



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

**DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU OLAN
ÇOCUKLARDA KRONOTİP, UYKU PROBLEMLERİ VE
RİSKLİ DAVRANIŞ İLİŞKİSİNİN ARAŞTIRILMASI**

**DR. ESRA ATASOY SUBAŞI
UZMANLIK TEZİ**

İSTANBUL 2019





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

**DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU OLAN
ÇOCUKLARDA KRONOTİP, UYKU PROBLEMLERİ VE
RİSKLİ DAVRANIŞ İLİŞKİSİNİN ARAŞTIRILMASI**

**DR. ESRA ATASOY SUBAŞI
UZMANLIK TEZİ
Danışman: Dr.Öğr.Üyesi ALİYE TUĞBA BAHADIR**

İSTANBUL 2019

ÖNSÖZ

Bilgi ve tecrübelerini daima bizimle paylaşan ve emekli olduktan sonra da yardımlarını esirgemeyen değerli hocamız Prof. Dr. Yankı YAZGAN'a,

Asistanlığa başladığım günden beri yakın ilgi ve desteğini hissettiğim, çok yönlülüğü ile bize örnek olan, bundan sonra da devam etmesini umut ettiğim çok güzel ve anlamlı etkinlikleri paylaştığım Anabilim Dalı Başkanımız Prof. Dr. Ayşe RODOPMAN ARMAN'a,

Tez sürecimde destek, titizliğinden ve çok çalışmasından dolayı sevgili danışmanım Dr.Öğr.Üyesi A.Tuğba BAHADIR'a,

Bölümde kendimizi aile içinde gibi hissetmemizi sağlayan ve her sıkıntımızdan mutlaka haberdar olup ilgilenen, klinik deneyimlerini her fırsatta paylaşan sevgili hocam Prof. Dr. Neşe PERDAHLI FİŞ'e,

Akademik tecrübeleriyle hepimize yol gösteren hocam Prof. Dr. Osman SABUNCUOĞLU'na,

Samimiyetiyle asistanlar olarak her zaman kendimizden biri gibi hissettiğimiz, adeta abla gibi gördüğümüz ve bizi de kardeşleri gibi benimsediğini düşündüğüm sevgili hocam Doç. Dr. Ayşe Burcu AYAZ'a

Pratik ve yardımsever kişiliğiyle tezimde benden yardımlarını esirgemeyen, hocamız olmasını ümit ettiğimiz sevgili ablam Doç. Dr. Funda GÜMÜŞTAŞ

Birlikte çalışma fırsatı bulduğum, deneyimlerinden faydalanmama fırsat tanıyan Uzm. Dr. Veysi Çeri ve Uzm. Dr. Hatice Ünver'e,

Meslektaştan da öte yakın arkadaşlıkları için başta Uzm. Dr. Burcu Yıldırım Budak ve Uzm. Dr. Ferda Gönüllü Volkan ve Dr. Eray Fadiloğlu, sevgili eşkıdemlerim Dr. Esra Bozdemir Üner ve Dr. Günay Budagova olmak üzere, Uzm. Dr. Tuğba Didem Kuşcu, Dr. Başak Usta Gündüz, Dr. Gözde Özden, Dr. Can Beşer'e,

Hayattaki en büyük şansım olan annem, babam ve aynı zamanda meslektaşım olan kardeşim Dr. Ercan ATASOY'a,

Desteği ve sevgisiyle her daim yanımda olan sevgili eşim Uzm. Dr. Cemal Fırat SUBAŞI'ya

Ve Canım oğlum METE'ye,

Yürekten Teşekkür ederim

Dr. Esra ATASOY SUBAŞI

MART 2019

ÖZET

Amaç: Bu çalışmanın amacı Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) olan ergenlerde kronotip, uyku problemleri ve riskli davranış parametrelerini sağlıklı çocuklar ile karşılaştırmak ve DEHB olan olgularda kronotip, uyku problemleri ve riskli davranış arasındaki ilişkiyi araştırmaktır.

Gereç ve Yöntem: Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Psikiyatrisi Polikliniğine başvuran 14-17 yaşlar arasında, DEHB nedeniyle daha önce hiç ilaç tedavisi almamış veya en az 3 aydır ilaç tedavisi kullanmayan 41 DEHB tanılı olgu ve sağlıklı kontrol grubunu oluşturan 41 ergen çalışmamıza dahil edilmiştir. Katılımcılar Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi- Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu- Türkçe Uyarlaması ile değerlendirildiler ve katılımcılara WISC-R testinin 4 alt testi uygulandı. Ergenler Riskli Davranışlar Ölçeği'ni (RDÖ); ebeveynleri ise Çocuklarda Uyku Ölçeği (ÇUÖ) ve Çocukluk Dönemi Kronotip Anketi (ÇDKA) doldurdular.

Bulgular: DEHB grubunda kontrol grubuna göre ÇDKA toplam puanı; RDÖ toplam ve antisosyal davranış ve alkol kullanımı alt ölçek puanı; ÇUÖ toplam, toplam uyku problemleri puanı, davranış sorunları, horlama alt ölçek puanı, uyku problemleri toplam puanı ve ÇUÖ toplam puanı anlamlı olarak daha yüksek bulundu. DEHB grubu içinde kronotiplere göre RDÖ alt ölçek puanları değerlendirildiğinde intihar eğilimi alt ölçek puanı akşamcılarda anlamlı olarak daha yüksek bulundu. DEHB grubunda ölçekler arası korelasyonlar incelendiğinde ÇDKA ile ÇUÖ toplam puanı arasında ve ÇDKA ile ÇUÖ uyku toplam puanı arasında pozitif yönde bir ilişki saptandı. DEHB grubunda ÇDKA toplam puanı üzerine etki eden faktörlerin lineer regresyon analizi yapıldığında, ÇUÖ toplam puanı ile ÇDKA toplam puanı arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. DEHB grubunda ÇDKA toplam puanı üzerine etki eden faktörlerin farklı bir modelle lineer regresyon analizi yapıldığında ÇUÖ uyku toplam puanı ile ÇDKA arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Sonuç: DEHB grubunda kontrol grubuna göre akşamcılığın daha fazla olduğu, DEHB grubunun daha fazla uyku problemlerinin olduğu ve daha fazla riskli davranışta bulundukları saptanmıştır. DEHB grubunda uyku problemleri ile akşamcılık arasında pozitif yönde ilişki olduğu saptanmıştır.

Anahtar kelimeler: Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, kronotip, uyku problemleri, riskli davranışlar

ABSTRACT

Aim: The aim of this study is to compare chronotype, sleep problems and risky behaviour parameters in adolescents with ADHD to healthy adolescents, and to investigate the relationship between chronotype, sleep problems and risky behaviour in children with ADHD.

Materials and methods: 41 children between ages 14-17 with ADHD who applied to the Marmara University Pendik Education and Research Hospital Child Psychiatry Outpatient Clinic and who have not received medication in the past or in the last 3 months due to ADHD and 41 healthy control children were included in the study. Participants were evaluated by Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia Present and Lifetime Version-Turkish Version and were implemented 4 subtests of WISC-R. Children completed the Risky Behaviour Checklist(RBC); parents completed Children's Chronotype Questionnaire(CCQ) and Pediatric Sleep Questionnaire(PSQ).

Results: Total score of the CCQ, PSQ total, total sleep problems score, 'Behavioral Problems' and 'Snoring' subscale scores of PSQ; RBC total and 'Anti-social behaviour' subscale and 'Alcohol usage' subscale scores of RBC were significantly higher in the ADHD group when compared with the controls. When RBC scores were evaluated according to chronotypes within the ADHD group, suicide tendency subscale score was significantly higher in the eveningness group. Significant positive correlations were found between CCQ total score and PSQ total score; CCQ total score and PSQ total sleep problems score within the ADHD group. When factors affecting CCQ total score were assessed with linear regression analysis within the ADHD group, a significant relationship was found between PSQ total score and CCQ total score; When factors affecting CCQ total score were assessed with linear regression analysis with a different model within the ADHD group a significant relationship was found between total sleep problems score of PSQ and CCQ total score.

Conclusion: Eveningness, sleep problems and risky behaviour were higher in the ADHD group when compared with the controls. Within the ADHD group positive associations were found between sleep problems and eveningness.

Key words: Attention deficit hyperactivity disorder, chronotype, sleep problems, risky behaviour

İçindekiler

1 GİRİŞ VE AMAÇ.....	12
2 GENEL BİLGİLER.....	14
2.1 Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu	14
2.1.1 DEHB Tanım, Tarihçe ve Tanı ölçütleri	14
2.1.2 EPİDEMİYOLOJİ.....	18
2.1.3 ETİYOLOJİ.....	19
2.1.4 ÇEVRESEL VE PSİKOSOSYAL RİSK FAKTÖRLERİ	22
2.1.5 DEHB’DE KLİNİK GÖRÜNÜM VE DEĞERLENDİRME	23
2.1.6 DEHB ALT TİPLERİ	24
2.1.7 DEHB’DE AYIRICI TANI VE EŞTANILAR	25
2.1.8 TEDAVİ.....	26
2.2 UYKU	28
2.2.1 DEHB’DE UYKU SORUNLARININ KAYNAĞINA YÖNELİK HİPOTEZLER	28
2.2.2 DEHB VE UYKU BOZUKLUĞU	30
2.2.3 DEHB İLE İLİŞKİLİ EN SIK GÖRÜLEN UYKU BOZUKLUKLARI:.....	32
2.3 KRONOTİPİ	32
2.3.1 DEHB VE KRONOTİPİ	34
2.4 RİSKLİ DAVRANIŞ	36
3 GEREÇ VE YÖNTEM	37
4 BULGULAR.....	47
4.1 Olgular ve Ebeveynlerin Genel Özellikleri	47
4.1.1 Olguların demografik özellikleri	47
4.1.2 Olguların prenatal ve perinatal özellikleri ve gelişim basamakları.....	48
4.1.3 Olguların gelişim basamakları ve akademik özellikleri.....	49
4.1.4 DEHB grubunun DEHB alt tiplerine göre dağılımı	50
4.1.5 Olguların güncel eş tanı mevcudiyeti	51
4.1.6 Olguların ebeveynlerinin sosyodemografik özellikleri	52
4.2 Klinik Görüşme, Ölçekler ve Yapılan Testlerden Elde Edilen Verilerin Değerlendirilmesi	57
4.2.1 Grupların WISC-R alt test ve toplam puan değerlendirmeleri	57
4.2.2 Grupların CADÖ ve SNAP-IV (aile) DEHB için belirti değerlendirme anketi değerlendirilmesi	58
4.2.3 Grupların CÖDÖ ve SNAP-IV (öğretmen) DEHB için belirti değerlendirme anketi değerlendirilmesi.....	59
4.2.4 Güçler Güçlükler Anketi (GGA) Ebeveyn Formu Ölçeği verilerinin gruplara göre değerlendirilmesi.....	60

4.2.5	DEHB Grubunun Genel Klinik Değerlendirme Ölçeğine göre belirti şiddetinin belirlenmesi.....	61
4.2.6	ÇDKA verilerinin değerlendirilmesi	62
4.2.7	RDÖ verilerinin değerlendirilmesi	63
4.2.8	Çocuklarda Uyku Ölçeği verilerinin değerlendirilmesi	64
4.2.9	DEHB grubunda ölçekler arası korelasyonların değerlendirilmesi	66
4.2.10	DEHB grubunda ÇDKA ve ÇUÖ puanları üzerine etki eden faktörlerin lineer regresyon analizleri	67
5	TARTIŞMA.....	69
5.1	Sosyodemografik Özelliklere Göre Değerlendirme.....	69
5.2	Ebeveynlere Ait Sosyodemografik Özellikler	70
5.3	Ölçeklerden ve Yapılan Testlerden Elde Edilen Verilerin Değerlendirilmesi.....	71
6	Sonuçlar ve Öneriler.....	78
7		105
8	EKLER.....	106

KISALTMALAR DİZİNİ

CADÖ: Conners Aile Derecelendirme Ölçeği

CÖDÖ: Conners Öğretmen Derecelendirme Ölçeği

ÇDÖ: Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği

ÇUÖ: Çocuklarda Uyku Ölçeği

ÇDKA: Çocukluk Dönemi Kronotip Anketi

RDÖ: Riskli Davranışlar Ölçeği

DAT 1: Dopamin Taşıyıcısı

DRD4: D4 dopamin reseptör geni

DB: Davranım Bozukluğu

DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Ruhsal Hastalıkların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı)

GGA: Güçler Güçlükler Anketi

KOKGB: Karşıt Olma Karşıt Gelme Bozukluğu

SS: Standart Sapma

SDQ: Strenghts and Difficulties Questionarie

SNAP: Swanson Nolan and Pelham Questionnaire (Dikkat Eksikliği ve Hperkativite Bozukluğu için belirti tarama anketi)

WISC-R: Wechsler Çocuklar İçin Zekâ Ölçeği

TABLO LİSTESİ

Tablo 1: DEHB ve kontrol grubunda cinsiyet dağılımı ve yaş ortalaması.....	48
Tablo 2: Olguların prenatal ve perinatal özellikleri	48
Tablo 3: Olguların gelişim basamakları.....	49
Tablo 4: Olguların okuma yazma zamanı ve sınıf tekrarı varlığı.....	50
Tablo 5: Olguların güncel eş tanı mevcudiyeti.....	51
Tablo 6: DEHB grubunun eş tanı oranları.....	51
Tablo 7: Olguların ebeveynlerinin yaş ortalaması.....	52
Tablo 8: Olguların ebeveynlerinin eğitim durumları.....	53
Tablo 9: Olguların ebeveynlerinin çalışma durumları dağılımı.....	54
Tablo 10: Olguların ebeveynlerinin birliktelik ve akrabalık durumları.....	55
Tablo 11: Olguların aile aylık gelir düzeyi.....	55
Tablo 12: Olguların ebeveynlerinde psikiyatrik tanı varlığı.....	56
Tablo 13: Olguların ebeveynlerinde tıbbi sağlık problemi varlığı.....	57
Tablo 14: Grupların WISC-R sözel, performans ve toplam puan ortalamaları	57
Tablo 15: DEHB ve kontrol grubu CADÖ ve SNAP-IV aile puanları	58
Tablo 16: DEHB ve kontrol grubu CÖDÖ ve SNAP-IV öğretmen puanları	59
Tablo 17: DEHB ve kontrol grubu GGA alt ölçek ve toplam puanları.....	60
Tablo 18: DEHB grubunun GKDÖ belirti şiddeti oranları	61
Tablo 19: DEHB ve kontrol grubunun ÇDKA toplam puan ortalamaları.....	62
Tablo 20: DEHB ve kontrol grubunun kronotipik özelliklere göre dağılımı.....	62
Tablo 21: DEHB ve kontrol grubu RDÖ alt ölçek ve toplam puan ortalamaları.....	63
Tablo 22: DEHB grubunun kronotiplere göre RDÖ alt ölçek puan ortalamaları.....	64
Tablo 23: Olguların ÇUÖ alt ölçek ve toplam puanları ortalamaları.....	65
Tablo 24: DEHB grubunun kronotiplere göre ÇUÖ alt ölçek puan ortalamaları.....	65
Tablo 25: DEHB grubunda ölçekler arası korelasyonlar	66
Tablo 26: DEHB grubunda ÇDKA toplam puanı üzerine etki eden faktörlerin lineer regresyon analizi.....	67
Tablo 27: DEHB grubunda ÇDKA toplam puanı üzerine etki eden faktörlerin lineer regresyon analizi	68

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1: DEHB grubunun DEHB alt tiplerine göre dağılımı50



1 GİRİŞ VE AMAÇ

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) çocukluk çağının en sık görülen psikiyatrik bozukluğudur (Polanczyk ve ark., 2007). DEHB, çocukluk döneminde akademik ve sosyal hayatını olumsuz etkilemekte, kronik seyri nedeniyle de erişkin dönemde aile ve iş hayatında problemlerle karşımıza çıkmaktadır (Nijmeijer ve ark., 2008) .

Kronotip, insanın fizyolojik ve genetik özelliklerine göre, fiziksel ve bilişsel olarak günün daha aktif olduğu dönemi ifade eder (Manfredini ve ark., 1998). Bazı insanlar fiziksel ve bilişsel aktiviteleri için sabah saatlerini tercih ederken, bazıları öğleden sonrasını ya da akşam saatlerini tercih etmekte, yatma kalkma saatlerini buna göre düzenlemektedir; sabahçılara tavuk tip, akşamcılar için baykuş tip adı verilmektedir (Natale & Cicogna, 2002; Randler, 2008). DEHB’li kişilerde sağlıklı kontrollere göre akşamcılık daha yüksektir (Voinescu ve ark., 2012).

Uyku bozuklukları, çocuklarda %25 ile %43 gibi değişen oranlarda görülmektedir(Owens ve ark., 2000). DEHB’li çocuklarda uyku problemleri ve sirkadiyen ritim bozulmaları görülmektedir (Konofal ve ark., 2010; Voinescu ve ark., 2012). DEHB’li çocukların %25-50’sinin uyku sorunları bildirdikleri ve bununla birlikte anne-babaları tarafından da daha fazla uyku sorunu bildirildiği bilinmektedir (Corkum ve ark., 1998; Owens, 2005). Uykuda solunum bozuklukları ve gündüz uykululuğu olması halinde fiziksel kaza riskinin arttığını (Findley ve ark., 1992), ayrıca bu durumlarda davranış problemlerinin daha çok olduğunu gösteren çalışmalar vardır (Sadeh ve ark., 2002) .

Ergenlerde özellikle 16-18 yaş arasında riskli davranışların daha sık görüldüğü bildirilmektedir (Haase & Silbereisen, 2011). Riskli davranışlar, ergenin gelişim görevlerini başarmasına, kendisinden beklenen sosyal rolleri yerine getirmesine, yeterlilik ve başarı duygusunu hissetmesine ve genç yetişkinlik dönemine başarıyla geçmesine engel olan davranışlar olarak tanımlanmaktadır (Jessor, 1991). DEHB’li ergenlerde daha sık gördüğümüz dürtüsel davranışlar alkol-sigara kullanımında artış, okulda daha çok uyarı-disiplin cezası alınması ve antisosyal davranış örüntüleri gibi

riskli davranışlarla ilişkilendirilmekle birlikte (Robbins & Bryan, 2004), bu öğrencilerde daha sık okul terki görülmektedir (Townsend ve ark., 2007).

Temel Hipotezler ve Amaçlar

DEHB’li vakaları, kontrol grubu ile karşılaştırdığımız çalışmamızda aşağıda belirtilen hipotezlerin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

- 1- DEHB grubunda kontrol grubuna göre akşamcılık tipinin daha fazla olacağı varsayıldı.
- 2- DEHB olan ergenlerin kontrol grubuna göre uyku problemlerinin daha fazla olacağı varsayıldı,
- 3- DEHB olan ergenlerin kontrol grubuna göre riskli davranışların daha fazla olacağı varsayıldı,
- 4- DEHB olan grupta sabahçılık-akşamcılık, uyku problemleri ve riskli davranışlar arasında anlamlı ilişki olabileceği varsayıldı.

2 GENEL BİLGİLER

2.1 Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

2.1.1 DEHB Tanım, Tarihçe ve Tanı ölçütleri

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) belirtilerinin çoğu 12 yaşından önce başlayan ve en az 6 aydır devam eden; gelişimsel düzey ile uyumsuz ölçüde hiperaktivite, dikkat eksikliği ve dürtüsellik gibi çekirdek belirtilerle karakterize, işlevsellikte bozulma ile giden, yaşam boyu devam eden nörogelişimsel bir bozukluktur (APB, 2013).

DEHB, çocukluk çağı başlangıçlı ruhsal bozukluklar içinde önemli bir yere sahiptir. İlk defa 1902 yılında Dr. George Still tarafından, aşırı hareketli, yoğunlaşma ve öğrenme güçlükleri olan ve davranım sorunları gösteren çocuklarda “ahlaki kontrolün ileri düzeyde yetersizliği” olarak tanımlanan DEHB, literatürde “çılgın aptallar, dürtüsel delilik, yetersiz engellenme” gibi yıllarca çeşitli isimlerle tanımlanmıştır. Birinci Dünya Savaşı’nda ortaya çıkan viral ensefalit salgınından sonra aşırı hareketlilik, koordinasyon zorluğu, öğrenme güçlüğü, dürtü denetim sorunları ve agresyon belirtilerinin, salgının davranışsal bir sonucu olduğu düşünülmüş ve "postensefalitik davranışsal sendrom" olarak tanımlanmıştır. Sonraki yıllarda beyin hasarı ile davranışsal belirtiler arasında ilişkinin gözlemlenmiş olması ilgiyi bu bozukluğun organik nedenleri üzerinde yoğunlaştırmış olup bozukluk “Minimal Beyin Hasarı Sendromu” olarak tanımlanmıştır. 1947 yılında “Minimal Beyin Hasarı Sendromu” olarak adlandırılırken, zamanla belirlenmiş nörolojik bozukluğu bulunamayan bu durum için böylece “Minimal Beyin Hasarı Sendromu” yerine “Minimal Beyin Disfonksiyonu” terimi yerleşmiştir (Barkley & Murphy, 2006).

1980’li yıllarda, bu tanımın uygun olmadığı ve davranışsal olarak tanımlanması gerektiği; çünkü herhangi bir beyin hasarı veya işlev bozukluğu olmadan da benzer belirtilerin görülebildiği üzerinde durulmuştur (Mukaddes N.,1993).

DEHB ilk olarak 1968 yılında DSM-II’de “hiperkinetik sendrom” olarak tanımlanmıştır. Sonraki yıllarda bir dönem “dikkat eksikliği bozukluğu”

terimi kullanılmış (DSM-III), daha sonra DSM-IV’de “dikkat eksikliği ve yıkıcı davranış bozuklukları” genel başlığı altında verilmiştir. En son olarak DSM-5’te ise nörogelişimsel bozukluklar başlığı altında yer almıştır (Mukaddes, 2015).

Mayıs 2013 tarihinde yayınlanan DSM-5’te(American Psychiatric Association, 2013), DEHB kriterlerinde bazı değişiklikler yapıldı. DSM-IV’de aşırı hareketlilik ve dikkat eksikliği belirtilerinin 7 yaşından önce başlama kriteri. 12 yaş olarak değiştirildi. DEHB alt tipinin, kliniğe göre “Dikkatsizliğin baskın olduğu tip”, “Aşırı hareketlilik/dürtüsellik baskın olduğu tip” ya da her iki kümeden en az 6 belirtinin ayrı ayrı karşılandığı “Birleşik tip” olarak bunun tanıya ek olarak belirtilmesi gerekmektedir. Hastaların semptomlarının şiddeti, akademik ve sosyal işlevsellikteki sorun düzeyine göre hafif, orta, ağır olarak derecelendirildi. DEHB ölçütlerinin hepsini önceden karşıladığı halde şu an karşılamayan; fakat son 6 ayda işlevselliği bozulmuş hastalar için parsiyel remisyonda olduklarının belirtilmesi gerekliliği vurgulandı. DSM-IV’de (APB, 2000) Otizm Spektrum Bozukluğu (OSB) tanısı alanlarda DEHB eş tanısı konulamazken; DSM-5’te, DEHB ve OSB’nin eş tanı olabileceği belirtildi. Yetişkinlerde de uygulanabilirliği artırmak için bazı değişiklikler eklendi: yetişkinlerde klinik olarak belirgin bozukluk saptanırsa tanı için dikkat eksikliği veya hiperaktivite belirtilerinden DSM-5’te 6 madde yerine 5 dikkat eksikliği veya hiperaktivite belirtisi görülebilmesi ile DEHB tanısı alabileceği belirtildi.

DEHB, Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırılması’nda (ICD-10) (Organization, 1992) ise hiperaktivite belirtisine vurgu yapılarak “Hiperkinetik Bozukluklar” adı ile anılmaktadır. ICD-10’da, DEHB tanısı için üç boyutun (dikkatsizlik, aşırı hareketlilik, dürtüsellik) her birinden yeterli bir sayı olması şartı aranırken DSM-IV’te ise DEHB tanısı için var olan iki boyutun (dikkatsizlik ve hiperaktivite/dürtüsellik) sadece birinden karşılaması yeterlidir. Duygudurum, anksiyete ve gelişimsel bozukluklar gibi DSM-IV’te (American Psychiatric Association., 2000) eş tanı alabilen

durumlar ICD-10'da dışlama ölçütleridir. Bu iki tanılandırma sistemleri arasındaki farklardan dolayı sıklık çalışmalarında DSM-IV ile daha yüksek oranlarda DEHB tanısının konulabileceğini öngörülmektedir (G Polanczyk ve ark., 2007).

Tablo 1. DSM 5 DEHB tanı ölçütleri

A- Aşağıdakilerden (1) ve/ya da (2) ile belirli, işlevselliği ya da gelişimi bozan, süregiden bir dikkatsizlik ve /ya da aşırı hareketlilik–dürtüsellik örüntüsü: 1.Dikkatsizlik: Gelişimsel düzeye uygun olmayan ve toplumsal ve okulla/işle ilgili etkinlikleri doğrudan olumsuz etkileyen, aşağıdaki altı ya da daha çok belirti en az altı ay sürmektedir. Not: Belirtiler, yalnızca, karşıt olmanın, karşıt gelmenin, düşmancıl tutumun ya da verilen görevleri ya da yönergeleri anlayamamanın bir dışı vurumu değildir. Yaşı ileri gençlerde ve erişkinlerde (17 yaşında ve daha büyük olanlarda) en az beş belirti olması gerekir. a) Çoğu kez, ayrıntılara özen özen göstermez ya da okul çalışmalarında, işte ya da etkinlikler sırasında yanlışlar yapar. b) Çoğu kez, iş yaparken ya da oyun oynarken dikkatini sürdürmekte güçlük çeker. c) Çoğu kez, doğrudan kendisine doğru konuşulurken, dinlemiyor gibi görünür. d) Çoğu kez, verilen yönergeleri izlemez ve okula verilen görevleri, sıradan günlük işleri ya da sorumlulukları tamamlayamaz. e) Çoğu kez, işleri ve etkinlikleri düzenlemekte güçlük çeker. f) Çoğu kez, sürekli zihinsel çaba gerektiren işlerden kaçınır, bu tür işleri sevmez ya da bu tür işlere girmek istemez. g) Çoğu kez, işi ya da etkinlikleri için gerekli nesneleri kaybeder. h) Çoğu kez, dış uyaranlarla dikkati kolaylıkla dağılır. i) Çoğu kez, günlük etkinliklerde unutkanlır. 2.Aşırı hareketlilik ve dürtüsellik: Gelişimsel düzeye uygun olmayan ve toplumsal ve okulla/işle ilgili etkinlikleri doğrudan olumsuz etkileyen, aşağıdaki altı (ya da daha çok) belirti en az altı aydır sürmektedir. Not: Belirtiler, yalnızca, karşıt olmanın, karşı gelmenin, düşmancıl tutumun ya da verilen görevleri ya da yönerge leri anlayamamanın bir dışıvurumu değildir. Yaşı ileri gençlerde ve erişkinlerde (17 yaşında ve daha büyük olanlarda) en az beş belirti olması gerekir. a) Çoğu kez, kıpırdanır ya da ayaklarını vurur ya da oturduğu yerde kıvranır. b) Çoğu kez, oturması beklendiği durumlarda oturduğu yerden kalkar. c) Çoğu kez, uygunsuz ortamlarda, ortalıkta koşturur durur ya da bir yerlere tırmanır. (Not: Yaşı ileri gençlerde ve erişkinlerde, kendini huzursuz hissetmekle sınırlı olabilir.) d) Çoğu kez, boş zaman etkinliklerine sessiz bir biçimde katılamaz ya da sessiz bir biçimde oynayamaz. e) Çoğu kez, “her an hareket halinde” dir, “motor takılmış ” gibi davranır. f) Çoğu kez aşırı konuşur. g) Çoğu kez, sorulan soru tamamlanmadan yanıtını yapıştırır. h) Çoğu kez sırasını bekleyemez. i) Çoğu kez, başkalarının sözünü keser ya da araya girer.
--

B- On iki yaşından önce birkaç dikkatsizlik ya da aşırı hareketlilik- dürtüsellik belirtisi olmuştur.

C- Birkaç dikkatsizlik ya da aşırı hareketlilik–dürtüsellik belirtisi iki ya da daha çok ortamda vardır.

D- Bu belirtilerin, toplumsal, okulla ya da işle ilgili işlevselliği bozduğuna ya da işlevselliğin niteliğini düşürdüğüne ilişkin açık kanıtlar vardır.

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

Olup olmadığını belirtiniz:

314.01(F90.2) Bileşik görünüm: Son altı ay içinde, hem A1 (dikkatsizlik), hem de A2 (aşırı hareketlilik/dürtüsellik) tanı ölçütleri karşılanmıştır.

314.00(F90.0) Dikkatsizliğin baskın olduğu görünüm: Son altı ay içinde, A1 (dikkatsizlik) tanı ölçütü karşılanmış, ancak A2 (aşırı hareketlilik/dürtüsellik) tanı ölçütü karşılanmamıştır.

314.01(F90.1) Aşırı hareketliliğin/dürtüselliğin baskın olduğu görünüm: Son altı ay içinde, A2 (aşırı hareketlilik/dürtüsellik) tanı ölçütü karşılanmış, ancak A1 (dikkatsizlik) tanı ölçütü karşılanmamıştır.

Varsa belirtiniz:

Tam olmayan yatışma gösteren: Daha önceden bütün tanı ölçütleri karşılanmış olmakla birlikte, son altı içinde bütün tanı ölçütlerinden daha azı karşılanmıştır. Ve belirtiler bugün için de toplumsal, okulla ya da işle ilgili işlevsellikte bozulmaya neden olmaktadır.

O sıradaki ağırlığını belirtiniz:

Ağır olmayan: Tanı koymak için gerekli belirtilerden, varsa bile, biraz daha çoğu vardır ve belirtiler toplumsal ya da işle ilgili işlevselliği çok az bozmaktan öteye gitmemiştir.

Orta derecede: Belirtiler ya da işlevsellikteki bozulma “ağır olmayan” la “ağır” arasında orta bir yerdedir.

Ağır: Tanı koymak için gerekli belirtilerden çok daha çoğu ya da birkaç, özellikle ağır belirti vardır ya da belirtiler toplumsal ya da işle ilgili işlevselliği ileri derecede bozmuştur

2.1.2 EPİDEMİYOLOJİ

DEHB, çocukluk çağı psikiyatrik hastalıklar içerisinde en sık karşımıza çıkan rahatsızlıktır. Dünya genelinde yapılan çalışmalarda değişik yöntem ve tanı koyma ölçütleri kullanıldığı için yaygınlığı konusunda farklı oranlar bildirmiştir(Polanczyk ve ark., 2007).

Çeşitli epidemiyolojik çalışmalarda DEHB prevalansı %1 ile %20 gibi geniş bir aralıkta değişen oranlarda bildirilmektedir (Stephen V Faraone ve ark., 2003; Guilherme Polanczyk & Rohde, 2007).

Son yıllarda dünya genelinde yapılan metaanaliz çalışmalarında, DEHB'nin prevalansının %5.9- 7.1 olduğu belirtilmektedir (Willcutt, 2012). Ülkemizde 6-15 yaş arası okul çocuklarının olduğu ve DSM-IV'e dayalı ölçeklerin ebeveyn ya da öğretmen tarafından doldurulmasıyla tanı konulan bir çalışmada DEHB sıklığı % 8,1 olarak saptanmıştır(Ersan ve ark., 2004). DEHB, hem klinik hem de toplum örneklemelerinde erkeklerde daha yüksek orandadır ve bir meta analiz çalışmasında erkek/kız oranı 2,4/1 olduğu bildirilmiştir (Guilherme Polanczyk ve ark, 2007). Klinik örneklemelerde ise 3-5/1, hatta 9/1 oranında erkek cinsiyeti baskınlığı görülmektedir (Stefanatos & Baron, 2007).

DEHB'li hastaların neredeyse yarısı tanı almadan atlanmaktadır; ancak hiperaktivite/dürtüsellik baskın görünümde olanlarda tanı atlanma oranı %5'lere kadar düşmektedir (Kooij & Francken, 2010). Kliniğe kızlar daha çok dikkat problemleri, internalizan problemler ve entelektüel zorluklarla başvururken; yıkıcı davranış problemleri ile daha az sıklıkla yönlendirilirler. Erkekler ise daha baskın olarak yıkıcı davranış problemleri ve hiperaktivite nedeniyle yönlendirilmektedir (Gershon, 2002). Sosyal ve akademik yaşantılarında erkek cinsiyetteki DEHB hastalar çevrelerine kızlara göre

daha çok rahatsızlık verdiklerinden dolayı klinik başvuruları da kızlara göre daha fazladır (Mukaddes N.,2015).

Takip çalışmaları DEHB'nin %40-60 erişkinlik döneminde de devam ettiğini göstermiştir (S. V. Faraone ve ark., 2006; APB,2013). DEHB belirtilerinde ve prevalansında ise yaşa bağlı azalma saptanmıştır. Belirtiler tanı alacak düzeyde olmayanlarda bile sıklıkla klinik olarak önemli bozukluklarla birlikte.

2.1.3 ETİYOLOJİ

DEHB'nin özgün bir nörofizyolojik ya da nörokimyasal temeli olmamasına rağmen, muhtemelen öğrenme bozuklukları gibi beyin işlevlerini etkileyen karmaşık etiyolojiye sahip nörogelişimsel bir bozukluk olduğu düşünülmekle birlikte, bir takım genetik ve çevresel faktörlerin de DEHB gelişimine katkıda bulunduğu düşünülmektedir (Rasgon LN, Hendrick VC, Garrick RT ;Sadock, 2009).

GENETİK GEÇİŞ VE AİLE ÇALIŞMALARI

DEHB'nin gelişiminde, genetik yatkınlık en önemli faktörlerden birisidir (Tannock, 1998). DEHB'nin poligenetik doğası hakkında yapılan çalışmalarda geniş bilgiler mevcut olup, elde edilen geniş çaplı bulgular ve bulguların değerlendirilmesi, yorumlanması ile pek çok genin DEHB ile etkileşiminin olduğuna değinilmekte ve DEHB'nin ailesel geçiş gösterdiği belirtilmektedir(Cortese, 2012; S. V Faraone & Doyle, 2001; Tripp & Wickens, 2009; Zhang ve ark., 2012). Bu geçişin nasıl gerçekleştiği henüz tam olarak belirlenememiştir. Aile, ikiz, evlat edinme çalışmaları genetik faktörlerin etkisini araştırmak için yapılmıştır (Turgay A.,1997). Bulgular, ikizler arasında yüksek konkordans olduğunu göstermiştir. Biyolojik ailede DEHB öyküsünün evlat edinen aileden daha yüksek olduğu, evlat edinilmiş ikizlerle yapılan çalışmalarda desteklenmiştir. DEHB'li çocukların anne ve babalarında da DEHB olma riskinin 2 ila 8 kat arttığı saptanmıştır (Faraone

& Biederman, 1998). DEHB tanısı konan çocukların yakın akrabalarında bozukluğun görülme oranı %10 ile %35 arasındadır (Wicks-Nelson & Israel, 2003). Aile, ikiz ve evlat edinme çalışmalarının sonuçlarına göre genetik faktörler DEHB etiyolojisinde önemli bir rol oynamaktadır ve kalıtılabilirliği %76 olarak tahmin edilmektedir (Biederman, 2005; Faraone ve ark., 2006).

2009 yılında yapılan kapsamlı bir meta-analitik çalışmada birçok gen içerisinde DAT1, DRD4, DRD5, 5HTT, HTR1B ve SNAP25 genleri DEHB ile ilişkili bulunmuştur. Bu genlerin içinde ise DEHB ile en fazla ilişkilendirilen genin DAT1 geni olduğu belirtilmektedir (Gizer, Ficks, & Waldman, 2009).

NÖROANATOMİK, NÖROFİZYOLOJİK VE NÖROBİYOLOJİK FARKLILIKLAR

DEHB'nin tanısında kullanılan herhangi bir laboratuvar testi, kranial görüntüleme çeşidi ya da psikolojik test olmamakla birlikte bazı görüntüleme yöntemleri DEHB ile ilgili değerli bilgiler vermektedir (Bilgisayarlı Tomografi, SPECT, DTI, MRI ve fMRI gibi.) Bu görüntüleme yöntemleriyle yapılan çalışmalar DEHB'li bireylerde prefrontal korteks (PFK)'te yapısal anormalliklerle birlikte (Spetie & Arnold, 2007), prefrontal korteks ve striatum bölgelerinde kan akımı ve metabolik hızda azalmalar olduğunu göstermektedir (Kim ve ark., 2001).

DEHB'li hastalarda sağlıklı kontrollere kıyasla, genel beyin hacminde (Castellanos & Acosta, 2004), prefrontal korteks ve (Durstun ve ark., 2004; Mostofsky ve ark., 2002), serebellum hacminde azalma (Berquin ve ark., 1998; Durston ve ark., 2004; Hill ve ark., 2003) MRI çalışmalarında tutarlı olarak saptanan bulgulardır. Yapılan başka bir çalışmada DEHB'li hastalar içinde stimulan tedavisi alan ve almayan gruplar karşılaştırıldığında stimulan tedavi almayan grupta hacim küçüklüğünün daha belirgin olduğu

dolayısıyla stimulan tedavisi ile beyin gelişiminin olumlu etkileniyor olabileceği ileri sürülmüştür (Castellanos ve ark.,1996).

DEHB’de motor kontrol, yürütücü işlevler, dikkat, çalışma belleği, yanıt inhibisyonu ve ödül/motivasyon ile ilişkili beyin bölgelerine yönelik yapılan işlevsel çalışmalarda en çok incelenen bölgeler dorsolateral prefrontal korteks (DLPFK), ventrolateral prefrontal korteks (VLPFK), dorsal anterior singulat korteks (dACC) ve striatumdur (kaudat ve putamen)(Bush, Valera, & Seidman, 2005).

Beynin büyük bir bölümünü oluşturan prefrontal korteks duysal mesaj alma, hareketleri kontrol etme, hafıza, karar verme, hayati beden işlevlerini stabil tutma gibi fonksiyonlara sahiptir (Brown T.,2006). DEHB’li kişilerde yapılan fMRI çalışmalarında prefrontal korteks (PFK) aktivasyonunda azalma olduğu gösterilmiştir (Mukaddes N.,2015).

DEHB nörobiyolojisi henüz tamamen aydınlatılmamış olmakla beraber, yapılan çalışmalar temelde dopaminerjik ve noradrenerjik sistemin önemini gündeme getirerek, beyinde özellikle frontal bölgede katekolaminerjik işlev bozukluğuna dikkat çekmektedir (Spencer ve ark., 2007). DEHB etiolojisinden sorumlu tek bir nörotransmitter gösterilememekle birlikte (Lewis M.,1991); dopamin ve dopaminden sentezlenen noradrenalinin dikkat, odaklanma ve bunlarla ilgili motivasyon, uyanıklık gibi bilişsel işlevlerdeki önemi bilinmekte ve bunun üzerinde durulmaktadır (Stahl, 2003). Norepinefrin ve dopamin düzeylerinin optimum düzeyde olması, yürütücü işlevler ve dikkatin sürdürümü için önemlidir (Pliszka, 2018). DEHB ile ilişkilendirilen ve kortiko-striato-talamik bölgeler olarak adlandırılan bu bölgeler yüksek dopamin konsantrasyonunun olduğu bölgelerdir. Prefrontal korteks işlevleri için, dopamin (DA) seviyesinin yeterli bir düzeyde olması gerekmektedir. Dopamin seviyesindeki bozulmalar hiperaktivite, dikkat sorunu, bellek işlevlerinde sorunlar, diskinezi, tikler ve kendine zarar verme davranışları ile ilişkilendirilmektedir (Arnsten&Castellanos,2010).

DEHB' li çocukların %45–90'ında elektroensefalografik (EEG) anormallikler görülmekle birlikte (Clarke ve ark. , 2001), EEG çalışmaları sonucunda ortaya konan modeller DEHB'nin karmaşık klinik görünümünü açıklamakta yetersiz kalmıştır (Spetie & Arnold, 2007; Kovatchev ve ark., 2001; Monastra ve ark., 1999). DEHB'lilerde en güçlü EEG bulgusu teta dalgasında özellikle frontosentral alanlarda artış ve daha az olarak da beta aktivitesinde azalmadır (Loo & Makeig, 2012; Snyder & Hall, 2006; Cortese, 2012)

Bütün bu nörobiyolojik araştırmalara rağmen, DEHB tanısı için klinik muayenenin temel olduğu ve bahsedilen nörobiyolojik incelemelere gerek olmadığı unutulmamalıdır (Mukaddes ,2015).

2.1.4 ÇEVRESEL VE PSİKOSOSYAL RİSK FAKTÖRLERİ

Bu alanda yapılan çalışmalar pek çok prenatal, perinatal ve postnatal risk faktörünü DEHB ile ilişkili bulmuştur. Özellikle DEHB'li monozigot ikizlerle yapılan çalışmalarda konkordans oranları çevresel etkenlerin de etyolojide rolü olabileceğini düşündürmektedir. Ebeveynin sigara ve alkol kullanımı, annede kaygı ve stres, hamilelikte enfeksiyonlar, kurşun ve ilişkili nörotoksinlere maruziyet, düşük doğum ağırlığı, doğum komplikasyonları, neonatal komplikasyonlar ile DEHB ilişkilendirilmiştir (Bhutta ve ark., 2002; Rodriguez & Bohlin, 2005; Thapar ve ark., 2003; Yorbık ve ark., 2003).

Düşük sosyal sınıf, aile içi şiddet, annede psikiyatrik bozukluk, babada suç davranışı, parçalanmış aile ve çocuğun bakımevinde yetiştirilmesi gibi psikososyal etkenler birlikte bulundukları zaman gelişimi daha olumsuz etkilemektedir; ayrıca DEHB gelişiminde hazırlayıcı ve ortaya çıkışında hızlandırıcı rol oynadıkları düşünülmektedir. DEHB'li çocukların ailelerinde, aile içi kaotik durum ve -özellikle annede olmak üzere- ebeveynlerde psikiyatrik öykü bulunması durumunun daha sık olduğu belirtilmektedir (S V Faraone & Biederman, 1998).

Erken yaş ihmallerini inceleyen bir çalışmada, bu çocuklardaki erken dönemde olan ihmalin kortikal gelişimi bozarak dikkatle ilişkilendirilen bölgelerde atipik işlevlere yol açtığı bildirilmektedir. Kurumda yetişen ve duygusal yoksunlukla büyüyen bu çocuklarda kortikal kalınlıkta azalma ile birlikte özellikle inferior parietal korteks ve superior temporal kortekste incelmeye görülmekte, ve bu mekanizma da DEHB belirtileri ile ilişkilendirilmektedir (McLaughlin ve ark., 2014). Ancak duygusal ihmale uğrayan grupta, sahip oldukları genetik yüklülük de dikkate alınmalıdır (McLaughlin ve ark., 2014). Sosyoekonomik düzeyin yüksek veya düşük olmasının DEHB gelişiminde önemli bir etkisi olmadığı bildirilmektedir (Stefanatos & Baron, 2007).

2.1.5 DEHB’DE KLİNİK GÖRÜNÜM VE DEĞERLENDİRME

DEHB klinik bir tanı olup tanıya özgü bir test yoktur. Klinisyenin tanı araçları: aile ve çocuk ile yapılan görüşmeler, klinik gözlem, psikiyatrik muayene, davranış değerlendirme ölçekleri, ebeveyn ve öğretmen ölçeklerinden oluşmaktadır (Mukaddes, 2015).

DEHB’de gördüğümüz gelişimsel aksaklıklar dikkat eksikliği ve hiperaktivite-dürtüsellik aksında seyreder ve klinik görünümü de bunlarla ilişkili şekillenir (Mukaddes, 2015).

Barkley, DEHB’lilerin birincil sorununu “inhibisyon eksikliği” olarak tanımlamıştır (Barkley, 1997). Brown (Brown, 2006) ise yürütücü işlev bozukluklarında temel sorunların dikkatle ilgili olduğunu savunmaktadır. Barkley’in tanımlaması, DEHB’nin sadece bileşik ve hiperaktif-impulsif alt tiplerini açıkladığı fakat dikkat eksikliği baskın alt tipini açıklayamadığı için eleştirilmektedir (Mukaddes N., 2015).

Dikkat, bir kişide organizasyon, öncelikleri ayırt etme, odaklanma, uyanıklığı ayarlama, zihnin çalışma hızı ve verimi, engellenme ve hayal kırıklığı ile baş etme sistemi, kısa süreli hafıza, kendini ve eylemlerini kontrol etme gibi beynin yürütücü işlevlerinin hepsi için kullanılan aktif zihinsel bir süreçtir. DEHB’li kişilerde bu alanlarda problem bulunmaktadır (Mukaddes N., 2015).

Ebeveynlerin genelde yakındıkları konular çocuklarının çok unutkan olmaları, eşyalarını kaybetmeleri, başladıkları bir işi sonlandırmamaları veya sonlandırmakta zorlanmalar, ödevlerini yapmalarının çok uzun süreler alması, isteksizlik, dinliyor gibi görünmemeleri, basit hatalar yapmaları ve düzensizlikleri ile ilgilidir. Dikkat sorunu her zaman aynı derecede görünmemekle birlikte; bilgisayar oyunları ve televizyon oynarken olabileceği gibi yeni ve ilgi çekici durumlarda nerdeyse hiç belirgin olmayabilir. Bunun tam tersi sıkıcı, çeldirici, yorucu, uzun süren ve tekrarlayıcı durumlarda dikkat problemleri daha belirgin gözlemlenmektedir (Ö. Öner & SA, 2007).

Hiperaktivite; sürekli hareket etme ve gezinme isteği, çoğu zaman ve hemen her yerde yerinde duramama, kıpır kıpır olma hali, çok konuşma, uzun süre aynı yerde oturamama, özellikle çocukluk çağında çocuğun gelişimsel düzeyiyle orantısız olarak koşturma ve her yere tırmanma şeklinde karşımıza çıkar. Dürtüsellik ise; olası sonuçlarını düşünmeden harekete geçme anlamına gelmektedir. Genelde aceleci olurlar, sıra beklemekte ve isteklerini ertelemekte zorlanırlar, düşünmeden konuşup yanıt verir, söz kesmeleri sıktır, yenilik arayışında olurlar ve daha çok riskli davranışta bulunabilirler (Mukaddes ,2015).

Normal çocukların hareketliliği ile DEHB olanların ayırt edilmesi, okul öncesi dönemde zorluk çekilen ayırt edici bir tanı sorunudur. DEHB olan çocukların bu yakınmaları sürekli ve bu çocuklar her zaman ve her yerde benzeri türde davranışlarda bulunurlar (Spetie & Arnold, 2007).

2.1.6 DEHB ALT TİPLERİ

DSM-5 ölçütlerine göre, belirtilerin en az 6 ay sürmesi, 12 yaşından önce başlaması ve en az iki ortamda (örn. evde ve okulda ya da işte) ortaya çıkması ve işlevsellikte bozulmaya yol açması gerekmektedir(American Psychiatric Association, 2013).

DEHB'nin; birleşik tip, dikkatsizliğin baskın olduğu tip ve hiperaktivite/dürtüsellüğün baskın olduğu tip olmak üzere üç alt tipi bulunmaktadır.

DEHB-Bileşik tipte hem dikkatsizlik hem de hiperaktivite/dürtüsellik belirtilerinin herbirinden ayrı ayrı dokuz belirti içinde en az altı belirti ölçütünü karşılar. Klinik başvurular en çok bu alt tipte olmaktadır. Hiperaktivite zamanla azalmakta veya ileri yaşlarda huzursuzluk ve aşırı spor yapma şeklinde devam etmektedir (Mukaddes N.,2015).

DEHB- Dikkat eksikliği baskın tipte, dokuz dikkatsizlik belirti ölçütünden en az altısı bulunmalıdır; hiperaktivite ve dürtüsellik belirtileri ise tanı ölçütlerini karşılamamaktadır. Bu alt tip kızlarda daha fazla görülür.

DEHB- Hiperaktivite/Dürtüsel tipte, dokuz hiperaktivite/dürtüsellik belirti ölçütünden en az altısı bulunmalıdır; dikkatsizlik belirtileri tanı ölçütlerini karşılamamaktadır. Bu alt tip, pek çok yönüyle karşıt olma karşıt gelme bozukluğu (KOKGB) ile karışabilmektedir (Mukaddes ,2015).

2.1.7 DEHB'DE AYIRICI TANI VE EŞTANILAR

Klinik değerlendirmeler sonucunda DEHB düşünüldüğünde, DEHB'nin ayırıcı tanısında anksiyete bozuklukları, majör depresyon ve bipolar bozukluk gibi duygudurum bozuklukları, özel öğrenme güçlüğü, zekâ geriliği, OSB, davranım bozukluğu, KOKGB, obsesif kompulsif bozukluk, madde kullanım bozukluğu, uyku bozukluğu ve tepkisel bağlanma bozukluğu göz önünde bulundurulmalıdır.

Komorbidite çalışmaları, DEHB'de yüksek oranda eşlik eden başka bir tanı olduğunu saptamıştır. Sadece DEHB'si olan çocuklara göre, DEHB ve komorbid hastalığı olan çocuklarda psikopatoloji düzeyi daha yüksektir ve semptomlar daha uzun süre kalıcı olmaktadır. Ayrıca komorbidite varlığı, DEHB'de kullanılan tedaviyi ve tedaviye yanıtı etkileyebilmektedir(Rasgon LN, Hendrick VC, Garrick RT ;Sadock, 2009)

DEHB hastalarında en çok görülen komorbid durumlar; KOKGB (%30-60), davranım bozukluğu (%15-50), anksiyete bozuklukları (%15-50), özgül öğrenme bozukluğu (%20-60) ve duygudurum bozukluklarıdır (%3-75) (Gümüş ve ark.,2015). Bunlardan anksiyete bozuklukları kızlarda daha sık görülürken diğer durumlar erkeklerde daha sıktır (Biederman, 2005).

2.1.8 TEDAVİ

DEHB'nin tedavisi farmakolojik tedavi ve non-farmakolojik tedavi olarak ikiye ayrılır.

FARMAKOLOJİK TEDAVİ

DEHB tedavisinde kullanılan ilaçlar stimülan ve non-stimülan ilaçlar olarak iki gruba ayrılır. Bunlar arasında da en etkili olduğu belirtilen grup ise metilfenidat ve amfetamin tuzlarının içinde bulunduğu stimülan grubudur. Farmakolojik tedavinin non-stimülan grubunda ise en sık atomoksetin kullanılmaktadır; alfa 2 agonistler (guanfasin, klonidin), imipramin, modafinil ve bupropion da diğer tedavi seçenekleri arasındadır (Rasgon LN, Hendrick VC, Garrick RT ;Sadock, 2009).

Metilfenidat, dopamin ve noradrenalin geri alımını taşıyıcılar üzerinden inhibe ederek sinaptik aralıkta bunların miktarını arttırır. Striatal bölgedeki sinaptik dopamin miktarındaki artış, striatal-frontal yol aracılığıyla prefrontal kortikal fonksiyonların artmasında rol oynar. Kısa etki süreli ve uzun etki süreli osmotik salınımlı iki formu bulunmaktadır (Stahl, 2013). Kullanım dozları, genelde günde 2-3 doz olarak kullanılan kısa etki süreli olan formu için 0,3-1,5 mg/kg/gün, günde tek doz olarak kullanılan uzun etki süreli formu içinse 0,4-1,8 mg/kg/gün'dür. (Spetic & Arnold, 2007) Metilfenidatın en sık görülen kısa süreli yan etkileri iştahsızlık, uykusuzluk, taşikardi ve baş ağrısıdır (Stahl-Gruenberg, 2013). Stimülan ilaçlardan ülkemizde sadece metilfenidat içeren kısa ve uzun etkili preparatlar bulunmaktadır.

Amfetamin tuzları grubu ise deksroamfetamin ve metamfetaminden oluşur. Etkisini daha çok presinaptik dopamin ve noradrenalin terminalerinden katekolamin salınımını arttırarak gösterir (Stahl-Gruenberg, 2013).

Stimulan olmayan gruptan atomoksetin, DEHB tedavisinde selektif noradrenalin geri alım inhibitörü olarak çalışır. Frontal kortekste dopamin(DA), noradrenalin(NA) taşıyıcıları aracılığı ile nörona taşındığı için noradrenalin (NA) geri alım inhibitörleri bu bölgede sinaptik aralıktaki dopamin seviyesini arttırarak etki gösterir. Kullanım dozları 0,5-1,8 mg/kg/gün'dür. Sık görülen yan etkiler arasında iştahsızlık, sedasyon, bulantı-kusma, terleme, uykusuzluk, çarpıntı ve kan basıncında artış sayılabilir(Stahl, 2013).

NON-FARMAKOLOJİK TEDAVİLER

DEHB tedavisine yanıt alınsa bile, hastaların bir kısmında uyum sağlayıcı davranışlar için farmakolojik tedaviler yetersiz kalabilmektedir. Ayrıca tedavi altındaki DEHB'li hastaların %20-30'u da farmakolojik tedavilere belirgin yanıt vermemektedir. Eşlik eden komorbiditeler ve tedaviye uyumu arttırmak için psikoterapotik destek ihtiyacı oluşabilir. Bu terapotik yaklaşımda kişinin bireysel özelliklerinin göz önünde bulundurulması gerekmektedir (Mukaddes ,2015).

Farmakolojik yaklaşım DEHB'li bireylerde dürtüsellik, hiperaktivite, agresyon ve akademik performans üzerinde belirgin düzelme sağlayabilir; fakat akademik beceriler ve uyum bozucu davranışlar üzerinde aynı şekilde etki etmediği düşünülmektedir (Kelly P.,2003).

Psikososyal müdahaleler DEHB'li çocuğa anlamlı sosyal etkileşim geliştirmekte, akranları ve ailesiyle ilişkilerini geliştirmekte yardımcı olur. Çalışmalar davranışsal ve farmakolojik tedavilerin birlikte kullanıldığı DEHB'li çocuklarda, evde ve okulda daha iyi sonuçlar alındığını göstermektedir (Jensen ve ark., 2001).

Davranışçı yaklaşımlar aile tedavisi, davranış yönetim teknikleri, okul görüşmeleri, risk yönetimi, bilişsel davranışçı terapi, sosyal eğitim, bireysel

psikoterapi ve oyun terapisi yaklaşımlarını içermektedir (Jensen, 1999). DEHB'li çocukları olan ailelerde ilişkiler genel olarak olumsuz ve engelleyici olabileceği için aile tedavisine ihtiyaç duyulabilir (Barkley, 2002).

2.2 UYKU

Uykunun en temel yönü yaşamımızın en önemli parçası olması ve onsuz hayatta kalınamayacağıdır. Değişik derecelerde uyku bozukluklarında ciddi, olumsuz psikolojik ve hatta fizyolojik sonuçlar karşımıza çıkabilir (Gregory Stores, 2009). Uykunun tanımı davranışsal ve fizyolojik belirtiler üzerinden yapılmaktadır. Fizyolojik belirtiler elektroensefalografi (EEG), elektromyografi (EMG) ve elektrookulagrafi (EOG) üzerinden gözlenmektedir. Davranışsal olarak ise gözlerin kapanması, karakteristik uyku postürü, hareketliliğin azalması ve bazen de olmaması, uyaranlara cevabın azalması ve geri dönüşümlü olarak bilinçliliğin kaybolmasıdır. Uykuda anlamlı uyaranlar, anlamsız uyaranlara göre baskın hale geçerse uyanmaya neden olur; yani uyarana yanıt uykuda tamamen kaybolmamıştır (Markov & Goldman, 2006).

Uykunun değerlendirilmesinde uyku anketi, uyku günlüğü, aktigrafı, Çoğul Uyku Latansı resti (Multipl Sleep latency Test, MSLT), Polisomnografi (PSG) ve ışık melatonin başlatma testi (DIM) gibi öznel ve nesnel değerlendirmeler kullanılır (Mukaddes ,2015) (Spielman ve ark.,2000).

2.2.1 DEHB'DE UYKU SORUNLARININ KAYNAĞINA YÖNELİK HİPOTEZLER

1-SİRKADİYEN MODEL: Çocuğun uyku ihtiyacı hissetmesinden önce yatağa gönderilmesi durumunda yatma zamanı çocuk için sevimsiz bir hale gelebilir. Bu uyumsuzluk ebeveynin çocuğun davranışını sorunlu davranış olarak yorumlamasına yol açabilir ve bazen asıl sorun sirkadiyen ritm bozukluğuyken, ebeveynin uygun olmayan tepkileriyle sorun pekiştirilebilir.

Optimal uyku; içsel sirkadiyen ritm ile dışsal uyku-uyanıklık düzeninin uyumlu olduğu durumda oluşur. Klinik ve araştırma verileri gecikmiş endojen sirkadiyen ritmin uyuma ve uyanma periyotlarının zamanlamasını bozduğunu göstermektedir. Buna benzer bir durum farmakolojik tedavi uygulanmayan DEHB’li çocuklarda da saptanmıştır (Van der Heijden ve ark., 2005). Bu sonuç sirkadiyen fazda gecikmenin yatma zamanı reddine ve artmış gün içi yorgunluğa yol açabileceğini düşündürmektedir. Bu tür uyku sorunlarının tedavisinde uygulanan yöntemler, çocukların sirkadiyen saatlerini aydınlık-karanlık siklusu ile senkronize etmeyi hedefler. Özellikle melatonin ve gün ışığı hedef mekanizmalardır. DEHB’li çocuklarda uykuya dalma zorluğu için akşam melatonin kullanımının etkili bir tedavi olduğunu gösteren çalışmalar vardır (Weiss ve ark., 2006).

2-DAVRANIŞAL MODEL: DEHB’li çocuklarda davranış sorunlarının sıklığı göz önüne alındığında, bu birlikteliğin çocukların akşam düzen sağlamakta zorlanmalarına ve yatma saatine direnç göstermelerine yol açabileceği düşünülmüştür. DEHB’li çocukların, yatma zamanı rutinlerindeki aksaklıklar sonucu ebeveynler genellikle, yatma saatinde daha çok direnç ve mücadele ile karşılaştıklarını ifade etmektedirler (Corkum ve ark., 1999).

3.GENETİK MODEL: Seksenli yılların sonlarına doğru, katekolaminerjik aktivite DEHB belirtileri ile güçlü biçimde ilişkilendirilmiştir (Zametkin & Rapoport, 1987) ve noradrenarjik ve dopaminerjik aktif ilaçların yararlılığını açıklayan deneyimlere yol açmıştır (Arnsten & Li, 2005).

Nörobiyolojik açıdan uykunun DEHB üzerindeki etkisini anlamak, DEHB’nin patofizyolojik mekanizmalarını anlamamıza imkân sağlayabilir. Biyokimyasal olarak hem DEHB hem de uyku sorunları nörotransmitterlerle özellikle de dopaminerjik ve noradrenarjik sistemle ilişkilidir (J. A. Owens, 2005).

DEHB’li çocuklarda uyku ve uykusuzluğu düzenleyen nörotransmitterleri çalışan çok az çalışma bulunmaktadır (Viggiano ve ark., 2004).

Katekolaminerjik sistemler ayrıca uyuma ve uyanmanın düzenlenmesinde de etkilidir. Hem DEHB’de hem de uyuma/uyanma düzenlenmesinde etkili olması ve katekolaminerjik genlerin her iki sürece de dahil olması; DEHB’de uyku sorunlarının altında hastalığın patofizyolojisinin yattığı düşüncesini desteklemektedir. Dopamin inaktivasyon enzimini kodlayan ve DEHB ile ilişkili olan Katekol-O-Metiltransferazın (COMT) uyku regülasyonunda rol oynadığı bilinmektedir. COMT geni 22q11.2 bölgesinde lokalizedir (Lundström ve ark., 1995).

2.2.2 DEHB VE UYKU BOZUKLUĞU

Uyku bozukluklarının çocuklarda DEHB’ye %25-50’den (Corkum et al., 1998; J. A. Owens, 2005), %80’lere (Sung ve ark. , 2008) kadar uzanan geniş bir aralıkta eşlik ettiği çeşitli çalışmalarda belirtilmektedir.

DEHB’li çocuklarda görülen uyku problemleri kullanılan farmakolojik tedavinin bir yan etkisi olabileceği gibi komorbid uyku bozuklukları da DEHB semptomlarını kötüleştirebilir veya santral sinir sistemi disfonksiyonuna bağlı olarak uykuda problemler görülebilir; ayrıca primer uyku bozukluklarının kliniği de DEHB semptomlarını taklit edebilir (J. A. Owens, 2005; Schneider, Lam, & Mahone, 2016).

Yapılan bazı çalışmalarda ilaç kullanan ve kullanmayan çocuklarda uyku bakımından anlamlı fark bulunmazken (Tirosh ve ark. , 1993), özellikle uykuya dalma zamanı ve toplam uyku zamanı açısından anlamlı farklar gösteren çalışmalar vardır (Schwartz ve ark., 2004).

Kalitesiz uyku aynı zamanda bilişsel testlerde performansı da etkilemektedir (Gruber ve ark., 2011; Lam ve ark., 2011). Yapılan bir çalışmada, DEHB olmayan sağlıklı kontrollerde eşlik eden uyku problemleri varlığında

Conner's öğretmen ölçeklerinde dikkatsizlik alt ölçeği, kalitesiz uyku ile ilişkili bulunmuştur (Gruber ve ark., 2012).

Uyku ve uyanıklıkta önemli olan dorsolateral-ventrolateral prefrontal ve dorsal anterior singulat korteks gibi beyin bölgelerinin, DEHB patofizyolojisinde de etkilenen bölgeler olması bu sonuçla ilişkili olduğunu düşündürmektedir (J. Owens ve ark., 2013; Schneider ve ark., 2016).

Yatma zamanı direnci, uykuya geç dalma, gece uyanmaları, çocukların gece uykuda hareketli ve huzursuz oldukları kısa uyku süresi, uyanmada zorluk ve gün içinde uykulu hissetmenin DEHB'li çocuklarda kontrollere oranla daha sıklıkla gözlendiği belirtilmektedir (Mukaddes ,2015) (Cortese ve ark., 2008; Hvolby, 2015).

Ebeveyn bildirimlerine göre DEHB'li çocuklarda en belirgin uyku sorunları yatağa gitme direnci ve toplam uyku süresinde kısalmadır (Lecendreux ve ark., 2000).

Yapılan çalışmalarda DEHB'nin alt tiplerinde uyku problemleri açısından tutarsızlık bulunmaktadır. Bir çalışmada dikkat eksikliği baskın ve bileşik alt tipler arasında fark bulmazken (LeBourgeois ve ark., 2004), bazı çalışmalarda bileşik tip uyku problemleri ile ilişkili bulunurken dikkat eksikliği alt tipinde ilişki saptanmamıştır (Corkum ve ark., 1999; Mayes ve ark., 2008). Bir polisomnografi (PSG) çalışmasında bileşik tipte dikkat eksikliği baskın tipe göre daha sık bölünmüş uyku ve uyku etkinliğinde daha fazla azalma olduğu gösterilmiştir (Platon ve ark, 1990).

DEHB'de anksiyete ve majör depresif bozukluk gibi komorbidite varlığında uyku problemleri daha sık görülmektedir (G Stores & Wiggs, 2001). DEHB'ye karşıt olma karşıt gelme bozukluğunun eşlik etmesi durumunda sabah kalkmada zorluk ve yatmaya karşı direnç daha sıktır (Cortese ve ark., 2006).

2.2.3 DEHB İLE İLİŞKİLİ EN SIK GÖRÜLEN UYKU BOZUKLUKLARI:

1.Huzursuz Bacak Sendromu (HBS): Birçok çalışmada, DEHB’li çocuklarda sağlıklı kontrollere göre uyku esnasında artmış hareketlilik ve rahatsız uyku ebeveyn değerlendirmelerinde bildirilmektedir (Chervin ve ark., 2002; Konofal ve ark., 2001; Stiasny ve ark., 2002; van der Heijden ve ark., 2005).

DEHB ve Huzursuz Bacak Sendromunun arasındaki ilişkinin, ortak dopaminerjik sistem bozukluğundan kaynaklı olduğu düşünülmektedir (Allen ve ark., 2003; Walters ve ark., 1995).

2.Uykuda Solunum Bozuklukları (Sleep Disordered Breathing, SDB): Uyku apnesi ve obstruktif uyku apnesi gibi uykuda solunum bozuklukları olan çocuklarda dikkat problemleri ve davranışsal problemler sıklıkla görülebilmektedir (Allen ve ark., 2003a; Gottlieb ve ark., 2003; O’Brien ve ark., 2003; Schechter, 2002).

3.Uyku Başlangıcında Gecikme: Yapılan çalışmalarda; DEHB’li çocuklarda, melatoninin normal kontrollere göre 45 dakika geç salgılandığını ve bu sebeple uykuya dalmakta sorun yaşadıklarını bildirmektedir. Melatonin yapımı normalde akşam üstü başlar ve genelde çevreyle insanın sirkadiyen ritminin uyumunu gösterir. Sabah göze gelen ışık, melatoninin kırar, melatoninin üretimi geç saatte olursa gecikmiş uyku fazı söz konusudur. DEHB’li bireylerin bir kısmının uykuya dalmakta problemleri vardır, bazı araştırmacılar bu grubun bipolar bozukluk açısından risk altında olduğunu söylemektedirler (Gillberg, 2014).

2.3 KRONOTİPİ

Yaşayan organizmalarda biyolojik aktiviteler belli bir ritme uygun şekilde meydana gelmektedir. Bir bilim dalı olarak kronobiyoloji, biyolojik olaylardaki ritmik öğeleri kişilerin bireysel özellikleri çerçevesinde inceleyen bilim dalıdır. Kronotip de, insanın fizyolojik ve genetik özelliklerine göre, fiziksel ve bilişsel olarak günün daha aktif olduğu dönemini ifade eder (Manfredini ve ark., 1998).

Kronobiyoloji alanındaki gelişmeler 1900'lü yıllara dayanmaktadır. Aschoff ritim belirleyiciler üzerinde çalışarak "zeitgeber" (Almanca; zeit=zaman geber=verici) terimini geliştirmiştir; Halberg kronobiyoloji laboratuvarı kurarak çalışmaları sonucunda günlük ritim anlamına gelen "circadian" terimini kullanmıştır. Kronobiyolojinin tıbbi durumlarla ilişkisine ilk dikkat çeken ise Gunther Hildebrandt olmuştur (Lemmer, 2009).

Herhangi bir ritmi tanımlayabilmek için periyot, sıklık, evre gibi kavramların bilinmesi gerekir. Biyolojik ritimler, döngülerindeki süreye bağlı olarak alt sınıflara ayrılmışlardır. Bunlar sirkadiyen, ultradiyen, infradiyen ve sirkannual ritimlerdir. Sirkadiyen ritimler, hemen hemen bir gün (Lat: circa=yaklaşık, dies=gün) boyunca süren biyolojik ritimlerdir. İnsanın en iyi gözlenen sirkadiyen ritmi uyku ve uyanıklık döngüsüdür (Çalıyurt, 2001). Pineal bez'den melatonin salgılanması, vücut sıcaklığının ayarlanması ve plazma kortizol seviyelerindeki değişimler 24 saatlik döngülerde tekrarlayan olaylara örnektirler (Macher, 2007).

İnsanda temelde 24 saatlik günlük sirkadiyen ritimden sorumlu merkez sirkadiyen yer (biyolojik saat) suprakiazmatik nükleustur ve anterior hipotalamusta yer alır. Sirkadiyen sistemde yer alan diğer yapılar retina, retinohipotalamik yol, pineal bez ve suprakiazmatik nükleustur (Cermakian & Boivin, 2003; Schulz & Steimer, 2009). Sirkadiyen ritimler endojen olarak oluşturulan ve endojen salınım gösteren ritimler olmasına rağmen ışık ve karanlık gibi çevresel uyaranlar tarafından senkronize edilir (Mistlberger & Rusak, 2005). Örneğin, çevresel uyarıların değişmesiyle veya olmamasıyla da yine sirkadiyen ritim oluşmakta ama çevre şartlarının optimum olduğu dönemlerde ışık uyarıları ile her gün yaklaşık 24 saat olarak ayarlanan sirkadiyen ritim sapma göstermektedir (Roenneberg ve ark., 2007).

Biyolojik saat türlere göre farklılık göstermektedir; ve kişiler arası sirkadiyen saatteki değişikliklerden bireysel farklılıklar sorumludur (Jones ve ark., 1999). Uyanma, vücut sıcaklığı ve melatonin düzeyi gibi

değişkenler; iç ve dış saat arasındaki faz farkından dolayı herkeste farklıdır. Böylece farklı kronotipler oluşmaktadır (Roenneberg ve ark., 2007).

Kronotipolojik olarak kişiler, vücut ısısının sirkadiyen özelliklerine göre; sabahçı, sabahçıya yakın, ara tip, akşamcıya yakın ve akşamcı tip olarak beş tipte incelenir (Öztürk ve ark.,2014). Kronobiyoloji çalışmalarında sabahçı tipler “tavuklar(lark)”, akşamcı tipler ise “baykuşlar(owl)” olarak adlandırılır.

Sabahçı tipteki kişiler akşamları erken yatıp, sabahları erken kalkan ve günün ilk dönemi olan sabah saatlerinde kafein gibi herhangi bir uyarıcı almadan kendilerini daha aktif hisseden ve gerek fiziksel gerek bilişsel performansları sabahları daha yüksek olan kişilerdir. Bu tipteki kişilerin uyarılmışlıkları akşam saatlerine doğru azalmaktadır.

Akşamcı tipteki kişiler akşamları geç saatlerde yatıp sabah zorlukla uyanan; öğleden sonra ve akşamları daha iyi performans sergileyen ve uyarılmışlık düzeyleri maksimum olan kişilerdir (Cavallera & Giudici, 2008; Hidalgo ve ark., 2002; McEnany & Lee, 2000; Porto, Duarte, & Menna-Barreto, 2006). Ara (intermediate) tipler ise hem sabahçıların hem de akşamcıların özelliklerini gösterir (Adan & Natale, 2002). Cinsiyetler arası farklılıkları inceleyen çalışmaların sonuçları tutarsızdır (Kerkhof, 1985). Bazı çalışmalar kadın olmanın sabahçılıkla ilişkili olduğunu gösterirken, çalışmaların bir kısmı anlamlı bir fark olmadığını belirtmektedir (Chelminski ve ark., 1997; Neubauer, 1992).

2.3.1 DEHB VE KRONOTİPİ

Kişilerin gelişimsel süreçlerinde kronotip üzerinde de değişiklik görülmektedir; yaşamın erken dönemlerinde yani çocukluk döneminde daha çok sabahçılık görülürken, çocukluktan adölesanlığa doğru akşamcılığa dönüş; ve sonrasında yetişkinlik döneminde de sabahçılığa geri dönüş olmakta ve kişiler erken kronotipi özellikleri göstermektedir (Adan ve ark., 2012). Adölesanlıkta sabahçılıktan akşamcılığa doğru olan kaymada pubertal gelişimin etkili olabileceği belirtilmektedir (Carskadon ve ark.,

1993). Bu durum da hormonal değişikliklerin kronotipi üzerinde etkili olabileceğini düşündürmektedir (S.-F. Gau & Soong, 2003).

Bu kronotipik değişiklikler biyolojik faktörler (Hagenauer ve ark., 2009), ebeveynlerin etkisi (Randler ve ark. , 2009), okul-sosyal hayat ve çalışma hayatına ait programlar (Adan ve ark., 2012; Urner ve ark., 2009; Zimmermann, 2011), ve başka birçok ekzojen ve endojen faktörlerle olmaktadır. Sirkadiyen ritimdeki bireysel farklılıklar uyku-uyanıklık patterninden fazlasını etkiler (Zimmermann, 2016). Kişilerin günlük rutinlerini etkilediği belirtilmektedir; yapılan çalışmalarda kronotipolojik olarak akşamcı tipteki öğrencilerin daha az uyanık olduğu (Roenneberg ve ark., 2003), daha düşük düzeyde olumlu afektte olduğu (Díaz-Morales ve ark., 2015; Randler & Truc, 2013) ve sabahları sosyal etkileşimi daha az arzuladıkları görülmektedir (Cofer ve ark., 1999).

Kronotipolojik olarak akşamcı tipteki kişiler depresyon (Natale ve ark., 2005), afektif bozukluklar (Natale ve ark., 2005), madde kullanım bozukluğu (Giannotti ve ark., 2002), yeme bozukluğu (Schmidt & Randler, 2010), problemlili internet kullanımı (Randler ve ark., 2014), sigara bağımlılığı (Adan, 1994) açısından risk altındadırlar. Akşamcı tipteki öğrencilerde uyuma ve uyanma zamanı ile ilgili çocuk-ebeveyn çatışmasının daha çok görülmektedir (Cofer ve ark., 1999; Zimmermann, 2011). Yatma zamanı rutinleri ile ilgili en belirgin farklılık, akşamcı tipteki kişilerin erken yaşlarında kontrollere göre uykuya dalmakta daha çok zorlandığıdır (Doi ve ark., 2015). Uyku-uyanma alışkanlıklarına bakıldığında, akşamcı tipte yatma direncinin, gün içi yorgunluğun, olumsuz duygulanımla uyanmanın ve uyuma-uyanma ile ilgili çatışmaların daha çok olduğu görülmektedir (Zimmermann, 2016). Sabahçı tiplerin ise akşamcı tiplere göre daha sağlıklı mental ve fiziksel yaşamları vardır, akademik işlevsellikleri daha yüksektir, çocuk-ebeveyn ilişkileri daha olumludur (Randler, 2011; Wittmann ve ark., 2006).

2.4 RİSKLİ DAVRANIŞ

Dünya Sağlık Örgütü “10-19 yaş grubunu” ergenlik dönemi olarak tanımlamaktadır (Organization, 2014). Ergenlik başta fiziksel ve biyolojik değişimler olmak üzere, çeşitli bilişsel ve psiko-sosyal gelişimlerin kısa süre içerisinde yoğun bir şekilde yaşadığı, yetişkinlik yaşantılarını etkileyecek olan kimlik yapısının, duygu, düşünce ve davranış sisteminin, akademik ve mesleki hedeflerin oluşturulduğu gelişimsel bağlamda önemli bir süreçtir (Santrock, 2012). Ergenlerde özellikle 16-18 yaş arasında riskli davranışların daha sık görüldüğü ve risk algısının yetişkinlere göre daha fazla olduğu bildirilmektedir (Haase & Silbereisen, 2011). Ergenlik; antisosyal davranışlar, alkol kullanımı, sigara kullanımı, intihar eğilimi ve okul terki gibi çeşitli riskli davranışların yaşanma olasılığı yüksek olan bir dönemdir. Sigara alışkanlığı, alkol veya madde kullanma, şiddet davranışları ve riskli araç kullanımı ülkemizdeki ergenler için önemli risk oluşturmaktadır (Aras ve ark., 2007). Riskli davranışlar, ergenin gelişim görevlerini başarmasına, kendisinden beklenen sosyal rolleri yerine getirmesine, yeterlilik ve başarı duygusunu hissetmesine ve genç yetişkinlik dönemine başarıyla geçmesine engel olan davranışlar olarak tanımlanmaktadır (Jessor, 1991). Başka bir tanımda ise ergenlerin iyilik halini tehdit eden ve sorumlu birer yetişkin olma hallerini engelleyen davranışlar olarak tanımlanmıştır (Lindberg ve ark., 2000). Madde kullanımı, antisosyal davranışlar, sağlıksız beslenme alışkanlıkları, evden kaçma, okul terki, depresyon ve intihar eğilimi, yalan söyleme, hırsızlık, ergen hamileliği, güvensiz cinsel ilişki yaşama ve hayvanlara zarar verme gibi davranışların riskli davranışlar olarak belirtilmektedir. Ergenin sergilediği davranışın riskli davranış olup olmadığının belirlenmesinde davranışın sergilenme sıklığının tespit edilmesi gerekmektedir. Örnek olarak, ergenin alkol veya sigara kullanımını riskli davranışlar başlığı altında değerlendirebilmek için bu davranışların ara sıra yapılan davranışlar mı yoksa sürekli tekrarlayan davranışlar mı olduğunun belirlenmesi gereklidir. Riskli davranışlar yasal suç olup olmama durumlarına göre ve içselleştirilmiş veya dışsallaştırılmış problemler olup olmadıklarına göre

gruplandırılmaktadır. Hırsızlık yapma, uyuşturucu kullanma ve zorbalık yapma yasal suç kapsamına girerken, sigara ve alkol kullanma, okul terki ve akrana sataşma yasal suç kapsamına girmemektedir. Depresyon, intihar eğilimi, kaygı ve psikosomatik bozukluklar içselleştirilmiş riskli davranışlar; antisosyal tutumlar, öfke, şiddet ve saldırganlık gibi davranışlar ise dışsallaştırılmış riskli davranışlar olarak sınıflandırılmaktadır. Son yıllarda ailelerin ve toplumun ergenlere yönelik kaygıları artmaktadır. Ancak ülkemizde halen ergenlerin riskli davranışlarına yönelik yapılandırılmış bir izlem programı bulunmamaktadır (Eneçcan ve ark., 2011).

3 GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın Örneklemi

DEHB grubu

Çalışma, İstanbul Anadolu yakasında, çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları alanında hizmet veren ana merkezlerden biri olan Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği'nde Temmuz 2017 ile Mayıs 2018 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Çalışma için yapılan etik kurul başvurusu, Haziran 2017 tarihinde Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma Etik Kurulu tarafından onaylanmıştır. DEHB grubunu, Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği'nde DSM-IV' e göre ilk kez DEHB tanısı alan ve DEHB tanısı olup en az son üç aydır ilaç tedavisi almayan 14-17 yaş arası 41 liseye giden ergen oluşturmuştur. Çalışmaya davet edilen aileler ve çocuklar çalışma hakkında bilgilendirilmiş, yazılı onamları alınmıştır.

DEHB grubu için çalışmaya katılma ölçütleri:

1. 14-17 yaşlar arası olmak
2. Çalışmaya katılmaya onay vermek

3. Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi- Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu- Türkçe Uyarlaması -ÇDŞG-ŞY- sonucu DEHB tanısı olmak

DEHB grubu için çalışmaya dahil edilmeme ve çalışmadan çıkarılma ölçütleri:

- 1.Güncel durumda duygudurum bozukluğu tanısı alan hastalar
- 2.Geçmişte ve güncel durumda davranım bozukluğu, yaygın gelişimsel bozukluk, psikotik bozukluk, madde kullanım bozukluğu, mental retardasyon (Wechsler Çocuklar İçin Zekâ Ölçeğinde (WISC-R); zekâ bölümü 80'nin altında olanlar) tanısı alan hastalar
- 3.Belirgin öğrenme güçlüğü belirtileri sergileyen hastalar
- 4.Tıbbi öyküde epilepsi, başka nörolojik hastalık veya travmatik beyin hasarı hikayesi olanlar
- 5.Kronik ve ciddi tıbbi hastalığı olanlar

Kontrol Grubu

Kontrol grubunu oluşturmak amacıyla Pendik Anadolu Lisesi'nde 14-17 yaş arası ergenlerin bulunduğu sınıflardaki çocuklar ve aileleri çalışmaya davet edilmiştir. Çalışmaya davet edilen çocuklar ve aileleri, araştırmacı tarafından çalışma hakkında bilgilendirilerek, yazılı onamları alınmıştır. Çalışma yapılacak okulların belirlenmesinde Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği' ne başvuran DEHB grubuna benzer sosyodemografik profil göstereceği öngörülen okullar olmasına dikkat edilmiştir.

Çalışmanın okul idarelerinin denetim, gözetim ve sorumluluğunda, eğitim-öğretimi aksatmaması koşuluyla, T.C İstanbul Valiliği İl Milli Eğitim Müdürlüğü'nden araştırma izni alınmıştır. Çalışmaya katılmaya onay veren,

katılma ölçütlerine uyan 14-17 yaş arası 41 öğrenci kontrol grubunu oluşturmuştur. Kontrol grubunun çalışmaya katılma ölçütleri:

1. 14-17 yaşlar arasında olmak
2. Çalışmaya katılmaya onay vermek
3. DEHB grubu ile cinsiyet ve yaş açısından eşleştirilmiş olmak

Kontrol grubu için çalışmadan çıkarılma ve dahil edilmeme ölçütleri:

1. Güncel durumda herhangi bir psikiyatrik bozukluğun tanı kriterlerini karşılıyor olmak
2. Geçmişte davranım bozukluğu, yaygın gelişimsel bozukluk, psikotik bozukluk, madde kullanım bozukluğu tanısı almış olmak
3. Mental retardasyon (Wechsler Çocuklar İçin Zekâ Ölçeğinde (WISC-R); zeka bölümü 80'nin altında olanlar) tanısı alan hastalar
4. Belirgin öğrenme güçlüğü belirtileri sergileyen hastalar
5. Tıbbi öyküde epilepsi, başka nörolojik hastalık veya travmatik beyin hasarı hikayesi bulunanlar
6. Kronik ve ciddi tıbbi hastalığı olanlar

Araştırmanın Deseni

Araştırma kesitsel bir çalışma olarak planlandı.

Yöntem

Genel psikiyatrik değerlendirme ve olası psikiyatrik tanıların saptanması amacıyla araştırmacı tarafından ergenler ve ebeveynlerine Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi- Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu- Türkçe Uyarlaması (ÇDŞG-ŞY-T) yapılmıştır. Yapılan görüşmelerde ÇDŞG-ŞY-T ile taranamayan

bozuklukların tanıları araştırmacının DSM-IV tanı ölçütlerine dayalı klinik görüşü ile değerlendirilmiştir. Çalışmaya katılan ergenlerin zekâ seviyesini tespit etmek amacıyla Wechsler Çocuklar için Zekâ Ölçeği- Gözden Geçirilmiş Formunun (Wechsler intelligence scale for children-revised, WISC-R) dört alt testi uygulanmıştır. Ebeveynlere; Sosyodemografik Veri Formu, Conner's Anababa Derecelendirme Ölçeği, SNAP-IV DEHB belirti değerlendirme anketi, Çocuklarda Uyku Ölçeği, Çocukluk Dönemi Kronotip Anketi (ÇDKA/CCQ) ölçekleri doldurulmak üzere verilmiştir. Çalışmaya katılan ergenlerin sınıf öğretmenlerinden; Conners Öğretmen Derecelendirme Ölçeği (CÖDÖ) ve SNAP-IV DEHB belirti değerlendirme anketini yanıtlamaları istenmiştir. Çalışmaya katılan ergenlere ise Riskli Davranışlar Ölçeği doldurulmak üzere verildi.

Veri Toplama ve Ölçüm Araçları

Sosyodemografik Veri Formu

Çalışmaya katılan çocukların sosyodemografik özellikleri araştırmacılar tarafından oluşturulan yarı-yapılandırılmış sosyodemografik bilgi formu kullanılarak değerlendirilmiştir.

Sosyodemografik formda çocuğa ait cinsiyet, yaş, kaçınıcı sınıfta okuduğu, boy, kilo; anne ve babanın yaşı, eğitim düzeyleri, meslekleri, aylık gelirleri, daha önceden psikiyatrik tanı ve tedavi alma durumları, tıbbi rahatsızlık öyküleri, birliktelik durumları, akrabalık dereceleri; evde anne,baba ve çocuk dışında yaşayanların varlığı, televizyon ve bilgisayar maruziyeti, kardeş sayısı, kaçınıcı çocuk olduğu, gebelik sırasında sigara, alkol, ilaç kullanımı, doğum şekli, doğum haftası, doğum ağırlığı, doğum sonrası komplikasyon varlığı, anne sütü alım süresi, gelişim basamakları, kronik hastalık, kafa travması, bilinç kaybı, hastane yatış öyküsü, okuma-yazmaya geçiş zamanı, okul öncesi eğitim ve süresi sorgulanmıştır.

DEHB grubuna DEHB'nin hangi belirtilerle başladığı, belirtilerin kaç yaşında başladığı, daha önceden tanı ve tedavi alma öyküsü sorulmuştur.

Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu –Türkçe Uyarlaması (ÇDŞG-ŞY-T)

Çalışmaya katılan tüm çocuk ve ebeveynlerine ÇDŞG-ŞY-T yapılarak DSM-IV Eksen 1 tanıları belirlenmiştir. Kauffman ve arkadaşları tarafından 6-18 yaş arasındaki çocuk ve ergenlerde psikopatoloji taramak amacıyla DSM-III-R ve DSMIV tanı ölçütlerine göre geliştirilmiştir. ÇDŞG-ŞY, yarı-yapılandırılmış bir görüşme formudur. Türkiye’de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Gökler ve arkadaşları tarafından yapılan yarı-yapılandırılmış bir görüşme olan ÇDŞG-ŞY-T birçok psikiyatrik bozukluğu taramaktadır (Gökler ve ark., 2004; Kaufman ve ark., 1997).

Wechsler Çocuklar için Zekâ Ölçeği- Gözden Geçirilmiş Formu (Wechsler Intelligence Scale for Children-Revised, WISC-R)

5–15 yaş grubunda, konuşma ve dil becerileri yeterli düzeyde olan çocukların genel zihinsel kapasitelerinin değerlendirilmesi amacıyla David Wechsler tarafından Wechsler Çocuklar için Zekâ Ölçeği (Wechsler Intelligence Scale for Children, WISC) geliştirilmiştir (Wechsler, 1949). 1974 yılında ölçek (WISC) yeniden gözden geçirilmiş ve WISC-R olarak adlandırılmıştır. WISC-R’da ölçeğin uygulandığı yaş aralığı 6-16 olarak genişletilmiştir. WISC-R’ın ülkemizdeki geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmış ve ölçek Türk kültürüne uyarlanmıştır (Savasir & Zeka, 1995).

Çalışmamızda DEHB ve kontrol gruplarına uygulanan WISC-R’nin genel bilgi, resim tamamlama, resim düzenleme ve sözcük dağarcığı alt testlerinden alınan puanlardan hesaplanan standart puanları değerlendirmeye alınmıştır.

Çocukluk Dönemi Kronotip Anketi (ÇDKA, Children’s chronotype questionnaire)

Bu anket Münih kronotip anketi (MKTA) (Zavada ve ark., 2005) ve Çocuklar için Sabahçılık-Akşamcılık Ölçeğinden (Werner ve ark., 2009) yararlanılarak oluşturulmuştur. Ebeveynler tarafından doldurulur. İlk 16 madde serbest ve planlanmış günlerdeki uyku/uyanıklık parametrelerini (yatağa gitme zamanı, ışıkları kapatma zamanı, uyku latansı, uyanma-yataktan kalkma zamanı, tamamıyla uyanık olduğu zaman, gün içi kestirmeler) sorgular. 17-26. maddeler sabahçılık/akşamcılık puanlarını belirlemeye yöneliktir. 17,18,24 ve 25. maddeler ters madde olarak kodlanır. Ardından bu 10 sorunun puanları toplanır. Toplam puan 23 ve altında ise sabahçı, 24-32 arasındaysa ara form, 33 ve daha büyük ise akşamcı olarak değerlendirilir. Ayrıca çocuğun ortalama kaç saat uyuduğu hesaplanır. Önce çocuğun tam olarak kaçta uyuduğu, sonra tam olarak kaçta uyandığı belirlenir. Ardından uyku süresi hesaplanır. Bu süreye eğer gün içinde kestirme yaptıysa o da eklenir ve kaç saat uyumuş olduğu bulunur. Hem programlı günler hem de boş günler için aynı işlem yapılır. Ardından son sayıyı hesaplamak için programlı günlerdeki uyku süresi 5 ile çarpılır, boş günlerdeki uyku süresi 2 ile çarpılır. Daha sonra bulunan iki sonucun toplamı 7'ye bölünür. Türkçe geçerlilik güvenirlik çalışmaları Dursun ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (Dursun ve ark., 2015).

Conner's Anababa Derecelendirme Ölçeği (CADÖ, Conner's Parent Rating Scale)

Toplam 48 maddeden oluşan bir ölçektir. Dikkat Eksikliği, hiperaktivite, davranım bozukluğu, kaygı ve somatik bozukluk alt parametreleri bulunmaktadır. CADÖ'nün Türkçe uyarlaması, geçerlilik ve güvenirlik çalışması Dereboy ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (Dereboy ve ark., 2007). Sorular bu ölçekte ana-babalar tarafından dörtlü Likert ölçeği üzerinde cevaplanmaktadır. "Hiçbir zaman", "nadiren", "sıklıkla" ve "her zaman" seçenekleri sırasıyla; "0", "1", "2", ve "3" olarak puanlanmaktadır.

SNAP-IV DEHB için Belirti Değerlendirme Anketi

DEHB tanısı ve alt tiplerin belirlenmesi için DSM-IV’te yer alan ve dikkati değerlendiren 9, hiperaktivite ve dürtüsellliği değerlendiren 9 maddeden oluşan bir tarama listesidir. Her bir maddede tanımlanan belirtinin varlığı dörtlü Likert ölçeği üzerinde değerlendirilmekte, buna göre “hiç yok”, “çok az”, “oldukça fazla” ve “çok fazla” seçenekleri sırası ile “0”, “1”, “2”, ve “3” olarak puanlanmaktadır. Bu çalışmada DEHB belirti listesi ebeveynlere ve öğretmenlere DEHB alt tipi ve şiddetini belirlemek amacıyla verilmiştir. Bussing ve ark. Tarafından 2008’de geçerlilik çalışması yapılan SNAP-IV DEHB Belirti Ölçeği’nin henüz Türkçe geçerlilik güvenirlik çalışması yayınlanmamıştır fakat Güler ve arkadaşlarının DEHB için riskli çocukları tespit etmek amacıyla yaptıkları bir çalışmada ortalama toplam skor 1.5 ve 2.0 standart sapma eşik değerleri ebeveyn formlarında sırasıyla 1.2 ve 1.4, öğretmen formunda sırasıyla 1.7 ve 2.1 olarak saptanmıştır (Güler ve ark., 2017).

Conner’s Öğretmen Derecelendirme Ölçeği (CÖDÖ)

Conner’s tarafından 1969 yılında geliştirilen ve daha sonra kısa formu 1973’te oluşturulan ölçek 28 maddeden oluşmaktadır. Dikkat eksikliği, hiperaktivite ve davranım sorunlarını anlamaya yönelik sorular içerir. Türkçe’ye uyarlama çalışmaları Dereboy ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (Ç Dereboy ve ark., 1997). Ölçek 4’lü likert tipindedir. “Hiçbir zaman”, “nadiren”, “sıklıkla”, ve “her zaman” seçenekleri sırası ile “0”, “1”, “2”, “3” olarak puanlanmaktadır. Çalışmada CÖDÖ, öğrencilerin sınıf öğretmenleri veya öğrenciyi en iyi tanıyan öğretmenleri tarafından doldurulmuştur.

Klinik Global İzlenim Ölçeği (Clinical Global Impression Scale, CGI)

Klinik global izlem ölçeği herhangi bir hastalığın şiddetinin ya da hastalık belirtilerindeki düzelmenin genel olarak değerlendirildiği bir ölçektir.

Klinisyenin, söz konusu hastalıkla ilgili genel tecrübesine dayanarak hastalığın şiddeti, düzelme durumu açısından derecelendirme yapılır. Hastalık şiddeti ile ilgili derecelendirme 1 ile 7 puan arasında yapılır (1: Hasta değil, 7: Çok ağır hasta). Hastalığın düzelme durumu ile ilgili derecelendirme de 1 ile 7 arasında yapılır (1: Çok düzeldi, 7: Çok kötüleşti).

Çocuklarda Uyku Ölçeği (ÇUÖ) (Pediatric Sleep Questionnaire)

Çocuklarda Uyku Ölçeği (Pediatric Sleep Questionnaire (PSQ)) Ronald Chervin ve arkadaşları tarafından özellikle uykuyla ilişkili solunum sorunlarını değerlendirmek üzere geliştirilmiştir (Chervin ve ark., 2000). Ölçeğin 22 soruluk kısa versiyonu ve 72 soruluk uzun versiyonu bulunmaktadır. ÇUÖ üç bölümden oluşmaktadır. A Bölümü'nde (Gece ve Uyku Zamanı Olan Davranışlar) 43, B Bölümü'nde (Gün İçerisindeki Davranışları ve Olası Sorunlar) 23 ve C Bölümü'nde (Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite) 6 soru yer almaktadır. Ölçekten alınan toplam puandan, davranış sorunları alt ölçek puanı çıkarılarak toplam uyku puanı hesaplanmaktadır. A ve B bölümlerindeki sorulara “Evet”, “Hayır” ya da “Bilmiyorum” şeklinde yanıtlanmaktadır. C Bölümü'ndeki sorular ise dörtlü Likert ölçeği yapısındadır. Bu bölüm puanlanırken 0 ve 1 işaretlemeleri sıfır, 2 ve 3 işaretlemeleri bir puan olarak tekrar kodlanmaktadır. Her üç bölümde ayrıca açık uçlu sorular bulunmaktadır ve bu açık uçlu sorularla uyku sorunlarının niteliksel yönleri de incelenmektedir. Ölçeğin puanlanmasında 22 madde kullanılmaktadır. Türkçe'ye uyarlama çalışmaları Öner ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (Öner ve ark., 2009).

Güçler Güçlükler Anketi (GGA) (Strenghts and Difficulties Questionarie-SDQ)

Robert Goodman tarafından geliştirilen bu anket, olumlu ve olumsuz davranış özelliklerini sorgulayan 25 soru içermektedir. Anketin, 4-16 yaşlar için ebeveyn formu ve öğretmen formu ile, 11-16 yaşlar için ergenin kendisinin doldurduğu ergen formu bulunmaktadır. Olumlu ve olumsuz davranışları sorgulayan bu sorular, 5 alt başlıkta toplanmıştır; (1) davranış sorunları, (2) dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik, (3) duygusal sorunlar, (4) akran sorunları, (5) sosyal davranışlar. Ayrıca ilk dört başlığın toplamı ‘toplam güçlük puanı’ni vermektedir (Goodman, 1997). 2008 yılında Türkçe geçerlilik-güvenirlilik çalışması Güvenir ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Bu çalışmada GGA ebeveyn formu kullanılmıştır.

Riskli Davranışlar Ölçeği (RDÖ)

Bu ölçek Gençtanırım ve Ergene (2014) tarafından Türkiye’de lise öğrencileri arasında riskli davranışları değerlendirmek için geliştirilmiştir (Gençtanırım & Ergene, 2014) (Kurt & Ergene, 2017). Ölçekte; anti-sosyal davranışlar (AD), alkol kullanımı (AK), sigara kullanımı (SK), intihar eğilimi (İE), beslenme alışkanlıkları (BA) ve okul terki(OT) olmak üzere altı boyut yer almaktadır. RDÖ’den elde edilen yüksek puanlar riskli davranışların yüksek seviyede olduğunu göstermektedir. RDÖ, 36 maddeden oluşan, beşli derecelendirmeli (5=kesinlikle uygun, 4=uygun, 3=kısmen uygun, 2=uygun değil, 1=kesinlikle uygun değil) kendini anlatma türünde bir ölçektir. Ölçekte yer alan maddelerden biri (21. madde) tersine puanlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 180 iken en düşük puan ise 36’dır. Bununla birlikte, ölçekten yüksek puan almak riskli davranışların yoğunluğuna işaret ederken düşük puan almak ise riskli davranışların düşük düzeyde olduğuna işaret etmektedir. Hem bireysel hem de grup halinde uygulanabilen ölçeğin ortalama cevaplandırılma süresi ise 15 dakikadır.

Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği (Children's Depression Inventory- CDI)

Çocuklar için Depresyon Ölçeği, 6-17 yaş çocuklarına uygulanabilen kendini değerlendirme ölçeğidir. 27 maddelik ölçekte her madde için üç değişik seçenek bulunmaktadır. Çocuktan son iki hafta için kendisine en uygun cümleyi seçmesi söylenir. Her madde belirtinin şiddetine göre 0, 1 ya da 2 puan alır. Maksimum puan 54'tür. Alınan puan ne kadar yüksekse, depresif belirti şiddeti o kadar ağır demektir. Ülkemizde geçerlik ve güvenirlik çalışması Öy B. tarafından 1991 yılında yapılmış ve depresyon için kesim noktası 19 puan olarak saptanmıştır.

Çocuklar İçin Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri-Sürekli Formu (Nasıl Hissediyorum Anketi, STAI-C)

Asıl adı "State-Trait Anxiety Inventory for Children" (STAI-C) olan ölçek, 20 maddelik iki ayrı bölümden oluşmaktadır: Durumluk kaygı ölçeği ve sürekli kaygı ölçeği (Spielberger, 1973). Bu çalışmada ölçeğin yalnızca sürekli kaygıyı değerlendiren bölümü kullanılmıştır. Ölçek uygulanırken, çeşitli kaygı belirtilerini içeren her madde için çocuklardan, bu durumun yaşanma sıklığına göre "hemen hemen hiç", "bazen", "sık sık" olmakla cevaplardan birini işaretlenmesi istenir. Puanlama, sırasıyla "1", "2" ve "3" olarak yapılır. Ölçekten alınan yüksek puanlar sürekli kaygının yüksek olduğuna işaret etmektedir. Ölçeğin Türkiye için geçerlik ve güvenirlik çalışmaları Özusta (1995) tarafından yapılmıştır.

Verilerin İstatistiksel Analizi

Veriler, Sosyal Bilimler İçin İstatistik Paket Programı (Statistical Program for Social Sciences- SPSS for Windows, 22.0) kullanılarak analiz edilmiştir. Sürekli verilerin normal dağılım testi yapılmıştır. Ölçümle elde edilen değişkenler (yaş, ölçek puanları), ortalama ve standart sapma değerlerine göre karşılaştırılmıştır. Sayımla elde edilen değişkenler (tanı, ek tanı, meslek, eğitim düzeyi) görülme sıklığına (yüzde) göre karşılaştırılmıştır. Sürekli verilerin karşılaştırılmasında Mann Whitney U ve Independent samples t testi, sayısal verilerin karşılaştırılmasında Ki-kare testi kullanılmıştır. DEHB grubunda ölçeklerin birbirleriyle ilişkilerini değerlendirmede Pearson Korelasyon testi ve DEHB grubunda ölçekler arasındaki ilişkileri göstermek için lineer regresyon analizleri kullanılmıştır. Tüm analizler için anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

4 BULGULAR

Çalışmaya alınan DEHB olguları Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim Araştırma Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği'ne ayaktan başvuran ve DSM-IV tanı ölçütlerine göre ilk kez DEHB tanısı almış veya daha önceden DSM-IV tanı ölçütlerine göre DEHB tanısı alıp en az son üç aydır DEHB' ye yönelik tedavi almayan ergenlerden oluşmaktadır. Kontrol grubu ise Millî Eğitim Bakanlığı'nın çalışma için onay verdiği liselerden, DEHB grubu ile benzer yaş ve cinsiyette dağılım gösteren; daha önce herhangi bir psikiyatrik tanı ve yakınması olmayan ergenlerden oluşmaktadır.

4.1 Olgular ve Ebeveynlerin Genel Özellikleri

4.1.1 Olguların demografik özellikleri

Gruplar yaş ortalamaları ve cinsiyet dağılımları açısından karşılaştırıldığında aralarında anlamlı bir fark tespit edilmedi ($p > 0,05$) (Tablo 1).

Tablo 1. DEHB ve kontrol grubunda cinsiyet dağılımı ve yaş ortalaması

	KONTROL N (%)	HASTA N (%)	p
cinsiyet			0,794 a
kız	9(22)	10(24,4)	
erkek	32(78)	31(75,6)	
Yaş ortalaması	N(ort±ss)	N(ort±ss)	0,203 b
	41(15,23±0,58)	41(15,02±0,88)	

Ki kare testi a Independent sample test b

4.1.2 Olguların prenatal ve perinatal özellikleri ve gelişim basamakları

DEHB ve kontrol grubu arasında annenin gebelikte sigara-alkol-madde kullanımı ve perinatal komplikasyonlar açısından anlamlı bir fark tespit edilmedi ($p>0,05$) (Tablo 2).

Tablo 2. Olguların prenatal ve perinatal özellikleri

		KONTROL		DEHB		p
		N	%	N	%	
Gebelik süresince sigara/alkol kullanımı	yok	40	97,6	39	95,1	0,500*
	var	1	2,4	2	4,9	
Perinatal problem	yok	39	95,1	38	92,7	0,500*
	var	2	4,9	3	7,3	

Ki kare testi *Fisher's Exact test

4.1.3 Olguların gelişim basamakları ve akademik özellikleri

DEHB ve kontrol grubundaki olguların ilk kelimelerini söyledikleri, yürüdükleri, cümle kurmaya başladıkları ve tuvalet eğitimi aldıkları ayların ortalamasına bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 3).

Tablo.3 Olguların gelişim basamakları

	Grup						p
	KONTROL			DEHB			
	N	Ort.	Std.	N	Ort	Std	
Kelime	41	11,27	2,33	41	11,24	3,91	0,557
Cümle	41	18,85	4,97	41	20,37	6,92	0,359
Yürüme	41	12,10	1,58	41	11,95	2,02	0,857
Tuvalet eğitimi	41	24,54	4,56	41	26,10	6,18	0,291

Mann Whitney U testi $p>0,05$

Okuma-yazma öğrendiği dönem ve sınıf tekrarı açısından iki grup karşılaştırıldığında; DEHB olgularıyla normal kontrol grubu arasında anlamlı fark görülmedi ($p>0,05$) (Tablo 4).

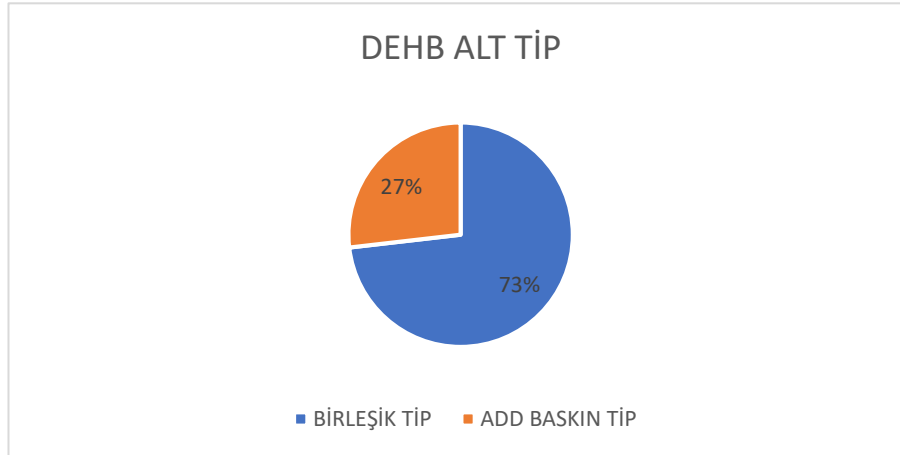
Tablo 4. Olgularda okuma yazma zamanı ve sınıf tekrarı varlığı

		GRUP				p
		KONTROL		DEHB		
		N	%	N	%	
Okuma- yazma öğrenme	1.sınıf 1.dönem	40	97,6%	35	85,4%	0,109*
	1.sınıf 2. dönem	1	2,4%	6	14,6%	
Sınıf tekrarı	yok	39	95,1%	36	87,8%	0,432*
	var	2	4,9%	5	12,2%	

Ki-kare test *Fisher's Exact Test

4.1.4 DEHB grubunun DEHB alt tiplerine göre dağılımı

DEHB grubunda; 30 kişi DEHB-Bileşik tip (%73), 11 kişi DEHB-Dikkat eksikliği baskın tip idi (%27) (Şekil 1).



Şekil 1. DEHB grubunun DEHB alt tiplerine göre dağılımı

4.1.5 Olguların güncel eş tanı mevcudiyeti

DEHB ve kontrol grubuna ÇDŞG-ŞY uygulandı ve kontrol grubu olguları ÇDŞG-ŞY ile yapılan klinik görüşme sonrası herhangi bir psikiyatrik tanı kriterini karşılamayan çocuklardan oluşturuldu. DEHB olgularının toplamda %68,3'üne eş tanının eşlik ettiği saptandı (Tablo 5). DEHB olgularının şimdiki eş tanı oranları KOKGB %51,2, OKB %7,3, sosyal fobi %9,8, yaygın anksiyete bozukluğu %9,8, enürezis %2,4, tik bozukluğu %4,9 olarak bulundu (Tablo 6).

Tablo 5. Olguların güncel eş tanı mevcudiyeti

		Grup			
		Kontrol		DEHB	
		N	%	N	%
Eş tanı	yok	41	100,0%	13	31,7%
	var	0	0,0%	28	68,3%

Tablo 6. DEHB grubunun eş tanı oranları

DEHB (N:48)		
	N	%
KOKGB	21	51,2
OKB	3	7,3
SOSYAL FOBİ	4	9,8
YAB	4	9,8
TİK BOZUKLUĞU	2	4,9
ENÜRESİS	1	2,4

4.1.6 Olguların ebeveynlerinin sosyodemografik özellikleri

DEHB ve kontrol grubunun annelerinin yaş ortalamaları sırasıyla 41(40,37±5,07) ve 41(41,66±5,39). İki grup arasında, anne yaş ortalamaları açısından fark saptanmamıştır ($p > 0,05$). DEHB ve kontrol grubunun babalarının yaş ortalamaları sırasıyla 41(43,54±4,32) ve 41(45,44±5,64) idi. Baba yaş ortalamaları açısından da iki grup arasında fark saptanmadı ($p > 0,05$) (Tablo 7).

Tablo 7. Olguların ebeveynlerinin yaş ortalaması

	KONTROL N(Ort±SS)	DEHB N(Ort±SS)	p
Anne_yaş ortalaması	41(41,66±5,39)	41(40,37±5,07)	0,267
Baba_yaş ortalaması	41(45,44±5,64)	41(43,54±4,32)	0,09

Independent Samples t Test

DEHB grubundakilerin annelerinin %2,4'ü okur yazar değildi, %2,4'ü okur yazardı ama ilkokula gitmemişti, %36,6'sı ilkokul mezunu, %17,1'i ortaokul mezunu, %39'u lise ve %2,4'ü üniversite mezunu idi. Kontrol grubunda ise annelerin %7,3'ü okur yazar değilken, %46,3'ü ilkokul, %24,4'ü orta okul, %22'si lise mezunu idi. Gruplar arasında anne eğitim düzeyleri açısından fark yoktu ($p > 0,05$).

Gruplar arasında baba eğitim durumlarına bakıldığında; DEHB grubunda okur yazar olmayan baba yoktu. İlkokul, ortaokul, lise ve üniversite mezunu olma durumları sırasıyla; %39, %19,5, %31,7 ve %9,8 idi. Kontrol grubunda da okur yazar olmayan baba yoktu. Bu gruptaki babaların ise %31,7'si ilkokul mezunu, %29,3'ü ortaokul mezunu, %31,7'si lise mezunu

ve %4,9'u üniversite mezunu idi. Baba eğitim düzeyleri açısından iki grup arasında fark yoktu ($p > 0,05$) (Tablo 8).

Tablo 8. Olguların ebeveynlerinin eğitim durumları

		KONTROL N(%)	DEHB N(%)	p
Anne eğitim düzeyi N(%)	Okur yazar değil	3(7,3%)	1(2,4%)	0,288
	Okur yazar ,okula gitmemiş	0	1(2,4%)	
	İlkokul	19(46,3%)	15(36,6%)	
	Ortaokul	10(24,4%)	7(17,1%)	
	Lise	9(22%)	16(39%)	
	Üniversite	0	1(2,4%)	
Baba eğitim düzeyi N(%)	Okur yazar değil	0	0	0,622
	Okur yazar ,okula gitmemiş	1(2,4%)	0	
	İlkokul	13(31,7%)	16(39%)	
	Ortaokul	12(29,3%)	8(19,5%)	
	Lise	13(31,7%)	13(31,7%)	
	Üniversite	2(4,9%)	4(9,8%)	

Ki kare test

DEHB grubundaki annelerin %78'i, kontrol grubundaki annelerin %65,9'u çalışmıyordu. DEHB grubundaki annelerin %22'si, kontrol grubundaki annelerin %34,1'i mavi yakalı diye tanımlanan işlerde çalışıyordu. DEHB grubunda ve kontrol grubunda beyaz yakalı çalışan yoktu. İstatistiksel olarak iki grup arasında fark saptanmadı ($p > 0,05$) DEHB grubundaki babalarda çalışmayan yoktu, kontrol grubundaki babaların %2,4'ü çalışmıyordu. DEHB grubundaki babaların %92,7'si, kontrol grubundaki babaların %95,1'i mavi yakalı diye tanımlanan işlerde çalışıyordu. DEHB grubundaki ve kontrol grubundaki babalarda beyaz yakalı çalışan oranları

sırasıyla %7,3 ve %2,4 idi. İstatistiksel olarak iki grup arasında fark saptanmadı($p > 0,05$) (Tablo 9).

Tablo 9. Olguların ebeveynlerinin çalışma durumları dağılımı

		KONTROL N(%)	DEHB N(%)	p
Anne meslek	Ev hanımı	27(65,9%)	32(78%)	0,326
	Mavi yaka	14(34,1%)	9(22%)	
	Beyaz yaka	0	0	
Baba meslek	Çalışmıyor	1(2,4%)	0	0,616
	Mavi yaka	39(95,1%)	38(92,7%)	
	Beyaz yaka	1(2,4%)	3(7,3%)	

Ki kare test

Anne-baba birliktelik durumlarına bakıldığında DEHB grubundaki ve kontrol grubundakilerin ebeveynlerinin sırasıyla %85,4'ü ve %90,2'si birlikte yaşamaktaydı. DEHB grubundaki ebeveynlerin %14,6'sı, kontrol grubunun ebeveynlerinin %9,8'inde ebeveyn ayrılığı/kaybı söz konusuydu. Gruplar arasında anne-baba birliktelik durumları ve eşler arasında akrabalık durumları açısından fark söz konusu değildi ($p > 0,05$) (Tablo 10).

Tablo 10. Olguların ebeveynlerinin birliktelik ve akrabalık durumları

		KONTROL N(%)	DEHB N(%)	p
Anne baba birliktelik	Birlikte	37(90,2%)	35(85,4%)	0,500
	Ayrı/Kayıp	4(9,8%)	6(14,6%)	
Akrabalık durumu	yok	30(73,2%)	29(70,7%)	0,806
	var	11(26,8%)	12(29,3%)	

Ki kare test

DEHB ve kontrol grubunda 1000 TL altında aylık geliri olan aile yoktu. 2500 TL altında aylık geliri olanların oranı DEHB’de %22, kontrol grubunda %29,3 idi. 2500TL üzerinde aylık geliri olanların oranı DEHB ve kontrol grubunda sırasıyla %78 ve %70,7 idi. İki grup arasında aylık gelir düzeyleri açısından anlamlı fark yoktu ($p > 0,05$) (Tablo 11).

Tablo 11. Olguların aile aylık gelir düzeyi

		KONTROL N(%)	DEHB N(%)	p
Gelir düzeyi	<2500 TL	12(29,3%)	9(22%)	0,448
	>2500 TL	29(70,7%)	32(78%)	

Ki kare test

DEHB grubundaki annelerin psikiyatrik başvuru sonrası tanı alanların oranı %22 iken, kontrol grubundaki %9,8 idi. Anne psikiyatrik tanı alma durumları açısından iki grup arasında fark yoktu ($p > 0,05$). Her iki grupta baba psikiyatrik başvuru sonrası tanı alma durumu değerlendirildiğinde, DEHB grubunda tanı alanların oranı %7,3 iken, kontrol grubunda %2,4 idi. DEHB grubunun ebeveynlerinde psikiyatri tanı alma oranları yaklaşık 2 kat daha fazla olmasına rağmen iki grup arasında istatistiksel anlamlılık saptanmamıştır ($p > 0,05$) (Tablo 12).

Tablo 12. Olguların ebeveynlerinde psikiyatrik tanı varlığı

		KONTROL		DEHB		p
		N	%	N	%	
Anne psikiyatrik tanı	yok	37	90,2%	32	78,0%	0,131
	var	4	9,8%	9	22,0%	
Baba psikiyatrik tanı	yok	40	97,6%	38	92,7%	0,616 *
	var	1	2,4%	3	7,3%	

Ki-kare test * Fisher's Exact Test $p > 0,05$

DEHB grubundaki annelerde tıbbi sağlık problemi olma oranı %24,4 iken, kontrol grubundaki %31,7 idi. Annede tıbbi sağlık problemi olma durumları açısından iki grup arasında fark yoktu ($p > 0,05$). Her iki grupta baba tıbbi sağlık problemi olma durumları değerlendirildiğinde, DEHB grubunda bu oran %31,7 iken, kontrol grubunda %14,6 idi. Babada tıbbi sağlık problemi olma durumları açısından iki grup arasında fark yoktu ($p > 0,05$) (Tablo 13).

Tablo 13. Olguların ebeveynlerinde tıbbi sağlık problemi varlığı

		KONTROL		DEHB		p
		N	%	N	%	
Anne tıbbi sağlık problemi	yok	27	65,9%	31	75,6%	0,332
	var	14	34,1%	10	24,4%	
Baba tıbbi sağlık problemi	yok	35	85,4%	28	68,3%	0,067
	var	6	14,6%	13	31,7%	

Ki kare test

4.2 Klinik Görüşme, Ölçekler ve Yapılan Testlerden Elde Edilen Verilerin Değerlendirilmesi

4.2.1 Grupların WISC-R alt test ve toplam puan değerlendirmeleri

DEHB ve kontrol grubunun zihinsel değerlendirmeleri sonucunda her iki grubun da zekâ seviyelerinin normal sınırlarda olduğu saptandı. DEHB grubunun sözel, performans ve total zekâ puanları sırasıyla; $100,88 \pm 11,33$, $110,98 \pm 11,24$ ve $105,88 \pm 11,22$ idi. Kontrol grubunun sözel, performans ve total zekâ puanları ise sırasıyla $103,07 \pm 12,61$, $108,63 \pm 14,64$ ve $106,34 \pm 12,47$ şeklindedir. İki grup arasında anlamlı fark saptanmamıştır ($p > 0,05$) (Tablo 14).

Tablo 14: Grupların WISC-R sözel, performans ve toplam puan ortalamaları

	KONTROL	DEHB	p
	Ort $\pm$ ss	Ort $\pm$ ss	
WISC-R sözel	103,07 $\pm$ 12,61	100,88 $\pm$ 11,33	0,410
WISC-R performans	108,63 $\pm$ 14,64	110,98 $\pm$ 11,24	0,419
WISC-R total	106,34 $\pm$ 12,47	105,88 $\pm$ 11,22	0,860

Independent samples t test

4.2.2 Grupların CADÖ ve SNAP-IV (aile) DEHB için belirti değerlendirme anketi değerlendirilmesi

DEHB grubunda, CADÖ ve SNAP-IV aile belirti tarama anketi toplam ve alt ölçek puan ortalamaları kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksekti ($p<0,001$) (Tablo 15).

Tablo 15. DEHB ve kontrol grubu CADÖ ve SNAP-IV aile puan ortalamaları

	Grup						p
	KONTROL			DEHB			
	N	Ort.	Std	N	Ort.	Std	
Conners aile davranım	41	3,49	1,94	41	8,76	4,43	0,000 a
Conners aile odd	41	1,34	1,56	41	4,17	2,40	0,000 a
Conners aile hiperaktivite	41	1,32	1,21	41	3,83	2,52	0,000 a
Conners aile kaygı	41	2,37	2,27	41	7,59	3,51	0,000 a
Conners aile psikosomatik	41	1,66	2,39	41	4,20	2,93	0,000 a
Conners aile toplam	41	10,17	6,46	41	28,54	11,60	0,000 b
SNAP_aile dikkat eksikliği	41	2,83	2,38	41	18,32	5,08	0,000 b
SNAP aile hiperaktivite-dürtüsellik	41	2,83	2,29	41	14,00	6,07	0,000 b
SNAP aile toplam	41	5,66	4,19	41	32,32	9,80	0,000 b

a Mann Whitney U testi $p<0,001$ b Independent samples t test $p<0,001$

4.2.3 Grupların CÖDÖ ve SNAP-IV (öğretmen) DEHB için belirti değerlendirme anketi değerlendirilmesi

DEHB grubunda, CADÖ ve SNAP-IV (öğretmen) belirti tarama anketi toplam ve alt ölçek puan ortalamaları kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksekti ($p<0,001$) (Tablo 16).

Tablo 16. DEHB ve kontrol grubu CÖDÖ ve SNAP-IV öğretmen puan ortalamaları

	Grup						p
	KONTROL			DEHB			
	N	Ort.	Std	N	Ort.	Std	
CÖDÖ DE	41	3,71	2,70	41	10,00	4,02	0,000** a
CÖDÖ HA	41	1,93	1,95	41	8,12	3,87	0,000** a
CÖDÖ Davranım	41	1,80	2,29	41	7,15	3,08	0,000** a
CÖDÖ Toplam	41	7,44	5,72	41	25,27	7,76	0,000** a
SNAP öğretmen DE	41	2,76	2,17	41	18,23	4,91	0,000** a
SNAP öğretmen HI	41	1,05	1,70	41	12,20	6,51	0,000** a
SNAP öğretmen TOPLAM	41	3,80	3,40	41	30,64	8,90	0,000** b

Independent samples t test a, Mann Whitney U testi b ** $p<0,001$

4.2.4 Güçler Güçlükler Anketi (GGA) Ebeveyn Formu Ölçeği verilerinin gruplara göre değerlendirilmesi

DEHB grubu olgularının, GGA ebeveyn formu ölçeği toplam güçlük puan ve tüm alt ölçek puan ortalamaları bakımından değerlendirildiği zaman; DEHB grubunda “olumlu sosyal davranış” alt ölçeğinin puanları kontrol grubuna göre daha düşüktü, diğer tüm puanlar ise DEHB grubunda daha yüksekti. DEHB grubu bütün alt ölçek ve toplam güçlük puanlarında kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığa sahipti ($p<0,001$)(Tablo 17).

Tablo 17. DEHB ve kontrol grubunda GGA alt ölçek ve GGA toplam güçlük puanları

	Grup						p
	Kontrol			DEHB			
	N	Ort.	Std.	N	Ort.	Std.	
GGA Hiperaktivite	41	2,80	2,38	41	6,17	2,02	0,000 a
GGA Davranım Problemleri	41	1,32	1,25	41	3,44	1,67	0,000 a
GGA Duygusal sorunlar	41	1,88	2,03	41	3,49	2,34	0,001 a
GGA Akran sorunları	41	2,80	1,78	41	3,61	1,55	0,011 a
GGA Olumlu Sosyal Davranış	41	8,15	2,01	41	6,80	2,63	0,015 a
GGA Toplam Güçlük	41	8,80	5,49	41	16,71	4,74	0,000 b

a Mann Whitney U testi $p<0,001$ b Independent samples t test $p<0,001$

4.2.5 DEHB Grubunun Genel Klinik Değerlendirme Ölçeğine göre belirti şiddetinin belirlenmesi

DEHB grubunun Genel Klinik Değerlendirme Ölçeği'ne göre belirti şiddeti değerlendirildiğinde DEHB grubunun %22'si hafif, %39'u orta , %29,3'ü belirgin, %9,8'i ağır olarak değerlendirilmiştir (Tablo18).

Tablo 18: DEHB grubunun GKDÖ belirti şiddeti oranları

		DEHB	
		N	%
GENEL KLİNİK DEĞERLENDİRME	HAFİF	9	22
	ORTA	16	39
	BELİRGİN	12	29,3
	AĞIR	4	9,8
	ÇOK AĞIR	0	0,0

4.2.6 ÇDKA verilerinin değerlendirilmesi

DEHB ve kontrol grubunda, kronotip toplam puanları karşılaştırıldığında DEHB grubunun kronotip puanı, kontrol grubunun kronotip puanından anlamlı olarak yüksek bulunmuştur($p<0,05$) (Tablo 19).

Tablo 19. Olguların ÇDKA toplam puan ortalamaları

	Grup		p
	KONTROL	DEHB	0,001*
	Ort±SS	Ort±SS	
Kronotip Toplam	30,24±4,08	34,51±6,74	

Independent samples t test * $p<0,05$

DEHB grubunun %41,5'i ara tip ve %58,5'i akşamcı idi. Kontrol grubunda ara ve akşamcı tip dağılımı sırasıyla %73,2 ve %26,8 şeklindeydi. Gruplar sabahçı, ara ve akşamcı tip dağılımı olarak incelendiğinde DEHB ve kontrol grubu arasında farklılık saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 20).

Tablo 20. Olguların kronotipik özelliklerine göre dağılımı

		Grup				p
		KONTROL		DEHB		
		N	%	N	%	0,004
Kronotip_ grupları	Sabahçı tip	0	0,0%	0	0,0%	
	Ara tip	30	73,2%	17	41,5%	
	Akşamcı tip	11	26,8%	24	58,5%	

Ki-kare Test $p<0,05$

4.2.7 RDÖ verilerinin değerlendirilmesi

DEHB ve kontrol grubunda Riskli Davranış Ölçeği puanları karşılaştırıldığında, alt ölçeklerden anti-sosyal davranış alt ölçeği* ve alkol kullanımı** ile ilgili olan alt ölçeklerde DEHB ve kontrol grubu arasında anlamlı farklılık saptanmıştır (* $p<0,001$; ** $p<0,05$). Sigara kullanımı, intihar eğilimi, beslenme alışkanlıkları, okul terki ile ilgili alt ölçeklerde anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

RDÖ toplam puan ortalamaları açısından iki grup karşılaştırıldığında ise, DEHB grubu olgularında kontrol grubuna göre yüksek bulunmuş olup, bu fark istatistiksel olarak anlamlıydı (Tablo 21) ($p<0,001$)

Tablo 21. Olguların RDÖ alt ölçek ve toplam puanları ortalamaları

	Grup						p
	KONTROL			DEHB			
	N	Ort.	Std	N	Ort.	Std	
RDÖ antisosyal davranış	41	10,29	2,83	41	16,15	4,85	0,000 b
RDÖ alkol	41	7,24	1,56	41	8,02	2,89	0,029 a
RDÖ sigara	41	7,59	3,47	41	10,61	7,50	0,270 a
RDÖ intihar eğilimi	41	8,59	2,53	41	9,66	3,47	0,113 b
RDÖ beslenme	41	15,71	3,70	41	16,90	4,37	0,186 b
RDÖ okul terki	41	8,10	1,93	41	9,66	3,79	0,132 a
RDÖ toplam	41	57,51	8,25	41	71,00	14,77	0,000 b

Mann Whitney U testi a, Independent samples t test b

DEHB grubunda kronotipe göre RDÖ alt ölçek ve toplam puanlar karşılaştırıldığında, 'İntihar Eğilimi' alt ölçeğinde DEHB-Akşamcı tip olanların ortalama puanı istatistiksel olarak anlamlı daha yüksek çıkmıştır ($p<0,05$).

Tablo 22. DEHB grubunun kronotiplere göre RDÖ alt ölçek puan ortalamaları

	Grup						p
	DEHB+ARA TİP			DEHB+AKŞAMCI TİP			
	N	Ort.	Std.	N	Ort.	Std.	
RDÖ AS	17	14,88	4,96	24	17,04	4,67	0,169 b
RDÖ ALKOL	17	8,71	3,74	24	7,54	2,06	0,303 a
RDÖ SİGARA	17	12,47	9,01	24	9,29	6,08	0,253 a
RDÖ İE	17	8,18	2,58	24	10,71	3,68	0,019 b
RDÖ BESLENME	17	15,94	3,77	24	17,58	4,72	0,241 b
RDÖ OKUL TERKİ	17	11,00	4,42	24	8,71	3,01	0,056 a
RDÖ TOPLAM	17	71,18	17,99	24	70,87	12,41	0,953 b

Mann Whitney U testi a, Independent samples t test b

4.2.8 Çocuklarda Uyku Ölçeği verilerinin değerlendirilmesi

DEHB ve kontrol grubunda Çocuklarda Uyku Ölçeği puanları karşılaştırıldığında, alt ölçeklerden davranış sorunları** ve horlama* ile ilgili olan alt ölçeklerde DEHB ve kontrol grubu arasında istatistiksel anlamlı farklılık saptanmıştır ($*p<0,05$, $**p<0,001$). Nefes alma sorunları alt ölçeği ve diğer sorunlar ile ilgili olan alt ölçeklerde DEHB ile kontrol grubu arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo23).

Çocuklarda Uyku Ölçeği toplam puanları karşılaştırıldığında ise, DEHB ve kontrol grubu arasında ileri derecede anlamlı farklılık saptanmıştır (Tablo23) ($p<0,001$).

Tablo 23. Olguların ÇUÖ alt ölçek ve toplam puanları ortalamaları

	Grup				p
	KONTROL		DEHB		
	Ort.	Std	Ort.	Std.	
ÇUÖ Davranış	,51	,78	3,85	2,23	0,000**
ÇUÖ Nefes	1,46	1,43	1,95	1,75	0,223
ÇUÖ Horlama	,24	,49	,63	,86	0,030*
ÇUÖ Diğer	1,05	,67	1,17	,92	0,736
ÇUÖ Uyku Toplamı	2,76	1,76	3,76	2,77	0,173
ÇUÖ Toplam	3,27	2,07	7,61	3,46	0,000**

Mann Whitney U testi * p<0,05 **p<0,001

DEHB grubunda kronotipe göre ÇUÖ alt ölçek ve toplam puanlar karşılaştırıldığında, DEHB-Akşamcı tip grubunda, ‘Nefes Problemleri’, ‘Diğer Problemler’ alt ölçeklerinde ve uyku toplam puanı ile sadece uyku problemlerinin toplam puanı DEHB-Ara tip olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı ölçüde daha yüksek çıkmıştır (p<0,05) (Tablo24).

Tablo 24. DEHB grubunun kronotiplere göre ÇUÖ alt ölçek puan ortalamalar

	Grup						p
	DEHB+ARA TİP			DEHB+AKŞAMCI TİP			
	N	Ort.	Std.	N	Ort.	Std.	
ÇUÖ davranış	17	4,53	3,08	24	3,38	1,21	0,103 b
ÇUÖ nefes	17	1,06	1,52	24	2,58	1,64	0,004 b
ÇUÖ horlama	17	,35	,61	24	,83	,96	0,107 a
ÇUÖ diğer	17	,59	,62	24	1,58	,88	0,000 b
ÇUÖ toplam	17	6,53	3,86	24	8,37	2,99	0,028 a
ÇUÖ Uyku problemleri toplamı	17	2,00	1,90	24	5,00	2,64	0,000 b

Mann Whitney U testi a, Independent samples t test b

4.2.9 DEHB grubunda ölçekler arası korelasyonların değerlendirilmesi

DEHB grubunda ölçekler arası korelasyonlar incelendiğinde Çocukluk Dönemi Kronotip Anketi'nin toplam puanları ile Çocuklarda Uyku Ölçeği Toplam, ÇUÖ Uykunun toplam puanları ile pozitif yönde korele olduğu görüldü. Çocuklarda Uyku Ölçeği toplam puanı GGA toplam puanı ile, ayrıca Conners toplam puanı GGA toplam puanı ile pozitif yönde korele idi (Tablo25).

Tablo 25. DEHB grubunda ölçekler arası korelasyonlar

	CONNERS TOPLAM	GGA TOPLAM	RDÖ TOPLAM	KRONOTİP TOPLAM	ÇUÖ TOPLAM	ÇUÖ UYKUNUN TOPLAMI
CONNERS TOPLAM	1					
GGA TOPLAM	,620**	1				
RDÖ TOPLAM	,000	-,020	1			
KRONOTİP TOPLAM	,071	,111	,131	1		
ÇUÖ TOPLAM	,290	,395*	-,091	,346*	1	
ÇUÖ UYKUNUN TOPLAMI	,219	,262	-,002	,593**	,765**	1

Pearson korelasyon testi *p<0,05 ** p<0,001

4.2.10 DEHB grubunda ÇDKA ve ÇUÖ puanları üzerine etki eden faktörlerin lineer regresyon analizleri

DEHB grubunda ÇDKA puanı üzerine etki eden faktörlerin lineer regresyon analizi yapıldığında ÇUÖ toplam puanı ile ÇDKA puanı arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Tablo25).

Tablo 26. ÇDKA toplam puanı üzerine etki eden faktörlerin lineer regresyon analizi

	Adj R2	F	B	t	p
Sabit	0,097	5,300	29,380	12,025	<0,001
ÇUÖ Toplam Puan			0,674	2,302	0,027

DEHB grubunda ÇDKA puanı üzerine etki eden faktörlerin lineer regresyon analizi yapıldığında ÇUÖ-Uyku sorunları toplam puanı ile ÇDKA puanı arasında ileri derecede anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Tablo26-27).

Tablo 27. ÇDKA toplam puanı üzerine etki eden faktörlerin lineer regresyon analizi

	Adj R2	F	B	t	p
Sabit	0,335	21,140	29,101	19,977	<0,001
ÇUÖ Uyku Toplam			1,441	4,598	0,000

5 TARTIŞMA

Çalışmamıza Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniğinde ilk kez DEHB tanısı alan ve DEHB tanısı olup en az son üç aydır ilaç tedavisi almayan 14-17 yaş arası DEHB olguları ile 14-17 yaş arasındaki sağlıklı kontroller alındı. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri, zekâ düzeyleri, uyku alışkanlıkları, kronotipik özellikleri, riskli davranışları değerlendirildi ve gruplar birbiriyle karşılaştırıldı. Elde edilen veriler güncel yazın eşliğinde tartışıldı.

5.1 Sosyodemografik Özelliklere Göre Değerlendirme

DEHB ve kontrol grubu arasında yaş ortalaması ve cinsiyet dağılımları açısından istatistiksel anlamlılık saptanmamıştır. DEHB toplum tabanlı çalışmalarda erkeklerde, kızlardan yaklaşık 3-4 kat daha fazla görülmektedir(Merikangas ve ark., 2010; Polanczyk ve ark., 2007); bizim çalışmamızın örnekleminde de kızların oranı erkeklerden daha düşük çıkmıştır. Toplum tabanlı çalışmalardaki bu erkek/kız oranı, klinik çalışmalarda 9:1 gibi daha yüksek bir oranla karşımıza çıkmaktadır. Toplum tabanlı ve klinik çalışmalarda karşımıza çıkan bu farklılık, erkekler daha çok hiperaktivite ve dışsallaştırıcı davranış problemleri ile başvururken, kızların dikkat problemleri ve içselleştirici problemlerle kliniğine başvurmasından dolayı olduğu belirtilmiştir (Gershon, 2002; Newcorn ve ark., 2001).

Olguların gelişim basamakları incelendiğinde, her iki grupta da ilk kelime söyleme, ilk cümle kurma, yürüme ve tuvalet eğitimini kazanma zamanı normal sınırlar içerisindeydi. DEHB grubunun cümle kurma ve tuvalet eğitimi alma zamanının kontrol grubundan daha geç olduğu saptanmıştır; fakat iki grup arasında anlamlı bir farklılık yoktu. Gurevitz ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada DEHB'li çocuklarda erken dönem motor becerilerde

gecikme saptanmakla birlikte (Gurevitz ve ark., 2014), DEHB’li çocuklarda gecikme saptanmadığını belirten çalışmalar da bulunmaktadır ve güncel yazında bu konuda görüş ayrılıkları mevcuttur (Havmoeller ve ark., 2018).

Okuma yazma öğrenme zamanları karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı farklılık yoktu. Sınıf tekrarı yapanların sayısı DEHB grubunda kontrol grubunun yaklaşık üç katı olmakla birlikte, iki grup arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmamıştır. DEHB’li çocukların akademik hayatta daha çok zorlandıkları bildirilmektedir (Brand ve ark., 2002).

Çalışmamızda, DEHB grubunun %73’ü DEHB-Bileşik tip, %27’si DEHB-Dikkat eksikliği baskın tipte idi. Kliniğe başvurular en çok DEHB bileşik tipte, sonra sırasıyla DEHB dikkat eksikliği baskın tip ve DEHB hiperaktivite/dürtüsellik baskın tipte karşımıza çıkmaktadır (Martin, Volkmar, & Lewis, 2007).

Olgular annenin gebelikte sigara/alkol kullanımı ve perinatal komplikasyonlar açısından karşılaştırıldığında DEHB ve kontrol grupları arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır. Gebelikte sigara içen annelerin çocuklarında DEHB belirtilerinin daha sık görülebileceği çalışmalarda belirtilmekle birlikte çelişkili sonuçlar mevcuttur (Obel ve ark., 2016; Tiesler & Heinrich, 2014).

5.2 Ebeveynlere Ait Sosyodemografik Özellikler

DEHB ve kontrol grupları ebeveynlerin yaşı, çalışma durumları, anne-baba eğitimi, birliktelik durumu, anne-baba akrabalık durumu, ailenin aylık geliri açısından karşılaştırıldığında istatistiksel fark saptanmadı.

Gruplar anne-babada tıbbi sağlık problemi ve anne-babada psikiyatrik tanı açısından karşılaştırıldığında anlamlı farklılık bulunmadı. İstatistiksel olarak fark bulunmamakla birlikte, DEHB’li ergenlerin hem anne hem babalarında

psikiyatrik tanı bulunanlar, kontrol grubundakilerin anne-babalarında psikiyatrik tanı bulunanlardan en az iki kat daha fazlaydı. DEHB’li çocukların anne-babalarında daha sık psikopatoloji görüldüğü, özellikle annelerinde psikopatoloji olanlarda DEHB belirti şiddetinin daha yüksek olduğu bildirilmektedir (Biederman ve ark., 2011; Sprich ve ark., 2000). Komorbid KOKGB ve davranım bozukluğu olan DEHB’li çocukların annelerinde daha sık duygudurum bozukluğu, anksiyete bozukluğu ve madde kullanım bozukluğu görüldüğü belirtilmektedir (Chronis ve ark., 2003).

5.3 Ölçeklerden ve Yapılan Testlerden Elde Edilen Verilerin Değerlendirilmesi

Olguların zihinsel değerlendirilmeleri sonucunda hem DEHB grubunun hem de kontrol grubunun zekâ seviyesinin normal sınırlarda olduğu saptanmıştır. İki grup zihinsel değerlendirilmeleri açısından birbirleriyle karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır. DEHB’li çocuk ve ergenlerin, DEHB olmayan akranlarına göre evde, okulda ve sosyal hayatta daha çok zorlandıkları bilinmektedir (APA, 2013; Gardner & Gerdes, 2015; Storebø ve ark., 2015). Bu zorlanma dikkatlerini uzun süre koruyamadıklarından olabileceği gibi zihinsel güçlüklerin de buna neden olabileceği öne sürülmektedir (Gardner & Gerdes, 2015; Hannesdottir ve ark., 2017). DEHB’li çocuk ve ergenlerin zihinsel değerlendirilmeleri sonuçları çelişkilidir; bazı çalışmalar WISC-R puan ortalamalarında anlamlı farklılık bildirirken, bazı çalışmalar aksini bildirmektedir; ayrıca DEHB grubunun genel zeka düzeyinin normal sınırlarda olmasına rağmen kontrol grubuna kıyasla alt testlerde daha düşük puanlar aldığını bildiren çalışmalar da mevcuttur (Bowers ve ark., 1992; Hesapçıoğlu ve ark., 2016; Tsai ve ark., 2013; Zambrano-Sánchez ve ark., 2010).

DEHB grubu olguları, belirti şiddeti açısından incelendiğinde %22’si hafif, %39’u orta, %29,3’ü belirgin ve %9,8’i ağır olarak saptanmıştır. Yapılan

alışmalar DEHB'ye diğerk psikiyatrik tanılar eşlik ederse, özellikle de KOKGB/DB eşlik etmesi durumunda belirti şiddetinin daha ciddi olduğunu göstermektedir (Connor ve ark., 2003; Hurtig ve ark., 2007; Kuhne ve ark., 1997).

Çalışmamızda olguların ebeveyn ve öğretmenlerine verilen CAD, CD ve SNAP-IV puanları DEHB grubunda anlamlı derecede yüksek saptanmıştır. CAD, CD ve BRIEF kullanılarak yapılan çalışmalarda, CAD ve CD puanları kontrol grubuna kıyasla DEHB grubunda anlamlı derecede yüksek çıkmıştır(Dinçer ve ark., 2012; Güler ve ark., 2017; Mattos ve ark., 2006). Bu, bizim çalışmamızdan çıkan sonuç ile uyumludur.

Olgularla çDşG-şY ile yapılan klinik görüşme sonrası güncel eş tanı oranlarına bakıldığında DEHB grubunun %68,3'nde eş tanı saptanmıştır ve bu oran önceki çalışmalarla uyumludur(Connor ve ark., 2003; Elia ve ark., 2008; Wilens ve ark., 2002). Çalışmamızda DEHB grubunda şimdiki eş tanı oranları: KOKGB %51,2, OKB %7,3, sosyal fobi %9,8, yaygın anksiyete bozukluğu %9,8, enürezis %2,4, tik bozukluğu %4,9 olarak bulunmuştur; %51,2 ile en yüksek eş tanı oranı KOKGB'dir ve önceki çalışmalarla uyumludur (Elia ve ark., 2008; Masi ve ark., 2006).

Çalışmamızdaki olguların anne-babalarının doldurduğu GGA alt ölçek ve toplam güçlük puanları incelendiğinde, DEHB grubunda davranış sorunları, dikkat eksikliği ve hiperaktivite, duygusal sorunlar, akran sorunları alt leği ve toplam güçlük puanı ortalamaları kontrol grubuna kıyasla anlamlı derecede yüksek çıkmakla birlikte; olumlu sosyal davranış alt leği ortalama puanı ise kontrol grubunda anlamlı derecede yüksek idi. Çalışmamız, DEHB'li çocukların daha fazla akran sorunu yaşadığı ve sosyal hayatta karşılaştıkları güçlüklerde daha yetersiz olduklarını belirten çalışmalarla uyumlu çıkmıştır(Hoza, 2007; Salmon ve ark., 2000; Unnever & Cornell, 2003). Stimulan tedavisi altındaki DEHB'li ocuk ve ergenlerde olumsuz sosyal davranışlar azalmakla birlikte, ilaç tedavisinin prososyal

davranışlara etki etmediği gösterilmiştir(Abikoff ve ark., 2004). Bizim çalışmamızda DEHB örnekleme en az 3 aydır tedavi almayanlardan seçilmiştir.

Ebeveynler tarafından doldurulan ÇDKA'dan alınan toplam puanların ortalaması karşılaştırıldığında, DEHB grubunda akşamcılık kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha yüksekti. Olguların kronotip dağılımları incelendiğinde hem DEHB hem de kontrol grubunda hiç sabahçı tip yoktu. Daha küçük yaştaki çocuklar sabahçı tip olmaya yatkınken, ergenlik dönemine doğru bu durumun akşamcılık lehine dönmeye başladığı ve ergenlikle birlikte daha geç yatıp geç kalkmaya başladıkları belirtilmektedir (Cavallera & Giudici, 2008; Randler, 2008; Tonetti ve ark., 2008). Ergenlikte akşamcı tipe kayan kişiler, ergenlik sonunda tekrar sabahçı tip olabilmektedir ve bu durum da ergenliğin bitişinin göstergelerinden biri olarak görülmektedir(Roenneberg ve ark., 2004). Çalışmamızda hem kontrol hem de DEHB grubunda hiç sabahçı tip olmaması durumu, örneklemimizde yaş aralığının ergenlik dönemini kapsamıyla ilişkilendirilebilir. Bu durum ergenlik döneminde hormonal değişimler olması, sosyal faaliyetlerin artması, daha bağımsız olma arzusu, ailelerin ergenin gece aktiviteleri üzerinde etkisinin azalması gibi birçok sebeple ilişkilendirilebilir (Carskadon ve ark., 1993; Díaz-Morales & Sorroche, 2008; S. S.-F. Gau ve ark., 2007).

Bizim çalışmamızda DEHB grubunda akşamcı oranı kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı daha yüksekti. Çocuklarda DEHB'nin kronotip ile ilişkisini araştıran çalışmalar az olmakla birlikte, mevcut çalışmalar DEHB'nin akşamcılıkla ilişkili olduğunu göstermektedir (Bae ve ark., 2010; Caci ve ark., 2009; Coogan & McGowan, 2017; Rybak ve ark., 2007). Çalışmamızda DEHB grubunda saptanan bu durum, ilaç tedavisi almayan DEHB'li kişilerde melatonin salgılanmasının daha geç olması ile de uyumludur (Snitselaar ve ark., 2017; Van der Heijden ve ark., 2005). Akşamcılık daha çok dikkat problemleri, emosyonel problemler, depresif

semptomlar, özdenetim problemleri ve daha düşük okul başarısı ile ilişkilendirilmektedir (Digdon & Howell, 2008; Gaspar-Barba ve ark., 2009; Giannotti ve ark., 2002). Ayrıca akşamcılık astım ve migren gibi fiziksel rahatsızlıklarla da ilişkilendirilmektedir (Bruni ve ark., 2008; Ferraz ve ark., 2008). Negriff ve arkadaşlarının (2011) yaptığı çalışmada, akşamcılık sabahçılığa göre daha çok sigara kullanımıyla da ilişkili bulunmuştur(Negriff ve ark., 2011).

DEHB grubunda, kronotiplere göre RDÖ alt ölçek ve toplam puanı değerlendirildiğinde; ‘İntihar Eğilimi’ alt ölçeği ile akşamcılık arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı. Bu durum akşamcılığı depresif semptomlarla ilişkili bulan çalışmalarla uyumludur(Gaspar-Barba ve ark., 2009) . Diğer RDÖ alt ölçeklerinde ve RDÖ toplam puanda DEHB grubunda kronotiplere ayrılınca anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Ebeveynlere verilen ÇUÖ sonuçlarına göre, çalışmamızdaki olgularda DEHB grubunda, ÇUÖ “Davranış Problemleri” ve “Horlama” alt ölçek puanları ile toplam ölçek puanı kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek çıkmış ve iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. “Nefes Alma Problemleri” ve “Diğer” Problemler” olarak adlandırılan alt ölçek puanları DEHB grubunda kontrol grubuna göre daha yüksek olsa da gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır. “Toplam Uyku Sorunları” puanı hesaplandığında, DEHB grubunun puanı kontrol grubuna göre daha yüksek olsa da iki gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır. DEHB’li çocuk ve ergenlerde uyku sorunlarının daha sık olduğunu bildiren çalışmalar mevcuttur(Corkum ve ark., 1999; Durmuş ve ark., 2017); Kaplan ve ark., 1987; Konofal ve ark., 2010). DEHB’li çocukların ebeveynlerinin %55-75’i çocuklarının uyku kalitesinde bozulma bildirmektedir (Noble ve ark., 2012; Sung ve ark., 2008; Weiss & Salpekar, 2010). DEHB’de görülen uyku bozukluklarını açıklayan mekanizma belli değildir ve birden çok faktörden etkilendiği düşünülmektedir (J. A. Owens, 2005).

DEHB’li çocuklarda horlama, uykululuk ve uyku kalitesinin bakıldığı 45 DEHB VE 29 kontrollü bir çalışmada, uyku kalitesi bütün alt tip DEHB’lilerde bozulmuş saptanmış ve DEHB alt tipleri arasında bir fark bulunmamıştır; fakat sadece DEHB-Hiperaktivite baskın tip kronik horlama ile ilişkili, gündüz uykululuğu ise DEHB-dikkat eksikliği baskın tip ile ilişkili bulunmuştur (LeBourgeois ve ark., 2004).

DEHB grubu, kronotiplere göre ayrılarak ÇUÖ alt ölçek ve toplam puanı değerlendirildiğinde “Nefes Alma Problemleri”, “Diğer” Problemler” alt ölçekleri, toplam ölçek puanı ve “Toplam Uyku Sorunları” puanı akşamcı tipte ara tipe kıyasla daha yüksekti ve akşamcılıkla ÇUÖ “Nefes Alma Problemleri”, “Diğer” Problemler” alt ölçekleri, toplam ölçek puanı ve “Toplam Uyku Sorunları” arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. Yazında, DEHB’li çocuklarda kronotip ve uyku bozukluğu ilişkisini araştıran çalışma sayısı çok azdır. DEHB’li çocuklarda uyku bozukluklarından sadece yatma zamanı direnci ile kronotip arasındaki ilişkiyi araştıran bir çalışmada anlamlı bir ilişki bulunamamıştır(Gruber ve ark., 2012). Başka bir çalışmada ise DEHB’de akşamcılık ile gündüz uykululuğu, uykuda solunum problemleri, yatma zamanı direnci arasında pozitif ilişki saptanmıştır(Durmuş ve ark., 2017). DEHB’li çocuklarda sabahçılık-akşamcılık ve uyku bozukluğu ile ilgili yapılacak çok daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır.

DEHB’den bağımsız olarak çocuk ve ergenlerde yapılan bir çalışmada sabahçıların daha az uyku problemi olduğu ve akşamcılarının gündüz uykululuğunun daha fazla olduğu saptanmıştır(Gelbmann ve ark., 2012).

DEHB ve kontrol grubunda ergenlere verilen RDÖ alt ölçek ve toplam puanları karşılaştırıldığında DEHB grubundaki olguların alt ölçek ve toplam puanları daha yüksek saptanmıştır; fakat sadece anti-sosyal davranış ve alkol kullanımı ile ilgili olan alt ölçeklerde ve RDÖ toplam puanında DEHB

ve kontrol grubu arasında anlamlı farklılık saptanmıştır. Sigara kullanımı, intihar eğilimi, okul terki, beslenme alışkanlıkları alt ölçeklerinde DEHB grubu puanları kontrole kıyasla daha yüksek olmasına rağmen gruplar arası anlamlı farklılık bulunmamıştır.

Ergenlik alkol veya madde kullanımı, sigara bağımlılığı, şiddet eğilimli davranışlar ve riskli araç kullanımı gibi çeşitli riskli davranışların yaşanma olasılığının yüksek olduğu bir dönemdir (Aras ve ark., 2007). Ülkemizde ergenlerde görülen riskli davranışlar ile ilgili bir takip programı yoktur (Eneçcan ve ark., 2011). Bu yüzden riskli davranışların araştırılması etkili izlem ve önleme programları oluşturmak için önemli bir yer teşkil etmektedir (Hair ve ark., 2009).

DEHB'li çocuklarda, KOKGB ve yıkıcı davranışların çevresel risk faktörleriyle (iyi ebeveynliğin iyi olmaması, suça sürüklenmiş arkadaşlar gibi) birlikte olması ergenlik ve erişkinlik döneminde anti-sosyal davranışlar gelişmesi için risk faktörüdür (Reimherr ve ark., 2013). Özellikle suça sürüklenmiş arkadaş grubunun, DEHB'li çocuklarda KOKGB'den DB'ye olan ilerlemeyi etkilediği düşünülmektedir (O'donnell ve ark., 1995). Bizim çalışmamızda, %51 gibi yüksek oranda KOKGB'nin eşlik ettiği DEHB örneklemimizde kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek çıkan anti-sosyal davranışlar literatür ile uyumludur.

DEHB'de alkol kullanımı ile ilişkili bozuklukların arttığını gösteren çalışmalar bulunmaktadır; DEHB'de alkol kullanımı özellikle daha dürtüsel, heyecan arayan ve disinhibe kişilik özelliği ile ilişkilendirilmektedir (Roberts ve ark., 2014; Rooney ve ark., 2015). Bizim çalışmamızda da RDÖ alkol kullanımını sorgulayan alt ölçek iki grup arasında karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır.

Çalışmalar, DEHB'li ergenlerde sigara kullanımının kontrol grubuna göre daha sık olduğunu göstermektedir (Lambert & Hartsough, 1998; Milberger ve ark., 1997; Molina & Pelham Jr, 2003; Tercyak ve ark., 2002). Genç erişkinlerde yapılan ve geriye yönelik DEHB semptomlarının sorgulandığı bir çalışmada, DEHB belirti şiddeti arttıkça sigaraya başlama yaşının

azaldığı gösterilmiştir(Kollins ve ark., 2005). Yine aynı çalışmada, DEHB belirti şiddeti ile günlük içilen sigara sayısının pozitif yönde ilişkili olduğu gösterilmiştir. Bizim çalışmamızda sigara kullanımı ile ilgili alt ölçekte DEHB ve kontrol grubu arasında fark saptanmamıştır.

Literatürde, DEHB'nin tek başına intihar teşebbüsü için risk faktörü olmadığı, ancak diğer psikiyatrik eş tanılarla birlikte risk faktörü olduğu belirtilmektedir(Agosti ve ark., 2011; James ve ark., 2004). DEHB'li çocuklar, DEHB olmayan akranlarıyla karşılaştırıldığında daha düşük okul başarısına sahiptir ve daha sık okul terki yaşamaktadır (Barkley & Murphy, 2006; Loe & Feldman, 2007). DEHB olan çocukların %30'dan fazlası sınıf tekrarı yapmakta ve %10-35'i okul terkiyle karşı karşıya kalmaktadır(Barkley & Murphy, 2006). İlaç tedavisiyle birlikte sınıf içi aktivitelerdeki çalışmaların kalitesi, sınav puanları ve okul başarısında önemli düzeltilmeler görüldüğü belirtilmektedir(Evans ve ark., 2001; Pelham ve ark., 2001; Swanson ve ark., 1991). Bizim çalışmamızda, DEHB grubunda sınıf tekrarı yapanların sayısının kontrol grubunun iki katı olmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlı sonuç çıkmamıştır.

DEHB grubunda, kronotiplere göre RDÖ alt ölçek puanları ve toplam puanı karşılaştırıldığında, sadece "İntihar Eğilimi" alt ölçeğinde akşamcı ve ara kronotipe sahip DEHB olguları arasında anlamlı farklılık saptanmıştır. Bizim çalışmamızdaki bu sonuç da akşamcılığın depresif semptomlar ve emosyonel problemlerle ilgili olduğu literatür bilgisiyle uyumlu çıkmıştır(Digdon & Howell, 2008; Gaspar-Barba ve ark., 2009).

DEHB grubu içinde, ölçekler arası korelasyonlar incelendiğinde RDÖ toplam puanları ile ÇDKA ve ÇUÖ toplam puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmazken ÇDKA toplam puanı ile ÇUÖ toplam puanları ve ÇUÖ uyku problemleri toplam puanları arasında anlamlı pozitif korelasyon saptandı. Bu bulgu uyku problemleri ile akşamcılık arasında pozitif yönde ilişki olduğunu göstermektedir. Uyku bozuklukları, kronotipi için anlamlı ölçüde yordayıcı bulunmuştur. Nörotransmitter sistemin düzenlenmesinde rol oynayan CLOCK (Circadian Locomotor Output Cycles Kaput) geninin

polimorfizmi; sabahçılık-akşamcılık tercihi, uyuma zamanı ve uyku kalitesiyle ilişkili olduğu saptanmıştır(Katzenberg ve ark., 1998; Oishi ve ark., 2003; Serretti ve ark., 2003). DEHB’de ayrıca CLOCK geni polimorfizmi olduğu göz önünde bulundurulduğunda, DEHB ile akşamcılık ve uyku bozuklukları arasındaki ilişkinin bununla ilgili olduğu belirtilmektedir (Kissling ve ark., 2008; Xu ve ark., 2010). DEHB grubunda ÇDKA toplam puanı üzerine etki eden faktörlerin lineer regresyon analizi yapıldığında ÇUÖ toplam puanı ile ÇDKA arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. DEHB grubunda ÇDKA toplam puanı üzerine etki eden faktörlerin farklı bir modelle lineer regresyon analizi yapıldığında ÇUÖ uyku toplam puanı ile ÇDKA arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bu bulgularımız akşamcılığın uyku bozuklukları ile ilişkili olduğunu göstermektedir.

Kısıtlılıklar

Örneklem gruplarının küçük olması, yapılan tüm karşılaştırmalarda normal dağılım sağlayıp parametrik testlerle analiz yapılmasını engelleyip sonuçları etkilemiş olabilir. Örneklem büyüklüğü daha fazla olsaydı, tüm karşılaştırmalar için parametrik analizler yapılabilirdi. Ve daha fazla anlamlı sonuca ulaşılabilirdi.

6 Sonuçlar ve Öneriler

Çalışmamızda 14-17 yaş arasındaki ilk kez DEHB tanısı almış ya da daha önceden tanı almış ve en az son 3 aydır ilaç tedavisi almayan ergenlerin uyku problemleri, kronotipleri ve riskli davranışları araştırıldı ve DEHB olan grupta uyku problemleri, kronotipi ve riskli davranışların birbirleriyle olan ilişkileri incelendi. Sonuçlar 14-17 yaş arasındaki sağlıklı kontroller ile kıyaslandı.

Çalışmamızdaki ilk hipotez DEHB’li ergenlerde akşamcılığın arttığı varsayıldı. Gruplar kronotipik özelliklere göre ayrıldığında DEHB grubunda akşamcılık yüzdesi kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı daha yüksek saptanmıştır. ÇDKA alınan toplam puanlar karşılaştırıldığında ise DEHB

grubunda akşamcılık puanı kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır.

Diğer hipotezimizde ise DEHB grubunda kontrol grubuna kıyasla daha sık uyku problemi olacağı varsayılmıştı. DEHB grubunda uyku problemlerinin, kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı daha fazla görüldüğü tespit edilmiştir.

Ana hipotezlerimizden bir diğeri ise, DEHB grubunda kontrol grubuna kıyasla riskli davranışların daha fazla olacağı varsayılmıştı. DEHB grubunda riskli davranışların, kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı daha fazla olduğu tespit edilmiştir.

DEHB grubu içinde, ÇUÖ toplam puanı ile ÇDKA toplam puanı arasında ve ÇUÖ uyku toplam puanı ile ÇDKA toplam puanı arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon saptanmıştır. Bu bulgular uyku problemleri ile akşamcılık arasında pozitif yönde ilişki olduğunu göstermektedir.

DEHB grubu içinde ÇDKA toplam puanı üzerine etki eden faktörlerin lineer regresyon analizi yapıldığında ÇUÖ toplam puanı ile ÇDKA toplam puanı arasında anlamlı bir ilişkili olduğu saptanmıştır. DEHB grubunda ÇDKA toplam puanı üzerine etki eden faktörlerin farklı bir modelle lineer regresyon analizi yapıldığında ÇUÖ uyku toplam puanı ile ÇDKA arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bu bulgu; uyku bozukluklarının, akşamcılık ile pozitif yönde ilişkili olduğunu göstermektedir.

Çalışmamızda DEHB olan olguların sabahçılık-akşamcılıkları, uyku bozuklukları ve riskli davranışları kontrol grubu ile karşılaştırıp, DEHB grubu içinde bu parametreler arasındaki ilişkiye baktık. DEHB grubunun daha yüksek oranda akşamcı olduğunu, daha fazla uyku bozukluğu yaşadığını ve daha fazla riskli davranışta bulunduklarını saptandı. DEHB grubu içinde, uyku bozuklukları ile akşamcılık arasında pozitif yönde ilişki saptandı.

DEHB tanısı ile takip ettiğimiz çocuk ve ergenlerin kronotipik özelliklerini göz önünde bulundurmalı ve aileleri bu konuda bilgilendirip çocuğun ihtiyaçları doğrultusunda mümkün ise daha aktif olduğu zamana göre ders

ve aktivitelerde planlama yapılmalıdır. Ayrıca DEHB’li çocuk ve ergenler daha sık uyku problemi yaşayabileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

Bu çalışma DEHB tanısı olan ergenlerde kronotip, uyku problemlerini, riskli davranışları ve bu özelliklerin birbiriyle ilişkisini araştıran literatürdeki ilk çalışmadır. Bu konuda daha fazla ve prospektif çalışmalara ihtiyaç vardır.



KAYNAKLAR

- Abikoff, H., Hechtman, L., Klein, R. G., Gallagher, R., Fleiss, K., Etcovitch, J. O. Y., ... Pollack, S. (2004). Social functioning in children with ADHD treated with long-term methylphenidate and multimodal psychosocial treatment. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43(7), 820–829.
- Adan, A. (1994). Chronotype and personality factors in the daily consumption of alcohol and psychostimulants. *Addiction*, 89(4), 455–462.
- Adan, A., Archer, S. N., Hidalgo, M. P., Di Milia, L., Natale, V., & Randler, C. (2012). Circadian typology: a comprehensive review. *Chronobiology International*, 29(9), 1153–1175.
- Adan, A., & Natale, V. (2002). Gender differences in morningness–eveningness preference. *Chronobiology International*, 19(4), 709–720.
- Agosti, V., Chen, Y., & Levin, F. R. (2011). Does attention deficit hyperactivity disorder increase the risk of suicide attempts? *Journal of Affective Disorders*, 133(3), 595–599.
- Allen, R. P., Picchietti, D., Hening, W. A., Trenkwalder, C., Walters, A. S., & Montplaisi, J. (2003a). Restless legs syndrome: diagnostic criteria, special considerations, and epidemiology: a report from the restless legs syndrome diagnosis and epidemiology workshop at the National Institutes of Health. *Sleep Medicine*, 4(2), 101–119.
- Allen, R. P., Picchietti, D., Hening, W. A., Trenkwalder, C., Walters, A. S., & Montplaisi, J. (2003b). Restless Legs Syndrome Diagnosis and Epidemiology workshop at the National Institutes of Health; International Restless Legs Syndrome Study Group. Restless legs syndrome: diagnostic criteria, special considerations, and epidemiology. A report from the res. *Sleep Med*, 4(2), 101–119.
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition (DSM-5). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th Edition TR.*, 280. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596.744053>

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition-Text Revision (DSM-IV-TR)*. American Psychiatric Association, Washington. <https://doi.org/10.1002/jps.3080051129>
- Aras, S., Günay, T., Özcan, S., & Orcin, E. (2007). İzmir ilinde lise öğrencilerinin riskli davranışları/Risky behaviors among high school students in İzmir. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 8(3), 186.
- Arnsten, A. F. T., & Li, B.-M. (2005). Neurobiology of executive functions: catecholamine influences on prefrontal cortical functions. *Biological Psychiatry*, 57(11), 1377–1384.
- Association, A. P. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.
- Bae, S., Park, J. E., Lee, Y. J., Cho, I. H., Kim, J., Koh, S., ... Cho, S. (2010). Gender difference in the association between adult attention deficit hyperactivity disorder symptoms and morningness–eveningness. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 64(6), 649–651.
- Barkley, R. A. (1997). Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: constructing a unifying theory of ADHD. *Psychological Bulletin*, 121(1), 65.
- Barkley, R. A., & Murphy, K. R. (2006). Attention-deficit hyperactivity disorder: A clinical workbook. *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A Clinical Workbook*.
- Berquin, P. C., Giedd, J. N., Jacobsen, L. K., Hamburger, S. D., Krain, A. L., Rapoport, J. L., & Castellanos, F. X. (1998). Cerebellum in attention-deficit hyperactivity disorder. *Neurology*, 50(4), 1087 LP-1093. Retrieved from <http://n.neurology.org/content/50/4/1087.abstract>
- Bhutta, A. T., Cleves, M. A., Casey, P. H., Craddock, M. M., & Anand, K. J. S. (2002). Cognitive and behavioral outcomes of school-aged children who were born preterm: a meta-analysis. *Jama*, 288(6), 728–737.
- Biederman, J. (2005). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Selective Overview. *Biological Psychiatry*, 57(11), 1215–1220. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2004.10.020>

- Biederman, J., Petty, C. R., Clarke, A., Lomedico, A., & Faraone, S. V. (2011). Predictors of persistent ADHD: an 11-year follow-up study. *Journal of Psychiatric Research*, 45(2), 150–155.
- Bowers, T. G., Risser, M. G., Suchanec, J. F., Tinker, D. E., Ramer, J. C., & Domoto, M. (1992). A developmental index using the Wechsler Intelligence Scale for Children: implications for the diagnosis and nature of ADHD. *Journal of Learning Disabilities*, 25(3), 179–185.
- Brand, S., Dunn, R., & Greb, F. (2002). Learning styles of students with attention deficit hyperactivity disorder: Who are they and how can we teach them? *The Clearing House*, 75(5), 268–273.
- Brown, T. E. (2006). *Attention deficit disorder: The unfocused mind in children and adults*. Yale University Press.
- Bruni, O., Russo, P. M., Ferri, R., Novelli, L., Galli, F., & Guidetti, V. (2008). Relationships between headache and sleep in a non-clinical population of children and adolescents. *Sleep Medicine*, 9(5), 542–548.
- Bush, G., Valera, E. M., & Seidman, L. J. (2005). Functional Neuroimaging of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Review and Suggested Future Directions. *Biological Psychiatry*, 57(11), 1273–1284. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2005.01.034>
- Caci, H., Bouchez, J., & Baylé, F. J. (2009). Inattentive symptoms of ADHD are related to evening orientation. *Journal of Attention Disorders*, 13(1), 36–41.
- Carskadon, M. A., Vieira, C., & Acebo, C. (1993). Association between puberty and delayed phase preference. *Sleep*, 16(3), 258–262.
- Castellanos, F. X., & Acosta, M. T. (2004). [The neuroanatomy of attention deficit/hyperactivity disorder]. *Revista de Neurologia*, 38 Suppl 1, S131–6. Retrieved from <http://europepmc.org/abstract/MED/15011167>
- Cavallera, G. M., & Giudici, S. (2008). Morningness and eveningness personality: A survey in literature from 1995 up till 2006. *Personality and Individual Differences*, 44(1), 3–21.
- Cermakian, N., & Boivin, D. B. (2003). A molecular perspective of human circadian rhythm disorders. *Brain Research Reviews*, 42(3), 204–220.

- Chelminski, I., Ferraro, F. R., Petros, T., & Plaud, J. J. (1997). Horne and Ostberg questionnaire: A score distribution in a large sample of young adults. *Personality and Individual Differences*, 23(4), 647–652.
- Chervin, R. D., Archbold, K. H., Dillon, J. E., Panahi, P., Pituch, K. J., Dahl, R. E., & Guilleminault, C. (2002). Inattention, hyperactivity, and symptoms of sleep-disordered breathing. *Pediatrics*, 109(3), 449–456.
- Chervin, R. D., Hedger, K., Dillon, J. E., & Pituch, K. J. (2000). Pediatric sleep questionnaire (PSQ): validity and reliability of scales for sleep-disordered breathing, snoring, sleepiness, and behavioral problems. *Sleep Medicine*, 1(1), 21–32.
- Chronis, A. M., Lahey, B. B., PELHAM Jr, W. E., Kipp, H. L., Baumann, B. L., & Lee, S. S. (2003). Psychopathology and substance abuse in parents of young children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42(12), 1424–1432.
- Clarke, A. R., Barry, R. J., McCarthy, R., & Selikowitz, M. (2001). Age and sex effects in the EEG: differences in two subtypes of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Clinical Neurophysiology*, 112(5), 815–826.
- Cofer, L. F., Grice, J. W., Sethre-Hofstad, L., Radi, C. J., Zimmermann, L. K., Palmer-Seal, D., & Santa-Maria, G. (1999). Developmental perspectives on morningness-eveningness and social interactions. *Human Development*, 42(4), 169–198.
- Connor, D. F., Edwards, G., Fletcher, K. E., Baird, J., Barkley, R. A., & Steingard, R. J. (2003). Correlates of comorbid psychopathology in children with ADHD. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42(2), 193–200.
- Coogan, A. N., & McGowan, N. M. (2017). A systematic review of circadian function, chronotype and chronotherapy in attention deficit hyperactivity disorder. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 9(3), 129–147.
- Corkum, P., Moldofsky, H., Hogg-Johnson, S., Humphries, T., & Tannock, R. (1999). Sleep problems in children with attention-deficit/hyperactivity disorder: impact of subtype, comorbidity, and stimulant medication. *Journal of the*

- American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38(10), 1285–1293.
- Corkum, P., Tannock, R., & Moldofsky, H. (1998). Sleep Disturbances in Children With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 37(6), 637–646.
- Cortese, S. (2018). The neurobiology and genetics of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD): What every clinician should know. *European Journal of Paediatric Neurology*, 16(5), 422–433. <https://doi.org/10.1016/j.ejpn.2012.01.009>
- Cortese, S., Konofal, E., & Lecendreux, M. (2008). Alertness and feeding behaviors in ADHD: Does the hypocretin/orexin system play a role? *Medical Hypotheses*, 71(5), 770–775.
- Cortese, S., Konofal, E., Yateman, N., Mouren, M., & Lecendreux, M. (2006). Sleep and alertness in children with attention-deficit/hyperactivity disorder: a systematic review of the literature. *SLEEP-NEW YORK THEN WESTCHESTER-*, 29(4), 504.
- Çalıyurt, O. (2001). Duygudurum bozuklukları ve biyolojik ritm. *Duygudurum Dizisi*, 5, 209–214.
- Dereboy, Ç., Şener, Ş., Dereboy, İ. F., & Sertcan, Y. (1997). Conners öğretmen derecelendirme ölçeği Türkçe uyarlaması-2. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 4(1), 10–18.
- Dereboy, Ç., Şenol, S., Şener, Ş., & Dereboy, F. (2007). Conners Kısa Form Öğretmen ve Ana Baba Derecelendirme Ölçeklerinin Geçerliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 18(1), 48–58.
- Díaz-Morales, J. F., Escribano, C., & Jankowski, K. S. (2015). Chronotype and time-of-day effects on mood during school day. *Chronobiology International*, 32(1), 37–42.
- Díaz-Morales, J. F., & Sorroche, M. G. (2008). Morningness-eveningness in adolescents. *The Spanish Journal of Psychology*, 11(1), 201–206.
- Digdon, N. L., & Howell, A. J. (2008). College students who have an eveningness preference report lower self-control and greater procrastination. *Chronobiology International*, 25(6), 1029–1046.

- DİNÇER, P. E. D., BAKAR, E. E., TANER, Y. I., SOYSAL, P. A. Ş., Turgay, A., & KARAKAŞ, S. (2012). Connors Derecelendirme Ölçeğinin yönetici işlevlerle ilişkisi. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 32(4), 1011–1025.
- Doi, Y., Ishihara, K., & Uchiyama, M. (2015). Associations of chronotype with social jetlag and behavioral problems in preschool children. *Chronobiology International*, 32(8), 1101–1108.
- Durmuş, F. B., Arman, A. R., & Ayaz, A. B. (2017). Chronotype and its relationship with sleep disorders in children with attention deficit hyperactivity disorder. *Chronobiology International*, 34(7), 886–894.
- Durston, S., Pol, H. E. H., Schnack, H. G., Buitelaar, J. K., Steenhuis, M. P., Minderaa, R. B., ... van Engeland, H. (2018). Magnetic Resonance Imaging of Boys With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Their Unaffected Siblings. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43(3), 332–340. <https://doi.org/10.1097/00004583-200403000-00016>
- Dursun, O. B., Oğutlu, H., & Esin, I. S. (2015). Turkish validation and adaptation of children's chronotype questionnaire (CCTQ). *The Eurasian Journal of Medicine*, 47(1), 56.
- Elia, J., Ambrosini, P., & Berrettini, W. (2008). ADHD characteristics: I. Concurrent co-morbidity patterns in children & adolescents. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 2(1), 15.
- Eneçcan, F. N., Şahin, E. M., Erdal, M., Aktürk, Z., & Kara, M. (2011). Edirne Şehir Merkezindeki Lise Öğrencilerinde Riskli Sağlık Davranışlarının Değerlendirilmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 10(6).
- Er\csan, E. E., Do\ugan, O., Do\ugan, S., & Sümer, H. (2004). The distribution of symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder in school age children in Turkey. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 13(6), 354–361. <https://doi.org/10.1007/s00787-004-0410-2>
- Evans, S. W., Pelham, W. E., Smith, B. H., Bukstein, O., Gnagy, E. M., Greiner, A. R., ... Baron-Myak, C. (2001). Dose-response effects of methylphenidate on ecologically valid measures of academic performance and classroom behavior in

adolescents with ADHD. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 9(2), 163–175. <https://doi.org/10.1037/1064-1297.9.2.163>

Faraone, S. V., Biederman, J., & Mick, E. (2006). The age-dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder: A meta-analysis of follow-up studies. *Psychological Medicine*, 36(2), 159–165. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16420712>

Faraone, S. V., & Biederman, J. (1998). Neurobiology of attention-deficit hyperactivity disorder. *Biological Psychiatry*, 44(10), 951–958. [https://doi.org/10.1016/S0006-3223\(98\)00240-6](https://doi.org/10.1016/S0006-3223(98)00240-6)

Faraone, S. V., & Doyle, A. E. (2001). The nature and heritability of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. Netherlands: Elsevier Science.

Faraone, S. V., Sergeant, J., Gillberg, C., & Biederman, J. (2003). The worldwide prevalence of ADHD: is it an American condition? *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 2(2), 104–113. <https://doi.org/10.1176/ajp.2007.164.6.942>

Ferraz, E., Borges, M. C., & Vianna, E. O. (2008). Influence of nocturnal asthma on chronotype. *Journal of Asthma*, 45(10), 911–915.

Findley, L. J., Levinson, M. P., & Bonnie, R. J. (1992). Driving performance and automobile accidents in patients with sleep apnea. *Clinics in Chest Medicine*, 13(3), 427–435.

Gardner, D. M., & Gerdes, A. C. (2015). A review of peer relationships and friendships in youth with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 19(10), 844–855.

Gaspar-Barba, E., Calati, R., Cruz-Fuentes, C. S., Ontiveros-Urbe, M. P., Natale, V., De Ronchi, D., & Serretti, A. (2009). Depressive symptomatology is influenced by chronotypes. *Journal of Affective Disorders*, 119(1–3), 100–106.

Gau, S.-F., & Soong, W.-T. (2003). The transition of sleep-wake patterns in early adolescence. *Sleep*, 26(4), 449–454.

Gau, S. S.-F., Shang, C.-Y., Merikangas, K. R., Chiu, Y.-N., Soong, W.-T., & Cheng, A. T.-A. (2007). Association between morningness-eveningness and

behavioral/emotional problems among adolescents. *Journal of Biological Rhythms*, 22(3), 268–274.

Gelbmann, G., Kuhn-Natriashvili, S., Pazhedath, T. J., Ardeljan, M., Wöber, C., & Wöber-Bingöl, Ç. (2012). Morningness: protective factor for sleep-related and emotional problems in childhood and adolescence? *Chronobiology International*, 29(7), 898–910.

Gençtanırım, D., & Ergene, T. (2014). Riskli davranışları ölçeğinin geliştirilmesi: Geçerlik ve güvenirlik çalışmaları. *International Journal of Social Science*, 25(1), 125–138.

Gershon, J. (2002). A meta-analytic review of gender differences in ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 5, 143–154. <https://doi.org/10.1177/108705470200500302>

Giannotti, F., Cortesi, F., Sebastiani, T., & Ottaviano, S. (2002). Circadian preference, sleep and daytime behaviour in adolescence. *Journal of Sleep Research*, 11(3), 191–199.

Gillberg, C. (2014). *ADHD and its many associated problems*. Oxford University Press.

Gizer, I. R., Ficks, C., & Waldman, I. D. (2009). Candidate gene studies of ADHD: A meta-analytic review. *Human Genetics*. <https://doi.org/10.1007/s00439-009-0694-x>

Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38(5), 581–586.

Gottlieb, D. J., Vezina, R. M., Chase, C., Lesko, S. M., Heeren, T. C., Weese-Mayer, D. E., ... Corwin, M. J. (2003). Symptoms of sleep-disordered breathing in 5-year-old children are associated with sleepiness and problem behaviors. *Pediatrics*, 112(4), 870–877.

Gökler, B., Ünal, F., Pehlivan Türk, B., Kültür, E. Ç., Akdemir, D., & Taner, Y. (2004). Reliability and Validity of Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Age Children-Present and Lifetime Version-Turkish Version (K-SADS-PL-T)-. *Turkish Journal of Child and Adolescent Mental Health*, 11(3), 109–116.

- Gruber, R., Fontil, L., Bergmame, L., Wiebe, S. T., Amsel, R., Frenette, S., & Carrier, J. (2012). Contributions of circadian tendencies and behavioral problems to sleep onset problems of children with ADHD. *BMC Psychiatry*, 12(1), 212.
- Gruber, R., Michaelsen, S., Bergmame, L., Frenette, S., Bruni, O., Fontil, L., & Carrier, J. (2012). Short sleep duration is associated with teacher-reported inattention and cognitive problems in healthy school-aged children. *Nature and Science of Sleep*, 4, 33.
- Gruber, R., Wiebe, S., Montecalvo, L., Brunetti, B., Amsel, R., & Carrier, J. (2011). Impact of sleep restriction on neurobehavioral functioning of children with attention deficit hyperactivity disorder. *Sleep*, 34(3), 315–323.
- Gruenberg, A. M. (2013). Stahl's Essential Psychopharmacology Neuroscientific Basis and Practical Application, Third Edition. By S. M. Stahl. (Pp. 1096; \$85.00; ISBN 978-0-521-6736-1 pb.) Cambridge University Press: New York. 2008. *Psychological Medicine*. <https://doi.org/10.1017/S0033291708005060>
- Gurevitz, M., Geva, R., Varon, M., & Leitner, Y. (2014). Early markers in infants and toddlers for development of ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 18(1), 14–22.
- Güler, A. S., Scahill, L., Jeon, S., Taşkın, B., Dedeoğlu, C., Ünal, S., & Yazgan, Y. (2017). Use of multiple informants to identify children at high risk for ADHD in Turkish school-age children. *Journal of Attention Disorders*, 21(9), 764–775.
- Haase, C. M., & Silbereisen, R. K. (2011). Effects of positive affect on risk perceptions in adolescence and young adulthood. *Journal of Adolescence*, 34(1), 29–37.
- Hagenauer, M. H., Perryman, J. I., Lee, T. M., & Carskadon, M. A. (2009). Adolescent changes in the homeostatic and circadian regulation of sleep. *Developmental Neuroscience*, 31(4), 276–284.
- Hair, E. C., Park, M. J., Ling, T. J., & Moore, K. A. (2009). Risky behaviors in late adolescence: co-occurrence, predictors, and consequences. *Journal of Adolescent Health*, 45(3), 253–261.
- Hannesdottir, D. K., Ingvarsdottir, E., & Bjornsson, A. (2017). The OutSMARTers program for children with ADHD: A pilot study on the effects of

social skills, self-regulation, and executive function training. *Journal of Attention Disorders*, 21(4), 353–364.

Havmoeller, S. R., Thomsen, P. H., & Lemcke, S. (2018). The early motor development in children diagnosed with ADHD: a systematic review. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 1–8.

HESAPÇIOĞLU, S. T., ÇELİK, P. C., ÖZMEN, P. S., & YİĞİT, P. İ. (n.d.). Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Bulunan Çocuklarda Wechsler Çocuklar İçin Zekâ Ölçeği Gözden Geçirilmiş Formunun (WÇZÖ-R) İncelenmesi: Alt Testlerin, Kaufman ve Bannatyne Sınıflamalarının Yordama Gücü. *Türk Psikiyatri Dergisi (Baskıda)*.

Hidalgo, M. P., Camozzato, A., Cardoso, L., Preussler, C., Nunes, C. E., Tavares, R., ... Chaves, M. L. F. (2002). Evaluation of behavioral states among morning and evening active healthy individuals. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, 35(7), 837–842.

Hill, D. E., Yeo, R. A., Campbell, R. A., Hart, B., Vigil, J., & Brooks, W. (2003). Magnetic resonance imaging correlates of attention-deficit/hyperactivity disorder in children. *Neuropsychology*. Hill, Dina E.: Ctr for Neuropsychological Services, Dept of Psychiatry, U New Mexico School of Medicine, Albuquerque, NM, US, 87131, dhill@salud.unm.edu: American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0894-4105.17.3.496>

Hoza, B. (2007). Peer functioning in children with ADHD. *Journal of Pediatric Psychology*, 32(6), 655–663.

Hurtig, T., Ebeling, H., Taanila, A., Miettunen, J., Smalley, S., McGough, J., ... Moilanen, I. (2007). ADHD and comorbid disorders in relation to family environment and symptom severity. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 16(6), 362–369.

Hvolby, A. (2015). Associations of sleep disturbance with ADHD: implications for treatment. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 7(1), 1–18.

James, A., Lai, F. H., & Dahl, C. (2004). Attention deficit hyperactivity disorder and suicide: a review of possible associations. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 110(6), 408–415.

- Jensen, P. S. (1999). A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Archives of General Psychiatry*, 56(12), 1073–1086.
- Jensen, P. S., Hinshaw, S. P., Swanson, J. M., Greenhill, L. L., Conners, C. K., Arnold, L. E., ... Hoza, B. (2001). Findings from the NIMH Multimodal Treatment Study of ADHD (MTA): implications and applications for primary care providers. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 22(1), 60–73.
- Jessor, R. (1991). Risk behavior in adolescence: a psychosocial framework for understanding and action. *Journal of Adolescent Health*.
- Jones, C. R., Campbell, S. S., Zone, S. E., Cooper, F., DeSano, A., Murphy, P. J., ... Ptček, L. J. (1999). Familial advanced sleep-phase syndrome: A short-period circadian rhythm variant in humans. *Nature Medicine*, 5(9), 1062.
- Kaplan, B. J., McNicol, J., Conte, R. A., & Moghadam, H. K. (1987). Sleep disturbance in preschool-aged hyperactive and nonhyperactive children. *Pediatrics*, 80(6), 839–844.
- Katzenberg, D., Mignot, E., Lin, L., Finn, L., Young, T., King, D. P., & Takahashi, J. S. (1998). A CLOCK Polymorphism Associated with Human Diurnal Preference. *Sleep*, 21(6), 569–576. <https://doi.org/10.1093/sleep/21.6.569>
- Kaufman, J., Birmaher, B., Brent, D., Rao, U. M. A., Flynn, C., Moreci, P., ... Ryan, N. (1997). Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children-present and lifetime version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(7), 980–988.
- Kerkhof, G. A. (1985). Inter-individual differences in the human circadian system: a review. *Biological Psychology*, 20(2), 83–112.
- Kim, B. N., Lee, J. S., Cho, S. C., & Lee, D. S. (2001). Methylphenidate increased regional cerebral blood flow in subjects with attention deficit/hyperactivity disorder. *Yonsei Med J*, 42(1), 19–29. Retrieved from <http://synapse.koreamed.org/DOIx.php?id=10.3349%2Fymj.2001.42.1.19>
- Kissling, C., Retz, W., Wiemann, S., Coogan, A. N., Clement, R. M., Hünnerkopf, R., ... Thome, J. (2008). A polymorphism at the 3'-untranslated region of the

CLOCK gene is associated with adult attention-deficit hyperactivity disorder. *American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics*, 147B(3), 333–338. <https://doi.org/10.1002/ajmg.b.30602>

Kollins, S. H., McClernon, F. J., & Fuemmeler, B. F. (2005). Association between smoking and attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms in a population-based sample of young adults. *Archives of General Psychiatry*, 62(10), 1142–1147.

Konofal, E., Lecendreux, M., Bouvard, M. P., & Mouren-Simeoni, M. (2001). High levels of nocturnal activity in children with attention-deficit hyperactivity disorder: A video analysis. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 55(2), 97–103.

Konofal, E., Lecendreux, M., & Cortese, S. (2010). Sleep and ADHD. *Sleep Medicine*, 11(7), 652–658.

Kooij, J. J. ., & Francken, M. H. (2010). Diagnostic Interview for ADHD in Adults 2.0 (DIVA 2.0). *DIVA Foundation*, 1–19.

Kovatchev, B., Cox, D., Hill, R., Reeve, R., Robeva, R., & Loboschefski, T. (2001). A psychophysiological marker of attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD)—Defining the EEG consistency index. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 26(2), 127–140.

Kuhne, M., Schachar, R., & Tannock, R. (1997). Impact of comorbid oppositional or conduct problems on attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(12), 1715–1725.

Kurt, D. G., & Ergene, T. (2017). Türk Ergenlerde Riskli Davranışların Yordanması. *EĞİTİM VE BİLİM*, 42(189).

Lam, J. C., Mahone, E. M., Mason, T. B. A., & Scharf, S. M. (2011). The effects of napping on cognitive function in preschoolers. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics: JDBP*, 32(2), 90–97.

Lambert, N. M., & Hartsough, C. S. (1998). Prospective study of tobacco smoking and substance dependencies among samples of ADHD and non-ADHD participants. *Journal of Learning Disabilities*, 31(6), 533–544.

LeBourgeois, M. K., Avis, K., Mixon, M., Olmi, J., & Harsh, J. (2004). Snoring, Sleep Quality, and Sleepiness Across Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder

- Subtypes. *Sleep*, 27(3), 520–525. <https://doi.org/10.1093/sleep/27.3.520>
- Lecendreux, M., Konofal, E., Bouvard, M., Falissard, B., & Mouren-Simeoni, M.-C. (2000). Sleep and alertness in children with ADHD. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 41(6), 803–812.
- Lemmer, B. (2009). Discoveries of rhythms in human biological functions: a historical review. *Chronobiology International*, 26(6), 1019–1068.
- Lindberg, L. D., Boggess, S., Porter, L., & Williams, S. (2000). Teen Risk-Taking: A Statistical Portrait.
- Loe, I. M., & Feldman, H. M. (2007). Academic and Educational Outcomes of Children With ADHD. *Journal of Pediatric Psychology*, 32(6), 643–654. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsl054>
- Loo, S. K., & Makeig, S. (2012). Clinical utility of EEG in attention-deficit/hyperactivity disorder: a research update. *Neurotherapeutics*, 9(3), 569–587.
- Lundström, K., Tenhunen, J., Tilgmann, C., Karhunen, T., Panula, P., & Ulmanen, I. (1995). Cloning, expression and structure of catechol-O-methyltransferase. *Biochimica et Biophysica Acta (BBA)-Protein Structure and Molecular Enzymology*, 1251(1), 1–10.
- Macher, J. P. (2007). Chronobiology in psychiatry. *Dialogues Clin Neurosci*, 9, 229.
- Manfredini, R., Manfredini, F., Fersini, C., & Conconi, F. (1998). Circadian rhythms, athletic performance, and jet lag. *British Journal of Sports Medicine*, 32(2), 101–106.
- Markov, D., & Goldman, M. (2006). Normal sleep and circadian rhythms: neurobiologic mechanisms underlying sleep and wakefulness. *Psychiatric Clinics*, 29(4), 841–853.
- Martin, A., Volkmar, F. R., & Lewis, M. (2007). *Lewis's child and adolescent psychiatry: a comprehensive textbook*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Masi, G., Millepiedi, S., Mucci, M., Bertini, N., Pfanner, C., & Arcangeli, F. (2006). Comorbidity of obsessive-compulsive disorder and attention-deficit/hyperactivity disorder in referred children and adolescents. *Comprehensive*

Psychiatry, 47(1), 42–47.

Mattos, P., Serra-Pinheiro, M. A., Rohde, L. A., & Pinto, D. (2006). A Brazilian version of the MTA-SNAP-IV for evaluation of symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder and oppositional-defiant disorder. *Revista de Psiquiatria Do Rio Grande Do Sul*, 28(3), 290–297.

Mayes, S. D., Calhoun, S. L., Bixler, E. O., Vgontzas, A. N., Mahr, F., Hillwig-Garcia, J., ... Parvin, M. (2008). ADHD subtypes and comorbid anxiety, depression, and oppositional-defiant disorder: differences in sleep problems. *Journal of Pediatric Psychology*, 34(3), 328–337.

McEnany, G., & Lee, K. A. (2000). Owls, larks and the significance of morningness/eveningness rhythm propensity in psychiatric-mental health nursing. *Issues in Mental Health Nursing*, 21(2), 203–216.

McLaughlin, K. A., Sheridan, M. A., Winter, W., Fox, N. A., Zeanah, C. H., & Nelson, C. A. (2014). Widespread reductions in cortical thickness following severe early-life deprivation: a neurodevelopmental pathway to attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biological Psychiatry*, 76(8), 629–638.

Merikangas, K. R., He, J., Burstein, M., Swanson, S. A., Avenevoli, S., Cui, L., ... Swendsen, J. (2010). Lifetime prevalence of mental disorders in US adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication–Adolescent Supplement (NCS-A). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49(10), 980–989.

Milberger, S., Biederman, J., Faraone, S. V, Chen, L., & Jones, J. (1997). ADHD is associated with early initiation of cigarette smoking in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(1), 37–44.

Mistlberger, R. E., & Rusak, B. (2005). Circadian rhythms in mammals: formal properties and environmental influences. In *Principles and Practice of Sleep Medicine (Fourth Edition)* (pp. 321–334). Elsevier.

Molina, B. S. G., & Pelham Jr, W. E. (2003). Childhood predictors of adolescent substance use in a longitudinal study of children with ADHD. *Journal of Abnormal Psychology*, 112(3), 497.

- Monastra, V. J., Lubar, J. F., Linden, M., VanDeusen, P., Green, G., Wing, W., ... Fenger, T. N. (1999). Assessing attention deficit hyperactivity disorder via quantitative electroencephalography: An initial validation study. *Neuropsychology*, 13(3), 424.
- Mostofsky, S. H., Cooper, K. L., Kates, W. R., Denckla, M. B., & Kaufmann, W. E. (2018). Smaller prefrontal and premotor volumes in boys with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biological Psychiatry*, 52(8), 785–794. [https://doi.org/10.1016/S0006-3223\(02\)01412-9](https://doi.org/10.1016/S0006-3223(02)01412-9)
- Mukaddes, N. M. (2015). *Yaşam Boyu Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Eşlik Eden Durumlar*.
- Natale, V., Adan, A., & Scapellato, P. (2005). Are seasonality of mood and eveningness closely associated? *Psychiatry Research*, 136(1), 51–60.
- Natale, V., & Cicogna, P. (2002). Morningness-eveningness dimension: is it really a continuum? *Personality and Individual Differences*, 32(5), 809–816.
- Negriff, S., Dorn, L. D., Pabst, S. R., & Susman, E. J. (2011). Morningness/eveningness, pubertal timing, and substance use in adolescent girls. *Psychiatry Research*, 185(3), 408–413.
- Neubauer, A. C. (1992). Psychometric comparison of two circadian rhythm questionnaires and their relationship with personality. *Personality and Individual Differences*, 13(2), 125–131.
- Newcorn, J. H., Halperin, J. M., Jensen, P. S., Abikoff, H. B., Arnold, L. E., Cantwell, D. P., ... Greenhill, L. L. (2001). Symptom profiles in children with ADHD: effects of comorbidity and gender. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(2), 137–146.
- Nijmeijer, J. S., Minderaa, R. B., Buitelaar, J. K., Mulligan, A., Hartman, C. A., & Hoekstra, P. J. (2008). Attention-deficit/hyperactivity disorder and social dysfunctioning. *Clinical Psychology Review*, 28(4), 692–708.
- Noble, G. S., O’Laughlin, L., & Brubaker, B. (2012). Attention deficit hyperactivity disorder and sleep disturbances: consideration of parental influence. *Behavioral Sleep Medicine*, 10(1), 41–53.
- O’Brien, L. M., Holbrook, C. R., Mervis, C. B., Klaus, C. J., Bruner, J. L.,

- Raffield, T. J., ... Tuell, A. (2003). Sleep and neurobehavioral characteristics of 5-to 7-year-old children with parentally reported symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*, 111(3), 554–563.
- O'donnell, J., Hawkins, J. D., & Abbott, R. D. (1995). Predicting serious delinquency and substance use among aggressive boys. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(4), 529.
- Obel, C., Zhu, J. L., Olsen, J., Breining, S., Li, J., Grønberg, T. K., ... Rutter, M. (2016). The risk of attention deficit hyperactivity disorder in children exposed to maternal smoking during pregnancy—a re-examination using a sibling design. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 57(4), 532–537.
- Oishi, K., Miyazaki, K., Kadota, K., Kikuno, R., Nagase, T., Atsumi, G., ... Ishida, N. (2003). Genome-wide expression analysis of mouse liver reveals CLOCK-regulated circadian output genes. *The Journal of Biological Chemistry*, 278(42), 41519–41527. <https://doi.org/10.1074/jbc.M304564200>
- Organization, W. H. (1992). The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. *WorldHealthOrganization*, 1–267. [https://doi.org/10.1002/1520-6505\(2000\)9:5<201::AID-EVAN2>3.3.CO;2-P](https://doi.org/10.1002/1520-6505(2000)9:5<201::AID-EVAN2>3.3.CO;2-P)
- Organization, W. H. (2014). Health for the world's adolescents: a second chance in the second decade: summary.
- Owens, J. A. (2005). The ADHD and sleep conundrum: a review. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 26(4), 312–322.
- Owens, J. A., Spirito, A., McGuinn, M., & Nobile, C. (2000). Sleep habits and sleep disturbance in elementary school-aged children. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 21(1), 27–36.
- Owens, J., Gruber, R., Brown, T., Corkum, P., Cortese, S., O'Brien, L., ... Weiss, M. (2013). Future research directions in sleep and ADHD: report of a consensus working group. *Journal of Attention Disorders*, 17(7), 550–564.
- Öner, Ö., & SA, A. (2007). Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu. *İçinde: Aysev AS, Taner YI (Editörler). Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları*, 1, 397–421.

- Öner, P., Barut, Y., Öner, Ö., Üneri, Ö. Ş., Bodur, Ş., Turgut, S., & Munir, K. M. (2009). Çocuklarda uyku ölçeği'nin geçerlik ve güvenirliği. *Klinik Psikofarmakoloji Bulteni= Bulletin of Clinical Psychopharmacology*, 19(4), 382.
- Öztürk, L., VARDAR, S. A., Bulut, E., Kurt, C., & Yaprak, M. (2014). The Association Between Body Temperature and Level of Sleepiness in Total and Partial Sleep Deprivation. *Balkan Medical Journal*, 2006(2).
- Pelham, W. E., Gnagy, E. M., Burrows-Maclean, L., Williams, A., Fabiano, G. A., Morrisey, S. M., ... Morse, G. D. (2001). Once-a-Day Concerta Methylphenidate Versus Three-Times-Daily Methylphenidate in Laboratory and Natural Settings. *Pediatrics*, 107(6), e105 LP-e105. <https://doi.org/10.1542/peds.107.6.e105>
- Platon, M. J. R., Bueno, A. V., Sierra, J. E., & Kales, S. (1990). Hypnopolygraphic alterations in attention deficit disorder (ADD) children. *International Journal of Neuroscience*, 53(2–4), 87–101.
- Pliszka, S. R. (2018). The Neuropsychopharmacology of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Biological Psychiatry*, 57(11), 1385–1390. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2004.08.026>
- Polanczyk, G., De Lima, M. S., Horta, B. L., Biederman, J., & Rohde, L. A. (2007). The worldwide prevalence of ADHD: A systematic review and metaregression analysis. *American Journal of Psychiatry*, 164(6), 942–948. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.164.6.942>
- Polanczyk, G., De Lima, M. S., Horta, B. L., Biederman, J., & Rohde, L. A. (2007). The worldwide prevalence of ADHD: A systematic review and metaregression analysis. *American Journal of Psychiatry*, 164(6), 942–948. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.164.6.942>
- Polanczyk, G., & Rohde, L. A. (2007). Epidemiology of attention-deficit/hyperactivity disorder across the lifespan. *Current Opinion in Psychiatry*, 20(4), 386–392. Retrieved from https://journals.lww.com/co-psychiatry/Fulltext/2007/07000/Epidemiology_of_attention_deficit_hyperactivity.13.aspx
- Porto, R., Duarte, L., & Menna-Barreto, L. (2006). Circadian variation of mood:

- comparison between different chronotypes. *Biological Rhythm Research*, 37(5), 425–431.
- Randler, C. (2008). Morningness-eveningness comparison in adolescents from different countries around the world. *Chronobiology International*, 25(6), 1017–1028.
- Randler, C. (2011). Association between morningness–eveningness and mental and physical health in adolescents. *Psychology, Health & Medicine*, 16(1), 29–38.
- Randler, C., Bilger, S., & Díaz-Morales, J. F. (2009). Associations among sleep, chronotype, parental monitoring, and pubertal development among German adolescents. *The Journal of Psychology*, 143(5), 509–520.
- Randler, C., Horzum, M. B., & Vollmer, C. (2014). Internet addiction and its relationship to chronotype and personality in a Turkish university student sample. *Social Science Computer Review*, 32(4), 484–495.
- Randler, C., & Truc, Y. (2013). Adaptation of the Composite Scale of Morningness for parent report and results from kindergarten children. *Swiss Journal of Psychology*.
- Rasgon LN, Hendrick VC, Garrick RT ;Sadock, B. J. . S. (2009). Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. Volume2, 2305–2306. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.2.327>
- Reimherr, F. W., Marchant, B. K., Olsen, J. L., Wender, P. H., & Robison, R. J. (2013). Oppositional defiant disorder in adults with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 17(2), 102–113.
- Robbins, R. N., & Bryan, A. (2004). Relationships between future orientation, impulsive sensation seeking, and risk behavior among adjudicated adolescents. *Journal of Adolescent Research*, 19(4), 428–445.
- Roberts, W., Peters, J. R., Adams, Z. W., Lynam, D. R., & Milich, R. (2014). Identifying the facets of impulsivity that explain the relation between ADHD symptoms and substance use in a nonclinical sample. *Addictive Behaviors*, 39(8), 1272–1277.
- Rodriguez, A., & Bohlin, G. (2005). Are maternal smoking and stress during pregnancy related to ADHD symptoms in children? *Journal of Child Psychology*

and Psychiatry, 46(3), 246–254.

Roenneberg, T., Kuehnle, T., Juda, M., Kantermann, T., Allebrandt, K., Gordijn, M., & Merrow, M. (2007). Epidemiology of the human circadian clock. *Sleep Medicine Reviews*, 11(6), 429–438.

Roenneberg, T., Kuehnle, T., Pramstaller, P. P., Ricken, J., Havel, M., Guth, A., & Merrow, M. (2004). A marker for the end of adolescence. *Current Biology*, 14(24), R1038–R1039.

Roenneberg, T., Wirz-Justice, A., & Merrow, M. (2003). Life between clocks: daily temporal patterns of human chronotypes. *Journal of Biological Rhythms*, 18(1), 80–90.

Rooney, M., Chronis-Tuscano, A. M., & Huggins, S. (2015). Disinhibition mediates the relationship between ADHD and problematic alcohol use in college students. *Journal of Attention Disorders*, 19(4), 313–327.

Rybak, Y. E., McNeely, H. E., Mackenzie, B. E., Jain, U. R., & Levitan, R. D. (2007). Seasonality and circadian preference in adult attention-deficit/hyperactivity disorder: clinical and neuropsychological correlates. *Comprehensive Psychiatry*, 48(6), 562–571.

Sadeh, A., Gruber, R., & Raviv, A. (2002). Sleep, neurobehavioral functioning, and behavior problems in school-age children. *Child Development*, 73(2), 405–417.

Salmon, G., James, A., Cassidy, E. L., & Javaloyes, M. A. (2000). Bullying a review: Presentations to an adolescent psychiatric service and within a school for emotionally and behaviourally disturbed children. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 5(4), 563–579.

Santrock, J. (2012). Lifespan Developmental Psychology. *Psychology*.

Savasir, I., & Zeka, S. N. W. Ç. İ. (1995). Ölçeği (WISC-R) El Kitabı. *Türk Psikologlar Derneği Yayınları, Ankara*, 13–52.

Schechter, M. S. (2002). Clinical practice guideline: Diagnosis and management of childhood obstructive sleep apnea syndrome-In reply. *PEDIATRICS*, 110(6), 1256.

Schmidt, S., & Randler, C. (2010). Morningness-eveningness and eating disorders

in a sample of adolescent girls. *Journal of Individual Differences*.

Schneider, H. E., Lam, J. C., & Mahone, E. M. (2016). Sleep disturbance and neuropsychological function in young children with ADHD. *Child Neuropsychology*, 22(4), 493–506.

Schulz, P., & Steimer, T. (2009). Neurobiology of circadian systems. *CNS Drugs*, 23(2), 3–13.

Schwartz, G., Amor, L. Ben, Grizenko, N., Lageix, P., Baron, C., Boivin, D. B., & Joober, R. (2004). Actigraphic monitoring during sleep of children with ADHD on methylphenidate and placebo. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43(10), 1276–1282.

Serretti, A., Benedetti, F., Mandelli, L., Lorenzi, C., Pirovano, A., Colombo, C., & Smeraldi, E. (2003). Genetic dissection of psychopathological symptoms: Insomnia in mood disorders and CLOCK gene polymorphism. *American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics*, 121B(1), 35–38. <https://doi.org/10.1002/ajmg.b.20053>

Snitselaar, M. A., Smits, M. G., van der Heijden, K. B., & Spijker, J. (2017). Sleep and circadian rhythmicity in adult ADHD and the effect of stimulants: a review of the current literature. *Journal of Attention Disorders*, 21(1), 14–26.

Snyder, S. M., & Hall, J. R. (2006). A Meta-analysis of Quantitative EEG Power Associated With Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. *Journal of Clinical Neurophysiology*, 23(5). Retrieved from https://journals.lww.com/clinicalneurophys/Fulltext/2006/10000/A_Meta_analysis_of_Quantitative_EEG_Power.9.aspx

Spencer, T. J., Biederman, J., & Mick, E. (2007). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Diagnosis, Lifespan, Comorbidities, and Neurobiology. *Journal of Pediatric Psychology*, 32(6), 631–642. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1093/jpepsy/jsm005>

Spielberger, C. D. (1973). *State-trait anxiety inventory for children*. Consulting Psychologists Press.

Sprich, S., Biederman, J., Crawford, M. H., Mundy, E., & Faraone, S. V. (2000). Adoptive and biological families of children and adolescents with ADHD. *Journal*

of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 39(11), 1432–1437.

Stahl, S. M. (2003). Neurotransmission of cognition, part 3. Mechanism of action of selective NRIs: both dopamine and norepinephrine increase in prefrontal cortex. *Journal of Clinical Psychiatry*, 64(3), 230–231.

Stefanatos, G. A., & Baron, I. S. (2007). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Neuropsychological Perspective Towards DSM-V. *Neuropsychology Review*, 17(1), 5–38. <https://doi.org/10.1007/s11065-007-9020-3>

Stiasny, K., Oertel, W. H., & Trenkwalder, C. (2002). Clinical symptomatology and treatment of restless legs syndrome and periodic limb movement disorder. *Sleep Medicine Reviews*, 6(4), 253–265.

Storebø, O. J., Skoog, M., Rasmussen, P. D., Winkel, P., Gluud, C., Pedersen, J., ... Simonsen, E. (2015). Attachment competences in children with ADHD during the social-skills training and attachment (SOSTRA) randomized clinical trial. *Journal of Attention Disorders*, 19(10), 865–871.

Stores, G. (2009). Sleep problems in children and adolescents / Gregory Stores.

Stores, G., & Wiggs, L. (2001). Children at high risk of sleep disturbance. A *Clinical Guide to Sleep Disorders in Children and Adolescents*, 15–24.

Sung, V., Hiscock, H., Sciberras, E., & Efron, D. (2008). Sleep problems in children with attention-deficit/hyperactivity disorder: prevalence and the effect on the child and family. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 162(4), 336–342.

Swanson, J. M., Cantwell, D., Lerner, M., McBurnett, K., & Hanna, G. (1991). Effects of Stimulant Medication on Learning in Children with ADHD. *Journal of Learning Disabilities*, 24(4), 219–230. <https://doi.org/10.1177/002221949102400406>

Tannock, R. (1998). Attention deficit hyperactivity disorder: Advances in cognitive, neurobiological, and genetic research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*. <https://doi.org/10.1017/S0021963097001777>

Tercyak, K. P., Lerman, C., & Audrain, J. (2002). Association of attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms with levels of cigarette smoking in a community sample of adolescents. *Journal of the American Academy of Child &*

Adolescent Psychiatry, 41(7), 799–805.

Thapar, A., Fowler, T., Rice, F., Scourfield, J., van den Bree, M., Thomas, H., ... Hay, D. (2003). Maternal smoking during pregnancy and attention deficit hyperactivity disorder symptoms in offspring. *American Journal of Psychiatry*, 160(11), 1985–1989.

Tiesler, C. M. T., & Heinrich, J. (2014). Prenatal nicotine exposure and child behavioural problems. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 23(10), 913–929.

Tirosh, E., Sadeh, A., Munvez, R., & Lavie, P. (1993). Effects of methylphenidate on sleep in children with attention-deficit hyperactivity disorder: an activity monitor study. *American Journal of Diseases of Children*, 147(12), 1313–1315.

Tonetti, L., Fabbri, M., & Natale, V. (2008). Sex difference in sleep-time preference and sleep need: A cross-sectional survey among Italian pre-adolescents, adolescents, and adults. *Chronobiology International*, 25(5), 745–759.

Townsend, L., Flisher, A. J., & King, G. (2007). A systematic review of the relationship between high school dropout and substance use. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 10(4), 295–317.

Tripp, G., & Wickens, J. R. (2009). Neurobiology of ADHD. *Neuropharmacology*. <https://doi.org/10.1016/j.neuropharm.2009.07.026>

Tsai, C.-S., Huang, Y.-S., Wu, C.-L., Hwang, F.-M., Young, K.-B., Tsai, M.-H., & Chu, S.-M. (2013). Long-term effects of stimulants on neurocognitive performance of Taiwanese children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *BMC Psychiatry*, 13(1), 330.

Unnever, J. D., & Cornell, D. G. (2003). Bullying, self-control, and ADHD. *Journal of Interpersonal Violence*, 18(2), 129–147.

Urner, M., Tornic, J., & Bloch, K. E. (2009). Sleep patterns in high school and university students: a longitudinal study. *Chronobiology International*, 26(6), 1222–1234.

Van der Heijden, K. B., Smits, M. G., & Gunning, W. B. (2005). Sleep-related disorders in ADHD: A review. *Clinical Pediatrics*, 44, 201–210. *Clinical*

Pediatrics, 44, 201–210.

van der Heijden, K. B., Smits, M. G., & Gunning, W. B. (2005). Sleep-related disorders in ADHD: a review. *Clinical Pediatrics*, 44(3), 201–210.

Van der Heijden, K. B., Smits, M. G., Someren, E. J. W. Van, & Boudewijn Gunning, W. (2005). Idiopathic chronic sleep onset insomnia in attention-deficit/hyperactivity disorder: a circadian rhythm sleep disorder. *Chronobiology International*, 22(3), 559–570.

Viggiano, D., Vallone, D., & Sadile, A. (2004). Dysfunctions in dopamine systems and ADHD: evidence from animals and modeling. *Neural Plasticity*, 11(1–2), 97–114.

Voinescu, B. I., Szentagotai, A., & David, D. (2012). Sleep disturbance, circadian preference and symptoms of adult attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Journal of Neural Transmission*, 119(10), 1195–1204.

Walters, A. S., Aldrich, M. S., Allen, R., Ancoli-Israel, S., Buchholz, D., Chokroverty, S., ... Feest, T. G. (1995). Toward a better definition of the restless legs syndrome. *Movement Disorders: Official Journal of the Movement Disorder Society*, 10(5), 634–642.

Wechsler, D. (1949). Wechsler intelligence scale for children.

Weiss, M. D., & Salpekar, J. (2010). Sleep problems in the child with attention-deficit hyperactivity disorder. *CNS Drugs*, 24(10), 811–828.

Weiss, M. D., Wasdell, M. B., Bomben, M. M., Rea, K. J., & Freeman, R. D. (2006). Sleep hygiene and melatonin treatment for children and adolescents with ADHD and initial insomnia. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 45(5), 512–519.

Werner, H., LeBourgeois, M. K., Geiger, A., & Jenni, O. G. (2009). Assessment of chronotype in four-to eleven-year-old children: reliability and validity of the Children's ChronoType Questionnaire (CCTQ). *Chronobiology International*, 26(5), 992–1014.

Wicks-Nelson, R., & Israel, A. C. (2003). *Behavior disorders of childhood, 5th ed. Behavior disorders of childhood, 5th ed.* Upper Saddle River, NJ, US: Prentice Hall/Pearson Education.

- Wilens, T. E., Biederman, J., Brown, S., Tanguay, S., Monuteaux, M. C., Blake, C., & Spencer, T. J. (2002). Psychiatric comorbidity and functioning in clinically referred preschool children and school-age youths with ADHD. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41(3), 262–268.
- Willcutt, E. G. (2012). The Prevalence of DSM-IV Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Meta-Analytic Review. *Neurotherapeutics*, 9(3), 490–499. <https://doi.org/10.1007/s13311-012-0135-8>
- Wittmann, M., Dinich, J., Merrow, M., & Roenneberg, T. (2006). Social jetlag: misalignment of biological and social time. *Chronobiology International*, 23(1–2), 497–509.
- Xu, X., Breen, G., Chen, C.-K., Huang, Y.-S., Wu, Y.-Y., & Asherson, P. (2010). Association study between a polymorphism at the 3'-untranslated region of CLOCK gene and attention deficit hyperactivity disorder. *Behavioral and Brain Functions*, 6(1), 48. <https://doi.org/10.1186/1744-9081-6-48>
- Yorbık, Ö., Kırmızıgül, P., Demirkan, S., & Söhmen, T. (2003). Breast Feeding Duration in Children with Attention deficit Hyperactivity Disorder. *Turkish Journal of Child and Adolescent Mental Health*, 10(3), 115–120.
- Zambrano-Sánchez, E., Martínez-Cortés, J. A., Rió-Carlos, Y. del, Martínez-Wbaldo, M. del C., & Poblano, A. (2010). Executive dysfunction screening and intellectual coefficient measurement in children with attention deficit hyperactivity disorder. *Archivos de Neuro-Psiquiatria*, 68(4), 545–549.
- Zametkin, A. J., & Rapoport, J. L. (1987). Neurobiology of attention deficit disorder with hyperactivity: where have we come in 50 years? *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 26(5), 676–686.
- Zavada, A., Gordijn, M. C. M., Beersma, D. G. M., Daan, S., & Roenneberg, T. (2005). Comparison of the Munich Chronotype Questionnaire with the Horne-Östberg's morningness-eveningness score. *Chronobiology International*, 22(2), 267–278.
- Zhang, L., Chang, S., Li, Z., Zhang, K., Du, Y., Ott, J., & Wang, J. (2012). ADHDgene: A genetic database for attention deficit hyperactivity disorder. *Nucleic Acids Research*, 40(D1). <https://doi.org/10.1093/nar/gkr992>

Zimmermann, L. K. (2011). Chronotype and the transition to college life. *Chronobiology International*, 28(10), 904–910.

Zimmermann, L. K. (2016). The influence of chronotype in the daily lives of young children. *Chronobiology International*, 33(3), 268–279.



8 EKLER

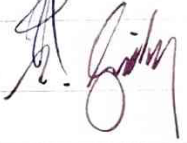
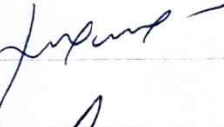
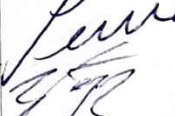
Etik kurul onayı





Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

BAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU	09.2017.414
	PROJE ADI	Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) Olan Ergenlerde Kronotip, Uyku ve Riskli Davranış İlişkinin Araştırılması
	SORUMLU ARAŞTIRICI ÜNVANI/ADI	Yrd. Doç. Dr. Aliye Tuğba BAHADIR

Tarih 02.06.2017		Yukarıda başvuru bilgileri verilen araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve gerçekleştirilmesinde sakınca bulunmadığı için Kurulumuzca onaylanmasına oy birliği ile karar verilmiştir. Onay sonrasında yapılacak her türlü proje değişiklikleri (katılımcılar, başlık vb.) veya protokol değişikliklerinin Etik Kurula bildirilerek proje onayının yenilenmesi gerekmektedir					
ÜYELER							
Unvanı / Adı / Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu / EK Üyeligi	Onaylanan Proje ile ilişkisi		Toplantıya katılım		İmza
Prof.Dr. Hauer DİREKENELİ	Romatoloji	M.Ü Tıp Fakültesi/ Başkan	Var	Yok	☒ Evet	☐ Hayır	
Prof.Dr. Tülin ERGUN	Dermatoloji	M.Ü Tıp Fakültesi/Başkan Yrd.	Var	Yok	☒ Evet	☐ Hayır	
Prof. Dr. Şefik GÖRKEY	Tıp Tarihi ve Etik	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var	Yok	☒ Evet	☐ Hayır	
Prof.Dr. Handan KAYA	Patoloji	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var	Yok	☒ Evet	☐ Hayır	
Prof.Dr. M.Bahadır GÜLLÜOĞLU	Genel Cerrahi	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var	Yok	☒ Evet	☐ Hayır	
Prof.Dr. Atilla KARAAALP	Farmakoloji	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var	Yok	☒ EVET	☐ HAYIR	
Prof.Dr. Semra SARDAS	Eczacı	M.Ü Eczacılık Fak./Üye	Var	Yok	☒ Evet	☐ Hayır	
Prof.Dr. Başak DOĞAN	Diş Hekimi	M.Ü Diş Hekimliği Fak./Üye	Var	Yok	☒ Evet	☐ Hayır	
Prof. Dr. Beste Melek ATASOY	Radyasyon Onkolojisi	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var	Yok	☒ Evet	☐ Hayır	
Doç. Dr. Elif KARAKOÇ AYDINER	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var	Yok	☒ Evet	☐ Hayır	
Doç.Dr. Meltem KORAY	Diş Hekimi	İstanbul Üniv. Diş Hekimliği Fak./Üye	Var	Yok	☒ Evet	☐ Hayır	
Doç. Dr. Gürkan SERT	Hukukçu	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var	Yok	☒ Evet	☐ Hayır	
Yrd.Doç.Dr: Figen DEMİR	Halk Sağlığı	Acıbadem Üniv. Tıp Fak.	Var	Yok	☒ Evet	☐ Hayır	
Yrd.Doç.Dr. Pınar Mega TİBER	Biyofizik	M.Ü Tıp Fakültesi/Üye	Var	Yok	☒ Evet	☐ Hayır	
Gözde Aynur MİRZA	Sağlık Mensubu olmayan kişi	Serbest	Var	Yok	☒ Evet	☐ Hayır	

Okul Araştırma İzni





T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Millî Eğitim Müdürlüğü

Sayı : 59090411-44-E.1011362
Konu: Anket ve Araştırma İzin Talebi

15.01.2018

Sayın: Dr. Esra ATASOY SUBAŞI

İlgi: a) 22.12.2017 tarihli ve 22150710 Gelen Evrak No'lu dilekçeniz.
b) Valilik Makamının 12.01.2018 tarih ve 910195 sayılı oluru.

"Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) Olan Ergenlerde Kronotip, Uyku ve Riskli Davranış İlişkisinin Araştırılması" konulu teziniz hakkındaki ilgi (a) dilekçe ve ekleri ilgi (b) valilik onayı ile uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve söz konusu talebiniz; bilimsel amaç dışında kullanmaması, **uygulama sırasında bir örneği müdürlüğümüzde muhafaza edilen mühürlü ve imzalı veri toplama araçlarının kurumlarımıza araştırmacı tarafından ulaştırılarak uygulanması**, katılımcıların gönüllülük esasına göre seçilmesi, araştırma sonuç raporunun müdürlüğümüzden izin alınmadan kamuoyuyla paylaşılması koşuluyla, gerekli duyurunun araştırmacı tarafından yapılması, okul idarecilerinin denetim, gözetim ve sorumluluğunda, eğitim-öğretimi aksatmayacak şekilde ilgi (b) Valilik Onayı doğrultusunda uygulanması ve işlem bittikten sonra 2 (iki) hafta içinde sonuçtan Müdürlüğümüz Strateji Geliştirme Bölümüne rapor halinde bilgi verilmesini rica ederim.

M. Nurettin ARAS
Müdür a.
Müdür Yardımcısı

EK:1- Valilik Onayı
2- Ölçekler

İl Millî Eğitim Müdürlüğü Binbirdirek M. İmran Öktem Cad.
No:1 Eski Adliye Binası Sultanahmet Fatih/İstanbul
E-Posta: sgb34@meb.gov.tr

A. BALTA VHKİ
Tel: (0 212) 455 04 00-239
Faks: (0 212) 455 06 52

Bu evrak güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır. <https://evraksorgu.meb.gov.tr> adresinden 777b-989d-3e12-a872-6a62 kodu ile teyit edilebilir.

Hasta Bilgilendirme ve onam formları

HASTA BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

ARAŞTIRMANIN ADI:

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) Olan Ergenlerde Kronotip, Uyku ve Riskli Davranış İlişkisinin Araştırılması

Bir araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını bilgilerinizin nasıl kullanılacağını çalışmanın neleri içerdiğini ve olası yararlarını risklerini ve rahatsızlık verebilecek konuları anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız ve eğer istiyorsanız özel veya aile doktorunuzla konuyu değerlendiriniz.

BU ÇALIŞMAYA KATILMAK ZORUNDA MIYIM?

Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Eğer çalışmaya katılmaya karar verirsiniz imzalamanız için size bu Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu verilecektir. Katılmaya karar verirsiniz, çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz. Bu durum sizin aldığınız tedavinin standardını etkilemeyecektir. Eğer isterseniz, bu klinik çalışmaya katılımınızla ilgili olarak hekiminiz bilgilendirilecektir.

ÇALIŞMANIN KONUSU VE AMACI NEDİR?

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB); dikkatsizlik, hiperaktivite ve dürtüsellikle karakterize bir nöro gelişimsel bozukluk olup, çocuk ve ergenlerde sık görülen ruhsal rahatsızlıktır ve duygu regülasyonu sorunları sıklıkla görülmektedir. Çalışmamızda; DEHB olan çocuklarda; uyku ,günlük ritim ve riskli davranış ilişkisinin ölçeklerle araştırılması hedeflenmiştir.

ÇALIŞMA İŞLEMLERİ: Araştırma sürecinde, araştırmayı sürdüren hekim tarafından sizinle ve çocuğunuzla görüşülecek, çocuğunuza zeka değerlendirilmesi yapılacak, ayrıca sizden, çocuğunuzdan ve çocuğunuzun

öğretmeninden bazı formları doldurmanız istenecektir. Bu formlarla ilgili ayrıntılı bilgi araştırmacılar tarafından verilecektir.

BENİM NE YAPMAM GEREKİYOR?

Çalışma doktorunuzun talimatlarına uymaya, randevu ve vizitelere katılmaya ve yukarıda anlatılan çalışmayla ilgili tüm işlemlere uymaya istekli olmalısınız. Çalışma doktorunuzu ziyarete belirlenen günlerde gelmelisiniz ve bir sonraki ziyaretiniz de, ziyaretten ayrılmadan önce planlanmalıdır. Yine çalışmadan önce veya çalışma sırasında aldığınız başka herhangi bir tıbbi tedaviyi de çalışma doktoruna söylemeniz önemlidir.

ÇALIŞMAYA KATILMAMIN NE GİBİ OLASI YAN ETKİLERİ, RİSKLERİ VE RAHATSIZLIKLARI VARDIR?

Çalışmaya katılmanın hiçbir yan etki, risk veya rahatsızlıkları yoktur.

ÇALIŞMAYA KATILMANIN OLASI YARARLARI NELERDİR?

Bu konu ile ilgili çalışmaların DEHB tanısı almış olan çocuk ve ergenlerin yaşamlarının güncel ve gelecekteki dönemlerinde koruyucu yaklaşımların ve tedavi modellerinin geliştirilmesi açısından yararlı olacağı düşünülmektedir.

ÇALIŞMAYA KATILMAMIN MALİYETİ NEDİR?

Herhangi bir maliyeti bulunmamaktadır.

ÇALIŞMADAN AYRILMAMI GEREKTİRECEK DURUMLAR:

Wechsler Çocuklar İçin Zeka Ölçeğinde (WISC-R); zeka bölümü 80'nin altında olması, belirgin öğrenme güçlüğü'nün olması, ciddi kronik medikal hastalığın olması, duygudurum bozukluğu olması, yaygın gelişimsel bozukluk tanısı alması (otizm ...vs), psikotik bozukluk tanısı almış olması, nörolojik bozukluğu (epilepsi...vs) olması, travmatik beyin hasarı öyküsü olması çalışmadan ayrılmanızı gerektirecektir.

YENİ BİLGİLER ÇALIŞMADAKİ ROLÜMÜ NASIL ETKİLEYEBİLİR?

Çalışma sürerken ortaya çıkmış olan bütün yeni bilgiler bana derhal iletilecektir.

KATILIMCININ BEYANI:

Sayın Dr. ESRA ATASOY SUBAŞI tarafından Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi A.B.D.'de tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim.

Eğer bu araştırmaya katılırsam hekim ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağının bilincindeyim. Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi amacıyla araştırmacı tarafından araştırmadan çıkartılabileceğimi de biliyorum. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır. İster doğrudan, ister dolaylı olsun araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorununun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi. Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğimi biliyorum. Araştırma sırasında bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda; Dr. ESRA ATASOY SUBAŞI, Fevzi Çakmak Mah, Muhsin Yazıcıoğlu Cad. No:10 Üst Kaynarca-Pendik / İstanbul adresindeki, Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği'nden veya (216) 6570606-8105 numaralı telefonda ulaşabileceğimi biliyorum. Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımına ve hekim ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde

“katılımcı” olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. İmzalamış bulunduğum bu form kâğıdının bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcının Adı Soyadı:

Ebeveynin Adı Soyadı:

İmzası:

imzası:

GÖNÜLLÜ ONAY FORMU

Yukarıda, gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri gösteren metni okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Ebeveynin; Adı-soyadı:

Adresi: (varsa telefon no.)

İmza:

Açıklamaları yapan araştırmacının; Adı-soyadı:

İmza:

Rıza alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin;

Adı-soyadı:

Görevi:

İmzası:

HASTA ÇOCUK GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

ARAŞTIRMANIN ADI: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB)
Olan Ergenlerde Kronotip, Uyku ve Riskli Davranış İlişkisinin Araştırılması

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu(DEHB);dikkat dağınıklığı ve/veya dikkat süresinin kısalığı, hiperaktivite ve dürtüsellik (Sırasını bekleme güçlüğü, başkalarının sözünü kesme, oyunun arasına girme, sorulan soru tamamlanmadan cevabını verme gibi...) belirtilerini içerir.Çalışmamızda;

DEHB olan çocuklarda; uyku ,günlük ritim ve riskli davranış ilişkisinin ölçeklerle araştırılması hedeflenmiştir.

Bunu yapabilmek için Çocuk Psikiyatrisi polikliniğine başvuran DEHB tanısı alan çocuklarla, Milli Eğitim tarafından çalışma yapmak için onay alınmış bir ilköğretim okulundaki DEHB tanısı olmayan çocukları karşılaştırmaya karar verdik.

Gönüllü isen ve bu çalışmaya katılmayı kabul edersen; seninle ve ebeveynlerinle görüşme yapılacak, sana bazı ölçekler uygulanacaktır. Ebeveynlerinin de seninle ilgili ölçekler doldurması istenecektir.

Bu çalışmanın sana bir zararı yoktur.

Bu çalışma sadece gönüllü olarak çalışmamıza katılmayı isteyenlerle gerçekleştirilecektir.

Bu çalışma ve seninle ilgili tüm bilgiler saklı tutulacaktır.

Çalışma ile ilgili aklına takılan bir soru veya yaşadığın bir sorun olursa 02166570606-8105 telefon numaralarından araştırmacı Dr. ESRA ATASOY SUBAŞI'na ulaşabilirsin.

KATILIMCININ BEYANI:

Dr.ESRA ATASOY SUBAŞI tarafından Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi Anabilim Dalı'nda tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim.

Eğer bu araştırmaya katılırsam hekim ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizli kalacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi. Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. Araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle bir sağlık sorunumun ortaya çıkma her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda bilgi verildi.

Araştırma sırasında bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda Dr. ESRA ATASOY SUBAŞI'na, Fevzi Çakmak Mah, Muhsin Yazıcıoğlu Cad. No:10 Üst Kaynarca -Pendik / İstanbul adresindeki, Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim

ve Araştırma Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği’nden veya (216) 6570606-8105 numaralı telefonda ulaşabileceğimi biliyorum. Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımına ve hekim ile olan ilişkime herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde “katılımcı” olarak yer alma kararını aldım.

Katılımcının Adı Soyadı:

İmzası:

GÖNÜLLÜ ONAY FORMU

Yukarıda, gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri gösteren metni okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün;

Adı-soyadı:

Adresi: (varsa telefon no.)

İmza:

Açıklamaları yapan araştırmacının;

Adı-soyadı:

İmza:

Rıza alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin;

Adı-soyadı:

Görevi:

İmzası:



SAĞLIKLI GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

ARAŞTIRMANIN ADI:

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) Olan Ergenlerde Kronotip, Uyku ve Riskli Davranış İlişkisinin Araştırılması

Bir araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını bilgilerinizin nasıl kullanılacağını çalışmanın neleri içerdiğini ve olası yararlarını risklerini ve rahatsızlık verebilecek konuları anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız ve eğer istiyorsanız özel veya aile doktorunuzla konuyu değerlendiriniz.

BU ÇALIŞMAYA KATILMAK ZORUNDA MIYIM?

Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Eğer çalışmaya katılmaya karar vererseniz imzalamanız için size bu Bilgilendirilmiş Gönüllü

Olur Formu verilecektir. Katılmaya karar verirsiniz, çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz. Bu durum sizin aldığınız tedavinin standardını etkilemeyecektir. Eğer isterseniz, bu klinik çalışmaya katılımınızla ilgili olarak hekiminiz bilgilendirilecektir.

ÇALIŞMANIN KONUSU VE AMACI NEDİR?

Dikkat eksikliği Hiperaktivite bozukluğu (DEHB); dikkatsizlik, hiperaktivite ve dürtüsellikle karakterize bir nörogelişimsel bozukluk olup, çocuk ve ergenlerde sık görülen ruhsal rahatsızlıktır ve duygu regülasyonu sorunları sıklıkla görülmektedir. Çalışmamızda; DEHB olan çocuklarda; ; uyku ,günlük ritim ve riskli davranış ilişkisinin ölçeklerle araştırılması hedeflenmiştir.

.

.

ÇALIŞMA İŞLEMLERİ:

Araştırma sürecinde, araştırmayı sürdüren hekim tarafından sizinle ve çocuğunuzla görüşülecek, çocuğunuza zeka değerlendirilmesi yapılacak, ayrıca sizden, çocuğunuzdan ve çocuğunuzun öğretmeninden bazı formları doldurmanız istenecektir. Bu formlarla ilgili ayrıntılı bilgi araştırmacılar tarafından verilecektir.

BENİM NE YAPMAM GEREKİYOR?

Çalışma doktorunuzun talimatlarına uymaya, randevu ve vizitelere katılmaya ve yukarıda anlatılan çalışmayla ilgili tüm işlemlere uymaya istekli olmalısınız. Çalışma doktorunuzu ziyarete belirlenen günlerde gelmelisiniz ve bir sonraki ziyaretiniz de, ziyaretten ayrılmadan önce planlanmalıdır. Yine çalışmadan önce veya çalışma sırasında aldığınız başka herhangi bir tıbbi tedaviyi de çalışma doktoruna söylemeniz önemlidir.

ÇALIŞMAYA KATILMAMIN NE GİBİ OLASI YAN ETKİLERİ, RİSKLERİ VE RAHATSIZLIKLARI VARDIR?

Çalışmaya katılmanın hiçbir yan etki, risk veya rahatsızlıkları yoktur.

ÇALIŞMAYA KATILMANIN OLASI YARARLARI NELERDİR?

Bu konu ile ilgili çalışmaların DEHB tanısı almış olan çocuk ve ergenlerin yaşamlarının güncel ve gelecekteki dönemlerinde koruyucu yaklaşımların ve tedavi modellerinin geliştirilmesi açısından yararlı olacağı düşünülmektedir.

ÇALIŞMAYA KATILMAMIN MALİYETİ NEDİR?

Herhangi bir maliyeti bulunmamaktadır.

ÇALIŞMADAN AYRILMAMI GEREKTİRECEK DURUMLAR:

Wechsler Çocuklar İçin Zeka Ölçeğinde (WISC-R); zeka bölümü 80'nin altında olması, belirgin öğrenme güçlüğü'nün olması, ciddi kronik medikal hastalığın olması, duygudurum bozukluğu tanısı almış olması, yaygın gelişimsel bozukluk tanısı alması (otizm ...vs), psikotik bozukluk tanısı almış olması, nörolojik bozukluğu (epilepsi...vs) olması, travmatik beyin hasarı öyküsü olması çalışmadan ayrılmanızı gerektirecektir.

YENİ BİLGİLER ÇALIŞMADAKİ ROLÜMÜ NASIL ETKİLEYEBİLİR?

Çalışma sürerken ortaya çıkmış olan bütün yeni bilgiler bana derhal iletilecektir.

KATILIMCININ BEYANI:

Sayın Dr.ESRA ATASOY SUBAŞI tarafından Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi A.B.D.'de tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim. Eğer bu araştırmaya katılırsam hekim ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılabileceğine inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi. Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağının bilincindeyim. Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi

amacıyla araştırmacı tarafından araştırmadan çıkartılabileceğimi de biliyorum. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır. İster doğrudan, ister dolaylı olsun araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorununun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi. Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğimi biliyorum. Araştırma sırasında bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda; Dr. ESRA ATASOY SUBAŞI'na, Fevzi Çakmak Mah, Muhsin Yazıcıoğlu Cad. No:10 Üst Kaynarca-Pendik / İstanbul adresindeki, Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve 20

Hastalıkları Polikliniği'nden veya (216) 6570606-8105 telefon numarasından ulaşabileceğimi biliyorum. Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımına ve hekim ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum. Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde “katılımcı” olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. İmzalamış bulunduğum bu form kâğıdının bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcının Adı Soyadı: İMZA:

Ebeveynin Adı Soyadı: İMZA:

GÖNÜLLÜ ONAY FORMU Yukarıda, gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri gösteren metni okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Ebeveynin; Adı-soyadı:

Adresi: (varsa telefon no.)

İmza:

Açıklamaları yapan araştırmacının;

Adı-soyadı:

İmza:

Rıza alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin;

Adı-soyadı:

Görevi:

İmza:



SOSYODEMOGRAFİK BİLGİ FORMU:

Adı Soyadı:

Görüşme tarihi:

Cinsiyeti: 1: kız 2: erkek

Dosya No:

Doğum tarihi:

Tel:

El tercihi: Sağ: 1 Sol: 2
ilçe:

Oturulan semt/

Ailenin kaçınıcı çocuğu olduğu:

Başvuru yakınması:

- 1-dikkat eksikliği
- 2-aşırı hareketlilik
- 3-dürtüsellik
- 4-motor veya vokal tikler
- 5-mutsuzluk
- 6-takıntılar
- 7-karşı gelme
- 8-davranım problemleri
- 9-algılama güçlüğü
- 10-öğrenme güçlüğü
- 11-diğer, açıklayınız...

Anne: Adı:

Yaşı:

Öğrenim durumu:

1. Okuma-yazma yok 2. O-Y var, okula gitmemiş 3. İlkokul 4. Ortaokul 5. Lise 6. Üniversite

Mesleği:

Sağlık problemi: 0:yok 1:var (açıklayınız)....

Psikiyatrik tanı: 0:yok 1:var (açıklayınız)

Baba: Adı:

Yaşı:

Öğrenim durumu:

1. Okuma-yazma yok 2. O-Y var, okula gitmemiş 3. İlkokul 4. Ortaokul 5. Lise 6. Üniversite

Mesleği:

Sağlık problemi: 0:yok 1:var(açıklayınız)....

Psikiyatrik tanısı: 0:yok 1:var(açıklayınız)

Anne-Baba:

1. Birlikte 2. Ayrı 3. Anne/Baba ölümü
4. Boşanmış

Akrabalık: 0: yok 1: var

Anne-baba-çocuk(lar) dışında evde yaşayan kişi var mı? 0: yok 1: var
(açıklayınız)...

Ailenin aylık net geliri:

1. 1000 TL nin altında 2. 1000-2500 TL arasında 3. 2500-5000 TL 4.
5000 TL nin üzerinde

Ekonomik durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?

1. 1. Kötü 2. orta 3. iyi

ÖZGEÇMİŞ:

Gebelik süresince sigara/alkol kullanımı: 0:yok 1:var

Annenin ve babanın doğumdaki yaşı:

Gebelik sırasında, doğum sırasında ve yeni doğan döneminde problem var mı:
0:yok 1:var(...

Erken doğum öyküsü var mı? kaç haftalık doğdu?

Ne kadar anne sütü almış:

Gelişim:

Kelime: Cümle: Yürüme:
Tuvalet eğitimi :

Yuva eğitimi: 0: yok 1: var (süresi)..

Okuma-Yazma ne zaman:
1:Var/ 0:Yok

Sınıf tekrarı:

Kronik tıbbi hastalığı var mı? 0-yok 1-var (açıklayınız) ...

Kronik tıbbi hastalık nedeniyle ilaç kullanıyor mu? 0-hayır 1-evet (açıklayınız)
...

Nörolojik hastalığı var mı, 0-yok 1-var (açıklayınız) ...

Travmatik beyin hasarı öyküsü 0-yok 1-var

Kardeşlerinin psikiyatrik hastalığı var mı? 0:Hayır 1:evet (açıklayınız):

Kardeşlerinin sağlık problemi var mı? 0: hayır 1: Evet: (kaçıncı
çocuk/hastalığı/uzun süreli hastane yatışı)

Ailede sağlık problemi olan biri(leri) var mı? 0:Hayır 1:Evet (açıklayınız):

Ailede psikiyatrik hastalığı olan biri(leri) var mı? 0:Hayır 1:Evet (açıklayınız):

Hergün ekran(televizyon, bilgisayar, telefon , tablet gibi) kullanımı olur mu: 0:hayır
1: evet

Evetse günde kaç saat ekrana maruz kalır? 1. 1 saatin altında 2. 1-3 saat 3. 3
saatin üzerinde

Günlük ortalama uyku süresi saat

DEHB belirtilerinin ilk başladığı yaş :

DEHB nedeniyle ilaç kullanmış mı? 0:Hayır 1: Evet (açıklayınız):

DEHB nedeniyle psikososyal tedavi almış mı? 0:Hayır 1: Evet (açıklayınız)

Davranış sorunları nedeniyle psikososyal tedavi almış mı? 0:Hayır 1: Evet
(açıklayınız)

CONNER'S AİLE DEĞERLENDİRME FORMU

Tarih:

Çocuğun Adı Soyadı :

Doğum Tarihi:

Lütfen bütün soruları cevaplayınız. Sorunun derecesine en uygun tanımın altını (X) ile işaretleyiniz. Teşekkürler.

	Hiç yok	Biraz	Oldukça fazla	çok fazla
1. Cildinin, vücudunun veya eşyalarının bazı kısımlarıyla oynar veya yolar (ör: tırnaklar, parmaklar, saçlar veya kıyafetler)				
2. Kendinden yaşça büyüklere karşı küstahça davranır.				
3. Arkadaş edinmekte veya arkadaşlığı devam ettirmekte sorunları vardır.				
4. Kolayca heyecanlanır, düşünmeden hareket eder.				
5. Faaliyetlerde hep başı çekmek ister.				
6. Parmağını, kıyafetinin veya battaniyesinin bir kenarını emer veya çiğner.				
7. Sık sık veya kolayca ağlar.				
8. Kavgaya hazırdır, öfkesi burnundadır.				
9. Hayale dalıp gider, hayal kurar.				
10. Öğrenme güçlüğü çeker.				
11. Yerinde rahat duramaz, kıpır kıpırdır.				
12. Yeni durumlara ve ortamlara girmekten, yeni kişilerle karşılaşmaktan, okula gitmekten korkar.				
13. Yerinde duramaz, her an hareket halindedir.				
14. Zarar vericidir (eşyalara).				
15. Gerçekle ilgisi olmayan hikayeler uydurur				

veya yalan söyler.				
16. Utangaçtır.				
17. Yaşıtlarına göre başı daha çok derde girer.				
18. Yaşıtlarına göre konuşması farklıdır (ör: bebedeksi konuşma, kekeleme; anlaşılması güç konuşma)				
19. Hatalarını inkar eder veya başkalarını suçlar.				
20. Kavgacıdır.				
21. Somurtur, surat asar veya küser.				
22. Çalma huyu vardır.				
23. Kurallara uymaz veya uyarken gönülsüzdür.				
24. Diğer çocuklara göre daha endişelidir (yalnızlık, hastalık ve ölümle ilgili).				
25. İşlerini bitirmekte zorlanır.				
26. Çabuk kırıılır veya gücenir.				
27. Kendinden yaşça küçük veya zayıfları ezer.				
28. Tekrarlayıcı bir hareketi/faaliyeti durdurmakta güçlük çeker				
29. Merhametsizdir.				
30. Çocuksudur, yaşına uygun davranmaz (sürekli yardım ister, eteğine yapışır, sürekli güvenlik arayışı içindedir).				
31. Dikkatini belli bir süre bir konu üzerinde toplayamaz, dikkatini sürdürmekte zorluk çeker.				
32. Baş ağrıları vardır.				
33. Mizacı ya da duyguları ani ve belirgin olarak değişir.				
34. Kuralları ve sınırları sevmez, onlara uymaz.				
35. Sürekli kavga eder.				
36. Kardeşi, abi veya ablasıyla iyi geçinemez.				
37. Zorluklar karşısında morali çabuk bozulur, kolayca pes eder.				
38. Diğer çocukları rahatsız eder.				
39. Temelde mutsuz bir çocuktur.				
40. Yeme sorunları vardır (iştahı yoktur, iki lokma arasında sofradan kalkar, dolaşır)				
41. Mide ağrıları vardır.				
42. Uyku sorunları vardır (uykuya dalmakta				

güçlük çeker, çok erken veya gece yarısı uyanır)				
43. Vücudunda başka ağrıları da vardır.				
44. Mide bulantısı veya kusma şikayeti vardır.				
45. Ailede hakkının yenildiğinin hissine kapılır.				
46. Övünür, yüksekten atar.				
47. Kendisine kötü davranılmasına ses çıkarmaz.				
48. Bağırsakları sık sık bozulur. Tuvalet alışkanlığı düzensizdir, kabız kalır.				



SNAP IV (DEHB değ erlendirmesi için belirti listesi)

	Hiç Yok	çok az	Oldukça fazla	çok fazla
1) �o�u zaman dikkatini ayrıntılara veremez; okul ödevlerinde, i�lerinde ya da diğer etkinliklerde dikkatsizce hatalar yapar.				
2) �o�u zaman üzerine aldığı görevlerde ya da oyunlarda dikkatini sürdürmekte güçlük çeker.				
3) Onunla konu�uldu�unda çoğu zaman dinlemiyormu� gibi görünür.				
4) �o�u zaman yönergeleri izleyemez ve okul ödevlerini, ufak tefek i�lerini veya işyerindeki görevlerini tamamlayamaz. (karşıt olma bozukluğuna veya yönergeleri anlamaya ba�lı değildir.)				
5) �o�u zaman üzerine aldığı görevleri ve etkinlikleri düzenlemekte zorluk çeker.				
6) �o�u zaman uzun süreli zihinsel u�ra� gerektiren etkinliklerden kaçınır, bunları sevmez ya da bunlarda yer almaya karşı isteksizdir.				
7) �o�u zaman üzerine aldığı görevleri ve etkinlikler için gerekli olan şeyleri kaybeder. (�r: Oyuncaklar, okul ödevleri, kalemleri vb)				

8) oğu zaman dikkati dış uyarınlarla kolaylıkla dağılır.				
9) Günlük etkinliklerde çoğu zaman unuttandır.				
10) oğu zaman elleri ayakları kıpır kıpırdır ya da oturduğu yerde kıpırdanır durur.				
11) oğu zaman sınıfta ya da oturması beklenen diğer durumlarda oturduğu yerden kalkar.				
12) oğu zaman aşırı düzeyde koşuşturup durur ya da tırmanır.				
13) oğu zaman sakin bir biçimde boş zamanlarını geçirme, etkinliklere katılma ya da oyun oynama zorluğu vardır.				
14) oğu zaman hareket halindedir ya da bir motor takılmış gibi davranır.				
15) oğu zaman çok konuşur.				
16) oğu zaman sorulan soru tamamlanmadan cevabını yapıştırır.				
17) oğu zaman sırasını beklemekte güçlük çeker.				
18) oğu zaman başkalarının sözünü keser ya da yaptıklarının arasına girer.				

ÇOCUKLUK DÖNEMİ KRONOTİP ANKETİ (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, derslane, 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, derslane, kurs gibi) günlerdeki uyku/uyanma düzeni sorgulanmaktadır. Lütfen soruları cevaplarken çocuğunuzun son birkaç haftadaki davranışlarını göz önüne alınız. Eğer sorulan durum değişebiliyorsa (örneğin derslaneye 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. *Çocuğunuz 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

**T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
MARMARA ÜNİVERSİTESİ PENDİK EĞİTİM ARAŞTIRMA
HASTANESİ**

Sayın Öğretmen.

Sınıfınız Öğrencilerinden

.....
Çocuk psikiyatrisi polikliniğimize başvurmuş ve incelemeye alınmıştır.
Çocuğun okul yaşamı ile ilgili aşağıdaki soruları yanıtlayarak
göndermeniz rica olunur.

İşbirliğiniz için teşekkür ederiz .

OKUL BAŞARISI

(Okula ve derslere ilgisi öğrenme sorunları, dikkati)

ÖĞRETMEN VE ARKADAŞLARIYLA UYUMU

(Kavgacı, pasif, oyunlara katılır, isyankar.....)

CONNER'S ÖĞRETMEN FORMU

Tarih:

Öğrencinin Adı Soyadı :

Lütfen her cümle için en uygun durumu işaretleyiniz. Teşekkürler.

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

GENEL KLİNİK DEĞERLENDİRME

DİKKAT EKSİKLİĞİ AŞIRI HAREKETLİLİK BOZUKLUĞU (DEAH)

(YALE CHILD STUDY CENTER, REVISED)

Geçen haftaki davranışların tümünü değerlendirin. Bu değerlendirmeyi elinizdeki tüm klinik bilgileri (görüşmelerde elde ettiğiniz gözlemleri, raporları, standardize edilmiş ölçeklerin sonuçlarını) göz önüne alarak yapın.

NORMAL Dikkatsizlik, dürtüsellik veya aşırı hareketlilik belirtileri tanımlanmamıştır.

SINIRDA Dikkatsizlik ve/veya dürtüsellik ve/veya aşırı hareketlilik belirtileri gelip geçici, arasıra ve nadirdir, işlevsellikte bozulmaya yol açmazlar. DSM-IV'deki DEAH tanı kriterlerini karşılamazlar.

HAFİF Belirtiler, DSM-IV'deki DEAH tanı kriterlerini karşılamak için yeterlidir. Davranışları; ileri düzeyde yapılandırılmamış ortamlarda, organize ve duruma uygundur. Ortalama ev veya sınıf şartlarında, çok hafif bozulmayla birlikte, işlevselliğini sürdürür.

ORTA Belirtiler, zaman veya durum değişikliklerine göre farklılıklar gösterir. Davranışların organize ve duruma uygun olabilmesi için, ortam şartlarının bir miktar yapılandırılması gerekir. Genellikle teke tek denetim gerektirmez.

BELİRGİN Davranışların iyi bir şekilde organize ve duruma uygun olabilmesi için, ortam şartlarının oldukça yapılandırılmış olması gerekir.

AĞIR Dikkatsizlik, dürtüsellik veya aşırı hareketlilik belirtileri yaygındır ve oldukça siktir. Genellikle teke tek denetim gerektirir.

ÇOK AĞIR Dikkatsizlik, dürtüsellik veya aşırı hareketlilik belirtilerinin sürekli ve yaygın olması nedeniyle evde veya okulda işlevselliğini sürdüremez. 24 saat sürekli denetim gerektirir.

ÇOCUKLAR İÇİN DEPRESYON ÖLÇEĞİ

Adı Soyadı:

Tarih:

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

A) 1. Kendimi arada sırada üzgün hissederim.

2. Kendimi sık sık üzgün hissederim.

3. Kendimi her zaman üzgün hissederim.

B) 1. İşlerim hiçbir zaman yolunda gitmeyecek.

2. İşlerimin yolunda gidip gitmeyeceğinden emin değilim.

3. İşlerim yolunda gidecek.

C) 1. İşlerimin çoğunu doğru yaparım.

2. İşlerimin bir çoğunu yanlış yaparım.

3. Her şeyi yanlış yaparım.

D) 1. Birçok şeyden hoşlanırım.

2. Bazı şeylerden hoşlanırım.

3. Hiçbir şeyden hoşlanmam.

E) 1. Her zaman kötü bir çocuğum.

2. Çoğu zaman kötü bir çocuğum.

3. Arada sırada kötü bir çocuğum.

F) 1. Arada sırada başıma kötü bir şeylerin geleceğini düşünüyorum.

2. Sık sık başıma kötü bir şeylerin geleceğinden endişelenirim.

3. Başıma kötü şeyler geleceğinden eminim.

G) 1. Kendimden nefret ederim.

2. Kendimi beğenmem.

3. Kendimi beğenirim.

H) 1. Bütün kötü şeyler benim hatam.

2. Kötü şeylerin bazıları benim hatam.

3. Kötü şeyler genellikle benim hatam değil.

I) 1. Kendimi öldürmeyi düşünmem.

2. Kendimi öldürmeyi düşünürüm ama yapmam.
3. Kendimi öldürmeyi düşünüyorum.

- i)**
1. Her gün içimden ağlamak gelir.
 2. Bir çok günler içinden ağlamak gelir.
 3. Arada sırada içimden ağlamak gelir.

- J)**
1. Her şey her zaman beni sıkır.
 2. Her şey sık sık beni sıkır.
 3. Her şey arada sırada beni sıkır.

- K)**
1. İnsanlarla beraber olmaktan hoşlanırım.
 2. Çoğu zaman insanlara beraber olmaktan hoşlanmam.
 3. Hiçbir zaman insanlarla beraber olmaktan hoşlanmam.

- L)**
1. Her hangi bir şey hakkında karar veremem.
 2. Her hangi bir şey hakkında karar vermek zor gelir.
 3. Her hangi bir şey hakkında kolayca karar veririm.

- M)**
1. Güzel \ yakışıklı sayılırım.
 2. Güzel \ yakışıklı olmayan yanlarım var.
 3. Çirkinim.

- N)**
1. Okul ödevlerimi yapmak için her zaman kendimi zorlarım.
 2. Okul ödevlerimi yapmak için çoğu zaman kendimi zorlarım.
 3. Okul ödevlerini yapmak sorun değil.

- O)**
1. Her gece uyumakta zorluk çekerim.
 2. Birçok gece uyumakta zorluk çekerim.
 3. Oldukça iyi uyurum.

- Ö)**
1. Arada sırada kendimi yorgun hissederim.
 2. Birçok gün kendimi yorgun hissederim.
 3. Her zaman kendimi yorgun hissederim.

- P)**
1. Hemen her gün canım yemek yemek istemez.
 2. Çoğu gün canım yemek yemek istemez.
 3. Oldukça iyi yemek yerim.

- R)**
1. Ağrı ve sızılardan endişe etmem.
 2. Çoğu zaman ağrı ve sızılardan endişe ederim.
 3. Her zaman ağrı ve sızılardan endişe ederim.

- S)**
1. Kendimi yalnız hissetmem.
 2. Çoğu zaman kendimi yalnız hissederim.

3. Her zaman kendimi yalnız hissederim.

Ş)1. Okuldan hiç hoşlanmam.

2. Arada sırada okuldan hoşlanırım.

3. Çoğu zaman okuldan hoşlanırım.

T)1. Bir çok arkadaşım var.

2. Bir çok arkadaşım var ama daha fazla olmasını isterim.

3. Hiç arkadaşım yok.

U)1. Okul başarımlı iyi.

2. Okul başarımlı eskisi kadar iyi değil.

3. Eskiden iyi olduğum derslerde çok başarısızım.

Ü)1. Hiçbir zaman diğer çocuklar kadar iyi olamıyorum.

2. Eğer istersem diğer çocuklar kadar iyi olurum.

3. Diğer çocuklar kadar iyiyim.

V)1. Kimse beni sevmez.

2. Beni seven insanların olup olmadığından emin değilim.

3. Beni seven insanların olduğundan eminim.

Y)1. Bana söyleneni genellikle yaparım.

2. Bana söyleneni çoğu zaman yaparım.

3. Bana söyleneni hiçbir zaman yapmam.

Z)1. İnsanlarla iyi geçinirim.

2. İnsanlarla sık sık kavga ederim.

3. İnsanlarla her zaman kavga ederim.

GÜÇLER VE GÜÇLÜKLER ANKETİ (SDQ-Tur)

AB 4-16

Her cümle için, Doğru Değil, Kısmen Doğru, Tamamen Doğru kutularından birini işaretleyiniz. Kesinlikle emin olamasanız ya da size anlamsız görünse de elinizden geldiğince tüm cümleleri yanıtlamanız bize yardımcı olacaktır. Lütfen yanıtlarınızı çocuğunuzun son 6 ay içindeki davranışlarını göz önüne alarak veriniz.

Çocuğunuzun Adı:

Kız / Erkek

Doğum Tarihi:

	Doğru Değil	Kısmen Doğru	Kesinlikle Doğru
Diğer insanların duygularını önemser.	☐	☐	☐
Huzursuz, aşırı hareketli, uzun süre kıpırdamadan duramaz.	☐	☐	☐
Sıkça baş ağrısı, karın ağrısı ve bulantıdan yakınıır.	☐	☐	☐
Diğer çocuklarla kolayca paylaşır. (yiyecek, oyuncak, kalem v.s.)	☐	☐	☐
Sıkça öfke nöbetleri olur yada aşırı sinirlidir.	☐	☐	☐
Daha çok tek başınadır, yalnız oynama eğilimindedir.	☐	☐	☐
Genellikle söz dinler, erişkinlerin isteklerini yapar. ①	☐	☐	☐
Birçok kaygısı vardır. Sıkça endişeli görünür.	☐	☐	☐
Eğer birisi incinmiş, morali bozulmuş yada kendini kötü hissediyor ise ona yardımcı olur.	☐	☐	☐
Sürekli elleri ayakları kıpır kıpırdır yada oturduğu yerde kıpırdanıp durur.	☐	☐	☐
En az bir yakın arkadaşı vardır. ②	☐	☐	☐
Sıkça diğer çocuklarla kavga eder yada onlarla alay eder.	☐	☐	☐
Sıkça mutsuz, kederli yada ağlamalıdır.	☐	☐	☐
Genellikle diğer çocuklar tarafından sevilir. ③	☐	☐	☐
Dikkati kolayca dağılır. Yoğunlaşmakta güçlük çeker.	☐	☐	☐
Yeni ortamlarda gergin yada huysuzdur. Kendine güvenini kolayca kaybeder.	☐	☐	☐
Kendinden küçükler iyi davranır.	☐	☐	☐
Sıkça yalan söyler yada hile yapar.	☐	☐	☐
Diğer çocuklar ona takarlar yada onunla alay ederler.	☐	☐	☐
Sıkça başkalarına (anne baba, öğretmen, diğer çocuklar) yardım etmeye istekli olur.	☐	☐	☐
Bir şeyi yapmadan önce düşünür. ④	☐	☐	☐
Ev, okul yada başka yerlerden çalar.	☐	☐	☐
Erişkinlerle çocuklardan daha iyi geçinir.	☐	☐	☐
Pek çok korkusu var. Kolayca ürker.	☐	☐	☐
Başladığı işi bitirir, dikkat süresi iyidir. ⑤	☐	☐	☐

Belirtmek istediğiniz başka düşünce ya da duygunuz var mı?

STAI-C FORM

İsim:..... Cinsiyet:.....

Yaş:..... Tarih:...../...../.....

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

Nasıl Hissediyorum Anketi

Kızların ve erkeklerin kendilerini anlattıkları bazı cümleler aşağıda verilmiştir. Her cümleyi okuyun ve hangisinin sizin için en doğru olduğuna karar verin. ‘**Hemen hemen hiç**’ mi , ‘ **bazen**’ mi yoksa ‘**sık sık**’ mı. Daha sonra sizi en doğru anlatan ifadenin önündeki kutucuğa (x) işareti koyun. Yanlış ya da doğru cevap diye bir şey yok. Herhangi bir cümle üzerinde fazla zaman geçirmeyin. **Genellikle** nasıl hissettiğinizi en iyi anlatan ifadeyi seçmeyi unutmayın.

Yanlış yapacağım diye endişelenirim	☐ hemen hemen hiç	☐ bazen	☐ sık sık
Ağlayacak gibi olurum	☐ hemen hemen hiç	☐ bazen	☐ sık sık
Kendimi mutsuz hissedirim	☐ hemen hemen hiç	☐ bazen	☐ sık sık
Karar vermekte güçlük çekerim	☐ hemen hemen hiç	☐ bazen	☐ sık sık
Sorunlarımla yüz yüze gelmek bana zor gelir	☐ hemen hemen hiç	☐ bazen	☐ sık sık
Çok fazla endişelenirim	☐ hemen hemen hiç	☐ bazen	☐ sık sık
Evde sinirlerim bozulur	☐ hemen hemen hiç	☐ bazen	☐ sık sık
Utangacım	☐ hemen hemen hiç	☐ bazen	☐ sık sık
Sıkıntılıyım	☐ hemen hemen hiç	☐ bazen	☐ sık sık
Aklımdan engelleyemediğim önemsiz düşünceler geçer ve beni rahatsız eder	☐ hemen hemen hiç	☐ bazen	☐ sık sık
Okul beni endişelendirir	☐ hemen hemen hiç	☐ bazen	☐ sık sık
Ne yapacağıma karar vermekte zorluk çekerim	☐ hemen hemen hiç	☐ bazen	☐ sık sık

Kalbimin hızlı hızlı çarptığını farkederim	☐ hemen hemen hiç	☐ bazen	☐ sık sık
Nedenini bilmediğim korkularım var	☐ hemen hemen hiç	☐ bazen	☐ sık sık
Annem ve babam için endişelenirim	☐ hemen hemen hiç	☐ bazen	☐ sık sık
Ellerim terler	☐ hemen hemen hiç	☐ bazen	☐ sık sık
Kötü birşeyler olacak diye endişelenirim	☐ hemen hemen hiç	☐ bazen	☐ sık sık
Geceleri uykuya dalmakta güçlük çekerim	☐ hemen hemen hiç	☐ bazen	☐ sık sık
Karnımda bir rahatsızlık hissedirim	☐ hemen hemen hiç	☐ bazen	☐ sık sık
Başkalarının benim hakkımda ne düşündükleri beni endişelendirir	☐ hemen hemen hiç	☐ bazen	☐ sık sık



ÇOCUKLARDA UYKU ÖLÇEĞİ

DOSYA NO:

KIZ / ERKEK

DOĞUM YILI:

Doğru doldurmanız için gereken bilgi:

Lütfen takip eden sayfalardaki soruları, çocuğunuzun uyku ve uyanıklık sırasındaki davranışlarına göre yanıtlayınız. Eğer son birkaç günlük hali, her zamanki halinden farklı ise sorular çocuğunuzun genelde nasıl olduğuna göre yanıtlanmalıdır. Eğer herhangi bir soruyu nasıl cevaplayabileceğinizi bilemiyorsanız lütfen eşiniz, çocuğunuz ya da hekiminize sormakta tereddüt etmeyiniz. Cevabınızı yuvarlak içine alarak işaretleyiniz ve yazmak istediklerinizi boş bırakılmış yerlere ekleyiniz.

“E” evet, “H” hayır, “Blm” bilmiyorum anlamına gelmektedir.

“Genellikle” kelimesini gördüyseniz burada “zamanın yarısından fazlası” ya da “gecelerin yarısından fazlası” kastedilmektedir.



Lütfen işaretleyerek (çarpı koyabilirsiniz) aşağıdaki her bir ifadenin çocuğunuza ne kadar uyduğunu belirtiniz:

Çocuğunuz sıklıkla...

- C1 ...Doğrudan onunla konuştuğunuzda dinlemiyormuş gibi görünür.
C2 ...Üstüne aldığı işleri ve aktiviteleri düzenlemekte zorlanır.
C3 ...Dışardan gelen uyarılarla dikkati kolayca dağılır.
C4 ...Eli-ayağı sürekli oynar veya oturduğu yerde sürekli kıpırdanır.
C5 ...Motor takılmış gibi davranır ya da hareket halindedir.
C6 ...Başkalarının yaptığı şeylerin arasına girer (konuşmaları kesme, arkadaşlarının oyunlarını bölme gibi).

Yok
denebilir
(0)

Sadece
çok az
(1)

Oldukça
(2)

Kesinlikle
Çoğu zaman
(3)

A. Gece ve uyku zamanı olan davranışlar
ÇOCUĞUNUZ UYURKEN ...

E= Evet
H= Hayır
Blm= Bilmiyorum

A1 ...hiç horlar mı?	E	H	Blm
A2 ...zamanın yarıdan fazlasında mı horlar?	E	H	Blm
A3 ...daima mı horlar?	E	H	Blm
A4 ...yüksek sesle mi horlar?	E	H	Blm
A5 ...belirgin ya da yüksek sesle mi soluk alıp verir?	E	H	Blm
A6 ...nefes alıp-vermekte sorun yaşadığı ya da zorlukla nefes aldığı olur mu?	E	H	Blm
HİÇ...			
A7 ...çocuğunuzun gece nefes alıp vermediğini gördüğünüz oldu mu? Eğer olduysa, lütfen nasıl olduğunu yazın:	E	H	Blm
A8 ...çocuğunuzun uykudaki soluk alıp verişiyile ilgili kaygılandınız mı?	E	H	Blm
A9 ...çocuğunuzun uyansın ve nefes alsın diye sarstığınız oldu mu?	E	H	Blm
A11 ...çocuğunuzun horlama sesiyle birlikte uyandığını gördünüz mü?	E	H	Blm
ÇOCUĞUNUZUN...			
A12 ...huzursuz bir uykusu var mı?	E	H	Blm
A13 ...yatakta bacaklarının huzursuz olduğunu fark ettiniz mi?	E	H	Blm
13a. ...”büyüme ağrıları” var mı (açıklanamayan bacak ağrıları)?	E	H	Blm
13b. ...yattığında kötüleşen “büyüme ağrıları” var mı?	E	H	Blm
ÇOCUĞUNUZ UYURKEN SİZ HİÇ...			
A14 ...bir ya da iki bacağında kısa tekmeleme hareketleri gördünüz mü?	E	H	Blm
14a. ...düzenli aralıklarla (yani yaklaşık her 20-40 saniyede bir) tekrarlayan tekmelemeler ya da sıçramalar gördünüz mü?	E	H	Blm
GECELERİ ÇOCUĞUNUZ GENELLİKLE...			
A15 ...terler mi ya da pijamaları terden ıslanır mı?	E	H	Blm
A16 ...yataktan çıkar mı (herhangi bir nedenle)?	E	H	Blm
A17 ...çiş yapmak için yataktan çıkar mı?	E	H	Blm
17a. Eğer öyleyse, ortalama olarak gecede kaç kez olur?	E	H	Blm
A21 Çocuğunuz genelde ağzı açık mı uyor?	E	H	Blm
A22 Geceleri çocuğunuzun burnu genelde dolu ya da tıkalı mı olur?	E	H	Blm
A23 Çocuğunuzun burnundan soluk almasını engelleyen herhangi bir alerjisi var mı?	E	H	Blm
ÇOCUĞUNUZ...			
A24 ...gündüz esnasında da ağzından mı soluk alıp verir?	E	H	Blm
A25 ...sabahları kalktığında ağzı kurumuş mu olur?	E	H	Blm
A27 ...geceleri midesinin altüst olduğundan şikayet eder mi?	E	H	Blm
A29 ...geceleri boğazında yanma hissi olduğundan şikayet eder mi?	E	H	Blm
A30 ...geceleri dişlerini gıcırdatır mı?	E	H	Blm
A32 ...ara sıra yatağını ıslatır mı?	E	H	Blm
A33 ...çocuğunuz hiç gece uykusunda yürüdü mü? (“uyurgezerlik”)?	E	H	Blm
A34 ...çocuğunuzun uykusunda konuştuğunu hiç duydunuz mu?	E	H	Blm
A35 Ortalama olarak çocuğunuz haftada bir ya da daha fazla kabus görür mü?	E	H	Blm
A36 Çocuğunuz hiç gece çılgık atarak uyandı mı?	E	H	Blm
A37 Çocuğunuzun gece “sanki ne uyuyor ne de uyanıkmiş gibi” bir davranış ya da harekette bulunduğu oldu mu? Eğer olduysa, nasıl olduğunu yazın:	E	H	Blm
A40 Çocuğunuz geceleri uykuya dalmakta güçlük çeker mi?	E	H	Blm
A41 Çocuğunuzun yattıktan sonra uykuya dalması ne kadar zaman almaktadır (tahmini bir süre yeterli olacaktır)?			
A42 Yatma zamanında çocuğunuzun zor “rutinleri” ya da “törenleri” var mı, çok tartışmanız gerekir mi ya da çocuğunuz olumsuz başka davranışlar gösterir mi?	E	H	Blm
ÇOCUĞUNUZ HİÇ...			
A43 ...uykuya dalarken başını yada vücudunu sallar mı, etrafa çarpar mı?	E	H	Blm

A44 ...ortalama olarak gecede ikiden fazla uyanır mı?	E	H	Blm
A45 ...gece uyanırsa yeniden uykuya dalmakta sorun yaşar mı?	E	H	Blm
A46 ...sabah erkenden uyanır ve yeniden uykuya dalmakta zorluk yaşar mı?	E	H	Blm
A47 Çocuğunuzun yatma zamanı günden güne çok fazla değişiklik gösterir mi?	E	H	Blm
A48 Çocuğunuzun kalkma zamanı günden güne çok fazla değişiklik gösterir mi?	E	H	Blm
ÇOCUĞUNUZ GENELLİKLE SAAT KAÇTA...			
A49 ...hafta içinde yatağa gider?			
A50 ...hafta sonu ve tatillerde yatağa gider?			
A51 ...hafta içi sabahları yataktan kalkar?			
A52 ...hafta sonu ve tatillerde yataktan kalkar?			

B. Gün içerisindeki davranışları ve olası sorunlar:

ÇOCUĞUNUZ....

B1 ...sabahları dinlenmemiş bir şekilde uyanır mı?	E	H	Blm
B2 ...gün içerisinde uyku olma gibi bir sorunu var mıdır?	E	H	Blm
B3 ...gün içerisinde uykusu geldiğinden şikayet eder mi?	E	H	Blm
B4 Öğretmenlerinden biri ya da ilgili diğer kişiler çocuğunuzun gün içerisinde uyku görüldüğüne dair bir yorum yaptı mı?	E	H	Blm
B5 Çocuğunuz gündüz şekerleme uykusuna yatar mı?	E	H	Blm
B6 Sabahları çocuğunuz uyandırmak çok zor olur mu?	E	H	Blm
B7 Çocuğunuz sabahları baş ağrısı ile uyanır mı?	E	H	Blm
B8 Ortalama olarak ayda en az bir kez baş ağrısı olur mu?	E	H	Blm
B9 Çocuğunuz doğduğundan itibaren gelişiminde duraklamanın olduğu bir dönem hiç oldu mu? Eğer öyleyse, ne şekilde olduğunu tanımlayınız:	E	H	Blm
B10 Çocuğunuzun tonsilleri (bademcikleri) duruyor mu?	E	H	Blm
<i>(alındıysa neden ve ne zaman alındı?)</i>			

ÇOCUĞUNUZ HİÇ...

B11 ...nefes almakta zorlandığı bir durum yaşad mı? Eğer yaşadysa, lütfen tanımlayınız:	E	H	Blm
B12 ...ameliyat geçirdi mi? Eğer geçirdiyse ameliyat öncesinde, esnasında ya da sonrasında hiç solunum güçlüğü oldu mu?	E	H	Blm
B13 ...güldükten ya da bir şeye şaşırdıktan sonra aniden bacaklarında veya başka bir yerinde güçsüzlük ortaya çıktı mı?	E	H	Blm
B15 ...yataкта uyanık ve etrafa bakıyorken kısa bir dönem kımıldayamadığı oldu mu?	E	H	Blm
B16 Çocuğunuzun karşı konulamaz bir şekilde şekerleme yapmak istediği ve uyumasını diye onu durdurmak için çabaladığınız olur mu?	E	H	Blm
B17 Çocuğunuz uyanırken hiç rüyadaymış gibi hissettiği (görüntüler gördüğü ya da sesler duyduğu) oldu mu?	E	H	Blm
B18 Çocuğunuz tipik bir gününde kafein içeren içecekler (kola, kahve, çay) içer mi?			
18a. Eğer öyleyse günde kaç bardak ya da kaç şişe içer?	Sayı:		
B19 Çocuğunuz hiç keyif verici ilaçlardan kullanır mı? Eğer öyleyse adları nedir ve ne sıklıkta kullanır?	E	H	Blm
B20 Çocuğunuz sigara, tütün ya da tütün içeren herhangi başka bir ürün kullanır mı? Eğer öyleyse hangilerini, ne sıklıkta kullanır?	E	H	Blm
B22 Çocuğunuz kilolu mudur?			
22a. Eğer öyleyse, bu durum ilk olarak hangi yaşta gelişti?	Yaş:		
B23 Size bir doktor çocuğunuzda hiç yüksek damak bulunduğunu söyledi mi?	E	H	Blm
B24 Çocuğunuz davranış problemleri yüzünden hiç Ritalin (metilfenidat) kullandı mı?	E	H	Blm
B25 Çocuğunuzda herhangi bir hekim tarafından Dikkat Eksikliği Bozukluğu (DEB) ya da Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) bulunduğu söylendi mi?	E	H	Blm

RİSKLİ DAVRANIŞLAR ÖLÇEĞİ						
		5	4	3	2	1
		Kesinlikle uygun	Uygun	Kısmen uygun	Uygun değil	Kesinlikle uygun değil
1	Arkadaşlarımla ağız kavgası yaptığım olur.					
2	Arkadaşlarımla küfürlü konuşurum.					
3	Çevremdekilerin eşyalarını izinsiz olarak alırım.					
4	Eğlence olsun diye arkadaşlarımla canını acıtmaktan hoşlanırım.					
5	Hakkımı kavgaya ederek savunurum.					
6	Arkadaşlarımla tartıştığımda ağzıma geleni söylerim.					
7	Arkadaşlarıma kantinden zorla bir şeyler ısmarlatırım.					
8	Alkol kullandığımda sıkıntılarımla hafiflediğini hissediyorum.					
9	Cesaretimi toplamak için alkol aldığım olur.					
10	Okula alkollü olarak geldiğim olur.					
11	Eğlence mekânlarına gidip alkol alırım.					
12	Kendimi daha iyi hissetmek için alkol kullanırım.					
13	Ailemden gizli arkadaşlarımla alkol içmek için dışarı çıkarım.					
14	Kontrolümü kaybedecek kadar alkol kullandığım olur.					
15	Sigara kullanıyorum.					
16	Okulda sigara içebilirim.					
17	Nargile içerim.					
18	Evde sigara içebilirim.					
19	İstediğimde kolaylıkla sigara alabilirim.					
20	Canım sıkıldığında sigara içerek rahatlarım.					
21	Kendime olan güvenim tamdır.					
22	Sabahları mutsuz bir şekilde uyanıyorum.					
23	Sorunlarım karşısında kendimi çaresiz hissediyorum.					
24	Karamsar biriyim.					

RİSKLİ DAVRANIŞLAR ÖLÇEĞİ (devamı)						
		5	4	3	2	1
		Kesinlikle uygun	Uygun	Kısmen uygun	Uygun değil	Kesinlikle uygun değil
25	Ders aralarında kantinden aldıklarımı yerim.					
26	Her gün meşrubat içerim.					
27	Çoğunlukla fast-food yiyecekler tüketirim.					
28	Abur cubur yemekten hoşlanırım.					
29	Çoğunlukla ev dışında yemek yerim.					
30	Okulu bırakmayı düşünüyorum					
31	Bir an önce okulu bırakıp evlenmek istiyorum					
32	Evde yapmam gereken işlerden dolayı okula gidemiyorum					
33	Birkaç yıl okula ara vermek istiyorum.					
34	Arkadaşlarımın birçoğu okula gitmiyor					
35	Okuldan ayrılıp bir an önce bir işte çalışmaya başlamak istiyorum.					
36	Okulda başarılı olmam bana bir fayda sağlamayacaktır.					