

# ÖĞRETMENLERİN DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞUNA BAKIŞLARI VE ÖĞRETMEN EĞİTİMİ

Ayşegül Yolga Tahiroğlu\*, Mehtap Uzel\*\*, Ayşe Avcı\*\*\*, Sunay Fırat\*\*\*\*

## ÖZET

**Amaç:** Bu çalışmada öğretmenlerin Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB) ve bu bozuklara sahip çocuklar için uygun sınıf içi tutumlar hakkındaki bilgi düzeylerinin araştırılması ve öğretmen eğitiminin DEHB tedavisindeki yerinin tartışılması amaçlanmaktadır. **Yöntem:** Adana ili ve çevresindeki 3 ilköğretim okulunda çalışan 104 öğretmene DEHB'nin tanımlanması, tedavisi ve uygun sınıf içi tutumlarla ilgili eğitim toplantıları düzenlendi. Eğitimden önce ve sonra öğretmenlerin DEHB'ye yönelik bilgi ve tutumlarını araştırmak amacıyla hazırlanan 30 soru soruldu. **Sonuçlar:** Eğitimden önce uygulanan soru listesinde doğru cevaplanan soruların ortalaması  $26.3 \pm 2.3$  iken, eğitimden sonra bu oran  $27.8 \pm 4.1$  olarak belirlendi. Bu fark istatistiksel olarak anlamlıydı ( $p=0.001$ ). **Tartışma:** DEHB'nin tanısından, tedavinin planlanmasına ve takibine kadar pek çok alanda öğretmenlerden alınan bilgi ve destek önemlidir. Bu çalışmada, ilköğretim okullarında çalışan öğretmenlerin önemli bir kısmında DEHB ile ilgili pek çok bilgi eksikliği olduğu, kısa bir eğitimin bile bu eksikliklerin tamamlanmasında yarar sağlayabileceği düşünülmüştür. DEHB tedavisinde öğretmen eğitimi daha fazla önem verilmesi gerektiği önerilmektedir.

**Anahtar sözcükler:** DEHB, öğretmen eğitimi, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, sınıf içi uygulamalar.

## SUMMARY: THOUGHTS OF TEACHERS ABOUT ATTENTION DEFICIT AND HYPERACTIVITY DISORDER AND TRAINING OF TEACHERS

**Objective:** In this study it has been aimed to investigate the knowledge level of teachers about attention deficit and hyperactivity disorder (ADHD) and ideal classroom applications towards these children, and also this study has been conducted to discuss the importance of teacher training in ADHD treatment. **Method:** A training programme was conducted for 104 teachers working in 3 primary schools in and around Adana city on definition and treatment of ADHD and ideal classroom applications. Before and after training, teachers were asked 30 questions in order to investigate their level of knowledge about ADHD and their attitudes to the disorder. **Results:** The average score of the correct answers to the questions before training was  $26.3 \pm 2.3$ , the average score after training has been found to be  $27.8 \pm 4.1$ . The difference was statistically meaningful ( $p=0.001$ ). **Discussion:** It is important to cooperate with teachers for diagnosis, treatment management and follow up of patients with ADHD. In this study, we have suggested that there is lack of knowledge about ADHD among teachers working in primary schools and even a short time training programme could be very useful to overcome this problem. It is advised to give more importance to teacher training in ADHD treatment.

**Key words:** ADHD, teacher training, attention deficit and hyperactivity disorder, classroom applications.

## GİRİŞ

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) çocuk ruh sağlığı ve hastalıkları bölümlerine en sık başvuru nedenlerinden biridir. Ana belirtileri dikkatsizlik, aşırı hareketlilik ve dürtüselliktir (Pary ve ark. 2002, Weis ve Weis 2002). DEHB'li çocukların işlevselliği yalnız iken daha iyidir. Sınıflarda, kamplarda, grup oyunlarında sorunlar artar. Okulda ve evde daha fazla denet-

lenmeye ihtiyaç duyarlar (Kaidar ve ark. 2003, Stevens ve ark. 2002). Dikkat sorunları nedeniyle eğitimleri sırasında önemli sorunlar yaşarlar ve sıklıkla zekaları ile uyumlu olmayan okul başarıları vardır (Touzin 2002). Davranım bozukluğu, karşı olma karşı gelme bozukluğu ve özgül öğrenme güçlüğü sıklıkla DEHB'ye eşlik eder; bu olgularda okulda yaşanan davranışsal ve bilişsel sorunlar daha da ağırlaşır (Conner ve ark. 2003, Hinshaw 2002, Pineda ve ark. 2003).

DEHB tanısı koymak bazı güçlükler içerir, bunun en önemli nedeni özgün bir tanısal test aracının olmamasıdır. Tanı genellikle aile ve öğretmenlerden alınan bilgiler ışığında, çocuğun ruhsal muayenesi ve gözlemi ile konur (Ercan ve Aydın

\* Uzm. Dr., Çukurova Üniv. Tıp Fak. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Adana.

\*\* Psk. Hem., Çukurova Üniv. Tıp Fak. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Adana.

\*\*\* Prof. Dr., Çukurova Üniv. Tıp Fak. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Adana.

\*\*\*\* Uzm. Psk. Dan., Çukurova Üniv. Tıp Fak. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Adana.

1999). Öğretmenden alınacak bilgiler tanının keşif edilmesi, eşlik eden bozuklukların belirlenmesi, tedavinin planlanması gibi pek çok aşamada önemlidir. Bu nedenle her olgu için ölçekler ve bilgi formları aracılığı ile ya da birebir görüşmeler ile öğretmenden bilgi alınması önerilmektedir (Weiler ve ark. 1999). Öğretmenlerden alınan bilgilerle bozukluğun seyri arasında ilişki olduğunu bildiren ve takipte önem verilmesi gerektiğini vurgulayan çalışmalar bulunmaktadır (Kulas ve ark. 1999, Kumar ve Steer 2003).

DEHB tedavisinde en sık uygulanan yaklaşım stimulan ilaç kullanımıdır. Stimulanların DEHB'den kaynaklanan davranış ve dikkatle ilgili sorunların kontrolünde ve okul başarısının artmasında etkili olduğu gösterilmiştir (Asheim ve ark 2001, Guavera ve ark. 2002, Jadad ve ark. 1999). İlaç ek olarak ya da tek başına psikososyal tedavi yaklaşımlarının kullanılmasının da bazı belirtilerin kontrolünde etkili olduğunu bildiren çalışmalar bulunmaktadır. Psikososyal eğitim, aile eğitimi, aile tedavisi, öğretmen eğitimi, okul görüşmeleri, bilişsel davranışçı terapi ve bireysel psikoterapi psikososyal tedavi yaklaşımlarından bazılarıdır (Huang ve ark. 2003, Olfson ve ark. 2003, Schilling ve ark. 2003, Stryhorn ve Bickel 2002). İlaç tedavisine bu uygulamaların eklenmesinin uzun dönemde tedavi başarısını artırabileceği düşünülmektedir. Özellikle ilaçla tam düzelme sağlanamayan olgularda tedavide çoklu yaklaşım önerilmektedir (Dopfner ve ark. 2002, Hazelwood ve ark. 2002, Owens ve ark. 2003).

Tedavi sürecinde öğretmen eğitimi önem kazanır. İdeal olan terapistin öğretmenle bireysel olarak tanışması ve aralıklı olarak yardımlaşmasıdır. DEHB'li çocukların okulda yaşadıkları güçlükler göz önüne alındığında, öğretmenin bozukluk hakkında bilgilendirilmesi ve sınıf içi yönetim tekniklerini öğrenmesi önem kazanmaktadır (He ve ark. 2001). Frolich ve arkadaşlarının (2002) bu konuda yaptıkları çalışmalarında 3 aylık eğitimin sonunda öğretmenlerin, DEHB olan öğrencilerinin sorunlu davranışları ile daha kolay başa çıkabildikleri belirlenmiştir. DEHB tanısı alan çocukların öğretmenlerine telefon aracılığı ile bilgilendirme sağlanmasının, sınıf içi so-

runlu davranışlarda azalma sağladığı bildirilmiştir (Holmes ve ark. 2004). Mulligan'ın (2001) bu konuda yaptığı çalışmada en etkili sınıf içi uygulamalar motor hareketliliğe izin verme, molalar ve duygusal tepkilere karşılık verme olarak belirlenmiştir.

Bu çalışmada, ilköğretim okullarında çalışan öğretmenlerin DEHB hakkındaki bilgi düzeylerinin, bozukluğa genel yaklaşımlarının incelenmesinin yanı sıra DEHB eğitim toplantılarının yarar ve sınırlılıklarının araştırılması amaçlanmaktadır.

## YÖNTEM

Bu çalışmada Adana ili ve çevresindeki 3 ilköğretim okulunda, 104 öğretmene DEHB'nin tanımı, tedavisi ve sınıf içi uygulamaları ile ilgili eğitim toplantıları düzenlendi. Toplantılar okulların talebi üzerine, gönüllü öğretmenlerin katılımı ile sağlandı. Eğitim bir çocuk psikiyatri uzmanı ve eğitim hemşiresi tarafından verildi. Toplam 2 saat süren eğitimin 1.5 saati temel bilgilerin verildiği teorik eğitim ve son yarım saat soru cevap şeklinde düzenlendi. Eğitime başlamadan önce ve eğitimden sonra, öğretmenlerden DEHB ile ilgili bilgileri ölçmek amacıyla hazırlanan soruların yanıtlanması istendi. Sorular "doğru-yanlış" şeklinde işaretlenmek üzere hazırlanmış 30 cümleden oluşuyordu. Bu soru cümleleri, polikliniğimizde DEHB'li çocukların ailelerine yönelik olarak her hafta yapılan grup toplantılarında en sık sorulan sorular arasından seçildi. Soruların ilk 13'ü DEHB'nin tanımlanması ve tedavisi ile ilgili iken, son 17'si DEHB'li çocukların okulda yaşadıkları sorunlar ve uygun sınıf içi tutumlar ile ilgili idi. Doğru cevaplanan her soru 1 puan, yanlış cevaplanan her soru 0 puan kabul edilerek hasaplama yapıldı (Tablo 1).

Verilerin istatistiksel analizi SPSS 10.0 bilgisayar programı yardımı ile yapıldı. Her soru için doğru cevaplanma oranı ve doğru cevap ortalaması hesaplandı. İlk test, son test ve listede bulunan 30 sorunun her biri için 104 öğretmen için yanlış cevaplanma oranları ve ortalamaları hesaplandı. Ortalamaların karşılaştırılmasından önce her değişkenin normal dağılımları araştırıldı. Hiçbir

değişken normal dağılım göstermiyordu. Her sorunun ilk test son test ortalamalarının arasındaki farkı ve anlamlılığı araştırmak amacı ile normal dağılmayan bağımlı değişkenlerin ortalamalarının karşılaştırıldığı Willcoxon testi kullanıldı.  $P<0.05$  olan değerler istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi (Tablo 1).

## BULGULAR

Eğitimden önce öğretmenlerin %5.8'inin (n: 6) tüm soruları doğru olarak yanıtladığı, eğitimden sonra bu oranın %29.8'e (n: 31) çıktığı belirlendi. İlk testte doğru cevaplanan soruların ortalaması  $26.3\pm 2.3$  iken, son testte  $27.8\pm 4.1$  olarak belirlendi. Bu fark istatistiksel olarak anlamlıydı. Hastalığın tanımı ve tedavisi ile ilgili yöneltilen 13 so-

**Tablo 1:** İlk test ve son testte sorulan sorular, yanlış cevaplanma oranları.

Sorular	İlk Test	Son Test	Z
1. Hiperaktivite geçici bir yaramazlık durumudur.	13 (%12.5)	6 (%5.76)	-1,807 <sup>AD</sup>
2. DEHB'lilerde saldırganlık, yalan söyleme, kuralları çiğneme, eşyalara zarar verme gibi davranışlar daha siktir.	12 (%11.5)	9 (%8.65)	-0,775 <sup>AD</sup>
3. DEHB'nin tedavisi mümkündür.	3 (%2.88)	0	-1,732 <sup>AD</sup>
4. DEHB bir hastalık değildir. Yanlış aile tutumları sonucu ortaya çıkan bir yaramazlık durumudur.	34 (%32.69)	10 (%9.61)	-4,382**
5. DEHB tedavisinde kullanılan ilaçlar uyuşturucudur, bağımlılık yapar ve ciddi yan etkilere sahiptir.	38 (%36.53)	8 (%7.69)	-5,477**
6. DEHB bir delilik ya da zeka sorunu değildir.	4 (%3.86)	9 (%8.65)	-1,667 <sup>AD</sup>
7. DEHB'li çocukların liderlik özellikleri iyidir. Bu özelliklerinden faydalanarak verilecek görevlerde başarılı olabilirler.	30 (%28.84)	7 (%6.73)	-4,426**
8. Sosyal ortamlarda hiç sorun yaşamazlar.	21 (%20.19)	19 (%18.26)	-0,471 <sup>AD</sup>
9. Tedavinin başarısı için aile, öğretmen ve terapistin işbirliği önemlidir.	0	0	-0,471 <sup>AD</sup>
10. Hiperaktivite olmaksızın tek başına dikkat eksikliği tedavi gerektirmez.	25 (%24.03)	13 (%12.5)	-2,449*
11. DEHB'li bir çocuğa fazla zaman ayırmaya gerek yoktur, çünkü genellikle adam olmazlar.	0	0	-2,449 <sup>AD</sup>
12. DEHB, aşırı hareketlilik, dikkatsizlik ve dürtüsellüğün bir ya da bir kaçının bir arada bulunmasıdır.	5 (%4.8)	2 (%1.92)	-1,342 <sup>AD</sup>
13. DEHB aile ve doktorun uğraşp çözmesi gereken bir durumdur. Bu konu da öğretmenin bir yardımı olamaz.	2 (%1.92)	1 (%0.96)	-0,577 <sup>AD</sup>
14. Dikkat eksikliği aile ve öğretmenin alacağı basit önlemlerle giderilebilir. Tedavi gerektirmez.	27 (%25.96)	9 (%8.65)	-3,530**
15. DEHB'li bir çocuğun sınıfta, ön sırada öğretmene yakın bir yerde oturması faydalıdır.	2 (%1.92)	1 (%0.96)	-0,577 <sup>AD</sup>
16. DEHB olan bir çocuğu sınıfta örnek olabilecek ve yardım alabileceği bir arkadaşının yanında oturtmak gerekir.	4 (%3.84)	2 (%1.92)	-0,816 <sup>AD</sup>
17. Verilen görevleri tamamlamak için ek süreye ihtiyaç duymazlar, sınıf için verilen süre yeterlidir.	34 (%32.69)	6 (%5.76)	-4,950**
18. Dikkatini sürdürebilmesi için aralıklı uyarılar vermek yararlıdır	2 (%1.92)	2 (%1.92)	0,000 <sup>AD</sup>
19. Görevlerini küçük parçalara bölerek adım-adım yapmasını sağlamak görevi bitirmesini sağlamada etkilidir.	3 (%2.88)	1 (%0.96)	-1,000 <sup>AD</sup>
20. Bu çocuklara açığı kapatmaları amacıyla diğer çocuklardan daha fazla ödevi verilmesi gerekir.	6 (%5.76)	5 (%4.8)	-0,333 <sup>AD</sup>
21. En ufak hataları için bile hemen uyararak, cezalandırmak gerekir.	1 (%0.96)	2 (%1.92)	-0,577 <sup>AD</sup>
22. Olumlu davranışları övgüyle karşılamak bunları artırmak için gereklidir.	1 (%0.96)	0	-1,000 <sup>AD</sup>
23. El becerileri ve yazıları kötü ise daha çok ödev vermek ve bilgisayar kullanmalarını engellemek gerekir.	9 (%8.65)	3 (%2.88)	-1,897 <sup>AD</sup>
24. Çalışma sırasında kısa aralar vermek verimini artırır.	6 (%5.76)	0	-2,449*
25. Uyumsuz davranışları için sosyal ortamlarda uyarılmaları işe yarar.	22 (%21.15)	19 (%18.26)	-0,655 <sup>AD</sup>
26. Hareket etme ihtiyacını bilerek ara sıra sınıfta dolaşmasını anlayışla karşılamak gerekir.	9 (%8.65)	3 (%2.88)	-2,121*
27. Bu çocukların güven verilmeye ve cesaretlendirilmeye ihtiyaçları yoktur, zaten yeterince cesurdurlar.	19 (%18.26)	16 (%15.4)	-0,655 <sup>AD</sup>
28. Olumlu davranışlarını övmekten kaçınmak gerekir, bu şımarmalarına neden olabilir.	6 (%5.76)	4 (%3.84)	-0,632 <sup>AD</sup>
29. Öfke patlamaları olduğunda sakinleşmeleri için zaman tanımak, ortamdan uzaklaşmalarını sağlamak gerekir.	3 (%2.88)	1 (0.96)	-1,000 <sup>AD</sup>
30. DEHB'liler normal eğitime uygun değildir. Özel eğitim almaları gerekir.	49 (%47.11)	12 (%11.53)	-6,091**

AD Anlamlı Değil \*  $p<0.05$  \*\*  $p<0.001$

Tüm soruların tüm denekler tarafından tam olarak yanıtlanmaması nedeniyle yüzdeler değişkenlik gösterebilir.

runun 4'ünün cevabında anlamlı değişiklik belirlendi (4., 5., 7. ve 10. sorular). Sınıf içi tutum ve uygulamalarla ilgili yöneltilen 17 sorunun 5'inin cevabında anlamlı değişiklik olduğu belirlendi (14., 17., 24., 26. ve 30. sorular). Değişiklik belirlenen soruların çoğu ilk testte yüksek hatalı yanıtlanma oranlarına sahipti ve eğitimden sonra belirgin düzelme olmuştu. Değişiklik belirlenemeyen soruların çoğu ise ilk testte hatalı cevaplama oranları düşük olan sorulardı ve son testte hatalı cevaplama oranları yine düşük belirlendi. İlk test ve son testte soruların hatalı yanıtlanma oranları ve istatistiksel bilgileri tablo 1'de yer almaktadır.

## TARTIŞMA

DEHB'nin tanı ve izleminde öğretmenlerden alınan bilgilerin gerekli ve genellikle güvenilir olduğu bilinmektedir (Mitsis ve ark. 2000, Wolraich ve ark. 2003). Wolraich ve arkadaşlarının (2004) sadece öğretmenlerden alınan bilgilere dayanarak DEHB düşünülen çocukları değerlendirdikleri çalışmalarında; %40'ının tanı alacak düzeyde belirti gösterdiğini bildirmişlerdir.

Bizim çalışmamızda özel olarak DEHB'li öğrencileri olan öğretmenlerin bilgilendirilmesi amaçlanmamakla birlikte, ilköğretim okullarında çalışan öğretmenlerin DEHB'ye genel bakışları, sınıf içi uygun tutumlarla ilgili bilgi düzeyleri ve bu konudaki eğitimden sonra bilgi düzeylerinde değişiklik olup olmadığı araştırılmıştır. Eğitimden önce öğretmenlerin DEHB'yi tanımlamalarına bakıldığında büyük kısmının yeterli bilgiye sahip olduğu görülmüştür; öğretmenlerin hemen tamamı " DEHB aşırı hareketlilik, dikkatsizlik ve dürtüsellik bir yada bir kaçının bir arada bulunmasıdır" şeklindeki soruyu doğru olarak cevaplamıştır (soru 12). Yine büyük çoğunluğu DEHB'nin tedavisi mümkün bir durum olduğunu bildikleri (soru 3) ve DEHB'lilerin adam olmayacağına inanmadıkları görülmüştür (soru 11). Öğretmenlerin DEHB'yi tedavisi mümkün olan bir bozukluk olarak görmesi önemlidir ve bu sorunun doğru cevaplanma oranının yüksek olması sevindiricidir. DEHB'yi ve tedavisini bilen bir öğretmenin aileyi daha kolay anlayacağı

ve uygun tutumları göstermekte gönüllüğünün artacağı açıktır. DEHB'li çocukların aileleri ile yapılan bir çalışmada; ailelerin, okul çalışanlarının her yıl DEHB ile ilgili bilgilendirilmeleri gerektiğini düşündükleri bildirilmiştir (Reid ve ark. 1996). Bu bilgiyi doğrular nitelikte bilimsel bir verimiz olmamakla birlikte katılmaktayız. Çünkü okullarda DEHB eğitiminin gerekli olduğu fikri genellikle polikliniğimizde tedavi olan olguların aileleri tarafından savunulmuş ve eğitim toplantıları bu ailelerin okulları yönlendirmeleri ile gerçekleşmiştir.

Eğitimin başında öğretmenlerin %36.53'ünün tedavide kullanılan ilaçların uyuşturucu olduğunu (soru 5), %24.03'ünün tek başına dikkat eksikliğinin tedavi gerektirmeyen bir durum olduğunu düşündükleri (soru 10) görülmüştür. Bu sonuçların, öğretmenlerin DEHB'yi tanımları açısından önemli olduğu düşünülmüştür. DEHB tedavisi ve takibi sırasında okul ve öğretmen ile işbirliğinin önemi bilinmektedir. Öğretmenlerin DEHB'yi doğru olarak bilmeleri bu konuda işbirliği şansını artırabilir. Yine ülkemizde yapılan, öğretmenlerin DEHB'ye bakış açılarının değerlendirildiği bir çalışmada, öğretmenlerin %41'inin DEHB'nin yetersiz ebeveyn becerisinden, %41'inin şeker ve yiyecek katkı maddelerinden kaynaklandığını ve %64'ünün ritalinin tedavide son seçenek olması gerektiğini düşündükleri bildirilmiştir (Toros 2003).

Dikkatsizlik ve aşırı hareketlilik sorunu olan çocuklarda verilen görevlerin küçük parçalara bölünmesinin, gerekirse ek süre tanınmasının başarı ile tamamlanma şansını artırdığı bilinmektedir (Ercan ve Aydın 2000). Eğitimden önceki değerlendirmede öğretmenlerin %32.69'u bu çocukların görevlerini tamamlamak için ek süreye ihtiyaç duymayacaklarını düşündükleri görülmüştür. Eğitimden sonra, bu sorunun yanlış cevaplanma oranının anlamlı oranda azaldığı belirlenmiştir (soru 17).

Eğitimden önce öğretmenlerin %25.96'sının, dikkat eksikliğinin aile ve öğretmenin alacağı basit önlemlerle düzeleceğini, tedaviye gerek olmadığını düşünürken; eğitimden sonra bu oranın %8.65'e düştüğü görülmüştür (soru 14). Dikkat

eksikliğinin varlığının öğretmen tarafından fark edilmesi kadar fark edildiğinde yapılması gerekenlerin bilinmesi de önemlidir. Pek çok olguda dikkat eksikliği olduğunu fark edip tedavi için aileyi yönlendiren öğretmenler olmaktadır. Eğer dikkat eksikliği; aile ya da öğretmenin kusuru gibi algılanıp, alınacak basit önlemlerle düzeleceği düşünülürse, tedavi için zaman kaybının yanı sıra ebeveyn-öğretmen ilişkisinin bozulması ile sonuçlanabilmektedir.

Hiperaktivitesi olmaksızın dikkat eksikliği olan olguların kliniklere daha az başvurduğu ve tedavi almayan olguların bu grupta daha yoğun olduğu düşünülmektedir. Bu duruma neden olarak ise; davranış sorunlarının azlığı ya da hafifliği nedeniyle yardım arama gereksiniminin daha az olması gösterilmektedir. Dikkat eksikliğinin başta eğitim alanında olmak üzere yaşam boyu yarattığı işlev kaybı göz önünde bulundurulduğunda; tanınması ve tedavisinin önemi daha iyi anlaşılacaktır. Bu çalışmada öğretmenlerin dikkat eksikliğine bakışlarını araştırmak amacıyla "hiperaktivite olmaksızın tek başına dikkat eksikliğinin varlığı, tedavi gerektiren önemli bir sorun değildir" şeklinde bir soru yöneltilmiştir (soru 10). İlk testte öğretmenlerin %24.3'ünün, son testte ise %12.5'inin dikkat eksikliğini tedavisi gerekmeyen bir durum olarak gördükleri belirlenmiştir. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

DEHB'li çocuklarda, ilaç tedavisinin yararları bilinmekle birlikte, bazen ilaç kullanılmasına rağmen eğitim alanında yaşanan sorunların tamamı düzelmemektedir. Uygun sınıf içi uygulamaların tedavi başarısını ve eğitimden yararlanma oranlarını artırdığı bildirilmektedir (Hoffman ve DuPaul 2000). DEHB'ye davranım bozukluğunun eşlik ettiği olgularda bile sınıf içi uygulamaların yararlılığı gösterilmiştir (Ervin ve ark. 1999) Bu çalışmaya katılan öğretmenlerin sınıf içi uygun tutumlarla ilgili bilgi birikimlerinin, eğitim toplantısından önce de iyi düzeyde olduğu belirlenmiştir. Öğretmenlerin büyük kısmı DEHB tedavisinde aile ve doktor kadar öğretmene de iş düşüğünü (soru 13), örnek alabileceği bir arkadaşının yanına oturtulması gerektiğini (soru 16), dikkatini sürdürmek için aralıklı uyaranların ya-

rarlı olduğunu (soru 18), görevleri küçük parçalara bölmek gerektiğini (soru 19), olumlu pekiştiricilerin yararlı olduğunu (soru 22), çalışma sırasında kısa aralar vermek gerektiğini (soru 24), öfke patlamaları sırasında ortamdan uzaklaştırmak gerektiğini bildirmişlerdir. Bu sorulara verilen doğru cevapların oranı tüm öğretmenlerin bilgi birikimini yansıtmayabilir; bu çalışmaya sadece gönüllü öğretmenler katılmıştır.

DEHB'li çocuklarla bireysel psikoterapi uygulamaları ve kendini denetleme yollarının öğretilmesinin yarar sağladığı bilinmektedir. Öğretmen aracılığı ile kendini denetleme ve öğrencinin aracısız kendini denetleme uygulamalarının başarısının karşılaştırıldığı bir çalışmada; öğretmenin çocuğa aracılık etmesi ve belli aralarla uyaran vermesinin daha etkili olduğu bildirilmiştir (Mithaug ve Mithaug 2003). Bu çalışmada sınıf içi uygulamalar ile ilgili temel bilgilere yer verilmiştir. Sınıf içi tutumların DEHB bulgularında sağladığı değişiklik araştırılmamıştır. Bunun için daha uzun süreli eğitimlerin ardından yapılacak izlem çalışmalarına ihtiyaç vardır.

Eğitimden önce öğretmenlerin %47.11'inin DEHB olan çocukların özel eğitim kurumlarında eğitilmeleri gerektiğini düşündükleri belirlenmiştir. Eğitimin sonundaki değerlendirmede böyle düşünenlerin oranı %11.53'e düşmüştür (soru 30). Polikliniğimiz çalışanlarının deneyimleri bu bilgiyi destekler niteliktedir. Bu konuda sistemli bir çalışma yapılmamakla birlikte, DEHB nedeniyle izlenen olguların bazen öğretmenleri tarafından özürlü algılandığı, özel eğitim okullarına gitmesi gerektiğini düşündükleri aileler tarafından bildirilmektedir. Bu bilgi de öğretmenlerin DEHB'yi iyi bilmelerinin önemini vurgulamaktadır.

Sadece iki soruda (soru 6 ve 21) eğitimden sonra yanlış cevaplanma oranının arttığı görülmüştür. Diğer sorularda yanlış cevaplanan sorular değişmemiş ya da azalmıştır. İki soruda yanlış cevaplanma oranında artış olması eğitim süresinin kısalığından kaynaklanan yetersizliğe işaret ediyor olabilir. Sürenin kısa olması, tek oturumluk bir eğitim olması ve geri bildirimleri almak için tekrarlanan oturumların olmaması bu çalışma-

nın sınırlılıklarından bazılarıdır.

Çalışmadaki diğer bir sınırlılık sadece gönüllü öğretmenlerin katılmış olmasıdır. Gönüllü öğretmenlerin bu konuya ilgi duyan ve araştıran kişiler olduğu düşünülebilir. Bu nedenle bu çalışmanın sonuçları, DEHB ile ilgili öğretmenlerin tamamının bilgi düzeyini yansıtmak için yetersiz olabilir.

Bu çalışmada esas amaç öğretmenlerin DEHB ile ilgili bilgi birikimlerini araştırmaktır. Sonuçta pek çok konuda yeterli bilgi birikiminin olduğu, az bilinen konuların ise kısa bir eğitimden sonra tamamlanabildiği görülmüştür. DEHB'nin meydana sık yer almasının da buna katkısının olabileceği düşünülmüştür. DEHB sıklığı ve yaşam boyu süren etkileri nedeniyle önemli bir toplum sorunudur. Tedavi programına öğretmen eğitiminin eklenmesinin yararlı sonuçları olduğunu bildiren çalışmalar bulunmaktadır (Frolich ve ark. 2002, Hoffman ve DuPaul 2000). Bu çalışmada öğretmen eğitiminin tedavi üzerine etkileri araştırılmamıştır. Sadece kısa bir eğitim toplantısının o anki bilgi düzeyi üzerine etkisi araştırılmıştır. Bu çalışmanın sınırlılıklarından biri uygulanan eğitim programının kısa olmasıdır. Birkaç saatlik eğitim ancak DEHB'nin temel özelliklerinin tanımlanması ve basit sınıf içi uygulamaları içermektedir. Bu alanda daha sistemli uygulanacak eğitim programlarına ve bu programların yararlılığını ölçecek çalışmalara gereksinim vardır

## KAYNAKLAR

- Asheim H, Nilsen KB, Stordahl H ve ark. (2001) Prescription of central nervous system stimulants. *Tidsskr Nor Leageforen* 20;121(8):908-910.
- Conner DF, Edwards G, Fletcher KE ve ark. (2003) Correlates of comorbid psychopathology in children with ADHD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 42(2):193-200.
- Dopfner M, Frolich J, Sevecke K ve ark (2002) Multimodal therapy concept in hyperkinetic disorder. *Drugs alone are not enough. MMW Fortschr Med* 144 (47):34-38.
- Ercan ES, Aydın C (1999) Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu. Ben Hasta Değilim Çocuk Sağlığı ve Hastalıklarının psikososyal yönü. A Ekşi (ed.) 1. Baskı, Nobel Tıp Kitap Evleri, İstanbul, s:270-284.

Ercan ES, Aydın C (2000) Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Özellikleri-Tedavisi Çocuklarda ve Erişkinlerdeki Belirtileri. 3. baskı. Gendeş AŞ., İstanbul.

Ervin RA, DuPaul GJ, Kern L ve ark. (1999) Classroom-based functional and adjunctive assessments: proactive approaches to intervention selection for adolescents with attention deficit hyperactivity disorder. *J Appl Behav Anal* 31(1):65-78.

Frolich J, Dopfner M, Biegert H ve ark. (2002) General practice of pedagogic management by teachers of hyperkinetic attention deficit disorder children in the classroom. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr* 51(6):494-506.

Guavera J, Lozano P, Wickizer T ve ark. (2002) Psychotropic medication use in a population of children who have attention deficit hyperactivity disorder. *Pediatrics* 109(5):733-739.

Hazelwood E, Bovingdon T, Tiemens K (2002) The meaning of a multimodal approach for children with ADHD: experiences of service professionals. *Child Care Health Dev* 38(4):301-307.

He Y, Yang X, Xu F (2001) Application of Conners rating scales in the study of lead exposure and behavioral effects in children. *Zhonghua Yu Fanyang Yi Xue Za Zhi* 20;121(8):908-910.

Hinshaw SP (2002) Preadolescent girls with attention-deficit hyperactivity disorder: I. Background characteristics, comorbidity, cognitive and social functioning and parenting practices. *J Consul Clin Psychol* 70(5):1086-1098.

Hoffman JB, DuPaul GJ (2000) Psychoeducational interventions for children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 9(3):647-661.

Holmes J, Lawson D, Langley K ve ark. (2004) The Child Attention-Deficit Hyperactivity Disorder Teacher Telephone Interview (CHATTI): reliability and validity. *Br J Psychiatry* 184:74-8.

Huang HL, Chao CC, Tu CC ve ark (2003) Behavioral parent training for Taiwanese parents of children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Psychiatry Clin Neurosci* 57(3):275-281.

Jadad AR, Boyle M, Cunningham C ve ark. (1999) Treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Evid Rep Technol Assess* 11:1-341.

Kaidar I, Weiner J, Tannock R (2003) The attribution of children with attention-deficit/hyperactivity disorder for their problem behaviors. *Attention Dis* 6 (3):99-109.

Kulas JF, Heapy AA, Lamberty GJ (1999) Cluster analysis of parental rating scales in a referred ADHD sample. *Arch Cli Neuropsychol* 4(8):688-689.

Kumar G, Steer RA (2003) Factorial validity of the Conners' Parent Rating Scale-revised: short form with psychiatric outpatients. *J Pers Assess* 80(3):252-259.

- Mithaug DK, Mithaug DE (2003) Effects of teacher-directed versus student-directed instruction on self-management of young children with disabilities. *J Appl Behav Anal* 36(1):133-136.
- Mitsis EM, McKay KE, Schulz KP ve ark. (2000) Parent-teacher concordance for DSM-IV attention-deficit/hyperactivity disorder in a clinic-referred sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 39(3):308-313.
- Mulligan S (2001) Classroom strategies used by teachers of students with attention deficit hyperactivity disorder. *Phys Occup Ther Pediatr* 20(4):25-44.
- Olafson M, Gamaroff MJ, Marcus SC ve ark. (2003) National trends in the treatment of attention deficit hyperactivity disorder. *Am J Psychiatry* 160(6):1071-1077.
- Owens EB, Hinshaw SP, Kreamer HC ve ark. (2003) Which treatment for whom for ADHD? Moderators of treatment response in the MTA. *J Consult Psychology* 105(5):540-552.
- Pary R, Lewis S, Matuschka PR ve ark. (2002) Attention-deficit/hyperactivity disorder: an update. *South Med J* 95(7):743-749.
- Pineda DA, Lopera F, Palacio JD ve ark. (2003) Prevalence Estimation of attention-deficit/hyperactivity disorder: differential diagnoses and comorbidities in a Colombian sample. *Int J Neurosci* 113(1):49-71.
- Reid R, Hertzong M, Synder M (1996) Educating every teacher, every year: the public schools and parents of children with ADHD. *Semin Speech Lang* 17: 73-93.
- Schilling DL, Washington K, Billingsley FF ve ark. (2003) Classroom seating for children with attention deficit hyperactivity disorder: therapy balls versus chairs. *Am J Occup Ther* 57(5):534-541.
- Stevens J, Quitner AL, Zuckerman JB ve ark. (2002) Behavioral inhibition, self-regulation of motivation, and working memory in children with attention deficit hyperactivity disorder. *Dev Neuropsychol* 21(2): 117-139.
- Stryhorn JM, Bickel DD (2002) Reduction in children's symptoms of attention deficit hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder during individual tutoring as compared with classroom instruction. *Psychol Rep* 91(1):69-80.
- Toros F (2003) Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu hakkında öğretmenlerin bilgileri ve tutumları. *Yeni Symposium Psikiyatri, Nöroloji ve Davranış Bilimleri Dergisi* 41(4): 165-168.
- Touzin M (2002) Academic difficulties in hyperactive children. *Rev Prat* 15:52(18):1998-2001.
- Weiler MD, Bellinger D, Marmor J ve ark. (1999) Mother and teacher reports of ADHD symptoms: DSM-IV Questionnaire data. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 38(9):1139-1147.
- Weis M, Weis G (2002) Attention deficit Hyperactivity disorder. *Child and Adolescent Psychiatry içinde, M Lewis (ed.) Philadelphia: Lippincott Williams&Wilkins* s:645-670.
- Wolraich ML, Lambert EW, Baumgaertel A ve ark. (2003) Teachers' screening for attention deficit/hyperactivity disorder: comparing multinational samples on teacher ratings of ADHD. *J Abnorm Child Psychol* 31(4):445-455.
- Wolraich ML, Lambert EW, Bickman L ve ark. (2004) Assessing the impact of parent and teacher agreement on diagnosing attention-deficit hyperactivity disorder. *J Dev Behav Pediatr* 25(1):41-47.