



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

**DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU**  
**VE KARŞIT OLMA KARŞI GELME BOZUKLUĞU OLAN**  
**ÇOCUKLARDA UYKU ALIŞKANLIKLARININ**  
**ÇOK YÖNLÜ İNCELENMESİ**

**TIPTA UZMANLIK TEZİ**

**Dr. Şule AYDIN**

**Danışman**  
**Doç. Dr. Sevgi ÖZMEN**

**KAYSERİ - 2024**



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

**DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU  
VE KARŞIT OLMA KARŞI GELME BOZUKLUĞU OLAN  
ÇOCUKLARDA UYKU ALIŞKANLIKLARININ  
ÇOK YÖNLÜ İNCELENMESİ**

**TIPTA UZMANLIK TEZİ**

**Hazırlayan  
Dr. Şule AYDIN**

**Danışman  
Doç. Dr. Sevgi ÖZMEN**

**KAYSERİ - 2024**

# TEŞEKKÜR

Tez sürecimdeki destekleri ve hızlı geri dönüşleri için danışman hocam Doç. Dr. Sevgi ÖZMEN'e,

Asistanlık eğitimim süresince klinik deneyimlerinden yararlandığım Doç. Dr. Esra DEMİRCİ ve Dr. Öğr. Üyesi Melike Kevser GÜL'e,

Birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum asistan doktor arkadaşlarıma,

Birlikte çalıştığım tüm hemşire, psikolog, sekreter ve personele,

Poliklinikte kendilerinden çok şey öğrendiğim hastalarım ve ebeveynlerine,

6 yıllık tıp fakültesi eğitimimde birçok farklı disiplin alanında vizyon edinmemi sağlayan değerli İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi hocalarına,

İlkokuldan başlayıp tıpta uzmanlık sınavına giden yolda eğitimim için birçok fedakârlık yapıp desteğini gösteren annem Sakine EREN'e,

Çalışma azmi ve disiplini ile ilim yolunda kendime model aldığım babam Prof. Dr. Şadi EREN'e,

Evimizin neşesi canım oğlum Salih Eren'e,

Beraber yola çıkıp uzmanlık süreçlerimizi birlikte tamamladığımız eşim Uzm. Dr. M. Şamil AYDIN'a desteklerinden dolayı teşekkür ederim...

Şule AYDIN

Ocak 2024-KAYSERİ

# İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR .....	i
İÇİNDEKİLER .....	ii
KISALTMALAR .....	iv
TABLO LİSTESİ .....	v
ÖZET .....	vi
ABSTRACT.....	viii
<b>1. GİRİŞ VE AMAÇ .....</b>	<b>1</b>
<b>2. GENEL BİLGİLER.....</b>	<b>3</b>
2.1. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu .....	3
2.1.1. Tanım ve Tarihçe .....	3
2.1.2. Tanı Ölçütleri.....	4
2.1.3. Epidemiyoloji.....	6
2.1.4. Etiyoloji .....	7
2.1.4.1. Genetik faktörler .....	7
2.1.4.2. Çevresel Faktörler.....	8
2.1.4.3. Nörobiyoloji ve Nörogörüntüleme.....	9
2.1.5. Komorbidite .....	10
2.2. Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu.....	10
2.2.1. Tanım ve Tanı Ölçütleri.....	10
2.2.2. Epidemiyoloji.....	11
2.2.3. Etiyoloji .....	12
2.2.4. Komorbidite .....	13
2.3. Çocukluk Döneminde Uyku Bozuklukları .....	14
2.3.1. DEHB ve KOKGB’de Uyku Bozuklukları.....	15
2.4. Sirkadiyen Ritim ve Kronotip.....	18
2.4.1. DEHB ve KOKGB’de Sirkadiyen Ritim ve Kronotip.....	19
2.5. Ebeveynlik ve Ebeveyn Tutumlarının Sınıflandırılması .....	20
2.5.1. DEHB ve KOKGB’de Ebeveyn Tutumları .....	20
<b>3. GEREÇ VE YÖNTEM.....</b>	<b>23</b>
3.1. Araştırmanın Türü.....	23
3.2. Araştırmanın Etik Kurul Onayı.....	23

3.3. Araştırmanın Örneklemi .....	23
3.4. Veri Toplama Araçları .....	24
3.4.1. Sosyodemografik Veri Formu .....	24
3.4.2. Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi- Şimdi Ve yaşam Boyu Versiyonu (ÇDGŞG-ŞY) .....	24
3.4.3. Turgay Çocuk ve Ergenlerde Davranım Bozuklukları İçin DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği (T-DSM-IV-S) .....	24
3.4.4. Conners Ana Baba Değerlendirme Ölçeği- Kısa Form (CADÖ) .....	25
3.4.5. Çocuk Uyku Alışkanlıkları Anketi (ÇUAA) .....	25
3.4.6. Çocukluk Dönemi Kronotip Anketi (ÇDKA).....	25
3.4.7. Aile Hayatı Ve Çocuk Yetiştirme Tutum Ölçeği (AHÇYTÖ) .....	25
3.5. İstatistiksel Analiz .....	26
<b>4. BULGULAR.....</b>	<b>27</b>
<b>5. TARTIŞMA.....</b>	<b>39</b>
<b>6. SONUÇLAR ve KISITLILIKLAR.....</b>	<b>46</b>
6.1. Sonuçlar .....	46
6.2. Kısıtlılıklar .....	48
<b>7. KAYNAKLAR .....</b>	<b>49</b>
<b>EKLER .....</b>	<b>61</b>
Ek 1. Araştırma Etik Kurul Onayı .....	61
Ek 2. Ebeveyn İçin Bilgilendirilmiş Olur Formu .....	63
Ek 3. Çocuklar İçin Bilgilendirilmiş Olur Formu .....	64
Ek 4. Ebeveyn İçin Bilgilendirilmiş Olur Formu .....	65
Ek 5. Çocuklar İçin Bilgilendirilmiş Olur Formu .....	66
Ek 6. Sosyodemografik Veri Formu .....	67
Ek 7. Turgay Çocuk ve Ergenlerde Davranım Bozuklukları İçin DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği (T-DSM-IV-S).....	68
Ek 8. Conners Ana Baba Değerlendirme Ölçeği- Kısa Form (CADÖ).....	70
Ek 9. Çocuk Uyku Alışkanlıkları Anketi (ÇUAA).....	72
Ek 10. Çocukluk Dönemi Kronotip Anketi (ÇDKA) .....	74
Ek 11. Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutum Ölçeği (AHÇYTÖ).....	77
<b>TEZ ONAY SAYFASI.....</b>	<b>80</b>

## KISALTMALAR

<b>ABD</b>	: Amerika Birleşik Devletleri
<b>AHÇYTÖ</b>	: Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumları Ölçeği
<b>CADÖ</b>	: Connors Ana Baba Derecelendirme Ölçeği-Kısa Form
<b>ÇDGŞG-ŞY</b>	: Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyon
<b>ÇDKA</b>	: Çocukluk Dönemi Kronotipi Anketi
<b>ÇUAA</b>	: Çocuk Uyku Alışkanlıkları Anketi
<b>DB</b>	: Davranım Bozukluğu
<b>DEHB</b>	: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu
<b>DSM</b>	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
<b>ICSD-3</b>	: International Classification of Sleep Disorders
<b>KOKGB</b>	: Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu
<b>T-DSM-IV-S</b>	: Çocuklarda Dikkat Eksikliği ve Davranış sorunları için DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği

## TABLO LİSTESİ

<b>Tablo 1.</b>	DSM- 5'e Göre DEHB Tanı Kriterleri .....	5
<b>Tablo 2.</b>	DSM-V'e Göre Uyku Bozukluklarının Sınıflandırılması.....	14
<b>Tablo 3.</b>	Sosyodemografik Verilerin Gruplar Arasında Kıyaslanması .....	28
<b>Tablo 4.</b>	Gruplar Arasında Medya Kullanımının Kıyaslanması .....	29
<b>Tablo 5.</b>	Gruplar Arasında T-DSM-IV-S Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Kıyaslanması.....	30
<b>Tablo 6.</b>	Gruplar Arasında CADÖ Toplam Puan ve Alt Boyut Puanlarının Kıyaslanması.....	31
<b>Tablo 7.</b>	Gruplar Arasında ÇUAA Toplam Puan ve Alt Boyut Puanlarının Kıyaslanması.....	32
<b>Tablo 8.</b>	Gruplar Arasında ÇDKA Toplam Puanlarının ve Kronotiplerin Kıyaslanması.....	32
<b>Tablo 9.</b>	Gruplar Arasında AHÇYTÖ Alt Boyut Puanlarının Kıyaslanması.....	33
<b>Tablo 10.</b>	T-DSM-IV-S Toplam Puan ve Alt Boyut Puanlarının Çocuğun Günlük Ekran Süresi ile Kıyaslanması .....	34
<b>Tablo 11.</b>	ÇUAA Toplam Puan ve Alt Boyut Puanlarının Çocuğun Günlük Ekran Süresi ile Kıyaslanması.....	35
<b>Tablo 12.</b>	ÇUAA Toplam Puan ve Alt Boyut Puanlarının Kronotiple Kıyaslanması..	36
<b>Tablo 13.</b>	Medya Kullanımının Kronotipe Göre Kıyaslanması .....	36
<b>Tablo 14.</b>	T-DSM-IV-S Toplam Puan ve Alt Boyut Puanları ile ÇUAA Toplam Puanı Arasındaki Korelasyon Analiz Sonucu .....	37
<b>Tablo 15.</b>	AHÇYTÖ ile ÇUAA Toplam Puan ve Alt Boyut Puanları Arasındaki Korelasyon Analiz Sonucu .....	37
<b>Tablo 16.</b>	DEHB+KOKGB Grubunda AHÇYTÖ İle ÇUAA Toplam Puan ve Alt Boyut Puanları Arasındaki Korelasyon Analiz Sonucu.....	38

# DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU VE KARŞIT OLMA VE KARŞIT GELME BOZUKLUĞU OLAN ÇOCUKLARDA UYKU ALIŞKANLIKLARININ ÇOK YÖNLÜ İNCELENMESİ

## ÖZET

**Amaç:** Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB) dikkatsizlik, aşırı hareketlilik ve dürtüsellikle karakterize psikiyatrik bir bozukluktur. DEHB’li çocukların üçte birinde en azından bir psikiyatrik komorbiditenin bulunduğu tahmin edilmektedir. En sık karşı olma karşı gelme bozukluğu (KOKGB)’nin eşlik ettiği çalışmalarda gösterilmiştir. DEHB’li çocuklarda yüksek oranda uyku problemleri bildirilmekte, özellikle uykuyu başlatma ve sürdürmede zorluklar rapor edilmektedir. DEHB klinik görünüm olarak oldukça heterojen bir hastalık olduğundan DEHB’de görülen uyku problemleri de çeşitlilik göstermektedir. Bu çalışmada KOKGB komorbiditesi bulunan ve bulunmayan DEHB’li çocuklarda uyku alışkanlıklarının ve kronotip tercihlerinin sağlıklı kontrollerle kıyaslanması, uyku problemleri ile medya kullanımı ve ebeveyn tutumları arasındaki ilişki incelenecektir.

**Gereç ve Yöntem:** Çalışmaya Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Psikiyatri Polikliniği’ne ayaktan başvuran, 6-12 yaş aralığında çalışmaya dahil edilme kriterlerine uygun 40 DEHB tanılı hasta, 36 DEHB+KOKGB tanılı hasta ve 44 sağlıklı çocuk katıldı. Katılımcılara Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu (ÇDŞG-ŞY) uygulandı. Araştırmacı tarafından hazırlanan sosyodemografik veri formu, Connors Ana Baba Derecelendirme Ölçeği-Kısa Form (CADÖ), Turgay Çocuk ve Ergenlerde Davranım Bozuklukları İçin DSM-IV’e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği (T-DSM-IV-S), Çocuk Uyku Alışkanlıkları Anketi (ÇUAA), Çocukluk Dönemi Kronotip Anketi (ÇDKA) ve Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutum Ölçeği (AHÇYTÖ) çocukların anneleri tarafından dolduruldu.

**Bulgular:** DEHB grubunun yaş ortalaması  $9.20 \pm 1.86$ , DEHB+KOKGB grubunun yaş ortalaması  $8.78 \pm 2.00$  ve kontrol grubunun yaş ortalaması  $8.89 \pm 1.70$  olarak saptandı. Yaş ortalaması açısından gruplar arasında anlamlı farklılık yoktu ( $p=0.580$ ). Gruplar arasında uyku süreleri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ( $p=0.045$ ).

DEHB+KOKGB grubunda ortalama uyku süresinin kontrol grubundan daha düşük olduğu gözlemlendi. Gruplar arasında günlük ekran maruziyeti açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık olup, DEHB ve DEHB+KOKGB gruplarında 5 saatin üstünde görülen ekran maruziyetinin kontrol grubundan daha fazla olduğu gözlemlendi ( $p=0.041$ ). ÇUAA toplam puanları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ( $p<0.001$ ). DEHB ve DEHB+KOKGB gruplarında ÇUAA ortalama toplam puanlarının, kontrol grubunun ortalama değerinden yüksek olduğu gözlemlendi. AHÇYTÖ aşırı koruyuculuk alt boyutu ile ÇUAA gece uyanmaları alt boyutu arasında pozitif yönde zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulundu ( $r=0.270$ ).

**Sonuç:** DEHB'li çocukları değerlendirirken gündüz görülen çekirdek semptomların yanı sıra, gece verimli bir uykuyu engelleyen durumlar da dikkatle ele alınmalıdır. Çalışmamızda DEHB ve DEHB+KOKGB gruplarının günlük ekran sürelerinin kontrol grubundan daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. DEHB ve DEHB+KOKGB gruplarının daha kısa uyku sürelerine sahip olduğu ve uykuya ilgili daha fazla güçlük yaşadıkları gözlemlenmiştir. KOKGB komorbiditesi bulunan çocuklarda yatma zamanı direnci, uyku kaygısı, parasomniler gibi uyku problemlerinin yalnızca DEHB'si olan çocuklara göre daha fazla olduğu saptanmıştır. DEHB ve DEHB+KOKGB gruplarının aile içi geçimsizlik ve sıkı disiplin açısından kontrol grubundan yüksek puanlara sahip olduğu, aşırı koruyuculuk ebeveyn tutumu ile çocuklardaki gece uyanmaları ve uykuda solunumun bozulması arasında ilişki bulunmuştur. Çocuk davranışları ile ebeveyn tutumları arasında çift yönlü bir etkileşim olduğu unutulmamalı, çocuktaki psikopatolojinin tedavisinin yanı sıra, ebeveynlere de gerekli psikiyatrik destek sağlanmalı ve ebeveyn eğitim programlarına yönlendirilmelidir.

**Anahtar kelimeler:** Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu, Kronotip, Sirkadiyen Ritim, Uyku Bozukluğu

**MULTI-METERIAL INVESTIGATION OF SLEEP HABITS IN CHILDREN  
WITH ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER AND  
OPPOSITIONAL DEFIANT DISORDER**

**ABSTRACT**

**Objective:** Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) is a disorder characterized by inattention, hyperactivity and impulsivity that is inappropriate for age and developmental level. Studies have shown that at least two-thirds of children with ADHD have a psychiatric comorbidity, and the most common psychiatric disorder is oppositional defiant disorder. A high rate of sleep problems is reported in children with ADHD, especially difficulties in initiating and maintaining sleep. Since ADHD is a very heterogeneous disease in terms of clinical presentation, sleep problems seen in ADHD also vary. Studies are needed to investigate the effects of ADHD subtypes, symptom severity, drug treatment and comorbid psychopathologies on sleep problems. This study aimed to compare the sleep habits and chronotype preferences of children with ADHD with and without comorbid ODD with healthy controls, and to examine the relationship between sleep problems, media use and parental attitudes.

**Methods:** The study included 40 patients diagnosed with ADHD, 36 patients diagnosed with ADHD + ODD, and 44 healthy children who met the inclusion criteria in the control group, aged between 6-12 years, who applied to the Child and Adolescent Psychiatry Polyclinic of Erciyes University Faculty of Medicine. A total of 85 boys and 34 girls participated in the study and the average age of the participants was 8.96. Interview Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Age Children- Present and Lifetime Version (K-SADS-PL) was administered to the participants. Sociodemographic data form prepared by the researcher, Conners' Parent Rating Scale (CPRS), Turgay DSM-IV Based Disruptive Behaviour Disorders Screening and Rating Scale (T-DSM-IV-S), Children's Sleep Habits Questionnaire (CSHQ), Children's Chronotype Questionnaire (CCTQ) and Parental Attitude Research Instrument (PARI) were filled out by the children's mothers.

**Results:** The average age of the ADHD group was  $9.20 \pm 1.86$ , the average age of the ADHD+ODD group was  $8.78 \pm 2.00$ , and the average age of the control group was

8.89±1.70. There was no significant difference between the groups in terms of mean age ( $p = 0.580$ ). A statistically significant difference was found between the groups in terms of sleep duration ( $p = 0.045$ ). It was observed that the average sleep duration in the ADHD + ODD group was lower than the control group. There was a statistically significant difference between the groups in terms of daily screen exposure, and it was observed that screen exposure over 5 hours in the ADHD and ADHD + ODD groups was higher than the control group ( $p = 0.041$ ). It was observed that looking at the screen before sleep was more common in the ADHD and ADHD+ODD groups compared to the control group. There was a statistically significant difference between the groups in terms of CSHQ total scores ( $p < 0.001$ ). It was observed that the average total scores of the CSHQ in the ADHD and ADHD+ODD groups were higher than the average value of the control group. A weak, positive, statistically significant relationship was found between the PARI overprotectiveness subscale and the CSHQ nocturnal awakenings subscale ( $r = 0.270$ ).

**Conclusions:** When evaluating children with ADHD, in addition to core symptoms such as attention deficit, hyperactivity and impulsivity during the day, conditions that prevent productive sleep at night should also be carefully considered. In our study, it was determined that the daily screen time of the ADHD and ADHD + ODD groups was higher than the control group. It was observed that ADHD and ADHD+ODD groups had shorter sleep durations and more difficulties with sleep compared to the control group. It has been found that sleep problems such as bedtime resistance, sleep anxiety, and parasomnias are more common in children with ODD comorbidity than in children with ADHD alone. It was found that ADHD and ADHD+ODD groups had higher scores than the control group in terms of family discord and strict discipline, and a relationship was found between overprotective parental attitude and night wakings and sleep-disordered breathing in children. It should not be forgotten that there is a two-way interaction between child behavior and parental attitudes. In addition to the treatment of psychopathology in the child, parents should be provided with the necessary psychiatric support and should be directed to parent education programs.

**Keywords:** Attention Deficit Hyperactivity Disorder, Chronotype, Circadian Rhythm, Oppositional Defiant Disorder, Sleep Disorder

## 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB), DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-V) tanımına göre, “yaş ve gelişim düzeyine uygun olmayan, okul veya toplum hayatındaki işlevselliği olumsuz etkileyen dikkatsizlik, aşırı hareketlilik ve dürtüsellikle karakterize” bir bozukluktur. DSM-5’te “nörogelişimsel bozukluklar” ana başlığı altında yer almaktadır. (1) DEHB ev, okul ve akran ilişkileri başta olmak üzere birçok alanda işlevsellikte bozulmalara yol açar. Tedavi edilmemiş DEHB’nin komorbid psikopatolojilere yol açarak ailelere ve topluma çeşitli şekillerde yük olduğu düşünülmektedir. (2)

Karşıt olma karşı gelme bozukluğu (KOKGB), otorite figürlerine karşı olumsuz, düşmanca ve itaatsiz davranışlar ile karakterize bir davranış bozukluğudur. DSM-5’te “yıkıcı davranış bozuklukları” ana başlığı altında yer almaktadır. (1) KOKGB özellikle erkek çocuklarda davranım bozukluğu ile gelişimsel süreklilik gösterir ve DEHB ile önemli ölçüde örtüşür (3). KOKGB'nin farklı psikiyatrik sonuçlara yol açabilecek çeşitli alt boyutlardan meydana gelen heterojen bir bozukluk olduğu öne sürülmüştür. (4, 5)

Klinik pratikte DEHB'li çocuk ve ergenlerin %25 ila %50'sinde uyku sorunları bildirilmekte, özellikle uykuyu başlatma ve sürdürmede zorluklar rapor edilmektedir. (6) Uyku sorunları ile DEHB arasında çift yönlü bir ilişki vardır. Alan yazında DEHB alt tiplerinin, semptom şiddetinin, ilaç tedavisi ve komorbid psikopatolojilerin uyku sorunlarına olan etkilerini araştıran pek çok çalışma yayınlanmıştır. Bir çalışmada

DEHB’li çocuklarda komorbid KOKGB’nin uyku sorunlarına bir etkisi bulunmazken, komorbid anksiyete ve depresyonun uyku problemlerini artırdığı saptanmıştır. (7) DEHB’li çocuk ve ergenlerde uyku problemlerini ele alırken göz ardı edilmemesi gereken diğer bir faktör de teknoloji kullanımı ve ekran maruziyetidir. DEHB’li ergenlerin, DEHB’si olmayan ergenlere göre daha fazla teknolojik alet kullandığı, teknoloji kullanımı ile daha zayıf uyku ve artan gündüz uykululuğu arasında ilişki bulunduğu raporlanmıştır. (8) DEHB’li ergenler üzerinde yapılan bir başka araştırmada gece medya kullanımı, daha kısa uyku süresi, akşamcıl kronotip ve daha fazla gündüz uykululuğu ile ilişkili bulunmuştur. (9)

Genetik faktörler hem DEHB hem de dışa atım bozuklukları ile güçlü bir şekilde ilişkili bulunmasına rağmen, paylaşılan çevresel faktörlerin bu bozuklukların birlikte görülmesi üzerinde büyük öneme sahip olduğu bildirilmektedir. (10) Davranış sorunları eşlik eden DEHB’nin aile işlevselliğinde bozulma, bozulmuş ebeveyn-çocuk ilişkisi, artmış ebeveynlik stresi ve ebeveyn psikopatolojisi ile ilişkili olduğu bulunmuştur. (11) Giderek artan sayıda çalışma, duyarsız, zorlayıcı ebeveynliğin ve ebeveyn-ergen çatışmasının DEHB’ye eşlik eden karşıt olma davranışlarıyla yakından bağlantılı olduğunu ileri sürmektedir. (12) (13)

Gelecekteki araştırmalar için, DEHB’de yaşam boyu grup farklılıklarının incelenmesi, gelişimsel psikopatoloji perspektifinin geliştirilmesi, ilişkisellikten nedenselliğe geçilmesi ve DEHB’li bireylere yönelik müdahalelerde uykunun değerlendirilmesi önerilmektedir. (14) Bu çalışmada KOKGB komorbiditesi bulunan ve bulunmayan DEHB’li çocuklarda uyku alışkanlıklarının ve kronotip tercihlerinin araştırılması, uyku problemleri ile medya kullanımı ve ebeveyn tutumları arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

#### 2.1.1. Tanım ve Tarihçe

DEHB, DSM-V'teki tanımına göre, "gelişim düzeyine uygun olmayan, okul veya toplum hayatındaki işlevselliği olumsuz etkileyen dikkatsizlik, aşırı hareketlilik ve dürtüsellik" semptomlarının görüldüğü bir bozukluktur. (1) Çocuk yaş grubunda en sık görülen psikiyatrik bozukluklardan biridir.(15) Bu bozukluğun, multifaktöryel olduğu düşünülmektedir. (16)

DEHB çocuk ve ergenlerde ev, okul ve akran ilişkileri başta olmak üzere birçok alanda işlevsellikte bozulmalara yol açar. Ayrıca uzun vadede akademik ve mesleki becerilerde, sosyal ve duygusal gelişim üzerinde olumsuz etkileri olduğu gösterilmiştir. Tedavi edilmemiş DEHB'nin komorbid psikopatolojilere yol açarak ailelere ve topluma çeşitli şekillerde yük olduğu düşünülmektedir. (2)

Tanı ve kavramsallaştırmada tartışmalar olsa da DEHB'nin kökeni tarihte 18. yüzyılın son çeyreğine kadar dayanır. O dönemde dikkat dağınıklığı ve aşırı aktivite belirtileri gösteren bireylere dair yayınlanmış önemli bilimsel ve bilimsel olmayan raporlar bulunmaktadır. (17) "Dikkat eksikliği" terimi 1775 yılında Alman hekim Melchior Adam Weikard tarafından ilk defa kullanılmıştır. (18) İskoç hekim Alexander Crichton 1798'de yayınlanan bir tıp ders kitabında dikkat bozuklukları hakkında bir bölüm kaleme almıştır.

(19) Alman doktor Heinrich Hoffman 1865 yılında yazdığı kitabında DEHB’li bir çocuğu betimlemiştir.(20) 1902 yılında İngiliz hekim George F. Still, klinik pratiğinde sürekli dikkat konusunda ciddi sorunlar yaşayan, çoğunun oldukça aktif olduğunu belirttiği 43 çocuk tanımlamıştır.(21) 20. yüzyıl boyunca, "minimal beyin hasarı", "minimal beyin disfonksiyonu", "hiperkinezi" ve "hiperaktif çocuk sendromu", günümüzde DEHB olarak adlandırılan durumu ifade etmek için kullanılan terimlerdenidir. (22)

DSM-II’de “çocukluk veya ergenliğin hiperkinetik reaksiyonu” terimi ile hastalık psikiyatri tarafından ilk defa resmi olarak tanınmıştır. (23) (24) DSM-III-R ile birlikte günümüzde de kullanılan şekli olan, DEHB olarak isimlendirilmiştir. (25)

1994’te yayımlanan DSM-IV, DEHB’yi üç alt tipe ayırdı: Dikkat eksikliği baskın tip, hiperaktif-dürtüsel tip ve kombine tip. (26) (27) DSM-5 ise DEHB’yi önceki sürümlerden farklı olarak “nörogelişimsel bozukluklar” ana başlığı altına almış ve alt tipler yerine görünümünden bahsetmiştir. Bu görünüm, ağırlıklı olarak dikkat eksikliği görünümü, ağırlıklı olarak hiperaktivite/dürtüsellik görünümü ve kombine görünüm olarak tanımlanmıştır. (1)

### **2.1.2. Tanı Ölçütleri**

DEHB tanısı temelde klinik görüşme ile konulur. Bununla birlikte bazı nesnel ölçeklerin uygulanması tanıya yardımcı olabilir. Birincil bilgi kaynağı olarak ebeveynler, ardından okul öğretmenleri gelmektedir. DEHB’de görülen semptomlarla karışabilecek diğer tıbbi ve psikiyatrik durumları ayırt etmek için hastadan ayrıntılı öykü almak gerekmektedir. (28) Klinisyen, belirtilerin her biri hakkında ebeveynlerle ayrıntılı görüşme yapmalı, semptomların şiddetini, süresini ve sıklığını sorgulamalıdır. Tanı koyarken hastada yeterli sayıda semptomun, kronik bir seyir içerisinde bulunması ve belirtilerin çocukluk çağında başlangıç göstermesine dikkat edilmelidir. (29)

DSM-5’te DEHB semptomları dikkatsizlik ve hiperaktivite/dürtüsellik olarak ikiye ayrılmıştır. Belirtiler iki veya daha fazla ortamda gözlenebilmeli ayrıca okul, meslek ve toplum hayatındaki işlevsellikte bozulmalar meydana getirmelidir. (1) (Tablo-1)

Çalışmalarda dikkatsizlik semptomları daha çok akademik başarı, özsaygı ve uyumsal işlevsellikte düşüklük ile; hiperaktivite ve dürtüsellik semptomları ise akranlar tarafından

reddedilme, saldırganlık, kaza ve yaralanmaların fazla olması ile ilişkili bulunmuştur. Ayrıca kombine DEHB'li çocuk ve ergenlerin, dikkatsizlik veya hareketlilik baskın olan DEHB gruplarına kıyasla genel işlevsellik açısından daha zayıf oldukları gösterilmiştir. (30)

**Tablo 1.** DSM- 5'e Göre DEHB Tanı Kriterleri

<p><b>A.</b> Aşağıdakilerden (1) ve/ya da (2) bulunmaktadır.</p> <p><b>(1)</b> Aşağıdaki dikkatsizlik belirtilerinden altısı ya da daha fazlası (17 yaş ve üzeri için 5 belirti yeterli) en az altı ay uyumsuzluk doğurucu ya da ve gelişim düzeyine göre aykırı bir derecede sürmüştür:</p> <p>(a) Çoğu zaman dikkatini ayrıntılara veremez ya da okul ödevlerinde, işlerinde ya da diğer etkinliklerde dikkatsizce hatalar yapar.</p> <p>(b) Çoğu zaman üzerine aldığı görevlerde ya da oynadığı etkinliklerde dikkati dağınık.</p> <p>(c) Doğrudan kendisine konuşulduğunda çoğu zaman dinlemiyormuş gibi görünür. 9</p> <p>(d) Çoğu zaman yönergeleri izlemez ve okul ödevlerini, ufak tefek işleri ya da iş yerindeki görevlerini tamamlayamaz (karşıt olma bozukluğuna ya da yönergeleri anlayamamaya bağlı değildir).</p> <p>(e) Çoğu zaman üzerine aldığı görevi ve etkinlikleri düzenlemekte zorluk çeker.</p> <p>(f) Çoğu zaman sürekli mental aktivite gerektiren görevlerden kaçınır, bunları sevmez ya da bunlarda yer almaya karşı isteksizdir.</p> <p>(g) Çoğu zaman üzerine aldığı görev ya da etkinlikler için gerekli olan şeyleri kaybeder.</p> <p>(h) Çoğu zaman dikkati dış uyaranlarla kolayca dağınık.</p> <p>(i) Günlük etkinliklerinde çoğu zaman unutkanlıktır.</p> <p><b>(2)</b> Aşağıdaki hiperaktivite/impulsivite belirtilerinden altısı ya da daha fazlası (17 yaş ve üzeri için 5 belirti yeterli) en az altı ay süreyle uyumsuzluk doğurucu ve gelişim düzeyine göre aykırı bir derecede sürmüştür:</p> <p>(a) Çoğu zaman elleri, ayakları kıpır kıpırdır ya da oturduğu yerde kıpırdanıp durur.</p> <p>(b) Çoğu zaman sınıfta ya da oturması beklenen diğer durumlarda oturduğu yerden kalkar.</p> <p>(c) Çoğu zaman uygunsuz olan durumlarda koşuturup durur ya da tırmanır.</p> <p>(d) Çoğu zaman sakin bir biçimde boş zamanları geçirme etkinliklerine katılma ya da oyun oynama zorluğu vardır.</p> <p>(e) Çoğu zaman hareket halindedir ya da bir motor tarafından sürülüyormuş gibi davranır.</p> <p>(f) Çoğu zaman çok konuşur.</p> <p>(g) Çoğu zaman sorulan soru tamamlanmadan cevabını yapıştırır.</p> <p>(h) Çoğu zaman sırasını beklemede güçlüğü vardır.</p> <p>(i) Çoğu zaman başkalarının sözünü keser ya da başkalarının yaptıklarının arasına girer.</p> <p>10</p> <p><b>B.</b> Bozulmaya yol açmış olan dikkatsizlik ve hiperakti/impulsif belirtilerin çoğu 12 yaşından önce de vardır.</p> <p><b>C.</b> İki ya da daha fazla ortamda belirtilerden kaynaklanan bir bozulma vardır (ev, okul ya da işyeri; arkadaşları ya da akrabalarıyla; diğer etkinlikler sırasında).</p> <p><b>D.</b> Toplumsal, okuldaki ya da mesleki işlevsellikte klinik açıdan belirgin bozulma olduğunun açık kanıtları olmalıdır.</p>
---

**E.** Bu belirtiler yalnızca şizofreni ya da psikozla giden başka bir bozukluğun gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır ve başka ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz.

**Bileşik alt tip:** Son altı ay içinde hem A1 (dikkatsizlik), hem A2 (hiperaktivite/impulsivite) tanı ölçütleri karşılanmıştır.

**Dikkat eksikliğinin baskın olduğu alt tip:** Son altı ay içinde A1 (dikkatsizlik) tanı ölçütleri karşılanmış, A2 (hiperaktivite/impulsivite) tanı ölçütleri karşılanmamıştır.

**Hiperaktivite/impulsivitenin baskın olduğu alt tip:** Son altı ay içinde A1 (dikkatsizlik) tanı ölçütleri karşılanmamış, A2 (hiperaktivite/impulsivite) tanı ölçütleri karşılanmıştır.

**Varsa belirtiniz:**

Tam olmayan yatışma gösteren: Daha önceden tüm tanı ölçütleri karşılanmış olmakla birlikte, son altı ay içinde tüm tanı ölçütlerinden daha azı karşılanmaktadır. Belirtiler bugün içinde toplumsal, okul ya da işle ilgili işlevsellikte bozulmaya neden olmaktadır. Şiddeti: Hafif/Orta/Ağır

### 2.1.3. Epidemiyoloji

Yapılan birçok epidemiyolojik çalışma sonucunda DEHB'nin tüm dünyada benzer oranlarda görülen bir bozukluk olduğu ortaya çıkmıştır. (31) (32) (33) Çocuk ve ergenlerde ruhsal bozuklukların prevalansının incelendiği çok merkezli bir metaanalizde, bu yaş grubunda ruhsal bozuklukların dünya çapında prevalansı %13,4 bulunurken, DEHB yaygınlığı ise ortalama %3,4 olarak bildirilmiştir (34). Polanczyk ve arkadaşlarının 2014 yılında yaptığı geniş çaplı bir metaanaliz çalışmasında kuzey Amerika, Güney Amerika, Avrupa, Asya, Afrika ve Okyanusya kıtaları arasında benzer DEHB yaygınlık oranları saptanmış, bununla birlikte yaygınlığın zaman içerisinde artmadığı sonucuna ulaşılmıştır. DEHB tanı ve tedavi oranlarının artması ise artan farkındalık, tedaviye erişimin kolaylaşması ve farklı klinik uygulamaların bir sonucu olarak yorumlanmıştır. (31)

Ülkemizde yapılan çalışmalarda Türkiye'de DEHB prevalansının dünya ortalamasının üstünde değerlerde olduğu görülmüştür. (35) Ercan ve arkadaşlarının ülkemizde DSM-4 tanı ölçütlerini referans alarak yaptığı 4 yıllık boylamsal bir çalışmada DEHB prevalansı ilk yıldan itibaren sırasıyla %13.38, %12.53, %12.22 ve %12.91 olarak saptanmıştır. (36) Ercan ve arkadaşlarının yaptığı, 5830 çocuğun katıldığı ülke çapında kesitsel ve çok merkezli çalışmanın sonucunda ülkemizde ilkökul çağındaki çocuklarda en sık görülen ruhsal bozukluğun DEHB olduğu, çocuklarda DEHB prevalansının işlevsellikte bozulma

olan ve olmayan olarak sırasıyla %12.4 ve %19.5 oranında tespit edildiği raporlanmıştır. (23)

Çalışmalarda DEHB ile sosyoekonomik durum arasındaki ilişki çelişkili sonuçlar göstermekle birlikte tedaviye erişim ve hastalıkla ilgili farkındalık yüksek eğitilmiş ailelerde daha fazladır. (37) Çalışmalarda cinsiyetler arası farklılıklar dikkat çekmiş ve kız/erkek oranları 1/5 ila 1/9 arasında değişen oranlarda saptanmıştır. (38) Epidemiyolojik çalışmalarda çocukluk çağı DEHB'sinde cinsiyet oranının 1/3 oranında saptanmış olması klinik çalışmalarda kız DEHB'lerin yeterince tanınmadığını düşündürmüş olup; erişkin DEHB çalışmalarında kadın ve erkek cinsiyetleri arasında benzer görülme sıklıkları saptanmıştır. (39) Çocuk kliniklerinde erkek çocuklardaki baskın hakimiyetin nedeni olarak kızlara kıyasla gösterdikleri yüksek hiperaktivite-dürtüsellik seviyeleri öne sürülmüştür. (40)

Boylamsal çalışmalar hastaların %15'inin yetişkinlikte tanı ölçütlerini tam olarak karşıladığını, kısmi remisyonundaki olgular da dahil edildiğinde ise %65 oranında kalıcılık saptandığını göstermiştir. (41) Yetişkin örneklem ile yapılan epidemiyolojik çalışmalarda yaş arttıkça DEHB prevalansının azaldığı görülmüştür. Fayyad ve arkadaşları yaptıkları metaanalizde yetişkinlerde DEHB sıklığını %2.8 olarak raporlamıştır. (42)

#### **2.1.4. Etiyoloji**

DEHB'nin çeşitli klinik görünümleri olan heterojen bir hastalık olması etiyojinin aydınlatılmasını zorlaştırmaktadır. (1) Etiyolojide genetik, çevresel, beyin yapısı ve nöronal süreçler ile ilgili çeşitli faktörler yer alır.

##### **2.1.4.1. Genetik faktörler**

Genetik alanında yapılan davranışsal genetik ve moleküler genetik çalışmaları DEHB etiyojinin aydınlatılmasında yardımcı olmuş ve DEHB'nin karmaşık genetik mimariye sahip bir bozukluk olduğu sonucuna ulaşılmıştır. (43) (44)

İkiz ve aile çalışmaları, DEHB'li çocukların ebeveynlerinde ve kardeşlerinde DEHB görülme riskinin oldukça arttığını göstermekte, bozukluğun yüksek kalıtsallık oranlarına işaret etmektedir. (43) Evlat edinme çalışmaları DEHB'li çocukların evlat edinen

ebeveynlerinde DEHB oranının DEHB'li çocukların biyolojik ebeveynlerinden daha düşük olduğunu ve kontrol grubunun ebeveynleri ile ayırt edilemez oranda benzerlik gösterdiğini kanıtlamıştır. (45)

DEHB etiolojisinde yer alan nörotransmitter sistemleri içerisinde en çok araştırılan genler başta DRD4 ve DAT1 genleri olmak üzere dopaminerjik sistem genleridir. Aday gen çalışmaları sonucunda DEHB'nin etiolojisinde birden fazla gen bölgesinin etki gösterdiği sonucu ortaya çıkmıştır. (46)

Bağlantı çalışmalarında 100'den fazla gen bölgesi DEHB ile ilişkilendirilmiş, dolayısıyla spesifik genlerin saptanmasında yeterince etkili bulunmamış ve son zamanlarda genom çapı ilişkilendirme çalışmalarına yönelim artmıştır. (47) (48) Ancak genom çapı ilişkilendirme çalışmaları henüz aile ve ikiz çalışmalarında gösterilen kalıtsallık oranına yaklaşmamıştır. (49)

#### **2.1.4.2. Çevresel Faktörler**

Genetik alanında yapılan güncel çalışmalar bozukluğun etiolojisinde gen-çevre etkileşiminin önemini vurgulamıştır. Çevresel faktörler genlerin ifade edilme şeklini etkileyerek DEHB riskine ve sonraki süreçlere katkıda bulunabilir. (44) Yapılan çalışmalar DEHB ile ilişkili varyansın %10-40'ının çevresel faktörlerden kaynaklandığını göstermektedir. (50)

Çalışmalarda çevresel risk faktörleri arasından en sık prenatal ve perinatal faktörler, toksinlere maruziyet, beslenme alışkanlıkları ve psikososyal risk faktörlerinin üzerinde durulmuştur. (44) Prematüre doğum, düşük doğum ağırlığı, annenin gebelik esnasındaki stresi ve sigara kullanımı DEHB ile ilişkili bulunmuştur. (51) Çevresel toksinlere maruziyetin nörogelişim üzerindeki olumsuz etkilerine yönelik kanıtlar bulunmasına rağmen DEHB etiolojisindeki rolüne dair daha çok çalışmaya ihtiyaç vardır. (44)

Bugüne kadar yapılan araştırmalar, beslenme alışkanlıklarının DEHB'nin çekirdek belirtileri olan hiperaktivite ve dikkat problemlerinde katkısı olabileceğini göstermiştir. Bazı çalışmalarda demir, çinko, magnezyum ve çoklu doymamış yağ asitleri düzeyleri düşük olan çocuklarda, bu besinlerin takviyesiyle semptomlarda azalma sağlanabildiği

gösterilmiştir. Ancak bu tür gıda eksikliklerinin DEHB etiolojisinde nedensel bir etkiye sahip olup olmadığı konusunda daha güçlü kanıtlara ihtiyaç vardır. (52)

Aile içi sıkıntılar, düşük gelir, ebeveyn-çocuk arasında çatışma ve düşmanlık, erken yaşta bakım verenden ayrı düşme ile şiddetli yoksunluk gibi faktörler DEHB etiolojisinde çalışılan psikososyal faktörlerdir. (53) (44) Çalışmalar sonucunda bu gibi psikososyal faktörler ile DEHB arasında kesin bir nedensel ilişki gösterilemese de, bu faktörlerin davranış problemleri gibi ikincil olumsuz sonuçlara yol açarak DEHB'nin görünümünü ve seyrini etkilediği gösterilmiştir. (44)

### **2.1.4.3. Nörobiyoloji ve Nörogörüntüleme**

Çok sayıda çalışma çalışma DEHB'li bireylerin beyninde yapısal ve işlevsel farklılıklar olduğunu ortaya koyarak DEHB'nin nörogelişimsel bir bozukluk olduğunu kanıtlamıştır. (54)

Hayvan modellerindeki bulgular, DEHB patofizyolojisinde dopaminerjik ve noradrenerjik nörotransmisyonun yanı sıra serotonerjik nörotransmisyonun da dahil olduğunu düşündürmektedir. Çalışmalarda DEHB'li bireylerin bilişsel işlev performanslarında belirgin bir heterojenlik bulunmakla birlikte, yürütücü işlev fonksiyonları açısından tepki engelleme, uyanıklık, çalışma belleği ve planlama alanında tutarlı bir ilişki görülmektedir. (55)

DEHB patofizyolojisine dair yapılan nörogörüntüleme çalışmaları sonucunda toplam beyin hacminde ve çeşitli beyin bölgelerinin boyutlarında azalma tespit edilmiştir. (56) Kapsamlı bir metaanaliz çalışması sonucunda DEHB patofizyolojisinin bölgesel anormalliklerden çok beyin bölgeleri arasındaki ağ etkileşimlerindeki bozulmaya dayanabileceği öne sürülmüştür. (57)

Bir derleme çalışmasında DEHB'li bireylerde yapılan fMRI, PET ve DTI çalışmalarını incelenmiş, DEHB'nin fronto-striatal, fronto-temporal ve fronto-parietal devre boyunca anormal anatomik işleyiş ile karakterize olduğu ortaya çıkmıştır. (54)

### **2.1.5. Komorbidite**

DEHB'ye psikiyatrik ve psikiyatrik olmayan komorbid patolojiler sıklıkla eşlik eder. ABD'de yürütülen bir araştırma sonucunda DEHB'li çocukların % 67'sine en az 1 komorbiditenin eşlik ettiği, artan komorbidite ile birlikte çocukların daha kötü işlevsellik gösterdikleri, sağlık ve eğitim hizmetlerinden yararlanma ve bakım koordinasyonuna ihtiyaç duyma olasılıklarının arttığı tespit edilmiştir. (58)

Çocuk ve erişkinlerde eşlik eden komorbid psikiyatrik patolojiler çeşitlilik gösterir. Çocuklarda en sık eşlik eden psikiyatrik patoloji KOKGB ve davranım bozukluğu (DB) iken; ergenlik döneminde madde kullanım bozuklukları, yetişkinlikte ise anksiyete ve duygudurum bozuklukları, antisosyal kişilik bozukluğu ön plana çıkmaktadır. (40) Bir derlemede DEHB'ye eşlik eden KOKGB ile DB tanı oranları sırasıyla %60 ve % 15 olarak tahmin etmiştir. İki tanı da kombine DEHB alt tipinde, dikkatsiz alt tipe göre daha fazla görülmektedir. (59) Çocuklukta KOKGB öyküsü olan erişkin DEHB hastalarının, KOKGB öyküsü olmayanlara göre daha yüksek oranda psikiyatrik komorbiditeye ve psikososyal işlevsellikte bozulmaya sahip olduğu gösterilmiştir. (60) Ülkemizde yapılan bir araştırma DEHB'li çocuklarda işlevsellikteki bozulmanın KOKGB ve DB komorbiditeleri ile yüksek oranda ilişkili olduğunu saptamıştır. (35)

Çocukluk çağında DEHB'ye eşlik eden diğer psikiyatrik ve psikiyatrik olmayan patolojiler arasında öğrenme güçlüğü, kaygı, depresyon, konuşma problemleri, otizm spektrum bozukluğu, işitme problemleri, epilepsi, görme problemleri ve Tourette sendromu yer alır. Yoksul ailelerden gelen çocukların varlıklı aile çocuklarına göre komorbid durumlara daha yüksek oranda sahip olduğu gösterilmiştir. 3 veya daha fazla komorbiditesi olan DEHB'li çocuklar okul, akran ve sosyal işlevsellik alanlarında daha yüksek bozulma göstermiştir. (58)

## **2.2. Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu**

### **2.2.1. Tanım ve Tanı Ölçütleri**

KOKGB, DSM-V tanımına göre; “otorite figürlerine karşı olumsuz, düşmanca ve itaatsiz davranışlar” ile karakterize yıkıcı bir davranış bozukluğudur. “Öfkeli/kolay kızan duygudurum, tartışmacı/karşı gelen davranış veya kin besleme” alt boyutlarında yer alan

8 semptomdan en az 4'ü, en az altı ay süreyle bulunmalı ve sosyal, akademik veya mesleki işlevsellikte bozulmaya sebep olmalıdır. (1)

DSM-IV, KOKGB'nin tüm özelliklerinin DB'de mevcut olduğunu, bu sebeple DB için tüm kriterler karşılanırsa KOKGB tanısı koyulamayacağını belirtir. (26) Ancak güncel çalışmalar KOKGB ve DB'nin tamamen ayrı bozukluklar olarak sınıflandırılıp, tedavi edilmesinin faydalı olacağını göstermektedir. (3) DSM-V, bu tanısal kısıtlılığı ortadan kaldırmış ve otorite figürleri ile çatışmanın, bozukluğun temel özelliğinden ziyade belirli semptomların bir göstergesi olduğunu açıklamıştır. (1)

KOKGB özellikle erkek çocuklarda davranım bozukluğu ile gelişimsel süreklilik gösterir ve DEHB ile önemli ölçüde örtüşür. (3) Ayrıca klinik ve toplum temelli örneklerde duygudurum bozukluklarıyla da güçlü bağlantılar gösterdiği kanıtlanmıştır. Bu sonuçlardan yola çıkılarak KOKGB'nin farklı psikiyatrik sonuçlara yol açabilecek çeşitli alt boyutlardan meydana gelen heterojen bir bozukluk olduğu öne sürülmüştür. (4, 5)

Stringaris ve Goodman, çalışmalarında KOKGB'de 3 alt boyuttan bahsetmiştir: Sinirli, inatçı ve incitici boyutlar. Sinirli alt boyut duygusal problemler ve akran problemleri ile, inatçı alt boyut davranış problemleri ve hiperaktivite ile, incitici boyut duygusuzlukla ilişkili bulunmuştur. (61)

### **2.2.2. Epidemiyoloji**

KOKGB en sık okul öncesi veya ilkökul döneminde ortaya çıkar, ancak ergenlik döneminde de başlangıç gösterebilir. (62) Epidemiyolojik çalışmalar, okul öncesi yıllarda en yaygın bozukluk olduğunu ve 6-13 yaş arası çocuklar arasında %3 ila %6 oranında olduğunu göstermektedir. (63) (64) Güncel bir meta-analiz, 1 ile 7 yaş arasında ruhsal bozuklukların prevalansının %20.1 olduğunu, en sık görülen ruhsal bozukluğun ise %4,9 görülme sıklığı ile KOKGB olduğunu raporlamıştır. (65) Türkiye'de yapılan bir çalışmada 4 yıllık ortalama KOKGB prevalansı %3,87 olarak bulunmuştur. (36) Klinik ve adli örneklerde KOKGB tanı oranları, toplum örneklemli çalışmalardan daha yüksek bulunmuştur. (66) (67)

Çalışmalarda KOKGB'nin daha çok düşük sosyoekonomik grupta görüldüğü, ergenlik öncesinde erkeklerde daha yüksek iken ergenlik sonrasında cinsiyetler arası farklılığın

ortadan kalktığı raporlanmıştır. (68) Bir metaanalizde, orta çocukluk döneminde KOKGB prevalansı erkeklerde belirgin bir şekilde daha yüksek bulunmuş olup, erkek/kız prevalans oranı 1,59/1olarak raporlanmıştır. (69) Pek çok araştırmacı tarafından kız çocuklarında görülen agresyon ve karşıt olma davranışlarının erkek çocuklarına göre daha dolaylı yoldan ifade bulabileceği; dolayısıyla mevcut tanı kriterlerinin kız çocuklarını tanılamada yetersiz kalabileceği not edilmiştir. (70) (71)

KOKGB her ne kadar bir çocukluk çağı bozukluğu olarak kabul edilse de kanıtlar bozukluğun yaygınlık oranlarının geç ergenliğe kadar sabit olduğunu ve semptomların genç erişkinliğe kadar devam edebildiğini göstermektedir. (72) 18-24 yaşları arasındaki üniversite öğrencilerinde KOKGB'yi inceleyen bir çalışmada, dört veya daha fazla KOKGB semptomu bildiren bireylerin oranı %3,39 ve %4,12 olarak saptanmış ve cinsiyetler arası anlamlı farklılık bulunmamıştır. (73)

### **2.2.3. Etiyoloji**

KOKGB'nin etiyojisi, içerisinde çeşitli faktörlerin yer aldığı biyo-psiko-sosyal bir risk/koruyucu faktör modeline dayanmaktadır. (70)

Ebeveynlerde nikotin kullanımı, prenatal dönemde beslenme yetersizlikleri ve gelişimsel gecikme biyolojik nedenler arasındadır. Güvensiz bağlanma, istismar, sert ceza, tutarsız disiplin ve ebeveyn psikopatolojisi etiyojide yer alan psikolojik faktörlerdendir. Ayrıca yoksulluk, akran reddi ve topluluk şiddeti de bozukluğa katkıda bulunan sosyal faktörler arasındadır. (68)

Geçmişte pek çok araştırma, KOKGB'yi yıkıcı davranış bozuklukları, dışsallaştırma sorunları ve davranış sorunları gibi geniş kategoriler bağlamında araştırmıştır. (63) Bugüne kadar yapılan çalışmalar çocuklarda dışa atım bozukluklarında 4 faktörün önemine dikkat çekmiştir: Bağlamla ilgili özellikler, ebeveyn özellikleri, ebeveynlik stilleri ve mizaç gibi çocuğa ait özellikler. (64)

Kapsamlı bir metaanaliz otoriter, hoşgörülü ve ihmalkar ebeveynliğin daha yüksek düzeyde dışsallaştırma sorunlarıyla ilişkili olduğunu raporlamıştır. (74) Çocukların mizaç özellikleri ile geliştirdikleri dışa atım ve içe alım bozukluklarını inceleyen boylamsal bir

çalışmada, dışa atım bozuklukları düşük çabalı kontrol, yüksek dürtüsellik ve olumsuz duygulanım ile ilişkili bulunmuştur. (75)

4 yaşındaki çocuklarda KOKGB gelişimi açısından erken risk faktörlerini inceleyen bir çalışmada stres, çatışma, ebeveyn depresyonu ve ebeveyn düşmanlığı gibi faktörlerin yanı sıra; çocuğa ait faktörlerden olumsuz duygulanım, çabalı kontrol ve duygusal düzenlemenin KOKGB semptomları üzerinde doğrudan etkileri olduğu vurgulanmıştır. (64)

Duygu düzenleme, birçok psikopatolojinin etiolojisinde yer alan bir belirteç olarak belirlenmiştir. Duygu düzenlemenin KOKGB'deki 3 boyutla ilişkisini araştıran bir çalışmada duygu düzenleme KOKGB, sinirlilik ve karşıt olma ile negatif olarak ilişkili bulunmuş, kin beslemeyle ise ilişkili bulunmamıştır. (63) Yakın zamanlı bir çalışma çocukların KOKGB semptomlarının hem çocukların hem ebeveynlerin duygu düzenlemesi üzerinde önemli etkileri olduğunu göstermiş, dolayısıyla çocuklarda KOKGB belirtilerini azaltmak için yalnızca çocukların değil aynı zamanda ebeveynlerin de duygu düzenlemesini iyileştirmenin gerekli olduğunu ileri sürmüştür. (76)

#### **2.2.4. Komorbidite**

KOKGB, sıklıkla diğer psikiyatrik durumlarla birlikte görülür ve sıklıkla DB, madde kullanımı ve ciddi suç içeren davranışların gelişiminden önce gelir. (70) KOKGB'li erkek çocuklarda sürekli fiziksel kavga, düşük sosyoekonomik düzey, ebeveyn düşmanlığı gibi çevresel faktörler bozukluğun DB'ye ilerlemesi açısından kanıtlanmış risk faktörleridir. (71) Bir çalışmada davranım bozukluğu eşlik etsin veya etmesin, KOKGB tanısı olan gençlerin, KOKGB veya DB tanıları olmayan gençlere kıyasla daha yüksek komorbid psikiyatrik bozukluk oranlarına sahip olduğu; ayrıca aile ve sosyal işlevsellik alanlarında daha fazla bozulma gösterdiği saptanmıştır. (5)

DEHB, KOKGB ile en sık görülen komorbid durumlardan biridir ve bozukluğu olan çocukların %14 ila %40'ında görülür. (62, 68) KOKGB'nin DEHB ve DB ek tanılarında bağımsız olarak içe atım bozuklukları ile de sık komorbidite gösterdiği raporlanmıştır. (66) Çalışmalarda KOKGB'de görülen sinirlilik ve irritabilitenin; depresyon ve anksiyeteyi öngördüğü, kin tutma ve karşıt olma davranışlarının ise DB ve antisosyal davranışlar ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. (77)

### 2.3. Çocukluk Döneminde Uyku Bozuklukları

Kullanılan metot ve örneklemin özelliklerine göre değişkenlik göstermekle beraber, çocukların yaklaşık %25'inin, çocukluğun bir döneminde uyku problemleri yaşadığı tahmin edilmektedir. (78) Tıbbi, psikiyatrik veya nörogelişimsel bozukluğu olan çocuklarda, uyku bozukluklarının daha sık görüldüğü raporlanmıştır. Çocuklarda uyku yoksunluğu bilişsel, davranışsal ve duygusal birtakım problemlere yol açarak okul performansında ve sosyal işlevsellikte düşüş ile ilişkili bulunmuştur. Uyku sorunlarının aileler için önemli bir stres kaynağı olduğu, bakım verenin ebeveynlik becerilerini olumsuz yönde etkileyebileceği göz ardı edilmemelidir. Çocuklarda uyku bozuklukları yaş ve gelişim düzeyine göre ele alınmalı; eşlik eden tıbbi ve psikiyatrik bozukluklar, ebeveynlik stilleri ve tutumları, uyku ortamıyla ilgili fiziksel ve sosyal değişkenler mutlaka göz önünde bulundurulmalıdır. (78) (79)

Uyku bozukluklarının sınıflandırmasında, başlıca iki kaynak yer almaktadır. Bunlar; Amerikan Uyku Tıbbi Akademisi'nin Uyku Bozukluklarının Uluslararası Sınıflandırması (ICSD-3-International Classification of Sleep Disorders) ve DSM-V uyku bozuklukları sınıflandırmasıdır. (1, 80) (Tablo-2)

ICSD-3, uyku bozukluklarını insomniler, uykuyla ilişkili solunum bozuklukları, hipersomninin santral bozuklukları, sirkadiyen ritim uyku-uyanıklık bozuklukları, parasomniler, uykuyla ilişkili hareket bozuklukları ve diğer uyku bozuklukları olmak üzere 7 ana başlık altına toplamıştır. (80) Bu kaynaklar yetişkinler için elverişli görülmeyle beraber, çocukluk çağı uyku bozukluklarını tanımlamada yetersiz görülmektedir.

**Tablo 2.** DSM-V'e Göre Uyku Bozukluklarının Sınıflandırılması

- |  |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"><li>1. Uykusuzluk Bozukluğu</li><li>2. Aşırı Uykululuk Bozukluğu</li><li>3. Narkolepsi</li><li>4. Solunumla İlişkili Uyku Bozuklukları</li><li>5. Sirkadiyen Ritimle İlgili Uyku-Uyanıklık Bozuklukları</li><li>6. Parasomniler</li><li>7. Huzursuz Bacak Sendromu</li><li>8. Madde/İlacın Yol Açtığı Uyku Bozukluğu</li></ol> |
|--|

### 2.3.1. DEHB ve KOKGB’de Uyku Bozuklukları

DEHB’nin çekirdek belirtileri olan dikkatsizlik, dürtüsellik ve hareketlilik aynı zamanda uyku yoksunluğu belirtileri ile örtüşmektedir. DEHB olan bireylerde sıklıkla uyku bozuklukları, gündüz uykululuk hali ve sirkadiyen ritimde bozukluklar görülür. DEHB’de uyku-uyanıklığın rolü üzerine 1970’lerden başlayarak günümüze kadar pek çok araştırma yapılmış, DEHB'nin yaşam boyu uyku güçlükleri ile ilişkili olduğuna yönelik kanıtlar artmıştır. (81) (14)

DEHB'nin patofizyolojisinde rol oynayan kortikal ve beyin sapı bölgeleri (frontal, dorsolateral prefrontal, ventrolateral prefrontal ve dorsal anterior singulat kortekslerin yanı sıra striatum ve lateral temporal ve parietal bölgeler) aynı zamanda uyarılma ve dikkatin düzenlenmesinde rol oynar ve uyku yoksunluğuna oldukça duyarlı bölgelerdir. (82)

Günümüze kadar yapılan çalışmalar uykunun bilişsel gelişim ve performansta oynadığı hayati role işaret etmektedir. Prefrontal ve frontal korteksin uyarılma, uyku, duygulanım ve dikkatin düzenlenmesinde kritik bir rol oynadığı göz önünde bulundurulduğunda nöral devrelerdeki değişikliklerin DEHB’li çocuklarda hem uyku hem dikkat bozukluklarının altında yatan mekanizma olduğu düşünülmektedir. Uyku yoksunluğunun DEHB’li çocuklarda yürütücü işlevleri etkilemesi kaçınılmazdır. (83) Bununla birlikte, uyku sorunları pek çok psikiyatrik hastalıkta olduğu gibi DEHB’de de semptomların bir parçası olarak algılanmakta, birincil bir bozukluk olarak düşünülmemektedir. (84)

Klinik pratikte DEHB'li çocuk ve ergenlerin %25 ila %50'sinde uyku sorunları bildirilmekte, özellikle uykuyu başlatma ve sürdürmede zorluklar rapor edilmektedir. Uyku sorunları ile DEHB arasında çift yönlü bir ilişki vardır. Uyku sorunları DEHB semptomlarını taklit edebilir, DEHB semptomlarını şiddetlendirebilir, DEHB ile ilişkili olabilir veya DEHB tedavisinde kullanılan ilaçlar uyku sorunlarına neden olabilir. (6)

Bozuk uyku kalitesinin çocuklarda dürtüsellik, hiperaktivite ve saldırganlığı artırmasının yanı sıra duygudurum, akademik performans ve bilişsel işlevler üzerinde de olumsuz etkileri olmaktadır. DEHB’ye eşlik eden uyku sorunlarının daha kötü bilişsel ve davranışsal sonuçlarla ilişkili olduğu bildirilmektedir. (85) DEHB’li çocuklarda görülen

uyku problemleri ebeveynler için de büyük bir stresör olmaktadır. Avustralya’da yürütülen kesitsel bir araştırmada DEHB’li okul çocuklarında görülen uyku sorunlarının, çocuğun yaşam kalitesi ve işlevselliğinde bozulmaya sebep olmasının yanı sıra, bakımverenin ruh sağlığı ve aile işlevselliğinde bozulma ile de ilişkili olduğu saptanmıştır. (85)

Alanda yapılan erken dönemli bir metaanaliz DEHB’li çocukların uyku sırasında daha fazla hareket ettiğini, stimulan tedavisinin çocukların uyku döngülerinde birtakım değişikliklere yol açtığını raporlamıştır. (81) 80 DEHB ve 45 sağlıklı kontrol grubunda eşzamanlı aktigrafi ölçümü yapıp, ebeveyn-çocuk uyku günlüklerinin incelendiği bir çalışmada aktigrafik ölçümler DEHB grubunun daha kısa gerçek uyku süresi yaşadığını göstermiştir. Çocuk günlükleri, DEHB’li çocuklarda gündüz uykululuğunun daha fazla olduğunu, kalkmakta daha fazla zorluk çektiklerini ve daha az canlandırıcı uykuya sahip olduklarını göstermiştir. Ebeveyn günlükleri, DEHB’li çocukların daha fazla davranışsal zorluklar çektiğini göstermiştir. (86)

Kapsamlı bir metaanalizde, subjektif ölçümlerde DEHB’li çocuklarda daha fazla yatma zamanı direnci, uykuya başlama güçlüğü, gece uyanmaları, sabah uyanma güçlükleri, uykuda solunum bozukluğu ve gündüz uykululuğu olduğu gösterilmiştir. Objektif ölçümlerde uyku verimliliği, gerçek uyku süresi ve ortalama uykuya dalma süreleri DEHB’li çocuklarda kontrollere göre daha düşük bulunmuştur. (87) Deneysel bir çalışma, DEHB’li ergenlerde gece uyku süresinin gündüz davranışlarına nedensel bir katkısı olduğuna dair kanıt sunmaktadır. Uyku kısıtlaması yapılan ergenlerde daha fazla dikkatsizlik ve karşıt olma davranışı, daha fazla yavaş bilişsel tempo belirtileri ve gündüz uykululuk durumu bildirildiği raporlanmıştır. (88)

Alt tipler, komorbidite, yaş, cinsiyet ve ilaç kullanımı gibi pek çok faktör DEHB’de uyku ölçümlerini etkileyebilir. (89) DEHB alt tipleri ile komorbid anksiyete, depresyon ve KOKGB’nin uyku problemlerine olan etkisini araştıran bir çalışmada, DEHB semptom şiddeti arttıkça uyku problemlerinin arttığı saptanmıştır. Çalışmada, kombine tip DEHB’lilerin daha kısa uyku süresinin yanı sıra daha fazla uyku problemlerine sahip olduğu, dikkatsizlik baskın olanların ise daha fazla gündüz uykululuğu yaşadığı bildirilmiştir. Komorbid depresyon ve anksiyetenin uyku problemlerini artırırken, komorbid KOKGB’nin uykuya herhangi bir etkisi bulunmadığı raporlanmıştır. Ayrıca

DEHB tedavisi için ilaç kullanan çocukların, ilaç kullanmayan çocuklara göre uykuya dalmakta daha fazla zorluk çektiği ancak diğer uyku problemleri açısından aralarında anlamlı farklılık görülmediği not edilmiştir. (7)

Prospektif bir çalışmada, DEHB'li çocuklarda uyku sorunlarının genel olarak dalgalı seyir gösterdiği, çocukların %10'unda ise kalıcı olduğu saptanmıştır. Komorbid içselleştirme ve dışsallaştırma bozukluklarının, kalıcı uyku sorunları için bir risk faktörü olduğu saptanmıştır. (90) Literatürde, uyku sorunları ile davranış problemleri arasındaki ilişkiyi araştıran pek çok çalışma vardır. Nesnel ölçümler veya ebeveyn/öğretmen bildirimleri ile yapılan subjektif çalışmalar sonucunda, bozuk uyku kalitesi çocuk ve ergenlerde davranışsal sorunlarla ilişkili bulunmuştur. (91) Geçmişte yapılan çalışmalar, KOKGB'yi DEHB ve diğer psikiyatrik bozukluklardan ayırmayı zorlaştırmaktadır. Önceki çalışmalarda saptanan, dışsallaştırma bozuklukları ile uyku problemleri arasındaki ilişkinin, aslında KOKGB ile eştanıdan kaynaklandığı düşünülmektedir. Boylamsal bir çalışmada, KOKGB'nin uyku sorunlarını öngördüğü ve aralarında çift yönlü bir ilişki olduğu saptanmıştır. (92)

Uykuyu etkileyen faktörler arasında ebeveyn tutumları, üzerinde durulması gereken bir diğer konudur. Yakın zamanlı bir çalışmada ceza, tehdit, sözel ve fiziksel düşmanlık ile karakterize otoriter ebeveynlik stili ile, çocuklarda görülen uyku problemleri ve davranış sorunları arasında ilişki saptanmıştır. (93) Küçük çocuklarla yapılan bir araştırmada ise ebeveynlerdeki yüksek stresin, çocukların uykuya dalma süreleri ve gece uyanmaları ile olan ilişkisi vurgulanmıştır. (94)

DEHB'li çocuk ve ergenlerde uyku problemlerini ele alırken göz ardı edilmemesi gereken diğer bir faktör de teknoloji kullanımı ve gece ekran maruziyetidir. Çalışmalarda internet bağımlılığı ve DEHB arasında orta düzeyde bir ilişki bulunduğu saptanmıştır. Ayrıca erkek cinsiyet, zayıf aile desteği, koruyucu-kollayıcı ebeveynlik, düşük akademik başarı, kötü kişilerarası yetenek de internet bağımlılığını yordayan diğer faktörlerdir. (95) DEHB'li gençlerde medya kullanımının stresi azaltmak veya olumsuz duyguları yönetmek için bir başa çıkma mekanizması olarak kullanılabilmesi düşünülmektedir. (9) DEHB'li ergenlerin, DEHB'si olmayan ergenlere göre daha fazla teknolojik alet kullandığı, teknoloji kullanımı ile daha zayıf uyku ve artan gündüz uykululuğu arasında ilişki bulunduğu raporlanmıştır. (8) DEHB'li ergenler üzerinde yapılan bir başka

araştırmada gece medya kullanımı, daha kısa uyku süresi, akşamcıl kronotip ve daha fazla gündüz uykululuğu ile ilişkili bulunmuştur. (9)

DEHB ve uyku araştırmalarından elde edilen veriler sonucunda, DEHB'nin sadece gündüz görölen bir bozukluk olarak değerlendirilmemesi gerektiği anlaşılmaktadır. Gecikmiş uyku fazı, huzursuz bacaklar, periyodik uzuv hareket bozuklukları ve gündüz uykululuk eğilimi ile DEHB, 24 saatlik bir bozukluk olarak ön plana çıkmaktadır. (89) Gelecekteki araştırmalar için, DEHB'de yaşam boyu grup farklılıklarının incelenmesi, gelişimsel psikopatoloji perspektifinin geliştirilmesi, ilişkisellikten nedenselliğe geçilmesi ve DEHB'li bireylere yönelik müdahalelerde uykunun değerlendirilmesi önerilmektedir. (14)

#### **2.4. Sirkadiyen Ritim ve Kronotip**

İnsanlarda günlük hayatın ritmi; güneş saati, sosyal saat ve biyolojik saat olmak üzere üç farklı saat tarafından düzenlenir. (96) Sirkadiyen ritim, 24 saatlik biyolojik ritim olarak tanımlanmış olup, endojen ve eksojen faktörler tarafından yönetilir. Sirkadiyen ritim, ışık aracılığıyla güneş saatiyle senkronize edilir. Hipotalamusta bulunan suprakiazmatik nükleus (SCN) ise, sirkadiyen ritmi belirleyen ana endojen düzenleyicidir. (97)

Sirkadiyen ritimlerin anne karnında başladığı ve yaşlanma ile birlikte çeşitli değişikliklere uğradığı düşünölmektedir. Bebeklik döneminde, uyku-uyanıklık ritimleri ultradiandır. Uyku başlangıcı, uyanma zamanı ve diğer biyolojik ritimler erken çocukluk döneminde yetişkinlere göre daha erkendir. Ergenlik döneminde ise geç olma eğilimi gösterir. Yaşlı erişkinlerde ritimler erken olmaya geri döner. Sirkadiyen ritimde görölen bozulmaların, çeşitli psikiyatrik, nörogelişimsel ve nörodejeneratif bozukluklarla ve kalp hastalıkları, kanser gibi çeşitli tıbbi hastalıklarla ilişkili olduğu düşünölmektedir. (98)

Uyku/uyanıklık ve günlük aktivite zamanlaması konusundaki bireysel tercihler, kronotip olarak adlandırılmakta olup sirkadiyen ritmin bir parçasıdır. Sabahçıl, akşamcıl ve ara tip olmak üzere 3 kronotip çeşidi tanımlanmıştır. Sabahçıl tipler aktivitelere sabahın erken saatlerinde başlama eğilimindeyken, akşamcılar ise geç saatlerde daha verimlidir. (99).

Sirkadiyen ritim ve kronotip tercihlerinin belirlenmesinde vücut ısısı, melatonin ve kortizol ölçümleri, aktigrafi gibi objektif değerlendirmelerin yanı sıra, öz bildirime dayalı

anket değerlendirmeleri ve uyku günlükleri gibi subjektif ölçüm araçları kullanılabilir. (100)

#### **2.4.1. DEHB ve KOKGB’de Sirkadiyen Ritim ve Kronotip**

DEHB’li çocukların yaşadığı uyku güçlüklerinin etiyolojisinde uyku/uyanıklık döngüsünde kilit rol oynayan sirkadiyen ritmin önemi göz ardı edilmemelidir. Sirkadiyen ritimdeki bozulmalar ile bireylerdeki psikiyatrik semptomların Şiddeti, işlevsellik ve sağlık sorunları arasındaki ilişki konusunda yapılan çalışmalar dikkate değerdir. (101) Sistematik bir derleme DEHB’nin akşamcıl kronotip ve sirkadiyen faz gecikmesi ile ilişkili olduğunu gösteren kanıtlar sunmaktadır. (102) Akşamcıl tipler daha fazla uyku ihtiyacı, hafta içi ihtiyaç duyulan uyku miktarını karşılayamama, yatakta daha az zaman geçirme, hafta sonu ise yatakta daha fazla zaman geçirme, daha geç yatma ve geç uyanma, daha düzensiz uyku/uyanıklık alışkanlıkları ve daha fazla kafein tüketimi ile ilişkilendirilmiştir. (103)

Akşam kronotipinde görülen hafta içi ve hafta sonu uyku alışkanlıklarındaki farklılığın sebebi olarak çalışma/okul günlerinde biriken uyku borcunun tatil günlerinde telafi edilmeye çalışılması ne srlmştir. Çalışma/okul günleri ve boş günler arasında görülen, sosyal ve biyolojik zaman arasındaki bu tutarsızlık “sosyal jetlag” olarak isimlendirilmiştir. Bu uyumsuzluğun akşam kronotiplerinde daha düşük okul performansına yol açtığını gösteren çalışmalar vardır. (104) Sosyal jetlagı önlemek amacıyla iş ve okul programlarının kronotip tercihlerine göre ayarlanması gerektiği dşnlmektedir. (105)

alışmalar DEHB’de görülen uyku bozukluklarının sağaltımında melatonin ve ışık tedavisi gibi sirkadiyen temelli tedavilerin önemine işaret etmektedir. (101) Randomize, plasebo kontrollü bir çalışmada melatonin tedavisi verilen, uykuyu başlatma güçlüğü olan DEHB’li çocuklarda toplam uyku sresinde artış ve uykuya dalma güçlüğünde azalma sağlanmakla beraber; tedavinin davranış, biliş veya yaşam kalitesi üzerinde herhangi bir etkisi bulunmamıştır. (106)

## **2.5. Ebeveynlik ve Ebeveyn Tutumlarının Sınıflandırılması**

Ebeveynlik üzerine yapılan çalışmalarda, ebeveynlik boyutlarına ve ebeveynlik tiplerine odaklanan araştırmalar olmak üzere 2 farklı bakış açısı benimsenmiştir.

Schaefer, annelik davranışları üzerine çalışmalar yapmıştır. “Sevgiye karşı düşmanlık” ve “özerkliğe karşı kontrol” olmak üzere döngüsel bir model ortaya çıkarmıştır. Shafer’in modeline göre 3 ebeveynlik boyutu bulunmaktadır: Sıcaklık (şefkat, katılım, destekleyicilik, kabul), düşmanlık (şiddet, sinirlilik, müdahalecilik) ve aşırı veya yetersiz davranışsal kontrol. (107)

Baumrind ve arkasından gelen araştırmacılar, ebeveynlik tiplerini duyarlılık (sıcak ilgi, kabul) ve talepkarlık (kontrol, disiplin) ölçütlerine bağlı olarak 4 gruba ayırmışlardır. Bunlar; demokratik, otoriter, izin verici ve ihmalkâr ebeveynlik stilleri olarak adlandırılmıştır. Demokratik ebeveynlik, optimal ebeveynlik stili olarak tanımlanmış olup, yüksek duyarlılık ve talepkarlık ile karakterizedir. Demokratik ebeveynler, çocuklarına yeterli destek ve yakınlığı sağlayıp, aynı zamanda tutarlı bir disiplin sağlar. Otoriter ebeveynlikte duyarlılık düşük, talepkarlık ise yüksek olur. Bu ebeveynler, çocuklarına karşı soğuk, mesafeli davranır ve sert cezalar verme eğiliminde olurlar. İzin verici ebeveynlik stili, talepkarlığı düşük ancak duyarlılığı yüksek ebeveynliktir. Bu ebeveynler çocuklarının ihtiyaçlarını karşılar, ancak kural koyma ve uygun disiplini sağlamada başarısız olurlar. İhmalkâr ebeveynlik tarzı, düşük duyarlılık ve düşük talepkarlık ile karakterizedir. İhmalkâr ebeveynler çocuklarına ne yakınlık sağlarlar ne de kural koyarlar. (108, 109)

Ebeveynliğin objektif değerlendirilmesi için, ebeveyn-çocuk etkileşimlerinin doğrudan gözlemlenmesi, "altın standart" olarak görülmektedir. Ancak zaman ve maliyet açısından çalışmalarda uygulanabilirliği kısıtlıdır. Ebeveynlik davranışlarının anketlerle ölçümü, araştırmalarda ve klinik ortamlarda kullanım açısından daha ekonomik ve uygulanabilir bir yöntem olarak görülmektedir. (110)

### **2.5.1. DEHB ve KOKGB’de Ebeveyn Tutumları**

Genetik faktörler hem DEHB hem de dışa atım bozuklukları ile güçlü bir şekilde ilişkili bulunmasına rağmen, paylaşılan çevresel faktörlerin bu bozuklukların birlikte görülmesi

üzerinde büyük öneme sahip olduğu bildirilmektedir. (10) DEHB'li çocukların aileleri üzerinde yapılan bir derlemede, özellikle de davranış sorunları eşlik eden DEHB'nin aile işlevselliğinde bozulma, bozulmuş ebeveyn-çocuk ilişkileri, artmış ebeveynlik stresi ve ebeveyn psikopatolojisi ile ilişkili olduğu bulunmuştur. (11)

Ebeveyn- çocuk ilişkisinde etkileşim çift yönlüdür. Genel kanı ebeveynlerin çocukları üzerinde kalıcı bir etkiye sahip olduğu yönünde yerleşmiş olsa da çocuğun davranışları, mizacı ve sahip olduğu dışa atım bozuklukları gibi psikiyatrik bozukluklar da ebeveynlik stillerini etkileyebilir. (13) Monozigot ikizlerde paylaşılmayan çevresel etkilerin araştırıldığı bir çalışmada, ebeveynler daha hiperaktif veya daha fazla davranış sorunları gösteren ikiz eşlerine karşı daha sert disiplin uyguladıklarını ve daha olumsuz hissettiklerini bildirmişlerdir. (111)

ABD'de yapılan araştırmalar, DEHB'li çocuklara sahip ebeveynlerin çocuk yetiştirme konusundaki stres faktörlerine genellikle uygunsuz veya yetersiz ebeveynlik yaparak tepki gösterdiğini ortaya çıkarmıştır. (112) (113) DEHB'li çocukların ebeveynleri çocuklarını daha fazla kontrol etme ve onaylamama eğilimindedir. Sağlıklı çocukların ebeveynlerine göre daha fazla sözel yönlendirme, komutları tekrarlama, azarlama ve düzeltmeler yapmalarının yanısıra, çocuklarına karşı daha az ödüllendirici ve duyarlıdırlar. DEHB'li çocukların ebeveynlerinin yaşadıkları yüksek düzeydeki ebeveynlik stresinin ebeveynlik becerilerini olumsuz yönde etkilediği bilinmektedir. (113)

Ebeveynlerdeki beceri eksikliğinin DEHB'li çocukların öz-kontrol eksikliklerini artırabileceğini ve bozukluğun seyrini kötüleştiren ek yıkıcı davranış bozuklukların gelişmesine katkıda bulunabileceğini gösteren kanıtlar vardır. Dolayısıyla ebeveynlik becerilerindeki eksiklik, KOKGB ve DB gibi DEHB ile ilişkili yıkıcı bozuklukların varlığı ve ciddiyeti ile ilişkili görünmektedir. Ebeveyn-çocuk etkileşimini düzenlemek ve ebeveyne psikiyatrik destek sağlamak hem ebeveyn hem de çocuk için sonuçları iyileştirebilir. (113)

Okul öncesi çocuklarda DEHB ve KOKGB risklerinin araştırıldığı bir topluluk çalışmasında KOKGB riski olan çocukların annelerinin diğer annelere kıyasla çocuklarının ihtiyaçlarına karşı daha düşük duyarlılık gösterdikleri, daha fazla düşmanca

yanıt gösterip aşırı tepkisel olduklarını raporlanmıştır. Bu anneler, aile işlevlerinde daha fazla bozulma bildirmelerinin yanısıra ebeveyn olarak kendilerini daha az yetenekli hissettiklerini bildirmişlerdir. Bu çalışma çocukta eşlik eden yıkıcı davranışların ebeveynlik stillerini etkileyebileceğini göstermektedir. (114) Olumsuz ebeveynlik stilleri ve annedeki psikiyatrik bozukluklar DEHB’li çocuklarda KOKGB gelişimini ve devamlılığını yordamaktadır. (115)

DEHB ve KOKGB olan ergenlerde anne-ergen ilişkilerinin araştırıldığı bir çalışmada hem ergenlerdeki KOKGB belirtileri hem de annedeki düşmanlığın, DEHB’li ergenlerin ebeveyn-ergen ilişkisindeki çatışmaya katkı sağladığı gösterilmiştir. (116)

Kuzey Finlandiya’da bir doğum kohortundaki ergenlerden elde edilen veriler sonucunda DEHB’ye ek olarak yıkıcı davranış bozukluğu olan ergenlerde çoklu komorbiditelerin saptandığı, bu ergenlerin bozuk aile yapısı gösteren, düşük gelirli ailelerde, hayattan memnun olmayan anneler ve ergenlerin faaliyetlerine çok az ilgi gösteren ebeveynler ile yaşadıkları raporlanmıştır. Dışsallaştırma bozuklukları DEHB semptomlarının şiddeti ve olumsuz aile ortamları ile ilişkili bulunmuştur. (117) Giderek artan sayıda çalışma, daha az tepki veren, zorlayıcı ebeveynliğin ve ebeveyn-ergen çatışmasının DEHB semptomlarından ziyade eşlik eden karşıt olma davranışları ve davranış bozukluklarıyla yakından bağlantılı olduğunu ileri sürmektedir. (12) (13) Bir meta-analizde ebeveynlere yapılan psikososyal ve psikoeğitimsel müdahalelerin, çocukların DEHB semptomlarında ve davranış sorunlarında iyileşme sağlamanın yanı sıra, ebeveynlerin de benlik saygısını artırdığı tespit edilmiştir. (118)

Sonuç olarak, çocuk-ergen yaş grubunda DEHB’nin tedavisi ve yönetiminde, ebeveynlik becerileri, ebeveyn-çocuk ilişkileri, aile içi ilişkiler, çocuk davranışı ve çocuk işlevselliği üzerine yapılan sorgulamaların ve kapsayıcı müdahalelerin; DEHB’nin çekirdek semptomlarının ölçümlerinden daha yararlı tedavi sonuçlarını öngereceği düşünülmektedir. (13) Çalışmamızda KOKGB komorbiditesi bulunan ve bulunmayan DEHB’li çocuklarda uyku alışkanlıklarının ve kronotip tercihlerinin araştırılması, uyku problemleri ile medya kullanımı ve ebeveyn tutumları arasındaki ilişkinin incelenmesi ve bunların sağlıklı kontrol grubuyla kıyaslanması amaçlanmıştır.

## **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

### **3.1. Araştırmanın Türü**

Çalışmamız, DEHB ve KOKGB tanısı almış çocuklarda uyku alışkanlıklarının karşılaştırılması ve uykunun ebeveyn tutumları ve medya kullanımı ile ilişkisinin incelenmesi amacıyla düzenlenen, anket ve değerlendirme ölçeklerine dayalı kesitsel ve gözlemsel bir araştırmadır.

### **3.2. Araştırmanın Etik Kurul Onayı**

Bu araştırma Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik kurulunca 31.05.2023 tarih ve 96681246 sayılı kararı ile onaylandı. Hasta ve kontrol grubuna, araştırmanın amaçları ve yapılış biçimi anlatılarak hem ebeveynlerden hem çocuklardan yazılı onam alındı.

### **3.3. Araştırmanın Örneklemi**

Çalışmaya Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatri Anabilim dalına başvuran çocuklardan, 6-12 yaşları arasında, DSM-5 tanı kriterlerine göre DEHB tanısı alan 40 ve DEHB+KOKGB tanısı alan 36 hasta, çalışmaya katılım için ailesinin ve kendisinin onamı alınarak dahil edilmiştir. Son 6 ay içerisinde uyarıcı veya uyarıcı olmayan ilaç tedavisi kullanmış olanlar, nörolojik, metabolik, endokrin veya herhangi bir kronik tıbbi hastalığı olanlar, KOKGB dışında psikiyatrik komorbiditesi olanlar, tanılanmış zekâ geriliği veya öğrenme güçlüğü olanlar ile zekâ katsayısı 90 puanın altında olanlar çalışmaya alınmamıştır.

Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatri Anabilim dalına başvuran, çalışmaya katılım için ailesinin ve kendisinin onamı alınmış, 6-12 yaşları arasında, normal zekâ düzeyinde olan 44 çocuk kontrol grubu olarak çalışmaya dahil edilmiştir. Bilinen herhangi bir psikiyatrik veya kronik tıbbi hastalığı olanlar, zekâ geriliği veya öğrenme güçlüğü bulunanlar, son 6 ay içerisinde herhangi bir tıbbi veya psikiyatrik ilaç tedavisi kullananlar çalışmaya dahil edilmemiştir.

### **3.4. Veri Toplama Araçları**

#### **3.4.1. Sosyodemografik Veri Formu**

Bu form katılımcıların sosyodemografik özellikleri hakkında bilgi toplamak amacıyla araştırmacı tarafından oluşturulmuştur. Formda çocuğun yaşı, cinsiyeti, okuduğu sınıfı, toplam günlük ekran maruziyeti süresi ve ebeveynlerin yaşı, eğitim durumu, medeni hali ve mesleğini araştıran sorular mevcuttur.

#### **3.4.2. Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi- Şimdi Ve yaşam Boyu Versiyonu (ÇDGŞG-ŞY)**

Kauffman ve arkadaşları tarafından, çocuk ve ergenlerde görülen psikopatolojileri taramak amacıyla geliştirilmiş bir yarı yapılandırılmış görüşmedir. (119) Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Gökler ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. (120) İlk kısımda çocuğa ait demografik bilgiler sorgulanır. İkinci kısım tanı amaçlı yapılan görüşme kısmıdır. Son kısımda ise çocuğun genel işlevsellik düzeyi saptanır.

#### **3.4.3. Turgay Çocuk ve Ergenlerde Davranım Bozuklukları İçin DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği (T-DSM-IV-S)**

Atila Turgay tarafından geliştirilmiştir.DSM-IV'e göre yıkıcı davranış bozukluklarını taramaktadır. Ercan ve arkadaşları tarafından Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması yapılmıştır. (121) (122) . Ölçekte 41 madde yer alır. Bunlardan 9 madde dikkat eksikliğini, 9 madde hiperaktivite/dürtüsellliği, 8 madde KOKGB'yi, 15 madde davranım bozukluğunu sorgulamaktadır.

#### **3.4.4. Conners Ana Baba Değerlendirme Ölçeği- Kısa Form (CADÖ)**

Orijinal adı Conners' Parent Rating Scale (CPRS) olarak geçmektedir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Dereboy ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. (123) 48 maddeden oluşur. Ölçekte davranım sorunlarını, ataklık/hiperaktiviteyi, öğrenme sorunlarını, kaygı ve psikosomatik belirtileri tarayan 48 madde bulunmaktadır.

#### **3.4.5. Çocuk Uyku Alışkanlıkları Anketi (ÇUAA)**

Çocukların uyku alışkanlıklarını ve uyku problemlerini araştıran bir ölçektir. Owens ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (124). Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Perdahlı Fiş ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (125). Ölçekte yatma zamanı direnci, uykuya dalmanın gecikmesi, uyku süresi, uyku kaygısı, gece uyanmaları, parasomniler, uykuda solunumun bozulması, gün içi uykululuk şeklinde 8 alt boyut bulunmaktadır.

#### **3.4.6. Çocukluk Dönemi Kronotip Anketi (ÇDKA)**

Çocuklar için sabahlık/akşamlık ölçeğinin bir uyarlamasıdır. Sirkadiyen ritim farklılıklarını tanımlamak için Werner ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (126). Dursun ve arkadaşları tarafından Türkçe geçerliliğine yönelik çalışma yapılmıştır (127). Ebeveyn bildirimine dayalı bu anket, planlanmış ve boş günlerde uyku-uyanıklık parametreleri ile ilgili 16 madde, sabahlık/akşamlık ölçeği ile ilgili 10 madde ve kronotiple ilgili 1 maddeden oluşmaktadır. ÇDKA, kişilerin çalışma ve boş günlerindeki uyku alışkanlıklarını sorgulamaktadır. Bu ölçeğe göre, çocukların kronotipleri sabah tipi, ara tip ve akşam tipi olarak 3 kategoride sınıflandırılır.

#### **3.4.7. Aile Hayatı Ve Çocuk Yetiştirme Tutum Ölçeği (AHÇYTÖ)**

Ölçeğin orijinal adı Parental Attitude Research Instrument (PARI)'dir. Shaffer ve Bell tarafından geliştirilmiştir (128). Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Le Compte ve Özer tarafından yapılmıştır. (129) Ebeveynlerin çocuk yetiştirme tutumlarının değerlendirilmesi amacıyla hazırlanmıştır. Aşırı koruyuculuk, demokratik tutum ve eşitlik tanıma, ev kadınlığını reddetme, aile içi geçimsizlik, sıkı disiplin olmak üzere 5 farklı boyutu değerlendiren 60 maddeden oluşur.

### 3.5. İstatiksel Analiz

Verilerin analizi Statistical Package for Social Sciences for Windows 25 ile yapılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler sayı, yüzde, Mean±SS, minimum (min), maksimum (maks), frekans değeri olarak verilmiştir. Verilerin normal dağılıma uygunluğu histogram, Q-Q grafikleri ve Shapiro-wilk testi ile değerlendirilmiştir. Varyans homojenliği Levene testi ile test edilmiştir. Gruplar arası karşılaştırmalarda nicel değişkenler için Mann-Whitney U testi ve bağımsız iki örneklem t testi uygulanmıştır. İki'den fazla gruplar arası karşılaştırmalarda tek yönlü varyans analizi ve Kruskal Wallis testleri kullanılmıştır. Kategorik verilerin karşılaştırmalarında Pearson  $\chi^2$  analizi ve Fisher kesin  $\chi^2$  testi kullanılmıştır. Çoklu karşılaştırmalar için Tukey, Tamhane ve Dunn-Bonferroni testleri uygulanmıştır. Nicel veriler arasındaki ilişki Pearson korelasyon analizi ile değerlendirilmiştir. Verilerin analizi R 4.3.2 yazılımında gerçekleştirilmiştir. İstatistiksel anlamlılık düzeyi için,  $p<0.05$  olarak belirlenmiştir.

## 4. BULGULAR

*DEHB grubunun yaş ortalaması 9.20±1.86, DEHB+KOKGB grubunun yaş ortalaması 8.78±2.00 ve kontrol grubunun yaş ortalaması 8.89±1.70 olarak saptandı. Yaş ortalaması açısından DEHB, DEHB+KOKGB ve kontrol grupları arasında anlamlı farklılık yoktu (p=0.580). Çalışmaya 85 erkek (%71.4) ve 34 kız (%28.6) olmak üzere toplam 120 çocuk ve ebeveynleri katıldı. Cinsiyet açısından gruplar arasında anlamlı farklılık tespit edilmedi (p= 0.814). (Tablo-3)*

Çocukların okudukları sınıf, anne yaşı, babanın mesleği, gelir düzeyi, aile türü, kardeş sayısı, yaşadığı yer, ebeveyn birlikteliği ve ailede psikiyatrik hastalık öyküsü açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $p>0.05$ ). Anne eğitim düzeyi açısından gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmıştır ( $p<0.001$ ). DEHB grubunda ilkokul mezunu annelerin, DEHB ve DEHB+KOKGB gruplarında ortaokul mezunu annelerin, kontrol grubunda ise üniversite mezunu annelerin diğer gruplara kıyasla daha fazla olduğu gözlenmiştir. Annenin çalışma durumu açısından gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmıştır ( $p<0.001$ ). DEHB ve DEHB+KOKGB grubunda çalışmayan annelerin, kontrol grubunda ise çalışan annelerin sayısının diğer gruplara kıyasla daha fazla olduğu gözlenmiştir. Baba yaşı açısından gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmıştır ( $p=0.042$ ). Kontrol grubunda baba yaşı ortalamasının, DEHB grubundaki babaların yaş ortalamasından yüksek olduğu gözlenmiştir. Baba eğitim düzeyi açısından gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmıştır ( $p=0.008$ ). Kontrol

grubunda üniversite mezunu babaların, DEHB grubunda ise ilkokul mezunu babaların sayısının diğer 2 gruptan daha fazla olduğu gözlenmiştir. (Tablo-3)

**Tablo 3.** Sosyodemografik Verilerin Gruplar Arasında Kıyaslanması

Değişkenler	Kontrol (n=44)	DEHB (n=40)	DEHB+KOKGB (n=36)	p
<b>Yaş</b>	8.89±1.70	9.20±1.86	8.78±2.00	0.580
<b>Cinsiyet</b>				
Erkek	31(70.5)	30(75.0)	24(68.6)	0.814
Kız	13(29.5)	10(25.0)	11(31.4)	
<b>Sınıf</b>				
İlkokul	31(70.5)	23(57.5)	25(69.4)	0.394
Ortaokul	13(29.5)	17(42.5)	11(30.6)	
<b>Anne Yaşı</b>	39.05±4.70	36.79±5.76	37.25±5.33	0.147
<b>Anne Eğitim Düzeyi</b>				
İlkokul	3(7.9) <sup>a</sup>	15(38.5) <sup>b</sup>	7(19.4) <sup>ab</sup>	<0.001
Ortaokul	2(5.3) <sup>a</sup>	11(28.2) <sup>b</sup>	10(27.8) <sup>b</sup>	
Üniversite	33(86.8) <sup>a</sup>	13(33.3) <sup>b</sup>	19(52.8) <sup>b</sup>	
<b>Annenin Çalışma Durumu</b>				
Çalışmayan	8(21.6) <sup>a</sup>	26(66.7) <sup>b</sup>	22(61.1) <sup>b</sup>	<0.001
Çalışan	29(78.4) <sup>a</sup>	13(33.3) <sup>b</sup>	14(38.9) <sup>b</sup>	
<b>Baba Yaşı</b>	43.23±4.50 <sup>a</sup>	40.39±5.90 <sup>b</sup>	40.81±5.30 <sup>ab</sup>	0.042
<b>Baba Eğitim Düzeyi</b>				
İlkokul	5(12.8) <sup>a</sup>	16(42.1) <sup>b</sup>	9(25.0) <sup>ab</sup>	0.008
Ortaokul	5(12.8)	9(23.7)	9(25.0)	
Üniversite	29(74.4) <sup>a</sup>	13(34.2) <sup>b</sup>	18(50.0) <sup>ab</sup>	
<b>Babanın Mesleği</b>				
İşçi	4(10.5)	5(13.2)	4(11.1)	0.627
Memur	17(44.7)	11(28.9)	12(33.3)	
Esnaf	4(10.5)	6(15.8)	2(5.6)	
Diğer	13(34.2)	16(42.1)	18(50.0)	
<b>Gelir Durumu</b>				
Düşük gelir	11(25.6)	15(37.5)	16(47.1)	0.418
Orta gelir	25(58.1)	19(47.5)	14(41.2)	
Yüksek gelir	7(16.3)	6(15.0)	4(11.8)	
<b>Aile Türü</b>				
Çekirdek aile	38(86.4)	37(92.5)	34(94.4)	0.484
Geniş aile	6(13.6)	3(7.5)	2(5.6)	
<b>Kardeş Varlığı</b>				
Yok	5(11.4)	5(12.5)	4(11.1)	0.999
Var	39(88.6)	35(87.5)	32(88.9)	
<b>Yaşadığı Yer</b>				
İl	39(88.6)	36(90.0)	33(91.7)	0.930
İlçe	5(11.4)	4(10.0)	3(8.3)	
<b>Ebeveyn Birlikteliği</b>				
Evli	40(97.6)	33(86.8)	28(82.4)	0.094
Boşanmış	1(2.4)	5(13.2)	6(17.6)	
<b>Ailede Psikiyatrik Hastalık</b>				
Yok	37(86.0)	30(75.0)	24(68.6)	0.174
Var	6(14.0)	10(25.0)	11(31.4)	

Veriler ortalama±standart sapma ve n(%) olarak ifade edilmiştir. Aynı satırda yer alan aynı harfler gruplar arası benzerliği, farklı harfler farklılığı ifade etmektedir.

Araştırmacı tarafından hazırlanan, çocukların ekran maruziyetini değerlendiren sorular incelendiğinde, çocuğun ekranla tanışma yaşı açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ( $p>0.05$ ).

Gruplar arasında günlük ekran maruziyeti açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ( $p=0.041$ ). DEHB ve DEHB+KOKGB gruplarında 5 saatin üstünde görülen ekran maruziyetinin kontrol grubundan daha fazla olduğu gözlenmiştir. Kontrol grubunda günlük 2-5 saat ekran maruziyetinin diğer 2 gruptan daha fazla olduğu gözlenmiştir. Gruplar arasında uyku süreleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ( $p=0.045$ ). DEHB+KOKGB grubunda ortalama uyku süresinin kontrol grubundan daha düşük olduğu gözlenmiştir. Gruplar arasında uykudan önce ekrana bakma durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ( $p=0.040$ ). DEHB ve DEHB+KOKGB gruplarında, kontrol grubuna göre uykudan önce ekrana bakma durumunun daha fazla olduğu gözlenmiştir. (Tablo-4)

**Tablo 4.** Gruplar Arasında Medya Kullanımının Kıyaslanması

Değişkenler	Kontrol (n=44)	DEHB (n=40)	DEHB+KOKGB (n=36)	p
<b>Ekranla Tanışma Yaşı</b>				
1 yaş öncesi	3(6.8)	5(12.5)	7(19.4)	0.426
1-2 yaş arası	16(36.4)	12(30.0)	8(22.2)	
2 yaş sonrası	25(56.8)	23(57.5)	21(58.3)	
<b>Günlük Ekran Maruziyeti</b>				
2 saatin altı	4(9.1)	5(12.5)	0(0.0)	0.041
2-5 saat	38(86.4) <sup>a</sup>	27(67.5) <sup>b</sup>	29(80.6) <sup>b</sup>	
5 saat üzeri	2(4.5) <sup>a</sup>	8(20.0) <sup>b</sup>	7(19.4) <sup>b</sup>	
<b>Uyku Süresi</b>	9.37±0.76 <sup>a</sup>	9.03±0.95 <sup>ab</sup>	8.83±1.20 <sup>b</sup>	0.045
<b>Uykudan Önce Ekrana Bakıyor Mu?</b>				
Var	14(31.8) <sup>a</sup>	21(52.5) <sup>b</sup>	21(58.3) <sup>b</sup>	0.040
Yok	30(68.2) <sup>a</sup>	19(47.5) <sup>b</sup>	15(41.7) <sup>b</sup>	
Veriler ortalama±standart sapma ve n(%) olarak ifade edilmiştir. Aynı satırda yer alan aynı harfler gruplar arası benzerliği, farklı harfler farklılığı ifade etmektedir.				

T-DMS-IV-S ölçeğinin toplam puanları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ( $p<0.001$ ). DEHB+KOKGB grubunun toplam puanının diğer gruplardan yüksek olduğu gözlenmiştir. T-DMS-IV-S ölçeğinin dikkatsizlik alt boyut puanları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ( $p<0.001$ ). DEHB ve DEHB+KOKGB grubunda dikkatsizlik alt boyutu

puanlarının, kontrol grubundan yüksek olduğu gözlenmiştir. T-DMS-IV-S ölçeğinin hiperaktivite/dürtüsellik alt boyut puanları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ( $p<0.001$ ). DEHB ve DEHB+KOKGB grubunda hiperaktivite/dürtüsellik alt boyutu puanlarının, kontrol grubundan yüksek olduğu gözlenmiştir. T-DMS-IV-S ölçeğinin KOKGB ve davranım bozukluğu alt boyut puanları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ( $p<0.001$ ). DEHB+KOKGB grubunda KOKGB ve davranım bozukluğu alt boyut puanlarının, diğer 2 grubun puanlarından yüksek olduğu gözlenmiştir. (Tablo-5)

**Tablo 5.** Gruplar Arasında T-DSM-IV-S Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Kıyaslanması

Değişkenler	Kontrol (n=44)	DEHB (n=40)	DEHB+KOKGB (n=36)	p
<b>T-DSM-IV-S</b>				
Toplam Puan	11.0(5.3-18.0) <sup>a</sup>	36.0(30.0-45.0) <sup>b</sup>	57.0(49.0-65.0) <sup>c</sup>	<b>&lt;0.001</b>
Dikkatsizlik	4.5(2.0-8.0) <sup>a</sup>	15.5(12.0-19.0) <sup>b</sup>	18.5(13.0-21.8) <sup>b</sup>	<b>&lt;0.001</b>
Hiperaktivite/Dürtüsellik	3.0(0.0-6.0) <sup>a</sup>	14.5(9.3-20.8) <sup>b</sup>	20.0(15.3-23.8) <sup>b</sup>	<b>&lt;0.001</b>
Karşıt Olma Karşı Gelme	3.0(0.3-7.0) <sup>a</sup>	7.0(5.3-9.0) <sup>b</sup>	16.0(13.3-18.8) <sup>c</sup>	<b>&lt;0.001</b>
Davranım Bozukluğu	0.0(0.0-0.0) <sup>a</sup>	0.0(0.0-1.0) <sup>b</sup>	4.0(1.0-7.0) <sup>c</sup>	<b>&lt;0.001</b>
<b>Veriler ortanca (1.çeyrek-3.çeyrek) olarak ifade edilmiştir. Aynı satırda yer alan aynı harfler gruplar arası benzerliği, farklı harfler farklılığı ifade etmektedir.</b>				

CADÖ toplam puanları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ( $p<0.001$ ). DEHB+KOKGB grubunda CADÖ toplam puanının, diğer 2 grubun puanlarından yüksek olduğu gözlenmiştir. CADÖ kaygı alt boyut puanları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ( $p<0.001$ ). DEHB+KOKGB grubunun CADÖ kaygı alt boyut puanının, diğer 2 grubun puanlarından yüksek olduğu gözlenmiştir. CADÖ psikosomatik alt boyut puanları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ( $p<0.001$ ). DEHB ve DEHB+KOKGB gruplarında CADÖ psikosomatik alt boyut puanlarının, kontrol grubundan yüksek olduğu gözlenmiştir. CADÖ öğrenme sorunları alt boyut puanları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ( $p<0.001$ ). DEHB ve DEHB+KOKGB gruplarında CADÖ öğrenme sorunları alt boyut puanlarının, kontrol grubundan yüksek olduğu gözlenmiştir. CADÖ ataklık/hiperaktivite alt boyut

puanları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ( $p<0.001$ ). DEHB+KOKGB grubunun CADÖ hiperaktivite alt boyut puanının, diğer 2 grubun puanlarından yüksek olduğu gözlenmiştir. CADÖ davranım sorunları alt boyut puanları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ( $p<0.001$ ). DEHB+KOKGB grubunun CADÖ davranım sorunları alt boyut puanının, diğer 2 grubun puanlarından yüksek olduğu gözlenmiştir. (Tablo-6)

**Tablo 6.** Gruplar Arasında CADÖ Toplam Puan ve Alt Boyut Puanlarının Kıyaslanması

Değişkenler	Kontrol (n=44)	DEHB (n=40)	DEHB+KOKGB (n=36)	p
<b>CADÖ</b>				
Toplam puan	16.5(6.0-25.8) <sup>a</sup>	39.0(25.0-49.0) <sup>b</sup>	59.0(52.3-67.0) <sup>c</sup>	<0.001
Kaygı	4.0(1.3-6.8) <sup>a</sup>	7.0(4.0-11.0) <sup>b</sup>	10.5(7.3-14.5) <sup>c</sup>	<0.001
Psikosomatik	0.0(0.0-1.0) <sup>a</sup>	2.0(0.0-3.0) <sup>b</sup>	2.0(1.0-5.0) <sup>b</sup>	<0.001
Öğrenme sorunları	2.0(0.3-4.0) <sup>a</sup>	8.0(6.0-10.0) <sup>b</sup>	9.0(7.0-11.0) <sup>b</sup>	<0.001
Ataklık/Hiperaktivite	3.0(0.3-5.0) <sup>a</sup>	7.0(5.0-8.0) <sup>b</sup>	9.0(7.0-10.0) <sup>c</sup>	<0.001
Davranım sorunları	1.5(0.0-5.0) <sup>a</sup>	6.0(2.0-10.0) <sup>b</sup>	15.0(9.8-20.3) <sup>c</sup>	<0.001
<b>Veriler ortanca(1.çeyrek-3.çeyrek) olarak ifade edilmiştir. Aynı satırda yer alan aynı harfler gruplar arası benzerliği, farklı harfler farklılığı ifade etmektedir.</b>				

ÇUAA toplam puanları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ( $p<0.001$ ). DEHB ve DEHB+KOKGB gruplarında ÇUAA ortalama toplam puanlarının, kontrol grubunun ortalama değerinden yüksek olduğu gözlenmiştir. ÇUAA yatma zamanı direnci alt boyut puanları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ( $p=0.004$ ). DEHB+KOKGB grubunda ÇUAA yatma zamanı direnci alt boyutunun ortalama değerinin, kontrol grubunun ortalama değerinden yüksek olduğu gözlenmiştir. ÇUAA uyku kaygısı alt boyut puanları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ( $p=0.022$ ). DEHB+KOKGB grubunda ÇUAA uyku kaygısı alt boyutunun ortalama değerinin, kontrol grubunun ortalama değerinden yüksek olduğu gözlenmiştir. ÇUAA parasomniler alt boyut puanları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ( $p<0.001$ ). DEHB+KOKGB grubunda ÇUAA parasomniler alt boyutunun ortalama değeri, diğer 2 grubun ortalama değerinden yüksek olduğu gözlenmiştir. ÇUAA gün içi uykululuk alt boyut puanları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ( $p<0.001$ ). DEHB ve DEHB+KOKGB grubunda ÇUAA gün içi uykululuk alt boyutunun ortalama değerlerinin, kontrol grubundaki bireylerin ortalama değerinden yüksek olduğu gözlenmiştir. ÇUAA alt boyut puanlarından uykuya dalmanın gecikmesi,

uyku süresi, gece uyanmaları ve uykuda solunum bozulması alt boyutlarının ortalama değerleri açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ( $p>0.05$ ). (Tablo-7)

**Tablo 7.** Gruplar Arasında ÇUAA Toplam Puan ve Alt Boyut Puanlarının Kıyaslanması

Değişkenler	Kontrol (n=44)	DEHB (n=40)	DEHB+KOKGB (n=36)	p
<b>ÇUAA</b>				
Toplam puan	38.32±5.41 <sup>a</sup>	44.93±7.35 <sup>b</sup>	48.03±7.49 <sup>b</sup>	<b>&lt;0.001</b>
Yatma zamanı direnci	8.36±2.62 <sup>a</sup>	9.70±3.04 <sup>ab</sup>	10.53±3.00 <sup>b</sup>	<b>0.004</b>
Uykuya dalmanın gecikmesi	1.11±0.32	1.23±0.48	1.42±0.81	0.055
Uyku süresi	3.23±0.64	3.55±1.13	3.61±1.13	0.164
Uyku kaygısı	5.89±2.07 <sup>a</sup>	7.00±2.48 <sup>ab</sup>	7.28±2.61 <sup>b</sup>	<b>0.022</b>
Gece uyanmaları	3.59±0.97	4.03±1.25	3.89±1.06	0.183
Parasomniler	7.43±0.82 <sup>a</sup>	8.43±2.05 <sup>b</sup>	9.56±1.83 <sup>c</sup>	<b>&lt;0.001</b>
Uykuda solunumun bozulması	3.14±0.35	3.45±0.93	3.61±1.25	0.056
Gün içi uykululuk	8.64±2.24 <sup>a</sup>	10.80±3.48 <sup>b</sup>	11.91±3.70 <sup>b</sup>	<b>&lt;0.001</b>
<b>Veriler ortalama±standart sapma olarak ifade edilmiştir. Aynı satırda yer alan aynı harfler gruplar arası benzerliği, farklı harfler farklılığı ifade etmektedir.</b>				

ÇDKA toplam puanı ve kronotip türü açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ( $p>0.05$ ). (Tablo-8)

**Tablo 8.** Gruplar Arasında ÇDKA Toplam Puanlarının ve Kronotiplerin Kıyaslanması

Değişkenler	Kontrol (n=44)	DEHB (n=40)	DEHB+KOKGB (n=36)	p
<b>ÇDKA toplam puan</b>	28.30±4.63	29.50±5.43	30.89±5.64	0.091
<b>Kronotip</b>				
Sabah tipi	5(11.4)	4(10.0)	5(13.9)	0.266
Ara tip	29(65.9)	22(55.0)	15(41.7)	
Akşam tipi	10(22.7)	14(35.0)	16(44.4)	
<b>Veriler ortalama±standart sapma ve n(%) olarak ifade edilmiştir.</b>				

3 grup AHÇYTÖ aşırı koruyuculuk alt boyut puanları açısından kıyaslandığında, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ( $p<0.001$ ). DEHB grubunun aşırı koruyuculuk alt boyutu ortalama değerinin, diğer 2 grubun ortalama değerlerinden yüksek olduğu gözlenmiştir. AHÇYTÖ aile içi geçimsizlik alt boyut puanları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ( $p=0.007$ ). DEHB ve DEHB+KOKGB gruplarının AHÇYTÖ aile içi geçimsizlik alt boyut puanlarının, kontrol grubunun puanlarından yüksek olduğu gözlenmiştir. AHÇYTÖ sıkı disiplin alt boyut

puanları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ( $p=0.010$ ). DEHB ve DEHB+KOKGB gruplarında AHÇYTÖ sıkı disiplin alt boyut puanlarının, kontrol grubuna kıyasla daha yüksek olduğu gözlenmiştir. AHÇYTÖ demokratik tutum ve ev kadınlığını reddetme alt boyutlarının ortalama değerleri açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ( $p>0.05$ ). (Tablo-9)

**Tablo 9.** Gruplar Arasında AHÇYTÖ Alt Boyut Puanlarının Kıyaslanması

Değişkenler	Kontrol (n=44)	DEHB (n=40)	DEHB+KOKGB (n=36)	p
<b>AHÇYTÖ</b>				
Aşırı koruyuculuk	35.20±7.12 <sup>a</sup>	44.59±8.68 <sup>b</sup>	39.27±9.73 <sup>a</sup>	<0.001
Demokratik tutum	29.20±2.52	29.15±3.46	29.36±3.07	0.953
Aile içi geçimsizlik	12.98±3.72 <sup>a</sup>	15.50±4.25 <sup>b</sup>	15.45±3.70 <sup>b</sup>	0.007
Ev kadınlığını reddetme	26.63±6.24	29.15±6.38	28.15±6.72	0.238
Sıkı disiplin	31.34±7.19 <sup>a</sup>	36.56±8.90 <sup>b</sup>	35.88±7.95 <sup>b</sup>	0.010
<b>Veriler ortalama±standart sapma olarak ifade edilmiştir. Aynı satırda yer alan aynı harfler gruplar arası benzerliği, farklı harfler farklılığı ifade etmektedir.</b>				

T-DSM-IV-S toplam ve alt boyut puanları, çocuğun günlük ekran süresi ile kıyaslanmıştır. Dikkatsizlik ve KOKGB alt boyut puanları ile çocuğun günlük ekran süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Günlük ekran süresi 5 saat ve üzerinde olan çocukların dikkatsizlik alt boyut puanlarının, günlük ekran süresi 2 saat altında olanların puanından yüksek olduğu gözlenmiştir ( $p=0.033$ ). Günlük ekran süresi 2-5 saat arasında ve 5 saat ve üzerinde olan çocukların KOKGB puanlarının, günlük ekran süresi 2 saat altında olanların puanından yüksek olduğu gözlenmiştir ( $p=0.031$ ). T-DSM-IV-S toplam puanı, hiperaktivite/dürtüsellik ve davranım bozukluğu alt boyut puanları ile çocuğun ekran süreleri arasındaki kıyaslamada istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ( $p>0.05$ ). (Tablo-10)

**Tablo 10.** T-DSM-IV-S Toplam Puan ve Alt Boyut Puanlarının Çocuğun Günlük Ekran Süresi ile Kıyaslanması

Değişkenler	Çocuğun Günlük Ekran Süresi			p
	2 saat altı (n=9)	2-5 saat (n=94)	5 saat ve üzeri (n=17)	
<b>T-DSM-IV-S</b>				
Toplam puan	26.0(0.0-47.5)	30.0(15.0-50.8)	44.0(31.0-58.0)	0.056
Dikkatsizlik	9.0(0.0-21.0) <sup>a</sup>	12.0(6.0-17.3) <sup>ab</sup>	16.0(12.0-21.0) <sup>b</sup>	<b>0.033</b>
Hiperaktivite/Dürtüsellik	11.0(0.0-19.0)	11.0(4.0-20.0)	15.0(10.0-22.5)	0.126
KOKGB	6.0(0.0-6.5) <sup>a</sup>	7.5(3.8-13.0) <sup>b</sup>	9.0(5.5-15.0) <sup>b</sup>	<b>0.031</b>
Davranım Bozukluğu	0.0(0.0-1.0)	0.0(0.0-2.0)	1.0(0.0-3.5)	0.395
<b>Veriler ortanca(1.çeyrek-3.çeyrek) olarak ifade edilmiştir. Aynı satırda yer alan aynı harfler gruplar arası benzerliği, farklı harfler farklılığı ifade etmektedir.</b>				

ÇUAA toplam ve alt boyut puanları, çocuğun günlük ekran süresi ile kıyaslanmıştır. Toplam puan ve yatma zamanı direnci, uyku kaygısı, uykuda solunumun bozulması alt boyutlarının ortalama değerleri ile çocuğun günlük ekran süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ( $p<0.05$ ).

Günlük ekran süresi 5 saat ve üzerinde olan çocukların ÇUAA ortalama toplam puanı ve uykuda solunum bozulması alt boyutu ortalama değerlerinin, günlük ekran süresi 2 saat altında olanların ortalama değerinden yüksek olduğu gözlenmiştir (sırasıyla  $p=0.025$  ve  $p=0.019$ ). Günlük ekran süresi 2-5 saat arasında ve 5 saat ve üzerinde olan çocukların yatma zamanı direnci ve uyku kaygısı ortalama değerlerinin, günlük ekran süresi 2 saat altında olanların ortalama değerinden yüksek olduğu gözlenmiştir (sırasıyla  $p=0.016$  ve  $p=0.035$ ).

Uykuya dalmanın gecikmesi, uyku süresi, gece uyanmaları, parasomniler ve gün içi uykululuk alt boyutlarının ortalama değerleri ile çocuğun ekran süreleri arasındaki kıyaslamada istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ( $p>0.05$ ). (Tablo-11)

**Tablo 11.** ÇUAA Toplam Puan ve Alt Boyut Puanlarının Çocuğun Günlük Ekran Süresi ile Kıyaslanması

Değişkenler	Çocuğun Günlük Ekran Süresi			p
	2 Saat Altı (n=9)	2-5 Saat (n=94)	5 Saat Ve Üzeri (n=17)	
ÇUAA				
Toplam Puan	37.33±5.48 <sup>a</sup>	43.55±8.05 <sup>ab</sup>	46.00±6.21 <sup>b</sup>	<b>0.025</b>
Yatma Zamanı Direnci	6.78±1.72 <sup>a</sup>	9.61±3.02 <sup>b</sup>	10.06±2.79 <sup>b</sup>	<b>0.016</b>
Uykuya Dalmanın Gecikmesi	1.22±0.44	1.24±0.5 <sup>6</sup>	1.24±0.66	0.992
Uyku Süresi	3.11±0.33	3.50±1.02	3.35±1.00	0.483
Uyku Kaygısı	4.67±0.87 <sup>a</sup>	6.85±2.52 <sup>b</sup>	6.76±2.14 <sup>b</sup>	<b>0.035</b>
Gece Uyanmaları	3.56±0.73	3.88±1.18	3.65±0.79	0.543
Parasomniler	8.33±1.80	8.36±1.92	8.65±1.37	0.836
Uykuda Solunumun Bozulması	3.11±0.33 <sup>a</sup>	3.31±0.80 <sup>ab</sup>	3.94±1.39 <sup>b</sup>	<b>0.019</b>
Gün İçi Uykululuk	8.89±2.71	10.17±3.33	12.06±3.79	0.050
<b>Veriler ortalama±standart sapma olarak ifade edilmiştir. Aynı satırda yer alan aynı harfler gruplar arası benzerliği, farklı harfler farklılığı ifade etmektedir.</b>				

ÇUAA toplam puan ve alt boyut puanları kronotip türleriyle kıyaslanmıştır. ÇUAA toplam puanı ve yatma zamanı direnci, uykuya dalmanın gecikmesi, uyku süresi, gün içi uykululuk alt boyutlarının ortalama değerleri ile kronotip türleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ( $p<0.05$ ).

Akşam kronotipine sahip çocukların ÇUAA ortalama toplam puanı ve gün içi uykululuk alt boyut puanının ortalama değerlerinin, sabah ve ara kronotipteki çocukların ortalama değerinden yüksek olduğu gözlenmiştir (sırasıyla  $p<0.001$  ve  $p<0.001$ ). Akşam kronotipindeki çocukların yatma zamanı direnci ve uyku süresi alt boyutlarının ortalama değerlerinin, ara tipteki çocukların ortalama değerinden yüksek olduğu gözlenmiştir (sırasıyla  $p=0.032$  ve  $p=0.013$ ). Ara ve akşam kronotipindeki çocukların uykuya dalmanın gecikmesi alt boyutunun ortalama değerlerinin, sabah kronotipindeki çocukların ortalama değerinden yüksek olduğu gözlenmiştir ( $p=0.009$ ).

Uyku kaygısı, gece uyanmaları, parasomniler ve uykuda solunumun bozulması alt boyutlarının ortalama değerleri ile kronotip türleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ( $p>0.05$ ). (Tablo-12)

**Tablo 12.** ÇUAA Toplam Puan ve Alt Boyut Puanlarının Kronotiple Kıyaslanması

Değişkenler	ÇDKA Kronotip			p
	Sabah tipi (n=14)	Ara tip (n=66)	Akşam tipi (n=40)	
<b>ÇUAA</b>				
Toplam puan	41.00±4.82 <sup>a</sup>	41.41±6.58 <sup>a</sup>	47.63±9.00 <sup>b</sup>	<b>&lt;0.001</b>
Yatma zamanı direnci	9.29±2.87 <sup>ab</sup>	8.89±2.77 <sup>a</sup>	10.45±3.20 <sup>b</sup>	<b>0.032</b>
Uykuya dalmanın gecikmesi	1.00±0.00 <sup>a</sup>	1.17±0.45 <sup>b</sup>	1.45±0.75 <sup>b</sup>	<b>0.009</b>
Uyku süresi	3.50±1.02 <sup>ab</sup>	3.23±0.65 <sup>a</sup>	3.80±1.30 <sup>b</sup>	<b>0.013</b>
Uyku kaygısı	6.43±2.50	6.38±2.18	7.25±2.76	0.189
Gece uyanmaları	3.50±0.52	3.74±1.11	4.08±1.21	0.164
Parasomniler	8.64±1.65	8.24±1.91	8.58±1.77	0.581
Uykuda solunumun bozulması	3.50±1.09	3.30±0.63	3.48±1.20	0.566
Gün içi uykululuk	8.64±1.28 <sup>a</sup>	9.67±2.86 <sup>a</sup>	12.05±4.10 <sup>b</sup>	<b>&lt;0.001</b>
Veriler ortalama±standart sapma olarak ifade edilmiştir. Aynı satırda yer alan aynı harfler gruplar arası benzerliği, farklı harfler farklılığı ifade etmektedir.				

Çocukların medya kullanımı ile kronotip türleri kıyaslanmıştır. Çocuğun günlük ekran maruziyet süresi, uykudan önce ekrana bakma durumu ve toplam uyku süresi ile kronotip tercihleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ( $p>0.05$ ). Ekranla tanışma yaşı 1 yaşından önce olanlarda akşam kronotip tercihinin, sabah ve ara tip tercih sayısından fazla olduğu gözlenmiştir ( $p=0.019$ ). (Tablo-13)

**Tablo 13.** Medya Kullanımının Kronotipe Göre Kıyaslanması

Değişkenler	ÇDKA Kronotip			p
	Sabah Tipi (n=14)	Ara Tip (n=66)	Akşam Tipi (n=40)	
<b>Günlük Ekran Maruziyeti</b>				
2 Saatin Altı	1(7.1)	6(9.1)	2(5.0)	0.857
2-5 Saat	12(85.7)	51(77.3)	31(77.5)	
5 Saat Üzeri	1(7.1)	9(13.6)	7(17.5)	
<b>Uykudan Önce Ekrana Bakma Durumu</b>				
Var	5(35.7)	28(42.4)	23(57.5)	0.221
Yok	9(64.3)	38(57.6)	17(42.5)	
<b>Ekranla Tanışma Yaşı</b>				
1 Yaş Öncesi	2(14.3) <sup>ab</sup>	3(4.5) <sup>b</sup>	10(25.0) <sup>a</sup>	<b>0.019</b>
1-2 Yaş Arası	2(14.3)	23(34.8)	11(27.5)	
2 Yaş Sonrası	10(71.4)	40(60.6)	19(47.5)	
<b>Toplam Uyku Süresi</b>	9.21±1.25	9.17±0.77	8.93±1.19	0.414
Veriler ortalama±standart sapma ve n(%) olarak ifade edilmiştir.				

T-DSM-IV-S toplam puanı ve dikkatsizlik alt boyut puanı ile ÇUAA toplam puanı arasında pozitif yönde orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur (sırasıyla  $r=0.519$ ,  $r=0.548$ ). T-DSM-IV-S hiperaktivite/dürtüsellik, KOKGB ve davranım bozukluğu alt boyut puanları ile ÇUAA toplam puanı arasında pozitif yönde

zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur (sırasıyla  $r=0.457$ ,  $r=0.404$ ,  $r=0.272$ ). (Tablo-14)

**Tablo 14.** T-DSM-IV-S Toplam Puan ve Alt Boyut Puanları ile ÇUAA Toplam Puanı Arasındaki Korelasyon Analiz Sonucu

Değişkenler	T-DSM-IV-S				
	ÇUAA	Toplam puan	Dikkatsizlik	Hiperaktivite	KOKGB
Toplam puan	0.519**	0.548**	0.457**	0.404**	0.272**
<b>**<math>p&lt;0.01</math>, *<math>p&lt;0.05</math>.</b>					

Tüm örneklem değerlendirildiğinde, AHÇYTÖ demokratik alt boyutu ile ÇUAA ölçeğinin yatma zamanı direnci alt boyutu arasında pozitif yönde çok zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $r=0.189$ ). AHÇYTÖ aşırı koruyuculuk alt boyutu ile ÇUAA ölçeğinin gece uyanmaları alt boyutu arasında pozitif yönde zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $r=0.270$ ). AHÇYTÖ aşırı koruyuculuk alt boyutu ile ÇUAA ölçeğinin uykuda solunum bozulması alt boyutu arasında pozitif yönde zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $r=0.214$ ). AHÇYTÖ aile içi geçimsizlik alt boyutu ile ÇUAA ölçeğinin gün içi uykululuk alt boyutu arasında pozitif yönde çok zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $r=0.199$ ). Diğer alt boyutlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ( $p>0.05$ ). (Tablo-15)

**Tablo 15.** AHÇYTÖ ile ÇUAA Toplam Puan ve Alt Boyut Puanları Arasındaki Korelasyon Analiz Sonucu

Değişkenler	AHÇYTÖ					
	ÇUAA	Aşırı Koruyuculuk	Demokratik Tutum	Aile İçi Geçimsizlik	Ev Kadınlığını Reddetme	Sıkı Disiplin
Toplam Puan	0.122	0.132	0.171	-0.031	0.039	
Yatma Zamanı Direnci	-0.035	0.189*	0.016	-0.001	-0.053	
Uykuya Dalmanın Gecikmesi	-0.052	0.133	0.123	-0.040	0.045	
Uyku Süresi	-0.012	0.089	0.164	0.022	0.116	
Uyku Kaygısı	-0.089	0.128	-0.010	-0.061	-0.148	
Gece Uyanmaları	0.270**	0.149	0.033	-0.047	0.034	
Parasomniler	0.007	0.007	-0.038	-0.089	-0.090	
Uykuda Solunumun Bozulması	0.214*	0.148	0.143	-0.041	0.107	
Gün İçi Uykululuk	0.164	-0.039	0.199*	0.023	0.138	
<b>**<math>p&lt;0.01</math>, *<math>p&lt;0.05</math>.</b>						

Grupların her birinde AHÇYTÖ alt boyutları ile ÇUAA toplam puan ve alt boyut puanları arasında korelasyon analizi bakılmıştır. DEHB ve kontrol gruplarında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

DEHB+KOKGB grubunda ÇUAA toplam puan ile AHÇYTÖ ev kadınlığını reddetme arasında negatif yönde zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $r=-0.398$ ). DEHB+KOKGB grubunda ÇUAA parasomniler ile AHÇYTÖ ev kadınlığını reddetme arasında negatif yönde orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $r=-0.417$ ). DEHB+KOKGB grubunda ÇUAA gece uyanmaları ile AHÇYTÖ demokratik tutum ve eşitlik tanıma arasında pozitif yönde zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $r=0.352$ ). Diğer alt boyutlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ( $p>0.05$ ). (Tablo-16)

**Tablo 16.** DEHB+KOKGB Grubunda AHÇYTÖ İle ÇUAA Toplam Puan ve Alt Boyut Puanları Arasındaki Korelasyon Analiz Sonucu

Değişkenler	AHÇYTÖ	
ÇUAA	Demokratik Tutum ve Eşitlik Tanıma	Ev Kadınlığını Reddetme
Toplam puan	-	-0.398
Gece uyanmaları	0.352	-
Parasomniler	-	-0.417
<b>**<math>p&lt;0.01</math>, *<math>p&lt;0.05</math>.</b>		

## 5. TARTIŞMA

Bu çalışma; DEHB ve DEHB+KOKGB tanısı olan çocuklarla sağlıklı kontrol grubundaki çocukların uyku alışkanlıklarının, kronotip tercihlerinin, ebeveyn tutumlarının ve ekran maruziyetlerinin çocuklarda görülen uyku problemleri ile olan ilişkisinin incelendiği kesitsel bir çalışmadır. Hasta grubuna DEHB tanılı 40 çocuk, DEHB+KOKGB tanılı 36 çocuk, kontrol grubuna ise herhangi psikiyatrik veya fiziksel hastalığı olmayan 44 çocuk alınmak üzere; toplamda 120 çocuk ve ebeveyni çalışmaya dahil edilmiştir.

Çalışmamızda katılımcıların 85'i erkek (%71.4), 34'ü kız (%28.6) çocuğuydu. Çocukların yaş ortalaması  $8.96 \pm 1.84$  olup, %65.8'inin ilkokul, %34.2'sinin ortaokul düzeyinde olduğu görülmektedir. Gruplarda cinsiyet dağılımlarına bakıldığında, en yüksek erkek cinsiyet oranı, %75.0 ile DEHB grubunda saptanmıştır. Kontrol grubunda erkek cinsiyet oranı %70.5, DEHB+KOKGB grubunda ise %68.6 olarak saptanmıştır. Çalışmalarda cinsiyet oranları seçilen örnekleme göre farklılık göstermekle beraber, DEHB'nin erkek cinsiyette kızlara göre 2 ila 9 kat daha fazla görüldüğü bildirilmektedir. Epidemiyolojik çalışmalarda saptanan 3/1 erkek/kız oranı, çalışmamızda saptanan oranla örtüşmektedir. (38) Çalışmamızda DEHB'li çocuk sayısı toplamda 76 olup, bunların %47.3'üne KOKGB komorbiditesinin eşlik ettiği görülmektedir. Bir derlemede DEHB'ye eşlik eden KOKGB tanı oranı %60 olarak tahmin edilmiştir. (59) Çalışmamızda DEHB'ye eşlik eden KOKGB oranı, genel olarak alan yazınla uyumlu bulunmuştur. Çalışmamızda DEHB'li kızlarda komorbid KOKGB oranı (%52.4), DEHB'li erkeklerin KOKGB komorbidite oranından (%44.4) yüksek bulunmuştur.

Çalışmalarda kızlarda daha çok içe atım bozukluklarının, erkeklerde ise yıkıcı davranış bozukluklarının DEHB'ye eşlik ettiği ifade edilmektedir. (38) Bununla birlikte kız çocuklarında KOKGB tanılmasının yetersiz olduğunu iddia eden çalışmalar da bulunmaktadır.(70) (71) Kız çocuklarında görülen agresyonun daha dolaylı yoldan ifade bulabileceği göz önünde bulundurulmalı, yetersiz tanılmanın önüne geçilmesi amacıyla mevcut tanı kriterlerinin yeniden gözden geçirilmelidir. Çalışmamızdan elde edilen verilere göre 3 grup arasında yaş, cinsiyet ve okudukları sınıf açısından bir farklılık saptanmamıştır. Grupların bu konuda benzer olması, grupların kıyaslanmasında önem taşımaktadır.

Çalışmamızda anne yaşı, baba mesleği, gelir düzeyi, aile türü, kardeş sayısı, yaşadığı yer, ebeveyn birlikteliği ve ailede psikiyatrik hastalık öyküsü açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Ancak ebeveynlerin eğitim düzeyleri, annenin çalışma durumu ve baba yaşı açısından gruplar arasında birtakım farklılıklar olduğu tespit edilmiştir. DEHB ve DEHB+KOKGB gruplarında anne eğitim düzeylerinin kontrol grubuna göre daha düşük olduğu saptanmıştır. DEHB ve DEHB+KOKGB gruplarında çalışmayan annelerin, kontrol grubunda ise çalışan annelerin sayısının fazla olduğu görülmüştür. Kontrol grubunda baba yaşı ve eğitim düzeyleri diğer 2 gruba göre daha yüksek bulunmuştur. DEHB ile sosyoekonomik durum arasındaki ilişki konusundaki çalışmalarda çelişkili sonuçlar saptanmış olup, KOKGB'nin ise daha çok düşük sosyoekonomik düzeyde görüldüğü ifade edilmektedir.(37) (68) Çalışmamızda görülen bu farklılığın, örneklem büyüklüğü ile ilgili kısıtlılıklardan kaynaklandığı düşünülmüştür.

Çalışmamızda T-DSM-IV-S ve CADÖ toplam puanları, en yüksekten en düşüğe sırasıyla DEHB+KOKGB, DEHB ve kontrol grubu şeklinde sıralanmaktadır. T-DSM-IV-S alt boyut puanlarından KOKGB ve davranım bozukluğu puanları DEHB+KOKGB grubunda diğer gruplara göre anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır. CADÖ alt boyut puanlarından ataklık/hiperaktivite ve davranım sorunları alt boyut puanlarının yanısıra kaygı alt boyut puanlarının da DEHB+KOKGB grubunda en yüksek olduğu göze çarpmaktadır. KOKGB grubunda görülen yüksek kaygı puanlarının, KOKGB'nin dışa atım bozukluklarının yanısıra depresyon, anksiyete gibi içe atım bozukluklarıyla olan ilişkisi açısından anlamlı görülmüştür. (66) Çalışmalarda KOKGB'de görülen sinirlilik

ve irritabilitenin; depresyon ve anksiyeteyi öngördüğü, kin tutma ve karşıt olma davranışlarının ise DB ve antisosyal davranışlar ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. (77)

Çalışmamızda ekran ve uyku ilişkisine yönelik veriler değerlendirildiğinde, DEHB ve DEHB+KOKGB gruplarının günlük ekran sürelerinin kontrol grubundan daha yüksek olduğu ve uykudan önce ekrana daha fazla baktıkları tespit edilmiştir. Tüm örneklem değerlendirildiğinde ise, günlük ekran süresi 5 saatin üzerinde olan çocuklarda, uyku kaygısı, uykuda solunumun bozulması ve yatma zamanı direnci gibi uyku problemlerinin; ekran süresi 2 saatin altında olan çocuklara göre daha fazla olduğu görülmüştür. Ayrıca, günlük ekran süresi 5 saat ve üzerinde olan çocukların dikkatsizlik ve karşıt olma semptomlarının ekran süresi 2 saatin altında olan çocuklara kıyasla daha fazla olduğu görülmüştür. Literatürde, artan DEHB teşhis oranlarını, ekran maruziyeti ve medya kullanımındaki artış ile ilişkilendiren çalışmalar vardır. Mevcut kanıtlar, medya kullanımı ile DEHB'nin çekirdek belirtileri arasında, istatistiksel olarak anlamlı ancak küçük bir ilişki olduğunu göstermektedir. (130) (131) Güncel veriler DEHB'de artmış ekran maruziyetiyle birlikte uyku sorunlarında da artıştan bahsetmektedir. Bir çalışmada DEHB'li ergenlerin, DEHB'si olmayan ergenlere göre daha fazla teknolojik alet kullandığı, teknoloji kullanımı ile daha zayıf uyku ve artan gündüz uykululuğu arasında ilişki bulunduğu raporlanmıştır. (8) DEHB'li ergenler üzerinde yapılan bir başka araştırmada gece medya kullanımı; daha kısa uyku süresi, akşamcıl kronotip ve daha fazla gündüz uykululuğu ile ilişkili bulunmuştur. (9) Çalışmamız, ekran maruziyeti ile uyku problemleri arasındaki ilişki konusunda, mevcut literatürle örtüşen sonuçlar ortaya çıkarmıştır. Çalışmamızdan ve güncel literatürden elde edilen veriler yorumlandığında, DEHB'de görülen artmış teknoloji kullanımının gece uyku problemlerini artırarak gündüz DEHB semptomlarını kötüleştirdiği sonucu ortaya çıkmakta, dolayısıyla DEHB'nin, 24 saatlik bir bozukluk olarak ele alınmasının gerekliliği ortaya çıkmaktadır.

Çalışmamızda uykuyla ilgili veriler gözden geçirildiğinde DEHB+KOKGB grubunun en kısa uyku süresine ( $8.83 \pm 1.20$  saat) sahip olduğu, sonrasında sırasıyla DEHB ( $9.03 \pm 0.95$  saat) ve kontrol gruplarının ( $9.37 \pm 0.76$  saat) geldiği tespit edilmiştir. Ayrıca, başta dikkatsizlik semptomları olmak üzere, DEHB semptom şiddetinde artış, uyku problemleri ilişkili bulunmuştur. Aktigrafik ölçüm yöntemi kullanılan bir çalışma, DEHB'li çocukların sağlıklı çocuklara göre daha kısa gerçek uyku süresi yaşadığını göstermiştir.

(86) Çalışmamız subjektif ölçümlerle yapılmış da olsa, veriler objektif ölçümlerle yapılan bu çalışmayla tutarlı bulunmuştur. Çalışmamızda ÇUAA toplam puanları açısından DEHB ve DEHB+KOKGB gruplarının, kontrol grubundan daha yüksek puanlara sahip olduğu gözlenmiştir. Bu durum DEHB'li ve DEHB+KOKGB'li çocukların sağlıklı çocuklara kıyasla uykuya ilgili daha fazla güçlük yaşadığını göstermektedir. Bir metaanalizde, DEHB'li çocuklarda daha fazla yatma zamanı direnci, uykuya başlama güçlüğü, gece uyanmaları, sabah uyanma güçlükleri, uykuda solunum bozukluğu ve gündüz uykululuğu olduğu gösterilmiştir. Ayrıca uyku verimliliği ve uyku süresi DEHB'li çocuklarda kontrollere göre daha düşük bulunmuştur. (87) Deneysel bir çalışmada uyku kısıtlaması yapılan DEHB'li ergenlerin daha fazla dikkatsizlik ve karşıt olma davranışı, daha fazla yavaş bilişsel tempo belirtileri ve gündüz uykululuk durumu bildirildiği raporlanmıştır. (88) Tüm bu veriler yorumlandığında, DEHB ile uyku problemleri arasında çift yönlü bir etkileşim olduğu ortaya çıkmaktadır. Bununla birlikte DEHB'nin klinik olarak heterojenite gösteren bir hastalık olduğu göz önünde bulundurulduğunda alt tip, komorbidite ve ilaç kullanımı gibi çeşitli faktörlerin uyku problemlerine olan etkilerinin incelenmesinin gerekliliği aşikardır. Bir çalışmada DEHB'de komorbid KOKGB'nin uykuya etkisi bulunmazken, tedavide kullanılan ilaçların uyku problemlerine katkıda bulunduğu vurgulanmıştır. (7) Çalışmamızdan elde edilen veriler ise, KOKGB komorbiditesinde yatma zamanı direnci, uyku kaygısı, parasomniler gibi uyku problemlerinin DEHB ve kontrol grubundan daha fazla olduğunu göstermektedir. Çalışmamızda katılımcıların ilaç tedavisi kullanmayan veya yeni tanı almış DEHB'li çocuklar arasından seçilmesi, DEHB tedavisinde kullanılan uyarıcı ve uyarıcı olmayan ilaçların uykuya olan etkilerini dışlamak açısından önem taşımaktadır.

Çalışmamızda tüm örneklem kronotip açısından değerlendirildiğinde çocukların %55.0 oranı ile en sık ara tipte olduğu, daha sonra %33.4 oranı ile akşamcıl ve %11.6 oranı ile sabahçıl kronotipin geldiği saptanmıştır. Ayrıca ekranla 1 yaşından önce tanışan çocuklarda akşam kronotip tercihinin, sabah ve ara tip tercih sayısından fazla olduğu gözlenmiştir. Çalışmamızda akşamcıl kronotipe sahip çocukların genel olarak uykuya ilgili daha fazla güçlük yaşadığı; gün içi uykululuk, yatma zamanı direnci, uyku süresi, uykuya dalmanın gecikmesi alanlarında daha fazla sorun bildirildiği saptanmıştır. Çalışmalarda akşamcıl tipler daha fazla uyku ihtiyacı, hafta içi ihtiyaç duyulan uyku miktarını karşılayamama, hafta sonu yatakta daha fazla zaman geçirme, daha geç yatma

ve geç uyanma, daha düzensiz uyku/uyanıklık alışkanlıkları ve daha fazla kafein tüketimi ile ilişkilendirilmiştir. (103) Çalışmamızda akşamcıl kronotipe sahip çocukların daha fazla uyku problemi yaşadığıyla ilgili ortaya çıkan veriler mevcut literatürle uyumludur.

Çalışmamızda kronotip tercihleri açısından DEHB, DEHB+KOKGB ve kontrol gruplarında farklılık bulunmamıştır. ÇDKA puanları sayısal olarak değerlendirildiğinde anlamlı farklılık bulunmamakla birlikte, en yüksek puan ortalamasının DEHB+KOKGB grubunda olduğu, sonrasında sırasıyla DEHB ve kontrol gruplarının geldiği görülmektedir. Gruplar kendi içerisinde değerlendirildiğinde DEHB+KOKGB'li çocuklarda en sık görülen kronotip tercihinin %44.4 ile akşamcıl kronotip olduğu, DEHB ve kontrol grubunun en sık tercihlerinin ise ara tip olduğu görülmektedir. Literatürde DEHB'li çocukların yaşadıkları uyku güçlüklerinin etiyolojisinde, sirkadiyen ritmin önemini vurgulayan pek çok çalışmaya rastlanmıştır. Sistematik bir derleme DEHB'nin akşamcıl kronotip ve sirkadiyen faz gecikmesi ile ilişkili olduğunu gösteren kanıtlar sunmaktadır. (102) Çalışmamızda gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmamakla birlikte, literatürde DEHB'li çocukların akşamcıl kronotip tercihi gösterme eğiliminde olduğuna dair pek çok çalışma vardır. Akşamcıl kronotipe sahip çocukların “sosyal jetlag” açısından daha büyük risk altında olduğunun göz önünde bulundurulması, akademik ve sosyal performansta kayıpların önüne geçmek adına okul saatlerinde gerekli düzenlemelerin yapılması önem taşımaktadır. Çalışmamızda gruplar arasında kronotip tercihlerinde anlamlı farklılık bulunmamasının sebebinin; çalışmanın okul döneminde yürütülüyor olması, okulların çoğunlukla sabah erken saatlerde başlaması, çocuklardaki kronotip tercihlerinin sosyal koşullar gereği adaptasyon mekanizması ile değişikliğe uğramış olabileceğini varsaymaktayız.

Ebeveyn tutumları üç grup arasında kıyaslandığında, DEHB ve DEHB+KOKGB gruplarının aile içi geçimsizlik ve sıkı disiplin açısından kontrol grubundan yüksek puanlara sahip olduğu görülmektedir. Ayrıca DEHB grubunun aşırı koruyuculuk tutumu açısından diğer iki gruptan daha yüksek değerlere sahip olduğu görülmüştür. Kontrolcü ebeveynlik, çocuklarda özerkliği engellemesinin yanı sıra, davranış sorunlarıyla da ilişkili bulunmuştur. Okul öncesi çocuklarla yapılan 2 yıllık bir takip çalışmasında annedeki kontrolcü davranışlar ile, çocuğun karşı gelme davranışları ve davranış problemleri arasında çift yönlü bir ilişki olduğu saptanmıştır. (132) ABD'de yapılan araştırmalar,

DEHB'li çocuklara sahip ebeveynlerin çocuk yetiştirme konusundaki stres faktörlerine genellikle uygunsuz veya yetersiz ebeveynlik yaparak tepki gösterdiğini ortaya çıkarmıştır. (112) (113) DEHB'li çocukların ebeveynleri çocuklarını daha fazla kontrol etme ve onaylamama eğilimindedir. Sağlıklı çocukların ebeveynlerine göre daha fazla sözel yönlendirme, komutları tekrarlama, azarlama ve düzeltmeler yapmalarının yanısıra, çocuklarına karşı daha az ödüllendirici ve duyarlıdırlar. DEHB'li çocukların ebeveynlerinin yaşadıkları yüksek düzeydeki ebeveynlik stresinin ebeveynlik becerilerini olumsuz yönde etkilediği bilinmektedir. (113) Ebeveynlerdeki beceri eksikliğinin ve olumsuz ebeveynlik stillerinin, DEHB'li çocukların öz-kontrol eksikliklerini artırabileceğini ve bozukluğun seyrini kötüleştiren ek yıkıcı davranış bozuklukların gelişmesine katkıda bulunabileceğini gösteren giderek artan sayıda kanıtlar vardır. Dolayısıyla ebeveynlik becerilerindeki eksiklik, KOKGB ve DB gibi DEHB ile ilişkili yıkıcı bozuklukların varlığı ve ciddiyeti ile ilişkili görünmektedir. Ebeveyn-çocuk etkileşimini düzenlemek ve ebeveyne psikiyatrik destek sağlamak hem ebeveyn hem de çocuk için sonuçları iyileştirebilir. (113) Yakın zamanda yapılan bir araştırma, annelerin çocukları hakkındaki düşüncelerini, duygularını ve davranışlarını hedef alan bilişsel davranışçı eğitimin standart ebeveyn eğitime entegrasyonunun, DEHB'li çocukların annelerinde gözlemlenen olumsuz ebeveynliği azalttığını göstermiştir (133)

Çalışmamızda ebeveyn tutumlarının uykuyla olan ilişkisine yönelik veriler gözden geçirildiğinde, aşırı koruyuculuk tutumu ile gece uyanmaları ve uykuda solunumun bozulması arasında ilişki bulunmuştur. Alan yazında, aşırı kontrolcü ebeveynlik tarzının, çocuklarda artmış kaygı düzeyleriyle olan ilişkisine dair çeşitli çalışmalar yapılmıştır. (134) Çocuklarda görülen gece uyanmaları ve uykuda solunumun bozulmasının kaygıyla ilişkili olabileceği düşünülmekte, bunun da aşırı koruyucu ebeveynlik tarzından kaynaklandığı tahmin edilmektedir. Çalışmamızda aile içi geçimsizlik ile gün içi uykululuk arasında da bir ilişki olduğu saptanmıştır. Bu durum, ailede geçimsizlik ve çatışmalar olduğunda çocuğun yeterli ve verimli bir gece uykusuna sahip olamadığını göstermektedir. Aile içi geçimsizlik ve eşler arasında olan çatışmaların ebeveynlik becerilerinde ve ebeveyn-çocuk ilişkisinde birtakım sorunlara yol açması kaçınılmazdır. Çalışmamızda beklenmedik bir şekilde, demokratik tutumlar ile yatma zamanı direnci arasında bir ilişki olduğu saptanmıştır. Ortaya çıkan sonuç hipotezimizle ve güncel literatürle uyumlu bulunmamıştır. Bu sonucun, örneklemin kısıtlılığından kaynaklı

olabileceği düşünölmüştür. Çalışmamızda gruplar kendi içerisinde incelendiğinde, DEHB ve kontrol gruplarında ebeveyn tutumları ile uyku problemleri arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. DEHB+KOKGB grubunda ev kadınlığını reddetme ile uyku problemleri ve parasomniler arasında negatif bir ilişki olduğu saptanmıştır. Ayrıca, yine DEHB+KOKGB grubunda demokratik tutumlar ile eşitlik tanıma arasında pozitif bir ilişki saptanmıştır. Bulgularımız bu anlamda mevcut literatürle uyumlu bulunmamış olup, örneklemin toplumu temsil etmediğinden kaynaklandığı düşünölmektedir. DEHB ve KOKGB’li çocuklarda uykunun ve uyku problemlerinin, ebeveynlik stilleri tarafından nasıl etkilendiğini anlamak için daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

Çalışmamızda DEHB’de görölen uyku problemleri tespit edilip, KOKGB komorbiditesinin, ekran maruziyetinin ve ebeveyn tutumlarının bu problemlere katkısı incelenmiştir. Bu çalışma ile hem DEHB hem de KOKGB açısından uyku alışkanlıkları ve klinik bulgular arasında belirgin bir ilişki bulunmuş, ayrıca ekran maruziyetinin de süreç açısından olumsuz etkileri vurgulanmıştır. Bununla birlikte DEHB ve KOKGB’li çocuklarda ebeveynlik stillerinin uyku alışkanlıkları ve medya kullanımı üzerine ilişkisine dikkat çekilmek istenmiştir. Konu ile ilişkili alan yazın değerlendirildiğinde özellikle KOKGB uyku-ebeveyn tutumları ilişkili verilerin kısıtlılığı göze çarpmaktadır.

## 6. SONUÇLAR ve KISITLILIKLAR

### 6.1. Sonuçlar

1. Çalışmamıza DEHB tanılı 40, DEHB+KOKGB tanılı 36 ve 44 sağlıklı çocuk dahil edilmiş olup çocukların yaş ortalaması 8.96'dır.
2. Günlük ekran süresi 5 saatin üzerinde olan çocuklarda, uyku kaygısı, uykuda solunumun bozulması ve yatma zamanı direnci gibi uyku problemlerinin; ekran süresi 2 saatin altında olan çocuklara göre daha fazla olduğu görülmüştür.
3. DEHB ve DEHB+KOKGB gruplarının günlük ekran sürelerinin kontrol grubundan daha yüksek olduğu ve uykudan önce ekrana daha fazla baktıkları tespit edilmiştir.
4. Günlük ekran süresi 5 saat ve üzeri olan çocukların dikkatsizlik ve karşıt olma semptomlarının, ekran süresi 2 saatin altında olan çocuklara kıyasla daha fazla olduğu görülmüştür.
5. DEHB+KOKGB grubunun en kısa uyku süresine sahip olduğu, sonrasında sırasıyla DEHB ve kontrol gruplarının geldiği tespit edilmiştir.
6. DEHB semptom şiddetindeki artış, uyku problemlerindeki artış ile ilişkili bulunmuştur.

7. ÇUAA toplam puanları açısından DEHB ve DEHB+KOKGB gruplarının, kontrol grubundan daha yüksek puanlara sahip olduğu, dolayısıyla uykuyla ilgili daha fazla güçlük yaşadıkları gözlenmiştir.
8. KOKGB komorbiditesi bulunan çocuklarda yatma zamanı direnci, uyku kaygısı, parasomniler gibi uyku problemlerinin yalnızca DEHB'si olan çocuklara göre daha fazla olduğu saptanmıştır.
9. Kronotip tercihleri açısından, çocukların %55.0 oranı ile en sık ara tipte olduğu, daha sonra %33.4 oranı ile akşamcıl ve %11.6 oranı ile sabahçıl kronotipin geldiği saptanmıştır.
10. Ekranla 1 yaşından önce tanışan çocuklarda akşamcıl kronotip tercihinin daha fazla olduğu saptanmıştır.
11. Akşamcıl kronotipe sahip çocukların genel olarak uykuyla ilgili daha fazla güçlük yaşadığı; gün içi uykululuk, yatma zamanı direnci, uyku süresi, uykuya dalmanın gecikmesi alanlarında daha fazla sorun bildirdiği saptanmıştır.
12. Kronotip tercihleri açısından DEHB, DEHB+KOKGB ve kontrol gruplarında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmamıştır. Bununla birlikte, DEHB+KOKGB'li çocuklarda en sık görülen tercih akşamcıl kronotip iken, DEHB ve kontrol grubunun en sık tercihlerinin ise ara tip olduğu görülmektedir.
13. DEHB ve DEHB+KOKGB gruplarının aile içi geçimsizlik ve sıkı disiplin açısından kontrol grubundan yüksek puanlara sahip olduğu görülmektedir. Ayrıca DEHB grubundaki annelerde aşırı koruyuculuk tutumunun diğer 2 gruptan daha fazla olduğu saptanmıştır.
14. Çalışmamızda ebeveyn tutumlarının uykuyla olan ilişkisine yönelik veriler gözden geçirildiğinde, aşırı koruyuculuk tutumu ile gece uyanmaları ve uykuda solunumun bozulması arasında ilişki bulunmuştur. Ayrıca aile içi geçimsizlik ile gün içi uykululuk arasında da bir ilişki olduğu saptanmıştır.

## 6.2. Kısıtlılıklar

Çalışmamızın tek merkezde, sınırlı sayıda katılımcı ile yürütülmesi başlıca kısıtlılığdır. Örneklemin kısıtlılığı sebebiyle hasta ve kontrol grubunda annelerin eğitim düzeyleri, çalışma durumları ve gelir düzeyleri arasında farklılıklar görülmüştür. Sonuçların genellenebilmesi için daha fazla sayıda katılımcı ile çalışmaya ihtiyaç vardır. Diğer bir kısıtlılık ise çalışmamızın kesitsel olmasıdır. Bu şekilde kesitsel olarak yürütülen bir çalışmada DEHB'li ve komorbid KOKGB'li çocuklarda uyku problemleri, kronotip, ekran maruziyeti ve ebeveyn tutumları arasında net bir neden-sonuç ilişkisi kurulamamaktadır. Çalışmamızda yer alan ölçekler ebeveynler tarafından doldurulmuş olup; bu durum bilgi saklama, yanlış doldurma veya hatırlayamama gibi hatalara ve subjektif değerlendirmelere neden olabilir. Uyku sorunlarını tespit ederken objektif ölçüm araçlarının kullanılması, daha nesnel veriler sağlayabilir. Ayrıca katılımcıların kaygı düzeyleri ve ekran maruziyetlerini sorgularken daha ayrıntılı ölçeklerin kullanılmaması çalışmamızdaki bir diğer kısıtlılıktır. Çalışmamıza katılan ebeveynlerin psikiyatrik açıdan muayene edilmemiş olması çalışmanın kısıtlılıklarındandır. Ebeveynlerin ruhsal durumları hakkında ayrıntılı psikiyatrik muayene ile elde edilen verilerin, ebeveyn tutumları açısından daha kapsamlı veriler sağlayacağı düşünülmektedir.

## 7. KAYNAKLAR

1. American Psychiatric Association D, Association AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5: American psychiatric association Washington, DC; 2013.
2. National Institutes of Health Consensus Development Conference Statement: diagnosis and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2000;39:182-93.
3. Rowe R, Costello EJ, Angold A, Copeland WE, Maughan B. Developmental pathways in oppositional defiant disorder and conduct disorder. *J Abnorm Psychol*. 2010;119:726-38.
4. Whelan YM, Stringaris A, Maughan B, Barker ED. Developmental continuity of oppositional defiant disorder subdimensions at ages 8, 10, and 13 years and their distinct psychiatric outcomes at age 16 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2013;52:961-9.
5. Greene RW, Biederman J, Zerwas S, Monuteaux MC, Goring JC, Faraone SV. Psychiatric comorbidity, family dysfunction, and social impairment in referred youth with oppositional defiant disorder. *Am J Psychiatry*. 2002;159:1214-24.
6. Owens JA. The ADHD and sleep conundrum: a review. *Journal of developmental and behavioral pediatrics : JDBP*. 2005;26:312-22.
7. Mayes SD, Calhoun SL, Bixler EO, et al. ADHD subtypes and comorbid anxiety, depression, and oppositional-defiant disorder: differences in sleep problems. *Journal of pediatric psychology*. 2009;34:328-37.
8. Bouchtein E, Langberg JM, Cusick CN, Breaux RP, Smith ZR, Becker SP. Featured Article: Technology Use and Sleep in Adolescents With and Without Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of pediatric psychology*. 2019;44:517-26.
9. Becker SP, Lienesch JA. Nighttime media use in adolescents with ADHD: links to sleep problems and internalizing symptoms. *Sleep medicine*. 2018;51:171-8.
10. Burt SA, McGue M, Krueger RF, Iacono WG. Sources of covariation among the child-externalizing disorders: informant effects and the shared environment. *Psychol Med*. 2005;35:1133-44.

11. Johnston C, Mash EJ. Families of children with attention-deficit/hyperactivity disorder: review and recommendations for future research. *Clinical child and family psychology review*. 2001;4:183-207.
12. Seipp CM, Johnston C. Mother-son interactions in families of boys with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder with and without oppositional behavior. *Journal of abnormal child psychology*. 2005;33:87-98.
13. Cunningham CE. A family-centered approach to planning and measuring the outcome of interventions for children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of pediatric psychology*. 2007;32:676-94.
14. Becker SP. ADHD and sleep: recent advances and future directions. *Current opinion in psychology*. 2020;34:50-6.
15. Drechsler R, Brem S, Brandeis D, Grünblatt E, Berger G, Walitza S. ADHD: Current Concepts and Treatments in Children and Adolescents. *Neuropediatrics*. 2020;51:315-35.
16. Curatolo P, D'Agati E, Moavero R. The neurobiological basis of ADHD. *Ital J Pediatr*. 2010;36:79.
17. Martínez-Badía J, Martínez-Raga J. Who says this is a modern disorder? The early history of attention deficit hyperactivity disorder. *World J Psychiatry*. 2015;5:379-86.
18. Barkley RA, Peters H. The earliest reference to ADHD in the medical literature? Melchior Adam Weikard's description in 1775 of "attention deficit" (Mangel der Aufmerksamkeit, *Attentio Volubilis*). *J Atten Disord*. 2012;16:623-30.
19. Crichton A. An inquiry into the nature and origin of mental derangement: on attention and its diseases. *J Atten Disord*. 2008;12:200-4; discussion 5-6.
20. Thome J, Jacobs KA. Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in a 19th century children's book. *Eur Psychiatry*. 2004;19:303-6.
21. Still GF. Some abnormal psychical conditions in children: excerpts from three lectures. *J Atten Disord*. 2006;10:126-36.
22. Taylor E. Antecedents of ADHD: a historical account of diagnostic concepts. *Atten Defic Hyperact Disord*. 2011;3:69-75.

23. Ercan ES, Polanczyk G, Akyol Ardic U, et al. The prevalence of childhood psychopathology in Turkey: a cross-sectional multicenter nationwide study (EPICPAT-T). *Nord J Psychiatry*. 2019;73:132-40.
24. Millichap JG. *Attention deficit hyperactivity disorder handbook: A physician's guide to ADHD*: Springer; 2010.
25. Association AP. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Third Edition (DSM-III)*: American psychiatric association Washington, DC; 1980.
26. American Psychiatric Association A, Association AP. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV*: American psychiatric association Washington, DC; 1994.
27. Association AP. *Diagnostic and statistical manual-text revision*. Washington, DC: American Psychiatric Association. 2000;256.
28. Austerman J. ADHD and behavioral disorders: Assessment, management, and an update from DSM-5. *Cleve Clin J Med*. 2015;82:S2-7.
29. Pliszka S. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2007;46:894-921.
30. Willcutt EG, Nigg JT, Pennington BF, et al. Validity of DSM-IV attention deficit/hyperactivity disorder symptom dimensions and subtypes. *J Abnorm Psychol*. 2012;121:991-1010.
31. Polanczyk GV, Willcutt EG, Salum GA, Kieling C, Rohde LA. ADHD prevalence estimates across three decades: an updated systematic review and meta-regression analysis. *Int J Epidemiol*. 2014;43:434-42.
32. Polanczyk G, de Lima MS, Horta BL, Biederman J, Rohde LA. The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. *Am J Psychiatry*. 2007;164:942-8.
33. Willcutt EG. The prevalence of DSM-IV attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analytic review. *Neurotherapeutics*. 2012;9:490-9.
34. Polanczyk GV, Salum GA, Sugaya LS, Caye A, Rohde LA. Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*. 2015;56:345-65.

35. Ercan ES, Unsel-Bolat G, Tufan AE, et al. Effect of Impairment on the Prevalence and Comorbidities of Attention Deficit Hyperactivity Disorder in a National Survey: Nation-Wide Prevalence and Comorbidities of ADHD. *J Atten Disord.* 2022;26:674-84.
36. Ercan ES, Kandulu R, Uslu E, et al. Prevalence and diagnostic stability of ADHD and ODD in Turkish children: a 4-year longitudinal study. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health.* 2013;7:30.
37. Polanczyk G, Jensen P. Epidemiologic considerations in attention deficit hyperactivity disorder: a review and update. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America.* 2008;17:245-60, vii.
38. Rucklidge JJ. Gender differences in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Psychiatric Clinics of North America.* 2010;33:357-73.
39. Barkley RA, Murphy, Kevin R, Fischer, Mariellen. *ADHD in adults : what the science says* New York: Guildford Press 2010.
40. Franke B, Michelini G, Asherson P, et al. Live fast, die young? A review on the developmental trajectories of ADHD across the lifespan. *European neuropsychopharmacology : the journal of the European College of Neuropsychopharmacology.* 2018;28:1059-88.
41. Faraone SV, Biederman J, Mick E. The age-dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder: a meta-analysis of follow-up studies. *Psychol Med.* 2006;36:159-65.
42. Fayyad J, Sampson NA, Hwang I, et al. The descriptive epidemiology of DSM-IV Adult ADHD in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Atten Defic Hyperact Disord.* 2017;9:47-65.
43. Faraone SV, Perlis RH, Doyle AE, et al. Molecular genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biol Psychiatry.* 2005;57:1313-23.
44. Thapar A, Cooper M, Eyre O, Langley K. Practitioner Review: What have we learnt about the causes of ADHD? *Journal of Child Psychology and Psychiatry.* 2013;54:3-16.
45. Sprich S, Biederman J, Crawford MH, Mundy E, Faraone SV. Adoptive and biological families of children and adolescents with ADHD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2000;39:1432-7.

46. Gizer IR, Ficks C, Waldman ID. Candidate gene studies of ADHD: a meta-analytic review. *Hum Genet.* 2009;126:51-90.
47. Li Z, Chang SH, Zhang LY, Gao L, Wang J. Molecular genetic studies of ADHD and its candidate genes: a review. *Psychiatry Res.* 2014;219:10-24.
48. Neale BM, Medland SE, Ripke S, et al. Meta-analysis of genome-wide association studies of attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2010;49:884-97.
49. Demontis D, Walters RK, Martin J, et al. Discovery of the first genome-wide significant risk loci for attention deficit/hyperactivity disorder. *Nat Genet.* 2019;51:63-75.
50. Sciberras E, Mulraney M, Silva D, Coghill D. Prenatal Risk Factors and the Etiology of ADHD-Review of Existing Evidence. *Current psychiatry reports.* 2017;19:1.
51. Posner J, Polanczyk GV, Sonuga-Barke E. Attention-deficit hyperactivity disorder. *Lancet.* 2020;395:450-62.
52. Sinn N. Nutritional and dietary influences on attention deficit hyperactivity disorder. *Nutr Rev.* 2008;66:558-68.
53. Stevens SE, Sonuga-Barke EJ, Kreppner JM, et al. Inattention/overactivity following early severe institutional deprivation: presentation and associations in early adolescence. *Journal of abnormal child psychology.* 2008;36:385-98.
54. Weyandt L, Swentosky A, Gudmundsdottir BG. Neuroimaging and ADHD: fMRI, PET, DTI findings, and methodological limitations. *Developmental neuropsychology.* 2013;38:211-25.
55. Thapar A, Cooper M. Attention deficit hyperactivity disorder. *Lancet.* 2016;387:1240-50.
56. Tripp G, Wickens JR. Neurobiology of ADHD. *Neuropharmacology.* 2009;57:579-89.
57. Samea F, Soluki S, Nejati V, et al. Brain alterations in children/adolescents with ADHD revisited: A neuroimaging meta-analysis of 96 structural and functional studies. *Neuroscience and biobehavioral reviews.* 2019;100:1-8.
58. Larson K, Russ SA, Kahn RS, Halfon N. Patterns of comorbidity, functioning, and service use for US children with ADHD, 2007. *Pediatrics.* 2011;127:462-70.

59. Connor DF, Steeber J, McBurnett K. A review of attention-deficit/hyperactivity disorder complicated by symptoms of oppositional defiant disorder or conduct disorder. *Journal of developmental and behavioral pediatrics : JDBP*. 2010;31:427-40.
60. Harpold T, Biederman J, Gignac M, et al. Is oppositional defiant disorder a meaningful diagnosis in adults? Results from a large sample of adults with ADHD. *The Journal of nervous and mental disease*. 2007;195:601-5.
61. Stringaris A, Goodman R. Longitudinal outcome of youth oppositionality: irritable, headstrong, and hurtful behaviors have distinctive predictions. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2009;48:404-12.
62. Nock MK, Kazdin AE, Hiripi E, Kessler RC. Lifetime prevalence, correlates, and persistence of oppositional defiant disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*. 2007;48:703-13.
63. Yu RA, Goulter N, McMahon RJ. Longitudinal Associations between Parental Warmth, Harsh Discipline, Child Emotion Regulation, and ODD Dimensions. *Child psychiatry and human development*. 2022;53:1266-80.
64. Lavigne JV, Gouze KR, Hopkins J, Bryant FB, LeBailly SA. A multi-domain model of risk factors for ODD symptoms in a community sample of 4-year-olds. *Journal of abnormal child psychology*. 2012;40:741-57.
65. Vasileva M, Graf RK, Reinelt T, Petermann U, Petermann F. Research review: A meta-analysis of the international prevalence and comorbidity of mental disorders in children between 1 and 7 years. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*. 2021;62:372-81.
66. Boylan K, Vaillancourt T, Boyle M, Szatmari P. Comorbidity of internalizing disorders in children with oppositional defiant disorder. *European child & adolescent psychiatry*. 2007;16:484-94.
67. Hawes DJ, Gardner F, Dadds MR, et al. Oppositional defiant disorder. *Nature reviews Disease primers*. 2023;9:31.
68. Riley M, Ahmed S, Locke A. Common Questions About Oppositional Defiant Disorder. *American family physician*. 2016;93:586-91.

69. Demmer DH, Hooley M, Sheen J, McGillivray JA, Lum JA. Sex Differences in the Prevalence of Oppositional Defiant Disorder During Middle Childhood: a Meta-Analysis. *Journal of abnormal child psychology*. 2017;45:313-25.
70. Steiner H, Remsing L. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with oppositional defiant disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2007;46:126-41.
71. Loeber R, Burke J, Pardini DA. Perspectives on oppositional defiant disorder, conduct disorder, and psychopathic features. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*. 2009;50:133-42.
72. Burke JD, Rowe R, Boylan K. Functional outcomes of child and adolescent oppositional defiant disorder symptoms in young adult men. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*. 2014;55:264-72.
73. Johnston OG, Derella OJ, Burke JD. Identification of Oppositional Defiant Disorder in Young Adult College Students. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 2018;40:563-72.
74. Pinquart M. Associations of parenting dimensions and styles with externalizing problems of children and adolescents: An updated meta-analysis. *Developmental psychology*. 2017;53:873-932.
75. Eisenberg N, Valiente C, Spinrad TL, et al. Longitudinal relations of children's effortful control, impulsivity, and negative emotionality to their externalizing, internalizing, and co-occurring behavior problems. *Developmental psychology*. 2009;45:988-1008.
76. Chen H, He T, Xu M, Zhao J, Li L, Lin X. Children's oppositional defiant disorder symptoms make parents difficult to be nice: Longitudinal association among parent emotion regulation, child emotion regulation and children's oppositional defiant disorder symptoms in Chinese children with oppositional defiant disorder. *Clinical child psychology and psychiatry*. 2022;27:1155-69.
77. Waldman ID, Rowe R, Boylan K, Burke JD. External validation of a bifactor model of oppositional defiant disorder. *Molecular psychiatry*. 2021;26:682-93.
78. Owens J. Classification and epidemiology of childhood sleep disorders. *Primary care*. 2008;35:533-46, vii.

79. Beebe DW. Cognitive, behavioral, and functional consequences of inadequate sleep in children and adolescents. *Pediatric clinics of North America*. 2011;58:649-65.
80. Sateia MJ. International classification of sleep disorders-third edition: highlights and modifications. *Chest*. 2014;146:1387-94.
81. Corkum P, Tannock R, Moldofsky H. Sleep disturbances in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1998;37:637-46.
82. Owens J, Gruber R, Brown T, et al. Future research directions in sleep and ADHD: report of a consensus working group. *J Atten Disord*. 2013;17:550-64.
83. Muzur A, Pace-Schott EF, Hobson JA. The prefrontal cortex in sleep. *Trends in cognitive sciences*. 2002;6:475-81.
84. Spruyt K, Gozal D. Sleep disturbances in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Expert review of neurotherapeutics*. 2011;11:565-77.
85. Sung V, Hiscock H, Sciberras E, Efron D. Sleep problems in children with attention-deficit/hyperactivity disorder: prevalence and the effect on the child and family. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*. 2008;162:336-42.
86. Owens J, Sangal RB, Sutton VK, Bakken R, Allen AJ, Kelsey D. Subjective and objective measures of sleep in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Sleep medicine*. 2009;10:446-56.
87. Cortese S, Faraone SV, Konofal E, Lecendreux M. Sleep in children with attention-deficit/hyperactivity disorder: meta-analysis of subjective and objective studies. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2009;48:894-908.
88. Becker SP, Epstein JN, Tamm L, et al. Shortened Sleep Duration Causes Sleepiness, Inattention, and Oppositionality in Adolescents With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Findings From a Crossover Sleep Restriction/Extension Study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2019;58:433-42.
89. Stein MA, Weiss M, Hlavaty L. ADHD treatments, sleep, and sleep problems: complex associations. *Neurotherapeutics*. 2012;9:509-17.
90. Lycett K, Mensah FK, Hiscock H, Sciberras E. A prospective study of sleep problems in children with ADHD. *Sleep medicine*. 2014;15:1354-61.

91. Gregory AM, Sadeh A. Sleep, emotional and behavioral difficulties in children and adolescents. *Sleep medicine reviews*. 2012;16:129-36.
92. Shanahan L, Copeland WE, Angold A, Bondy CL, Costello EJ. Sleep problems predict and are predicted by generalized anxiety/depression and oppositional defiant disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2014;53:550-8.
93. Oliveira TDO, Costa DS, Alvim-Soares A, et al. Children's behavioral problems, screen time, and sleep problems' association with negative and positive parenting strategies during the COVID-19 outbreak in Brazil. *Child abuse & neglect*. 2022;130:105345.
94. De Stasio S, Boldrini F, Ragni B, Gentile S, Joer, health p. Predictive factors of toddlers' sleep and parental stress 2020;17:2494.
95. Wang BQ, Yao NQ, Zhou X, Liu J, Lv ZT. The association between attention deficit/hyperactivity disorder and internet addiction: a systematic review and meta-analysis. *BMC psychiatry*. 2017;17:260.
96. Roenneberg T, Wirz-Justice A, Mrosovsky M. Life between clocks: daily temporal patterns of human chronotypes. *Journal of biological rhythms*. 2003;18:80-90.
97. Zou H, Zhou H, Yan R, Yao Z, Lu Q. Chronotype, circadian rhythm, and psychiatric disorders: Recent evidence and potential mechanisms. *Frontiers in neuroscience*. 2022;16:811771.
98. Logan RW, McClung CA. Rhythms of life: circadian disruption and brain disorders across the lifespan. *Nature reviews Neuroscience*. 2019;20:49-65.
99. Kandeger A, Egilmez U, Sayin AA, Selvi Y. The relationship between night eating symptoms and disordered eating attitudes via insomnia and chronotype differences. *Psychiatry Res*. 2018;268:354-7.
100. Ruan W, Yuan X, Eltzschig HK. Circadian rhythm as a therapeutic target. *Nature reviews Drug discovery*. 2021;20:287-307.
101. Imeraj L, Sonuga-Barke E, Antrop I, et al. Altered circadian profiles in attention-deficit/hyperactivity disorder: an integrative review and theoretical framework for future studies. *Neuroscience and biobehavioral reviews*. 2012;36:1897-919.
102. Coogan AN, McGowan NM. A systematic review of circadian function, chronotype and chronotherapy in attention deficit hyperactivity disorder. *Atten Defic Hyperact Disord*. 2017;9:129-47.


103. Taillard J, Philip P, Bioulac B. Morningness/eveningness and the need for sleep. *Journal of sleep research*. 1999;8:291-5.
104. Zerbini G, Merrow M. Time to learn: How chronotype impacts education. *PsyCh journal*. 2017;6:263-76.
105. Wittmann M, Dinich J, Merrow M, Roenneberg T. Social jetlag: misalignment of biological and social time. *Chronobiology international*. 2006;23:497-509.
106. Van der Heijden KB, Smits MG, Van Someren EJ, Ridderinkhof KR, Gunning WB. Effect of melatonin on sleep, behavior, and cognition in ADHD and chronic sleep-onset insomnia. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2007;46:233-41.
107. Schaefer ES. A circumplex model for maternal behavior. *Journal of abnormal and social psychology*. 1959;59:226-35.
108. Baumrind D. Parenting styles and adolescent development. J. Brooks-Gunn, R. M. Lerner, Petersen AC, editors. New York: Garland Publishing; 1991. 746-58 p.
109. Maccoby EE, Martin JA. Socialization in the Context of the Family: Parent-Child Interaction P. H. Mussen, Hetherington EM, editors. New York: Wiley 1983. 1-101 p.
110. Parent J, Forehand R. The Multidimensional Assessment of Parenting Scale (MAPS): Development and Psychometric Properties. *Journal of Child and Family Studies*. 2017;26:2136-51.
111. Asbury K, Dunn JF, Pike A, Plomin R. Nonshared environmental influences on individual differences in early behavioral development: a monozygotic twin differences study. *Child development*. 2003;74:933-43.
112. McKee TE, Harvey E, Danforth JS, Ulaszek WR, Friedman JL. The relation between parental coping styles and parent-child interactions before and after treatment for children with ADHD and oppositional behavior. *Journal of clinical child and adolescent psychology : the official journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53*. 2004;33:158-68.
113. Modesto-Lowe V, Danforth JS, Brooks D. ADHD: does parenting style matter? *Clinical pediatrics*. 2008;47:865-72.

114. Cunningham CE, Boyle MH. Preschoolers at risk for attention-deficit hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder: family, parenting, and behavioral correlates. *Journal of abnormal child psychology*. 2002;30:555-69.
115. August GJ, Realmuto GM, Joyce T, Hektner JM. Persistence and desistance of oppositional defiant disorder in a community sample of children with ADHD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1999;38:1262-70.
116. Barkley RA, Anastopoulos AD, Guevremont DC, Fletcher KE. Adolescents with attention deficit hyperactivity disorder: mother-adolescent interactions, family beliefs and conflicts, and maternal psychopathology. *Journal of abnormal child psychology*. 1992;20:263-88.
117. Hurtig T, Ebeling H, Taanila A, et al. ADHD and comorbid disorders in relation to family environment and symptom severity. *European child & adolescent psychiatry*. 2007;16:362-9.
118. Coates J, Taylor JA, Sayal K. Parenting Interventions for ADHD: A Systematic Literature Review and Meta-Analysis. *J Atten Disord*. 2015;19:831-43.
119. Kaufman J, Birmaher B, Brent D, et al. Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1997;36:980-8.
120. Gökler B, Ünal F, Pehlivan Türk B, Çengel-Kültür E, Akdemir D, Taner Y. Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli-Türkçe uyarlamasının geçerlik ve güvenilirliği. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*. 2004;11:109-16.
121. Turgay A. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunda yaşam boyu değişim. Aysev A, editor. Ankara: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2001. 111-32 p.
122. Ercan E, Amado S, Somer O, Çıkoğlu S. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve yıkıcı davranım bozuklukları için bir test bataryası geliştirme çabası.
123. Dereboy Ç, Dereboy F, Şener Ş, Şenol S. Conners kısa form öğretmen ve ana baba derecelendirme ölçeklerinin geçerliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2007;18 48-58.
124. Owens JA, Spirito A, McGuinn M. The Children's Sleep Habits Questionnaire (CSHQ): psychometric properties of a survey instrument for school-aged children. *Sleep*. 2000;23:1043-51.

125. Fiş N, Arman A, Ay P, et al. The validity and the reliability of Turkish Version of Children's Sleep Habits Questionnaire. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2010;11:151-60.
126. Werner H, Lebourgeois MK, Geiger A, Jenni OG. Assessment of chronotype in four- to eleven-year-old children: reliability and validity of the Children's Chronotype Questionnaire (CCTQ). *Chronobiology international*. 2009;26:992-1014.
127. Dursun OB, Ogutlu H, Esin IS. Turkish Validation and Adaptation of Children's Chronotype Questionnaire (CCTQ). *The Eurasian journal of medicine*. 2015;47:56-61.
128. Schaefer ES, Bell RQ. Development of a parental attitude research instrument. *Child development*. 1958;29:339-61.
129. G Le Compte, A Le Compte, Özer S. Üç Sosyo-Ekonomik Düzeyde, Ankaralı Annelerin Çocuk Yetiştirme Tutumları: Bir Ölçek Uyarlaması. *Türk Psikoloji Dergisi*. 1978;1:5-8.
130. Beyens I, Valkenburg PM, Piotrowski JT. Screen media use and ADHD-related behaviors: Four decades of research. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*. 2018;115:9875-81.
131. Nikkelen SW, Valkenburg PM, Huizinga M, Bushman BJ. Media use and ADHD-related behaviors in children and adolescents: A meta-analysis. *Developmental psychology*. 2014;50:2228-41.
132. Smith CL, Calkins SD, Keane SP, Anastopoulos AD, Shelton TL. Predicting stability and change in toddler behavior problems: contributions of maternal behavior and child gender. *Developmental psychology*. 2004;40:29-42.
133. Novick DR, Lorenzo NE, Danko CM, Tuscano A-C. Evaluation of an Integrated Parenting Intervention Targeting Maternal Depression: Effects on Parent Attributions of Child Behaviors. *Journal of Child and Family Studies*. 2022;31:2077-90.
134. Wood JJ, McLeod BD, Sigman M, Hwang WC, Chu BC. Parenting and childhood anxiety: theory, empirical findings, and future directions. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*. 2003;44:134-51.

# EKLER

## Ek 1. Araştırma Etik Kurul Onayı

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU (2011-KAEK-80)			
ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu ve Karşıt Olma ve Karşıt Gelme Bozukluğu Olan Çocuklarda Uyku Alışkanlıklarının Çok Yönlü İncelenmesi		
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU			
ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	ERCIYES ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
	AÇIK ADRES	Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı/Melikgazı/KAYSERİ	
	TELEFON	0 352 437 49 10 - 11	
	FAKS	0 352 437 52 85	
	E-POSTA	seriffesirim@erciyes.edu.tr	
BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR / SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI / ADI / SOYADI	Doç. Dr. Sevgi Özmen	
	KOORDİNATÖR SORU UZMANLIK ALANI	Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	
	KOORDİNATÖR / SORU BULUNDUĞU MERKEZ	Erciyes Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD., Kayseri	
	VARSA İDARI SORUMLU ADI SOYADI		
	DESTEKLEYİCİ		
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)		
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMCİLCİSİ		
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	<input type="checkbox"/>
		FAZ 2	<input type="checkbox"/>
		FAZ 3	<input type="checkbox"/>
FAZ 4		<input type="checkbox"/>	
Gözişemsel ilaç çalışması		<input type="checkbox"/>	
Tıbbi cihaz klinik araştırması		<input type="checkbox"/>	
In vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları		<input type="checkbox"/>	
İlaç dışı klinik araştırma		<input checked="" type="checkbox"/>	
Diğer ise belirtiniz	Uzmanlık Tezi		
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEKMERKEZ <input checked="" type="checkbox"/> ÇOKMERKEZ <input type="checkbox"/> ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/> ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>		
Etik Kurul Başkanının Ünvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Nuri TUTAR İmza:			
			
Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.			

## KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu ve Karşıt Olma ve Karşıt Gelme Bozukluğu Olan Çocuklarda Uyku Alışkanlıklarının Çok Yönlü İncelenmesi					
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU							
DEĞERLEN DİRİLEN BELGELER	BELGE ADI	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili			
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe	İngilizce	Diğer	
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe	İngilizce	Diğer	
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe	İngilizce	Diğer	
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe	İngilizce	Diğer	
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	BELGE ADI	Açıklama					
	SIGORTA						
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ						
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU						
	ILAN						
	YILLIK BİLDİRİM						
	SONUÇ RAPORU						
	GÜVENLİK BİLDİRİMLERİ						
DİĞER							
KARAR BİLGİLERİ	Karar No :	2023/388	Tarih :	31.05.2023			
	Yukarıda bilgileri verilen prospektif başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmacı/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmacı/ çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.						

## KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU

ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu
ETİK KURUL BAŞKANI UNVANI/ADI/SOYADI	Prof. Dr. Nuri TUTAR

Unvanı / Adı Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyeti		Araştırma İle İlişki		Katılım (*)	
Prof. Dr. Nuri TUTAR	Göğüs Hastalıkları	E.Ö. Tıp Fak.	E	X	K		E	X
Prof. Dr. Mehmet DOLANBAY	Kadın Hast. ve Doğum	E.Ö. Tıp Fak.	E	X	K		E	X
Prof. Dr. Zuhal HAMURCU	Tıbbi Biyoloji	E.Ö. Tıp Fak.	E		K	X	E	X
Prof. Dr. Adnan BAYRAM	Anest ve Rean.	E.Ö. Tıp Fak.	E	X	K		E	X
Prof. Dr. Fatih KARDAŞ	Çocuk Sağ. ve Hast.	E.Ö. Tıp Fak.	E	X	K		E	X
Doç.Dr.Zafer SEZER	Farmakoloji	E.Ö. Tıp Fak.	E	X	K		E	X
Doç. Dr. Hakan İMAMOĞLU	Radyoloji	E.Ö. Tıp Fak.	E	X	K		E	X
Doç. Dr. Oktay BOZKURT	İç Hastalıkları	E.Ö. Tıp Fak.	E	X	K		E	X
Doç. Dr. Duygu G. SEVİM	Göz Hastalıkları	E.Ö. Tıp Fak.	E		K	X	E	X
Doç. Dr. Gökhan ÇOBAN	Ortodont	E.Ö. Diş Hek.Fak.	E	X	K		E	X
Doç. Dr. Mehmet PATMANO	Genel Cerrahi	Kayseri Şehir Hst.	E	X	K		E	X
Dr.Öğr.Üyesi Ercan BABUR	Fizyoloji	E.Ö. Tıp Fak.	E	X	K		E	X
Dr.Öğr.Üyesi Gözde E. ZARARSIZ	Biyostatistik	E.Ö. Tıp Fak.	E		K	X	E	X
Av. Haluk KORKUSUZ	Avukat	Kayseri Barosu	E	X	K		E	X
Sevrap KOÇER	Sivil Üye	Serbest	E		K	X	E	X

\*: Toplantıda Bulunma

Etik Kurul Başkanı  
Unvanı  
İmza

TUTAR

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır

## Ek 2. Ebeveyn İçin Bilgilendirilmiş Olur Formu

(Hasta Grubu Ebeveyn)

### BİLGİLENDİRME BÖLÜMÜ:

Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'na yapılacak olan, "Dikkat Eksikliği Ve Hiperaktivite Bozukluğu Ve Karşit Olma Karşı Gelme Bozukluğu Olan Çocuklarda Uyku Alışkanlıklarının Çok Yönlü İncelenmesi" isimli çalışmaya katılmak için davet edilmektesiniz.

Bu araştırmanın amacı; dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu ve karşit olma karşı gelme bozukluğu olan hastalarda görülen uyku problemlerini kontrol grubuyla karşılaştırmalı olarak değerlendirmektir. Bu çalışma sırasında çocuğunuza dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu ve karşit olma karşı gelme bozukluğu tanılarının tespiti için yapılandırılmış bir görüşme yapılacak, tanı konulduktan sonra sizden çocuğunuz hakkında bazı anket ve ölçek değerlendirmelerini doldurmanız istenecektir.

Çalışmamızın sonuçları kongre sunumu, poster, makale gibi araçlarla bilim dünyasıyla paylaşılacaktır. Ancak; çocuğunuzun bireysel olarak tanınmasını sağlayacak bilgiler gizli tutulacaktır. Çalışma sırasında elde edilen verilerin dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu ve karşit olma karşı gelme bozukluğu olan çocuklarda görülen uyku problemlerinin tanınması ve tedavi yaklaşımlarının iyileştirilmesine katkı sağlanması beklenmektedir. Bu araştırmaya çocuğunuzla birlikte 120 çocuğun katılımı planlanmaktadır. Bu çalışmaya ayırmanız gereken süre yaklaşık 30 dakikadır ve görüşme tek seansta tamamlanacaktır. Çocuğunuzla ilgili olarak alınan bilgi yalnızca bilimsel amaçlı olarak kullanılacak ve isimler gizli tutulacaktır. Bu çalışma size ya da bağlı olduğunuz sosyal güvence kurumuna herhangi bir mali yük getirmeyecektir.

Bir sorun olduğu takdirde 24 saat süreyle Dr. Şule Aydın'ı(.....) arayabilirsiniz. Çocuğunuzun bu çalışmaya katılmasını kendi isteğinizle gönüllü olarak kabul edebilirsiniz. Eğer istemezseniz bu çalışmaya katılmayabilirsiniz ve istediğiniz zaman çalışmadan çıkabilirsiniz. Ayrıca kendi rızanız olsun ya da olmasın, araştırmacılar tarafından da çocuğunuz çalışmadan çıkarılabilir. Çalışmaya katılmayı kabul etmemeniz, çalışmadan çıkmaya karar vermeniz ya da araştırmacılar tarafından çocuğunuzun çalışmadan çıkarılması, size ya da yakınlarınıza uygulanan veya uygulanabilecek tedavileri değiştirmeyecektir.

Çocuğun Adı, Soyadı:

Çocuğun İmzası ve Tarih:

Velisinin Adı, Soyadı:

Velisinin İmzası ve Tarih:

Açıklamaları Yapan:

Dr. Şule Aydın .....

İmza

### Ek 3. Çocuklar İçin Bilgilendirilmiş Olur Formu

(Hasta Grubu)

Sevgili .....

Benim adım Şule Aydın

“Dikkatsizlik ve hareketlilik hastalığı” olan hastalarımızda bir araştırma yapıyoruz. Amacımız dikkatsizlik ve hareketlilik hastalığı olan hastalarda uyku problemlerini, ekran kullanımını ve anne baba tutumlarının hastalığın şiddetine ve uykuya olan etkisini göstermek. Araştırma ile yeni bilgiler öğreneceğiz. Bu yeni bilgiler, senin iyileşmene de yardımcı olabilir, senin de bu araştırmaya katılmanı öneriyoruz.

Araştırmayı ben ve başka bazı doktorlar birlikte yapıyoruz. Bu araştırmaya katılacak olursan; annen veya babandan seninle ilgili bazı anket sorularını doldurmasını isteyeceğiz.

Bu araştırmanın sonuçları, senin gibi dikkatsizlik ve hareketlilik hastalığı olan çocuklar için yararlı bilgiler sağlayacaktır. Bu sonuçları, başka doktorlarla da paylaşacağız; ama senin adını söylemeyeceğiz.

Bu araştırmada aramızda olmak için, karar vermeden önce; anne ve babanla da konuşmalı, onlara danışmalısın. Biz zaten anne ve babana bu araştırmadan bahsedeceğiz; onların izinlerini alacağız. Anne ve baban “tamam” deseler bile; önemli olan, senin kararın. Sen, araştırmaya katılmayı kabul etmeyebilirsin. Bu araştırmaya katılmak senin isteğine bağlı ve istemezsen katılmazsın. Bu nedenle hiç kimse sana kızmaz ya da küsmez. Önce katılmayı kabul etsen bile, sonradan vazgeçebilirsin; bu tamamen sana bağlı. Kabul etmediğin durumda da doktor abi/ablalar, muayene ve diğer işlemlerde, önceden olduğu gibi, sana gene çok iyi davranacaklar.

Aklına şimdi gelen veya daha sonra gelecek olan soruları günün her saatinde, istediğin zaman (hatta gece bile), beni cep telefonumdan arayıp sorabilirsin. Telefon numaram ve adresim bu kâğıtta yazıyor. Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyorsan aşağıya lütfen adını ve soyadını yaz ve imzanı at. İmzaladıktan sonra sana ve ailene bu formun bir kopyası verilecektir.

Çocuğun Adı, Soyadı:

Çocuğun imzası ve tarih:

Velisinin Adı, Soyadı:

Velisinin imzası ve tarih:

Açıklamaları Yapan Hekimin Adı, Soyadı, unvanı, cep tel:

Arş. Gör. Dr. Şule Aydın

.....

İmza:

#### **Ek 4. Ebeveyn İçin Bilgilendirilmiş Olur Formu**

(Sağlıklı Kontrol Grubu Ebeveyn)

##### **BİLGİLENDİRME BÖLÜMÜ:**

Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'na yapılacak olan, "Dikkat Eksikliği Ve Hiperaktivite Bozukluğu Ve Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu Olan Çocuklarda Uyku Alışkanlıklarının Çok Yönlü İncelenmesi" isimli çalışmaya katılmak için davet edilmektesiniz.

Bu araştırmanın amacı; dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu ve karşıt olma karşı gelme bozukluğu olan hastalarda görülen uyku problemlerini sağlıklı kontrol grubuyla karşılaştırmalı olarak değerlendirmektir. Bu çalışma sırasında çocuğunuz kontrol grubuna alınacak, herhangi bir psikiyatrik hastalık olup olmadığının tespiti için yapılandırılmış bir görüşme yapılacak ve sizden çocuğunuzla ilgili bazı ölçek ve anket değerlendirilmelerini doldurmanız istenecektir.

Çalışmamızın sonuçları kongre sunumu, poster, makale gibi araçlarla bilim dünyasıyla paylaşılacaktır. Ancak; çocuğunuzun bireysel olarak tanınmasını sağlayacak bilgiler gizli tutulacaktır. Çalışma sırasında elde edilen verilerin dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu ve karşıt olma karşı gelme bozukluğu olan çocuklarda görülen uyku problemlerinin tanınması ve tedavi yaklaşımlarının iyileştirilmesine katkı sağlanması beklenmektedir. Bu araştırmaya çocuğunuzla birlikte 120 çocuğun katılımı planlanmaktadır. Bu çalışmaya ayırmanız gereken süre yaklaşık 30 dakikadır ve görüşme tek seansta tamamlanacaktır. Çocuğunuzla ilgili olarak alınan bilgi yalnızca bilimsel amaçlı olarak kullanılacak ve isimler gizli tutulacaktır. Bu çalışma size ya da bağlı olduğunuz sosyal güvence kurumuna herhangi bir mali yük getirmeyecektir.

Bir sorun olduğu takdirde 24 saat süreyle Dr. Şule Aydın'ı(.....) arayabilirsiniz. Çocuğunuzun bu çalışmaya katılmasını kendi isteğinizle gönüllü olarak kabul edebilirsiniz. Eğer istemezseniz bu çalışmaya katılmayabilirsiniz ve istediğiniz zaman çalışmadan çıkabilirsiniz. Ayrıca kendi rızanız olsun ya da olmasın, araştırmacılar tarafından da çocuğunuz çalışmadan çıkarılabilir. Çalışmaya katılmayı kabul etmemeniz, çalışmadan çıkmaya karar vermeniz ya da araştırmacılar tarafından çocuğunuzun çalışmadan çıkarılması, size ya da yakınlarınıza uygulanan veya uygulanabilecek tedavileri değiştirmeyecektir.

Çocuğun Adı, Soyadı:

Çocuğun İmzası ve Tarih:

Velisinin Adı, Soyadı:

Velisinin İmzası ve Tarih:

Açıklamaları Yapan:

Dr. Şule Aydın .....

İmza

## Ek 5. Çocuklar İçin Bilgilendirilmiş Olur Formu

(Sağlıklı Kontrol Grubu)

Sevgili .....,

Benim adım Şule Aydın

“Dikkatsizlik ve hareketlilik hastalığı” olan hastalarımızda bir araştırma yapıyoruz. Amacımız dikkatsizlik ve hareketlilik hastalığı olan çocuklarda uyku problemlerini tespit edip, ekran kullanımının ve anne baba tutumlarının hastalığın şiddetine ve uykuya olan etkisini göstermek ve bunu sağlıklı çocuklarla kıyaslamak. Araştırma ile yeni bilgiler öğreneceğiz. Bu yeni bilgiler, dikkatsizlik ve hareketlilik hastalığı olan çocukların uyku problemlerinin iyileşmesine yardımcı olabilir, senin de bu araştırmaya katılmanı öneriyoruz.

Araştırmayı ben ve başka bazı doktorlar birlikte yapıyoruz. Bu araştırmaya katılacak olursan; annen veya babandan seninle ilgili bazı anket sorularını doldurmasını isteyeceğiz.

Bu araştırmanın sonuçları, dikkatsizlik ve hareketlilik hastalığı olan çocuklar için yararlı bilgiler sağlayacaktır. Bu sonuçları, başka doktorlarla da paylaşacağız; ama senin adını söylemeyeceğiz.

Bu araştırmada aramızda olmak için, karar vermeden önce; anne ve babanla da konuşmalı, onlara danışmalısın. Biz zaten anne ve babana bu araştırmadan bahsedeceğiz; onların izinlerini alacağız. Anne ve baban “tamam” deseler bile; önemli olan, senin kararın. Sen, araştırmaya katılmayı kabul etmeyebilirsin. Bu araştırmaya katılmak senin isteğine bağlı ve istemezsen katılmazsın. Bu nedenle hiç kimse sana kızmaz ya da küsmez. Önce katılmayı kabul etsen bile, sonradan vazgeçebilirsiniz; bu tamamen sana bağlı. Kabul etmediğin durumda da doktor abi/ablalar, muayene ve diğer işlemlerde, önceden olduğu gibi, sana gene çok iyi davranacaklar.

Aklına şimdi gelen veya daha sonra gelecek olan soruları günün her saatinde, istediğin zaman (hatta gece bile), beni cep telefonumdan arayıp sorabilirsin. Telefon numaram ve adresim bu kâğıtta yazıyor. Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyorsan aşağıya lütfen adını ve soyadını yaz ve imzanı at. İmzaladıktan sonra sana ve ailene bu formun bir kopyası verilecektir.

Çocuğun Adı, Soyadı:

Çocuğun imzası ve tarih:

Velisinin Adı, Soyadı:

Velisinin imzası ve tarih:

Açıklamaları Yapan Hekimin Adı, Soyadı, unvanı, cep tel:

Arş. Gör. Dr. Şule Aydın

.....

## Ek 6. Sosyodemografik Veri Formu

Hastanın Adı Soyadı:

Tarih:

Yaşı:

Telefon Numarası:

Cinsiyeti: Kız ( ) Erkek ( )

Eğitim Durumu: İlkokul ( ) Kaçınıcı sınıf? ( ) Ortaokul ( )/ Kaçınıcı sınıf? ( )

Kimlerle yaşıyor? Çekirdek Aile ( ) Geniş Aile ( )

Kardeş sayısı kaç? .....

Yaşadığı bölge: İl ( ) İlçe ( ) Köy ( )

Yaşadığı hanenin Aylık Ortalama Gelir Düzeyi: .....

Çocuğunuzun bilinen kronik bir hastalığı var mı? .....

Çocuğunuzun daha önce hastane yatışı oldu mu? .....

Çocuğunuz daha önce ameliyat geçirdi mi? .....

Ailede psikiyatrik hastalık var mı? Yok ( ) Var ( )

Varsa kimde olduğunu ve hastalığını yazınız: .....

Hastanın annesinin;

Yaşı:

Eğitim durumu:

Mesleği:

Hastanın babasının;

Yaşı:

Eğitim durumu:

Mesleği:

Ebeveyn evlilik durumu:

-Evli

-Boşanmış

-Ayrı yaşıyor

1- Çocuğunuz günde toplam kaç saat ekrana maruz kalır? .....

2- Çocuğunuzun kendine ait bir telefonu var mı? ( ) Evet ( ) Hayır

3- Çocuğunuzun elektronik cihazlarla ilk vakit geçirmeye başladığı yaş ne zamandır ?

( ) 6 aydan önce ( ) 7-12 ay ( ) 13-18 ay ( ) 19-23ay ( ) 24 aydan sonra

4- Çocuğunuz günde toplam kaç saat uyuyor? .....

5- Çocuğunuz uyumadan önce karanlıkta ekrana maruz kalır mı? ( ) Evet ( ) Hayır

6- Çocuğunuz ekran maruziyeti nedeniyle uykusuz kalıyor mu? ( ) Evet ( ) Hayır

7- Çocuğunuzun TV, tablet, telefon vb. gibi elektronik cihazlarla geçireceği vakti sınırlandırır mısınız ?

( ) Evet ( ) Hayır

8- Annenin günlük ortalama TV, tablet, telefon gibi elektronik cihazları kullanım süresi nedir ?

( ) bir saatten az ( ) 1-2 saat ( ) 2-3 saat ( ) 3-4 saat ( ) 4 -5 saat ( ) 5-6 saat

9- Babanın günlük ortalama TV, tablet, telefon gibi elektronik cihazları kullanım süresi nedir ?

( ) bir saatten az ( ) 1-2 saat ( ) 2-3 saat ( ) 3-4 saat ( ) 4 -5 saat ( ) 5-6 saat

**Ek 7. Turgay Çocuk ve Ergenlerde Davranım Bozuklukları İçin DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği (T-DSM-IV-S)**

Aşağıdaki cümleleri dikkatle okuyun ve öğrencinizin şuanki durumunu en iyi ifade eden rakamı işaretleyin.

	<b>DİKKAT EKSİKLİĞİ</b>	Sorunun şiddeti ve sıklığı			
		Hiç	Biraz	Sıklıkla	Çok sık
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 ara ç gere ç)	0	1	2	3
8	Dikkatin kolayca dağılması	0	1	2	3
9	Günlük etkinliklerde unutkanlık	0	1	2	3
	<b>HİPERAKTİVİTE</b>				
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	Koşuşturup 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
	<b>KARŞIT OLMA KARŞIT GELME BOZUKLUĞU</b>				
1	Öfkelenir, kontrol ün ü 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 içerlenir, kızgın ve güceniktir.	0	1	2	3
8	Çoğu zaman kincidir ve intikam almak ister.	0	1	2	3
	<b>DAVRANIM BOZUKLUĞU</b>				
1	Kabadayılık eder, tehdit eder ya da gözdağı verir.	0	1	2	3
2	Kavga dövüşü başlatır.	0	1	2	3
3	Başkalarının ciddi olarak yaralanmasına neden olur. (örn 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. (örn 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, (ya da uzun süreli dönmemiş 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 okuldan kaçar.	0	1	2	3

Çocuğunuzun veya öğrencinizin beğendiğiniz özellikleri:

Çocuğunuzun veya öğrencinizin d üzmesini ya da geliştirmesini istediğiniz özellikleri:

**Ek 8. Connors Ana Baba Değerlendirme Ölçeği- Kısa Form (CADÖ)**

ADI SOYADI:

		Hiçbir zaman	Nadiren	Sık sık	Her zaman
1	Eli boş durmaz sürekli bir şeylerle oynar.				
2	Büyüklere arsız ve küstahça davranır.				
3	Arkadaşlık kurmada ve sürdürmede zorlanır				
4	Kolayca heyecanlanır, düşünmeden hareket eder				
5	Her şeye karışır ve yönetmek ister				
6	Birşeyler emer veya çiğner (parmak,giysi,örtü gibi).				
7	Sık sık veya kolayca ağlar				
8	Her an sataşmaya hazırdır.				
9	Hayallere dalar.				
10	Öğrenme güçlüğü çeker				
11	Kıpır kıpırdır, tez canlıdır.				
12	Yeni durumlara ve ortamlara girmekten, yeni kişilerle karşılaşmaktan, okula gitmekten korkar.				
13	Yerinde duramaz, her an harekete hazırdır.				
14	Zarar verir (eşyalara vb).				
15	Yalan söyler, masallar uydurur				
16	Utangaçtır.				
17	Yaşlılarına göre başı daha çok derde girer				
18	Yaşlılarına göre konuşması farklıdır (örn: bebeksi, kekeleme, anlaşılması güç).				
19	Hatalarını inkar eder ve başkalarını suçlar.				
20	Kavgacıdır				
21	Somurtur, surat asar veya küser.				
22	Çalma huyu vardır.				
23	Söz dinlemez veya isteksiz ve zorla dinler				
24	Yaşlılarına göre daha endişelidir (yalnızlık, hastalık veya ölümle ilgili).				
25	İşlerini bitirmekte zorlanır.				
26	Hassastır, kolay incinir				
27	Kabadayılık taslar başkalarını rahatsız eder				
28	Kabadayılık taslar başkalarını rahatsız eder				
29	Merhametsizdir				
30	Yaşına göre daha çocuksudur.				
31	Dikkati kolay dağılır veya uzun süre dikkatini toplayamaz.				
32	Baş ağrıları vardır.				
33	Ruh halinde ani ve gözebatan değişiklikler olur.				
34	Kuralları ve sınırlamaları sevmez,onlara uymaz.				
35	Sürekli kavgacıdır				
36	Kardeşleriyle iyi geçinemez.				
37	Zorluklar karşısında morali çabuk bozulur kolayca pes eder				
38	Diğer çocukları rahatsız eder.				
39	Genelde hoşnutsuz bir çocuktur.				

40	Yeme sorunları vardır (iştahsızdır, yemek sırasında sofradan sık sık kalkar).				
41	Karın ağrıları olur.				
42	Uyku sorunları vardır				
43	Vücudunda başka ağrıları da vardır.				
44	Bulantısı veya kusmaları olur				
45	Ailede hakkının yenildiği hissine kapılır				
46	Övünür yüksekte atar				
47	Kendisine kötü davranılmasına ses çıkarmaz				
48	Bağırsakları sık sık bozulur, tuvalet alışkanlığı düzensizdir, kabız kalır.				



## Ek 9. Çocuk Uyku Alışkanlıkları Anketi (ÇUAA)

(Okulöncesi ve Okul çağı çocukları için)

Aşağıdaki cümleler çocuğunuzun uyku alışkanlıklarını ve uykuya ilişkili muhtemel zorluklarını içermektedir. Geçen haftayı düşünerek bu sorulara cevap veriniz. Eğer geçtiğimiz hafta bir nedenle (çocuğunuzun ateşli bir enfeksiyonu olmuş olabilir ve iyi uyuyamamış olabilir ya da örneğin taşınma ya da tadilat nedeniyle ev yaşantınızda düzen değişikliği yaşanmış olabilir) her zamanki yaşantı düzeninizden farklı geçti ise o zaman normal düzeninizde yaşadığınız en son haftayı düşünerek sorulara yanıtlayınız. Eğer bir durum haftada 5-7 kez oluyorsa GENELLİKLE, 2-4 kez oluyorsa BAZEN, 1 kez oluyor ya da hiç olmuyorsa NADİREN şeklinde cevap veriniz. Ek olarak, her bir satırda söz edilen uyku alışkanlığı size göre sorun yaratıyorsa "evet", yaratmıyorsa "hayır"ı yuvarlak içine alınız.

### Yatma Zamanı

Çocuğunuzun yatış saatini yazınız: \_\_\_\_\_

	3 Genellikle (5-7)	2 Bazen (2-4)	1 Nadiren (0-1)
1) Yatağa her gece aynı saatte gider*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Yattuktan sonra 20 dakika içinde uykuya dalar*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Kendi başına yatağında uykuya dalar*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Anne-babasının ya da kardeşinin yatağında uykuya dalar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Uykuya dalarken anne-babasının odada olması gerekir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Yatma saatinde mücadele eder (ağlar, yatakta dummak istemez vs)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) Karanlıkta uyumaktan korkar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Yalnız başına uyumaktan korkar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Uyku Davranışı

Çocuğunuzun her günlük genel uyku miktarı: \_\_\_\_\_ saat, \_\_\_\_\_ dakika  
(gece uykusu ile gün içindeki uyku miktarının toplamı)

	3 Genellikle (5-7)	2 Bazen (2-4)	1 Nadiren (0-1)
9) Çok az uyur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10) Yeterli miktarda uyur*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11) Her gün aynı miktarda uyur*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12) Gece yatağını ıslatır	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13) Uykusunda konuşur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14) Uyku sırasında huzursuzdur ve çok hareket eder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15) Gece uykusunda yünür	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16) Gece başkasının yatağına gider (anne-babasının, kardeşinin vs)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17) Uykuda dış gıcındatır (dış hekim de bunu size söylemiş olabilir)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18) Yüksek sesle horlar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19) Uyku sırasında sanki nefes alması duruyor gibidir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20) Uyku sırasında kesik kesik nefes alır, burnundan horultuyla nefes alır verir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21) Ev dışında bir yerde uyumakta sorun yaşar (akrabalarda, yada gezide)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22) Gece uykudan bağırarak uyanır, terlenmiş tir, sakinleştirilemez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23) Korkutucu bir rüya nedeniyle telaşla uyanır	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Gece Uykudan Uyanma

	3 Genellikle (5-7)	2 Bazen (2-4)	1 Nadiren (0-1)
24) Uykuda bir kez uyanır	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25) Uykuda bir kereden fazla uyanır	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gece uyandığında kaç dakika uyanık kaldığını yazınız: \_\_\_\_\_

### Sabah Uykudan Kalkma/ Gündüz Uykululuk Hali

Sabahları genelde uyandığı saati yazınız: \_\_\_\_\_

	3 Genellikle (5-7)	2 Bazen (2-4)	1 Nadiren (0-1)
26) Sabah kendiliğinden uyanır*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27) Keyifsiz bir şekilde uyanır	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28) Çocuğu yetişkinler ya da kardeşleri uyandırır	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29) Sabahları yataktan çıkmakta zorlanır	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30) Sabahları uyanıp ayılması uzun zaman alır	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31) Sabahları yorgun görünür	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Aşağıda belirtilen durumlarda çok uykusu gelir ya da uyuyakalır:

	1 Uykusu gelmez	2 Çok uykusu gelir	3 Uyuyak
32) Televizyon seyredirken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33) Arabada yolculuk ederken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Ek 10. Çocukluk Dönemi Kronotip Anketi (ÇDKA)

Genel bilgiler: Lütfen aşağıdaki soruları cevaplayın ya da en uygun seçeneği işaretleyin.

• Anketi dolduranın çocukla yakınlık derecesi:

Annesi  Babası  Diğer

• Bugünün Tarihi: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ /

Çocuğun cinsiyeti: Erkek  Kız

• Çocuğun Doğum Tarihi: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ /

Tek çocuk mu: Evet  Hayır

• Çocuğun Yaşı: \_\_\_ Kaçınıcı çocuk? \_\_\_\_\_

• Ailedeki çocuk sayısı: \_\_\_\_\_

• Bütün çocuklarınızın anne ve babası aynı mı, yani öz kardeşler mi? Evet  Hayır

• Çocuğunuz şu anda hangi okula devam ediyor?

Henüz okula başlamadı  Anaokulu  ..... sınıf (lütfen kaçınıcı sınıfa gittiğini belirtiniz)

Okula devam etmiyor

• Eğer okula devam ediyorsa;

Haftada kaç gün okula gidiyor? \_\_\_\_\_ gün/ hafta

Günde kaç saat okula gidiyor? \_\_\_\_\_ saat/gün

• Okul dışında etüt, dersane, özel ders gibi başka bir eğitime devam ediyor mu?

Evet  Hayır

• Eğer cevabınız evetse;

Bu eğitime haftada kaç gün devam ediyor? \_\_\_\_\_ gün /hafta

Günde kaç saat devam ediyor? \_\_\_\_\_ saat/ gün

Açıklama: Aşağıdaki sorularda çocuğunuzun boş olduğu günlerde değil, zamanının programlı olduğu (okul, dersane, kurs gibi) günlerdeki uyku/uyanma düzeni sorgulanmaktadır. Lütfen soruları cevaplarken çocuğunuzun son birkaç haftadaki davranışlarını göz önüne alınız. Eğer sorulan durum değişebiliyorsa (örneğin dershaneye bazen haftada 1 gün, saat 7:00'da, 2 saatliğine; bazen de haftada 3 gün, saat 9:00'da, 1 saatliğine gidiyorsa), en sık duruma göre cevap veriniz.

### PROGRAMLI GÜNLER

Bu günler, çocuğun uyku ve uyanma düzeninin kişisel veya aile etkinliklerinden (örneğin okul, iş, spor kursları vb.) doğrudan etkilendiği günlerdir.

Zamanının programlı olduğu günlerde çocuğum;

1. Sabah saat \_\_\_ : \_\_\_ 'da uyanır

2. Düzenli olarak  Kendi kendine uyanır  Aileden birisi uyandırır  Çalar saatle (alarmla) uyanır

3. Sabah saat \_\_\_ : \_\_\_ 'da yataktan kalkar

4. Sabah saat \_\_\_ : \_\_\_ 'da tamamen uyanmış (ayılmış) olur

5. Düzenli olarak şekerleme yapar (kestirir) mi?  Evet  Hayır

Eğer kestiriyorsa;

Haftada ..... gün, günde ..... dakika boyunca uyur.

Eğer kestirmiyorsa; Neden uyumaz?

Ertesi gün zamanın programlı olduğu bir günse

6. Çocuğum gece saat ...../.....'da yatağa girer
7. Gece saat ...../.....'da artık uykusu gelmiş, uyumaya hazırdır (ışıklar sönmüş, ses azalmış)
8. Uykuya dalması ..... dakika sürer

## BOŞ GÜNLER

Bu günlerde çocuğun uyku ve uyanma düzeni serbesttir, kişisel veya aile etkinliklerinden (örneğin okul, iş, spor kursları vb.) etkilenmez.

Boş günlerinde çocuğum;

9. Genelde sabah saat \_\_\_\_ : \_\_\_\_ 'da uyanır.

10. Programlı günlerde sabah uyandığı saatte uyanıp daha sonra uyumaya devam eder mi?  Evet  Hayır

Eğer uyumaya devam ediyorsa, uyandıktan sonra ..... dakika daha uyur

11. Sabah saat \_\_\_\_ : \_\_\_\_ 'da yataktan kalkar.

12. Sabah saat \_\_\_\_ : \_\_\_\_ 'da tamamen uyanmış (ayılmış) olur.

13. Düzenli olarak şekerleme yapar (kestirir) mi?  Evet  Hayır

Eğer kestiriyorsa; Haftada ..... gün, günde ..... dakika boyunca uyur

Eğer kestirmiyorsa; Neden uyumaz?

.....  
Ertesi gün boş bir günse;

14. Çocuğum gece saat ...../.....'da yatağa girer

15. Gece saat ...../.....'da artık uykusu gelmiş, uyumaya hazırdır (ışıklar sönmüş, ses azalmış)

16. Uykuya dalması ..... dakika sürer (ışıklar söndükten sonra)

Açıklama: Aşağıdaki sorularda çocuğunuza en uygun şıkkı işaretleyiniz. Verdiğiniz cevabın doğru ya da yanlış olması diye bir şey söz konusu olmayıp sadece çocuğunuzu daha iyi tanımlayan cevabı arıyoruz. Cevaplarınızı çocuğunuzun son birkaç haftadaki davranışlarına göre veriniz.

17. \*Çocuğunuzu sabah uyandırmak sizin için ne kadar zor oluyor?

a- Çok zor b- Oldukça zor c- Orta derecede zor d- Biraz zor

e- Hiç zor olmuyor, birisinin onu uyandırmasına asla ihtiyacı olmuyor

18. \*Çocuğunuz sabah uyandıktan sonraki yarım saat içinde ne kadar uyanık/ayık oluyor?

a- Hiç uyanık olmuyor b- Biraz uyanık oluyor c- Orta derecede uyanık oluyor d- Oldukça uyanık oluyor e- Tamamen uyanık oluyor

19. Çocuğunuz zamanı tamamen kendi planlayabildiğinde (örneğin yaz tatili) saat kaçta kalkarsa günü en verimli ve zinde geçirir?

a- Sabah 6:30'dan önce b- Sabah 06:30 – 7:14 c- Sabah 7:15-9:29 d- Sabah 9:30 – 10:14

e- Sabah 10:15'den sonra

20. Çocuğunuz ertesi gün, zamanı tamamen kendi planlayabildiğinde (örneğin hafta sonu) saat kaçta yatarsa; günü en verimli ve zinde geçirir?

a- Akşam 6:59'dan önce b- Akşam 7:00 – 7:59 c- Gece 8:00 –9:59 d- Gece 10:00 – 10:59

e- Gece 11:00'dan sonra

21. Varsayalım ki çocuğunuz en iyi performansını göstermesi gereken 2 saatlik bir teste girecek ve siz çocuğunuzun en verimli olduğu zamana göre teste gireceği saati belirleyebiliyorsunuz. Aşağıdaki zaman dilimlerinden hangisini tercih ederdiniz?

a-Sabah 7:00 – 11:00 arası b- Sabah 11:00 – öğle 3:00 arası c-Öğleden sonra 3:00 – akşam 8:00 arası

22. Varsayalım ki çocuğunuzu bir bedensel aktiviteye (örneğin yüzme kursu) göndermek istiyorsunuz ve sadece haftada iki kez sabah 7–8 arasındaki sınıfta boşluk var. Sizce bu saatteki performansı nasıl olur?

a-Çok iyi performans gösterir b- İyi performans gösterir c- Ortalama bir performans gösterir d-Zorlanır e- Çok zorlanır

23. Akşam hangi saatte çocuğunuz yorgun ve uykusu gelmiş görünür?

a- Akşam 6:30’dan önce b- Akşam 06:30 – 7:14 c- Akşam 7:15-9:29 d- Gece 9:30 – 10:14 e- Gece 10:15’den sonra

24. \*Eğer çocuğunuz her sabah saat 6’da kalkmak zorunda kalsaydı, buna nasıl tepki verir?

a-Çok zorlanırdı b- Oldukça zorlanırdı c- Orta derecede zorlanırdı d- Biraz zorlanırdı e- Hiç zorlanmazdı

25. \*Eğer çocuğunuz her gece erken bir saatte (2 yaş için: akşam 06:00; 2–4 yaş için: akşam 06:30; 4–8 yaş için: akşam 07:00; 8–11 yaş için akşam 07:30) yatmak zorunda kalsaydı buna nasıl tepki verirdi?

a-Çok zorlanırdı b- Oldukça zorlanırdı c- Orta derecede zorlanırdı d- Biraz zorlanırdı e- Hiç zorlanmazdı

26. Çocuğunuz sabah uyandığında tam olarak uyanık/ayık hale gelmesi ne kadar sürer?

a- 0 dakika (yani hemen) b- 1–4 dakika c- 5–10 dakika d- 11–20 dakika e- 21 dakikadan daha fazla

Açıklama: Yukarıdaki soruları cevapladıktan sonra çocuğunuzun günün hangi saatlerini tercih ettiği veya hangi tip uyku uyanıklık ritmi olduğu konusunda bir fikriniz oluşmuş olabilir. Örneğin boş günlerinde, zamanı planlı günlerine göre biraz daha fazla uyuyorsa veya pazartesi günleri sabah kalkmakta zorlanıyorsa çocuğunuzun akşam aktif tip veya ‘gece kuşu’ olması daha muhtemeldir. Tam aksine düzenli olarak sabah erkenden kalkıyor, yataktan kalkar kalkmaz çok dinç oluyor ve akşam geç yatmak yerine erkenden yatağa giriyorsa çocuğunuzun daha çok sabah aktif tip veya ‘erkenci’ olma ihtimali daha fazladır.

Lütfen çocuğunuzun aşağıdaki şıklardan hangisine uyduğunu seçin ve yalnızca bir şık işaretleyin.

Çocuğum,

- Tam bir sabah aktif tip
- Sabah aktif tipe daha çok uyuyor
- Ne sabah aktif tip, ne de akşam aktif tip
- Akşam aktif tipe daha çok uyuyor
- Tam bir akşam aktif tip
- Bir fikrim yok

## Ek 11. Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutum Ölçeği (AHÇYTÖ)

Aşağıda verilen ifadeleri okuyup, şu şekilde değerlendiriniz:

**4 : Çok Uygun Buluyorum 3 : Oldukça Uygun Buluyorum**

**2 : Biraz Uygun Buluyorum 1 : Hiç Uygun Bulmuyorum**

Görüşünüzü bu sayılardan birini daire içine alarak bildiriniz. Bu ifadelerde doğru veya yanlış yoktur, sadece kendi görüşünüzü işaretlemeniz gerekiyor. Araştırma için, bütün soruların cevaplandırılması çok önemli bir noktadır. Onun için, bazı ifadeler birbirine benzer dahi olsa cevaplandırmanızı rica ederiz.

1. Çocuk, yorucu veya zor işlerden korunmalıdır.
2. Anne ve babalar çocuklarını dertlerini anlatmaya teşvik ederler. Fakat bazen çocukların dertlerinin hiç açılmaması gerektiğini anlayamazlar.
3. Çocuk boşa geçen dakikaların bir daha hiç geri gelmeyeceğini ne kadar çabuk öğrenirse, kendisi için o kadar iyi olur.
4. Bir anne çocuğunun düş kırıklığına uğramaması için elinden geleni yapmalıdır.
5. Çocuk ne kadar erken yürümeyi öğrenirse, o kadar iyi terbiye edilebilir.
6. Çocuk yetiştirmek sinir bozucu, yıpratıcı bir iştir.
7. Çocuğun hayatta öğrenmesi gereken çok şey vardır. Zamanını boşa geçirmesi affedilemez.
8. Babalar, biraz daha şefkatli olsalar, anneler çocuklarını daha iyi yönetebilirler.
9. Çocuk yetiştirme için kötü taraflarından biri de, anne ya da babanın istediğini yapabilmesi için yeterince özgür olmamasıdır.
10. Sıkı kurallarla yetiştirilen çocuklardan en iyi yetişkinler çıkar.
11. Bir anne çocuğunun mutluluğu için kendi mutluluğunu feda etmesini bilmelidir.
12. Daima koşuşturan, hareketli bir çocuk büyük bir olasılıkla mutlu bir insan olacaktır.
13. Büyükler çocukların şakalarına güler, onlara eğlendirici öyküler anlatırsa, evdeki düzen daha iyi, daha ahenkli olur.
14. Çocuğun en gizli düşüncelerini kesinlikle bilmek, bir annenin görevidir.
15. Anne-babalar çocuklarına, sorgusuz sualsiz kendilerine sadık kalmalarını öğretmelidirler.
16. Bütün genç anneler, bebek bakımında beceriksiz olduklarından korkarlar.
17. Hangi anne olursa olsun eğer bütün gününü çocuklarla geçirmek zorunda kalırsa sonunda çocuklar sinirine dokunur.

18. Anne ve babalar her zaman çocuklarının kendilerine uymasını beklememeli, biraz da kendileri çocuklarına uymalıdır.
19. Eğer anneler dileklerinin kabul edileceğini bilselerdi, babalarının daha anlayışlı olmalarını isterlerdi.
20. Bir çocuğa, ne olursa olsun, dövüşmekten açınması gerektiği öğretilmelidir.
21. Çocuklar bencil olduklarında, hep bir şeyler istediklerinde, annenin tepesinin atması çok normaldir.
22. Eğer çocuklar ailedeki kuralları uygun bulmuyorsa, bunu anne-babalarına söylemeleri hoş karşılanmalıdır.
23. Anneler çoğu zaman çocuklarına bir dakika daha dayanamayacakları duygusuna kapılırlar.
24. Çocuğu sıkı terbiye ederseniz sonra size teşekkür eder.
25. Küçük bir çocuk, cinsiyet konusunda sakınmalıdır.
26. Bir annenin, çocuğunun hayatı hakkında her şeyi bilmesi hakkıdır. Çocuğu onun önemli parçasıdır.
27. Uyanık bir anne-baba, çocuğun tüm düşüncelerini öğrenmeye çalışmalıdır.
28. Çocuklar, anne-babalarının kendileri için neler feda ettiklerini düşünmelidirler.
29. Eğer çocukların dertlerini söylemelerine izin verilerse büsbütün şikayetçi olurlar.
30. Sıkı terbiye, sağlam ve iyi karakter geliştirir.
31. Genç bir kadın, henüz geçen yapmak istediğini pek çok şey olduğu için, anne olunca kendisini tutuklanmış duygusuna kapılır.
32. Anneler, çocukları için hemen hemen bütün eğlencelerini feda ederler.
33. Babalar, daha az bencil olsalar, kendilerine düşen görevi yaparlardı.
34. İyi bir anne çocuğunu ufak tefek güçlüklerden korumalıdır.
35. Bir çocuğa anne ve babasını herkesten üstün görmesi öğretilmelidir.
36. Çocuk hiçbir zaman ailesinden sır saklamamalıdır.
37. Çocuklardan sık sık ödün vermelerini, anne-babaya uymalarını istemek doğru değildir.
38. Çoğu anneler bebeklerine bakarken onu inciteceklerinden korkarlar.
39. Bir çocuğa başı derde girdiğinde, dövüşmek yerine büyüklere başvurması öğretilmelidir.
40. Anne-baba arasındaki bazı konular küçük bir tartışma ile çözümlenemez.

41. Ev bakımında ve idaresinde en kötü şeylerden biri de, kişinin kendini evinde tutuklanmış gibi hissetmesidir.
42. Hiçbir kadından yeni doğmuş bir bebeğe tek başına bakması beklenmemelidir.
43. Oğlan ve kız çocukları soyunurken birbirini görmemelidir.
44. Çocukların sorunlarına eğilirsenez sizi oyalamak için çeşitli masallar uydururlar.
45. Eğer anne-babalar çocukları ile şakalaşıp beraber eğlenirlerse, çocuklar onların öğütlerini dinlemeye daha istekli olurlar.
46. Anneleri kendileri yüzünden zorluk çektiği için çocuklar, onlara karşı daha anlayışlı olmalıdırlar.
47. Bir çocuk eninde sonunda anne-babasından daha akıllı olmayacağını öğrenirler.
48. Eğer bir anne çocuklarını iyi yetiştiremiyorsa belki de bu, babanın kendine düşen görevi iyi yapmamasından ileri geliyordur.
49. Genç bir anne için ilk bebeğin bakımı sırasında yalnız kalmaktan daha kötü bir şey olamaz.
50. Bir çocuğun diğer bir çocuğa vurması hiçbir şekilde hoşgörüle karşılanamaz.
51. Anne-babalar çocuklarına hayatta ilerleyebilmeleri için hep bir şeyler yapmaları ve boşa zaman geçirmeleri gerektiğini öğretmelidirler.
52. Akıllı bir kadın, yeni bir bebeğin doğumundan önce ve sonra yalnız kalmamak için elinden geleni yapar.
53. Evde olup bitenleri sadece anne bildiği için ev hayatını onun planlaması gerekir.
54. Kendi haklarına sahip olabilmesi için, bazen bir kadının kocasını terslemesi gerekir.
55. Bütün zamanını çocuklarıyla geçirmek, bir kadına kanadı kopmuş kuş duygusu verir.
56. Eğer anne kollarını sıvar, bütün yükü sırtına alırsa tüm aile rahat eder.
- 57- Anne-babalar çocuklarını kendi kendilerine oluşturdukları güveni sarsabilecekleri bütün güç işlerden sakınmalıdırlar.
- 58- Çocuklar, aslında, sıkı disiplin içinde mutlu olurlar.
- 59- Çocuklarının arkadaşlıkları ve sosyal hayatlarıyla yakından ilgilenen anne-babalar onların iyi yetişmelerini sağlarlar.
- 60- Anne ve babaya sadakat her şeyden önce gelir.

## TEZ ONAY SAYFASI

**T.C.**  
**ERCİYES ÜNİVERSİTESİ**  
**TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI'NA**

Dr. Şule AYDIN'a ait “Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu Olan Çocuklarda Uyku Alışkanlıklarının Çok Yönlü İncelenmesi” adlı çalışma jürimiz tarafından Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda Tıpta Uzmanlık Tezi olarak kabul edilmiştir.

**Başkan**

Doç. Dr. Esra DEMİRCİ

**Üye**

Doç. Dr. Sevgi ÖZMEN

**Üye**

Doç. Dr. Esra YÜRÜMEZ