri çaresizlik yaşantıları, yaşama tutunma konusunda yaşadıkları anksiyete, onları bakım verenlerine bağımlı kılmakta, bu da çocukta büyük bir öfke ve yıkıcılık yaratmaktadır. Çalışmamızda akranlarına karşı yıkıcı ve saldırgan davranışlar sergileyen zorba-kurban rolündeki ergenlerin aldığı yüksek anksiyete puanları Freud’un anksiyete kuramıyla uyumludur.

Literatürde içselleştirme bozuklukları açısından akran zorbalığı rolleri arasındaki farkı inceleyen çalışmalar mevcuttur. 133 öğrenciyi kapsayan okulda yapılan bir araştırmada, zorba-kurbanların ve zorbaların depresif semptomlar yaşama olasılığının diğerlerinden daha yüksek olduğu; yine zorba-kurbanların ve kurbanların anksiyete semptomları yaşamaya daha meyilli olduğu bulunmuştur. Bu araştırmaya göre zorba-kurbanlar, depresyon ve anksiyete açısından en riskli grup olarak değerlendirilmiştir (Swearer ve ark, 2001).

2006’da yapılan 1118 öğrenciyi kapsayan bir başka çalışmada, sene başında daha anksiyöz ve depresif olduğu tespit edilen öğrencilerin, yıl içinde zorbalığa uğrama ve zorbalık yapma olasılıklarının daha yüksek olduğu bulunmuştur (Fekkes ve ark, 2006).

Akran zorbalığı rollerine göre öğrencilerin özelliklerinin karşılaştırıldığı bir araştırmada; zorbalığa karışmayanlarla kıyaslandığında, zorbaların 2,8-4,3 kat, kurbanların 4 kat, zorba-kurbanların 6,3-8,8 kat daha fazla depresyon tanısı aldığı saptanmıştır (Dake ve ark, 2003).

DEHB’nin hiperaktivite-dürtüsellik ve dikkat eksikliği alanlarındaki ana belirtileri, duygular, biliş ve kişilerarası ilişkilerde sorunlara neden olurken, bunlara öğrenme güçlüğü, düşük benlik saygısı, azalmış sosyal işlevsellik, tütün ve uyuşturucu kullanımı, alkol kötüye kullanımı ve davranış bozuklukları gibi sorunlar da eşlik edebilmektedir (Barkley ve ark, 1990; Eme, 2009; Magnus & Bhimji, 2017; Mannuzza ve ark, 1993). Çalışmalarda DEHB’nin şiddetle yakından ilişkili olduğu öne sürülmüş

ve DEHB'li hastalarda sorunlu davranışların sık görüldüğü saptanmıştır. Bu davranışlar, okul yaşamında zorlanmalara neden olan, depresyon ve anksiyete gibi semptomları tetikleyen, olumsuz olaylarla sonuçlanmaktadır (Glass ve ark, 2012; Holmberg & Hjern, 2008; Lee, 2009; Shea & Wiener, 2003).

Hem akran zorbalığına maruz kalan hem de zorbalık yapan, “kışkırtıcı kurban” veya “zorba-kurban” olarak tanımlanan çocuklar ve ergenler, kurbanlarda görülen anksiyete, depresyon ve düşük benlik saygısı gibi özelliklerle eşzamanlı olarak, zorbalarda görülen yüksek baskınlık düzeyi, saldırganlık ve antisosyal davranışları da gösterme eğilimindedirler (Olweus, 2001; 1978). Genellikle saldırgan davranışları yoluyla zorbalığı kışkırtırlar, ancak kendilerini yeterince savunamazlar (Olweus, 1993). Zorba-kurbanlar, kurbanlar ve zorbalarla karşılaştırıldığında daha fazla akran reddi ve uyumsuzluk riski altındadır (Schwartz, 2000).

Leuven Algılanan Anne Baba Tutumu Ölçeği'ne göre; zorbalarda davranışsal denetim uygulayan ebeveyn puanı düşük, zorbalığa karışmayanlarda ise yüksektir. Duyarlı ebeveyn tutumu puanı akran zorbalığına karışmayanlarda yüksek, karışanlarda düşüktür. Zorbalık yapmayanlarda (zorbalığa karışmayanlarda ve kurbanlarda) psikolojik kontrol uygulayan ebeveyn puanı düşük, zorbalık yapanlarda (zorbalarda ve zorba-kurbanlarda) ise yüksektir. Zorba-kurbanlarda özerklik denetimi sağlayan ebeveyn puanı düşük, zorbalığa karışmayanlarda ise yüksektir. Bu bulgular çalışmanın temel hipotezlerinden olan “Akran zorbalığına karışmayan DEHB’li ergenler akran zorbalığı yapanlarla kıyaslandığında; duyarlı, özerklik desteği ve davranışsal denetim sağlayan ebeveyn tutumu puanları daha yüksek; psikolojik kontrol uygulayan ebeveyn tutumu puanı daha düşüktür.” varsayımını doğrulamıştır.

Çocukluktaki yetersiz aile etkileşimi örüntüleri ve ebeveynlik tutumları, DEHB’nin seyrini etkileyebilir, semptomları şiddetlendirebilir ve ikincil olarak KOKGB ve saldırganlık gibi diğer davranışsal sorunların gelişmesine zemin hazırlayabilir (Wang ve ark, 2014; Tung ve ark, 2015).

Bir çalışmada, DEHB tanısı almış çocukları olan ebeveynlerin, çocuklarını normal gelişim gösteren akranlarıyla kıyasladıklarında baş edilmesi, uygun davranış alışkanlıklarını kazanabilmeleri için yönlendirilmesi daha zor ve davranışlarını düzenleme konusunda daha düşük kapasiteye sahip olarak algıladıkları ve kendilerinin

diğer ebeveynlere göre daha ağır bir yük altında olduklarını düşündükleri gösterilmiştir (Schroeder ve ark, 2009; Leijten ve ark, 2017).

DEHB tanılı çocukları olan ebeveynlerin yüklerinin psikolojik ve fiziksel açıdan diğer ebeveynlerden daha fazla olması, bu ebeveynlerin çocuklarının özellikle yıkıcı davranışlarını azaltmak için uygunsuz ebeveynlik tutumlarını benimsemelerine yol açabilmektedir (Modesto-Lowe ve ark, 2014; Robin, 2014). Problem çözme becerileri tam olarak gelişmemiş olan ve fiziksel cezalandırma yöntemlerini kullanan, aşırı otoriter davranan ebeveynlerle büyüyen çocukların zorbalık davranışlarına daha fazla karıştığı gösterilmiştir (Demeray & Malecki, 2003; Fitzpatrick ve ark, 2007; Zottis ve ark, 2014). Çalışmalarda zorba-kurbanların ebeveynleriyle kurdukları ilişkinin diğer gruplarla kıyaslandığında daha çatışmalı olduğu ve ebeveynlerinden daha az destek aldıkları, ebeveynlerinin baskısına ve reddedici tutumlarına daha sık maruz kaldığı saptanmıştır (Demeray & Malecki, 2003; Bowers ve ark, 1994).

Önceki çalışmalarda, çocuklarda ve ergenlerde davranış problemleri ile özellikle ihmal etme, reddetme, disiplinsizlik, tutarsız cezalandırma gibi uygunsuz ebeveynlik uygulamaları arasında ilişki olduğu gösterilmiştir (Neves Nunes ve ark, 2013; Tung & Lee, 2014). Çalışmalarda ebeveynlerin çocuklarla kurduğu iletişimin, aile işlevselliğinin ve sosyal desteğin, çocukların akran zorbalığı davranışına karışmasıyla doğrudan ilişkili olduğu saptanmıştır (Smokowski & Kopasz, 2005; Ekşisu, 2014).

Ebeveynin çocuğun psikolojik ve emosyonel ihtiyaçlarına kayıtsız kalması, çocuğa sadece kendisinin belirlediği çerçevede davranması ve düşünmesi için baskı yapması ile karakterize edilen psikolojik kontrol, çocuğun gelişimini olumsuz etkilemekte, kendini anlatmasına, duygularını ifade etmesine engel olmaktadır. Psikolojik kontrol uygulayan ebeveynler, çocuklarına suçlu hissettirmekte, onları utandırmakta, onları oldukları gibi değil, koşullu olarak kabul etmektedir.

Davranışsal denetim uygulayan ebeveynler ise tam aksine çocuğun davranışlarını ve duygularını izleyip, anlayarak, duruma uygun davranışı çocuğa kazandırmak için iletişim yollarını kullanmaktadırlar (Barber, 1996).

Özerklik desteği sağlayan ebeveynler, ergenleri kendi kararlarını vermeleri ve kendilerini anlatmaları konusunda cesaretlendirmekte, ebeveynleri olmadan kendi yaşamlarını yönetebilmelerini hedeflemektedirler (Soenens & Vansteenkiste, 2010).

Zorbalığa karışmayan ergenlerin kendi kararlarını alabilen, iletişime açık, duygularını ve düşüncelerini anlatabilen, duruma uygun davranabilen kişiler olduğu düşünüldüğünde; çalışmamızda zorbalığa karışmayan ergenlerin ailelerinde psikolojik kontrolün daha az; özerklik desteğinin ve davranışsal denetim uygulamasının daha fazla görülmesi bu özelliklerle uyumludur.

Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği'nden elde edilen toplam travma puanı, duygusal ihmal ve duygusal istismar puanlarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Buna göre; zorba-kurbanların duygusal istismar, duygusal ihmal, fiziksel ihmal ve toplam travma puanları istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksektir. Zorbalığa karışmayanların toplam travma puanı ise istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha düşüktür.

Bu bulgu, çalışmanın temel hipotezlerinden olan “DEHB’li ergenlerde akran zorbalığı yapanlar, yapmayanlara göre Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği'nden daha yüksek puan almıştır.” varsayımını doğrulamıştır. Bu durum ergenlerin, kendilerinden daha güçlü olan ebeveynlerinin saldırgan davranışlarını çocukluklarından itibaren gözlemlemeleri ve içselleştirmeleri ile açıklanabilir. Böylece ergen çatışmalara zorbalık ve saldırgan davranışlar yoluyla cevap vermenin kabul edilebilir bir yol olduğunu düşünür ve kendisinden güçsüz akranlarına zorbalık yapar.

Her türlü istismar ve ihmal davranışını içeren, ebeveynin çocuğa kötü muamelesi, çocuğun akran zorbalığına karışma riskini artırmaktadır (Duncan, 1999; Dussich & Maekoya, 2007; Hong ve ark, 2012). Çok sayıda çalışmada çocuklukta kötü muameleye maruz kalan ergenlerin daha saldırgan olduğu ve akran zorbalığı yaptıkları gösterilmiştir (Dodge ve ark, 1990; Hoeve ve ark, 2015; Wang ve ark, 2019; Wang ve ark, 2017; Auslander ve ark, 2016; Bolger & Patterson, 2001; Ford ve ark, 2010; Gomez-Ortiz ve ark, 2016; Keene & Epps, 2015). Ebeveynlerin çocuklarını olduğu gibi kabullenmesi, çocuğun emosyonel ve fiziksel ihtiyaçlarıyla yakından ilgilenmesi zorbalıkla negatif, zorbalıktan kaçınmakla pozitif ilişkili olarak bulunmuştur (Ok & Aslan; 2010).

Ergenlerin akran zorbalığı davranışındaki rolleri, Çocuklar İçin Mizaç ve Karakter Envanteri'nin dört mizaç ve iki karakter boyutuna göre incelenmiştir. Zorba-kurbanların Yenilik Arayışı mizaç özelliği toplam puanı ve bu farka neden olan Savurganlık ve Düzensizlik alt boyutlarının puanları diğer grupların puanından anlamlı olarak daha yüksektir. Ödül Bağımlılığı mizaç özelliğinin alt boyutlarına bakıldığında; zorbalığa karışmayanların Bağımlılık puanı, zorba-kurbanların Duygusallık puanı diğer üç gruptan daha düşüktür. Zorbalığa karışmayanların Kendini Yönetme karakter özelliği toplam puanı diğer grupların puanından daha yüksektir. Bu farklılığa neden olan alt boyutlar incelendiğinde; Sorumluluk Alma, Amaçlılık ve Kendini Kabullenme boyutlarında zorbalığa karışmayanların puanı diğer üç grubun puanından daha yüksek bulunmuştur. Kurbanların ve zorbalığa karışmayanların İş Birliği toplam puanı diğerlerinden daha yüksektir. Bu farka neden olan alt gruplar incelendiğinde; Sosyal Kabullenme, Yardımseverlik, Merhametlilik boyutlarında kurbanların ve zorbalığa karışmayanların puanı diğerlerinden daha yüksek bulunmuştur.

Bu bulgulara göre araştırmanın temel hipotezlerinden olan “Akran zorbalığı yapmayan DEHB’li ergenler, yapanlarla karşılaştırıldığında; Kendini Yönetme ve İş Birliği Yapma karakter özelliği puanları daha yüksek, Yenilik Arayışı ve Ödül Bağımlılığı mizaç özelliği puanları daha düşüktür.” varsayımı doğrulanmıştır. Literatürde DEHB’li çocukların ve ergenlerin mizaç ve karakter özelliklerine dair pek çok araştırma olsa da bu özelliklerin akran zorbalığındaki rolleri nasıl etkilediğine dair sadece çocuklarda yapılmış tek bir araştırma mevcuttur.

Mizaç ve karakter özellikleri, çocukların kişiliğinin ve sosyal davranışlarının gelişmesinde önemli rol oynar, ayrıca sosyal etkileşimlerinin ve kişilerarası ilişkilerinin kalitesi üzerinde de önemli bir etkisi vardır (Rothbart ve ark, 2000; DeFries ve ark, 1994).

Cloninger'in psikobiyolojik modeline göre kişilik, biyolojik ve genetik tarafı baskın, kalıtsallık gösteren, emosyonel uyaranlara otomatik bir cevap niteliği taşıyan ve erken çocukluk döneminden itibaren ortaya çıkan mizaç özellikleri ile yaşam boyunca sosyalizasyon süreçleriyle şekillenen, değişim gösteren, yetişkinlikte olgunlaşan, içgörü ile gelişen karakter özellikleri tarafından oluşturulmaktadır. Mizaç,

frontal, temporal ve limbik korteksle; karakter ise neokorteks ve hipokampusla ilgilidir (Cloninger, 1987, Cloninger ve ark, 1994; 1993).

Cloninger'in modeline göre Yenilik Arayışı düşük dopaminerjik aktivite, Zarardan Kaçınma yüksek serotonerjik aktivite, Ödül Bağımlılığı ise düşük noradrenerjik aktivite ile ilişkilidir (Cloninger, 1987, Cloninger ve ark, 1994; 1993). DEHB ile en çok ilişkisi olduğu düşünülen ve en çok araştırılan nörotransmitterler de yine DA, NA ve 5-HT'dir (Spetic & Arnold, 2018; Mukaddes, 2015).

DEHB semptomları ve mizaç özellikleri arasında çok yönlü bir ilişki olduğunu gösteren pek çok araştırma mevcuttur. Belirli mizaç özellikleri, DEHB semptomlarının gelişmesine neden olabilir, zaten var olan DEHB semptomları ile karşılıklı etkileşebilir ya da mizaç ve semptomlar altta yatan psikopatolojinin farklı yansımaları olarak düşünülebilir (Nigg ve ark, 2004; Thompson, 1994).

DEHB tanılı çocuk ve ergenlerle yapılan çalışmalarda, bu çocuklarda Yenilik Arayışı puanının yüksek, Sebat Etme, Kendini Yönetme ve İş Birliği puanlarının düşük olduğu bulunmuştur (Cho ve ark, 2008; 2009; McIntosh & Cole-Love, 1996; Yoo ve ark, 2006).

Boylamsal çalışmalarda ise çocukluk döneminde Yenilik Arayışı puanının yüksek, Zarardan Kaçınma puanının düşük olmasının, ergenlik döneminde madde kullanımı ve antisosyal davranışları predikte ettirdiği gösterilmiştir (Cloninger ve ark, 1988; Wills ve ark; 1994; Tremblay ve ark, 1994).

Bir çalışmada DEHB tanısı almış 8-10 yaş arası öğrencilerde mizaç özelliklerinin DEHB semptomlarıyla etkileşime girerek akran zorbalığı üzerinde etkili olduğu gösterilmiştir (Bacchini ve ark, 2008).

Çalışmamızda yüksek Yenilik Arayışı, Savurganlık, Düzensizlik puanları ve düşük Duygusallık puanı zorba-kurbanlarla ilişkili bulunmuştur. Boyutların özellikleri incelendiğinde, bunların zorba kurbanların özellikleriyle uyumlu olduğu görülmektedir.

Yenilik Arayışı ve bu özelliğin alt boyutlarından olan Savurganlık ve Düzensizlik puanları yüksek olan kişiler, heyecanlı, meraklı, dürtüsel, düşünmeden karar veren, düşünmeden hareket eden, ödül alma ihtimali olduğunda aşırılık ve

taşkınlık gösteren, çabuk sinirlenen, kolay kıskırılabilen, sık sık kavgaya karışan, hızlı fikir değiştiren, çabuk sıkılan, duyguları ve enerji seviyeleri abartılı, düzensiz, kuralları ve rutinleri sevmeyen, yeniliklere hızlıca uyum sağlayabilen, dikkati dağınık, tutarsız ilişkiler yaşayabilen kişilerdir (Cloninger, 1987;1994).

Duygusallık puanı düşük olan kişiler, sert, soğuk, mesafelidirler; başkalarının duygularına duyarsız olmaları nedeniyle sosyal ilişki kurmakta zorlanırlar; duygusal yükü ağır durumlardan (duygusal filmler, müzikler) etkilenmezler, tam tersine bunları sıkıcı bulurlar (Cloninger, 1987;1994).

Çalışmamızda yüksek Kendini Yönetme, Sorumluluk Alma, Amaçlılık, Kendini Kabullenme, Sosyal Kabullenme puanları ve düşük Bağımlılık puanı zorbalığa karışmayanlarla ilişkili bulunmuştur. Boyutların özellikleri incelendiğinde, bunların zorbalığa karışmayanların özellikleriyle uyumlu olduğu görülmüştür.

Bağımlılık puanı düşük olan kişiler, kendine yetebilen, bağımsız, başkaları tarafından onaylanma ihtiyacı hissetmeyen, başkalarının eleştirilerinden de kolayca etkilenmeyen, başkalarının desteğini almak için onları memnun etmeye çalışmayan bireylerdir (Cloninger, 1987;1994).

Kendini Yönetme karakter özelliğinden ve onun Sorumluluk Alma, Amaçlılık, Kendini Kabullenme alt boyutlarından yüksek puan alan kişiler, kendine yetebilen, hedefleri olan ve bu hedeflere ulaşabilmek için hazzı erteleyebilen, güçlü, sorumluluk sahibi, kendine güvenen, sorun çözme kapasitesi yüksek, olgun, kendi seçimlerinin sorumluluğunu alabilen, akranları tarafından güvenilir ve dürüst olarak tarif edilen, sınırlarını bilen, kendini kabullenmiş, ellerinden gelenin en iyisini yapan, “-mış gibi” davranmayan, kendilerini geliştirmeye çalışan kişilerdir (Cloninger, 1987;1994).

Sosyal Kabullenme puanı yüksek olan kişiler, hoşgörü sahibi, başkalarını olduğu gibi kabul eden, cana yakın kişilerdir (Cloninger, 1987;1994).

Çalışmamızda yüksek İş Birliği Yapma, Yardımseverlik ve Merhametlilik puanları zorbalık yapmayanlarla yani kurbanlarla ve zorbalığa karışmayanlarla ilişkili bulunmuştur.

İş Birliği Yapma karakter özelliğinden ve onun Yardımseverlik ve Merhametlilik alt boyutlarından yüksek puan alan kişiler, başkalarıyla iş birliği

yapmaya yatkın, empati yapabilen, hoşgörü sahibi, adaletli, destekleyici, başkalarının ihtiyaçlarına saygı gösteren, ekip içinde çalışabilen, güven veren, yardımsever, paylaşımcı, takım çalışması içinde olmayı seven, bağışlayıcı, yardım etmeyi seven, şefkatli, intikam almayan, kindar olmayan kişilerdir (Cloninger, 1987;1994). Boyutların özellikleri incelendiğinde, bunların zorbalık yapmayanların özellikleriyle uyumlu olduğu görülmüştür.

Ergenlerin akran zorbalığı davranışındaki rolleri, annelerin Mizaç ve Karakter Envanteri'nin dört mizaç ve üç karakter boyutuna göre incelenmiştir. Literatürde annelerin mizaç ve karakter özelliklerinin DEHB'li çocukların ve ergenlerin akran zorbalığındaki rollerini nasıl etkilediğine dair bir araştırma yoktur.

Anna Freud, çocukların normal davranışlarının ve ruhsal patolojilerinin yol açtığı semptomların ebeveynlerin tutumuna, bakımına, verdiği sevgiye, gösterdiği özene, değere, hayatlarındaki düzene bağlı olduğunu söyler. Bununla birlikte annenin mizaç özelliklerinin çocuk üzerinde önemli etkilerinin olduğunu belirtir (Freud, 1965). Çocukların karakterlerinin oluşumunda ebeveynlerin, özellikle de annelerin duygusal tutumları çok önemlidir. Annenin "sessiz şiddet" olarak adlandırılan soğuk ve reddedici tavrı, çocukta zorbalık davranışıyla ilişkilendirilmiştir (Olweus, 1980).

Çalışmamızda zorba-kurbanların annelerinin Keşfetmekten Heyecan Duyma puanı kurbanların annelerinden, Düzensizlik puanı da zorbaların annelerinden daha yüksek bulunmuştur. Keşfetmekten Heyecan Duyma'nın dürtüsellikle, Düzensizlik'in dikkat eksikliği ile bağlantılı olması, bu çocukların annelerinde de DEHB belirtilerinin görüldüğünü ve DEHB'nin genetik geçişini düşündürmektedir.

Zarardan Kaçınma mizaç özelliğinin Yabancılardan Çekinme alt boyutundan kurbanların anneleri düşük puan almıştır. Yabancılardan Çekinme Puanı düşük olan kişiler, rahat iletişim kurabilen, cesur, arkadaş canlısı, yabancıların yanında rahat davranan ve konuşan, utangaç olmayan, sosyal aktivitelere katılmayı seven kişilerdir (Cloninger, 1987;1994). Bu durum anneleri çok sosyal, aktif, arkadaş canlısı olan çocukların yabancılarla iletişim kurmak zorunda kalmaması, iletişimin anneler tarafından sağlanması ve annelerin çocuklarına fazla koruyucu davranması ile açıklanabilir.

Zorba-kurbanların annelerinin Yabancılardan Çekinme puanının yüksek olması, yani annelerin sosyal fobik özellikler göstermeleri, çalışmada daha önce belirtilen zorba-kurban rolündeki ergenlerin kaygı puanlarının diğerlerinden daha yüksek olmasıyla da uyumludur. Buna göre kalıtsal olarak aktarılan ya da sosyal öğrenme yolu ile kazanılan ya da erken dönemde kurulan nesne ilişkileri sonucunda ergende oluşan anksiyete, saldırganlıkla ilişkilidir. Annenin sosyal becerilerde eksikliğinin olması, anksiyöz bir yapıya sahip olması da yine çocuğun davranış problemlerine, akranlarıyla sosyal etkileşiminin uygunsuz olmasına, zorba-kurban olmasına neden olmuş olabilir.

Bunun yanında çocukları zorba-kurban olan annelerin, çocuklarının davranışları nedeniyle sosyal aktivitelerden kaçınan, yabancılardan çekinen, iletişim kurmakta zorlanan bireylere dönüşmüş olma olasılığı da vardır.

Ödül Bağımlılığı mizaç özelliğinin Bağımlılık boyutu kurbanların annelerinde daha yüksek bulunmuştur. Bu bulgu da bağımlı özellikleri fazla annelerin çocuklarının akranlarıyla uygun sosyal etkileşimlere giremediği bulgusuyla örtüşmektedir.

Çalışmamızda annelerin elde ettiği düşük Kendini Yönetme karakter özelliği puanı ve onun Sorumluluk Alma, Amaçlılık, Kendini Kabullenme, Uyumlu İkincil Huylar alt boyutları puanları ve İş Birliği karakter özelliği toplam puanı ve onun Yardımseverlik, Merhametlilik, Erdemlilik alt boyutları puanları zorba-kurbanlarla ilişkili bulunmuştur. Boyutların özellikleri incelendiğinde, bunların zorba-kurbanların özellikleriyle uyumlu olduğu görülmüştür. Bu durum sosyal öğrenmeyle, genetikle ve psikanalitik modelle açıklanabilmektedir.

Kendini Yönetme karakter özelliğinden ve onun Sorumluluk Alma, Kendini Kabullenme, Amaçlılık, Uyumlu İkincil Huylar alt boyutudan düşük puan alan kişiler, zayıf, kırılgan, sorumluluk sahibi olmayan, hataları için başkalarını suçlayan, bir sorunla karşılaştıklarında ötekini ya da dışsal olayları suçlayan, güvenilmez, yaşamlarında net bir hedef belirleme konusunda zorlanan, yaşamın anlamsız olduğunu düşünenen, yalnızca anlık dürtüleri doğrultusunda hareket eden, hızlı ve düşünmeden tepki veren, olgun olmayan, iradesi zayıf, kendilerinden memnuniyetsiz, kendi kapasitesini kabullenemeyen, benlik saygısı düşük, “-mış gibi” davranan kişilerdir. Bu

karakter özelliğinden düşük puan almak kişilik bozukluklarının temel belirleyicisidir (Cloninger, 1987;1994).

İş Birliği karakter özelliği toplam puanı ve onun Yardımseverlik, Merhametlilik, Erdemlilik alt boyutlarından düşük puan alan kişiler, hoşgörü sahibi olmayan, çevresindekileri sıklıkla eleştiren, manipüle eden, aldatmaktan çekinmeyen, hedeflerine ulaşmak için her yolu deneyen, çıkarları uğruna her şeyi yapan, bencil, intikamcı, fırsatçı, başkalarının duygularını önemsemekte zorlanan, yalnız çalışmayı seven, ötekine fiziksel, ruhsal zarar verebilen, agresif kişilerdir. Bu tip kişileri Cloninger etik dışı davrandıkları gerekçesiyle “zorba” olarak tanımlamıştır (Cloninger, 1987;1994).

Ergenlerin akran zorbalığındaki rolleri, annelerin kendileri için doldurduğu Ruhsal Belirti Tarama Listesi’ne göre incelenmiştir. Zorba-kurbanların annelerinin Ruhsal Belirti Tarama Listesi toplam puanı diğerlerine göre daha yüksektir. Bu farka neden olan belirtiler incelendiğinde; Somatizasyon, Anksiyete, Kişiler Arası Duyarlılık, Depresyon, Paranoid Düşünceler ve Psikotizm boyutlarının puanları zorba-kurbanların annelerinde yüksektir.

Çalışmanın temel hipotezlerinden biri olan “Akran zorbalığına karışmayan DEHB’li ergenlerin annelerinin psikiyatrik semptom puanı diğerlerinden daha düşüktür.” varsayımı doğrulanamamış olsa da, bulgulara göre zorba-kurbanların annelerinin psikiyatrik belirti puanı diğerlerininkinden daha yüksektir.

Çalışmadan elde edilen sonuçlar annelerin psikiyatrik semptomlarının ergenlerin akran ilişkilerine zarar verdiğini göstermiştir. Annelerin ruh sağlığı sorunları ebeveynlik becerilerine zarar veriyor ve bu da ergenlerin sosyal açıdan uyumunu bozuyor olabilir. Diğer gruplarla kıyaslandığında zorba-kurbanların kendilerinde ve annelerinde internalizasyon ve eksternalizasyon sorunları daha sık görülmektedir.

Çalışmada zorba-kurban rolündeki ergenlerin annelerinin, somatizasyon puanlarının yüksek olduğu görülmüştür. Aynı şekilde zorba-kurban rolündeki ergenlerde de Connors Anne Baba Derecelendirme Ölçeği’ne göre psikosomatik belirtilerin puanı diğer gruplarınkinden anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır. Bu

durum bedensel ifade biçiminin aile içinde bir iletişim yolu olarak kullanılıyor olması ile ilişkili olabilir.

Anne-çocuk etkileşiminde yaşanan aksaklıkların çocuk tarafından beden ve davranışlar aracılığı ile hiperaktivite olarak ifade edilmesi, erken dönem nesne ilişkilerindeki sorunlarla baş etmek için çocuğun bedene yakın olan ilkel savunma biçimleri geliştirmesi, yani mani benzeri bir savunma örgütlenmesi geliştirmesi DEHB belirtilerine zemin hazırlamaktadır. Somatizasyon mekanizması da yine benzer bir şekilde duyguların ifade edilmesinde bedenin kullanılması olarak düşünülebilir. Ayrıca klinikte davranım sorunları olan çocuklarda somatizasyon belirtilerine sık rastlanmaktadır.

Literatürde annelerin ruhsal sağlığının DEHB'li çocukların ve ergenlerin akran zorbalığındaki rollerini nasıl etkilediğine dair bir araştırma olmasa da 527 çocuğun dahil edildiği bir çalışmada ebeveynlerin ruh sağlığı sorunlarının çocukların akran ilişkilerinin kalitesini etkilediği gösterilmiştir (Leinonen ve ark, 2003).

Ebeveynlerin ruh sağlığının çocuğun akran zorbalığına karışması üzerinde etkisi olmadığını gösteren bir araştırma da mevcuttur (Jansen ve ark, 2011).

Çeşitli çalışmalarda, sosyoekonomik düzey, ebeveynlerin ruh sağlığı, ebeveynlere bağlanma stili, ebeveynler arası çatışmalar, ebeveynlik stilleri, ebeveynlerin istismar ve ihmal gibi uygunsuz davranışları ve aile içi iletişim gibi ailesel faktörlerin zorbalığın yordayıcısı olduğu gösterilmiştir (Baldry & Farrington, 2000; Dykas ve ark, 2008; Dake ve ark, 2003; Cava ve ark, 2007; Georgiou, 2008; Kokkinos, 2013; Lereya ve ark, 2013; Papanikolaou ve ark, 2011; Segrin ve ark, 2012; Shields & Cicchetti, 2001; Veenstra ve ark, 2005).

Çalışmanın sonunda ergenler, akran zorbalığına kurbanlar (kurbanlar, zorbalar, zorba-kurbanlar) ve karışmayanlar olarak iki gruba ayrılmış ve akran zorbalığına karışma ile en yakından ilişkili etmenler gösterilmiştir.

Bu analizde yalnızca DEHB'li ergenlere ait bulgular mizaç ve kişilik özellikleri dışarıda bırakılarak değerlendirilmiş ve akran zorbalığına karışma, en fazla sürekli kaygı ve çocuklukta duygusal ihmal yaşama ile ilişkili bulunmuştur.

Son olarak katılımcılar akran zorbalığı yapanlar (zorba-kurbanlar, zorbalar) ve kurbanlar olarak iki gruba ayrılmış ve akran zorbalığına karışma ile en yakından ilişkili etmenler gösterilmiştir.

Bu analizde yalnızca DEHB’li ergenlere ait bulgular mizaç ve kişilik özellikleri dışarıda bırakılarak değerlendirilmiş ve akran zorbalığı yapma, DEHB alt tipi, sürekli kaygı puanı, Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranış Bozuklukları için DSM-IV’e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği’nin Hiperaktivite ve Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu puanları ve Yıkıcı Davranış Bozuklukları ve Depresyon Bozuklukları eş tanıları ile ilişkili bulunmuştur.

Akran zorbalığına herhangi bir rolde yer alarak karışmış olmanın ve akran zorbalığı yapma davranışının yalnızca ergenlerle ilgili faktörler dikkate alındığında en çok sürekli anksiyete ile ilişkili olduğu görülmüştür.

6. SONUÇLAR

Çalışmamızda Sağlık Bilimleri Üniversitesi Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği'ne başvuran, 12-17 yaş arası, DSM-V tanı kriterlerine göre DEHB tanısı almış ve en az 1 yıldır bu tanı ile tedavi görmekte olan 134 katılımcının, akran zorbalığı davranışındaki rolleri çeşitli faktörlere göre incelenmiştir. Katılımcılar zorba, kurban, zorba-kurban ve zorbalığa karışmayanlar olarak dört gruba ayrılmıştır.

Öğrenciler en çok sınıf arkadaşları tarafından zorbalığa uğramaktadır. Zorbalık genelde 2-3 kişilik öğrenci grupları halinde yapılmakta ve grup üyeleri genelde erkeklerden oluşmaktadır. Okullarda erkek gruplarına daha fazla dikkat edilmelidir.

Öğrencilerin yaklaşık %37'si zorbalığa uğradığını kimseye söyleyememektedir. Ergenlerin yalnızca %18'i okulda öğretmenlerin zorbalık davranışını her zaman durdurduğunu düşünmekte, %20'si ise öğretmenlerin hiçbir zaman zorbalığı durdurmadığını düşünmektedir. Bu oranlar dikkate alındığında okullarda daha etkili zorbalıkla mücadele programlarının geliştirilebilmesi için öncelikle öğretmenlerin ve okuldaki diğer yetişkinlerin konuyla ilgili bilgilendirilmesi gerektiği görülmektedir.

DEHB görünümü ve DEHB semptomlarının şiddeti akran zorbalığındaki rolleri etkilemektedir. Akran zorbalığı yapanlarda, yani zorbalarda ve zorba-kurbanlarda kombine tip; kurbanlarda ve zorbalığa karışmayanlarda ise dikkat eksikliği baskın tip DEHB daha sık görülmektedir.

DEHB semptom şiddeti zorbalarda ve zorba-kurbanlarda yüksek, zorbalığa karışmayanlarda düşük bulunmuştur. Yalnızca kurban olan grupta değil, zorbalık yapan grupta da dikkat eksikliği sorunlarının sık ve şiddetli görüldüğü unutulmamalıdır.

DEHB'ye eşlik eden psikiyatrik hastalıklar ve psikiyatrik semptomlar akran zorbalığındaki rollerle ilişkilidir. Özgül Öğrenme Bozukluğu sıklığı kurbanlarda, Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu-Davranım Bozukluğu sıklığı zorba-kurbanlarda daha yüksektir.

Kaygı ve depresyon semptomlarının şiddeti zorba-kurbanlarda yüksek, zorbalığa karışmayanlarda düşük saptanmıştır.

Ailenin sosyoekonomik-sosyokültürel düzeyi ve ebeveynlerin medeni durumu akran zorbalığındaki rollerle ilişkili bulunmuştur. Zorbalık yapanlarda, yani zorbalarda ve zorba-kurbanlarda düşük SKSED oranı fazla, zorbalığa karışmayanlarda ise azdır. Kurbanların ebeveynlerinin yüksek oranda boşanmış ve zorbalığa karışmayanların ebeveynlerinin ise genelde evli olduğu saptanmıştır.

Okul öncesi eğitim kurumuna gitmek, duyarlı, özerklik desteği sağlayan, psikolojik kontrol uygulamayan ve davranışsal denetim sağlayan anne baba tutumu, çocukluk çağında istismara ya da ihmale uğramamış olmak zorbalık davranışına karışmayı önüyor gibi görünmektedir.

Ergenlerin zorba, kurban ya da zorba-kurban rollerinden herhangi birinde yer alarak akran zorbalığı davranışına karışması en çok sürekli kaygı ve çocuklukta duygusal ihmal ile ilişkili bulunmuştur.

Ergenlerin zorba ya da zorba-kurban rollerinden herhangi birinde yer alarak akran zorbalığı yapması DEHB'nin kombine görünümü, Yıkıcı Davranış Bozuklukları ve Depresyon Bozuklukları eş tanıları varlığı, hiperaktivite, karışık olma karşı gelme belirtilerinin şiddeti ve sürekli kaygı ile ilişkili bulunmuştur.

DEHB'li ergenlerin ve annelerinin mizaç ve karakter özellikleri ergenlerin akran zorbalığındaki rolleri ile ilişkilidir. DEHB'li ergenlerde yüksek yenilik arayışı mizaç özelliği ve düşük duygusallık mizaç özelliği zorba-kurbanlarla, yüksek kendini yönetme ve iş birliği yapma karakter özellikleri ve düşük bağımlılık mizaç özelliği ise zorbalık yapmayanlarla ilişkili bulunmuştur.

Düşük kendini yönetme ve erdemli olma karakter özellikleri zorba-kurbanların anneleriyle, düşük yabancılardan çekinme mizaç özelliği ise kurbanların anneleriyle ilişkilidir.

Ergenlerin annelerinin daha fazla psikiyatrik semptomunun olması zorba-kurban rolüyle ilişkili bulunmuştur. Diğer gruplarla kıyaslandığında zorba-kurbanların kendilerinde ve annelerinde internalizasyon ve eksternalizasyon sorunlarının sık olduğu görülmektedir.

Hızlı bir büyüme, dönüşme, başkalaşma dönemi olan ergenlikte kişi, bedensel, ruhsal, toplumsal alanda bir değişime ve yeniden yapılanmaya uğrar. Ergenlik döneminde arkadaşlık ilişkilerinin önemi giderek artar; hatta bu ilişkiler zaman zaman ebeveynle kurulan ilişkilerin yerini alır.

Ebeveynlerinden ayrılmaya başlayan ergenler, dürtülerinden kaynaklanan değişim süreçlerini yürütmek, yeni ego fonksiyonları ve yeni değerler kazanmak için bu süreçleri kolaylaştıran, destekleyen akranlara ihtiyaç duyarlar. Bu ihtiyacın en kolay karşılandığı yer okul ortamıdır. Toplumsal yaşama hazırlanmanın zorunlu geçiş yeri olan okulda, saldırganlığa, zorbalık davranışlarına maruz kalan ergenlerde fiziksel ve psikolojik gelişim olumsuz yönde etkilenmektedir.

Ergenlerin akran zorbalığına dahil olma sıklığını, akran zorbalığı davranışındaki rollerini ve dahil oldukları zorbalığın türünü pek çok bireysel, ailesel ve toplumsal faktör etkilemektedir.

Çocuk psikiyatrisi polikliniklerinde tedavi gören DEHB’li ergenlerin yaptığı ya da maruz kaldığı akran zorbalığının daha iyi anlaşılması; zorbalığa yönelik müdahale programlarının oluşturulmasına, zorbalık rollerine yatkınlık yaratan etkenlerin bilmesiyle zaten dezavantajlı olan bu grubun, zorbalığın olası olumsuz tıbbi ve ruhsal sonuçlarından korunmasına hizmet edecek stratejilerin geliştirilmesine yardımcı olacaktır.

7. KISITLILIKLAR

Çalışmamız DEHB tanısı ile çocuk psikiyatrisi polikliniğinden takip edilmekte olan ergenlerde akran zorbalığı rolleri ile ilişkili faktörleri inceleyen kesitsel bir araştırmadır. Çalışmanın metodolojisi zaman kısıtlılığı nedeniyle “kesitsel” olarak belirlenmiş olup, bu tip araştırmalar neden-sonuç ilişkisinin saptanabilmesi için yeterli değildir. İleride yapılacak olan uzunlamasına kohort tasarımlı araştırmalar ile DEHB’li ergenlerde araştırdığımız faktörlerle akran zorbalığı davranışı arasındaki neden-sonuç ilişkilerinin saptanması faydalı olacaktır.

Çalışmamızda normal gelişim gösteren ergenlerden oluşan bir kontrol grubunun olmaması nedeniyle DEHB’li ergenler, normatif akranları ile karşılaştırılamamış, yalnızca DEHB tanısı almış olanlar kendi içinde değerlendirilebilmiştir. Bundan sonra yapılacak araştırmalarda bu çocukların normal gelişim gösteren akranlarından farklarının ortaya konulması akran zorbalığının daha iyi anlaşılmasında faydalı olacaktır.

Çalışmanın çocuk psikiyatrisi polikliniğine başvuran hastalarda yapılmış olması DEHB semptomları daha şiddetli olan hastaların araştırmaya dahil edilmesine neden olmuş olabilir. İleride okullarda yapılacak araştırmalarda DEHB’li çocukların taranması sonuçların topluma daha rahat genellenmesine yardımcı olacaktır.

Çalışmaya zaman kısıtlılığı nedeniyle ve DEHB semptomlarının, uyum ve davranış sorunlarının erken dönemde anne ile kurulan ilişkideki aksaklıklarla daha yakından ilişkili olduğu düşünülerek yalnızca anneler dahil edilmiş olup, babaların mizaç ve karakter özellikleri ve ruhsal bozukluk semptomlarıyla ilgili bilgiler toplanamamıştır. İleride yapılacak çalışmalarda hem annelerden hem de babalardan elde edilecek verilerin ışığında ergenlerdeki akran zorbalığı davranışını incelemek daha aydınlatıcı olacaktır.

8. KAYNAKLAR

1. Alikasifoglu, M., Erginoz, E., Ercan, O., Uysal, O., & Albayrak-Kaymak, D. (2007). Bullying behaviours and psychosocial health: results from a cross-sectional survey among high school students in Istanbul, Turkey. *European journal of pediatrics*, 166(12), 1253–1260.
2. Amato, P. R., & Keith, B. (1991). Parental divorce and the well-being of children: a meta-analysis. *Psychological bulletin*, 110(1), 26–46.
3. Andrade, B. F., Brodeur, D. A., Waschbusch, D. A., Stewart, S. H., & McGee, R. (2009). Selective and sustained attention as predictors of social problems in children with typical and disordered attention abilities. *Journal of attention disorders*, 12(4), 341–352.
4. Andreasen, N. C., Flaum, M., & Arndt, S. (1992). The Comprehensive Assessment of Symptoms and History (CASH). An instrument for assessing diagnosis and psychopathology. *Archives of general psychiatry*, 49(8), 615–623.
5. Anzieu, D. (2008). *Deri-Ben*. Metis Yayıncılık.
6. APA (1968) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 2nd ed. (DSM-II). Washington, DC, American Psychiatric Association.
7. APA (1980) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 3rd ed. (DSM-III) Washington, DC, American Psychiatric Association.
8. APA (1987) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 3rd ed. Revised (DSM-III-R). Washington, DC, American Psychiatric Association.
9. APA (1994) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th ed. (DSM-IV). Washington, DC, American Psychiatric Association.
10. APA (2013) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th ed. (DSM-V). Washington, DC, American Psychiatric Association.
11. Archer, J., & Coyne, S. M. (2005). An integrated review of indirect, relational, and social aggression. *Personality and social psychology review : an official*

journal of the Society for Personality and Social Psychology, Inc, 9(3), 212–230.

12. Arseneault, L. (2018). Annual Research Review: The persistent and pervasive impact of being bullied in childhood and adolescence: Implications for policy and practice. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 59, 405–421.
13. Auslander, W., Sterzing, P., Threlfall, J., Gerke, D., & Edmond, T. (2016). Childhood abuse and aggression in adolescent girls involved in child welfare: The role of depression and posttraumatic stress. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 1–10.
14. Aydemir, Ö. ve Köroğlu, E. (2012). Psikiyatride kullanılan klinik ölçekler. Ankara: HYB Basım Yayın.
15. Bacchini, D., Affuso, G., & Trotta, T. (2008). Temperament, ADHD and peer relations among schoolchildren: The mediating role of school bullying. *Aggressive Behavior*, 34(5), 447–459.
16. Baldry A. C. (2003). Bullying in schools and exposure to domestic violence. *Child abuse & neglect*, 27(7), 713–732.
17. Baldry, A.C., & Farrington, D. P. (2000). Bullies and delinquents: Personal Characteristics and parental styles. *Journal of Community and Applied social psychology*, 10, 17-31.
18. Barber, B. (1996). Parental Psychological Control: Revisiting a Neglected Construct. *Child Development*, 67(6), 3296-3319.
19. Barkley, R. A. (2006). The relevance of the still lectures to attention-deficit/hyperactivity disorder: a commentary. *Journal of attention disorders*, 10(2), 137–140.
20. Barkley, R. A., Fischer, M., Smallish, L., & Fletcher, K. (2006). Young adult outcome of hyperactive children: adaptive functioning in major life activities. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45(2), 192–202.

21. Barry, R. J., Clarke, A. R., & Johnstone, S. J. (2003). A review of electrophysiology in attention-deficit/hyperactivity disorder: I. Qualitative and quantitative electroencephalography. *Clinical neurophysiology: official journal of the International Federation of Clinical Neurophysiology*, 114(2), 171–183.
22. Bauermeister, J.J., Shrout, P.E., Ramirez, R., Bravo, M., Alegria, M., Martinez-Taboas, A., et al. (2007). ADHD correlates, comorbidity, and impairment in community and treated samples of children and adolescents. *J Abnorm Child Psychol* 35:883–898
23. Becker, S. P., Mehari, K. R., Langberg, J. M., & Evans, S. W. (2017). Rates of peer victimization in young adolescents with ADHD and associations with internalizing symptoms and self-esteem. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 26, 201-214.
24. Bellani, M., Moretti, A., Perlini, C., Brambilla, P. (2011). Language disturbances in ADHD. *Epidemiol Psychiatr Sci* 20:311–315
25. Bennett, D. S., Pitale, M., Vora, V., & Rheingold, A. A. (2004). Reactive vs. proactive antisocial behavior: Differential correlates of child ADHD symptoms? *Journal of Attention Disorders*, 7, 197–204.
26. Berger, K. (2007). Update on Bullying at School: Science forgotten? *Developmental Review*, 27, 90–126.
27. Berkowitz, L. (1993). *Aggression. Its Causes, Consequences, and Control*. New York: McGraw-Hill
28. Bernfeld, J. (2012). ADHD and factor analysis: are there really three distinct subtypes of ADHD?. *Applied neuropsychology. Child*, 1(2), 100–104.
29. Berridge, C. W., & Devilbiss, D. M. (2011). Psychostimulants as cognitive enhancers: the prefrontal cortex, catecholamines, and attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biological psychiatry*, 69(12), e101–e111.
30. Besag, V. E. (1989). *Bullies and victims in schools*. England: Open University Press.

31. Besag, V. E. (2006). Bullying Among Girls: Friends or Foes? *School Psychology International*, 27(5), 535–551.
32. Best, J. R., Miller, P. H., Jones, L. L. (2009). Executive functions after age 5: changes and correlates. *Dev. Rev.* 29180–200.
33. Bick, E. (1968). The experience of the skin in early object-relations. *International Journal of Psycho-Analysis*, 49, 484–486.
34. Biederman, J., Faraone, S. V., Mick, E., Williamson, S., Wilens, T. E., Spencer, T. J., Weber, W., Jetton, J., Kraus, I., Pert, J., & Zallen, B. (1999). Clinical correlates of ADHD in females: findings from a large group of girls ascertained from pediatric and psychiatric referral sources. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38(8), 966–975.
35. Bion, W.R. (1965). *Transformations*. Londra, Karnac.
36. Blake, J. J., Kim, E. S., Lund, E. M., Zhou, Q., Kwok, O. M., & Benz, M. R. (2016). Predictors of bully victimization in students with disabilities: A longitudinal examination using a national data set. *Journal of Disability Policy Studies*, 26, 199–208.
37. Bogart, L. M., Elliott, M. N., Klein, D. J., Tortolero, S. R., Mrug, S., Peskin, M. F., Davies, S. L., Schink, E. T., & Schuster, M. A. (2014). Peer victimization in fifth grade and health in tenth grade. *Pediatrics*, 133(3), 440–447.
38. Bolger, K. E., & Patterson, C. J. (2001). Developmental pathways from child maltreatment to peer rejection. *Child Development*, 72(2), 549–568.
39. Boomsma, D. I., Saviouk, V., Hottenga, J. J., Distel, M. A., de Moor, M. H., Vink, J. M., Geels, L. M., van Beek, J. H., Bartels, M., de Geus, E. J., & Willemsen, G. (2010). Genetic epidemiology of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD index) in adults. *PloS one*, 5(5), e10621.
40. Bowers, L., Smith, P. K., & Binney, V. (1994). Perceived family relationships of bullies, victims and bully/victims in middle childhood. *Journal of Social and Personal Relationships*, 11(2), 215–232.

41. Bowes, L., Arseneault, L., Maughan, B., Taylor, A., Caspi, A., & Moffitt, T. E. (2009). School, neighborhood, and family factors are associated with children's bullying involvement: a nationally representative longitudinal study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 48(5), 545–553.
42. Bradshaw, C. P., Waasdorp, T. E., Debnam, K. J., & Johnson, S. L. (2014). Measuring school climate in high schools: a focus on safety, engagement, and the environment. *The Journal of school health*, 84(9), 593–604. <https://doi.org/10.1111/josh.12186>
43. Brikell, I., Kuja-Halkola, R., Larsson, H. (2015). Heritability of attention-deficit hyperactivity disorder in adults. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet* 168:406–13.
44. Broll, R., & Reynolds, D. (2020). Parental Responsibility, Blameworthiness, and Bullying: Parenting Style and Adolescents' Experiences With Traditional Bullying and Cyberbullying. *Criminal Justice Policy Review*. <https://doi.org/10.1177/0887403420921443>
45. Brown, T. E. (2005). *Attention deficit disorder: The unfocused mind in children and adults*. Yale University Press.
46. Bruinicks, V. L. (1978). Actual and perceived status of learning disabled students in mainstream programmes. *Journal of Special Education*, 12, 51–58.
47. Bulgurcu, S. (2011). İstanbul ilinde bir ilköğretim okulunda 6-8. sınıflarda akran zorbalığı sıklığının araştırılması. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul.
48. Burk, J. A., Blumenthal, S. A., & Maness, E. B. (2018). Neuropharmacology of attention. *European journal of pharmacology*, 835, 162–168.
49. Cantwell D. P. (1972). Psychiatric illness in the families of hyperactive children. *Archives of general psychiatry*, 27(3), 414–417.
50. Castellanos, F. X., Giedd, J. N., Eckburg, P., Marsh, W. L., Vaituzis, A. C., Kaysen, D., Hamburger, S. D., & Rapoport, J. L. (1994). Quantitative

morphology of the caudate nucleus in attention deficit hyperactivity disorder. *The American journal of psychiatry*, 151(12), 1791–1796.

51. Castellanos, F. X., Giedd, J. N., Marsh, W. L., Hamburger, S. D., Vaituzis, A. C., Dickstein, D. P., Sarfatti, S. E., Vauss, Y. C., Snell, J. W., Lange, N., Kaysen, D., Krain, A. L., Ritchie, G. F., Rajapakse, J. C., & Rapoport, J. L. (1996). Quantitative brain magnetic resonance imaging in attention-deficit hyperactivity disorder. *Archives of general psychiatry*, 53(7), 607–616.
52. Castellanos, F. X., Lee, P. P., Sharp, W., Jeffries, N. O., Greenstein, D. K., Clasen, L. S., Blumenthal, J. D., James, R. S., Ebens, C. L., Walter, J. M., Zijdenbos, A., Evans, A. C., Giedd, J. N., & Rapoport, J. L. (2002). Developmental trajectories of brain volume abnormalities in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *JAMA*, 288(14), 1740–1748.
53. Cava, M.J., Musitu, G., & Murgui, S. (2007). Individual and social risk factors related to overt victimization in a sample of Spanish adolescents. *Psychological Reports*, 101(1), 275-290.
54. Cho, S. C., Hwang, J. W., Lyoo, I. K., Yoo, H. J., Kin, B. N., & Kim, J. W. (2008). Patterns of temperament and character in a clinical sample of Korean children with attention-deficit hyperactivity disorder. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 62(2), 160–166.
55. Cho, S. C., Kim, B. N., Kim, J. W., Rohde, L. A., Hwang, J. W., Chungh, D. S., Shin, M. S., Lyoo, I. K., Go, B. J., Lee, S. E., & Kim, H. W. (2009). Full syndrome and subthreshold attention-deficit/hyperactivity disorder in a Korean community sample: comorbidity and temperament findings. *European child & adolescent psychiatry*, 18(7), 447–457.
56. Choi, J. O. (2017). The influence of ADHD tendency and school bullying victimization on cyber bullying: mediating effects of anger control problem. *The Journal of Child Education*, 26(2), 387–406.

57. Chokprajakchat, S., Kuanliang, A., & Sumretphol, N. (2015). What Children Say About Violence, Victimization, and Punishment, *Journal of Ethnicity in Criminal Justice*, 13:4, 309-329
58. Chou, W. J., Liu, T. L., Yang, P., Yen, C. F., & Hu, H. F. (2018). Bullying victimization and perpetration and their correlates in adolescents clinically diagnosed with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 22, 25-34.
59. Cloninger, C. R. (1987). A systematic method for clinical description and classification of personality variants. *Archives of General Psychiatry*, 44, 573–588.
60. Cloninger, C. R., Przybeck, T. R., Svrakic, D.M., & Wetzel, R. D. (1994). The Temperament and Character Inventory (TCI): A guide to its development and use. St Louis, Missouri: Washington University, Center for Psychobiology of Personality.
61. Cloninger, C. R., Sigvardsson, S., & Bohman, M. (1988). Childhood personality predicts alcohol abuse in young adults. *Alcoholism, clinical and experimental research*, 12(4), 494–505.
62. Cloninger, C. R., Svrakic, D. M. & Przybeck, T. R. (1993). A psychobiological model of temperament and character. *Archives of General Psychiatry*, 50(12), 975-990.
63. Cohen, R. A. (2014). Clinical considerations: Assessment and treatment. In *The neuropsychology of attention* (pp. 637–686). Boston, MA : Springer US.
64. Conners, C. K. (1969). A teacher rating scale for use in drug studies with children. *American Journal of Psychiatry*. 126:884–888.
65. Connor, D. F. (2002). Preschool attention deficit hyperactivity disorder: a review of prevalence, diagnosis, neurobiology, and stimulant treatment. *Journal of developmental and behavioral pediatrics: JDBP*, 23(1 Suppl), S1–S9. Conway, F., Oster, M., & Szymanski, K. (2011). ADHD and complex trauma: A descriptive study of hospitalized children in an urban psychiatric hospital. *Journal of Infant, Child & Adolescent Psychotherapy*, 10(1), 60–72.

66. Cook, C. R., Williams, K. R., Guerra, N. G., Kim, T. E., & Sadek, S. (2010). Predictors of bullying and victimization in childhood and adolescence: A meta-analytic investigation. *School Psychology Quarterly*, 25, 65–83.
67. Coolidge, F.L., Thede, L.L., Young, S.E. (2000). Heritability and the comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder with behavioral disorders and executive function deficits: a preliminary investigation. *Dev Neuropsychol* 17:273–87.
68. Cornell, D.G., Brockenbrough K. (2004). Identification of Bullies and Victims, *Journal of School Violence*, 3:2-3, 63-87.
69. Cortese, S., Imperati, D., Zhou, J., Proal, E., Klein, R. G., Mannuzza, S., Ramos-Olazagasti, M. A., Milham, M. P., Kelly, C., & Castellanos, F. X. (2013). White matter alterations at 33-year follow-up in adults with childhood attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biological psychiatry*, 74(8), 591–598.
70. Craig, W., Harel-Fisch, Y., Fogel-Grinvald, H., Dostaler, S., Hetland, J., Simons-Morton, B., Molcho, M., de Mato, M. G., Overpeck, M., Due, P., Pickett, W., HBSC Violence & Injuries Prevention Focus Group, & HBSC Bullying Writing Group (2009). A cross-national profile of bullying and victimization among adolescents in 40 countries. *International journal of public health*, 54 Suppl 2(Suppl 2), 216–224.
71. Currie C et al., eds. Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012 (Health Policy for Children and Adolescents, No. 6).
72. Dağ, İ. (1991). Belirti tarama listesi (SCL-90-R)'nin üniversite öğrencileri için güvenilirliği ve Geçerliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2, 5-12.
73. Dake, J. A., Price, J. H., & Telljohann, S. K. (2003). The nature and extent of bullying at school. *The Journal of school health*, 73(5), 173–180.
74. Daley, D., Van Der Oord, S., Ferrin, M., Cortese, S., Danckaerts, M., Doepfner, M., Van den Hoofdakker, B. J., Coghill, D., Thompson, M., Asherson, P., Banaschewski, T., Brandeis, D., Buitelaar, J., Dittmann, R. W., Hollis, C.,

- Holtmann, M., Konofal, E., Lecendreux, M., Rothenberger, A., Santosh, P., ... Sonuga-Barke, E. J. (2018). Practitioner Review: Current best practice in the use of parent training and other behavioural interventions in the treatment of children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 59(9), 932–947.
75. Demaray, M.K., Malecki, C. K. (2003). Perceptions of the Frequency and Importance of Social Support by Students Classified as Victims, Bullies and Bully/Victims in an Urban Middle School. *School Psychology Review*, 32(3), 471-489.
76. Dereboy, Ç., Şenol, S., Şener, Ş., Dereboy, F. (2007). Connors kısa form öğretmen ve ana baba derecelendirme ölçeklerinin geçerliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 18(1), 48 - 58.
77. Derogatis, L. R., & Savitz, K. L. (1999). *The SCL-90-R, Brief Symptom Inventory, and Matching Clinical Rating Scales*. In M. E. Maruish (Ed.), *The use of psychological testing for treatment planning and outcomes assessment* (p. 679–724). Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
78. Diamond, A. (2013). Executive functions. *Ann. Rev. Psychol.* 64 135–168.
79. Dobson, R. (2004). Could Fidgety Philipp be proof that ADHD is not a modern phenomenon?. *BMJ : British Medical Journal*, 329(7467), 643.
80. Dodge, K. E., Bates, J. E., & Pettit, G. S. (1990). Mechanisms in the cycle of violence. *Science*, 250(4988), 1678–1681.
81. Döpfner, M., Fröhlich, J., Lehmkuhl, G. (2000). *Hyperkinetische Störungen. Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie*, Bd.1. Hogrefe, Göttingen
82. Duncan, R. D. (1999). Maltreatment by parents and peers: The relationship between child abuse, bully victimization, and psychological distress. *Child Maltreatment*, 4(1), 45–55.
83. Duncan, R. D. (2004). The Impact of Family Relationships on School Bullies and Their Victims. In D. L. Espelage & S. M. Swearer (Eds.), *Bullying in American schools: A social-ecological perspective on prevention and intervention* (p. 227–244). Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

84. Durston, S., Hulshoff Pol, H. E., Schnack, H. G., Buitelaar, J. K., Steenhuis, M. P., Minderaa, R. B., Kahn, R. S., & van Engeland, H. (2004). Magnetic resonance imaging of boys with attention-deficit/hyperactivity disorder and their unaffected siblings. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43(3), 332–340.
85. Dussich, J. P. J., & Maekoya, C. (2007). Physical child harm and bullying-related behaviors: A comparative study in Japan, South Africa, and the United States. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 51, 495–509.
86. Dykas, M. J., Ziv, Y., & Cassidy, J. (2008). Attachment and peer relations in adolescence. *Attachment & Human Development*, 10(2), 123–141.
87. Elia, J., Arcos-Burgos, M., Bolton, K.L., Ambrosini, P.J., Berrettini, W., Muenke, M. (2009). ADHD latent class clusters: DSM-IV subtypes and comorbidity. *Psychiatry Res* 170:192–198
88. Ercan, E. S., Kandulu, R., Uslu, E., Ardic, U. A., Yazici, K. U., Basay, B. K., Aydın, C., & Rohde, L. A. (2013). Prevalence and diagnostic stability of ADHD and ODD in Turkish children: a 4-year longitudinal study. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 7(1), 30.
89. Ercan, E. S., Mukaddes, N., Yazgan Y., Akay, A., Gündoğdu, Ö. (2016). Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, In: Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları (pp. 33-55). Ankara: Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği Yayınları.
90. Ercan, E. S., Suren, S., Bacanlı, A., Yazici, K. U., Callı, C., Ozyurt, O., Aygunes, D., Kosova, B., Franco, A. R., & Rohde, L. A. (2016). Decreasing ADHD phenotypic heterogeneity: searching for neurobiological underpinnings of the restrictive inattentive phenotype. *European child & adolescent psychiatry*, 25(3), 273–282.
91. Erşan, E. E., Doğan, O., Doğan, S., & Sümer, H. (2004). The distribution of symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder and oppositional defiant

- disorder in school age children in Turkey. *European child & adolescent psychiatry*, 13(6), 354–361.
92. Espelage, D. L., & Swearer, S. M. (2003). Research on School Bullying and Victimization: What Have We Learned and Where Do We Go From Here? *School Psychology Review*, 32(3), 365–383.
 93. Espelage, D. L., Mebane, S. E., & Swearer, S. M. (2004). Gender Differences in Bullying: Moving Beyond Mean Level Differences. In D. L. Espelage & S. M. Swearer (Eds.), *Bullying in American schools: A social-ecological perspective on prevention and intervention* (p. 15–35). Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
 94. Eşkisü, M. (2014). The relationship between bullying, family functions, perceived social support among high school students. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 159, 492-496.
 95. Faber, A., Kalverdiijk, L.J., de Jong-van den Berg, L.T., Hugtenburg, J.G., Minderaa, R.B., Tobi, H. (2010). Co-morbidity and patterns of care in stimulant-treated children with ADHD in the Netherlands. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 19:159–166
 96. Fabiano, G. A., Schatz, N. K., Aloe, A. M., Chacko, A., & Chronis-Tuscano, A. (2015). A systematic review of meta-analyses of psychosocial treatment for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Clinical child and family psychology review*, 18(1), 77–97.
 97. Fang, X., Massetti, G. M., Ouyang, L., Grosse, S. D., & Mercy, J. A. (2010). Attention-deficit/hyperactivity disorder, conduct disorder, and young adult intimate partner violence. *Archives of General Psychiatry*, 67(11), 1179–1186.
 98. Faraone, S. V., Banaschewski, T., Coghill, D., Zheng, Y., Biederman, J., Bellgrove, M. A., Newcorn, J. H., Gignac, M., Al Saud, N. M., Manor, I., Rohde, L. A., Yang, L., Cortese, S., Almagor, D., Stein, M. A., Albatti, T. H., Aljoudi, H. F., Alqahtani, M., Asherson, P., Atwoli, L., ... Wang, Y. (2021). The World Federation of ADHD International Consensus Statement: 208 Evidence-based

Conclusions about the Disorder. Neuroscience and biobehavioral reviews, S0149-7634(21)00049-X.

99. Faraone, S. V., Biederman, J., & Mick, E. (2006). The age-dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder: a meta-analysis of follow-up studies. *Psychological medicine*, 36(2), 159–165.
100. Faraone, S. V., Sergeant, J., Gillberg, C., & Biederman, J. (2003). The worldwide prevalence of ADHD: is it an American condition?. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 2(2), 104–113.
101. Faraone, S. V., Spencer, T., Aleardi, M., Pagano, C., & Biederman, J. (2004). Meta-analysis of the efficacy of methylphenidate for treating adult attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of clinical psychopharmacology*, 24(1), 24–29.
102. Faraone, S.V., Biederman, J. (2020). Nature, Nurture, and Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Developmental Review* 20(4): 568-581
103. Faraone, S.V., Larsson, H. (2019). Genetics of attention deficit hyperactivity disorder. *Mol Psychiatry* 24, 562–575.
104. Farmer, T. W., & Xie, H. (2007). Aggression and school social dynamics: The good, the bad, and the ordinary. *Journal of School Psychology*, 45(5), 461–478.
105. Fayyad, J., Sampson, N. A., Hwang, I., Adamowski, T., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Andrade, L. H., Borges, G., de Girolamo, G., Florescu, S., Gureje, O., Haro, J. M., Hu, C., Karam, E. G., Lee, S., Navarro-Mateu, F., O'Neill, S., Pennell, B. E., Piazza, M., Posada-Villa, J., ... WHO World Mental Health Survey Collaborators (2017). The descriptive epidemiology of DSM-IV Adult ADHD in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Attention deficit and hyperactivity disorders*, 9(1), 47–65.
106. Fekkes, M., Pijpers, F.I., Verloove-Vanhorick, S.P. (2006) Effects of antibullying school program on bullying and health complaints. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 160(6):638-44.

107. Felt, B. T., Biermann, B., Christner, J. G., Kochhar, P., & Harrison, R. V. (2014). Diagnosis and management of ADHD in children. *American family physician*, 90(7), 456–464.
108. Findling, R. L. (2008). Evolution of the treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children: a review. *Clinical therapeutics*, 30(5), 942–957.
109. Fite, P. J., Evans, S. C., Cooley, J. L., & Rubens, S. L. (2014). Further evaluation of associations between attention-deficit/hyperactivity and oppositional defiant disorder symptoms and bullying-victimization in adolescence. *Child Psychiatry & Human Development*, 45, 32–41.
110. Fitzpatrick, K. M., Dulin, A. J. ve Piko, B. F. (2007). Not just pushing and shoving: School bullying among African American adolescents. *Journal of School Health*, 77(1), 16-22.
111. Flory, K., Molina, B. S., Pelham, W. E., Jr, Gnagy, E., & Smith, B. (2006). Childhood ADHD predicts risky sexual behavior in young adulthood. *Journal of clinical child and adolescent psychology : the official journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53*, 35(4), 571–577.
112. Ford, J. D., Fraleigh, L. A., & Connor, D. F. (2010). Child abuse and aggression among seriously emotionally disturbed children. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 39(1), 25–34.
113. Freitag, C.M., Hanig, S., Schneider, A., Seitz, C., Palmason, H., Retz, W., et al (2012) Biological and psychosocial environmental risk factors influence symptom severity and psychiatric comorbidity in children with ADHD. *J Neural Transm* 119:81–94
114. Freud, A. (1965). *Normality and Pathology in Childhood: Assessments of Development* (1st ed.). Routledge.
115. Freud, S. (1926). *Hemmung, Symptom Und Angst*. Wien: Internationaler Psychoanalytischer Verlag.

116. Freud, S. (1920). *Jenseits des Lustprinzips*. Wien: Internationaler Psychoanalytischer Verlag.
117. Froehlich, T. E., Anixt, J. S., Loe, I. M., Chirdkiatgumchai, V., Kuan, L., & Gilman, R. C. (2011). Update on environmental risk factors for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Current psychiatry reports*, 13(5), 333–344.
118. Gaffney, H., Ttofi, M. M., & Farrington, D. P. (2019). Evaluating the effectiveness of school-bullying prevention programs: An updated meta-analytical review. *Aggression and Violent Behavior*, 45, 111–133.
119. Galéra, C., Côté, S. M., Bouvard, M. P., Pingault, J. B., Melchior, M., Michel, G., Boivin, M., & Tremblay, R. E. (2011). Early risk factors for hyperactivity-impulsivity and inattention trajectories from age 17 months to 8 years. *Archives of general psychiatry*, 68(12), 1267–1275.
120. Garnefski, N., & Diekstra, R. F. (1997). Adolescents from one parent, stepparent and intact families: emotional problems and suicide attempts. *Journal of adolescence*, 20(2), 201–208.
121. Georgiou, S. N. (2008). Bullying and victimization at school: The role of mothers. *British Journal of Educational Psychology*, 78(1), 109–125.
122. Ghanizadeh, A. (2009). Psychiatric comorbidity differences in clinicreferred children and adolescents with ADHD according to the subtypes and gender. *J Child Neurol* 24:679–684
123. Ghuman, J. K., & Ghuman, H. S. (2013). Pharmacologic intervention for attention-deficit hyperactivity disorder in preschoolers : is it justified?. *Paediatric drugs*, 15(1), 1–8.
124. Giedd, J. N., Castellanos, F. X., Casey, B. J., Kozuch, P., King, A. C., Hamburger, S. D., & Rapoport, J. L. (1994). Quantitative morphology of the corpus callosum in attention deficit hyperactivity disorder. *The American journal of psychiatry*, 151(5), 665–669.
125. Gilmore K. (2000). A psychoanalytic perspective on attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 48(4), 1259–1293.

126. Gini, G., & Pozzoli, T. (2013). Bullied children and psychosomatic problems: a meta-analysis. *Pediatrics*, 132(4), 720–729.
127. Gini, G., Albiero, P., Benelli, B., & Altoè, G. (2007). Does empathy predict adolescents' bullying and defending behavior?. *Aggressive behavior*, 33(5), 467–476.
128. Glass, K., Flory, K., & Hankin, B. L. (2012). Symptoms of ADHD and close friendships in adolescence. *Journal of Attention Disorders*, 16(5), 406–417.
129. Gleason, M. M., Goldson, E., Yogman, M. W., Council On Early Childhood, Committee On Psychosocial Aspects Of Child And Family Health, & Section On Developmental And Behavioral Pediatrics (2016). Addressing Early Childhood Emotional and Behavioral Problems. *Pediatrics*, 138(6), e20163025.
130. Glew, G. M., Fan, M. Y., Katon, W., Rivara, F. P., & Kernic, M. A. (2005). Bullying, psychosocial adjustment, and academic performance in elementary school. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, 159(11), 1026–1031.
131. Gomez-Ortiz, O., Romera, E. M., & Ortega-Ruiz, R. (2016). Parenting styles and bullying. The mediating role of parental psychological aggression and physical punishment. *Child Abuse & Neglect*, 51, 132–143.
132. Goossens, F.A., Olthof, T., & Dekker, P. H. (2006). New Participant Role Scales: Comparison Between Various Criteria for Assigning Roles and Indications for Their Validity. *Aggressive Behavior*, 32(4), 343–357.
133. Gottlieb, J., Semmel, M. I. & Veldman, D. J. (1978). Correlates of social status among mainstream mentally retarded children. *Journal of Educational Psychology*, 70, 396 – 405.
134. Gökler, B., Ünal F, Pehlivan Türk B., Kültür, Ç. E., Akdemir, D., Taner, Y. (2004). Okul çağı çocukları için duygulanım bozuklukları ve şizofreni görüşme çizelgesi-şimdi ve yaşam boyu şekli-Türkçe uyarlaması'nın geçerlik ve güvenilirliği. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*; 11:109-16.
135. Gökler, R. (2009). Okullarda akran zorbalığı. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 6(2), 511-537.

136. Görmez, V. (2016). Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun Psikofarmakolojik Tedavisi, In: Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları (pp. 56-74). Ankara: Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği Yayınları.
137. Green, A. (1983). *Life Narcissism Death Narcissism*, Free Association Books, London.
138. Griffin, K. W., Botvin, G. J., Scheier, L. M., Diaz, T., & Miller, N. L. (2000). Parenting practices as predictors of substance use, delinquency, and aggression among urban minority youth: moderating effects of family structure and gender. *Psychology of addictive behaviors : journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors*, 14(2), 174–184.
139. Gurevitz, M., Geva, R., Varon, M., & Leitner, Y. (2014). Early markers in infants and toddlers for development of ADHD. *Journal of attention disorders*, 18(1), 14–22.
140. Günter, M. (2013). Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): An affect-processing and thought disorder? *The International Journal of Psychoanalysis*, 95(1), 43–66.
141. Haberstick, B.C., Timberlake, D., Hopfer, C.J., Lessem, J.M., Ehringer, M.A., Hewitt, J.K. (2008). Genetic and environmental contributions to retrospectively reported DSM-IV childhood attention deficit hyperactivity disorder. *Psychol Med* 38:1057–66.
142. Hall, J., Sylva, K., Sammons, P., Melhuish, E., Siraj-Blatchford, I., Taggart, B. (2013). Can preschool protect young children’s cognitive and social development? Variation by center quality and duration of attendance. *Sch. Effect. Sch. Improv.* 24 155–176.
143. Hamre, B., Hatfield, B., Pianta, R., Jamil, F. (2014). Evidence for general and domain-specific elements of teacher-child interactions: associations with preschool children’s development. *Child Dev.* 85 1257–1274
144. Harty, S. C., Miller, C. J., Newcorn, J. H., & Halperin, J. M. (2009). Adolescents with childhood ADHD and comorbid disruptive behavior disorders: aggression, anger, and hostility. *Child psychiatry and human development*, 40(1), 85–97.

145. Hawley, P. H. (2003). Prosocial and coercive configurations of resource control in early adolescence: A case for the well-adapted machiavellian. *Merrill-Palmer Quarterly*, 49(3), 279–309.
146. Hesapçıoğlu, S., Yeşilova, H. (2015). Lise öğrencilerinin zorbalığa ve zorbalara ilişkin duyguları, düşünceleri ve tutumları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 16(4), 284 - 293.
147. Hodgkins, P., Shaw, M., McCarthy, S., & Sallee, F. R. (2012). The pharmacology and clinical outcomes of amphetamines to treat ADHD: does composition matter?. *CNS drugs*, 26(3), 245–268.
148. Hoeve, M., Colins, O. F., Mulder, E. A., Loeber, R., Stams, G. J., & Vermeiren, R. R. (2015). The association between childhood maltreatment, mental health problems, and aggression in justice-involved boys. *Aggressive Behavior*, 41(5), 488–501.
149. Hohman, L. B. (1922). Postencephalitic behavior disorders in children. *Bulletin, John Hopkins Hospital*, 33, Oct, 120.
150. Holmberg, K., & Hjern, A. (2008). Bullying and attention-deficit–hyperactivity disorder in 10-year-olds in a Swedish community. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 50(2), 134–138.
151. Holt, M. K., Vivolo-Kantor, A. M., Polanin, J. R., Holland, K. M., DeGue, S., Matjasko, J. L., Wolfe, M., & Reid, G. (2015). Bullying and suicidal ideation and behaviors: a meta-analysis. *Pediatrics*, 135(2), e496–e509.
152. Hong, J. S., & Espelage, D. L. (2012). A review of research on bullying and peer victimization in school: An ecological system analysis. *Aggression and Violent Behavior*, 17(4), 311–322.
153. Hong, J. S., Espelage, D. L., Grogan-Kaylor, A., & Allen-Meares, P. (2012). Identifying potential mediators and moderators of the association between child maltreatment and bullying perpetration and victimization in school. *Educational Psychology Review*, 24(2), 167–186.
154. Hoza, B., Gerdes, A. C., Mrug, S., Hinshaw, S. P., Bukowski, W. M., Gold, J. A., Arnold, L. E., Abikoff, H. B., Conners, C. K., Elliott, G. R., Greenhill, L. L.,

- Hechtman, L., Jensen, P. S., Kraemer, H. C., March, J. S., Newcorn, J. H., Severe, J. B., Swanson, J. M., Vitiello, B., Wells, K. C., ... Wigal, T. (2005). Peer-assessed outcomes in the multimodal treatment study of children with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of clinical child and adolescent psychology : the official journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology*, American Psychological Association, Division 53, 34(1), 74–86.
155. Hoza, B., Mrug, S., Gerdes, A. C., Hinshaw, S. P., Bukowski, W. M., Gold, J. A., ... Arnold, L. E. (2005). What aspects of peer relationships are impaired in children with attention-deficit/hyperactivity disorder? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 411-423.
 156. Humphrey, J. L., Storch, E. A., & Geffken, G. R. (2007). Peer victimization in children with attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of child health care: for professionals working with children in the hospital and community*, 11(3), 248–260.
 157. Hwang, Y. S. (2015). A structural path analysis on ADHD tendency and school bullying of children: focused on comparison of elementary and middle school students of meditating effect of school victimization and internet addiction. *Journal of School Social work*, 31, 165–193.
 158. Jablonska, B., & Lindberg, L. (2007). *Risk behaviours, victimisation and mental distress among adolescents in different family structures. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42(8), 656–663.
 159. Jansen, D. E., Veenstra, R., Ormel, J., Verhulst, F. C., & Reijneveld, S. A. (2011). Early risk factors for being a bully, victim, or bully/victim in late elementary and early secondary education. The longitudinal TRAILS study. *BMC public health*, 11, 440.
 160. Jansen, P. W., Verlinden, M., Domisse-van Berkel, A., Mieloo, C., van der Ende, J., Veenstra, R., Verhulst, F. C., Jansen, W., & Tiemeier, H. (2012). Prevalence of bullying and victimization among children in early elementary school: do family and school neighbourhood socioeconomic status matter?. *BMC public health*, 12, 494.

161. Jensen, C. M., & Steinhausen, H. C. (2015). Comorbid mental disorders in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder in a large nationwide study. *Attention deficit and hyperactivity disorders*, 7(1), 27–38.
162. Jensen, P.S., Martin, D., Cantwell, D.P. (1997) Comorbidity in ADHD: implications for research, practice, and DSM-V. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 36:1065–1079
163. Jia, M., & Mikami, A. Y. (2015). Peer preference and friendship quantity in children with externalizing behavior: distinct influences on bully status and victim Status. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 43(5), 957–969.
164. Juvonen, J., & Graham, S. (2014). Bullying in schools: the power of bullies and the plight of victims. *Annual review of psychology*, 65, 159–185.
165. Kadesjo, B., Gillberg, C. (2001) The comorbidity of ADHD in the general population of Swedish school-age children. *J Child Psychol Psychiatr* 42:487–492.
166. Karataş, N. (2009). Çocuk gelişim psikolojisi. İstanbul: Mozaik Yayınları.
167. Kaufman, J., Birmaher, B., Brent, D., Rao, U., Flynn, C., Moreci, P., Williamson, D., & Ryan, N. (1997). Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(7), 980–988.
168. Kawabata, Y., Tseng, W. L., & Gau, S. S. (2012). Symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder and social and school adjustment: The moderating roles of age and parenting. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 40, 177-188.
169. Keene, A. C., & Epps, J. (2015). Childhood physical abuse and aggression: Shame and narcissistic vulnerability. *Child Abuse & Neglect*, 51, 276–283.
170. Kidger, J., Heron, J., Leon, D. A., Tilling, K., Lewis, G., & Gunnell, D. (2015). Self-reported school experience as a predictor of self-harm during adolescence: a prospective cohort study in the South West of England (ALSPAC). *Journal of affective disorders*, 173, 163–169.

171. Kim, B. N., Lee, J. S., Shin, M. S., Cho, S. C., & Lee, D. S. (2002). Regional cerebral perfusion abnormalities in attention deficit/hyperactivity disorder. Statistical parametric mapping analysis. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 252(5), 219–225.
172. Kim, Y. S., Koh, Y. J., & Leventhal, B. (2005). School bullying and suicidal risk in Korean middle school students. *Pediatrics*, 115(2), 357–363.
173. King, A. P., Muzik, M., Hamilton, L., Taylor, A. B., Rosenblum, K. L., & Liberzon, I. (2016). Dopamine Receptor Gene DRD4 7-Repeat Allele X Maternal Sensitivity Interaction on Child Externalizing Behavior Problems: Independent Replication of Effects at 18 Months. *PloS one*, 11(8), e0160473.
174. Kljakovic, M., & Hunt, C. (2016). A meta-analysis of predictors of bullying and victimisation in adolescence. *Journal of adolescence*, 49, 134–145.
175. Klomek, A. B., Sourander, A., Niemelä, S., Kumpulainen, K., Piha, J., Tamminen, T., Almqvist, F., & Gould, M. S. (2009). Childhood bullying behaviors as a risk for suicide attempts and completed suicides: a population-based birth cohort study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 48(3), 254–261.
176. Kokkinos, C. M. (2013). Bullying and Victimization in Early Adolescence: Associations With Attachment Style and Perceived Parenting. *Journal of School Violence*, 12(2), 174–192.
177. Kokkinos, C.M. and Panayiotou, G. (2004), Predicting bullying and victimization among early adolescents: Associations with disruptive behavior disorders. *Aggr. Behav.*, 30: 520-533.
178. Kooij, J., Bijlenga, D., Salerno, L., Jaeschke, R., Bitter, I., Balázs, J., Thome, J., Dom, G., Kasper, S., Nunes Filipe, C., Stes, S., Mohr, P., Leppämäki, S., Casas, M., Bobes, J., McCarthy, J. M., Richarte, V., Kjems Philipsen, A., Pehlivanidis, A., Niemela, A., ... Asherson, P. (2019). Updated European Consensus Statement on diagnosis and treatment of adult ADHD. *European psychiatry : the journal of the Association of European Psychiatrists*, 56, 14–34.

179. Kovacs, M. (1981). Rating scale to assess depression in school aged children. *Acta Paedo Psychiatry* 46: 305-15.
180. Kovatchev, B., Cox, D., Hill, R., Reeve, R., Robeva, R., & Loboschefski, T. (2001). A psychophysiological marker of attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD)--defining the EEG consistency index. *Applied psychophysiology and biofeedback*, 26(2), 127–140.
181. Kowalski, R. M., Giumetti, G. W., Schroeder, A. N., & Lattanner, M. R. (2014). Bullying in the digital age: a critical review and meta-analysis of cyberbullying research among youth. *Psychological bulletin*, 140(4), 1073–1137.
182. Köse, S., Celikel, F. C., Akin, E., Kaya, C., Cumurcu, B. E., Etikan, I., & Cloninger, C. R. (2017). Normative data and factorial structure of the Turkish version of the Junior Temperament and Character Inventory-Revised. *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology*, 27, 1, 6-13.
183. Köse, S., Sayar, K., Ak, İ., Aydın, N., Kalelioğlu, Ü., Kirpınar, I., Reeves, R. A., Przybeck, T. R., & Cloninger, C. R. (2004). Mizaç ve karakter envanteri: Geçerlik, güvenirliği ve faktör yapısı. *Klinik Psikofarmakoloji Bulteni*, 14(3).
184. Köse, S., Sayar, K., Kalelioglu, U., Aydın, N., Celikel, F. C., Gulec, H., Ak, I., Kirpınar, I., & Cloninger, C. R. (2009). Normative data and factorial structure of the Turkish version of the Temperament and Character Inventory. *Comprehensive psychiatry*, 50(4), 361–368.
185. Kratochvil, C. J., Heiligenstein, J. H., Dittmann, R., Spencer, T. J., Biederman, J., Wernicke, J., Newcorn, J. H., Casat, C., Milton, D., & Michelson, D. (2002). Atomoxetine and methylphenidate treatment in children with ADHD: a prospective, randomized, open-label trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41(7), 776–784.
186. Kraut, A.A., Langner, I., Lindemann, C., Banaschewski, T., Petermann, U., Petermann, F. et al (2013) Comorbidities in ADHD children treated with methylphenidate: a database study. *BMC Psychiatry* 13:11
187. Kumpulainen, K., Räsänen, E., Henttonen, I., Almqvist, F., Kresanov, K., Linna, S. L., Moilanen, I., Piha, J., Puura, K., & Tamminen, T. (1998). Bullying and

- psychiatric symptoms among elementary school-age children. *Child abuse & neglect*, 22(7), 705–717.
188. Kurdek, L. A., Fine, M. A., & Sinclair, R. J. (1995). School adjustment in sixth graders: parenting transitions, family climate, and peer norm effects. *Child development*, 66(2), 430–445.
 189. Kültür, S. E. Ç., Ünal, M. F., & Özusta, Ş. (2006). Alkol Bağımliliği Olan Babaların Çocuklarında Psikopatoloji [Psychopathology in Children of Alcoholic Fathers]. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 17(1), 3–11.
 190. Lam, S. F., Law, W., Chan, C. K., Wong, B., & Zhang, X. (2015). A latent class growth analysis of school bullying and its social context: the self-determination theory perspective. *School psychology quarterly : the official journal of the Division of School Psychology, American Psychological Association*, 30(1), 75–90.
 191. Lara, C., Fayyad, J., de Graaf, R., Kessler, R. C., Aguilar-Gaxiola, S., Angermeyer, M., Demyttenaere, K., de Girolamo, G., Haro, J. M., Jin, R., Karam, E. G., Lépine, J. P., Mora, M. E., Ormel, J., Posada-Villa, J., & Sampson, N. (2009). Childhood predictors of adult attention-deficit/hyperactivity disorder: results from the World Health Organization World Mental Health Survey Initiative. *Biological psychiatry*, 65(1), 46–54.
 192. Larson, K., Russ, S.A., Kahn, R.S., Halfon, N. (2011) Patterns of comorbidity, functioning, and service use for US children with ADHD, 2007. *Pediatrics* 127:462–470
 193. Larsson, H., Asherson, P., Chang, Z., Ljung, T., Friedrichs, B., Larsson, J.O., et al. (2013). Genetic and environmental influences on adult attention deficit hyperactivity disorder symptoms: a large Swedish population-based study of twins. *Psychol Med*, 43:197–207.
 194. Larsson, H., Lichtenstein, P., Larsson, J.O. (2006). Genetic contributions to the development of ADHD subtypes from childhood to adolescence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 45:973–81.

195. Latimer, K., Wilson, P., Kemp, J., Thompson, L., Sim, F., Gillberg, C., Puckering, C., & Minnis, H. (2012). Disruptive behaviour disorders: a systematic review of environmental antenatal and early years risk factors. *Child: care, health and development*, 38(5), 611–628.
196. Lee, D. H. (2009). Estimated Prevalence of ADHD symptoms and relationships of ADHD Symptoms with depression, anxiety, stress, and school maladjustment. *Korea Journal of Counseling*, 10(4), 2397–2419.
197. Leijten, P., Raaijmakers, M. A., Orobio de Castro, B., van den Ban, E., & Matthys, W. (2017). Effectiveness of the Incredible Years Parenting Program for Families with Socioeconomically Disadvantaged and Ethnic Minority Backgrounds. *Journal of clinical child and adolescent psychology : the official journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53*, 46(1), 59–73.
198. Leinonen, J. A., Solantaus, T. S., & Punamäki, R. L. (2003). Parental mental health and children's adjustment: the quality of marital interaction and parenting as mediating factors. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 44(2), 227–241.
199. Leonard, B. E., McCartan, D., White, J., & King, D. J. (2004). Methylphenidate: a review of its neuropharmacological, neuropsychological and adverse clinical effects. *Human psychopharmacology*, 19(3), 151–180.
200. Lereya, S. T., Samara, M., & Wolke, D. (2013). Parenting behavior and the risk of becoming a victim and a bully/victim: A meta-analysis study. *Child Abuse & Neglect*, 37(12), 1091– 1108.
201. Levy, F., Hay, D.A., Bennett, K.S., McStephen, M. (2005). Gender differences in ADHD subtype comorbidity. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 44:368–376
202. Loeber, R., Pardini, D., Homish, D. L., Wei, E. H., Crawford, A. M., Farrington, D. P., ... Rosenfeld, R. (2005). The prediction of violence and homicide in young men. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(6), 1074–1088.

203. Lou, H. C., Henriksen, L., & Bruhn, P. (1984). Focal cerebral hypoperfusion in children with dysphasia and/or attention deficit disorder. *Archives of neurology*, 41(8), 825–829.
204. Luby, J. L., Svrakic, D. M., McCallum, K., Przybeck, T. R., & Cloninger, C. R. (1999). The Junior Temperament and Character Inventory: preliminary validation of a child self-report measure. *Psychological reports*, 84(3 Pt 2), 1127–1138.
205. Ma, X. (2001). Bullying and Being Bullied: To What Extent Are Bullies Also Victims? *American Educational Research Journal*, 38(2), 351–370.
206. Magklara, K., Skapinakis, P., Gkatsa, T., Bellos, S., Araya, R., Stylianidis, S., Mavreas, V. (2012). Bullying behaviour in schools, socioeconomic position and psychiatric morbidity: a cross-sectional study in late adolescents in Greece. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 6, 8.
207. Martlew, M. & Hodson, J. (1991). Children with mild learning difficulties in an integrated and in a special school: Comparisons of behavior, teasing, and teacher's attitudes. *British Journal of Educational Psychology*, 61, 355–372.
208. Mattes, J.A. (1980). The role of frontal lobe dysfunction in childhood hyperkinesis. *Comprehensive psychiatry*, 21(5), 358–369.
209. Mayer-Gross, W. (1948). *Psychopathology and Education of the Brain-injured Child*. By A. A.
210. McDougall, P., & Vaillancourt, T. (2015). Long-term adult outcomes of peer victimization in childhood and adolescence: Pathways to adjustment and maladjustment. *American Psychologist*, 70(4), 300–310.
211. McIntosh, D. E., & Cole-Love, A. S. (1996). Profile comparisons between ADHD and non-ADHD children on the Temperament Assessment Battery for Children. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 14(4), 362–372.
212. McLoughlin, G., Ronald, A., Kuntsi, J., Asherson, P., Plomin, R. (2007). Genetic support for the dual nature of attention deficit hyperactivity disorder:

substantial genetic overlap between the inattentive and hyperactive-impulsive components. *J Abnorm Child Psychol.* 35:999–1008.

213. Menesini, E., & Salmivalli, C. (2017). Bullying in schools: the state of knowledge and effective interventions. *Psychology, health & medicine*, 22(sup1), 240–253.
214. Michelson, D., Allen, A. J., Busner, J., Casat, C., Dunn, D., Kratochvil, C., Newcorn, J., Sallee, F. R., Sangal, R. B., Saylor, K., West, S., Kelsey, D., Wernicke, J., Trapp, N. J., & Harder, D. (2002). Once-daily atomoxetine treatment for children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder: a randomized, placebo-controlled study. *The American journal of psychiatry*, 159(11), 1896–1901.
215. Mick, E., Biederman, J., Faraone, S. V., Sayer, J., & Kleinman, S. (2002). Case-control study of attention-deficit hyperactivity disorder and maternal smoking, alcohol use, and drug use during pregnancy. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41(4), 378–385.
216. Modesto-Lowe, V., Chaplin, M., Godsay, V., & Soovajian, V. (2014). Parenting teens with attention-deficit/hyperactivity disorder: challenges and opportunities. *Clinical pediatrics*, 53(10), 943–948.
217. Molina, B. S., Smith, B. H., & Pelham, W. E. (1999). Interactive effects of attention deficit hyperactivity disorder and conduct disorder on early adolescent substance use. *Psychology of Addictive Behaviors*, 13(4), 348–358.
218. Molina, B., Hinshaw, S. P., Swanson, J. M., Arnold, L. E., Vitiello, B., Jensen, P. S., Epstein, J. N., Hoza, B., Hechtman, L., Abikoff, H. B., Elliott, G. R., Greenhill, L. L., Newcorn, J. H., Wells, K. C., Wigal, T., Gibbons, R. D., Hur, K., Houck, P. R., & MTA Cooperative Group (2009). The MTA at 8 years: prospective follow-up of children treated for combined-type ADHD in a multisite study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 48(5), 484–500.

219. Monks, C. P., Smith, P. K., & Swettenham, J. (2003). Aggressors, Victims, and Defenders in Preschool: Peer, Self-, and Teacher Reports. *Merrill-Palmer Quarterly*, 49(4), 453–469.
220. Monks, C., & Smith, P. K. (2006). Definitions of bullying: Age differences in understanding of the term, and the role of experience. *British Journal of Developmental Psychology*, 24, 801–821.
221. Morrison, J.R., Stewart, M.A. (1974) Bilateral inheritance as evidence for polygenicity in the hyperactive child syndrome. *J Nerv Ment Dis*, 158:226-228.
222. Mufson, L., Nomura Y. ve Warner, V. (2002). The relationship between parental diagnosis, offspring temperament and offspring psychopathology: a longitudinal analysis. *Journal Affect Disord*, 13 (4), 372-380.
223. Mukaddes, N.M. (2015). Yaşam Boyu Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Eşlik Eden Durumlar. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
224. Murray, A. L., Obsuth, I., Zirk-Sadowski, J., Ribeaud, D., & Eisner, M. (2016). Developmental relations between ADHD symptoms and reactive versus proactive aggression across childhood and adolescence. *Journal of Attention Disorders*. Advance online publication.
225. Murray, D.W. (2010). Treatment of preschoolers with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Current psychiatry reports*, 12(5), 374–381.
226. Nabuzoka, D. & Smith, P. K. (1993). Sociometric status and social behavior of children with and without learning difficulties. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34, 1435 –1448.
227. Nakamoto, J., & Schwartz, D. (2010). Is peer victimization associated with academic achievement? A meta-analytic review. *Social Development*, 19(2), 221–242.
228. Nansel, T. R., Craig, W., Overpeck, M. D., Saluja, G., Ruan, W. J., & Health Behaviour in School-aged Children Bullying Analyses Working Group (2004). Cross-national consistency in the relationship between bullying behaviors and psychosocial adjustment. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, 158(8), 730–736.

229. Neves Nunes, S. A., Faraco, A. M. X., Vieira, M. L., & Rubin, K. H. (2013). Externalizing and internalizing problems: Contributions of attachment and parental practices. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 26(3), 617–625.
230. Nigg, J. T., Goldsmith, H. H., & Sachek, J. (2004). Temperament and attention deficit hyperactivity disorder: the development of a multiple pathway model. *Journal of clinical child and adolescent psychology: the official journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology*, American Psychological Association, Division 53, 33(1), 42–53.
231. Nikolas, M.A., Burt, S.A. (2010). Genetic and environmental influences on ADHD symptom dimensions of inattention and hyperactivity: a meta-analysis. *J Abnorm Psychol*. 119:1–17.
232. Nocentini, A., Fiorentini, G., Di Paola, L., Menesini, E. (2018). Parents, family characteristics and bullying behavior: A systematic review. *Aggress Violent Behav*, 45, 41–50.
233. O'Moore, A. M. & Hillery, B. (1989). Bullying in Dublin schools. *Irish Journal of Psychology*, 10, 426 – 441.
234. Odağ, C. (2005). Ergenler. Halime Odağ Psikanaliz ve Psikoterapi Vakfı Yayınları, No:5, İzmir.
235. Ok, S. & Aslan, S. (2010). The school bullying and perceived parental style in adolescents. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 5, 536-540.
236. Olweus, D. (1973). Personality and aggression. *Neb. Symp. Motiv.* 20:261–321
237. Olweus, D. (1978). *Aggression in the schools: Bullies and whipping boys*. Washington, DC: Hemisphere (Wiley).
238. Olweus, D. (1986). The Olweus Bully/Victim Questionnaire. Bergen, Norway: Res. Cent. Health Promot. HEMIL), Univ. Bergen
239. Olweus, D. (1993). *Bullying at School: What We Know and What We Can Do*. Oxford, UK: Blackwell
240. Olweus, D. (1993). *Victimization by peers: Antecedents and long-term outcomes*. In K. H. Rubin & J. B. Asendorpf (Eds.), *Social withdrawal*,

- inhibition, and shyness in childhood* (p. 315–341). Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
241. Olweus, D. (1994). *Bullying at school: Long-term outcomes for the victims and an effective school-based intervention program*. In L. R. Huesmann (Ed.), *Plenum series in social/clinical psychology. Aggressive behavior: Current perspectives* (p. 97–130). Plenum Press.
242. Olweus, D. (1999). Sweden. In: Smith, P.K., Morita, Y., Junger-Tas, J., Olweus, D., Catalano, R., & Slee, P. (Eds). *The Nature of School Bullying: A Cross-National Perspective*. London & New York: Routledge, pp. 7–27.
243. Olweus, D. (2001). Peer harassment: A critical analysis and some important issues. In J. Juvonen & S. Graham (Eds.), *Peer harassment in school* (pp. 3 – 20). New York: The Guilford Press.
244. Olweus, D. (2013). School bullying: development and some important challenges. *Annual review of clinical psychology*, 9, 751–780.
245. Oner, N., Le Compte, A. (1983) *Durumluk Surekli Kaygi Envanteri El Kitabı*. Bogazici Universitesi Yayinlari, Istanbul, 1-26. (In Turkish)
246. Öy, B. (1991) *Çocuklar için depresyon ölçeği: Geçerlik ve güvenirlik çalışması*. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2: 132-137.
247. Özdiñçer, S. A., Savaşer, S. (2009). Okulda zorbalık. *Milli Eğitim*, 38(184), 218 - 227.
248. Palmer, E., & Finger, S. (2001). An Early Description of ADHD (Inattentive Subtype): Dr Alexander Crichton and ‘Mental Restlessness’ (1798). *Child Psychology and Psychiatry Review*, 6(2), 66-73.
249. Papanikolaou, M., Chatzikosma, T., & Kleio, K. (2011). Bullying at School: The role of family. *Procedia- Social and Behavioral Sciences*, 29, 433–442.
250. Parman, T. (2000). *Ergenlik ya da Merhaba Hüzün*. Bağlam Yayınları, İstanbul.
251. Pellegrini, A. D. (2001). *Sampling instances of victimization in middle school: A methodological comparison*. In J. Juvonen & S. Graham (Eds.), *Peer*

harassment in school: The plight of the vulnerable and victimized (p. 125–144). The Guilford Press.

252. Pepler, D., Craig, W., & O'Connell, P. (2010). *Peer processes in bullying: Informing prevention and intervention strategies*. In S. R. Jimerson, S. M. Swearer, & D. L. Espelage (Eds.), *Handbook of bullying in schools: An international perspective* (p. 469–479). Routledge/Taylor & Francis Group.
253. Perry, D. G., Hodges, E. V. E., & Egan, S. K. (2001). Determinants of chronic victimization by peers: A review and new model of family influence. In J. Juvonen & S. Graham (Eds.), *Peer harassment in school: The plight of the vulnerable and victimized* (p. 73–104). The Guilford Press.
254. Pişkin, M. (2002) Okul zorbalığı, tanımı, türleri, ilişkili olduğu faktörler ve alınabilecek önlemler. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Bilimleri*, 2: 531-562.
255. Pişkin, M. (2010). Examination of peer bullying among primary and middle school children in Ankara. *Eğitim ve Bilim*, 35(156), 175 - 189.
256. Pliszka SR (2000) Patterns of psychiatric comorbidity with attentiondeficit/hyperactivity disorder. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 9:525–540, vii
257. Pliszka, S., & AACAP Work Group on Quality Issues (2007). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46(7), 894–921.
258. Polanczyk, G. V., Salum, G. A., Sugaya, L. S., Caye, A., & Rohde, L. A. (2015). Annual Research Review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56, 345–365.
259. Polanczyk, G., de Lima, M. S., Horta, B. L., Biederman, J., & Rohde, L. A. (2007). The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. *The American journal of psychiatry*, 164(6), 942–948.

260. Pols H. (2007). August Hollingshead and Frederick Redlich: poverty, socioeconomic status, and mental illness. *American journal of public health*, 97(10), 1755.
261. Proal, E., Reiss, P. T., Klein, R. G., Mannuzza, S., Gotimer, K., Ramos-Olazagasti, M. A., Lerch, J. P., He, Y., Zijdenbos, A., Kelly, C., Milham, M. P., & Castellanos, F. X. (2011). Brain gray matter deficits at 33-year follow-up in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder established in childhood. *Archives of general psychiatry*, 68(11), 1122–1134.
262. Rabiner, D. L., Coie, J. D., Miller-Johnson, S., Boykin, A.-S. M., & Lochman, J. E. (2005). Predicting the Persistence of Aggressive Offending of African American Males From Adolescence Into Young Adulthood: The Importance of Peer Relations, Aggressive Behavior, and ADHD Symptoms. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 13(3), 131–140.
263. Rabiner, D. L., Coie, J. D., Miller-Johnson, S., Boykin, A.-S. M., & Lochman, J. E. (2005). Predicting the persistence of aggressive offending of
264. Radliff, K. M., Wheaton, J. E., Robinson, K., & Morris, J. (2012). Illuminating the relationship between bullying and substance use among middle and high school youth. *Addictive behaviors*, 37(4), 569–572.
265. Rapee, R. M., Oar, E. L., Johnco, C. J., Forbes, M. K., Fardouly, J., Magson, N. R., & Richardson, C. E. (2019). Adolescent development and risk for the onset of social-emotional disorders: A review and conceptual model. *Behaviour Research and Therapy*, 103501
266. Reid, A. H., McCall, S., Henry, J. M., & Taubenberger, J. K. (2001). Experimenting on the past: the enigma of von Economo's encephalitis lethargica. *Journal of neuropathology and experimental neurology*, 60(7), 663–670.
267. Reijntjes, A., Kamphuis, J. H., Prinzie, P., & Telch, M. J. (2010). Peer victimization and internalizing problems in children: a meta-analysis of longitudinal studies. *Child abuse & neglect*, 34(4), 244–252.

268. Rietveld, M.J., Hudziak, J.J., Bartels, M., van Beijsterveldt, C.E., Boomsma, D.I. (2004). Heritability of attention problems in children: longitudinal results from a study of twins, age 3 to 12. *J Child Psychol Psychiatry*. 45:577–88.
269. Robin A. L. (2014). Family therapy for adolescents with ADHD. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 23(4), 747–756.
270. Rose, C. A., Monda-Amaya, L. E., & Espelage, D. L. (2011). Bullying perpetration and victimization in special education: A review of the literature. *Remedial and Special Education*, 32, 114–130.
271. Roy, A., Hartman, C. A., Veenstra, R., & Oldehinkel, A. J. (2015). Peer dislike and victimisation in pathways from ADHD symptoms to depression. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 24, 887–895.
272. Salmivalli, C., & Poskiparta, E. (2012). KiVa antibullying program: Overview of evaluation studies based on a randomized controlled trial and national rollout in Finland. *International Journal of Conflict and Violence (IJCv)*, 6, 293–301. h
273. Salmivalli, C., Lagerspetz, K., Björkqvist, K., Österman, K., & Kaukiainen, A. (1996). Bullying as a group process: Participant roles and their relations to social status within the group. *Aggressive Behavior*, 22(1), 1–15.
274. Sandberg, S., & Barton, J. (2002). Historical development. In S. Sandberg (Ed.), *Hyperactivity and attention disorders of childhood* (2nd ed., pp. 1–29). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
275. Santrock, J. W. (2001). *Educational psychology*. New York: McGraw Hill Higher Education.
276. Schlotz, W., Jones, A., Phillips, D. I., Gale, C. R., Robinson, S. M., & Godfrey, K. M. (2010). Lower maternal folate status in early pregnancy is associated with childhood hyperactivity and peer problems in offspring. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 51(5), 594–602.
277. Schneider, S. K., O'Donnell, L., Stueve, A., & Coulter, R. W. (2012). Cyberbullying, school bullying, and psychological distress: a regional census of high school students. *American journal of public health*, 102(1), 171–177.

278. Schroeder, V.M., Kelley, M.L. (2009). Associations Between Family Environment, Parenting Practices, and Executive Functioning of Children with and Without ADHD. *J Child Fam Stud* **18**, 227–235.
279. Schwartz, D. (2000). Subtypes of victims and aggressors in children's peer groups. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28, 181 – 192.
280. Segrin, C., Woszidlo, A., Givertz, M., Bauer, A., & Murphy, M. T. (2012). The association between overparenting, parent-child communication, and entitlement and adaptive traits in adult children. *Family Relations: An Interdisciplinary Journal of Applied Family Studies*, 61(2), 237–252.
281. Sevim, S. A. (2014). *Adaptation of parent and adolescent versions of Leuven Adolescent Perceived Parenting Scale*. Dusunen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences 2014; 4(27): 291-300.
282. Shea, B., & Wiener, J. (2003). Social exile: the cycle of peer victimization for boys with ADHD. *Canadian Journal of School Psychology*, 18(1-2), 55–90.
283. Shetgiri, R., Lin, H., & Flores, G. (2012). Identifying children at risk for being bullies in the United States. *Academic pediatrics*, 12(6), 509–522.
284. Shields, A. & Cicchetti, D. (2001). Parental maltreatment and emotion dysregulation as risk factors for bullying and victimization in middle childhood. *Journal of Clinical Child Psychology*, 30(3), 349-63.
285. Smalley, S.L., McGough, J.J., Moilanen, I.K., Loo, S.K., Taanila, A., Ebeling, H. et al (2007) Prevalence and psychiatric comorbidity of attention-deficit/hyperactivity disorder in an adolescent Finnish population. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 46:1575–1583
286. Smith, P. K. (2011). *Bullying in schools: Thirty years of research*. In C. P. Monks & I. Coyne (Eds.), *Bullying in different contexts* (p. 36–60). Cambridge University Press.
287. Smith, P. K. (2014). *Understanding school bullying: Its nature and prevention strategies*. London: Sage.

288. Smith, P. K., del Barrio, C., & Tokunaga, R. S. (2013). *Definitions of bullying and cyberbullying: How useful are the terms?* In S. Bauman, D. Cross, & J. Walker (Eds.), *Routledge monographs in mental health. Principles of cyberbullying research: Definitions, measures, and methodology* (p. 26–40). Routledge/Taylor & Francis Group.
289. Smith, P. K., Mahdavi, J., Carvalho, M., Fisher, S., Russell, S., & Tippett, N. (2008). Cyberbullying: its nature and impact in secondary school pupils. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 49(4), 376–385.
290. Smith, P.K., Brain, P. (2000). Bullying in schools: lessons from two decades of research. *Aggress. Behav.* 26:1–9
291. Smith, P.K., del Barrio, C., Tokunaga, R. (2012). Definitions of bullying and cyberbullying: How useful are the terms? In *Principles of Cyberbullying Research: Definition, Measures, and Methods*, ed. S Bauman, D Cross, J Walker, pp. 29–40. Philadelphia, PA: Routledge
292. Smokowski, P. R., Kopasz, K. H. (2005). Bullying in school: An overview of types, effects, family characteristics, and intervention strategies. *Children & Schools*, 27(2), 101-110.
293. Soenens, B., & Vansteenkiste, M. (2010). A theoretical upgrade of the concept of parental psychological control: proposing new insights on the basis of self-determination theory. *Developmental Review*, 30(1), 74–99.
294. Soenens, B., Beyers, W., Goossens, L. (2004). Leuven adolescent perceived parenting scale. 2004; Unpublished research report.
295. Solberg, M. E., & Olweus, D. (2003). Prevalence estimation of school bullying with the Olweus Bully/Victim Questionnaire. *Aggressive Behavior*, 29(3), 239–268.
296. Spalletta, G., Pasini, A., Pau, F., Guido, G., Menghini, L., & Caltagirone, C. (2001). Prefrontal blood flow dysregulation in drug naive ADHD children without structural abnormalities. *Journal of neural transmission* (Vienna, Austria : 1996), 108(10), 1203–1216.

297. Spencer, T.J. (2006). ADHD and comorbidity in childhood. *J Clin Psychiatry* 67(Suppl 8):27–31
298. Spetie, L., Arnold, E.L. (2018). Attention Deficit Hyperactivity Disorder, In: Martin A, Fred RW (eds), *Lewis's Child and Adolescent Psychiatry, A Comprehensive Textbook*, 5th ed, Philadelphia: Williams&Wilkins, pp:364-87.
299. Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R., (1977). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
300. Spriggs, A. L., Iannotti, R. J., Nansel, T. R., & Haynie, D. L. (2007). Adolescent bullying involvement and perceived family, peer and school relations: commonalities and differences across race/ethnicity. *The Journal of adolescent health : official publication of the Society for Adolescent Medicine*, 41(3), 283–293.
301. Stahl, S. M. (2013). *Stahl's essential psychopharmacology: Neuroscientific basis and practical applications* (4th ed.). Cambridge University Press.
302. Stapinski, L. A., Bowes, L., Wolke, D., Pearson, R. M., Mahedy, L., Button, K. S., Lewis, G., & Araya, R. (2014). Peer victimization during adolescence and risk for anxiety disorders in adulthood: a prospective cohort study. *Depression and anxiety*, 31(7), 574–582.
303. Stenseng, F., Belsky, J., Skalicke, V., & Wichstrøm, L. (2016). Peer rejection and attention deficit hyperactivity disorder symptoms: Reciprocal relations through ages 4, 6, and 8. *Child Development*, 87, 365–373.
304. Stern, D. N. (1998). *The Motherhood Constellation*, New York, NY, Basic Books.
305. Sugarman, A. (2006). Mentalization, insightfulness, and therapeutic action: The importance of mental organization. *The International Journal of Psychoanalysis*, 87(4), 965–987.
306. Swearer, S. M., Song, S. Y., Cary, P. T., Eagle, J. W., Mickelson, W. T. (2001) Psychosocial Correlates in Bullying and Victimization, *Journal of Emotional Abuse*, 2:2-3, 95-121,

307. Sylva, K., Melhuish, E. C., Sammons, P., Siraj I., Taggart, B., Smees, R., Toth, K., Welcomme, W. (2014). *Effective Pre-school, Primary and Secondary Education 3-16 Project (EPPSE 3-16) Students' Educational and Developmental Outcomes at Age 16 Department for Education Research Report RR354*.
308. Şar, V., Öztürk, E., & İkikardeş, E. (2012). Çocukluk çağı ruhsal travma ölçeğinin türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirliği. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*, 32 (4), 1054-1063.
309. Taurines, R., Schmitt, J., Renner, T., Conner, A.C., Warnke, A., Romanos, M. (2010). Developmental comorbidity in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Atten Defic Hyperact Disord* 2:267–289
310. Taylor, E., Döpfner, M., Sergeant, J., Asherson, P., Banaschewski, T., Buitelaar, J., Coghill, D., Danckaerts, M., Rothenberger, A., Sonuga-Barke, E., Steinhausen, H. C., & Zuddas, A. (2004). European clinical guidelines for hyperkinetic disorder -- first upgrade. *European child & adolescent psychiatry*, 13 Suppl 1, I7–I30.
311. Taylor, L. A., Saylor, C. F., Twyman, K. A., & Macias, M. M. (2010). Adding insult to injury: Bullying experiences of youth with attention deficit hyperactivity disorder. *Children's Health Care*, 39, 59–72.
312. Tedeschi, J.T., Felson, R.B. (1994). *Violence, Aggression, and Coercive Actions*. Washington, DC: Am. Psychol. Assoc.
313. Tharp-Taylor, S., Haviland, A., & D'Amico, E. J. (2009). Victimization from mental and physical bullying and substance use in early adolescence. *Addictive behaviors*, 34(6-7), 561–567.
314. The MTA Cooperative Group. (1999). A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Multimodal Treatment Study of Children with ADHD. Archives of general psychiatry*, 56(12), 1073–1086.

315. Thompson R. A. (1994). Emotion regulation: a theme in search of definition. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59(2-3), 25–52.
316. Thompson, D., Arora, T., Sharp, S. (2002). *Bullying: Effective Strategies for Long-term Improvement*. Routledge
317. Thompson, D., Whitney, I., & Smith, P. K. (1994). Bullying of children with special needs in mainstream schools. *Support for Learning*, 9, 103–106.
318. Tıprıdamaz-Sipahi, H. (2008). İzmir ili Bornova ilçesinde ilköğretim 6.ve 7.sınıf öğrencilerinde akran zorbalığı, etkileyen ve eşlik eden faktörler (Doktora tezi). Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
319. Timmermanis, V., & Wiener, J. (2011). Social correlates of bullying in adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Canadian Journal of School Psychology*, 26(4), 301–318.
320. Tippet, N., & Wolke, D. (2014). Socioeconomic status and bullying: a meta-analysis. *American journal of public health*, 104(6), e48–e59.
321. Tokunaga, R. S. (2010). Following you home from school: A critical review and synthesis of research on cyberbullying victimization. *Computers in Human Behavior*, 26(3), 277–287.
322. Tremblay, R. E., Pihl, R. O., Vitaro, F., & Dobkin, P. L. (1994). Predicting early onset of male antisocial behavior from preschool behavior. *Archives of general psychiatry*, 51(9), 732–739.
323. Tung, I., & Lee, S. S. (2014). Negative parenting behavior and childhood oppositional defiant disorder: differential moderation by positive and negative peer regard. *Aggressive behavior*, 40(1), 79–90.
324. Tung, I., Brammer, W. A., Li, J. J., & Lee, S. S. (2015). Parenting Behavior Mediates the Intergenerational Association of Parent and Child Offspring ADHD Symptoms. *Journal of clinical child and adolescent psychology : the official journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology*, American Psychological Association, Division 53, 44(5), 787–799.

325. Turcotte Benedict, F., Vivier, P. M., & Gjelsvik, A. (2015). Mental health and bullying in the United States among children aged 6 to 17 years. *Journal of Interpersonal Violence*, 30(5), 782–795.
326. Twyman, K. A., Saylor, C. F., Saia, D., Macias, M. M., Taylor, L. A., & Spratt, E. (2010). Bullying and ostracism experiences in children with special health care needs. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 31(1), 1-8.
327. Uluç, S., Öktem, F., Erden, G., Gençöz, T. ve Sezgin, N. (2011). Wechsler Çocuklar İçin Zekâ Ölçeği-IV: Klinik bağlamda zekânın değerlendirilmesinde Türkiye için yeni bir dönem. *Türk Psikoloji Yazıları*, 14(28), 49-57.
328. Unnever, J. D., & Cornell, D. G. (2003). Bullying, self-control, and ADHD. *Journal of Interpersonal Violence*, 18, 129-147.
329. Vaillancourt, T., Brittain, H. L., McDougall, P., & Duku, E. (2013). Longitudinal links between childhood peer victimization, internalizing and externalizing problems, and academic functioning: developmental cascades. *Journal of abnormal child psychology*, 41(8), 1203–1215.
330. van den Hoofdakker, B. J., van der Veen-Mulders, L., Sytema, S., Emmelkamp, P., Minderaa, R. B., & Nauta, M. H. (2007). Effectiveness of behavioral parent training for children with ADHD in routine clinical practice: a randomized controlled study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46(10), 1263–1271.
331. van Geel, M., Goemans, A., & Vedder, P. (2015). A meta-analysis on the relation between peer victimization and adolescent non-suicidal self-injury. *Psychiatry Research*, 230(2), 364–368.
332. van Geel, M., Goemans, A., & Vedder, P. H. (2016). The relation between peer victimization and sleeping problems: A meta-analysis. *Sleep medicine reviews*, 27, 89–95.
333. Vandell, D. L., Belsky, J., Burchinal, M. R., Steinberg, L., Vandergrift, N. NICHD Early Child Care Research. (2010). Do effects of early child care extend to age 15 years? Results from the NICHD study of early child care and youth development. *Child Dev.* 81 737–756.

334. Veenstra, R., Lindenberg, S., Oldehinkel, A. J., De Winter, A. F., Verhulst, F. C., & Ormel, J. (2005). Bullying and victimization in elementary schools: a comparison of bullies, victims, bully/victims, and uninvolved preadolescents. *Developmental psychology*, 41(4), 672–682.
335. Verlinden, M., Jansen, P. W., Veenstra, R., Jaddoe, V. W., Hofman, A., Verhulst, F. C., Shaw, P., & Tiemeier, H. (2015). Preschool Attention-Deficit/Hyperactivity and Oppositional Defiant Problems as Antecedents of School Bullying. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 54(7), 571–579.
336. Voelker, R. (2019). Trigeminal Nerve Stimulator for ADHD. *JAMA*. 321(21):2066.
337. Wallerstein, J. S., & Kelly, J. B. (1980). Surviving the breakup: How parents and children cope with divorce. New York: Basic Books.
338. Wang, C. H., Mazursky-Horowitz, H., & Chronis-Tuscano, A. (2014). Delivering evidence-based treatments for child attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) in the context of parental ADHD. *Current Psychiatry Reports*, 16(10), 474.
339. Wang, C., Ryoo, J. H., Swearer, S. M., Turner, R., & Goldberg, T. S. (2017). Longitudinal relationships between bullying and moral disengagement among adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 46(6), 1304–1317.
340. Wang, G., Jiang, L., Wang, L., Hu, G. Y., Fang, Y., Yuan, S. S., et al. (2019). Examining childhood maltreatment and school bullying among adolescents: A cross-sectional study from Anhui province in China. *Journal of Interpersonal Violence*, 34(5), 980–999.
341. Wang, J., Iannotti, R. J., & Nansel, T. R. (2009). School bullying among adolescents in the United States: physical, verbal, relational, and cyber. *The Journal of adolescent health : official publication of the Society for Adolescent Medicine*, 45(4), 368–375.
342. Wechsler, D. (2003). Wechsler Intelligence Scale for Children-fourth edition (WISC-IV) San Antonio, TX: Psychological Corporation

343. Wehmeier, P. M., Schacht, A., & Barkley, R. A. (2010). Social and emotional impairment in children and adolescents with ADHD and the impact on quality of life. *Journal of Adolescent Health*, 46(3), 209–217.
344. Weitoft, G. R., Hjern, A., Haglund, B., & Rosén, M. (2003). Mortality, severe morbidity, and injury in children living with single parents in Sweden: a population-based study. *Lancet (London, England)*, 361(9354), 289–295.
345. Welsh, J. A., Nix, R. L., Blair, C., Bierman, K. L., Nelson, K. E. (2010). The development of cognitive skills and gains in academic school readiness for children from low-income families. *J. Educ. Psychol.* 102 43–53.
346. Whalen, C. K., & Henker, B. (1985). The social worlds of hyperactive (ADHD) children. *Clinical Psychology Review*, 5, 447-478.
347. Wichstrom, L., Berg-Nielsen, T.S., Angold, A., Egger, H.L., Solheim, E., Sveen, T.H. (2012). Prevalence of psychiatric disorders in preschoolers. *J Child Psychol Psychiatry* 53:695–705
348. Willcutt, E. G. (2012). The prevalence of DSM-IV attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analytic review. *Neurotherapeutics: the journal of the American Society for Experimental NeuroTherapeutics*, 9(3), 490–499.
349. Williams, K. R., & Guerra, N. G. (2007). Prevalence and predictors of internet bullying. *The Journal of adolescent health : official publication of the Society for Adolescent Medicine*, 41(6 Suppl 1), S14–S21.
350. Willoughby, M. T., Kupersmidt, J. B., Voegler-Lee, M. E. (2012). Is preschool executive function causally related to academic achievement? *Child Neuropsychol.* 18 79–91.
351. Wills, T. A., Vaccaro, D., & McNamara, G. (1994). Novelty seeking, risk taking, and related constructs as predictors of adolescent substance use: an application of Cloninger's theory. *Journal of substance abuse*, 6(1), 1–20.
352. Winnicott, D.W. (1958). *Collected Papers. Through Paediatrics to Psycho-Analysis*, London: Tavistock Publications

353. Wolke, D., Woods, S., Stanford, K., & Schulz, H. (2001). Bullying and victimization of primary school children in England and Germany: prevalence and school factors. *British journal of psychology (London, England : 1953)*, 92(Pt 4), 673–696.
354. Wu, W. C., Luu, S., & Luh, D. L. (2016). Defending behaviors, bullying roles, and their associations with mental health in junior high school students: a population-based study. *BMC public health*, 16(1), 1066.
355. Yavuzer, H. (1993). Ana-baba ve çocuk. İstanbul: Remzi Kitabevi.
356. Yavuzer, H. (2003). Çocuk psikolojisi. İstanbul: Altın Kitaplar Yayınevi.
357. Yen, C. F., Yang, P., Wang, P. W., Lin, H. C., Liu, T. L., Wu, Y. Y., & Tang, T. C. (2014). Association between school bullying levels/types and mental health problems among Taiwanese adolescents. *Comprehensive psychiatry*, 55(3), 405–413.
358. Yeniad, N., Malda, M., Mesman, J., Van IJzendoorn, M. H., Pieper, S. (2013). Shifting ability predicts math and reading performance in children: a meta-analytical study. *Learn. Individ. Dif.* 23 1–9.
359. Yoo, H. J., Kim, M., Ha, J. H., Chung, A., Sim, M. E., Kim, S. J., & Lyoo, I. K. (2006). Biogenetic temperament and character and attention deficit hyperactivity disorder in Korean children. *Psychopathology*, 39(1), 25–31.
360. Zabcı, N. (2004). Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan çocukların kişilik özelliklerinin Rorschach Testi ile değerlendirilmesi. İstanbul Üniversitesi.
361. Zhou, J. (2004). Norepinephrine transporter inhibitors and their therapeutic potential. *Drugs of the future*, 29(12), 1235–1244.
362. Zottis, G. A., Salum, G. A., Isolan, L. R., Manfro, G. G. ve Heldt, E. (2014). Associations between child disciplinary practices and bullying behavior in adolescents. *Jornal de Pediatria*, 90(4), 408-414.

363. Zych, I., Farrington, D. P., Llorent, V. J., Ribeaud, D., & Eisner, M. P. (2020). Childhood risk and protective factors as predictors of adolescent bullying roles. *International Journal of Bullying Prevention*, 91, 527–545.
364. Zych, I., Ortega-Ruiz, R., & Del Rey, R. (2015). Scientific research on bullying and cyberbullying: Where have we been and where are we going. *Aggression and Violent Behavior*, 24, 188–198.
365. Zych, I., Ttofi, M. M., Llorent, V. J., Farrington, D. P., Ribeaud, D., & Eisner, M. P. (2020). A longitudinal study on stability and transitions among bullying roles. *Child Development*, 91, 527–545.



9. EKLER



EK-2. Hasta Bilgilendirme Ve Onay Formu (Ergen)

Hekimin Açıklaması

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu tanısı ile en az bir yıldır kliniğimizde tedavisi devam eden 12-17 yaş arasındaki gençlerle akran zorbalığı ile ilgili yeni bir araştırma yapmaktayız. Araştırmanın adı “Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tanısında Akran Zorbalığı Roller: Ergenler ve Anneler” dir.

Sizin ve ailenizin de bu araştırmaya katılmanızı istiyoruz. Ancak bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermekte serbestsiniz. Araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayabilirsiniz. Araştırmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekme hakkına sahipsiniz.

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, kişinin sosyal ve akademik alanlardaki etkinliklerini olumsuz etkileyen; gelişimsel düzeyine uygun olmayan, dikkatsizlik, aşırı hareketlilik ve dürtüsellik belirtileri ile seyreden; çocukluk çağında başlayan ve ömür boyu sürebilen nörogelişimsel bir bozukluktur. Bu belirtiler en az 2 ortamda (ev, okul, işyeri, arkadaşlar/akrabalar arasında, diğer etkinlikler sırasında) görülen, en az 6 ay süren bir örüntüye sahiptir.

Akran zorbalığı, bir ya da birden çok öğrencinin daha güçsüz, kendisini savunmakta zorlanan bir öğrenciye, kasıtlı olarak, zarar verme amacıyla ve tekrar eden, süreklilik gösteren bir biçimde olumsuz eylemlerde bulunmasıdır. Akran zorbalığı saldırganlığın bir türü olarak tanımlanmaktadır.

Gençlerde akran zorbalığı ciddi bir problemdir. Çeşitli psikiyatrik problemleri olan çocuklar ve gençler hem akran zorbalığına daha sık maruz kalmakta hem de daha sık zorbalık yapmaktadır. Biz araştırmamızda Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu tanılı gençlerde akran zorbalığı ile ilişkili bireysel ve annelerine ait değişkenleri değerlendirmeyi planladık.

Çalışmaya Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğe ayaktan başvuran ve klinisyen

tarafından yapılan görüşmede DSM-V tanı kriterlerine göre Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu tanısı alan ve dahil edilme kriterlerini karşılayan tüm hastalar ve onların anneleri dahil edilecektir.

Araştırmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Bu çalışmada araştırmayı sürdüren hekim tarafından sizinle ve annenizle görüşülecek, ayrıca sizden ve annenizden bazı formları doldurmanız istenecektir. Bu formlarla ilgili ayrıntılı bilgi araştırmacı tarafından verilecektir. Anketleri doldururken ad, soyad, telefon numarası gibi kişisel bilgiler yazmanız gerekmemektedir. Sadece yaş ve cinsiyet belirtilmesi yeterlidir.

Katılımcı Beyanı

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırmada katılımcı (gönüllü) olarak yer alma kararı aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

Adı - Soyadı:

İmza:

EK-3. Hasta Bilgilendirme Ve Onay Formu (Ebeveyn)

Hekimin Açıklaması

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu tanısı ile en az bir yıldır kliniğimizde tedavisi devam eden 12-17 yaş arasındaki gençlerle akran zorbalığı ile ilgili yeni bir araştırma yapmaktayız. Araştırmanın adı “Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tanısında Akran Zorbalığı Roller: Ergenler ve Anneler” dir.

Sizin ve çocuğunuzun da bu araştırmaya katılmanızı istiyoruz. Ancak bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermekte serbestsiniz. Araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayabilirsiniz. Araştırmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekme hakkına sahipsiniz.

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, kişinin sosyal ve akademik alanlardaki etkinliklerini olumsuz etkileyen; gelişimsel düzeyine uygun olmayan, dikkatsizlik, aşırı hareketlilik ve dürtüsellik belirtileri ile seyreden; çocukluk çağında başlayan ve ömür boyu sürebilen nörogelişimsel bir bozukluktur. Bu belirtiler en az 2 ortamda (ev, okul, işyeri, arkadaşlar/akrabalar arasında, diğer etkinlikler sırasında) görülen, en az 6 ay süren bir örüntüye sahiptir.

Akran zorbalığı, bir ya da birden çok öğrencinin daha güçsüz, kendisini savunmakta zorlanan bir öğrenciye, kasıtlı olarak, zarar verme amacıyla ve tekrar eden, süreklilik gösteren bir biçimde olumsuz eylemlerde bulunmasıdır. Akran zorbalığı saldırganlığın bir türü olarak tanımlanmaktadır.

Gençlerde akran zorbalığı ciddi bir problemdir. Çeşitli psikiyatrik problemleri olan çocuklar ve gençler hem akran zorbalığına daha sık maruz kalmakta hem de daha sık zorbalık yapmaktadır. Biz araştırmamızda Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu tanılı gençlerde akran zorbalığı ile ilişkili bireysel ve annelerine ait değişkenleri değerlendirmeyi planladık.

Çalışmaya Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğe ayaktan başvuran ve klinisyen

tarafından yapılan görüşmede DSM-V tanı kriterlerine göre Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu tanısı alan ve dahil edilme kriterlerini karşılayan tüm hastalar ve onların ebeveynleri dahil edilecektir.

Araştırmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Bu çalışmada araştırmayı sürdüren hekim tarafından sizinle ve çocuğunuzla görüşülecek, ayrıca sizden ve çocuğunuzdan bazı formları doldurmanız istenecektir. Bu formlarla ilgili ayrıntılı bilgi araştırmacı tarafından verilecektir. Anketleri doldururken ad, soyad, telefon numarası gibi kişisel bilgiler yazmanız gerekmemektedir. Sadece yaş ve cinsiyet belirtilmesi yeterlidir.

Ebeveyn Beyanı

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırmada kendimin ve çocuğumun katılımcı (gönüllü) olarak yer alması kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

Adı - Soyadı:

İmza:

EK-4. Sosyodemografik Veri Formu

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

Sınıfı:

Cinsiyeti: Kız Erkek

Doğum Tarihi:/...../.....

DEHB Alt Tipi:

Ailenin Çocuk Sayısı:

Kaçıncı Çocuk:

Hastanın Annesi: Sağ Ölü

Yaşı:

Eğitim Durumu

Mesleği:

Kendisinde/Ailesinde Psikiyatrik Hastalık Öyküsü:

Hastanın Babası: Sağ Ölü

Yaşı:

Eğitim Durumu

Mesleği:

Kendisinde/Ailesinde Psikiyatrik Hastalık Öyküsü:

Ebeveynlerin Evlilik Durumu: Evli Boşanmış Ayrı yaşıyorlar

Akrabalık: Yok Var

Doğum Öyküsü:

Gebelik Planlı mıydı: Evet

Hayır

Matürite: Prematür

Matür

Postmatür

Doğum Biçimi: NSVD

C/S

Vakum/Forseps

Doğum Yeri: Ev

Hastane

Peri/Post-natal Sorunlar:

Gelişim Öyküsü:

Kaç Ay Anne Sütü Aldı:

Oturma:

Yürüme:

Konuşma:

Tuvalet Eğitimi:

Okul Öncesi Eğitim: Var Yok

0-6 Yaş Arası Birincil Bakımveren:

Okuma-Yazma Öğrenme Yaşı:

Ders Başarısı / Ortalaması:

Kronik Hastalık: Var Yok

Evde Birlikte Yaşadığı Bireyler:

Ailenin Ortalama Aylık Geliri:

EK-5. Hollingshead-Redlich Ölçeği

Ailenin Sosyoekonomik-Sosyokültürel Düzeyi

Her iki ebeveynin de meslek ve eğitim durumlarını esas alan, standart Hollingshead-Redlich Ölçeğini kullanarak sosyoekonomik sosyokültürel düzeyi belirleyin. Bu belirli bir süre için ulaşılmış en üst düzeyi yansıtan “genel ya da “gestalt” bir ölçüm olacaktır. Eğer beklenmedik durumlar meydana gelmişse bunu not ediniz (örneğin; baba uzun yıllar büyük bir şirketin yöneticisi iken ağır bir depresyon nedeni ile elli yaşından sonra işsiz kalmışsa. Bu örnek bir miktar şüphe ile kesinlik arz etmeden “1” şeklinde kodlanmalıdır).

Varlıklı, eğitilmiş toplumsal katmanda anne-baba	1
Üniversite eğitimi almış, meslek sahibi ya da yüksek idari konumda anne-baba	2
Küçük iş adamı, beyaz yakalı ya da vasıflı işçi, lise mezunu anne-baba	3
Yarı vasıflı işçi, lise düzeyinin altında eğitilmiş anne-baba	4
Yarı vasıflı işçi, eğitimsiz, ilkokul düzeyinde eğitilmiş anne-baba	5
Bilinmeyen	9

EK-6. Olweus Öğrenciler için Akran Zorbalığı Anketi

Öğrenciler için akran zorbalığı anketi

Okul adı: _____
Sınıfı: _____ Tarih: _____

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

- | | |
|----------------------------|--|
| 1 Okulu ne kadar seversin? | ☐ Okulu hiç sevmiyorum |
| | ☐ Okulu sevmiyorum |
| | ☐ Okulu ne seviyorum ne de sevmiyorum |
| | ☐ Okulu seviyorum |
| | ☐ Okulu çok seviyorum |

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

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

- | | |
|---|---|
| 2 Kız mısın, erkek misin? | ☐ Kız |
| | ☐ Erkek |
| 3 Sınıfında kaç tane iyi arkadaşın var? | ☐ Hiç iyi arkadaşım yok |
| | ☐ Sınıfımda 1 iyi arkadaşım var |
| | ☐ 2 ya da 3 iyi arkadaşım var |
| | ☐ 4 ya da 5 iyi arkadaşım var |
| | ☐ Sınıfımda 6 ya da daha fazla iyi arkadaşım var |

Akran zorbalığı nedir?

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

Eğer bir öğrenciye, başka bir ya da birkaç öğrenci

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

ve bunlar **tekrarlayan** bir şekilde gerçekleşiyor ise bu durum **akran zorbalığı** olarak adlandırılır.

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

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

4 Geçtiğimiz aylarda okulda akran zorbalığına ne sıklıkta uğradın?	☐ Geçtiğimiz aylarda okulda akran zorbalığına uğramadım ☐ Sadece bir ya da iki kez oldu ☐ Bir ay içinde 2 ya da 3 kez oldu ☐ Ortalama haftada bir kez oldu ☐ Haftada birkaç kez oldu
---	---

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

5 Bana aşağılayıcı isimler takıldı, alay edildi ya da kırıcı bir şekilde sataşıldı.	☐ Geçtiğimiz aylarda bana bunlar olmadı ☐ Sadece bir ya da iki kez oldu ☐ Bir ay içinde 2 ya da 3 kez oldu ☐ Ortalama haftada bir kez oldu ☐ Haftada birkaç kez oldu
6 Diğer öğrenciler beni kasıtlı olarak kendi aralarına almadı, arkadaş gruplarından dışladı ya da tamamen yok saydı	☐ Geçtiğimiz aylarda bana bunlar olmadı ☐ Sadece bir ya da iki kez oldu ☐ Bir ay içinde 2 ya da 3 kez oldu ☐ Ortalama haftada bir kez oldu ☐ Haftada birkaç kez oldu
7 Dövüldüm, tekmelendim, itilip kakıldım ya da kapalı bir yere kilitlendim	☐ Geçtiğimiz aylarda bana bunlar olmadı ☐ Sadece bir ya da iki kez oldu ☐ Bir ay içinde 2 ya da 3 kez oldu ☐ Ortalama haftada bir kez oldu ☐ Haftada birkaç kez oldu
8 Diğer öğrenciler hakkımda yalanlar söyledi ya da asılsız dedikodular yaydı ve diğer öğrencilerin benden hoşlanmaması için çaba harcadı	☐ Geçtiğimiz aylarda bana bunlar olmadı ☐ Sadece bir ya da iki kez oldu ☐ Bir ay içinde 2 ya da 3 kez oldu ☐ Ortalama haftada bir kez oldu ☐ Haftada birkaç kez oldu
9 Param ya da eşyalarım çalındı ya da eşyalarım zarar verildi	☐ Geçtiğimiz aylarda bana bunlar olmadı ☐ Sadece bir ya da iki kez oldu ☐ Bir ay içinde 2 ya da 3 kez oldu ☐ Ortalama haftada bir kez oldu ☐ Haftada birkaç kez oldu
10 İstemediğim şeyleri yapmam için tehdit edildim ya da zorlandım	☐ Geçtiğimiz aylarda bana bunlar olmadı ☐ Sadece bir ya da iki kez oldu ☐ Bir ay içinde 2 ya da 3 kez oldu ☐ Ortalama haftada bir kez oldu ☐ Haftada birkaç kez oldu

11 Ailemin kökeni ya da inançlarım hakkında aşağılayıcı isimler ya da yorumlar yoluyla akran zorbalığına uğradım	☐ Geçtiğimiz aylarda bana bunlar olmadı ☐ Sadece bir ya da iki kez oldu ☐ Bir ay içinde 2 ya da 3 kez oldu ☐ Ortalama haftada bir kez oldu ☐ Haftada birkaç kez oldu
--	---

12 Cinsel anlamı olan aşağılayıcı isimler, yorumlar ya da el hareketleriyle akran zorbalığına uğradım	☐ Geçtiğimiz aylarda bana bunlar olmadı ☐ Sadece bir ya da iki kez oldu ☐ Bir ay içinde 2 ya da 3 kez oldu ☐ Ortalama haftada bir kez oldu ☐ Haftada birkaç kez oldu
---	---

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

13 Yukarıda sorulardan başka bir yolla akran zorbalığına uğradım	☐ Geçtiğimiz aylarda bana bunlar olmadı ☐ Sadece bir ya da iki kez oldu ☐ Bir ay içinde 2 ya da 3 kez oldu ☐ Yaklaşık haftada bir kez oldu ☐ Haftada birkaç kez oldu
Lütfen hangi yolla olduğunu açıkla	

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

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

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

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

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

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

20 Bir öğrenci akran zorbalığına uğradığında öğretmenler ya da okuldaki diğer yetişkinler hangi sıklıkta durdurmaya çalışırlar?	☐ Neredeyse hiçbir zaman ☐ Nadiren ☐ Bazen ☐ Sık sık ☐ Hemen her zaman
--	---

21 Bir öğrenci akran zorbalığına uğradığında okuldaki diğer öğrenciler hangi sıklıkta durdurmaya çalışırlar?	☐ Neredeyse hiçbir zaman ☐ Nadiren ☐ Bazen ☐ Sık sık ☐ Hemen her zaman
---	---

22 Geçtiğimiz aylarda, evdeki yetişkinlerden biri okulda uğradığın akran zorbalığını durdurmaya çalışmak için okulla görüştü mü?	☐ Geçtiğimiz aylarda okulda akran zorbalığına uğramadım ☐ Hayır, okulla görüşmediler ☐ Evet, okulla bir kez görüştüler ☐ Evet, okulla birkaç kez görüştüler
---	--

23 Yaşıtın bir öğrencinin okulda akran zorbalığına uğradığını gördüğünde ne hissedersin ya da ne düşünürsün?	☐ Böyle bir şeyi hak etmiş olabilir ☐ Pek bir şey hissetmem ☐ Onun için biraz üzülürüm ☐ Onun için üzülürüm ve ona yardım etmek isterim
---	--

Diğer öğrencilere akran zorbalığı yapma hakkında

24 Geçtiğimiz aylarda okulda bir ya da birkaç öğrenciye akran zorbalığı yapılırken sen ne sıklıkta katıldın?	☐ Geçtiğimiz aylarda okulda akran zorbalığı yapmadım ☐ Sadece bir ya da iki kez oldu ☐ Bir ay içinde 2 ya da 3 kez oldu ☐ Yaklaşık haftada bir kez oldu ☐ Haftada birkaç kez oldu
--	--

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

25 Diğer öğrencilere aşağılayıcı isimler taktım, alay ettim ya da kırıncı bir şekilde sataştım	☐ Geçtiğimiz aylarda bunlar olmadı ☐ Sadece bir ya da iki kez oldu ☐ Bir ay içinde 2 ya da 3 kez oldu ☐ Yaklaşık haftada bir kez oldu ☐ Haftada birkaç kez oldu
--	--

26 Onu kasıtlı olarak kendi aramıza almadım, arkadaş grubumdan dışladım ya da tamamen yok saydım	☐ Geçtiğimiz aylarda bunlar olmadı ☐ Sadece bir ya da iki kez oldu ☐ Bir ay içinde 2 ya da 3 kez oldu ☐ Yaklaşık haftada bir kez oldu ☐ Haftada birkaç kez oldu
--	--

27 Onu dövdüm, tekmeledim, itip kaktım ya da kapalı yere kilitledim	☐ Geçtiğimiz aylarda bunlar olmadı ☐ Sadece bir ya da iki kez oldu ☐ Bir ay içinde 2 ya da 3 kez oldu ☐ Yaklaşık haftada bir kez oldu ☐ Haftada birkaç kez oldu
---	--

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

29 Parasını ya da eşyalarını ondan aldım ya da eşyalarına zarar verdim	☐ Geçtiğimiz aylarda bunlar olmadı ☐ Sadece bir ya da iki kez oldu ☐ Bir ay içinde 2 ya da 3 kez oldu ☐ Yaklaşık haftada bir kez oldu ☐ Haftada birkaç kez oldu
--	--

30 İstemediği şeyleri yapması için tehdit ettim ya da zorladım	☐ Geçtiğimiz aylarda bunlar olmadı ☐ Sadece bir ya da iki kez oldu ☐ Bir ay içinde 2 ya da 3 kez oldu ☐ Yaklaşık haftada bir kez oldu ☐ Haftada birkaç kez oldu
31 Ailesinin kökeni ya da inançları hakkında aşağılayıcı isimler ya da yorumlar yoluyla akran zorbalığı yaptım	☐ Geçtiğimiz aylarda bunlar olmadı ☐ Sadece bir ya da iki kez oldu ☐ Bir ay içinde 2 ya da 3 kez oldu ☐ Yaklaşık haftada bir kez oldu ☐ Haftada birkaç kez oldu
32 Cinsel anlamı olan aşağılayıcı isimler yorumlar ya da el hareketleriyle akran zorbalığı yaptım	☐ Geçtiğimiz aylarda bunlar olmadı ☐ Sadece bir ya da iki kez oldu ☐ Bir ay içinde 2 ya da 3 kez oldu ☐ Yaklaşık haftada bir kez oldu ☐ Haftada birkaç kez oldu
32a İnternet (bilgisayar) ya da cep telefonu üzerinden aşağılayıcı ya da kırıcı mesajlar, çağrılar ya da resimler göndererek ya da başka yollarla akran zorbalığı yaptım	☐ Geçtiğimiz aylarda bunlar olmadı ☐ Sadece bir ya da iki kez oldu ☐ Bir ay içinde 2 ya da 3 kez oldu ☐ Yaklaşık haftada bir kez oldu ☐ Haftada birkaç kez oldu
32b İnternet ya da cep telefonun üzerinden akran zorbalığı yaptıysan, bunu nasıl yapmıştın?	☐ Sadece cep telefonu yoluyla ☐ Sadece internet yoluyla ☐ Her iki yolla
Lütfen hangi yolla olduğunu açıkla	

33 Yukarıda sorulnlardan başka bir yolla akran zorbalığı yaptım	☐ Geçtiğimiz aylarda bunlar olmadı ☐ Sadece bir ya da iki kez oldu ☐ Bir ay içinde 2 ya da 3 kez oldu ☐ Yaklaşık haftada bir kez oldu ☐ Haftada birkaç kez oldu
Lütfen hangi yolla olduğunu açıkla 	

34 Geçtiğimiz aylarda, diğer öğrencilere okulda akran zorbalığı yaptığın için sınıf öğretmenin ya da başka bir öğretmenin seninle konuştu mu?	☐ Geçtiğimiz aylarda okulda akran zorbalığı yapmadım ☐ Hayır, benimle bu konuda konuşmadılar ☐ Evet, benimle bu konuda bir kez konuştular ☐ Evet, benimle bu konuda birkaç kez konuştular
--	--

35 Geçtiğimiz aylarda, diğer öğrencilere okulda akran zorbalığı yaptığın için evdeki yetişkinlerden biri seninle konuştu mu?	☐ Geçtiğimiz aylarda okulda akran zorbalığı yapmadım ☐ Hayır, benimle bu konuda konuşmadılar ☐ Evet, benimle bu konuda bir kez konuştular ☐ Evet, benimle bu konuda birkaç kez konuştular
--	--

36 Sevmediğin bir öğrenciye akran zorbalığı yapılmasına katılabileceğini düşünüyor musun?	☐ Evet ☐ Belki ☐ Bilmiyorum ☐ Sanmıyorum ☐ Hayır ☐ Kesinlikle hayır
---	--

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

38 Okulunda diğer öğrencilerin sana akran zorbalığı yapmasından ne sıklıkla korkarsın?	☐ Asla ☐ Nadiren ☐ Bazen ☐ Sık sık ☐ Çok sık
--	---

39 Geçtiğimiz aylarda, akran zorbalığını önlemek için sınıf öğretmenin genelde ne kadar çaba gösterdiğini düşünüyorsun?	☐ Neredeyse hiç ☐ Oldukça az ☐ Biraz ☐ Epeyce ☐ Çok fazla
--	--

Teşekkür ederim

EK-7. Çocuklar İçin Mizaç ve Karakter Envanteri (J-TCI-R):

Çocuklar İçin Mizaç ve Karakter Envanteri

Yönerge

Aşağıda sizin yaş grubunuzdaki çocuklar için tasarlanmış bir ölçek bulacaksınız. Soruları tam olarak anlayıp anlamadığınızdan emin olmak için aşağıdaki açıklamayı dikkatle okumanızı istiyoruz.

- ☞ Soruları yanıtlarken kurşun kalem ya da siyah renkli bir tükenmez kalem kullanınız. Bir soruyu yanıtlarken çok zaman harcamayınız, aklınıza gelen ilk yanıtı işaretleyiniz. Yanıtınızı değiştirmek isterseniz yanıtınızı silebilir ya da üzerine (X) işareti koyarak değiştirebilirsiniz:

Yanlış	Çoğu kez yanlış	Kararsızım!	Çoğu kez doğru	Doğru
☐	☐	☒	☐	☒

- ☞ Aşağıda kişilerin kendileri hakkında kullandıkları ifadeler bulacaksınız. Bu ifadenin sizin için de geçerli olup olmadığına karar vermelisiniz. Yanıtınız evetse "Doğru" seçeneğini işaretleyiniz. Yanıtınız hayırsa "Yanlış" seçeneğini işaretleyiniz. Arada bir yerde ise "Çoğu kez doğru" ya da "Çoğu kez yanlış"ı işaretleyiniz. Karar veremiyorsanız, "Kararsızım!". Örneğin, çoğu çocuktan daha fazla güldüğünüzü düşünüyorsanız, **aşağıdaki soruları şu şekilde yanıtlayabilirsiniz:**

- | | Yanlış | Çoğu kez yanlış | Kararsızım! | Çoğu kez doğru | Doğru |
|----------------------------------|----------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|----------------------------------|
| 1. Çok gülerim. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☒ |
| 2. Neredeyse hiç gülmem. | ☒ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

- ☞ Ya da, bazen çok konuşabilir, bazen de çok konuşmayabilirsiniz. O zaman **aşağıdaki gibi yanıtlayabilirsiniz:**

- | | Yanlış | Çoğu kez yanlış | Kararsızım! | Çoğu kez doğru | Doğru |
|------------------------------------|-----------------------|----------------------------------|-----------------------|----------------------------------|-----------------------|
| 3. Çok konuşurum | ☐ | ☐ | ☐ | ☒ | ☐ |
| 4. Genellikle sessizimdir. | ☐ | ☒ | ☐ | ☐ | ☐ |

- ☞ Soruyu anlamadıysanız ya da sizin yaş grubuna uygun olmadığını düşündüyseniz, SORUNUN ÜZERİNİ ÇİZİNİZ VE YANITLAMAYINIZ. Burası çok önemli! Örneğin:

- | | Yanlış | Çoğu kez yanlış | Kararsızım! | Çoğu kez doğru | Doğru |
|------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 5. Hızlı araba kullanırım. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

- ☞ Ölçeği ne kadar sürede yanıtladığınızı kaydedin. Daha sonra bunu size soracağız.

Unutmayın, herkes birbirinden farklıdır. **Doğru ya da yanlış yanıt yoktur!**

Başlamaya Hazırsınız. Öncelikle aşağıdaki soruları yanıtlayınız:

	Erkek	Kız			
Erkek çocuğu mu yoksa kız çocuğu musunuz?	☐	☐			
	3.	4.	5.	6.	7.
Kaçıncı sınıfa gidiyorsunuz?	☐	☐	☐	☐	☐
Karnenizi aldığınızda, çoğu kez notlarınız nasıldır? (Aşağıdaki yanıtlardan en yakın olanını seçiniz):					
Pekiyi	İyi	Orta	Geçer	Başarısız	
☐	☐	☐	☐	☐	

Başlayınız!

	Yanlış	Çoğu kez yanlış	Kararsızım!	Çoğu kez doğru	Doğru
1. Her zaman elimden gelenin en iyisini yapmak isterim.	☐	☐	☐	☐	☐
2. Mecbur olduğumdan fazla çalışmak istemem.	☐	☐	☐	☐	☐
3. Okuldan döndüğümde, dışarıya çıkıp oynamak yerine dinlenmeyi tercih ederim.	☐	☐	☐	☐	☐
4. Öğretmenlerim bana haksızlık yaparlar.	☐	☐	☐	☐	☐
5. Olayları benim gibi görmeyen insanlardan rahatsızlık duyarım.	☐	☐	☐	☐	☐
6. Bazen düşünüp hareket edeceğime düşünmeden hareket ederim.	☐	☐	☐	☐	☐
7. Bir şey uydurduğumda diğer çocukları buna inandırırım.	☐	☐	☐	☐	☐
8. Riskli, tehlikeli işler yapmayı severim.	☐	☐	☐	☐	☐
9. Kendim için çok para harcamaktan hoşlanırım.	☐	☐	☐	☐	☐
10. Kendimle ilgili sırlarımı arkadaşlarımdan gizlemem.	☐	☐	☐	☐	☐
11. Diğer çocuklarla oynamaktansa kendi kendime oynamayı tercih ederim.	☐	☐	☐	☐	☐
12. Bir iş ne kadar kolaysa o işi yapmaktan o kadar çok hoşlanırım.	☐	☐	☐	☐	☐
	Yanlış	Çoğu kez yanlış	Kararsızım!	Çoğu kez doğru	Doğru
13. Kalabalık içinde olmaktan hoşlanırım.	☐	☐	☐	☐	☐
14. Arkadaşlarımdan daha güzel giysilerim olsun isterim.	☐	☐	☐	☐	☐
15. Bir şeyde başarısız olursam, diğerlerinin bana yardım etmeyişi yüzünden olurum.	☐	☐	☐	☐	☐
16. Karnemdeki notlarımı fazla dert etmem.	☐	☐	☐	☐	☐
17. İstedğim şeyleri beklemekten nefret ederim.	☐	☐	☐	☐	☐
18. Bir şeyleri yaparken, önceki yöntemler sonuç verse bile yeni yöntemler denerim.	☐	☐	☐	☐	☐
19. Hemen harcamaktansa para biriktirmekten hoşlanırım.	☐	☐	☐	☐	☐
20. Gelecek için fazla ümit beslemem, karamsarım.	☐	☐	☐	☐	☐

	Yanlış	Çoğu kez yanlış	Kararsızım!	Çoğu kez doğru	Doğru
21. Keşke insanlar beni daha iyi anlasalar.	☐	☐	☐	☐	☐
22. Diğer çocukların öğrenmelerine yardım etmekten hoşlanırım.	☐	☐	☐	☐	☐
23. Sorunlarımdan bahsetmekten hoşlanmam.	☐	☐	☐	☐	☐
24. Yalnız kalmaktan hiç hoşlanmam.	☐	☐	☐	☐	☐
25. Eğlence olsun diye diğer çocukları kandırmaktan hoşlanırım.	☐	☐	☐	☐	☐
26. Daha güzel olsun diye, ev ödevlerimi çoğu zaman yeniden yazarım.	☐	☐	☐	☐	☐
27. Çok çalışmadığım için yetişkinler benim şımartılmış olduğumu düşünürler.	☐	☐	☐	☐	☐
28. Başkalarına yardım etmekten gerçekten hoşlanırım.	☐	☐	☐	☐	☐
29. Önemli bulduğum şeyler üzerinde egzersiz yaparım.	☐	☐	☐	☐	☐
30. Bir çocuk tuhaf ya da alışılmadık ise, bu genellikle onun hatası değildir.	☐	☐	☐	☐	☐
31. Hastalandığımda korkuya kapılırım.	☐	☐	☐	☐	☐
32. Bir şeyin yolunda gitmiyorsa mutlaka belli bir nedeni vardır.	☐	☐	☐	☐	☐
33. Çoğu soru ve bulmacanın nasıl çözüleceğini bilirim.	☐	☐	☐	☐	☐
	Yanlış	Çoğu kez yanlış	Kararsızım!	Çoğu kez doğru	Doğru
34. Yeni insanlarla tanışmaktan gerçekten hoşlanırım.	☐	☐	☐	☐	☐
35. İnsanların birbirine yardım etmesi herkesin yararınadır.	☐	☐	☐	☐	☐
36. Başkaların önünde (örneğin sınıfta öğrencilerin önünde) konuşmak zorunda olduğumda gergin olurum.	☐	☐	☐	☐	☐
37. Başkalarının duyguları beni pek ilgilendirmez.	☐	☐	☐	☐	☐
38. Başkalarının hakkımda ne düşündüklerine aldırmam.	☐	☐	☐	☐	☐
39. Çoğu zaman ne istediğimi bilmem.	☐	☐	☐	☐	☐
40. Müzik, spor ya da beceri gerektiren işlerde ancak bana söylendiğinde egzersiz yaparım.	☐	☐	☐	☐	☐
41. Diğer çocuklarla oynarken onlara ayak uydurmakta zorlanırım.	☐	☐	☐	☐	☐
42. Bazen hayatımdaki değişiklikleri kafama öyle takarım ki ya uykum kaçır ya da karnım ağrır.	☐	☐	☐	☐	☐
43. Keyifsiz olduğumda yalnız kalmayı tercih ederim.	☐	☐	☐	☐	☐
44. Bir şeyi yapmadan önce ne yapacağımı düşünmeyi severim.	☐	☐	☐	☐	☐
45. Eğlenceli iseler tehlikeli işleri yapmaktan çekinmem.	☐	☐	☐	☐	☐
46. Okulda yanlış bir şey yapmadığım halde başım çoğu kez derde girer.	☐	☐	☐	☐	☐
	Yanlış	Çoğu kez yanlış	Kararsızım!	Çoğu kez doğru	Doğru
47. Ev ödevlerimi yaparken tekrar kontrol etmediğim için çoğu zaman puan kaybederim.	☐	☐	☐	☐	☐
48. Yeni çocuklarla tanıştığımda kendinden emin davranırım.	☐	☐	☐	☐	☐
49. Bir şeyi alışkanlık edindiğimde, değiştirmek istemem.	☐	☐	☐	☐	☐

	Yanlış	Çoğu kez yanlış	Kararsızım!	Çoğu kez doğru	Doğru
106. Söylemiş ya da yapmış olduğum şeylerden çok endişelenirim.	☐	☐	☐	☐	☐
107. Bir çocuk olarak yaptığım tercihlerin pek fazla bir önemi yok.	☐	☐	☐	☐	☐
108. Keyifsiz olduklarında arkadaşlarıma yardımcı olmaktan hoşlanırım.	☐	☐	☐	☐	☐
109. Ödevlerimi yapmam için kendimi zorlamam gerekir.	☐	☐	☐	☐	☐
110. Acıklı filmler beni ağlatır.	☐	☐	☐	☐	☐
111. Karar vermeden önce beklemekten hoşlanmam.	☐	☐	☐	☐	☐
112. Dış görünüşümden memnunum.	☐	☐	☐	☐	☐
113. Kendimi olduğum gibi severim.	☐	☐	☐	☐	☐
114. Ortada kurallar olmaksızın çocukların istediklerini yapmalarından hoşlanırım.	☐	☐	☐	☐	☐
115. Duygularımı kendime saklarım.	☐	☐	☐	☐	☐
116. Çok kolay sinirlenirim.	☐	☐	☐	☐	☐
117. Öğretmenlerim ve anne-babam gerçekten istersem okulda daha başarılı olabileceğimi düşünürler.	☐	☐	☐	☐	☐
118. Diğer çocuklar korkuya kapıldığında ben çoğunlukla sakin kalırım.	☐	☐	☐	☐	☐
	Yanlış	Çoğu kez yanlış	Kararsızım!	Çoğu kez doğru	Doğru
119. Lunaparkta tehlikeli araçlara binmekten korkmam.	☐	☐	☐	☐	☐
120. Aptalca bir hata yaptığımda uzunca süre aklımdan çıkmaz.	☐	☐	☐	☐	☐
121. Konuyu bilsem bile ev ödevlerimi yaparken çoğunlukla yardıma gereksinim duyarım.	☐	☐	☐	☐	☐
122. Anlayışı kıt insanlara birşeyleri açıklamaktan hoşlanmam.	☐	☐	☐	☐	☐
123. Elimde olsa çocukluk yıllarımdan kalan kısmını atlar, hemen bir erişkin olurum.	☐	☐	☐	☐	☐
124. Grup projelerinden sorumlu olmaktan hoşlanmam.	☐	☐	☐	☐	☐
125. Çoğu zaman amaca yönelik çalışmam, diğer işleri daha eğlenceli bulurum.	☐	☐	☐	☐	☐

Teşekkürler! Teşekkürler! Teşekkürler!

EK-8. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ)

Bu sorular başınıza gelmiş olabilecek bazı olaylar hakkındadır. Her bir soru için sizin durumunuza uyan rakamı daire içersine alarak işaretleyiniz. Sorulardan bazıları özel yaşamınızla ilgilidir; lütfen elinizden geldiğince gerçeğe uygun yanıt veriniz. Yanıtlarınız gizli tutulacaktır.

	Hiçbir zaman	Nadiren	Zaman zaman	Sıklıkla	Çok sık
1. Evde yeterli yemek olmadığından aç kaldığım zamanlar oldu.	1	2	3	4	5
2. Benim bakımımı ve güvenliğimi üstlenen birinin olduğunu biliyorum.	1	2	3	4	5
3. Ailemdelikler bana “salak”, “beceriksiz” ya da “tipsiz” gibi sıfatlarla seslenirler.	1	2	3	4	5
4. Anne ve babam sıklıkla ailelerine bakamayacak kadar sarhoş olur ya da uyuşturucu alırlar.	1	2	3	4	5
5. Ailemde önemli ve özel biri olduğum duygusunu hissetmeme yardımcı olan birisi var.	1	2	3	4	5
6. Kirli, yırtık, sökükle giysiler içinde dolaşmak zorunda kaldığım zamanlar oldu.	1	2	3	4	5
7. Sevildiğimi hissediyorum.	1	2	3	4	5
8. Anne babamın benim doğmuş olmamı istemediklerini düşünüyorum.	1	2	3	4	5
9. Ailemden biri bana öyle kötü vurmuştu ki doktora ya da hastaneye gitmem gerekmişti.	1	2	3	4	5
10. Ailemde başka türlü olmasını istediğim bir şey yok.	1	2	3	4	5
11. Ailemdelikler bana o kadar şiddetle vuruyorlardı ki vücudumda morluklar ya da sıyrıklar oluyordu.	1	2	3	4	5
12. Kayış, sopa ya da başka sert bir cisimle vurularak cezalandırıldığım zamanlar oldu.	1	2	3	4	5
13. Ailemdelikler birbirlerine saygılı davranırlar ve ilgi gösterirler.	1	2	3	4	5

14. Ailemdelikler bana kırıcı ya da saldırganca sözler söylerler.	1	2	3	4	5
15. Vücutça kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum (dövölme, itilip kakılma).	1	2	3	4	5
16. Çocukluğum mükemmeldi.	1	2	3	4	5
17. Bana o kadar kötü vuruluyor ya da dövölüyordum ki öğretmen, komşu ya da bir doktorun bunu fark ettiğı zamanlar oldu.	1	2	3	4	5
18. Ailemde birisi benden nefret eder.	1	2	3	4	5
19. Ailemdelikler kendilerini birbirlerine yakın hissederler.	1	2	3	4	5
20. Birisi bana cinsel amaçla dokundu ya da kendisine dokunmamı istedi.	1	2	3	4	5
21. Kendisi ile cinsel temas kurmadığım takdirde beni yaralamakla ya da benim hakkımda yalanlar söylemekle tehdit eden birisi oldu.	1	2	3	4	5
22. Benim ailem dünyanın en iyisiydi.	1	2	3	4	5
23. Birisi beni cinsel şeyler yapmaya ya da cinsel şeylere bakmaya zorladı.	1	2	3	4	5
24. Birisi bana cinsel tacizde bulundu.	1	2	3	4	5
25. Duygusal bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum (hakaret, aşağılama).	1	2	3	4	5
26. İhtiyacım olduğunda beni doktora götürecektir birisi vardı.	1	2	3	4	5
27. Cinsel bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.	1	2	3	4	5
28. Ailem benim için bir güç ve destek kaynağı idi.	1	2	3	4	5

EK-9. Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri 1 (STAI-1)

STAI FORM TX-1

YÖNERGE: aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları birtakım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını karalamak suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarf etmeksizin anında nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

	Hiç	Biraz	Çok	Tamamıyla
1. Şu anda sakinim.	(1)	(2)	(3)	(4)
2. Kendimi emniyette hissediyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
3. Şu anda sinirlerim gergin.	(1)	(2)	(3)	(4)
4. Pişmanlık duygusu içindeyim.	(1)	(2)	(3)	(4)
5. Şu anda huzur içindeyim.	(1)	(2)	(3)	(4)
6. Şu anda hiç keyfim yok.	(1)	(2)	(3)	(4)
7. Başıma geleceklerden endişe ediyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
8. Kendimi dinlenmiş hissediyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
9. Şu anda kaygılıyım.	(1)	(2)	(3)	(4)
10. Kendimi rahat hissediyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
11. Kendime güvenim var.	(1)	(2)	(3)	(4)
12. Şu anda asabım bozuk.	(1)	(2)	(3)	(4)
13. Çok sinirliyim.	(1)	(2)	(3)	(4)
14. Sinirlerimin çok gergin olduğunu hissediyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
15. Kendimi rahatlamış hissediyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
16. Şu anda halimden memnunuz.	(1)	(2)	(3)	(4)
17. Şu anda endişeliyim.	(1)	(2)	(3)	(4)
18. Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
19. Şu anda sevinçliyim.	(1)	(2)	(3)	(4)
20. Şu anda keyfim yerinde.	(1)	(2)	(3)	(4)

EK-10. Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri 2 (STAI-2)

STAI FORM TX-2

YÖNERGE: aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları birtakım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da genel olarak nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını karalamak suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarf etmeksizin anında nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

	Hemen hiçbir zaman	Bazen	Çoğu zaman	Hemen her zaman
21. Genellikle keyfim yerindedir.	(1)	(2)	(3)	(4)
22. Genellikle çabuk yorulurum.	(1)	(2)	(3)	(4)
23. Genellikle kolay ağlanm.	(1)	(2)	(3)	(4)
24. Başkaları kadar mutlu olmak isterim.	(1)	(2)	(3)	(4)
25. Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçırm.	(1)	(2)	(3)	(4)
26. Kendimi dinlenmiş hissedirim.	(1)	(2)	(3)	(4)
27. Genellikle sakın, kendime hakim ve soğukkanlıyım.	(1)	(2)	(3)	(4)
28. Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar binktiğini hissedirim.	(1)	(2)	(3)	(4)
29. Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim.	(1)	(2)	(3)	(4)
30. Genellikle mutluyum.	(1)	(2)	(3)	(4)
31. Her şeyi ciddiye alır ve etkilenirim.	(1)	(2)	(3)	(4)
32. Genellikle kendime güvenim yoktur.	(1)	(2)	(3)	(4)
33. Genellikle kendimi güvende hissedirim.	(1)	(2)	(3)	(4)
34. Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım.	(1)	(2)	(3)	(4)
35. Genellikle kendimi hüzünlü hissedirim.	(1)	(2)	(3)	(4)
36. Genellikle hayatımdan memnunuz.	(1)	(2)	(3)	(4)
37. Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder.	(1)	(2)	(3)	(4)
38. Hayal kırıklıklarını öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam.	(1)	(2)	(3)	(4)
39. Akli başında ve kararlı bir insanım.	(1)	(2)	(3)	(4)
40. Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin eder.	(1)	(2)	(3)	(4)

EK-11. Çocuklar için Depresyon Ölçeği (ÇDÖ)

Aşağıda gruplar halinde bazı cümleler yazılıdır. Her gruptaki cümleleri dikkatlice okuyunuz. Her grup için, bugün dahil son iki hafta içinde size en uygun olan cümlenin yanındaki sayıyı yuvarlak içine alınız.

- A. 1-Kendimi arada sırada üzgün hissederim.
2- Kendimi sık sık üzgün hissederim.
3- Kendimi her zaman üzgün hissederim.
- B. 1- İşlerimin çoğunu doğru yaparım.
2- İşlerimin birçoğunu yanlış yaparım.
3- Her şeyi yanlış yaparım
- C. 1- İşlerim hiçbir zaman yolunda gitmeyecek.
2- İşlerimin yolunda gidip gitmeyeceğinden emin değilim.
3- İşlerim yolunda gidecek.
- D. 1- Birçok şeyden hoşlanırım.
2- Bazı şeylerden hoşlanırım.
3- Hiçbir şeyden hoşlanmam.
- E. 1- Her zaman kötü bir çocuğum.
2- Çoğu zaman kötü bir çocuğum.
3- Arada sırada kötü bir çocuğum.
- F. 1- Arada sırada başıma kötü bir şeylerin geleceğini düşünürüm.
2- Sık sık başıma kötü bir şeylerin geleceğinden endişelenirim.
3- Başıma çok kötü şeylerin geleceğinden eminim.
- G. 1- Kendimden nefret ederim.
2- Kendimi beğenmem.
3- Kendimi beğenirim.
- H. 1- Bütün kötü şeyler benim hatam.
2- Kötü şeylerin bazıları benim hatam.
3- Kötü şeyler genellikle benim hatam değil.
- İ. 1- Kendimi öldürmeyi düşünmem.
2- Kendimi öldürmeyi düşünürüm ama yapmam.
3-Kendimi öldürmeyi düşünüyorum.
- J. 1- Her gün içimden ağlamak gelir.
2-Birçok günler içimden ağlamak gelir.
3- Arada sırada içimden ağlamak gelir.

- K. 1- Her şey her zaman beni sıkar.
2- Her şey sık sık beni sıkar.
3- Her şey arada sırada beni sıkar.
- L. 1- İnsanlarla beraber olmaktan hoşlanırım.
2- Çoğu zaman insanlarla beraber olmaktan hoşlanmam.
3- Hiçbir zaman insanlarla beraber olmaktan hoşlanmam.
- M. 1- Herhangi birşey hakkında karar veremem.
2- Herhangi birşey hakkında karar vermek zor gelir.
3- Herhangi birşey hakkında kolayca karar veririm.
- N. 1- Güzel / Yakışıklı sayılırım.
2- Güzel / Yakışıklı olmayan yanlarım var.
3- Çirkinim.
- O. 1- Okul ödevlerimi yapmak için her zaman kendimi zorlarım.
2- Okul ödevlerimi yapmak için çoğu zaman kendimi zorlarım.
3- Okul ödevlerimi yapmak sorun değil.
- P. 1- Her gece uyumakta zorluk çekerim.
2- Birçok gece uyumakta zorluk çekerim.
3- Oldukça iyi uyurum.
- Q. 1- Arada sırada kendimi yorgun hissederim.
2- Birçok gün kendimi yorgun hissederim.
3- Her zaman kendimi yorgun hissederim.
- R. 1- Hemen hergün canım yemek yemek istemez.
2- Çoğu gün canım yemek yemek istemez.
3- Oldukça iyi yemek yerim.
- S. 1- Ağrı ve sızılardan endişe etmem.
2- Çoğu zaman ağrı ve sızılardan endişe ederim.
3- Her zaman ağrı ve sızılardan endişe ederim.
- T. 1- Kendimi yalnız hissetmem.
2- Çoğu zaman kendimi yalnız hissederim.
3- Her zaman kendimi yalnız hissederim.
- U. 1- Okuldan hiç hoşlanmam.
2- Arada sırada okuldan hoşlanırım.
3- Çoğu zaman okuldan hoşlanırım.
- V. 1- Birçok arkadaşım var.
2- Birçok arkadaşım var ama daha fazla olmasını isterim.
3- Hiç arkadaşım yok.

- W. 1-Okul başarıml iyi.
2- Okul başarıml eskisi kadar iyi değil.
3- Eskiden iyi olduğum derslerde çok başarısızım.
- X. 1-Hiçbir zaman diğer çocuklar kadar iyi olamıyorum.
2- Eğer istersem diğer çocuklar kadar iyi olurum.
3- Diğer çocuklar kadar iyiyim.
- Y. 1-Kimse benisevmez.
2- Beni seven insanların olup olmadığından emin değilim.
3- Beni seven insanların olduğundan eminim.
- Z. 1-Bana söyleneni genellikle yaparım.
2- Bana söyleneni çoğu zaman yaparım.
3- Bana söyleneni hiçbir zaman yapmam.
- AA. 1- İnsanlarla iyi geçinirim.
2- İnsanlarla sık sık kavga ederim.
3- İnsanlarla her zaman kavga ederim.

EK-12. Leuven Algılanan Ana Babalık Ölçeği (LAABÖ)-Ebeveyn Sürümü

Aşağıda çocuğunuza yönelik bazı davranışlarınız yer almaktadır. Her maddeyi okuyunuz ve sizin davranışınız hangisine uyuyorsa o seçeneği işaretleyiniz.

		Hiç doğru değil	Genellikle doğru değil	Biraz doğru	Genellikle doğru	Her zaman doğru
1.	Çocuğumla endişeleri hakkında konuştuktan sonra kendini daha iyi hisseder.	1	2	3	4	5
2.	Ona sık sık gülümserim.	1	2	3	4	5
3.	İstediği akşam dışarı çıkmasına izin veririm.	1	2	3	4	5
4.	Okulda düşük bir not aldığımda hayatı ona zehir ederim.	1	2	3	4	5
5.	Kendi yolunu çizmesine yardımcı olurum.	1	2	3	4	5
6.	Keyifsiz olduğunda onu neşelendiririm.	1	2	3	4	5
7.	Hoşlandığı her şeyi yapmasına izin veririm.	1	2	3	4	5
8.	Morali bozuk olduğunda kendisini daha iyi hissetmesini sağlayabilirim.	1	2	3	4	5
9.	Çocuğumun kendisini ilgilendiren konularda kendi kararlarını vermesine izin veririm.	1	2	3	4	5
10.	Çocuğumu incitirsem, tekrar gönlümü alıncaya kadar onunla konuşmam.	1	2	3	4	5
20.	Hoşlanmadığım bir şey yaparsa ona soğuk ve ters davranırım.	1	2	3	4	5
21.	İstediği şeyler için kendi planlarını yapmasına izin veririm.	1	2	3	4	5
22.	Çocuğumla bir şeyler yapmaktan zevk alırım.	1	2	3	4	5
23.	Beni hayal kırıklığına uğrattığında, onunla yüz yüze gelmekten kaçınırım.	1	2	3	4	5
24.	Çocuğumu benden bağımsız davranmaya cesaretlendiririm.	1	2	3	4	5

EK-13. Mizaç ve Karakter Envanteri (TCI)

Aşağıdaki her ifade **DOĞRU (D)** ya da **YANLIŞ (Y)** olarak yanıtlanabilir. İfadeleri okuyunuz ve hangi seçeneğin sizi en iyi tanımladığına karar veriniz ve karşısındaki harfi yuvarlak içine alınız. Sadece şu anda nasıl hissettiğiniz değil, çoğunlukla ya da genellikle nasıl davrandığınızı ve hissettiğinizi tanımlamaya çalışınız. Lütfen tüm soruları yanıtlayınız.

	DOĞRU	YANLIŞ
1. Çoğu kimse zaman kaybı olduğunu düşünse bile, sırf eğlence ya da heyecan olsun diye çoğunlukla yeni şeyler denerim.	D	Y
2. Çoğu kimseyi kaygılandıran durumlarda bile, genellikle her şeyin iyiye gideceğine güvenirim.	D	Y
3. Çoğu kez, güzel bir konuşma ya da şiiirden derinden etkilenirim.	D	Y
4. Çoğu kez, koşulların kurbanı olduğumu düşünürüm.	D	Y
5. Benden çok farklı olsalar bile, genellikle başkalarını olduğu gibi kabul ederim.	D	Y
6. Mucizelerin olabileceğine inanırım.	D	Y
7. Beni inciten kimselerden intikam almak hoşuma gider.	D	Y
8. Bir şeye yoğunlaştığımda, çoğu kez zamanın nasıl geçtiğinin farkına varmam.	D	Y
9. Çoğu kez, yaşamın pek az bir amacı ya da anlamı olduğunu düşünürüm.	D	Y
10. Herkesin karşısına çıkabilecek sorunlara çözüm bulmakta onlara yardımcı olmak isterim.	D	Y
11. Belki de yaptığımdan daha fazlasını başarabilirim, ancak bir şeye ulaşmak için kendimi gereğinden fazla zorlamakta bir yarar görmüyorum.	D	Y
12. Başkaları endişelenecek bir şey olmadığını düşünseler bile, tanıdık olmayan ortamlarda kendimi çoğunlukla gergin ve endişeli hissederim.	D	Y
13. İşleri yaparken geçmişte nasıl yapıldığını düşünmeksizin, çoğu kez o anda nasıl hissettiğimi temel alarak yaparım.	D	Y
14. İşleri başkalarının arzularına bırakmaktansa, genellikle kendi tarzıma göre yaparım.	D	Y
15. Çoğu kez çevremdeki kimselerle öylesine bağlantılı olduğumu düşünürüm ki, sanki aramızda bir ayrılık yokmuş gibi gelir.	D	Y
16. Benden farklı düşünceleri olan kimselerden, genellikle hoşlanmam.	D	Y
17. Çoğu durumda, doğal tepkilerim geliştirmiş olduğum iyi alışkanlıklara dayanır.	D	Y
18. Birçok eski arkadaşımın güvenini kaybedecek dahi olsam, zengin ve ünlü olmak için yasal olan hemen her şeyi yaparım.	D	Y
19. Çoğu kimseden daha çok tedbirli ve deneyimliyimdir.	D	Y
20. Bir şeylerin yanlış gidebileceğinden endişelendiğim için, çoğu kez yapmakta olduğum işi bırakmak zorunda kalırım.	D	Y
21. Yaşantı ve duygularımı kendime saklamak yerine, arkadaşlarımla açıkça tartışmaktan hoşlanırım.	D	Y
22. Çoğu kimseden daha az enerjiye sahibim ve daha çabuk yorulurum.	D	Y
23. Yapmakta olduğum işe kendimi fazla kaptırıp başka her şeyi unuttuğumdan, çoğu kez “dalgın” olarak adlandırılırım.	D	Y
24. Ne yapmak istediğimi seçmede kendimi nadiren serbest hissederim.	D	Y
25. Bir başkasının duygularını, çoğu kez kendiminkiler kadar dikkate alırım.	D	Y

26. Birkaç saat sessiz ve hareketsiz kalmaktansa, çoğu zaman biraz riskli şeyler yapmayı tercih ederim.	D	Y
27. Tanımadığım kimselere güven duymadığım için, çoğu kez yabancılarla tanışmaktan kaçınırım.	D	Y
28. Başkalarını edebileceğim kadar çok memnun etmekten hoşlanırım.	D	Y
29. Bir iş yaparken “yeni ve geliştirilmiş” yollardan çok, “eski ve denenmiş” yolları tercih ederim.	D	Y
30. Zaman yokluğu nedeniyle, genellikle işleri önem sırasına göre yaparım.	D	Y
31. Çoğu kez hayvanları ve bitkileri yok olmaktan korumaya yarayacak işler yaparım.	D	Y
32. Çoğu kez başka herkesten daha zeki olmayı dilerim.	D	Y
33. Düşmanlarımdan acı çektiğini görmek beni hoşnut eder.	D	Y
34. Her ne zaman olursa olsun, çok düzenli olmaktan ve kurallar koymaktan hoşlanırım.	D	Y
35. Dikkatim çoğu kez başka bir şeye kaydığı için, uzun bir süre aynı ilgiyi sürdürmem güçtür.	D	Y
36. Tekrarlanmış uygulamalar bana, anlık dürtülerden ya da telkinlerden daha güçlü olan iyi alışkanlıklar kazandırdı.	D	Y
37. Genellikle o kadar kararlıyım ki, başkaları vazgeçtikten sonra bile çalışmaya devam ederim.	D	Y
38. Yaşamda, bilimsel olarak açıklanamayan birçok şeye hayran olurum.	D	Y
39. Bırakabilmeyi dilediğim birçok kötü alışkanlığım var.	D	Y
40. Sorunlarıma çoğu kez bir başkasının çözüm sağlamasını beklerim.	D	Y
41. Çoğu kez nakit param bitinceye ya da borçlanıncaya kadar para harcarım.	D	Y
42. Gelecekte bir hayli şanslı olacağımı düşünürüm.	D	Y
43. Hafif rahatsızlık ya da gerginlikten diğer insanlara göre daha geç kurtulurum.	D	Y
44. Yalnız olmak beni her zaman rahatsız etmez.	D	Y
45. Dinlenirken, çoğunlukla beklenmedik şekilde olayların altında yatan nedenleri keşfederim ya da anlayış parıltıları hissederim.	D	Y
46. Başkalarının benden ya da işleri yapma tarzımdan hoşlanıp hoşlanmadıklarına pek aldırım.	D	Y
47. Herkesi memnun etmek mümkün olmadığı için, genellikle kendim için ne istiyorsam sadece onu yapmaya çalışırım.	D	Y
48. Görüşlerimi kabul etmeyen kimselere karşı sabırlı değilimdir.	D	Y
49. Çoğu kimseyi pek de iyi anladığım söylenemez.	D	Y
50. Ticarete başarılı olmak için sahtekâr olmak zorunda değilsiniz.	D	Y
51. Bazen kendimi doğayla öylesine bağlantılı hissederim ki, her şey bir canlı organizmanın parçasıymış gibi görünür.	D	Y
52. Konuşmalarda konuşmacı olmaktan çok iyi bir dinleyicimdir.	D	Y
53. Çoğu kimseden daha çabuk öfkelenirim.	D	Y
54. Bir grup yabancıyla tanışmak zorunda olduğumda, çoğu kimseden daha utangacımdır.	D	Y
55. Çoğu kimseden daha duygusalımdır.	D	Y
56. Bazen neler olacağını sezmeme olanak veren bir altıncı hisse sahipmişim gibi gelir.	D	Y
57. Birisi beni bir şekilde incitti mi, genellikle acısını çıkartmaya çalışırım.	D	Y
58. Tutumlarımı, büyük ölçüde denetimim dışındaki etkiler belirler.	D	Y
59. Her gün amaçlarıma doğru bir adım daha atmaya çalışırım.	D	Y
60. Çoğu kez, başkalarından daha güçlü olmayı dilerim.	D	Y
61. Karar vermeden önce işler konusunda uzunca süre düşünmeyi tercih ederim.	D	Y
62. Çoğu kimseden daha çok çalışırım.	D	Y

63. Çok kolay yorulduğumdan, çoğu kez kısa uykulara ya da ek dinlenme dönemlerine gereksinim duyarım.	D	Y
64. Başkalarının hizmetinde olmaktan hoşlanırım.	D	Y
65. Üstesinden gelmem gereken geçici sorunlara aldırmaksızın, daima her şeyin yolunda gideceğini düşünürüm.	D	Y
66. Çok miktarda para biriktirmiş olsam dahi, kendim için para harcamakta zorlanırım.	D	Y
67. Çoğu kimsenin bedensel olarak tehlike hissettiği durumlarda, genellikle sakın olurum.	D	Y
68. Sorunlarımı kendime saklamaktan hoşlanırım.	D	Y
69. Kişisel sorunlarımı, çok az tanıdığım veya kısa süre önce tanıştığım insanlarla tartışmaktan rahatsız olmam.	D	Y
70. Seyahat etmek ya da yeni yerler araştırmaktansa, evde oturmaktan hoşlanırım.	D	Y
71. Kendilerine bile yardımı dokunamayan zayıf kimselere yardım etmenin aptalca olduğunu düşünüyorum.	D	Y
72. Bana haksızlık yapmış olsalar dahi, başkalarına haksızca davranırsam huzursuzluk hissederim.	D	Y
73. İnsanlar genellikle bana nasıl hissettiklerini anlatırlar.	D	Y
74. Çoğu kez, sonsuza değin genç kalabilmeyi dilerim.	D	Y
75. Yakın bir arkadaşımı kaybedince, genellikle çoğu kimseden daha çok üzülürüm.	D	Y
76. Bazen, sanki zaman ve mekânda sonu ve sınırı olmayan bir nesnenin parçasıymışım gibi hissederim.	D	Y
77. Bazen başkalarına karşı sözcüklerle açıklayamadığım bir yakınlık hissederim.	D	Y
78. Bana geçmişte haksızlık yapmış olsalar dahi, başkalarının duygularını dikkate almaya çalışırım.	D	Y
79. Katı kurallar ve düzenlemeler olmaksızın, insanların her istediklerini yapabilmeleri hoşuma gider.	D	Y
80. Bana karşı dostça davranmayacakları daha önce söylenmiş olsa dahi, yabancılarla buluştuğumda rahat ve açık sözlü olmayı sürdürürüm.	D	Y
81. Gelecekte bir şeylerin kötüye gideceği konusunda, genellikle çoğu kimseden daha endişeliyimdir.	D	Y
82. Bir karara varmadan önce genellikle her şeyi etraflıca düşünürüm.	D	Y
83. Başkalarına karşı sempatik ve anlayışlı olmanın, pratik ve katı düşünceli olmaktan daha önemli olduğunu düşünürüm.	D	Y
84. Etrafımdaki tüm nesnelere karşı çoğunlukla güçlü bir bütünlük hissi hissederim.	D	Y
85. Çoğu zaman "Süperman" gibi özel güçlerimin olmasını dilerim.	D	Y
86. Başkaları beni çok fazla denetliyor.	D	Y
87. Öğrendiklerimi başkalarıyla paylaşmaktan hoşlanırım.	D	Y
88. Dinsel yaşantılar, yaşamımın gerçek amacını anlamamda bana yardımcı olmuştur.	D	Y
89. Çoğu kez başkalarından çok şey öğrenirim.	D	Y
90. Tekrarlanmış uygulamalar, başarılı olmamda bana yardımcı olan, pek çok şeyde iyi olmama olanak vermiştir.	D	Y
91. Abartılı olan veya gerçek olmayan şeylere dahi, genellikle başkalarını inandırabilirim.	D	Y
92. Hafif rahatsızlık ya da gerginlikten kurtulmak için daha fazla dinlenmeye, desteğe ya da güvenceye gereksinim duyarım.	D	Y
93. Yaşamın kuralları olduğunu ve hiç kimsenin acı çekmeksizin bunları çığneyemeyeceğini bilirim.	D	Y
94. Başkalarından daha fazla zengin olmak istemem.	D	Y

95. Dünyayı daha iyi bir yer haline getirmek için, kendi yaşamımı severek riske ederdim.	D	Y
96. Bir şey hakkında uzunca süre düşündükten sonra dahi, mantıksal nedenlerimden çok duygularıma güvenmeyi öğrendim.	D	Y
97. Bazen yaşamımın, büyük bir manevi güç tarafından yönetildiğini düşünürüm.	D	Y
98. Bana adice davranan birisine genellikle adice davranmaktan hoşlanırım.	D	Y
99. Son derece pratik ve duygularına göre hareket etmeyen birisi olarak tanırım.	D	Y
100. Benim için, birisiyle konuşurken düşüncelerimi düzenlemek kolaydır.	D	Y
101. Beklenmedik haberlere çoğu kez öylesine güçlü tepki veririm ki, pişmanlık duyduğum şeyler söyler ya da yaparım.	D	Y
102. Duygusal yakarışlardan (fiziksel engelli çocuklara yardım istendiğindeki gibi) oldukça çok etkilenirim.	D	Y
103. Yapabileceğimin en iyisini yapmak istediğim için genellikle çoğu kimseden daha çok zorlanırım.	D	Y
104. Öyle çok kusurluyum ki, bu yüzden kendimi pek de sevmem.	D	Y
105. Sorunlarıma uzun vadeli çözümler aramak için çok az zamanım var.	D	Y
106. Sırf ne yapılacağını bilmediğim için, çoğu kez sorunları çözemem.	D	Y
107. Çoğu kez zamanın akışını durdurabilmeyi dilerim.	D	Y
108. Yalnızca ilk izlenimlerime dayanarak karar vermekten nefret ederim.	D	Y
109. Biriktirmektense, para harcamayı tercih ederim.	D	Y
110. Bir öyküyü daha gülünç hale getirmek ya da birisine şaka yapmak için, genellikle olayları farklı anlatmayı iyi beceririm.	D	Y
111. Sorunlar olsa bile, bir arkadaşlığın hemen her zaman sürüp gitmesine çalışırım.	D	Y
112. Utandırılır ya da aşağılandığımda etkisinden çok çabuk kurtulurum.	D	Y
113. Çok gergin, yorgun ya da endişeli olduğum zamanlarda, işlerdeki değişikliklere uyum sağlamam son derece güçtür.	D	Y
114. İşlerin eski yapılış tarzını değiştirmeden önce, genellikle çok iyi ve gerçekçi nedenler talep ederim.	D	Y
115. İyi alışkanlıklar edinebilmem için, beni eğiten kişilerden çok fazla yardıma gereksinim duyarım.	D	Y
116. Duyu-dışı algılamamın (telepati ya da önceden bilme gibi), gerçekten de mümkün olduğuna inanırım.	D	Y
117. Candan ve yakın arkadaşlarımdan çoğu zaman benimle birlikte olmasını isterim.	D	Y
118. Uzun zaman harcamama karşın pek başarılı olmasam dahi, çoğu kez aynı şeyi yeniden defalarca denemeyi sürdürürüm.	D	Y
119. Herkes korksa bile, ben hemen her zaman rahat ve tasasız kalırım.	D	Y
120. Hüzünlü şarkı ve filmleri sıkıcı bulurum.	D	Y
121. Koşullar çoğu kez beni iradem dışında bir şeyler yapmaya zorlar.	D	Y
122. Benim için, benden farklı olan insanlara katlanmak güçtür.	D	Y
123. Mucize denilen çoğu şeyin, sadece şans eseri olduğunu düşünürüm.	D	Y
124. Birisi beni incittiğinde, intikam almaktansa kibar davranmayı tercih ederim.	D	Y
125. Çoğu kez yaptığım işin o kadar etkisinde kalırım ki, zaman ve mekândan kopmuş gibi hissederim.	D	Y
126. Yaşamımın gerçek bir amacı ve önemi olduğunu sanmıyorum.	D	Y
127. Başkalarıyla olabildiğince iş birliği yapmaya çalışırım.	D	Y
128. Başarılarımdan dolayı içim rahattır ve daha iyisini yapmak için pek istekli değilimdir.	D	Y
129. Başkaları pek tehlikeli olmadığını düşünse de, tanıdık olmayan ortamlarda çoğu kez gergin ve endişeli hissederim.	D	Y

130.	Tüm ayrıntıları düşünmeksizin, çoğu kez içgüdülerimi, önsezi ve sezgilerimi izlerim.	D	Y
131.	Başkalarının benden istediklerini yapmayacağım için, çoğu kez benim aşırı bağımsız olduğumu düşünürler.	D	Y
132.	Çoğu kez etrafımdaki kişilerle güçlü manevi ve duygusal yakınlığım olduğunu hissedirim.	D	Y
133.	Benden farklı değer yargıları olan insanları sevmek, benim için genellikle kolaydır.	D	Y
134.	Başkaları benden daha fazlasını beklese dahi, olabildiğince az iş yapmaya çalışırım.	D	Y
135.	İyi alışkanlıklar benim için “ikinci mizaç” olmuştur ve hemen her zaman otomatik (kendiliğinden) davranışlardır.	D	Y
136.	Başkalarının bir şey hakkında, benden daha çok şey bilmelerinden, genelde rahatsızlık duymam.	D	Y
137.	Genellikle kendimi başkalarının yerinde hayal etmeye çalışır, böyle onları daha iyi anlayabilirim.	D	Y
138.	Tarafsızlık ve dürüstlük gibi ilkeler yaşamımın bazı yönlerinde çok az rol oynarlar.	D	Y
139.	Para biriktirmede çoğu kimseden daha iyiyimdir.	D	Y
140.	İşler yolunda gitmediğinde hemen başka etkinliklere daldığım için, kendimi nadiren öfkelenmiş ve engellenmiş hissedirim.	D	Y
141.	Çoğu kimse önemli olmadığını düşünse bile, işlerin değişmez ve düzenli biçimde yapılmasında ısrar ederim.	D	Y
142.	Hemen her sosyal durumda, kendimi oldukça güvenli ve emin hissedirim.	D	Y
143.	Özel düşüncelerimden nadiren söz ettiğimden, arkadaşlarım duygularımı anlamakta güçlük çekerler.	D	Y
144.	Çoğu kimse bana yeni ve daha iyi bir yol olduğunu söylese bile, işleri yapış tarzımı değiştirmekten nefret ederim.	D	Y
145.	Bilimsel olarak açıklanamayan şeylere inanmanın, akıllıca olmadığını düşünürüm.	D	Y
146.	Düşmanlarımdan acı çektiğini hayal etmekten hoşlanırım.	D	Y
147.	Çoğu kimseden daha fazla enerjim var ve daha geç yorulurum.	D	Y
148.	Yaptığım her işte ayrıntılara dikkat etmekten hoşlanırım.	D	Y
149.	Arkadaşlarım her şeyin yolunda gideceğini söyleseler dahi, endişeye kapılarak yapmakta olduğum işi bırakırım.	D	Y
150.	Çoğu kez herkesten daha güçlü olmayı dilerim.	D	Y
151.	Genellikle ne yapacağımı seçmede serbestimdir.	D	Y
152.	Çoğu kez kendimi yapmakta olduğum işe o kadar kaptırırım ki, bir an nerede olduğumu unuturum.	D	Y
153.	Bir ekibin üyeleri, paylarını nadiren dürüstçe alırlar.	D	Y
154.	Birkaç saat sessiz ve hareketsiz kalmaktansa, çoğu zaman riskli şeyler yapmayı tercih ederim.	D	Y
155.	Çoğu zaman düşünmeden o kadar çok para harcarım ki, tatil yapmak gibi özel durumlar için bile para biriktirmek zor gelir.	D	Y
156.	Başkaları memnun olacak diye kendi bildiğimden şaşmam.	D	Y
157.	Yabancılarla birlikteyken hiç çekingen değilimdir.	D	Y
158.	Çoğu kez arkadaşlarımdan isteklerine boyun eğirim.	D	Y
159.	Zamanımın çoğunu, gerekli gibi görünen, ancak benim için gerçekte önemsiz olan şeylere harcarım.	D	Y
160.	Neyin doğru neyin yanlış olduğuna ilişkin dinsel ya da ahlaki ilkelerin, ticari kurallarda daha fazla etkili olması gerektiğine inanmam.	D	Y

161.	Çoğu kez başkalarının yaşantılarını daha iyi anlamak için, kendi yargılarımı bir kenara koymaya çalışırım.	D	Y
162.	Alışkanlıklarım, amaçlarıma ulaşmakta çoğunlukla engel olur.	D	Y
163.	Dünyayı daha iyi bir yer yapmak için; savaş, yoksulluk ya da haksızlıkları önlemeye çalışmak gibi kişisel fedakârlıklar yaptım.	D	Y
164.	Gelecekte olabilecek kötü şeyler hakkında hiç endişelenmem.	D	Y
165.	Kendi denetimimi yitirecek kadar heyecanlanmam.	D	Y
166.	Bir iş düşündüğümde daha uzun sürerse, çoğu kez o işi bırakırım.	D	Y
167.	Başkalarının benimle konuşmalarını beklemektense, konuşmaları kendim başlatmayı tercih ederim.	D	Y
168.	Bana yanlış yapan birisini, çoğu zaman çabucak bağışlarım.	D	Y
169.	Davranışlarımı, büyük ölçüde denetimim dışındaki etkiler belirler.	D	Y
170.	Yanlış bir önsezi ya da hatalı bir ilk izlenim nedeniyle, çoğu kez kararlarımı değiştirmek zorunda kalırım.	D	Y
171.	İşlerin yapılması için, bir başkasının ön ayak olmasını beklemeyi tercih ederim.	D	Y
172.	Genellikle başkalarının görüşlerine saygı duyarım.	D	Y
173.	Yaşamdaki rolümün berraklaşmasına yol açan, kendimi çok coşkulu ve mutlu hissettiğim yaşantılarım olmuştur.	D	Y
174.	Kendim için bir şeyler satın almak eğlendiricidir.	D	Y
175.	Olağandışı şeyleri algılayabildiğime, hissettiğime inanırım.	D	Y
176.	Beynimin düzgün çalışmadığına inanırım.	D	Y
177.	Yaşamım için koyduğum belli amaçlar, davranışlarıma güçlü şekilde yol gösterir.	D	Y
178.	Genellikle başkalarının başarısına ön ayak olmak aptalcadır.	D	Y
179.	Çoğu kez sonsuza değin yaşamak isterim.	D	Y
180.	Genellikle, başkalarından ayrı kalmaktan hoşlanırım.	D	Y
181.	Hüzünlü bir film seyrederken, ağlama ihtimalim çoğu kimseden daha fazladır.	D	Y
182.	Hafif rahatsızlık ya da gerginlikten çoğu kimseye göre daha çabuk kurtulurum.	D	Y
183.	Cezalandırılmayacağımı hissettiğimde, kuralları ve düzenlemeleri çoğu kez ihlal ederim.	D	Y
184.	Ayartıcı durumlara karşı kendime güvenebilmem için, iyi alışkanlıklar geliştirmemi sağlayacak çok sayıda uygulama yapmam gerekir.	D	Y
185.	Keşke başkaları bu kadar çok konuşmasa.	D	Y
186.	Önemsiz ya da kötüyümüş gibi görünseler bile, herkes itibar ve saygı görmelidir.	D	Y
187.	Yapılması gerekli olan işleri sürdürebilmek için, çabuk karar vermekten hoşlanırım.	D	Y
188.	Yapmaya çalıştığım şeylerde, şansım genellikle açıktır.	D	Y
189.	Çoğu kimsenin tehlikeli diye nitelendirebileceği şeyleri kolayca yapabileceğime dair genellikle kendime güvenirim.	D	Y
190.	Başarılı olma şansı olmadıkça, bir şey üzerinde çalışmayı sürdürmek yararsızdır.	D	Y
191.	İşleri yaparken yeni yollar araştırmaktan hoşlanırım.	D	Y
192.	Eğlence ya da heyecan için para harcamaktansa, biriktirmekten zevk alırım.	D	Y
193.	Bireysel haklar, herhangi bir grubun gereksinimlerinden daha önemlidir.	D	Y
194.	Kendimi, ilahi ve olağanüstü bir manevi güçle temas içinde hissettiğim yaşantılarım oldu.	D	Y

195.	Ansızın, var olan her şeyle berrak ve derinden bir aynılık duygusu hissettiğim epeyce coşkulu anlarım oldu.	D	Y
196.	İyi alışkanlıklar, işleri istediğim şekilde yapmamı kolaylaştırır.	D	Y
197.	Çoğu kimse benden daha çok çare bulucu görünür.	D	Y
198.	Sorunlarım için, çoğu kez başkalarını ve koşulları sorumlu tutarım.	D	Y
199.	Bana kötü davranmış olsalar bile, başkalarına yardım etmekten hoşnuttuk duyarım.	D	Y
200.	Çoğu kez, tüm yaşamın kendisine bağlı olduğu manevi bir gücün parçasıymış hissine kapılırım.	D	Y
201.	Arkadaşlarla birlikteyken dahi, duygularımı çok fazla açmayı tercih etmem.	D	Y
202.	Kendimi zorlamaksızın, tüm gün genellikle bir şeylerle meşgul olabilirim.	D	Y
203.	Başkaları çabuk karar vermeme istese bile, karar vermeden önce her zaman çok ayrıntılı düşünürüm.	D	Y
204.	Bir şeyi yanlış yaptığımı anladığımda, sıkıntıdan kolayca kurtulamam.	D	Y
205.	Çoğu kimseden daha mükemmeliyetçiyimdir.	D	Y
206.	Bir şeyin doğru mu yanlış mı olduğu, sadece bir görüş meselesidir.	D	Y
207.	Şimdiki doğal tepkilerimin, genellikle ilkelerim ve uzun vadeli amaçlarımla tutarlı olduğunu düşünürüm.	D	Y
208.	Tüm yaşamın, bütünüyle açıklanamayacak bir manevi düzen ya da güce bağlı olduğuna inanırım.	D	Y
209.	Bana kızgın oldukları söylenmiş olsa bile, yabancılarla tanıştığımda güvenli ve rahat olacağımı düşünürüm.	D	Y
210.	İnsanlar yardım, sempati ve sıcak bir anlayış bulmak için bana yaklaşmanın kolay olduğunu söylerler.	D	Y
211.	Yeni düşünceler ve etkinlikler karşısında çoğu kimseden daha az heyecan duyarım.	D	Y
212.	Bir başkasının duygularını incitmemek için dahi olsa, yalan söylemem.	D	Y
213.	Hoşlanmadığım bazı insanlar var.	D	Y
214.	Herkesten daha fazla hayran olunmak istemem.	D	Y
215.	Sıradan bir şeye bakarken, çoğu kez olağanüstü bir şey olur ve sanki onu ilk kez görüyormuşum duygusuna kapılırım.	D	Y
216.	Tanıdığım çoğu kimse, başka kimin incineceğine aldırmaksızın, yalnızca kendisini düşünür.	D	Y
217.	Yeni ve alışılmadık bir şey yapmak zorunda olduğumda, genellikle gergin ve endişeli hissederim.	D	Y
218.	Çoğu kez kendimi tükenmişlik sınırına dek zorlarım ya da yapabileceğimden daha fazlasını yapmaya çalışırım.	D	Y
219.	Kimileri para konusunda aşırı cimri ya da eli sıkı olduğumu düşünür.	D	Y
220.	Mistik yaşantı söylentileri, muhtemelen sadece birer hüsnü kuruntudan ibarettir.	D	Y
221.	Sonucunda acı çekeceğimi bilsem bile, iradem çok güçlü ayartmaların üstesinden gelemeyecek kadar zayıftır.	D	Y
222.	Herhangi birisinin acı çektiğini görmekten nefret ederim.	D	Y
223.	Yaşamda ne yapmak istediğimi biliyorum.	D	Y
224.	Yaptığım işin doğru mu yanlış mı olduğunu düşünüp taşınmak için, düzenli olarak zaman ayırırım.	D	Y
225.	Çok dikkatli olmazsam, benim için işler çoğu kez ters gider.	D	Y
226.	Kendimi keyifsiz hissettiğim zamanlarda, yalnız kalmak yerine arkadaşlarla birlikte olmak daha iyi hissetmemi sağlar.	D	Y
227.	Aynı şeyi yaşamayan birisiyle duygularımı paylaşmanın, mümkün olmadığını düşünürüm.	D	Y

228.	Çevremde olup bitenlerden bütünüyle haberdar olmadığım için, başkaları benim başka bir dünyada olduğumu düşünür.	D	Y
229.	Keşke başkalarından daha iyi görünsem.	D	Y
230.	Bu anket formunda çok yalan söyledim.	D	Y
231.	Arkadaş canlısı oldukları söylenmiş olsa bile, yabancılarla tanışmak zorunda kalacağım sosyal ortamlardan uzak dururum.	D	Y
232.	Baharda çiçeklerin açmasını, eski bir arkadaşı yeniden görmek kadar severim.	D	Y
233.	Zor durumları, genellikle bir meydan okuma ya da fırsat olarak değerlendiririm.	D	Y
234.	Benimle ilgili kimseler, işleri benim tarzıma göre yapmayı öğrenmek zorundadırlar.	D	Y
235.	Sahtekâr olmak, yalnızca yakalandığınızda sorun yaratır.	D	Y
236.	Hafif rahatsızlık ve gerginlikten sonra dahi, çoğu kimseden daha fazla güvenli ve enerjik hissederim.	D	Y
237.	Herhangi bir kâğıdı imzalamam istendiğinde, her şeyi okumaktan hoşlanırım.	D	Y
238.	Yeni bir şeyler olmadığında, genellikle heyecan ya da coşku verici bir şey aramaya başlarım.	D	Y
239.	Bazen keyifsiz olurum.	D	Y
240.	Ara sıra insanların arkasından konuşurum.	D	Y

EK-14. Ruhsal Belirti Tarama Listesi (SCL-90)

Aşağıda zaman zaman herkeste olabilecek yakınma ve sorunların bir listesi vardır. Lütfen her birini dikkatlice okuyunuz. Sonra bu durumun bugün de dahil olmak üzere son bir ay içinde sizi ne ölçüde huzursuz ve tedirgin ettiğini göz önüne alarak, aşağıda belirtilen tanımlamalardan uygun olanının numarasını işaretleyiniz.

0: Hiç 1: Çok az 2: Orta derecede 3: Oldukça fazla 4: Aşırı düzeyde

	0	1	2	3	4
1. Baş ağrısı					
2. Sinirlilik ya da içinin titremesi					
3. Zihinden atamadığınız yineleyici (tekrarlayıcı) hoşla gitmeyen düşünceler					
4. Baygınlık ve baş dönmeler					
5. Cinsel arzuya ilginin kaybı					
6. Başkaları tarafından eleştirilme duygusu					
7. Herhangi bir kimsenin düşüncelerinizi kontrol edebileceği fikri					
8. Sorunlarınızdan pek çoğu için başkalarının suçlanması gerektiği fikri					
9. Olayları anımsamada (hatırlamada) güçlülük					
10. Dikkatsizlik veya sakarlıkla ilgili endişeler					
11. Kolayca gücenme, rahatsız olma hissi					
12. Göğüs veya kalp bölgesinde ağrılar					
13. Caddelerde veya açık alanlarda korku hissi					
14. Enerjinizde azalma veya yavaşlama hali					
15. Yaşamınızın sona ermesi düşünceleri					
16. Başka kişilerin duymadıkları sesleri duyma					
17. Titreme					
18. Çoğu kişiye güvenilmemesi gerektiği düşüncesi					
19. İştah azalması					
20. Kolayca ağlama					
21. Karşı cinsten kişilerle ilgili utangaçlık ve rahatsızlık hissi					
22. Tuzağa düşürülmüş veya tuzağa yakalanmış hissi					
23. Bir neden olmaksızın aniden korkuya kapılma					
24. Kontrol edilmeyen öfke patlamaları					
25. Evden dışarı yalnız çıkma korkusu					
26. Olanlar için kendini suçlama					
27. Belin alt kısmında ağrılar					
28. İşlerin yapılmasında erteleme düşüncesi					
29. Yalnız hissi					
30. Karamsarlık hissi					
31. Her şey için çok fazla endişe duyma					
32. Her şeye karşı ilgisizlik hali					
33. Korku hissi					
34. Duygularınızın kolayca incitilebilmesi hali					
35. Diğer insanların sizin düşündüklerinizi bilmesi hissi					
36. Başkalarının sizi anlamadığı veya hissedemeyeceği duygusu					
37. Başkalarının sizi sevmediği ya da dostça olmayan davranışlar gösterdiği hissi					
38. İşlerin doğru yapıldığından emin olabilmek için çok yavaş yapmak					
39. Kalbin çok hızlı çarpması					
40. Bulantı veya midede rahatsızlık hissi					

41. Kendini başkalarından aşağı görme					
42. Adele (kas) ağrıları					
43. Başkalarının sizi gözlediği veya hakkınızda konuştuğu hissi					
44. Uykuya dalmada güçlük					
45. Yaptığınız işleri bir ya da birkaç kez kontrol etme					
46. Karar vermede güçlük					
47. Otobüs, tren, metro gibi araçlarla yolculuk etme korkusu					
48. Nefes almada güçlük					
49. Soğuk ve sıcak basması					
50. Sizi korkutan belirli uğraş, yer veya nesnelerden kaçınma durumu					
51. Hiçbir şey düşünmeme hali					
52. Bedeninizin bazı kısımlarında uyuşma, karıncalanma olması					
53. Boğazınıza bir yumru tıkanmış hissi					
54. Gelecek konusunda ümitsizlik					
55. Düşüncelerinizi bir konuya yoğunlaştırmada güçlülük					
56. Bedeninizin çeşitli kısımlarında zayıflık hissi					
57. Gerginlik veya coşku hissi					
58. Kol ve bacaklarda ağırlık hissi					
59. Ölüm ya da ölme düşünceleri					
60. Aşırı yemek yeme					
61. İnsanlar size batığı veya hakkınızda konuştuğu zaman rahatsızlık duyma					
62. Size ait olmayan düşüncelere sahip olma					
63. Bir başkasına vurmak, zarar vermek, yaralamak dürtülerinin olması					
64. Sabahın erken saatlerinde uyanma					
65. Yıkanma, sayma, dokunma gibi bazı hareketleri yenileme hali					
66. Uykuda huzursuzluk, rahat uyuyamama					
67. Bazı şeyleri kırıp dökme isteği					
68. Başkalarının yanında kendini çok sıkılğan hissetme					
69. Başkalarının yanında kendini çok sıkılğan hissetme					
70. Çarşı, sinema gibi kalabalık yerlerde rahatsızlık hissi					
71. Her şeyin bir yük gibi görünmesi					
72. Dehşet ve panik nöbetleri					
73. Toplum içinde yer içerken huzursuzluk hissi					
74. Sık sık tartışmaya girme					
75. Yalnız bıraktığınızda sinirlilik hali					
76. Başkalarının sizi başarılarınız için yeterince takdir etmediği duygusu					
77. Başkalarıyla birlikte olunan durumlarda bile yalnızlık hissetme					
78. Yerinizde durmayacak ölçüde rahatsızlık duyma					
79. Değersizlik duygusu					
80. Size kötü bir şey olacakmış duygusu					
81. Bağırma ya da eşyaları fırlatma					
82. Topluluk içinde bayılacağınız korkusu					
83. Eğer izin verirsiniz insanların sizi sömüreceği duygusu					
84. Cinsellik konusunda sizi çok rahatsız eden düşüncelerinizin olması					
85. Günahlarınızdan dolayı cezalandırmanız gerektiği düşüncesi					
86. Korkutucu türden düşünce ve hayaller					
87. Bedeninizde ciddi bir rahatsızlık olduğu düşüncesi					
88. Başka bir kişiye karşı asla yakınlık duymama					
89. Suçluluk duygusu					
90. Aklınızda bir bozukluğun olduğu düşüncesi					

EK-15. Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranış Bozuklukları için DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği (T-DSM-IV-Ö)

Aşağıdaki cümleleri dikkatle okuyun ve şu anki çocuğunuzun veya öğrencinizin durumunu en iyi ifade eden rakamı işaretleyin.

		Sorunun şiddeti ve sıklığı			
		Hiç	Biraz	Sıklıkla	Çok sık
	DİKKAT EKSİKLİĞİ				
1	Ayrıntılara dikkat etmekte zorluk ya da okul, iş ve diğer etkinliklerde dikkatsizce hatalar yapma	0	1	2	3
2	Dikkat gerektiren görevler ya da işlerde dikkati sürdürme güçlüğü	0	1	2	3
3	Birisiyle yüz yüze konuşurken dinlemede güçlük çekme	0	1	2	3
4	Okul ödevlerini ya da verilen görevleri bitirmekte zorlanma, verilen yönergeleri izlemekte zorluk çekme (işleri anlama güçlüğüne ya da inatlaşmaya bağlı değildir)	0	1	2	3
5	Görevleri ve etkinlikleri düzenleme / organize etme güçlüğü	0	1	2	3
6	Uzun zihinsel çaba gerektiren işlerden kaçınma, bu işlerden hoşlanmama ya da bu işlere karşı isteksizlik	0	1	2	3
7	Görev ve etkinlikler için gereken eşyaları kaybetme (örn: oyuncak, okul ödevleri, kalem, kitap ya da araç gereç)	0	1	2	3
8	Dikkatin kolayca dağılması	0	1	2	3
9	Günlük etkinliklerde unutkanlık	0	1	2	3
	HİPERAKTİVİTE				
1	El ve ayakların kıpır kıpır olması, oturduğu yerde duramama	0	1	2	3
2	Oturulması gereken durumlarda yerinden kalkma	0	1	2	3
3	Koşturup durma ya da huzursuzluk hissi	0	1	2	3
4	Boş zaman faaliyetlerini sessizce yapmada güçlük	0	1	2	3
5	Sürekli hareket halinde olma ya da sanki motor takılıymış gibi hareket etme	0	1	2	3
6	Çok konuşma	0	1	2	3
7	Sorulan soru tamamlanmadan yanıt verme	0	1	2	3
8	Sıra beklemekte zorluk çekme	0	1	2	3
9	Başkalarının işine karışma ya da konuşmalarını bölme	0	1	2	3
	KARŞIT OLMA KARŞIT GELME BOZUKLUĞU				
1	Öfkelenir, kontrolünü kaybeder.	0	1	2	3
2	Büyükleriyle tartışır.	0	1	2	3
3	Büyüklerin kurallarına ya da isteklerine karşı çıkar ya da reddeder.	0	1	2	3
4	İsteyerek başkalarını kızdıran şeyler yapar.	0	1	2	3
5	Kendi yaramazlıkları, hatalı davranışları için çoğu zaman başkalarını suçlar.	0	1	2	3
6	Çoğu zaman alıngandır, çabuk darılır ya da başkalarınca kolay kızdırılır.	0	1	2	3
7	Çoğu zaman içtenlidir, kızgın ve güceniktir.	0	1	2	3
8	Çoğu zaman kınıcıdır ve intikam almak ister.	0	1	2	3
	DAVRANIM BOZUKLUĞU				
1	Kabadayılık eder, tehdit eder ya da gözdağı verir.	0	1	2	3
2	Kavgaya dövuşü başlatır.	0	1	2	3
3	Başkalarının ciddi olarak yaralanmasına neden olur. (örneğin taş, sopa, kırık şişe, bıçak, tabanca vs.)	0	1	2	3
4	İnsanlara fiziksel olarak acımasız davranır.	0	1	2	3
5	Hayvanlara fiziksel olarak acımasız davranır.	0	1	2	3
6	Başkalarının gözü önünde hırsızlık yapar. (örneğin saldırganlık, soygun, çanta kapıp kaçmak, tehdit ile soyma, silahlı soygun.)	0	1	2	3
7	Başka birine cinsel etkinlikte bulunmak için zorlar.	0	1	2	3
8	Ciddi hasar vermek amacıyla yangın çıkarır.	0	1	2	3
9	Başkalarının malına mülküne isteyerek zarar verir.	0	1	2	3
10	Başkalarının evine, binasına ya da aracına zorla girer.	0	1	2	3
11	Bir çıkar sağlamak ya da sorumluluklardan kaçmak için yalan söyler.	0	1	2	3
12	Hiç kimse görmeden değerli eşyaları çalar (mağazalardan mal çalma, sahtekarlık)	0	1	2	3
13	Anne babasının ya da onların yerini tutan kişilerin evinde yaşarken en az geceleyin 2 kez evden kaçır, (yada uzun süreli dönemiş ise bir kez)	0	1	2	3
14	13 yaşından önce iken evden kaçır.	0	1	2	3
15	Yaşı 13'ten önce iken çoğu zaman okuldaki kaçır.	0	1	2	3

EK-16. Conners Ana-Baba Dereceleme Ölçeği-48 (CADÖ-48)

Yönerge: Aşağıda çocukların yaşadıkları yaygın pek çok sorun vardır. Lütfen her bir maddeyi, çocuğunuzun son bir ay içerisindeki davranışlarına göre derecelendiriniz. Her bir madde için kendinize ‘Son bir ay içinde bu sorunun ne kadar görüldüğü’ sorusunu sorunuz ve her madde için en uygun yanıtı yuvarlak içine alınız. Eğer o davranış hiçbir zaman görülüyorsa ya da çok seyrek, nadiren görülüyorsa 0’ı işaretleyiniz. Eğer çok sık görülüyorsa 3 ü işaretleyiniz. Bu ikisi arasında kalan derecelendirmeler için 1’i ya da 2’yi işaretleyiniz. Lütfen bütün maddeleri yanıtlayınız.

		HİÇ DOGRU DEĞİL (Hiçbir zaman, nadiren)	BİRAZ DOGRU (Bazen)	OLDUKÇA DOGRU (Çoğu kez, Sık sık)	ÇOK DOGRU (Pek çok kez, Çok sık sık)
1	Eli boş durmaz, sürekli bir şeylerle (tırnak, parmak, giysi gibi...) oynar	0	1	2	3
2	Büyüklerle karşı arsız ve küstah davranır	0	1	2	3
3	Arkadaşlık kurmada ve sürdürmede zorlanır	0	1	2	3
4	Çabuk heyecanlanır, ataktır	0	1	2	3
5	Her şeye karışır ve yönetmek ister	0	1	2	3
6	Bir şeyleri çiğner ya da emer (parmak gibi...)	0	1	2	3
7	Sık sık ve kolayca ağlar	0	1	2	3
8	Her an sataşmaya hazırdır	0	1	2	3
9	Hayallere dalar	0	1	2	3
10	Zor Öğrenir	0	1	2	3
11	Kıpır kıpırdır, tez canlıdır	0	1	2	3
12	Ürkektir (yeni durum, insan ve yerlerden)	0	1	2	3
13	Yerinde duramaz her an harekete hazırdır	0	1	2	3
14	Zarar verir	0	1	2	3
15	Yalan söyler, masallar uydurur.	0	1	2	3
16	Utangaçtır	0	1	2	3
17	Yaşlılarından daha sık başını derde sokar.	0	1	2	3
18	Yaşlılarından farklı (çocuksu, zor anlaşılır kekeleyerek gibi...)konuşur.	0	1	2	3
19	Hatalarını kabullenmez başkalarını suçlar	0	1	2	3
20	Kavgacıdır	0	1	2	3
21	Somurtkan ve asık suratlıdır.	0	1	2	3
22	Çalma huyu vardır	0	1	2	3

23	Söz dinlemez ya da isteksiz ve zoraki dinler	0	1	2	3
24	Başkalarına göre endişelidir (yalnız kalma, hastalanma ve ölüm gibi konularda)	0	1	2	3
25	Başladığı bir işin sonunu getiremez.	0	1	2	3
26	Hassastır, kolay incinir.	0	1	2	3
27	Kabadayılık taslar başkalarını rahatsız eder.	0	1	2	3
28	Tekrarlayıcı, durduramadığı hareketleri vardır.	0	1	2	3
29	Kaba ve acımasızdır	0	1	2	3
30	Yaşına göre daha çocuksudur.	0	1	2	3
31	Dikkati kolay dağılır veya dikkatini uzun süre toplayamaz	0	1	2	3
31	Dikkati kolay dağılır veya dikkatini uzun süre toplayamaz	0	1	2	3
32	Baş ağrıları olur	0	1	2	3
33	Ruh halinde ani ve göze batan değişiklikler olur.	0	1	2	3
34	Kurallar ve kısıtlamadan hoşlanmaz ve uymaz	0	1	2	3
35	Sürekli kavga eder.	0	1	2	3
36	Kardeşleri ile iyi geçinmez	0	1	2	3
37	Zora gelemmez	0	1	2	3
38	Diğer çocukları rahatsız eder	0	1	2	3
39	Genelde hoşnutsuz bir çocuktur.	0	1	2	3
40	Yeme sorunları vardır (soradan sık sık kalkar, iştahsızdır gibi...).	0	1	2	3
41	Karın ağrıları olur	0	1	2	3
42	Uyu sorunları vardır (uykuya dalamama, erken uyanma, gece kalkma gibi...).	0	1	2	3
43	Çeşitli ağrı ve sancıları olur.	0	1	2	3
44	Bulantı kusmaları olur.	0	1	2	3
45	Aile içinde daha az kayırdığını düşünür.	0	1	2	3
46	Övünür böbürlenir.	0	1	2	3
47	İtilip kakılmaya müsaittir.	0	1	2	3
48	Dışkılama sorunları vardır. (sık ishal, kabızlık ve düzensiz tuvalet alışkanlığı gibi...)	0	1	2	3