

64268

**ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**

**SINIF ÖĞRETMENLERİNİN KRONİK HASTA ÖĞRENCİLERE İLİŞKİN  
TUTUMLARININ BAZI DEĞİŞKENLER AÇISINDAN İNCELENMESİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI : DOÇ. DR. TURAN AKBAŞ**

**A.REZAN ÇEÇEN**

**T.C. YÜKSEKÖĞRETİM KURULU  
DOKÜMANTASYON MERKEZİ**

**ADANA-1997**

# İÇİNDEKİLER

Sayfa No

İÇİNDEKİLER.....	I
ÖNSÖZ.....	IV
ÖZET.....	V
ABSTRACT.....	VI
ANAHTAR SÖZCÜKLER.....	VII
TABLolar LİSTESİ.....	VIII

## BÖLÜM I

GİRİŞ.....	1
PROBLEM.....	1
Araştırmanın Amacı.....	4
Alt Amaçlar.....	4
SINIRLILIKLAR.....	5
SAYILTILAR.....	5
TANIMLAR.....	5
ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ VE GEREKÇESİ.....	7

## BÖLÜM II

KURAMSAL ÇERÇEVE VE İLGİLİ YAYINLAR.....	10
KRONİK HASTALIKLAR.....	10
Kronik Hastalık Kavramı.....	10
Eğitimsel Gereksinimler.....	12
Epilepsi.....	17
Astım.....	22
Diabet.....	25
Kronik Kalp ve Dolaşım Sistemi Hastalıkları.....	29
Kanama Eğilimine Sahip Çocuklar.....	34
Kronik Böbrek Yetmezliği.....	36
TUTUMLAR.....	39
Tutumların Oluşumu ve Değişimine İlişkin Temel Kuramsal Yaklaşımlar.....	40
Koşullanma ve Pekiştirme .....	40
Ereklar ve Çatışma Yaklaşımı.....	42

İşlevselcilik Yaklaşımı.....	42
Bilişsel Tutarlılık.....	43
Yükleme Kuramı.....	44
Öğrenme ve Tutum Değişmezliği.....	44
<b>İLGİLİ ARAŞTIRMALAR.....</b>	<b>46</b>
Yurt Dışında Yapılan Araştırmalar.....	46
Yurt İçinde Yapılan Araştırmalar.....	50
<b>BÖLÜM III</b>	
<b>YÖNTEM.....</b>	<b>52</b>
Araştırmanın Türü.....	52
Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	52
Veri Toplama Araçları.....	54
1) Kronik Hasta Öğrencilere İlişkin Öğretmen Tutumları	
Ölçeği.....	54
Ön Çalışma.....	55
a) Geçerlik Çalışması.....	56
Madde Analizi.....	56
Faktör Analizi.....	59
Maddelerin Ayırdedicilik Güçleri.....	60
b) Güvenirlilik Çalışması.....	62
2) Kronik Hastalıklar Hakkında Bilgi Formu.....	62
3) Kişisel-Sosyal Bilgi Formu.....	63
Verilerin Toplanması.....	63
Verilerin Çözümlemesi.....	64
<b>BÖLÜM IV</b>	
<b>BULGULAR.....</b>	<b>66</b>
1) Öğretmenlerin Cinsiyete Göre Kronik Hasta Öğrencilere	
İlişkin Tutumları.....	66
2) Öğretmenlerin Medeni Durumlarına Göre Kronik Hasta	
Öğrencilere İlişkin Tutumları.....	67
3) Öğretmenlerin Çocuk Sahibi Olup Olmamalarına Göre Kronik	
Hasta Öğrencilere İlişkin Tutumları.....	68
4) Öğretmenlerin Kıdem Durumlarına Göre Kronik Hasta	
Öğrencilere İlişkin Tutumları.....	69
5) Öğretmenlerin Mezun Oldukları Okullara Göre Kronik	
Hasta Öğrencilere İlişkin Tutumları.....	70

6) Sınıflarında Kronik Hasta Bir Öğrencinin Bulunup Bulunmamasına ve Kronik Hasta Bir Öğrencinin Var Olup Olmadığını Bilmemelerine Göre Öğretmenlerin Kronik Hasta Öğrencilere İlişkin Tutumları.....	72
7) Öğretmenlerin Bilgi Düzeylerine Kronik Hasta Öğrencilere İlişkin Tutumları.....	73
8) Öğretmenlerin Kronik Hasta Öğrencilere İlişkin Öğretmen Tutumları Ölçeği' den Aldıkları Puanları Yordamada İlgilenilen Bağımsız Değişkenlerin Katkıları.....	75

### **BÖLÜM V**

TARTIŞMA VE YORUM.....	72
------------------------	----

### **BÖLÜM VI**

SONUÇ VE ÖNERİLER.....	81
KAYNAKÇA.....	85
EKLER.....	89

Ek-1 Kronik Hasta Öğrencilere İlişkin Tutum Ölçeği

Ek-2 Kronik Hasta Öğrencilere İlişkin Bilgi Formu

Ek-3 Kişisel-Sosyal Bilgi Formu

İzin Yazısı

## ÖNSÖZ

21. yüzyıla girerken dünyada olan teknolojik gelişmelere paralel olarak tıp biliminde de önemli gelişmeler ortaya çıkmıştır. Gelişen tıp bilimi kronik hasta çocukların yaşam sürelerini ve kalitesini artırmıştır. Bunun doğal bir sonucu olarak kronik hasta çocuklar eğitim ve yaşamın diğer süreçlerine etkin bir biçimde katılım göstermeye başlamışlardır. Eğitim süreci içerisinde bu öğrencilerin kendilerini diğerlerinden çok farklı hissetmemeleri, sınırlılıklarını bilerek bunlara uygun davranabilmeleri, olumlu bir benlik geliştirebilmeleri açısından öğretmenlere büyük sorumluluklar düşmektedir.

Araştırmada sınıf öğretmenlerinin kronik hasta öğrencilere ilişkin tutumlarının sosyo-demografik ve bilgi düzeyleri değişkenleri açısından belirlenmesi amaçlanmıştır.

Araştırma altı bölümden oluşmaktadır. I. Bölümde kronik hasta çocukların eğitim ortamında yaşadıkları güçlükler ve bununla ilgili olarak öğretmenlerin kronik hasta öğrencilerin yaşamlarındaki önemi üzerinde durularak, buna paralel araştırmanın amacı, önemi, sınırlılıkları, tanımlar ve kısaltmalara yer verilmiştir. II. Bölümde kronik hastalıklar ve tutumlara ilişkin kuramsal açıklamalara ve ilgili araştırmalara yer verilmiştir. III. Bölümde araştırmanın yöntemi, IV. Bölümde bulgular, V. Bölümde Tartışma ve Yorum, VI. Bölümde ise sonuç ve önerilere yer verilmiştir.

Bu çalışmayı gerçekleştirirken öncelikle değerli eleştirilerinden ve katkılarından dolayı değerli danışmanım Doç. Dr. Turan Akbaş'a, tezimi okuyarak eleştiren ve önerilerde bulunan Bölüm Başkanımız Prof. Dr. Banu İnanç'a ve Anabilim Dalı Başkanımız Doç. Dr. Sonay Güçray'a araştırmanın her aşamasında yardımcı olan ve desteklerini esirgemeyen Yard. Doç. Dr. Ragıp Özyürek'e, Öğr. Gör. Sebahattin Çam'a, Öğr. Gör. Tugay Akbulut'a, Arş. Gör. Özlem Kaf'a ve tüm bölüm arkadaşlarıma, araştırmada kullandığım "Kronik Hastalıklar Hakkında Bilgi Formu" nun oluşturulmasında katkıda bulunan Dr. Ercan Tutak'a, verilerin toplanması sırasında katkıda bulunan master öğrencisi öğretmen arkadaşlarıma, çevirilerime katkıda bulunan sevgili arkadaşım Eyüp Akçalı'ya ayrıca çalışmalarım sırasında çalışmalarına manevi destek veren aileme teşekkürlerimin sonsuz olduğunu bildirmek istiyorum.

## ÖZET

Bu araştırmada sınıf öğretmenlerinin kronik hasta öğrencilere ilişkin öğretmen tutumları cinsiyet, medeni durum, çocuk sahibi olup olmama, kıdem durumları, mezun oldukları okullar, sınıflarında kronik hasta bir öğrencinin var olup olmadığının farkında olma ve bilgi düzeyleri değişkenleri yönünden incelenmiş ve bu değişkenlerden en çok hangisinin öğretmen tutumlarını yordadığı araştırılmıştır.

Uygulamalar Adana il merkezindeki ilkokullar arasından seçilen 20 ilkokulda gerçekteştirilmiş, örneklemi 262 kadın ve 152 erkek olmak üzere toplam 414 öğretmen oluşturmuştur.

Çalışmada öğretmenlerin tutum düzeylerini belirlemek amacıyla " Kronik Hasta Çocuklara İlişkin Öğretmen Tutumları Ölçeği", bilgi düzeylerini ölçmek amacıyla "Kronik Hastalıklar Hakkında Bilgi Formu" ve sosyo-demografik değişkenlerle ilgili veriler ise "Kişisel-Sosyal Bilgi Formu" ile toplanmıştır.

Bulgular, öğretmenlerin kronik hasta öğrencilere ilişkin tutumlarının cinsiyet, medeni durum, çocuk sahibi olup olmama, mezun oldukları okullara ve bilgi düzeyi değişkenlerine göre anlamlı bir farklılaşma olmadığını ; kıdem durumları ve sınıflarında kronik hasta bir öğrencinin var olup olmadığının farkında olma değişkenlerine göre ise anlamlı bir farklılaşma olduğunu göstermiştir. Yapılan analizler göre 11-15 ve 16 ve üstü kıdem derecesine sahip öğretmen tutumlarının daha olumlu olduğu gözlenmiştir. Ayrıca sınıflarında kronik hasta bir öğrencinin var olup olmadığının farkında olan öğretmenlerin, farkında olmayanlara göre daha yüksek (olumlu) tutum puanına sahip oldukları saptanmıştır.

## **ABSTRACT**

In this research, the relation between teacher attitudes towards chronically ill children and their gender, the state of being married or unmarried, graduating schools, awareness of chronically ill children in their classroom, seniority and information levels among the primary school teachers have been examined. The subjects were 414 primary school teachers. Subject were asked to complete "Teacher Attitudes Towards Chronically Ill Children Scale", "Information Form About Chronic Illness" and "Demographic Information Form". Teacher attitudes towards chronically ill children (CIC) were examined according to their demographic variables and their information levels. The results showed that there are meaningful differences teacher attitudes towards CIC according their seniority and awareness of CIC in their classroom.

**Anahtar Sözcükler:**

Kronik Hasta Çocuklar, Öğretmen Tutumları, İlkokullar,  
Sosyo-demografik Değişkenler, Bilgi Düzeyleri

**Key Words:**

Chronically Ill Children, Teacher Attitudes, Elementary Schools,  
Demographic Variables, Information Level





## TABLolar LİSTESİ

<b>Tablo No:</b>	<b>Tablo Adı</b>	<b>: Sayfa</b>
Tablo-1 :	Kronik Hasta Çocukların Eğitimsel Olarak Yerleştirilmeleri.....	13
Tablo-2:	Örnekleme Giren Öğretmenlerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı.....	53
Tablo-3 :	Ölçekteki Maddelerin X, Ss, S <sup>2</sup> ve Madde-Toplam Puan Korelasyon Değerleri.....	58
Tablo-4 :	Ölçeğe İlişkin Her Maddenin Faktör Yükleri.....	59
Tablo-5 :	Deneklerin Üst %27 ve Alt %27 'lik Grupta Yer Almalarına Göre Her Maddenin X, Ss ve t değerleri.....	60
Tablo-6 :	Cinsiyete göre KHÇÖTÖ'den Öğretmenlerin Aldıkları Tutum Puanlarının X, Ss, t ve p Değerleri.....	66
Tablo-7 :	Medeni Durumlarına Göre KHÇÖTÖ'den Öğretmenlerin Aldıkları Tutum Puanlarının X ve Ss Değerleri.....	67
Tablo-8 :	Medeni Durumlarına Göre Öğretmenlerin Tutum Puanlarının Tek Boyutlu Varyans Analizi Sonuçları.....	68
Tablo-9 :	Çocuk Sahibi Olup Olmamalarına Göre KHÇÖTÖ'den Öğretmenlerin Aldıkları Tutum Puanlarının X, Ss, t ve p Değerleri.....	68
Tablo-10:	Kıdem Durumlarına Göre KHÇÖTÖ'den Öğretmenlerin Aldıkları Tutum Puanlarının X ve Ss Değerleri.....	69
Tablo-11:	Kıdem Durumlarına Göre Öğretmen Tutum Puanlarının Tek Boyutlu Varyans Analizi Sonuçları.....	70
Tablo-12:	Mezun Olunan Okullara Göre KHÇÖTÖ'den Öğretmenlerin Aldıkları Tutum Puanlarının X ve Ss Değerleri.....	71
Tablo-13:	Mezun Olunan Okullara Göre Öğretmen Tutum Puanlarının Tek Boyutlu Varyans Analizi Sonuçları.....	71

**Tablo No: Tablo Adı** \_\_\_\_\_ **: Sayfa**

<b>Tablo-14: Sınıflarında Kronik Hasta Bir Öğrencinin Bulunup Bulunmamasına ve Kronik Hasta Bir Öğrencinin Var Olup Olmadığını Bilmemelerine Göre KHÇÖTÖ'den Öğretmenlerin Aldıkları Tutum Puanlarının X ve Ss Değerleri.....</b>	<b>72</b>
<b>Tablo-15: Sınıflarında Kronik Hasta Bir Öğrencinin Bulunup Bulunmaması Ve Sınıflarında Kronik Hasta Bir Çocuğun Var Olup Olmadığını Bilmemelerine Göre Öğretmen Tutum Puanlarının Tek Boyutlu Varyans Analizi Sonuçları.....</b>	<b>73</b>
<b>Tablo-16: Öğretmenlerin Bilgi Düzey'lerine KHÇÖTÖ'den Öğretmenlerin Aldıkları Tutum Puanlarının X ve Ss Değerleri.....</b>	<b>74</b>
<b>Tablo-17: Bilgi Düzeylerine Göre Öğretmen Tutum Puanlarının Tek Boyutlu Varyans Analizi Sonuçları.....</b>	<b>75</b>
<b>Tablo-18: İlgilenilen Bağımsız Değişkenlerin Öğretmenlerin KHÇÖTÖ'den Aldıkları Puanları Yordamasına İlişkin Aşamalı Regresyon Analizi Sonuçları.....</b>	<b>76</b>

# BÖLÜM I

## GİRİŞ

### Problem

Günümüzde kronik hastalığı olan çocuk ve yetişkinlerin nüfusu dünyada gittikçe artmakta ve kronik hastalıklar bütün gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde görülen en önemli sağlık sorunlarından birini oluşturmaktadır.

1960 ve 1980'ler arasında kronik hasta çocukların sayısı iki kat artış göstermiştir (Newacheck, Budetti ve McManus, 1984). Hobbs, Perrin ve Ireys (1985) Amerika Birleşik Devletlerinde kronik hasta çocuk sayısının 7.5 milyon dolayında olduğunu ve bu sayının yılda bir milyona yakın sayıda artış gösterebileceğini tahmin etmektedirler.

Ülkemizdeki kronik hastalığa sahip çocuk sayısı konusunda istatistiki verilere ulaşmada güçlükler söz konusudur. Özellikle, öğrencilerin hangi kronik hastalıklara sahip oldukları ve bunların sayısal dağılımlarını gösteren istatistiklere ulaşmak mümkün olamamaktadır (Akbaş,1995).

Literatürde kronik hastalığın ortaya çıkma nedenleri genetik ve çevresel etkenler olmak üzere ikiye ayrılır. Genetik etmenler Down Sendromunda olduğu gibi kromozom sayısında ya da dizilimindeki farklılıklardan ortaya çıkan bozuklukları içermektedir (Hobbs ve ark.,1985). Çevresel etmenler ise a) Gebelik sırasında (intrauretrin) b) Doğum sırasında (perinatal) c) Yaşamın daha sonraki dönemlerinde (postnatal) ortaya çıkabilmektedir. Örneğin doğum

öncesinde radyasyon, bazı ilaçların toksik etkisi veya enfeksiyon (kızamıkçığın doğuştan kalp hastalığına neden olması gibi) kronik hastalığa yol açabilir. Son yıllarda kabul edilen görüş ise kronik hastalıkların genetik ve çevresel etkenlerin kombinasyonu ile ortaya çıktığıdır (Hobbs ve ark., 1985). Çoğu kez genetik bir eğilim ve gerekli çevresel koşullar sonucunda bu hastalıklar ortaya çıkmaktadır.

Kronik hastalıkların pek çoğu doğumla birlikte ortaya çıkmakta ve çocuk çoğu zaman hastalısız bir yaşamı tanımamaktadır. Dolayısıyla hastalık başlangıçtan itibaren çocuğun kimliğinin parçası olmaktadır. Bu nedenle kronik hastalıklar çocuğun fiziksel, psikolojik ve sosyal gelişimini kalıcı bir şekilde değiştirmektedir. Kronik hastalığın gelişim sürecini etkileme şekli ve derecesi ise hastalığın geçmişi, derecesi, seyri, bireyi fiziksel ve sosyal yönden engelleme derecesi, belirtilerin gözle fark edilme derecesi ve genetik geçmişi ile yakından ilişkilidir. Bunun yanısıra gelişimi etkileyen bir diğer faktör grubu da hasta bireyin mizaç ve kişiliği, akran ve kardeşlerin, öğretmen ve tıp personelinin tutumu olarak özetlenebilir (İnanç,1995). Gelişimi etkileyen değişkenlerden biri olan öğretmenlerin tutumları bu araştırmanın konusunu oluşturmaktadır.

Genellikle doğumla birlikte ortaya çıkan bu kronik hastalıklar çocuğun bilişsel, sosyal ve duygusal gelişimini çeşitli derecelerde etkileyebilmektedir. Okul çağındaki çocuklar için en önemli sosyal ortamlardan biri aile ve okuldur. Çocuğun sahip olduğu kronik hastalık bilişsel, motor ve duyuşsal sınırlamalara neden olarak çocukta özgüven gelişimini olumsuz etkileyerek yetersizlik duygusuna neden olabilir. Kronik hastalığa sahip çocukların sayılarının yıldan yıla artması öğretmenlerin okul ortamında bu çocuklarla daha sık karşılaşmalarına neden olabilmektedir. Bu çağ çocuğu becerileri daha çok okul ortamında kazanacaktır. Gelişim açısından kimliğin büyük bir bölümünün

ilkokul yıllarında oluştuğu ve şekillendiği bilinmektedir. Bu öğrencilerin olumlu bir kimlik yapısı geliştirebilmeleri, sınıf ortamında çevre ve kişilikleriyle ilgili iyi uyum yapabilmeleri, akademik yaşamlarını devam ettirmeleri ve hastalığı telafi edici uygun düşünce yapısı geliştirebilmeleri, hastalığa ilişkin sınırlılıklarını bilmeleri ve buna göre davranabilmeleri, sınırlılıklarına uygun meslekler seçmeleri, uygun amaçlar belirlemeleri açısından öğretmenler bu çocukların yaşamlarında bir anahtar görevi görmektedir. Bu da öğretmenlerin bu konudaki sorumluluklarını artırmaktadır.

Öğretmenlerin bu öğrencilere ilişkin algılamaları, hastalık hakkında doğru ve yeterli düzeyde bilgiye sahip olup olmamaları kronik hasta öğrencilere karşı geliştirdikleri tutumları oldukça önemli bir oranda etkileyebilmektedir. Bu kazanılmış tutumlar da öğretmenlerin sınıf içerisindeki bu öğrencilere karşı olumlu (yapıcı) veya olumsuz, farkında olarak ya da olmayarak davranışlarının belirleyicisi olabilmektedir.

Son yıllarda yapılan sınırlı sayıda araştırmalar öğretmenlerin kronik hastalıklara ilişkin yetersiz, sınırlı ve hatta bazan yanlış bilgiye sahip olduklarını ve buna paralel olarak çocuktan korkma, onunla etkileşime girmeme, gerçekçi olmayan düşük başarı beklentileri veya aşırı koruma tutumu içine girdiklerini göstermektedir . Arkadaş grubunun ise çocuğu, kendilerinden farklı olduğu veya hastalığının bulaşıcı olabileceği gerekçesiyle dışlayabildiği ortaya konmuştur(Whitt, 1984). Sınıf ortamında ki öğretmen tutumlarının, öğrencilerin etkili öğrenmelerinde gerek normal çocuklar, gerekse kronik hastalığa sahip çocuklar açısından önemli bir rol oynadığı gerçektir.Bu bilgilerden hareketle öğretmen tutumlarının sosyo-demografik ve bilgi düzeyleri açısından nasıl farklılaştığının ortaya konulması araştırmanın problemini ve temel amacını oluşturmaktadır.

## **Araştırmanın Amacı**

Bu araştırmanın temel amacı sınıf öğretmenlerinin kronik hasta öğrencilere ilişkin tutumlarını sosyo-demografik değişkenler(cinsiyet, medeni durum, kıdem, çocuk sahibi olup olmama, sınıfında kronik hasta bir öğrencinin var olup olmadığının farkında olma) ve bilgi düzeyleri açısından incelemektir.

Bu temel amaç doğrultusunda aşağıdaki sorulara yanıt aranmıştır.

1. Sınıf öğretmenlerinin cinsiyetlerine göre kronik hasta öğrencilere ilişkin tutumları arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?
2. Sınıf öğretmenlerinin medeni durumlarına göre kronik hasta öğrencilere ilişkin tutumları arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?
3. Sınıf öğretmenlerinin çocuk sahibi olup olmamalarına göre kronik hasta öğrencilere ilişkin tutumları arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?
4. Sınıf öğretmenlerinin kıdemlerine göre kronik hasta öğrencilere ilişkin tutumları arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?
5. Sınıf öğretmenlerinin mezun oldukları okullara göre kronik hasta öğrencilere ilişkin tutumları arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?
6. Sınıf öğretmenlerinin sınıflarında kronik hasta bir öğrencinin bulunup bulunmamasına ve sınıfında kronik hasta bir öğrencinin var olup olmadığını bilmemesine göre kronik hasta öğrencilere ilişkin tutumları arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?
7. Sınıf öğretmenlerinin kronik hastalıklar hakkındaki bilgi düzeylerine göre kronik hasta öğrencilere ilişkin tutumları arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?
8. Sınıf öğretmenlerinin kronik hasta öğrencilere ilişkin tutumlarını açıklamada araştırma değişkenlerinin katkısı ne kadardır?

## **Sınırlılıklar**

1. Araştırmada bağımlı değişken olan tutumlar "Kronik Hasta Çocuklara İlişkin Öğretmen Tutumları Ölçeği"nin ölçtüğü niteliklerle sınırlı olacaktır.

2. Araştırmada bağımsız değişken olan öğretmenin kronik hastalıklar hakkındaki bilgi düzeyleri, "Kronik Hastalıklar Hakkında Bilgi Ölçme Formu"nun ölçtüğü niteliklerle sınırlı olacaktır.

3. Araştırma, Adana İlinde bulunan M.E.B'na bağlı devlet ilkokullarındaki öğretmenlerle sınırlı olacaktır.

4. Araştırmanın bağımsız değişkenleri olan cinsiyet, medeni durum ve çocuk sahibi olup olmama, sınıfında kronik hasta bir öğrencinin var olup olmaması ve sınıfında kronik hasta bir öğrencinin varlığından haberdar olmama, bilgi düzeyleri, kıdem durumları öğretmenlerin kendilerinden toplanan bilgilerle sınırlı olacaktır.

## **Sayıtlılar**

1.Örneklemedeki deneklerin ölçek ve bilgi ölçme formunu içtenlikle ve objektif olarak yanıtlayacakları varsayılmıştır.

## **Tanımlar**

**Kronik hastalık:** Konu ile ilgili literatürde çeşitli kronik hastalık tanımları vardır. Mayo'nun (1956) tanımına; kronik hastalık aşağıdaki özelliklerden bir ya da bir kaçını içeren normalden sapma ya da bozukluk olarak tanımlanır (Akt; Çavuşoğlu, 1992, s. 2).

- 1.Sürekli,dir,
- 2.Kalıcı yetersizlikler bırakır,
- 3.Geri dönüşsüz patolojik değişikliklere neden olur,
- 4.Uzun süreli gözlem, kontrol ve bakım gerektirir,
- 5.Rehabilitasyon için hasta bireyin ya da ailesinin özel eğitimini gerektirebilir.

Sık kullanılan tanımlardan biri olan Mattson'ın (1972) tanımına göre kronik hastalık; uzun süre devam eden, ilerleyici ve ölümcül (fatal) olabilen, fiziksel ya da mental fonksiyon bozukluklarına rağmen, göreceli olarak normal yaşama eşlik eden bir bozukluktur.(Akt; Çavuşoğlu, 1992, s. 3).

Pless ve Pinkerton'un (1975, s.3) tanımına göre ise kronik hastalık; bir çocuğun günlük olağan aktivitelerini en az üç ay süreyle engelleyen, yılda en az bir ay süreyle ya da tanı anında hastaneye yatmaya neden olan bir sağlık sorunudur.

Perrin'e göre (1985, s.2) ise kronik hastalık günlük yaşamı yılda 3 aydan fazla etkileyen, en az 1 ay hastanede yatmayı gerektiren durumdur .

Bu araştırmada kronik hastalık; çocuğun günlük olağan aktivitelerini en az üç ay süreyle etkileyen, yılda en az bir ay süreyle ya da tanı anında hastanede yatmaya neden olan ve tıbbi bir tedavi gerektiren, bireyi fiziksel, psikolojik ve sosyal açılardan çeşitli derecelerde olumsuz yönde etkileyen göreceli olarak normal yaşama eşlik eden bir bozukluk olarak tanımlanacaktır.



**Tutum :** Bir bireye atfedilen ve onun bir psikolojik obje ile ilgili düşünce, duygu ve davranışlarını düzenli bir biçimde oluşturan bir eğilimdir (Smith, 1968; Akt., Kağıtçıbaşı, 1988, s. 84)

### **Kısaltmalar**

(KHÇÖTÖ): "Kronik Hasta Çocuklara İlişkin Öğretmen Tutumları Ölçeği"

### **Araştırmanın Gerekçesi ve Önemi**

Hasta olma tüm bireyleri olduğu gibi çocuk ve ergenleri de çeşitli şekillerde etkilemektedir. Çocuk ve ergenlerin hastalıktan etkilenme dereceleri pek çok etkene bağlıdır. Bunlardan bir kaçısı çocuğun kişilik yapısı, hastalığın türü ve derecesi gibi etkenlerdir. Bunlardan başka, çocuğun içinde bulunduğu ortam yani aile, arkadaş ve okul ortamı da çocuğun hastalığını ve üstesinden gelme çabasını etkilemektedir (Hamlett, Pellegrini, Katz, 1992; Mrazek, 1988; Gustafsson ve ark. 1987; Fireman ve ark. 1981; ).

Gelişim açısından kimliğin büyük bir bölümünün ilkökul yıllarında oluştuğu ve şekillendiği bilinmektedir. Bu dönemdeki öğrencilerin olumlu bir benlik geliştirebilmeleri, akademik yaşamlarını devam ettirebilmeleri ve hastalığı telafi edici uygun düşünce yapısı geliştirebilmeleri, sınıf ortamında çevre ve kişilikleriyle ilgili iyi bir uyum yapmaları, hastalığa ilişkin sınırlılıklarını bilmeleri ve buna göre davranabilmeleri, sınırlılıklarına uygun meslek seçmeleri, uygun amaçlar belirlemeleri öğretmenlerin tutum ve davranışlarından büyük oranda etkilenmektedir. Ayrıca sınıf ortamında bu öğrencilerin diğer öğrenciler tarafından kabul ve destek görme, onların özel gereksinimlerine cevap verme, onları topluma kazandırma konusunda bir birey olarak öğretmen bu çocukların

yaşamında bir anahtar görevi görmektedir. Bu da öğretmenlerin bu konudaki sorumluluklarını artırmaktadır.

Öğretmenlerin bu öğrencilere ilişkin algılamaları, hastalık hakkında yeterli düzeyde bilgiye sahip olup olmamaları yani bilinçlilik düzeyleri kronik hasta öğrencilere karşı geliştirdikleri tutumları oldukça etkileyebilmektedir.

Son yıllarda kronik hasta öğrenci ve öğretmenlerle ilgili yapılan sınırlı sayıda araştırmalar, öğretmenlerin bu konuda yetersiz, sınırlı ve bazan yanlış bilgilere sahip oldukları ortaya çıkmıştır (Lynch, Lewis, Murphy, 1993; Johnson, Lubker ve Fowler, 1988; Freudenberg ve ark.1980). Öğretmenler bu eksik ve yanlış bilgiler doğrultusunda çocuktan korkma, onunla etkileşime girmeme gerçekçi olmayan düşük başarı beklentileri veya aşırı koruma tutumu içine girebilmektedirler (Whitt,1984). Bunun sonucu olarak çocuk okul isteksizliği ve okul kaygılarını daha yoğun bir biçimde yaşamakta, hatta bazan okuldan ayrılmalar gündeme gelmektedir.Yine bu çocukların kendilerini yetersiz olarak algılamalarına, sosyal ortam içerisinde kendilerini anlaşılmanış hissetmelerine ve kapasitelerinin altında bir başarı performansı göstermelerine neden olabilmektedir (Akbaş,1995; Lynch, Lewis, Murphy, 1993 ).

Öğretmenlerin kronik hastalığa sahip öğrencilerin akademik yaşamlarında oldukça önemli bir etkiyi sahip oldukları, bu öğrencilerin eğitim ortamından maksimum düzeyde fayda sağlayabilmelerinde öğretmenlerin çok önemli katkılarının olduğu inkar edilemeyen bir gerçektir. Özellikle de sınıf öğretmenlerinin gününün büyük bir kısmını öğrencileriyle geçirdiği düşünülecek olursa, öğretmenlerin bu öğrencilerin yaşamlarındaki rolü daha net bir biçimde ortaya çıkmaktadır. Eğitim sürecinin bireysel olarak ihtiyaçlara cevap verebilmesinin öneminin arttığı ve hedeflendiği günümüzde bu

öğrencilere karşı öğretmen tutumlarının belirlenmesine ihtiyaç vardır. Dünyada ve ülkemizde yapılan çalışmalar genellikle öğretmenlerin kronik hasta öğrencilerin ebeveynleri tarafından nasıl algılandıkları, öğretmenlerin bilgilerinin ne düzeyde olduğu ve sınıflarda en sık karşılaşılan kronik hastalıkların neler olduğu konularında yoğunlaşmaktadır. Yapılan literatür taraması sonucunda dünyada ve ülkemizde kronik hasta öğrencilere ilişkin öğretmen tutumlarını sosyo -demografik değişkenler ve bilgi düzeyleri açısından inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır. Ülkemizde kronik hasta öğrencilerle ilgili olarak sınırlı sayıda araştırmalar yapılmıştır. Bu konuda yapılan bilimsel çalışmaların yetersiz olduğu söylenebilir. Bu gerekçelerle; bu araştırma öğretmenlerin kronik hasta öğrencilere ilişkin tutumlarını sosyo-demografik ve bilgi düzeyleri değişkenleri açısından belirlemek üzere planlanmıştır. Bu araştırma öğretmenlerin kronik hasta çocuklara ilişkin tutumlarının sosyo-demografik değişkenler ve bilgi düzeyleri açılarından farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemeye çalışan betimsel bir çalışma olduğu için bu alanda bundan sonra yapılacak çalışmalara bir temel oluşturması açısından önemli olduğu kabul edilebilir.

## BÖLÜM II

### KURAMSAL ÇERÇEVE VE İLGİLİ YAYINLAR

#### Kronik Hastalıklar

Okul her çocuğun yaşamında önemlidir. Okul çocuğun sosyal ve fiziksel becerilerini kazanmasına ve geliştirmesine, bazı özel yeteneklerini ortaya çıkarmasına ve bilgi düzeyini artırmasına yardımcı olmaya uygun bir zemin hazırlar. Kronik hastalığa sahip bir çok çocuk için okul, hastalıkla ilgili sınırlılıkların çok fazla yaşandığı ve hissedildiği bir ortam durumuna geçebilmektedir. Kronik hasta hemofilik bir çocuk için okuldaki aktivitelerde örneğin bir takımda veya tiyatro sahnesinde hemofilik olarak etiketlenmek bir birey olarak anılmaktan önce gelebilmektedir. Astım olan kronik hasta bir çocuk takım çalışmalarına katılmaktan kaçınabilir ve kendisini hiç bir zaman sınıfın tam bir üyesi gibi hissetmeyebilir. Ayrıca sınıf arkadaşları tarafından hiç bir zaman anlaşılmadığını, onlardan farklı olduğunu ve etiketlenmiş olduğunu hissedebilir. Kronik hasta bir çocuk üstün yetenekli bir öğrenci olsa bile yaşadığı izolasyon ve reddedilme duyguları çocuğun kendine olan güven duygusunu ve benlik saygısını zedeleyebilir (Hobbs, Perrin ve Ireys; 1985).

Geçmişte kronik hastalıklara sahip çocuklar okul çağı nüfusunun az bir kısmını oluşturuyordu. Kronik hasta çocukların bir çoğu hastalığın başlangıcından kısa bir süre sonra ya ölüyorlardı ya da sağlıklı akranlarından ayrı bir şekilde evde ya da okullarda eğitim alıyorlardı. Altmışlı yılların başlarına kadar kronik hasta çocukların düzenli eğitim okullarına gidişleri büyük ölçüde göz

ardı edildi (Walker ve Jacobs, 1985). Son yirmi yıl boyunca üç gelişme oldukça önemli bir şekilde kronik hasta çocukların eğitim şekillerini değiştirdi.

Sonuç olarak her bir çocuk için uygun eğitimsel fırsatların temini ve bir zamanlar ayrı çalışan eğitimsel kurumların artık bir işbirliği içerisinde çalışmak zorunda oldukları konusunda okulların daha büyük bir rol alması gereği üzerinde durulmaya başlanmıştır (Hobbs ve ark., 1985).

Birinci gelişim tıbbi koruma yöntemlerindeki hızlı ilerlemelerdir. Tıptaki ilerleme çocukluktaki tipik aktivitelere kronik hasta bir çocuğun katılma kapasitesini artırmış, buna paralel olarak okula devamlarında da bir artış gözlenmiştir. Geniş anlamı ile kronik hasta çocuk ve adolesanların topluma sosyal ve ekonomik yaşama tam bir üye gibi katılmaları gereği ile sonuçlanmıştır. İkinci gelişme Amerika Birleşik Devletlerinde 1960 yıllarında bir çok eyalette okullarda kronik hasta çocuklarla ilgili eğitimsel reformların yapılmış olmasıdır. Son gelişme ise daha yavaş bir şekilde ilerleyen ve eğitim örüntüsüne yansıyan okullardaki sağlık koruyucu birimlerin oluşturulmaya başlanmasıdır. Kronik hastalığa sahip çocukların eğitimlerinin sağlanması için değişik yollar denenmektedir. Hastalık nedeniyle periyodik olarak hastaneye yatma, akut olarak semptomların şiddetlenmesi, hastalığın neden olduğu bitkinlik, tedavinin gözle görülen yan etkileri, hastalığın yarattığı fiziksel sınırlılıklar okul devamlarının azalmasına, okulda konsantrasyon eksikliğine ve utanç verici olarak algılanmasına, içe kapanmalarına ve kendilerini yalnız hissetmelerine neden olmaktadır. Bu açılardan bakıldığında kronik hasta çocukların okul ortamından maksimum derecede yarar sağlayabilmeleri amacıyla okul binası ve okul programları uygun bir biçimde düzenlenmelidir. Bir çok okul sistemi kronik hasta çocukların eğitimsel gereksinimleri konusunda bir belirsizlik yaşamaktadırlar. Bu durum sıklıkla okul programları ve öğretmenler bu

öğrencilerin eğitim ortamından etkili bir şekilde faydalanmalarına engel oluşturmaktadırlar (Baird ve Ashcroft, 1985; Walker ve Jacobs, 1985 ).

### **Eğitimsel Gereksinimler**

Eğitimsel gereksinimleri tanımladığımızda kronik hasta çocukların üç grupta toplanması yararlı olacaktır. Birinci gruptaki hasta çocuklarda hastalığa ek olarak ya da hastalık sonucu meydana gelen oldukça ağır bilişsel ve algısal bozukluklar olduğu gözlenmektedir. Spina bifidalı (Omurganın birleşim yerinde vertebralarda görülen açıklığın neden olduğu hastalık) ve muscular distrofyli (Kas güçsüzlüğü ile seyreden ve kaslarını uygun bir biçimde kullanamamaya yol açan hastalıklar grubu) çocuklar bu grup içerisine girmektedirler. İkinci grup fiziksel yetersizliklerin ( geçici ya da kalıcı ) olduğu ve herhangi bir bilişsel ya da zihinsel gelişme geriliğine rastlanılmayan hasta çocukları içerir. Bu çocukların çoğu kendi başlarına hareket etme yeteneklerinde örneğin sınıfa giriş çıkışlarında ve öteki tesisleri kullanmada güçlük yaşamaktadırlar. Fakat bu gruptaki hasta çocuklar standart ders programına katılmada pek fazla güçlük yaşamamaktadırlar. Hemofilili (koltuk değneğine ya da tekerlekli sandalyeye ağır kanamalar sonrası ihtiyaç duyan) ve bazı artiritli çocuklar bu grup içerisinde yer almaktadırlar. Üçüncü ve büyük bir çoğunluğu içine alan diğer bir grup ise hiç bir zihinsel ya da fiziksel yetersizliği olmayan fakat hastalık ya da tedavi sonucu okulda geri kalan çocukları içermektedir. Astım, diabet ve kronik böbrek yetmezliklerine sahip çocuklar bu grup içerisine dahil edilmektedirler. Bu üç grubun eğitimsel gereksinimleri farklılaşmaktadır.

**Tablo-1**

**Kronik Hasta Çocukların Eğitimsel Olarak Yerleştirilmeleri**

<b>Grup</b>	<b>Düzenli Eğitim</b>	<b>Özel Eğitim</b>
Zihinsel yetersizlik gösteren kronik hasta çocuklar.	Düzenli eğitim almazlar.	Her zaman gereksinimleri vardır.
Sadece fiziksel hareketlerde yetersizlik gösteren kronik hasta çocuklar.	Nadiren düzenli eğitim alırlar.	Sık sık özel eğitime ihtiyaç duyarlar.
Fiziksel ya da zihinsel yetersizliği olmayan kronik hasta çocuklar.	Sık sık düzenli eğitim alırlar.	Nadiren özel eğitime ihtiyaç duyarlar.

Hobbs, Perrin, Ireys (1985)

Üçüncü grup kronik hastalığa sahip çocuklar diğer iki grupla kıyaslandığında en yüksek sayıya sahip grubu oluşturmaktadır. Bu çocuklar zihinsel olarak herhangi bir yetersizliğe sahip olmadıkları için özel bir müfredat programına ihtiyaç göstermezler ve hareket problemleri farklılıklar göstermektedir. Okulda başarılı olmaları için yeterli bir potansiyele sahip oldukları halde okul devamsızlığı, sınırlı hazırbulunuşluk, daha az dayanıklılık ve psikolojik güçlükler gibi nedenlerle sağlıklı akranlarına oranla daha düşük akademik başarı gösterebilmektedirler (Pless ve Pinkerton, 1975; Walker ve Jacobs, 1985). Okul devamsızlığının iki nedeni olabilmektedir. Birinci neden uzun süren tedavi ve iyileşme dönemi için hastanede yatmak; ikincisi ise spesifik semptom ve problemlerin giderilmesi ya da hastalığın izlenmesi için kısa süreli doktor gözetimi altında bulunmaktır. Yeni semptomlar ortaya çıkmaya bile



gerekli tıbbi izleme, kontrol çalışmaları az da olsa okul devamsızlığına neden olabilmektedir. Okul devamsızlıkları yığılmalı etkilere sahip olabilir ve çocuk üzerinde sürekli kaçırdığı dersleri takip edebilmek için bir baskı yaratabilir. Astım Amerika Birleşik Devletlerinde diğer hastalıklar içerisinde okul devamsızlığına yol açan en büyük hastalık grubunu oluşturmaktadır (Hobbs, Perrin, Ireys, 1985). Astımlı çocuklar haftalık olarak allerjiye yol açan etkene karşı aşılarını yaptırmak için okul devamsızlığı yapabilmektedirler. Bu ayrıca okul sonrası örneğin spor yapma ya da bir klübe gitme gibi aktivitelerini aksatmalarına neden olabilmektedir. Diğer kronik hastalıklarda örneğin kronik böbrek yetmezliği ya da diabette de aynı durumlar yaşanabilmektedir. Kronik hasta çocukların tedavileri için kullanılan ilaçlar yan etkilere neden olabilmekte ve bu da ebeveyn ve öğretmenler tarafından yanlış yorumlamalara örneğin çocuğun tembel ya da isteksiz olarak yorumlanmasına neden olabilmektedir (Hobbs ve ark.,1985).

Üçüncü grupta bulunan fiziksel ya da zihinsel yetersizliği olmayan kronik hasta çocuklar çoğunlukla özel eğitime ihtiyaç göstermemektedirler. Ancak periyodik bir şekilde özel sağlık servislerine ya da okul programında çeşitli farklılaşmalara ihtiyaç duyabilirler. Kronik hastalığa sahip çocukların ilaç uygulamaları okulda yapılmak zorunda kalınabilir. (Örn; Kronik böbrek yetmezliğinde enfeksiyondan korunmak amacıyla antibiyotik uygulanabilir ya da diabetli bir çocuk gün boyunca diyetine uygun bir şekilde ekstra içecek yada yiyeceğe ihtiyaç gösterebilir.) Öğretmen bu konuda esnek ve izin verici olmalıdır. Bu çocukların bir nöbet ya da atak durumunda, okulda yapılabilecek herşeyin hazır olduğunu ve bunun planlandığını anlamaları önemlidir. Bunu farketmeleri, çocukların kendilerini rahat hissetmelerine yol açan bir etkidir. Astım nöbeti okulda meydana gelebilir, ya da hemofilili bir çocuk ciddi bir kanama atağı geçirebilir. Sağlık servisi, öğretmen, okul arasındaki işbirliği yolu ile



okul bilgilendirilmeli ve böylece uygun sağlık koruyucu tedbirler kriz ortaya çıktığı anda alınabilmelidir. Kronik hasta bir ocuk için uygun egzersiz yapması sağlanarak ve hastalığın gerektirdiği kısıtlamalara saygı gösterilerek hassas dengeler kurulabilir (Hobbs ve ark.,1985).

Psikolojik sağlık olumlu bir benlik saygısını içerir ve okul başarısının artmasına katkıda bulunabilir. Kronik hasta bir ocuk demek mutlaka psikolojik olarak problem yaşayacağı anlamına gelmemektedir. Öğretmenler hastalığından dolayı çocuğu rahatsızlık verici bulabilirler, hasta çocuğu rededebilirler ya da olumsuz duygularını onlara yansıtabilirler. Çocuğun hastalığının gidişi hakkındaki bilgi eksikliği bir öğretmenin çocuğun neler başarabileceği konusundaki kararlarını etkileyebilir. Öğretmenlerin “Niçin zahmete gireyim” şeklindeki tutumları ve davranışları hasta çocuğun motivasyonunun azalmasına neden olabilmektedir (Heward, Orlansky;1988).

Kronik hasta çocuklar genellikle hastalığın teşhisinden sonra mümkün olan en kısa zamanda okula geri dönmeleri için cesaretlendirilirler. Okula geri dönüş güçlükleri ve yeniden adapte olma süreci tahmin edilenden daha güç olabilmektedir. ocuk için okula geri dönüş bu bağlamda stres verici olabilmekte ve okul fobilerinin gelişmesiyle son bulabilmektedir.Kronik hasta bütün çocuklar eğitimden yararlanma hakkına sahiptirler. Bununla birlikte ebeveynlerin zaman zaman özellikle de hassas ve incinebilir olarak algılanan çocuklar için okulda uygun çevresel koşulların oluşturulamadığı yönünde endişeye sahiptirler (Hobbs, Perrin, Ireys, 1985). Ebeveynler ayrıca hasta ocuk hakkında bilgi edinme ihtiyacında olup öğretmeni sorularıyla bıktırabilirler ya da ebeveynler öğretmenden hasta çocuklarına diğer sağlıklı çocuklara davrandıkları gibi davranmasını isteyebilirler. Bir çok ebeveyn bilgisiz öğretmenlerden korkmakta ve ocuk eğer kendini hasta hissederse acil bir durumda yetersiz

olacaklarını ve gereken işlemleri yapamayacaklarını düşünerek kaygı yaşamaktadırlar (Hobbs ve ark., 1985; Lynch, Lewis, Murphy 1993).

Öğretmenlerin büyük çoğunluğu hasta öğrencilerin sınıflarına katılmalarından rahatsızlık duymaktadırlar (Eiser ve Town, 1987). Öğretmenler çocukluk çağı hastalıkları hakkında bilgileri nadiren üniversite eğitimleri sırasında almakta; kronik hastalıklar ve tedavileri hakkında oldukça eksik bilgiye sahip oldukları görülmekte ve okuldaki tıbbi acil yardım olanaklarını olduğundan fazla tahmin etme eğilimi göstermektedirler(Hobbs, Perrin, Ireys, 1985). Öğretmenler buna ek olarak kronik hasta bir öğrenciyle nasıl ilgilenecekleri konusunda bir belirsizlik yaşamaktadırlar. Özellikle kronik hasta öğrencinin müfredata katılımını nasıl cesaretlendireceklerini ya da ne kadar izin verici davranmak zorunda olduklarını bilememektedirler. Diğer bir güçlük ise sağlıklı sınıf arkadaşları ile ilişkiler konusunda yaşanabilmektedir. Öğretmenler genellikle sağlıklı çocukların bu hastalıklara sahip çocuklarla birlikte bulunmalarının sağlıklı çocuklar açısından yüksek kaygı ve stres kaynağı oluşturduğu ve zaman zaman çeşitli korkuların yaşandığı üzerinde durmaktadırlar. Bu nedendir ki kronik hastalıklar hakkında bilgili ve yetişmiş öğretmen çocuğun sınıf içerisinde diğer akranları tarafından kabul edilmesi ve yine diğerlerinin yüksek korku ve kaygı yaşamamaları açısından oldukça önemli bir rol oynamaktadır. Sınıf arkadaşlarının hasta çocuğa karşı olumlu bir tutum geliştirmesi, yaşanan herhangi bir nöbet anında öğretmenin paniğe kapılmadan ne yapacağını bilmesi, hasta çocuğun arkadaşlarına uygun ve sağlıklı bilgi vermesi ancak öğretmenlerin kronik hastalıklar hakkında yeterli bilgi ve olumlu tutuma sahip olmaları ile sağlanabilir. Ayrıca eksik ve yanlış bilgiler olumsuz tutumlarla birleştiğinde çocuğun aktivitelerinin oldukça fazla ve gereksiz bir biçimde kısıtlanmasına neden olmaktadır (Eiser, 1990).

Bir çok kronik hasta çocuk için tedaviden sonra okula yeniden dönüşü kolaylaştırmak çok gerekli olmaktadır. Crittenden ve Gofman (1976) müdahalelerin, çocuğun okula geri dönüşü, tedavinin yol açtığı sosyal stresin azaltılması ve öğretmenlerin ve diğer çocukların hastalık ve tedavisi hakkında eğitilmeleri ile ilgili olması gerektiğini vurgulamaktadır (Akt;Eiser,1990).

Öğretmenlerle ilgili müdahaleler çalışma gruplarını, seminerleri ve kronik hastalıklarla ilgili basılı materyalin dağıtılmasını içermektedir. İmajinatif teknikler daha çok sağlıklı okul çocuklarının olumlu tutum geliştirmeleri ve kendilerini onların yerine koyabilmelerini sağlayabilmek için kullanılabilir. Bu teknikler hastalıklar ve hastalıkların neden olduğu yetersizlikler hakkındaki dersleri, hikayeleri ve filmleri içerebilir ( Hobbs ve ark, 1985). Sağlıklı çocukların kronik hasta çocuklarla bir zaman periyodu içerisinde iletişime geçmelerinin sağlanması akranlarının olumlu tutum geliştirmesine yardımcı olabilecek bir diğer yol olabilir. Bunun için çok az sayıda sistematik programlar geliştirilmiştir.

## **Epilepsi**

Nöronların anormal elektrik deşarjları sonucunda bilinç değişikliği,motor hareketler, duyu bozukluğu ve otomatizm ile beraber ortaya çıkan klinik tabloya konvulsiyon, nöbet, havale; buna karşılık çeşitli nedenlere bağlı olarak, bu nöbetlerin belirli bir paroksizm içinde tekrarlanması olayına "epilepsi" denir (Renda, Özdirim, Yalaz, Aysun, 1993).

Epilepsi önemli bir toplum sağlığı problemidir. Çeşitli toplumlarda görülme sıklığının % 1-3 arasında olduğu saptanmıştır. Kesin olduğu bilinmemekle birlikte genetik bir yatkınlığın olduğu söylenebilir. Konvulsiyon ve epilepsilerin sınıflandırılması oldukça karmaşık bir konudur. Bundan dolayı, uluslararası

epilepsi ile savaş birliğinin Gastaut tarafından hazırlanmış sınıflandırması bugün için herkes tarafından ufak değişiklerle kabul edilmiştir (Renda, Özdirim, Yalaz, Aysun, 1983).

#### **Epileptik Nöbetlerin Sınıflandırılması :**

1. Parsiyel (focal, local) nöbetlerin ilk klinik ve EEG değişimleri beynin bir yarıkürenin sınırlı nöronlarının sisteminin başlangıç etkileşimini gösterir. Parsiyel nöbetler temel olarak atak sırasında bilinçte bozukluk olup olmaması temeliyle sınıflandırılır. Eğer bilinç bozukluğu yok ise basit parsiyel nöbet ; eğer varsa kompleks parsiyel nöbet olarak sınıflandırılır. Bilinç bozukluğu ilk belirti olmakta ve basit parsiyel nöbetleri kompleks parsiyellere dönüşebilmektedir. Bilinç bozukluğu olan hastalarda davranış sapkınlıkları (otomatizm) oluşmaktadır. Parsiyel nöbetler yokolmayabilir ama motor nöbetlere doğru yönelebilir. Parsiyel nöbetlerin önemli bir kanıtı genelde yarıkürenin bir yarısında olmasıdır. Fakat arada sırada iki yarıkürde de oluşmaktadır. Kompleks parsiyel nöbet sıklıkla iki yarıkürde meydana gelir.

**Parsiyel nöbetler üç temelde sınıflandırılmaktadır.**

#### **A. Basit Parsiyel Nöbetler (Bilinç Bozukluğu Yok)**

1. Motor semptomlar ile
2. Somatosensörel ve özel duyu semptomları ile
3. Otomatik semptomlar ile
4. Kombine semptomlar ile (psychic)

## B. Kompleks Parsiyel Nöbetler (Bilinç Bozukluğu Var)

### 1. Basit parsiyel nöbetler gibi başlayıp bilinç bozukluğuna dönüşenler

(a). Sadece bilinç kaybı

(b). Otomatizm ile

### 2. Bilinç kaybı ile başlayanlarda

(a). Başka bir belirti yok sadece bilinç kaybı.

(b). Otomatizm ile

## C. Sekonder olarak jenerilize olan parsiyel nöbetler

### 2. Jenerilize nöbetlerde ilk klinik değişimler iki yarımkürede oluşmaktadır.

Bilinç bozukluk gösterebilir, bu bozukluk başlangıç belirtileridir. Motor (hareket) belirtileri iki yönlüdür. EEG örnekleri başlangıçta iki yönlüdür ve tahminen her iki yarımkürede genişçe yayılmış olan sinirsel boşalıma yansır.

3. Sınıflandırılmayan Epileptik Nöbetler; Sınıflandırılmayan bütün nöbetleri içermektedir. Yetersiz ve tamamlanmamış bilgiler ve şimdiye kadar tanımlanmamış kategorilerde sınıflanması olanaksız nöbetleri içermektedir (Hermann, Seidenberg, 1989).

Epilepsi birincil, idiopatik, kriptojenik; ikincil semptomatik olarak iki grup içinde toplanan nedenlerden ortaya çıkar. Birincil grupta bugüne kadar yapılan bütün incelemelere karşın kesin bir neden saptanamamıştır. İkincil grupta, genellikle beynin yapısal ve işlevsel bir bozukluğu söz konusudur. Akut ve kronik organik beyin sendromlarına yol açan bütün nedenler aynı zamanda ikincil epilepsinin de nedeni olabilir. Epilepsinin patojenezi kesin olarak açıklanamamıştır. Penfield, patojenezi yapısal-işlevsel açıdan açıklamaya çalışmış,

beyin sapından ve beyin kabuğundan kaynaklanan nöbetler yanında çıkış yeri saptanamayan nöbetleri ayırmıştır. Birincil, idyopatik epilepsinin kaynağı beyin sapının üst bölümü ve talamustur. Nöbetler bu bölgeden kendiliğinden başlar. Beynin sapına, orta beyne ve talamusa yayılarak jeneralize nöbetler ortaya çıkar (Renda, Özdirim, Yalaz, Aysun, 1993).

Kompleks parsiyel nöbet geçiren bir epileptiğin bu sırada bütün vücudu kasılır, ardından tüm vücutta kasılıp gevşeme atakları görülür. Dilini ısırabilir, çevreden gelen uyarıcılara cevap veremez, idrarını kaçırabilir, gaitasını yapabilir. Ağzından köpük gelir, morarır. Bu ani kasılma döneminde soluk almaz, dilini ısırabilir. Nöbet 2-5 dakika sürebilir. Bu dönemde hızlı soluk alıp verme, vücudun bir yarısında çekilme olabilir. Nöbet bitiminde hasta kendini aşırı yorgun, halsiz hisseder, uyumak isteyebilir. Kendine geldiğinde kendisine neler olup bittiğinin farkında değildir (Renda, Özdirim, Yalaz, Aysun, 1993).

Bu durumda yapılması gereken hasta düz, yumuşak bir zemine uzatılır. Başı hafif geriye doğru alınır. Solunum yolları açılır, hastanın rahat nefes alabilmesi için boyun bölgesindeki kravat, gömlek v.b giysiler gevşetilir. Hastanın dişleri arasına temiz bir mendil ya da spanç koyulur. Kas zedelenmelerine neden olabileceği için kasılma hareketini engellemeye çalışmamak gerekir. Kolonya koklatılmamalı, rahatlama için su v.b. sulu içecekler verilmemelidir. Sulu içeceklerin verilmesi hastanın nefes yollarının kapanmasına ve nöbet sırasında yutma fonksiyonu kaybolduğundan hastanın boğulmasına sebebiyet verebilir. Hastanın nabzına bakılır eğer aşırı bir yükselme varsa ve kriz 5-10 dakikadan fazla sürüyorsa acil tıbbi müdahale gerektirir.

Kompleks parsiyal nöbetde ise yaklaşık 5-10 sn. süren bilinç kaybı görülür. Örneğin sınıf ortamında bu tip kriz geçiren bir öğrencinin elinde kalem varsa

aniden düşebilir. Bu tip nöbetlerin tanınması oldukça güçtür, iyi bir gözlem gerektirir. Epilepsi tiplerinin tamamı ilaçla kontrol altına alınabilir. İlaçların düzenli kullanılmadığı durumlarda nöbetlerin sıklaşması gündeme gelebilir. Epilepside kullanılan ilaçlar yan etki olarak uyuklama, dikkat eksikliği, ağızda kuruluk, görme bulanıklığı, ciltte döküntüye neden olabilmektedir (Renda, Özdirim, Yalaz, Aysun,1993).

Epilepsinin çocuk için oluşturduğu sorunlar: Bu öğrencilerin bilişsel düzeydeki başarıları hastalığın kontrolüne ve çocuğun çevresine uyumuna doğrudan bağlıdır. Bu çocukların üçte ikisinin ilkokulda bazı sınıfları üst üste tekrarladıkları görülür. Ülkemizde bu konuda sağlıklı istatistiklere ulaşılamamaktadır. Bazı epilepsili çocukların entellektüel yetenekleri iyidir, hatta bazılarının ortalamanın üzerinde oldukları görülür. Okul güçlükleri bir taraftan yetenek eksikliği sonucu oluşmakta fakat diğer taraftan öğrencinin kronik rahatsızlığına bağlı olarak da gelişebilmektedir. Bunun yanı sıra çocuğun kasılmaları bilişsel düzeyde çocuğun başarısını da sınırlandırmaktadır. Çocuğun hastalığının gelişimine göre testler sonucunda gideceği okula karar verilmesi gereklidir (Akbaş,1995).

Epilepsinin ilaçla kontrol edildiği durumlarda ilacın yan etkileri göz önüne alınmak zorundadır. İlaçlar sakinleştirici etkiye sahiptir dolayısıyla bu durum çocuğun bilişsel faaliyetlerini ve konsantre olmasını engelleyebilmektedir. Bu çocuklar genellikle davranış bozukluğuna eğilimli çocuklar olabilmektedirler. Epilepsili çocuklar içinde normal çocuklara göre huzursuz, konsantre olamayan, çabuk yorulan özellikteki çocukların sayıları fazladır. Bu çocukları sessiz oturmaya zorlamak veya bunun için ceza kullanmak fayda getirmek yerine hoş olmayan şeyleri artırmaktadır. Bu çocuklarda hastalık veya kullandıkları ilaca bağlı olarak yavaş hareketler, düşüncede akışın çok yavaşlaması ve konuşma



ifadelerinde durağanlık görülebilir. Öğrencinin agresyonlarının yanlış değerlendirilmesi veya eksiklik duygularının daha da artırılması çocuğu daha çok yalnızlaştırabilmektedir (Akbaş,1995).

Okul yolunda meydana gelebilecek bilinç kaybı ile sonuçlanan krizler, çocuğu çaresiz bir durum içine soktuğu gibi, yaralanma tehlikesiyle de karşı karşıya bırakır. Özellikle öğrenci için sınırlandırılmamış bir beden eğitimi dersi çok daha gizli tehlikelere sahip olabilmektedir. Örneğin beden eğitimi dersinde yüzme, aletli cimnastik gibi aktiviteler çok tehlikeli olabilmektedir. Öğrencinin nöbet geçirdiğini bilmesi ve bunu sınıfın gözü önünde yaşaması öğrencinin kaygısını ve güvensizliğini artırdığı bilinmelidir. Bazan arkadaşlarının alay ve taklit konusu olan epilepsili öğrenci diğerlerinden farklı ve eksik olduğu duygularını yaşayabilmektedirler. Küçük nöbet durumlarında da çocuklar arkadaşlarının tepkisini haksızlık ve yeterince anlaşılma duyguları ile değerlendirebilmektedirler. Bu çocuklar aynı zamanda doktor kontrolleri ve hastaneye yatma durumlarında okul devamsızlıkları yapabilmektedirler (Akbaş,1995).

### **Astım**

Solunum yollarının sürekli enfeksiyonu yoluyla erken aşırı duyarlılık reaksiyonunun bronşlarda meydana getirdiği tekrarlayan periyodik veya periyodik olmayan aralıklarla nöbetler şeklinde nefes darlığı, öksürük, balgam çıkarma ve hırıltılı solunumla karakterize bir sendromdur. Astım genellikle ilk beş yaşta başlamakla birlikte her yaşta olabilir. Hastalık okula devamsızlık veya erişkinlerde iş gücü kaybı psikososyal sorunlara yol açar. Astımın görülüş sıklığı %1- %12 arasında değişmektedir. Bu oran Türkiye'de %1.2-2.3 olarak bildirilmektedir. Puberteden önce astım erkeklerde kızlara oranla iki kez daha



sıktır, daha büyük yaşlarda ise hastalık iki cinste eşit oranda görülür (Neyzi ve Ertuğrul, 1993). Astım hastalığının ortaya çıkışında genetik bir yatkınlığın varlığı kabul edilmekle birlikte, bu genetik yatkınlığa ek olarak çevresel ve psikolojik etmenlerin de hastalığın ortaya çıkışında ve hastalığın sürmesinde önemli rol oynadığı görüşü kabul edilmektedir (İnanç, 1995).

Astım ataklarının sıklığı hastadan hastaya veya aynı hastada bir zamandan diğer zamana değişiklik göstermektedir. Ataklar arası zaman hastanın veya astımın özelliğiyle ilişkilidir. Bazı astım türleri belirli dönemlerde atağa geçer, diğer zamanlarda ise atak görülmez. Diğer bazı türlerde ise atakları başlatıcı belirgin bir uyarıcı yoktur. Yani bu hastalar yılın her mevsiminde atak geçirebilirler. Astım atakları hafif hırıltıdan, hava yollarındaki mukusun hava yollarını tıkaması ile ölüme kadar varan değişik aralıklarda etki gösterebilir (İnanç, 1995).

Astımlı bir çocuk nasıl tanınır? Nefes alabilmek için birey yardımcı solunum kaslarını kullanır. Elini bir masaya, sıraya dayar, ayakta durur. Bireyin hava açlığı yaşadığı fark edilir. Bazen iç çeker bir tarzda soluk aldığı gözlenebilir. Nefes verirken ıslık çalar tarzda bir solunumu mevcuttur. Göz altlarında halka şeklinde renk değişikliği görülebilir ayrıca dudak ve tırnak çevresinde morarmalar görülebilir. Hafif formlarda nefes verişte dışarıdan duyulabilen ıslık sesi olabilir ya da nefes alma ve vermedeki güçlük şikayetini kendisi ifade edebilir (Levy, Hilton, 1993).

Sınıf ortamında (astım olduğu biliniyorsa) nöbet geçiren bir öğrenci için yapılabilecek müdahalelerden birisi (cebinde, çantasında) bronş gevşetici spreylere örneğin ventolin, inhaler ya da solunumu gevşetici ilaçlar örneğin brodil, pulmicort v.b. kullanmaktır. Ajitasyon için solunum gevşetici ilaçlar

örneğin diazem gibi sedatif ilaçlar verilmemelidir. Müdahalede bulunan kişi sakinliğini kaybetmeden öğrencinin tozlu ortamdan ya da astım krizini tetikleyen uyarıcılardan uzaklaştırılmalı, rahat nefes alabileceği sakin bir ortama ya da revire alınmalıdır. Eğer astımlı olduğu biliniyor ve nöbet 20 dakikadan fazla sürüyorsa en yakın acil servise götürülmelidir. Daha önce bu bulguları göstermeyen bir bireyde solunum yollarına yabancı bir cisim kaçtığı düşünülebilir. Bu tip durumlarda başlangıçta çok yoğun öksürük ve morarma yaşanır. Bu nedenle astım nöbeti ile boğazına yabancı bir cisim kaçıp kaçmadığı ayırımının öncelikle yapılması gerekir. Bu yapıldıktan sonra uygun önlemler alınmalıdır. Astım atakları ağır efor sonrası (Örn; aşırı koşma) görülebilir. Ancak bu hastalığa sahip öğrenciler için beden eğitimi derslerindeki aktivitelerin tamamı kısıtlı değildir. Bu derste tersine solunum kaslarını güçlendirici egzersizler yapması önerilir. Beden eğitimi derslerinde aktivitelere başlamadan efor öncesi bir paf sprey kullanılması önerilir. Bu hastalıkta kullanılan ilaçlar uzun süre yüksek dozda alınan kortikosteroidler büyüme geriliği, kas güçsüzlüğü, aydede yüzü, şişmanlık, kırmızı yanaklar ve Cushing sendromuna neden olabilir (Heward, Orlansky, 1988; Neyzi ve Ertuğrul, 1993).

Astım tedavisinde çok boyutlu yaklaşımlar kullanılmaktadır. En etkili müdahale hava yolları enfeksiyonunu engellemeye yönelik tıbbi tedavi ve astım atağına neden olan etkenlerin (Ör; çiçek tozları, ev tozu, stres artırıcı ortamların ) ortadan kaldırılması ve buna paralel olarak hastanın kendisi ve onunla ilişkide bulunan ebeveyn, kardeş, öğretmen gibi bireylerin hastalıkla ilgili bilgilendirilmeleri ve eğitilmeleridir (İnanç,1996). Viral enfeksiyon geçiren astımlı bir bireyde astım ataklarının sıklığı artar ve bu hastalar üst solunum yolları enfeksiyonlarına aşırı duyarlı olduklarından sınıf ortamında bu enfeksiyonlara karşı koruyucu maske, tozsuz ortamlar ve oturma yerleri ayarlanmalıdır (Heward, Orlansky, 1988).

## Diabet

Diabet hastalığı midenin arkasındaki pankreas bezinden salgılanan insülin hormonunun eksikliğinden ileri gelir. Metabolik bir bozukluk olarak 6-12 yaş arasında oldukça fazla bir şekilde ortaya çıktığı görülmektedir. Yapılan araştırmalar sonucu diabetin ortaya çıkmasında hem kalıtsal hem de çevresel faktörlerin etkisinin olduğu saptanmıştır. Özellikle küçük yaşlarda ortaya çıkan diabet hastalığının kalıtsal kökenli bir hastalık olduğu konusunu desteklemektedir. American Diabet Association her 250 çocuktan birinin diabet olduğunu rapor etmektedir (1994). Karbonhidrat metabolizmasını düzenleyen, yani vücudun temel enerji kaynağı olan nişasta ve şeker gibi besinlerin hücrelerce kullanılmasını sağlayan insülin hormonunun eksikliğinde, kanda biriken fazla şeker dokularca kullanılamamakta ve idrar yolu ile dışarı atılmaktadır. Bu nedenle şeker hastası bireylerde sık sık susama hissi ortaya çıkmaktadır. Vücut için gerekli şekerin idrar yolu ile dışarı atılması, hücreler için gerekli olan enerjinin bir ölçüde yok olması demektir. Bu nedenle şeker hastaları kilo kaybeder hatta tedavi uygulanmazsa ölebilirler. Diabetin ortaya çıkmasıyla birlikte bireyde başarı düşüklüğü, aşırı bir karın acıkması, bununla birlikte genel olarak kötü görünme, sık sık susama, çok ve sık idrara çıkma, gündüz altına kaçırma, yüksek bir enfeksiyon kapma eğilimi görülebilmektedir ve bunlar da okul güçlüklerine neden olabilmektedir. Şeker hastası bir bireye yüksek dozda verilen insülin kandaki şeker değerlerinin normal değerlerin yukarısında çıkmasına neden olur. Bu durum çocukta huzursuzluk, dalgınlık, kalp çarpıntısı, ter boşanması ve ağlama, beklenilmeyen saldırganlık, inatçılık ve heyecan gibi anlaşılmayan durumların ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Kontrol altına alınan şeker hastası çocukların zihinsel yetenekleri sağlıklı çocuklarla aynı düzeydedir (Neyzi ve Ertuğrul ; Özkan, 1993).

Diabetik komada Őuur kaybı, sık ve derin nefes alıp verme, mide bulantısı, kusma, karın ağrısı, nefeste aseton veya ekŐi elma kokusu, ağır su kaybına bağlı ağız mukozasında kuruluk, göz kürelerinde çökme görülebilir, cilt su kaybeder ve cildin elastisitesi bozular. Őuuru kaybolmayan hastalarda yine benzer belirtiler görülür ayrıca aşırı su içme isteği vardır. Bu isteği karŐılanmalıdır. Derhal en yakın sağlık merkezine baŐvurulmalıdır ( Hatun, Teziç, 1996).

Diabet olduğu bilinen insülin kullanan hastada kan Şekeri düşüklüğü belirtileri açlık hissi, halsizlik, soğuk terleme, baş ağrısı, ellerde titreme görülmesidir. Hasta konvzyon geçirebilir, komaya kadar götürebilir. Bu durumda yapılması gereken Őuuru açık hastaya bir bardak süt, 1-2 kesme Şeker, bir paket meyve suyu ya da Şekerli bir bardak su gibi seçeneklerden birini hastaya uygulamaktır. Kan Şekeri düşüklüğü Şu durumlarda ortaya çıkabilir. Eğer insülinin dozunu fazla miktarda yapmıŐsa, oğnn yeterli almamıŐsa yani ara oğnlere dikkat etmemiŐse, aşırı bir efordan sonra görülebilir. Kandaki Şeker düzeyi yükselmiŐse de hemen hemen benzer bulgular ortaya çıkmaktadır. Eğer hasta oğnn fazla almıŐsa (diyetine uymamıŐsa), insülinini yapmamıŐsa, yemekten sonra hiçbir efor sarfetmemiŐ uyumuŐsa, vücudunun herhangi bir yerinde enfeksiyon varsa, stres durumlarında, travma gibi durumlarda kan Şekeri yükselir (Hatun ve Teziç, 1996).

Düzenli olarak insülin genellikle yemek öncesinde enjekte edilir. İnsülin'in etkileri yaklaşık yedi saat sürmektedir. Etkisini uzun süre koruyabilen bazı insülin eŐitleri ise 24 saatten 40 saate kadar etkilidir. İnsülin vücuda yayıldığı için bu Şekerin fazlasının yakılması gerekmektedir. Balansı korumak için vücuda alınması gereken insülin ve Şeker, bu çocukların düzenli yemek yemelerini gerektirmektedir. Diabetik ocuğun hareket programları kayıt edilmeli, aşırı

fiziksel hareketler kandaki şeker miktarını azaltacağı için not edilmelidir. Okulda öğrencinin dikkatli bir şekilde gözlenmesi ve rutinin ne zaman değiştiği ya da okul dışındaki enerji tüketimindeki varyasyon nedenleri için dikkatli gözlem yapılmalıdır. Çocuğun fiziksel kondisyonuna, aktivite örüntülerine ve yaşına göre doktor birkaç değişik şekliyle insülin kullanılmasını önerebilir. Önemli olan ne sıklıkta ve hangi dozda insülinin yapılması gerektiğidir. İnsülin miktarı doktor tarafından, yapılan egzersize ve yapılacak diyetle bakılarak önceden tanımlanır ve bu iki öğe denge halinde olmalıdır (Hatun, Teziç, 1996).

Şeker hastası bir birey kalorisi ayarlanmış besinlerle düzenlenmiş özel bir diyet uygular, yemek yeme düzeni üç ana ve üç ara öğün olmak üzere toplam altı öğüne dağıtılır . Toplam yemesi gereken besinin dörtte üçü ana öğünlere dörtte biri ise ara öğünlere dağıtılır. Her ara öğüne de bu dörtte birlik dilimin üçte biri dağıtılır. Böylece bir ara öğünde toplam yiyeceğin onikide biri dağıtılmış olur. Eğer hasta bireyin kan şekeri düzeyini saptayacak stikleri varsa bakabilirler. Herhangi bir koma durumunda öğretmenin kendisi kesinlikle hastaya insülin yapmamalıdır. Ancak kan şekeri düşüklüğü gösteren öğrenciye süt ya da kesme şeker v.b. şekerli gıdalar verilir. Beden eğitimi derslerinde öğrenciye efor öncesi kesme şeker verilebilir. Beden eğitimi yasak değil ancak öğretmenin bu durumdan haberdar olması ve uyanık olması gerekmektedir. Bu öğrencilere ana öğünlerinden yirmi dakika sonra otuz dakika kültür fizik, ip atlama veya top oynama, yüzme önerilebilir ( Hatun, Teziç, 1996).

Diabet hastalığının çocuk için oluşturduğu sorunlar : Diabet hastalığının açıkça tanınmadığı durumlarda çocuk oldukça zor günler geçirebilmektedir. Çünkü başarısızlıkları tembellik, huzursuzlukları geçimsizlik, sık sık tuvalete gitmesi de dersi sabote etme olarak değerlendirilebilir. Büyük bir olasılıkla bunlar için çocuk cezalandırılır. Bu öğrencilerin vakitsiz yemek yeme durumlarını okul

zamanında, özellikle tam gün gidilen okullarda engellenmeden yaşamaları pek mümkün olmamaktadır. Bu çocukların kandaki şeker düzeylerinin düşmesi durumlarında ders sırasında birşeyler yemeleri disiplin sorunu olarak ele alınabilmektedir. Bu çocuklar bazı öğretmenler tarafından açıkça ve sürekli reddedilebilmektedirler. Bu durum şeker hastası çocuğun kendini yalnız hissetmesine ve okulda yaşanan güçlükleri artan bir şekilde yaşamasına neden olabilir. Yine bu öğrenciler bir dizi doktor kontrolleri ve yaşanan şeker komaları durumlarında hastaneye yatmaları durumlarında okul devamsızlıkları yapabilmektedirler. Bütün bunların yanında bu öğrencilere gösterilen duyarlılığın az olması ve bilgi eksikliğinden dolayı beden eğitimi dersine ve okul gezilerine katılmaları engellenebilmektedir (Akbaş,1995).

Okuldaki aktiviteler diabetik çocuklar için ağır, güç ya da zorunlu yarışmalar gerektiren etkinlikleri içermemelidir en azından yapabilecekleri ve kendi sınırlılıklarına uygun etkinliklere katılmaları öğretmen tarafından yönlendirilmelidir.

Ayaklardaki eksik bir sirkülasyon ve enfeksiyona karşı daha az dayanıklı olma veya kangren diabet tanısından birkaç yıl sonra görülebilmektedir. Diabetli bir çocuk tüm vücudunu ve özellikle alt ekstremitelerini hijen kurallarına uygun bir biçimde korumalı ve bunu prensip edinmelidir. Enfeksiyondan korunma temizlik, morarmış ya da çürümüş yerler için özel bir dikkat gerektirir. Cilt kaşıntılı olabilir, çocuğun sıyrık ve çiziklere maruz kalmaması için her önlem alınmalıdır. Yara bir kez enfeksiyon kaptığında yaranın iyileşmesi çok uzun zaman alabilir. Ayaklara aşırı sıcak uygulanmamalıdır. Diabetik çocuklar ne radyatör ne de sıcak hava veren klima yanına oturtulmamalıdır (Cruickshank, Jhonson, 1975).

Düzenli tedavi altındaki çocuk tehlikeli sinyalleri farkedebilir ve iyi bir açıklama programı ile normal yaşamını kontrol edebilecek düzeye gelebilir. Sınıf öğretmenlerinin koruma ve süpervizyonu çocuk açısından tehlikeli bir durum için haber verici olabilir. Öğretmen, çocuğun ebeveyni ve doktoru ile özel problemlerini ve çocuğun sınırlılıklarını öğrenmesi açısından düzenli bir ilişki kurmalı ve geliştirmelidir. Psikolojik problemler ve yönetim zorlukları sınıfta bir parti düzenlendiğinde ya da diabetli çocuk arkadaşlarının evine ziyarete gittiğinde çocuğun diabetli olduğunu bilmeyen ebeveynler, çocuğun bol miktarda dondurma, kek ya da şeker yemesine izin verici davranabilir, bu da çocuğun hastalığı açısından güçlükler yaratır. Bu tip detaylı bilgilerin öğretmenlerin plan ve programlarında ve rehberlik servisi hizmetlerinde yer alması uygun olur (Cruickshank, Jhonson, 1975).

### **Kalp ve Dolaşım Sistemi Hastalıkları**

Doğum öncesi yaşamın sekizinci haftasında kalbin ve başlıca kan damarlarının gelişmesi tamamlanır. Bu erken dönemde etkili olan herhangi bir zarar kalp ve damar sistemlerinde patolojiye yol açabilir. Birçok kalp hastalıklarının oluşumu kalıtsal ve çevresel faktörlerin etkileşimi ile açıklanmaktadır. Sağlıklı istatistiklerin olmaması Türkiye ve diğer ülkelerdeki kalp hastalıkları sıklığının karşılaştırılmasını güçleştirmektedir. Bununla birlikte, poliklinik başvuruları ve hastane istatistikleri, ülkemizde çocukluk yaşlarında romatizmal kalp hastalığının sık rastlanan bir hastalık olmaya devam ettiği ve önemli bir sağlık sorunu olduğunu göstermektedir. Kalp hastalıklarının ortaya çıkma nedenlerinden bazıları kalp kapakçıklarında ve kulakçık ve karıncıklarında ortaya çıkan bozukluklar, aort atardamarının eksik oluşması, kanın pompalanması yoluyla ortaya çıkan ritm bozuklukları, sonradan enfeksiyonlar yoluyla kazanılan ve kalp kapakçıklarının tutulumuyla ortaya



çıkan kalp romatizmasının ortaya çıkması örnek verilebilir (Neyzi ve Ertuğrul,1993).

Konjenital kalp hastalıkları ; 1) Septum veya duvarlardaki delikler 2) Yetersiz kan basıncı 3) Gelişim döneminde kanalların erken gelişmesi 4) Kalp odacıklarıyla bağlantılardaki bozukluk 5) Kalp kası kalınlaşması (Cruickshank, Jhonson, 1975).

Ayrıca doğuştan genetik yollarla getirilen ve bazan da genlerin mutasyonu yoluyla ortaya çıkan anomaliler görülebilmektedir. Doğumsal kalp hastalıkları doğumsal siyanotik ve doğumsal asiyanotik kalp hastalıkları olmak üzere iki sınıfta toplanmaktadır. Hastalık adından da anlaşılacağı gibi doğumsal olarak kalpte gelişmiş olan defektler sonucu oluşur. Akraba evlilikleri sonucu doğan çocuklarda daha sık görülür. Kalpte gelişmiş olan defektin derecesi ve kalp dolaşım fonksiyonunu bozma derecesine göre hastalığın bulguları değişir (Özkan,1995).

Genel olarak kalp hastası çocuklar cerrahi olmayan koruma ve tedavi kuralları yolu ile hayatlarını devam ettirebilmektedirler. Kalp hastası çocukların kendilerini bitkin hissetmeleri nedeni ile genellikle kısa beslenme aralıkları önerilir. Hastalıktan korunmak için bağışıklık sisteminin güçlendirilmesi günlük penisilin kullanılması ve ağız ve diş hijyenine verilen önem yolu ile sağlanmaya çalışılır. Yaklaşık olarak yüz öğrenciden yetmişinde görülen kalp dinlendiğinde duyulan aritmik ses kalp hastalığı ile ilgili bir problem değildir. Çocuklarda romatizmal ateşin yol açtığı kalp problemleri en sık rastlanan kalp hastalıkları arasındadır. Okulda kalp hastası çocuklar için öğretmen bir anahtar birey durumundadır. Öğretmen normalden sapmanın ne olduğu konusunda belirleyicileri ortaya çıkaracak bir pozisyondadır ve büyük çapta öğrencinin



maruz kaldığı üst solunum yolları enfeksiyonlarını özellikle sınıfta oluşabilecek direkt veya indirekt bulaşmaları kontrol edebilir. Öğretmen kalp hastası çocuğun fiziksel aktivite sınırlarının farkına varmasına yardımcı olabilir (Heward, Orlansky, 1988).

**Romatizmal Ateş:** Romatizmal ateşe sahip bütün çocuklar kalp hastalıklarına sahip değildirler ayrıca bulaşıcı bir durumda değildir. Bütün kalp üfürümüne sahip çocuklar hasta değildir. Bununla birlikte romatizmal ateş ciddidir çünkü genellikle uzun bir iyileşme dönemi gerektirir ve kalbi etkileyebilir. Çocuklukta % 90 oranında kalp hastalıklarına yol açmaktadır ve genellikle 5-6 yaşlarda ortaya çıkmaktadır. Beta hemolitik streptokokların neden olduğu bu hastalıkta bir ataktan sonra çocuk bir sonraki nöbet için oldukça hassaslaşabilir. Böylece bütün öğretmenler romatizmal ateşin semptomlarına karşı uyanık olmalı ve öğrencileri etkileyecek üst solunum yolları enfeksiyonlarından kaçınmaları için önlem almalıdır (Heward, Orlansky, 1988).

Romatizmal ateşin sinsi semptomları farkedilmeden geçirilebilir. Bu semptomların başında hareket azalması görülür ve her koşulda çocuk bir doktora gönderilmelidir. Semptomlar (her zaman romatizmal ateşin belirleyicisi olmamasına karşın) beniz sarılığı, kilo kaybı, burun kanaması, iştahsızlık, ısrarlı düşmeyen ateş, yüzde seyirmeler (kollarda, bacaklarda) ekstremitelerde veya karın kaslarında ağrı görülebilir. İyi mizaçlı bir çocuk görünür bir neden olmaksızın ajite ve sinirli davranışlar sergileyebilir. Davranışlardaki bu varyasyonlar duyarlı bir öğretmen tarafından not edilebilir ve özellikle geçmişte romatizmal bir durum yaşanmışsa anlamlıdır. Bir genç için ise çoğunlukla akut bir romatizmal ateş fark edilmemiş olabilir ve gözle görülür dikkatsizlik ve uyum eksikliği dışında bu hastalık fark edilmemiş olabilir (Heward, Orlansky, 1988).

Öğrencinin kayıtsızlığı ve amaçsızlığı, duygularındaki iniş çıkışlar davranışlarına ve bu ana mahsus şekilde adlandırılabilir. Bir ataktan sonra tedavi sürecindeki iyileşme dönemi ve yatak istirahati uzayabilir. Çocuğun yataktan kalkma arzusu oluşabilir ve yatakta kalmak ona ızdırap gibi gelebilir. Bunun için ebeveynleri okula çağırarak açıklama yapmak yerinde olur. Çocuğun okula dönüşünden sonra öğretmenin en büyük problemi fiziksel aktivite sınırlılıklarından çok yeniden enfeksiyon kapmasını önlemedir. American Healt Assocation (1953) kronik kalp hastalığına sahip çocukların sınıflandırılması ile ilgili olarak şu sınıflamayı yapmaktadırlar (Akt; Cruickshank ve Jhonson, 1975).

### **Fonksiyonel Kapasite**

**Class I:** Fiziksel aktivitenin sınırlılıklarının olmadığı hastaları kapsar. Genellikle fiziksel aktiviteler bitkinliğe ve yorgunluğa, nefes darlığına (dispne) ya da anjinal (göğüs) bir ağrıya neden olmaz.

**Class II:** Bu kalp problemine sahip hastalar çok az fiziksel aktivite sınırlılıklarıyla karşı karşıyadırlar. Dinlendiklerinde çok rahattırlar. Sıradan aktivitelerde bitkinlik, yorgunluk, nefes darlığı ya da anjinal ağrıya yol açabilir.

**Class III:** Bu gruptaki kalp hastaları belirli fiziksel aktivite sınırlılıklarına sahiptir. Dinlenme durumlarında rahattırlar. Sıradan aktivitelerden daha az aktiviteler yorgunluk, bitkinlik, kalp çarpıntısı ve nefes darlığına ve anjinal (göğüs) ağrıya yol açabilir.

**Class IV:** Rahatsızlık olmaksızın her fiziksel aktivite için yetersizlikle sonuçlanabilir. Dinlenme durumlarında bile anjinal sendrom ya da kalp yetersizliği semptomlarına rastlanabilir. Yapılan her fiziksel aktivitenin rahatsızlığı artırıp artırmadığına bakılır (Akt; Cruickshank ve Jhonson, 1975).

## **Terapötik Sınıflama**

**Class A:** Bu sınıfa giren kalp hastaları fiziksel bir sınırlamaya ihtiyaç duymazlar.

**Class B:** Günlük sıradan aktivitelerde sınırlanmaya ihtiyaç olmayan fakat güç ve ağır efor gerektiren aktiviteler için uyarılmış hastalardır.

**Class C:** Günlük sıradan aktivitelerde orta derecede sınırlandırılmış ve ağır efor gerektiren aktivitelerin sürdürülmemesi gereken durumları içermektedir.

**Class D:** Sıradan aktivitelerin çoğunlukla sınırlandırıldığı bir sınıftır.

**Class E:** Sandalye veya yatakta tamamen dinlenmesi gereken kalp hastalarıdır.

III ve D sınıflamasına giren hastalar bitkinlik, taşikardi, nefes darlığı yaşarlar ve sıradan aktiviteleri daha az ve dikkatli yapmayı gerektirmektedir. Dinlenme durumlarında daha rahattırlar. Sonuç olarak doktor günlük sıradan sınırlandırabilir. Ateşli romatizmal hastalıklar geçiren çocukların çoğu A, B ve C nadiren D ve E kategorileri içerisine girmektedir (Akt; Cruickshank ve Jhonson,.1975).

Doğumsal siyanotik kalp hastalıklarının başında Fallot tetralojisi gelir. Bu anomali karıncıklar arasında delik, sağ kalp kası kalınlaşması, akciğere giden ana damarda daralma, kalpten çıkan ana atardamarın her iki karıncıktan kan alacak şekilde yanlış yerleşmiş olması ile karakterizedir. Bu durumda temiz ve kirli kan birbiriyle karışacağı için hastalarda özellikle parmak uçları ve dudaklarda aşikar olan morarma görülecektir. Ayrıca çabuk yorulma, efor sonrası çömelip dinlenme ihtiyacı, sık soluk alma, terleme, büyüme gelişme geriliği, morarama atakları, daha ileri dönemlerde parmaklarda çomaklaşma, eforu tolere edememe ve yatarak tedaviyi gerektirecek ağır dolaşam yetmezliği gelişebilir. Bu çocuklar okul öncesi dönemde düzeltici operasyonla mevcut kalp defektinin onarımına ihtiyaç

duyarlar. Doğumsal asiyoetik kalp hastalıklarında kalpte doğumsal olarak gelişmiş bir veya birden fazla defekt söz konusudur. Ancak arter ve ven kanları birbirlerine karışmadığı için bireyde morarma görülmez. Mevcut defekten kan temiz (oksijenize) olan sol taraftan kirli (deoksijenize) olan sağ tarafa karıştığı için sol kalbin yükü artar (Neyzi ve Ertuğrul, 1993)

Bunlar okul ortamında bedensel aktiviteleri gerektiren beden eğitimi derslerine dikkatli bir biçimde alınmalıdırlar ancak genellikle okul öğretmenleri bu çocukları bu derslere almamakta ve aynı zamanda okul gezilerine de katılmalarına olumlu bakmamaktadırlar. Erken yaşlarda teşhis edilen kalp rahatsızlıkları ameliyatlar yolu ile düzeltilebilmekte normal yaşlarında okullarına başlayabilmektedirler. Ancak bu çocuklar akranlarına göre gelişimsel olarak biraz geride kalabilmektedirler. Sınıf ortamında dikkatlerini yoğunlaştırma, ortak çalışma ve sessiz oturma gibi okulun tipik istemlerini iyi bir biçimde yerine getiremezler. Ayrıca ritm bozuklukları yaşayan hastalarda stres ve kaygı durumlarında kısa nefeslidirler ve bazan deri ve dudaklarda morarma görülebilmektedir. Okul ortamında öğretmenlerin bu öğrencilerin hastalıklarından haberdar olmaları, bunların fiziksel güçlerine uygun aktivitelere katılımlarının sağlanması, bu hastalık hakkında bilgilendirilmeleri ve doktor kontrolleri sonucu okul devamsızlıkları nedeniyle onlara akademik olarak destek verilmesini sağlayabilmek amacıyla duyarlı ve uygun davranışlarda bulunmaları açılarından oldukça önemlidir (Akbaş,1995).

### **Kanama Eğilimine Sahip Çocuklar (Hemofili)**

Kan pıhtılaşması serum proteinleri ve trombositlerin birlikte etkilerinin sonucu ortaya çıkmaktadır. Bunların birisinin veya ikisinin de eksikliği iç ve dış kanamalarda ağır kan kaybına neden olabilmektedir. Hemofili kalıtsal olarak

kadın taşıyıcılardan erkek çocuklara geçirilir ve X kromozomuna bağılı resesif kalıtsal geçiş gösterir. Vakaların %80'inde ailede hastalık öyküsüne rastlanır (Neyzi, Ertuğrul, 1993).

Genellikle yenidoğan döneminde dikkati çekmeyen kanama sorunları çocuk yürümeye başladığı ve hareketinin arttığı zaman başlar. Küçük travmalarla ilk belirtiler ortaya çıkmaya başlar. Küçük yaralanmalarda bile uzun süren kanamalar vardır. Diş çekilmeleri ve düşmelerde ciddi kanamalar olabilir. Deri altı ve kas içi kanamaları siktir. En belirgin bulgulardan biri eklem içi kanamalardır. Diz ayak bileği ve dirsek kanamaları hemofilide en belirgin olarak ortaya çıkan belirtilerdir. Tekrar eden eklem içi kanamalarda eklem yüzeyi bozulur ve kemikte bir takım bozukluklar meydana getirerek sakatlığa yol açabilir. Ayrıca trombosit sayısının vücutta yeterince bulunmamasından dolayı herhangi bir çarpma yada düşme durumunda çocukta uzun süre durdurulamayan kanama meyilleri ortaya çıkabilmektedir. Daha çok 2-8 yaşları arasında, her iki cinste eş sıklıkta görülür (Neyzi, Ertuğrul,1993).

Bazan herhangi bir çarpma ya da düşme öyküsü olmadığında bu trombosit eksikliğine bağılı vücutta noktalar şeklinde kanamalar, morarmalar ortaya çıkmaktadır. Akut ortaya çıkma durumlarında vücuttaki kanamalar ve morarmalardan 10-15 gün önce ateşli bir hastalık geçirmiş veya canlı virüs aşısı yapılmış çocuklardır. Genellikle bu ateşli hastalık üst solunum yollarının viral bir enfeksiyonu veya kızamık, kızamıkçık, suçiçieği, kabakulak gibi bir çocukluk çağı hastalığıdır. Kanama ve morarmalar ençok ayakların ön yüzünde, omuzlarda ve göğüs kafesine doğru görülebilmektedir (Neyzi ve Ertuğrul,1993).

Bu tip hastalığa sahip olan öğrenciler kendilerine mutluluk verecek bir dizi aktivitelere örneğin beden eğitimi dersleri, oyun ve bunlarla ilgili serbest

zaman değerlendirici faaliyetlere katılamamaktadırlar. Özellikle ebeveynleri abartılı koruyucu olan çocukların yaşam alanları daha da sınırlandırılmaktadır. Öğretmenlerin özellikle öğrencinin bu hastalığından haberdar olmaları gerekmektedir. Çünkü bizim eğitim sistemimizde zaman zaman fiziksel cezalar uygulanmakta ve bu öğrencilere uygulanan bu tür cezalar öğrencinin yaşamını tehdit edebilecek türde kanamalara yol açabilmektedir. Bazan bu öğrencilerin doktor kontrolleri ve bazan de hastanede tedavi nedeniyle okul devamsızlıkları olabilmekte, yetenekleri açısından normal oldukları halde bu eksikliği telafi edemeyen öğrenciler okul başarısızlıkları yaşayabilmektedirler. Burada öğretmenin titiz bir şekilde bu öğrenciyle çalışması ve öğrencinin bilgi eksiklerinin neler olduğunun farkına vararak ona yardımcı olması gerekmektedir. Öğretmen öğrencinin bu hastalığı konusunda sınıfı aydınlatmalı öğrencilerin birbirleriyle arkadaşça tutumlar içersinde olmaları sağlanmalıdır. Ayrıca öğrencinin kan grubu ve hastalığıyla ilgili bilgiler bunun yanısıra doktorun, hastanenin ve ambulansın telefon numarası önceden okulda hazır bulundurulmalıdır (Akbaş,1995).

### **Kronik Böbrek Yetmezliği**

Böbreklerin süzme, kandan toksik maddelerin atılması foksionlarını yapamaz duruma gelmesi ile normal vücut sıvı dengesinin bozulmasıyla ortaya çıkan süreklilik gösteren hastalığa kronik böbrek yetersizliği denir. Böbrekteki ağır enfeksiyonlar sonucunda işlevini yerine getiremeyen organ yoluyla vücuttaki fazla su dışarı atılamaz ve dokularda birikir. Bu hastalığa sahip bireyler bilincini yitirebilir ve tedavi edilmezse ölümlle sonuçlanabilir. Ayrıca hastalık sırasında özellikle karın bölgesinde fazla su toplanmasına bağlı şişlikler görülebilir. Hastanın diyet yapması, hemodializ yoluyla vücuttaki bu fazla sıvının alınması söz konusu olabilmektedir. Vücudun sıvı elektrolit dengesi bozulduğundan

çeşitli enfeksiyoları kapma eğilimleri oldukça fazla olmaktadır. Yapılabilecek böbrek nakilleri yolu ile hastanın sağlığına kavuşması söz konusudur ancak ülkemizde bu nakiller doyurucu düzeyde yapılmamaktadır (Neyzi ve Ertuğrul,1993).

Bu tip hastalığa sahip olan bireylerde kansızlık, çabuk yorulma, büyüme-gelişme geriliği, toprak renginde cilt, kemiklerde erime gibi bulgular ortaya çıkabilir. Bu bulgular birçok nedene bağlı olarak ortaya çıkabilir. Bunların başında doğumsal anomaliler, enfeksiyonlar, taş hastalığı, bağ doku hastalıkları, ilaçlar, toksik maddeler, protein kaybettiren böbrek hastalıkları sayılabilir. Bu tip hastalar kalsiyumdan zengin, potasyum ve fosfor'dan fakir yaşına uygun kalorisi ayarlanmış diyet almalıdırlar. Doğumsal olarak böbrek yetmezliği ile birlikte veya sonradan kullanılan ilaçlara bağlı olarak sağırılığa kadar varan işitme kayıpları görülebilir. Ayrıca kanda sürekli olarak yüksek düzeyde bulunan bazı toksik maddelere bağlı olarak dikkat bozukluğu, el-ayaklarda uyuşma gibi belirtilerde görülebilir. Tansiyon yüksekliği ve buna bağlı baş ağrısı, görme bozuklukları gelişebilir. Vücuttan suyun da atılamadığı durumlarda sıvı yükselmesine bağlı bulgular, protein kaybettiren böbrek hastalıklarında karın sıvı birikmesine bağlı şiş ve yayvandır. Ayak sırtlarında, göz kapaklarında basınca iz bırakan şişlikler (ödem) görülür. Eğer dializ aletine giriyorlarsa dializ aletine girebilmeleri için özel şekilde düzenlenmiş damar yolu yani fistül genellikle sol bileklerinde mevcuttur. Öğretmen beden eğitimi derslerinde fistül olan kolun kullanılmamasını sağlamalıdır. Ayrıca sürekli dialize giren hastalar için kan kaybına bağlı anemiler gelişebilir. Kullandıkları ilaçlar problem yaratabilir, ilaçlara bağlı tansiyon yüksekliği acil sorun oluşturabilir. Kortiko steroid kullanımına bağlı yan etkiler örneğin kilo alma, yüzde ve ekstremitelerde ödemler görülebilir (Neyzi, Ertuğrul, 1993).



Zaman zaman uzun sürelerle hastaneye yatmaları ve doktor kontrolleri nedeniyle bu çocukların okul yaşamları güçlüklerle doludur. Bu uzun süreden sonra çocuğu yeniden sınıfa adapte etmek öğretmen ve anababanın görevidir. Aldıkları ilaçların yan etkiler ortaya çıkarması muhtemeldir ve bunların göz önünde bulundurulması gerekmektedir. Bu öğrencilerin sürekli tuvalete gitme durumlarında öğretmenlerin anlayışına özel gereksinimleri vardır. Bazan idrarını kontrol edemedikleri durumlar öğrenci için söz konusu olabilmektedir. Bu durumlarda sınıfın hoşgörüsünü artırmak ve öğrenciye destek olmak gerekebilir. Eğer öğrenci günlük çamaşırını değiştirmiyorsa hoş olmayan ağır bir idrar kokusuna sahip olabilir ve arkadaşları ve öğretmeni tarafından kolaylıkla kabul edilmeyebilir. Bu durum kendini zaten farklı hisseden çocuğun yalnızlaşmasına katkıda bulunabilir. Öğretmen beden eğitimi derslerinde zorlayıcı davranmamalıdır. Ağır olmayan böbrek ve idrar yolları hastalıklarında öğrenci sınıfına uyum sağlayabilecek düzey ve başarıları normal çocuklar seviyesine ulaşabilmektedir. Özellikle kronik böbrek yetmezliğinde hastalığın tedavisi mümkün olmayabilmektedir. Okul bu çocuklar için bir parça toplumsallık duygusunun ve önemsenmenin yaşandığı yer olarak insancıl görevini yerine getirmelidir (Akbaş,1995).



## TUTUMLAR

Tutumların geleneksel tanımlardan her biri bir tutumun ne olduğuna ilişkin farklı tanımlar getirmişlerdir.

G.w. Allport (1935) “bir tutum, yaşantı ve deneyimler sonucu oluşan, ilgili olduğu bütün nesne ve durumlara karşı bireyin davranışları üzerinde yönlendirici ya da dinamik bir etkiye sahip ruhsal ve sinirsel hazırlık durumudur” biçiminde bir tanım önermiştir. Allport bir tutumu temelde belirli bir yönde davranmaya hazırlık ya da eğilim olarak görmüş ve onun davranışa ilişkin olarak verebileceği bilgileri vurgulamıştır (Akt: Freedman, Sears, Carlsmith, 1987, s.133).

Doob (1947) tutumu “ bireyin içinde yaşadığı toplumda önemli olduğu düşünülen örtülü ve güdüleyici bir tepki “ olarak tanımlamıştır. Doob sonuçlarından çok bir tutumun ne olduğu üzerinde durmuştur. Yaptığı tanım bir tutumun bireyin nasıl davranacağı üzerinde etkili olacağına ilişkin uyaran-tepki geleneğinden çıkarılan bu tanım bir tutumu örtülü olmakla birlikte bir davranış olarak kavramlaştırmıştır (Akt: Freedman, Sears, Carlsmith, 1987, s.14).

Bugün üçüncü bir tanım daha yaygındır. Belirli herhangi bir nesne, fikir ya da kişiye karşı bir tutum, bilişsel ve duygusal öğeleri bulunan ve davranışsal bir eğilim içeren oldukça kalıcı bir sistemdir. Bilişsel öge tutum nesnesine ilişkin inançlardan oluşur. Duygusal öge inançlara bağlanmış heyecansal duygulardan oluşur ve davranışsal eğilim belirli bir biçimde tepki göstermeye hazırlıktır. Tutumlarla gerçekler arasında bir ayırım yapmak güç olmakla birlikte tutumların ayırıcı ana özellikleri değerlendirmeye ilişkin heyecansal bir öge içermeleridir.

Gerçeklerle tutumların birbirinden biraz farklı işlev görmeleri nedeniyle bu ayrım önemli olmaktadır. Aralarındaki temel farklılık, bir kez geliştikten sonra tutumların değişikliğe çok daha dirençli olmalarıdır. Tutumlar değişmeye karşı oldukça dirençli olmak eğilimindedirler, genellikle yeni bir gerçek karşısında kolaylıkla değişivermezler ve bu açıdan gerçeklerle karşılaştırıldığında daha karmaşıktırlar. İnsanlar direnmeden ve küçümsenmeyecek ölçüde güçlü bir baskı ile karşılaşmadan tutumlarını değiştirmemektedirler. Bir tutumun değerlendirmeye ilişkin bileşeni dinamikleri oldukça önemli görünmekte ve bu da tutum değişikliği sürecini çok daha güçleştirmektedir (Freedman, Sears, Carlsmith, 1987)

## **Tutumların Oluşum ve Değişimine İlişkin Temel Kuramsal Yaklaşımlar**

### **Koşullanma ve Pekiştirme**

Koşullanma ve pekiştirme yaklaşımının öncüleri arasında Carl Hovland ve arkadaşları yer almaktadır. Bu yaklaşımın altında yatan temel varsayıma göre tutumlar büyük ölçüde öteki alışkanlıklar nasıl öğreniliyorsa öyle öğrenilmektedir. Tıpkı bilgileri ve olguları öğrendikleri gibi insanlar bu olgulara bağlı duygu ve değerleri de öğrenirler. Bir çocuk belli bir hayvanın bir köpek, köpeklerin dost ve iyi hayvanlar olduklarını öğrenir. Son olarak köpekleri sevmeyi öğrenir. Bu tutumu başka türden öğrenmeleri kontrol eden aynı süreç ve mekanizmalar aracılığı ile öğrenmektedir.

Bir tutum geliştirirken birey çağrışım, pekiştirme, taklit süreçleri ile bilgi ve duyguları öğrenir. Çağrışımlar uyaranların aynı zaman ve yerlerde görüldükleri durumlarda kurulur. Gördüğümüz imge ile sözcük arasında bir çağrışım bağı

kurulmaktadır. Öğrenme ayrıca pekiştirme yolu ile de olmaktadır. Eğer bir kişi uyuşturucu alır ve hoş bir yaşantı geçirirse uyuşturucu alma eylemi pekiştirilmiş olur. Kişi gelecekte uyuşturucuyu kullanmaya daha eğilimli hale gelir. Benzer biçimde eğer birisi " uyuşturucular harika " der de bir başkası onu onaylarsa bunları söyleme davranışı pekiştirilmiş olur. Sonra, her iki eylem de ( uyuşturucu alma ve uyuşturucuların iyi olduğunu söyleme) bir tutumu biçimlendiren bir bütünün bir parçası olur. Bir öge uyuşturucu kullanmaya ilişkin bilgi, diğeri ise insanlara onların hoş olduklarını söylemektir (.Freedman, Sears, Carlsmith, 1987).

Son olarak tutumlar taklit yolu ile de öğrenilebilirler. İnsanlar başkalarının davranışlarını ve özellikle güçlü ve kendisince önemli insanları taklit ederler. Çocuklar anababalarını taklit ederler ve bu taklit hem davranışları ve hem de tutumları içerir. Bu yolla bir çocuk kendisini ödüllendirmiyor bile olmasalar anababasının tutum ve değerlerini öğrenir ve kabul eder. Taklit çocuk-anababa ilişkisi ile sınırlı değildir. Öğretmenler, arkadaşlar, halka mal olmuş kişiler örneğin aktörler, politikacılar benzerleri taklit edilirler. Bireyler farklı insanları taklit ederek bir çok farklı tutumu öğrenirler. Çağrışım, pekiştirme ve taklit tutumların öğrenildiği temel mekenizmalardır. Sonuç olarak bu tutumların edinilmesi konusundakien güçlü yaklaşımdır. Tutumların biçimlenmesi konusunda öğrenme yaklaşımı oldukça yalındır, bireyi temelde edilgin olarak ele alır. Birey uyaranlar tarafından etkilenir, öğrenme süreçlerinden biri aracılığı ile öğrenir ve bu öğrenme tutumunu belirler. Sonuçta ortaya çıkan tutum bireyin edinmiş olduğu bütün çağrışımları, değerleri ve diğeri bilgi parçalarını içine alır (Freedman, Sears, Carlsmith, 1987).

## **Erekler ve atışma Yaklaşımı**

Erekler ve çatışma üzerine kurulmuş olan kuram özellikle tutum değişikliği ilgilidir. Bu konuda yapılmış çalışmalar tutum değişimi durumuna bir yaklaşma-uzaklaşma çatışması açısından bakarlar. Bir konumu kabul etmek için bireyin belli nedenleri vardır, onu reddedip bir diğerini kabul etmek içinse başka nedenleri vardır. Uyuşturucuların tehlikeli olduğunu düşünür, yasa dışı olduklarını bilir bunlar uyuşturucuya karşı olumsuz bir tutumun biçimlenmesine neden olur. Ancak uyuşturucuların heyecan verici olduğuna da inanır ve arkadaşlarının bir çoğunun uyuşturucu kullandığını bilir. Bu tür bir düşünce onda olumlu bir tutuma yol açmak eğilimindedir. Erekler kuramına göre bu erekların görelı güçleri onun tutumunu belirleyecektir. Eğer başlangıçtaki tutumu olumsuz idiye bu yalnızca söz konusu yeni konumu benimsemesi için, ilkinı sürdürmesi için olduğundan daha fazla erek varsa daha olumlu bir tutuma dönüşecektir.

Erekler kuramında bireyin belli bir tutumu benimsemesinde kazanıp kaybettiklerini vurgulamasıdır. Arkadaşlarının onu sevip sevmemesi, yaşantının ne kadar zevkli olacağı ve benzerleri kritik etmenlerdir. Çatışan amaçları olduğunda birey kazancını en üst düzeye çıkaran konumunu benimser. Koşullanma yaklaşımından farklı olarak kazanç ve kayıpları içermeyen bilişsel öğeler görelı olarak önemsizdir (Freedman, Sears, Carlsmith, 1987).

## **İşlevselcilik Yaklaşımı**

İşlevselci yaklaşımda birey kendisi için gördüğü psikolojik işlev ya da sağladığı yararı göz önünde bulundurarak ilk tutumunu seçer ya da yeni bir

tutuma geçer. Bu yaklaşımın öncüleri Katz, Smith, Bruner ve White'tır. Bu yaklaşımda yapılan çalışmalarda tutumlar için en kritik olan sınırlı sayıda işlev belirlenmiştir. Bu işlevler sırasıyla araç, değer açıklayıcılık, benliği savunma, bilgi ya da nesne değerlendirmesidir. Bu işlevler çeşitli şekillerde bir tutumun benimsenmesinde etkili olan faktörler olmaktadır. Tutumların oluşmasına ve değişmesine işlevselci yaklaşım çok fazla araştırmaya yol açmamıştır. Birkaç çalışma bireyin gereksinimlerini ölçmeye ya da deneysel olarak gereksinimlerini değiştirmeye ve sonrada gereksinim giderici tutum konumlarını benimseyip benimsemeyeceklerini belirlemeye çalışmıştır. Ancak bu çizgideki araştırmalar destekleyici çok fazla kanıt sağlayamamışlardır. Çoğu kez işlevselci yaklaşım tarihçiler, siyaset bilimcileri ve sosyologlar tarafından belirli bireyler ya da insan gruplarının sahip oldukları tutumlara niçin sahip olduklarını olay sonrası açıklama yolu olarak kullanılmaktadır ( Wiggins, Wiggins, Vander Zanden, 1994 ).

### **Bilişsel Tutarlılık**

Tutumların araştırılıp çalışılmasında yararlanılan diğer bir temel çerçeve de bilişsel tutarlılık kuramıdır. Lewin, Heider, Abelson, Festinger, Osgood ve diğerlerinin geliştirdikleri birbirine oldukça benzer bir dizi kuram bulunmaktadır. Bu kuramlar bazı açılardan farklılık göstermektedirler ancak hepsinin temelinde yatan görüş aynıdır. Hepsi de insanların bilişleri arasında tutarlılık gösterme eğiliminde oldukları ve bunun tutumların gelişiminde ya da biçimlenmesinde temel etken olduğu varsayımını ele almaktadırlar. Bu kuramalara göre birbirleri ile tutarsız bir çok inanç ve değere sahip olan bir birey bunları daha tutarlı hale getirmeye çalışır. Benzer biçimde eğer bilişleri tutarlı iken tutarsızlığa yol açacak yeni bir bilişle karşılaşmışsa tutarsızlığı en aza indirmeye çabalar (Wiggins, Wiggins, Vander Zanden, 1994).

Bilişsel tutarlılık kuramı içerisinde yer alan denge kuramı en yaygın biçimde kişilerarası ilişkilerde çekiciliği açıklamada ve özellikle benzer tutumları olan iki insan arasındaki çekicilik için bir temel olarak kullanılmaktadır. Uygunluk kuramı öncelikle bir kaynakla (iletişimci) dinleyicileri arasında görüş farkının bulunduğu etkileyici iletişim (propoganda) durumlarında ortaya çıkan tutarsızlığa uygulanmaktadır. Bilişsel çelişki kuramı genel olarak bir bireyin tutumları ile açık davranışları arasındaki tutarsızlıkları nasıl uyuşturduğu konusu üzerinde yoğunlaşmaktadırlar. Bütün bu bilişsel tutarlılık kuramları iki ana noktada anlaşılmaktadır. Birincisi bir tutarsızlık olduğunda bir sistemde daha tutarlı bir yönünde değişme eğilimi vardır ve ikincisi genel olarak bireyin en kolay çözüm yolunu seçtiği kabul edilirse bu değişiklik farklı bir çok yoldan sağlanabilmektedir (Wiggins, Wiggins, Vander Zanden, 1994).

### **Yükleme Kuramı**

Bu kuram insanların bilinçlerindeki değişik biliş ve duyguları gözden geçirdikten sonra sonuçları ifade ederek kendi tutumlarını kendilerinin belirlediği varsayımının tersine insanların kendi gerçek tutumlarını öğrenmek için yaptıkları açık davranışlara bakarak, dışsal ip uçlarını ve bu davranışların içinde olduğu koşulları kullanarak geliştirdiklerini varsayımını kullanmaktadırlar (Wiggins, Wiggins, Vander Zanden, 1994 ).

### **Öğrenme ve Tutum Değişmezliği**

Gerçek yaşamda kitle iletişimi girişimlerinin araştırılmasından çıkan en yaygın çelişkilerden biri, tutum değişimini sağlayabilmek için ortaya koydukları girişimlerin sağlayabildikleri olgusal bilgilerdeki artışla tutumlarda önemli değişiklik yaratmadaki güçsüzlükleri arasında görülmektedir. Bunu ilk ortaya

çıkaran araştırmalar Hovland, Lumsdaine ve Sheffield tarafından ikinci dünya savaşı sırasında yapılan araştırmalardır. Ordu bu araştırmacıları askere yeni alınanlara ve yeni gelen gönüllülere gösterilen uyum filmlerinin etkililiğini araştırmada çalıştırdı. Bu filmlerle güdülen amaç askerlere II. Dünya Savaşı'nın nedenlerini açıklamak savaş çabalarını yeni gelenlere benimsetmek ve onları daha coşkulu savaşçılar haline getirmektir. Araştırmacılar gerçekten savaş hakkındaki bilgilerin belirgin bir biçimde arttığını ortaya çıkardılar. Fakat İngiltere'nin sonunun gelip gelmediğine, bombardımanlar devam etmiş olsaydı direnmeyi bırakıp bırakmayacağına ya da sonuna kadar direnip direnmeyeceğine ilişkin düşüncelele Alman ve Japonlara ilişkin düşünce ve tutumlar büyük ölçüde etkilenmeden kalmıştı. Tutum değişikliğine karşı bu kadar büyük direnç söz konusu tutumların oldukça güçlü bağlanmışlıkları yansıttığı gerçeğine işaret etmektedir. Gerçek yaşam durumlarında tutum değişikliği yaratmaya çalışmanın temel sorunlarından biri bu bağlanmışlıklar olmaktadır (Freedman, Sears, Carlsmith, 1987; Wiggins, Wiggins, Vander Zanden, 1994 ).

Dolayısıyla öğretmenlerin kronik hastalığa sahip çocuklara ilişkin ilk bilgileri onların kronik hasta çocuklara yönelik tutumlarının oluşmasında temel olduğu düşünülebilir, bu bilgiler daha sonraki yaşantılar sırasında değişime uğramasına rağmen öğretmenlerin tutumlarının kolayca değişemeyeceği söylenebilir.

Eğitim ve politika konularındaki bilgisi yüksek insanlar daha az eğitmi ve bilgili olanlarla karşılaştırıldığında daha tutarlı tutumlara sahiptirler ve tutumları daha çok soyut ideolojik ilkeler çevresinde dönmek eğilimindedir (Freedman, Sears, Carlsmith, 1987).



## **İlgili Araştırmalar**

Bu bölümde öğretmenlerin kronik hasta çocuklara ilişkin tutumlarıyla ilgili olduğu düşünölen yurt dışı ve yurt içinde yapılan araştırmaların tanıtımı yapılacaktır.

İlgili literatür gözden geçirildiğinde daha çok yurt dışında çalışmalar yapılmış olduğu ve çalışmaların daha çok kronik hasta çocukların ebeveynlerinin öğretmenleri nasıl algıladıkları ,çocuklarının okullarda karşılaştıkları en sık sorunlar, kronik hasta çocukların okul performansları,okul devamsızlıkları ve yaşadıkları okul kaygıları ,öğretmenlerin kronik hastalıklar hakkında bilgi sahibi olup olmamaları, kronik hasta çocuklarla çalışan personelin anlayışları ve bilinç düzeyleri ile en sık karşılaşılan kronik hastalıkların neler olduğu konularında olduğu göze çarpmaktadır. Ülkemizde ve dünyada araştırma konusunu oluşturan değişkenlerin incelendiği bir araştırmaya ulaşılamamıştır.

Araştırmanın konusu ili ilgili olduğu düşünölen çalışmalar yapıldığı yıl esas alınarak tarihsel bir sıra izlenerek tanıtılmıştır.

## **Yurt Dışında Yapılan Araştırmalar**

Freudenberg ve ark.(1980) astımlı çocukların okul performansları ile ilgili çalışmalarında 150 ebeveyn üzerinde araştırma yapmıştır. Çalışmada araştırmacılar tarafından hazırlanan bir değerlendirme anketi kullanılmıştır. Yapılan değerlendirmeler sonucunda öğretmenlerin astım hakkındaki anlayışlarının eksikliği yüzünden çocuklarının ihtiyaçlarını karşılayamadıklarını düşünödiklerini rapor etmişlerdir. Yine aynı çalışmada sınıflarında kronik hasta öğrencileri



bulunan 350 öğretmenle görüşme yöntemi ile yapılan anketler sonucunda %45'ten fazla öğretmenin bu çocuklar hakkında sağlık durumları ile ilgili daha fazla bilgiye ihtiyaç duyduklarını rapor etmişlerdir.

Rosenbaum, Armstrong ve King (1988) sağlıklı ve hasta okul çocuklarını cinsler açısından çiftleştirdi. On çift üzerinde yapılan araştırmada üç ay boyunca bu iki grubun haftada en az bir kez olmak üzere karşılaşmaları sağlandı ve bunun için cesaretlendirildiler. Çocuklar öğle yemek vakitlerinde ve okul dışı zamanlarda birlikte oynamaları için teşvik edildi. Formal bir eğitim olmaksızın üç ay sonunda sağlıklı çocukların kronik hasta çocuklara karşı tutumları iletişimde isteklilik kriter alınarak ölçüldü ve kıyaslandı. Kızların erkeklere göre daha fazla etkilendikleri gözlemlendi. İkinci bir etki ise sağlıklı çocukların ebeveynleri üzerinde idi. Ebeveynler kronik hasta öğrencilere karşı daha olumlu bir tutum sergilemişler ve çocuklarının onlarla birlikte olmalarına daha izin verici davrandıkları gözlenmiştir.

Johnson, Lubker ve Fowler (1988) Kuzey Carolina'da 394 öğretmenin, kronik hastalığa sahip öğrencilerle etkileşimlerinin sıklığını, bu öğrencilerle çalışırken öğretmenlerin en fazla ilgi duydukları konuları, bu çocuklarla ilgili eğilimlerini ve bu çocuklarla ilgili ulaşabildikleri en faydalı kaynakları survey tipi bir çalışmayla ortaya koymaya çalışmışlardır. Örneklemde 1/3 öğretmen yüksek lisans derecesine, % 56'sı lisans öğrenimine, %10 kadarı da özel eğitim eğitimine sahip öğretmenlerden oluşmaktadır. Öğretmenlerin deneyimlerine ve akademik çalışmalarına rağmen, sadece %38'i kronik hastalıkla ilgili bir kursa devam etmiş ve tamamlamışlardır. Araştırma sonuçlarında öğretmenlerin hemen hemen yarısı kronik hasta çocuklarla çalışmak için kendilerini yeterli hissetmemekte ve spesifik kronik hastalıklar konusunda daha fazla eğitim istemektedirler. Öğretmenlerin %66'sı meslek yaşamlarında en az bir kez bile olsa kronik hasta

bir çocukla karşılaşabileceklerini, %40'tan fazlası surveyin yapıldığı zamanda sınıflarında en az bir kronik hasta çocuğun bulunduğunu bildirmişlerdir. Bununla birlikte %18 'den fazla sayıda öğretmen sınıflarında kronik hasta bir öğrencinin bulunup bulunmadığının farkında değildiler. Öğretmenler sınıflarında en sık görülen kronik hastalıkları Astım, Diabet ve Epilepsi olarak tanımlamışlardır

Ayrıca öğretmenlerin %24'ü kronik hastalığı olan çocuklarla öğretimde sınıf ortamında bulunmanın temel sorun olduğunu, %52'si bunun temel bir sorun olmadığı, geri kalan %24'ü ise bunun bir problem olup olmayacağı konusunda kararsız olduklarını belirtmişlerdir. Temel problem olarak öğretmenler sınıfta fiziksel çevre, akademik ilgiler ve davranışsal konuları göstermişlerdir. Öğretmenlerden %44'ü sınıflarına düzenli olarak devam eden kronik hasta öğrencilerin eğitimleri için eğitimleri sırasında aldıkları bilginin yeterli olmadığını, %49 öğretmenin bu konuda bir fikrinin olmadığını ve sadece %7'lik bir dilim ise bu çocuklar hakkında eğitimlerinin yeterli olduğu fikrine sahip olduklarını ortaya koymuşlardır. Öğretmenler lisans eğitiminden sonra çalışma grupları, hizmet içi eğitimlerle veya lisans eğitimleri sırasında daha fazla bilgi verilmesi istediklerini belirtmişlerdir. Kronik hasta öğrencilerle çalışan öğretmenler daha çok, bu öğrencilerin özel gereksinimleri, bu durumla başa çıkma stratejileri ve aile birimi üzerindeki etkileri konularında bilgi alma ihtiyaçlarını ortaya koymuşlardır. Öğretmenlere kronik hasta öğrencilerin hastalıklarını nasıl öğrendikleri sorulduğunda, temel bilgi kaynağı olarak ebeveynleri göstermişlerdir.

Lynch, Lewis, Murphy (1993) Amerika Birleşik Devletlerinin California eyaletindeki 35.000 kişilik bir kayıt örneklemini üzerinde yaptıkları araştırmada kronik hasta çocukların hastalıklarına göre görülme sıklığı şu şekilde rapor edilmiştir. Bu hastalıklardan Astım, Diabet, Lösemi, Kalp ve dolaşım hastalıkları,

Romatizmal hastalıklar, Sickle cell anemi 'ye en sık olarak rastlanmaktadır. Aynı çalışmada bu hastalıklarla ilgili yaşanan problemler sorulduğunda bunların başında hastalıklarla ilgili uygun çevre koşullarının oluşturulabilmesi için maddi yetersizlikler, toplumun ve bu öğrencilerle çalışan personelin bilinçsizliği, yetersiz hizmet servileri, bu öğrencilerle çalışan bilgi düzeyi yüksek öğretmenlerin sayılarının az olması, okul devamsızlıkları ve iletişime girmeyen ebeveynler, son olarakta bu öğrenciler için sistemin sorumluluklarının net olmaması gibi konuların önemli olduğu bulguları ortaya konulmuştur. Yine aynı çalışmada kronik hasta çocuğa sahip 72 aileyle yapılan görüşmeler sonucunda aileler için en önemli sorun olan iki konu ise öğretmenlerin bu öğrencilerin gereksinimlerini anlamadıkları ve öğretmen ve okul sistemlerinin bu hastalıklar hakkında yetersiz ve yanlış bilgilere sahip olması olarak ortaya konmuştur. Bu araştırmada %38 ebeveyn kendi çocuklarının diğer çocuklar tarafından kabul edilmedikleri ve farklı algılandıkları ve bu çocukların okul devamsızlıkları yüzünden sınıfın gerisinde kalabilecekleri konularında kaygı yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Belirtilen bu faktörler bazan çocuğun okul isteksizliğine , okuldan uzaklaşmasına ve okulu sevmemesine neden olabilmektedir. Ebeveynler çocuklarının ihtiyaç duydukları sosyal ve duygusal ve hem de akademik yardımı çocuklarıyla etkileşime giren eğitimcilerden talep etmişlerdir. Kronik hasta çocuklarla ilgili birkaç tavsiyede bulunsaydınız bunlar neler olurdu? şeklindeki sorulara ise ebeveynler şu şekilde yanıtlar vermişlerdir. Kronik hasta çocuğa normal çocuklara davrandıkları gibi davranmalarını hastalığın etkileri ve hastalık hakkında iyi bilgilendirilmiş olmalarını, bu çocukların aileleriyle iletişime girmelerini, bu çocuklarla ilgili umutlu olmalarını, bunların kendilerine güven ve benlik saygılarını geliştirmelerine yardımcı olmalarını ve ayrıca öğretmenlerin ebeveynlere bu öğrencilerle ilgili olumlu deneyimlerini göstererek onları cesaretlendirmelerini tavsiye etmişlerdir.

## Yurt İçinde Yapılan Araştırmalar

Akbaş (1992) Bedensel ve ruhsal yönden sağlıklı olan öğrencilerin okulda büyük sorunlar yaşadıklarını ve bunla ilişkili olarak kronik hastalığa sahip öğrencilerin okullarda daha çok sorunlarının olacağı ve daha çok okul kaygısı yaşayacakları varsayımından yola çıkmıştır. Adana ili merkez sınırları içinde yapılan araştırmada genel, anadolu ve fen liselerinden toplam 571 ğrenci üzerinde çalışılmıştır. Bu araştırmada kronik hasta olan öğrencilerle olmayanlar okul kaygıları açısından karşılaştırılmıştır. Yapılan T testi istatiki analizi ile aralarında anlamlı bir fark olup olmadığına bakılmıştır. Sonuç olarak ( $p < .05$ ) anlamlılık düzeyinde kronik hasta öğrencilerin anlamlı bir şekilde okul kaygılarını daha yoğun bir biçimde yaşadıkları bulunmuştur.

Akçamete ve Kargin'in (1994) 52 öğretmenle yaptıkları araştırmada tek gruplu ntest-sontest deneysel modeli kullanarak öğretmenlerin işitme engellilere yönelik tutumlarının olumlu yönde değiştirilebilip değiştirelemeyeceğini test etmek istemişlerdir. ntest ve sontest ölçümleri zyrek (1988) tarafından geliştirilmiş Yetersizlikten Etkilenmiş Kişilere Yönelik Tutum leği (ATDP) O Formu kullanılarak llmştir. Araştırmanın bağımsız değişkeni ise bilgi verme ve iletişim becerilerinin kazandırılmasına dayalı Milli Eğitim Bakanlığı'nca düzenlenmiş hizmet içi bir eğitim kursudur. Araştırma sonuçları  $p < .05$  anlam düzeyinde ğretmen tutumlarının olumlu bir şekilde sontest lehine değiştiğini göstermiştir.

İnanç (1995) yaptığı araştırmada epileptik olmanın gencin psiko sosyal özelliklerine etkisinin olup olmadığını incelemeye çalışmıştır. Örneklem grubu . Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı Polikliniğine gelen ergenler arasından

gönüllülük esasına göre yapılmıştır. 61 epileptik genç (33 kız; 28 erkek ) çalışmaya katılmıştır. 68 hasta olmayan (31 kız; 37 erkek) kontrol grubunu oluşturmuştur. Psikososyal özellikleri belirlemek için benlik imajı, denetim odağı stres yaşantılarında kullanılan başa çıkma stratejileri ve yükleme biçimi ölçekleri kullanılmıştır. Araştırma bulgularına göre, genel olarak epileptik ergenler, dürtülerin kontrolü, sosyal ilişkiler, mesleki ve eğitimsel amaçlar, ile ilişkileri, psikopatoloji ve üstün uyum alt ölçeklerinde epileptik olmayan ergenlere göre daha düşük benlik imajı geliştirdikleri rapor edilmiştir.



## **BÖLÜM III**

### **YÖNTEM**

Bu bölümde araştırma modeli, evren ve örnekleme, veri toplama araçları, bunlarla ilgili geçerlik, güvenilirlik çalışmaları ve verilerin toplanması ve analizi hakkında bilgiler verilmiştir.

#### **Araştırmanın Türü**

Bu araştırma; sınıf öğretmenlerinin kronik hasta öğrencilere ilişkin tutumlarında çeşitli değişkenler açısından anlamlı farklılık gösterip göstermediğini incelemeye yönelik, tarama modelinde betimsel bir çalışmadır.

#### **Araştırmanın Evreni ve Örnekleme**

Adana İli merkez ilçelerinde 1996-97 öğretim yılında resmi temel eğitim okullarının ilkokul kısımlarında görev yapan öğretmenler araştırmanın evrenini oluşturmuştur. Özel ilkokulların sayısının az olması ve daha çok emekli öğretmenlerin bu okullarda çalıştıkları düşünülerek özel ilkokullar evrene dahil edilmemiştir. Araştırmanın örneklemini, Adana'nın Yüreğir ve Seyhan olmak üzere iki merkez ilçesi oluşturmuştur. Okulların seçiminde ve bu okullarda görev yapan öğretmenlerin sayısının belirlenmesinde, Adana İl Milli Eğitim Müdürlüğü İstatistik Bürosu'nun 1995-1996 öğretim yılına ait verilerinden yararlanılmıştır. Öncelikle okullar İstatistik Bürosu'nun yaptığı sınıflama esas alınarak alt, orta ve üst gruba ayrılmıştır. Orta sosyo ekonomik düzeyi temsil ettiği düşünülen resmi

ilkokullardan oransız küme örnekleme yolu ile seçilen 20 okuldaki 414 sınıf öğretmeni örnekleme oluşturmuştur.

Örnekleme giren öğretmenlerin cinsiyet, medeni durum, mezun oldukları okul ve kıdem durumlarına göre dağılımları Tablo-2'de gösterilmiştir.

**Tablo-2**  
**Örnekleme Giren Öğretmenlerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı**

	n	%
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	262	63
Erkek	152	37
<b>Medeni Durum</b>		
Evli	349	84
Bekar	52	13
Dul	6	1.7
Boşanmış	7	1.3
<b>Kıdem</b>		
1-5	81	20
6-10	82	20
11-15	46	11
16+	205	49
<b>Mezun olunan okul</b>		
Yüksek okul	185	44
Fakülte	119	29
Eğitim Enstitüsü	104	24.5
Yüksek Lisans	6	1.5
<b>Toplam</b>	<b>414</b>	<b>100</b>

Tablo-2'de görüldüğü gibi öğretmenlerin yarısından fazlasını (%63) kadın öğretmenler oluşturmaktadır. Öğretmenlerin medeni durumları incelendiğinde ise (% 84) gibi yüksek bir oranın evli olduğu bunları sırayla bekar (% 13 ), boşanmış (% 1.7) ve dul (% 1.3) şeklinde oranlarının düşük olduğu dikkati çekmektedir.

Öğretmenlerin kıdem durumlarına bakıldığında 16 yıl ve daha fazla (%49) çalışan öğretmenlerin yarıya yakın oranı oluşturduğu ve bunu sırasıyla 1-5 yıl (%20), 6-10 yıl (% 20) ve 11-15 yıl (%11) çalışma durumlarının izlediği görülmektedir.

Öğretmenlerin mezun oldukları okullara bakıldığında en yüksek orana dört yıllık yüksek okul mezunlarının (%44) sahip olduğunu, bunu fakülte (%29) ve eğitim enstitü (%24.5) mezunları takip etmekte ve son olarak da yüksek lisans (%1.5) mezunlarının yer aldığı görülmektedir.

### **Veri Toplama Araçları**

Bu araştırmada araştırmanın bağımlı değişkeni olan öğretmenlerin kronik hasta öğrencilere ilişkin tutumlarını belirlemek amacıyla araştırmacı tarafından "Kronik Hasta Çocuklara İlişkin Öğretmen Tutumları Ölçeği" (KHÇÖTÖ) geliştirilmiştir. Ayrıca araştırmanın bağımsız değişkenleri hakkında veri elde etmek amacı ile araştırmacı tarafından "Kronik Hastalıklar Hakkında Bilgi Formu" ve "Kişisel-Sosyal Bilgi Formu" hazırlanmıştır. Geliştirilen "Kronik Hasta Öğrencilere İlişkin Tutum Ölçeği"ne ilişkin bilgiler aşağıda yer almaktadır.



## **Kronik Hasta Çocuklara İlişkin Öğretmen Tutumları Ölçeği (KHÇÖTÖ)**

Ölçek dördümlü likert tipinde ve toplam 36 maddeden oluşan bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Ölçekte her bir maddenin karşısında "Tamamıyla Uygun", "Çoğunlukla Uygun", "Nadiren Uygun", "Hiç Uygun Değil" şeklinde Likert tipi bir puanlama sistemi kullanılmıştır. Eğer birey "Çok Uygun" seçeneğini işaretlemiş ise alacağı puan 4, "Hiç Uygun Değil" seçeneğini işaretlemiş ise alacağı puan 1 olmaktadır. Ölçekte hem olumlu hem olumsuz ifade edilmiş maddeler yer almaktadır. Ölçekte olumlu maddeler 4,3,2,1 ve olumsuz maddeler 1,2,3,4 şeklinde puanlanmıştır. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 136 ve en düşük puan ise 34'tür.( Bakınız Ek-1)

### **KHÇÖTÖ'ye İlişkin Ön Çalışma**

Öğretmenlerin kronik hastalığa ilişkin tutumlarını ölçebileceğine inanılan toplam 40 maddelik bir havuz oluşturulmuştur. Bu maddeler oluşturulurken Özyürek (1988) tarafından geliştirilmiş "Yetersizlikten Etkilenmiş Kişilere Yönelik Tutum Ölçeği" nin (ATDP) O Formu ve Akkök (1989) tarafından geliştirilmiş "Normal Çocuğa Sahip Anne-Babaların Özürlü Çocuklara Yönelik Tutumları Ölçeği" inden esinlenilmiştir. Daha sonra oluşturulan bu maddeler Ç.Ü.Eğitim Bilimleri Bölümünde görev yapan toplam 20 uzmanın görüşüne sunulmuştur. Uzmanlardan maddelerin öğretmenlerin kronik hasta öğrencilere yönelik tutumlarını ölçebilme gücünü en düşük 1 ve en yüksek 5 olmak üzere değerlendirmeleri istenmiştir. Ayrıca düzeltilmesi, eklenmesi ya da çıkarılması önerilen maddeleri uzmanlar tarafından belirtilmiştir. Burada araştırmacı kriter olarak 3 ve 3'ün üzerinde aritmetik ortalamaya sahip maddeleri doğrudan ölçeğe almıştır. Ayrıca düzeltilmesi istenen maddeler düzeltilerek ön uygulama için hazırlanan tüm maddeler ölçekte yer almıştır.

1995-96 eğitim-öğretim yılında Adana ilinde Yüreğir ve Seyhan ilçesinde bulunan 7 ilkokuldan toplam 129 öğretmenden veri toplanarak ölçeğin geçerlik ve güvenirlik ön çalışması yapılmıştır. Toplanan veriler ile her maddenin toplam puanla korelasyonuna bakılmış ve korelasyon katsayılarının .001 ile .70 arasında değiştiği görülmüştür. Korelasyon değerleri .30 ve üstü olan maddeler ölçeğe alınmış, bunların dışında kalan altı madde ölçekten çıkarılmıştır. Bunlar 11,13, 15, 26, 29, 32. maddelerdir. Yüzyirmidokuz öğretmenden toplanan verilerde alınan en yüksek puan 126, en düşük puan 61'dir. Uygulamada elde edilen puanların aritmetik ortalaması 99.03; standart sapması 16.87; ve ranjı 65'tir.

Geçerlik çalışması kapsamı içerisinde yer alan maddelerin ayırtetme gücü çalışmasında ise öğretmenlerin 34 maddeden aldıkları toplam puanlar %27'lik alt ve üst grupta yer alan 35'er kişilik grup için her bir maddenin bu iki grubu birbirinden ayırdedip etmediğine bakılmış ve her bir maddenin bu iki grubu birbirinden anlamlı düzeyde ayırdettiği görülmüştür. Ölçeğin ön çalışmasında yapılan güvenirlik çalışmalarında Cronbach alfa değeri toplam 34 madde üzerinden hesaplanarak .89 ve test yarılama tekniği ile hesaplanan ( iki yarım güvenirliği ) .80 bulunmuştur.

#### **a) Geçerlik Çalışması:**

#### **Madde analizi:**

1996-97 eğitim-öğretim yılında Adana ilinde Seyhan ve Yüreğir ilçelerinde bulunan yirmi ilkokuldan 414 öğretmenden asıl çalışma ve yedi ilkokuldan 129 öğretmenden ön çalışma olmak üzere toplam 543 öğretmenden veri toplanmıştır. Toplanan veriler ile 40 maddenin toplam puan korelasyonuna bakılmış ve

korelasyon katsayılarının .22 ile .64 arasında değiştiği görülmüştür. Korelasyon değerleri .30 ve üstü olan maddeler ölçeğe alınmış, bunların dışında kalan 6 madde ölçekten çıkarılmıştır. Bunlar 11, 13, 15, 26, 29 ve 32. maddelerdir. Kalan 34 madde üzerinden hesaplanan madde toplam puan korelasyonları .30 ve .64 arasında değiştiği görülmüştür.

Verilerden hesaplanan toplam puanın 53 ile 104 arasında değiştiği aritmetik ortalamanın 103.4 ve Ss ise 15.44 olduğu bulunmuştur. Tüm maddelerin X, Ss ve toplam puan ile hesaplanan korelasyon değerleri Tablo-3'de gösterilmiştir.



**Tablo-3**

**Ölçekteki Maddelerin Aritmetik Ortalama, Standart Sapma, Varyans ve Madde-Toplam Puan Korelasyon Değerleri**

Madde No	$\bar{X}$	Ss	$S^2$	r değeri
1.	2.62	1.26	1.58	0.30
2.	2.94	1.04	1.08	0.50
3.	2.61	1.13	1.28	0.38
4.	3.21	0.99	0.99	0.56
5.	3.38	0.87	0.75	0.52
6.	2.31	1.01	1.01	0.35
7.	3.42	0.88	0.77	0.51
8.	3.25	0.95	0.89	0.49
9.	3.50	0.84	0.70	0.51
10.	3.16	0.96	0.91	0.34
11.	3.72	0.67	0.45	0.22
12.	3.21	0.87	0.75	0.41
13.	3.60	0.76	0.58	0.22
14.	2.70	1.01	1.02	0.44
15.	3.70	0.68	0.46	0.29
16.	3.59	0.76	0.58	0.53
17.	3.48	0.95	0.90	0.56
18.	3.11	1.08	1.16	0.31
19.	3.02	0.97	0.94	0.33
20.	3.10	1.04	1.08	0.60
21.	2.98	1.00	1.01	0.60
22.	3.32	0.90	0.82	0.63
23.	2.13	1.01	1.01	0.36
24.	3.06	1.01	1.02	0.49
25.	3.46	0.94	0.89	0.35
26.	3.55	0.75	0.56	0.23
27.	3.43	0.85	0.72	0.51
28.	3.15	1.11	1.23	0.43
29.	3.59	0.76	0.57	0.25
30.	3.06	0.96	0.91	0.64
31.	3.22	1.01	1.01	0.54
32.	3.60	0.82	0.68	0.22
33.	2.88	1.03	1.07	0.36
34.	3.15	1.01	1.02	0.45
35.	3.61	0.77	0.59	0.45
36.	2.36	0.94	0.89	0.35
37.	2.74	1.04	1.08	0.45
38.	3.27	0.95	0.90	0.61
39.	2.16	1.09	1.18	0.37
40.	2.61	1.16	1.36	0.44

### Faktör Analizi:

Ölçeğin temel bileşenlerini ortaya çıkarmak için 556 öğretmenden toplanan veriler üzerinden faktör analizi uygulanmıştır. Serbest bırakıldığında 34 maddenin 8 faktörde toplandığı görülmüştür. Sekiz faktörün özdeğeri 1 ve üstü olarak bulunmuştur. Ancak 1. ve 2. faktörün öz değerleri arasındaki fark büyük, 2 ve 8.faktörün öz değerleri arasındaki fark küçük bulunmuştur. Birinci faktörün özdeğeri 7.80; varyansı açıklama düzeyi ise %23'dür. İkinci faktör ile 8.faktörün varyansları 1.90 ile 1.005 arasında değişmektedir. Tüm faktörlerin varyansı açıklama düzeyleri toplamı %51'dir. Dolayısıyla ölçek tek boyutlu kabul edilebilir. 34 maddeye ilişkin faktör yükleri Tablo-4'de gösterilmektedir.

Tablo-4

### Ölçeğe ilişkin Her Maddenin Faktör Yükleri Tablosu

Madde No	Faktör yükleri
1.	.34
2.	.43
3.	.64
4.	.64
5.	.58
6.	.66
7.	.57
8.	.59
9.	.55
10.	.79
11.	.56
12.	.59
13.	.52
14.	.43
15.	.60
16.	.68
17.	.32

Madde No	Faktör yükleri
18.	.44
19.	.63
20.	.31
21.	.50
22.	.63
23.	.56
24.	.57
25.	.49
26.	.46
27.	.71
28.	.56
29.	.63
30.	.51
31.	.69
32.	.44
33.	.70
34.	.65

### Maddelerin Ayırdedicilik Güçleri:

Verilerinin toplandığı öğretmenlerin 34 maddeden aldıkları toplam puanlar düşükten yükseğe doğru sıralanmıştır. Bu sıralamada alt %27 ve üst %27'lik gruplarda 150'er kişi yer almıştır. Her bir maddenin bu iki grubu birbirinden ayırt edip etmediğine bakılmıştır. Maddelerin ayırt ediciliğine ilişkin hesaplanan t testi sonuçları Tablo-5'de verilmiştir.

**Tablo-5**

**Deneklerin Üst %27 ve Alt %27'lik Grupta Yer Almalarına Göre Her Maddenin X, Ss ve t Değerleri**

M. No	Grup	$\bar{X}$	Ss	t	p
1	1	2.25	1.20	7.37	.0001
	2	3.23	1.11		
2	1	2.28	1.08	12.45	.0001
	2	3.62	0.73		
3	1	2.03	1.07	11.08	.0001
	2	3.30	0.90		
4	1	2.43	1.06	15.00	.0001
	2	3.84	0.44		
5	1	2.81	0.94	13.13	.0001
	2	3.89	0.35		
6	1	1.87	0.95	9.2	.0001
	2	2.84	0.86		
7	1	2.85	1.08	10.87	.0001
	2	3.86	0.34		
8	1	2.63	0.99	12.40	.0001
	2	3.79	0.55		
9	1	2.92	1.06	11.23	.0001
	2	3.93	0.27		
10	1	2.73	1.01	7.87	.0001
	2	3.56	0.79		
11	1	2.78	0.90	9.35	.0001
	2	3.61	0.61		
12	1	2.14	0.97	11.21	.0001
	2	3.29	0.79		
13	1	3.06	0.95	11.40	.0001
	2	3.96	0.18		
14	1	2.68	1.24	11.01	.0001
	2	3.88	0.46		
15	1	2.70	1.08	6.89	.0001
	2	3.52	0.97		

Tablo-5 (Devamı)

Deneklerin Üst %27 ve Alt %27'lik Grupta Yer Almalarına Göre Her Maddenin X, Ss ve t Değerleri

M. No	Grup	$\bar{X}$	Ss	t	p
16	1	2.64	1.05	7.15	.0001
	2	3.41	0.79		
17	1	2.22	1.10	15.34	.0001
	2	3.76	0.53		
18	1	2.15	1.02	15.48	.0001
	2	3.63	0.56		
19	1	2.50	0.96	16.95	.0001
	2	3.91	0.34		
20	1	1.68	0.88	9.60	.0001
	2	2.70	0.96		
21	1	2.43	1.13	11.65	.0001
	2	3.64	0.55		
22	1	3.00	1.12	6.63	.0001
	2	3.75	0.73		
23	1	2.82	0.98	12.39	.0001
	2	3.90	0.41		
24	1	2.48	1.11	10.33	.0001
	2	3.67	0.86		
25	1	2.24	0.96	16.50	.0001
	2	3.71	0.50		
26	1	2.46	1.13	12.35	.0001
	2	3.72	0.53		
27	1	2.39	1.13	8.40	.0001
	2	3.34	0.78		
28	1	2.44	1.11	11.95	.0001
	2	3.68	0.59		
29	1	3.13	1.02	8.61	.0001
	2	3.90	0.38		
30	1	1.97	0.98	8.58	.0001
	2	2.84	0.75		
31	1	2.19	1.06	9.88	.0001
	2	3.30	0.87		
32	1	2.47	1.07	13.95	.0001
	2	3.81	0.48		
33	1	1.56	0.84	10.40	.0001
	2	2.68	1.01		
34	1	2.05	1.07	11.53	.0001
	2	3.37	0.89		

Grup 1 : tutum puanları düşük  $n_1$ : 150

Grup 2 : tutum puanları yüksek ;  $n_2$ : 150

Tablo 5’de görüldüğü üzere toplam puana göre alt %27 ile üst %27’lik gruba giren deneklerin maddelere verdikleri yanıtların aritmetik ortalamaları arasındaki fark t testi ile incelenmiştir. 34 maddenin alt gruba üst grubu birbirinden anlamlı düzeyde ayırdettiği görülmüştür ( $p < .0001$  ). Yani iki grubun tek tek maddelerden ve toplam puanlardan aldıkları aritmetik ortalamalar arasında yüksek aritmetik ortalamaya sahip öğretmenler lehine anlamlı bir fark bulunmuştur.

**b) Güvenirlik Çalışması:** Ölçeğin güvenirlik çalışması iki ayrı yöntemle hesaplanmıştır. İlk uygulanan yöntemde Cronbach Alfa değeri ölçekte madde-toplam puan korelasyonu düşük bulunan 6 maddenin çıkarılmasından sonra hesaplanmış ve değerin .88 olduğu görülmüştür. Test Yarılama Tekniği ile (iki yarım güvenirligi ) hesaplanan iç tutarlık katsayısı ise .81 olarak bulunmuştur.

Böylece yapılan geçerlik ve güvenirlik çalışmalarından elde edilen sonuçlar ölçeğin araştırma kapsamında öğretmenlerin kronik hasta öğrencilere yönelik tutumlarına ilişkin veri toplamada kullanılabileceğini göstermiştir.

### **Kronik Hastalıklara İlişkin Bilgi Formu**

Öğretmenlerin kronik hastalıklar hakkındaki bilgi düzeylerini belirleyebilmek için sağlık ve tıp kitapları taranarak görülme sıklığı en fazla kronik hastalıklar olan astım, diabet, epilepsi, kronik kalp hastalıkları, kronik böbrek yetmezliği, hemofili ve romatizmal hastalıklar hakkında bilgi toplanmıştır. Bu taramalar doğrultusunda yukarıda adı geçen yedi hastalık hakkında araştırmacı tarafından toplam 151 maddelik bir soru havuzu oluşturulmuştur. Hazırlanan sorular Ç.Ü. Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesinin Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Bölümünde görev yapan 2 uzmanın görüşüne sunulmuştur. Öneriler



doğrultusunda sorular yeniden düzenlenmiş ve eklemeler yapılmıştır. Daha sonra bilgi formu 15 kişi üzerinde bir ön uygulamaya tabi tutulmuş ve anlaşılması güç olan sorular yeniden uzman önerileri ışığında düzenlenmiştir.

Bilgi formundaki soruların Doğru-Yanlış şeklinde yanıt seçenekleri vardır. Doğru yanıtlanan her soru için 1 puan; yanlış yanıtlanan ve boş bırakılan sorular için ise sıfır puan verilmiştir. Böylece kronik hastalıklar hakkındaki bilgi formundan alınabilecek en yüksek puan 151 ve alınabilecek en düşük puan ise sıfır olmaktadır. Toplam 414 öğretmen üzerinde yapılan çalışmada alınan en yüksek puan 129 ve en düşük puan 5 'dir. (Bakınız Ek-2)

### **Kişisel-Sosyal Bilgi Formu**

Araştırmanın bağımsız değişkenleri hakkında bilgi toplamak amacıyla araştırmacı tarafından kişisel-sosyal bilgi formu geliştirilmiştir. Bu form öğretmenlerin cinsiyet, medeni durum, çocuk sahibi olup olmama, daha önceki ve şimdiki meslek yaşamlarında kronik hasta bir öğrenciyle deneyimlerinin olup olmadığı ve kıdem durumlarına ilişkin bilgileri içermektedir. (Bakınız Ek-3)

### **Verilerin Toplanması**

Araştırmada kullanılan ölçek ve diğer formların uygulamaları 1996-97 öğretim yılında Mart, Nisan ve Mayıs ayları içinde gerçekleştirilmiştir. Uygulamalardan önce ilgili kurumlardan gerekli izinler alınmıştır. Okul yöneticileri ile yapılan öngörüşmelerden sonra belirlenen tarih ve saatte okullar ziyaret edilmiştir. Uygulama için gidilen okullardaki öğretmenlerin çoğunluğu istekli olmakla birlikte bir kısmı zamanlarının olmadığı gerekçesiyle katılmak istememişlerdir. Bu nedenle ölçek ve bilgi formları yalnız istekli öğretmenlere

dağıtılmış ve daha sonra belirlenen günde geri toplanmıştır. Ölçek ve bilgi formları dağıtılmadan önce gerekli açıklamalar yapılarak araştırmanın önemi vurgulanmış ve öğretmenler uygulama hakkında bilgilendirilmişlerdir. Rehber öğretmeni olan okullarda uygulamanın gerçekleştirilmesinde bu öğretmenlerden yararlanılmıştır. Önce Kişisel-Sosyal Bilgi Formu daha sonra Tutum Ölçeği ve son olarakta Kronik Hastalıklar Hakkında Bilgi Formu sırasıyla uygulanmıştır. Burada öğretmenlerin bilgi formundaki sorulardan etkilenmeden tutum maddelerine yanıt vermeleri amaçlanmıştır. Ölçek ve bilgi formlarını cevaplandırma süresi yaklaşık 30 dakika sürmektedir.

Araştırma kapsamında yeralan ölçek ve bilgi formlarındaki soru sayısının fazla ve cevaplandırma süresinin uzun olması nedeniyle bir gün sonra toplanması uygun görülmüştür.

### **Verilerin Çözümlemesi**

Araştırma ile ilgili uygulama tamamlandıktan sonra bilgi toplamak üzere verilen formların tümü araştırmacı tarafından teker teker kontrol edilmiş veriler kod yönergesine uygun olarak kodlandıktan sonra bilgisayara girilmiştir. Yalnızca ölçek ve bilgi formlarını tam ve istenen şekilde dolduran öğretmenler değerlendirmeye alınmıştır. Araştırmaya katılıp da kişisel bilgileri eksik yazan ya da diğer formlarda maddelerden boş bırakılanlar olduğunda değerlendirilmemiştir. Bu durumda toplam 600 öğretmene verilen ölçek ve bilgi formlarından 150 tanesi geri dönmemiş ve yaklaşık 50 tanesi eksik ya da hatalı olmaları nedeniyle elenmiştir. Bilgisayar kodlama formlarına geçirilen veriler çeşitli kategorilere göre bilgisayarda işlenmiş ve istatistiksel işlemler tamamlanmıştır. Araştırma boyunca hesaplamalar Stat View 512 TM istatistik programında yapılmıştır.

Elde edilen veriler sırasıyla amaçlar doğrultusunda aşağıdaki şekilde analiz edilmiştir.

Araştırmanın cinsiyet, medeni durum, çocuk sahibi olup olmamaları, daha önceki ve şimdiki meslek yaşamlarında kronik hasta bir öğrenciyle deneyimlerinin olup olmadığı ve kıdem durumları gibi bağımsız değişkenler ile bağımlı değişken olan öğretmen tutumları arasında anlamlı bir farklılaşma olup olmadığı "t" testi ve varyans analizi ile değerlendirilmiştir. Gerekli durumlarda Scheffe-F testinden yararlanılmıştır.

Kronik hasta öğrencilere ilişkin tutumları yordayan en önemli değişkenleri tespit edebilmek için " Stepwise Multiple Regression" analizi kullanılmıştır. Ayrıca geliştirilen ölçeğin faktör yapısını belirlemek amacıyla Faktör Analizi kullanılmıştır. Sonuçların yorumlanmasında .05 anlamlılık düzeyi benimsenmiştir.

## BÖLÜM IV

### BULGULAR

Bu bölümde uygulanan istatistiksel analizler sonucunda elde edilen bulgular alt amaçlar doğrultusunda verilmiştir. Öncelikle bağımsız değişkenler olan cinsiyet, medeni durum, çocuk sahibi olup olmamaları, meslek yaşamlarında kronik hasta bir öğrenciyle deneyimlerinin olup olmama, kıdem durumları ve bilgi düzeyleri gibi bağımsız değişkenler ile bağımlı değişken olan öğretmen tutumlarının farklılaşıp farklılaşmadığına ilişkin bulgular yer almaktadır. Son olarak bu bağımsız değişkenlerden en çok hangisinin öğretmen tutumlarını yordadığına ilişkin bulgular yer almaktadır.

#### 1. Cinsiyete Göre Öğretmenlerin Kronik Hasta Öğrencilere İlişkin Tutumları

Öğretmenlerin tutum puanlarının cinsiyetlerine göre farklı olup olmadığını görmek üzere örnekleme giren öğretmenlerin KHÇÖTÖ'den aldıkları puanlar cinsiyete göre analiz edilmiş ve sonuçlara ilişkin X, Ss ve t değerleri Tablo-6'da verilmiştir.

Tablo-6

#### Cinsiyete Göre KHÇÖTÖ' den Öğretmenlerin Aldıkları Tutum Puanlarının Ortalama, Standart Sapma ve t Değerleri

Gruplar	n	$\bar{X}$	Ss	t	p
Erkek	152	104.30	16.00	.245	.81
Kadın	262	104.67	14.20		

Tablo-6 da da görüldüğü gibi yapılan "t" testi analizi sonucunda cinsiyete göre öğretmenlerin kronik hasta öğrencilere yönelik tutum puanlarında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

## 2.Öğretmenlerin Medeni Durumlarına Göre Kronik Hasta Öğrencilere İlişkin Tutumları

Öğretmenlerin tutum puanlarının medeni durumlara göre farklılaşıp farklılaşmadığını görmek üzere örnekleme giren öğretmenlerin KHÇÖTÖ'den aldıkları puanlar medeni durumlara göre analiz edilmiş ve sonuçlara ilişkin X ve Ss değerleri Tablo-7'de verilmiştir.

**Tablo-7**  
**Medeni Durumlarına Göre KHÇÖTÖ'den Öğretmenlerin Aldıkları Tutum Puanlarının Ortalama, Standart Sapma Değerleri**

Gruplar	n	$\bar{X}$	Ss
Bekar	52	104.46	12.95
Evli	349	105.10	14.80
Dul	7	104.29	27.34
Boşanmış	6	107	13.58

Tablo-7 incelendiğinde grupların kendi içlerinde ortalamalar açısından çok az farklılıklar gösterdikleri anlaşılmaktadır. Bu farklılıkların anlamlı olup olmadığını test etmek için tek boyutlu varyans analizi yapılmış sonuçlar Tablo-8'de verilmiştir.

**Tablo-8**  
**Medeni Durumlarına Göre Öğretmenlerin Tutum Puanlarının Tek Boyutlu Varyans Analizi Sonuçları**

Varyansın Kaynağı	Sd	KT	KO	F	p
Gruplararası	3	45.55	15.18	.069	.71
Grupiçi	410	90091.04	219.74		
Toplam	413	90136.59			

Tablo-8'de görüldüğü gibi öğretmenlerin medeni durumlarına göre tutum puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır.

### 3. Öğretmenlerin Çocuk Sahibi Olup Olmamalarına Göre Kronik Hasta Öğrencilere İlişkin Tutumları

Öğretmenlerin tutum puanlarının çocuk sahibi olup olmamalarına göre farklılaşıp farklılaşmadığını görmek üzere örnekleme giren öğretmenlerin KHÇÖTÖ'den aldıkları puanlar çocuk sahibi olup olmadıklarına göre analiz edilmiş ve sonuçlara ilişkin X, Ss, t değerleri Tablo-9'da verilmiştir.

**Tablo-9**  
**Çocuk Sahibi Olup Olmamalarına Göre KHÇÖTÖ' den Öğretmenlerin Aldıkları Tutum Puanlarının Ortalama, Standart Sapma, t Değerleri**

Gruplar	n	$\bar{X}$	Ss	t	p
Çocuk sahibi olanlar	321	105.37	14.94	0.75	0.45
Çocuk sahibi olmayanlar	92	104.06	14.14		

Tablo-9'da görüldüğü gibi yapılan "t" testi analizi sonucunda çocuk sahibi olup olmamalarına göre öğretmenlerin kronik hasta öğrencilere yönelik tutum puanlarında anlamlı bir fark bulunamamıştır.

#### 4.Öğretmenlerin Kıdem Durumlarına Göre Kronik Hasta Öğrencilere İlişkin Tutumları

Öğretmenlerin tutum puanlarının kıdem durumlarına göre farklılaşıp farklılaşmadığını görmek üzere örnekleme giren öğretmenlerin KHÇÖTÖ'den aldıkları puanlar kıdem durumlarına göre analiz edilmiş ve sonuçlara ilişkin X ve Ss değerleri Tablo-10'da verilmiştir.

**Tablo-10**  
**Kıdem Durumlarına Göre KHÇÖTÖ'den Öğretmenlerin Aldıkları Tutum Puanlarının Ortalama, Standart Sapma Değerleri**

Gruplar	n	$\bar{X}$	Ss
1-5 yıl	80	103.85	14.75
6-10 yıl	82	103.94	13.00
11-15 yıl	47	108.63	14.10
16-20 yıl	205	108.10	15.23

Tablo-10 incelendiğinde grupların kendi içlerinde ortalamalar açısından farklılıklar gösterdikleri anlaşılmaktadır. Bu farklılıkların anlamlı olup olmadığını incelemek için tek boyutlu varyans analizi yapılmış sonuçlar Tablo-11'de verilmiştir.

**Tablo-11**  
**Kıdem Durumlarına Göre Öğretmen Tutum Puanlarının Tek Boyutlu**  
**Varyans Analizi Sonuçları**

Varyansın Kaynağı	Sd	KT	KO	F	p
Gruplararası	3	2737.00	912.67	4.28	.005
Grupiçi	410	87398.60	213.17		
Toplam	413	90136.60			

Tablo-11'de görüldüğü gibi öğretmenlerin kıdem durumlarına göre tutum puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur.(F=4.28, p=.005) Yapılan ikili Scheffe F-testi karşılaştırmaları sonucunda 6-10 yıl ve 16-20 yıllık deneyimi olan öğretmenler lehine p<.05 düzeyinde anlamlı bir fark bulunmuştur.

### **5.Öğretmenlerin Mezun Oldukları Okullara Göre Kronik Hasta Öğrencilere İlişkin Tutumları**

Öğretmenlerin tutum puanlarının mezun oldukları okullara göre farklılaşıp farklılaşmadığını görmek üzere örnekleme giren öğretmenlerin KHÇÖTÖ'den aldıkları puanlar mezun oldukları okullara göre analiz edilmiş ve sonuçlara ilişkin X ve Ss değerleri Tablo-12'de verilmiştir.



**Tablo-12**  
**Mezun Olunan Okula Göre KHÖTÖ'den Öğretmenlerin Aldıkları Tutum Puanlarının Ortalama, Standart Sapma değerleri**

Gruplar	n	$\bar{X}$	Ss
Yüksekokul	185	105.54	14.48
Fakülte	119	103.95	14.53
Eğitim Enstitüsü	104	104.875	15.68
Yüksek Lisans	6	113.50	11.78

Tablo-12 incelendiğinde grupların kendi içlerinde ortalamalar açısından farklılıklar gösterdikleri anlaşılmaktadır. Bu farklılıkların anlamlı olup olmadığını incelemek için tek boyutlu varyans analizi yapılmış sonuçlar Tablo-13'de verilmiştir.

**Tablo-13**  
**Mezun Olunan Okullara Göre Öğretmen Tutum Puanlarının Tek Boyutlu Varyans Analizi Sonuçları**

Varyansın Kaynağı	Sd	KT	KO	F	p
Gruplararası	3	620.08	206.69	.948	.41
Grupiçi	410	89516.52	218.33		
Toplam	413	90136.59			

Tablo-13'de görüldüğü gibi öğretmenlerin mezun oldukları okullara göre tutum puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır.

## 6.Sınıflarında Kronik Hasta Bir Öğrencinin Bulunup Bulunmamasına ve Kronik Hasta Bir Öğrencinin Var Olup Olmadığını Bilmemelerine Göre Öğretmenlerin Kronik Hasta Öğrencilere İlişkin Tutumları

Öğretmenlerin tutum puanlarının kronik hasta bir öğrenci ile deneyimlerinin olup olmamasına göre farklılaşıp farklılaşmadığını görmek üzere örnekleme giren öğretmenlerin KHÇÖTÖ'den aldıkları puanlar kronik hasta bir öğrenci ile deneyimlerinin olup olmamasına göre analiz edilmiş ve sonuçlara ilişkin X ve Ss değerleri Tablo-14'de verilmiştir.

**Tablo-14**

**Sınıflarında Kronik Hasta Bir Öğrencinin Bulunup Bulunmamasına ve Kronik Hasta Bir Öğrencinin Var Olup Olmadığını Bilmemelerine Göre KHÇÖTÖ'den Öğretmenlerin Aldıkları Tutum Puanlarının Ortalama, Standart Sapma değerleri**

Gruplar	n	$\bar{X}$	Ss
Sınıflarında kronik hasta bir öğrencinin var olduğunu bilenler	166	106.70	14.89
Sınıflarında kronik hasta bir öğrencinin olmadığını bilenler	216	104.56	14.42
Sınıflarında kronik hasta bir öğrencisinin olup olmadığını bilmeyenler	32	99.5	15.39

Tablo-14 incelendiğinde grupların kendi içlerinde ortalamalar açısından farklılıklar gösterdikleri anlaşılmaktadır. Bu farklılıkların anlamlı olup olmadığını test etmek için tek boyutlu varyans analizi yapılmış sonuçlar Tablo-15'de verilmiştir.

**Tablo-15**  
**Sınıflarında Kronik Hasta Bir Öğrencinin Bulunup Bulunmaması ve**  
**Sınıflarında Kronik Hasta Bir Çocuğun Var Olup Olmadığını**  
**Bilmemelerine Göre Öğretmen Tutum Puanlarının Tek Boyutlu Varyans**  
**Analizi Sonuçları**

Varyansın Kaynağı	Sd	KT	KO	F	p
Gruplararası	2	1490.96	745.48	3.45	.003
Grupiçi	411	88645.62	215.68		
Toplam	413	90136.59			

Tablo 15'de görüldüğü gibi öğretmenlerin kronik hasta bir öğrenci ile deneyimlerinin bulunup bulunmamasına göre tutum puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur. ( $F=3.45, p=.003$ ) Yapılan ikili Scheffe F-testi karşılaştırmaları sonucunda kronik hasta bir öğrenci ile deneyimi olan ve olmayan öğretmenlerin bilmiyorum yanıtını verenlere kıyasla  $p<.05$  düzeyinde anlamlı yüksek tutum puanlarına sahip oldukları bulunmuştur.

#### **7. Öğretmenlerin Bilgi Düzeylerine Göre Kronik Hasta Öğrencilere İlişkin Tutumları**

Öğretmenlerin bilgi düzeylerine göre tutum puanlarının değişip değişmediğini incelemek için bilgi düzeylerine göre öğretmenler skewness çarpıklık katsayısı sıfıra yakın bir değer çıktığından (0.003) aritmetik ortalama ve standart sapma göz önüne alınarak üç gruba ayrılmıştır. Aritmetik ortalamadan

bir standart sapma üst ve alt grupta olanlar bilgi düzeyi yüksek ve düşük olan gruplar, arada kalanlar ise bilgi düzeyi orta olan grup olarak belirlenmiştir. Buna göre 54 ve daha az puan alanlar bilgi düzeyleri düşük; 55-74 puan arası alanlar orta ; 75 ve daha yüksek puan alanlar bilgi düzeyleri yüksek grubu temsil etmektedirler.

Öğretmenlerin tutum puanlarının bilgi düzeylerine göre farklılaşp farklılaşmadığını görmek üzere örnekleme giren öğretmenlerin KHÇÖTÖ'den aldıkları puanlar bilgi düzeylerine göre analiz edilmiş ve sonuçlara ilişkin X ve Ss değerleri Tablo-16'da verilmiştir.

**Tablo-16**  
**Bilgi Düzeylerine Göre KHÇÖTÖ'den Öğretmenlerin Aldıkları Tutum Puanlarının Ortalama, Standart Sapma Değerleri**

Gruplar	n	$\bar{X}$	Ss
Bilgi düzeyleri düşük	82	104.63	15.76
Bilgi düzeyleri orta	255	104.84	14.60
Bilgi düzeyleri yüksek	77	106.06	14.42

Tablo-16 incelendiğinde grupların kendi içlerinde ortalamalar açısından çok az farklılıklar gösterdikleri anlaşılmaktadır. Bu farklılıkların anlamlı olup olmadığını test etmek için tek yönlü varyans analizi yapılmış sonuçlar Tablo-17'de verilmiştir.

**Tablo-17**  
**Bilgi Düzeylerine Göre Öğretmen Tutum Puanlarının Tek Boyutlu**  
**Varyans Analizi Sonuçları**

Varyansın Kaynağı	Sd	KT	KO	F	p
Gruplararası	2	103.86	51.93	.287	.789
Grupiçi	411	90032.73	219.06		
Toplam	413	90136.59			

Tablo-17'de görüldüğü gibi öğretmenlerin bilgi düzeylerine göre tutum puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır.

#### **8. Öğretmenlerin KHÇÖTÖ'den Aldıkları Puanları Yordamada İlgilenilen Bağımsız Değişkenlerin Katkıları**

Öğretmenlerin " Kronik Hasta Öğrencilere İlişkin Tutumlar" ölçeğini yordayan ilgilenilen bağımsız değişkenler Tablo-18'de gösterilmiştir.

**Tablo-18**

**İlgilenilen Bağımsız Değişkenlerin Öğretmenlerin KHÇÖTÖ'den Aldıkları Puanları Yordamasına İlişkin Aşamalı Regresyon Analizi sonuçları**

Analiz Aşaması	Yordayıcı Değişken	R	R <sup>2</sup>	Yordama Hatası	F	R <sup>2</sup> 'deki artış miktarı	Önem Düzeyi
1	Sınıfta kronik hasta bir öğrencinin bulunup bulunmaması ve sınıfta hasta bir öğrencinin olup olmadığını bilmemesi	.122	.015	14.665	6.222	.013	p<.05
2	Kıdem durumları	.156	.024	14.612	5.137	.020	p<.05
3	Çocuk sahibi olup olmama	.187	.035	14.55	4.953	0.28	P<.05

Tablo-18'den anlaşılacağı gibi yordayıcı değişken sayısı 3'tür ve toplam yordama düzeyi %3.5'tur. Bunlardan ilk sırayı %1.5'luk yordama düzeyi ile öğretmenin kronik hasta bir öğrenci ile deneyiminin olup olmaması gelmektedir. Onu yordama düzeyi çok düşük olan kıdem ve çocuk sahibi olup olmamanın takip ettiği görülmektedir.

## BÖLÜM V

### TARTIŞMA VE YORUM

Bu bölümde istatistiksel analizler sonucunda elde edilen bulgular tartışılmış ve yorumlanmıştır. Tartışma ve yorumlar bulgular bölümündeki sıraya uygun olarak yapılmıştır.

Araştırmada öğretmenlerin kronik hasta öğrencilere ilişkin tutumlarının çeşitli değişkenler açısından farklılaşıp farklılaşmadığı araştırılmıştır. Öncelikle öğretmenlerin kronik hasta öğrencilere ilişkin tutumlarının cinsiyete göre farklılaşıp farklılaşmadığı araştırılmıştır. Cinsiyete göre kronik hasta öğrencilere ilişkin öğretmen tutumlarının anlamlı düzeyde farklılaşmadıkları görülmüştür. Freedman, Sears ve Carlsmith (1987) tutumların erken yaşlarda oluşmaya ve gelişmeye başladığını ve kolay kolay değişmeyeceğini bildirmektedirler. Cinsiyetlerine göre kronik hasta öğrencilere ilişkin öğretmen tutumlarının farklılaşmaması tutumların çok küçük yaşlarda oluşmaya başlamaları ve toplumda kronik hasta bireylere ilişkin bir acıma, koruma duygusunun kadın ve erkek cinsleri tarafından aynı şekilde yaşandığının ve kabul edildiğinin bir göstergesi olabilir şeklinde düşünülebilir.

Öğretmenlerin medeni durumlarına göre kronik hasta öğrencilere ilişkin tutumları arasında anlamlı bir fark olup olmadığı araştırılmıştır. Öğretmenlerin medeni durumları göz önüne alındığında tutum puanlarının anlamlı bir şekilde farklılaşmadığı görülmüştür. Tutumların çok erken yaşlarda oluştuğu ve kolay kolay değişmediği kuramsal çerçevede Freedman, Carlsmith ve Sears (1987) tarafından rapor edilmektedir. Buradan hareketle kronik hasta bir bireye

bakışın evli, bekar, boşanmış ya da dul olma değişkenleriyle farklılık göstermemesi normal bir bulgu olarak kabul edilebilir.

Öğretmenlerin çocuk sahibi olup olmamalarına göre kronik hasta öğrencilere ilişkin tutumları arasında anlamlı bir fark olup olmadığı araştırılmış ve anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür. Bu beklenen bir sonuç değildir. Çocuk sahibi olan öğretmenlerin olmayanlara oranla daha yüksek tutum puanları almaları beklenmiştir. Çünkü çocuk sahibi olma deneyimi ile birlikte kronik hasta çocukların ihtiyaçlarıyla ilgili olarak daha fazla bir empati kurabilecekleri düşünülebilir. Ancak sonuçların bu şekilde çıkmaması şaşırtıcı yöndedir.

Öğretmenlerin kıdem durumlarına göre kronik hasta öğrencilere ilişkin tutumları arasında anlamlı bir fark olup olmadığı araştırılmıştır. Öğretmenlerin kıdem durumlarına göre kronik hasta öğrencilere ilişkin tutumları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Kıdem derecesi yüksek olan onaltı yıl üstü ve on-onbeş yıl kıdeme sahip gruplar lehine tutum puanlarının ortalamalarının yüksek olduğu görülmektedir. Öğretmenlikte çalışılan yıllar arttıkça tutumların daha olumlu olma eğilimi var görünmektedir. Edilen deneyim arttıkça kronik hasta çocukları da içine alan öğrencilerle daha iyi bir iletişim kurulabilmekte artık onların gelişim özelliklerini iyice kavranmakta ve öğrencilerden beklentilerin de daha makul ve gerçekçi bir şekilde ortaya konulması söz konusu olmaktadır. Kıdemin artmasıyla birlikte edinilen deneyimle birlikte bilgi birikimi artmakta ve buna paralel olarak tutum puanlarının ortalamalarında bir artışa neden olmuş olabilir şeklinde yorumlanabilir. Tümkaya'nın 1996 yılında yaptığı çalışmada öğretmenlerin kıdem durumları arttıkça öğrencilere yönelik tutumlarının da anlamlı bir şekilde olumlu olma eğilimi gösterdiği ve öğretmenlerin tükenmişlik düzeylerinin azaldığını rapor etmiştir. Kıdem yıllarının artmasıyla birlikte kronik hasta çocukların da içinde yer aldığı tüm çocuklara yönelik öğretmen



tutumlarının olumlu bir şekilde değiştiği gözlenmektedir. Bu açıdan bakıldığında bu bulgunun araştırma sonuçları ile tutarlılık gösterdiği şeklinde yorumlanabilir.

Öğretmenlerin mezun oldukları okullara göre tutum puanlarının farklılaşp farklılaşmadığı araştırılmıştır. Yapılan analiz sonucunda mezun olunan okullara göre öğretmenlerin tutum puanlarının farklılaşmadığı sonucu ortaya çıkmıştır. Öğretmen yetiştiren kurumların hemen hemen hiç birinde kronik hastalıklar ve onların doğaları, bireylere getirdikleri güçlükler, sınıf ortamında onlarla çalışırken hangi konuları bilmeleri gerektiği hakkında bilgiler programlarında yer almamaktadır. Öğretmenler kronik hastalıklar hakkındaki bilgilerini daha çok yaşıyarak öğrenmekte ya da kulaktan dolma bilgilerle davranışlarına yön vermektedirler. Öğretmen yetiştiren hiç bir kurumun programında bu çocuklarla ilgili konulara yer verilmemesi tüm öğretmenlerin bu konuda hemen hemen eşit şekilde mezun olmalarına neden olmuş olabilir şeklinde düşünülebilir.

Sınıflarında kronik hasta bir öğrencileri olan, olmayan ve sınıflarında kronik hasta öğrencilerinin olup olmadığını bilmeyen öğretmen tutumlarının farklılaşp farklılaşmadığı araştırıldığında değişkenler arasında sınıflarında kronik hasta bir öğrencinin var olup olmadığını bilmeyen öğretmenlerin anlamlı bir şekilde daha düşük tutum puanları aldıkları görülmüştür. Burada sınıflarında kronik hasta bir öğrencinin var olup olmadığını bilmeyen öğretmenlerin diğer iki gruba kıyasla sınıflarındaki öğrencilere karşı daha ilgisiz oldukları, onları önemsemedikleri, muhtemelen de mesleklerini zorunluluklardan dolayı yapan öğretmenlerin oldukları düşünülebilir. Dolayısıyla kronik hasta ve diğer öğrencilere yönelik tutumlarının daha olumsuz yönde olduğu düşünülebilir. Bu şekilde düşünüldüğünde bu yönde bulguların çıkması normal sayılabilir.

Öğretmenlerin bilgi düzeylerine göre kronik hasta öğrencilere ilişkin tutumlarının farklılaşıp farklılaşmadığı araştırılmıştır. Tutumlar bilgi düzeyleri düşük, orta ve yüksek olan gruplar açısından karşılaştırıldığında bu üç düzey içinde tutum puanlarının anlamlı bir şekilde farklılaşmadıkları görülmüştür. Tutumlar daha erken yaşlardan itibaren oluşmaya başlamaları ve yeni bir bilgi karşısında kolaylıkla değişmemeleri ve daha çok duygusal öğenin etkisi altında olmaları nedeniyle öğretmenlerin bu öğrencilere yönelik olarak daha fazla acıma ve şefkat duygularının etkisinde oldukları ve bu nedenle bilgi düzeylerine göre ayrılmış gruplar arasında fark çıkmamış olabilir şeklinde düşünülebilir. Bu bulgu öğrenme ve tutumların değişmezliği ile ilgili kuramsal çerçeveyi destekler nitelikte görünmektedir(Freedman ve ark,1985).

## BÖLÜM VI

### SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu araştırmanın kronik hastalıklar hakkındaki tutumların oluşumu ile ilgili kuramsal çerçeveyi doğruladığı gözlenmiştir. Elde edilen bulgular değerlendirildiğinde öğretmenlerin kronik hasta öğrencilere ilişkin tutumlarının cinsiyetlerine, medeni durumlarına, çocuk sahibi olup olmamalarına, mezun oldukları okullara ve bilgi düzeylerine göre anlamlı bir farklılaşma olmadığı; öğretmen tutumlarının, öğretmenlerin kıdem durumlarına, sınıflarında kronik hasta bir öğrencinin bulunup bulunmamasına ve kronik hasta bir öğrencinin olup olmadığını bilmemelerine göre anlamlı bir farklılaşma olduğu gözlenmiştir. Sınıflarında kronik hasta bir öğrencinin var olup olmadığından haberdar olan ve çalışma yılı fazla olan öğretmenlerin, diğer öğretmenlere kıyasla kronik hasta öğrencilere karşı tutumlarının daha olumlu olduğu gözlenmiştir.

Psikolojik danışma ve rehberlik, eğitimin bireyselleştirilmesine verdiği önem nedeni ile sınıf öğretmenlerinin kronik hasta çocukları sınıf ortamında tanımalarını, gözlemlmelerini ve onların gelişimlerini yakından izlemelerini sağlayacak ve kolaylaştıracak şekilde, okul yönetimi, veli ve sınıf öğretmeni arasındaki işbirliğini sağlayıcı çalışmaların yapılmasını gerçekleştirmelidir.

Aile rehberliği yolu ile kronik hasta öğrencilerin velilerinin bilgilendirilmeleri ve okul ortamına ilişkin kaygılarının azaltılması; çalışma grupları, seminerler yolu ile öğretmenlerin kronik hasta çocukların ihtiyaçlarına ilişkin duyarlılıklarının artırılması ve bilgilendirilmeleri sağlanmalıdır.

Araştırmanın alt amaçları içerisinde yer almayan ancak araştırma sırasında ortaya çıkan diğer sonuçlar ise sınıf öğretmenlerimizin kronik hasta çocuklar hakkında oldukça yetersiz bilgi düzeyine sahip oldukları ve ülkemizde en sık görülen kronik hastalıklardan ilk sırayı astım ve epilepsinin aldığıdır.

Uygulamada kullanıcılar açısından;

İlkokul çağında kimliğin büyük bir bölümünün temellerinin atıldığı ve öğretmenin bir özdeşim modeli olduğu ve ilkokul çocuklarının sosyal çevrelerinin büyük bir kısmının aile, okul arkadaşları ve öğretmenleri olduğu ve günlük zamanlarının büyük bir kısmını onlarla geçirdikleri düşünülecek olursa sınıf öğretmenlerinin ve okulun önemi çok daha açıklıkla ortaya çıkmaktadır. Normal bir çocuk için bile uyum sorunlarının çıktığı ilk yıllarda kronik hastalığa sahip bir çocuk için gerçekten güç zamanların yaşanması söz konusu olabilmektedir. Kronik hasta öğrencilerin olumlu bir benlik geliştirebilmeleri, sosyal yaşama en üst düzeyde katılabilmeleri ve gelecekteki akademik yaşamları açısından önemli bir rol oynamaktadır. Buradan hareketle uygulamada kullanıcılar açısından şu önerilerde bulunulmasının faydalı olacağı düşünülmüştür.

1. Sınıf öğretmenlerinin yetiştirildiği kurumlarda kronik hastalıkların doğası ve kronik hasta öğrencilerin sınıf ortamında gereksinimleri ve gerekirse acil bir durumda nasıl müdahale edilmesi gerektiği konusunda bilgilendirilme gerekmektedir.

2. Sınıf öğretmenleri kronik hasta çocuklar hakkında hizmet içi programları çalışma grupları, film ve slaytlar yolu ile bilgilendirilmelidirler.

3. Özellikle rehber öğretmenlerin bulunmadığı ilkokul kademelerinde sınıf öğretmenleri bu çocukların gelişimlerinde çok önemli bir rol üstlenmektedirler. Ebeveyn, okul yöneticileri ve çocuk arasındaki koordinasyonu sağlama konusunda bu üç yapının işbirliği içerisinde çalışması, ebeveyn ve okul yöneticilerinin de aydınlatılması gerekmektedir.

4. Hazırlanan okul programlarında kronik hasta öğrencilerin de göz önünde bulundurulması, sosyal ve bedensel aktiviteler açısından bu çocuklara uygun maksimum derecede katılımlarını sağlayacak etkinlikler programlara dahil edilmelidir.

5. Bu çocuklarla ilgili olarak okullarda meydana gelebilecek herhangi acil bir sağlık durumu için kan gruplarının, ambulans ve doktorun telefon numaralarının daha önceden tesbit edilmesi gerekmektedir.

Gelecekteki araştırmalar açısından;

1. Mevcut çalışma sınıf öğretmenlerini kapsadığından diğer kademelerdeki branş öğretmenlerinin durumları ile ilgili bilgi mevcut değildir. Sınıf öğretmenleri dışında kalan branş öğretmenlerinin kronik hasta öğrencilere ilişkin tutumlarının belirlenmesi yararlı olacaktır.

2. Bu çalışmada altı kronik hastalık araştırma kapsamına alınmış ve bir bütün olarak öğretmenlerin bu yedi kronik hastalığa ilişkin tutumları belirlenmeye çalışılmıştır. Kronik hastalıkların tek tek ele alınıp öğretmenlerin bu hastalıklara ilişkin tutumlarının belirlenmesi yararlı olabilir.

3. Yüksek kıdeme sahip öğretmenlerin kronik hasta öğrencilere ilişkin tutumlarının daha olumlu olduğu gözlenmiştir. Düşük kıdemli öğretmenlerle aralarındaki bu tutum farkının nereden kaynaklandığının incelenmesi, gelecekte öğretmen adaylarının yetiştirilmesine katkıda bulunması açısından yararlı olabilir.

4. Kronik hasta öğrencilerin eğitim ortamından maksimum derecede faydalanabilmeleri için okul rehberlik örgütünde çalışan psikolojik danışmanların kronik hasta öğrencilere ilişkin tutumlarının belirlenmesine yönelik çalışmaların yapılması yararlı olacaktır.

5. Öğretmen tutumlarının kronik hasta çocuğun akademik başarılarındaki rolü araştırılmalı, bulgular doğrultusunda öğretmen tutumlarının olumlu yönde değiştirilebilmesine yönelik hizmet içi programlar ve kursların düzenlenmesi yararlı olacaktır.

## KAYNAKÇA

- Akbaş,T .(1997)." Kronik hasta çocuklar ve okul sorunları" 3.Ulusal Psikolojik Danışma ve Rehberlik Kongresi Bildirileri Adana: 36-48
- Akbaş,T.(1995).Lise Öğrencilerinin Okul Kaygılarını Etkileyen Bazı Etmenler ve Sonuçları. Adana, Ç.Ü.Eğitim Fak. Yayınları, No:10
- Akçamete,G;Kargın,T.(1994)."Hizmet içi eğitim programının öğretmenlerin işitme engelli çocuklara yönelik tutumlarına etkisi". Özel Eğitim Dergisi, 1:4,13-19
- Baird, S. M; Ashroft, S.C .(1985). " Need-based educational policy for chronically ill children " Introduction Hobbs, N ; Perrin (Eds.) Issues In The Care Of Children With Chronic Illness . San Francisco: Jossey-Bass
- Cruickshank, W.M; Jhonson, G.O. (1975). Education of Exceptional Children and Youth. 358-362, New Jersey, Prentice-Hall.
- Çavuşoğlu,H. (1992). Kronik ve Ölümcül Hastalık Kavramları İle Hematolojik ve Onkolojik Sorunu Olan Çocuklar ve Hemşirelik Bakımı .Ankara: Hürbilek Basın-Yayın
- Eisenberg,M.G; Sutkin L.C;Jansen, M.A (1984).(Ed.) Chronic Illness and Disability Through The Life Span 1-19, NewYork:Springen
- Eiser, C; Town,C. (1987)."Teachers' concerns about chronically sick children" Devolopmental Medicine and Child Neurology" 29, 56-63

Eiser,C.(1990).Chronic childhood disease: An introduction to psychological theory and research. Cambridge: Cambridge University Press

Eiser,C; Eiser,R.J; Lang,J; Mattock,A.(1993)."What children's stories tell us about their understanding of illness ". Early Child Development and Care, 57,1-7

Fireman, P; Friday,G.A ; Gira, C; Vierhaler,W.A ; Michaels, L.(1981)." Teaching self- management skills to asthmatic children and their parents in an ambulatory care settings" Pediatrics 68 (3), 341-348

Fowler, M.G; Johnson,M.P; Atkinson,S.S.(1985)."School achievement and absence in children with chronic health conditions". Journal of Pediatrics 106, 683-687

Freedman L.J; Sears, O.D; Carlsmith, J.M. (1987) .Social Psychology. 267-284  
San Francisco Prentice-Hall, Inc

Freudenberg, N; Feldman,C.H; Clark, N.M; Millman, E.J.(1980)."The impact of bronchial asthma on school attendance and performance".Journal of School Health, 50, 522-526

Gustafsson P.A ; Jellman,M ; Ludvigsson, J ; Cederblad,M (1987) "Astma and family interaction", Archives of Diseases In Childhood 62,258-263

Hamlett, K.W; Pellegrini, D.; Katz, K.S (1992) " Childhood chronic illness as a family stressor " Journal Of Pediatric Psychology 17(1), 33-47



Hatun, Ş; Teziç, T. (1996) Diabetli Çocuğu Büyütmek Aileler İçin Kılavuz Ulusal Diabet Proğramı Çocuk ve Adolesan Çağ Diabeti Grubu 49-52 İstanbul: Özden Matbaası.

Hermann P.B., Seidenberg M., (1989).(Ed.) Childhood Epilepsies : Neuropsychological, Psychosocial, and İntervention Aspects. Great Britain: Anchor Press Ltd.

Heward, L. W; Orlansky, D. M (1988) Exceptional Children. 320-327, Ohio: Bell and Howell Company:

Hobbs, N; Perrin, J. M; Ireys, H.J.(1985).Chronically ill children and their families.San Francisco:Jossey-Bass.

İnanç, B.(1996) "Epileptik gençlerle epileptik olmayan gençlerin bazı psikososyal özellikler yönünden karşılaştırılması". Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi; 2: (7),8-17

İnanç,B.(1995). Kronik Hasta Çocuğu Olan ve Olmayan Anababaların Bazı Psiko-sosyal ve Demografik Özellikler Açısından Karşılaştırılması. Adana : Ç.Ü. Eğitim Fak. Yayınları. No:10.

Johnson, P. M; Lubker, B.B; Fowler,G.M.(1988)."Teacher needs assesment for the educational management of children with chronic illness". Journal of School Health, 58, 232-235

Kağıtçıbaşı, Ç.(1988).İnsan ve İnsanlar. 83-84, İstanbul : Evrim Basın Yayın

Levy, M; Hilton, S. (1993) Asthma in Practice 10-14 London: Royal College of General Practitioners

Lynch, E.W; Lewis, B.R; Murphy, S.D. (1992). "Educational services for children with chronic illnesses: Perspectives of educators and families." Exceptional Children. 59,3,210-220

Mrazek, D.A (1986). "Childhood asthma: two central questions for child psychiatry". Journal of Child Psychology and Psychiatry 27,1-6

Newacheck, P.W; Budetti, P.P; McManus, P. (1984) . "Trends in childhood disability." American Journal of Public Health, 74,232-236

Neyzi, O; Ertuğrul, T .(1993). Pediatric. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevi

Özkan, S (1993) Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon-Liyazon Psikiyatrisi. 96-100 İstanbul,

Özyürek, M.(1988).Engelli Kişilere Yönelik Değiştirilen Tutumların Sürekliliği. Eskişehir, Anadolu Üniversitesi yayınları, No:296

Pless, I.B., Pinkerton, P. (1975). "Cronic Childhood Disorder" Chicago: Year Book Medical Publishers

Renda, Y. Yalaz ; K. Özdirim, E. Aysun, S. (1983). Epilepsi. Pediatric Nöroloji. Ankara: Türkiye Sağlık ve Tedavi Vakfı ;Yayın No: 3

Rosenbaum, P.L; Armstrong,R.W; King, S.M.(1986).Children's attitudes toward disabled peers: a self report measure Journal of Pediatric Psychology , 11,517-30

Steinberg, L.(1993). The Adolescent Identity Crisis. Adolescence.3.Baski International Editions San Francisco: McGraw-Hill.

Walker , D.K.; Jacobs, F ( 1985 ) " Public school programs for chronically ill children". Introduction, N.Hobbs, J.Perrin (Ed.) Issues In The Care Of Children With Chronic Illness, San Francisco, Jossey Bass

Whitt,J.K.(1984).Children's adaptation to chronic illness and handicapping conditions. Eisenberg,M.G; Sutkin L.C; Jansen, M.A.(Ed.) Chronic Illness and Disability Through The Life Span 69-102, NewYork:Springer

Wiggins, A.J; Wiggins, B.B ; Vander Zanden, J.( 1994 ). Social Psychology 240-245, International Edition San Francisco; McGraw-Hill

**Sayın Meslektaşlarım,**

**Günümüzde kronik hastalığı olan çocuk ve yetişkinlerin nüfusu giderek artmakta,kronik hastalıklar dünyada ve bütün sanayileşmiş ve sanayileşmekte olan ülkelerde görülen en önemli sağlık sorununu oluşturmaktadır.**

**Kronik hastalık; Bir çocuğun günlük olağan aktivitelerini en az 3 ay süre ile engelleyen, yılda en az bir ay süreyle ya da tanı anında hastaneye yatmaya neden olan ( Örn; Astım,Kronik böbrek yetmezliği,Şeker, Sara (Epilepsi), Kalp ve damar hastalıkları,Romatizmal hastalıklar,v.b) ciddi sağlık sorunudur.**

**Buradan hareketle bizim toplumumuzdaki kronik hastalığa sahip öğrenciler hakkındaki görüşlerinizi almak üzere bu ölçek düzenlenmiştir.Bu ölçeği yanıtlamak için daha önce sınıfınızda kronik hasta bir öğrenciyi okutmuş olmanız şart değildir. Tereddüt ettiğiniz maddelerde sınıfınızda sanki kronik hasta bir öğrenci varmış gibi düşünerek yanıtlayınız.Bu ölçekte yanıtların doğruluğu ya da yanlışlığı söz konusu değildir.Her bir ifadeyi okuduktan sonra size uygunluk derecesine göre karşısındaki karelerin içerisine çarpı işareti koyunuz.Sizce uygun olan seçeneği samimi bir şekilde belirtmeniz araştırma sonuçları açısından önemlidir.**

**İlgileriniz ve duyarlılığınız için şimdiden teşekkürler.**

**Eğitim Fakültesi  
Öğretim Görevlisi  
A. Rezan Çeçen**

## Ek-1

### Kronik Hasta Öğrencilere İlişkin Öğretmen Tutum Ölçeği Maddeleri (KHÇÖTÖ)

1. Sınıfta kronik hastalığa sahip bir öğrencinin bulunmasından rahatsızlık duymam.
2. Kronik hasta öğrencilerin kendilerine güvenleri azolduğundan onlarla çalışmak benim için zor.
3. Kronik hastalığa sahip öğrencilerin mutsuz olduklarını düşünürüm.
4. Kronik hasta öğrencilerle iletişim kurmanın güç olacağını düşünürüm.
5. Kronik hastalığa sahip öğrencilerin başarısız olduklarını düşünürüm.
6. Kronik hasta öğrencilerin hareket alanları sınırlı olduğundan hareket gerektiren etkinlikleri olumsuz etkilerler.
7. Kronik hasta bir öğrenciyle iletişime geçmek onun rahatsızlığından dolayı beni korkutur.
8. Kronik hasta öğrencilerin hastalıkları nedeniyle sınıf ortamında yalnız kalacaklarını düşünürüm
9. Kronik hasta öğrenciye kötü davranan diğer öğrencileri engellemekte güçlük çekerim.
10. Kronik hastalığa sahip öğrenciler diğer öğrenciler kadar derse ilgi gösterirler.
11. Kronik hastalığa sahip öğrenciler sınıf içi aktivitelere katılmayı reddederler.
12. Kronik hasta öğrenciler aileleri tarafından kolaylıkla kabul edilmediklerinden bir çok sorunu sınıfa taşırlar.
13. Kronik hasta öğrencilerin sınıf içi aktivitelere katılabilmelerini sağlamak için desteklerim.
14. Kronik hastalığa sahip öğrenciler sınıf için yüküdür.
15. Kronik hasta bir öğrencinin bulunduğu kalabalık bir sınıfa ders vermektense, daha kalabalık bir sınıfa ders vermeyi tercih ederim.

16. Kronik hastalığa sahip bir öğrenciyle iletişim kurmakta zorlanmam.
17. Kronik hasta öğrenciler diğer öğrencilerle birlikte oyun oynamaktan zevk aldıklarından dolayı, olumlu bir sınıf atmosferinin oluşmasında katkıda bulunurlar.
18. Kronik hasta öğrenciler için yoğun bir acıma duygusu hissederim, bu yüzden onlarla çalışırken kendimi rahat hissetmem.
19. Kronik hasta öğrenciler eğitim-öğretim etkinliklerinden tam yararlanamadıkları için başarı düzeylerinin düşük olduğunu düşünürüm.
20. Kronik hastalığa sahip öğrenciler iyi arkadaşlık ilişkileri içine iremediklerinden sınıf ortamını olumsuz yönde etkilediklerini düşünürüm.
21. Kronik hasta öğrencilerin duygusal sorunları yoğun yaşadıklarını düşünürüm.
22. Kronik hasta öğrencilerin zaman zaman hastaneye yatmaları nedeniyle sınıfımın seviyesini olumsuz etkilediklerini düşünürüm.
23. Kronik hasta öğrenciler sınıfta kriz geçirdiklerinde öğretmenlerin bunlara eğitim ve öğretimi aksatacak kadar vakit ayırmamaları gerektiğini düşünürüm.
24. Kronik hasta öğrenciler kendilerine verilen sorumlulukları yerine getiremediklerinden bazen katlanılmaz olduklarını düşünürüm.
25. Kronik hasta öğrencilerle çalışmak fazladan bir sorumluluk gerektirdiğinden mümkün olduğu kadar onlarla aynı ortamı paylaşmamayı tercih ederim.
26. Kronik hastalıkların doğasına ilişkin bilgileri, öğrencime yardımcı olabilir düşüncesiyle öğrenmeye çalışırım.
27. Kronik hasta öğrencilerin ilgiye çok ihtiyaç duymaları öğretmenin enerjisini tüketir.
28. Kronik hasta öğrenciler tedavi olmak için zaman zaman okuldan ayrılmak zorunda olduklarından eğitsel kollara seçilmelerini uygun bulmam.
29. Kronik hasta öğrencilerin yaşayabilecekleri herhangi bir kriz durumunda panik yaşarım.

30. Sınıf gezilerindeki tempoyu olumsuz yönde etkileyebilir düşüncesiyle kronik hasta öğrencilerin geziye katılmalarını istemem.
31. Kronik hasta öğrencilerin velileriyle iletişime girerken bu öğrencilerin durumlarıyla ilgili konuşmakta güçlük çekerim.
32. Kronik hasta öğrenciler sahip oldukları hastalık nedeniyle ebeveynlerine bağımlıdırlar.
33. Kronik hasta öğrencilerin sınıfımda okumalarını isterim.
34. Kronik hasta öğrencilerin yaşayabilecekleri herhangi bir kriz durumunda bundan olumsuz etkilenebileceğini düşündüğümünden sınıfımda böyle bir öğrencinin bulunmasını istemem.
35. Kronik hasta öğrencilerin okul devamsızlıkları fazla olduğundan sınıf içi küme çalışmalarında anlaşılması kolay konuları bu öğrencilere veririm.
36. Kronik hasta öğrenciler arkadaşlık ilişkilerinde başarılı değildirler, bunun nedeni kendi kişilik özellikleri değil hastalıklarıdır.

## Ek-2

### Kronik Hastalıklar Hakkında Bilgi Formu

Aşağıda kronik hastalıklara ilişkin 25 soruluk bir liste oluşturulmuştur. Okuduğunuz her ifade için; eğer bu ifadenin sizce doğru olduğunu düşünüyorsanız "Doğru" sütunun altındaki parantezlerin içerisine , eğer yanlış olduğunu düşünüyorsanız "Yanlış" sütunun altındaki parantezlerin içerisine (X) şeklinde işaretleme yapınız. Eğer bilmediğiniz ifadeler var ise bu ifadelere ilişkin kutuları boş bırakınız. Araştırma sonuçlarının güvenilirliği açısından halihazırda bildiklerinizi işaretlemeniz uygun olacaktır.

#### Doğru Yanlış

##### 1) Epilepsi ( Sara) nöbeti sırasında;

- |                          |                          |  |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Kontrol edilemeyen kasılmalar ortaya çıkar.                  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Bilinç kaybolabilir  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ağızdan köpükler gelir.                                      |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nefes darlığı, hava açlığı ortaya çıkabilir.                 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nöbet sırasında her zaman alışılmadık tarzda sesler çıkarır. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nabzında yavaşlama olur.                                     |

##### 2) Epilepsi nöbeti geçiren bir öğrenciye yapılması gereken müdahalede;

- |                          |                          |  |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Düz yumuşak bir zemine yatırılır.                          |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Kasılan bölgeye ya da bölgelere masaj yapılır.             |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Rahatlaması için su verilir.                               |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ağız bölgesine dişlerinin arasına gazlı bez yerleştirilir. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Kolonya koklatılarak ayılmasına yardımcı olunur.           |

##### 3) Epilepsi nedeniyle ilaç kullanan bir bireyde ilacın yan etkilerine bağlı olarak;

- |                          |                          |                                   |
|--------------------------|--------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Uyuklama görülebilir.             |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dikkat eksikliği görülebilir.     |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Çok sık idrara çıkma görülebilir. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | İshal görülebilir.                |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Kusma, bulantı görülebilir.       |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ağız kuruluğu görülebilir.        |



**Doğru Yanlış**

**4) Epilepsi hastalığının tedavisinde kullanılan ilaçlar;**

- Nörodol,  
  Duocıd,  
  Tegretol,  
  Diazem,  
  Apranax'tır.

**5) Epilepsi hastalığı ;**

- İlaçlarla kontrol altına alınabilir.  
  Bulaşıcı bir hastalıktır  
  Kalıtsal temelleri vardır.  
  Epilepsi hastalığına sahip bireylerin hepsinde zeka geriliği görülür.  
  Epilepsi nöbetlerinin süreleri epilepsinin tipine bağlı olarak değişir.

**6 ) Astım nöbetine yol açabilecek uyaranlar;**

- Sigara dumanı  
  Polenler  
  Sıcak içecekler  
  Fazla güç gerektirecek hareketler  
  Tebeşir tozu  
  Stres durumları  
  Sınıftaki tozlu ortam  
  Evde beslenen tüylü hayvanlar

**7) Astım nöbeti geçiren bir öğrenciye yapılması gereken ilk müdahalede;**

- Hastanın bu gibi durumlarda kullandığı ilaç uygulanır.( biliniyorsa)  
  En yakın acil servise götürülür.  
  Tozsuz bir ortama alınır.  
  Kolonya,soğan koklatılır  
  Suni solunum yapılır.  
  Sakin bir ortama alınır.

**Doğru Yanlış**

**8) Astım hastalığı;**

- İlaçla kontrol altına alınabilir
- Bulaşıcı bir hastalıktır.
- Kalıtsal ve çevresel etkenlerin etkileşiminin bir sonucu olarak ortaya çıkabilir.
- Zihinsel gelişimlerinde geriliğe yol açar.
- Astımlı bir öğrencinin beden eğitimi derslerinde tüm spor aktivitelerine katılmalarını engeller.
- Üst solunum yolu enfeksiyonlarına karşı hassasiyet oluşturur.

**9) Astım nöbetinde;**

- Nefes darlığı olur.
- Öksürük meydana gelir.
- Hırıltılı soluk alıp verme ortaya çıkar.
- Bilinç kaybolur.
- İshal ortaya çıkar.
- Deride kızamıklıklar meydana gelir.

**10) Astım hastalığının tedavisine özgü kullanılan ilaçlar;**

- Pulmicort,
- Brodil,
- Calpol,
- Ventolin,
- Vermidon'dur.

**11) Astım nedeniyle ilaç kullanan bir bireyde ilacın yan etkilerine bağlı olarak;**

- Kusma, bulantı görülür.
- Görmede bulanıklık olur.
- Uyuklama görülür.
- Kalp çarpıntısı görülür.
- Dikkat eksikliği görülebilir.
- Ellerde titremeler görülebilir.

**Doğru Yanlış**

**12) şeker hastalığında meydana gelen belirtiler;**

- ( ) ( ) El ve göz koordinasyonunda sorunlar ortaya çıkabilir.  
( ) ( ) ok su içme ortaya çıkabilir.  
( ) ( ) Kilo alma görülebilir.  
( ) ( ) Halsizlik, bitkinlik görülebilir.  
( ) ( ) Nefes darlığı görülebilir.  
( ) ( ) ok ve sık idrara çıkma görülebilir.  
( ) ( ) Gz, böbrek ve sinirleri etkileyebilir.

**13) Ani şeker düşüklüğü yaşayan bir bireyde;**

- ( ) ( ) Bayılma görülebilir.  
( ) ( ) Nefeste aseton kokusu görülebilir.  
( ) ( ) İdrara ıkma isteği görülebilir.  
( ) ( ) Terleme görülebilir.  
( ) ( ) Başdnmesi görülebilir.  
( ) ( ) Vücutta titremeler görülebilir.

**14) Ani şeker düşüklüğünün meydana geldiğini düşündüğünüz öğrencinize;**

- ( ) ( ) şekerli gıdalar verilir. (Bir bardak meyvesuyu, 1-2 kesme şeker )  
( ) ( ) İnsülin iğnesi yapılır.  
( ) ( ) Su içirilerek rahatlatılır.  
( ) ( ) Kolonya koklatılarak rahatlaması sağlanır.  
( ) ( ) Acil servise götürülür.

**15) şeker hastalığına sahip bir birey;**

- ( ) ( )  ana öğün ve t ara öğün olmak üzere özel düzenlenmiş, kalorisi ayarlanmış beslenme rejimi uygular.  
( ) ( ) mr boyu devam eden bir hastalığa sahiptir.  
( ) ( ) Beden eğitimi derslerinde tüm spor aktivetelerine katılmaları sakıncalıdır.  
( ) ( ) st solunum yolları enfeksiyonlarına duyarlıdır.  
( ) ( ) Günde t kez beslenmeleri yeterlidir.  
( ) ( ) Bu hastalığa kalıtsal ve çevresel etkenlerin etkileşimi sonucu yakalanmıştır.

**Doğru Yanlış**

**16) Doğuştan kalp hastalığına sahip bireylerde;**

- Bu hastaların fiziksel aktiviteler yapmaları sonucu morardıkları görülebilir.
- Göz kapaklarında şişlik görülebilir.
- Kilo alma görülebilir.
- Nefes alıp vermelerinde güçlük görülebilir.
- Halsizlik görülebilir.
- Büyüme - gelişme geriliği görülebilir.
- Zihinsel aktivitelerde gerileme ortaya çıkabilir.
- Dikkat eksikliği görülebilir.
- Takım oyunlarında çömelme eğilimleri vardır.
- Parmaklarda çomaklaşma görülebilir.
- Üst solunum yolları enfeksiyonlarına karşı hassastırlar.

**17) Kalp hastalıklarında kullanılan ilaçların yan etkilerine bağlı olarak;**

- Görmede bulanıklık görülebilir.
- Bulantı, kusma meydana gelebilir.
- Dikkat dağınlıklığı ortaya çıkabilir.
- El ve ayaklarda titremeler görülebilir.
- Nabız sayısında artışa neden olabilir.
- İshal görülebilir.

**18) Akut eklem romatizması hastalığına özgü olarak;**

- Eklemlerde şişlik görülebilir.
- Eklemlerin üzerine basamama görülebilir.
- Ateş görülebilir.
- Halsizlik görülebilir.
- Baş ağrısı görülebilir.
- Üst solunum yolları enfeksiyonlarına karşı aşırı duyarlılık görülebilir.
- Deride dantel görünümünde kırmızı beyaz renkli döküntüler olabilir.
- İdrarda yanma ve çok sık idrara çıkma görülebilir.
- Zaman zaman çok ağrılı dönemleri olabilir.

**Doğru Yanlış**

**19) Kronik böbrek yetmezliğine sahip bireylerin;**

- Yüzleri soluktur.  
  Genellikle sol bileklerinde eğer dialize giriyrlarsa fistülleri.(Dializ aletine girebilmeleri için düzenlenmiş damar yolu) mevcuttur.  
  Göz kapaklarında, karında şişlik görülebilir.  
  Tansiyon yksekligi görülür.  
  Anemileri vardır.

**20) Kronik böbrek yetmezliğinin akut safhasında bu hastalığa özgü olarak;**

- Tansiyon düşüklüğü olabilir.  
  Nefes alıp vermede güçlük meydana gelir.  
  Kalsiyum eksikliğine bağlı kas spazmları oluşur.  
  Dikkat azalması ortaya çıkabilir.  
  Görmede bulanıklık ortaya çıkar.  
  Zihinsel aktivitelere gerileme görülür.

**21) Kronik böbrek hastalarının tedavileri için;**

- Daha az potasyum ve fosfat içeren yiyecekler önerilebilir.  
  Kalsiyumdan zengin yiyecekler almalıdırlar.  
  Hiç bir spor aktivitesine katılmaları uygun değildir.  
  Tansiyon düşürücü ilaçlar kullanmaları gerekebilir.

**22) Hemofiliye (Kan hastalığı) sahip bir bireyde hastalığa özgü olarak;**

- Durmayan burun kanamaları görülebilir.  
  Gözlerin kanlanması görülebilir.  
  El ve ayak bileklerinde şişlik meydana gelebilir.  
  Durmayan diş eti kanamaları görülebilir.  
  Gelişme geriliği görülür.  
  Vücutta kasılmalar ortaya çıkabilir.

**Doğru Yanlış**

**23) Hemofili hastalığı ;**

- ( ) ( ) Hemofili A x'e bağlı resesif geçen kalıtsal bir hastalıktır.  
( ) ( ) Hemofili genellikle kızlarda görülür.  
( ) ( ) Hastalığın tedavi edilerek tamamen ortadan kaldırılması mümkün değildir.  
( ) ( ) Hemofiliye sahip bir bireyin tedavisinde hastaya plazma verilir.  
( ) ( ) Bu hastalıkta ani ve kendiliğinden beyin kanamaları görülebilir.  
( ) ( ) Hemofili hastalarının zeka düzeylerinde de bir gerilik vardır.  
( ) ( ) Bu hastalığa sahip öğrencilerin tüm hareketsel aktivitelere ve beden eğitimi derslerine katılmaları sakıncalıdır.

**24) Hemofili hastası bir öğrencinin burnu kanadığında;**

- ( ) ( ) Baş geriye doğru atılır.  
( ) ( ) Buruna bir tampon konur  
( ) ( ) Burun kanatları iki parmakla sıkıştırılır.  
( ) ( ) Burun bölgesine soğuk uygulama yapılır.  
( ) ( ) Hasta düz yumuşak bir zeminde yatırılır.

**25) Romatizmalı bir bireyde romatizmaya bağlı olarak ;**

- ( ) ( ) Eklemlerde şişlikler görülebilir.  
( ) ( ) Hareket sınırlılıkları görülebilir.  
( ) ( ) Şiddetli ağrılar ortaya çıkabilir.  
( ) ( ) Kol ve bacaklarda şekil bozukluğu meydana gelebilir.  
( ) ( ) Zihinsel aktivitelere gerileme görülebilir.

T. C.  
ADANA VALİLİĞİ  
Milli Eğitim Müdürlüğü

SAYI B.08.4.MEM.01.00.05.050.  
KONU Téz çalışması

ADANA

/ / 199

17.01.97 \* J02189

VALİLİK MAKAMINA  
ADANA

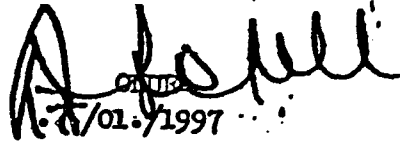
Çukurova Üniversitesi Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Bölümü Öğretim Görevlisi Rezan Çeçen'in "Sınıf Öğretmenlerinin Kronik Hasta Öğrencilerine ilişkin Bazı Değişkenler Açısından İncelemesi" konulu yüksek lisans tez çalışması için ilkokullarda uygulama yapması hakkındaki Çukurova Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dekanlığından alınan 10.1.1997 tarih ve 36/00.01./73-05-39/97 sayılı yazısı ekte sunulmuştur.

Çukurova Üniversitesi Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Bölümü Öğretim Görevlisi Rezan Çeçen'in aşağıda isim listesi bulunan ilkokullarda lisans çalışması için uygulama yapması Müdürlüğümüzce uygun mütalâa edilmektedir.

Makamlarınızca da uygun görüldüğü takdirde olurlarınıza arz ederim.

  
Veli ŞAHİN

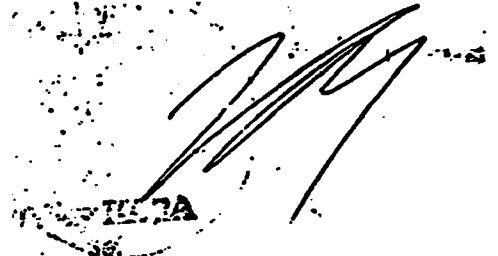
İl Millî Eğitim Müdürü v.

  
Ardahan TOTUK

Vali -a.  
Vali Yardımcısı

OKUL İSMİ

- Seyhan Celalettin Sayhan ilkokulu
- 2-"Atatürk ilkokulu
- "Hayriye Kemal Kusun ilkokulu
- "İsmet İnönü ilkokulu
- "Emine Sarpmaz ilkokulu



T. C.  
ADANA VALİLİĞİ  
İlmi Eğitim Müdürlüğü

SAYI : B.08.4.İMİ.4.01.00.05.050.  
KONU : Tez çalışması

ADANA

/ / 199

20.02.97\* 0618:

VALİLİK MAKAMINA  
ADANA

Çukurova Üniversitesi Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Bölümü Öğretim Görevlisi Rozan Çeçen'in "Sınıf Öğretmenlerinin Kronik Hasta Öğrencilerine İlişkin Fasi Değişkenler Açısından İncelenmesi" konulu yüksek lisans tez çalışması için, teklifleri üzerine İlimiz Soyhan ilçesinin 5 (beş) ilkokulunda inceleme yapmasına Valilik Makamının 17.1.1997 tarih ve 2189 sayılı olurları ile izin verilmiştir.

Ancak, uygulanması için belirlenen 5 (beş) ilkokulda, uygulama yapmak için öğretmen sayılarının örneklem oluşturmaya yeterli olmaması nedeniyle, aşağıda belirtilen okullarda da tez çalışması yapılabilmesi hakkında Çukurova Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dekanlığının 13.2.1997 tarih ve 36/00.01/73-05/172/97 sayılı ok yazıları ilişikte sunulmuştur.

Çukurova Üniversitesi Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Bölümü Öğretim Görevlisi Rozan Çeçen'in aşağıda belirtilen okullarda tez çalışması yapması Kültür-İzmir İlçe uygun mütalâa edilmiştir.

İstisnalarınınca da uygun görüldüğü takdirde olurlarınıza arz ederim.

Abdullahhan İLİM

İl Millî Eğitim Müdürü

OLUR.  
24/10/97  
Abdullahhan İLİM  
Vali a.

Vali Yardımcısı

OKUL İSİMİ

- Ü. Refika Halıcılar İlköğrt. ok.
- Soyhan Cobesoy İlköğretim okulu
- E. Nafi Konamencioğlu İlköğretim okulu
- İSİ Baraj İlköğretim okulu
- İncilap İlköğretim okulu
- Kasım Sacide Türker İlköğretim okulu
- Kahret Akif İlköğretim okulu
- Kıymetli Soyhan İlköğretim okulu
- 24 Kasım İlköğretim okulu
- Tatbikat İlköğretim okulu
- İsmail Kemal İlköğretim okulu
- Yürekli Yavuzlar İlköğretim okulu
- Yürekli Gazeteci Adem Yavuz İlköğrt. ok.
- Vehbi Hocip Savacan İlköğrt. ok.
- Cumhuriyet İlköğrt. ok.

ASLINDA AYRILDI

Tulay KARA



## ÖZGEÇMİŞ

**Adı Soyadı**

:A.Rezan Çeçen

**Ünvanı**

:Öğretim Görevlisi.

**Doğum Yeri**

:Adana-04. 12.1969

**Görevi**

:Çukurova Üniversitesi  
Eğitim Fakültesi

Psikolojik Danışma ve Rehberlik

Tlf: (322) 338 67 33

Fax: (322) 338 64 40

Ev: (322) 457 35 05

## EĞİTİMİ

**1983**

:Çukurova Üniversitesi Sağlık Koleji  
Balcalı-Adana

**1990**

:Çukurova Üniversitesi Eğitim Fakültesi  
Psikolojik Danışma ve Rehberlik A.B.D  
Lisans Derecesi

**1997**

:Çukurova Üniversitesi Eğitim Fakültesi  
Psikolojik Danışma ve Rehberlik A.B.D  
Yüksek Lisans Derecesi