TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU OLAN ÇOCUKLARDA UYKUNUN YAŞAM KALİTESİ İLE İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ

Dr. Esra Yürümez

ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI
TIPTA UZMANLIK TEZİ
DANİŞMAN
Doç. Dr. Birim Günay Kılıç

ANKARA
2011
TUTANAK

Çocuk Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı araşturma görevlisi Dr. Esra Yürümey'in tez değerlendirme jürisi (Prof. Dr. Ayla Aysev, Prof. Dr. Engin Turan, Doç. Dr. Birim Günay Kılıç) 14.10.2011 Cuma günü saat 10.00 da Anabilim Dalımız Dershanesinde toplanarak adayın “Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocuklarda Uykunun Yaşam Kalitesi ile İlişkisinin İncelenmesi” isimli tezi ile ilgili savunması alınmış ve değerlendirilmiş olup çalışmanın Fakültemizce kabul edilen Uzmanlık Tez Yazım Klavuzuına uygun olduğu ve sözlu savunmasının da başarılı olduğuna oy birlüğü ile karar verilmiştir.

Doç. Dr. Birim Günay Kılıç (Üye)

Prof. Dr. Engin Turan (Üye)

Prof. Dr. F. Ayla Aysev (Başkan)
TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitiminin ve tez çalışmamın her aşamasında bilgi ve deneyimleri ile bana yol gösteren, ilgi ve hoşgörüleriyle beni destekleyen, başta anabilim dalı başkanımız Prof. Dr. Ayla Aysev olmak üzere değerli hocalarım Prof. Dr. Efser Kerimoğlu, Prof. Dr. Melda Akçakın, Prof. Dr. Neşe Erol, Prof. Dr. Runa Uslu, Prof. Dr. Emine Zinnur Kılıç ve Doç. Dr. Kağan Gürkan’a,

Değerli yardımcılarıyla beni yüreklendiren,esteemini her aşamada hissettiğim tez danışманım Doç. Dr. Birim Günay Kılc’a,

Değerli katkılarından dolayı Prof. Dr. Engin Turan’a,

Çalışmamı şekillendirirken bilgisinden ve deneyimlerinden faydalandığım hocam Prof. Dr. Fuat Özgen’e,

Birlikte çalıșmaktan büyük mutluluk duydüğüm tüm asistan ve psikolog arkadaşlarına,

Eğitimim süresince bana yardımcı olan tüm anabilim dalı sekreterlerine ve çalışanlarına,

Bu çalışmaya gönüllü olarak katılan ve gösterdikleri sabır ve anlayışla araştırmamıza katkıda bulunan tüm ailelere ve çocuklara,

Hayatımın her anında sonsuz sevgi ve emekleriyle yanında olan ve yardımlarını esirgemeyen annem Ayşe Yürümez’e, babam Adem Yürümez’e ve kardeşlerim Seda ve Büşra Yürümez’e gösterdikleri sabır ve anlayıştan dolayı,

En derin teşekkürlerimi sunarım.
İÇİNDEKİLER

Kabul ve Onay ........................................................................................................................................... i
Teşekkür ................................................................................................................................................... ii
İçindekiler .................................................................................................................................................. iii
Tablolar Dizini ........................................................................................................................................ vi
1. GİRİŞ VE AMAÇ ................................................................................................................................. 1

2. GENEL BİLGİLER ............................................................................................................................ 1
2.1. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) ........................................................................ 1
2.1.1. DEHB Tanı Kriterleri .................................................................................................................. 2
2.1.2. Etyoloji ............................................................................................................................................. 4
2.1.3. Eşhastalanım ............................................................................................................................... 4
2.2. UYKU ................................................................................................................................................... 6
2.2.1. Uyku yapısı ...................................................................................................................................... 7
2.2.2. Uyku ve Uyanıklığın Düzenlenmesi ......................................................................................... 9
2.2.3. Uykuda Bilişel İşlevler ............................................................................................................ 11
2.2.4. Yaşa Göre Uyku Özellikleri ........................................................................................................ 13
2.2.4.1. Bebeklik ve Oyun Döneminde Uyku (0-6 yaş) ................................................................. 13
2.2.4.2. Okul Dönemi ve Ergenlik Öncesinde Uyku Özellikleri (6-12 yaş) ......................... 15
2.2.4.3. Ergenlik Döneminde Uyku Özellikleri (12-18 yaş) ...................................................... 16
2.2.5. Cinsiyete Göre Uyku Özellikleri ............................................................................................... 18
2.2.6. Uykuyu Belirleyen Diğer Etkenler .............................................................................................. 19
2.2.6.1. Hormonlar ................................................................................................................................... 19
2.2.6.2. Aile .......................................................................................................................................... 20
2.2.6.3. Mizaç ....................................................................................................................................... 22
2.2.6.4. Travma ................................................................................................................................... 22
2.2.6.5. Sosyoekonomik Düzey ............................................................................................................. 23
2.2.6.6. Medya ..................................................................................................................................... 23
2.2.7. Çocukluk Döneminde Uyku Bozuklukları ..................................................................................... 24
2.2.8. Uyku Bozukluklarına Yaklaşımda ............................................................................................. 30
2.2.8.1. Uykunun Değerlendirilmesi ............................................................................................... 35
2.2.9. DEHB’de Uykunun Özellikleri.............................................................................. 38
2.2.9.1. Alt tiplerin DEHB’de uykunun prevalansına etkisi........................................ 42
2.2.9.2. DEHB’de uykunun kaynağına yönelik hipotezler................................. 43
2.2.9.3. DEHB ve Primer Uyku Bozuklukları................................................................ 45

3. GEREÇ VE YÖNTEM ........................................................................................................... 47
3.1. Örneklem ......................................................................................................................... 47
3.1.1. Araştırma grubunun seçim ölçütleri ........................................................................ 47
3.1.2. Kontrol grubunun seçim ölçütleri ....................................................................... 48
3.2. Değerlendirme Araçları.................................................................................................. 48
3.2.1. Sosyodemografik Veri Formu (Ek 1) .................................................................... 49
3.2.2. Yenilenmiş Conners Ebeveyn Derecelendirme Ölçeği-Uzun Form (Ek 2) .......................................................... 49
3.2.3. Yenilenmiş Conners Öğretmen Derecelendirme Ölçeği-Uzun Form (Ek 2) .......................................................... 49
3.2.4. Okul Çağı Çocukları için Duygulananm Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdı ve Yaşam Boyu Şekli Türkçe Uyarlaması (ÇDŞG-ŞY) .......................................................... 50
3.2.5. Çocukluk Uyku alışkanlıklarını Anketi (Ek 3) ......................................................... 50
3.2.6. Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇİYKÖ) (Ek 4)........................................ 52
3.2.7. Wechsler Çocuklar için Zeka Ölçeği (WISC-R) ............................................. 53
3.3. İşlem .................................................................................................................................. 54
3.3.1. İstatistiksel Analiz ................................................................................................. 54

4. BULGULAR ................................................................................................................................. 55
4.1. Sosyodemografik Veriler .............................................................................................. 55
4.2. DEHB Grubu ile Kontrol Grubunun ÇUAA Toplam ve Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması:.......................................................... 56
4.3. DEHB Grubu ile Kontrol Grubunun Yenilenmiş Conners Ebeveyn ve Öğretmen Derecelendirme Ölçeği Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması:.......................................................... 58
4.4. DEHB Grubu ile Kontrol Grubunun ÇİYKÖ Puanlarının Karşılaştırılması

4.5. Eştanılar ve Dağılımları

4.6. Diğer yıkıcı davranış bozuklukları (KOKGB ve DB) eştanı olacak grubun DEHB grubuya ÇUAA ve ÇİYKÖ puanları bakımından karşılaştırılması

4.7. Anksiyete bozuklukları ve depresyon eştanı olacak grubun DEHB grubuya ÇUAA ve ÇİYKÖ puanları bakımından karşılaştırılması

4.8. ÖÖG eştanı olacak grubun DEHB grubuya ÇUAA ve ÇİYKÖ puanları bakımından karşılaştırılması

5. TARTIŞMA

5.1. Çalışmanın Güçlü Yanları ve Kısitlamları

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

ÖZET

SUMMARY

KAYNAKLAR

EKLER

EK 1: Sosyodemografik Veri Formu

EK 2: Yenilenmiş Conners Ebeveyn ve Öğretmen Değerlendirme Ölçekleri

Ek 3: Çocukluk Uyku Alışkanlıkları Anketi

Ek 4: Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği
TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 2.1. Uluslararası Uyku Bozuklukları Sınıflandırması .................................................. 29
Tablo 4.1. DEHB ve Kontrol Grubunundaki Olguların Sosyodemografik
Özelliklerinin Dağılımı ........................................................................................................... 55
Tablo 4.2. DEHB Grubu ve Kontrol Grubundaki Olguların Uyku Sorunlarının
Dağılımı ...................................................................................................................................... 56
Tablo 4.3. Yenilenmiş Conners Ebeveyn Derecelendirme Ölçüğü Alt Ölçek
Puanlarını Ortalama ve Standart Sapma Değerleri ................................................................ 59
Tablo 4.4. Yenilenmiş Conners Öğretmen Derecelendirme Ölçüğü Alt Ölçek
Puanlarının Ortalama ve Standart Sapma Değerleri ................................................................ 60
Tablo 4.5. DEHB ve Kontrol Gruplarının ÇİYKÖ (ebeveyn) Verilerinin
Ortalama ve Standart Sapma Değerleri ................................................................................. 62
Tablo 4.6. DEHB ve Kontrol Gruplarının ÇİYKÖ (çocuk) Verilerinin Ortalama
ve Standart Sapma Değerleri .................................................................................................... 62
Tablo 4.7. DEHB Grubundaki Olguların Eştami Dağılımları .................................................. 63
1. GİRİŞ VE AMAÇ

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB), kalıcı ve sürekli olarak kısa dikkat süresi, uygunsuz dikkat ve/veya hiperaktivite-dürtüsellik örüntüsünün en az 2 farklı ortamda görüldüğü, bilişSEL, sosyal, akademik ve davranışsal güçlüklerle yol açabilen ve 7 yaşından önce belirtilerin başladığı nöropsikiyatrik bir bozuluk olarak tanımlanmaktadır (APA, 1994).

Çocuğun okul performansına ve sosyalizasyonuna olumsuz etkisi, kronik seyri, mevcut tedavilerin sınırlı etkinliği nedeniyle ciddi bir sağlık sorunu olarak kabul edilmektedir (Centers for Disease Control and Prevention, 2001). Yapılan birçok çalışma DEHB tanısal çocuklara, çevrede olumsuz tepkiler alan, eleştirel, kabul görmeyen, uyumsuz davranışlar nedeniyle damgalanan, akademik sorunlar yaşayan çocuklara sıkıktan düşük benlik kavramına sahip olduklarını işaret etmektedir (Barber, Grubbs & Cottrell, 2005). DEHB’nin tüm bu alanlarda yol açtığı sorunlar, çocuklukta erişkinliğe kadar hem hastanın hem de ailesinin yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir (Matza ve ark., 2004; Riley ve ark., 2006).

DEHB’li çocukların %25-50 sıklıkla çeşitli uyku sorunları bildirdikleri ve buna ek olarak anne-babaları tarafından da daha fazla uyku sorunu bildirdiği bilinmektedir (Owens, 2005).

DEHB’nin yol açtığı güçlüklerin yanı sıra sık karşılaştılan sorunlardan biri olan uyku bozuklarının da yaşam kalitesinin düşmesine katkıda olabileceği düşünülmektedir. Bulgular, uyku sorunlarının DEHB’ye sıklıkla eşlik ettiği; gidişini olumsuz etkilediğini; aile ve çocuğa ek yük getirdiğini, hem ayırıcı tanı hem tedavi açısından ayrıca ele alınmaları gerektiğini düşünülmektedir (Van Der Heijden ve ark., 2005). Uyku sorunları ve DEHB arasındaki ilişkiyi anlamak nörobiyolojik ve klinik açıdan önemlidir. Uyku bozukluğu olan çocukların belirtileri ile DEHB olan çocukların belirtilerinin benzerlik gösterdiğini fark edilmesi (Chervin ve ark., 2001) ve DEHB
tedavisinde ilk seçenek olarak kullanılan psikostimulan ilaçların uyku üzerine olumsuz etkileri (Efron, 1997) bu konuya duylan merakı tetiklemiştir.

Uyku ve yaşam kalitesi ilişkisini araştıran çalışmaların çoğu insomnia ve tıkarıcı uyku apnesinin etkisine ve tedavi öncesi ve sonrası değişikliklere yoğunlaşmıştır. Diğer uyku sorunlarının etkisini inceleyen daha az sayıda çalışmaya rastlanmaktadır.

Bozulmuş uyku ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalar, eştani durumların, cinsiyetin (Baldwin ve ark., 2004), kültürel farklılıkların rolünü (Jean-Louis ve ark., 2000) incelemiştir.

Uykuya başlama ve sürdürmede güçlük bildirilmesinin ruhsal açıdan yaşam kalitesinde bozulma ile, gündüz uykululuk halinin ise hem fiziksel hem ruhsal açıdan yaşam kalitesinde bozulma ile ilişkili olduğu düşünülmektedir (Silva Graciela ve ark., 2009).

Uykuda solunum bozuklukları ve diğer nedenlere bağlı gelişen gündüz uykululuk halinin kazalara yakınlık (Findley vr ark., 1992) ve davranış problemleri (Sadeh ve ark., 2002) ile ilişkisini gösteren çalışmalar bulunmaktadır.
Bu sonuçlar, DEHB’de uyku sorunlarının yaşam kalitesi üzerindeki etkisi konusunda merak uyandırmaktadır.

Bozulmuş ya da yetersiz uyku ile sonuçlanan uyku problemleri, gün içinde artmış yorgunluk, dürtüsellik, konsantrasyon güçlüğü, davranış sorunları ve okul başarısızlığına yol açabilir ve duygudurum, dikkat ve davranışsal alanlarda güvendiği olumsuz etkileyebilir, çocuğun sosyal ve akademik işlevselliğinde ciddi bozulmalara yol açabilir (Hill, 2007). DEHB tedavisinde uyku sorunlarının yönetimi yani doğru sınıflandırılması ve tedavisi, çocuğun ve aile bireylerinin yaşam kalitesini artırmakla birlikte belirti şiddeti ve tedavi yanımı etkilemesi açısından önem taşımaktadır.
Bu nedenle bu çalışmada;

1. DEHB bileşik tip tanısı konan çocuklarda uyku alışkanlıkları ve sorunları incelenerek, uyku sorunlarının sıklığının ve eşantılarla ilişkisinin araştırılması,
2. DEHB bileşik tipi uyku sorunları ile birlikteliğin yaşam kalitesi üzerine etkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.
2. GENEL BİLGİLER

2.1. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB)

DEHB, gelişim düzeyiyle uyumsuz aşırı hareketlilik, dürtüsellik ve dikkati uygun yönlendirme ve sürdürme güçlü ile kendini gösteren nörogelişimsel bir bozukluktur (APA, 1994). Sık karşılaşılan klinik belirtiler arasında; okul ve toplum kurallarına uymada zorluklar, derse ilgisizlik, ilişkilerde güçlükler, riskli davranışlarda bulunma, plan ve organizasyon yapmada güçlük, aşırı duygusallık ve düşük benlik değeri vardır. Buna bağlı sosyal, duygusal ve akademik alanlarda işlev kaybı gelişir.

Çocukluk çağıının en sık görülen gelişimsel bozukluklarından biri olan DEHB, dünya genelinde %8-12 sıklıkta görülmektedir (Biederman, Faraone, 2005).

Ülkemizde çocuk ve ergen üzerinde yapılan çalışmalarda; DSM-IV-R (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, APA, 2000) ölçütlerine göre toplum örneklemlerindeki yayılımının %8.1-8.6; klinik örneklemlerdeki yayılımının ise %8.6-29.44 arasında değiştiği saptanmıştır (Erşan ve ark., 2004).

En sık başvuru nedenleri arasında belirtilerin yol açtığı akademik ve sosyal sorunlar yer alır. Yaşam boyu yol açabileceği riskler arasında akademik başarısızlık ve ilişkili sorunlarının yanında sigara ve alkol-madde kullanım bozuklukları, yasal sorunlar, kaza ve yaralanmalar, mesleki alanda başarısızlık ve sağlıklı yaşam biçimi yer alır. Bu kişilerde sıklıkla özgüven azalması ve bununla ilişkili psikiyatrik sorunlar görülmektedir (Slomkowski, Klein, & Mannuzza, 1995).

Erkeklerde sıklığı kızlara oranla 3 ile 5 kat daha fazla bulunmuştur (Kaplan, Sadock, Greeb, 1994). Hiperaktivite-impulsivitenin ön planda olduğu tıpte erkek/kız oranı; 4/1 kadardır; ancak dikkat eksikliğinin ön planda olduğu alt tıpte bu oran 2/1'e düşer. Yani, kızlarda dikkat eksikliğinin ön planda olduğu tipin görülme olasılığı daha fazladır.
Çocuklukta tanı konan DEHB olgularının %50-80’inde hastalığın ergenlik döneminde, %30-50’sinde ise erişkinlik döneminde de devamlılık gösterdiği bilinmektedir (Weiss, Weiss, 2002).

### 2.1.1. DEHB Tanı Kriterleri


DEHB için 4 farklı alt tip belirlenmiştir: DEHB-I; dikkat eksikliğinin ön planda olduğu tip, DEHB-II; hiperaktivitenin ön planda olduğu tip, DEHB-III; bileşik tip ve DEHB-BTA; başka türlü adlandırılamayan tip (APA, 2000; Biederman, Faraone, 2005).

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite/dürtüsellik alanlarında yer alan 9 belirtilenin 6’sının karşılanması gerekir. Bileşik tip DEHB tanısı konması için her iki alandan en az 6 belirtinin, dikkat eksikliğinin ya da hiperaktivite/dürtüsellinin ön planda olduğu tip DEHB tanısı konması için bu alanlardan en az 6 belirtinin karşılanması gerektiğini belirtmiştir. Belirtiler en az 2 alanda ve en az 6 ay süreyle görülmelidir.

DEHB için DSM-IV-TR Tanı Ölçütleri

A. Aşağıdakilerden (1) ya da (2) vardır:
1. Aşağıdaki dikkatsizlik semptomlarından en az 6’sı, en az 6 ay süreyle, uyumsuzluk doğurucu ve gelişim düzeyine göre aykırı bir derecede sürmüştür;

Dikkatsizlik
a) Çoğu zaman dikkatini ayrıntılarara veremez ya da okul ödevlerinde, işlerinde ya da diğer etkinliklerde dikkatsizce hatalar yapar.
b) Çoğu zaman üzerine aldığı görevlerde ya da oynadığı etkinliklerde dikkati dağıtır.
c) Doğrudan kendiisine konuşulduğunda çoku zaman dinlemiyor mus gibi görünür.
d) Çoğu zaman yönergeli izlemeye ve okul ödevlerini, ufak tefek işleri ya da iş yerindeki görevlerini tamamlayamaz.
e) Çoğu zaman üzerine aldığı görevleri ve etkinlikleri düzenlemek zorluk çeker.
f) Çoğu zaman sürekli mental çabayı gerektiren görevlerden kaçınır, bunları sevmez ya da bunlarda yer almaya karşı isteksizdir.
g) Çoğu zaman üzerine aldığı görevler ya da etkinlikler için gerekli olan şeylerı kaybeder.
h) Çoğu zaman dikkat diş uyaranlarla kolaylıkla dağılır.
i) Günlük etkinliklerinde çoku zaman unutkandır.

2. Aşağıdaki hiperaktivite-impulsivite semptomlarından en az 6’sı, en az 6 ay süreyle, uyumsuzluk doğurucu ve gelişim düzeyine göre aykırı bir derecede sürmüştür;

Hiperaktivite
a) Çoğu zaman elleri, ayakları kırıp kırırdır ya da oturduğu yerde kırırdanıp durur.
b) Çoğu zaman sınıfta ya da oturması beklenen diğer durumlarda oturduğu yerden kalkar.
c) Çoğu zaman uygunsuz olan durumlarda koşuşturup durur ya da tirmanır (ergenlerde ya da erişkinlerde özel huzursuzluk duyuları ile sınırlı olabilir).
d) Çoğu zaman, sakin bir biçimde, boş zamanları geçirme etkinliklere katılma ya da oyun oynama zorluğunu vardır.
e) Çoğu zaman hareket halindedir ya da bir motor tarafından sürüyormuş gibi davranış.

f) Çoğu zaman çok konuşur.

Impulsivite (Dürtüsellik)

g) Çoğu zaman sorulan soru tamamlanmadan önce cevabını yapmıştır.

h) Çoğu zaman sırasını bekleme güçlü vardır.

i) Çoğu zaman başkalarının sözünü keser ya da yaptıklarının arasına girer.

B. İşlevsel bozulmaya yol açmış olan bazı hiperaktif-impulsif semptomlar ya da dikkatsizlik semptomları 7 yaşından önce de vardır.

C. İki ya da daha fazla ortamda semptomlardan kaynaklanan bir işlevsel bozulma vardır (örn. Okulda (ya da işte) ve evde).

D. Toplumsal açıdan, okulduki ya da mesleki işlevsellikte klinik açıdan belirgin bir bozulma olduğunu açık kanıtları bulunmaktadır.

E. Bu semptomlar sadece bir Yaygın Gelişimsel Bozukluk, Şizofreni ya da diğer bir Psikotik Bozukluğun gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır ve başka bir mental bozuklukla daha iyi açıklanamaz.

2.1.2. Etyoloji


2.1.3. Eşhastalımlar

Diğer psikiyatrik hastalıklarla birliktelik DEHB için oldukça sık karşılaştırılan bir durumdur (Anderson ve ark., 1987). Klinik uygulama açısından eşlik eden bozuklukların sıklığı, DEHB belirtilerinin ortaya çıkma yaşına, şiddetine, seyrine,
uygun tedavi ve tedavi yanıtına etkileri bakımından bu çocukların ayrıntılı değerlendirilmeleri gerektiğini göstermektedir.

DEHB tanıları alan çocuk ve erişkinlerde sık görülen eştanlar Karıştı Olma Karşı Gelme Bozukluğu (KOKGB), Davranış Bozukluğu (DB), duygdurum bozuklukları (unipolar ve bipolar), anksiyete bozuklukları ve öğrenme güçlükleridir (Waxmonsky, 2003).

KOKGB ve DB ile DEHB arasında hem klinik (%32,5) hem de klinik dışı (%6,8) örneklemde yüksek oranda birliktelik saptanmıştır (Anderson ve ark., 1987).

DEHB’de en sık görülen psikiyatrik bozukluğun KOKGB (%60) olduğu ve bunu anksiyete bozukluklarının (%30), duygdurum bozukluklarının (%25), özgür öğrenme güçlüklerinin (ÖÖG) (%25-70) ve DB tanlarının (%15) izlediği gösterilmiştir (Biederman, Faraone, 2005).


Stein ve arkadaşları, beraberinde depresyonu olan DEHB’li erişkinlerin daha sık uyku sorunun yaşadıklarını bildirmiş (Stein ve ark., 2002).

Depresyon olmadan da anksiyete bozukluğu birlikteliği olanlarda uyku sorunlarının fazla görüldüğü ifade edilmektedir (Alfano ve ark., 2006).

Cortese ve arkadaşları, DEHB ve uyku ile ilgili yaptıkları metaanaliz çalışması sonucunda eştanın en önemli araci değişken olduğunu belirtmişlerdir (Cortese ve ark., 2006). DEHB’li çocukların kontrollerin anlamlı uyku farklılıkları bulunmadığını iddia eden çalışmalar olsa da eşhastalanım ve medikasyonun kontrol edildiği başka

2.2. UYKU

Uykı, farklılıklığın ve çevresel uyanımlara yanıtın azaldığı, kolaylıkla geri denebilen ve yaşamın temel öğeleri arasında yer alan periyodik bir süreçtir. Yirminci yüzyılın ortalarına kadar uykı pasif bir dönem olarak tanımlanmıştır. Uyanıklık, santral sinir sisteminin aktif olarak uyarılmasıyla ilişkilendirilirken; uykı, uyanıklığın ortadan kalkmasıyla oluşan pasif bir dönem olarak kabul edilmiştir.


yaşındaki davranış düzenlemesinde arasındaki ilişki, yaşamın ilk 2 yıllık uygun duygusal regülasyon ve dikkatin aracı etkisi üzerinden gelişir.

2.2.1. Uyku yapısı

Elektroensefalografi (EEG), kas tonusu ve göz hareketleri kayıtlarından elde edilen verilere dayanarak uykuuda iki farklı fizyolojik durum tanımlanır:


b. 2. Evre; düşük voltajlı, karışık frekanslı dalga aktivitesi, uyku içcikleri (0-1,5 saniye süren 12-14 Hertz dalgalar) ve K kompleksi (0,5 saniyeden uzun, yüksek amplitudlu, bifazik dalgalar) ile karakterizedir. Uykunun %45-60 gibi büyük bir kısmını oluşturur. Kas tonusu azalmış ve göz hareketleri ortadan kalkmıştır.

c. 3. Evre; düşük frekanslı ve senkronize delta dalgaları ile karakterize, orta derinlikte uyku evresidir, toplam uykunun %4-6’sını oluşturur.

d. 4. Evre; delta dalgalarının arttığı, EEG de yavaş aktivitenin en yoğun görüldüğü ve uykunun en derin olduğu evredir. Tüm uykunun %12-15’ini oluşturur.


Uyku döngüsü; NREM ve arkasından gelen REM’in gece boyunca siklik değişimiyle sürer. Bir uyku siklusu yaklaşık 90-120 dakika olup sağlıklı erişkinlerde gece boyunca genellikle 4-6 kez tekrarlar. İlk saatlerde delta uykusu fazla, REM dönemi azdır, ilerleyen dönemlerde yavaş dalga uykusu azalır, REM dönemi artar (Aydın, 2007).

Sağlıklı uyku kişinin uyanışında kendisini güne fiziksel ve ruhsal olarak hazırlanmış, zinde ve dinlenmiş hissettği uyku olarak düşünür. Uyku ihtiyacı ve uykudaki
değişiklikler yaş, cinsiyet, averselik-karanlık, egzersiz, hastalık, stres gibi etkenlerle belirlenir ve kişiye göre değişebilir (Chokroverty, 1999).

2.2.2. Uyku ve Uyanıklığın Düzenlenmesi

Davranışsal olarak uyku, kişinin dışsal uyarlanlara yanıtı ve çevreye etkileşimi azaldığında ortaya çıkar. Oysa biyolojik açıdan bakıldığında uyku, içsel nörolojik ve fizyolojik aktivitelerin bir parçasıdır. Endojen sirkadiyen ritm ve homeostatik süreç, uyku ve uyanıklığın düzenlenmesinde rol alan iki temel süreçtir (Mindell, Owens, 2003).

Uykanın aktif bir süreç olduğunu anlaması uyku fiziolojisi üzerine yapılan çalışmalardan artmasına yol açmıştır.

Uyanıklıktan sorumlu major bölgeler retiküler formasyon (RF), bazal ön beyin (kolinerjik), lokus seruleus, dorsal rafe, posterior hipotalamus ve dopaminjerjik A 11 bölgesi olup sorumlu nörotransmitterler; bazal ön beyin, lateral tegmental nukleustan alınan asetilkolin (Ach), rafe çekirdeğinden alınan serotonin, perioftalmik bölgeden alınan hipokretin, tuberomamiller nukleustan alınan histamin, lokus seruleustan alınan norepinefrin (NE) ve ventral tegmentum ve substantia nigradan alınan dopamindir (Nitz ve Siegel, 1997).

Uyanıklıkta Ach, serotonin, NE ve hipokretin, REM uykusu sırasında ise Ach aktiftir, NREM uykusunda ise NE ve serotonin kısmen aktiftir. Hipokretinler uyanıklığı sağlayan en önemli aracardır, hipokretin nöronları doğrudan beyin sapı ve önbeynine projekte olurlar.

Çalışmalar uyanıklığın beyin sapından gelen (asendan) eksitatör uyanların kortikal aktivasyonu sağlaması sonucu olduğu hipotezine odaklanmıştır. RF’den talamusa giden uyaranlar talamokortikal projeksiyonlarla kortekse ulaşmaktadır. RF aldığı uyaranları, dorsal yollarla talamik çekirdeklere, ventral yollarla da hipotalamus ve subtalamusa göndererek tonik uyarılma ve uyanıklığı sağlar. Son yıllarda kabul gören
teorilerden biri, histaminerjik nöronların anterior hipotalamustaki uykuyu oluşturan mekanizmalar üzerinde tonik kontrol göstererek uyanıklığı sağlamasıdır. Histaminerjik nöronlar ile mezopontin, posterior hipotalamik ve bazal ön beyindeki kolinerjik nöronlar arasındaki eksitatör ilişkisinin, kortikal aktivasyonu ve uyanıklığı meydana getirdiği düşünülmektedir (Lin ve ark, 1996).

Uykudan sorumlu major bölgeler ventrolateral preoptik alan, özellikle REM uykusundan sorumlu olan kolinerjik laterodorsal tegmental nukleus ve pedinkülopontin tegmental nukleustur ve sorumlu olan nörotransmiterler GABA, galanin, adenozin, asetilkolin ile bazı sitokin ve peptitlerdir. Uyanıklık boyunca giderek artan serotonin aktivitenin talamus, hipotalamus, frontobazal bölgelere yayılmasıyla, bazal ön beyindeki GABA’erjik inhibitör nöronların, uyanıklığı ortaya çıkan posterior hipotalamus ve nukleus retikularis pontis oralis’te (NRPO) bulunan histaminerjik hücreleri inhibe etmesi ile uykunun biçimlenmesi sağlanır (Fisch, 1995).


2.2.3. Uykuda Bilişsel İşlevler


REM döneminde bilgi işleme sırasında nöronlar arası sinaptik etkileşime, beyin kan akım ve oksijen tüketiminde, gözün kan akımında artış gözlendirilir. Bu sırada yaşananların ayrıntıları ve bu ayrıntılar arasında yeni ilişki biçimlerine ulaşılmaktadır (Woolf, 1996).
kontrolünde gerçekleşen etkileşim, bir yandan bellek kayıtlarının işlenmesi ve bu sırada tüm santral sinir sisteminin aktif olduğu nedeniyle duyguyalma katılımla birlikte bir bütün halinde düzenleme aracılığıyla gerçekleşmesi ve bu arada tüm santral sinir sisteminin aktif olması nedeniyle duygusal katımla birlikte bir bütün halinde düzenleme aracılığıyla beklek ve duyu alanlarındaki kayıtların işlenerek sonraki güne hazırlıkların yapıldığı söylenebilir.

2.2.4. Yaş Göre Uyku Özellikleri

2.2.4.1. Bebeklik ve Oyun Döneminde Uyku (0-6 yaş)


Yapılan nesnel çalışmalar göstermiştir ki; erken bebeklik döneminde gece uyanmaları anne ve babaların bildirdiklerinden daha fazladır ve dolayısıyla çoğu bebek, gece uyandığında kendiliğinden tekrar uykuya dalılmaktadır (Ferber, 1990).

Yenidoğanda 3 uyu dönemi belirlenmiştir (Anders ve Weinstain, 1972);
1. Aktif uyu (REM), %50
2. Sessiz uyu (NREM), %35
3. Belirsiz uyu, %15.
REM uykusu sırasında yenidöşında emme, titreme, yüzünü buruşturma gibi hareketler görülebilir. Bebek büyüdükçe REM uykusu azalmaktadır. REM ve NREM uykusunun dağılımının yaşla değişimi, merkezi sinir sisteminin maturasyonuyla ilişkilendirilir. REM uykusu ilkel uykularak değerlendirildiğinde NREM uykusu korteksi de kapsayan daha yüksek serebral merkezlerde düzenlenir (Marks ve ark., 1995).

Uykunun organizasyonunda ani ve belirgin değişiklikler yaşamın ilk yılında sık görülür ve çocukluk ve ergenlik dönemlerinde de uyku süresi ve yapısında değişiklikler sürer.

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 yas arasında ortadan kalkar, öğle uykusu ise 4-5 yaşa kadar sürebilir. Çocukluğ çağında REM uykusu oranı ve toplam uykusu süresi azalmaktadır, 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 (Davis ve ark., 2004).

Bebeğin 16. haftadan sonra kesintisiz uyku süresi 3-4 saatten 8-8,5 saat kara kadar uzayabilir. İlk haftalarda birbirine yakın miktarlarda görülen gece ve gündüz uykusu, bu haftalardan itibaren gece uyusu yönünde değişir (Burnham ve ark., 2002).


Bebeğin 6. aydan itibaren daha uzun gece uykuları ve daha kısa gündüz uyukulardıyla karakterize bifazik uykupaternal belirginleşir. REM-NREM döngüsü bir yaşına doğru 50-60 dakikaya, beş yaşından sonra 90 dakikaya ulaşır (Markov, Goldman, 2006).
Toplam uykü süresi ve uyku etkinliği 3-5 yaş aralığında artar ve sonra azalmaya başlar. Yaşla birlikte uykuya geçiş süresi azalmaya, uyayan kalın zamanın oranı azalmaya, evre 1 ve 2 uyku artmaya, yavaş dalga uyku azalmaya ve REM latansı artmaya başlar (Montgomery-Downs ve ark., 2006).


2.2.4.2. Okul Dönemi ve Ergenlik Öncesinde Uyku Özellikleri (6-12 yaş)

Her ne kadar önemli kişisel farklılıklar görüle de, ebeveyn bildirimine dayalı çalışmalar, okul çağındaki çoğu çocuğun gecede en az 10 saat uyuduğunu ve okul programından bağımsız olarak sabah kendiliğinden uyandığını göstermektedir. (Owens, Spirito, McGuinn, 2000).

Gece en az bir kez uyanma sıklığı 12 yaşında %5 civarına gerilemektedir (Fricke-Oerkermann ve ark., 2007).

Kötü uyku, gecede en az 5 dakika süren, en az 3 kez uyanma ile birlikte uykuya dalından sonra gecenin %10’undan fazlasını uykan geçirme olarak tanımlanır. İlkokul çağındaki çocuklarda nesnel yöntemlerle uyku uyumunu değerlendiriren bir çalışma göstermiştir ki; her 5 çocukta 1’inin uykusun kötü uyku tanımına uymaktadır (Sadeh ve ark 2000). Ebeveyn bildirimi ile aktügraflı verilerini karşılaştıran çalışmalarla,
aktigraf sonuçlarına göre; anasınındaki çocukların %41’inin uykusunun kötü uyu ölçütlerini karşıladığı saptanmıştır (Tikotzky, Sadeh, 2001).


2.2.4.3. Ergenlik Döneminde Uyku Özellikleri (12-18 yaş)

Yaş ve nicel uyuş değerleri konusunda ergenlerle yapılmış uzunlamanın çalışmaları ve metaanaliz çalışmalarının sonuçları; çocuklardan ergenliğe doğru toplam uyuş süresi, yavaş dalga uyuşu oranında ve REM latansında anlamalı azalma ve evre 2 oranında artma göstermiştir (Ohayon ve ark., 2004; Karacan ve ark., 1975).

Yapılan uzunlamanın, karşılaştırmalı laboratuvar ve ölçek çalışmalardanın sonuçlarına göre 10-17 yaş aralığındaki ergenlerde, daha geç yatma davranışı dışında uyuş ihtiyacında değişiklik saptanmıştır (Carskadon & Acebo, 2002). Yapılan çalışmalar farklı birçok ülkede erken ergenlerin her gece özellikle de okula gidecekleri gecelerde 9 saatten 1-2 saat az uyudukları göstermektedir (Carskadon & Acebo, 2002). Benzer şekilde Amerika Ulusal Uyku Vakfı’nın (National Sleep Foundation) 2006 yılı verilerine göre; ortaöğretimdeki çocukların %21’inin ertesi gün okula gideceği gecelerde yetersiz (8 saatten az) uyudukları ve yalnızca %35’inin ideal süre (9-10 saat) uyudukları belirtilmiştir.

Sekiz yıl boyunca farklı metodolojik yöntemler (gözlem, günlük tutma, aktigraft gibi) kullanılarak, farklı bölgelerde yaşayan gruplardan veri toplanmasıyla yapılan çalışma sonuçları, tutarlı biçimde ergenlerin ihtiyaç duydukları sürede kadar uyuş uyuşamadıklarını göstermiştir (Azuaje ve ark., 2009; Marco ve ark., 2002). Buna göre; hafta içi geceleri ortalama uyuşu geçiş saatı 22:15, uyanma saatı 06:15 olarak belirlenmiş, okul programları 2 saat sonra başlayan ortalığına öğrencilerin daha geç uyuyup daha geç uyanlıkları dikkat çekmiştir. Tüm katılımcıların hafta içi ortalama uyuş sürelerinin 8 saat kadar olduğu ve hafta içi ve hafta sonu uyuş sürelerinin kendi belirtilikleri 9 saatten daha kısa olduğu belirlenmiştir (Marco ve ark., 2002).

açıklanmıştır. Bu beklenmeyen sonuç, narkolepsinin klinik özelliklerine benzęki için ele alınması gereken bir durum olarak değerlendirilmiştir.


Yatma zamanında gecikme yaş arttıkça artmaktadır. Ergenlerde ev ödevleri, sosyal aktiviteler, ebeveyn müdahalelerinde azalma dışında, uyku ve uyanklı düzelenen biyolojik süreçlerdeki değişiklikler de uyku organsiyunun etkileyebilir (Carskadon ve ark., 2004). Laboratuar çalışmalar göstermektedir ki; pubertal evre ilerledikçe sirkadiyen fazda gecikme ve homeostatik uyku düzenlemelerinde değişikliklerle ergeni uykuuya yönlendiren etki azalır (Jenni ve ark., 2005).

Sirkadiyen değişikliklerden özellikle sirkadiyen fazda gecikme, melatonin salgılanma zamanında gecikme, sirkadiyen saatin içsel süresinin uzaması, akşamışına duyarlılığın artması, sabahışına duyarlılığın azalması pubertal fazda gecikmeye katkıda bulunabilir (Carskadon ve ark., 2004).


2.2.5. Cinsiyete Göre Uyku Özellikleri

Erkek ve kadınlardan uyku gereksinimleri arasında bazı farklılar vardır. Kadınlarda uyku süresinin biraz daha uzun olduğu ve sirkadiyen ritmin birkaç dakika daha kısa olabileceği düşünülmektedir. Preovulatuar dönemde östrojen sekresyonu artışı REM uykusunu inhibe eder ve luteal fazda artan progesteron sekresyonu uykuyu, özellikle de NREM uykusunu artırır.
Uyku yapısında cinsiyete bağlı farklılıklar ergenlikte de sürmektedir (Montgomery-Downs ve ark., 2006).

Yapılan bir takip çalışmada kızların hafta içi daha erken, hafta sonu daha geç kalktıkları saptanmıştır (Lee, McEnany, Weekes, 1999).

Ergenlerde erkekler kızlara göre daha fazla yavaş dalga uykusu gösterme eğiliminde, kızlarca daha fazla evre 2 uykusu göstermektedir (Acebo ve ark., 1996).

Yavaş dalga uykusunun, büyüme hormonu azalmasıyla ilişkili olduğu ve özellikle erkeklerde yaşa birlikte azaldığı bildirilmiştir. Kadınlarda çok daha fazla oranda yavaş dalga uykusu görülmesi gibi farklılıkların orta yaş ve daha büyük erişkinlerde gösterilmesi, cinsiyete bağlı uyku yapısında değişiklikler olduğunu desteklemektedir (Briere ve ark., 2003; Bixler ve ark., 2003).

Sonuç olarak kız ve erkek cinsiyet, uyku alışkanlıkları ve uyku yapısı bakımından farklılık göstermektedir ve cinsiyet uyku için bir değişken olarak ele alınabilir.

2.2.6. Uykuyu Belirleyen Diğer Etkenler

2.2.6.1. Hormonlar


Prolaktin salınımda uykuyla doğrudan ilişkilidir, uyku başladktan bir süre sonra artar ve uykunun geç evrelerinde en yüksek düzeyeye ulaşır. Kısa süren gündüz uykusunda da artar (Roky ve ark., 1995).


Bazı çalışma sonuçlarına göre, artmış östrojen seviyesi, uykuya dalma süresini azaltarak uykuyu iyileştirir; gece huzursuzluğunu ve gece uyanımlarını azaltır, uyku etkinliğini ve REM uykusunu artırır (Antonijevic ve ark., 2000).

2.2.6.2. Aile

Çocuklar uyku alışkanlıklarını aile ortam içerisinde edinirler. Ailenin uyku rutinleri ve düzeni, ev ortamı ve çocuğun bakımverenle ilişkisi bu alışkanlıkları belirleyen etkenlerden bazılardır.
Uyku sorunu olmayan bebeklerin kendini rahatlatma, sakinleştme ve anneden fiziksel uzaklığı tolore etme becerileri, uyku sorunu olan bebekler daha gelişmiş bulunmuştur. Bu çocukların annelerinin bağımsızlaştırma, kendini yatıtırma ve keşfetme davranışlarını pekiştirme eğiliminde olduklarını sonucuna ulaşmıştır (Paret, 1983).


2.2.6.3. Mizaç


2.2.6.4. Travma

Travma ile tetiklenen uyku bozukluğu, yeterli tedavi alamayan ve tamamen iyileşme gözlenmeyen çocuklarda atlanan klinik problemlerden biri olabilmektedir (Glod, 2011).

Pek çok çalışmada savaş gibi organize şiddet olaylarına tanık olan çocuklarda uyku bozuklukları ve kabuslar görüldüğü saptanmıştır (Thabet, Vostanis, 1999).
Uyku bozuklukları Travma Sonrası Stres Bozukluğu’nun (TSSB) önemli bir yönünü oluşturur. Bu klinik tabloda, yaşantının tekrar tekrar deneyimlendiği yineleyici ve rahatsız eden gece kabusları tipiktir. Uygunun yeniden yapılandırıcı özelliğinin, travmanın etkilerinden arınamada işlev görüyor olabileceği düşünülmüştür (Germain ve ark., 2008).


2.2.6.5. Sosyoekonomik Düzey

Sosyoekonomik düzey ve etnisite uyku yapısında farklılıklara yol açabilir.

Düşük gelir ve eğitim düzeyine sahip etnik grupların, sıklıkla gecede 7 saatten az uydudukları, daha fazla uyku sorunu ifade ettikleri gösterilmiştir (Stamatakis ve ark., 2007).

Krueger ve Friedman tarafından yapılan çalışmada, siyahi olmanın, düşük eğitim seviyesinin, uzun çalışma saatlerinin, düşük gelir düzeyinin kısa uyku süresi için risk etkenleri arasında olduğu saptanmıştır (Krueger, Friedman, 2009).

2.2.6.6. Medya

Ergenlerin uykusunda ön planda gelen etkenlerden biri de medyadır. Televizyon (TV), bilgisayar, video oyunları, cep telefonları ergenlerin zamanlarının önemli bir kısmını ayırıkları popüler cihazlar arasında bulunmaktadır (Rideout ve ark., 2010; Van den Bulck, 2007).
Uyku alışkanlıklarının incelendiği, 7-10. sınıflarla yapılan bir çalışmada uyumaya yardımcı olması için %37’sinin TV izlediği, %22’sinin bilgisayar oyunlarını ve %60’ının müzik dinlemeyi tercih ettiği saptanmıştır (Eggermont & Van den Bulck, 2006).


2.2.7. Çocukluk Döneminde Uyku Bozuklukları

Çocukluk döneminde karşılaşılan uyku bozuklukları, DSM-IV tanı sınıflamasına göre incelenecektir. DSM-IV ve ICSD (International Classification of Sleep Disorders, Tablo 2.1.) sınıflamaları aşağıda gösterilmiştir.

DSM-IV-TR tanı ölçütleri (APA, 2000) şunlardır:
1. DISSOMNIALAR
   1.1. Primer İnsomnia
   A. Başlığa yakınlık, hemen her gün, gündüz uyku epizodlarının olması ya da uyku epizodlarının uzaması ile kendiini gösteren ve en az 1 ay süre (ya da rekürren ise daha kısa süre) aşırı uyku olma durumudur.
   B. Aşırı uyku olma durumu, klinik açıdan belirgin bir süknıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur.
   C. Aşırı uyku olma durumu insomni ile açıklanamaz, sadece başka bir uyku
bozukluğunun (Ör. Narkolepsi, solunumla ilişkili uyku bozukluğu, sirkadiyen ritim uyku bozukluğu ya da bir parasomnia) gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır

D. Bu bozukluk, sadece başka bir mental bozukluk sırasında ortaya çıkmamaktadır.

E. Bu bozukluk, bir maddenin ya da genel tıbbi bir durumun doğrudan fiziyojik etkilerine bağlı değildir.

Rekürran: En az 2 yıl süreyle yılda birkaç kez olan ve en az 3 gün süren aşırı uyku olma dönemleri varsa ‘rekürran’ denebilir.

Bir yaşının altında gece uyku dalma ve uyanma gelişimsel dönemin özelliği için bu yaşta uyku sorunları tanı grubuna alınmamaktadır. İlk üç yaşta gece uyanmaları için dört haftadan uzun süren, haftada 5-7 gece, en az 2 kez uyanma söz konusuya, uyku dalma güçlüği için ise dört haftadan uzun süren, haftada 5-7 gece, en az 20 dakika uyku dalama söz konusuya bozukluk olarak değerlendirilirilebileceği ileri sürülmektedir.

1.2. Primer Hipersomnia

A. Temel yapıma, en az 1 ay (tekrarlayan ataklarda daha kısa olabilir) süren hemen her gün, gündüz uyku epizodları olması da uzun uyku dönemleri ile kendini gösteren fazla uymadır.

B. Fazla uyuma, belirgin bir rahatsızlığa ya da sosyal, mesleki ve benzeri alanlarda sorunlara yol açmaktadır.

C. Fazla uyuma, insomniya ya da yeterince uyumamaya bağlı olmamalı ve sadece narkolepsi, solunumla ilişkili uyku bozukluğu, sirkadiyen ritim uyku bozukluğu ya da parasomnia tablosuna eşlik etmemektedir.

D. Bu bozukluk, sadece başka bir mental bozukluk sırasında ortaya çıkmamaktadır.

E. Bu Bozukluk tedavi amacıyla ya da başka bir madde kötüye kullanımının ve genel tıbbi bir durumun fiziyojik etkileriyle ilişkili olmamalıdır.

Tekrarlayan: En az 2 yılda birkaç kez olan ve en az 3 gün süren fazla uyku olma dönemleri varsa belirtilmelidir.
1.3. Narkolepsi
A. En az 3 ay süreyle her gün ortaya çıkan karşı konamayan dinlendirici uyu atakları olur.
B. Aşağıdakilerden biri ya da her ikisi birlikte görülür:
   1. Katapleksi
   2. Hipnopompik ya da hipnagojik hallüsinasyonlar ya da uyu epizodlarının başında ya da sonunda uyu paralizisinin olması ile kendini gösteren, REM uykusuna ilişkin öğelerin uyu ve uyanklık arasındaki geçişte rekürren sızmalar.
C. Bu bozukluk bir maddenin ya da genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

1.4. Solunumla İlişkili Uyku Bozuklukları
A. Uyu ile ilgili solunumla ilişkili bir duruma bağlı olduğu yargısına varılan, aşırı uykulu olma durumuna ya da insomniaya yol açan uyu bozukluğu olur.
B. Bu bozukluk başka bir mental bozuklukla daha iyi açıklanamaz ve bir maddenin ya da başka bir genel tıbbi durumun (solunumla ilişkili bir durum dışında) doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

1.5. Sirkadiyen Ritm Uyku Bozuklukları
A. Kişinin bulunduğu çevreye göre olmasi gereken uyu-uyanlık düzene sirkadiyen uyu-uyanlık örtüntüsünün birbirine uyumlu olmamasına bağlı olarak ortaya çıkan, hipersomniye yol açan, sürekli ya da tekrarlayan uyu bozukluğu örtüntüsü vardır.
B. Bozukluk klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya, toplumsal, mesleki alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur.
C. Bozukluk sadece başka bir uyu bozukluğu ya da mental bozukluk sırasında ortaya çıkmamaktadır.
D. Bozukluk bir maddenin ya da genel bir durumun doğrudan fizyolojik etkileriyle ilişkili değildir.
2. PARASOMNİALAR

2.1. Kabus Bozukluğu
A. Asıl uyku döneminden ya da gündüz alınan uykulardan genellikle sağ kalma, güvenliğe ya da benlik saygısına tehdit içeren, uzun süreli ve ileri derecede korkutucu rüyaları ayrıntılarıyla anımsayarak tekrar tekrar uyanma olur.
Bu uyanmalar genellikle uyku döneminin ikinci yarısında ortaya çıkar.
B. Kişisel korkutucu rüyalarından uyanırmaz yöneliki yerine gelir ve uyanık olur. (Uykuda korku bozukluğunda ve epilepsinin bazı şekillerinde görülen konfüzyon ve yönelim bozukluğundan farklı bir özellikdir.)
C. Rüya yaşantısı ya da uyanma sonucu ortaya çıkan korku bozukluğu klinik açıdan belirgin bir skıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur.
D. Kabuslar sadece başka bir mental bozukluk sırasında (örn. deliryum TSSB, ortaya çıkmamaktadır ve bir maddenin ya da genel tibbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

2.2. Gece Korkusu
A. Genellikle asıl uyku döneminin ilk üçte birinde ortaya çıkan ve yersiz bir korku içinde çığlık atmaya başlayan, yineleyen, birden uykudan uyanma epizodları olur.
B. Her epizoda yoğun bir korku ve taşkırdı, hızlı soluk alıp verme ve terleme gibi otonomik uyalnuma bulguları olur.
C. Epizod sırasında başkalarının kendisini rahatlatmak için gösterdiği çabalara karşıécole tepkisiz kalma söz konusudur.
D. Ayrıntılı bir rüya anımsanmaz ve geçirdiğiniz epizod için amnezi vardır.
E. Bu epizodlar, klinik açıdan belirgin bir skıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur.

2.3. Uyurgezerlik (Somnambulizm)
A. Genellikle asıl uyku döneminin ilk üçte birinde ortaya çıkan, uyku sırasında yatakta kalkma ve gezinme epizodları tekrar tekrar ortaya çıkar.
B. Kişi uyurğezerlik sırasında boş boş gözünü dikip bakar, başkalarının kendisiyle iletişim kurma çabalarına karşı oldukça tepkisiz kalır ve ancak büyük bir zorlukla uyardırlabilir.

C. Kişi, uyanıktan sonra (uyurğezerlik epizodu sırasında ya da ertesi sabah) o epizodu anımsamaz.

D. Uyurğezerlik epizodundan uyanıktan sonraki birkaç dakika içinde mental etkinlik ya da davranışlarından herhangi bir bozukluk olmaz.

E. Uyurğezerlik, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıyı ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da önemli işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur.

F. Bu bozukluk bir maddenin ya da genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.
<table>
<thead>
<tr>
<th>1. Dissonmialar</th>
<th>2. Parasomnialar</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>A İntrensek Uyku Bozuklukları</strong></td>
<td><strong>A. Uyarılmuşlık Bozuklukları</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>1. Psikofizyolojik Insomnia</td>
<td>1. Konfüzyonel Uyarılmuşlık</td>
</tr>
<tr>
<td>2. Uyku Durumunun Yanlış Alglanması</td>
<td>2. Uykuda Yürüme</td>
</tr>
<tr>
<td>3. İdiopatik insomnia</td>
<td>3. Uykuda Terörü</td>
</tr>
<tr>
<td>4. Narkolепsi</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>5. Rekürren Hipersomnia</td>
<td><strong>B. Uyk-Uyanık Geçiş Bozuklukları</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>6. İdiopatik Hipersomnia</td>
<td>1. Ritimik hareket Bozukluğu</td>
</tr>
<tr>
<td>7. Positravmatik Hipersomnia</td>
<td>2. Uykuda Siçramalar (Hipnik Jerk)</td>
</tr>
<tr>
<td>8. Obstruktif Uyku Apnesi Sendromu</td>
<td>3. Uykuda Konuşma</td>
</tr>
<tr>
<td>9. Santral Uyku Apnesi Sendromu</td>
<td><strong>C. REM Uykusuna Eşlik Eden Parasomnialar</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>10. Santral Alveolar Hipoventilasyon Sendromu</td>
<td>1. Kabus Bozukluğu</td>
</tr>
<tr>
<td>11. Periyodik Bacak Hareketi Bozukluğu</td>
<td>2. Uyu Paralizisi</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>B Ekstresenck Uyku Bozuklukları</strong></td>
<td>4. Uykuya İyiğili Ağrılı Ereksiyon</td>
</tr>
<tr>
<td>1. Yetersiz Uyku Hijyeni</td>
<td><strong>D. Diğer Parasomnialar</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>2. Çevresel Nedenli Uyku Bozukluğu</td>
<td>1. Uykuda Bruksizm</td>
</tr>
<tr>
<td>3. Yükseklikle İyiğili Uyku Bozukluğu</td>
<td>2. Uykuda Enüresiz</td>
</tr>
<tr>
<td>4. Uyumsal Uyku Bozukluğu</td>
<td>3. Uykuya İyiğili Anormal Yutma Sendromu</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>C Sirkadiyen Ritim Uyku Bozuklukları</strong></td>
<td>4. Noktürnal Paroksismal Distoni</td>
</tr>
<tr>
<td>1. Zaman Dilimi Değişikliği (Jet Lag)</td>
<td>5. Açıklanamayan Ani Noktürnal Ölüm sendromu</td>
</tr>
<tr>
<td>2. Çalışma Saatlerinin Değişmesinden</td>
<td>6. Primer Horlama</td>
</tr>
<tr>
<td>3. Düzensiz Uyku-Uyanık Fazı Sendromu</td>
<td><strong>İleri Sürülen Uyku Bozuklukları</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>4. Geçikmiş Uyku Fazi Sendromu</td>
<td>1. Kısa Uykucu</td>
</tr>
<tr>
<td>5. Onaykamış Uyku Fazi Sendromu</td>
<td>2. Uzun Uykucu</td>
</tr>
<tr>
<td>6. 24 Saat Olmayan Uyku-Uyanık Fazı Sendromundan</td>
<td>3. Azalmış Uyanıklik Sendromu</td>
</tr>
<tr>
<td>Kaynaklanmış Uyku Bozukluğu</td>
<td>4. Fragmented Edici Myoklunus</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Kaynaklanmış Uyku Bozukluğu</strong></td>
<td>5. Uykuda Hipershidrosis</td>
</tr>
<tr>
<td>6. Menstruasyonla İyiğili Uyku Bozukluğu</td>
<td><strong>İleri Sürülen Uyku Bozuklukları</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>7. Gebelikle İyiğili Uyku Bozukluğu</td>
<td>1. Kısa Uykucu</td>
</tr>
<tr>
<td>8. Korkutucu Hipnogojik Hallüsinasyonlar</td>
<td>2. Uzun Uykucu</td>
</tr>
<tr>
<td>9. Uykuya İyiğili Nörojenik Takipne</td>
<td>3. Azalmış Uyanıklik Sendromu</td>
</tr>
<tr>
<td>10. Uykuya İyiğili Laringospazm</td>
<td>4. Fragmented Edici Myoklunus</td>
</tr>
<tr>
<td>11. Uykuda Nefes Kesilmesi Sendromu</td>
<td>5. Uykuda Hipershidrosis</td>
</tr>
</tbody>
</table>
2.2.8. Uyku Bozukliklara Yaklașım

Uyku bozukliklara yaklaşımda primer ve sekonder uyku bozuklıklarının ayrımı, yaklaşım ve tedavinin belirlenmesinde önemlidir. Bu bağlamda uyku düzeni ve alışkanlıkların, uyku sorununun süresi, özellikleri, eşlik eden diğer durumların bilinmesi gereklidir.


Oyun çağı döneminde yatmaya direnç gösterme ve gece terörü, kabus bozukluğu şeklinde parasomniler %25-30 sıklıkla görülmektedir (American Academy of Sleep Medicine, 2005).

REM uykusuyla eşzamanlı, uykunun ileri saatlerinde ortaya çıkan, çocuğun kayğı ve korkuyla uyandırdığı uyanınlığı, uykuya dönmedeye zorlanabildiği uykubozuğudur. Kabusların içeriği ve yineleyici nitelikte olması önemlidir. Okul öncesi gece kapadığı, 2,5 yaşında %42,2% 16 yaşında %6,8’e kadar gerilir (Krakow ve ark., 2001).


Ergenlik döneminde en az %20 sıklıkla bir uyu sorunu görülmektedir. İnsomnia, gecikmiş uyu fazı bozuklukları (sirkadiyen ritim bozuklukları), yetersiz uyku, gündüz uykuluğu yanı sıra daha nadir olarak özellikle erkek çocuklarda uyu atakları, yeme ve cinsel davranışlarda disinhibisyon, apati, konfüzyon ve halusinasyonlarla seyredebilen Klein-Levin Sendromu görülebilmektedir.

Genel anlamda uyu bozukluklarının tedavisinde, bebeklik döneminde bakımverenle iliskisinin düzenlenmesi, doğum öncesi ve sonrası ebeveyn eğitimi, uyu hijyenine ve alışkanlıklarına yönelik düzenlemeler, zamanın yapılandırılması, daha büyük çocuklarda davranışsal öneriler, rahatlama teknikleri, gün ışığı tedavisi yer almaktadır (Gruber ve ark., 2007). Gerekli durumlarla ilaç tedavisinden yararlanabilir.

Pediatrik uyu bozuklukları tedavi edilmedikinde uyu sorunlarının yol açtığı akademik, sosyal, nörokognitif ve duygusal işlevselliği bozulmalar dışında obezite, hipertansiyon, büyüme gerilikleri, gelişimsel bozukluklar, pulmoner ödem, konjestif kalp yetmezliğine neden olabilen kor pulmonale, ani ölüm ve ölümle sonuçlanabilen kazalara yol açabilir (Luginbuehl, 2004).
Uykunun bozulması çocuklarda siklikla artmış hareketlilik, konsantrasyon gücü, özellikle seçici dikkat azalma, dürtü kontrol gücü, yüksevici davranış sorunları, emosyonel labilite ve düşük okul performansına yol açarken, ergenlerde daha çok konsantrasyon gücü, depresif belirtiler ve gün içi uykululuk halinde artış şeklinde ortaya çıkabilir (National Sleep Foundation, 2008).

Okul öncesi dönemdeki uykusuzluk sorunları erken okul yıllarda ebeveyn ve öğretmenler tarafından bildirilen davranış sorunları sıkılığıyla ilişkilendirilmiştir (Quach ve ark., 2009). Ebeveyn bildirimine dayalı çalışmalar 2-6 yaş grubu çocuklarda uykusuzluk problemleri, agresif davranışlarla (Cortese ve ark., 2008), dikkatsizlik ve hiperaktiviteyle, duygusal problemlerle (DeVincent ve ark., 2007; Hiscock ve ark., 2007) pozitif ilişkili bulunmuştur.


Son 10 yıl içerisinde yapılan çalışmalar davranış sorunlarının, erken evredekî davranış sorunları kontrol edildiğinde, uyku sorunları ile ilişkili olduğunu göstermektedir. Özellikle 4 yaşındaki uykusuz sorunlarının o yaşta belirtiler kontrol edildiğinde 14 yaşında ebeveyn tarafından bildirilen anksiyete, agresyon, dikkat sorunlarıyla ilişkili olduğu bulunmuştur. Çocuğun 4 yaşındaki uykusuz sorunları, bu
davranış problemlerinin devamlılığı kontrol edildiğinde, 7 yaşındaki anksiyete, davranış ve hiperaktivite problemleriyile ilişkili bulunmuştur (Gregory ve ark., 2004).

Uzunlamasına bir çalışmada, az uyuyan 6., 7. ve 8. sınıf öğrencilerinin, özgüvenlerinde düşüklük, ders başarısında azalma, depresif belirtilerle artış saptanmıştır (Fredriksen ve ark., 2004).

Ergenlikte uyku yoksunluğu, artmış affekt disregülasyonuna, agresyona, irritabiliteye ve bozulmuş engellenme toleransına, dikkatte ve davranışsal inhibisyonda bozulmaya neden olabilmektedir (Dahl, 2006). Bu değişiklikler aile ve arkadaşlarla sorunlar yaşanmasına, okul performansında bozulma yol açmakta ve bunlar da davranış örtüntüleri ve olumsuz duygu durumunu pekiştirmektedir.


Çocuklarla yapılan çalışma sonuçları da benzerdir. Pek çok çalışma yetersiz uykuyla bilişsel işlevlerde, kısa süreli bellekte ve psikomotor işlevlerde bozulmayı ilişkilendirmiştir (Sadeh ve ark., 2002).

Okul öncesi çocuklarda 3-5 yaş aralığında, uykuda solunum bozuklukları için risk taşıyan çocukların ketleme, işleyen bellek ve planlama testlerinden oluşan bir dizi laboratuar testlerinde daha başarısız oldukları görülmuştur (Karpinski ve ark., 2008).

İlkokul çocuklarında genel bilişsel becerilere yönelik standart testlerde yüksek puanlar daha uzun gece uykusu ve daha iyi uyku kalitesiyle ilişkilendirilmiştir.
(Buckhalt ve ark., 2007; Meijer, 2008). İyi uykuyla artmış bilişsel beceri ilişkisi okul öncesi çocuklarda ve hatta 10 aylık bebeklerde de gösterilmiştir (Jung ve ark., 2009).

Uyku sorunlarının devamlılığının da bilişsel beceriler ve akademik başarı üzerinde etkili olduğu düşünülmektedir (Hiscock ve ark., 2007). Uyku sorunları 5 yaşından 7 yaşına kadar sürmüş olan çocukların bu yaşlardan önce uyku sorunu tedavi edilen çocuklara göre, ebeveynlerinin daha zayıf dil becerileri ve daha fazla davranış sorunu belirttiler, öğretmenlerinin ise daha fazla öğrenme güçlüğü bildirdikleri gösterilmiştir (Quach ve ark., 2009).

Sonuç olarak çalışmalar; öğretmenlerin, ebeveynin ve doktorların uyku ve uykuyla ilgili sorunların ders notlarını, okul devamlılığı, bilişsel beceriler, duygusal zorluklar, diğer davranışlar ve ergenin gelişimi üzerinde etkisine odaklanmakta ve akla getirmektedir.

Uyku sorunlarının devamlılığında en önemli rolü ebeveyn tutumlarının oynadığı gosteren çalışmalar bulunmaktadır (Spilsbury ve ark., 2005). Çocuğun uyuması için yatağa bırakmak, gece bir kez uyandıktan sonra çocuğun yatakta almak, gece yemek yedirmek gibi davranışlar kronik ve dirençli uyku sorunları ile ilişkili bulunmuştur (Johnson & McMahon, 2008). Başka bir bakış açısı ebeveyn davranışlarının çocuğun gece ortasında uyandığındaki ebeveyn müdahalelerine ihtiyaç duymasına yol açarak, tek başına nasıl uykuyla dalacağı öğrenme becerilerini kazanmasına engel olunca, ebeveyn tutumlarının değerlendirilmesi, fazla rahat ya da otonomi kazanmayı engelleyici tutumların devam eden ve dirençli uyku sorunları ile ilişkili olduğunu göstermiştir (Spilsbury ve ark., 2005).

Günümüz yazan 14-15 yaş aralığındaki çocuklara yapılan bir çalışmada, her gece daha az uyuyan çocukların günlük duygusal durumları hakkında daha olumsuz yazılar yazdıkları, yorgunluk, depresyon ve anksiyete belirtileri tarif edildikleri görülmüştür (Hardway, Fuligni, 2006). Uzunlamanın çalışmaların sonuçları, ergenlerin uyku sorunlarının gelişmesi ve sürmesinde, depresyon ve madde kullanımı gibi ruh sağlığı sorunlarının etkisine işaret etmektedir (Kaneita ve ark, 2009; Patten ve ark., 2000).
Sonuçta, yetersiz uyku uyanan, düzeniz yatma ve kalkma saatleri olan ve uyku sorunları tekrarlayan ergenlerin duygusal ve davranışsal zorluklarla baş etmede yeterince başarılı olamadıkları görülmektedir. Uyku miktarı, kalitesi, zamanlaması hem içevurum (depresyon, anxious bozukluğu) hem de dışavurum (dikkat, davranış sorunları) bozuklıklarıyla ilişkilidir. Uykunun düzenlenmesiyle çocuk ve ergenlerde davranış sorunları ve duygusal problemleri arasındaki ilişkinin aynılandılması gerekmektedir.

2.2.8.1. Uykunun Değerlendirilmesi

Çocukluk döneminde her dört çocuktan birinde uyku bozuklukları ortaya çıkmaktadır (Meltzer, 2004). Bunun yanı sıra uyku sorunları pek çok fiziksel ve ruhsal hastalığa da eşlik etmektedir. Özellikle psikiyatrik değerlendirme içerisinde, davranışsal, duygusal veya bilişsel bozukluğu olan her çocuğun primer uyku bozukluğu tanısının akla gelmesi çok önemlidir.

Bebeklik döneminde bakımverenden ayrılmak isteme, okul öncesi dönemde karanlık, yalnız kalma korkuları, okul döneminde akademik başarısızlık ve hastalanma kaygısı, sosyal sorunlar gibi nedenlere bağlı uyku bozuklugu olan her çocuğun primer uyku bozukluğu tanısının akla gelmesi çok önemlidir.

Uyku bozukluğu belirtileri olan çocukların ayrıntılı öyküleri ile birlikte yapılan fizik muayene ve psikiyatrik değerlendirme, çocuğun hem uyku hem de uyanıklık dönemi davranışlarını ve alışkanlıklarını kapsamalı, uyku sorununa yol açabileceği diğer tıbbi durumları dışlayabilmelidir. Değerlendirme sırasında çocuğun içinde bulunduğu gelişim dönemine göre farklı şekillerde ortaya çıkabilmektedir.


Owens ve arkadaşlarının yaptığı, 600 kadar pediatristin katıldığı bir araştırmada; hekimlerin, %20’sinden fazlası, sağlıklı okul çağı çocukların rutin değerlendirme sırasında uyku sorunlarını hiç sorgulamadıklarını; ergenlerin ise
ancak %40’tından daha azını bu yönde sorguladıkları belirtmişlerdir (Owens ve ark., 2001).

Tüm pediatrik profesyoneller uykı problemlerini açığa çıkarmak için uykı sorunlarını sormak ve gözden kaçıran durumların yol açacağı sorunlardan hastayı korumak zorundaydı. Doğrudan sorulduğunda çocuklarda uykı sorunu olan ebeveynlerin yanına faylası sorunu olmadığını ifade etikleri göstermiştir. Daha spesifik olarak artış gün içi uykululuk halinin, uykuya dalma güçlüğü ve uyandırmam sıklığının sorulması, uykı sorunu olan çocukların en azından bir kısmının belirlenmesinde yardımcı olabileceği düşünülmektedir (Luginbueh, 2004).


Bahsedilen belirtilerden herhangi biri mevcutsa bu belirtilerin ne zaman başladığı, günde ya da gece de kaç kez görüldüğü ve sıklığı sorulmalıdır. Şiddetine ve sıklığına göre ileri değerlendirilir ve ihtiyaç olmayan ve sıklığına göre ileri değerlendirilir ve ihtiyaç olmayan ve sıklığına göre ileri değerlendirilir ve ihtiyaç olmayan ve sıklığına göre ileri değerlendirilir ve ihtiyaç olmayan ve sıklığına göre ileri değerlendirilir ve ihtiyaç olmayan ve sıklığına göre ileri değerlendirilir ve ihtiyaç olmayan ve sıklığına göre ileri değerlendirilir ve ihtiyaç olmayan ve sıklığına göre ileri değerlendirilir ve ihtiyaç olmayan ve sıklığına göre ileri değerlendirilir ve ihtiyaç olmayan ve sıklığına göre ileri değerlendirilir ve ihtiyaç olmayan ve sıklığına göre ileri değerlendirilir ve ihtiyaç olmayan ve sıklığına göre ileri değerlendirilir ve ihtiyaç olmayan ve sıklığına göre ileri değerlendirilir ve ihtiyaç olmayan ve sıklığına göre ileri değerlendirilir ve ihtiyaç olmayan ve sıklığına göre ileri değerlendirilir ve ihtiyaç olmayan ve sıklığına göre ileri değerlendirilir ve ihtiyaç olmayan ve sıklığına göre ileri değerlendirilir ve ihtiyaç olmayan ve sıklığına göre ileri değerlendirilir ve ihtiyaç olmayan ve sıklığına göre ileri değerlendirilir ve ihtiyaç olmayan ve sıklığına göre ileri değerlendirilir ve ihtiyaç olmayan ve sıklığına göre ileri değerlendirilir ve ihtiyaç olmayan ve sıklığına göre ileri değerlendirilir ve ihtiyaç olmayan ve sıklığına göre ileri değerlendirilir ve ihtiyaç olmayan ve sıklığına göre ileri değerlendirilir ve ihtiyaç olmayan ve sıklığına göre ileri değerlendirilir ve ihtiyaç olmayan ve sıklığına göre ileri değerlendirilir ve ihtiyaç olmayan ve sıklığına göre ileri değerlendirilir ve ihtiyaç olmayan ve sıklığına göre ileri değerlendirilir ve ihtiyaç olmayan ve sıklığına göre ileri değerlendirilir ve ihtiyaç olmayan ve sıklığına göre ileri değerlendirilir ve ihtiyaç olmayan ve sıklığına göre ileri değerlendirilir ve ihtiyaç olmayan ve sıklığına göre ileri değerlendirilir ve ihtiyaç olmayan ve sıklığına göre ileri değerlendirilir ve ihtiyaç olmayan ve sıklığına göre ileri değerlendirilir ve ihtiyaç olmayan ve sıklığına göre ileri değerlendirilir ve ihtiyaç olmayan ve sıklığına göre ileri değerlendirilir ve ihtiyaç olmayan ve sıklığına göre ileri değerlendirilir ve ihtiyaç olmayan ve sıklığına göre ileri değerlendirilir ve ihtiyaç olmayan ve sıklığına göre ileri değerlendirilir ve ihtiyaç olmayan ve sıklığına göre ileri değerlendirilir ve ihtiyaç olmayan ve sıklığına göre ileri değerlendirilir ve ihtiyaç olmayan ve sıklığına göre ileri değerlendirilir ve ihtiyaç olmayan ve sıklığına göre ileri değerlendirilir ve ihtiyaç olmayan ve sıklığına göre ileri değerlendirilir ve ihtiyaç olmayan ve sıklığına göre ileri değerlendirilir ve ihtiyaç olmayan ve sıklığına göre ileri değerlendirilir ve ihtiyaç olmayan ve sıklığına göre ileri değerlendirilir ve ihtiyaç olmayan ve sıklığına göre ileri değerlendirilir ve ihtiyaç olmayan ve sıklığına göre ileri searchString ve sessiz olup olmadığını,
yatak odasında TV ve bilgisayının kullanılıp kullanılmadığı, kitap okunup okunmadığı ve bunların gece ne kadar geç saatlere kadar yapıldığı sorulmalıdır. Uyku alışkanlıklarının anlaşılasında diğer gerekli sorular; yatağa giriş saatı, yatma zamanı rutinleri, yatmadan önce oturup dinlemek, sankinleştirmek için uygun durumun olup olmadığını, uykuyla dalmasının ne kadar sürdüğü, gece boyunca kaç kez uyandığı, uyandıktan sonra tekrar uyumak zor olmamadığını, sabah uyandıktan sonra, uyandığında yorgun mu, hissettiği, gündüz uyuyup uyumadığını ve eğer uyuyorsa ne kadar sürdügü, hafta sonu ve hafta içi yatma ve uyanna satlarda değişiklikler, kafein, çikolata, tütün, alkol ve ilaç kullanımı sorulmalıdır ve çocuk hastalar için ebevelere de uyku hijyenini konusunda bilgi verilerek yanlış uyku alışkanlıklarının düzeltmesi gereklidir.


Uykunun değerlendirilmesinde sık kullanılan nesnel yöntemler arasında,
-Polisomnografi (PSG),
-Aktigrafi,
-Çoklu Uyku Latansı Testi (ÇULT) yer alır.
Öznel yöntemler arasında Türkçe geçerlik güvenilirliği yapılanlar; Çocukluk Uyku Alışkanlıkları Anketi, Çocuklarda Uyku Ölçeği, Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksidir.

Çocuklarda Uyku Çalışması (Pediatric Sleep Survey), Öğretmenler için Gündüz Uykululuk Anketi (The Teachers Daytime Sleepiness Questionnaire), Uyku Özbildirim Ölçeği’nin ise Türkçe geçerlik güvenilirlik çalışması yoktur.

2.2.9. DEHB’de Uykunun Özellikleri

Uyku sorunları ile DEHB arasındaki klinik ve bilimsel ilişkiye rağmen populasyonun heterojenitesi ve yöntem farklılıkları nedeniyle bunlar arasındaki ilişki net olarak anlaşılamamıştır. Yapılan 2 metaanaliz çalışmasında yaş, cinsiyet, tani kriterleri, alt tiplerin belirlenmesi, uyku değerlendirme aracı (nesnel ya da öznel ölçümler), eştanılar ve ilaç kullanımının saptanan ilişkinin şiddet üzerine etkili olduğu gösterilmiştir (Cortese ve ark., 2006).

DEHB’li çocuklarda orta şiddette veya şiddetli uyku sorunlarının bakımverenlerin ruh sağlığı, iş durumları ve ailenin işlevselliği ile yakından ilişkilidi olduğunu göstermiştir (Sung ve ark., 2008).


Ebeveyn bildirimlerine dayalı bir çalışmada, bu çocukların %53-64’ünün uyku sorunları olduğu ve bu yakınamaların ilaç kullanımı ile ilişki göstermediği saptanmıştır (Gruber, Sadeh, Raviv, 2000).
DEHB tanılı çocukların %56’sında uykuya dalmada güçlük, %39’unda uyku süresinde bozulma gözlemendi bildirilmiştir (Corkum, Tannock, Moldofsky, 1998). Sabah uyanmakta zorlandıkları, yataktan yorgun olarak kalktıkları, uyku sırasında daha hareketli olduklarını, gece sık uyandıkları ve gün içerisinde uykuyla ilgili sorunlar yaşadıkları gösterilmiştir (Stein ve ark., 2002; Gruber, Sadeh, Raviv, 2000).

Ebeveyn bildirimlerine göre en belirgin uyku sorunları yatağa gitme zorluğu ve toplam uyku süresinde kısalmasıdır (Lecendreux ve ark., 2000).

DEHB’de uykuyla ilgili sorunlar erişkinlikte de devam edebilir (Surman ve ark., 2009). Bunu destekler şekilde, DEHB tanısı alan çocukların yapılan bir çalışmada, ergenlikte ve yaşam boyu uyku bozukluğu (gece terörü, uykusuzluk, kabus görme, dış Girişmatma, horlama) sıklığı yüksek bulunmuştur (Shur-Fen, Chiang, 2009). Bu çalışmaya göre en az bir eştani olması gece terörü ve kabus görme sıklığını artırırmaktadır.

Psikostimulan ilaçlar da DEHB’de uyku sorunlarına yol açar (Cohen-Zion, Ancoli-Israel, 2004). Uyku ve DEHB arasındaki ilişkinin iyi anlaşılması çeşitli tedavilerin etkinliğini değerlendirmek açısından da önem taşır.

Günde 3 kez alınan MPH ve günde 2 kez alınan Atomoksetinin uyku etkilerini karşılaştıran randomize, çift kör bir çalışmada, MPH’nin uykuya dalma süresini daha belirgin uzattığı aktigraf ve PSG ile gösterilmiş, hem ebeveyn hem de çocukların kendi bildirimlerine göre Atomoksetinin daha iyi bir uyku kalitesi sağladığı sonucuna ulaşılmıştır. Her iki tedavinin de gece uyana sayısı azalttığı sonucuna ulaşmıştır (Sangal ve ark., 2006).

DEHB’de uyku sorunlarını araştıran PSG çalışmalarında özellikle toplam uyku süresi, uyku etkinliği, uyku dalma süresi ve REM uykusunun oranı ile ilgili sonuçlar tutarsızlık göstermektedir (Konofal ve ark., 2001).

Bazı çalışmalar REM anormallikleri saptamış (O’Brien ve ark., 2003), bazıları sağlıklı kontollere kıyasla daha fazla sayıda uyku siklusu göstermiş, bazıları daha kısa uyku süresi saptamıştır (Owens ve ark., 2008).

Aktigrafi çalışmaları, DEHB olan çocukların düzensiz uyku örtüntüsü gösterme eğiliminde olduklarını ve uyuma-uyanma saatlerinin tutarsız olduğunu göstermiştir (Gruber, Sadeh, Raviv, 2000).


Bir gözden geçirme çalışmada, uyku sırasında, uyku bozukluğuyla sonuçlanan hareketlerin daha sık görüldüğü bulunmuştur (Cortese ve ark., 2006).

Cortese ve arkadaşları tarafından, 1987’den 2005’in başına kadar olan nesnel (objektif) çalışmaları kapsayan bir metaanaliz çalışması yapılmış, verilerin uygun toplanmamış olmasından dolayı öznel (subjektif) çalışmalar dahil edilmemiştir (Cortese ve ark., 2006). Kontrol grubu olmayan, DEHB tanısı için standart kriterleri kullanmayan, tedavi alan çocukların yaptığı PSG çalışlara olan uygunluk oranları, tik bozuklukları gibi belirli gruplarla yapılan araştırmalar da değerlendirilmiştir. Cortese ve arkadaşlarının 1987-2008 yılları arasında, DEHB’li çocukların uyku çalışmalarını kapsayan metaanaliz çalışması ise, nesnel ve öznel yöntemlerin...
kullanıldığı araştırmaları kapsayan ilk çalışmadır. Beraberinde depresyon/anksiyete tanılarını ve medikasyonu içeren çalışmalar dışlanmıştır.

Cortese ve arkadaşlarının 2008’de yapmış olduğu metaanaliz çalışmasının sonuçları öznel ve nesnel çalışmalar için ikiye ayrılmıştır:

1. Öznel çalışma sonuçlarına göre; DEHB’li grupta kontrollere oranla yatma zamanı direnç, uykuya dalma zorlukları, gece uyanmaları, sabah uyanma güçlükleri, uykuda solunum problemleri, gün içinde uykulu hissetmenin daha sık yaşadığı görülmüştür. Huzursuz Bacak Sendromu, parasomnialar ve uykusu süresi bakımından ebeveynlerden alınan bilgilere göre fark bulunmaktadır.


2. Nesnel çalışmaların sonuçlarına göre; aktigrafi ile ölçülen uyku dalma süresi, saatlik uyku evresi değişim sayısı, apne-hipopne indeksi (AHI) DEHB’li çocuklarda
daha fazladır. DEHB’li grubu PSG değerlendirmesine göre uyku etkinliği daha az, aktigrafi ile belirlenen gerçek uyku süresi ve ÇULT ile ölçülen uykuyla dalma için geçen ortalama süre daha kısadır. Bunlar DEHB’de uygunun daha çok bölündüğine işaret etmektedir.

Öznel çalışmalarda sorgulanan parametrelerden uyku solunum bozukluklarının (SDB) yüksek çıkmasını destekler biçimde AHI de yüksek bulunmuştur. SDB’nin DEHB’li çocuklarda çok şiddetli olmadığı, şiddetli SDB belirtilerinin gün içinde uykulu hissetmeye ve hiperaktiviteyi maskeleyebilecek diğer sorunlara yol açabileceği düşünülmektedir (Chervin, 2005).


Son dönemde yapılan çalışmalar da DEHB’lilerde azalmış uyanıklık halinin görülebileceğini desteklemektedir (Miano ve ark., 2006).

2.2.9.1. Alttiplerin DEHB’de uyku sorunlarının prevalansına etkisi

Ölçek kullanılarak yapılan bir çalışmada (Corkum ve ark., 1999) uyku sırasında artmış hareketlilik ile dikkat eksikliği ön planda olan DEHB alttipi ilişkili bulunmazken bileşik tip ilişkili bulunmuştur.

Başka bir çalışma, ebeveyn tarafından bildirilen uyku problemlerinin dikkat eksikliğinin ön planda olduğu tiple değil bileşik tiple ilişkili olduğunu göstermiştir (Mayes ve ark., 2009). Her ne kadar dikkat eksikliğinin ön planda olduğu tipe bileşik tipe göre gece boyu daha az uyku sorunu olsa da; ebeveyn tarafından bildirilen gün içinde uykululuk hali, dikkat eksikliğinin ön planda olduğu tipe bileşik tip ve kontrollere göre daha fazla bulunmuştur.

2.2.9.2. DEHB’de uyku sorunlarının kaynağına yönelik hipotezler

1. Davranışsal model

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

2. Sirkadiyen model:

Çocuğun uyku ihtiyacı hissetmesinden önce yatağa gönderilmesi durumunda yatma zamanı çocuk için sevimsiz bir hale gelebilir. Bu uyumsuzluk ebeveynin çocuğun davranışını sorunu davranış olarak yorumlamasına yol açabilir ve bazen astıl sorun sirkadiyen ritm bozukluğu yken, ebeveynin uygun olmayan tepkileriyle sorun pekiştirilebilir.

Optimal uyku; içsel sirkadiyen ritm ile duşsal uyku-uyanıklık düzeninin uyumu olduğu durumda oluşur. Klinik ve araştırma verileri geçikmiş endojen sirkadiyen

3. Genetik model:

Seksenli yılların sonlarına doğru, katekolaminerjik aktivite DEHB belirtileri ile güçlü biçimde ilişkilendirilmiştir (Zametkin, Rapoport, 1987) ve noradrenarjik ve dopaminerjik aktif ilaçların yararlılığını açığa kalan deneyimlere yol açmıştır (Arnsten, Li, 2005).


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

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


2.2.9.3. DEHB ve Primer Uyku Bozuklukları


DEHB’li çocukların %44’ünde RLS ve RLS benzeri semptomlar, RLS tanısı alanların %26’sında DEHB ve benzeri semptomlar görüldüğü sonucuna ulaşılmıştır (Cortese ve ark., 2005). DEHB ile RLS arasındaki ilişki, ortak dopaminerjik
disfonksiyona bağlı olabilir veya RLS’nin yol açtığı uyku sorunlarının gün içinde dikkatsizlik ve huzursuzluğa yol açarak DEHB belirtilerini taklit etmesine bağlı olabilir. Dopamin agonisti tedavisinin bu çocuklar sadece uyku sorunlarını değil, psikostimulan tedavise dirençli DEHB belirtilerini de düzeltmesi ilk hipotezi destekleyen bir bulgudur.
3. GEREC VE YÖNTEM

3.1. Örneklem

Çalışma örneklemi Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı’na ilk kez başvuruldu bulunan, standart tanı ölçütleri kullanılarak DEHB tanısı konan erkek çocuklardan oluşmaktadır.

Erkek cinsiyet seçilmesinin nedeni DEHB tanısının erkeklerde daha sık olduğu ve cinsiyet faktörü kontrol edilmediğinde kararlı etkenler, özellikle hormonal etkilerin kızarda erkeklerden erken başlamasından dolayı uyku değerlendirilmesinin sağlıklı olmayacağını düşünülmüşdür (Manber, 1999).

Birincil olarak uyku bozukluğu yakınlığı ile başvuran hastalar örneklemeye dahil edilmemiştir.

3.1.1. Araştırmaya giren çocukların seçimi

1. DSM-IV tanı kriterlerine göre DEHB bileşik tip tanısı konan,
2. Psikotrop almayan,
3. Tıbbi hastalık öyküsü olmayan,
4. Zeka düzeyi normal olan,
5. Kulak Burun Boğaz ve Kardiyolojik muayeneleri normal olan,
6. Vücut Kitle İndeksi (VKİ) normal sınırlarda olan,
7. 7-13 yaş aralığında olan,
8. Cinsiyeti erkek olan,
9. Ailesi ve çocukların aydınlanması onamı ile araştırmaya katılmayı kabul eden çocuklar araştırmaya dahil edilmiştir.

Nörolojik veya kronik bir hastalığı bulunan, IQ sonucu 80’ın altında olan, uyku bozukluğu yol açabileceği ilkincil bir rahatsızlığı (nefes darlığı ve obstruksiyona yol açabilen durumlar, kardiyolojik patolojiler, tiroid patolojileri, anemi, obezite) olan ve uyku sorunu nedeniyle herhangi bir merkeze başvurmuş olan çocuklar çalışma kapsamında dışında bırakılmıştır.
3.1.2. Kontrol grubunun seçim ölçütleri

1. DEHB tanısı dahil herhangi bir psikiyatrik hastalık öyküsü olmayan,
2. Tibbi hastalık öyküsü olmayan,
3. Psikotrop almayan,
4. Klinik olarak normal zeka düzeyinde olduğu izlenimi edinilen ve ders başarısı iyi olan,
5. Kulak Burun Boğaz ve Kardiyolojik muayeneleri normal olan,
6. VKİ normal sınırlarda olan,
7. 7-13 yaş aralığındadır,
8. Cinsiyeti erkek olan,
9. Ailesi ve çocuğun aydınlanması onamı ile araştırmaya katılmayı kabul eden çocuklar araştırmaya dahil edilmiştir.

Kontrol grubu, çalışmaya dahil edilen DEHB’li çocukların sınıf arkadaşlarından gönüllü olanlar arasından seçilmiştir. Herhangi bir tıbbi ya da psikiyatrik hastalık öyküsü, uyku sorunu ve zeka geriliği olmayan, yaş ve VKİ bakımından DEHB’li çocuklarla eşleştirilmiş bir kontrol grubu oluşturulmuştur. DEHB grubunda olduğu gibi çocukların ve anne-babalarının bilgilendirilmiş onamları yazılı ve sözü olarak alınmıştır. ÇDŞR-ŞY’ye göre hiçbir tanı kriterini karşılamayan çocuklar dahil edilmiştir.

3.2. Değerlendirme Araçları

1. Sosyodemografik Veri Formu
2. Yenilenmiş Conners Derecelendirme Ölçekleri (anne-baba ve öğretmen formları)
3. Okul Çağrı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli Türkçe Uyarlaması (ÇDŞG-ŞY)
4. Çocukluk Uyku Alışkanlıkları Anketi (ÇUAA)
5. Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği 8-12 Yaş Çocuk ve Ebeveyn Formları
3.2.1. Sosyodemografik Veri Formu (Ek 1)

Anne, baba, kardeşler ve evde yaşayan diğer kişiler ile ilgili yaş, eğitim, sağlık sorunları, ulaşılacak adres ve telefon numarası, çocuğa yakınlığı ve tibbi öyküsü ile ilgili sorular içermektedir.

3.2.2. Yenilenmiş Conners Ebeveyn Derecelendirme Ölçeği-Uzun Form (Ek 2)


3.2.3. Yenilenmiş Conners Öğretmen Derecelendirme Ölçeği-Uzun Form (Ek 2)


3.2.5. Çocukluk Uyku Alışkanlıkları Anketi (Ek 3)

Okul öncesi ve okul çağı çocuklarında psikometrik özelliklere belirlenmiş, geçerliği ve güvenilirliği saplanmış anketlerden biri olan “Çocukluk Uyku Alışkanlıkları Anketi” (ÇUAA), 4-12 yaş çocukların uyku alışkanlıklarını ve uyku ile ilişkili zorluklarını araştırmaya yönelik tasarlanmış olup 2000 yılında Owens ve arkadaşları...
tarafından geliştirilmiştir (Owens, Spirito, McGuinn, 2000). Spesifik bir tanı koymaktan çok genel uyku sorunlarını gözden geçirerek ileri inceleme gereğini belirlemek için geliştirilmiştir. Türkçe’ye uyarlanması ve geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları (Fiş ve arkadaşları 2010) tarafından yapılmıştır. Bu anketin önemli bir özelliği Uluslararası Uyku Bozuklukları Sınıflandırma Sistemi (International Classification of Sleep Disorders-R) (ICSD-R) temel alınarak hazırlanmıştır. ICSD-R’a göre uyku bozuklukları başlica dissomnialar ve parasomnialar olarak tanımlanmaktadır. Dissomnialar yetersiz, fazla kalitesiz uykuyu tanımlarken (uykuya dalmama, sık uyanma ve gün içinde uykululuk hali), parasomnialar uyku içinde ortaya çıkan davranış sorunlarını ifade etmektedir (kabuslar, uyku terörü, uyurgezerlik, diş çır ontvangör, idrar kaçırma gibi). Orijinal ölçek 45 maddeden oluşmakla birlikte Owens ve arkadaşlarının yaptığı toplum çalışmasının analizlerinde puanlama ve alt ölçeklerin oluşturulmasında işlevsel olan 33 madde analize dahil edilmiş ve별에👉 의해 edilmiştir. Cronbach alfa katsayısı 0.78 olarak bulunmuştur. Test tekrar test arası korelasyon katsayısı r:0.81 olarak saptanmıştır (p<0.001). Yapılan faktör analizinde ölçeğin 11 faktörden oluştuğu belirlenmiştir. Yapılan geçerlilik değerlendirme amacıyla yapılan ek analizlerde cinsiyet ve yaş açısından uyku toplam puanlarının benzer olduğu (p>0.05), sosyoekonomik düzey düştüğçe uyku ölçüleri puanlarının arttığı saptanmıştır (p<0.001). Tüm davranışsal ve duygusal parametreler ile uyku sorunu varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur.

Çocukluk Uyku Alışkanlıkları Anketi’nin alt ölçekleri;

- Yatma zamanı direnci
- Uykuya dalmanın geçikmesi
- Uyku süresi
- Uyku kaygısı
- Gece uyanmaları
- Parasomnialar
- Uykuda solunumun bozulması
- Gün içinde uykuluk şeklinde sıralanabilen 8 alt öveck tanımlanmıştır.
Araçın 11 faktörden oluştuğu saptanmıştır:

- Sabahları Zor Uyanma
- Uykunun bölünmesi ile ilgili Parasomniaalar
- Diğer Parasomniaalar (huzursuzluk, hareketlilik, konuşma, diş ıçkırdatma)
- Gece Altını Islatma (parasomnia alt grubu)
- Uyku Kaygısı
- Uykuda Solunumun Bozulması
- Sabahları Uyanma Şekli
- Uyku Süresi
- Uykuya Geçiş
- Başkalariyla Birlikte Yatma
- Gün içi Uykuluğu


3.2.6. Çocuklar İçin Yağış Kalitesi Ölçeği (ÇİYKÖ) (Ek 4)


3.2.7. Wechsler Çocuklar için Zeka Ölçeği (WISC-R)

3.3. İşlem


Uyku parametreleri ayrıntılı olarak değerlendirilen ve uyku bozukluğu tanısı alan çocukların yaşam kalitelerini iyileştirmek, akademik ve sosyal yönenden verimliliklerini artırmak amacıyla ayrı bir görüşmede uyku hijyenine yönelik tutum ve davranış önerileri, alتا yatan nedene yönelik tedavi ve gerekirse ilaç tedavisi ile desteklenmeleri ve düzenli kontrollerle takipleri planlanmıştır.

3.3.1. İstatistiksel Analiz

Veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 14.0 paket programı ile değerlendirilmiştir. Ölçümle elde edilen değişkenler (yaş, ölçek puanları), ortalama ve standart sapma değerlerine göre karşılaştırılmıştır. Sayımla elde edilen değişkenler (tani, ek tanı, meslek, eğitim düzeyi) görülme sıklığına (yüzde) göre karşılaştırılmıştır. Ölçümle elde edilen değerlerin karşılaştırılmasında Student’s-t Testi kullanılmıştır. Tanı ve uyku sorunlarına göre yapılan karşılaştırılmada One way ANOVA testi kullanılmıştır. ANOVA testi sonucunda farklı çıkan testlerde farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını anlamak için Tukey HSD testi kullanılmıştır. Sayımla elde edilen değişkenlerin karşılaştırılmasında Chi-kare testi kullanılmıştır. Testlerde anlamlılık düzeyi olarak p=0,05 alınmıştır.
4. BULGULAR

4.1. Sosyodemografik Veriler

Örneklem grubu DEHB bileşik tip tanısı konan 46 çocuk ve kontrol grubunu oluşturan sağlıklı 31 çocuk olmak üzere toplam 77 çocuktan oluşmaktadır. Katılımcıların tamamı erkektir ve 7-13 yaş aralığındaadır.

DEHB grubunun ve kontrol grubunun sosyodemografik verilerinin karşılaştırılması Tablo 4.1.’de sunulmuştur. Her iki grup arasında yaş, VKI, anne ve baba yaş, anne ve baba eğitimi, meslek ve kardeşim sayısı bakımından anlamlı fark bulunmamıştır (p>0,05).

Tablo 4.1. DEHB ve Kontrol Grubundaki Olguların Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı

<table>
<thead>
<tr>
<th>Sosyodemografik özellikler</th>
<th>DEHB Grubu (n=46)</th>
<th>Kontrol Grubu (n=31)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Yaş (yıl) (ortalama±SS)</td>
<td>8,9±1,8</td>
<td>9,7±1,9</td>
</tr>
<tr>
<td>VKI (ortalama±SS)</td>
<td>17,2±2,2</td>
<td>17±3,2</td>
</tr>
<tr>
<td>Anne yaş (ortalama±SS)</td>
<td>35,4±6,3</td>
<td>36,5±5,2</td>
</tr>
<tr>
<td>Baba yaş (ortalama±SS)</td>
<td>39,8±6,9</td>
<td>40,2±6,3</td>
</tr>
<tr>
<td>Anne eğitimi (yıl) (ortalama±SS)</td>
<td>8,8±3,9</td>
<td>10,6±3,6</td>
</tr>
<tr>
<td>Baba eğitimi (yıl) (ortalama±SS)</td>
<td>10,2±3,4</td>
<td>11,3±3,1</td>
</tr>
<tr>
<td>Anne mesleği (n ( %))</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Ev hanımı</td>
<td>38 (74,5)</td>
<td>22 (71)</td>
</tr>
<tr>
<td>Memur</td>
<td>9 (17,6)</td>
<td>6 (19,4)</td>
</tr>
<tr>
<td>İşçi</td>
<td>1 (2)</td>
<td>1 (3,2)</td>
</tr>
<tr>
<td>Serbest meslek</td>
<td>3 (5,9)</td>
<td>2 (6,4)</td>
</tr>
<tr>
<td>Baba mesleği (n( %))</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>İşsiz</td>
<td>1 (2)</td>
<td>1 (3,2)</td>
</tr>
<tr>
<td>Memur</td>
<td>12 (23,5)</td>
<td>14 (45,2)</td>
</tr>
<tr>
<td>İşçi</td>
<td>17 (33,3)</td>
<td>9 (29)</td>
</tr>
<tr>
<td>Serbest meslek</td>
<td>21 (41,2)</td>
<td>7 (22,6)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, VKI: Vücut Kitle İndeksi, SS: Standart Sapma
4.2. DEHB Grubu ile Kontrol Grubunun ÇUAA Toplam ve Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması:

DEHB ve kontrol gruplarını oluşturan olgulardan, ÇUAA toplam puanı 42 ve üzerinde olanlar, uyku sorunu olan grup, 42’nin altında olanlar uyku sorunu olmayan grup olarak ayrılımış ve buna göre değerlendirime yapılmıştır (Tablo 4.2.). Kontrol grubunda uyku sorunu görülme sıklığı %61,3 (n=19), DEHB grubunda %84,8 (n=39) olarak bulunmuştur. Aralarındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,02). DEHB grubunda uyku sorunları daha sık görülmektedir.

**Tablo 4.2.** DEHB Grubu ve Kontrol Grubundaki Olguların Uyku Sorunlarının Dağılımı

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>DEHB Grubu</th>
<th></th>
<th>Kontrol Grubu</th>
<th></th>
<th>p</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>n</td>
<td>%</td>
<td>n</td>
<td>%</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Uyku sorunu var</td>
<td>39</td>
<td>84,8</td>
<td>19</td>
<td>61,3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Uyku sorunu yok</td>
<td>7</td>
<td>15,2</td>
<td>12</td>
<td>38,7</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Toplam</td>
<td>46</td>
<td>100</td>
<td>31</td>
<td>100</td>
<td>0,02</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Bu iki grup uyku alt ölçekleri bakımdan karşılaştırıldığında, gece uyanmaları (p=0,001) ve parasomnia (p=0,021) alt ölçekleri bakımından aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş, DEHB grubunun gece uyanmaları ortalama puanı 4,3±1,3, kontrol grubununda 3,4±2, DEHB grubunun parasomnia ortalama puanı 9,4±2, kontrol grupun ortalama puanı ise 8,4±1,4 olarak bulunmuştur. DEHB grubunda gece uyanma sıklığı ve parasomnia anlamlı olarak daha fazladır.

Gece uyanmaları alt ölçeği bakımından uyku sorunu olan kontrol grubu (3,6±1) ile uyku sorunu olan DEHB grubu (4,5±1,3) arasında anlamlı bir fark saptanmış (p=0,026), her iki grupta da uyku sorunu olduğu halde, DEHB’lilerde gece uyanmaları daha sık bulunmuştur.
Uyku sorunu olan DEHB grubu (9,7±1,9) ile uyku sorunu olmayan kontrol grubu (7,6±1,2) (p=0,003) ve uyku sorunu olmayan DEHB grubu (7,7±1,1) (p=0,02) arasında parasomnia bakımından anlamlı fark olduğu bulunmuştur. Hem uyku sorunu hem DEHB tanısı varsa parasomnia daha sık görülmektedir.

DEHB grubunun ve kontrol grubunun uyku sorunu olup olmamasına göre ikişer gruba ayrılmıdı sonrası yapılan analizlerde; uyku sorunu olan kontrol grubunun (10,1±2,2), uyku sorunu olmayan DEHB grubuna göre (7±1,5), yatma zamanı direnci alt ölçeği puanlarının anlamlı olarak yüksek olduğu bulunmuştur (p=0,026). Hem DEHB grubunda hem de kontrol grubunda uyku sorunu olan ve olmayanlar arasında yatma zamanı direnci anlamlı olarak farklıdır (p<0,001). Yatma zamanı direnci, uyku sorunu olan kontrol olgularında yüksekken, uyku sorunu olmayan DEHB’li olgularda düşük bulunmuştur.

Toplam uyku süresi açısından DEHB grubu (8,8±0,9) ve kontrol grubu (9,1±0,8) arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p=0,640).

DEHB grubunun uykuoya dalma gecikmesi alt ölçeği puanlarıyla (1,5±0,7) kontrol grubunun puanları (1,4±0,6) arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (p=0,398).

Uykuda solunum bozulması alt ölçeği puanları bakımından DEHB grubuya (3,7±1,1) kontrol grubu (3,5±0,8) arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır (p=0,354).

Uyku sorunu olan DEHB grubuya (7,2±2,2) uyku sorunu olmayan kontrol grubu (4,7±0,7) arasında (p=0,002) ve uyku sorunu olmayan DEHB grubu (4,2±0,7) (p=0,003) arasında uyku kaygısı alt ölçeği puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Yani uyku kaygısı, uyku sorunu olan DEHB’lilerde daha fazladır.
Gün içinde uykuluğun uyku sorunu olan DEHB grubunda (11,9±3,1), uyku sorunu olmayan kontrol grubuna (8,6±2) göre daha fazla görüldüğü belirlenmiştir (p=0,027).

4.3. DEHB Grubu ile Kontrol Grubunun Yenilenmiş Conners Ebeveyn ve Öğretmen Derecelendirme Ölçeği Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması:

DEHB ve kontrol grubu, uyku sorunlarının varlığına göre Yenilenmiş Conners Ebeveyn ve Conners Öğretmen Derecelendirme Ölçeği alt ölçekleri bakımından karşılaştırılmıştır (Tablo 4.3. ve Tablo 4.4.). Ebeveyn tarafından doldurulan ölçeklere göre, kaygı (p=0,293), mükemmeliyetçilik (p=0,060) ve sosyal problemler (p=0,093) alt ölçekleri dışında tüm alt ölçekler bakımından gruplar arasında fark bulunmuştur (p<0,05). Bu istatistiksel anlamılık, uyku sorunu olan DEHB grubu ile uyku sorunu olmayan kontrol grubu arasındaki farktan kaynaklanmaktadır. DEHB grubunda uyku sorunu olan ve olmayan olgular arasında alt ölçekler bakımından anlamlı fark bulunmamıştır (p>0,05).

Uyku sorunu olan DEHB grubyyla uyku sorunu olmayan DEHB grubunda, Yenilenmiş Conners Öğretmen Derecelendirme Ölçeği puanlarının analizi sonucunda, 4 grup arasında tüm alt ölçekler bakımından anlamlı fark bulunmuş ve farkın uyku sorunu olan DEHB grubu ile uyku sorunu olmayan kontrol grubu arasındaki farktan kaynaklandığı görülmüştür. DEHB grubu içerisinde uyku sorunu olan olgularla olmayan olgular arasında mükemmel yetçilik alt ölçeği (uyku sorunu olanların ortalaması 2,1± 0,7, uyku sorunu olmayanların ortalaması 4,4± 2,2, p değeri 0,046) dışındakiler arasında anlamlı fark bulunmamıştır (p>0,05).
<table>
<thead>
<tr>
<th>Alt ölçekler (ortalama±SS)</th>
<th>DEHB Grubu</th>
<th>Kontrol Grubu</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Uyku sorunu (+)</td>
<td>Uyku sorunu (-)</td>
</tr>
<tr>
<td>Karşış gelme</td>
<td>14±7</td>
<td>12,5±5,2</td>
</tr>
<tr>
<td>Bilişsel problemler/dikkatsizlik</td>
<td>19,6±7,7</td>
<td>19,1±9</td>
</tr>
<tr>
<td>Hiperaktivite</td>
<td>14,2±6,4</td>
<td>15,1±5,6</td>
</tr>
<tr>
<td>Kaygı-utangaçlık</td>
<td>7,3±4,4</td>
<td>6,5±5,1</td>
</tr>
<tr>
<td>Mükemmeliyetçilik</td>
<td>6,9±4,1</td>
<td>5±3,1</td>
</tr>
<tr>
<td>Sosyal problemler</td>
<td>3,7±3,1</td>
<td>2,8±1,8</td>
</tr>
<tr>
<td>Psikosomatik yakınmalar</td>
<td>4±4</td>
<td>2,4±2,3</td>
</tr>
<tr>
<td>DEHB indeksi</td>
<td>22,6±7,5</td>
<td>22,1±5,6</td>
</tr>
<tr>
<td>Conners global indeksi- huzursuzluk-impulsivite</td>
<td>11,8±4,6</td>
<td>12,1±3,8</td>
</tr>
<tr>
<td>Duygusal değişkenlik</td>
<td>3,6±2,4</td>
<td>3,4±2,8</td>
</tr>
<tr>
<td>Global toplam</td>
<td>15,5±6,4</td>
<td>15,5±6</td>
</tr>
<tr>
<td>DSM-IV semptomları dikkatsizlik</td>
<td>15,1±5,9</td>
<td>15±5,8</td>
</tr>
<tr>
<td>DSM-IV semptomları hiperaktivite</td>
<td>15,3±6</td>
<td>16,2±5,6</td>
</tr>
<tr>
<td>DSM-IV semptomları toplam</td>
<td>30,5±9,9</td>
<td>31,2±11</td>
</tr>
</tbody>
</table>

SS: Standart sapma
Tablo 4.4. Yenilenmiş Conners Öğretmen Derecelendirme Ölçeği Alt Ölçek Puanlarının Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

<table>
<thead>
<tr>
<th>Alt ölçekler (ortalama±SS)</th>
<th>DEHB Grubu</th>
<th>Kontrol Grubu</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Uyku sorunu (+)</td>
<td>Uyku sorunu (-)</td>
</tr>
<tr>
<td>Karşı gelme*</td>
<td>4,2±4,1</td>
<td>3,8±2,1</td>
</tr>
<tr>
<td>Bilişsel problemler/dikkatsizlik*</td>
<td>10,1±5,2</td>
<td>12,5±1,7</td>
</tr>
<tr>
<td>Hiperaktivite*</td>
<td>9,1±5</td>
<td>6,5±2,6</td>
</tr>
<tr>
<td>Kaygı-utangaçlık*</td>
<td>4,6±2,9</td>
<td>6,1±2,7</td>
</tr>
<tr>
<td>Mükemmeliyetçilik</td>
<td>2,1±0,7</td>
<td>4,4±2,2</td>
</tr>
<tr>
<td>Sosyal problemler*</td>
<td>4,8±3,6</td>
<td>5,2±2,4</td>
</tr>
<tr>
<td>DEHB indeksi*</td>
<td>7,3±4,7</td>
<td>5,5±1,6</td>
</tr>
<tr>
<td>Connors global indeks-huzursuzluk-impulsivite*</td>
<td>7,9±3,7</td>
<td>8,4±2,1</td>
</tr>
<tr>
<td>Duygusal değişkenlik*</td>
<td>4,6±3</td>
<td>4±1,7</td>
</tr>
<tr>
<td>Global toplam*</td>
<td>12,5±6,1</td>
<td>12,4±3,2</td>
</tr>
<tr>
<td>DSM-IV semptomları dikkatsizlik*</td>
<td>15±6</td>
<td>14,7±2,4</td>
</tr>
<tr>
<td>DSM-IV semptomları hiperaktivite*</td>
<td>12,7±7,6</td>
<td>8,7±3,5</td>
</tr>
<tr>
<td>DSM-IV semptomları toplam*</td>
<td>27,7±12,1</td>
<td>23,4±5,2</td>
</tr>
</tbody>
</table>

SS: Standart sapma

4.4. DEHB Grubu ile Kontrol Grubunun ÇİYKÖ Puanlarının Karşılaştırılması

DEHB grubu ile kontrol grubu yaşam kalitesi bakımından karşılaştırılmıştır. Ebeveyn tarafından doldurulan ÇİYKÖ değerlendirilmiş ve fiziksel sağlık alt öçeği (p=0,012), psikososyal sağlık alt öçeği (p=0,001), ölçek toplam puanı (p=0,001), çocuk tarafından doldurulan öçeekte ise fiziksel sağlık alt öçeği (p=0,009), psikososyal sağlık alt öçeği (p=0,001), ölçek toplam puanı (p=0,001) bakımından anlamlı fark bulunmuştur. Her iki öçeekte toplam puan ve alt öçeek puanları DEHB grubunda anlamlı olarak düşük bulunmuş, DEHB’li olguların yaşam kalitesinin daha bozuk olduğu sonucuna ulaşılmıştır.
Uyku sorunu olmayan kontrollerle (89,8±8,9) uyku sorunu olan DEHB’liler (74,5±18,8) arasında, evebeyn tarafından bildirilen yaşam kalitesi fiziksel sağlık alt ölçeği bakımından anlamlı fark bulunmuştur (p=0,04). Fiziksel sağlık alanında uyku sorunu olan DEHB’li grupta yaşam kalitesi, uyku sorunu olmayan kontrollere göre daha bozuk bulunmuştur. Ancak DEHB grubunun ve kontrol grubunun kendi içlerinde yapılan analizlerde fiziksel sağlık alt ölçeğinde anlamlı fark bulunmamıştır (p>0,05).

Evebeyn tarafından doldurulan ÇİYKÖ analizi sonucunda, psikososyal sağlık alt ölçeği puanı bakımından uyku sorunu olmayan kontrollerle (86,5±5,4) uyku sorunu olmayan DEHB’liler (68,3±18,6) arasında (p=0,033) ve uyku sorunu olan DEHB’liler (62±15,6) arasında (p<0,001) anlamlı fark bulunmuştur. Ayrıca uyku sorunu olan kontrollerle (79±10,6) uyku sorunu olan DEHB’liler (62±15,6) arasındaki farkın da anlamlı olduğu görülmüştür (p<0,001). Kontrollere göre hem uyku sorunu olan hem de uyku sorunu olmayan DEHB’lilerin psikososyal sağlık alanında yaşam kalitesinin daha bozuk olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Evebeyn tarafından doldurulan ÇİYKÖ değerlendirmeinde, ölçek toplam puanı bakımından uyku sorunu olmayan kontrollerle (85,7±7,1) uyku sorunu olmayan DEHB’liler (66,6±20,9) arasında (p=0,023) ve uyku sorunu olan DEHB’liler (65,2±15,1) arasında (p<0,001) anlamlı fark bulunmuştur. Ayrıca uyku sorunu olan kontrollerle (78,4±10,1) uyku sorunu olan DEHB’liler (65,2±15,1) arasındaki farkın da anlamlı olduğu görülmüştür (p=0,005). DEHB’lilerin yaşam kalitesi ölçek toplam puanına göre koütü bulunmuştur.

Çocuklar tarafından doldurulan formlara göre uyku sorunu olmayan kontrollerle (89,3±5,9) uyku sorunu olmayan DEHB’liler (75,4±21,6) arasında psikososyal sağlık puanı bakımından fark bulunmamıştır (p=0,182).

Sonuçlar Tablo 4.5. ve 4.6.’da sunulmuştur.
**Tablo 4.5.** DEHB ve Kontrol Gruplarının ÇİYKÖ (Ebeveyn) Verilerinin Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

<table>
<thead>
<tr>
<th>ÇİYKÖ puanları</th>
<th>DEHB Grubu</th>
<th>Kontrol Grubu</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Uyku sorunu olanlar (n=39)</td>
<td>Uyku sorunu olmayanlar (n=7)</td>
</tr>
<tr>
<td>Ebeveyn (ortalama±SS)</td>
<td>71,1±19</td>
<td>63,3±34,5</td>
</tr>
<tr>
<td>Fiziksel sağlık</td>
<td>62±15,6</td>
<td>68,3±18,6</td>
</tr>
<tr>
<td>Psikososyal sağlık</td>
<td>65,2±15,1</td>
<td>66,6±21</td>
</tr>
<tr>
<td>Toplam</td>
<td>65,2±15,1</td>
<td>66,6±21</td>
</tr>
</tbody>
</table>

SS: Standart sapma

---

**Tablo 4.6.** DEHB ve Kontrol Gruplarının ÇİYKÖ (Çocuk) Verilerinin Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

<table>
<thead>
<tr>
<th>ÇİYKÖ puanları</th>
<th>DEHB Grubu</th>
<th>Kontrol Grubu</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Uyku sorunu olanlar (n=39)</td>
<td>Uyku sorunu olmayanlar (n=7)</td>
</tr>
<tr>
<td>Çocuk (ortalama±SS)</td>
<td>74,5±18,8</td>
<td>80,3±26,4</td>
</tr>
<tr>
<td>Fiziksel sağlık</td>
<td>65,8±16,4</td>
<td>72,8±20,4</td>
</tr>
<tr>
<td>Psikososyal sağlık</td>
<td>68,8±16</td>
<td>75,4±21,6</td>
</tr>
<tr>
<td>Toplam</td>
<td>68,8±16</td>
<td>75,4±21,6</td>
</tr>
</tbody>
</table>

SS: Standart sapma
4.5. Eştanlar ve Dağılımları

DEHB’li grupta eştan dağılımı Tablo 4.7.’de sunulmuştur. Buna göre; örneklemimizi oluşturan DEHB grubunda en sık görülen tanı, anksiyete bozukluğu (n=19) olarak görülmektedir. Bunu ÖÖG (n=16) ve KOKGB (n=10) tanıları izlemektedir. Eştanı olmayan DEHB’li olgu sayısı 12’dir.

Tablo 4.7. DEHB Grubundaki Olguların Eştanı Dağılımları

<table>
<thead>
<tr>
<th>Eştanı dağılımı</th>
<th>n</th>
<th>%</th>
<th>Toplam</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Anksiyete bozukluğu</td>
<td>19</td>
<td>41,2</td>
<td>n=20 (%43,4)</td>
</tr>
<tr>
<td>Depresyon</td>
<td>1</td>
<td>2,1</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ÖÖG</td>
<td>16</td>
<td>34,7</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>KOKGB</td>
<td>10</td>
<td>21,7</td>
<td>n=11 (%23,87)</td>
</tr>
<tr>
<td>DB</td>
<td>1</td>
<td>2,1</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Konuşma bozukluğu</td>
<td>1</td>
<td>2,1</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

KOKGB: Karşış Olma Karşış Gelme Bozukluğu, ÖÖG: Özgül Oğrenme Güclüğü, DB: Davranım Bozukluğu

KOKGB ve DB tanıları diğer yıkıcı davranış bozuklukları başlığı altında, anksiyete bozukluğu ve depresyon tanıları da ayrı bir grupta toplanmış ve buna göre değerlendirme yapılmıştır. Diğer yıkıcı davranış bozuklukları eştanısı için uyku sorunu görüleme sikliği %81,8; anksiyete bozukluğu ve depresyon birlikteliği için %80 ve ÖÖG eştanısı içinse %81,3 olarak belirlenmiştir. Bu üç ektan için uyku sorunu görüleme sikliğinin diğer DEHB gruplarından farklı olduğu bulunmuştur (p>0,05). Yani DEHB’nin bu eştanılarla birlikteliğinin, uyku sorunlarının görüleme sikliğini artırdığı sonucuna ulaşılmıştır.

4.6. Diğer yıkıcı davranış bozuklukları (KOKGB ve DB) eştanısı olan grubun DEHB grubuyla ÇUAA ve ÇİYKÖ puanları bakımından karşılaştırılması

Yapılan analizler sonucunda bu grupla diğer DEHB olguları arasında uyku alt ölçekleri ve yaşam kalitesi alt ölçekleri ve toplam puanları açısından anlamlı fark bulunmamıştır (p>0,05).
4.7. Anksiyete bozuklukları ve depresyon eğitimi olan grupun DEHB grubuyla ÇUAA ve ÇİYKÖ puanları bakımından karşılaştırılması

Eşتانı alan grupta bulunan depresyon ve anksiyete bozukluk tanıları olan olgular bir grupta toplanarak değerlendirilmiş ve bu alt grupla (8,6±0,8) DEHB grubu (8,9±1) arasında toplam uyku süresi bakımından anlamı fark bulunmaktadır (p=0,05). Diğer uyku alt ölçekleri ve yaşam kalitesi bakımından iki grup arasında fark saptanmamıştır (p>0,05).

4.8. ÖÖG eğitimi olan grubun DEHB grubuya ÇUAA ve ÇİYKÖ puanları bakımından karşılaştırılması

ÖÖG eğitimi olan grubun (10,2±1,7) uyku alt ölçeklerinden parasomnia alt ölçüleri puanlarıyla diğer DEHB grubunun puanları (9±1,9) arasında anlamlı fark olduğu bulunmuştur (p=0,05). Diğer alt ölçekler ve yaşam kalitesi bakımından aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamı bulunmamıştır (p>0,05).
5. TARTIŞMA

Çalışmamızda, DEHB tanısı konan çocukların uykualışkanlıkları sorgulanmış, öncelikle DEHB tanısına eşlik eden uykusorunlarının sağlıklı kontrollerden farklı olup olmadığını araştırılmış ve daha sonra DEHB tanısı ve uykusorunları birlikteliğinde yaşam kalitesi üzerine etkisi değerlendirilmiştir.

DEHB’nin yaşam kalitesini olumsuz etkilediğini gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Matza ve ark., 2004). Ancak DEHB’de sık görüldüğümüz uykubozukluklarının yaşam kalitesi üzerine etkilerini inceleyen az sayıda çalışma olduğu görülmüştür. Çalışmamızda DEHB ile birlikte görülen uykubozukluklarının yaşam kalitesini yordayıcı etkilerini araştırılması amaçlanmış ve bu bağlamda DEHB ve kontrol grubu karşılaştırılmıştır. Yaş, cinsiyet, sosyoekonomik düzey ve ilaç etkilerinin kontrol edildiği, uyku sorunlarına yol açabileceği tıbbi durumların değerlendirildiği, belirli bir DEHB alttipi ile yapılan ilk çalışma niteliğindedir.

Alanyazında DEHB’li çocukların %50-80’inin en az bir başka bozukluğun tanı ölçütlerini de karşıladıkları, %60 sıklıkla en sık eş hastalanının diğer yıkıcı davranış bozuklukları olduğunu bildiren araştırmalar bulunmaktadır (Jensen ve ark., 1997). Bunu yaklaşıklık %30 sıklıkla anksiyete bozuklukları, %25 sıklıkla duygudurum bozuklukları, %25-70 sıklıkla ÖÖG ve %15 sıklıkla DB’nin izlediği göstermiştir (Biederman, 2005). Çalışmamızın sonucunda, alanyazından farklı olarak DEHB’li çocukların büyük oranda ek anksiyete bozuklukları (%41,3) ve ÖÖG (%34,7), daha az sıklıkla KOKGB (%21,7) sorguladıkları görülmüş, depresyon tanısına (%2,1) ise sadece 1 hastada rastlanmıştır. Ülkelimizde yapılmış olan izlem çalışmalarına göre DEHB’de en sık görülen estetik anksiyete bozukluğu olarak belirlenmiştir (Aysev, Öner, 2001). Çalışmamızda yıkıcı davranış bozuklari ve depresyon estanınının daha az olması, örneklemın belirli yaş aralığında, ilaç kullanmayan ve ilk kez başvuran olgularından oluşmasından kaynaklanıyor olabileceği düşünülmüştür.

DEHB’de uykusorunlarının görülme sıklığının analiz edilmesi amacıyla yapılan analiz sonucunda; kontrol grubuna göre DEHB grubunda uykusorunlarının daha sık olduğu

Uyku sorunlarının özelliklerine göre DEHB ve kontrol grubunun karşılaştırıldığı analizler sonucunda, uyku sorunu olan DEHB’lilerin, gece boyunca, uyku sorunu olan kontrollerden daha sık uyandıkları görülmüştür. Bu durum, herhangi bir ilaç yan etkisi vs. ile açıklanamayan ve uygunun bölünmesine yol açan gece uyumalarının, DEHB’nin seyrinde yer alan önemli bir belirti olabileceği düşündürmektedir.

Diğer yandan, uyku bozukluklarının tedavisinde kullanılan ve hipokretin 1, 2 ile histaminin nöronal aktivitesi üzerinden etki eden Modafinil'in, DEHB’nin dikkat yöneticiler ve uyarım alanlarında iyileşme sağlaması ve metilfenidatla ortak nörokimsyasal etkilerinin olması, DEHB’nin patofizyolojisinde rol oynaman mekanizmaların uygunun düzenlenmesinde de etkili olabileceği akla getirmektedir (Swanson, 2003).


Yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla kullanılan ölçeklerin analizi sonucunda, yaşam kalitesinin kontrol grubuna göre daha bozuk olduğunu bildiğimiz DEHB’li grupta, uyku sorunları olanlar ve olmayanlar arasında, yaşam kalitesi alt ölçek puanları bakımından anlamli fark bulunmamasi, DEHB’nin yaşam kalitesi için başlı başına öncüllüğüne işaret etmektedir. Bu bulgu, DEHB’nin yaşam kalitesini bozduğunu gösteren çalışma sonuçlarıyla uyuşlundur (Matza ve ark., 2004; Riley ve ark., 2006).

Elde edilen verilerin ebeveyn bildirimine dayalı olduğu göz önüne alındığında, beraberinde kullanılan nesnel ölçümlerin daha sağlıklı sonuçlara ulaşılmasını sağlayacağı düşünülmektedir.

5.1. Çalışmanın Güçlü Yanıları ve kısıtlamaları

DEHB tanısı için geçerli ve standart tanı kriterlerinin kullanılması, ergenlik, cinsiyet, sosyoekonomik düzey, birincil uyku bozuklukları, tibbi nedenler, zeka düzeyi gibi kararlı etkenlerin dışlanmış olması, eştanların etkisinin göz önünde bulundurulması ve benzer özellikleri olan kontrol grubu ile karşılaştırma yapılmış olması çalışmaın güçlü yönüdür. Alanyazında, DEHB ve uyku sorunlarının araştırıldığı çalışma sayısı gittikçe artmakla birlikte; yaş, cinsiyet, ilaç kullanımı ve komorbiditenin kontrol edildiği ve yaşam kalitesini değerlendirilen çalışma sayısı oldukça azdır.
Örneklem grubunun ve eştanı gruplarının küçük olması yapılan karşılaştırma sonuçlarını etkilemiş olabilir. Daha geniş örneklem grubuyla çalışılması, daha güvenilir sonuçlara ulaşılması açısından gereklidir.

Çalışmamızda anne ve babaların doldurduğu ve pek çok alandaki sorunları sorgulayan, Türkçe geçerlik ve güvenilirliği yapılmış olan, kolay uygulanabilen bir uyku ölçeği kullanılmıştır. Uyku alanında doğru bilgi veren, nesnel ölçüm araçlarına göre çok daha kolay ve ucuz uygulanabilen öznel ölçüm araçları ile yapılmış çok sayıda çalışma bulunmaktadır. Ancak öznel değerlendirmelerin kısıtlılıklarını azaltmak amacıyla beraberinde nesnel değerlendirmelerin de kullanılması daha doğru ve ayrıntılı sonuçlara ulaşılmasına yardımcı olacaktır.
6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada, bileşik tip DEHB tanısı konan çocuklarda uyku alışkanlıkları, uyku sorunları sıkılığı, özellikleri ve estanı ile ilişkisinin araştırılması, DEHB’de uyku sorunları ile birlikteliğin yaşam kalitesi üzerine etkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Karşımıştaki etkilerini kontrol etmek için sadece erkek cinsiyet ile çalışılmıştır. Ilac tedavisi, uyku sorunları ile yol açabileceği tıbbi durumlar, sosyoekonomik düzey ve estanların kontrol edildiği ilk çalışma niteliğindedir. Yaş, sosyodemografik özellikler, VKI yönünden eşleştirilmiş bir kontrol grubu oluşturulurak bileşik tip DEHB tanısı alan çocuklar, uyku sorunları ve yaşam kalitesi bakımından bu kontrol grubuya karşılaştırılmıştır.

Çalışmamızın sonuçlarına göre; DEHB’de uyku sorunları sıkılığı %84,8 olarak bulunmuş ve estanı olan ve olmayan DEHB’lilerde kontrollerden (%61,3) anlamlı olarak yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır (p=0,002). DEHB grubunda ÇILYKÖ (cocuk) puanlarının değerlendirilmesine göre, yaşam kalitesinin hem fiziksel sağlık (p=0,009) hem psikososyal sağlık (p=0,001) alt ölçüleri hem de toplam yaşam kalitesi (p=0,001) puanların daha düşük olduğu görülmüşdür. Örneğin uyku sorunu olup olmaması göre ikiye ayrılırlararak karşılaştırıldığında, uyku sorunu olan grubun yaşam kalitesi puanlarının her üç alanda daha düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır (fiziksel sağlık alt ölçü için p=0,040, psikososyal sağlık alt ölçü için p=0,002, toplam yaşam kalitesi için p=0,004). DEHB grubunun uyku sorunu varlığında göre birbiriyile karşılaştırıldığında, uyku sorunlarının DEHB ile birlikteliğinin yaşam kalitesini daha da bozduğunu destekleyen bir sonuç bulunmaktadır (p>0,05). Ancak DEHB’de uyku sorunlarının kontollere göre çok daha sık olması ve DEHB ve kontrol grubundan her ikisinde de uyku sorunu olsa bile gece uyanma sıkılığının DEHB grubunda anlamlı olarak yüksek bulunması, uygunun doğrudan yapsıya ilgili bir sorun olan uyku bölünmesinin DEHB’nin seyrinde bulunan bir belirti olabileceğine işaret etmektedir.

Bozulmuş ya da yetersiz uyku ile sonuçlanan uyku problemleri, gün içinde artmış yorgunluk, dürtüselliğ, konsantrasyon güçlüğü, davranış sorunları ve okul...
başarısızlığa yol açabilir ve duyagua, dikkat ve davranışsal alanlarda günlük işlevselliği olumsuz etkileyebilir, çocuğun sosyal ve akademik işlevselliğinde ciddi bozulmalara yol açabilir (Hill, 2007). Bu bağlamda, gece sık uyanma DEHB’nin psikopatolojisine yatkınlık oluşturan bir belirti olabilir. DEHB tedavisinde uyku sorunlarının yönetimi yani doğru sınıflandırılması ve tedavisi, çocuğun ve aile bireylerinin yaşam kalitesini artırmakla birlikte belirti şiddetini ve tedavi yanıtını etkilemesi açısından da önem taşımaktadır.

Alanyazında DEHB’de uyku örüntüsü özellikleri, uyku sorunları ve kontrollere göre farklılıklar üzerine yapılan çalışmalar gittikçe artarken elde edilen değişken sonuçlar, yöntemsel farklılıklarla ilişkilendirilmektedir. Çalışma deseniyile ilgili öneriler dikkate alınarak eksikliklerin ve kısıtlıkların giderildiği çalışmalara gereksinim duymaktadır. Tüm pediatrik profesyoneller uyku problemlerini açığa çıkarmak için uyku sorunlarını sormak ve gözden kaçan durumların yol açacağı sorunlardan hastayı korumak zorundadır. Doğrudan sorulduğunda çocuklarda uyku sorunu olan ebeveynlerin yanıt dizisinin sorunu olmadığı ifade ettiği gösterilmiş, daha spesifik olarak artışın gün içi uykuluk halinin, uyku dalma güçlüğunün ve uyana sikliğinin sorulması uyku sorunu olan çocuklarının en azından bir kısımının belirlenmesinde yardımcı olabilir (Luginbuehl, 2004).

Ailelerde ve çocuklara rutin değerlendirime sırasında uyku alışkanlıklarının sorulması ve uykuyla ilgili daha ayrıntılı anamnez alınması, birçok psikopatolojik hastalığın seyrinde rastlanan ve yaşam kalitesini ve işlevselliği olumsuz etkileyen uyku sorunları ile ilgili farklı khănın artmasını sağlayacaktır. Bu sayede tedavinin etkinliği de artırılabilir. Bu bağlamda, uygunun değerlendirilmesine yönelik kolay ulaşılabilir ve uygulanabilir değerlendirme araçlarının oluşturulması ve çocuklara ilgilenen tüm profesyoneller arasında yaygınlaştırılmasına ihtiyaç duyulmaktadır.
ÖZET

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocuklarda Uykunun Yaşam Kalitesi ile İlişkisinin İncelenmesi

Giriş ve Amaç: Bu çalışmada, bileşik tip DEHB tanısı alan çocuklarda uykusal análise, uyku sorunları, sıklığı ve eştanı ile ilişkisinin araştırılması, DEHB’de uyku sorunları ile birlikte yaşaman kalitesi üzerine etkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

ve ergenlerde uygulanılan zeka testi) uygulanmıştır. DEHB tanısi doğrulanan çocuklardan ve anne-babalarından uyuşuya ilgili ayrıntılı anamnez alınmıştır.

**Sonuçlar:** DEHB’de uyu sorunları sıklığı %84,8 olarak bulunmuş ve kontrollerden anlamlı olarak yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır (p=0,002). DEHB grubunda ÇİYKÖ puanlarının değerlendirilmesi sonunda, yaşam kalitesinin hem fizikal sağlık hem psikososyal sağlık hem de toplam yaşam kalitesi alanlarında daha bozuk olduğu görülmüştür (p<0,05). DEHB ve kontrol grubundan her ikisinde de uyu sorunu olsa bile gece uyanma sıklığının DEHB grubunda anlamlı olarak yüksek olduğu bulunmuştur (p=0,02). Estanların uyu sorunlarının sıklığını artırdığı sonucuna ulaşılmıştır. ÖÖG tanısı olan olguların diğer DEHB olgularına göre parasomnia sıklığının daha fazla olduğu görülmüştür (p=0,05).

**Tartışma:** Çalışmamızda, ilaç kullanımı ve sosyokültürel etkenler, cinsiyet ve yaş farklılıkları gibi değişkenler kontrol edilerek yapılan değerlendirme sonuçlarına göre; önceki araştırmalarla tutarlı olarak, bileşik tip DEHB tanısı konan olguların uyu sorunları sıklığı sağlıklı kontollere göre daha fazla bulunmuştur. Uyku sorunu olan DEHB’lilerin, gece boyunca, uyu sorunu olan kontrollerden daha sık uyanmaları, uykuunun bölünmesine yol açan gece uyanmalarının, DEHB’nin seyrinde yer alan önemli bir belirti olabileceği düşünülmektedir. DEHB’de gün içi uyuşulüğün daha fazla olması ve bunu dengelemek için aşırı hareketliliğin ortaya çıktığı hipotezi ve uyanıklığı sağlayan bazı ilaçların DEHB belirtilerini de iyileştirmesi, bu düşünceyi desteklemektedir. Geçerli ve standart tanı kriterlerinin kullanılması, ergenlik, cinsiyet, sosyoekonomik düzey, birincil uyu bozuklukları, tibbi nedenler, zeka düzeyi gibi kısıtıcı etkenlerin dışlanmış olması, estanların etkisinin göz önünde bulundurulması ve benzer özellikleri olan kontrol grubu ile karşılaştırma yapılmış olması çalışmanın güçlü yönleridir. Örneğin grubunun ve estan gruplarının küçük olması yapılan karşılaştırma sonuçlarını etkilemiş olabilir. Daha geniş örneklem grubuyla çalışılması ve özel ölçümlerin yanında nesnel ölçüm verilerinin de kullanılması daha güvenilir sonuçlara ulaşılması açısından gereklidir. Sonuç olarak; özellikle DEHB belirtileri gösteren çocuklara rutin değerlendirime sırasında uyu alışkanlıklarının sorulması ve uyuşuya ilgili daha ayrıntılı anamnez alınması,
DEHB’nin seyrinde rastlanan ve yaşam kalitesini ve işlevselliği olumsuz etkileyen uyku sorunları ile ilgili farklıdaların artmasını, DEHB belirtilerinin şiddetinin azalmasını sağlayacak ve tedavi etkinliğini artıracaktır.

**Anahtar Sözcükler:** Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği, Çocukluk Uyku Alışkanlıkları Anketi, Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, uyku, yaşam kalitesi.
SUMMARY

Relationship Between Sleep Problems and Quality of Life in Children with ADHD

Objective: The purpose of this study is to assess the sleep behaviours, sleep problems and frequency, relation with psychiatric comorbidities in ADHD Combined type and to evaluate the effect of sleep problems on quality of life.

Method: Forty-six boys that were consecutively applied to Ankara University School of Medicine Department of Child and Adolescent Psychiatry, aged 7 to 13, with ADHD-combined type and 31 healthy boys chosen from their classmates, were included in this study. ADHD children were never used any psychotropic drug before and treated for any sleep disorders. Their intelligence quotient (IQ) test scores were 80 and over, Body Mass Index (BMI) were in normal ranges, they were examined by Ear Nose Throat and Pediatric Cardiology clinics and were reported as normal and did not have any medical and neurological disorders. Control group were chosen from children whose ages and sociodemographical features were similar. They did not have any known medical disorder histories, administration to psychiatry clinic, sleep disorder or drug use and have normal BMI and high school success. Parents completed Sociodemographic Form, Childrens Sleep Habits Questionnaire, Conners Parent Rating Scale-revised long form and The Pediatric Quality of Life Inventory (PedsQL) for their children, teachers completed Conners Teacher Rating Scale-revised long form and all of the participants were administered to The Pediatric Quality of Life Inventory (PedsQL) for themselves. Wechsler Intelligence Scale for Children-Revised was applied to our clinical sample and they were identified by using Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged Children-Present and Lifetime version (K-SADS-PL). The childrenen were asked about their sleep routines and behaviours.
Results: The frequency of sleep problems in ADHD is found as 84.8% and this ratio, higher than the control group, is statistically significant (p=0.002). Evaluating The Pediatric Quality of Life Inventory (PedsQL) scores, it is shown that the quality of life is worse in areas of physical health, psychosocial health and also total life quality (p<0.05). ADHD group with sleep problems have more night wakeings than control group with sleep problems (p=0.02). Sample It is found that the comorbidity do not increase the frequency of sleep problems. The frequency of parasomnias is increased in group with LD (p=0.05).

Conclusion: The results of this study, which controls for a number of important possible confounders found in previous examinations of ADHD and sleep, support the results of a number of other studies that have found an increased overall prevalence of parent-reported sleep disturbances in children with ADHD compared with healthy control subjects. As the ADHD group have more night wakeings than the control group through the night, it’s thought that night wakeings which cause a partitioned sleep, may be important signs seen in ADHD. That could be suggested by two hypotheses. First one is that, daytime sleepiness is more common in ADHD and those children present excessive hyperactivity during the day to stay awake and the second one is the improvement of ADHD signs when the drugs for sleepiness are used. Usage of standardized and valid diagnostic criteria, exclusion of adolescence, gender, socioeconomic level, primary sleep problems, medical disorders and low IQ level, making allowances for effect of comorbidities and having compared with the control group are the important methodological features of this study. The most important limitation of this study is small sample size which makes the findings less generalizable to other groups of children with ADHD, and another one is not having used objective measurements together with subjective measurements. In conclusion, these results underscore the importance of screening all children who have a symptom constellation suggestive of ADHD for sleep problems that may either play a causative role or exacerbate the clinical appearance of ADHD in a given child. Correct evaluation and treatment of sleep problems increase the life quality of family and child and also decrease the severity of ADHD symptoms.
**Key words:** Attention Deficit Hyperactivity Disorder, Children’s Sleep Habits Questionnaire, sleep, life quality, Pediatric Quality of Life Inventory.
KAYNAKLAR


42. Chervin RD. How many children with ADHD have sleep apnea or periodic leg movements on polysomnography? Sleep. 2005;28:1041-1042.


188. Zametkin A, Rapoport J. Neurobiology of attention deficit disorder with hyperactivity: where have we come in 50 years? J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1987;26:676–86.
EKLER

EK 1: Sosyodemografik Veri Formu

Çocuğun adı ve soyadı:
Doğum tarihi:.../.../...
Cinsiyeti:
Boyu (cm):
Ağırlığı (kg):
Okulu ve sınıfı:
Adresi:

Anne adı ve soyadı:
Yaşı:
Eğitim durumu:
Mesleği:
Adresi:
Telefonu:
Geçirdiği hastalıklar:
Mevcut sağlık sorunu:
Kullandığı ilaçlar:

Baba adı ve soyadı:
Yaşı:
Eğitim durumu:
Mesleği:
Adresi:
Telefonu:
Geçirdiği hastalıklar:
Mevcut sağlık sorunu:
Kullandığı ilaçlar:
Kardeş sayısı:
Yaş:
Cinsiyet:
Geçirdiği hastalıklar:
Mevcut sağlık sorunu:
Kullandığı ilaçlar:

Evde yaşayan diğer bireyler ve çocuğa yakınlıkları:
EK 2: Yenilenmiş Conners Ebeveyn ve Öğretmen Değerlendirme Ölçeği (3-17 Yaş)

| Çocukun Adı:……………………………………………………………………………………………………………………… | Cinsiyeti: | K E (dalğa içecek alt) |
| Doğum tarihi: :ceansel | Yaş: | Sınıf: |
| Anne ya da Babasının Adı: ….………………………………………………………………………………………………… | SEEK | …………………………………… |

| Büyüme Tarihi: :ceansel | Ay | Günsel |

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>HIC</th>
<th>BIRAZ</th>
<th>OLDUKÇA</th>
<th>ÇOK</th>
<th>DOGRU</th>
<th>(Hiçbir zaman, nadiren)</th>
<th>DOGRU</th>
<th>DOGRU</th>
<th>DOGRU</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1. Ölçül ve alınmadan.</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2. Ev odelerini yeniden ya da tamamlamada zorluk çeker</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>3. Silikli hareket halindeydi ya da bir motor tondurun sitiliyormuş gibi hareket eder.</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>4. Örterek, kovala korkar</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>5. Her şeyi yere vermede olmasalı</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>6. Hic aradanın vaktine.</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>7. Karın ağrır.</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>8. Kıyıra eder.</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>9. Uzun süreli zihinsel çaba göstermeyi gereklen göreve denilmeyi (okul çalışmalari ya da ev odeleri gibi) kaçırmır, isteksizlik gösterir ya da</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>10. Görevlerde ya da oyun etkinliklerinde dikatiini sınırlanmada zorluk çeker</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>11. Yatılmıştırlar.</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>12. дюкеляri tamamlanmaya başaramaz.</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>13. Karşıya ya da marketleme alaryesi zamanında kontrolü zordur.</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>14. İnsanlara karşı.</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>15. Bir şeyleri tekke tek kullanma kontrol eder.</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>16. Cahıls, arka çıkıyor.</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>17. Aşırı ve sadırga olur.</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>18. Hızlanırız ya da sağ hareket eder.</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>19.&gt;Status dikatiini sınırlanmada zorluk çeker.</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>20. Kendisiyle olmaya içinde olunmaz.</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>21. Hı充满了.</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>22. Dikatiini yaparak yakında derechosu denemeni şefkati.</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>23. Uygun olmayan oynamada saat bir şekilde konuşmaları yapma zamanını.</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>24. Yeni durumlarda korkar.</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>25. Temizlik kısmında titizlik.</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>26. Namının edincileri ile bilinir.</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>27. Okulda yerden önce ahırın, sahilden ve o kısım araçlarını eline.</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>28. Karşılık veremezler, dıştan yerden hareket eder.</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>29. Yöntemleri izlerece ve okul öğrenmelerini, gururlu ev işlerini ya da iş yerindeki işlere denetlenir.</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
30. Görevliler ve etkinliklere düzenlenecek gaybrero. 0 1 2 3
31. Sporcular. 0 1 2 3
32. Konuk branşlar, hizmetler. 0 1 2 3
33. Yalnız kalınanın korur. 0 1 2 3
34. Hir sevi, her zaman aynı şekilde davranın. 0 1 2 3
35. Arkadanların evlerine ege ile döver edilmesi. 0 1 2 3
36. Baş Drew. 0 1 2 3
37. Bağlı bir birleştirme. 0 1 2 3
38. Dikkatle dikkati kolayça dağıtılır. 0 1 2 3
39. Çok konu. 0 1 2 3
40. Yetkilerinizin işeyleme nedeniyle karar verme ve da uyumya reddeder. 0 1 2 3
41. Ayrunlara dikkati vurucu fazla ya da çok zamanlarının biri ya da diğer etkinliklere dikkati vurucu bataklar vardır. 0 1 2 3
42. Sıanda beklemekti ya da oyunlarda ve grup etkinliklerinde zaman kendi içinde beklemekte gaybrero vardır. 0 1 2 3
43. Pok, çok korkuncular vardır. 0 1 2 3
44. Matlar hizmete verilmediği halde zaman ama büyükleri vardır. 0 1 2 3
45. Dikkatlinin dikkatini almak ya da dikkatlinin işi derece sorun vardır. 0 1 2 3
46. İlce bir seviye yüklenen kabul edilsin. 0 1 2 3
47. Öğle yemekleri vardır. 0 1 2 3
48. Bir sev zamanı içinde yeni nesneleri belirtmekle dikkati dağıtılır. 0 1 2 3
49. Bağlarımı büyük ya da zorla ayrı gireler (örneğin bağlarımı düşünmeyi ya da oyunlarını hemen bırakır). 0 1 2 3
50. Görevliler etkinliklere ayrılanlardır. 0 1 2 3
51. Yöneticileri koruyanız. 0 1 2 3
52. Yenikatekler arasında kastını durur. 0 1 2 3
53. Katanıları, hizmetlerini ve da işlerini korur. 0 1 2 3
54. Kendisini için yetkinlik bedelleri kaydır. 0 1 2 3
55. İlacı avlayıcı his duyar ve da oyunları verir karlar. 0 1 2 3
56. Dikkatli sırası. 0 1 2 3
57. Akınlar ve da baglarımı tanımaktan koluna teşhir. 0 1 2 3
58. Oyuncular, bir el zamanı vardır. 0 1 2 3
59. Sıktan bir büyükçe oyun oynanmak ya da çok zaman etkinliklerine katılmakta gaybrero. 0 1 2 3
60. Yürmece, çekinme. 0 1 2 3
61. Kendi bataları ve da varlığı davrananların nedeniyle baglarımı sunar. 0 1 2 3
62. Yerinde durarın. 0 1 2 3
63. İçe ve da oğuldu da sindir ve da santur. 0 1 2 3
64. Bir bakış onun ait seyler ve zamanı düzgünlemez bunlara nihayet olur. 0 1 2 3
65. Amne başına ve da dişler yemeklerin yapım. 0 1 2 3
66. Diler giydir. 0 1 2 3
67. Bağlarımı consultant şeyler konu olarak yapılır. 0 1 2 3
68. İneklerin buynun kabul etme kabul etme sırası. 0 1 2 3
69. Yalanca yarışma, bir dair duyguya sevileni dikkati vur. 0 1 2 3
70. Konular ve da iç güzel biyle. 0 1 2 3
71. Görevliler ve da etkinlikler için gerekli olan şeylerı keyif verir (örneğin okul ödevleri, kalemler, kitaplar, araç gereçler ve da oyuncağlar). 0 1 2 3
72. Bağlarımı consultant konuların ardından konu kelim, sp. 0 1 2 3
73. Çıldu zamanı varsa ve da birik dikin. 0 1 2 3
74. Unutma. 0 1 2 3
75. Sık sık ve kelimeleri alır. 0 1 2 3
76. Saha ve da oyunlara beklenti dahil durumlarla verinden kalkar. 0 1 2 3
77. Bu halk asa ve garpo bir şekilde edraks. 0 1 2 3
78. Cebinden alınan varı supporter. 0 1 2 3
79. Durum uyanlar arasında dikkati kolayça dağıtılır. 0 1 2 3
80. Sonun tamamlayabilmesi bekledi ve cevapi yapılmıştır. 0 1 2 3
**YENİLENMİŞ CONNERS SINIF ÖĞRETMEŅİ DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ (3-17 YAŞ)**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Diğerinin Adı:</th>
<th>Cinsiyeti: K E</th>
<th>(daiye içine al)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Doğum tarihi:</td>
<td>Yaş:</td>
<td>Sınıf:</td>
</tr>
<tr>
<td>Ay / Gündüz Yı</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Öğretmenin Adı:</td>
<td>Bagwünsin Tarihi:</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Ay / Gündüz Yı</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>


<table>
<thead>
<tr>
<th>HIC</th>
<th>DOĞRU/DEĞİL</th>
<th>BİRÁZ DOĞRU (Bozen)</th>
<th>ÖLDÜRÇA DOĞRU (Çoğu kez, Sık sık)</th>
<th>ÇOK DOĞRU (Pek çok kez, Çok sık)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1</td>
<td>Kapsı ne gelir?</td>
<td>0 1 2 3</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td>Kapsı ne gelir?</td>
<td>0 1 2 3</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td>Öğrencinin hereye bunca zaman veriyor muyum?</td>
<td>0 1 2 3</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>Doktorumuzda arkadaşım çok ailemiz.</td>
<td>0 1 2 3</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>5</td>
<td>Çocuklara kolayca inanıyor.</td>
<td>0 1 2 3</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>6</td>
<td>Mutkemmel yetişebilir.</td>
<td>0 1 2 3</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>7</td>
<td>Öðnce parlamaları var; ani ya parlayan, onceden kestirilemeyecek davranışlar gösterir.</td>
<td>0 1 2 3</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>8</td>
<td>Kolay, hava koşulları, dış.getenveden hareket eder.</td>
<td>0 1 2 3</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>9</td>
<td>Ayırt etimde dikkatli ve vurgusuz, her okul ihtiyaçlarına uygun uygulamaları, yapsığa uyanlar ve daha değerli arkadaşlar, davranışı hatalar yapar.</td>
<td>0 1 2 3</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>10</td>
<td>Sağlıklı</td>
<td>0 1 2 3</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>11</td>
<td>Sürekli hareket halindedir ve bir motor tarafından sürülmesinin gerek dereket eder.</td>
<td>0 1 2 3</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>12</td>
<td>Uygun süreli zihinsel çaba gerektiren görevlerden (okul ödevleri ya da ev ödevleri gibi) kaçırdır, istekszizlik gösterir ya da yapanıza göre, zorlanır.</td>
<td>0 1 2 3</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>13</td>
<td>Takip edilir ya da oyunlar en son secilen kişi olarak biter.</td>
<td>0 1 2 3</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>14</td>
<td>Dayanışal bir çocuk.</td>
<td>0 1 2 3</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>15</td>
<td>Her şey verilir ve onu almak.</td>
<td>0 1 2 3</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>16</td>
<td>Hızla çalışır ya da asla hareket eder.</td>
<td>0 1 2 3</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>17</td>
<td>Başladığında da bu hareketliliğin</td>
<td>0 1 2 3</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>18</td>
<td>Kendisine saygılerini dilinde ve davranışa gösterir.</td>
<td>0 1 2 3</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>19</td>
<td>Yetişkinlerin isterlerine aksık kapsı gelir ya da nymapı reddeder.</td>
<td>0 1 2 3</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>20</td>
<td>Sınıfı ya da oyunları beklenen diğer durumlarda yerlendir ekktar.</td>
<td>0 1 2 3</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

- Bu proje, M.E.B. Eğitim Araştırmaları ve Geliştirme Dairesi tarafından desteklenmektedir.
- Copyright 1997, 2000 by Psychological Assessment Resources, Inc.
<table>
<thead>
<tr>
<th>Soru</th>
<th>Alış verimliliği</th>
<th>BIRAZ ALIŞ VERİMLİ</th>
<th>OLDUKÇA ALIŞ VERİMLİ</th>
<th>Çok Alış Verimli</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>21</td>
<td>Kullandığı harfleri doğru sandı vayvazan</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>22</td>
<td>Hiz aralığında vokatır</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>23</td>
<td>Urekatan, kolayca korkar</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>24</td>
<td>Bir şeyleri tek tek tak kontrol eder</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>25</td>
<td>Sık sık ve kolayca ağlar</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>26</td>
<td>Dikkatsiz, dikkat koyduğu düşünür</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>27</td>
<td>Görevleri ve da etkinliklerini düzenlemeye gücü yetir</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>28</td>
<td>Görevlerde ya da oyan etkinliklerinde dikkatini sürdürmede gücü yetir</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>29</td>
<td>Sınıf hazinesi alanında beklenilen gücü yetir</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>30</td>
<td>Sınavlar düzende okuyamaz</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>31</td>
<td>Nasil aralarda edinirini bilir</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>32</td>
<td>Elastik ve dayanıklık</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>33</td>
<td>Görsel olmayan konuları da aksiyonla çok fazla uygur</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>34</td>
<td>Yerinde dururun</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>35</td>
<td>Diğer öğrencilerle rahat eder</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>36</td>
<td>Çok konuşur</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>37</td>
<td>Yeraltılarda tutuşur</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>38</td>
<td>Hareket etmeden durumalı</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>39</td>
<td>Uygun olarak ortamlarda aksir bir şekilde koştuvar</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>40</td>
<td>Okul sınıflarına hissetmez</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>41</td>
<td>Sozial becerileri zayıftır</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>42</td>
<td>Sakin bir biçimde oyun oynamaktay騎 da boy zaman etkinliklerine katılımın gücü yetir</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>43</td>
<td>Her sevin dizgin ve temiz olmasına karşı</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>44</td>
<td>Üzeri aklardan hıc durur ve da oyunu zordu kusur kutur</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>45</td>
<td>İnsanlara hemi hikayeleri de oyunu anlattır</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>46</td>
<td>Serinlemeyenine iyi bir şekilde sahip</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>47</td>
<td>Kınanır ve da çok alıksız</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>48</td>
<td>Dikkatı sürekli olarak</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>49</td>
<td>Görevlerde da etkinlikler için gerekli olan seyleri kaybeder (örneğin okul odeleri, kalemler, kılmular, araç gereçleri ya da oyunaklar)</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>50</td>
<td>Yalnızca aurelenine bel aksiyonu ayıramaz</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>51</td>
<td>Üstün, seçkinlik</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>52</td>
<td>Dikkatinin dağılmamasına da dikkatinin sürekli soirée yatar</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>53</td>
<td>Her sevin hıc zaman aksı dikkat dağılmaz</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>54</td>
<td>Ruh hali çok anı ve zararlı bir şekilde dağılıyor</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>55</td>
<td>Başkalarını bir şeyler ya da zorla arya görev (örneğin başkalarına konuşmaları ve da oyunlarının hırsız taktır)</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>56</td>
<td>Matematikte zayıftır</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>57</td>
<td>Yöngeticileri izlemek ve okul eğitimlerini bilmezce (karşılık alım verenler arasında da yöngeticileri anlaşılamayan da edilir)</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>58</td>
<td>Dış avantajları dikkatli kısa vakt okuyan dıdır</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>59</td>
<td>Huzursuzdur, her an aksaktır ve hareket halindedir</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
</tr>
</tbody>
</table>
## ÇOCUK UYKU ALIŞKANLIKLI ANKETİ

(Okul öncesi ve Okul çağı çocuklara için)


Eğer bir durum haftada 5-7 kez görülse GENELLİKLE, 2-4 kez görülse BAZEN, 1 kez görülse ya da hiç görülmemiş NADIREN şeklinde cevap veriniz. Eğer bir sadece sadece edilen uyku alışkanlığı size göre soran yaratıcıya "evet", yaratıcıya "hayır" veya "veya" gibi cevap veriniz.

### Yatma Zamanı

Çocuğunuzun yatış saattini yazınız: ____________________________

<table>
<thead>
<tr>
<th>3 (5-7)</th>
<th>2 (2-4)</th>
<th>1 (0-1)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Yatışta her gece aynı saatte gider*</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>Yataktan sonra 20 dakika içinde uykuya dalar*</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>Kendi başına yatışında uykuya dalar*</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>Ana-babasını ya da kardeşin ya da anneyi yatışında uykuya dalar</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>Uykuya dair anneye ya da kardeşine odada olmasının gerekir</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>Yatış saatinde mıcadede eder (ağlar, yatakta durmak ister)</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>Karanlıkta uyumakta korur</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>Yalnız başına uyumakta korur</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### Uyku Davranışı

Çocuğunuzun her günün genel uyku miktarını: __________ saat, __________ dakika

(gece uyku ile gün içindaki uyku miktarının toplamı)

<table>
<thead>
<tr>
<th>3 (5-7)</th>
<th>2 (2-4)</th>
<th>1 (0-1)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Çok az uyur</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>Yeteri miktarında uyur*</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>Her gün aynı miktarında uyur*</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>Gece yatışını silatır</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>Uyku sırasında konuşur</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>Uyku sırasında huzursuzdur ve çok hareket eder</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>Gece uyanması yürüür</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>Gece başkasının yatışına gider (anneye-babasına, kardeşlerinin ve)</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
</tbody>
</table>
17) Uykuda düğ geçerde (düğ hekim de bunu size söylemiş olabilir) □ □ □
18) Yıldızlar sade beşler □ □ □
19) Uyku sırasında sanki nefes alımı duruyor gibi olur □ □ □
20) Uyku sırasında kesik kesik nefes alır, burundan hırtıltıyla nefes alıp verir □ □ □
21) Ev dışında bir yerde uyumaktan sorun yaşam (akrabalarla, yasa geziyor) □ □ □
22) Gece uykudan bağırmak uyumur, terlemişsin, sankineştirilmez □ □ □
23) Korkutucu bir rüya nedeniyle telaşla uyumur □ □ □

**Gece Uykudan Uyanma**

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>3 Genellikle (5-7)</th>
<th>2 Bazen (2-4)</th>
<th>1 Nadiren (0-1)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>24) Uykuda bir kez uyanır</td>
<td>□ □ □</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>25) Uykuda bir kezden fazla uyanır</td>
<td>□ □ □</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Gece uyandığında kaç dakika uyandığını kalsığınız yazınız: ________________

**Sabah Uykudan Kalkma/ Gündüz Uyukluluk Halı**

Sabahlari genelde uyandığı saatini yazınız: ________________

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>3 Genellikle (5-7)</th>
<th>2 Bazen (2-4)</th>
<th>1 Nadiren (0-1)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>26) Sabah kendiliğinden uyandır*</td>
<td>□ □ □</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>27) Keşişiaz bir şekilde uyandır</td>
<td>□ □ □</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>28) Göçme yetişkinler ya da kardeşleri uyandırır</td>
<td>□ □ □</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>29) Sabahlari yataktan çıkıضاء zorlanır</td>
<td>□ □ □</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>30) Sabahlari uyanıp ayınlamasuz uzun zaman alır</td>
<td>□ □ □</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>31) Sabahlari yorgun görünür</td>
<td>□ □ □</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Aşağıda belirtilen durumlarda çok uykusu gelir ya da uyuvalarlı:

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>1 Uykuu gelmez</th>
<th>2 Çok uykusu gelir</th>
<th>3 Uyuvalarlı</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>32) Televizyon seyredenken</td>
<td>□ □ □</td>
<td>□ □ □</td>
<td>□ □ □</td>
</tr>
<tr>
<td>33) Arabada yokluğ ederken</td>
<td>□ □ □</td>
<td>□ □ □</td>
<td>□ □ □</td>
</tr>
</tbody>
</table>

103
Ek 4. Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği

ÇOCUKLAR İÇİN YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

Çocuk Değerlendirme Formu (Anne-Baba) (8-12 yaş)

Bir sonraki sayfada çocuğunuz için sorun olabilecek durumların listesi bulunmaktadır.
Lütfen son bir aylık süre içinde her birinin çocuğunuz için ne kadar sorun oluşturduğunu daire içine alarak beliriniz.

- Eğer çocuğunuz için hiçbir zaman sorun değilse 0
- Eğer çocuğunuz için nadiren sorun oluyorsa 1
- Eğer çocuğunuz için bazı sorun oluyorsa 2
- Eğer çocuğunuz için sıklıkla sorun oluyorsa 3
- Eğer çocuğunuz için hemen her zaman sorun oluyorsa 4

Burada yanıtız ya da doğru cevaplar yoktur.
Eğer herhangi bir soruyu anlayamazsanız lütfen yardım İsteyiniz.
<table>
<thead>
<tr>
<th>Fiziksel işlevsellik ile ilgili sorunlar</th>
<th>Hiçbir zaman</th>
<th>Nadiren</th>
<th>Bazen</th>
<th>Sıklıkla</th>
<th>Hemen her zaman</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1. Bir bloktan fazla yırtılmak</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>2. Koşmak</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>3. Sper ya da egzersiz yapmak</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>4. Ağır bir şey kaldırmak</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>5. Kendi başına düş ya da bathre yapmak</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>6. Evcilik girişi işlem yapmak</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>7. Acımsın ya da ağınşın olmasına</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>8. Düşük enerji düzeyi</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Duygusal işlevsellik ile ilgili sorunlar</th>
<th>Hiçbir zaman</th>
<th>Nadiren</th>
<th>Bazen</th>
<th>Sıklıkla</th>
<th>Hemen her zaman</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1. Korkmuş ya da öfkmiş hissetmek</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>2. Hızlıya ya da üzgün hissetmek</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>3. Öfkeli hissetmek</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>4. Uyku ile ilgili zorluğlar</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>5. Kendisinde ne olacağı konuşurdu endişe duymak</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Sosyal işlevsellik ile ilgili sorunlar</th>
<th>Hiçbir zaman</th>
<th>Nadiren</th>
<th>Bazen</th>
<th>Sıklıkla</th>
<th>Hemen her zaman</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1. Yaşaları ile geçimi</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>2. Yaşalarının onurla arkadaş olmak istememesi</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>3. Yaşaların tarafından alay edilmesi</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>4. Yaşalarının yapabildiği şeylerin yapamaması</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>5. Yaşalarına ayaq uyduramaması</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Okul ile ilgili sorunlar</th>
<th>Hiçbir zaman</th>
<th>Nadiren</th>
<th>Bazen</th>
<th>Sıklıkla</th>
<th>Hemen her zaman</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1. Sınıfta dikkatini boleymaması</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>2. Bazı şeylerin unutması</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>3. Derslrinden gari kalması</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>4. Kendini iyi hissetmedigi için okula gidememesi</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>5. Doktora ya da hastaneye gittiği için okula gidememesi</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
</tbody>
</table>
ÇOCUKLAR İÇİN YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

Çocuk Değerlendirme Formu (8-12 yaş)

Bir sonraki sayfada senin için sorun olabilecek durumların listesi bulunmaktadır.
Lütfen son bir aylık sürede herbiriın senin için ne kadar sorun oluşturduğunuzu daire içine alarak belirt.

Eğer senin için hiçbir zaman sorun değilse 0
Eğer senin için nadiren sorun olyorsa 1
Eğer senin için bazen sorun olyorsa 2
Eğer senin için siklikla sorun olyorsa 3
Eğer senin için hemen her zaman sorun olyorsa 4

Burada yanlış ya da doğru cevaplar yoktur.
Eğer herhangi bir soruyu anlamazsan lütfen yardım iste.
Son bir ay içinde aşağıdaki senin için ne kadar sorun yarattı?

### Sağlıkım ve aktivitelerim ile ilgili sorunlar

<table>
<thead>
<tr>
<th>Sorun</th>
<th>Hiçbir zaman</th>
<th>Nadiren</th>
<th>Bazen</th>
<th>Sıklıkta</th>
<th>Hemen her zaman</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1. Bir blokta fazla yürütme bana zor gelir</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>2. Kopmak bana zor gelir</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>3. Spor ya da ogrenersiz yapmak bana zor gelir</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>4. Ağır bir şey kaldırmak bana zor gelir</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>5. Kendi başına duş ya da banyo yapmak bana zor gelir</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>6. Evdeki gönülük işleri yapmak bana zor gelir</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>7. Bir yorum coşur ya da ağır</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>8. Enerjim azılır</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### Duygularıma ilgili sorunlar

<table>
<thead>
<tr>
<th>Sorun</th>
<th>Hiçbir zaman</th>
<th>Nadiren</th>
<th>Bazen</th>
<th>Sıklıkta</th>
<th>Hemen her zaman</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1. Korkmuş ya da işinmiş hissederim</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>2. Hüzdüd ya da özgün hissederim</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>3. Etki hissederim</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>4. Uyumakta zorluq cekerim</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>5. Bana ne olacağını konuşmanda endişelenirim</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### Başkaları ile ilgili sorunlar

<table>
<thead>
<tr>
<th>Sorun</th>
<th>Hiçbir zaman</th>
<th>Nadiren</th>
<th>Bazen</th>
<th>Sıklıkta</th>
<th>Hemen her zaman</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1. Yaşitlarınının geçmişakte sorun yaparım</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>2. Yaşitlarının benimle arkadaş olmak istemeler</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>3. Yaşitlarınının benimle aray eder</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>4. Yaşitlarınının yapabildikleri şeyler yapamam</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>5. Yaşitlarla oyun oynarken peri katılmam</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### Okul ile ilgili sorunlar

<table>
<thead>
<tr>
<th>Sorun</th>
<th>Hiçbir zaman</th>
<th>Nadiren</th>
<th>Bazen</th>
<th>Sıklıkta</th>
<th>Hemen her zaman</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1. Sınıfta dikkatimi toplamakta zorlanırım</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>2. Bazı şeyleri unutturun</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>3. Derelerimden periyalınmak için zorluq cekerim</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>4. Kendimi iy hissedemememim için okula gidemedimim olur</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>5. Doktora ya da hastaneye gitmişim için</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Çocuğunuzun adı soyadı:
Tarih:

ÇOCUKLAR İÇİN YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

Ergen Değerlendirme Formu (Anne-Baba) (13-18 yaş)

Bir sonraki sayfada çocuğunuz için sorun olabilecek durumların listesi bulunmaktadır.
Lütfen son bir aylık sürede herbirinin çocuğunuz için ne kadar sorun oluşturduğunu daire içine alarak belirtilin.

Eğer çocuğunuz için hiç bir zaman sorun değilse 0
Eğer çocuğunuz için nadiren sorun oluyorsa 1
Eğer çocuğunuz için bazen sorun oluyorsa 2
Eğer çocuğunuz için sıkıksa sorun oluyorsa 3
Eğer çocuğunuz için hemen her zaman sorun oluyorsa 4

Burada yanlış ya da doğru cevaplar yoktur.
Eğer herhangi bir soruyu anlamazsanız lütfen yardım isteyiniz.
<table>
<thead>
<tr>
<th>Fiziksel işlevsellik ile ilgili sorunlar</th>
<th>Hiçbir zaman</th>
<th>Nadiren</th>
<th>Bazen</th>
<th>Sıklıkta</th>
<th>Hemen her zaman</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1. Bir öülüktan fazla yırtmak</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>2. Koşmak</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>3. Spor ya da egzersiz yapmak</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>4. Ağır bir şey kaldırmak</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>5. Kendi başına düş ya da banyo yapmak</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>6. Evedeki giocilik işleri yapmak</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>7. Acısinin ya da ağışinşinin olması</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>8. Düşük enerji düzeyi</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Duygusal işlevsellik ile ilgili sorunlar</th>
<th>Hiçbir zaman</th>
<th>Nadiren</th>
<th>Bazen</th>
<th>Sıklıkta</th>
<th>Hemen her zaman</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1. Korkmuş ya da öfkemiş hissetmek</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>2. Hızlı carda ya da üzgün hissetmek</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>3. Öfkel hasretmek</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>4. Uykul ile ilgili zorluklar</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>5. Kendinize ne olacağını konusunda endişe duyurmak</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Sosyal işlevsellik ile ilgili sorunlar</th>
<th>Hiçbir zaman</th>
<th>Nadiren</th>
<th>Bazen</th>
<th>Sıklıkta</th>
<th>Hemen her zaman</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1. Yaşlıları ile geçimi</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>2. Yaşlınının önüne erkeş olmak istememesi</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>3. Yaşlıların tarafından elas edilmesi</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>4. Yaşlının yapabildiği şeyler yapamaması</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>5. Yaşlınının ayak yürüyememesi</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Okul ile ilgili sorunlar</th>
<th>Hiçbir zaman</th>
<th>Nadiren</th>
<th>Bazen</th>
<th>Sıklıkta</th>
<th>Hemen her zaman</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1. Sınıfta dikkatini toplayamemesi</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>2. Bazı seyleri unutması</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>3. Derlerinden geri kalması</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>4. Kendini iyi hissetmedığı için okula gidememesi</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>5. Doktoru ya da hastaneye gidtiği için okula gidememesi</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
</tbody>
</table>
ÇOCUKLAR İÇİN YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

Ergen Değerlendirme Formu (13-18 yaş)

Bir sonraki sayfada sizin için sorun olabilecek durumların listesi bulunmaktadır.
Lütfen son bir aylık süreç içinde herbiniin sizin için ne kadar sorun oluşturduğunu daire içine alarak belirtiniz.

Eğer sizin için hiçbir zaman sorun değilse 0
Eğer sizin için nadiren sorun olsaydysa 1
Eğer sizin için bazen sorun olsaydysa 2
Eğer sizin için sıkıkça sorun olsaydysa 3
Eğer sizin için hemen her zaman sorun olsaydysa 4

Burada yanlış ya da doğru cevpler yoktur.
Eğer herhangi bir soruyu anlamazsanz lütfen yardımcı isteyiniz.
Son bir ay içinde aşağıdaki sorular sizin için ne kadar sorun yarattı?

<table>
<thead>
<tr>
<th>Sağlığım ve aktivitelerimle ilgili sorunlar</th>
<th>Hiçbir zaman</th>
<th>Nadiren</th>
<th>Bazen</th>
<th>Sıklıkla</th>
<th>Hemen her zaman</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1. Bir bakımdan bitmiş biraz zor gelir</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>2. Kasnak bana zarar verir</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>3. Sısır ya da egzamin yapılması bana zarar verir</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>4. Akşam biraz koldanız bana zarar verir</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>5. Kendi başına düş ya da banyo yapmak bana zarar verir</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>6. Evdeki günlük işler yapmak bana zarar verir</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>7. ar verir acıya ya da aşırı verir</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>8. Enerji azalır</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Duygularımla ilgili sorunlar</th>
<th>Hiçbir zaman</th>
<th>Nadiren</th>
<th>Bazen</th>
<th>Sıklıkla</th>
<th>Hemen her zaman</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1. Korkmuş ve de istemem bisiklete girer</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>2. Naziklik ve de özgür hissedermem</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>3. Ölümüş hissedemem</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>4. Uyumaz durum gelmem</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>5. Başa ne olacağını konuşup anlıp anlağım</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Başka alanlar ile ilgili sorunlar</th>
<th>Hiçbir zaman</th>
<th>Nadiren</th>
<th>Bazen</th>
<th>Sıklıkla</th>
<th>Hemen her zaman</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1. Yapraklarımı gopımıza takmadım</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>2. Yaprakların kesinmesi aradığım anlamadım</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>3. Yaprakların bircok değişiklik aradığım</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>4. Yaprakların yapay şekilleri yapanım</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>5. Yapraklarımı evde uyumazıkta zorluk gelmem</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Okul ile ilgili sorunlar</th>
<th>Hiçbir zaman</th>
<th>Nadiren</th>
<th>Bazen</th>
<th>Sıklıkla</th>
<th>Hemen her zaman</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1. Bir kez kitapta sofrayım sona erinmem</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>2. Bazı şeyler unutupmazım</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>3. Derslerden peki kazanmam için zorluk gelmem</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>4. Kitapla kara birleşmem için okula gidişimizde olam</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>5. Doctora ya da hassasaneye çömemiz içemek zorunda gelmemizde olam</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
</tbody>
</table>