

T.C.
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

OKUL ÖNCESİ DÖNEMDEKİ ÇOCUKLARDA DİKKAT
EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU
BELİRTİLERİ İLE UYKU ALIŞKANLIKLARI VE
EBEVEYN ÇOCUK YETİŞTİRME TUTUMLARI
ARASINDAKİ İLİŞKİNİN ARAŞTIRILMASI

Dr. Zelal ŞAHİN

Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları

Anabilim Dalı

TIPTA UZMANLIK TEZİ

ESKİŞEHİR

2017

T.C.
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

**OKUL ÖNCESİ DÖNEMDEKİ ÇOCUKLARDA DİKKAT
EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU
BELİRTİLERİ İLE UYKU ALIŞKANLIKLARI VE
EBEVEYN ÇOCUK YETİŞTİRME TUTUMLARI
ARASINDAKİ İLİŞKİNİN ARAŞTIRILMASI**

Dr. Zelal ŞAHİN

Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları

Anabilim Dalı

TIPTA UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI

Doç. Dr. Saniye Tülin FİDAN

ESKİŞEHİR

2017

TEZ KABUL VE ONAY SAYFASI

T.C.

ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA,

Dr. Zelal ŞAHİN'e ait "Okul Öncesi Dönemdeki Çocuklarda Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Belirtileri ile Uyku Alışkanlıkları ve Ebeveyn Çocuk Yetiştirme Tutumları Arasındaki İlişkinin Araştırılması" adlı tez çalışması jürimiz tarafından Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda Tıpta Uzmanlık Tezi olarak oy birliği ile kabul edilmiştir.

Tarih:21/11/2017

Jüri Başkanı Doç. Dr. Saniye Tülin FİDAN
Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Üye Doç. Dr. Kürşat Bora ÇARMAN
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Üye Doç. Dr. Mehmet Fatih CEYLAN
Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi
Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Fakülte Kurulu'nun
Tarih veSayılı Kararıyla onaylanmıştır.

Prof. Dr. Ali ARSLANTAŞ
Dekan

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince büyük emeği geçen ve eğitimimin her aşamasında ilgi ve desteğini esirgemeyen, kendisiyle birlikte çalışmayı büyük bir şans olarak gördüğüm hocam ve tez danışmanım Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanı Doç. Dr. Saniye Tülin FİDAN'a; uzmanlık eğitimimde büyük katkısı olan, etik ve insani değerlere verdiği önemle her zaman örnek aldığım çok değerli hocam Prof. Dr. Cem KAPTANOĞLU'na, eğitimim süresince her konuda desteklerini esirgemeyen, bizi kendi asistanlarından ayırmayan ESOGÜ Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A.B.D.'den Prof. Dr. Gökay AKSARAY'a, Prof. Dr. Çınar YENİLMEZ'e, Doç. Dr. Gülcan GÜLEÇ'e, Doç. Dr. Ferdi KÖŞGER'e, Yrd. Doç. Dr. Ali Ercan ALTINÖZ'e ve desteğini tüm eğitimim boyunca hissettiğim her zaman yardımcı ve paylaşımcı olan Doç. Dr. Altan EŞSİZOĞLU'na; çocuk nörolojisi rotasyon eğitimim süresince bilgi ve deneyimlerini paylaşan Doç. Dr. Coşkun YARAR'a ve Doç. Dr. Kürşat Bora ÇARMAN'a en içten teşekkürlerimi sunarım.

ÖZET

Şahin, Z. Okul Öncesi Dönemdeki Çocuklarda Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Belirtileri ile Uyku Alışkanlıkları ve Ebeveyn Çocuk Yetiştirme Tutumları Arasındaki İlişkinin Araştırılması, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi, Eskişehir, 2017. Bu çalışmada okul öncesi dönemdeki çocuklarda DEHB belirtilerini tespit ederek katılımcıların DEHB belirti düzeylerine göre gruplandırılması, bu grupların sosyodemografik özellikler, uyku alışkanlıkları ve ebeveyn çocuk yetiştirme tutumları açısından karşılaştırılması amaçlanmıştır. Araştırma; sosyoekonomik açıdan düşük, orta ve yüksek olacak şekilde Eskişehir il merkezindeki üç farklı mahalleden seçilen üç anaokulundan toplam 278 çocuk ile yürütülmüştür. Araştırılması amaçlanan bilgiler sosyodemografik veri formu, Çocuk Uyku Alışkanlıkları Anketi (ÇUAA), Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Yıkıcı Davranım Bozukluğu Belirtilerinin Okul Öncesi Dönem Tarama ve Değerlendirme Ölçeği, Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumu Ölçeği (AHÇYTÖ), Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi (ÇDŞG-ŞY) ile elde edilmiştir. Katılımcı çocukların %11,5'inin (n=32) yüksek düzeyde DEHB belirtilerine sahip olduğu, DEHB tanısı saptanan 11 çocuğun (%3,95) hepsinin bu gruptan olduğu, belirti düzeyi arttıkça erkek cinsiyet oranının anlamlı olarak arttığı saptanmıştır. ÇUAA verilerine göre çocukların %9,4'ünde (n=26) uyku sorunu olduğu görülmüştür. DEHB belirti düzeyi arttıkça uyku sorununun şiddetlendiği, yatma zamanı direncinin arttığı, uykuya dalmanın geciktiği ve uyku süresinin kısaldığı gözlemlenmiştir. Ebeveyn tutumları açısından bakıldığında; DEHB belirti düzeyi arttıkça ebeveynlerin daha az demokratik olduğu, daha fazla sıkı disiplin uyguladıkları ve ebeveyn geçimsizliğinin daha fazla olduğu görülmüştür. İlerleyen yıllarda görülebilecek ruhsal sorunların önüne geçmek için DEHB belirtileri ve uyku sorunlarının erken dönemde ele alınması yararlı olacaktır. Ebeveynlerin konu ile ilgili farkındalıklarını artıracak ve olumlu ebeveyn tutumlarına yönlendirecek çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: okul öncesi dönem, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, uyku alışkanlıkları, ebeveyn tutumları

ABSTRACT

Şahin, Z. The Investigation of The Relationship Between The Attention Deficit Hyperactivity Disorder Symptoms of The Preschool Period Children and Sleep Habits and Parental Child Rearing Attitudes, Eskişehir Osmangazi University Faculty of Medicine Department of Child and Adolescent Psychiatry Speciality in Medicine Thesis, Eskişehir, 2017. In this study, it was aimed to group participants according to ADHD symptom levels and to compare these groups in terms of sociodemographic characteristics, sleep habits and parental child rearing attitudes by determining ADHD symptoms in preschool aged children. Research; was carried out with a total of 278 children from three different kindergartens which are selected from three different locations in Eskişehir province in terms of socioeconomic levels; low, medium and high. The information that intended to investigate was obtained from sociodemographic form, Children's Sleep Habits Questionnaire (CSHQ), Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Disruptive Behavior Disorders Preschool Screening Scale, Parental Attitude Research Instrument (PARI), Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Age Children-Present and Lifetime Version (K-SADS-PL). It is detected that 11,5% (n=32) of the participating children have the symptoms of high ADHD, ADHD diagnosed 11 children (3,95%) are included to this group, while level of symptoms is increasing, the level of male sex ratio was found to be significantly increased. According to PARI data, 9,4% (n=26) of children were found to have sleep problems. It has been observed that as the level of ADHD symptom increases, the sleeping problem is exacerbated, resistance to sleep time is increased, sleeping is delayed and sleep duration is decreased. From the point of view of parental attitudes; as the level of ADHD symptom levels increased, parents were found to be less democratic, to apply more stricter discipline, and to have more parental conflict. Early identification of ADHD symptoms and sleep problems will be helpful in order to avoid mental problems that may be seen in the future. There is a need for work that will increase the awareness of parents about the subject and direct them towards positive parental attitudes.

Key Words: preschool period, attention deficit hyperactivity disorder, sleep habits, parental attitudes

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
TEZ KABUL VE ONAY SAYFASI	iii
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	x
TABLolar DİZİNİ	xii
1. GİRİŞ	1
1.1. Araştırmanın Hipotezleri	2
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Okul Öncesi Dönem ve Önemi	3
2.2. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu	4
2.2.1. Tanım ve Tarihçe	4
2.2.2. Epidemiyoloji	5
2.2.3. Klinik Belirtiler ve Sınıflandırma	6
2.2.4. Etiyoloji	8
2.2.5. Eş Hastalanım	9
2.2.6. Gidiş ve Sonlanım	10
2.3. Uyku	11
2.3.1. Tanım ve Tarihçe	11
2.3.2. Normal Uyku Yapısı	11
2.3.3. Uykudaki Gelişimsel Değişiklikler	12

	Sayfa
2.3.4. Çocukluk Döneminde Uyku Bozuklukları	13
2.3.5. Okul Öncesi Dönemde Uyku Bozukluklarına Yaklaşım	15
2.4. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunda Uyku ve Uyku Bozuklukları	16
2.5. Ebeveyn Çocuk Yetiştirme Tutumları	19
2.5.1. Aşırı Koruyucu Tutum	20
2.5.2. Demokratik Tutum ve Eşitlik Tanıma	21
2.5.3. Ev Kadınlığı Rolünün Reddi	22
2.5.4. Anne Baba Geçimsizliği	22
2.5.5. Sıkı Disiplin	23
2.6. Okul Öncesi Dönem DEHB ve Çocuk Yetiştirme Tutumu İlişkisi	23
3. GEREÇ VE YÖNTEM	25
3.1. Örneklem	25
3.2. Veri Toplama Araçları	26
3.2.1. Sosyodemografik Veri Formu	26
3.2.2. Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli Türkçe Uyarlaması (ÇDŞG-ŞY)	26
3.2.3. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Yıkıcı Davranım Bozukluğu Belirtilerinin Okul Öncesi Dönem Tarama ve Değerlendirme Ölçeği	27
3.2.4. Çocuk Uyku Alışkanlıkları Anketi (ÇUAA)	27
3.2.5. Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumu Ölçeği (AHÇYTÖ)	28
3.3. Yöntem	29
3.4. Verilerin Analizi	30

	Sayfa
4. BULGULAR	31
5. TARTIŞMA	46
6.SONUÇ VE ÖNERİLER	56
KAYNAKLAR	59
EKLER	
EK 1: Sosyodemografik Veri Formu	
EK 2: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Yıkıcı Davranım Bozukluğu Belirtilerinin Okul Öncesi Dönem Tarama ve Değerlendirme Ölçeği	
EK 3: Çocuk Uyku Alışkanlıkları Anketi (ÇUAA)	
EK 4: Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumu Ölçeği (AHÇYTÖ)	

SİMGELER VE KISALTMALAR

AAB	Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu
AASM	Amerikan Uyku Tıbbı Akademisi (American Academy of Sleep Medicine)
AHÇYTÖ	Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumu Ölçeği
ÇDŞG-ŞY	Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli Türkçe Uyarlaması
ÇUAA	Çocuk Uyku Alışkanlıkları Anketi (PARI)
DAB	Dışa Atım Bozukluğu
DAT1	Dopamin Taşıyıcı Geni-1
DDBG	Düşük Düzeyde Belirti Grubu
DEB	Dikkat Eksikliği Bozukluğu
DEHB	Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu
DRD4	D4 Dopamin Reseptör Geni
DSM	Amerikan Psikiyatri Birliği Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)
EEG	Elektroensefalografi
EMG	Elektromiyografi
EOG	Elektrookulografi
HBS	Huzursuz Bacak Sendromu
HTR-1B	Serotonin 1 B Reseptörü
HTR-2A	Serotonin 2A Reseptörü

SPSS	Statistical Package for Social Sciences
ICD	Uluslararası Hastalık Sınıflandırması (International Classification of Diseases)
ICSD	Uyku Bozukluklarının Uluslararası Sınıflandırması (International Classification of Sleep Disorders)
IQ	Zeka Bölümü (Intelligence Quotient)
KOKGB	Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu
NREM	Hızlı Olmayan Göz Hareketleri (Non-Rapid Eye Movement)
ODBG	Orta Düzeyde Belirti Grubu
Ort	Ortalama
ÖF	Özgül Fobi
REM	Hızlı Göz Hareketleri (Rapid Eye Movement)
SS	Standart Sapma
YDBG	Yüksek Düzeyde Belirti Grubu

TABLOLAR

		Sayfa
2.1.	DSM-V e Göre DEHB Tanı Kriterleri	7
3.1.	ICSD-3 Uyku Bozuklukları Sınıflandırması	14
4.1.	Örneklemin Gruplara Göre Cinsiyet Dağılımı	31
4.2.	Gruplara Göre Yaş Ortalamalarının (Ay) Karşılaştırılması	32
4.3.	Gruplara Göre Yaş Ortalaması Çoklu Karşılaştırma Tablosu	32
4.4.	Gruplara Göre Ebeveynlerin Yaş Ortalamalarının Karşılaştırılması	33
4.5.	Annelerin Eğitim, Meslek ve Sağlık Durumu	34
4.6.	Babaların Eğitim, Meslek ve Sağlık Durumu	34
4.7.	Aile Yapısının Analizi	35
4.8.	Gruplara Göre Annelerin Gebelik ve Doğum Öyküsü	37
4.9.	Örneklemin Gelişim Öyküsü	38
4.10.	Gruplara Göre Ruhsal Tanıların Dağılımı	39
4.11.	Gruplara Göre Uyku Sorunlarının Dağılımı	40
4.12.	Gruplara Göre ÇUAA Toplam ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	40
4.13.	ÇUAA Puan Ortalamalarının Çoklu Karşılaştırma Tablosu	42
4.14.	Gruplara Göre Ebeveynlerin AHÇYTÖ Alt Boyut Ortalamalarının Karşılaştırılması	43
4.15.	Gruplara Göre Ebeveynlerin Demokratiklik Alt Boyut Ortalaması Çoklu Karşılaştırma Tablosu	44
4.16.	Gruplara Göre Ebeveynlerin Geçimsizlik Alt Boyut Ortalaması Çoklu Karşılaştırma Tablosu	44

4.17.	Gruplara Göre Ebeveynlerin Sıkı Disiplin Alt Boyut Ortalaması Çoklu Karşılaştırma Tablosu
-------	---

45



1. GİRİŞ

Bireyin ruhsal yapılanmasının büyük bir kısmının çocuklukta, özellikle de bebeklik ve erken çocukluk döneminde geliştiği ve oluşumunun önemli bir kısmının tamamlandığı uzun zamandır bilinen bir gerçektir. Ancak erken çocukluk dönemindeki psikopatolojik belirtilerin gelişimi ve bu belirtilerin gelişiminde etkili olan faktörlerin araştırılması son yıllarda hız kazanmıştır. Yaşamın bu erken dönemi birçok ruhsal kuramcı tarafından kritik-hassas dönem olarak ifade edilmiştir (1).

Okul öncesi dönem, nörogelişimsel süreçler açısından kritik dönemlerden biridir. Bu nedenle bu dönemde görülen psikopatolojik belirtileri tespit etmek, tedavi etmek ve aileleri bilgilendirmek ilerleyen yıllarda görülebilecek psikopatolojik süreçlerin önlenmesinde kaçınılmaz bir öneme sahiptir.

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB), çocukluk çağının en yaygın görülen davranışsal bozukluklarından ve dünya genelinde okul öncesi dönem çocuklarında %2-6 oranında görülmektedir (2). Birçok alanda işlevsellik kaybına neden olan bir bozukluk olduğu için erken dönemde belirtilerin tespit edilerek müdahale edilmesi sağlıklı bir ruhsal gelişim için büyük önem taşımaktadır.

DEHB, nedeni tam olarak bilinmeyen, etiyolojisinde genetik, biyolojik ve psikososyal faktörlerin birlikte rol oynadığı heterojen bir bozukluktur. Bu bozukluğun gelişimindeki ailesel ve çevresel risk faktörleri ile ilgili bugüne kadar birçok farklı alanda çalışmalar yapılmıştır. Çocuğun doğumundan itibaren en fazla etkileşimde bulunduğu kişiler anne ve babalarıdır. Bu nedenle erken dönemde psikopatoloji gelişimi riski açısından aile ortamı ve ebeveynlerin yetiştirme tutumları çocuk için oldukça önemlidir (3).

DEHB’de uyku bozukluklarına sık rastlanılmasına rağmen rutin muayene sırasında uyku problemlerinin sorgulanmaması nedeniyle gözden kaçabilmektedir. Yapılan araştırmalar, uyku sorunlarının DEHB’ye sıklıkla eşlik ettiğini ve gidişini olumsuz etkilediğini göstermektedir (4). Bu nedenle DEHB değerlendirmesi sırasında uyku bozukluklarının da ele alınarak uyku sorunlarının yönetimi ve tedavisine ihtiyaç vardır.

Okul öncesi dönemdeki ruhsal sorunlara müdahale edilmezse kalıcı bozukluklar ile sonuçlanabilmektedir. Dolayısıyla bu dönemdeki DEHB belirtilerinin tespit edilmesi ve eşlik eden uyku sorunlarının belirlenmesi ile tedavilerinin planlanarak ailelerin yönlendirilmesi büyük önem arz etmektedir. Bu kapsamda çalışmamızın amacı; okul öncesi dönemdeki çocuklarda DEHB belirtilerini tespit ederek katılımcıları DEHB belirti düzeylerine göre gruplandırmak, bu grupları sosyodemografik özellikler (cinsiyet, yaş, anne-babanın yaşı, eğitim, meslek ve sağlık durumu, aile yapısı, annenin gebelik ve doğum öyküsü, çocuğun gelişim öyküsü), uyku alışkanlıkları ve ebeveynlerinin çocuk yetiştirme tutumları açısından karşılaştırmaktır.

1.1. Araştırmanın Hipotezleri

- 1.Okul öncesi dönemdeki çocuklarda; sosyodemografik özellikler, uyku alışkanlıkları ve ebeveynlerinin çocuk yetiştirme tutumlarına göre DEHB belirti düzeyleri farklılık göstermektedir.
- 2.Okul öncesi dönemdeki çocuklarda DEHB belirti düzeyi arttıkça uyku sorunları da artar.
- 3.Okul öncesi dönemdeki çocuklarda DEHB belirtilerinin fazlalığı ebeveynlerindeki olumsuz çocuk yetiştirme tutumları ile ilişkilidir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Okul Öncesi Dönem ve Önemi

Okul öncesi dönem; bebeklik döneminin (0-3 yaş) sonu ile başlayan ve çocuğun ilkokula başlaması ile sona eren dönemdir. Bu dönemdeki çocukların gelişim özellikleri çeşitlilik gösterdiği için dönemin alt ve üst yaş sınırı değişkenlik göstermekle birlikte genellikle 3-6 yaş arası okul öncesi dönem olarak kabul edilmektedir. Bu dönem, oyun çağı ve erken çocukluk dönemi gibi isimlerle de anılmaktadır. Freud'un psikoseksüel gelişim kuramına göre fallik evre, Erikson'un psikososyal gelişim kuramına göre girişimcilik ve suçluluk, Piaget'nin zihinsel gelişim kuramına göre ise işlem öncesi dönem bu dönemi kapsamaktadır (5, 6).

Beyin gelişiminin erken dönemlerinde nöral migrasyon, sinaps oluşumu ve sinaptik bağlantıların aktiviteye bağımlı olarak düzenlenmeleri ile işlevsel devreler oluşmaktadır. İlk oluşturulan bu devreler gelişimin ileri dönemlerinde çevresel deneyimler ile adaptif değişikliklere uğrarlar. Buna paralel olarak gündemde olan nöronal plastisite kavramı da erken çocukluk döneminin önemine dikkat çekmektedir (7).

Önemli işlevlerin kazanıldığı bu dönemde uygun koşullar mevcut değilse bu işlevleri daha sonra geliştirmek son derece zor hatta imkansız olabilir. Kişinin doğuştan getirdiği özelliklerini en üst düzeye ulaştırması kritik dönem olarak adlandırılan bu dönemde mümkündür. Bu dönem, belirli yetilerin kazanılmasının en kolay olduğu ve bireyin uyarılara en hassas olduğu dönem olması nedeniyle hassas dönem olarak da anılmaktadır (8).

Kritik dönemdeki olumsuzluklar eğer telafi edilmezse kalıcı bozukluklar ile sonuçlanabilmektedir. Bu yıllardaki ruhsal problemlerin tespiti ve erken müdahale ilerleyen yıllarda bu belirtilerin yinelemesini ve kronikleşmesini azaltacaktır. Bu sebeple bu dönemdeki çocukların daha dikkatli değerlendirilerek erken belirtilerin tespiti ve ruhsal gelişimlerinin izlenmesi önemli bir yere sahiptir (6).

Ruhsal problemlerin etiolojisinde genetik, organik ve çevresel risk etmenleri yer almaktadır. Son yıllarda okul öncesi dönemdeki çocuklarda ruhsal problemlerin gelişimindeki risk etmenleri birçok araştırmamanın konusu olmuştur. Çünkü bu dönemdeki risk faktörlerinin belirlenmesi ve önlem alınması, sağlıklı bir ruhsal gelişim için son derece önemlidir.

2.2. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

2.2.1. Tanım ve Tarihçe

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu kişinin yaşına uygun olmayan dikkat eksikliği, hiperaktivite ve dürtüsellik semptomları ile karakterize çocukluk çağında başlayan ve büyük oranda yetişkinlikte de devam eden bir nörogelişimsel bozukluktur (9). Belirtiler yaşamın erken döneminde başlamasına rağmen tanı, düzenli öğrenim için gerekli dikkat süresi ve yoğunlaşmanın gelişmesinin beklendiği ilkokul yıllarına kadar gecikebilmektedir.

Ruh sağlığı alanında yaygın olarak kullanılan DSM sınıflaması içinde DEHB tanısına ilişkin ilk tanımlamalar 1968'deki DSM-II'de yapılmış ve "Çocukluğun Hiperkinetik Reaksiyonu" olarak adlandırılmıştır. 1980'de yayımlanan DSM-III'de, "Dikkat Eksikliği Bozukluğu" olarak adlandırılmıştır. Dikkat Eksikliği Bozukluğu (DEB) hiperaktiviteli ve hiperaktivitesiz olarak ikiye ayrılmıştır. DSM-III-R ile birlikte "Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu" olarak ifade edilmiştir.

DSM-IV'te tanı ölçütlerinde bazı değişiklikler yapılarak aynı isimle anılmaya devam etmiştir (2, 10). DSM-IV TR'de DEHB "Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranış Bozuklukları" genel başlığı altında verilmektedir. DEHB 3 alt tipi ve 18 belirtisi ile tanımlanmış olup; tanı için her bir belirti kümesindeki dokuz maddeden altısının bulunması zorunluluğu getirilmiştir. Belirtilerin en az 6 aylık bir süre boyunca devam etmesi ve bu belirtilerin anlamlı olabilmesi için yaşa ve gelişim düzeyi ile uygun olmayan bir şekilde belirgin ve şiddetli olması gerekliliği vurgulanmıştır. Tanı için belirtilerin en az iki ortamda (ev, okul ya da işyeri gibi) ortaya çıkması, bireyin günlük işlevselliğini bozması ve belirtilerden en azından bazılarının 7 yaşından önce başlamış olması gerekmektedir (11, 12). DSM-IV'e göre DEHB olarak adlandırılan bu bozukluk Dünya Sağlık Örgütü'ne ait sınıflama sistemi olan ICD-10'da Hiperkinetik Bozukluk olarak adlandırılmıştır. ICD-10'da hiperkinetik bozukluk tanısı için belirtilerin 5 yaşından önce başlaması, hemen her alanda dikkat süresi ve yoğunluğuna ilişkin sorunların bulunması ve aşırı motor hareketliliğin görülmesi gerekmektedir. ICD-10'da ek olarak, sıklıkla motor ve dil gelişiminde de gecikme olduğu ifade edilmiştir (13).

DSM-V'e göre çocuklarda DEHB tanısı için günlük işlevselliğin çeşitli alanlarını bozacak şekilde 9 dikkat eksikliği belirtisinden ve/veya 9 hareketlilik-dürtüsellik belirtisinden – her bir alanı için – en az 6'sının karşılanması, geç ergenlik döneminde ve erişkinlikte ise 5'inin karşılanması gereklidir. Belirtiler 12 yaşından önce başlamış olmalıdır ve en az 6 aydır var olmalıdır (9).

Okul öncesi dönem DEHB tanısı ise bu zamana kadar hep sorgulanmıştır. DSM, okul öncesi çocuklar için özel olarak geliştirilen DEHB kriterleri öne sürmemiştir. Aksine, DEHB tanı kriterleri yaşam boyu uygulanmaktadır (14).

2.2.2. Epidemiyoloji

DEHB yaygın görülen ve yaşam boyu devam edebilen çocukluk çağı psikopatolojilerinden biridir. Önemli akademik, sosyal ve ruhsal sorunlara yol açabilen ve olumsuz etkileri yaşam boyu sürebilen bir bozukluk olan DEHB, Amerikan Psikiyatri Birliği verilerine göre okul çağı çocuklarının %3-7'sinde görülmektedir (15).

Hem klinik örnekleme hem de epidemiyolojik örnekleme hastalığın kızlara oranla erkeklerde daha sık görüldüğü bilinmektedir. Epidemiyolojik örnekleme erkek-kız oranı 3/1 iken; klinik örnekleme 9/1 olarak bildirilmiştir. Bu farklılığın kızlarda davranışsal semptomlara erkeklerden daha az rastlanmasından ve tedavi başvuru sıklığının erkeklerde daha fazla olmasından kaynaklanabileceği düşünülmüştür (12, 15, 16).

DEHB belirtilerinin okul öncesi dönemde başladığı bilinmektedir ancak tam klinik tablonun oluşması genellikle 7 yaşından sonra olmaktadır. Son yıllarda yapılan toplum çalışmaları okul öncesi dönemdeki çocukların %2-6'sına DEHB tanısı konduğunu göstermektedir. Bu oran klinik örneklemlerde %5,1 e çıkmaktadır. Bunlardan %2,9'u hiperaktivite ve dürtüselliğin önde geldiği tip, %2,1'i bileşik tip ve sadece %0,1'i dikkat eksikliğinin önde geldiği tip olarak görülmüştür (2). Okul öncesi dönemde hafif olan problemlerin daha sonraki yaşlarda ciddi yeti yitimine neden olabileceği bilindiği için tanı alacak düzeyde olmasa dahi belirtilerin fark edilmesi ve zamanında müdahalesi son derece önemlidir.

2.2.3. Klinik Belirtiler ve Sınıflandırma

DEHB tanısı klinik bir tanı olup, alınan öykü ve ruhsal muayene sonucunda konulur. Belirtilerin şiddetinin ölçülmesi ve bilişsel gelişim düzeyinin saptanması amacı ile bazı ölçek ve testler uygulanabilir. Öykü alırken çocuk ve aile ile görüşmek, okul ve sosyal çevre gibi farklı bilgi kaynaklarından bilgi almak önemlidir (17).

DEHB tanısı temel olarak DSM ve ICD tanı kriterlerine göre konulur. DSM-V ile belirtiler dikkatsizlik ve hiperaktivite-dürtüsellik olmak üzere iki ana grupta toplanmıştır. DEHB bileşik tip tanısı her iki belirti grubundaki 9 maddeden en az 6'sının varlığını gerektirir. Sadece bir belirti kümesinden ölçüt karşılandığında DEHB-dikkatsizliğin önde geldiği tip veya DEHB-hiperaktivite-dürtüsellik önde geldiği tipten söz edilir. Ek olarak belirtilerin en az 6 aydır sürüyor olması, uyumsuzluğa neden olması, en az iki ortamda işlevselliği bozması, gelişimsel düzeyle uyumlu olmaması ve diğer mental bozukluklardan ayırt edilmesi gerekir. Bu tanı kriterleri okul öncesi yaş grubundaki çocuklar, ergenler ve yetişkinler için de geçerlidir (Tablo 2.1) (9).

Okul öncesi dönemde daha çok hareketlilik ve motor huzursuzluk belirtileri ön plandadır. Bu çocuklar kreş ve anasınıfı ortamında diğer çocukların oyunlarını bozacak şekilde sürekli hareket halindedirler. Öykü dinleme gibi grup etkinliklerinde sessizce oturamazlar. Sürekli hareketli ve gürültülü oyunlar oynamak isterler, oyuncak ve eşyalara zarar verebilen tehlikeli oyunları tercih ederler. Uyku saatinde uyumaya direnç gösterebilirler. Dürtüsellik nedeniyle kaza geçirme, düşme ve yaralanmalar sık görülebilmektedir (18).

ICD-10'da aynı belirtiler hiperkinetik bozukluklar başlığı altında tanımlanmaktadır. Dikkatsizlik, hiperaktivite ve impulsivitenin hepsinden yeterli sayıda maddenin karşılanması gereklidir; dolayısıyla sadece bileşik tip DEHB tanımlanmaktadır. Ek olarak tüm belirtilerin birden fazla ortamda var olması, yaygın gelişimsel bozukluk, mani, depresif bozukluk veya anksiyete bozukluğunun olmaması, bozukluğun en az 6 aydır devam ediyor olması ve IQ'nun 50'nin üzerinde olması gerekmektedir (13).

Tablo 2.1. DSM-V e Göre DEHB Tanı Kriterleri

A. Aşağıdakilerden (1) ve/ya da (2) bulunmaktadır.

(1) Aşağıdaki dikkatsizlik belirtilerinden altısı ya da daha fazlası en az altı ay uyumsuzluk doğurucu ya da ve gelişim düzeyine göre aykırı bir derecede sürmüştür:

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

(2) Aşağıdaki hiperaktivite-impulsivite belirtilerinden altısı (ya da daha fazlası) en az altı ay süreyle uyumsuzluk doğurucu ve gelişim düzeyine göre aykırı bir derecede sürmüştür:

- (a) Çoğu zaman elleri, ayakları kıpır kıpırdır ya da oturduğu yerde kıpırdanıp durur.
- (b) Çoğu zaman sınıfta ya da oturması beklenen diğer durumlarda oturduğu yerden kalkar.
- (c) Çoğu zaman uygunsuz olan durumlarda koşuturup durur ya da tırmanır.
- (d) Çoğu zaman sakin bir biçimde boş zamanları geçirme etkinliklerine katılma ya da oyun oynama zorluğu vardır.
- (e) Çoğu zaman hareket halindedir ya da bir motor tarafından sürülüyormuş gibi davranır.
- (f) Çoğu zaman çok konuşur.
- (g) Çoğu zaman sorulan soru tamamlanmadan cevabını yapıştırır.
- (h) Çoğu zaman sırasını beklemede güçlüğü vardır.
- (i) Çoğu zaman başkalarının sözünü keser ya da başkalarının yaptıklarının arasına girer.

B. Bozulmaya yol açmış olan dikkatsizlik ve hiperaktif-impulsif belirtilerin çoğu 12 yaşından önce de vardır.

C. İki ya da daha fazla ortamda belirtilerden kaynaklanan bir bozulma vardır (ev, okul ya da işyeri; arkadaşları ya da akrabalarıyla; diğer etkinlikler sırasında).

D. Toplumsal, okuldaki ya da mesleki işlevsellikte klinik açıdan belirgin bozulma olduğunun açık kanıtları olmalıdır.

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

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

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

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

Varsa belirtiniz:

Tam olmayan yatışma gösteren: Daha önceden tüm tanı ölçütleri karşılanmış olmakla birlikte, son altı ay içinde tüm tanı ölçütlerinden daha azı karşılanmaktadır.

Belirtiler bugün içinde toplumsal, okul ya da işle ilgili işlevsellikte bozulmaya neden olmaktadır.

Şiddeti: Hafif/ Orta /Ağır

2.2.4. Etiyoloji

DEHB, nedeni tam olarak bilinmeyen heterojen bir bozukluktur. Etiyolojide genetik, biyolojik ve psikososyal faktörlerin birlikte rol oynadığı düşünülmektedir.

DEHB, karmaşık genetik bozukluk olarak tarif edilmektedir. Bozukluğun ortaya çıkışında genetik ve çevresel faktörler etkileşim içinde bulunmaktadır. Genetik geçişin gösterilmesi için aile, ikiz, evlat edinme ve moleküler genetik çalışmalar yapılmıştır. Ailesel geçişini açıklayan tek bir genetik işaret bulunmamasına rağmen bozukluğun genetik geçişi oldukça yüksektir. Yapılan ilk çalışmalarda, DEHB'li çocukların hem anne babalarında hem de kardeşlerinde DEHB olma riski kontrollere göre 2-8 kat artmış olarak bulunmuştur (19). Monozigotik ikizlerde DEHB belirtileri için konkordans %59-92 iken dizigotik ikizlerde %29-42 olarak bulunmuştur (20). Yirmi ikiz çalışmasının gözden geçirildiği bir meta analiz çalışması sonucu ortalama kalıtılabilirliğin 0,79 olduğu belirtilmiştir ve bu DEHB'yi en yüksek kalıtılabilirlik gösteren ruhsal bozukluklar arasına koymaktadır. Evlat edinme çalışmaları da DEHB'de genetik geçişin araştırıldığı alanlardan birisidir. Yapılan araştırmalarda DEHB olan çocukları evlat edinen kişilerin, biyolojik ebeveynlere göre daha az DEHB belirtisi gösterdiği saptanmıştır (21).

Moleküler genetik çalışmalarının sonucunda Dopamin taşıyıcı protein 1 (DAT1) ve Dopamin reseptör 4 (DRD4) genleri ile DEHB arasında ilişki saptanmıştır. Dopamin taşıyıcı protein, DEHB tedavisinde kullanılan metilfenidat ve benzeri ilaçların hedef bölgesi iken, DRD4 geni reseptör bağlanmasını düzenlemektedir (22). DEHB'lilerde serotonin reseptörlerini içeren HTR-1B ve HTR-2A genlerinin tarandığı bir araştırmada serotonin sisteminin DEHB'nin ortaya çıkmasında önemli rolü olabileceği ileri sürülmüştür ve bu bilgiyi destekleyen başka çalışmalar da bulunmaktadır (23).

Nörotransmitterlerin DEHB etiyojisindeki rolü tedavide kullanılan ilaçların etkilerinden yola çıkılarak incelenmiştir. En sık kullanılan ilaçlar olan amfetaminlerin hem dopamin hem de noradrenalin sistemini etkilemesi nedeniyle bu sistemlerde işlev bozukluğu olabileceği öne sürülmüştür. Fakat bozukluktan sorumlu tek bir nörotransmitter bulunamamıştır (24, 25). Dopamin motor ve limbik işlevlerin düzenlenmesinde rol alan nörotransmitterdir. Dopamin sisteminin etkilenmesi

bilişsel işlevlerde bozulmaya neden olmaktadır (26). DEHB tedavisinde etkili olduğu gösterilmiş olan selektif noradrenalin geri alım inhibitörlerinin prefrontal kortekste dopamin ve noradrenalin düzeyini artırarak etki sağlaması da bu görüşü desteklemektedir (27).

Yapısal görüntüleme ile yapılan çalışmalarda normal olgularla karşılaştırıldığında bu çocuklarda toplam beyin hacminde azalma, kortikal kalınlıkta incelme ve beyaz cevher mikro yapısında yaygın bozulmalar olduğu gösterilmiştir. Fonksiyonel manyetik rezonans görüntüleme çalışmaları ise bilişsel bir görev sırasında veya dinlenme halinde iken frontostriatal, frontoparietal, frontocerebellar ve frontolimbik alanlarda azalmış aktivasyon olduğuna dair tutarlı kanıtlar sunmuştur (28).

Bugüne kadar elde edilmiş bilgilere dayanılarak DEHB'nin nedenleri arasında genetik etkinin % 70-80 civarında olduğu (29) geri kalan bölümden ise psikososyal ve çevresel etkenlerin sorumlu olabileceği düşünülmekte ve bu etkinin altta yatan biyolojik yatkınlığı artırıcı bir rolü olduğu ileri sürülmektedir (30).

Ailesel ve çevresel risk etkenlerinin DEHB ile ilişkisinin araştırıldığı çalışmalarda; annenin düşük eğitim düzeyine sahip olması, ailenin düşük sosyoekonomik düzeyden gelmesi, ailede ve özellikle annede DEHB belirtilerinin bulunmasının DEHB için bir risk oluşturduğu ortaya konmuştur (31). DEHB'nin doğumsal etkenlerle ilişkisini araştıran çalışmalarda DEHB olan çocukların pre-peri ya da postnatal strese diğer çocuklara göre daha çok maruz kaldıkları saptanmıştır (32). Bu faktörler arasında annenin gebeliğinde ve doğumda yaşanan komplikasyonlar (eklampsi, anne yaşı, doğumun süresi, fetal distres, düşük doğum ağırlığı, antepartum kanamalar) (33), annenin yaşı, annenin gebeliği sırasında sigara içmesi, alkol, ağır metal (örn:kurşun) ve kimyasal maruziyeti yer almaktadır (34, 35).

2.2.5. Eş Hastalanım

DEHB yüksek oranda komorbidite gösteren bir bozukluktur. En sık görülen eş tanılar; karşıt olma karşı gelme bozukluğu (KOKGB) (%60), anksiyete bozuklukları (%30), duygudurum bozuklukları (%25), özgül öğrenme güçlüğü (%25-70) ve davranım bozukluğu (%15) olarak tespit edilmiştir (36).

Okul öncesi dönem DEHB'li çocukların tedavisi üzerine yapılan bir çalışmada DEHB tanısına %72 oranında bir veya birden çok tanının eşlik ettiği, en

yaygın eş tanının ise %54,5 oranında karşı olma karşı gelme bozukluğu olduğu bildirilmiştir (37). Eşlik eden diğer ruhsal bozukluklar anksiyete bozuklukları, duygudurum bozuklukları, özgül öğrenme güçlüğü, gelişimsel koordinasyon bozukluğu, otizm spektrum bozuklukları, zeka geriliği, Tourette bozukluğu, uyum bozuklukları ve uyku bozuklukları olmuştur. Ruhsal eş tanının varlığı kötü sonlanma göstergelerinden biri olarak kabul edilmektedir (18, 38).

2.2.6. Gidiş ve Sonlanım

DEHB olan çocuklarda belirtiler 7 yaş öncesi başlar ve kronik bir seyir gösterir. DEHB tanısı alan çocukların %30-80'i adolesan dönemde de hiperaktivite belirtileri gösterir, % 65'i erişkin dönemde de devam eder (39). DEHB olan çocuklar normal gelişen yaşlılarına göre daha fazla sınıfta kalma, sınıf tekrarı ve düşük okul başarıları göstermektedir. DEHB olan çocukların ileriki yıllarda; karşı olma karşı gelme bozukluğu ve davranım bozukluğu, erişkinlikte ise; antisosyal kişilik bozukluğu ve alkol madde kullanım bozukluklarına yatkınlık riski taşıdıkları bilinmektedir (40, 41). DEHB olan bireylerin her yaş grubunda DEHB olmayanlardan daha fazla kaza sonucu yaralanma riski taşıdıkları, insan ilişkilerinde sorun yaşadıkları, kapasitelerinin altında başarı gösterdikleri, özgüven azlığı, disfori ve depresyon riski taşıdıkları gösterilmiştir (41).

DEHB'nin yaşam boyu gidişini değerlendirirken en önemli konulardan birisi prognozu öngörücü faktörlerin yani olguların ne kadar risk altında olduklarının bilinmesidir. Vakaların kendilerine ilişkin faktörlerden, düşük IQ, DEHB şiddetinin yüksek olması ve eşlik eden tanı alma DEHB'nin gidişini olumsuz etkileyen faktörlerdir. Ebeveynlerin ruhsal bozukluklarının bulunması, yanlış çocuk yetiştirme tutumları ve düşük sosyoekonomik düzey prognozu olumsuz etkileyen ailesel faktörlerdir (41).

Erken yaşlarda belirgin DEHB belirtileri olan çocuklarda dil ve bilişsel alandaki bozulmanın ve eştanının daha fazla olduğu, daha belirgin psikososyal ve akademik bozulmanın ve okul yıllarında daha dirençli davranış sorunlarının olduğu belirtilmektedir. Bozulmanın ilerleyen yıllarda ortaya çıkaracağı sorunların azaltılmasında DEHB'nin okul öncesi dönemde tanınıp ele alınması oldukça önemlidir (6).

2.3. Uyku

2.3.1. Tanım ve Tarihçe

Uyku, geri dönüşümlü olarak algısal kopuşun ve çevreye cevapsızlığın olduğu yaşamın temel öğeleri arasında yer alan davranışsal bir durum olarak tanımlanır. Uyku sırasında fizyolojik ve davranışsal bir dizi karmaşık olay gerçekleşmektedir. Beyin gelişimine ve özellikle beyin plastisitesi gelişimine katkı sağladığına dair veriler mevcuttur. Öğrenme ile oluşan nöral değişikliklerin kalıcı hale gelmesine yardımcı olduğu düşünülmektedir (42).

Biyoelektrik aktivitelerin kaydedilmediği yıllarda uykuya ilgili gözleme dayalı bilgiler bulunmakla birlikte Alman Hans Berger'in 1923 yılında beyin elektrik aktivitesini elektroensefalografi (EEG) ile kaydedip uyku uyanıklık arası ritim farkını ortaya koymasıyla uykuya olan bilimsel ilgi artmıştır (43).

Moruzzi ve Magoun 1949 yılında retiküler formasyon temelli çalışmalar ile uyku ve uyanıklığının beyin mekanizmalarını ortaya koymuşlardır. Aserinsky ve Kleitman elektrookulografiyi (EOG) geliştirmişlerdir ve böylece uykuda göz hareketlerinin izlenmesi sağlanmıştır. 1952 yılında hızlı göz hareketleri (rapid eye movement-REM) adını verdikleri 90-120 dakika aralıklarla ortaya çıkan dönemleri tanımlamışlardır. 1956 yılında Dement rüyaların %80'inin REM döneminde yaşandığını ortaya çıkarmıştır. 1957'de Dement ve Kleitman 90 dakikalık REM ve REM-dışı (NREM) döngüsünü ve bunların gece boyunca süreklilik içerisinde gerçekleştiğini gözlemlemişlerdir (44, 45).

2.3.2. Normal Uyku Yapısı

Amerikan Uyku Tıbbı Akademisi (AASM) 2007 yılında uyku kayıt teknikleri ve skorlamada standardizasyon sağlayan yeni bir skorlama el kitabı yayınlamış, 2012 yılında ise revize etmiştir. Bu düzenlemeye göre uyku, uyanıklıktan bağımsız olarak santral sinir sisteminde ortaya çıkan bir dizi değişimle oluşan, kendi içinde sınırları açık bir şekilde tanımlanan dört evreden oluşmaktadır (46). Dört uyku döneminin biri REM, diğer üç dönem NREM olarak bilinmektedir. Yenidoğan döneminde çocuklarda REM ve NREM süreleri eşitken, erişkin döneme doğru REM azalır ve NREM süresi artar. Erişkin dönemde NREM uyku, toplam uykunun %75-80'ini oluştururken geriye kalan %20-25'lik kısmı REM uykusu oluşturur. Bir uyku siklusu

yaklaşık 90-120 dakika olup REM ve NREM dönemlerini içermektedir. Sağlıklı bireylerde bir gecede ortalama 4-6 siklus gerçekleşir. Uykunun başlamasından 90-120 dakika sonra ilk REM ortaya çıkar (45).

Uyanıklık sırasında EEG kayıtlarında alfa dalgaları (8-13 Hz) belirgindir. NREM 1. evre uyanıklıktan uykuya geçiş olup uykunun %3-5'ini oluşturur. Bu evrede EEG'de alfa dalgaları azalır, düşük amplitüdü karışık frekanslı dalgalar ortaya çıkar. EOG'de yavaş göz hareketleri gözlenir. NREM 2. evre, uykunun %45-60 gibi büyük bölümünü kapsar. Uyku iğcikleri ve K kompleksleri ile karakterizedir. Elektromiyografide (EMG) kas tonusu azalmıştır. EOG'de göz hareketleri ortadan kalkmaktadır. Bu değişimler uykunun derinleşmeye başlayacağını göstergeleri olup 3. evre uyku başlamaktadır. NREM 3. evre, uykunun en derin dönemi olup derin uyku, yavaş dalga ve delta uykusu şeklinde adlandırılmaktadır. Üçüncü evrede düşük frekanslı senkronize delta dalgaları ortaya çıkmaktadır. Bu dönemde delta dalgaları bir evrenin %50'sini oluşturmaktadır. REM evresi düşük amplitüdü, karışık frekanslı EEG aktivitesi, hızlı göz hareketleri ve iskelet kaslarında atoni ile karakterizedir (47, 48).

2.3.3. Uykudaki Gelişimsel Değişiklikler

Miadında doğan bir bebek, 24 saatin 16 saatini uykuda geçirmektedir. Uykuları REM uykusu ile başlamakta, toplam uyku süresinin %50'sini REM uykusu oluşturmaktadır (42, 48).

Bir yaşında 24 saatin 12-13 saati gece uykusu, 2-2,5 saati 1 ya da 2'ye bölünmüş gündüz uykusu ile geçer. Sabah uykusu genelde 2-3 yaş arasında ortadan kalkar, öğle uykusu ise 4-5 yaşa kadar sürebilir. Çocukluk çağı boyunca REM uykusu oranı ve toplam uyku süresi azalmakta, delta uykusu oranı ise 10 yaşa kadar artmaktadır. REM oranı 3-6 ayda %40, 6-12 ayda %30, çocuklukta %25, ergenlik döneminde %20 oranına düşer ve erişkinlikte de bu oranlarda görülür (49, 50).

Toplam uyku süresi ve uyku etkinliği 3-5 yaş aralığında artar ve sonra azalmaya başlar. Yaşla birlikte uykuya geçiş süresi azalmaya, uyanık kalınan zamanın oranı azalmaya, evre 1 ve 2 uykusu artmaya, yavaş dalga uykusu azalmaya ve REM latansı artmaya başlar (51).

2.3.4. Çocukluk Döneminde Uyku Bozuklukları

Uyku ile ilişkili sorunlar çocuk gelişiminde önemli bir yer tutmaktadır. Yetersiz uyku; dikkat, dürtüsellik, davranışsal sorunlar ve okul başarısında düşme gibi çocuğun sosyal ve akademik işlevselliğinde ciddi bozulmalara yol açabilmektedir (52). Ebeveynler tarafından okul öncesi dönemdeki çocukların %25-50 sinde çeşitli uyku sorunları tanımlanırken okul çağındaki çocukların ve ergenlerin yaklaşık %20-30'unda uyku ile ilişkili sorunlara rastlanılmaktadır (53).

Amerikan Uyku Tıbbı Akademisi'nin Uyku Bozukluklarının Uluslararası Sınıflandırması (ICSD-International Classification of Sleep Disorders) ve DSM-V deki uyku bozuklukları sınıflandırması daha çok yetişkinlerde uyku bozukluklarını tanımlamak için elverişlidir. Çocuk ve ergenlerde ise yetersiz kaldığı düşünülmektedir (42). Uyku bozukluklarının ICSD-3'e göre sınıflandırması Tablo 3.1.'de verilmiştir (54).

Uyku-uyanıklık bozuklukları DSM-V tanı sınıflamasına göre şu şekilde sıralanmıştır:

1. Uykusuzluk Bozukluğu
2. Aşırı Uykululuk Bozukluğu
3. Narkolepsi
4. Solunumla İlişkili Uyku Bozuklukları
 - Tıkayıcı Uyku Apnesi Hipopnesi
 - Merkezi Uyku Apnesi
 - Uyku İle İlişkili Hipoventilasyon
5. Yirmidört Saatlik (Sirkadiyen) Düzenle İlgili Uyku-Uyanıklık Bozuklukları
6. Parasomniler
 - NREM Uykusu Uyanma Bozuklukları
 - Kabus Bozukluğu
 - REM Uykusunda Davranış Bozukluğu
7. Huzursuz Bacak Sendromu
8. Madde/İlacın Yol Açtığı Uyku Bozukluğu

Tablo 3.1. ICSD-3 Uyku Bozuklukları Sınıflandırması

<p>I) İnsomniler</p> <p>a. Kronik insomni b. Kısa süreli insomni c. Diğer insomniler d. İzole semptom ve varyantlar i. Aşırı yatakta kalanlar ii. Kısa uyuyanlar</p> <p>II) Uyku ile ilişkili solunum bozuklukları</p> <p>a. Obstrüktif uyku apne sendromu b. Santral uyku apne sendromu c. Uyku ile ilişkili hipoventilasyon sendromları d. Uyku ile ilişkili hipoksemi sendromu e. İzole semptom ve varyantlar i. Horlama ii. Katatreni</p> <p>III) Hipersomni ile seyreden santral hastalıklar</p> <p>a. Narkolepsi tip 1 b. Narkolepsi tip 2 c. İdyopatik hipersomni d. Kleine-Levin sendromu e. Medikal hastalıklara bağlı hipersomni f. İlaç ve madde kullanımına bağlı hipersomni g. Psikiyatrik hastalıklara bağlı hipersomni h. Yetersiz uyku sendromu i. İzole semptom ve varyantlar i. Uzun uyuyanlar</p> <p>IV) Sirkadiyen ritim uyku-uyanıklık bozuklukları</p> <p>a. Gecikmiş uyku-uyanıklık fazı bozukluğu b. İleri uyku-uyanıklık fazı bozukluğu c. Düzensiz uyku-uyanıklık ritmi bozukluğu d. 24 saatlik olmayan uyku-uyanıklık ritmi bozukluğu e. Vardiyalı çalışma f. Jet-lag g. Spesifiye edilemeyen sirkadiyen ritim bozuklukları</p>	<p>V) Parasomniler</p> <p>a. Non-REM ilişkili parasomniler i. Arousal bozuklukları ii. Konfüzyonel arousallar iii. Uykuda yürüme iv. Uyku terörü v. Uyku ilişkili yeme bozuklukları b. REM ile ilişkili parasomniler i. REM uykusu davranış bozukluğu ii. Tekrarlayıcı izole uyku paralizisi iii. Kâbus bozuklukları c. Diğer parasomniler i. Exploding head sendromu ii. Uyku ilişkili hallüsinasyonlar iii. Uyku entürezis iv. Medikal durumlara bağlı parasomniler v. İlaç veya madde kullanımına bağlı parasomniler vi. Spesifiye edilemeyen parasomniler</p> <p>VI) Uyku ile ilişkili hareket bozuklukları</p> <p>a. Huzursuz bacak sendromu b. Periyodik bacak hareketleri c. Uyku ilişkili bacak krampları d. Uyku ilişkili bruksizm e. Uyku ilişkili ritmik hareket bozuklukları f. İnfantların benign uyku myoklonusu g. Uyku başlangıcında propriospinal myoklonus h. Medikal hastalıklara bağlı uyku ilişkili hareket bozuklukları i. İlaç veya madde kullanımına bağlı uyku ilişkili hareket bozuklukları j. Spesifiye edilemeyen uyku ilişkili hareket bozuklukları</p> <p>VII) Diğer uyku hastalıkları</p> <p>Appendix A Uyku ile ilişkili medikal ve nörolojik hastalıklar Fatal famiyal insomni Uyku ilişkili epilepsi Uyku ilişkili baş ağrısı Uyku ile ilişkili laringospazm Uyku ile ilişkili gastroözofagial reflü Uyku ile ilişkili miyokardiyal iskemi Appendix B ICD-10-CM ile kodlanan madde kullanımına bağlı uyku bozuklukları</p>
--	---

2.3.5. Okul Öncesi Dönemde Uyku Bozukluklarına Yaklaşım

Uyku bozukluklarına yaklaşımda uyku düzeni ve alışkanlıkları, uyku sorununun süresi, özellikleri, eşlik eden diğer durumların bilinmesi gerekmektedir.

Sık karşılaşılan uyku sorunları yaş dönemlerine göre değişiklik göstermektedir. Bebeklik döneminde bebeğin uykuya dalma sürecinde ebeveynin yanında bulunması, beslemesi gibi nedenlerden dolayı %30 sıklıkla en sık görülen uyku sorunu çocukluk çağının davranışsal insomniası olarak tanımlanmıştır (54). Bu yaş döneminde bebeğin gece sık uyanması normaldir ancak kendi kendine uyumayı öğrenemeyen bebeklerde durum sorun haline alabilmektedir. Bir yaşından itibaren gelişimsel olarak ayrılma anksiyetesinin artmasıyla uykuya dalma güçleşebilir, uyumaya direnç gösterme görülebilir. Bunu bakım veren ve bebeğin güvensiz bağlanma paterniyle ilişkilendiren çalışmalar vardır (55).

Oyun çağı döneminde yatmaya direnç gösterme ve gece terörü, kabus bozukluğu şeklinde parasomniler %25-30 sıklıkla görülmektedir (54). Okul öncesinde en sık görülen uyku sorunu primer insomniadır. Gece yalnız yatamama, karanlık korkusu, gece kabusları, gece terörü diğer sık rastlanan uyku sorunlarıdır (56). Gece terörü en sık 5-7 yaş aralığında ve %1-6 sıklıkla görülen, uykunun ilk saatlerinde derin uykuda oluşan, parasomnia grubunda bir uyku bozukluğudur. Uykuda ağlama, bağırma, amaca yönelik olmayan motor aktivite ve taşikardi gibi otonomik etkinliklerde artışla karakterizedir. Yatıştırılması güçtür. Atak sona erdiğinde uyumaya devam eder. Uyandıığında olanları hatırlamaz. Gün içinde kısa uykular ve aşırı yorgunluğun önlenmesiyle ataklar azaltılabilir. Zamanla kendiliğinden düzelmesi beklenir. Gece kabus bozukluğu ise REM uykusuyla eş zamanlı, uykunun ileri saatlerinde ortaya çıkan, çocuğun kaygı ve korkuyla uyanıp gördüklerini hatırladığı ve uykuya dönmekte zorlanabildiği uyku bozukluğudur. Kabusların içeriği ve yineleyici nitelikte olması önemlidir. Okul öncesi gece kabusları sıklığı 2,5 yaşında %42,2 iken 16 yaşında %6,8'e kadar geriler (57).

Okul öncesi dönemdeki uyku sorunları erken okul yıllarında ebeveyn ve öğretmenler tarafından bildirilen davranış sorunları sıklığıyla ilişkilendirilmiştir (58). Ebeveyn bildirimine dayalı 2-6 yaş grubu çocuklarla yapılan bir çalışmada uyku problemleri; dikkatsizlik ve hiperaktiviteyle, duygusal problemlerle pozitif ilişkili bulunmuştur (59, 60).

Geniş örneklem grubuna sahip bir çalışmada, 2-5 yaş aralığında hem ebeveynlerin bildirdikleri hem de objektif yöntemlerle belirlenen gece uyku süresinin kısa olması, ebeveynlerin daha fazla davranış sorunları ve dışa vurum bozuklukları ifade etmeleriyle ilişkili bulunmuştur (61). Özellikle gecede ya da 24 saatte 10 saatten az uyuyan 2-3 yaş arası çocuklar en az 10 saat uyuyan yaşlılarına kıyasla daha fazla davranış sorunu göstermektedirler. Uzunlamasına yapılan bir çalışmada ise ilk 1 yıldaki uyku sorunlarının okul öncesi davranış problemleri için yordayıcı olduğu gösterilmiştir (62).

Son yıllarda yapılan çalışmalar davranış sorunlarının, erken evredeki davranış sorunları kontrol edildiğinde, uyku sorunları ile ilişkili olduğunu göstermektedir. Özellikle 4 yaşındaki uyku sorunlarının o yaştaki belirtiler kontrol edildiğinde 14 yaşında ebeveyn tarafından bildirilen anksiyete, agresyon, dikkat sorunlarıyla ilişkili olduğu bulunmuştur. Çocuğun 4 yaşındaki uyku sorunları, bu davranış problemlerinin devamlılığı kontrol edildiğinde, 7 yaşındaki anksiyete, davranış ve hiperaktivite problemleriyle ilişkili bulunmuştur (63).

Uyku sorunlarının devamlılığında en önemli rolü ebeveyn tutumlarının oynadığını gösteren çalışmalar bulunmaktadır (64). Çocuğu uyuması için yatağa bırakmak, gece bir kez uyandıktan sonra çocuğu yataktan almak, gece yemek yedirmek gibi davranışlar kronik ve dirençli uyku sorunları ile ilişkili bulunmuştur (65). Başka bir bakış açısı ebeveyn davranışlarının çocuğun gece ortasında uyandıığında ebeveyn müdahalesine ihtiyaç duymasına yol açarak, tek başına nasıl uykuya dalacağını öğrenme becerilerini kazanmasına engel olduğunu ileri sürmüştür. Ebeveyn tutumlarının değerlendirilmesi ile fazla rahat ya da otonomi kazanmayı engelleyici tutumların, devam eden ve dirençli uyku sorunları ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (64).

2.4. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunda Uyku ve Uyku Bozuklukları

DEHB ve uyku bozuklukları arasındaki ilişki pek çok araştırmacı tarafından gösterilmiş olmasına rağmen klinisyenlerin çoğu DEHB'li çocuklardaki uyku sorunlarının kullanılan ilaçlara bağlı olduğunu ileri sürmektedir. Bu nedenle DEHB ile birlikte görülen uyku bozuklukları çoğu zaman gözden kaçabilmektedir. DEHB ve uyku bozukluğu arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalar son yıllarda hız kazanmıştır.

DEHB’de uyku bozuklukları sık olmasına rağmen bunlar çoğu zaman gözden kaçabilmektedir. DEHB ile uyku bozukluklarının ilişkisi oldukça önemlidir; çünkü bu birliktelik DEHB tedavisine yanıtı ve bozukluğun gidişini etkileyebilir. Ebeveyn bildirimlerine dayanan uyku problemleri prevalansı, uyku probleminin tanımına bağlı olarak %50-80 oranında oldukça değişkendir (66, 67). Yapılan bir meta-analizde 722 DEHB’li çocuk ve 638 kontrol değerlendirilmiş, objektif ve subjektif uyku sorunlarında artmış risk bildirilmiştir (4).

Çocuklar ve aileleri tarafından yaygın olarak bildirilen uyku problemleri arasında gecikmiş uyku başlangıcı, yatma zamanına direnç, sık gece uyanmaları, huzursuz uyku, gündüz uykulu olma hali vardır (68). Benzer şekilde yakın zamanda yapılan bir meta-analizde DEHB tanılı çocuklarda yatma zamanına direnç, uykuya dalma ve sabah uyanmada zorluk, gece uyanmaları, solunumla ilgili uyku sorunları, gündüz uykululuk gibi uyku sorunlarının kontrol grubuna göre anlamlı olarak farklılık gösterdiği saptanmıştır. Ayrıca uykuya dalmakta geçen sürenin ve uykuda dönme sayılarının daha fazla olduğu tespit edilmiştir (4).

Yapılan çalışmalar DEHB’li çocuklarda melatoninin sağlıklı 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, melatonin üretimi geç saatte olursa gecikmiş uyku fazı söz konusudur (4, 69).

Objektif çalışmalarda subjektif çalışmalara göre daha az oranlarda sorun tespit edilsede objektif uyku testlerinde DEHB’li çocuklarda uykuya dalmak için geçen sürede artış, apne-hipopne indeksi olarak ölçülen uykuda solunum bozukluğu açısından daha fazla risk olduğu bulunmuştur. Ayrıca polisomnografide periyodik ekstremitte hareketlerinde anormallikler, uyku etkinliğinde azalma, aktigrafide uyku süresi ve ortalama uykuya dalma süresinde azalma gözlenmiştir (69).

DEHB ile solunumla ilgili uyku bozuklukları ve uyku düzensizlikleri arasında ilişki sıklıkla bildirilmektedir. Uykuda solunum bozukluğunun DEHB’li çocuklarda fark edilmesi önemlidir. Çünkü bu klinik durum DEHB’nin morbiditesini artırarak çocuğun yaşam kalitesini, tedaviye yanıtı ve dolayısıyla prognozu olumsuz etkileyebilir. Gece uyku esnasında geçici hipoksi atakları, solunum sorunları veya uyku bölünmeleri çeşitli diurnal nörodavranışsal sorunlara yol açabilmektedir (70).

Uyku ile ilişkili solunum sorunları yaşayan çocuklarla yapılan birçok çalışmada horlayan çocuklarda aşırı hareketlilik ve dikkat eksikliği belirtilerine daha fazla rastlanıldığı vurgulanmaktadır (53). Adenotonsiller hipertrofi nedeniyle obstrüktif uyku apnesi sendromu ya da habitüel horlamada yaklaşık vakaların üçte birinde dikkatsizlik ve hiperaktivite belirtileri görülebilmektedir. Gürültülü horlama ya da uykuda solunum bozukluğunda hiperaktivite ve dikkatsizlik anlamlılık göstermektedir (71, 72).

2009 yılında yapılan bir çalışmada horlama sıklığının 6-9 yaş arası çocuklarda, 10-12 yaş arası çocuklara göre daha sık olduğu saptanmıştır. Sık horlama saptanan grupta gün boyu uykusuzluk sıklığı %31,5 olup diğer gruptan anlamlı farklılık göstermiştir. Bu oran diğer grupta %25,9 olarak tespit edilmiştir. Sık horlayan grupta dikkat eksikliği %31,3, hiperaktivite %18,2; ara sıra horlayan grupta dikkat eksikliği %16,2, hiperaktivite %9,9; horlaması olmayan grupta dikkat eksikliği %13,9, hiperaktivite %8,8 olarak saptanmış ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Araştırmacılar horlamanın dikkat ve hiperaktivite belirtilerini artırdığını vurgulamışlardır (73).

3-16 yaş arası çocukların değerlendirildiği başka bir çalışmada apne-hipopne indeksi 5'ten büyük olanların oranını %39,2, DEHB grubunun apne-hipopne indeks ortalamasını ise 7,1 olarak bulmuşlardır (74).

Birkaç çalışmada DEHB'li çocuklarda periyodik hareket bozukluğu ve huzursuz bacak sendromu (HBS) gibi uyku bozukluklarının insidansının yüksek olduğu gösterilmiştir (75). DEHB tanısı konan çocuklarda HBS ya da HBS belirtilerinin yaklaşık görülme sıklığı %44, HBS tanısı konan çocuklarda ise DEHB ya da DEHB belirtilerinin görülme sıklığı %26 olarak bulunmuştur (76). Türkiye'de yapılan bir çalışmada DEHB hastalarında HBS görülme sıklığı %33,3 olarak saptanmış, DEHB belirti ciddiyeti ile HBS görülme sıklığı arasında ilişki olmadığı bulunmuştur (77).

DEHB'li çocuklarda primer uyku bozukluklarına ek olarak, uykusuzluk belirtileri ile giden eş hastalanım şeklinde görülebilen diğer ruhsal bozukluklar da yaygındır. Anksiyete ve depresyonu olan çocuklarda da uyku problemlerine sıkça rastlanmaktadır ve davranış problemleri uyku kalitesi kötü olanlarda uykusu iyi olanlara göre daha fazladır (78). DEHB ve KOKGB birlikteliğinde yatağa gitmeye

ve sabah kalkmaya direnç vardır. DEHB ve anksiyete bozukluğu birlikteliğinde ise uykuda artmış hareketlilik söz konusudur (67).

2.5. Ebeveyn Çocuk Yetiştirme Tutumları

Aile içi iletişim biçimi ve anne babanın disiplin anlayışı, bir çocuğun eğitilmesinde en temel noktadır. Çocuklar ebeveynlerinin tutumlarını model alarak içselleştirmekte ve zamanla bunlar alışkanlıklar ile desteklenerek kişilik gelişimine katkı sağlamaktadır.

Gelişim süresince; çocuk çevresini tanımaya, çevresinde olup bitenleri kendince anlamaya, olaylara karşı bakış açısı kazanmaya çalışırken sıklıkla anne babalarının yardımına başvururlar. Bu nedenle aile, çocuğun kişilik yapısının temellerinin atıldığı ve gelişimsel açıdan önemli etkileşimlerin yaşandığı bir ortamdır.

Freud, kişilik gelişimi bakımından ilk çocukluk yıllarındaki yaşantıların önemini vurgular. Bu kurama göre her gelişim döneminin kendi içinde önemli özellikleri vardır. Normal gelişimin sağlanması için gelişimin her döneminde bireyin temel ihtiyaçlarının karşılanması gerekmektedir. Eğer bu temel ihtiyaçlar karşılanmazsa kişilik gelişimi engellenir ve çocukta normal olmayan bazı davranış örüntüleri görülebilir. Çocukların anne babaları ile etkileşimlerinin niteliği, onların ihtiyaçlarının karşılanmasına ve her bir dönemi sağlıklı geçirmelerine yardım eder (79).

Yapılan araştırmalar; bireyin eğitim yaşantısından meslek seçimine, ruhsal gelişiminden problem çözme becerilerine kadar çok geniş bir yelpazede anne babanın çocuk üzerindeki etkisini ortaya koymuştur (80). Bu ilişki çerçevesinde çocuğun kişilik yapısı, ruh sağlığı ve çevresine uyum biçimi ile anne baba davranış, tutum ve inançları arasında sıkı bir ilişkinin olması; anne baba davranış, tutum ve inançları ile beraber bunların etkileri ile ilgili araştırmaları gerekli kılmaktadır (81).

Bugüne kadar ebeveynlerin çocuk yetiştirme tutumlarına ilişkin çeşitli sınıflamalar yapılmıştır. Baumrind'in sınıflaması, bu alanda yapılan çalışmalara kuramsal bir temel oluşturarak öncülük etmiştir. Baumrind, 1960 yılının ortalarında ebeveynlik modelleri ve çocuk davranışları arasındaki ilişkiyi araştırmaya başladı. Baumrind, anne babanın çocuk yetiştirme stillerini; izin verici (aşırı hoşgörülü) tutum, baskıcı (otoriter) tutum ve demokratik (ılımlı-otoriter) tutum olarak

tanımlamıştır. Baumrind'e göre demokratik ebeveynler çocuklarına karşı sıcak, tutarlı ve cezalandırmaya dayanmayan disiplin uygularken; otoriter ebeveynler çocuklarına karşı soğuk ve mesafeli davranmakta ve sert disiplin uygulamaktadır. Diğer yandan izin verici ebeveynler ise kural koymada başarısız olmakta, çocuklarını aşırı serbest bırakmakta, onların gelişimine uygun davranmamaktadır (82, 83).

Bu üç ebeveyn stiline yanı sıra Maccoby ve Martin dördüncü ebeveyn stili olarak ihmalkar (ilgisiz) ebeveyn tutumunu tanımlamışlardır. Baumrind tarafından kategorize edilen ebeveyn stillerinin uzantısı olan bu dördüncü stil ise, ebeveynlerin duygusal anlamda çocuklarına mesafe koyması ve onlarla minimal düzeyde vakit geçirmesi ile karakterizedir (84).

Schaefer ve Bell ise ebeveyn tutumlarını beş alt grupta incelemektedir. Bu alt gruplar; aşırı koruyucu tutum, demokratik tutum ve eşitlik tanıma, ev kadınlığı rolünü reddetme, anne-baba geçimsizliği, sıkı disiplin olarak sıralanmaktadır (85, 86). Ebeveyn tutumları bu alt gruplara dayanılarak aşağıdaki gibi ele alınmıştır:

2.5.1. Aşırı Koruyucu Tutum

Aşırı koruyucu anne babalar, çocuğa gereğinden fazla kontrol, özen ve ilgi gösteren ebeveynler olarak tanımlanmıştır. Çocuğun gereksinim duymadığı durumlarda bile anne baba müdahale eder. Çocuğun her türlü ihtiyacı anne babalar tarafından karşılanarak çocuğun kendi kendisine yetmesine fırsat verilmez ve kendi başına araştırma yapması engellenir. Anne babalar çocuğunu korumak için çocuğun her türlü hareketine ve ilişkisine sınırlamalar getirerek çocuk adına her türlü kararı kendileri verirler (87).

Yavuzer'e göre küçük yaştan itibaren çocuğa; yaşına, yeteneğine, cinsiyetine uygun görev ve sorumluluklar verilmezse güven duygusu pekiştirilmemiş olur, bu da çocuğun bağımlı, kendine güveni olmayan, kendi kararlarını vermekte ve sorumluluk almakta zorlanan bir birey olmasına sebep olabilir (88).

Aşırı koruyuculuk duygusal alanlarda da kendini gösterir. Çocuğun üzüntü, kaygı, korku gibi acı veren hiçbir duyguyu yaşamasına izin verilmez. Çocuk gerçek yaşamdan izole edilerek yapay bir dünyaya sokulur. Her şey kolaylaştırıldığı için çocuk yaşama hazırlıksız bırakılır (88, 89).

Aşırı koruyucu ebeveynlik içe yönelim ve anksiyete bozukluğu için bir risk faktörüdür. Çünkü çocuğun karşılaştığı sorunları tehdit edici ve çözülemez olarak

algılamasını sağlamaktadır ve böylelikle çocuğa kaygılı tepki verme açısından da model olmaktadır (90).

Sonuç olarak aşırı koruyucu tutum çocuğun kişiliğini geliştirmez; ürkek, inatçı, istediğini tutturan, mantıksız kavgalar çıkaran, çabuk mutsuz olan bir çocuk, ileride benzer özelliklere sahip bir yetişkini oluşturur (89, 91).

2.5.2. Demokratik Tutum ve Eşitlik Tanıma

Baumrind, bu tutumu ılımlı-otoriter tutum olarak adlandırmaktadır. Baumrind'e göre bu tutumu sergileyen bir ebeveyn; çocukla fikir alışverişinde bulunan ve buna özendiren, katı ama anlayışlı ve sevecen olan, çocuğa yaşı ilerledikçe daha çok sorumluluk veren ve genel anlamda çocuğun bireyselliğine saygı duyan bir ebeveynidir (92). Demokratik ve benimseyici tutum olarak da anılan bu yaklaşım ideal anne baba tutumudur.

Demokratik tutum sergileyen ebeveynler çocukların davranışlarını mantıklı ve sorun odaklı bir davranış tarzı ile yönlendirirler. Çocuğun sözel olarak kendini ifade etmesini desteklerler. Kuralların nedenlerini çocuğun anlayabileceği dilde açıklarlar. Her zaman sözlü uzlaşma taraftarıdır. Aynı zamanda çocuğun belli bir disiplin içinde olmasını da desteklerler. Çocuk ile anne baba arasında fikir ayrılıkları yaşansa bile bu çatışmanın çözümünü çocuğu engellemeden gerçekleştirirler (82, 83).

Demokratik tutum sergilenen evlerde hangi davranışın sonucunun ne olacağı bellidir. Evde belli kurallar aile üyeleri tarafından belirlenmiştir. Anne baba çocuğuna iyi bir model olmanın önemini farkındadır ve bu yolda hareket ederler. Bu ailelerde yetişen çocuklar ebeveyn otoritesinden korkmamakta, onlar tarafından sevildiğini hissetmekte ve fikirlerini serbestçe ifade edebilmektedir (79).

Baumrind, okul öncesi dönemdeki çocukları kapsayan araştırmasında ılımlı-otoriter (demokratik) tutum sergileyen ebeveynlerin çocuklarının kendine güvenen, otokontrol sahibi, yaratıcı ve mutlu olduğunu bulmuştur. Bu anne babaların çocukların ihtiyaçlarına önem veren ve karşılayan, çocukları ile sıcak ilişkileri olan, sürekli çocuğu cesaretlendiren ebeveynler olduğunu belirtmiştir (83).

2.5.3. Ev Kadınlığı Rolünün Reddi

Annenin kendi annesi ya da başkalarına bağımlılığı, sinirlilik, çocuklarla bir arada uzun süre kalamama ve yeni doğan bebeğin bakımından korkma gibi konuları kapsamaktadır (85). Annenin çocuğa karşı ilgisiz, çocuğun fiziksel ve ruhsal ihtiyaçlarına karşı duyarsız, gerekli kontrolün olmadığı, dağınık bir tutum olarak da nitelenebilir. Bu ortamda yetişen çocuklar kendileri, çevreleri ve gelecekleri ile ilgili endişelidirler. Çocuklar, varlığı yeterince fark edilmez ve onaylanmazsa, sevilmediğini, önemsenmediğini düşünerek sevgi açığıyla olumsuz davranışları daha kolay sergileyebilirler. Bu çocuklar arkadaş ortamından bu açığı kapatmaya çalışabilir, bu ortamlarda kötü alışkanlıklar edinebilirler (93).

2.5.4. Anne Baba Geçimsizliği

Eşler arasındaki geçimsizliğin çocuk yetiştirmedeki rolü, eşlerin birbirlerine yardımcı olmaması ve düşüncesizce davranması gibi konuları kapsar (85). Anne babanın iletişiminin çatışmalı olduğu bu aile ortamında, ebeveynler çocuklarına karşı tutarsız davranışlar sergilemekte ve birbirlerine olan öfkelerini zaman zaman çocuklarına yansıtmaktadırlar. Böyle bir aile ortamında fikir birliği, kurallarda kararlılık ve süreklilik yoktur. Bu ortamda çocuklar neyin iyi neyin kötü olduğuna, neye göre ödüllendirilip neye göre cezalandırıldığına karar veremezler. Otokontrol gelişiminin zayıf olduğu bu çocuklar, hangi davranışın nerede, ne zaman uygun olup olmadığını kestirmekte zorlanırlar (93).

Anne babanın uyumu çocuklar için daha güvenli, öngörülebilir ve dolayısıyla kontrol edilebilir bir çevre sunmaktadır (94). Bu çerçevede eşler arasındaki bağların zayıf, uyum seviyesinin düşük olması, ebeveyn çocuk ilişkisindeki güçlüklerin ortadan kaldırılmasını güçleştirir. Bu sebeple ebeveynlerin kendi aralarındaki sorunların çocukları ile kurdukları iyi ilişkilere güvenerek, onları etkilemeyeceğini düşünmeleri yanlış bir inançtır. Zira ebeveyn çocuk ilişkisi ile bağlantısından ötürü; çocuğun davranışsal problemlerine, eşler arasındaki uyumsuzluğun sebep olabileceği ifade edilmiştir (95, 96).

2.5.5. Sıkı Disiplin

Olumsuz bir çocuk yetiştirme tutumuna işaret eden, cinsel davranışı bastırma, saldırganlığı bastırma, sıkı disipline inanma, çocuğu zorlama, anne babanın mutlak hakimiyetine inanma gibi konuları kapsamaktadır (85). Otoriter anne babalar davranışı şekillendirmeyi, kontrol etmeyi ve değerlendirmeyi severler. Geleneksel düzeyde olan anlayışın korunması taraftarıdır. Çocuğun kendini savunması ya da ifade etmesi konusunda desteklemezler. Çocuk için en doğruyu bildiklerine ve çocuğun bunu koşulsuz kabul etmesi gerektiğine inanırlar (83).

Aile içinde ceza ön planda tutulmaktadır. Ceza yöntemleri aileden aileye değişse de amaç aynıdır. Dayak, suçlama, aşağılama, ayıplama veya korkutma olarak kendini gösterebilir. Çocuk anne babanın kendisini eleştirmesinden sürekli korkar ve her attığı adımda yanlış yapma korkusu yaşayabilir (80).

Baskıcı ve otoriter tutum içerisinde yetiştirilen çocukların yüksek düzeyde anksiyete gösteren, başkaları ile başarılı sosyal ilişkiler kuramayan kaygılı çocuklar olduğu görülmüştür. Baumrind, okul öncesi dönemdeki çocukları kapsayan araştırmasında bunu kanıtlamış; sıkı disiplin sergileyen ebeveynlerin çocuklarının mutsuz, asosyal ve kaygılı çocuklar olduğunu bulmuştur (83, 92).

Çok kontrollü, reddedici ve kırıcı anne babaların çocukları okul öncesi dönemde daha çok saldırgan davranışlar sergilemektedir (97) ve bu çocuklar okul çağına geldiğinde dışa yönelim sorunları bildirmektedirler (98).

2.6. Okul Öncesi Dönem DEHB ve Çocuk Yetiştirme Tutumu İlişkisi

Ebeveynin yetiştirme tutumu, çocuğun gelişimi ve psikolojik uyumu üzerinde son derece önemlidir. Son dönemde yapılan çalışmalarda, gittikçe artan bir şekilde çocuğun davranışları üzerinde ebeveynin oynadığı rol ele alınmaya başlamıştır.

DEHB'nin genetik ve biyolojik nedenlerden kaynaklandığı konusunda çok sayıda bulgu bulunmaktadır. Ancak ebeveyn tutumlarının DEHB ile hiçbir ilgisinin olmadığı iddia edilmemektedir. Aksine çocuk-aile ilişkisinde ebeveyn tutumlarının ve aile işlevselliğindeki bozuklukların dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu gelişimi açısından önemli rol oynadığı bildirilmektedir.

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanısı konmuş bireylerin anne babalarında daha çok olumsuz-tepkisel davranış kontrolü ve daha az olumlu anne

babalık tutumu saptanmıştır (99). Bir başka çalışmada ise otoriter ve baskıcı tutuma sahip ailelerin çocuklarında, demokratik ve ilgili tutuma sahip ailelerin çocuklarına göre daha fazla DEHB tanısı tespit edilmiştir (100).

Karakoç Demirkaya'nın okul öncesi dönemdeki çocuklarla yaptığı bir çalışmada; hiperaktivite ile anne baba arası aşırı geçimsizlik, annenin ev kadınlığı rolünü reddi ve sıkı disiplin tutumları ilişkili bulunmuştur. Dikkat sorunları ile çocuk yetiştirme tutumu arasında ise herhangi bir ilişki saptanmamıştır (6). 5-6 yaş grubu çocuklarda yapılan bir başka çalışmada ise hiperaktivite ile koruyucu, demokratik ve ev kadınlığını reddedici tutumlar arasında orta düzeyde bir ilişki saptanırken; anne baba arası geçimsizlik ve sıkı disiplin tutumları arasında düşük düzeyde bir ilişki saptanmıştır (101).

Hiperaktif çocuğu olan anne babaların tutumlarına baktığımızda gerginlik, yetersizlik duygusu ve anne babanın farklı disiplin anlayışları ilk göze çarpmaktadır. Ancak bu özellikler hiperaktiviteye neden değil olası hiperaktiviteyi tetikleyici etkenlerdir (102).

DEHB tanısı olan çocuklar dikkat süreleri sınırlı olduğu için sürekli geri bildirim almaya ihtiyaç duyarlar. Bu yüzden ebeveynler, çocuklarının yaptıkları işe (etkinliğe) devam edebilmelerini sağlamak amacıyla DEHB'si olan çocuklarına sıkça geri bildirim ve ödül verirler. Bu nedenle DEHB'li çocukların anneleri daha disiplinli olabilir, çocukla baş etmede zorlandığı için ev kadınlığı rolünü reddedebilir (101, 103).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Örneklem

Çalışmamız, Eskişehir il merkezindeki okul öncesi dönemdeki çocuklarda DEHB belirti düzeyleri ile uyku alışkanlıkları ve ebeveyn çocuk yetiştirme tutumları arasındaki ilişkiyi araştıran kesitsel bir çalışmadır. Bu çalışmadaki amacımız; okul öncesi dönemdeki çocuklarda DEHB belirtilerini tespit ederek katılımcıları DEHB belirti düzeylerine göre gruplandırmak, bu grupları sosyodemografik özellikler, uyku alışkanlıkları ve ebeveynlerinin çocuk yetiştirme tutumları açısından karşılaştırmaktır.

Araştırma için Eskişehir Valiliği İl Milli Eğitim Müdürlüğü'ne; başvuru dilekçesi, araştırmada kullanılacak form ve ölçekler ve Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan alınan 25.01.2016 tarih ve 80558721/119 sayılı onay formu ile başvurulmuş, yazılı izin alınarak il merkezindeki anaokullarıyla ilgili bilgiler kurumdan sağlanmıştır. Bu bilgiler doğrultusunda sosyoekonomik açıdan düşük, orta ve yüksek olacak şekilde üç farklı mahalleden üç anaokulu seçilmiş ve 2015-2016 eğitim öğretim yılında bu okullara kayıtlı olan çocuklar ve ebeveynleri çalışmaya alınmıştır. Çalışma, belirlenen anaokullarına devam eden 3-6 yaş aralığındaki, anne ve babası hayatta olan, nörolojik bozukluğu ve büyüme gelişme geriliği olmayan, klinik olarak yaşına uygun zeka düzeyinde olduğu izlenimi edinilen, yaygın gelişimsel bozukluğu olmayan çocuklar ve araştırmaya katılmayı kabul eden ebeveynleri ile yürütülmüştür.

Çalışmamıza katılan okullar; Adnan Menderes Anaokulu, Seçil Akkurt Anaokulu ve Kutlu Doğum Anaokulu'dur. Her bir okuldan 100 çocuk olmak üzere toplam 300 katılımcının dahil edilmesi planlanmıştır. Her okulun mevcudu üzerinden, basit rastgele sayılar tablosu kullanılarak çocuklar seçilmiş, katılım sayısı çok az olursa alternatif katılımcılar seçilerek istenen sayıya ulaşılmaya çalışılmıştır. Gönüllü katılımcılardan çalışmaya dahil edilme kriterleri sağlandığında toplam 278 katılımcı ile çalışma gerçekleştirilmiştir. Adnan Menderes Anaokulu'ndan 91 (toplam öğrenci sayısı 250), Seçil Akkurt Anaokulu'ndan 87 (toplam öğrenci sayısı 176) ve Kutlu Doğum Anaokulu'ndan 100 (toplam öğrenci sayısı 270) katılımcı ile örneklem oluşmuştur.

3.2. Veri Toplama Araçları

3.2.1. Sosyodemografik Veri Formu

Sosyodemografik ve klinik özelliklere ilişkin bilgilerin kaydedilmesi amacıyla tarafımızca hazırlanmış “Sosyodemografik Veri Formu” kullanılmıştır. Anne ve/veya babanın dolduracağı bu formda yaş, cinsiyet, ebeveyn eğitim düzeyleri, ebeveyn mesleği, ebeveynlerin birliktelik durumu, ebeveynlerin algıladıkları sosyoekonomik seviye, çalışmaya katılan çocuğun ailenin kaçınıcı çocuğu olduğu ve kardeş sayısı, annenin gebelik özellikleri (gebelikte sigara-alkol kullanımı, geçirdiği hastalıklar), doğumda annenin yaşı, gebelik süresi, çocuğun doğum şekli, doğum ve sonrasında sorun yaşama (zor doğum, sarılık geçirme, solunum problemi yaşama, kuvöz bakımı), anne sütü alma süresi, dil ve motor gelişimi, kronik hastalık varlığı, kronik hastalığı varsa tanısı sorgulanmıştır.

3.2.2. Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni

Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli Türkçe Uyarlaması (ÇDŞG-ŞY)

Çocuk ve ergenlerin DSM-III ve DSM-IV tanı ölçütlerine göre geçmişteki ve şu andaki psikopatolojilerini saptamak amacıyla Kaufman ve arkadaşları (1996) tarafından geliştirilmiş, yarı yapılandırılmış bir görüşme formudur. Form üç bölümden oluşmaktadır. “Yapılandırılmamış başlangıç görüşmesi” olarak adlandırılan ilk bölümde çocuğun demografik bilgileri, gelişim öyküsü, sağlık durumu, okul durumu ve arkadaş ilişkileri gibi bilgiler edinilir. İkinci bölüm olan “Tanı amaçlı tarama görüşmesi” 200 kadar özgül belirti ve davranışı değerlendirir. Duygulanım bozuklukları, psikotik bozukluklar, anksiyete bozuklukları, davranış bozuklukları, madde kötüye kullanımı ve diğer bozuklukları içerir. “Çocuklar için genel değerlendirme ölçeği” olarak adlandırılan üçüncü bölüm çocuğun şu andaki genel işlev düzeyini belirlemek için genel değerlendirme ve gözlem sonuçlarından oluşur. Her bir bilgi kaynağından alınan bilgiler ayrı ayrı ve sonunda klinisyenin gözlemleriyle de birlikte birleştirilerek puanlanır. Tüm görüşme 45-120 dakika sürer. Ölçeğin Türkçe’ye çeviri-geri çevirisi ve geçerlik ve güvenilirlik çalışması Gökler ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (104).

Bu ölçek okul öncesi dönemde kullanılmak üzere tasarlanmamış olsa da okul öncesi çocuklarda ruhsal bozuklukların değerlendirilmesi için yeterli psikometrik özelliklere sahip olduğu belirlenmiş olup güvenilirliği gösterilmiştir (105).

3.2.3. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Yıkıcı Davranım Bozukluğu Belirtilerinin Okul Öncesi Dönem Tarama ve Değerlendirme Ölçeği

Ercan ES ve arkadaşları tarafından geliştirilen bu ölçek 10 sorudan oluşan bir değerlendirme aracıdır. Ölçek, okul öncesi dönem dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) belirtilerinin taranmasına yönelik olarak hazırlanmıştır. Hareketlilik, dürtüsellik ve yıkıcı davranışlara yönelik belirtilerin yer aldığı ölçekte, okul öncesi dönemde dikkat eksikliği ile ilgili sorunların çok ön planda olmaması nedeniyle bu alana yönelik maddelere yer verilmemiştir. Cronbach alfa katsayısı 0,92 olarak bulunmuştur. Madde-toplam puan korelasyon katsayıları 0.59-0.81 arasında; madde-ayırıtma fonksiyon korelasyon katsayıları ise 0.33-0.71 arasında bulunmuştur. Ölçek ebeveynler tarafından geriye yönelik olarak doldurulmaktadır. Dörtlü likert tipinde olan ölçekte her madde için 0=yok, 1=biraz, 2=fazla, 3=çok fazla seçenekleri bulunmaktadır. Toplam puan 0 ile 30 arasında değişmektedir. Kesim puanı olmamakla birlikte, 5 ve üzeri maddenin 2 ve 3 olarak işaretlenmiş olması, çocuğun DEHB veya yıkıcı davranım bozukluğu açısından inceleme gerektirdiğini belirlemektedir (106). Ölçeğin 10.maddesi ilkokul 1.sınıf dönemini sorguladığı için çalışmamıza dahil edilmemiştir.

3.2.4. Çocuk Uyku Alışkanlıkları Anketi (ÇUAA)

Çocukların uyku alışkanlıklarını ve uyku ile ilişkili sorunlarını araştırmaya yönelik olarak 2000 yılında Owens ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olup Türkçe'ye uyarlanması ve geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Fiş ve arkadaşları (2010) tarafından yapılmıştır. Orijinal ölçek 45 maddeden oluşmakla birlikte Owens ve arkadaşlarının yaptıkları toplum çalışmasının analizlerinde puanlama ve alt ölçeklerin oluşturulmasında işlevsel olan 33 madde analize dahil edilmiş ve böylelikle kısaltılmış formu elde edilmiştir. Cronbach alfa katsayısı 0,78 olarak bulunmuştur. Test tekrar test arasında korelasyon katsayısı r: 0,81 olarak saptanmıştır ($p<0.001$). Ölçekte yatma zamanı direnci (1,3,4,5,6,8. maddeler), uykuya dalmanın

gecikmesi (2. madde), uyku süresi (9,10,11. maddeler), uyku kaygısı (5,7,8,21. maddeler), gece uyanmaları (16,24,25. maddeler), parasomniler (12,13,14,15,17,22,23. maddeler), uykuda solunumun bozulması (18,19,20. maddeler), gün içinde uykululuk (26,27,28,29,30, 31,32,33. maddeler) şeklinde sıralanabilen sekiz alt ölçek tanımlanmıştır. Ölçek, ebeveyn tarafından geriye dönük olarak doldurulmaktadır. Anne-babadan çocuğun uyku alışkanlıklarını bir önceki hafta üzerinden değerlendirmeleri istenmektedir. Ölçekteki maddeler genellikle (belirtilen haftada 5-7 kez oluyorsa):3, bazen (haftada 2-4 kez oluyorsa): 2 ve nadiren (haftada 0-1 kez oluyorsa): 1 şeklinde kodlanmakta; 1,2,3,10,11 ve 26. maddeler ters kodlanmaktadır (genellikle: 1, bazen: 2 ve nadiren: 3). 32.ve 33. maddeler de uykusu gelmez: 0, çok uykusu gelir: 1, uyuyakalır: 2 olarak kodlanmaktadır. Toplamda elde edilen 41 puan, kesim noktası olarak kabul edilmekte ve bunun üzerindeki değerler 'klinik düzeyde anlamlı' olarak değerlendirilmektedir (53, 107).

3.2.5. Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumu Ölçeği (AHÇYTÖ)

Orijinal adı Parental Attitude Research Instrument (PARI) olup 1958 yılında Schaefer ve Bell tarafından geliştirilmiş ve Güney Le Compte, Ayhan Le Compte ve Serap Özer tarafından 1978 yılında Türkçe'ye uyarlanmıştır. Ölçeğin test-tekrar test güvenilirliği 0,58 ile 0,88 arasında bulunmuştur. Ölçeğin Türkçe'ye uyarlanmasında ölçek önce Türkçe'ye çevrilmiş madde anlaşılabilirliği saptanmıştır. Türkçe'ye çevrildiğinde anlam kaybına neden olabilecek maddeler ölçekten çıkarılarak toplam soru sayısı 60 olarak saptanmıştır. Ebeveynler üzerinde denenen ölçeğin anlaşılamayan kısımları anlaşılır maddeler haline getirilmiştir. Ölçek 60 madde ve 5 alt ölçekten oluşmaktadır: Alt ölçekler,

1. Aşırı koruyuculuk: Aşırı kontrol, müdahalecilik, çocuktan bağımlı, faal ve çalışkan olmasını istemek, annenin son derece özverili olması ve çocuğun da bunu anlaması gereğine inanır. Annenin çocuğa zorla müdahalesini, çocuğun anne babasına bağımlılığını ölçer. 16 madde içerir. Bu maddeler: 1,3,4,7,11,12,14,26,27,28,32,34,36,46,51,57' dir.
2. Demokratik tutum ve eşitlik tanıma: Çocuğa eşit haklar tanıma, fikirlerini açıkça desteklemesini isteme, onunla arkadaşlık kurma ve paylaşım gibi konuları kapsar. Anne babanın cesaret verici yaklaşımlarını ve paylaşımını ölçer. 9 madde içerir. Bu maddeler: 2,13,18,22,29,37,44,45,59' dur.

3. Ev kadınlığı rolünün reddi: Ebeveynin kendi annesi ya da başkalarına bağımlılığı, sinirlilik, çocuklarla uzun süre bir arada kalamama, yeni doğan bebeğin bakımından korkma gibi konuları kapsar. 13 madde içerir. Bu maddeler: 6,9,16,17,21,23,31,38,41,42,49,52,55'dir.

4. Anne baba geçimsizliği: Eşler arasındaki geçimsizliğin çocuk yetiştirmedeki rolü, eşlerin birbirlerine yardımcı olmaması ve düşüncesizce davranması gibi konuları kapsar. 6 madde içerir. Bu maddeler: 8,19,33,40,48,54' dür.

5. Sıkı disiplin: Cinsel davranışı bastırma, saldırganlığı bastırma, sıkı disipline inanma, cezalandırma, anne babanın mutlak hakimiyetine çocuğun itaatkarlığına inanma gibi konuları kapsar. 16 madde içerir. Bu maddeler: 5,10,15,20,24,25,30,35,39,43,47,50,53,56,58,60'dır.

Yanıtlanmasında, her madde için, "Hiç uygun bulmuyorum (1 puan)", "Biraz uygun buluyorum (2 puan)", "Oldukça uygun buluyorum (3 puan)", "Çok uygun buluyorum (4 puan)", şıklarından birinin seçilmesi ve işaretlenmesi istenir. Puanlamada 2. 29. ve 44. maddelere verilen yanıtlar tersine puanlanır. Her boyutun temsil edildiği alt test için ayrı puan elde edilmektedir. Puanların yorumlanması; her alt test toplam puanın yüksekliği demokratik tutum boyutunda olumlu, diğer alt testlerde olumsuz olarak değerlendirilir (85).

3.3. Yöntem

Çalışmamız, Eskişehir İl merkezinde bulunan ve Eskişehir Valiliği İl Milli Eğitim Müdürlüğü'nden alınan bilgiler doğrultusunda sosyoekonomik açıdan düşük, orta ve yüksek olacak şekilde üç farklı mahalleden üç anaokulunda gerçekleştirilmiştir. Verilerin toplanması Nisan-Mayıs 2016 tarihlerinde belirlenen okullarda yapılmıştır. Her okuldaki yönetime ve öğretmenlere çalışmayla ilgili bilgi verilmiştir. Okul idaresi aracılığıyla ailelere; aydınlatma ve onam formu, sosyodemografik veri formu, Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Yıkıcı Davranım Bozukluğu Belirtilerinin Okul Öncesi Dönem Tarama ve Değerlendirme Ölçeği, Çocuk Uyku Alışkanlıkları Anketi ile anne ve babanın ayrı ayrı dolduracağı Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumu Ölçeği gönderilmiştir. Okul idaresine geri dönen formlar değerlendirildiğinde çalışmaya katılmayı kabul eden ve dahil edilme kriterlerini karşılayanlar çalışmaya alınmıştır. Bu ailelere okul idaresinin yardımıyla telefonla ulaşılmış, uygun oldukları zaman dilimi belirlenerek bir takvim hazırlanmış

ve uygun olan ebeveyn okula davet edilmiştir. Okul idaresinin sağladığı uygun bir ortamda ebeveyn ile görüşülmüş, formlardaki eksik bilgiler tamamlanmış, Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi uygulanarak çocuklarındaki ruhsal tanılar tespit edilmiştir. Çocuklar ise sınıf ortamlarında gözlemlenmiştir.

DEHB ve Yıkıcı Davranım Bozukluğu Belirtilerinin Okul Öncesi Dönem Tarama ve Değerlendirme Ölçeğinden elde edilen veriler doğrultusunda örneklem, belirti düzeylerine göre gruplandırılmıştır. Ölçekteki 10. soru ilkokul 1. sınıf dönemini sorguladığı için çalışmamızın kapsamından çıkarılmıştır. 9 soru üzerinden değerlendirdiğimiz ölçekten alınabilecek puan aralığı 0-27' dir. Belirti düzeyleri ölçekten alınan puanlara göre; ortanca değeri, puan ortalaması ve standart sapma göz önüne alınarak düşük, orta ve yüksek olarak gruplandırılmıştır (ortanca=4, puan ortalaması=5,86, standart sapma=5,34). Buna göre ölçekten 0-3 puan alanlar düşük düzeyde belirti grubu (DDBG), 4-10 puan alanlar orta düzeyde belirti grubu (ODBG), ≥ 11 puan alanlar ise yüksek düzeyde belirti grubu (YDBG) olarak adlandırılmıştır.

3.4. Verilerin Analizi

Bu çalışmada, elde edilen verilerin analizinde SPSS 21.0 paket programı kullanılmıştır. Çocukların ve ebeveynlerin sosyodemografik bilgileri tanımlayıcı istatistiklerle değerlendirilmiştir. Sürekli veriler ortalama (Ort) \pm standart sapma (SS) olarak, kategorik veriler ise yüzde (%) olarak verilmiştir. Verilerin normal dağılıma uygunluğunun araştırılmasında Shapiro Wilk testinden yararlanılmıştır.

Üç gruba karşılaştırırken normal dağılım gösteren sürekli verilere Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA), normal dağılım göstermeyen sürekli verilere Kruskal-Wallis T Testi uygulanmıştır. Oluşturulan çapraz tabloların analizinde Pearson Ki-Kare ve Pearson Kesin (Exact) Ki-Kare analizleri kullanılmıştır. Gruplar arası farklılık saptandığında varyansların homojen olduğu durumlarda Tukey Testi, varyansların homojen olmadığı durumlarda Tamhane Testi ile çoklu karşılaştırmalar yapılmıştır. İstatistiksel anlamlılık için $p < 0,05$ değeri kriter kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

Çalışmaya 140 kız (%50,4) ve 138 erkek (%49,6) olmak üzere toplam 278 çocuk ve ebeveynleri katılmıştır.

Ebeveynlerin doldurduğu Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Yıkıcı Davranım Bozukluğu Belirtilerinin Okul Öncesi Dönem Tarama ve Değerlendirme Ölçeği'nden alınan toplam puana göre katılımcılar üç gruba ayrılmış; ölçekten 0-3 puan alanlar düşük düzeyde belirti grubu (DDBG), 4-10 puan alanlar orta düzeyde belirti grubu (ODBG), ≥ 11 puan alanlar ise yüksek düzeyde belirti grubu (YDBG) olarak adlandırılmıştır.

Örneklemin %45,7'sini DDBG (n=127), %42,8'ini ODBG (n=119) ve %11,5'ini YDBG (n=32) oluşturmaktadır. DDBG 51 erkek 76 kız olmak üzere 127 kişiden, ODBG 66 erkek 53 kız olmak üzere 119 kişiden, YDBG ise 21 erkek 11 kız olmak üzere 32 kişiden oluşmaktadır.

DEHB belirti gruplarındaki cinsiyet dağılımına bakıldığında; YDBG'de en yüksek erkek cinsiyet oranına rastlanmış (%65,6), belirti düzeyi arttıkça erkek cinsiyet oranının arttığı görülmüştür. Cinsiyet açısından gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($\chi^2=9,45$ p=0,009). (Tablo 4.1.).

Tablo 4.1. Örneklemin Gruplara Göre Cinsiyet Dağılımı

	Kız	Erkek	Toplam	χ^2	p
	n (%)	n (%)	n (%)		
DDBG	76 (59,8)	51 (40,2)	127 (45,7)	9,45	0,009*
ODBG	53 (44,5)	66 (55,5)	119 (42,8)		
YDBG	11 (34,4)	21 (65,6)	32 (11,5)		
Toplam	140 (50,4)	138 (49,6)	278 (100)		

DDBG: Düşük Düzeyde Belirti Grubu, ODBG: Orta Düzeyde Belirti Grubu, YDBG: Yüksek Düzeyde Belirti Grubu. *p< 0,05

Tüm örnekleme çocukların yaşı 44-76 ay aralığında olup yaş ortalaması $60,38 \pm 8,53$ ay olarak hesaplanmıştır. Kızların yaş ortalaması $60,74 \pm 8,45$ ay iken erkeklerin yaş ortalaması $60,02 \pm 8,62$ aydır ve cinsiyete göre yaş ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (p=0,489).

DDBG'deki çocukların yaş ortalaması $61,77 \pm 8,25$ ay, ODBG'deki çocukların yaş ortalaması $58,91 \pm 8,52$ ay, YDBG'deki çocukların yaş ortalaması $60,37 \pm 8,95$ aydır. Yaş ortalamalarının üç grupta farklı olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu gözlemlenmiştir ($p=0,022$). DDBG'deki çocukların yaş ortalamaları diğer gruplara göre daha yüksek saptanmıştır (Tablo 4.2.).

Tablo 4.2. Gruplara Göre Yaş Ortalamalarının (Ay) Karşılaştırılması

	Ort \pm SS	Minimum	Maksimum	p
DDBG	61,77 \pm 8,25	45	76	
ODBG	58,91 \pm 8,52	44	75	
YDBG	60,37 \pm 8,95	44	75	0,022*
Toplam	60,38 \pm 8,53	44	76	

DDBG: Düşük Düzeyde Belirti Grubu, ODBG: Orta Düzeyde Belirti Grubu, YDBG: Yüksek Düzeyde Belirti Grubu. * $p < 0,05$

Yaş ortalamalarındaki farklılığın hangi gruplar arasındaki farklılıktan kaynaklandığı çoklu karşılaştırma (post-hoc) metodu ile analiz edilmiş ve bu farklılığın DDBG ve ODBG arasındaki farktan kaynaklandığı gözlemlenmiştir ($p=0,024$) (Tablo 4.3.).

Tablo 4.3. Gruplara Göre Yaş Ortalaması Çoklu Karşılaştırma Tablosu

(I)	Ana Grup	(J) Ana Grup	Ortalama Fark	p
DDBG		ODBG	2,855	0,024*
		YDBG	1,396	0,812
ODBG		DDBG	-2,855	0,024*
		YDBG	-1,459	0,797
YDBG		DDBG	-1,396	0,812
		ODBG	-1,459	0,797

DDBG: Düşük Düzeyde Belirti Grubu, ODBG: Orta Düzeyde Belirti Grubu, YDBG: Yüksek Düzeyde Belirti Grubu. * $p < 0,05$

DEHB belirti gruplarına göre anne ve babaların yaş ortalamalarına bakıldığında DDBG'deki çocukların annelerinin yaş ortalaması $33,45\pm 4,91$, ODBG'deki çocukların annelerinin yaş ortalaması $32,60\pm 4,77$, YDBG'deki çocukların annelerinin yaş ortalaması $31,40\pm 4,32$ ve annelerin genel yaş ortalaması $32,85\pm 4,80$ olarak hesaplanmıştır. Annelerin yaş ortalamaları açısından grupların birbirinden farklı olmadığı görülmüştür ($p=0,116$). DDBG'deki çocukların babalarının yaş ortalaması $36,81\pm 4,81$, ODBG'deki çocukların babalarının yaş ortalaması $35,96\pm 5,65$, YDBG'deki çocukların babalarının yaş ortalaması $35,00\pm 4,15$ ve babaların genel yaş ortalaması $36,24\pm 5,14$ olarak hesaplanmıştır. Babaların yaş ortalamaları açısından da grupların birbirinden farklı olmadığı görülmüştür ($p=0,076$) (Tablo 4.4.).

Tablo 4.4. Gruplara Göre Ebeveynlerin Yaş Ortalamalarının Karşılaştırılması

	Gruplar	Ort \pm SS	Minimum	Maksimum	p
Anne Yaşı	DDBG	33,45 \pm 4,91	25	45	0,116
	ODBG	32,60 \pm 4,77	24	44	
	YDBG	31,40 \pm 4,32	24	44	
	Toplam	32,85 \pm 4,80	24	45	
Baba Yaşı	DDBG	36,81 \pm 4,81	28	49	0,076
	ODBG	35,96 \pm 5,65	26	60	
	YDBG	35,00 \pm 4,15	29	46	
	Toplam	36,24 \pm 5,14	26	60	

DDBG: Düşük Düzeyde Belirti Grubu, ODBG: Orta Düzeyde Belirti Grubu, YDBG: Yüksek Düzeyde Belirti Grubu

DEHB belirti grupları arasında annelerin eğitim düzeyi, meslekleri ve sağlık durumları açısından anlamlı bir fark olup olmadığı araştırılmış, istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.5.).

Tablo 4.5. Annelerin Eğitim, Meslek ve Sağlık Durumu

	DDBG	ODBG	YDBG	Toplam	χ^2	p
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)		
Eğitim Düzeyi						
İlkokul	10 (7,9)	10 (8,4)	4 (12,5)	24 (8,6)	8,03	0,235
Ortaokul	14 (11)	15 (12,6)	9 (28,1)	38 (13,7)		
Lise	52 (40,9)	45 (37,8)	9 (28,1)	106 (38,1)		
Yüksekokul/Üniversite	51 (40,2)	49 (41,2)	10 (31,3)	110 (39,6)		
Meslek						
Ev Hanımı/İşsiz	63 (49,6)	62 (52,1)	20 (62,5)	145 (52,2)	4,05	0,670
İşçi	21 (16,5)	20 (16,8)	3 (9,4)	44 (15,8)		
Memur	37 (29,1)	29 (24,4)	6 (18,8)	72 (25,9)		
Serbest Meslek	6 (4,7)	8 (6,7)	3 (9,4)	17 (6,1)		
Sağlık Durumu						
Kronik Hastalığı Var	105 (82,7)	102 (85,7)	27 (84,4)	234 (84,2)	0,42	0,808
Sağlıklı	22 (17,3)	17 (14,3)	5 (15,6)	44 (15,8)		

DEHB belirti grupları arasında babaların eğitim düzeyi, meslekleri ve sağlık durumları açısından anlamlı bir fark olup olmadığı araştırılmış, istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.6.).

Tablo 4.6. Babaların Eğitim, Meslek ve Sağlık Durumu

	DDBG	ODBG	YDBG	Toplam	χ^2	p
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)		
Eğitim Düzeyi						
İlkokul	7 (5,5)	2 (1,7)	2 (6,3)	11 (4)	7,70	0,259
Ortaokul	9 (7,1)	8 (6,7)	5 (15,6)	22 (7,9)		
Lise	50 (39,4)	53 (44,5)	15 (46,9)	118 (42,4)		
Yüksekokul/Üniversite	61 (48)	56(47,1)	10 (31,3)	127 (45,7)		
Meslek						
İşsiz	1 (0,8)	1 (0,8)	0 (0)	2 (0,7)	5,66	0,468
İşçi	50 (39,4)	47 (39,5)	13 (40,6)	110 (39,6)		
Memur	37 (29,1)	48 (40,3)	11 (34,4)	96 (34,4)		
Serbest Meslek	39 (30,07)	23 (19,3)	8 (25,0)	70 (25,2)		
Sağlık Durumu						
Kronik Hastalığı Var	116 (91,3)	103 (86,6)	29 (90,6)	248 (89,2)	1,53	0,464
Sağlıklı	11 (8,7)	16 (13,4)	3 (9,4)	30 (10,8)		

DEHB belirti grupları arasında aile bütünlüğü, ebeveynlerin algıladıkları sosyoekonomik seviye, çocuğun kardeş sayısı, kaçınıcı çocuk olduğu ve ikiz eşi olup olmaması arasında bir bağlantı olup olmadığı araştırılmıştır. Araştırılan tüm değişkenler açısından gruplar arasında anlamlı bir farklılık olmadığı gözlemlenmiştir ($p>0,05$) (Tablo 4.7.).

Tablo 4.7. Aile Yapısının Analizi

	DDBG	ODBG	YDBG	Toplam	χ^2	p
	n	n	n	n		
Aile Bütünlüğü						
Anne-Baba Birlikte	118	113	31	262	0,935	0,624
Boşanmış/Ayrı Yaşıyor	9	6	1	16		
Sosyoekonomik Seviye						
Alt	15	16	7	38	3,094	0,549
Orta	105	93	23	221		
Üst	7	10	2	19		
Kardeş sayısı						
Yok	44	49	10	103	1,662	0,798
1	75	63	20	158		
2	8	7	2	17		
Kaçınıcı Çocuk Olduğu						
1.	83	84	26	193	5,947	0,195
2.	37	33	6	76		
3.	7	2	0	9		
İkiz Eşi Olma						
Evet	6	3	1	10	0,883	0,743
Hayır	121	116	31	268		

DDBG: Düşük Düzeyde Belirti Grubu, ODBG: Orta Düzeyde Belirti Grubu, YDBG: Yüksek Düzeyde Belirti Grubu

DEHB belirti grupları arasında gebelikte hastalık geçirme, gebelikte sigara içme, doğum şekli, doğumda ve sonrasında sorun yaşama (zor doğum, sarılık geçirme, kuvözde kalma, solunum problemi yaşama), doğumda annenin yaşı ve gebelik süresi arasında bir ilişki olup olmadığı araştırılmıştır. Araştırılan tüm değişkenler açısından gruplar arasında anlamlı bir farklılık olmadığı gözlemlenmiştir ($p>0,05$) (Tablo 4.8.). Gebelikte hiçbir anne alkol kullanmadığını belirttiği için ilişki analizinde yer almamaktadır.

158 anne gebelikte hiç hastalık geçirmediğini belirtirken, 47 anne grip ve solunum yolu enfeksiyonu, 26 anne endokrin-metabolik hastalık, 23 anne kadın doğum hastalığı (vajinal kanama, düşük tehdidi, preeklampsi vs.), 12 anne gastrointestinal-hepatobiliyer hastalık, 6 anne kardiyovasküler hastalık, 5 anne alerjik-solunum sistemi hastalığı, 1 anne de ruhsal hastalık geçirdiğini belirtmiştir.

Doğum sonrası 38 çocuk yenidoğan sarılığı geçirmiş, 18 çocuk kuvözde kalmış, 6 çocukta zor doğum öyküsü, 3 çocukta da solunum problemi olmuş, 213 çocukta ise doğum ve sonrasında sorun yaşanmamıştır.

Tablo 4.8. Gruplara Göre Annelerin Gebelik ve Doğum Öyküsü

	DDBG	ODBG	YDBG	Toplam	χ^2	p
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)		
Gebelikte Hastalık Geçirme						
Evet	62 (48,8)	44 (37)	14 (43,7)	120 (43,2)	3,518	0,172
Hayır	65 (51,2)	75 (63)	18 (56,3)	158 (56,8)		
Gebelikte Sigara İçme						
Evet	14 (11)	17 (13,4)	3 (9,4)	34 (12,2)	0,884	0,643
Hayır	113 (89)	102 (85,7)	29 (90,6)	244 (87,8)		
Doğum Şekli						
Normal	49 (38,6)	58 (48,7)	12 (37,5)	119 (42,8)	3,004	0,223
Sezaryen	78 (61,4)	61 (51,3)	20 (62,5)	159 (57,2)		
Doğumda ve Sonrasında Sorun Yaşama						
Evet	33 (25,99)	25 (21)	7 (21,8)	65 (23,3)	2,912	0,233
Hayır	94 (74,01)	94 (79)	25 (78,2)	213 (76,6)		
	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	p	
Doğumda Anne Yaşı	28,18±4,88	27,75±4,81	26,37±4,37	27,79±4,81	0,223	
Gebelik Süresi (Hafta)	38,42±2,12	38,59±2,10	38,00±2,62	38,44±2,18	0,552	

DDBG: Düşük Düzeyde Belirti Grubu, ODBG: Orta Düzeyde Belirti Grubu, YDBG: Yüksek Düzeyde Belirti Grubu

DEHB belirti grupları arasında gelişim öyküsü parametrelerinin ortalamaları (anne sütü alma süresi, yürüme zamanı, ilk kelime söyleme zamanı, cümle kurma zamanı ve tuvalet eğitimi zamanı) karşılaştırılmış ve gruplar arasında anlamlı bir farklılık olmadığı gözlemlenmiştir ($p>0,05$) (Tablo 4.9.).

Tablo 4.9. Örneklem Gelişim Öyküsü

	DDBG	ODBG	YDBG	Toplam	p
Anne Sütü Alma Süresi					
Ort ± SS (Ay)	15,28±7,71	14,78±8,19	15,93±10,43	15,14±8,24	0,889
Minimum-Maksimum	0-36	0-34	0-40	0-40	
Yürüme Zamanı					
Ort ± SS (Ay)	12,44±2,04	12,82±2,40	11,78±2,26	12,53±2,25	0,056
Minimum-Maksimum	8-19	9-22	8-18	8-22	
İlk Kelime Söyleme Zamanı					
Ort ± SS (Ay)	10,22±3,26	10,70±4,02	9,90±2,29	10,39±3,52	0,719
Minimum-Maksimum	6-24	6-32	6-16	6-32	
Cümle Kurma Zamanı					
Ort ± SS (Ay)	19,33±5,65	20,65±6,61	18,25±5,48	19,77±6,10	0,157
Minimum-Maksimum	8-36	10-48	9-30	8-48	
Tuvalet Eğitimi Zamanı					
Ort ± SS (Ay)	25,51±5,31	26,28±6,98	26,81±6,53	25,99±6,21	0,407
Minimum-Maksimum	12-36	12-48	18-37	12-48	

DDBG: Düşük Düzeyde Belirti Grubu, ODBG: Orta Düzeyde Belirti Grubu, YDBG: Yüksek Düzeyde Belirti Grubu

DEHB belirti grupları arasında çocuğun kronik hastalığının olması ve sürekli kullanması gereken ilaç varlığı arasında bir ilişki olup olmadığı araştırılmış, her iki faktör açısından da gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$). DDBG'deki çocukların %9,4'ü ($n=12$), ODBG'deki çocukların %11,8'i ($n=14$), YDBG'deki çocukların %18,8'i ($n=6$) olmak üzere toplamda çocukların %11,5'nin ($n=32$) kronik hastalığı olduğu saptanmıştır. Hastalıklar arasında ise %78 oranında ($n=25$) alerjik ve solunum sistemi hastalıklarına rastlanmıştır. DDBG'deki çocukların %2,4'ü ($n=3$), ODBG'deki çocukların %1,7'si ($n=2$), YDBG'deki çocukların %6,3'ü ($n=2$) olmak üzere toplamda çocukların %2,5'nin sürekli kullanması gereken ilaç olduğu saptanmıştır.

ÇDŞG-ŞY uygulanarak yapılan görüşmeler sonrası örneklem sahip olduğu ruhsal tanılar tespit edilmiştir. Toplam 21 katılımcıda ruhsal tanı tespit edilmiş; bunlardan 10'unda DEHB 7 erkek 3 kız olmak üzere, 4'ünde karşıt olma karşı gelme bozukluğu, 3 erkek 1 kız olmak üzere, 1 erkek DEHB+KOKGB, 3'ünde dışa atım

bozukluğu (DAB) 2 erkek 1 kız olmak üzere, 2 kız çocukta ayrılık anksiyetesi bozukluğu (AAB) ve 1 kız çocukta ise özgül fobi (ÖF) tanıları belirlenmiştir. DEHB tanısı toplamda 11 (%3,95) çocukta tespit edilmiştir ve hepsi hiperaktivite baskın tip DEHB'dir.

DEHB belirti düzeyi ile ruhsal tanılar arasında bağlantı olup olmadığı incelenmiş ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($\chi^2=91,314$ $p=0,000$). DEHB tanısı alanların hepsinin YDBG'de olan çocuklardan oluştuğu görülmektedir (Tablo 4.10.).

Tablo 4.10. Gruplara Göre Ruhsal Tanıların Dağılımı

Ruhsal Tanı	DDBG	ODBG	YDBG	Toplam	χ^2	p
	n	n	n	n		
DEHB	0	0	10	10	91,314	0,000*
DEHB+KOKGB	0	0	1	1		
KOKGB	2	1	1	4		
DAB	2	1	0	3		
AAB	1	1	0	2		
ÖF	0	1	0	1		

DDBG: Düşük Düzeyde Belirti Grubu, ODBG: Orta Düzeyde Belirti Grubu, YDBG: Yüksek Düzeyde Belirti Grubu, DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, KOKGB: Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu, DAB: Dışa Atım Bozukluğu, AAB: Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu, ÖF: Özgül Fobi. * $p < 0,05$

DEHB belirti gruplarını oluşturan katılımcılar; ÇUAA toplam puanı 42 ve üzerinde ise uyku sorunu var, 42'nin altında ise uyku sorunu yok olarak ikiye ayrılmış ve buna göre değerlendirme yapılmıştır. DDBG'deki çocukların %0,8'i ($n=1$), ODBG'deki çocukların %6,7'si ($n=8$), YDBG'deki çocukların %46,9'u ($n=15$) olmak üzere toplamda çocukların %9,4'ünün ($n=26$) uyku sorunu olduğu saptanmıştır. Uyku sorunu varlığı açısından gruplar arasında istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı fark tespit edilmiştir (Tablo 4.11.). YDBG'deki çocuklar diğer iki gruba göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha fazla uyku sorununa sahiptir ($\chi^2=84,282$ $p=0,000$).

Tablo 4.11. Gruplara Göre Uyku Sorunlarının Dağılımı

	DDBG	ODBG	YDBG	Toplam	χ^2	p
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)		
Uyku Sorunu Var	1 (0,8)	8 (6,7)	15 (46,9)	26 (9,4)	84,282	0,000*
Uyku Sorunu Yok	126 (99,2)	111 (93,3)	17 (53,1)	252 (90,6)		

DDBG: Düşük Düzeyde Belirti Grubu, ODBG: Orta Düzeyde Belirti Grubu, YDBG: Yüksek Düzeyde Belirti Grubu. *p<0,05

DEHB belirti grupları arasında ÇUAA toplam ve alt ölçek puan ortalamaları karşılaştırılmış; ÇUAA toplam puanı, yatma zamanı direnci, uykuya dalmanın gecikmesi, uyku süresi, gece uyanmaları ve gün içi uykululuk puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (*p<0,05) (Tablo 4.12.).

Tablo 4.12. Gruplara Göre ÇUAA Toplam ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	DDBG	ODBG	YDBG	Toplam	p
	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	
ÇUAA Toplam Puanı	34,64±2,19	36,90±2,94	41,37±3,98	36,38±3,46	0,000*
Yatma Zamanı Direnci	6,51±1,07	7,49±1,85	10,87±2,97	7,43±2,17	0,000*
Uykuya Dalmanın Gecikmesi	1,03±0,19	1,15±0,40	1,37±0,60	1,12±0,37	0,000*
Uyku Süresi	3,11±0,47	3,46±1,06	3,96±1,37	3,35±0,93	0,000*
Uyku Kaygısı	4,22±0,66	4,21±0,65	4,06±0,24	4,20±0,62	0,414
Gece Uyanmaları	3,12±0,43	3,38±0,91	3,56±0,13	3,28±0,78	0,006*
Parasomniler	7,40±0,97	7,52±1,05	7,81±1,33	7,50±1,05	0,141
Uykuda Solunum Bozulması	3,07±0,34	3,12±0,44	3,00±0,00	3,08±0,37	0,145
Gün İçinde Uykululuk	6,11±0,40	6,50±1,32	6,43±0,91	6,31±0,97	0,006*

DDBG: Düşük Düzeyde Belirti Grubu, ODBG: Orta Düzeyde Belirti Grubu, YDBG: Yüksek Düzeyde Belirti Grubu, ÇUAA: Çocuk Uyku Alışkanlıkları Anketi. *p<0,05

ÇUAA toplam puanı, yatma zamanı direnci, uykuya dalmanın gecikmesi, uyku süresi, gece uyanmaları ve gün içi uykululuk puan ortalamaları arasındaki farklılığın hangi gruplar arasındaki farklılıktan kaynaklandığı çoklu karşılaştırma (post-hoc) metodu ile analiz edilmiştir. (Tablo 4.13.)

ÇUAA toplam puanı katılımcının uyku sorunu şiddetini göstermektedir. Uyku sorunu şiddeti açısından gruplar arasındaki anlamlı farkın her üç grubun da birbirleri arasındaki farklılıktan kaynaklandığı tespit edilmiştir (* $p<0,05$). Bu farklılık, Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Yıkıcı Davranım Bozukluğu Belirtilerinin Okul Öncesi Dönem Tarama ve Değerlendirme Ölçeği'nden alınan toplam puan ile ÇUAA toplam puanı arasındaki korelasyon analizi ile araştırılmış ve DEHB belirti puanı ile ÇUAA toplam puanı arasında pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki olduğu gözlemlenmiştir ($r=0,586$; $p=0,000$). DEHB belirti düzeyi arttıkça uyku sorunu şiddeti artmaktadır.

Yatma zamanı direnci, uykuya dalmanın gecikmesi ve uyku süresi alt ölçek puan ortalamaları açısından gruplar arasındaki anlamlı farkın her üç grubun da birbirleri arasındaki farklılıktan kaynaklandığı tespit edilmiştir. Uyku süresi alt ölçeğinden alınan puan ile katılımcının uyku süresi ters ilişkilidir. DEHB belirti düzeyi arttıkça yatma zamanı direncinin arttığı, uykuya dalmanın geciktiği ve uyku süresinin kısaldığı gözlemlenmiştir (* $p<0,05$).

Gece uyanmaları alt ölçeği puan ortalaması açısından gruplar arasındaki anlamlı farkın YDBG ile DDBG ve ODBG ile DDBG arasındaki farklılıktan kaynaklandığı tespit edilmiştir. YDBG ve ODBG'lerin her ikisinin de DDBG'ye göre geceleri daha fazla uyandığı gözlemlenmiştir (* $p<0,05$).

Gün içinde uykululuk alt ölçeği puan ortalaması açısından gruplar arasındaki anlamlı farkın ODBG ile DDBG arasındaki farklılıktan kaynaklandığı tespit edilmiştir. ODBG'dekilerin DDBG'dekilere göre gün içinde daha fazla uykulu olduğu gözlemlenmiştir (* $p<0,05$).

Tablo 4.13. ÇUAA Puan Ortalamalarının Çoklu Karşılaştırma Tablosu

	(I) Ana Grup	(J) Ana Grup	Ortalama Fark	p
ÇUAA Toplam Puanı	DDBG	ODBG	-2,261	0,000*
		YDBG	-6,729	0,000*
	ODBG	DDBG	2,261	0,000*
		YDBG	-4,467	0,000*
	YDBG	DDBG	6,672	0,000*
Yatma Zamanı Direnci		ODBG	4,467	0,000*
	DDBG	ODBG	-0,976	0,000*
		YDBG	-4,355	0,000*
	ODBG	DDBG	0,976	0,000*
		YDBG	-3,379	0,000*
Uykuya Dalmanın Gecikmesi	YDBG	DDBG	4,355	0,000*
		ODBG	3,379	0,000*
	DDBG	ODBG	-0,111	0,041*
		YDBG	-0,335	0,000*
	ODBG	DDBG	0,111	0,041*
Uyku Süresi		YDBG	-0,223	0,006*
	YDBG	DDBG	0,335	0,000*
		ODBG	0,223	0,006*
	DDBG	ODBG	-0,351	0,006*
		YDBG	-0,858	0,000*
Gece Uyanmaları	ODBG	DDBG	0,351	0,006*
		YDBG	-0,506	0,013*
	YDBG	DDBG	0,858	0,000*
		ODBG	0,506	0,013*
	DDBG	ODBG	-0,260	0,022*
Gün İçinde Uykululuk		YDBG	-0,436	0,012*
	ODBG	DDBG	0,260	0,022*
		YDBG	-0,175	0,484
	YDBG	DDBG	0,436	0,012*
		ODBG	0,175	0,484
Gün İçinde Uykululuk	DDBG	ODBG	-0,393	0,004*
		YDBG	-0,327	0,197
	ODBG	DDBG	0,393	0,004*
		YDBG	0,066	0,935
	YDBG	DDBG	0,327	0,197
	ODBG	-0,066	0,935	

DEHB belirti grupları arasında anne ve babaların doldurduğu AHÇYTÖ alt boyut puan ortalamaları karşılaştırılmış; hem anne hem de babalarda gruplar arasında demokratik tutum, geçimsizlik ve sıkı disiplin ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu gözlemlenmiştir (*p<0,05) (Tablo 4.14.).

Tablo 4.14. Gruplara Göre Ebeveynlerin AHÇYTÖ Alt Boyut Ortalamalarının Karşılaştırılması

	DDBG	ODBG	YDBG	Toplam	p
	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	
Anne					
Aşırı Koruyuculuk	40,07±7,21	41,08±6,79	39,12±5,01	40,39±6,82	0,275
Demokratiklik	26,63±4,26	25,95±3,60	23,25±4,34	25,95±4,11	0,000*
Ev Kadınlığı Rolünün Reddi	33,66±6,35	34,47±6,61	35,56±6,05	34,23±6,44	0,282
Geçimsizlik	9,26±2,38	10,43±2,53	15,15±3,77	10,44±3,17	0,000*
Sıkı Disiplin	36,03±5,55	39,56±6,46	45,15±6,85	38,59±6,74	0,000*
Baba					
Aşırı Koruyuculuk	41,94±5,35	42,16±5,30	41,62±5,69	42,00±5,35	0,867
Demokratiklik	26,58±3,88	26,58±3,45	25,09±2,88	26,41±3,62	0,044*
Ev Kadınlığı Rolünün Reddi	39,26±5,96	38,74±5,98	38,06±5,24	38,90±5,88	0,545
Geçimsizlik	9,33±2,20	10,12±2,49	14,34±3,89	10,24±2,97	0,000*
Sıkı Disiplin	41,11±4,75	41,69±5,19	45,03±5,54	41,81±5,16	0,001*

*p<0,05

Ebeveynlerdeki demokratik tutum, geçimsizlik ve sıkı disiplin puan ortalamaları arasındaki farklılığın hangi gruplar arasındaki farklılıktan kaynaklandığı çoklu karşılaştırma (post-hoc) metodu ile analiz edilmiştir.

Annelerin demokratiklik alt boyutu açısından gruplar arasındaki farkın YDBG ile ODBG ve YDBG ile DDBG arasındaki farktan kaynaklandığı tespit edilmiştir. DEHB belirti düzeyi arttıkça annelerin daha az demokratik olduğu görülmüştür. Babaların demokratiklik alt boyutu açısından gruplar arasındaki farkın ise YDBG ile ODBG arasındaki farklılıktan kaynaklandığı tespit edilmiş, YDBG'deki çocukların babalarının daha az demokratik olduğu görülmüştür (*p<0,05) (Tablo 4.15.).

Tablo 4.15. Gruplara Göre Ebeveynlerin Demokratiklik Alt Boyut Ortalaması Çoklu Karşılaştırma Tablosu

	(I) Ana Grup	(J) Ana Grup	Ortalama Fark	p
Anne	DDBG	ODBG	0,679	0,443
		YDBG	3,387	0,001*
	ODBG	DDBG	-0,679	0,443
		YDBG	2,707	0,007*
	YDBG	DDBG	-3,387	0,001*
		ODBG	-2,707	0,007*
Baba	DDBG	ODBG	-0,005	1,000
		YDBG	1,488	0,055
	ODBG	DDBG	0,005	1,000
		YDBG	1,494	0,047*
	YDBG	DDBG	-1,488	0,055
		ODBG	-1,494	0,047*

*p<0,05

Ebeveynlerin geçimsizlik alt boyutu açısından bakıldığında hem anne hem de babalarda gruplar arasındaki farkın her üç grubun da birbirleri arasındaki farklılıktan kaynaklandığı tespit edilmiştir. DEHB belirti düzeyi arttıkça geçimsizlik alt boyut puanının anlamlı olarak arttığı görülmüştür (*p<0,05) (Tablo 4.16.).

Tablo 4.16. Gruplara Göre Ebeveynlerin Geçimsizlik Alt Boyut Ortalaması Çoklu Karşılaştırma Tablosu

	(I) Ana Grup	(J) Ana Grup	Ortalama Fark	p
Anne	DDBG	ODBG	-1,169	0,002*
		YDBG	-5,888	0,000*
	ODBG	DDBG	1,169	0,002*
		YDBG	-4,719	0,000*
	YDBG	DDBG	5,888	0,000*
		ODBG	4,719	0,000*
Baba	DDBG	ODBG	-0,794	0,042*
		YDBG	-5,013	0,000*
	ODBG	DDBG	0,794	0,042*
		YDBG	-4,217	0,000*
	YDBG	DDBG	5,013	0,000*
		ODBG	4,217	0,000*

Annelerin sıkı disiplin alt boyutu açısından gruplar arasındaki farkın her üç grubun da birbirleri arasındaki farklılıktan kaynaklandığı tespit edilmiştir, DEHB belirti düzeyi arttıkça sıkı disiplin alt boyut puanının anlamlı olarak arttığı görülmüştür. Babaların sıkı disiplin alt boyutu açısından gruplar arasındaki farkın YDBG ile ODBG ve YDBG ile DDBG arasındaki farklılıktan kaynaklandığı tespit edilmiş, YDBG'deki çocukların babalarının puanlarının diğer iki gruptan anlamlı olarak daha yüksek olduğu görülmüştür (*p<0,05) (Tablo 4.17.).

**Tablo 4.17. Gruplara Göre Ebeveynlerin Sıkı Disiplin Alt Boyut Ortalaması
Çoklu Karşılaştırma Tablosu**

	(I) Ana Grup	(J) Ana Grup	Ortalama Fark	p
Anne	DDBG	ODBG	-3,531	0,000*
		YDBG	-9,124	0,000*
	ODBG	DDBG	3,531	0,000*
		YDBG	-5,593	0,000*
	YDBG	DDBG	9,124	0,000*
		ODBG	5,593	0,000*
Baba	DDBG	ODBG	-0,587	0,734
		YDBG	-3,921	0,002*
	ODBG	DDBG	0,587	0,734
		YDBG	-3,333	0,011*
	YDBG	DDBG	3,921	0,002*
	ODBG	3,333	0,011*	

*p<0,05

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada okul öncesi dönemdeki çocuklarda Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) belirtileri düzeylerine göre gruplandırılarak, bu gruplar; sosyodemografik özellikler, uyku alışkanlıkları ve ebeveyn çocuk yetiştirme tutumları açısından karşılaştırılmıştır. Elde edilen bulgular bu bölümde yorumlanmış ve tartışılmıştır.

Çalışmamıza alınan üç anaokulundan ikisinde planlanan 100 katılımcı sayısına ulaşamamıştır. Ailelerle birebir temas sağlanacak bir ortam oluşturulamamış, kendilerine okul idaresi aracılığıyla ulaşılmıştır. Ancak doldurulan formlar üzerinden ailelere telefonla ulaşılmış ve görüşme için okula davet edilmişlerdir. Bu nedenle istenen katılım sağlanamamış olabilir. Okullardaki katılımcı sayısını toplam öğrenci sayılarına göre değerlendirdiğimizde ise; en yüksek katılım oranının sosyoekonomik olarak diğer iki okula göre daha düşük mahallede yer alan okuldan sağlandığı görülmektedir. Bu okuldaki annelerin çoğunluğunun çalışmıyor olması sebebiyle çocuklarını okula kendilerinin getirip götürmesi, onlarla birebir ilişki kurmamızı sağlamıştır. Aynı zamanda bu ailelerin çocuk ruh sağlığı alanındaki farkındalıklarının daha az olduğu ve bir çocuk psikiyatristine ulaşabilirliklerinin daha zor olduğu görülmüştür. Dolayısıyla çalışmamız, bu okuldaki ailelerin ilgisini daha fazla çekmiş olabilir. En düşük katılımın ise sosyoekonomik olarak diğer iki okula göre daha yüksek mahallede yer alan okuldan elde edildiği görülmektedir. Bu durum da yine, buradaki ailelerin bir çocuk psikiyatristine ulaşabilirliklerinin daha kolay olması ile açıklanabilir.

Çalışmamıza katılan çocukların 140'ı (%50,4) kız, 138'i (%49,6) ise erkektir. Cinsiyet faktörünün çalışmaya etkisinin en aza indirgenmesi için kız-erkek sayıları benzer tutulmaya çalışılmıştır. Gruplar açısından cinsiyet dağılımına bakıldığında; YDBG'de en yüksek erkek cinsiyet oranına rastlanmış (%65,6), belirti düzeyi arttıkça erkek cinsiyet oranının arttığı saptanmıştır. Aynı zamanda çalışmamızda DEHB tanısı alan 11 çocuktan 8'i erkektir. Benzer şekilde Gürşimşek ve ark. (100), Derman ve Başal (101) ve Kanlıkılıçer (108), okul öncesi dönemdeki çocuklarla yaptıkları çalışmalarda erkeklerin kızlara oranla daha yüksek düzeyde aşırı hareketli olduklarını gözlemlemişlerdir. Bu durum kız çocuklarının daha sakin ve uyumlu

yetiştirilmeleri ve ebeveynlerin okul öncesi dönemde kız çocuklarının hareketliliğine erkeklerinkinden daha hoşgörülü olmaları ile açıklanabilir.

Grupların yaş (ay) ortalamalarına bakıldığında DDBG (61,77±8,25) > YDBG (60,37±8,95) > ODBG (58,91±8,52) şeklinde bir sıralama elde edilmiştir. Sadece DDBG ile ODBG arasındaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır. Bunun dışında toplam belirti puanı ile yaş ortalamaları arasında anlamlı bir korelasyon tespit edilmemiştir. Kanlıkılıçer çalışmasında 6 yaş grubunun diğer yaş gruplarına (3,4 ve 5) oranla daha fazla aşırı hareketli/dikkatsiz olduklarını tespit etmiş (108), Kızıılışık Kartal ise çalışmasında 5 yaşındaki çocukların 6 yaşındaki çocuklara oranla daha fazla aşırı hareketli/dikkatsiz olduklarını saptamıştır (109). Ayrıca ülkemizde çocuk psikiyatrisine başvuran çocukların değerlendirildiği çalışmalarda, okul öncesi dönemde en sık aşırı hareketlilik belirtisi ve DEHB tanıları tespit edilmiş ancak sıklıkları açısından bu dönem içinde bir yaş aralığı belirtilmemiştir (110-112). 2017 yılında yapılan bir çalışmada ise okul öncesi dönem çocuklarında DEHB'nin sıklıkla görüldüğü bir yaş aralığı saptanmamış, yaş dağılımının benzer olduğu tespit edilmiştir (113).

Çalışmamıza katılan annelerin yaş ortalaması 32,85±4,80, babaların yaş ortalaması ise 36,24±5,14 olarak saptanmıştır. YDBG'deki çocukların hem anneleri hem de babalarının yaş ortalamaları diğer gruplardan düşük çıkmıştır, ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir. Benzer olarak Kanlıkılıçer (108), Dursun (79) ve Kızıılışık Kartal (109) da çalışmalarında okul öncesi dönemdeki çocukların aşırı hareketli/dikkatsiz olmalarıyla ebeveyn yaşları arasında bir ilişki gözlemlenmemişlerdir. Bolattekin ise 4-6 yaş arası çocukları kapsayan çalışmasında, hem anne hem de babalarda 20-29 yaş aralığındaki katılımcıların çocuklarında DEHB sorunlarının daha fazla olduğunu saptamış, bu durumu genç yaştaki annelerin tecrübesizliğinden ve kontrol anlamındaki zaaflarından kaynaklanıyor olabileceği olarak yorumlamıştır. (114). Çalışmamızdan elde edilen bulgulara rağmen erken yaşta anne baba olmanın getirdiği zorlukların çocuğun ruhsal sağlığı açısından risk oluşturduğu dikkate alınmalıdır.

Çalışmamıza katılan annelerin %77,7'si babaların ise %88,1'i lise ve üzerinde eğitim görmüşlerdir. Toplamda 2 baba işsizken, %47,8 gibi yüksek bir oranda anneler çalışma hayatındadır. Türkiye İstatistik Kurumu 2016 yılı verilerine

bakıldığında Türkiye’de 81 il arasında Eskişehir; lise ve dengi okullardan mezun olan kadın oranında %23,64 ile 3. sırada, yüksekokul veya üniversite mezunu olan kadın oranında %16,27 ile 4. sıradadır. Lise ve dengi okullardan mezun olan erkek oranında %34,2 ile 2. sırada, yüksekokul veya üniversite mezunu olan erkek oranında %19,74 ile 2. sıradadır (115). Bu bilgiler, çalışmamızdan elde edilen yüksek oranları açıklamaktadır. Çalışmamızdan elde edilen bulgulara göre anne babanın eğitim düzeyi ve mesleği çocukların aşırı hareketlilik/dikkatsizlik sorunlarını etkilememektedir. Bu bulgu, Kanlıkılıçer (108), Bolattekin (114), Alisinanoğlu ve Kesicioğlu’nun (116) çalışmalarının sonuçlarıyla paralellik göstermektedir. Kızılışık Kartal ise okul öncesi eğitim kurumuna devam eden çocuklarla yaptığı çalışmasında aşırı hareketlilik/dikkatsizlik sorunlarıyla anne baba eğitim durumu arasında bir ilişki saptamamış, ancak annesi çalışan çocukların annesi çalışmayan çocuklara göre daha fazla aşırı hareketli ve dikkatsiz olduğunu gözlemlemiştir. Bu durumu, çalışan kadının çocuğuna çok fazla vakit ayıramaması, çocuğuyla geçireceği vakti kaliteli değerlendirememesi ve bunun da çocuğu olumsuz etkileyerek davranış problemlerine yol açıyor olması olarak yorumlamıştır (109). Buna göre ebeveynlerin çocuklarıyla daha fazla ilgilenebileceği durumların koruyucu olabileceği söylenebilir.

Çalışmamıza katılan çocukların aile yapısını incelediğimizde anne babaların %94’ünün birlikte yaşadığı bulunmuştur. Bu durum Türkiye verileri ile benzerdir. Algılanan en sık sosyoekonomik seviye %80 oran ile orta seviyedir. Katılımcıların yaklaşık dörtte üçünün ailenin ilk çocuğu olduğu ve gruplar arasında en yüksek oranın %81 ile YDBG’ye ait olduğu görülmüştür. Aynı şekilde, en az bir kardeşi olma oranı da en yüksek olarak %69 oran ile YDBG’ye aittir, ancak bu oranlar gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. DEHB belirti grupları arasında aile bütünlüğü, ebeveynlerin algıladıkları sosyoekonomik seviye, çocuğun kardeş sayısı, kaçınıcı çocuk olduğu ve ikiz eşi olup olmaması arasında bir farklılık gözlemlenmemiştir. Dursun (79) ve Kanlıkılıçer (108) çalışmalarında sosyoekonomik düzey ve kardeş sayısına göre; Kızılışık Kartal kardeş sayısı ve kaçınıcı çocuk olduğuna göre (109); Karakoç Demirkaya ise anne baba birlikteliğine göre (6) aşırı hareketlilik/dikkatsizlik sorunlarında bir farklılık tespit etmemişlerdir. Bu çalışmalar, çalışma sonucumuz ile paralellik göstermektedir. Bunun nedeni olarak çalışmamıza katılan ailelerin büyük oranının kendilerini orta sosyoekonomik

seviyede algılamaları, anne babaların büyük kısmının birlikte yaşaması ve çocukların büyük kısmının ilk çocuk olması olarak düşünülebilir. Çalışma bulgularımızdan farklı olarak Bolattekin çalışmasında aşırı hareketlilik/dikkatsizlik sorunlarında kardeş sayısı faktörünü incelendiğinde en yüksek ortalama 3 kardeş sahibi olanların aldığını tespit etmiştir (114). Lonigan ve ark. yaptıkları çalışmalarında orta sosyoekonomik düzeydeki ailelerden gelen okul öncesi dönem çocukları düşük sosyoekonomik düzeydeki çocuklara göre daha hareketli olduklarını saptamışlardır (117). Karakoç Demirkaya ise çalışmasında algılanan sosyoekonomik seviyeyi %56,4 ile en sık orta seviye olarak saptamış, hasta ve kardeş grubunun sosyoekonomik seviyesinin sağlıklı kontrol grubuna göre anlamlı olarak düşük olduğunu tespit etmiştir. Aynı çalışmasında sağlıklı kontrol grubunun diğer gruplara göre anlamlı olarak daha az kardeşe sahip olduğunu saptamıştır (6). Bradley ve Golden yaptıkları derlemede tek ebeveynlik ve düşük sosyoekonomik sınıfta yer almanın DEHB için önemli yan etkenler olabileceğini göstermişlerdir (118). Biederman ve ark. parçalanmış aile çocuklarında ve tek çocuk olanlarda DEHB'nin daha fazla olduğunu bulmuşlardır (119). Choi ve ark. ise ilköğretim çağındaki çocukları kapsayan çalışmalarında tek ebeveynli çocuklarda DEHB belirtilerinin arttığını belirtmişlerdir (120).

Çalışmamıza katılan annelerin hiçbirinin gebelikte alkol kullanmadığı, %12,2'sinin ise gebelikte sigara içtiği saptanmıştır. Gebelikte sigara içme açısından gruplar arasında farklılık gözlemlenmemiştir. Linnet ve ark.'nın gözden geçirme çalışmasında gebelikte sigara içen annelerin çocuklarında DEHB riskinin arttığı belirlenmiş, olası mekanizmanın dopaminerjik sistemin modülasyonu ve nikotin reseptörlerinin sayısının artması olduğu öne sürülmüştür (121).

Çalışmamıza katılan annelerin %43,2'si gebelikte hastalık geçirdiğini belirtmiş, bunlar arasında da en çok %39,1 ile grip ve solunum yolu enfeksiyonları saptanmıştır. Ancak bu açıdan gruplar arasında anlamlı bir farklılık gözlemlenmemiştir. Toklu'nun Eskişehir il merkezindeki ilköğretim çağındaki çocuklarla yaptığı çalışmasında ise annenin gebelikte grip ve solunum yolu enfeksiyonu geçirmesinin DEHB riskini yaklaşık 2 kat artırdığı tespit edilmiştir (122).

Çalışmamıza katılan çocukların %57,2'si sezaryen ile doğmuş, %21,2'si doğumda ve sonrasında sorun yaşamıştır. Bu açılarından DEHB belirti grupları arasında anlamlı bir farklılık gözlemlenmemiştir. Pineda ve ark.'nın yaptıkları çalışmada doğum sonrası hastanede yatış önerilen olgularda DEHB'nin daha sık görüldüğü bildirilmiştir (123). Wei ve ark.'nın yaptığı izlem çalışmasında ise neonatal sarılık olgularında DEHB riskinin kontrol grubuna göre 2,5 kat artmış olduğu saptanmıştır (124).

Çalışmamıza katılan annelerin doğumdaki yaşları ortalama $27,79 \pm 4,81$ iken gebelik süreleri ortalama $38,44 \pm 2,18$ hafta olarak saptanmıştır. Bu açılarından gruplar arasında anlamlı bir farklılık gözlemlenmemiştir. Prematüritenin derecesine bağlı olarak erken doğum DEHB riskini artırmaktadır (125). Erken doğan çocukların 5 yaşında değerlendirildiği bir çalışmada, DEHB tanısını en iyi yordayan değişkenin gebelik haftası olduğu ve 34. gebelik haftasından önce doğmanın DEHB tanısı konulması ile anlamlı biçimde ilişkili olduğu saptanmıştır (126). Bu nedenle erken doğan bebeklerin DEHB gelişimi açısından takibi önem taşımaktadır. Okul çağı çocuklarında yapılan bir çalışmada, DEHB tanısı almış çocukların annelerinin doğum yaşının önemli bir risk etmeni olduğu, 20 yaş altı gebeliklerde hiperaktivite görülme riskinin yüksek olduğunu bildirilmiştir (127). Buna göre çalışmamızda anlamlı bir farklılık tespit etmemiş olmamız, 20 yaş altı gebeliklerin %4,3 gibi düşük bir oranda kalmış olması ile açıklanabilir.

Çalışmamızdaki çocukların anne sütü alma süresi $15,14 \pm 8,24$ ay (0-40 ay) olarak bulunmuştur. Gruplar süre bakımından karşılaştırıldıklarında aralarında fark görülmemiştir. Yorbık ve ark. yaptıkları çalışmada anne sütünün DEHB için koruyucu olabileceğini göstermiş (128), Çakaloz ve ark. ise DEHB'li çocukların sağlıklı çocuklara göre anne sütü alma sürelerinin daha kısa olduğunu saptamıştır (129). Çalışmamızdan elde edilen bulgulara göre annelerin anne sütü konusundaki duyarlılıklarının iyileştiği sonucuna varılabilir.

Çalışmamıza katılan çocukların gelişim öyküsüne baktığımızda yürüme zamanı $12,53 \pm 2,25$ ay, ilk kelime söyleme zamanı $10,39 \pm 3,52$ ay, cümle kurma zamanı $19,77 \pm 6,10$ ay, tuvalet eğitimi zamanı ise $25,99 \pm 6,21$ aydır. Gruplar arasında bu değişkenler açısından anlamlı bir farklılık gözlemlenmemiştir. Gruvitz ve ark. okul çağında DEHB tanısı alan çocuklar ile yaptıkları çalışmada DEHB'li çocuklarda

erken dönemde motor becerilerde gecikme olduğunu belirtmişlerdir (130). Karakoç Demirkaya'nın okul öncesi çocukları kapsayan çalışmasında ise, hasta grubundaki çocukların diğer çocuklara göre daha geç konuştuğu tespit edilmiş, psikopatolojik belirtilere sahip olmada yetersiz dil gelişiminin bir risk etmeni olabileceği düşünülmüştür (6). Nörogelişimsel bozukluklar açısından dil ve motor gelişimindeki gecikmelerin tespit edilmesi ve erken eğitim süreçlerinin başlatılması büyük önem taşımaktadır.

Çalışmamızda ÇDŞG-ŞY uygulanarak yapılan görüşmeler sonrası toplam 21 katılımcıda ruhsal tanı tespit edilmiştir. DEHB tanısı toplamda 11 çocukta saptanmıştır ve hepsi de hiperaktivite baskın tip DEHB'dir. DEHB tanılı 11 çocuktan 8'i erkektir. Toplum tabanlı çalışmalarda, DEHB tanısı alan okul öncesi çocukların yaygınlığı %2-6 arasında bildirilmektedir (2). Çalışmamızda bu oran %3,95 olarak saptanmıştır ve yazınla uyumludur. Hem klinik örnekleme hem de epidemiyolojik örnekleme DEHB'nin kızlara oranla erkeklerde daha sık görüldüğü bilinmektedir (12, 15, 16), çalışmamızda da benzer sonuçlar elde edilmiştir. Okul öncesi DEHB'nin en sık görülen alt tipi hiperaktivite ve dürtüsellik olduğu tiptir ve çalışmamızın sonuçlarıyla paralellik göstermektedir. Çocukların ilkökula başlaması ve okuma yazmanın öğrenilmeye başlanmasıyla birlikte yaşanan dikkatsizlik belirtileri en üst seviyeye çıkmaktadır. Çalışmamızda dikkatsizlik belirtilerinin tanı koyduracak kadar saptanmamış olması ve diğer DEHB alt tiplerinin görülmemiş olması; ebeveynlerin dikkatsizlik belirtilerini hiperaktivite belirtileri kadar fark edememeleri ve okul öncesi dönemde okul aktivitelerinin çok fazla dikkat gerektirmemesi olarak yorumlanabilir.

Literatür taramasında okul öncesi dönemdeki çocuklarla yapılan araştırmalarda çeşitli davranış değerlendirme ölçeklerinin kullanıldığı görülmüş ancak DEHB ve Yıkıcı Davranım Bozukluğu Belirtilerinin Okul Öncesi Dönem Tarama ve Değerlendirme Ölçeği'ne pek rastlanmamıştır. Çalışmamızda tespit edilen DEHB tanılarının hepsi YDBG'de olan çocuklardan oluşmuştur. Buna göre kullandığımız ölçeğin okul öncesi dönem çocuklarda DEHB ayırıcı tanısında yararlı olduğu söylenebilir.

Çalışmamızda ÇUAA verilerine göre örneklemin %9,4'ünün (n=26) uyku sorununa sahip olduğu saptanmıştır. Uyku sorunu varlığı açısından YDBG'deki çocuklar diğer iki gruba göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha fazla uyku sorununa sahiptir. Yazında ilkokul çağındaki DEHB'li çocuklarda uyku bozukluğu ile ilgili yapılmış çok sayıda çalışmaya rastlamak mümkündür. Perdahlı Fiş ve ark.'nın yaptığı ÇUAA'nın geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında, artmış hareketlilik ve dikkatsizlik sorunlarının şiddeti arttıkça anketten alınan toplam puanın arttığı saptanmıştır (53). Bizim çalışmamızda; okul öncesi dönemdeki çocuklarda da DEHB belirti puanı ile ÇUAA toplam puanı arasında pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki olduğu gözlemlenmiştir. Bizim bilgilerimize göre Türkiye'de okul öncesi dönemde DEHB belirtileri ile uyku alışkanlıkları arasındaki ilişkinin incelendiği çalışma yoktur.

Çalışmamızdaki ÇUAA verilerini alt ölçekler boyutunda ele aldığımızda; DEHB belirti düzeyi arttıkça yatma zamanı direncinin arttığı, uykuya dalmanın geciktiği ve uyku süresinin kısaldığı gözlemlenmiştir. Schneider ve ark.'nın yakın zamanda yaptığı bir çalışmada 4-7 yaş grubundaki DEHB'li çocuklar ve kontrol grubu karşılaştırılmış; DEHB'li çocuklarda ÇUAA toplam puanı, uykuya dalmanın gecikmesi, uyku kaygısı, gün içinde uykululuk ve gece uyanmaları sorunlarının önemli ölçüde daha fazla olduğu bildirilmiştir. Bu durumun uyku ve DEHB ile ilişkili ortak sinirsel devrelerin gecikmiş maturasyonundan kaynaklanabileceği düşünülmüştür (131). 7-11 yaş arası çocukları kapsayan bir çalışmada ÇUAA anketi kullanılarak DEHB'li çocuklarda uyku bozuklukları değerlendirilmiş ve uykuya dalmanın gecikmesi ve total uyku puanları açısından DEHB tanılı çocuklarda bozulmanın anlamlı olduğu saptanmıştır (132). Owens ve ark. ilaç kullanmayan DEHB'li çocuklar ve kontrol grubunu uyku açısından karşılaştırmış ve DEHB'li çocuklarda tüm uyku alt ölçeklerinde normal çocuklardan daha yüksek skorlar elde etmişlerdir (133). Mick ve ark. ise eş tanı ve ilaç tedavisini kontrol ettikleri çalışmalarında DEHB'li çocuklar ve kontrol grubu arasında yatma zamanı direnci, uykuyu başlatmada zorluk, gece uyanmaları, uykuda huzursuzluk, uyku süresi, sabah uyanmada güçlük, gün içi uykululuk ve parasomniler açısından fark saptamamışlardır (134).

Ülkemizde yapılan çalışmalardan 6-12 yaş arası çocukların değerlendirildiği bir çalışmada, DEHB tanılı çocuklarda anlamlı olarak daha yüksek ÇUAA toplam puanları tespit edilmiştir. Aynı çalışmada ÇUAA alt ölçeklerinden yalnızca yatma zamanına direnç puanında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (135). 7-12 yaş arası çocuklarla yapılan başka bir çalışmada ise DEHB tanılı çocuklarda ÇUAA toplam puanı ile uykuya dalmanın gecikmesi alt ölçek puanı DEHB grubunda kontrol grubuna göre anlamlı ölçüde daha yüksek bulunmuştur (136). DEHB tanısı konan çocuklarda uyku bozukluğu ve genel olarak daha kısa uyku süresi, DEHB'nin klinik semptomlarının başlangıcından önce görülmektedir (131). Ayrıca, Scott ve ark. okul öncesi dönemde bir yıllık zaman aralığında uyku süresinde 1 standart sapmanın üzerindeki yaşa özgü azalmanın DEHB tanısının önemli bir prediktörü olduğunu belirtmişlerdir (137). Bu bilgilere göre, okul öncesi dönem uyku ve DEHB değerlendirmesi son derece önemli olup ülkemizde bu alanda yapılacak çalışmalara ihtiyaç vardır.

Çalışmamıza katılan ebeveynlerin çocuk yetiştirme tutumlarını incelediğimizde, tüm grubun (n=278) AHÇYTÖ alt boyut ortalamaları aşırı koruyuculuk için annelerde $40,39 \pm 6,82$ babalarda $42,00 \pm 5,35$; demokratik tutum için annelerde $25,95 \pm 4,11$ babalarda $26,41 \pm 3,62$; ev kadınlığı rolünün reddi için annelerde $34,23 \pm 6,44$ babalarda $38,90 \pm 5,88$; geçimsizlik için annelerde $10,44 \pm 3,17$ babalarda $10,24 \pm 2,97$; sıkı disiplin için ise annelerde $38,59 \pm 6,74$ babalarda $41,81 \pm 5,16$ olarak bulunmuştur. DEHB belirti grupları arasında hem anne hem de babalarda demokratik tutum, geçimsizlik ve sıkı disiplin alt boyutlarında anlamlı farklılık gözlemlenmiştir. Birçok değişkenin ebeveyn tutumunu etkilediği bilinmektedir. Ancak gruplar arası anlamlı farklılık saptanan alt boyutların anne ve babalarda aynı olması; katılımcı ebeveynlerin %94'ünün (n=262) birlikte yaşamasından dolayı birbirlerinden etkilenmiş olabilmeleri olarak yorumlanabilir.

Katılımcı annelerin demokratik tutum alt boyutunda YDBG'nin diğer iki gruptan anlamlı olarak daha düşük puan aldığı saptanmıştır. DEHB belirti düzeyi arttıkça annelerin daha az demokratik olduğu gözlemlenmiştir. Babalarda ise sadece YDBG ile ODBG arasındaki fark anlamlı bulunmuş, YDBG'deki çocukların babalarının daha az demokratik olduğu görülmüştür. Geçimsizlik alt boyutu açısından bakıldığında hem anne hem de babalarda DEHB belirti düzeyi arttıkça

geçimsizlik alt boyut puanının anlamlı olarak arttığı görülmüştür. Sıkı disiplin alt boyutu açısından bakıldığında ise annelerde DEHB belirti düzeyi arttıkça sıkı disiplin alt boyut puanının anlamlı olarak arttığı saptanmış, babalarda ise YDBG'deki çocukların babalarının diğer iki gruba göre anlamlı olarak daha sıkı disiplinli olduğu gözlemlenmiştir.

Okul öncesi dönemdeki çocuklarla yapılan bir çalışmada çocuktaki aşırı hareketlilik/dikkatsizlik sorunlarıyla ebeveynin demokratik tutumu arasında ilişki saptanmamış; aşırı koruyucu tutum, geçimsizlik, ev kadınlığı rolünün reddi ve sıkı disiplin alt boyutlarında düşük düzeyde, pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Düşük düzeyde ilişki görülmesi, birçok değişkenin hem anne babanın tutumunu hem de çocukların davranışını etkilemesi olarak yorumlanmıştır. (79). Bolattekir, 4-6 yaş arası çocukları kapsayan çalışmasında çocuktaki aşırı hareketlilik/dikkatsizlik sorunlarıyla ebeveynin demokratik tutum, ev kadınlığı rolünün reddi ve sıkı disiplin alt boyutu arasında ilişki saptanmamış; aşırı koruyucu tutum ve geçimsizlik alt boyutlarında pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki olduğunu tespit etmiştir (114).

Amato ve Cheadle çalışmalarında anne baba arasındaki geçimsizliğin çocuklarındaki davranış problemlerine etki ettiğini ve geçimsizliğin artmasıyla davranış problemlerinin de arttığını belirtmişlerdir (138). Aunola ve Nurmi yaptıkları çalışmada okul öncesi dönemdeki çocuklarda görülen davranış problemleri ile baskıcı-kontrollü anne baba tutumu arasında ilişki olduğunu gözlemlenmişlerdir (139).

DEHB tanılı ergenlerle yapılan bir çalışmada DEHB'li ergenlerin anne babalarında daha çok olumsuz-tepkisel davranış kontrolü ve daha az olumlu anne babalık tutumu saptanmıştır (99). Bir başka çalışmada ise otoriter ve baskıcı tutuma sahip ailelerin çocuklarında, demokratik ve ilgili tutuma sahip ailelerin çocuklarına göre daha fazla DEHB tanısı tespit edilmiştir (100). Karakoç Demirkaya'nın çalışmasında ise hiperaktivite ile anne baba arası aşırı geçimsizlik, annenin ev kadınlığı rolünü reddi ve sıkı disiplin tutumları ilişkili bulunmuştur. Dikkat sorunları ile çocuk yetiştirme tutumu arasında ise herhangi bir ilişki saptanmamıştır (6). 5-6 yaş grubu çocuklarda yapılan bir başka çalışmada ise hiperaktivite ile aşırı koruyucu, demokratik ve ev kadınlığını reddedici tutumlar arasında orta düzeyde bir ilişki saptanırken; anne baba arası geçimsizlik ve sıkı disiplin tutumları arasında düşük

düzyeyde bir ilişki saptanmıştır (101). Bu çalışmalarla çalışmamızın sonucu paralellik göstermekte olup; olumsuz çocuk yetiştirme tutumlarının çocuklardaki DEHB belirtileri ile ilişkili olduğu söylenebilir.

Okul öncesi dönemde ruhsal sorunlar oluştuğunda bu sorunlar çocuklarda ileriki yıllarda da kalıcı izler bırakabilmektedir. Bu nedenle erken müdahale çok önemlidir. Ülkemizde DEHB ile ilgili birçok çalışma olmasına rağmen okul öncesi dönem çocuklarında görülen DEHB ile ilgili çalışmaların azlığı dikkat çekmektedir. Okul öncesi DEHB ile ilgili çalışmaların artırılmasının, bu çalışmaların sonuçları doğrultusunda, alanda var olan bilgilerin çoğalmasına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Çalışmamızın kısıtlılıkları ise şunlardır: Çalışmamızın örneklem sayısı yazındaki birçok çalışmaya göre yüksektir. Buna rağmen Eskişehir il merkezinden seçilen örneklem grubuyla çalışılmış olması elde edilen verilerin tüm okul öncesi dönem çocukları için genellenmesini olanaksız kılmaktadır. Ebeveynlerin gönüllülük esasına göre katılımcıların belirlendiği bu çalışmada, bazı ebeveynlerin davranışları olduğundan daha sorunlu gösterme veya sadece problemlı alanları belirtme tutumu çalışmada yanlılık yapmış olabilir. Bununla birlikte çocuklardaki ruhsal belirtileri değerlendirmek amacıyla öğretmenlerden bilgi alınmamış olması çalışmamızın kısıtlılıkları arasındadır. Çalışmada kullanılan ölçeklerin fazla olması ebeveynler tarafından verilen bilgilerin doğruluğunu etkilemiş olabilir. Çocuklardaki zeka değerlendirmesinin yapılandırılmış ölçeklerle yapılmamış olması ve değerlendirmenin sadece klinik gözlemlle sınırlı kalması çalışmamızın kısıtlılıklarındandır. Çalışmamıza katılan ebeveynlerde psikopatoloji olup olmadığı sadece ebeveyn bildirimı ile sınırlı kalmıştır. Ebeveynlerin ruhsal sağlıklarının çocuk yetiştirme tutumunu etkileyeceği tahmin edilerek ebeveynlerin bu açılardan daha kapsamlı değerlendirilmemesi de çalışmamızın diğery bir kısıtlılığdır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

1. Çalışmamıza katılan çocukların %11,5'inin yüksek düzeyde DEHB belirtilerine sahip olduğu bulunmuştur.
2. DEHB belirti grupları arasında cinsiyet faktörü açısından anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiş; YDBG'deki çocuklarda %65,6 oranıyla en yüksek erkek cinsiyet oranına rastlanmıştır. Belirti düzeyi arttıkça erkek cinsiyet oranının arttığı görülmüştür.
3. DEHB belirti grupları arasında; çocuğun yaşı, ebeveyn yaşları, ebeveyn eğitim düzeyleri, ebeveyn mesleği, ebeveyn sağlık durumu, ebeveynlerin birliktelik durumu, ebeveynlerin algıladıkları sosyoekonomik seviye, çalışmaya katılan çocuğun ailenin kaçınıcı çocuğu olduğu ve kardeş sayısı, annenin gebelik özellikleri (gebelikte sigara-alkol kullanımı, geçirdiği hastalıklar), doğumda annenin yaşı, gebelik süresi, çocuğun doğum şekli, doğum ve sonrasında sorun yaşama (zor doğum, sarılık geçirme, solunum problemi yaşama, kuvöz bakımı), anne sütü alma süresi, dil ve motor gelişimi, kronik hastalık varlığı değişkenleri açısından farklılık saptanmamıştır.
4. ÇDŞG-ŞY uygulanarak yapılan görüşmeler sonrası toplam 21 katılımcıda ruhsal tanı tespit edilmiş; bunlardan 10'unda DEHB 7 erkek 3 kız olmak üzere, 4'ünde karşıt olma karşı gelme bozukluğu (KOKGB) 3 erkek 1 kız olmak üzere, 1 erkek DEHB+KOKGB, 3'ünde dışa atım bozukluğu (DAB) 2 erkek 1 kız olmak üzere, 2 kız çocukta ayrılık anksiyetesi bozukluğu (AAB) ve 1 kız çocukta ise özgül fobi (ÖF) tanıları saptanmıştır.
5. DEHB tanısı toplamda 11 (%3,95) çocukta tespit edilmiştir ve hepsi hiperaktivite baskın tip DEHB olarak belirlenmiştir.
6. DEHB belirti düzeyi ile ruhsal tanılar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmış, DEHB tanısı alanların hepsinin YDBG'de olan çocuklardan oluştuğu görülmüştür.
7. ÇUAA verilerine göre çocukların %9,4'ünde (n=26) uyku sorunu olduğu saptanmıştır.

8. DEHB belirti grupları arasında uyku sorunu varlığı açısından istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı fark tespit edilmiştir. YDBG'deki çocukların istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha fazla uyku sorununa sahip olduğu bulunmuştur.

9. DEHB belirti puanı ile ÇUAA toplam puanı arasında pozitif yönlü ve anlamlı bir korelasyon olduğu gözlemlenmiş; DEHB belirti düzeyi arttıkça uyku sorunu şiddetinin arttığı bulunmuştur.

10. ÇUAA alt boyutlarına göre baktığımızda; DEHB belirti düzeyi arttıkça yatma zamanı direncinin arttığı, uykuya dalmanın geciktiği ve uyku süresinin kısaldığı gözlemlenmiştir.

11. DEHB belirti düzeyi arttıkça annelerin AHÇYTÖ demokratik tutum ve eşitlik tanıma alt boyut puanının azaldığı saptanmıştır. Babalara baktığımızda ise YDBG'deki çocukların babalarının diğer iki gruba göre daha az demokratik olduğu görülmüştür.

12. DEHB belirti düzeyi arttıkça hem anne hem de babaların AHÇYTÖ geçimsizlik alt boyut puanlarının anlamlı olarak arttığı görülmüştür.

13. DEHB belirti düzeyi arttıkça annelerin AHÇYTÖ sıkı disiplin alt boyut puanının anlamlı olarak arttığı saptanmıştır. Babalara baktığımızda ise YDBG'deki çocukların babalarının diğer iki gruba göre daha fazla disiplinli olduğu görülmüştür.

Çocuklardaki ruhsal sorunlar ne kadar erken tespit edilirse ilerleyen yıllarda oluşabilecek sıkıntılar o kadar azaltılmış olur. Önemli işlevsellik kaybına neden olabilen DEHB ve uyku sorunlarının erken dönemde ele alınması bu anlamda çok önemlidir. Okul öncesi dönemde DEHB belirtileri ve uyku sorunları gösteren çocukların yaşadıkları davranışsal ve ailesel problemleri inceleyen çalışmalar yapılmasında fayda vardır.

Çalışmamızda Eskişehir il merkezinden seçilen örneklem grubu ile çalışılmıştır. Türkiye'nin farklı illerine ya da farklı yerleşim bölgelerine göre daha geniş örneklemelere uygulanarak elde edilebilecek sonuçlar incelenebilir. Konu ile ilgili boylamsal çalışma yapılarak okul öncesi dönemde DEHB belirtilerini yüksek

düzeyde gösteren çocukların ilkokuldaki durumları incelenerek, okul öncesi dönemde DEHB'nin tespit edilebilirliği ve tespitlerin doğruluğu sınanabilir.

Araştırma yapmaya başlamadan önce çalışmanın yapılacağı okullarda ebeveyn ve öğretmenlerin katılacağı konu hakkında bilgi verilen bir görüşme yapılması faydalı olacaktır, bu sayede edinilen bilgiler doğrultusunda ölçek ve formların daha gerçekçi bir şekilde cevaplandırılması sağlanabilir. Gelecek çalışmalarda daha belirgin bilgilere ulaşabilmek amacı ile öğretmen raporlarının da kullanılması faydalı olacaktır.

Çalışmamızda okul öncesi dönemdeki DEHB belirtileri ile ebeveyn tutumları arasındaki ilişki ortaya konmuştur. Bu nedenle anne babaların çocuk yetiştirme tutumlarını etkileyen faktörlerin incelenebileceği çalışmalar yapılabilir. Bu doğrultuda anne babanın çocuğun ruh sağlığına katkısı ile ilgili farkındalıklarını artırmaya yönelik eğitimler düzenlenebilir. Milli Eğitim Bakanlığı tarafından ailelere olumlu tutum ve davranışlar sergilemeleri konusunda bilgilendirme çalışmaları yapılabilir. Ebeveynlerin ruhsal sağlıklarının çocuk yetiştirme tutumunu etkileyeceği dikkate alınarak ebeveynler ile klinik görüşme yapılabilir. Klinik görüşmede ebeveynin yetersiz ve sorunlu olduğu alanların desteklenmesi sağlanmalıdır.

Bu çalışmada, katılımcılara araştırma sonrasında çocuklarının bulunduğu gelişimsel süreç, DEHB, uyku sorunları ve ebeveyn tutumları hakkında bilgilendirme yapılması arzu edilmiş ancak sınırlılıklar nedeni ile yapılamamıştır. Araştırma yapılan okullarda konu ile ilgili seminer verilmesi yanlış yönlendirilme ve bilgilendirmelerin azaltılmasını sağlayacaktır.

KAYNAKLAR

1. Karabekiroğlu K. Bebek Ruh Sağlığı-Tarihçe. Bebek Ruh Sağlığı Temel Kitabı. İ: Karabekiroğlu K, editör. Ankara: Türkiye ocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği Yayınları 6;2012 .s.13-22.
2. Lange KW, Reichl S, Lange KM, Tucha L, Tucha O. The History of Attention Deficit Hyperactivity Disorder. ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders. 2010;2(4):241-55.
3. Tezel Şahin F, Özyürek A. 5-6 Yaş Grubu ocuğa Sahip Ebeveynlerin Demografik Özelliklerinin ocuk Yetiştirme Tutumlarına Etkisinin İncelenmesi. Türk Eğitim Bilimleri Dergisi. 2008;6(3):395-414.
4. Cortese S, Faraone SV, Konofal E, Lecendreux M. Sleep in Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Meta-Analysis of Subjective and Objective Studies. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2009 Sep;48(9):894-908.
5. Baykara A, Baykara B. Oyun ağı ve Latans Dönemi. ocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları İ: Aysev AS, Taner YI, editör. İstanbul: Asimetrik Paralel Yayınları;2007.s.175-186.
6. Karakoç Demirkaya S. Okul Öncesi (2-6 yaş) ocuklarda Psikopatolojik Belirtiler ve Alt Gruplardaki Risk Faktörlerinin Sağlıklı Kontrol ile Karşılaştırılması. ocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi. İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, İstanbul, 2010.
7. engel Kültür SE, Özel Özcan Ö. Bebekte Beyin Gelişimi. Bebek Ruh Sağlığı Temel Kitabı. İ: Karabekiroğlu K, editör. Ankara: Türkiye ocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği Yayınları 6;2012 .s.37-48.
8. Guerra NG, Williamson AA, Lucas-Molina B. Normal Development: Infancy, Childhood, and Adolescence. In Rey JM (ed), IACAPAP e Textbook of Child and Adolescent Mental Health. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions; 2012.

9. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2013.
10. Sharkey L, Fitzgerald M. The History of Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Handbook of Attention Deficit Hyperactivity Disorder 2007:3-11.
11. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th edition. (DSM-IV-TR). Washington DC.2000.
12. Martin A,Volkmar FR, Lewis M. Lewis's Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook. Lippincott Williams & Wilkins a Wolters Kluwer Business. Philadelphia. 2007.
13. World Health Organization(WHO). The ICD – 10 Classification of Mental and Behavioral Disorder: Clinical Descriptions and Diagnosis Guidelines: Diagnosis Criteria for Research. Geneva. 1993.
14. Greenhill LL, Posner K, Vaughan BS, Kratochvil CJ. Attention deficit hyperactivity disorder in preschool children. Child and adolescent psychiatric clinics of North America. 2008;17(2):347-66.
15. Özaslan Uysal T, Bilaç Ö. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Epidemiyolojisi. Türkiye Klinikleri J Child Psychiatry-Special Topics 2015;1(1):1-5.
16. Polanczyk G, Rohde LA. Epidemiology of ADHD across the lifespan. Curr Opin Psychiatry. 2007;20(4):386-392.
17. Yıldız Miniksar D, Özel Özcan Ö. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tanısı. Türkiye Klinikleri J Child Psychiatry-Special Topics 2015;1(1):25-30.
18. Yıldız Gündoğdu Ö,Varol Taş F, Yıldırım Özyurt E, Dönder F, Çakın Memik N. Okul öncesi dönemde DEHB: Psikososyal tedavi yaklaşımlarının gözden geçirilmesi. Anadolu Psikiyatri Derg 2016; 17(2):143-155.

19. Biederman J, Faraone SV. Current concepts on the neurobiology of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *J Atten Disord.* 2002;6 Suppl 1:S7-16.
20. Hechtman L. Attention deficit hyperactivity disorder. In: Saddock BJ, Saddock VA (eds.) *Comprehensive Textbook of Psychiatry.* USA: Lippincott Williams and Wilkins,2005; 2679-2692.
21. Faraone SV, Perlis RH, Doyle AE, Smoller JW, Goralnick JJ, Holmgren MA, Sklar P. Molecular genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biol Psychiatry.* 2005 Jun 1;57(11):1313-23.
22. Maher BS, Marazita ML, Ferrell RE, Vanyukov MM. Dopamine system genes and attention deficit hyperactivity disorder: a meta-analysis. *Psychiatr Genet.* 2002 Dec;12(4):207-15.
23. Hawi Z, Dring M, Kirley A, Foley D, Kent L, Craddock N, Asherson P, Curran S, Gould A, Richards S, Lawson D, Pay H, Turic D, Langley K, Owen M, O'Donovan M, Thapar A, Fitzgerald M, Gill M. Serotonergic system and attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): a potential susceptibility locus at the 5-HT(1B) receptor gene in 273 nuclear families from a multi-centre sample. *Mol Psychiatry.* 2002;7(7):718-25.
24. Yeo RA, Hill DE, Campbell RA, Vigil J, Petropoulos H, Hart B, Zamora L, Brooks WM. Proton magnetic resonance spectroscopy investigation of the right frontal lobe in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2003 Mar;42(3):303-10.
25. Ercan ES, Aydın C. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Özellikleri-Tedavisi Çocuklarda ve Erişkinlerdeki Belirtileri In: GENDAŞ A. (ed.) 11 ed. 2005 İstanbul.
26. Nieoullon A. Dopamine and the regulation of cognition and attention. *Prog Neurobiol.* 2002 May;67(1):53-83. Review.

27. Stahl SM. Neurotransmission of cognition, part 2. Selective NRIs are smart drugs: exploiting regionally selective actions on both dopamine and norepinephrine to enhance cognition. *J Clin Psychiatry*. 2003 Feb;64(2):110-1.
28. Süren S. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Etiyopatogenezi: Beyin Görüntüleme. *Türkiye Klinikleri J Child Psychiatry-Special Topics* 2015;1(1):12-16.
29. Joseph J. Problems in Psychiatric Genetic Research: A Reply to Faraone and Biederman. *Developmental Review* 2000;20:582-93.
30. Barkley RA. Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: Constructing a unifying theory of ADHD 1997;121:65-94.
31. Bradley JD, Golden CJ. Biological contributions to the presentation and understanding of attention-deficit/hyperactivity disorder, a review. *Clin Psychol Rev* 2001;21(6):907-29.
32. Zappitelli M, Pinto T, Grizenko N. Pre-, peri-, and postnatal trauma in subjects with attention-deficit hyperactivity disorder. *Can J Psychiatry*. 2001; 46(6):542-8.
33. Spencer TJ, Biederman J, Mick E. Attention-deficit/hyperactivity disorder: diagnosis, lifespan, comorbidities, and neurobiology. *J Pediatr Psychol* 2007;32(6):631-42.
34. Froehlich TE, Anixt JS, Loe IM, Chirdkiatgumchai V, Kuan L, Gilman RC. Update on environmental risk factors for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Curr Psychiatry Rep*. 2011;13(5):333-44.
35. Mick E, Biederman J, Faraone SV, Sayer J, Kleinman S. Case-control study of attention-deficit hyperactivity disorder and maternal smoking, alcohol use, and drug use during pregnancy. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2002;41(4):378-85.

36. Biederman J, Faraone SV. Attention-deficit hyperactivity disorder. *Lancet* 2005; 366:237-48.
37. Ghuman JK, Riddle MA, Vitiello B, Greenhill LL, Chuang SZ, Wigal SB. Comorbidity moderates response to methylphenidate in the Preschoolers with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Treatment Study (PATS). *J Child Adolesc Psycho-pharmacol* 2007; 17(5):563-580.
38. Wilens TE, Biederman J, Brown S, Tanguay S, Monuteaux MC, Blake C, Spencer TJ. Psychiatric comorbidity and functioning in clinically referred preschool children and school-age youths with ADHD. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2002;41(3):262-8.
39. Weis M, Weis G. Attention deficit hyperactivity disorder. In: Lewis M (ed). *Child and Adolescent Psychiatry*. 3rd edition. Philadelphia: Lippincott Williams&Wilkins; 2002. 645-70.
40. Sayal K, Washbrook E, Propper C. Childhood behavior problems and academic outcomes in adolescence: longitudinal population-based study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2015;54(5):360-8. e2.
41. Ercan ES. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunda Prognoz ve Öngörücü Faktörler. *Türkiye Klinikleri Journal Child Psychiatry-Special Topics* 2015;1(1):96-98.
42. Kılıçarslan A, Perdahlı Fiş N. Çocuklarda Uyku ve Uyanıklık Bozuklukları. *Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları*. İç: Akay AP, Ercan ES, editör. Ankara: Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği Yayınları 9; 2016: 418-440.
43. Hans Berger. Über das Elektrenkephalogramm des Menschen. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 1929. Volume 87, number 1, 527-570.

44. Dement CW. 2005. History of Sleep Physiology. In: Kryger M, Roth T, Dement CW. (ed.) Principles and Practice of Sleep Medicine. 4 ed. Philadelphia: WB Saunders Company.
45. Aydın H. Uyku ve Bozuklukları. İç: Aydın H editör. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2007.
46. mBerry RB, Brooks R, Gamaldo CE, Harding SM, Marcus CL and Vaughn BV for the American Academy of Sleep Medicine. The AASM Manual for the Scoring of Sleep and Associated Events: Rules, Terminology and Technical Specifications, Version 2.0. American Academy of Sleep Medicine, 2012.
47. Steriade, M. 2005. Brain electrical activity and sensory processing during waking and sleep states. In: Kryger, M., Roth, T., Dement, C. W., (ed.) Principles and Practice of Sleep Medicine. 4 ed. Philadelphia: WB Saunders Company.
48. Aydın H. Uyku: yapısı ve işlevi. Kognitif nörobilimler. İç: Karakaş S, editör. Ankara: MN Medikal & Nobel; 2008.
49. Davis KF, Parker KP, Montgomery GL. Sleep in infants and young children: part one: normal sleep. J Pediatr Health Care 2004;18:65–71.
50. Steriade M. Brain electrical activity and sensory processing during waking and sleep states. In: Kryger M., Roth T., Dement CW, (eds.) Principles and Practice of Sleep Medicine. 4 ed. Philadelphia: WB Saunders Company; 2005.
51. Montgomery-Downs HE, O'Brien LM, Gulliver TE. Polysomnographic characteristics in normal preschool and early school-aged children. Pediatrics 2006;117:741–53.
52. Mindell JA, Owens JA, Carskadon MA. Developmental features of sleep. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am 1999; 8:695-725.

53. Perdahlı Fiş N, Arman A, Ay P, Topuzoğlu A, Güler AS, Gökçe İmren S, Ersu R, Berkem M. Çocuk Uyku Alışkanlıkları Anketinin Türkçe Geçerliliği ve Güvenilirliği. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2010;11:151-60.
54. American Academy of Sleep Medicine. *International classification of Sleep Disorders*, 3nded. IL: American Academy of Sleep Medicine, 2014.
55. Scher A. Mother-Child Interaction and Sleep Regulation in One-Year-Olds. *Infant Mental Health Journal*, 2001; 22(5):515-528.
56. Owens JA. The ADHD and sleep conundrum: a review. *J Dev Behav Pediatr* 2005; 26:312–22.
57. Krakow B, Germain A, Warner TD, Schrader R, Koss M, Hollifield M, Tandberg D, Melendrez D, Johnston L. The relationship of sleep quality and posttraumatic stress to potential sleep disorders in sexual assault survivors with nightmares, insomnia, and PTSD. *J Trauma Stress*. 2001;14(4):647-65.
58. Quach J, Hiscock H, Canterford L, Wake M. Outcomes of child sleep problems over the school transition period: Australian population longitudinal study. *Pediatrics*, 2009, 123,1287-1292.
59. DeVincent CJ, Gadow KD, Delosh D, Geller L. Sleep Disturbance and its Relation to DSM-IV Psychiatric Symptoms in Preschool-Age Children with Pervasive Developmental Disorder and Community Controls *J Child Neurol* February 2007 vol. 22 no. 2 p. 161-169.
60. Hiscock H, Canterford L, Ukoumunne OC, Wake M. Adverse Associations of Sleep Problems in Australian Preschoolers: National Population Study. *Pediatrics*, 2007; 119, 86-93.
61. Lavigne JV, Gibbons RD, Arend R, Rosenbaum D, Binns HJ, Christoffel KK. Rational service planning in pediatric primary care: continuity and change in psychopathology among children enrolled in pediatric practices. *J Pediatr Psychol*. 1999 Oct;2 (5):393-403.

62. Feldman R. The development of regulatory functions from birth to 5 years: insights from premature infants. *Child Dev.* 2009 Mar-Apr;80(2):544-61.
63. Gregory AM, Eley T, O'Connor TG, Plomin R. Etiologies of Associations Between Childhood Sleep and Behavioral Problems in a Large Twin Sample *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* Volume 43, Issue 6, June 2004, Pages 744-751.
64. Spilsbury JC, Storfer-Isser A, Drotar D, Rosen C, Kirchner L, Redline S. Effects of the Home Environment on School-Aged Children's Sleep. *Sleep*, 2005. Vol. 28, No. 11.
65. Johnson N, McMahon C. Preschoolers' sleep behaviour: associations with parental hardiness, sleep-related cognitions and bedtime interactions. *J Child Psychol Psychiatry.* 2008 Jul;49(7):765-73.
66. Ivanenko A, Barnes ME, Crabtree VM, Gozal D. Psychiatric symptoms in children with insomnia referred to a pediatric sleep medicine center. *Sleep Med.* 2004 May;5(3):253-9.
67. Cortese S, Konofal E, Yateman N, Mouren M C, Lecendreux M. Sleep and alertness in children with attention-deficit hyperactivity disorder: Asystematic review of the literature. *Sleep.*2008; 29:504-511.
68. Sung V, Hiscock H, Sciberras E, Efron D. Sleep problems in children with attention-deficit/hyperactivity disorder: prevalence and the effect on the child and family. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2008 Apr;162(4):336-42.
69. Konofal E, Lecendreux M, Cortese S. Sleep and ADHD. *Sleep Medicine* 2010;11: 652–658.
70. Miano S, Parisi P, Villa MP. The sleep phenotypes of attention deficit hyperactivity disorder: The role of arousal during sleep and implications for treatment. *Medical Hypotheses* 2012; 79:147–153.

71. Archbold KH, Giordani B, Ruzicka DL, Chervin RD. Cognitive executive dysfunction in children with mild sleep-disordered breathing. *Biological research for nursing*. 2004;5(3):168-76.
72. Bass JL, Corwin M, Gozal D, Moore C, Nishida H, Parker S, Schonwald A, Wilker RE, Stehle S, Kinane TB. The effect of chronic or intermittent hypoxia on cognition in childhood: a review of the evidence. *Pediatrics*. 2004;114(3):805-16.
73. Li J-M, Hu J-T, Luo X-M, Cai Y-M, Liu J-M. Correlation of snoring with attention deficit and hyperactivity-impulsivity in school age children from Changsha City. *Chinese journal of contemporary pediatrics*. 2009;11(7):562-5.
74. Pagel J, Snyder S, Dawson D. Obstructive sleep apnea in sleepy pediatric psychiatry clinic patients: polysomnographic and clinical correlates. *Sleep and Breathing*. 2004;8(03):125-31.
75. Chervin RD, Archbold KH, Dillon JE, Panahi P, Pituch KJ, Dahl RE, Guilleminault C. Inattention, hyperactivity, and symptoms of sleep-disordered breathing. *Pediatrics*. 2002 Mar;109(3):449-56.
76. Picchinetti D, Allen RP, Walters AS. Restless legs syndrome: prevalence and impact in children and adolescents. The peds REST study. *Pediatrics*. 2007;120:253-66.
77. Öner P, Dirik EB, Taner Y, Caykoylu A, Anlar Ö. Association between low serum ferritin and restless legs syndrome in patients with attention deficit hyperactivity disorder. *The Tohoku journal of experimental medicine*. 2007;213(3):269-76.
78. Ivanenko A, Johnson K. Sleep disturbances in children with psychiatric disorders. *Semin Pediatr Neurol* 2008; 15: 70-8.

79. Dursun A. Okul Öncesi Dönemdeki Çocukların Davranış Problemleriyle Anne-Baba Tutumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Eğitim Bilimleri Enstitüsü İlköğretim Anabilim Dalı. Okul Öncesi Öğretmenliği Programı.Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir, 2010.
80. Yörükoğlu A. Çocuk Ruh Sağlığı. 19.basım. İstanbul: Türkiye İş Bankası Yayınları; 1994.
81. Hortaçsu N. Çocuklukla İlişkiler: Ana Baba, Kardeş ve Akrabalar. 1.Basım. İstanbul: İmge Kitabevi;2003.
82. Baumrind D. Parenting Styles and Adolescent Development. İn: Lerner R, Peterson a and Brooks-Gunn J. (eds.) Encyclopedia of Adolescence. NewYork:1991;746-758.
83. Baumrind D. Child care practices anteceding three patterns of preschool behavior. Genetic psychology monographs. 1967;75(1):43-88.
84. Maccoby EE, Martin JA. Socialization in the Context of the Family: Parent-Child Interaction. İn: Mussen PH, Hetherington E (eds) Handbook of Child Psychology: Socialization, Personality and Social Development. NewYork:1983;1-101.
85. LeCompte G, LeCompte A, Özer S. Üç sosyoekonomik düzeyde Ankaralı annelerin çocuk yetiştirme tutumları: Bir ölçek uyarlaması. Psikoloji Dergisi. 1978;1(1):5-8.
86. Öner N. Türkiye’de Kullanılan Psikolojik Testler. Boğaziçi Üniversitesi Yayınları. İstanbul:1993;538-541.
87. Demiriz S, Öğretir AD. Alt ve Üst Sosyo-Ekonomik Düzeydeki 10 Yaş Çocuklarının Anne Tutumlarının İncelenmesi. Kastamonu Eğitim Dergisi: 2007; 15(1),105-122.
88. Yavuzer H. Anne Baba ve Çocuk. 22.Basım. İstanbul: Remzi Kitabevi; 2011.

89. Yavuzer H.Yaygın Ana-Baba Tutumları.İç: Aydoğmuş K, Baltaş A. Baltaş Z. ve ark. Ana Baba Okulu. 12.Basım.İstanbul: Remzi Kitabevi: 2006;115-132.
90. McShane KE, Hastings PD. The New Friends Vignettes: Measuring parental psychological control that confers risk for anxious adjustment in preschoolers. *International Journal of Behavioral Development*. 2009;33(6):481-95.
91. Navaro L. Gerçekten Beni Duyuyor musun? İstanbul: Remzi Kitabevi; 2003.
92. Hale R. Baumrind's parenting styles and their relationship to the parent developmental theory. 2008.
93. Bakır HE. Duygudurum Bozukluğu Tanısı Alan Çocukların Anne Babalarının Tutum, Davranış ve Duygudurumlarının İncelenmesi. Klinik Psikoloji Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi. Üsküdar Üniversitesi, İstanbul, 2015.
94. Belsky J. Early human experience: A family perspective. *Developmental Psychology*. 1981;17(1):3.
95. Belsky J. The determinants of parenting: A process model. *Child development*. 1984;83-96.
96. Goldberg WA, Easterbrooks M. Role of marital quality in toddler development. *Developmental psychology*. 1984;20(3):504.
97. Smith CL, Calkins SD, Keane SP, Anastopoulos AD, Shelton TL. Predicting stability and change in toddler behavior problems: contributions of maternal behavior and child gender. *Developmental Psychology*. 2004;40(1):29.
98. Ackerman BP, Brown E, Izard CE. Continuity and change in levels of externalizing behavior in school of children from economically disadvantaged families. *Child development*. 2003;74(3):694-709.
99. Uzun ME. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Olan 11-15 Yaş Arası Bir Grup Ergende Bağlanma Özelliklerinin ve Ebeveyn Tutumlarının Araştırılması. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Bursa, 2011.

100. Gürşimşek I, Girgin G, Harmanlı Z, Ekinçi D. Annenin ruhsal belirtileri ile 5-6 yaş dönemi çocuklarının davranış problemleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. Uluslar Arası Okul Öncesi Eğitimi Kongresi Kongre Kitabı. 2006;3:359-69.
101. Derman MT, Başal HA. Okulöncesi Çocuklarında Gözlenen Davranış Problemleri ile Ailelerinin Anne-Baba Tutumları Arasındaki İlişki. Amasya Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi. 2013;2(1):115-44.
102. Yazgan Y. Hiperaktif Çocuk Okulda. 2. baskı. İstanbul: Evrim Yayınevi; 2003.
103. Degnan KA, Calkins SD, Keane SP, Hill-Soderlund AL. Profiles of disruptive behavior across early childhood: contributions of frustration reactivity, physiological regulation, and maternal behavior. Child Dev 2008; 79:1357-1376.
104. Gökler B, Ünal F, Pehlivan Türk B, Kültür EÇ, Akdemir D, Taner Y. Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli-Türkçe Uyarlamasının Geçerlik ve Güvenirliği. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi. 2004.
105. Birmaher B, Ehmann M, Axelson DA, Goldstein BI, Monk K, Kalas C, Kupfer D, Gill MK, Leibenluft E, Bridge J. Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children (K-SADS-PL) for the assessment of preschool children—a preliminary psychometric study. Journal of psychiatric research. 2009;43(7):680-6.
106. Ercan E, Amado S, Somer O, Çıkoğlu S. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Yıkıcı Davranım Bozuklukları için Bir Test Bataryası Geliştirme Çabası. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi. 2001;8(3):132-44.
107. Owens JA, Spirito A, McGuinn M. The Children's Sleep Habits Questionnaire (CSHQ): psychometric properties of a survey instrument for school aged children. Sleep 2000; 15:1043-1051.

108. Kanlıklıçer P. Okul Öncesi Davranış Sorunları Tarama Ölçeği: Geçerlilik Güvenirlilik Çalışması.Okul Öncesi Öğretmenliği Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Marmara Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2005.
109. Kızılışık Kartal G. Okul Öncesi Eğitim Kurumuna Devam Eden Çocukların Davranış Sorunları ile Annelerinin Evlilik Uyumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Psikoloji Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Haliç Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 2014.
110. Fidan T. Bir Çocuk-Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniğine Başvuran Çocuk ve Ergenlerin Ruhsal Belirtileri ve Risk Faktörlerinin Değerlendirilmesi. Konuralp Tıp Dergisi. 2011;3(1):1-8.
111. Karabekiroğlu K. Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Polikliniğine Başvuran Hastalarda Tanı Dağılımı. Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi.2011;24:113-120.
112. Karakoç Demirkaya S, Aksu H, Yılmaz N, Gürbüz Özgür B, Eren E, Avcil SN. Bir Üniversite Hastanesi Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Polikliniğine Başvuran Olguların Tanıları ve Sosyodemografik Özellikleri.Meandros Medical and Dental Journal. 2015; 16(1): 4-8.
113. Börekçi B. Okul Öncesi Çocuklarda Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Belirtilerinin, Davranışsal, Sosyal Problemler, Aile İşlevselliği ve Ebeveyn Tutumları ile İlişkilerinin Değerlendirilmesi. Psikoloji Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Işık Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 2017.
114. Bolattekin A. Anne-Babanın Bağlanma Stilleri, Anne-Baba Tutumları ve Çocuklarındaki Davranış Problemleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı Genel Psikoloji Bilim Dalı. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Arel Üniversitesi, İstanbul, 2014.

115. Türkiye İstatistik Kurumu (Tarihsiz). Lise veya dengi okul mezunu kadın ve erkek oranı, yüksekokul veya fakülte mezunu kadın ve erkek oranı. From The World Wide Web: <https://biruni.tuik.gov.tr/bolgeselistatistik/tabloOlustur.do#>. (01.08.2017)
116. Alisinanoğlu F, Kesicioğlu SO. Okul Öncesi Dönem Çocuklarının Davranış Sorunlarının Çeşitli Değişkenler Açısından İncelenmesi (Giresun İli Örneği). Kuramsal Eğitimbilim, 2010; 3(1): 93-110.
117. Lonigan CJ, Bloomfield BG, Anthony JL, Bacon KD, Phillips BM, Samwel CS. Relations Among Emergent Literacy Skills, Behavior Problems and Social Competence in Preschool Children Low and Middle Income Backgrounds. Topics in Early Childhood Special Education. 1999;19(1):40-53.
118. Bradley JD, Golden CJ. Biological Contributions To The Presentation And Understanding Of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Review. Clinical Psychology Review. 2001;21(6):907-29.
119. Biederman J, Milberger S, Faraone SV, Kiely K, Guite J, Mick E, Ablon JS, Warburton R, Reed E, Davis SG. Impact Of Adversity On Functioning And Comorbidity In Children With Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 1995;34(11):1495-503.
120. Choi WJ, Kwon HJ, Lim MH, Lim JA, Ha M. Blood Lead, Parental Marital Status And The Risk Of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder In Elementary School Children: A Longitudinal Study. Psychiatry Res. 2016;236:42-6.
121. Linnet KM, Dalsgaard S, Obel C, Wisborg K, Henriksen TB, Rodriguez A, Kotimaa A, Moilanen I, Thomsen PH, Olsen J. Maternal Lifestyle Factors In Pregnancy Risk Of Attention Deficit Hyperactivity Disorder And Associated Behaviors: Review Of The Current Evidence. American Journal of Psychiatry. 2003;160(6):1028-40.

122. Toklu Ç. Eskişehir İli Merkez İlçelerinde İlköğretim Çağı Çocuklarda Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Yaygınlığı ve Risk Etmenleri. Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Eskişehir, 2016.
123. Pineda DA, Lopera F, Palacio JD, Ramirez D, Henao GC. Prevalence Estimations of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Differential Diagnoses and Comorbidities in A Colombian Sample. *International Journal of Neuroscience*. 2003;113(1):49-71.
124. Wei CC, Chang CH, Lin CL, Chang SN, Li TC, Kao CH. Neonatal Jaundice and Increased Risk of Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A Population-Based Cohort Study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2015; 56(4): 460-7.
125. Delobel-Ayoub M, Arnaud C, White-Koning M, Casper C, Pierrat V, Garel M, et al. Behavioral Problems and Cognitive Performance at 5 Years of Age After Very Preterm Birth: The EPIPAGE Study. *Pediatrics*. 2009;123(6):1485-92.
126. Çak HT, Gökler B. Erken Doğan Çocuklarda Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve İlişkili Doğum Öncesi Risk Etkenleri. *Türk Pediatri Arşivi*. 2013;48(4).
127. Kashala E, Lundervold A, Sommerfelt K, Tylleskär T, Elgen I. Co-Existing Symptoms And Risk Factors Among African School Children With Hyperactivity-Inattention Symptoms İn Kinshasa, Congo. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 2006;15(5):292-9.
128. Yorbık Ö, Kırmızıgül P, Demirkan S, Söhmen T. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocuklarda Anne Sütü Alma Süreleri. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*. 2003;10(3):115-20.

129. Çakaloz B, Akay AP. Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranış Bozukluklarında Doğum Öncesi, Doğum ve Doğum Sonrası Yaşanan Sorunların ve Anne Sütü Alış Sürelerinin Psikopatoloji Gelişimine Katkıları. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi.2005;12(1):3-10.
130. Gurevitz M, Geva R, Varon M, Leitner Y. Early Markers in Infants and Toddlers for Development of ADHD. Journal of Attention Disorders. 2014;18(1):14-22.
131. Schneider HE, Lam JC, Mahone EM. Sleep Disturbance and Neuropsychological Function in Young Children with ADHD. Child Neuropsychology. 2016;22(4):493-506.
132. Gruber R, Fontil L, Bergmame L, Wiebe ST, Amsel R, Frenette S, Carrier J. Contributions of Circadian Tendencies and Behavioral Problems to Sleep Onset Problems of Children with ADHD. BMC psychiatry. 2012;12(1):212.
133. Owens JA, Maxim R, Nobile C, McGuinn M, Msall M. Parental and Self-Report of Sleep in Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine. 2000;154(6):549-55.
134. Mick E, Biederman J, Jetton J, Faraone SV. Sleep Disturbances Associated with Attention Deficit Hyperactivity Disorder: The Impact of Psychiatric Comorbidity and Pharmacotherapy. Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology. 2000;10(3):223-31.
135. Sınır H. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tanısı Konan Çocuklarda Uyku ve Uyku Bozuklukları: Polisomnografik Çalışma. Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara, 2011.
136. Benk Durmuş F. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan İlköğretim Çocuklarında Sabahçılık-Akşamcılık ve Günlük İşlevsellik Üzerine Olan Etkisi. Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi. Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İstanbul, 2016.

137. Scott N, Blair PS, Emond AM, Fleming PJ, Humphreys JS, Henderson J, Gringras P. Sleep Patterns in Children with ADHD: A Population-Based Cohort Study from Birth to 11 Years. *Journal of Sleep Research*. 2013; 22 (2): 121-8.
138. Amato PR, Cheadle JE. Parental divorce, marital conflict and children's behavior problems: A comparison of adopted and biological children. *Social Forces*. 2008;86(3):1139-61.
139. Aunola K, Nurmi JE. The Role of Parenting Styles in Children's Problem Behavior. *Child Development*. 2005;76(6):1144-59.



