

**TÜRKİYE CUMHURİYETİ**  
**KAFKAS ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**İLKÖĞRETİM ÖĞRETMENLERİNİN DİKKAT EKSİKLİĞİ VE  
HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU HAKKINDAKİ DAMGALAMA  
(STİGMA) ALGILARI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER**

*(YÜKSEK LİSANS TEZİ)*

Nilüfer KIRANŞAL

**Danışman**

**Dr. Öğr. Üyesi Fadime KAYA**

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

*KARS – 2019*

T.C.  
KAFKAS ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı çerçevesinde Nilüfer KIRANŞAL tarafından hazırlanmış olan “İlköğretim Öğretmenlerinin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Hakkındaki Damgalama (Stigma) Algıları ve İlişkili Faktörler” adlı bu çalışma, yapılan tez savunması sonucunda jüri üyeleri tarafından Lisansüstü Eğitim ve Öğretim Yönetmeliği uyarınca değerlendirilerek oy *birliği*.....ile...*kabul*..... edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 06/05/2019

Adı Soyadı:

Başkan: Prof. Dr. Yeliz AKKUŞ

Üye: Dr. Öğr. Üyesi Fadime KAYA

Üye: Dr. Öğr. Üyesi Yalçın KANBAY

İmza:

*[Handwritten signatures]*

Bu tezin kabulü, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun .../.../... gün ve ..... sayılı kararıyla onaylanmıştır.

Enstitü Müdürü

## ÖNSÖZ

Yüksek lisans eğitimim ve tez çalışmam boyunca güler yüzlü, motivasyonlu ve özenli çalışma prensibiyle destek ve ilgisini esirgemeyen danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Fadime KAYA'ya, üyesi olmaktan mutluluk duyduğum okulumuz Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı öğretim elemanlarına, tez çalışmamda kapsam geçerliliği için görüşlerini bildiren değerli öğretim üyelerine, bu çalışmanın şekillenmesine görüşleriyle katkı sağlayan Kars il merkezinde görev yapan tüm ilköğretim ve ortaokul öğretmenlerimize, meslek hayatımda dostluklarını esirgemeyen ve her zaman yanımda olan arkadaşlarıma, güven, ilgi, sevgi ve yardımını hep hissettiğim eşim Şahin KIRANŞAL'a, yoğun çalışma saatleri boyunca beni sabırla destekledikleri için canım kızlarım Ecnaz ve Ceren'e, evlatları olmaktan gurur duyduğum annem ve babama çok teşekkür ederim.

## İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ.....	II
İÇİNDEKİLER.....	III
SEMBOLLER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	VI
GRAFİKLER DİZİNİ .....	VII
TABLolar DİZİNİ .....	VIII
ÖZET.....	IX
SUMMARY .....	X
<b>1.GİRİŞ ve AMAÇ .....</b>	<b>1</b>
<b>2.GENELBİLGİLER.....</b>	<b>5</b>
2.1. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu .....	5
2.2. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunda Sıklık ve Yaygınlık .....	5
2.3. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunda Sınıflandırma .....	7
2.4. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunda Etiyoloji .....	9
2.5. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunda Prognoz .....	13
2.6. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunda Tedavi .....	15
2.7. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunda Damgalama .....	16
2.8. Okul Ruh Sağlığında Hemşirenin Rol ve Sorumlulukları.....	23
2.9. Okul Ruh Sağlığında Profesyoneller Arası İşbirliği.....	26
2.10. Öğrencinin Ruh Sağlığını Koruma ve Yükseltmede Hemşirelik Süreci .....	27
<b>3.MATERYAL VE METOT .....</b>	<b>29</b>
3.1.Araştırmanın Tipi .....	29
3.2. Araştırmanın Değişkenleri .....	29
3.3. Araştırma Soruları .....	29
3.4.Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman .....	30
3.5. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi .....	30
3.5.1.Araştırmaya Alınma Ölçütleri .....	30

3.6. Verilerin Toplanması.....	31
3.7. Veri Toplama Araçları.....	31
3.8. Veri Toplama Aracının Geçerlilik ve Güvenirlik Çalışması.....	32
3.8.1. Geçerlik Çalışmaları.....	33
3.8.1.1. Dil Geçerliliği.....	33
3.8.1.2. Kapsam (İçerik) Geçerliliği.....	33
3.8.1.3. Yapı Geçerliliği.....	34
3.8.2. Güvenirlik Çalışmaları.....	35
3.9. Etik Konular ve Verilerin Toplanması.....	35
3.10. Verilerin Değerlendirilmesi.....	35
3.11. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	36
<b>4. BULGULAR.....</b>	<b>37</b>
4.1. Öğretmenlerin Sosyo-Demografik ve Mesleki Özellikleri İle İlgili Bulgular..	38
4.2. Öğretmenlerin DEHB Konusundaki Bilgileri ve Damgalama (Stigma) Algı Düzeyleri ile İlgili Bulgular.....	40
4.3.1 Öğretmenlerin Sosyo-Demografik, Mesleki Özellikleri, DEHB Bilgileri ile DEHB Damgalama Ölçeği (DDÖ) Arasındaki İlişki ile İlgili Bulgular .....	47
<b>5. TARTIŞMA.....</b>	<b>51</b>
5.1 Öğretmenlerin DEHB Hakkındaki Eğitimleri, Deneyimleri ve Bilgileri ile İlgili Bulguların Tartışılması.....	52
5.2 Öğretmenlerin Sosyo- Demografik, Mesleki Özellikleri, DEHB Hakkındaki Eğitim ve Deneyimleri ile DEHB Damgalama (Stigma) Ölçeği (DDÖ) Arasındaki İlişki ile İlgili Bulguların Tartışılması.....	64
<b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>	<b>71</b>
6.1. Sonuçlar.....	71
6.2. Öneriler.....	73

<b>7. KAYNAKLAR .....</b>	<b>75</b>
<b>8.EKLER.....</b>	<b>87</b>
<b>9. ÖZGEÇMİŞ.....</b>	<b>100</b>



**SEMBOLLER VE KISALTMALAR DİZİNİ**

**AGFI:** Adjusted Goodness of Fit Index (Düzenlenmiş İyilik Uyum İndeksi)

**AIDS:** Acquired İmmune Deficiency Syndrome

**APA:** American Psychological Association (Amerikan Psikiyatri Birliği)

**CFI:** Comparative Fit Index (Karşılaştırmalı Uyum İndeksi)

**DB:** Davranım Bozukluğu

**DDÖ:** Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Damgalama (Stigma) Ölçeği

**DFA:** Doğrulayıcı Faktör Analizi

**DSM:** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Akıl Hastalıklarının Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı)

**DEHB:** Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu

**EEG:** Elektroensefalografi

**GFI:** Goodnes of Fit Index (İyilik Uyum İndeksi)

**ICD:** International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (Hastalıkların Ve Sağlık Sorunlarının Uluslararası Sınıflama Sistemi)

**IQ:** Intelligence Quotient (Zekâ katsayısı)

**PDR:** Psikolojik Danışmanlık ve Rehberlik

**RMSEA:** Root Mean Square error of apporoximation (Yaklaşık Hataların Ortalama Kare Kökü)

**SRMR:** Standardizel Root Mean Square Residual (Standardize Edilmiş Artık Ortalamaların Karekökü)

**SPSS:** Statistical Package for the Social Sciences (Sosyal Bilimler için İstatistik Programı)

**TDK:** Türk Dil Kurumu

## GRAFİKLER DİZİNİ

<b>Grafik 1.</b> DEHB Hakkında Bilgi Kaynağı.....	41
---	----





## TABLOLAR DİZİNİ

<b>Tablo 3.1.</b> DEHB Damgalama Ölçeği İçerik ve Kapsam Geçerliliği.....	34
<b>Tablo 3.2.</b> İstatiksel Yöntemler.....	36
<b>Tablo 4.1.1</b> Öğretmenlerin Sosyo-Demografik Özellikleri ile İlgili Bulgular	38
<b>Tablo 4.1.2</b> Öğretmenlerin Mesleki Özellikleri ile İlgili Bulgular.....	39
<b>Tablo 4.2.1.</b> Öğretmenlerin DEHB Hakkındaki Eğitim ve Deneyimleri ile İlgili Bulgular.....	40
<b>Tablo 4.2.2.</b> Öğretmenlerin DEHB Semptomlarına Yönelik Bulgular.....	42
<b>Tablo 4.2.2.</b> Öğretmenlerin DEHB Etiyolojisine Yönelik Bulgular.....	44
<b>Tablo 4.2.2.</b> Öğretmenlerin DEHB Tedavisine Yönelik Bulgular.....	45
<b>Tablo 4.2.3</b> Öğretmenlerin DEHB Damgalama (Stigma) Ölçeği (DDÖ) Puan Ortalamaları ile İlgili Bulgular.....	46
<b>Tablo 4.3.1</b> Öğretmenlerin Sosyo-Demografik Özellikleri ve DDÖ Puanlarının Kıyaslanması İle İlgili Bulgular.....	47
<b>Tablo 4.3.2</b> Öğretmenlerin Mesleki Özellikleri ve DDÖ Puanlarının Kıyaslanması ile İlgili Bulgular.....	48
<b>Tablo 4.3.3.</b> Öğretmenlerin DEHB Hakkındaki Eğitim ve Deneyimleri ve DDÖ Puanlarının Kıyaslanması İle İlgili Bulgular.....	49
<b>Tablo 4.3.4.</b> Öğretmenlerin DEHB Hakkındaki Bilgi Kaynağı ve DDÖ Puanlarının Kıyaslanması ile İlgili Bulgular.....	50

## ÖZET

### **İlköğretim Öğretmenlerinin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Hakkındaki Damgalama (Stigma) Alguları ve İlişkili Faktörler**

Bu çalışma, ilköğretim öğretmenlerinin dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu hakkındaki damgalama alguları ve ilişkili faktörleri belirlemek amacıyla kesitsel desende yapıldı. Araştırmanın evrenini 2017-2018 eğitim öğretim yılında Kars merkezdeki tüm ilkokul ve ortaokullarda görev yapan 814 öğretmen oluşturdu. Araştırmanın örnekleme n evren eleman sayısı biliniyorsa formülü kullanılarak minimum 379 olarak hesaplandı. Nihai olarak 606 öğretmene ulaşıldı. Araştırmada Anket Formu, Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Damgalama (Stigma) Ölçeği (DDÖ) kullanıldı. Verilerin analizinde DDÖ'nün geçerlilik ve güvenilirliğinde Kapsam Geçerliliği, Doğrulamalı Faktör Analizi, Cronbach Alpha Korelasyon Analizi Tekniği, Test-Tekrar Test Güvenilirliği, Madde-Toplam Korelasyon Analizi tanımlayıcı istatistikler (ortalama, standart sapma, yüzdelik) ve fark ve ilişki testleri (Bağımsız Gruplarda t Testi, Mann Whitney-U Testi, Tek Yönlü Varyans Analizi, Kruskal Wallis Testi, Spearman RHO Korelasyon Analizi) kullanıldı. Araştırmaya katılan öğretmenlerin yaş ortalaması 33,09±7,56, DDÖ puan ortalamaları 64,86±11,33'dür. Öğretmenlerin sosyo-demografik özellikleri, branşı, okul görevi, ders verdiği sınıf, öğrenci sayısı ve çalıştığı okul, DEHB ile ilgili daha önce bilgi alma durumu, bilgi seviyesi, sınıfta DEHB tanısı almış çocuk/çocukların varlığı, DEHB tanısı almış bir öğrencinin ihtiyaçlarını karşılamaya yeterli olma durumu, DEHB olan biriyle okul dışında karşılaşma durumu ile DDÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir fark olmadığı ( $p>0,05$ ), mezun olduğu okul türü, mesleki çalışma yılı ve DEHB hakkında bilgi kaynağı ile DDÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir fark olduğu belirlendi ( $p<0,05$ ).

**Anahtar Sözcükler:** Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, damgalama algısı, psikiyatri hemşireliği.

## SUMMARY

### **Primary Education Teachers' Stigma Perceptions about Attention Deficit and Hyperactivity Disorder and Related Factors**

This study was made in cross-sectional design in order to determine the primary education teachers' stigma perceptions about the attention deficit and hyperactivity disorder and related factors. 814 teachers serving in all the primary schools and secondary schools in Kars downtown in 2017-2018 school year constituted target population of the study. Research's sample was calculated as minimum 379 by using formula if n target population element number is known. 606 teachers were ultimately reached. Questionnaire Form, ADHD Stigma Scale were used in the research. Content Validity, Confirmatory Factor Analysis, Cronbach Alpha Correlation Analysis Technique, Test-Retest Reliability, Item-Total Correlation Analysis were used in ADHD Stigma Scale validity and reliability and descriptive statistics (mean, standard deviation, percentage), difference and relationship tests (T-Test in independent Groups, Mann Whitney-U Test, One-Way Analysis of Variance, Kruskal-Wallis Test, Spearman RHO Correlation Analysis) were in the data analysis. Mean age of the teachers participating in the study was  $33,09 \pm 7,56$  and ADHD Stigma Scale point means were  $64,86 \pm 11,33$ . It was determined that there was not statistically a significant difference between the teachers' socio-demographic attributes, field, school task, class given lesson, student number and school where they work, condition of obtaining information previously related to ADHD, knowledge level, existence of child/children diagnosed ADHD in class, condition of being sufficient to meet requirements of a student diagnosed ADHD, condition of coming across someone with ADHD out of school and ADHD Stigma Scale point means ( $p > 0,05$ ) and there was statistically a significant difference between school type of graduation, professional working year, information source about ADHD and ADHD Stigma Scale point means ( $p < 0,05$ ).

**Keywords:** Attention deficit and hyperactivity disorder, stigma perception, psychiatric nursing.

## 1.GİRİŞ ve AMAÇ

DEHB (Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu) pek çok ülkede çocukluk çağı ruhsal bozukluklar arasında en sık tanı konan bozukluklardan biridir (Ghanizadeh ve ark. 2006, Kayaalp 2008, Bell ve ark. 2011, Altın ve ark. 2012, APA 2013, Özaslan ve Bilaç 2015, Saraç ve ark. 2016, Uzunoğlu 2016, Görmez ve ark. 2017, Macleod 2017). Okul çağı çocuklarının % 2-12'sini etkileyen DEHB (Kayaalp 2008); genetik aktarımın yüksek oranda gözlendiği (Çetin ve Işık 2018) ve Amerikan Psikiyatri Birliği'nin (APA) tanımına göre dikkatsizlik, hiperaktivite, dürtüsellik yakınmaları ile seyreden, nöro gelişimsel bir bozukluktur (APA 2013).

DEHB yeni tanımlanmamasına rağmen, günümüzde aileler ve öğretmenler tarafından "Son zamanlarda çocuklar neden bu kadar dikkatsiz ve hiperaktif oldular?" sorusuna yanıt aranan ve yeni ortaya çıkan bir bozukluk olarak görülmektedir (Özmen 2010).

Ülkelerin sağlık ve okul politikalarını etkileyen bir ruh sağlığı bozukluğu olan DEHB (Özmen 2011) nedeniyle son yıllarda uzmanlara daha sık başvurulmakta (Özmen 2010), ailelerin ve öğretmenlerin "yaramaz" kelimesi yerine sıkça "hiperaktif" sözcüğünü kullanmaya başladığı bilinmektedir (Karabekiroğlu ve ark. 2009, Abalı 2018). Başvuru sıklığına rağmen birçok anne ve baba bu etiketlemelerden dolayı damgalama ve ayırmacılık korkusuyla tanıyı toplumdan gizleme eğilimi içerisine girmektedir (Karabekiroğlu ve ark. 2009).

Ruh sağlığı bozuk olan insanlara yönelik damgalama, olumsuz sonuçlar doğuran genel bir algıdır. Davranım bozukluğu ve hiperaktif davranış örüntülerini gösteren çocuklar çevresindeki kişiler (akranları, anne babaları ve evdeki diğer bireyler, öğretmenleri) tarafından ayrımcılığa maruz kalabilmekte ve damgalanabilmektedir (Mueller ve ark. 2012, Fuermaier ve ark.2014).

Konu ile ilgili literatür incelendiğinde; çalışmaların öğrencilerin kendilerine yönelik damgalamaları (Kaushik ve ark. 2016), öğrencilerin birbirlerine yönelik damgalamaları (Ntedei 2016) ve yetişkinlerin (Karabekiroğlu ve ark. 2009, Yaman ve Güngör 2014, Macleod 2017) DEHB bozukluğuna yönelik damgalamaları üzerinde odaklandıkları görülmüştür.

Ndetei ve ark. (2016) Kenya' da kırsal ve kentsel alanda farklı okullarda okuyan 4585 çocuk ile yaptıkları çalışmada; erkek çocukların kız çocuklarına göre ve kırsal alanda okuyan çocukların kentsel alanda okuyan çocuklara göre daha fazla ruhsal damgalama davranışlarının olduğunu saptamıştır. Reddedilen, damgalanan, duygusal ve davranışsal sorunları olan çocuklar, daha kötü gelişim süreci geçirmekte ve problemlili davranışlarının daha fazla arttığı görülmektedir. Damgalamayı ve bu ayırmacılığı ortaya çıkaran nedenleri anlamaya çalışmak damgalama ile mücadele etmek ve bunun sonucunda ortaya çıkan kötü sonuçları azaltmak için ilk adımdır (Ndetei ve ark.2016).

Ülkemizde ruhsal bozukluğu olan çocuklara karşı gösterilen aile ve öğretmen damgalama davranışının en çarpıcı ve ilk örneği olarak Karabekiroğlu ve ark.(2009) yaptığı çalışma gösterilebilir. Türkiye'nin farklı coğrafi bölgelerinde yedi üniversite hastanesi çocuk psikiyatrisi kliniğine gelen hastaların ebeveynleri ve öğretmenlerinin DEHB ve otizm ile ilgili bilgi düzeyi ve damgalama algısının değerlendirildiği çalışmada; sınıf öğretmenleri ve ebeveynlerin DEHB ve otizmle ilgili bilgilerinin yetersiz ve öğretmenlerdeki damgalama düzeyinin anlamlı olarak daha yüksek olduğu görülmüştür. Öğretmenlerin büyük bir çoğunluğunun hastalıklar hakkında bilgi sahibi olduğunu belirtmiş olmasına karşın, ebeveynlere oranla daha yüksek düzeyde yanlış bilgi ve damgalama algısının olması dikkat çekici olarak değerlendirilmiştir.

DEHB olan öğrencilerin sorunlu davranışlarını kontrol etmede öğretmenlerin bu öğrencilere yönelik tutumları oldukça önemlidir (Özmen 2010). Yapılan birçok çalışmada öğretmenlerin DEHB'e ilişkin bilgi düzeylerinin düşük olduğu ve kendilerini DEHB olan bir çocuğun gereksinimlerini karşılama konusunda yeterli hissetmedikleri görülmüştür (Sciuttove ark 2000, Ghanizadeh ve ark. 2006, Almacioğlu 2007, Karabekiroğlu ve ark. 2009, Perold ve ark. 2010, Göl ve Bayık 2013, Şimşek ve ark. 2015, Kern ve ark. 2015, Khademi ve ark. 2016). Aynı zamanda eğitimde DEHB'e benzer semptomları gösteren öğrenciler sınıf içerisinde öğretmenler tarafından "yaramaz" ya da "istenmeyen öğrenci" olarak tanımlanmıştır (Tabancalı ve Yüksel-Şahin 2016, Tatlıoğlu 2016, Koçak 2017). Literatürde öğretmenlerin damgalama algılarının toplum damgalamasından farklı olmadığı (Ghanizadeh ve ark. 2006, Fuarmaier ve ark. 2012, Mueller 2012) hatta bazı

çalışmalarda ortalama ya da daha üzeri bir damgalama algısına sahip oldukları görülmüştür (Karabekiroğlu 2009, Yaman ve Güngör 2014, Fuermaier ve ark. 2014, Önk ve Cemaloğlu 2016, Börekçi 2017).

Okullar; çocuk ve ergenlerin nüfusunun neredeyse tamamına ulaşılabildiğimiz, gençlerin ruh sağlığı sorunlarını önleme ve tedavi etmek için eşsiz bir konumdadır (Bowers ve ark. 2013). Okul ve toplum uzmanları arasındaki koordinasyon ise okul ruh sağlığı programlarının başarısı için kritik bir öneme sahiptir (Weist ve ark. 2012).

Hemşireler, aldıkları akademik eğitim ve deneyimleri sayesinde, ruh sağlığı hizmetlerini başlatmak ve yönlendirmek için önemli bir noktadır. Okul hemşirelerinin bilgi, beceri ve yetenekleri ruh sağlığı sorunlarını tanımlamak, sevk ve takip etmek için yeterli düzeydedir. Hemşireler ruh sağlığı sorunlarını taradıklarında ve öğrencileri ekip yardımına ve diğer kuruluşlara yönlendirildiklerinde birey, sistem ve toplum odaklı hemşirelik uygulamalarını en üst noktaya çıkarmış olmaktadır (Puskar ve Marie Bernardo 2007).

Öğrencilerin ruh sağlığı için, okul hemşireleri, öğrenci, aile ve uygun diğer okul personeli de dâhil olmak üzere okul ve toplum ruh sağlığı uygulayıcılarını da kapsayan sağlık uzmanları arasında iyi bir işbirliği gerekir. İşbirliği içerisinde bulunan her uzman bir diğerini tamamlayan eşsiz bireysel bilgi ve becerilere sahiptir (Cowan ve ark. 2013). Bu işbirliği, okul ruh sağlığı programının çok daha başarılı olmasını sağladığı gibi hizmetlerin parçalanmasını azaltır, faydalı kaynakları arttırır, ruhsal bozuklukların erken tanılanmasında koordinasyonu sağlar (Blackborow ve ark. 2014). Bu bağlamda DEHB'in belirtilerinin azaltılmasında ve buna bağlı meydana gelen davranış problemlerinin giderilmesinde iyi bir tedavi, uygun ilaç, psikoterapi ve psikososyal uyumu kapsamalıdır (Kayaalp 2008). Uygun farmakolojik tedavi ve ebeveyn, öğretmen ve çocuğa uygulanacak doğru eğitim programları (Özmen 2011) hem DEHB'in tedavisinde hem de damgalama algısının azaltılmasında oldukça önemli olacaktır (Özmen 2011, Avcıl ve ark. 2016).

Bu doğrultuda; mevcut çalışmada ilköğretim öğretmenlerinin (ilkokul ve ortaokul) Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu hakkındaki damgalama (stigma) algısı ve bu algıyı etkileyen ilişkili faktörleri belirlemek amaçlandı. Elde

edilen bilgilerin, öğretmenlere yönelik Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu hakkında yapılacak olan eğitim çalışmalarına rehberlik edeceği düşünülmektedir.



## 2.GENEL BİLGİLER

### 2.1. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu ilk olarak 1902 yılında George Still'in İngiltere'de yaptığı konuşmada çok hareketli, dikkati dağınık, öğrenme bozukluğu ve davranım problemleri olan çocukları "ahlaki kontrolün ileri düzeyde yetersizliği" olarak tanımlamasıyla gündeme gelmiştir (Kayaalp 2008). Birinci Dünya Savaşı sonrasında görülen influenza salgını sonrası hayatta kalan çocuklarda Still'in yaptığı tanıma uyan ciddi davranış bozuklukları gözlenmiş ve bu sorunun beyindeki bir zedelenmeye bağlı olduğu düşünülmüştür. Klinisyenler ise DEHB'i viral ensefalitin davranışsal bir sonucu olarak tanımlamış ve vakaların çoğunda belirlenmiş net bir beyin hasarı olmadığı için bu tablo "Minimal Beyin Disfonksiyonu" olarak adlandırmıştır (Kayaalp 2008, Abalı 2018).

DEHB; günümüzde çocuk ruh sağlığı alanında en sık tanı konan bozukluklardan biri olup (Kayaalp 2008, Aslan 2013, Evinç ve Özdemir 2015, Abalı 2018) dürtülerini kontrol edememe, aşırı hareketlilik ve dikkat dağınıklığı gibi üç temel belirtisi olan toplumsal yaşamı, insan ilişkilerini, iletişimi olumsuz etkileyen, ergenlik ve yetişkinlik döneminde de etkileri olan yaşam boyu süren bir bozukluktur (Kayaalp 2008, Öncü 2012, APA 2013, Aslan 2013, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Aile Eğitim Rehberi 2014, Townsend 2016, Abalı 2018).

### 2.2. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunda Sıklık ve Yaygınlık

DEHB'in görülme sıklığı ve yaygınlığına ilişkin ortak bir görüş birliği bulunmamakla birlikte literatürde dünya genelinde yaygınlığının %8 ile %12 arasında değiştiği ve genel olarak okul çağı çocuklarının %2-12'sini etkilediği görülmektedir. Türkiye'de yürütülen çalışmalarda DEHB görülme oranı dünya ülkeleri ile benzerlik göstermektedir (Durukan 2011, Altın ve ark. 2012, Ertürk Kara ve Gürgen 2016). DEHB'de diğer çocukluk dönemi ruhsal bozukluklarda olduğu gibi kesin tanı koydurucu tek bir tanılama yöntemi bulunmamaktadır (Aslan 2013, Townsend 2016). Erkeklerde görülme sıklığı kızlardan daha fazla olup bunun nedeni



de tam olarak bilinmemektedir. Erkek ve kız çocukları arasındaki gelişimsel farklılıklar, çevresel etkenler, hormonal ve bedensel yapıdaki farklılıklar birer etken olarak düşünülebilir (Abalı 2018). DEHB'in görülme sıklığı kızlarda 5/1 ve erkeklerde 3/1 oranında değişmekte ve kızlarda DEHB'n semptomları genellikle dikkat dağınıklığı ve kognitif becerilerde bozulma ile seyretmektedir. Bozukluğun yaygın görülen semptomların kızlarda erkeklerden daha az görülmesi sebebiyle DEHB kız çocuklarında gözden kaçabilmekte veya önemsenmemektedir (Öner ve ark. 2003, Kayaalp 2008, Altın ve ark. 2012, Öncü 2012, Ertürk Kara ve Gürgen 2016, Townsend 2016).

Aras ve ark. (2007) psikiyatri polikliniğine başvuran çocuk ve ergen hastaların tanılarını değerlendirdiği araştırmada; aşırı hareketlilik, dikkat dağınıklığı, okul başarısızlığı ve kekemeliğin erkeklerde; ebeveyn ile sorun yaşama, depresyon, anksiyete bozukluğu, fiziksel şikâyetler, intihar girişimi ve kendine zarar verici davranışların kızlarda daha fazla oranlarda olduğunu belirlemiştir.

Durukan ve ark. (2011) yaptığı benzer araştırmada; GATA çocuk psikiyatri polikliniğine gelen 538 çocuk ve ergen hastada en sık karşılaşılan psikiyatrik hastalıklarda ilk beş sırada; DEHB (% 26,5), anksiyete bozukluğu (% 7), mental retardasyon (zekâ geriliği) (% 5,7), depresyon (% 5,2) ve enürezis (% 5) (altını ıslatma) gelmektedir. Aynı çalışmada başvuranların daha çok erkek hastalardan oluştuğu ve vakalardaki yaş aralığının ise 7-18 olduğu belirlenmiştir. Tüm yaş aralığında en fazla konulan tanının DEHB olması ayrıca olguların çoğunun 0-6 yaş aralığında olması da dikkat çekicidir.

Görmez ve ark. (2017) tarafından İstanbul'da bir hastanede çocuk ergen psikiyatri polikliniğine başvuran 987 çocuk ve ergen hasta ile yapılan çalışmada ise; benzer olarak yine en sık görülen psikiyatrik tanının DEHB (% 32,3) olduğu bu tanıyı sırasıyla özgül fobi (% 25,5), karşıt olma karşı gelme bozukluğu (% 13) ve uyum bozukluğunun (% 8,3) takip ettiği görülmüştür. Hastaların çoğunluğu erkek ve (% 63,8), 5-12 yaş aralığındadır. Erkeklerde en çok konulan tanı DEHB' tir.

Hiperaktivite tanısı koyacak özel bir test veya laboratuvar sonucu bulunmamakla birlikte tanıyı koymak zaman alıcı ve zor olabilmektedir (Saraç ve ark. 2016). Okul öncesi dönemde DEHB'li olan çocuklar genellikle semptomları

yoğun bir şekilde çevreye zarar verici olduğunda fark edilmekte çoğu zaman tanı çocuk okula ilk başladığı dönemde konulmaktadır (Özmen 2010). Bunun nedeni; çocukların okulda belirli ve yeni kurallarla karşılaşmaları, kendilerini kontrol etmeleri yönündeki beklentilerin yoğunlaşması, akademik disiplin anlayışının kendileri için rahatsızlık verici olması, sınıf içi aktivitelere uymada zorlanmalarındır (Özmen 2010, Saraç ve ark. 2016).

### 2.3. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunda Sınıflandırma

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu ilk kez DSM-III'de (1980) dikkat eksikliği bozukluğu olarak adlandırılmıştır (Öncü ve Şenol 2002, Kayaalp 2008, Gürsoy 2010, Börekçi 2017). DSM-IV'te (1994) DEHB, yıkıcı davranım bozukluğu başlığı altında tanımlanmış ve DSM-V'te (2013) ise beyin gelişimi ile ilgili bir sorun olduğunu tanımlamak amacıyla '*nörogelişimsel bozukluklar*' grubuna eklenmiştir (APA 2013).

DSM- IV tanılama rehberinde bir bireye DEHB tanısının konabilmesi için 18 maddeden oluşan ve içinde dikkatsizlik, hiperaktivite ve dürtüsellik ile ilgili semptomlar belirlenmiştir. DSM-V' te tanı kriterleri korunmuş DSM IV'ten tek farklılık belirtilerin görülme yaşına yönelik olmuştur.

**DSM-V'e göre DEHB Tanı Ölçütleri:** DEHB belirtileri DSM-V'te dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik/dürtüsellik alt başlıklarında değerlendirilmektedir. DEHB tanısı konulabilmesi için, gelişimsel düzeye uygun olmayan toplumsal ve okul/iş ile ilgili etkinlikleri doğrudan olumsuz etkileyen aşağıda başlıklar olarak verilmiş (ya da daha fazla) belirtinin en az altı aydır sürüyor olması gerekir (Townsend 2016).

#### **Dikkat Eksikliği Belirtileri**

1. Çoğu zaman ayrıntılara özen göstermez veya okul çalışmalarında (derslerde), işte ya da aktiviteler sırasında dikkatsizce yanlışlar yapar,
2. Çoğu zaman aldığı görevlerde veya oyunlarda dikkatini sürdürmekte güçlük çeker,
3. Çoğu zaman doğrudan kendisine doğru konuşulduğunda dinlemiyormuş gibi görünür,

4. Çoğu zaman yönergeleri izlemez ve okul ödevini, ev işlerini veya işyerindeki görevlerini tamamlayamaz,
5. Çoğu zaman işleri ve etkinlikleri düzene koymakta zorlanır,
6. Çoğu zaman yoğun zihinsel çaba gerektiren görevlere katılmaktan kaçınır, hoşlanmaz ve bu aktivitelere karşı isteksizdir,
7. Çoğu zaman görevler veya aktiviteler için gerekli eşyalarını kaybeder,
8. Çoğu zaman dış uyaranlarla dikkati kolaylıkla dağılır,
9. Çoğu zaman günlük etkinliklerinde untkandır.

### **Aşırı Hareketlilik ve Dürtüsellik Belirtileri**

1. Çoğu zaman kıpırdanır, elleri ya da ayakları vurur veya oturduğu yerde kıvrınır,
2. Çoğu zaman oturması beklenen durumlarda yerinden kalkar,
3. Çoğu zaman uygun olmayan ortamlarda ortalıkta koşar veya bir yerlere tırmanır,
4. Çoğu zaman boş zaman etkinliklerine sessiz bir şekilde katılamaz veya sessiz bir biçimde oyun oynayamaz,
5. Çoğu zaman motor takılmışçasına hareket halindedir,
6. Çoğu zaman aşırı konuşur,
7. Çoğu zaman soru cümlesi tamamlanmadan cevap verir,
8. Çoğu zaman sırasını beklemekte zorlanır,
9. Çoğu zaman başkalarının sözünü keser veya araya girer.

### **Tanınımın konulabilmesi için;**

- İşlevsellikte bozulmaya neden olan bazı dikatsizlik ve hiperaktivite/ dürtüsellik belirtilerin 12 yaşından önce olması gereklidir (DSM – V'te bu yaş sınırı 7 yaşından 12 yaşına çekilmiştir).
- Belirtilerin yol açtığı işlevsellik kaybı 2 ya da daha fazla alanda görülmelidir (örn: evde, okulda).

- Sosyal, akademik veya mesleki işlevsellikte klinik olarak belirgin bozulma olmalıdır (APA 2013).

#### **2.4. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunda Etiyoloji**

DEHB'in nedeni kesin olarak bilinmemekle birlikte kalıtsal ve çevresel faktörlerin, beyin biyokimyasındaki fonksiyonel değişikliklerin etken olabileceği düşünülmektedir (Öner ve ark. 2003, Kayaalp 2008, Thapar ve ark. 2013, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Aile Eğitim Rehberi 2014, Perçinel ve Yazıcı 2015).

DEHB ve olası nedenleri halen tartışmalı olmakla birlikte bozukluğu tanımlayan tek bir risk faktörü bulunmamaktadır. Hipotezlerde genler, prenatal ve perinatal problemler, psikososyal faktörler ve çevresel toksinler potansiyel risk faktörleri olarak kabul edilmektedir (Thapar 2013). DEHB eski, çağlardan günümüze gelen bir bozukluk olmakla birlikte hızlı değişen yaşam koşulları, çocuk eğitimindeki farklılıklar, toksik maddelerin hayatımızda daha fazla yer alması, ağır metallere maruz kalma, beslenme şekillerindeki değişiklik, yiyeceklerdeki katkı maddelerinin artması, giderek artan TV ve bilgisayar kullanımı hiperaktif belirtilerin ortaya çıkmasını kolaylaştırıyor olabilir (Abalı 2018). Günümüzde çocuk ve ergenlerin elektronik medya araçlarını (TV, bilgisayar, cep telefonu) daha fazla kullandığı bilinmektedir. DEHB'in semptomları kontrolsüz medya ve elektronik alet kullanımı açısından bu tanıyı alan çocukları riskli bir konuma getirmektedir. Nitekim DEHB'li çocukların en sık meşguliyetleri TV izlemek ve bilgisayar oynamaktır (Abalı 2018). Görmez ve ark. (2017) DEHB'li çocuk ve ergenlerin elektronik alet kullanımını değerlendirdiği araştırmada; çalışmaya katılanların % 48,4'ünün günlük ortalama iki saat ve üzeri cep telefonu/tablet, % 28,6'sının bilgisayar kullandığı, % 63,3'ünün ise günde dört saat TV izlediği saptanmıştır.

DEHB olan çocukların anne baba ve akrabalarında DEHB görülme oranının daha fazla olduğu saptanmıştır. Ayrıca; DEHB tanısı alan bireylerde öğrenme bozukluğu, akademik başarısızlık, duygu-durum bozuklukları, madde kullanımı ve bağımlılık, kişilik bozuklukları, entellektüel yetilerinde zayıflıklar görülebilmektedir (Öztürk 2004, Gürsoy 2010, Townsend 2016). Yapılan bir çalışmada DEHB'li

çocukların biyolojik ebeveynlerinin, evlatlık edinen ebeveynlere göre daha fazla patolojiye sahip olduklarını göstermiştir (Townsend 2016). Camcıoğlu ve ark. (2011) DEHB tanısı alan çocuk ve ergenlerin ailelerinde DEHB sıklığını değerlendirmek amacıyla yaptığı araştırma sonucunda; tanı alan çocukların ebeveynlerinde de DEHB belirtilerinin daha fazla olduğu saptamıştır. Tek ve çift yumurta ikizleri üzerinde yapılan çalışmalarda ise çift yumurta ikizlerinde % 30-35, tek yumurta ikizlerinde ise % 80'e varan bir arada görülme sıklığı tespit edilmiştir (Abalı 2018).

Çocuk gelişimi ve ruh sağlığı açısından 2 yaşına kadar anne sütü ile beslenme oldukça önemlidir (Ateşagaoglu ve ark. 2013). Literatürde anne sütü alımının ve doğum şeklinin DEHB belirtilerini etkilediği belirlenmiştir. Çakaloz ve Akay (2005) DEHB ve yıkıcı davranış bozukluklarında anne sütünün önemini değerlendirdiği araştırma sonuçlarına göre; yeterli anne sütü alımının DEHB gelişme riskini azalttığı ve anne sütünün bu tür semptomlarda koruyucu rol oynadığını göstermiştir. Mimouni ve arkadaşlarının (2013) İsrail'de 6-12 yaş arası DEHB tanısı alan çocuklarla yaptığı retrospektif araştırma sonuçlarında da DEHB tanısı alan çocukların anne sütü alma sürelerinin kısa olduğu saptanmış ve yeterli süre anne sütü alımının DEHB gelişimine karşı koruyucu olabileceği savunulmuştur.

Santral sinir sistemi enfeksiyonları, beyin biyokimyasında meydana gelen olumsuz değişiklikler (dopamin, serotonin, nonepinefrin salınımındaki azalma) zehirlenmeler (özellikle kurşun) ve beyin gelişimini etkileyen faktörler birçok çalışmada ele alınmış ve DEHB'in nedeni olarak görülmüştür (Öncü ve Şenol 2002, Gürsoy 2010, Townsend 2016, Börekçi 2017).

DEHB tanısı almış vakaların büyük çoğunluğunda EEG dalgalarında yaşlarına uygun olmayan yaygın yavaş dalga tarzında bir özellik görülmeyle birlikte bu bulgu tüm vakalar için geçerliliğini korumamaktadır (Öztürk 2004). Özellikle frontal lob hasarı olan vakaların semptomları ile DEHB olgularının semptomları benzerlik göstermiştir. Beyin görüntüleme çalışmaları ise özellikle sağ prefrontal kortekste bozukluk olduğunu düşündürmektedir (Townsend 2016).

DEHB'in zekâ puanı ile ilgisi olmamakla birlikte zekâ problemi olan, normal zeka puanı ya da üstün zekâ puanına sahip tüm bireylerde görülebilir (Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Aile ve Eğitim Rehberi 2014). Toplum tarafından

fazla hareketliliği olan çocukların çok zeki olduklarına dair yanlış bir inanış vardır (Abalı 2018). Bu yanlış inanış bazen üstün zekâlı çocukların DEHB'e sahip olarak etiketlenmelerine ve yanlış tanılanmalarına da neden olabilmektedir. Öte taraftan üstün zekâlı olup, aynı zamanda DEHB tanısı alan çocuk ve ergenlerin bulunması da mümkündür (Kaplan Sayı 2018). Literatürde DEHB ve zekâya ilişkin yapılan araştırmalarda ise farklı sonuçlar saptanmıştır. Karakaş ve ark. (2013) dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu vakalarında zekâ puanının dikkat üzerindeki etkisini değerlendirdiği çalışmada; araştırmada kullanılan testlerden alınan düşük puanların dikkat edememeye bağlı olduğu ve bu durumun zekâda düşüklük olarak değerlendirilemeyeceği sonucuna varılmıştır. Ayrıca İçmeli ve ark. (2015) zekâ geriliği tanısı almış çocuk ve ergenlerin özellikleri ve DEHB sıklığını incelediği araştırma sonuçlarında ise orta düzeyde DEHB semptomaları gösteren çocuk ve ergenlerin sınır zekâ grubunda olduğu, şiddetli DEHB belirtileri olan çocuk ve ergenlerin ise orta ve hafif düzeyde zekâ geriliği grubunda olduğu görülmüştür. Toplam grubun % 38'inin DEHB tanısı aldığı bu oranın erkek hastalarda % 42,9, bayan hastalarda ise % 31,4 olduğu belirlenmiştir. Sonuç olarak; zekâ testleri DEHB için tanı koydurucu olarak değerlendirilmemeli bu bireylerin güçlü ve zayıf yönlerini görebilmek için kullanılmalıdır (Sözel ve ark. 2018).

Literatürde gebelik ve doğum sürecinde yaşanan olumsuz faktörlerin de DEHB'e neden olabileceği tartışma konusu olmuştur. Hamilelik esnasında sigara kullanımı ve alkol tüketiminin dürtüsel davranış ve dikkatsizliğe neden olabileceği savunulmuştur. Perinatal durumlar (erken doğum, doğum ağırlığının düşük olması, doğum eylemi sırasında meydana gelen problemler, düşük apgar puanı vb), serebral palsy, nöbetler ve geçirilen enfeksiyonlar, travmalar, kazalar ve nörolojik bozukluklarında DEHB'e neden olabileceği düşünülmektedir (Townsend 2016, Abalı 2018). İçmeli ve arkadaşlarının (2015) araştırma sonuçlarında ise; psikiyatri polikliniğine mental retardasyon nedeniyle başvuran 205 çocuk ve ergenden sezaryen ile dünyaya gelen 34 çocuğun % 76,5'inin DEHB tanısı aldığı saptanmıştır. Acar ve ark. (2015) DEHB tanısı almış olan ilköğretim çağı erkek çocuklarının doğum öncesi ve doğum anındaki risk faktörlerini değerlendirdiği çalışmada ise; çocukların doğum öncesi dönemde en fazla nikotine maruz kaldıkları, annelerin daha stresli bir

gebelik geçirdikleri, vakaların çoğunda erken doğum öyküsü bulunduğu ve daha düşük doğum ağırlığıyla dünyaya geldikleri saptanmıştır.

Çak ve Gökler'in (2013) erken dünyaya gelen çocuklarda DEHB ve buna neden olan faktörleri değerlendirdiği çalışma sonucunda ise; olguların % 20,8'inde DEHB saptandığı, DEHB tanısı alan vakalarda daha erken doğum haftası ve ağırlığı görüldüğü ve daha uzun süre hastanede kaldığı belirlenmiştir.

Vücutta artmış kurşunun, suni tatlandırıcılar ve koruyucuların, besin boyaları ve katkı maddelerinin DEHB'in semptomları üzerinde bağlantısı olabileceği düşünülmektedir. Özellikle vücutta artmış kurşunun çocukların bilişsel ve davranışsal gelişimini olumsuz etkilediği (Abalı 2018), hiperaktif çocukların boya ve katkı maddelerinden bağımsız bir diyet aldıklarında davranışlarda gözle görülür düzelmeler olduğu bazı ebeveynler ve öğretmenler tarafından bildirilmiş olsa da DEHB ile ilgili özellikle şekerin hiçbir etkisi olmadığı kesin kanıtlarla ortaya konmuştur (Öncü ve Şenol 2002, Townsend 2016). Yurt dışında diyet tedavisi yapan merkezler bulunsa da bu tedavinin faydalı olduğuna dair kesin bir veri bulunmamaktadır (Abalı 2018).

Demir ve çinko eksikliği DEHB için bir risk faktörü olmakla birlikte tıpkı beslenme özelliklerinde olduğu gibi bunu kanıtlayan kesin veriler bulunmamaktadır (Gürsoy 2010, Perçinel ve Yazıcı 2015).

DEHB belirtileri; sosyoekonomik düzeyi düşük olan, ihmal edilmiş ya da istismara uğramış (Townsed 2016), çocukluk dönemi kaygı bozukluğu ve depresyonu yaşayan bireylerde daha fazla görülebilmektedir (Abalı 2018). Aile dengesinde bozulma, olumsuz yaşam olaylarına maruz kalma, tehlikeli ortamlarda yaşama, annede mental bozukluk, suç işleyen baba ve tutarsız aile ilişkileri, aile içi şiddet, ebeveynlerde alkolizm DEHB'e yatkınlık riskini artırmaktadır (Townsed 2016, Abalı 2018). Bununla birlikte yetiştirme yurtlarında kalan çocukların da dikkat sürelerinin daha kısa ve çok daha hareketli oldukları gözlenmiştir. Sonuç olarak bir kurumda büyümek veya ağır derecede psikososyal strese maruz kalmak DEHB belirtilerinin ortaya çıkarmasında etkili olabilir (Öncü ve Şenol 2002, Townsed 2016).

Çocukluk dönemlerinde ihmal ve istismara uğrayanlar yetişkinlik yaşamına kadar uzanan etiketlenmiş bir kimlik geliştirirler. Yoğun yaşamsal travmanın etkisi ile topluma karşı öfke ve güvensizlik duygularının yanı sıra sosyal izolasyon yaşayan bu çocukların dünyayı anlamlı bir yer olarak görmekten vazgeçerek suça eğilimlerinin arttığı görülmektedir. Sonuç olarak; cinsel istismara uğramış çocuklarda DEHB, kendine zarar verme, alkol ve madde kullanımı, öz-kıyım girişimleri ve çocukluk dönemi davranım bozukluklarının daha fazla olduğunu savunan birçok çalışma bulunmaktadır (Ovayolu ve ark. 2007, Arkan ve Üstün 2009, Örsel ve ark. 2011, Güleç ve ark.2012, Acehan ve ark.2013).

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu; ailenin doğru ve etkili disiplin anlayışına sahip olamamasından veya çocuğun şımarık davranışlarından kaynaklanan bir bozukluk olarak görülmemelidir. Okuldaki ders başarısızlığının en önemli nedenleri arasında ilk sıralarda yer alan DEHB (Abalı 2018) yaşam boyu devam edebilen bir bozukluktur. Aşırı hareketlilik ve dürtüsellik belirtileri zaman içerisinde azalabilmektedir (Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Aile Eğitim Rehberi 2014).

## **2.5. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunda Prognoz**

DEHB'e en sık olarak karşıt olma-karşı gelme bozukluğu, davranım bozukluğu öğrenme bozuklukları, major depresif bozukluk, anksiyete bozukluğu, bipolar bozukluk, madde kullanımı eşlik etmektedir (Karaman ve ark. 2013, Townsed 2016, Abalı 2018). DEHB'e aynı zamanda çocukluk döneminde sık karşılaşılan altına idrar ve gaita kaçırma, konuşma bozuklukları, tik bozukluğu gibi birçok psikiyatrik bozuklukta görülebilmektedir (Karakaş ve ark. 2013).

Karaman ve ark. (2013) DEHB'li çocukların depresyon ve anksiyete düzeylerini belirlemek için yaptığı araştırmada; DEHB'li çocukların depresyon ve anksiyete ölçeklerinden aldıkları puanların kontrol grubundan çok daha yüksek olduğunu saptamıştır.

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite bozukluğunda görülen dikkat eksikliği, dürtüsellik, hiperaktivite gibi belirtiler davranım bozukluğu olan çocuklarda da yaygın bir şekilde görülmektedir (Townsed 2016, Abalı 2018). Göker ve ark. (2016) davranım bozukluğu tanılı çocuk ve ergenlerde yapmış olduğu retrospektif araştırma



sonucunda; davranım bozukluğuna en sık eşlik eden bozuklukların DEHB (% 21,1) depresif bozukluk (% 19,7) ve mental retardasyon (zeka düzeyleri: 69; % 12,7) olduğunu saptanmış benzer olarak; Çullu (2010), Hergüner ve Hergüner'in (2012) yaptığı çalışmalarda da DEHB tanısı alan çocuklarda davranım bozukluğunun daha fazla görüldüğü belirlenmiştir. DEHB aynı zamanda çocukluk çağı kaza ve yaralanma oranını da artıran bir tanıdır. Soysal ve ark. (2011) araştırmasında; DEHB tanısı olan çocukların % 25'inin kaza ve yaralanmalara uğradığı, kaza ve yaralanma hikâyelerinde trafik kazası, bisiklet kazaları oranının % 50 olduğunu ihmal ve fiziksel istismarı düşündürebilecek yaralanmaların ise % 52 olduğu saptanmıştır. Özellikle DEHB'li erkek vakaların %30'unda sık tekrarlı görülen yaralanma hikâyesi belirlenmiştir.

Çocuk suçlarının nedenleri ile ilgili yapılan çalışmalarda ise; suça yönelen çocukların daha fazla psikopatolojik özellikler sergilediği ve özellikle antisosyal davranış özelliklerinin daha yaygın olduğu saptanmıştır (Çopur ve ark. 2015, Beşer ve ark. 2016, Arabacı ve ark. 2017). Ülkemizde hükümlü çocuk ve ergenler ile yapılan bazı çalışmalarda suça sürüklenen çocuk ve ergenlerde genellikle DEHB ve davranım bozukluğu tanıları belirlenmiştir (Ayaz ve ark.2012, Şireli ve ark. 2014, Beşer ve ark. 2016). Bununla birlikte davranım bozukluğu ve hiperaktivite bozukluğuna zemin hazırlayan genetik, sosyo kültürel, ailesel ve çevresel faktörlerin (erkek olma, alt gelir grubunda olma, eğitim düzeyinin düşük olması, kötü barınma koşulları, ailede suç öyküsü, göç eden aileler, doğum komplikasyonları, aile içi şiddet ve geçimsizlik, erken yaşta madde kullanımı vb ) suça yönelen çocuklarla paralellik göstermektedir (Ayaz ve ark. 2012, Çopur ve ark. 2015, Kaya ve Buzlu 2016, Beşer ve ark. 2016).

DEHB yeterli tedavi edilmediğinde ya da erken tanılmadığında çocuğun ya da gencin davranış problemleri ve akademik başarısızlıkları artarak devam etmektedir (Öner 2003, Abalı 2018). Çocukluğunda DEHB tanısı almış bireylerin % 35'nin orta öğretimi tamalayamadıkları % 58'inin en az bir yıl sınıf tekrarı yaptığı, % 40'ının özel eğitim okullarına devam ettikleri bildirilmektedir (Öztürk 2004). Çevresinden sürekli olumsuz eleştiriler alan, stresle baş edemeyen, sorumluluklarını yerine getiremeyen, etiketlenen bu bireylerde kimlik bocalaması yaşanmakta ve diğer davranışsal sorunların çözümü de çok daha güç olmaktadır (Öztürk 2004). Yaşam

boyu devam eden DEHB hem çocuğun hem de ebeveynlerinin yaşam kalitesini de olumsuz yönde etkilemektedir. Yıldız ve arkadaşlarının (2010) yaptığı araştırma sonuçlarında; DEHB tanısı alan çocukların sağlıklı çocuklara oranla okul başarısı ve psikososyal sağlık algısının düşük olduğu, ayrıca tanı alan çocukların ailelerinde sağlıklı yaşam kalitesi algı ve davranışlarının sağlıklı çocukların anne babalarına kıyasla çok daha düşük oranda olduğu belirlenmiştir.

## **2.6. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunda Tedavi**

DEHB, bireyin yaşam işlevselliğini birçok alanda etkilediği için tedavisi de çok yönlü olmalıdır. DEHB’de görülen davranışsal, bilişsel, çevresel alanlardaki sorunları çözmek tedavinin en önemli hedefi olmalıdır. Etkili bir tedavide farmakolojik tedavi, psikoterapi ve psikososyal tedavileri bir arada bulundurmalıdır (Kayaalp 2008).

DEHB’de medikal tedavi ile belirtilerin şiddetinde gözle görülebilir bir iyileşme sağlanmakla birlikte (Gökten 2018) tek yönlü sağaltım yöntemi genellikle yeterli olmamaktadır. Çocuğun ve ailenin ihtiyaçlarına göre seçilebilecek kombine tedavi yöntemlerinin (farmakolojik tedavi, ebeveyn-öğretmen işbirliği, çocuk ve ergenin bireysel tedavisi, akademik eğitimin desteklenmesi) uygulanması en başarılı ve doğru sonuçlara ulaştırmaktadır (Öztürk 2004, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Aile Eğitim Rehberi 2014, Abalı 2018).

Santral Sinir Sistemi uyarıcıları beyinde nörotransmitterlerin (serotonin, norepinefrin ve dopamin) düzeylerini artırır. Metilfenidat’ın DEHB tedavisindeki etkisi çok net olmamakla birlikte çocuk ve ergen psikiyatristleri tarafından en çok tercih edilen ilaçtır (Bulut ve ark. 2014, Townsend 2016). Uykusuzluk, iştahsızlık ve kilo kaybı, taşikardi, sersemlik hissi, baş ağrısı, keyifsizlik, korku, hipertansiyon ve ritm bozuklukları gibi sık karşılaşılan yan etkileri mevcuttur ( Kayaalp 2008, Bulut ve ark. 2014). Ülkemizde metilfenidat’ın tek bir formu (Ritalin 10 mg tb.) bulunmaktadır (Öztürk 2004; Öner ve ark. 2003, Kayaalp 2008, Bulut ve ark.2014). Kontrole tabidir ve kırmızı reçeteye yazılmaktadır ( Kayaalp 2008).

Altın ve ark. (2012) Türkiye’de DEHB’de tedavi uygulamaları ve yaşam kalitesinin değerlendirdiği araştırmada; Türkiye’deki hasta verilerinin batı

lkelerindeki DEHB hasta örnekleriyle genellikle benzerlik gösterdiği, ülkemizde en sık tedavi uygulamasının tek başına farmakolojik tedavi olduğu ancak Avrupa lkelerinde kombine tedavi yaklaşımlarının daha sık tercih edildiği saptanmıştır. DEHB'in tedavisinde literatür bilgisine paralel olarak en çok metilfenidat kullanıldığı ve hastaların yaşam kalitesinin düşük olduğu görülmüştür.

DEHB'de yeni tedavi yaklaşımları da gündeme gelmektedir. Bir cihaz yardımıyla sabah erken saatlerde ve belirli bir süre boyunca uygulanan parlak ışık tedavisinin DEHB olan bireylerin belirtilerinde azalmaya neden olduğu ve dikkat eksikliği belirtilerinde anlamlı oranda düzelme sağlandığı belirlenmiştir (zdemir ve ark. 2017).

## **2.7. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunda Damgalama**

Genel olarak toplumun zihinsel hastalığı olan insanlara verdiği olumsuz tepki olarak tanımlanan damgalama; insan onurunu zedeleyen ve insan haklarını ihlal eden bir toplumsal baskı biğimi olarak da açıklanabilir (Froese-Germain ve Riel 2012). Damgalama en geniş tanımıyla; bir kişinin gözden düşürülmesi, etiketlenmesi, itibarının kaybettirilmesi, diğer insanlardan farklı görülmesi (Baysal 2013), içinde yaşadığı toplumun normal kabul ettiği kuralların ve yaşam kültürünün dışında olması nedeniyle insanlar tarafından kusurlu ya da değersiz olarak görülmesidir (Karagöl ve ark. 2013, Kaushik ve ark. 2016). "Damga" kelime anlamı olarak ise iz, nişan, bir kimsenin adını kötüye çıkaran durum (<http://www.tdk.gov.tr>, Erişim tarihi:15.10.2018), kara bir leke, kişiyi işaret eden bir utanç, ayıplanması gereken bir durum ve aşağılama olarak da tanımlanmaktadır ( Bostancı 2004, Bilge ve am 2010, Avcıl ve ark.2016 ).

Damgalama geçmişten günümüze taşınan önemli kavramlardan biridir. Özellikle fiziksel ve ruhsal hastalıklarda görülen damgalama hastalığın kendisi kadar zararlı ve yıkıcı olmuştur ve olmaya da devam etmektedir. Tarihte lepra, tüberküloz, lepra, epilepsi, AIDS ve kanser gibi gözle görülebilir fiziksel etkileri olan hastalıkların yanı sıra ruhsal hastalıklarda toplumda damgalama algısı yaratmıştır. Ancak psikiyatrik bozukluklarda damgalama hastalıkların tamamına yönelik olmuştur (Avcıl ve ark. 2016). Böylece damgalanma ruhsal bozukluğu olan kişilerin

karşılaşabileceği en önemli sorunlardan biri haline gelmiştir. Damgalama; kişinin kendisine olan saygısını ve özgüvenini azaltan, aile ve toplumla olan ilişkisini değiştiren, toplumsallaşması önünde engel teşkil eden ve çalışma haklarını elinden alan olumsuz bir kavramdır. Bunun sonucunda bireyler ruhsal bozuklukları nedeniyle her insanın sahip olması gereken sıradan bir insan gibi yaşama hakkına sahip olamamaktadırlar (Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı 2011).

Damgalamanın nedenleri dört temel kavram ile açıklanabilir. Birinci kavram toplumsal stereotiplerdir. Bu kavram toplumların ortak görüşünü temsil eden herkesin hem fikir olduğu, bir kez oluştuktan sonra kolay kolay değişmeyen düşünceler olarak tanımlanabilir. Diğer kavramlar ise; önyargılar, ayrımcılık ve bireysel tutumlardır (Bilge ve Çam 2010, Avcıl ve ark. 2016, Kaushik ve ark. 2016). Bu sebeplerden dolayı damgalanan kişiye çok daha az değer verilmesi; o kişinin toplum içinde daha az tercih edilmesine ve toplumsal reddedilme davranışları yaşamalarına neden olmaktadır. Bu duygu aynı zamanda damgalanan bireye utanılması gereken bir özellik veya ayrıcalık etiketi yüklemektedir (Dickerson ve ark. 2002, Avcıl ve ark.2016).

Damgalanma değiştirilebilir bir çevresel risk faktörü olmakla birlikte ruhsal bozukluğa sahip olan bireylerin toplumda yer edinmesi ve işlevsel olabilmesi, ancak o toplumdaki insanların ruhsal bozukluklara ilişkin genel tutum ve algılarının değişmesiyle mümkün olabilir (Baysal 2013).

Damgalama kavramı literatürde genel olarak üç başlık altında incelenmektedir. Toplumsal damgalama, kendi kendini damgalama (self damgalama) ve yapısal ayrımcılık (Baysal 2013, Karagöl ve ark. 2013).

***Toplumsal damgalama;*** Toplumun belirli bir grup ya da kişiye karşı, belli bir özellik nedeniyle önceden var olan, varsayımlara dayalı tepkisidir (Karagöl 2013).

***Kendi kendini damgalama (Self Damgalama);*** İçselleştirilmiş damga olarak da adlandırılan bu kavram damgalanmış kişilerin, toplumsal damgalayıcı tutum ve ön yargılı düşünceleri kendilerine yönelmeleridir (Karagöl ve ark. 2013).

***Yapısal ayrımcılık;*** Ruhsal hastalığı olan bireyleri, toplumsal kural ve düzenlemelerin sistematik olarak etkilemesidir (Karagöl ve ark. 2013).

Ruhsal bozukluklarda damgalanma profesyonel sağlık hizmetlerinin planlanmasında ve yürütülmesinde en büyük engel olarak görülmektedir. Yapılan çalışmalarda ruh sağlığı bozukluğuna sahip olan çocuk ve ergenlerin akranları, aile üyeleri ve öğretmenleri tarafından damgalandıkları görülmüştür (Kaushik ve ark. 2016, Uzun ve ark. 2016, Macleod 2017). Çocuk ruh sağlığı bozuklukları arasında davranım bozukluğu ve hiperaktif davranış örüntüleri gösteren çocukların da çevresindeki kişiler (akranları, anne babaları ve evdeki diğer bireyler, öğretmenleri) tarafından ayrımcılığa maruz kaldığı ve damgalandığı görülmektedir (Ntedeı 2016). Mueller ve ark. (2012) DEHB'in, sosyal yaşamın birçok yönünü etkileyen yüksek etkiye sahip, çocuk ve yetişkinlikte sıklıkla tanı konulan bir hastalık olduğunu belirtmiştir. Bu nedenle, DEHB hastalarının damgalanma, önyargılar ve ayrımcılıkla yüzleşme riskleri yüksektir. DEHB olan kişilerin kural dışı davranışları ayrımcılığa, izolasyona ve sosyal reddilmeye yol açabilir. Üstelik sadece davranışsal değil DEHB ile bağlantılı ek sorunlar da damgalanmayı da beraberinde getirebilir (Bell ve ark. 2011).

DEHB'de damgalama üzerine literatür incelendiğinde damgalama algısının toplum damgalaması, öğretmen ya da sağlık uzmanlarından gelen damgalama, akran damgalaması ve self damgalama boyutlarında olduğu görülmüştür (Karabekiroğlu 2009, dosReis ve ark. 2010, Singh ve ark. 2010, Bell ve ark. 2011, Wiener ve ark. 2012, Moldavsky ve Sayal 2013, Yaman ve Güngör 2014, Mueller ve ark. 2012, Kaushik ve ark. 2016, Börekçi 2017, Macleod 2017).

Moldavsky ve Sayal (2013)'ın çocuk ve ergenlerin, ebeveynlerin, öğretmenlerin, sağlık profesyonellerinin ve halkın DEHB hakkındaki bilgi ve tutumlarına ilişkin son araştırmaları gözden geçirdiği çalışmasında; DEHB'e karşı yanlışlıkların sürdüğü ve DEHB'li çocuk ve ailelerinin toplum tarafından damgalayıcı deneyimler yaşadıkları belirlemiştir. Mueller ve ark (2012) gözden geçirme makalesinde DEHB'de damgalamaya katkıda bulunan faktörler sıralanmıştır. Bunlar; "DEHB tanısının konulmasında toplumun belirsizlik endişelerine sahip olması, toplumun DEHB'li bireyleri tehlikeli algılaması, DEHB'li bireyin sosyo demografik faktörlerinin damgalamayı etkilemesi (yaş, cinsiyet, etnik köken), DEHB tedavisinin damgalayıcı olması (örneğin toplumun DEHB ilacına karşı şüpheciligi) ve DEHB'li bireyin teşhisinin yanısıra tedavisini ifşa etmesi" olarak belirlenmiştir. DEHB ile

ilişkilendirilen damgalama, DEHB'li bireylerde tedavi uyumu, tedavi etkinliği, semptom şiddetlenmesi, yaşam doyumu ve ruhsal iyi oluşu etkileyen düşük bir risk faktörü olarak kavramsallaştırılabilir. Toplumun yanı sıra sağlık çalışanlarında da DEHB ile ilgili kavramlarda farklılık vardır ve bu durum DEHB teşhisi konan bireylerin damgalanma riskini arttırmaktadır.

ABD'deki kalitatif bir araştırmada (dosReis ve ark. 2010) kısa zaman önce DEHB tanısı almış çocuk ve ergenlerin ebeveyn ve bakıcılarında damgalama ile ilişkili deneyimleri incelenmiştir. Araştırma bulgularına göre damgalanma duygusu çoğu ebeveyni çocukları tanı almadan bile etkilemiştir. Ebeveynler toplumsal damgalama ile ilgili endişelerini ifade etmiş; çocuklarının sosyal olarak reddedildiğini ve izole edildiklerini ifade etmişlerdir. Bu çalışmadaki üzerinde durulması gereken diğer bir bulguda; bazı ebeveynlerin yakın akrabalarının ve medyanın DEHB ilaçları hakkında negatif görüş bildirmelerinden olumsuz etkilendiklerini ifade etmiş olmalarıdır. İngiltere'de yapılan kalitatif bir araştırmada DEHB'li olan çocuk ve gençlerin damgalanma yaşadıkları saptanmış, bu durumun en önemli nedeni olarak DEHB'li bireylerin kullandıkları ilaçlardan ziyade tanı ve davranışsal semptomlar olduğu belirlenmiştir. Çalışmanın önemli sonuçlarından biride DEHB tanısı alan çocuk ve ergenler; akranları, öğretmenleri ve arkadaşlarının aileleri üzerinde kötü bir üne sahip olduklarını ve birçok yan etkilere sahip bir ilaç tedavisi aldıklarını ifade etmiş olmalarıdır (Singh ve ark, 2010).

Kanada'da 9-14 yaş aralığında 84'ü DEHB olan 152 çocuk ve ergen üzerinde yapılan bir araştırmada (Wiener ve ark. 2012), DEHB'li çocukların DEHB'li olmayan çocuklara kıyasla sorunlu davranışlarını damgalayıcı olarak görme ihtimalinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Damgalanma algılarının yüksek olmasının nedeni olarak DEHB tanısı alan çocuk ve ergenlerin benlik saygısının ve öz yeterlilik algısının düşük olması ile ilişkili olduğu sonucuna varılmıştır.

Kaushik ve ark. (2016) ruh sağlığı bozuk olan çocuk ve genç ergenlerde damgalama (stigma) algısına yönelik yaptıkları retrospektif araştırma sonucunda; Amerika Birleşik Devletleri (ABD), İngiltere, İrlanda, İsrail, Avustralya, İran, Kanada, Yunanistan ve Japonya gibi birçok ülkede yapılan çalışmalarda ruh sağlığı bozukluğu tanısı almış çocukların öğrenme zorluğu, fiziksel hastalık ve sakatlık

tanısı alan çocuklardan daha fazla damgalamaya maruz kaldığını göstermektedir. Çocukluk dönemi ruhsal bozukluklarda damgalamanın en çok görüldüğü hastalıklar DEHB ve davranım bozukluğudur. On çocuk ya da ergenin birinde ruh sağlığı sorunu olabileceği ancak üçte birinden daha azının tedavi arama veya yardım arama davranışına girdiği tespit edilmiştir. Ruh sağlığı bozuk olan çocuk ve ergenlere yönelik toplumsal ve içselleştirilmiş damgalamanın (self-stigma) değerlendirildiği çalışmada ayrıca şu sonuçlarda dikkat çekicidir;

- Ruhsal sağlık sorunları olan gençlerin damgalanması yaygın olup bu damgalama çocukluktan başlamaktadır.
- Toplum düzeyinde, tedavi edilmemiş genç hastalarla ilgili kamu harcamaları, çocuk başına yılda 59.000 Euro'yu bulmaktadır.
- Tedavi edilmemiş ve koruyucu önlem alınmamış ruhsal hastalıklar bir halk sağlığı sorunu olarak gelecek nesilleri olumsuz etkilemektedir.
- Damgalama (stigma), ruhsal yardım aramak ve tedavi olmak için ailelerin ve gençlerin önünde önemli bir engel teşkil etmektedir.
- Çocuk ergen ruh sağlığı bozukluğunda damgalama algısına yönelik yeterli düzeyde araştırma bulunmamaktadır.
- Damgalama davranışları yaş ilerledikçe artmaktadır.
- Kadınlar erkeklere göre daha olumlu damgalama tutumları sergilemektedir.
- Ruhsal bozukluğa sahip çocuklarda içselleştirilmiş damgalama davranışları düşük benlik saygısı, depresyon, madde kullanımı, intihar ve suça eğilime neden olmaktadır. Kendini damgalama davranışının en az görüldüğü ruhsal hastalık davranım bozukluğudur.
- Olumlu ebeveyn tutumları içselleştirilmiş damgalamanın daha az görülmesine neden olmaktadır.
- DEHB ve davranış bozukluğu tanısı almış çocuklar öğretmenleri, ebeveynleri ve akranları tarafından daha fazla damgalama davranışına maruz kalmaktadır.
- Sosyo - ekonomik düzeyin ve etnik kökenin damgalama algısı üzerindeki etkileri tam belirgin değildir.

- Ruhsal hastalığa aşinalık (yani ruh sağlığı bozuk bireyle yaşamak veya bu konu hakkında bilgi sahibi olmak) damgalama algısını düşünülenin aksine etkilememektedir.
- Ruh sağlığı bozukluğu tanısı almış çocuk ve ergenler yetişkinlerden daha fazla damgalamaya maruz kalmaktadır.

Aynı çalışmada ailelere, çocuk ve ergenlere yönelik düzenlenecek psiko - eğitim programının toplumsal ve içsel damgalamayı azaltacağı, aile odaklı müdahalelerin gerekli olduğu (özellikle düşük sosyo ekonomik düzeyli ailelerin buna daha fazla ihtiyaç duyabileceği), toplumu etkileyebilecek bireylerin (sağlık çalışanı, öğretmen, medya vs) öncülük ettiği damgalama karşıtı (anti-stigma) kampanyaların ve bilinçlendirme çalışmalarının yapılması gerektiği savunulmuştur.

Ülkemizde Karabekiroğlu ve ark. (2009) yaptığı çalışma damgalama algısı açısından önemli sonuçlar içermektedir. Türkiye' nin farklı coğrafi bölgesinde ve yedi üniversite hastanesi çocuk psikiyatrisi kliniğine gelen hastaların ana babaları ve öğretmenleri ile gerçekleştirilen çalışma sonucunda sınıf öğretmenleri ve çocuk psikiyatrisi kliniklerine başvuran ana babalarda ve aynı zamanda yazılı basında DEHB ve otizmle ilişkili oldukça çok sayıda yanlış bilgi ve değerlendirme bulunduğu görülmüştür. Öğretmenlerin çoğu DEHB ve otizmi olan çocukların ayrı sınıflarda okutulması gerektiğini ifade etmiş ve hem DEHB hem de otizm için öğretmenlerdeki damgalama düzeyinin anlamlı olarak daha yüksek olduğu görülmüştür. Öğretmenlerin DEHB ve otizm hakkında bilgi sahibi olduğunu belirtmiş olmasına karşın, ana babalara oranla daha yüksek düzeyde yanlış bilgilendirme ve damgalamalarının olması dikkat çekici olarak değerlendirilmiştir.

Kurumsal açıdan bakıldığında damgalama aynı zamanda bireyin sağlıklı iletişimini olumsuz etkileyen kurumların sağlıklı yürütülmesinde önemli engeller oluşturan bir kavramdır. Tüm meslek grubundaki bireylerin yetişmesinde emeği olan eğitimcilerin damgalama eğilimlerinin yüksek olması eğitim kurumlarının işlevselliğini ve öğrencilerin davranışlarını olumsuz olarak etkileyebilmektedir. Geleceğimizi emanet ettiğimiz çocukların yetiştirilmesi konusundaki görev ve sorumlulukları göz önüne alındığında öğretmenlerin damgalama algıları ele alınması gereken önemli bir konudur (Yaman ve Güngör 2014). Öğretmenler, öğrencilerin



hayatında kilit rol oynayan bireylerdir. Ayrıca ruh sağlığı bozuk olan öğrencileri desteklemek için öğretmenler öğrencilerin rol modelleri ve rehberleri olarak mükemmel bir konumdadırlar (Macleod 2017). Bu nedenle öğretmenlerin damgalama algıları fazla olduğunda öğrencilerin hayatında ve akademik başarılarında zararlı sonuçların oluşması kaçınılmaz bir sonuçtur (Yaman ve Güngör 2014).

Çocuklukta görülen ruhsal bozuklukların çoğu ilk belirtilerini genellikle okulun ilk yıllarında vermektedir. Ülkemizde okullarda görülen sorunlu davranışlar daha çok okul içi disiplin yöntemleriyle çözülmekte ve bu davranışa neden olan etmenler genellikle değerlendirilmemektedir (Esin ve Dursun 2013). Sınıfta öğrencinin kendisinin ve akranlarının; eğitimini, güvenliğini ve iletişimini zorlayan ve buna yönelik davranışlar sergilenmesi 'istenmeyen öğrenci davranışı' olarak tanımlanmaktadır (Gökyer ve Doğan 2016). DEHB ve yıkıcı davranışları olan çocuk ve ergenler sosyal ilişkilerindeki zorluklar nedeniyle sıklıkla çevrelerindeki insanlardan olumsuz karşılık veya ceza alırlar. Bu nedenlerden dolayı okul hayatında da ciddi sıkıntılar yaşamakta yıl kaybetmekte ya da eğitim hayatlarına son vermek zorunda kalmaktadır. Mevcut durum karşısında çocuk ve ergenlerin benlik saygıları azalmakta, ebeveynleriyle ilişkileri zarar görmekte, toplumsal ilişkiler, arkadaş edinme ve devam ettirme güçlükleri ortaya çıkabilmektedir (Baysal 2013, Yaman ve Güngör 2014, Uzun ve ark. 2016). DEHB'li çocuk ve ergenin damgalanması kişisel kimliğini ve bağımsızlığını uzun vadede olumsuz etkileyebilmektedir (Kaushik ve ark. 2016). Tüm bunların istenmedik bir sonucu olarak damgalanan birey ve aile hastalığı kabullenmede isteksiz davranmakta bununla birlikte tedaviye uyumda sorunlar çıkarabilmektedir (Baysal 2013) Özellikle damgalanma ruhsal yardım aramak için önemli bir engeldir (Kaushik ve ark. 2016).

Sonuç olarak; ruhsal bozukluğa sahip olan bireyin ve ailesinin çok daha sağlıklı bir toplumda yaşayabilmesi için o toplumdaki kişilerin ruhsal hastalıklara yönelik bilgi ve olumlu tutumlarının artırılması aynı zamanda uygun davranış örüntüleri kazanması son derece önemlidir (Bostancı 2004). Bu bağlamda damgalama ve ayrımcılıkla mücadelenin etkin olması için hasta ve yakınlarının kurdukları dernekler, sağlık profesyonelleri, sivil toplum kuruluşları, basın-yayın ve resmi kurumların ortak hareket etmesi gerekir (Sağlık Bakanlığı Ulusal Ruh Sağlığı

Eylem Planı, 2011). Ruhsal hastalıklar konusunda ortak bu davranışın hedefi, toplumu doğru yönde bilgilendirmek var olan olumsuz önyargıları yıkararak bu önyargılı düşüncelerin yerine gerçekleri koymak olmalıdır (Karagöl ve ark. 2013). Toplumu etkileyebilecek kilit rol oynayan kişilerin doğru bilgilendirilmesi damgalamayı ve buna bağlı ayrımcılığı hafifletmede en etkili yöntemdir (Bilge ve Çam 2010).

## **2.8. Okul Ruh Sağlığında Hemşirenin Rol ve Sorumlulukları**

Hemşireler çocuk ve ergenlerle yakından iletişimde bulunabilen ve bakımında etkin rol alan sağlık profesyonellerinden biridir. Sağlık ekibiyle işbirliği içerisinde hemşireler; çocuk ve ergenlerin psikolojik ve duygusal sağlıklarının geliştirilmesi, ruhsal bozukluklardaki risk faktörlerinin belirlenmesi ve bu bozuklukların oluşumunun engellenmesi görevlerini yürütmekle sorumludur (Arkan ve Üstün 2009, Yılmaz ve Türkleş 2015, Alazzam 2017). Amerika Pediriatri Akademisi (American Academy of Pediatrics), hemşirelerin, okul ortamında okul çağındaki çocukların biyopsikososyal sağlıklarını ve refahını teşvik etmede önemli bir rolü olduğuna inanmaktadır (Council on School Health 2017).

Çocuk ve ergenlerin sağlık gereksinimlerini karşılamak için halk sağlığı hemşireleri ve çocuk ergen ruh sağlığı hemşireleri kritik bir konumdadır. Her okulda nitelikli bir okul hemşiresinin varlığı; bireylere, ailelere ve / veya topluluklara kapsamlı sağlık hizmetlerinin sunulmasında kilit öneme sahip olabilir. Toplum hizmeti sunan diğer mesleklerle birlikte, güvenli, etkili, zamanında ve adil sağlık hizmeti elde etmek için ortak multidisipliner amaçlar geliştirerek işbirliği içinde çalışılmalıdır (Council on School Health 2017).

Okullar çocuk ve ergen popülasyonunun en yoğun olduğu ve risk altındaki gençlerin sorunlarını önleme ve tedavi etmede önemli konuma sahiptir. Bu nedenle okullar, okul-bölge ruh sağlığı merkezi sağlayıcıları, okul sağlığı ekibi ve merkez ruh sağlığı hizmetleri veya toplum ruh sağlığı hizmetleri aracılığı ile öğrencilerinin sosyal, duygusal ve davranışsal gereksinimlerini karşılamak için çeşitli programlar (Örn; önleme, erken teşhis, birey, grup veya aile danışmanlığı) yürütmektedirler. Bu süreçte etkili ve yeterli bakımın sağlanması bir dizi engeli içermektedir. Bunlardan bazılarının; ruh sağlığı tedavisini kuşatan damgalama (Bowers ve ark. 2013), okul

sağlığı hizmetlerinin karşılanmasında yetersiz iş gücü, (Lyon ve ark. 2015), mevcut okul uygulayıcıları arasında yüksek kaliteli ve kanıta temelli uygulamaların düşük düzeyde kullanılması (Owens ve ark. 2014), sınırlı disiplinler arası çalışma, sınırlı koordinasyon çalışmaları, gizlilik ile ilgili endişeler, kaynak ve finansman ile ilişkili zorlukların kilit güçlükler olduğu bildirilmiştir. Okul ve toplum uzmanları arasındaki koordinasyon, okul ruh sağlığı programlarının başarısı için kritik öneme sahiptir. Bu nedenle ötekileştirmeyi aşarak, otantik disiplinler arası ekip çalışmasına teşvik etmek, etkin koordinasyon mekanizmaları oluşturmak, öğrenci ve ailelerin gizliliğini korumak, politika ve kaynak gelişimi için teşvik edici olmak okul ruh sağlığı programlarının gelişim planlanmasında yapılmalıdır (Weist ve ark. 2012).

Hemşireler, aldıkları akademik eğitim ve deneyimleri sayesinde, ruh sağlığı hizmetlerini başlatmak ve yönlendirmek için önemli bir noktadır. Okul hemşirelerinin bilgi, beceri ve yetenekleri ruh sağlığı sorunlarını tanımlamak, sevk ve takip etmek için yeterli düzeydedir. Tarama ve öğrencinin ruh sağlığını yükseltmek için yönlendirme faaliyetleri, hemşirelik uygulamaları kapsamındadır. Hemşireler ruh sağlığı sorunlarını taradıklarında ve öğrencileri ekip yardımına ve diğer kuruluşlara yönlendirildiklerinde birey, sistem ve toplum odaklı hemşirelik uygulamalarını en üst noktaya çıkarmış olmaktadır (Puskar ve Marie Bernardo, 2007). Erken tespit, değerlendirme ve tedavi bağı kurma, ruh sağlığı hizmetlerinin sonuçları, çocuk sağlığı ve iyi oluş üzerinde önemli bir etkiye sahiptir. Okul hemşireleri öğrencilerin risk durumunu değerlendirerek ve sınıflandırarak, kısa müdahaleler sağlayarak, okulda ve toplumda ruh sağlığı hizmeti sağlayıcılarına yönlendirerek ruh sağlığı bakım gereksinimlerini karşılarlar (Lunney 2006, Shannon ve ark. 2010, Stevenson 2010, Alazzam 2017).

Okul hemşireleri, çocuklar ve aileleri için DEHB konusunda farkındalığı arttırma sürecinin de ayrılmaz bir parçası olmalıdır. Birçok aile ruhsal bozuklukları olan çocuklarının ihtiyaçlarını kabul etme ve karşılama konusunda sıkıntı yaşamaktadırlar. Bu sebeple okul hemşireleri aileleri sağlık hizmetlerine bağlayan bir köprü görevi görmelidir. Hemşirelerin DEHB'e karşı damgalama ile mücadelede ve bu çocukların bakımında uygulanabilir programlar geliştirmeleri de son derece önemlidir. Hemşireler DEHB'e ilişkin kültürel olarak duyarlı yaklaşımlar geliştirmenin yanı sıra ailelere, çocuklara ve topluma bilgi, eğitim ve danışmanlık

sunabilirler. Okul hemşireleri aynı zamanda DEHB belirtileri ve semptomları gösteren çocukların erken teşhis, tedavi ve sevk sürecinde de etkin rol alabilirler. Böylece bozukluğun yüküyle başa çıkmada ve yönetilmesinde, çocuk ve ailenin yaşam kalitesinin ve öğrencinin akademik başarısının arttırılmasında da etkili olabilirler (Alazzam ve ark. 2017).

Ülkemizde Sağlık Bakanlığı'nın 19 Nisan 2011 tarihli Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik yapılmasına Dair Yönetmelikte, okul hemşireliği halk sağlığı hemşireliğinin bir alt boyutu olarak belirtilmiş, rol ve görev tanımlarında; okul hemşiresinin çocukluk ve ergenlik dönemi ruhsal bozuklukların saptanması, öğretmen ve aile arasında işbirliğini sağlaması, öğrencilerinin benlik saygılarının artırılmasına yönelik okul, aile ve öğretmen arasında koordinasyonu sağlayıcı role sahip olması gerektiği belirtilmiştir. Yönergede ayrıca okul sağlığı hemşiresinin en az lisans düzeyinde eğitim alması gerektiği vurgulanmıştır (Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, 2011). Nitekim Amerika Okul Hemşireliği Birliği tarafından yapılan okul hemşireliği tanımında "Uzmanlaşmış bir uygulama alanı olan Okul Hemşireliği, öğrencinin sağlığını korur ve geliştirir, optimal düzeyde gelişimi ve akademik başarının ilerlemesini destekler, hem etik hem de kanıt temelli uygulamalara dayalı okul hemşireliği, sağlık bakımı ve eğitim ile bağlantılı bakım koordinasyonu sağlar, nitelikli öğrenci merkezli bakımı savunur, bireylerin ve toplumların kendi potansiyellerini geliştirmelerine izin veren sistemleri tasarlamak için işbirliği yapar" olarak tanımlanmıştır (<https://www.nasn.org/nasn/about-nasn/about>, erişim:22.10.2017). Bu nedenle ilgili alanlar ile birlikte koordinasyon ile çalışılması gerektiği açıktır.

Okul hemşireleri eğitim kurumlarında okul çağı çocuk ve ergenlerin biyo-psiko-sosyal sağlığını ve refahını optimal düzeyde sağlayacak önemli rol oynamaktadırlar (Magalnick ve Mazyck 2008). Ülkemizde okul hemşireleri yalnızca özel okul ya da özel eğitim gerektiren kurumlarda çalışmakta ve genellikle emekli olan hemşirelerden tercih edilmektedir. Bu kurumların dışında kalan okullarda ise hizmet rehberlik öğretmenleri tarafından verilmektedir (Adana ve Arslantaş 2011). Günümüz koşullarındaki eğitim sistemi ve öğrenci gereksinimleri göz önüne alındığında okul hemşireleri ile birlikte ortak bir şekilde çalışacak ve farklı meslek

gruplarından oluşan okul sağlığı ekibine ihtiyaç duyulmaktadır (Adana ve Arslantaş 2011).

## 2.9. Okul Ruh Sağlığında Profesyoneller Arası İşbirliği

Amerika Okul Hemşireliği Birliği (National Association of School Nurses); okul hemşiresinin okul sağlığı ekibinde lider ve koordinatör rolleri yürüttüğünü bildirmiştir. Okul ruh sağlığı ekibi; bir okul doktoru, lisans mezunu bir hemşire, toplum sağlığı yardımcı personellerini, okul danışmanı, okul psikoloğu, sosyal çalışmacı ve madde kötüye kullanım danışmanını içermelidir. Sağlık ekibi, aile ve toplumun sağlığını yükseltme amacına yönelik koordine bir ekip anlayışı ile çalışmalıdır. Terapistler, fizik tedavi uzmanları, konuşma-dil patalogları okul sağlık ekibinin bir parçası olabilirler. Amerikan Hemşireler Birliği okul hemşiresinin kayıtlı bir hemşire ve en az lisans derecesine sahip bir diploması olması gerektiğini bildirmiştir (Council on School Health 2017). Aynı zamanda birden fazla sistem ile çalışan (fiziksel sağlık, ruhsal sağlık ve eğitim sağlığı gibi) entegre olabilen mevcut uzmanlığa sahip kişiler; okul sağlığı görevlileri, sosyal çalışmacı, okul hemşiresi, okul psikologları gibi bu role çok uygundur (Lyon ve ark. 2016).

Sağlık bakım alanındaki değişimler toplum odaklıdan hasta odaklıya dönüşmektedir. Öğrencilerin ruh sağlığı için, okul hemşireleri, öğrenci, aile ve uygun diğer okul personeli de dahil olmak üzere okul ve toplum ruh sağlığı uygulayıcılarını da kapsayan sağlık uzmanları arasında işbirliği gereklidir. İşbirliği içerisinde bulunan her ortak bir diğerini tamamlayan eşsiz bireysel beceriler sunmaktadır (Cowan ve ark. 2013). Bu işbirliği, okul ruh sağlığı programının başarılı olmasının yanı sıra, hizmetlerin parçalanmasını azaltır, faydalı kaynakları artırır, ruhsal bozuklukların erken tanınmasında koordinasyonu sağlar (Blackborow ve ark. 2014).

Blackborow ve arkadaşları (2014) derlemelerinde, hemşirelerin günümüzün karmaşık eğitim ve sağlık sistemi konusunda uzman olduklarını ve zamanlarının % 33'nü öğrencilerin ruh sağlığı hizmetlerine harcadıkları; ancak rollerine ve uzmanlıklarına rağmen okul hemşireleri, ruh sağlığı ekibinin bir parçası olarak görülmedikleri ve bu nedenle öğrencilerin ruh sağlığı bakımındaki rolleri ve okuldaki diğer eğitim ve ruh sağlığı profesyonelleri ile işbirliği ve koordinasyonu henüz tam olarak gerçekleştiremediklerini ifade etmiştir.

## 2.10. Öğrencinin Ruh Sağlığını Koruma ve Yükseltmede Hemşirelik Süreci

Hemşirelik süreci öğrencinin ruh sağlığını desteklemeye yönelik bir çerçeve sağlamaktadır. Hemşirelik süreci sürekli tanılama, öğrencinin bireyselleştirilmiş bakım planının geliştirme, öğrenciye özel girişimlerin uygulanması (yönlendirme, eğitim, danışmanlık) sağlık sonuçlarının öğrenci üzerinde değerlendirmesini kapsamaktadır. Bu süreç okul hemşireliği standartları ile yürütülür. Aşağıdaki bölümlerde öğrencinin ruh sağlığı bakımına yönelik hemşirelik sürecinin her bir aşaması hakkında bilgiler verilmiştir (Bohnenkamp ve ark. 2015).

*Tanılama ve Tarama:* Tanılama ve tarama, okul hemşireliği uygulamalarına rehberlik eden hemşirelik sürecinin ilk adımıdır. Okul hemşireleri rutin olarak öğrencileri evde ve okulda sosyal, kültürel, eğitimsel, emosyonel olarak sürecin bir sonraki adımına bilgi vermek için tanılar ve tarama yapar. Bütün hemşireler genellikle tanılama ve tarama becerisine sahip olmalarına rağmen, okulda ruh sağlığı sorunlarını tanılamada bireysel olarak farklılık gösterirler. Bu farklılık, sorunların tespitine yönelik tanılama ve taramaları uzatır ve okul ruh sağlığı ekibinin işlerini artırabilir. Ancak okul hemşireleri öğrencileri ve aileleri ile bol miktarda zaman geçirirler ve anlamlı, önemli ilişkiler geliştirebilirler. Okul hemşiresi ve öğrenci arasında gelişen ilişki ek ruhsal tarama gerektiren öğrencilerin davranışlarındaki değişiklikleri kaydetmek için hemşireye fırsat sağlar. Özellikle damgalanma kaygısıyla rehber öğretmenine gidemeyen öğrenciler için okul hemşiresi ile ilişki kurmak önemli olmaktadır (Bohnenkamp ve ark. 2015).

Okullarda ruhsal sorun taraması gerçekleştirilmelidir. Okullardaki taramalar risk faktörlerinin mevcudiyetine (disipline yönlendirilenler, devamsızlar), ya da koruyucu faktörlere (sosyal, emosyonel durum, dayanıklılık) odaklanır. Ancak okullarda eğitim zamanını azaltacağı, veliler, öğretmenler ve okul yöneticilerinin kabul etmemeleri, potansiyel yasal sorunlar (ilçe politikaları, gizlilik vs.) ve etik endişeler (risk durumu tespit edilen öğrencilerin okulda takip edilme durumu var mı?) gibi evrensel tarama engelleri yaşanır. Bu engellere rağmen ruh sağlığı tarama niyetinin var olması başka türlü tespit edilemeyen öğrencilerin belirlenme olasılığını, öğrencinin profesyonel tedaviyi kabul etme olasılığını artırır ve daha da şiddetlenen risk olasılığını azaltır. Hemşirelerin işitme ve görme gibi fiziksel sağlık sorunlarının

taramasında aldıkları roller düşünüldüğünde, bu tür ruhsal taramalarda da koordinasyonun bir parçası olarak yerini almalıdır (Blackborow ve ark. 2014).

*Planlama ve Uygulama:* Okul hemşirelerince planlanan müdahaleler bireysel olarak öğrenciyi ya da tüm okulu hedef alabilir. Bir halk sağlığı modeli kullanarak okullarda birincil (ruh sağlığı eğitimi), ikincil (tarama) ve üçüncül (bilinen bir ruh sağlığı sorununun tedavi takibi) önleme hedeflenebilir. Gerek bireysel gerekse de tüm okula yönelik planlanan girişimler olsun ruh sağlığı ekibi ilişki içinde olması önemlidir. Bu aşamada hemşire öğrenciden ruh sağlığı ekip üyelerinden ve diğer sağlık hizmeti sağlayıcılarından elde ettiği bilgiler üzerine temellendirilmiş bireysel öğrenci bakım planı hazırlar. Bakım planı öğrencinin ruh sağlığı sorunlarına yönelik gereksinimlerinin nasıl karşılanacağını yansıtmalıdır. Ancak bireyselleştirilmiş hemşirelik bakım planı diğer ruh sağlığı sağlayıcılarının yapacakları hizmetlerin yerini almaz, bu meslek mensuplarının çalışmalarını tamamlar ve öğrencinin sağlık bakımında okul hemşiresinin rolünü açıklar. Okul hemşireleri ruhsal sorunu olan öğrencilere verilen psikotrop ilaçların uygulanması ve takibinde aldığı rolün yanı sıra aktif dinleme, terapötik iletişim, çatışma çözme ve öfke yönetimi eğitimi, etkili baş etme ve sorun çözme, sosyal beceri eğitimi, bilişsel davranışsal müdahaleler, derin soluk alma, hayal etme gibi relaksasyon tekniklerini kullanabilirler. Okul hemşireleri aynı zamanda kayıp süreci hakkında bilgi sahibidirler ve bir öğrenci kayıp yaşadığında müdahale edebilirler. Öğrencinin ruhsal gereksiniminin şiddetine göre bireyselleştirilmiş bakım planı okul ve toplum ruh sağlığı çalışanları ile koordineli olmalıdır. Tüm okulu hedef alan programlar devamsızlıkları azalttığı, disiplin kuruluna yönlendirmeleri azalttığı ve akademik başarıyı iyileştirdiği için eğitim sonuçlarını geliştirdiği gösterilmiştir (Blackborow ve ark. 2014).

*Değerlendirme:* Bu aşamada hemşire hazırlamış olduğu bireyselleştirilmiş bakım planının öğrencinin sağlığı üzerindeki etkisini, ilerleme durumunu değerlendirmelidir. Aynı zamanda okul çapında yapılan uygulamaların, girişimlerin kabul edilirliliği, maliyeti, uygulanabilirliği de değerlendirilmelidir (Blackborow ve ark. 2014).

### 3.MATERYAL VE METOT

#### 3.1.Araştırmanın Tipi

Bu çalışma, ilköğretim öğretmenlerinin dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu hakkındaki damgalama (stigma) algıları ve ilişkili faktörleri belirlemek amacı ile kesitsel desende yürütüldü.

#### 3.2. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımsız Değişkenler: Öğretmenlerin sosyo-demografik özellikleri ve DEHB ile ilgili bilgi ve deneyimleridir.

Bağımlı Değişkenler: DEHB’de Damgalama Ölçeği’dir.

#### 3.3. Araştırma Soruları

1. İlköğretim öğretmenlerinin sosyo-demografik, mesleki özellikleri ve DEHB ile ilgili deneyimleri nedir?
2. İlköğretim öğretmenlerinin DEHB’e yönelik bilgileri nasıldır?
3. İlköğretim öğretmenlerinin DEHB’e yönelik damgalama algısı nasıldır?
4. İlköğretim öğretmenlerinin sosyo-demografik özellikleri ile damgalama algısı arasında ilişki var mıdır?
5. İlköğretim öğretmenlerinin mesleki özellikleri ile DDÖ arasında ilişki var mıdır?
6. İlköğretim öğretmenlerinin DEHB hakkındaki eğitim ve deneyimleri ile DDÖ arasında ilişki var mıdır?
7. İlköğretim öğretmenlerinin DEHB bilgi kaynağı ile DDÖ arasında ilişki var mıdır?



### 3.4.Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Bu çalışmanın verileri, 2017 - 2018 eğitim öğretim yılı Mayıs 2018 - Temmuz 2018 tarihleri arasında Kars il merkezindeki tüm ilkokul ve ortaokullarda (özel ve devlet) çalışan ve araştırma kriterlerine uygun öğretmenlerden toplandı.

### 3.5. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Kars İl Merkezinde 2017-2018 Eğitim ve Öğretim yılı içerisinde yer alan tüm (devlet ve özel) İlkokul ve ortaokullarda çalışan 814 öğretmen oluşturdu. Araştırma n evren eleman sayısı biliniyorsa formülü kullanılarak hesaplandı. Örneklem kayıp ve hatalı doldurma oranı olarak %10 eklemeye yapıldı

$$n = \frac{N \cdot t^2 \cdot p \cdot q}{(d^2(N-1) + t^2 \cdot p \cdot q)}$$

$$p = 0,21, \text{ (Dursun ve ark. 2010, Kaushik ve ark. 2016).}$$

$$q = 1-p=0,79$$

$$t = 1,96$$

$$S(d) = 0,03 \text{ alınarak,}$$

$$814 \cdot (1,96)^2 \cdot (0,21 \times 0,79) / [(0,03)^2 (814-1) + (1,96)^2 (0,21 \times 0,79)] = 379$$

Araştırmanın yapıldığı dönemde Kars İl Milli Eğitim Müdürlüğü kayıtlarına göre il merkezinde 18 tane ilkokul, 19 tane ortaokul 2 tane özel ilkokul, 3 tane özel ortaokul ve 1 tane özel eğitim uygulama okulu bulunmaktaydı. Araştırma kapsamında tüm okullara ulaşıldı. Araştırmanın örneklemini, araştırmayı kabul eden bütün öğretmenler oluşturdu ve araştırmaya katılmak istemeyen veya herhangi bir aşamada ayrılmak isteyen, anketleri eksik dolduran öğretmenler araştırma dışında tutuldu. Nihai olarak 606 öğretmene ulaşıldı.

#### 3.5.1.Araştırmaya Alınma Ölçütleri

1. Milli Eğitim Müdürlüğü'ne bağlı okullarda (devlet/özel) çalışan İlkokul ve/veya ortaokul öğretmeni olma,

2. Çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul etme şeklinde belirlendi.

### 3.6. Verilerin Toplanması

Araştırma verileri anket formu (EK 2), DEHB Damgalama (Stigma) Ölçeği (EK 3-4) ile toplandı.

### 3.7. Veri Toplama Araçları

**Anket Formu:** Anket formu üç bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde öğretmenlerin sosyo- demografik özelliklerini içeren 10 soru, ikinci bölümde DEHB ilgili eğitim ve deneyimlerini içeren 8 soru, üçüncü ve son bölümde öğretmenlerin DEHB ilişkili bilgilerini değerlendiren 22 soru yer almaktadır. Anket Formu araştırmacılar tarafından ilgili literatür taranarak oluşturuldu (Sciutto ve ark. 2000, Ghanizadeh ve ark. 2006, Karabekiroğlu ve ark. 2009, Bell 2011, Funk 2011, Dilaimi 2013, Göl ve Bayık 2013, Vitanza 2014, Yaman ve Güngör 2014, Şimşek ve ark. 2015, Ntede ve ark. 2016, Önk ve Cemaloğlu 2016, Khademi ve ark. 2016, Börekçi 2017).

Öğretmenlerin Sosyo-demografik Bilgileri Bölümü; cinsiyet, yaş, medeni durum, mezun olunan okul, branş, okuldaki görev, meslekte çalışma yılı, ders verilen sınıfın kademesi, sınıf mevcudu ve çalışılan okulun türü ile ilgili sorulardan;

Öğretmenlerin DEHB Hakkındaki Eğitim ve Deneyimleri Bölümü; öğretmenlerin DEHB ilgili eğitim ve deneyimlerini içeren, daha önce DEHB ile ilgili bilgi alıp almadığı, DEHB tanısı ile ilgili bilgi seviyesi, DEHB ile ilgili bilgisi var ise bu bilginin kaynağı, sınıflarında DEHB tanısı alan öğrencinin olup olmadığı, DEHB tanısı alan öğrenci var ise hangi semptom/semptomlarının baskın olduğu, DEHB tanısı almış bir öğrencinin ihtiyaçlarını karşılamaya kendisini yeterli bulup bulmadığı, okul dışında DEHB tanısı almış birini tanıyıp tanımadığı ve yakın arkadaş ya da aile de DEHB tanısı almış birinin olup olmama durumlarını belirlemeye yönelik sorulardan,

DEHB'e Yönelik Bilgi Bölümü; DEHB'e yönelik semptomlar ile ilgili bilgilerini değerlendiren 9 soru, etiyolojik faktörleri ile ilgili bilgi düzeyini değerlendiren 5 soru, tedavi ile ilgili bilgi düzeyini değerlendiren 8 soru olmak üzere öğretmenlerin doğru ya da yanlış olarak yanıt verebilecekleri toplam 22 adet sorudan oluştu.

**DEHB Damgalama (Stigma) Ölçeği (DDÖ/ADHD Stigma Scale):** Bell ve arkadaşları (2011) tarafından geliştirilen DDÖ, 40 Maddelik HIV Stigma Ölçeğinden uyarlanan 26 maddelik bir ölçektir. DDÖ toplam damgalama puanının yanı sıra üç alt ölçeğin puanını da verir. DDÖ, Bilinme Endişesi alt ölçeği (7 maddeden oluşur, örneğin “DEHB olan insanlar bunu bir sır olarak saklamak için çok çaba harcarlar”), Olumsuz Benlik Saygısı alt ölçeği (6 maddeden oluşur örneğin “DEHB olan kişiler kendilerini bu konuda suçlu hissederler”) ve Toplumun Tutumu ile ilişkili Endişeler alt ölçeği (13 maddeden oluşur örneğin “DEHB olan kişilere dışlanmış davranılmaktadır”) olmak üzere üç alt ölçekten oluşmaktadır. Ölçekten alınan yüksek puanların yüksek damgalama algısını göstermektedir. Ölçek 4’lü likert (1 = kesinlikle katılmıyorum; 2 = katılmıyorum; 3 = katılıyorum; 4 = kesinlikle katılıyorum) cevaplama seçeneklerinden oluşmaktadır. Ölçekten alınan puan minimum 26, maximum 104’tür (Bell ve ark. 2011).

Ölçeğin orijinal geçerlik ve güvenilirlik çalışması iki ayrı örnekleme gerçekleştirilmiştir. İlkinde ölçek adölanlardan oluşan bir gruba uygulanmıştır. Doğrulayıcı Faktör analizi sonuçları üç faktör yapısını desteklemiştir. ( $\chi^2(24) = 47,74$ ,  $p = 0,003$ ; GFI = 0,96; RMSEA 0,06). Cronbach’s  $\alpha = 0,93$ , Test-retest güvenilirliği iki hafta ara ile 0.71 olarak belirlenmiştir (Kellison ve ark. 2010).

İkincisinde ölçek öğretmenlerden oluşan bir gruba uygulanmıştır. Doğrulayıcı Faktör analizi sonuçları üç faktör yapısını desteklemiştir (GFI= 0,92; CFI= 0,94. RMSEA 0,10). Cronbach’s  $\alpha$  toplam puanda=0,92 alt ölçekler için “Bilinme Endişesi=0,83; Olumsuz Benlik Saygısı = 0,80; Toplumun Tutumu ile ilişkili Endişeler=0,84” olarak belirlenmiştir (Bell ve ark. 2011).

### **3.8. Veri Toplama Aracının Geçerlilik ve Güvenirlik Çalışması**

Faktör analizi uygulamasında örneklem büyüklüğünün ilişkilerin güvenilir şekilde tahmin edilmesini sağlayacak büyüklükte olmasını önermektedir (Büyüköztürk 2002, Güngör 2016). Buna göre; 100-200 arası örneklem büyüklüğü yeterli sayılmaktadır. Bu çalışma kapsamında 300 öğretmene ulaşıldı. Öğretmenlerin %62’ si (n=186) kadın ve % 38’i (n=114) erkektir. Grubun yaş ortalaması 31,79  $\pm$ 6,24 yıldır.

### 3.8.1. Geçerlik Çalışmaları

#### 3.8.1.1. Dil Geçerliliği

Ölçeğin Türkçe' ye çevrilmesinde şu aşamalar izlendi;

- Ölçme aracını geliştiren Dr. Regina Bussing ile iletişim kurularak ölçeğin ülkemizde kullanılması için izin alındı (Ek 7 )
- Ölçme aracı araştırmacı tarafından Türkçe' ye çevrildi daha sonra birbirinden bağımsız bir dil uzmanı ve ilgili dili ve kültürü bilen ikinci bir uzman tarafından Türkçe' ye çevrilerek aracın Türkçe formu oluşturuldu bu sayede üç form arasındaki tutarlılık incelendi.
- Daha sonra birbirinden bağımsız İngilizce dil çevirmeni tarafından geri çeviri tekniği ile özgün dile geri çevirisi sağlandı.
- Ölçüm aracının özgün dile çevrilmiş hali, yazara tekrar gönderilerek orijinal dil açısından uygunluk değerlendirmesi ve gerekli düzenlemeleri yapıldı.
- Ölçüm aracı okunabilirlik ve anlaşılabilirlik yönünden 15 kişilik çoğunluğu öğretmenlerden oluşan gruba verilerek görüşleri alındı ve tekrar gözden geçirildi.

#### 3.8.1.2. Kapsam (İçerik) Geçerliliği

- Ölçüm aracının kavramsal olarak değerlendirilmesi için oluşturulan Türkçe form ve orijinal ölçek öğretmen üyelerinden oluşan 9 kişilik alanında uzman gruba gönderildi ve uzmanlar her bir maddeyi kavramsal açıdan değerlendirerek 1-4 arası puan vermeleri sağlandı ( Ek 8)
- Uzman görüşlerinin değerlendirilmesinde Davis tekniğinden yararlanılarak Content Validity Index kullanıldı (Pierce 1995, Aksayan ve Gözüm 2002, Yurdugül 2005). Her maddenin anlaşılabilirliğine yönelik olarak yapılması istenen değerlendirmede 1 puan *Uygun Değil*, 2 puan *Biraz Uygun*, 3 puan *Oldukça Uygun*, 4 puan *Çok Uygun* olarak tanımlanmış ve ölçek maddelerinin % 80'ninin 3 ve 4 puan alması beklenmiştir. 3 ve 4 puandan daha az puan alan maddeler tekrar gözden geçirildi. Tablo 3.1'de ölçüm aracına ait yüzdeler değerlendirme sonucu görülmektedir.

**Tablo 3.1.DEHB Damgalama Ölçeği içerik ve kapsam geçerliliği**

Ölçek	CVI (%)
DEHB Damgalama Ölçeği	0,93

### 3.8.1.3.Yapı Geçerliliği

Ölçek uyarlama çalışmalarında önceden keşfedilen kuramsal yapının uyarlanacak kültürde toplanan verilere ne derecede uyum gösterdiği, kısacası modelin geçerliği ilk olarak Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) kullanılarak incelenebilir (Çokluk ve ark.2016). Bu bağlamda ölçüm aracının yapı geçerliliğini sınamak amacı ile öncelikle DFA yapıldı. DFA uyum indekslerinin literatüre göre mükemmel uyum, iyi uyum ve kabul edilebilir uyum düzeyleri değerlendirildi (Çokluk ve ark. 2016, Schermelleh-engel ve ark. 2003, Krston ve ark. 2008, Zainudin 2012). Ki-kare/Serbestlik derecesi 0-2 arasında ise mükemmel uyumu, 2-5 arasında ise kabul edilebilir uyumu; Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü (RMSEA) 0,05 ve altında ise mükemmel uyumu, 0,05-0,10 arasında ise kabul edilir uyumu; İyilik Uyum İndeksi (GFI) 0,90 ve üzeri ise iyi uyumu; 0,95 ve üzeri mükemmel uyumu, Düzenlenmiş İyilik Uyum İndeksi (AGFI) 0,90 ve üzerini iyi uyum ve 0,85-0,90 arasını kabul edilebilir uyumu; Standardize Edilmiş Artık Ortalamaların Karekökü (SRMR) 0,05 ve altında ise mükemmel uyumu, 0,05-0,10 arasında ise kabul edilir uyumu; Karşılaştırmalı Uyum İndeks (CFI) 0,95 ve üzeri ise mükemmel uyumu, 0,90-0,95 arasında ise iyi uyumu göstermektedir.

Mevcut çalışmada orijinal üç faktörlü yapının uyum indeksi sonuçları “ $X^2/Sd=2,80$ , RMSEA:0,078, GFI:0,84, AGFI:0,79, SRMR:0,071 ve CFI:0,88” olarak bulundu. Bu sonuçlara göre üç indeksin ( $X^2/Sd$ , RMSEA, SRMR) karşıladığı ve diğer üç indeksin karşılamadığı (GFI, AGFI ve CFI) belirlendi. Doğrulayıcı faktör analizi iki faktör ve tek faktörlü yapılar için yeniden tekrar edildi. Nihai olarak tek faktörlü yapının Türk kültüründe uyumlu olduğu sonucuna varıldı ( $X^2/Sd=1,42$ , RMSEA:0,038, GFI: 0,93, AGFI:0,88, SRMR:0,05 ve CFI:0,97).

### 3.8.2. Güvenirlik Çalışmaları

#### İç Tutarlılık Güvenirliği

Cronbach's  $\alpha$  ve madde-toplam puan korelasyonu DEHB Damgalama(Stigma) Ölçeği Türkçe versiyonunun (26 madde/1 faktör) tutarlılığını incelemek için kullanıldı. Toplam Cronbach's  $\alpha$  0,92 olarak bulundu. Madde toplam puan korelasyonu 0,46-0,68 arasında değer aldı. Bu sonuca göre madde ve toplam arasında zayıf ve orta düzeyde istatistiksel açıdan anlamlı ilişki belirlendi ( $p<0,05$ ).

#### Test-Tekrar Test Güvenirliği

Ölçeğin tutarlılığının farklı zamanlarda yapılan ölçüm sonuçlarının benzerliğini değerlendirmek amacı ile 3 hafta ara ile 45 kişilik gruba ölçek tekrardan uygulandı. Her iki uygulama arasındaki uyum korelasyon analizi ile değerlendirildi. Buna göre her iki ölçüm arasındaki korelasyon sonucu 0,480/ $p=0,001$ 'dir. Bu sonuca göre ölçümler arasında zayıf düzeyde istatistiksel açıdan anlamlı ilişki belirlendi ( $p<0,05$ ).

### 3.9.Etik Konular ve Verilerin Toplanması

Araştırma verileri 2017-2018 eğitim öğretim bahar yarıyılında toplandı. İlk olarak Kafkas Üniversitesi Etik Kurul başkanlığına başvuruda bulunuldu ve etik izin alındıktan sonra (EK 5) İl Milli Eğitim Müdürlüğü'nden yazılı izin alın alındı (EK 6). Araştırmacı veri toplarken okul müdürlerini konu ve araştırma hakkında bilgilendirerek, veri toplama şekli ve günü ilgili kurum yöneticileri ile planlama sağladı. Veri toplamaya başlamadan önce öğretmenler çalışma hakkında sözlü olarak bilgilendirildi, bilgilendirme ve onam formu açıklandı. Öğretmenlere istemedikleri takdirde formu doldurmayabilecekleri belirtilerek yazılı onamları alındı. Veri toplama araçlarının uygulanması kişiden kişiye değişmekle birlikte yaklaşık 15-20 dakikalık bir süreyi kapsadı.

### 3.10. Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 20,0 programında değerlendirildi ve verilerin istatistiksel analizinde Tablo 3,2.'de belirtilen yöntemler izlendi.  $p<0,05$  anlamlılık değeri olarak kabul edildi. Basıklık ve

çarpıklık değerlerine göre yapılan değerlendirme sonucunda, bazı veriler normal dağılırken diğerlerinin normal dağılım göstermediği belirlendi.

**Tablo 3.2. İstatiksel Yöntemler**

Değişkenler	Kullanılan İstatiksel Yöntem
DEHB Damgalama (Stigma) Ölçeği'nin (ADHD Stigma Scale) psikolinguistik değerlendirilmesi	Kapsam Geçerliliği, Doğrulayıcı Faktör Analizi, Cronbach Alpha Korelasyon Analizi Tekniği, Test-Tekrar Test Güvenilirliği, Madde-Toplam Korelasyon Analizi
Öğretmenlerin Sosyo-demografik Bilgileri, DEHB Hakkındaki Eğitim ve Deneyimleri, DDÖ puan ortalamalarının değerlendirilmesi, dağılımın değerlendirilmesi	Ortalama, Standart Sapma, Sayı, Yüzdeler, Basıklık, Çarpıklık
Sosyodemografik özellikler ile DDÖ arasındaki karşılaştırmalar	Bağımsız Gruplarda t Testi, Mann Whitney-U Testi, Tek Yönlü Varyans Analizi, Kruskal Wallis Testi, Spearman RHO Korelasyon Analizi

### 3.11. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma, uygulandığı tarih, amaca uygun olarak hazırlanan veri toplama araçları ve öğretmenlerin verdiği yanıtlar ile sınırlıdır.

#### 4. BULGULAR

Araştırmanın bulguları üç bölüm halinde verildi.

Birinci bölümde; öğretmenlerin sosyo-demografik ve mesleki özellikleri ile ilgili bulgular,

İkinci bölümde; öğretmenlerin DEHB konusunda ki bilgileri ve stigma (damgalama) algı düzeyleri ile ilgili bulgular,

Üçüncü bölümde; öğretmenlerin sosyo- demografik, mesleki özellikleri, DEHB bilgileri ile DEHB Damgalama (Stigma) Ölçeği (DDÖ) arasındaki ilişki ile ilgili bulgular.



#### 4.1.Öğretmenlerin Sosyo-Demografik ve Mesleki Özellikleri İle İlgili Bulgular

Bu bölümde öğretmenlerin sosyo-demografik ve mesleki özelliklerini içeren bulgulara yer verildi (Tablo 4.1.1, Tablo 4.1.2.).

**Tablo 4.1.1 Öğretmenlerin Sosyo-Demografik Özellikleri ile İlgili Bulgular**

Sosyo-Demografik Özellikler	n	%
<b>Cinsiyet</b>		
<b>Kadın</b>	<b>380</b>	<b>62,7</b>
Erkek	226	37,3
<b>Medeni Durum</b>		
<b>Evli</b>	<b>391</b>	<b>64,5</b>
Bekar	212	35,0
Missing	3	0,5
<b>Mezun Olunan Okul</b>		
Ön Lisans/Eğitim Enstitüsü	18	3,0
<b>Lisans</b>	<b>541</b>	<b>89,2</b>
Lisans Üstü	46	7,6
Missing	1	0,2

Öğretmenlerin sosyo-demografik özellikleri incelendiğinde yaş ortalamasının  $33,09 \pm 7,56$  (min 20/max 62) olduğu, %62,7'sinin (n=380) kadın, % 64,5'inin (n=391) evli ve % 89,3'ünün (n=541) lisans düzeyinde eğitim veren bir kurumdan mezun olduğu belirlendi (Tablo 4.1.1).

Tablo 4.1.2 Öğretmenlerin Mesleki Özellikleri İle İlgili Bulgular

Mesleki Özellikler	n	%
<b>Öğretmenlerin Uzmanlık Alanları</b>		
<b>Branş</b>	<b>302</b>	<b>49,8</b>
PDR ve Özel Eğitim	18	3,0
Sınıf	190	31,4
Missing	96	15,8
<b>Okul Görevi</b>		
Müdür	9	1,5
Müdür Yardımcısı	21	3,5
<b>Öğretmen</b>	<b>576</b>	<b>95,0</b>
<b>Çalışma Yılı</b>		
<b>1-5 yıl</b>	<b>264</b>	<b>43,6</b>
6-10 yıl	163	26,9
11-15 yıl	88	14,5
16-20 yıl	37	6,1
21 yıl ve üstü	54	8,9
<b>Ders Verilen Sınıf</b>		
İlköğretim 1. Kademe	243	40,1
<b>İlköğretim 2. Kademe</b>	<b>362</b>	<b>59,7</b>
Missing	1	0,2
<b>Öğrenci Sayısı</b>		
11-20 arası	167	27,6
<b>21-30 arası</b>	<b>277</b>	<b>45,7</b>
31 ve üstü	152	25,1
Missing	10	1,7
<b>Çalıştığı Okul</b>		
Devlet Okulu	528	87,1
Özel Okul	78	12,9

Öğretmenlerin mesleki özellikleri incelendiğinde %49,8'inin (n=302) branş öğretmeni olduğu, %95'inin (n=576) okulda öğretmen olarak çalıştığı % 43,6'sının (n=264) 1-5 yıldır öğretmenlik mesleğini sürdürdüğü, % 59,7'sinin (n=362) orta okulda çalıştığı, % 45,7'sinin (n=277) ders verdikleri sınıflarda ki öğrenci sayısının 21-30 arası olduğu ve % 87,1'inin (n=528) devlete ait bir okulda çalıştığı belirlendi (Tablo 4.1.2).

#### 4.2. Öğretmenlerin DEHB Konusundaki Bilgileri ve Damgalama (Stigma) Algı Düzeyleri ile İlgili Bulgular

Bu bölümde öğretmenlerin DEHB konusundaki eğitim deneyimleri, bilgileri ve damgalama algı düzeyleri ile ilgili bulgulara yer verildi (Tablo 4.2.1., Tablo 4.2.2., Grafik 1).

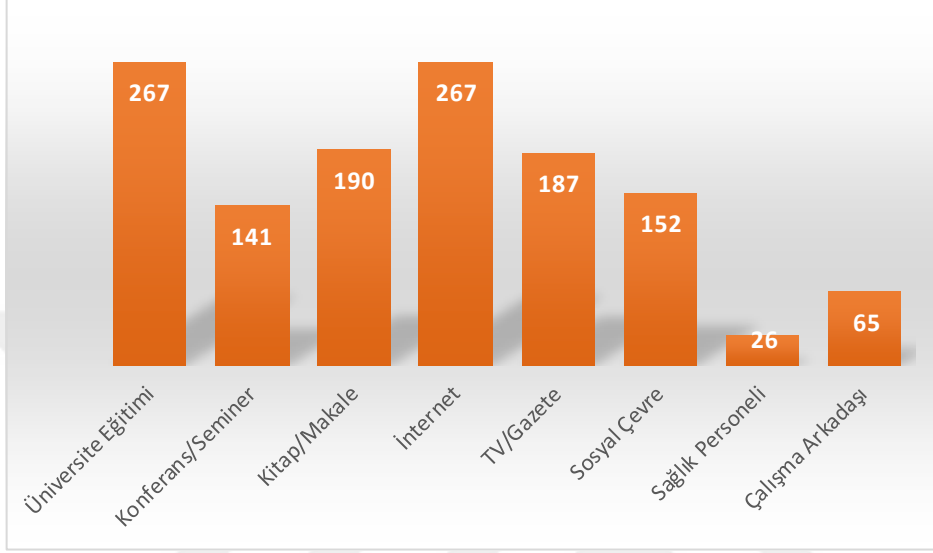
**Tablo 4.2.1. Öğretmenlerin DEHB Hakkındaki Eğitim ve Deneyimleri ile İlgili Bulgular**

	n	%
<b>Daha önce DEHB ile ilgili bilgi alma durumu</b>		
Evet	269	44,4
<b>Hayır</b>	<b>337</b>	<b>55,6</b>
<b>DEHB tanısı hakkındaki bilgileri</b>		
Bilgim Yok	57	9,4
<b>Az düzeyde bilgim var</b>	<b>315</b>	<b>52,0</b>
Orta düzeyde bilgim var	211	34,8
Yüksek düzeyde bilgim var	18	3,0
Missing	5	0,8
<b>Sınıfta DEHB tanısı almış çocuk/çocuklar olma durumu</b>		
Evet	195	32,2
<b>Hayır</b>	<b>411</b>	<b>67,8</b>
<b>Baskın semptom/ semptomlar</b>		
Dikkat eksikliği	68	11,2
Aşırı hareketlilik ve dürtüsellik	46	7,6
<b>Dikkat eksikliği ve aşırı hareketliliğin birlikte olduğu tip</b>	<b>81</b>	<b>13,4</b>
Missing	411	67,8
<b>DEHB tanısı almış bir öğrencinin ihtiyaçlarını karşılamaya yeterli derecede hazır olma durumu</b>		
Evet	146	24,1
<b>Hayır</b>	<b>456</b>	<b>75,2</b>
Missing	4	0,7
<b>Okul dışında DEHB olan tanıdığı olma durumu</b>		
Evet	180	29,7
<b>Hayır</b>	<b>424</b>	<b>70,0</b>
Missing	2	0,3
<b>Yakın bir arkadaş ya da ailenizde DEHB tanısı olma durumu</b>		
Evet	71	11,7
<b>Hayır</b>	<b>534</b>	<b>88,1</b>
Missing	1	0,2

Öğretmenlerin DEHB hakkındaki eğitim ve deneyimleri incelendiğinde % 55,6'sının (n=337) daha önce bilgi almadığı, % 52'inin (n=315) az düzeyde bilgiye sahip olduğu, % 67,8'inin (n=411) sınıfında DEHB tanısı alan öğrencinin olmadığı, DEHB tanısı alan öğrencilerin % 13,4'ünün (n=81) karma tipte olduğu, öğretmenlerin % 75,2'inin (n=456) DEHB'li bir öğrencinin gereksinimlerini

karşılmak konusunda kendisini yeterli hissetmediği, % 70'inin (n=424) okul dışında DEHB tanısı olan birini tanımadığı ve % 88,1'inin (n=534) ailesinde ya da arkadaşlarında DEHB tanısı alan birinin olmadığı belirlendi (Tablo 4.2.1)

### Grafik 1. DEHB Hakkında Bilgi Kaynağı



\*Brden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Öğretmenlerin DEHB hakkındaki bilgi kaynakları incelendiğinde; birinci sırada ve eşit oranda üniversite eğitimi ve internet (n=267; % 44,1), ikinci sırada kitap/makale (n=190; % 31,4) ve üçüncü sırada TV/gazete olduğu (n= 187; % 30,9) belirlendi (Grafik 1).

**Tablo 4.2.2. Öğretmenlerin DEHB Semptomlarına Yönelik Bilgileri ile İlgili Bulgular**

	n	%
<b>DEHB SEMPTOM</b>		
<b>DEHB okul çocuklarının %15'inde görülür.</b>		
<b>Doğru</b>	<b>437</b>	<b>72,1</b>
Yanlış	157	25,9
Missing	12	2,0
<b>DEHB tanısı için, çocuğun belirtileri 12 yaşından önce başlamalıdır.</b>		
<b>Doğru</b>	<b>526</b>	<b>86,8</b>
Yanlış	71	11,7
Missing	9	1,5
<b>DEHB'nun üç alt tipi vardır. Dikkatsizlik, aşırı hareketlilik ve dürtüsellik, ve karışık tip.</b>		
<b>Doğru</b>	<b>531</b>	<b>87,6</b>
Yanlış	61	10,1
Missing	14	2,3
<b>Okul çağındaki çocuklarda, erkeklerde ve kadınlarda DEHB yaygınlığı eşittir.</b>		
<b>Doğru</b>	<b>177</b>	<b>29,2</b>
<b>Yanlış</b>	<b>415</b>	<b>68,5</b>
Missing	14	2,3
<b>DEHB teşhisi için bir çocuğun iki veya daha fazla alanda semptom göstermesi gerekir (ör. Ev, okul).</b>		
<b>Doğru</b>	<b>468</b>	<b>77,2</b>
Yanlış	131	21,6
Missing	7	1,2
<b>DEHB olan çocuklar sıklıkla yerlerinde duramazlar.</b>		
<b>Doğru</b>	<b>492</b>	<b>81,2</b>
Yanlış	111	18,3
Missing	3	0,5
<b>DEHB olan çocuklar sıklıkla aktivite ve etkinlikler düzenlemede güçlük çekerler.</b>		
<b>Doğru</b>	<b>554</b>	<b>91,4</b>
Yanlış	51	8,4
Missing	1	0,2
<b>DEHB olan çocuklar okulda akademik sorunlar yaşayabilirler.</b>		
<b>Doğru</b>	<b>548</b>	<b>90,4</b>
Yanlış	58	9,6
<b>DEHB tanısı alan çocuklar ödev ve etkinlikler için gerekli olan malzemeleri unutabilirler.</b>		
<b>Doğru</b>	<b>505</b>	<b>83,3</b>
Yanlış	100	16,5
Missing	1	0,2

Öğretmenlerin DEHB semptomları hakkındaki bilgileri değerlendirildiğinde; % 72,1'inin (n=437) DEHB'in %15 oranında görüldüğünü belirterek bu soruyu yanlış yanıtladıkları belirlendi.

Öğretmenlerin % 86,8'i (n=526) DEHB belirtilerinin 12 yaşından önce başladığını, % 87,6'sı (n=531) DEHB'in dikkatsizlik, aşırı hareketlilik/ dürtüsellik ve karışık tip olmak üzere üç alt tipi olduğunu, % 68,5'i (n=415) DEHB yaygınlığının kız ve erkek çocuklarında eşit olmadığını, % 77,2'si (n=468) DEHB teşhisi için bir çocuğun iki veya daha fazla alanda semptom göstermesi gerektiğini, % 81,2'si (n=492) DEHB olan çocukların sıklıkla yerlerinde duramadıklarını, % 91,4'ü (n=554) DEHB olan çocukların sıklıkla aktivite ve etkinlikler düzenlemede güçlük çektiklerini, % 90,4'ü (n=548) DEHB olan çocukların okulda akademik sorunlar yaşayabildiklerini, % 83,3'ü(n=505) DEHB tanısı alan çocukların ödev ve etkinlikler için gerekli olan malzemeleri unutabildiklerini bildirerek doğru yanıtladıkları belirlendi (Tablo 4.2.2.)

**Tablo 4.2.2. Öğretmenlerin DEHB'in Etiyolojisine Yönelik Bilgileri ile İlgili Bulgular**

	n	%
<b>DEHB ETİYOLOJİ</b>		
<b>DEHB zekâ seviyesi yüksek olan çocuklarda görülen bir bozuktur</b>		
Doğru	128	21,1
<b>Yanlış</b>	<b>465</b>	<b>76,7</b>
Missing	13	2,2
<b>DEHB zekâ seviyesi düşük olan çocuklarda görülen bir bozuktur</b>		
Doğru	95	15,7
<b>Yanlış</b>	<b>495</b>	<b>81,7</b>
Missing	16	2,6
<b>DEHB yanlış anne baba tutumlarından kaynaklanan bir sorundur</b>		
Doğru	174	28,7
<b>Yanlış</b>	<b>422</b>	<b>69,6</b>
Missing	10	1,7
<b>DEHB nörolojik ve gelişimsel kaynaklı bir sorundur.</b>		
<b>Doğru</b>	<b>465</b>	<b>76,7</b>
Yanlış	122	20,1
Missing	19	3,2
<b>DEHB'li çocukların 1. derece biyolojik akrabalarında da (anne, baba) bu hastalık genel nüfusta olduğundan daha sık görülmektedir.</b>		
Doğru	289	47,7
<b>Yanlış</b>	<b>300</b>	<b>49,5</b>
Missing	17	2,8

Öğretmenlerin DEHB etiyolojisi hakkındaki bilgileri değerlendirildiğinde; % 76,7'si (n=465) DEHB'in zekâ seviyesi yüksek olan çocuklarda görülen bir bozukluk olmadığını, % 81,7'si (n=495) DEHB'in zekâ seviyesi düşük olan çocuklarda görülen bir bozukluk olmadığını, % 69,6'sı (n=422) DEHB'in yanlış anne baba tutumlarından kaynaklanan bir sorun olmadığını, % 76,7'si (n=465) DEHB'in nörolojik ve gelişimsel kaynaklı bir sorun olduğunu bildirerek bu soruları doğru yanıtladıkları belirlendi.

Öğretmenlerin % 49,5'inin (n=300) DEHB olan çocukların 1. derece biyolojik akrabalarında da (anne, baba) bu hastalığın görülme sıklığının genel nüfustan farklı olmadığını belirterek bu soruyu yanlış yanıtladıkları belirlendi (Tablo 4.2.2.).

**Tablo 4.2.2. Öğretmenlerin DEHB'in Tedavisine Yönelik Bilgileri ile İlgili Bulgular**

	n	%
<b>DEHB TEDAVİ</b>		
<b>DEHB sadece ilaçla tedavi edilebilir.</b>		
Doğru	93	15,3
<b>Yanlış</b>	<b>508</b>	<b>83,8</b>
Missing	5	0,9
<b>DEHB'da ilaç tedavisi, okul desteği ve psikoterapi birlikte daha etkilidir.</b>		
<b>Doğru</b>	<b>521</b>	<b>86,0</b>
Yanlış	78	12,9
Missing	7	1,1
<b>Uyarıcı ilaçlar DEHB olan çocukları tedavi etmek için kullanılan en yaygın ilaçlardır.</b>		
<b>Doğru</b>	<b>297</b>	<b>49,0</b>
Yanlış	280	46,2
Missing	29	4,8
<b>DEHB tedavisinde kullanılan uyarıcı ilaçların yan etkileri arasında hafif uykusuzluk ve iştahsızlık vardır.</b>		
<b>Doğru</b>	<b>371</b>	<b>61,2</b>
Yanlış	195	32,2
Missing	40	6,6
<b>Şeker veya gıda katkı maddelerinin diyetle alımını azaltmak, genellikle DEHB belirtilerini azaltır.</b>		
Doğru	276	45,5
<b>Yanlış</b>	<b>293</b>	<b>48,3</b>
Missing	37	6,2
<b>Bir çocuk DEHB tanısı aldığı anda özel eğitim kurumuna yerleştirilmelidir.</b>		
Doğru	271	44,7
<b>Yanlış</b>	<b>325</b>	<b>53,6</b>
Missing	10	1,7
<b>Öncelikle cezaya odaklanan tedavilerin DEHB da semptomları azaltmada en etkili yöntem olduğu bilinmektedir.</b>		
Doğru	134	22,1
<b>Yanlış</b>	<b>457</b>	<b>75,4</b>
Missing	15	2,5
<b>Şiddetli DEHB vakalarında elektro şok tedavisi kullanılır.</b>		
Doğru	95	15,7
<b>Yanlış</b>	<b>485</b>	<b>80,0</b>
Missing	26	4,3

Öğretmenlerin DEHB tedavisi hakkındaki bilgileri değerlendirildiğinde;% 83,8'i (n=508) DEHB'in sadece ilaçla tedavi edilmediğini, % 86,0'sı (n=521) DEHB'de ilaç tedavisinin okul desteği ve psikoterapi birlikte daha etkili olduğunu,



% 49,0'u (n=297) uyarıcı ilaçların DEHB olan çocukların tedavi etmek için kullanılan en yaygın ilaçlar olduğunu, % 61,2'si (n=371) DEHB tedavisinde kullanılan uyarıcı ilaçların yan etkileri arasında hafif uykusuzluk ve iştahsızlık olduğunu, % 48,3'ünün (n=293) şeker veya gıda katkı maddelerinin diyetle alımının azaltılmasının genellikle DEHB belirtileri üzerine etkisi olmadığını, % 53,6'sı (n=325) DEHB tanısı alan çocuğun özel eğitim kurumuna yerleştirilmemesi gerektiğini, % 75,4'ü (n=457) öncelikli olarak cezaya odaklanan tedavilerin DEHB de semptomların azaltılmasında etkili olmadığını, % 80'i (n=485) şiddetli DEHB vakalarında elektro şok tedavisinin kullanılmadığını bildirerek bu soruları doğru yanıtladıkları belirlendi. (Tablo 4.2.2.).

**Tablo 4.2.3 Öğretmenlerin DEHB Damgalama (Stigma) Ölçeği (DDÖ) Puan Ortalaması ile İlgili Bulgular**

	n	$\bar{X} \pm SS$	Min	Max
DDÖ	606	64,86±11,33	26	104

\*n: Örneklem sayısı,  $\bar{X}$ : ortalama, SS: Standart Sapma.

Araştırma kapsamına alınan öğretmenlerin, DDÖ puan ortalamaları incelendiğinde; puan ortalamasının 64,86±11,33 olduğu, minimum 26 ve maximum 104 puan aldığı belirlendi (Tablo 4.2.3.).

### 4.3.Öğretmenlerin Sosyo - Demografik, Mesleki Özellikleri, DEHB Bilgileri ile DEHB Damgalama (Stigma) Ölçeği (DDÖ) Arasındaki İlişki ile İlgili Bulgular

Bu bölümde öğretmenlerin sosyo- demografik, mesleki özellikleri, DEHB hakkında eğitim, deneyim bilgileri ile DEHB Damgalama (Stigma) Ölçeği (DDÖ) arasındaki ilişki ile ilgili bulgulara yer verildi (Tablo 4.3.1, Tablo 4.3.2.).

**Tablo 4.3.1 Öğretmenlerin Sosyo-Demografik Özellikleri ve DDÖ Puanlarının Kıyaslanması ile İlgili Bulgular**

Sosyo-demografik Özellikler	n	$\bar{X} \pm SS$	Mean Rank	r/t/ $KWX^2$ /sd	p
Yaş	521	33,09±7,56		0,010	0,814
<b>Cinsiyet</b>					
Kadın	380	64,89±11,22		0,094	0,925
Erkek	226	64,80±11,53			
<b>Medeni Durum</b>					
Evli	391	65,20±11,36		0,972	0,332
Bekar	212	64,26±11,31			
<b>Mezun Olunan Okul</b>					
Ön Lisans Eğitim Enst.	18		193,53	21,469/2	<b>0,000</b>
Lisans	541		314,28		
Lisans Üstü	46		213,22		

\* n: Örneklem sayısı,  $\bar{X}$ : ortalama, SS: Standart Sapma, R= Spearman's Rho; t: Bağımsız Gruplarda t Testi,  $KWX^2$ : Kruskal Wallis Testi, sd: Serbestlik Derecesi,  $p < 0,05$ .

Öğretmenlerin sosyo-demografik özellikleri ile Damgalama (Stigma) Ölçeği (DDÖ) arasındaki ilişki değerlendirildiğinde yaş, cinsiyet ve medeni durumları ile DDÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki veya fark olmadığı belirlendi ( $p > 0,05$ ). Öğretmenlerin mezun oldukları okul ile DDÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu ( $p = 0,00$ ) yapılan ileri analiz sonucunda lisans mezunlarının hem ön lisans ve eğitim enstitüsü mezunlarına göre ( $p = 0,012$ ) hem de lisansüstü mezunlara göre ( $p = 0,000$ ) DDÖ puan ortalamalarının anlamlı derecede yüksek olduğu belirlendi (Tablo 4.3.1.).

**Tablo 4.3.2 Öğretmenlerin Mesleki Özellikleri ve DDÖ Puanlarının Kıyaslanması ile İlgili Bulgular**

Mesleki Özellikler	n	$\bar{X} \pm SS$	Mean Rank	$t/ KW\chi^2$ /sd/F	p
<b>Öğretmenlerin Uzmanlık Alanları</b>					
Brans	302		245,72	3,286/2	0,193
PDR ve Özel Eğitim	18		274,14		
Sınıf	190		269,29		
<b>Okul Görevi</b>					
Müdür	9		337,33	0,356/2	0,837
Müdür Yar.	21		298,48		
Öğretmen	576		301,15		
<b>Çalışma Yılı</b>					
1-10 yıl	427		296,91	14,493/2	<b>0,001</b>
11-20 yıl	125		349,55		
21 yıl ve üstü	54		249,03		
<b>Ders Verilen Sınıf</b>					
İlköğretim Kademe 1.	243	63,79±11,46		-1,841	0,066
İlköğretim Kademe 2.	362	65,51±11,13			
<b>Öğrenci Sayısı</b>					
11-20 arası	167	63,37±11,41		2,165/2	0,116
21-30 arası	277	65,44±10,88			
31 ve üstü	152	65,63±11,83			
<b>Çalıştığı Okul</b>					
Devlet Okulu	528	65,06±11,07		1,169	0,243
Özel Okul	78	63,46±12,93			

\* n: Örneklem Sayısı,  $\bar{X}$ : ortalama, SS: Standart Sapma, t: Bağımsız Gruplarda t Testi,  $KW\chi^2$ : Kruskal Wallis Testi, sd: Serbestlik Derecesi, F Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)  $p < 0,05$ .

Öğretmenlerin mesleki özellikleri ile Damgalama (Stigma) Ölçeği (DDÖ) arasındaki ilişki değerlendirildiğinde; uzmanlık alanları, okul görevi, ders verilen sınıf, öğrenci sayısı ve çalıştığı okul ile DDÖ puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlendi ( $p > 0,05$ ). Öğretmenlerin çalışma yılı ile DDÖ puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olduğu yapılan ileri analiz sonucunda bu farkın 11-20 yıl çalışanlar ile 1-10 yıl ve 21 yıl ve üzeri çalışanlar arasında olduğu belirlendi. Buna göre 11-20 yıl çalışanların DDÖ puan ortalamaları hem 1-10 yıl ( $p = 0,009$ ) hem de 21 yıl ve üzeri ( $p = 0,001$ ) çalışanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlendi (Tablo 4.3.2.).

**Tablo 4.3.3. Öğretmenlerin DEHB Hakkındaki Eğitim ve Deneyimleri ve DDÖ Puanlarının Kıyaslanması ile İlgili Bulgular**

	n	$\bar{X} \pm SS$	Mean Rank	t/ KW $X^2$ /sd/	P
<b>Daha önce DEHB ile ilgili bilgi alma durumu</b>					
Evet	269	65,76±10,99		1,751	0,080
Hayır	337	64,14±11,56			
<b>DEHB tanısı hakkında bilgi seviyesi</b>					
Bilgim Yok	57		297,11	0,394/3	0,941
Az düzeyde bilgim var	315		297,63		
Orta düzeyde bilgim var	211		306,31		
Yüksek düzeyde bilgim var	18		310,08		
<b>Sınıfta DEHB tanısı almış çocuk/çocuklar olma durumu</b>					
Evet	195	64,33±10,85		-0,790	0,430
Hayır	411	65,11±11,55			
<b>Baskın semptom/ semptomlar</b>					
Dikkat eksikliği	68		99,51	0,141/2	0,932
Aşırı hareketlilik ve dürtüsellik	46		95,48		
Dikkat eksikliği ve aşırı hareketliliğin birlikte olduğu tip	81		98,17		
<b>DEHB tanısı almış bir öğrencinin ihtiyaçlarını karşılamaya yeterli derecede hazır olma durumu</b>					
Evet	146	64,89±12,19		0,047	0,963
Hayır	456	64,83±11,09			
<b>Okul dışında DEHB olan tanıdığı olma durumu</b>					
Evet	180	64,24±10,45		1,909	0,057
Hayır	424	64,32±11,64			
<b>Yakın bir arkadaş ya da ailenizde DEHB tanısı olma durumu</b>					
Evet	71	65,09±12,36		0,181	0,856
Hayır	534	64,83±11,20			

\* n: Örneklem Sayısı,  $\bar{X}$ : ortalama, SS: Standart Sapma, t: Bağımsız Gruplarda t Testi, KW $X^2$ : Kruskal Wallis Testi, sd: Serbestlik Derecesi, p<0,05.

Öğretmenlerin DEHB hakkındaki eğitim ve deneyimleri ile Damgalama (Stigma) Ölçeği (DDÖ) arasındaki ilişki değerlendirildiğinde; daha önce DEHB ile ilgili bilgi alma durumu, DEHB tanısı hakkında bilgi seviyesi, sınıfta DEHB tanısı almış çocuk/çocuklar olma durumu, baskın semptom/ semptomlar, DEHB tanısı almış bir öğrencinin ihtiyaçlarını karşılamaya yeterli derecede hazır olma durumu,

okul dışında DEHB olan tanıdığı olma durumu, yakın bir arkadaş ya da ailede DEHB tanısı olma durumu ile DDÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde bir fark olmadığı belirlendi ( $p>0,05$ ) (Tablo 4.3.3.).

**Tablo 4.3.4. Öğretmenlerin DEHB Hakkındaki Bilgi Kaynağı ve DDÖ /Puanlarının Kıyaslanması ile İlgili Bulgular**

	n	$\bar{X} \pm SS$	Mean Rank	t/U	p
<b>Üniversite Eğitimi</b>					
Evet	267	65,94±11,26		2,093	<b>0,037</b>
Hayır	339	64±11,32			
<b>Konferans/Seminer</b>					
Evet	141	65,63±10,27		0,929	0,353
Hayır	465	64,62±11,63			
<b>Kitap/Makale</b>					
Evet	190	63,28±10,01		-2,546	<b>0,011</b>
Hayır	416	65,60±11,81			
<b>İnternet</b>					
Evet	267	63,46±11,62		-2,700	<b>0,007</b>
Hayır	393	65,95±10,98			
<b>TV/Gazete</b>					
Evet	187	62,62±11,29		-3,279	<b>0,001</b>
Hayır	419	65,86±11,21			
<b>Sosyal Çevre</b>					
Evet	152	63,17±11,40		-2,131	<b>0,033</b>
Hayır	454	65,42±11,26			
<b>Sağlık Personeli</b>					
Evet	26		305,77	7481,00	0,946
Hayır	580		303,40		
<b>Çalışma Arkadaşı</b>					
Evet	65	65,93±10,74		0,811	0,418
Hayır	541	64,73±11,40			

\* n: Örneklem Sayısı,  $\bar{X}$ : ortalama, SS: Standart Sapma, t: Bağımsız Gruplarda t Testi, U:Non Parametrik Mann Whitney-U Testi,  $p<0,05$ .

Öğretmenlerin DEHB hakkındaki bilgi kaynağı ve Damgalama (Stigma) Ölçeği (DDÖ) arasındaki ilişki değerlendirildiğinde; bilgi kaynağı üniversite eğitimi olanların ve kitap/makale, internet, TV/ gazete ve sosyal çevresini bilgi kaynağı olarak kullanmayanların DDÖ puan ortalamalarının istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlendi ( $p<0,05$ ) (Tablo 4.3.4.).

DEHB hakkındaki bilgi kaynağı konferans/seminer, sağlık personeli ve çalışma arkadaşı olanlar ile DDÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde bir fark olmadığı belirlendi ( $p>0,05$ ) (Tablo 4.3.4.).

## 5. TARTIŞMA

Ülkemizde ilköğretim okullarına devam eden 6 – 14 yaş arasındaki öğrenciler, günün yaklaşık 6-7 saati (Döş 2013), haftanın 5 günü ve yılın 40 haftası okulda bulunmaktadır (Göl ve Bayık 2013, Gümüş ve Durmaz 2015). Amerikan Psikiyatri Birliği'ne göre, okul çağı çocuk ve ergenlerde DEHB'in görülme yaygınlığı %3-7 olarak bildirilmektedir. Bu veriler doğrultusunda; okullarda her sınıfta yaklaşık olarak 1-2 DEHB'li öğrencinin bulunma olasılığı yüksektir (Kayaalp 2008, Özmen 2010, Doğaroğlu 2013, Kern ve ark. 2015). DEHB konusunda öğretmenlerin bilgilendirilmeleri, DEHB olan öğrencileri tanımaları ve gösterecekleri istenmeyen davranışları denetim altına almaları son derece önemlidir. Böylece okul idaresi, öğretmen, öğrenci ve veliler arasında karşılaşılabilecek olumsuz durumlar engellenebilecektir (Funk 2011, Koçak 2017).

DEHB, çocukluk ve ergenlik çağının en sık karşılaşılan psikiyatrik bozukluklarından olup (Ghanizadeh ve ark. 2006, Kayaalp 2008, Bell ve ark.2011, Altın ve ark. 2012) ülkemizde yapılmış bir çalışmada DEHB tanısı ile çocuk psikiyatri kliniğine başvuruların 5. sırada yer aldığı (Fidan 2011), benzer olarak Görker ve ark. (2004) İstanbul'da bir üniversite hastanesi çocuk ergen psikiyatri polikliniğine başvuran 12-18 yaş arası vakalarda DEHB'in erkek çocuklarda %3.61, kız çocuklarında % 0.46 oranında olduğu, Aras ve ark. (2007) İzmir'de bir üniversite hastanesi çocuk ergen psikiyatri polikliniğine yapılan başvurularda ise erkek çocukların oranın kız çocuklardan daha fazla olduğu ve erkekler de aşırı hareketliliğin % 23,7, dikkat dağınıklığının % 21,2 ile ilk iki sırada yer alan semptomlar olduğu saptanmıştır. Aktepe ve ark. (2010) araştırmasında da benzer olarak ilk sırada alınan tanının DEHB olduğu görülmektedir.

DEHB' in yaygınlığı ile ilgili ülkemizde yapılan çoğu araştırma sonuçlarının yurt dışında yapılan araştırmalara paralellik gösterdiği ve erkeklerde görülme oranının kız çocuklarına göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (Aktepe ve ark. 2010, Aras ve ark. 2007, Fidan 2011, Doğaroğlu 2013).

İlköğretim öğretmenlerinin (ilkokul ve ortaokul) Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu hakkındaki damgalama (stigma) algısı ve bu algıyı

etkileyen ilişkili faktörleri belirlemek amacı ile yapılan bu çalışmada tartışma, aşağıda belirtildiği şekilde araştırma sorularını kapsayacak doğrultuda iki bölüm halinde sunuldu;

Birinci bölümde; öğretmenlerin DEHB hakkındaki eğitimleri, deneyimleri ve bilgileri ile ilgili bulguların tartışılması,

İkinci bölümde; öğretmenlerin sosyo- demografik, mesleki özellikleri, DEHB hakkındaki eğitim ve deneyimleri ile DEHB Damgalama (Stigma) Ölçeği (DDÖ) arasındaki ilişki ile ilgili bulguların tartışılması.

### **5.1 Öğretmenlerin DEHB Hakkındaki Eğitimleri, Deneyimleri ve Bilgileri ile İlgili Bulguların Tartışılması**

Öğretmenlerin DEHB hakkındaki eğitim ve deneyimleri incelendiğinde; yarısından fazlasının daha önce bilgi almadığı ve DEHB ile ilgili sahip olduğu bilgi durumunu “az düzeyde bilgim var” şeklinde ifade ettiği, üçte birinin sınıfında DEHB tanısı alan öğrencinin olduğu, bu öğrencilerin yarısının DEHB’in karma tip olduğu, dörtte üçünün DEHB’li bir öğrencinin gereksinimlerini karşılamak konusunda kendisini yeterli hissetmediği, okul dışında DEHB tanısı alan birini tanımadığı ve çoğunluğunun ailesinde ya da arkadaşlarında DEHB tanısı alan birinin olmadığını ifade ettiği belirlendi (Tablo 4.2.1).

Almacioğlu (2007) DEHB’li öğrencilerin, öğretmenler tarafından tanınma yeterliliklerinin belirlenmesini amaçladığı çalışmasında, öğretmenlerin konuyla ilgili bilgi düzeylerinin orta derecede olduğu, sınıf öğretmenleri ve rehberlik ve psikolojik danışmanlık (PDR) öğretmenleri arasında bilgi düzeyleri açısından anlamlı bir fark olmadığını belirlemiştir, benzer olarak Göl ve Bayık (2013) Orta Anadolu da ki bir ilde yaptığı çalışmada da; sınıf öğretmenlerinin DEHB’i tanıma yeterliliklerinin orta düzeyde olduğunu saptamıştır. Aynı çalışmada öğretmenlerin %74,8’i DEHB olan çocuklara yaklaşımda ve onları yönlendirmede problem yaşadıklarını ve kendilerine bu konuda yardım edebilecek bir okul sağlığı hemşiresinin bulunmasını önemli bulduklarını belirtmişlerdir. Kern ve ark. (2015) Güney Afrika Vakfında görevli 130 öğretmenle yaptıkları öğretmenlerin DEHB algularını konu alan bir başka çalışmada;

öğretmenlerin, DEHB'in etiyolojisinin yanı sıra DEHB'in ne olduğu konusunda sınırlı bir bilgiye sahip oldukları bulgusunu elde etmiştir.

Karabekiroğlu ve ark. (2009) Türkiye'nin yedi coğrafik bölgesindeki üniversite hastanesine çocuk psikiyatrisi polikliniğine gelen DEHB ve Otizmlili hastaların ebeveynleri ve öğretmenlerin bilgi düzeyleri ve damgalama algılarını içeren çalışmada öğretmenlerin bilgi düzeyinin düşük olduğu belirlenmiştir. Amerika'da öğretmenlerin DEHB hakkındaki bilgi düzeylerini değerlendirmek amacıyla 149 ilkokul öğretmeni ile yürütülen başka bir araştırmada öğretmenlerin bilgi düzeylerinin orta seviyede olduğu (Sciutto ve ark. 2000), Ghanizadeh ve ark. (2006) İran'ın Şiraz kentinde 196 ilkokul öğretmenin DEHB ile ilgili bilgi ve tutumlarını değerlendirdiği araştırma bulgularına göre; öğretmenlerin bilgi düzeylerinin düşük olduğu belirlenmiştir. Perold ve ark.(2010) Güney Afrika'da 552 ilkokul öğretmenin DEHB hakkında bilgi ve yanlış anlamalarını değerlendirmek amacıyla, yaptıkları araştırma bulgularına göre de katılımcıların genel bilgi düzeylerinin zayıf olduğu saptanmıştır.

Khademi ve ark. (2016) İran'nın Tahran kentinde 25 okul ve 205 öğretmenle yaptıkları diğer bir çalışmada öğretmenlerin bilgi düzeylerinin orta derecede olduğu, Tayland da ilköğretim öğretmenleri ile yapılan benzer araştırma sonuçlarında ise; katılımcıların DEHB hakkındaki bilgi düzeylerini düşük olduğu ve okul dışında bu tanıyı alan kişileri tanımadıkları belirlenmiştir (Muanprasart ve ark. 2014). Bu çalışmada DEHB bilgi düzeyini ölçmek için araştırmacı tarafından oluşturulan bir bilgi formu ve katılımcıya sorulan "DEHB (Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu) tanısı hakkında bilgi seviyenizi en iyi hangisi tanımlar?" sorusu kullanıldı. Katılımcıların çoğunluğunun bilgi düzeylerini "az" olarak belirttikleri görülmektedir. Bu sonuç iki şekilde açıklanabilir ilki katılımcıların DEHB olan öğrenci ile karşılaşma ve çalışma konusundaki yaşantısal eksiklik ifadeleri; diğeri ise okul dışı yaşamında DEHB olan bir bireyle karşılaşma yaşantısına sahip olmayışlarıdır. Nitekim DEHB ile ilgili bilgilerin DEHB tanılı çocuklarla birlikte olmayla arttığı bilinmektedir (Kern ve ark.2015). Diğer taraftan araştırmacı tarafından oluşturulan ve DEHB bilgi düzeyini belirleyen 22 soruluk bilgi formuna dair yanıtlar incelendiğinde, öğretmenlerin epidemiyoloji ve etiyolojiye ilişkin 2 soru dışında kalan 20 soruya % 48,3 ile % 91,4 aralığında doğru yanıt verdikleri görüldü.



Bu sonuçlar öğretmenlerinin DEHB konusunda bilgilerini az düzeyde algıladıkları, ancak bilgilerini değerlendiren sorulara büyük çoğunlukla doğru yanıt verdikleri şeklinde yorumlanabilir. Mevcut çalışma sonuçları bu yönü ile literatür ile uyumludur.

Mevcut çalışmada öğretmenlerin DEHB hakkındaki bilgiye ulaşma kaynakları incelendiğinde; birinci sırada ve eşit oranda üniversite eğitimi ve internet, ikinci sırada kitap/makale ve üçüncü sırada TV/gazete olduğu belirlendi (Grafik 1).

Toros (2003) araştırmasında öğretmenlerin DEHB hakkındaki bilgi kaynaklarının % 48,3 TV ve % 43,8 Radyo, % 28,9 bilimsel makale ve % 24,1 dergiler olduğunu belirtmiştir. İran'da yapılan diğer bir çalışmada ise; öğretmenlerin bilgi kaynağı olarak ilk sırada TV ve radyo, ikinci sırada arkadaşlar ve akrabalar, üçüncü sırada ise gazeteler ve dergileri kullandıklarını belirlemiştir (Ghanizadeh ve ark. 2006). Karbekiroğlu ve ark. (2009) öğretmenlerin DEHB hakkındaki bilgi kaynaklarının % 62 ile TV ve % 48 ile gazeteler olduğunu belirlemiş, Amerika'nın Ohio eyaletinde 629 öğretmenle yapılan araştırma bulgularına göre de; öğretmenler bilgi kaynağı olarak ilk sırada interneti, ikini sırada kitap ve makaleleri tercih etmişlerdir (Funk 2011). Göl ve Bayık'ın (2013) bulgularına göre ise; öğretmenlerin % 79'unun DEHB hakkında mezuniyet öncesi bilgi almadıkları, hizmet içi eğitim alan, konu ile ilgili kitap ve /veya makale okuyan öğretmenlerin bilgi puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Tayland'da 2014 yılında, Ayuthaya' da ki üç ilköğretim okulunda 201 öğretmen ile gerçekleştirilen çalışmada öğretmenlerin DEHB ile ilgili bilgi kaynağı olarak ilk sırada televizyonu (%60,4), ikinci sırada ders kitaplarını (% 55,2) ve üçüncü sırada broşür (% 51,2) ve interneti (% 29,4) tercih ettikleri belirtilmektedir (Muanprasart ve ark.2014).

Rim ve ark. (2018) 632 Koreli yetişkinler ile yaptığı çalışmalarında ise; yetişkin bireylerin DEHB ile ilgili bilgi kaynağı olarak % 71,8'i internet, % 71,35'i TV/ gazete, % 71,05'inin kitapları tercih ettikleri saptanmıştır.

Günümüzde kitle iletişim araçları, internet, bilgisayar ve akıllı telefon kullanımının yaygınlaşması bilgiye ulaşımı daha fazla hızlandırmış, insanların özellikle bilgi kaynağı olarak ilk sırada interneti tercih etmelerine neden olmuştur. Araştırma bulguları bu yönüyle literatür ile paralellik göstermektedir.

Mevcut çalışmada öğretmenlerin DEHB semptomları hakkındaki bilgileri değerlendirildiğinde; en yüksek katılımın görüldüğü, doğru olarak yanıtlanan sorular “yerinde duramama, aktivite ve etkinlik düzenlemede güçlük yaşama, akademik sorunlar yaşama ve unutkanlık” olduğu görüldü (Tablo 4.2.2.). Öğrencilerin sınıf içerisinde arkadaşları, öğretmenleri ile ilişkilerinde önemli sayılabilecek davranış örüntülerini içeren bu bulguların yüksek katılım ile doğru yanıtlanması damgalama algısı açısından dikkat çekicidir.

Okullarda öğretmenlerin sınıf içerisinde en sık karşılaştıkları disiplin problemlerinin başında “*istenmeyen öğrenci davranışları*” olarak nitelendirdikleri davranışların DEHB semptomlarına benzer olarak; izin almadan konuşma, sınıfta sürekli dolaşma, arkadaşlarını rahatsız etme, derse karşı ilgisizlik, öğretmenin isteklerine karşı gelme ve dikkatini derse vermeme” gibi davranışlar olduğu görülmektedir (Sadık ve Aslan 2015, Gökyer ve Doğan 2016, Özbilen ve ark. 2017). Gökyer ve Doğan’ın (2016) istenmeyen öğrenci davranışları ve sebeplerine ilişkin okul yöneticilerinin ve öğretmenlerin görüşlerini incelediği çalışmada 39’u yönetici olmak üzere 192 öğretmenin “*Akademik yaşantı ile ilgili olumsuz davranışlar nelerdir?*” sorusunu öğretmenlerin 72’si derse karşı ilgisizlik, derste dikkatini toplamama, düşük motivasyon, ders esnasında farklı şeylerle ilgilenme, 41’i öğretmenleri dinlememe, izinsiz konuşma ve sınıfta dolaşma, 22’si derslerde kullanılan araç gereçleri /kitaplarını unutma eksik veya yanlış getirme ve son olarak 21’i ders sorumluluklarını yerine getirmeme olarak yanıtlamışlardır.

DEHB’e sahip olan öğrenciler; dikkat dağınıklığı, anlatılanları dinlemede güçlük, acelecilik, sabırsızlık, okul ve ev eşyalarına karşı düzensizlik, unutkanlık, fazla konuşma, toplumsal kurallara uyumsuzluk ve sıra bekleyememe gibi problemler yaşarlar. Bu öğrenciler genellikle dış uyaranlara uygun yanıtlar vermediği gibi dikkatini toplamada da oldukça başarısızdırlar. DEHB tanısı alan bireyler söz hakkı verilmeden konuşur, sık sık diğer insanların sözünü keserler. Öğrenciler bu davranışları ile dersin işlenişini bozarlar (Özmen 2010, Tatlılıoğlu, Ram 2016 ) ve okul ortamında sınıf arkadaşları ve öğretmenleri ile sorunlar yaşarlar (Kanay ve Girli

2009, Göl ve Bayık 2013). Oysa öğretmenin öğrencilerini her yönüyle tanınması, onları anlayabilmesi, birbirlerinden ayırt etmeden başarılı olabilmeleri için gerekli imkanları sağlaması okul başarısı ve uyumu için çok önemlidir (Tatlılıoğlu ve Ram 2016).

Eğitimde istenmeyen davranışları gösteren, kendisinin ve arkadaşlarının öğrenme becerisini engelleyen davranışlar sergileyen çocuklara “*yaramaz çocuk*” ya da kısaca “*yaramaz, haylaz*” denilmektedir (Koçak 2017, Abalı 2018). “*Yaramaz*” kelimesi TDK’(Türk Dil Kurumu) da hiperaktif davranış örüntülerine benzer olarak; “*söz dinlemeyen, uslu durmayan, yasaklanan şeyleri yapmakta ayak direyen, haşarı (çocuk), uslu karşıtı*” olarak tanımlanmaktadır. Okulda da bu davranış örüntülerini gösteren çocuklar çoğu kez “uyumsuz çocuk”, “haylaz çocuk”, “*problem çocuk*” olarak adlandırılmakta ya da “*hiperaktif çocuk*” da çoğu kez “*yaramaz*” olarak nitelendirilmektedir (Koçak 2017). Karabekiroğlu ve ark. (2009) araştırmasında öğretmenlerin % 14’ü, Göl ve Bayık’ın (2013) araştırmasında ise öğretmenlerin % 7,9’ u DEHB’in en uygun tanımına “*yaramazın tıbbi karşılığıdır*” yanıtını vermiş olması bu algıyı desteklemektedir.

Tabancalı ve Yüksel-Şahin’in (2016) istenmeyen öğrenci davranışlarını değerlendirildiği ve İstanbul’da ilk, orta ve lise seviyelerinde hizmet veren 30 öğretmen ile yaptığı araştırma sonuçlarında da literatüre benzer olarak öğrencilerin okul ve sınıf kurallarına uymaması öğretmen tanımları arasında birinci sırada yer almıştır. İkinci sırada küfür etme, küfürlü konuşma, okulda şiddet içeren davranışlar sergileme, üçüncü sırada akademik yükümlülüklerini yerine getirmeme, derslere karşı ilgi eksikliği, çalışmama, bilmeme, zamanı verimli kullanma yer almaktadır. Öğretmenler dördüncü sırada ise dikkat eksikliği ve hiperaktivite nedeniyle öğrencilerin onaylanmayan davranışlar sergilediklerini belirtmişlerdir. Öğretmenlerin ilk üç sırada belirttikleri onaylanmayan davranışlar DEHB ve onunla birlikte görülen eş tanılara benzerlik göstermektedir. Aynı zamanda öğretmenlerin dördüncü sırada da DEHB bozukluğu nedeniyle öğrencilerin gösterdikleri bu davranışları “istenmeyen öğrenci davranışı” olarak tanımlamıştır. Bu sonuç öğretmenlerin

DEHB'li öğrencileri onaylamadıkları davranışları nedeni ile damgaladıkları şeklinde yorumlanabilir.

Tatlılıoğlu ve Ram (2016) okul başarısızlığının nedenini araştırdıkları öğrenci, veli ve öğretmen merkezli Sorgun örneklemindeki çalışmasında ise; öğrenci başarısızlık nedenlerinden birinin öğretmenlerin öğrencilere karşı aşağılayıcı ve damgalayıcı olarak nitelendirilen olumsuz tutumları olduğunu saptamıştır. Mevcut araştırmada öğretmenlerin DEHB semptomları hakkındaki bilgilerini içeren sorulara en yüksek katılımın görüldüğü, doğru olarak yanıtlanan soruların “*yerinde duramama, aktivite ve etkinlik düzenlemede güçlük yaşama, akademik sorunlar yaşama ve unutkanlık*” olması öğrencilere yönelik damgalama algısı açısından risk göstermektedir.

Mevcut çalışmada DEHB semptomları konusunda katılımın diğer sorulara kıyasla daha az oranda olduğu ancak öğretmenlerin çoğunluğu tarafından doğru olarak yanıtlanan diğer sorular şöyledir; öğretmenler “belirtilerin 12 yaşından önce başladığını, DEHB'nin üç tipi olduğunu, kız/erkek çocuklar arasında görülme sıklığının eşit olmadığını ve teşhis için en az iki alanda (ev/okul) belirti göstermesi gerektiğini” doğru olarak yanıtladılar. Öğretmenlerin DEHB'in etiyolojisine ilişkin doğru olarak yanıtladığı diğer sorular; DEHB'in her zekâ türüne sahip olan çocuklarda görüldüğü, yanlış anne ve baba tutumlarından kaynaklanan bir sorun olmadığı, DEHB'in nörolojik kaynaklı bir bozukluk olduğudur. Öğretmenler tarafından DEHB'in etiyolojisine ilişkin yanlış yanıtlanan tek soru kalıtımsal yatkınlıktır. Öğretmenlerin yaklaşık yarısı DEHB'li çocukların 1. Derecede biyolojik akrabalarında da bu hastalığın genel nüfusa oranla daha fazla görüldüğünü yanlış yanıtlanmıştır (Tablo 4.2.2.).

Bir çocuğa DEHB tanısı konulabilmesi için olabildiğince fazla kaynaktan bilgi alınmalıdır. Çocukla ve ebeveynler ile görüşme, öğretmenlerden, okulun rehberlik birimlerinden ve çocuğu iyi tanıyan yakın akrabalarından bilgi alma tanı koymaya yardımcı işlemlerdir. Ebeveyn, çocuk ve öğretmen tarafından doldurulan farklı anket ve ölçeklerin sonuçları ve bu bilgilerin paralel ve tutarlı olması tanı

koymada izlenmesi gereken önemli bir adımdır (Kayaalp 2008). Özellikle öğretmenlerin sık sık iletişim halinde olduğu öğrencilerin özelliklerini tanıma yeteneğine ve yeterliliğine sahip olmaları gerekir (Funk 2011). Öğretmenler DEHB tanısı koymaya yetkin olmasa da DEHB olan öğrencileri tanımlamak için ideal olarak yetiştirilmişlerdir ve buna ek olarak DEHB ile ilgili bilgiler bu tanıyı alan çocuklarla karşılaşma ile artmaktadır (Kern ve ark.2015). Mevcut araştırma bulgularına paralel olarak Yeni Zelanda da 44 ilköğretim okulundan 84 ilköğretim öğretmeni ile yapılan çalışmada (Dilaimi 2013) ve Tayland'da 201 ilköğretim öğretmeni ile yapılan araştırma bulgularında da öğretmenlerin DEHB semptomları ve belirtileri ile ilgili bilgi düzeylerinin hastalığın tedavisi ile ilgili bilgilerden daha iyi olduğu belirlenmiştir (Muanprasart ve ark. 2014).

Ülkemizde ise, 2015 yılında Diyarbakır'da 192 PDR (psikolojik danışmanlık ve Rehberlik) öğretmeni ile yapılan çalışmada öğretmenlerin DEHB'in semptomları, teşhis ve tipleri ile ilgili bilgi düzeylerinin iyi olduğu görülmüş ancak öğretmenlerin hastalığın tedavisi ile ilgili sorulara literatürle çelişebilecek düzeyde bilgi ve tutumlara sahip oldukları belirlenmiştir (Şimşek ve ark. 2015). Aynı çalışmada; öğretmenlerin, DEHB hakkındaki bilgi ve inançları değerlendirilmiş; öğretmenlerin % 62,8'nin DEHB'in kalıtsal bir hastalık olduğunu, % 59,2'i DEHB'in birleşik tipte olduğunu belirtmiş fakat DEHB'in tedavisi, zekâ düzeyi vb bazı konularda öğretmenlerin literatürden farklı yanlış bilgi ve inançlara sahip oldukları tespit edilmiştir. Toros (2003)'un çalışmasında sınıf öğretmenlerinin % 44,8'i, branş öğretmenlerinin % 44,4'ü hastalığın genetik geçişli olduğunu, erkeklerde daha fazla görüldüğünü, tanı koymada okul ya da evde belirti göstermesi gerektiğini, her zeka seviyesindeki çocukta görülebileceğini doğru yanıtlamış, tedavisi ile ilgili sorularda ise çocukların ilaç kullanmasının sakıncalı olduğunu belirtmiştir. Funk'un (2011) Amerika da öğretmenlerin DEHB konusunda ki bilgi seviyesini ve öğretmen yeterliliğini değerlendirdiği çalışmasında öğretmenlerin % 46'sı DEHB hakkındaki genel bilgi sorularına, % 49'u DEHB'in değerlendirilmesi ile ilgili sorulara, % 46'sı nedenleri ile ilgili sorulara, % 34'ü prevelansı ile ilgili sorulara, % 45'i tedavisi ile sorulara doğru yanıt vermişlerdir. Bu yanıtlar doğrultusunda öğretmenlerin bilgi düzeylerinin orta düzeyde olduğu söylenebilir. Vitanza'nın (2014) Amerika'da,

ilköğretim ve ortaöğretim öğretmenlerinin DEHB ve kabul edilebilirlik algılarını incelemek için yaptıkları araştırmada; öğretmenlerin DEHB konusunda yeterince eğitilmiş oldukları ve uygulamada kendinden emin oldukları saptanmıştır. Öğretmenler, DEHB'li öğrencilerin yönlendirilmesinde, tanısında, tedavisinde ve izlenmesinde merkezi bir rol oynamaktadır. DEHB alanında öğretmenlere verilen yetersiz eğitim ve bu bozukluğa ilişkin yetersiz ya da yanlış bilginin olası etkileri göz önüne alındığında, okul öğretmenlerinin DEHB ile ilgili bilgi ve algılarının incelenmesi ve anlaşılması hayati önem taşımaktadır (Dilaimi 2013). Mevcut çalışmadaki bu sonuç literatüre paralel olarak katılımcıların hastalığın başlangıcı, tipi ve cinsiyete yönelik oluşumu hakkında bilgili olduklarını göstermektedir, böylece erken teşhis ve tedavi açısından koruyucu, önleyici ve tedavi edici ruhsal yardımı başlatmada öğretmenlerin rol alacakları düşünülmektedir.

Bu çalışmada öğretmenlerin DEHB tedavisi hakkındaki bilgileri değerlendirildiğinde; en yüksek katılımın olduğu, doğru olarak yanıtlanan sorular “*sadece ilaç tedavisi ve kombine tedavi*” olduğu görüldü. Öğretmenlerin ilaç tedavisi, okul desteği ve psikoterapiyi içeren kombine tedaviyi sadece ilaç tedavisi yerine doğru olarak kabul etmeleri önemli bir bulgudur. DEHB tedavisi konusunda katılımın diğer sorulara kıyasla daha az oranda olduğu ancak çoğunluk tarafından doğru olarak yanıtlanan diğer sorular şöyledir: öğretmenlerin yarıya yakınının tedavide uyarıcı ilaçlar kullanıldığını, yarıdan fazlasının ise bu ilaçların yan etkilerinin hafif uykusuzluk ve iştahsızlık olduğunu bildirdikleri, yarıya yakınının şeker veya gıda katkı maddelerinin DEHB belirtileri üzerinde etkili olmadığını, çoğunluğunun öncelikli olarak cezaya odaklanan tedavilerin DEHB’ de belirtilerin azaltılmasında etkili olmadığını, şiddetli DEHB vakalarında elektro şok tedavisinin kullanılmadığını bildirerek bu soruları doğru yanıtladıkları görülürken; öte taraftan öğretmenlerin yarısına yakınının DEHB tanısı alan öğrencilerin özel eğitim kurumuna yerleştirilmesi gerektiğini düşünmesi de dikkat çekicidir.

DEHB, çocuk ve ergenin işlevselliğini birçok alanda olumsuz etkilediğinden tedavisi de çok yönlü olmalı ve iyi bir tedavi; ilaç, psikoterapi ve psikososyal tedavileri kapsamalıdır (Kayaalp 2008). Türkiye’de DEHB’in tedavisinde en sık

farmakolojik tedavinin tek başına verilmesi tercih edilir iken, Avrupa ülkelerinde kombine tedavi seçeneklerinin daha çok tercih edildiği görülmektedir (Altın ve ark. 2012). Ulusal ve uluslararası çalışmalarda öğretmenlerin DEHB'in tedavisine ilişkin bilgilerinin hastalığın belirtilerine göre daha düşük olduğu görülmektedir (Toros 2003, Dilaimi 2013, Muanprasart ve ark. 2014, Ballantine 2015, Kern ve ark.2015, Şimşek ve ark. 2015). Karabekiroğlu ve ark. (2009) Türkiye genelindeki çok merkezli çalışmasında öğretmenlerin % 49,8'i DEHB kullanılan ilaçların ciddi yan etkileri olduğunu ve % 47,5'i DEHB'in tedavi edilse de düzelemeyeceğini belirtmişlerdir.

Vitanza'nın (2014) Amerika'da (Long Island) görevli 81 öğretmenle gerçekleştirdiği öğretmenlerin DEHB ve kabul edilebilirlik algılarını değerlendirdikleri çalışma sonucunda; öğretmenlerin kombine tedaviyi tek başına ilaçlı tedaviye göre daha olumlu buldukları, özellikle birleşik tip DEHB tedavisinde ilaçların daha faydalı olduğunu düşündükleri ve DEHB olan öğrenciler için ek hizmet içi eğitim almak istedikleri sonucuna ulaşılmıştır.

Kern ve ark. (2015) Güney Afrika Vakfında görevli 130 öğretmenle yaptıkları öğretmenlerin DEHB algılarını konu alan çalışmasında ise; katılımcıların alternatif müdahale yöntemlerinin farkındalığına rağmen, ilaç tedavisinin tercih edilen müdahale yöntemi olduğunu vurguladıkları belirlenmiştir. Amerika'da ki benzer araştırmada sonuçlarında (Ballantine 2015) öğretmenlerin DEHB'in tedavisine ilişkin soruya % 17 ile en düşük yüzde ile doğru yanıt verdikleri saptanmış ve DEHB'de uygulanan diyetlerin tedaviye yardımcı olabileceğine inandıkları belirlenmiştir. DEHB gelişiminde çevresel faktörlerinde değerlendirilmesi gerekir. Bu faktörler arasında özellikle boya maddeleri, gıda koruyucuları ve yüksek oranda şeker tüketimi üzerinde durulmuş fakat diyetten bu tür besinlerin çıkarılmasının DEHB belirtilerini etkilemediği saptanmıştır (Öncü ve Şenol 2002). DEHB'de diyet kısıtlaması ve tedavisine yönelik net bir bilgi olmamasına rağmen bu çalışmada öğretmenlerin % 48,3'ü "şeker veya gıda katkı maddelerinin diyetle alımının azaltılmasının DEHB belirtilerini azaltır" önermesinin yanlış olduğunu düşünse de % 45,5'i özel diyet ile beslenmenin DEHB belirtilerini

azaltabileceğini belirtmiştir. Benzer olarak Şimşek ve ark. (2015) çalışmasında da öğretmenlerin yalnızca % 8,4'ü şeker ve gıda katkı maddelerinin DEHB'e neden olabileceğini düşünmektedir. Araştırma bu yönü ile literatür ile paralellik göstermektedir.

Mevcut çalışma öğretmenler tarafından çoğunluğu yanlış yanıtlanan diğer soru DEHB'in yaygınlığı konusundadır. Öğretmenlerin literatürün aksine DEHB'in daha yaygın olduğunu düşündükleri belirlendi. Tıpkı belirti konusunda olduğu gibi damgalama algısı açısından diğer önemli bir bulgu olarak dikkat çekicidir (Tablo 4.2.2.).

Son yıllarda yapılan çalışmalarda DEHB'in tüm dünyadaki ortalama yaygınlığı % 5 -7 olarak belirtilmektedir (Özaslan ve Bilaç 2015). Ülkemizde DEHB'in sıklığına ilişkin aile ve öğretmen ile yapılan çalışmalar incelendiğinde ise farklı sonuçlar ile karşılaşmıştır. Gül ve ark. (2010) Trabzon ilinde 6-12 yaş grubu 1226 ilkokul öğrencisinde aile ve öğretmen ölçeklerine göre tanı konulan araştırmada DEHB yaygınlığı % 8,6 olarak belirlenmiş, Güler ve ark. (2017) tarafından İstanbul'da 7-14 yaş arası 3110 ilköğretim öğrencisinde aile ve öğretmenler ile yapılmış bir diğer araştırmada ise DEHB yaygınlığı aile tarafından % 2,7-% 9,6 aralığında ve öğretmenlere göre ise % 2-% 10,1 aralığında belirtilmiştir. Börekçi (2017) okul öncesi çocuklarda DEHB belirtilerinin değerlendirildiği araştırmasında, öğretmenler okula devam eden 92 öğrenciden % 34,7'sinin DEHB belirtileri gösterdiğini belirtmişlerdir. Öğretmenlerin literatürün aksine ve ailelerden farklı olarak DEHB belirtilerini normalden fazla gözlemlediği ve bildirdiği saptanmıştır. Araştırma bu sonuçları ile literatür ile paralellik göstermektedir.

Mevcut araştırma sonucundan farklı olarak Şimşek ve ark. (2015) PDR öğretmenlerinin bilgi düzeylerini değerlendirdiği çalışmada ise öğretmenlerin % 52,4'ü DEHB'in görülme sıklığı % 3-9 arasında olduğunu belirterek literatürde bildirilen oranlara yakın tahmin ettikleri saptanmıştır.

Araştırma kapsamına alınan öğretmenlerin, DDÖ puan ortalamaları incelendiğinde; puan ortalamasının  $64,86 \pm 11,33$  olduğu, minimum 26 ve maximum



104 puan aldığı belirlendi. Katılımcıların % 51,2'sinin (n=310) ortalamasının üzerinde puan alarak damgalama algılarının daha yüksek olduğu görüldü (Tablo 4.2.3.).

Çam ve Bilge'nin (2013) Türkiye'de ruhsal hastalığa ve hastaya yönelik inanç, tutum ve damgalama sürecinin değerlendirdiği sistematik derlemede; toplumdaki çoğu insanın, hastaların, hasta yakınlarının ve sağlık çalışanlarının ruhsal sağlığı bozuk bireylere ve ruhsal hastalıklara karşı olumsuz inanç ve tutumlara sahip olduğu görülmüştür. Bununla birlikte olumsuz bu tutumların damgalamayı artırdığı ve ruhsal bozukluğa sahip hasta ve yakınlarını olumsuz etkilediği belirlenmiştir.

Önk ve Cemaloğlu'nun (2016) öğretmenlerin damgalama düzeyleri ile örgütsel adalet algıları arasındaki ilişkisini incelediği araştırmada; Ankara Büyükşehir Belediyesi sınırlarındaki resmi ilköğretim ve ortaöğretim okullarında çalışan 204 öğretmen çalışmaya dâhil edilmiştir. Öğretmenlere uygulanan damgalama ölçeğinden max=110, min=22 puan alınmakta ve 55 puan altı düşük, 55 puan ve üzeri yüksek damgalama algısını göstermektedir (Yaman ve Güngör 2013). Katılımcıların damgalama ölçeğinden 53 puan aldığı yüksek damgalamaya yakın puan aldıkları belirlenmiştir. Öğretmenlerin damgalama alt boyutlarından en fazla ön yargı, psikolojik sağlık boyutlarında ise yüksek damgalama eğiliminde oldukları, en az etiketleme ve ayrımcılık alt boyutlarında düşük damgalama eğiliminde oldukları tespit edilmiştir.

DEHB hastalarının damgalanma, önyargılar ve ayrımcılıkla yüzleşme riskleri yüksektir (Mueller ve ark. 2012, Fuermaier ve ark. 2014). Okullar öğrencilerin DEHB belirtilerinin en belirgin hale gelmesine neden olabilecek kuralların ve sosyal ortama uyumun üst düzeyde olduğu bir yerdir. Ayrıca, yüksek sosyal uyum ve örgütsel yetkinlik taleplerinin DEHB'li bireylerce gerçekleştirilmesi zor olabilir. Bu nedenle, DEHB'li bireylerin akademik ortamda damgalanma riski altında olduğu söylenebilir (Fuermaier ve ark. 2014). Günümüzde çok sayıda eğitim kurumu DEHB tanısı alan çocukları okula kabul etmemek için çaba sarf etmekte ve çoğu anne baba da damgalanma ve ayrımcılık endişesiyle çocuklarında var olan DEHB tanısını gizleme çabasına girmektedir (Karabekiroğlu 2009).

Ghanizadeh ve ark. (2006) İran'ın Şiraz kentindeki ilkokul öğretmenlerinin DEHB olan çocuklara yönelik olumlu tutum puanlarının düşük olduğunu belirlemiştir. Fuarmaier ve ark. (2012) DEHB olan yetişkinlere karşı damgalamanın ölçüldüğü araştırmasında öğretmenlerin, hekimlerin ve üniversite öğrencileri arasında genel damgalanma düzeyleri arasında fark olmadığı bununla birlikte öğretmenlerin ve hekimlerin, damgalanmanın belirli yönleri üzerinde üniversite öğrencilerinden daha düşük puanlar gösterdiği bulunmuştur. Fuermaier ve ark. (2014) Almanya da öğretmenlerin DEHB olan yetişkinlere yönelik damgalayıcı tutumlarını değerlendirmek için yaptıkları araştırma sonucunda öğretmenlerin orta derecede damgalama algısına sahip oldukları belirlenmiştir. Şimşek ve ark. (2015) çalışma sonuçlarında öğretmenlerin % 53,4'ü DEHB'e karşı damgalayıcı tutumların ebeveyn, öğretmen ve hekimler tarafından yapıldığını belirtmişlerdir.

Türkiye de yazılı basında yer alan DEHB ile ilgili haberlerin yaklaşık 1/3'ü yanlış yönlendirici ve yaklaşık yarısı da damgalamayı artırıcı nitelik taşımaktadır. Öte taraftan ülkemizde diğer psikiyatrik bozukluklara rağmen DEHB'e ilişkin haberlere daha az yer verilmekte bu da toplumun bilgisinin yetersiz ya da yanlış olmasına neden olmaktadır (Karabekiroğlu 2009). Güngör'ün (2013) okul yöneticilerinin ve öğretmenlerinin damgalama eğilimleri ve örgüt kültürü arasındaki ilişkiyi incelendiği çalışmada; Zonguldak il merkezinde görev yapan 780 öğretmene ulaşılmış ve çalışmada ölçüm aracı olarak damgalama ölçeği kullanılmıştır. Öğretmen ve okul yöneticilerinin psikolojik sağlık ve ön yargı boyutunda damgalama eğilimlerinin yüksek olduğu, okul yöneticilerinin damgalama eğilimlerinin ise öğretmenlere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Karabekiroğlu ve ark. (2009) DEHB ve otizm ile ilgili yanlış değerlendirmeler ve damgalamanın incelendiği çalışmada; özellikle doğu illerinde, öğretmenlerde ve eğitim düzeyi düşük ailelerde damgalama düzeyinin daha yüksek olduğu, öğretmenlerin DEHB ve otizm tanısı alan çocukların ayrı sınıflarda okutulması gerektiğine yönelik görüş belirtmişlerdir. Aynı çalışmada "DEHB 'li bir çocuk sizin çocuğunuzun sıra arkadaşı olsa bu sizi rahatsız eder miydi?" sorusuna öğretmenlerin % 59,5'i ailelerin ise % 39,5'i evet yanıtını vermiştir. Türkiye genelinde çok merkezli yapılan bu çalışmanın sonuçları damgalama algısı açısından

çarpıcı sonuçlar içermekte, öğretmenlerin ayırıcılık içeren bu soruya ailelerden daha fazla oranda yanıt vermesi düşündürücü olup aynı zamanda mevcut çalışma ile paralellik göstermektedir.

## **5.2 Öğretmenlerin Sosyo- Demografik, Mesleki Özellikleri, DEHB Hakkındaki Eğitim ve Deneyimleri ile DEHB Damgalama (Stigma) Ölçeği (DDÖ) Arasındaki İlişki ile İlgili Bulguların Tartışılması**

Öğretmenlerin sosyo-demografik özellikleri ile DDÖ arasındaki ilişki değerlendirildiğinde yaş, cinsiyet ve medeni durumları ile DDÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki veya fark olmadığı belirlendi ( $p>0,05$ ). Öğretmenlerin mezun oldukları okul ile DDÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu ( $p=0,00$ ) yapılan ileri analiz sonucunda lisans mezunlarının hem ön lisans ve eğitim enstitüsü mezunlarına göre ( $p=0,012$ ) hem de lisansüstü mezunlara göre ( $p=0,000$ ) DDÖ puan ortalamasının anlamlı derecede yüksek olduğu belirlendi (Tablo 4.3.1.).

Ruhsal hastalıklara karşı damgalama algısı eğitim, sosyo-ekonomik düzey, yaşanılan çevre, yaş, cinsiyet gibi sosyo demografik değişkenlerinden etkilenmektedir (Baysal 2013). Litaratürde bu değişkenlere ilişkin farklı sonuçlar belirlenmiştir. Bell ve ark. (2011) öğretmenlerin aldıkları özel eğitimin damgalama algısına etkisi başlıklı araştırmasında, DDÖ ile öğretmenlerin yaşı, cinsiyeti, etnik kökeni arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark belirlememiştir. Fuarmaier ve ark. (2012) DEHB olan yetişkinlere karşı damgalamanın ölçüldüğü araştırmasında; erkek katılımcıların kadın katılımcılardan daha damgalayıcı tutumlar ifade ettiği ancak yaş ve damgalama boyutları arasında zayıf ilişkiler olduğu saptanmıştır. Kaushik ve ark. (2016) özellikle zihinsel sağlık sorunu olan çocuklarda ve ergenlerde kamu damgalanmasını ve kendi kendine damgalanmayı değerlendiren literatürün sistematik incelemesinin yapıldığı araştırma bulgularında 42 makaleye ulaşılmış ve 15 makalede yaş ve damgalama algısı arasındaki ilişkinin değerlendirildiği görülmüştür. Sonuç olarak yaş arttıkça damgalama algısının da arttığı saptanmıştır. Ayrıca 23 makalede cinsiyet ve damgalama ilişkisi değerlendirilmiş ve kadınların erkeklere göre damgalamaya karşı daha olumlu bir tutum sergiledikleri ancak bazı çalışmalarda cinsiyetin damgalama algısı üzerinde herhangi bir etkisi olmadığı sonuçlarına ulaşılmıştır. Balay ve Sağlam'ın (2008)

ilköğretim okullarında çalışan öğretmenlerin sınıf ortamında gözlenen olumsuz davranışlara yönelik öğretmen görüşlerini değerlendirdiği araştırmasında; katılımcıların çoğu öğrencilerde başkasının sözünü kesme, izin almadan konuşma, derse geç kalma, izinsiz sırasından kalkma ve dolaşma davranışlarının en fazla gözlenen olumsuz davranışlar olduğunu belirtmiştir. Aynı çalışmada öğretmenlerin çoğunun öğrencilerin sınıf içi davranışlarını “çok olumsuz” olarak değerlendirdikleri belirlenmiştir. Yukarıda ifade edilen davranışlar DEHB belirtilerine paralellik göstermektedir. Bu sonuçlar öğretmenlerdeki damgalama algısı açısından değerlendirildiğinde düşündürücü olup öğretmen görüşlerinin cinsiyet, yaş ve bransa göre anlamlı şekilde farklılık göstermediği saptanmıştır. Aynı çalışmada mevcut çalışmadan farklı olarak lisansüstü eğitim almış öğretmenlerin sınıf içi olumsuz davranışları “biraz olumsuz” olarak değerlendirdiği, ön lisans eğitimi almış öğretmenlerin ise aynı davranışları “çok olumsuz” olarak değerlendirdikleri görülmüştür. Mevcut çalışmada öğretmenlerin çoğunluğunun lisans mezunu olduğu ve ön lisans ve yüksek lisans mezunu öğretmenlerden daha fazla damgalama algısı puanına sahip oldukları belirlendi.

Güngör’ün (2013) 655 öğretmen ve 125 okul yöneticisi ile gerçekleştirdiği yönetici ve öğretmenlerin damgalama eğilimleri ve örgüt kültürü arasındaki ilişkisini konu alan araştırma bulgularında; erkek öğretmenlerin ayrımcılık ve dışlama, etiketlenme ve psikolojik sağlığa yönelik damgalama eğilimlerinin kadın öğretmenlerden daha fazla olduğu, kadın öğretmenlerin ise önyargı boyutunda erkek öğretmenlerden daha fazla damgalama algısına sahip olduğu belirlenmiştir. Öğretmenlerin damgalama eğilimlerinin eğitim durumlarına göre farklılık gösterdiği ön lisans mezunu öğretmenlerin ayrımcılık ve dışlama alt boyutunda lisans öğretmenlerine göre daha fazla damgalama eğilimi gösterdiği, etiketleme, psikolojik sağlık, ön yargı boyutlarında ve genel damgalama eğilimlerinde farklılık olmadığı saptanmıştır. Öğretmenlerin medeni durumlarının da damgalama algısını etkilediği görülmüş evli olan öğretmenlerin damgalama eğilimlerinin psikolojik sağlık alt boyutunda daha fazla olduğu, önyargı boyutunda medeni durum değişkeninin farklılık göstermediği ancak bekâr öğretmenlerin ön yargı alt boyutunda damgalama eğilimlerinin evli öğretmenlere göre daha fazla olduğu ayrımcılık ve dışlama, etiketleme boyutlarında genel damgalama eğilimlerine ilişkin görüşlerinin ise benzer

olduğu belirlenmiştir. Ülkemiz üniversitelerinde “özel öğretim” dersi bütün öğretmenlik alanları için zorunlu ders olarak müfredatta yer almakla beraber dersin içeriği ve kredisi öğretmen adaylarının bu alanda yeteri kadar bilgi sahibi olmalarına imkân vermemektedir (Ardıç ve Doğaroğlu 2018).

Araştırma sonuçları genel olarak değerlendirildiğinde mevcut araştırmanın bulguları bazı araştırma sonuçları ile (Bell ve ark. 2011; Balay ve Sağlam 2008) benzerlik gösterirken diğerleri ile cinsiyet, medeni durum ve eğitim seviyesi açısından farklılıklar gösterdiği görülmektedir. Bu farklılıkların sebebi olarak kullanılan ölçüm araçlarının, kültürün, örneklem grubunun özelliklerinin etkili olacağı düşünülmektedir.

Öğretmenlerin mesleki özellikleri ile DDÖ arasındaki ilişki değerlendirildiğinde; uzmanlık alanları, okul görevi, ders verilen sınıf, öğrenci sayısı ve çalıştığı okul ile DDÖ puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlendi ( $p>0,05$ ). Öğretmenlerin çalışma yılı ile DDÖ puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olduğu, yapılan ileri analiz sonucunda bu farkın 11-20 yıl çalışanlar ile 1-10 yıl ve 21 yıl ve üzeri çalışanlar arasında görüldüğü belirlendi. Buna göre 11-20 yıl çalışanların DDÖ puan ortalamaları hem 1-10 yıl ( $p=0,009$ ) hem de 21 yıl ve üzeri ( $p=0,001$ ) çalışanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlendi (Tablo 4.3.2.).

Ulusal ve uluslararası yapılan çalışmalarda öğretmenlerin mesleki özellikleri ile damgalama algılarına yönelik farklı sonuçlara ulaşılmıştır. Toros'un (2003) Mersin ili örneklemindeki araştırmasında, öğretmenlerin çoğunun devlet okulunda çalıştığı ve branş öğretmenlerinin ortalama çalışma yılının 13 yıl, sınıf öğretmenlerinin ise 19 yıl olduğu saptanmış ve öğretmenlerin DEHB'li öğrencilere karşı tutumlarında branş ve sınıf öğretmenleri arasında anlamlı düzeyde farklılık olmadığı belirlenmiştir. Bell ve ark. (2011) öğretmenlerin aldıkları özel eğitimin damgalama algısına etkisi başlıklı çalışmalarında özel eğitim alan öğretmenlerin büyük çoğunluğu DEHB'li çocukların hastalıkları yüzünden kendilerini suçlu hissettiklerini düşünmüşlerdir. Damgalama algısı ölçeğindeki diğer tüm maddelerde özel eğitim alan öğretmenlerin almayan öğretmenlerden % 4-31 oranında daha fazla damgalama algısını onaylayan maddeleri kabul ettikleri görülmüştür. Aynı çalışmada

en az onaylanan maddeler arasında DEHB'li kişinin iş kaybı ve sosyal dışlanma gibi reddetme deneyimlerini içeren maddeler bulunmaktadır. En az onay alan beş maddeden her biri için özel eğitim sahibi olan öğretmenler her bir maddeyi en az 1,8 kat daha fazla onaylamıştır. Sonuç olarak bulgu şu şekilde yorumlanmıştır. Buna göre özel eğitim sertifikası alan öğretmenler almayanlara göre DEHB'li çocukların hastalıkla ilgili daha fazla reddedilme yaşadıklarını düşünmektedir.

Balay ve Sağlam'ın (2008) Şanlıurfa'da ilköğretim okullarında görev yapan 321 öğretmenle gerçekleştirdikleri araştırmasında da; okullarında 21 yıl ve üzeri çalışan öğretmenlerin sınıftaki öğrenci davranışlarını "biraz olumsuz", 21 yıldan daha az süreyle çalışan öğretmenlerin ise aynı davranışları "çok olumsuz" olarak değerlendirmeleri damgalama algısı açısından mevcut çalışma bulgularının bir kısmı ile paralellik göstermektedir. Bu sonuç, öğretmenlerin öğrenci davranışlarına karşı tutumlarının okuldaki çalışma yıllarından etkilendiği ve okullarında 21 yıl ve üzeri çalışan öğretmenlerin, öğrenci davranışlarını değerlendirmede, diğer öğretmenlere oranla daha iyimser bakış açısına sahip olduklarını göstermiştir. Yazarlar bu sonucu çalışma yılı arttıkça öğretmenlerin okulu ve öğrenciyi daha iyi tanımaya neden olabileceği şeklinde yorumlamıştır. Güngör'ün (2013) araştırma bulgularında; meslek lisesinde görev yapan öğretmenlerin damgalama eğilimlerinin ilköğretim ve genel lise ve öğretmenlere oranla daha yüksek olduğu ayrıca genelde görev yapan okul yöneticilerinin damgalama eğilimlerinin ilköğretim ve meslek lisesinde görev yapan öğretmenlere oranla daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Öğretmenlerin mesleki çalışma yıllarının damgalama eğilimleri ile ilişkisi değerlendirildiğinde ise; 11-15 yıl ve 21 yıl ve üzeri çalışan öğretmenlerin damgalama eğilimlerinin psikolojik sağlık boyutunda meslekte 1- 5 yıl çalışan öğretmenlere göre daha fazla olduğu, ayrıca ön yargı boyutunda meslekte 1-5 yıl çalışan öğretmenlerin 11-15 yıl ve 21 yıl ve üzeri çalışan öğretmenlere göre daha fazla olduğu, öğretmenlerin ayırmacılık ve dışlama, etiketleme boyutlarında genel damgalama eğilimlerinde bir farklılık olmadığı saptanmıştır.

Ballantine (2015) Amerika'nın Illinois eyaletinde 14 genel eğitim ve 9 özel eğitim öğretmeni ile yaptığı araştırma bulgularında öğretmenlerin % 48'inin 11 - 20 yıllık deneyime sahip olduğu ve çalışma yılının damgalama algısı açısından anlamlı bir fark yaratmadığı belirlenmiştir.

Mevcut araştırmanın bulguları öğretmenlerin branş, okuldaki görev, öğrenci sayısı ve çalıştığı okula göre DDÖ puanlarının anlamlı farklılık göstermediği öte yandan mesleki çalışma yılına göre anlamlı bir fark gösterdiği sonucuna ulaşıldı. Literatür incelendiğinde çalışmaların branş farkı ve mesleki çalışma yılı üzerinde yoğunlaştığı görüldü. Literatür sonuçlarına göre branş farkı hem anlamlı hem de anlamlı olmayan bir değişken olarak ortaya çıkmıştır. Mesleki çalışma yılında ise mesleki deneyimin damgalama algısını düşürdüğü sonucuna ulaşılmıştır. Mevcut çalışmanın sonuçları literatür ile kısmen uyumludur. Branş sonucu kısmen uyum gösterirken; mesleki deneyim benzerlik göstermektedir. Farklı olarak 1-10 yıl çalışan öğretmenlerinde damgalama algısı mevcut çalışmada düşük çıkmıştır. Bu sonuç öğretmenlerin ilk 10 yıl boyunca mesleki idealizminin korunması ile açıklanabilir.

Öğretmenlerin DEHB hakkındaki eğitim ve deneyimleri ile DDÖ arasındaki ilişki değerlendirildiğinde; daha önce DEHB ile ilgili bilgi alma durumu, DEHB tanısı hakkında bilgi seviyesi, sınıfta DEHB tanısı almış çocuk/çocuklar olma durumu, baskın belirti/ belirtiler, DEHB tanısı almış bir öğrencinin ihtiyaçlarını karşılamaya yeterli derecede hazır olma durumu, okul dışında DEHB olan tanıdığı olma durumu, yakın bir arkadaş ya da ailenizde DEHB tanısı olma durumu ile DDÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde bir fark olmadığı belirlendi ( $p>0,05$ ) (Tablo 4.3.3.).

Ulusal ve uluslararası yapılan birçok araştırmada öğretmenlerin DEHB ile ilgili bilgilerinde kısıtlılıklar veya yanlışlıklar olduğu görülmüştür (Sciutto ve ark. 2000, Ghanizadeh ve ark. 2006, Almacioğlu 2007, Karabekiroğlu 2009, Perold ve ark. 2010, Göl ve Bayık 2013, Şimşek ve ark. 2015, Kern ve ark. 2015, Khademi ve ark. 2016 ). Bu bilgi karışıklığı öğretmenlerin DEHB tanısı olan öğrencilere yaklaşım konusunda sorun yaşamalarına da neden olmaktadır (Toros 2003, Ardıç ve Doğaroğlu 2018). Karabekiroğlu ve ark. (2009) araştırma bulgularında öğretmenlerin çoğunun DEHB hakkında bilgi sahibi olduğunu belirtmelerine rağmen hem DEHB hem de otizm için damgalama düzeylerinin yüksek olduğu saptanmıştır. Fuermaier ve ark.(2014) araştırma sonuçlarına göre; DEHB'li erişkinlerle temas sıklığının öğretmenlerin damgalanma puanları ile arasında anlamlı bir fark bulunmamış ancak konu hakkında bilgisi olduğunu ifade eden öğretmenlerin damgalama puanlarının daha düşük olduğu saptanmıştır. Öte taraftan Ballantine (2015) Amerika'nın Illinois

eyaletinde 14 genel eğitim ve 9 özel eğitim öğretmeni ile yaptığı araştırma bulgularında öğretmenler arasında DEHB bilgileri ve damgalama algıları açısından önemli bir fark olmadığı belirlenmiştir.

Literatürde DEHB ile ilgili bilgi ve yaşantısal deneyimi kimi çalışmalarda damgalama algısını etkilerken kimi çalışmalarda etkilemediği sonucuna ulaşılmıştır. Mevcut çalışma sonuçlarına göre öğretmenlerin DEHB hakkındaki bilgileri ile yaşantısal deneyime sahip olma durumları ile damgalama algısı arasında anlamlı bir fark olmadığı görüldü. Mevcut araştırma da bu sonuçlara paralel olarak öğretmenlerin DEHB ilişkin genel bilgi düzeylerinin iyi olduğu ancak öğretmenlerin yarısının damgalama algılarının ortalamanın üzerinde olduğu görüldü. Damgalama algısı açısından bilgi düzeyinin önemli bir faktör olduğu sonucuna varılabilir. Yaşantısal deneyim mesleki çalışma yılı ile ilişkili olduğundan ve mevcut çalışmada öğretmenlerin yarıya yakınının 1-5 yıl arası mesleki deneyime sahip oldukları göz önünde bulundurulduğunda yaşantısal deneyim eksikliği açıktır. Bu nedenle damgalama algısı üzerindeki etkisi ön plana çıkmamış olabilir.

Mevcut çalışmada öğretmenlerin DEHB hakkındaki bilgi kaynakları ve DDÖ puanları arasındaki ilişki değerlendirildiğinde; bilgi kaynağı üniversite eğitimi olanların, kitap/makale, internet, TV/ gazete ve sosyal çevresini bilgi kaynağı olarak kullanmayanların DDÖ puan ortalamalarının istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlendi ( $p < 0,05$ ). DEHB hakkındaki bilgi kaynağını konferans/seminer, sağlık personeli ve çalışma arkadaşı olanlar ile DDÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde bir fark olmadığı belirlendi ( $p > 0,05$ ) (Tablo 4.3.4.).

Şimşek ve ark. (2015) çalışmasında da öğretmenlerin %34'ü bilgi kaynağı olarak interneti belirtmişlerdir. Rim ve ark. (2018) araştırma bulgularına göre interneti ruh sağlığı ile ilgili başlıca bilgi kaynağı olarak bildiren katılımcıların, zihinsel sağlık bilgisi için diğer kaynakları kullananlara göre daha yüksek damgalama puanları gösterdiği belirlenmiştir. Karabekiroğlu ve ark. (2009) araştırmasında DEHB ve Otizm ile ilgili yazılı basın taraması yapmış ve yaklaşık olarak 2364 makaleye ulaşmışlardır. Bu makalelerden 32 tanesinin DEHB ile ilgili ve 18 tanesinin ise Otizm ile ilgili olduğu belirtilmiştir. Makalelerin %28,1'inin



“damgalamayı artırıcı” sadece %25’inde ise “damgalamayı azaltıcı” ifadelerle rastlanmıştır.

Özellikle internet, televizyon ve gazete bilgiye ulaşmak için sık kullanılmakla birlikte, toplumu her daim doğru bilgilendirmemekte, ruhsal hastalıkların özellikle dikkat çeken yönleri vurgulandığı için damgalamayı arttırdığı bilinmektedir. Haberler, şiddet gösteren ve yaygın suç işleyen bireylerin bir ruhsal hastalığı olduğunu vurgulamakta, komedyenler, ruh sağlığı bozukluğuna sahip bireylerin belirtilerini mizahi olarak ele almakta ve haber muhabirleri özellikle damgalayıcı görüntüleri haberlerine dikkat çekmek için kullanmaktadırlar (Avcıl ve ark. 2016).

Literatürün aksine mevcut çalışmada interneti, kitap ve makaleyi, TV/ gazete ve sosyal çevresini bilgi kaynağı olarak kullanmayanların DDÖ puan ortalamaları yüksek çıkmıştır. Aynı zamanda bilgi kaynağı üniversite eğitimi olanların DDÖ puan ortalamaları yüksektir. Mevcut çalışmada öğretmenler çoğunlukla bilgi kaynağı olarak ilk sırada üniversite eğitimi ve interneti, ikinci sırada kitap ve makaleleri, üçüncü sırada ise TV ve gazeteleri belirtmiştir. Çalışmada ortaya çıkan farklılıklar kullanılan ölçüm aracının farklı olması, interneti, TV, gazeteyi kaynak olarak kullanan öğretmenlerin nitelikli siteleri ve programları takip ettikleri şeklinde yorumlanabilir. Bu çalışmada öğretmenlerin yarısından fazlasının mezuniyet sonrası DEHB konusunda eğitim almadıkları ve çoğunluğunun DEHB’i olan bir çocukla karşılaşmadığı belirlendi. Bu sebeple DEHB konusunda ki bilgi ve deneyimleri üniversite eğitimi ile sınırlı kalan öğretmenlerin DDÖ puanlarının yüksek olduğu söylenebilir.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

### 6.1. Sonuçlar

İlköğretim öğretmenlerinin (ilkokul ve ortaokul) Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu hakkındaki damgalama (stigma) algısı ve bu algıyı etkileyen ilişkili faktörleri belirlemek amacıyla gerçekleştirilen bu araştırma sonucunda;

- Öğretmenlerin yaş ortalamasının  $33,09 \pm 7,56$  olduğu, % 62,7'sinin kadın, % 64,5'inin evli ve % 89,3'ünün lisans düzeyinde eğitim veren bir kurumdan mezun olduğu,
- Öğretmenlerin % 55,6'sının DEHB hakkında daha önce bilgi almadığı, % 52'sinin DEHB hakkındaki bilgi düzeyini "az düzeyde" değerlendirdikleri, % 67,8'nin sınıfında DEHB tanısı alan öğrencinin olmadığı, DEHB tanısı alan öğrencilerin %13,4'nün karma tipte olduğu, % 75,2'nin DEHB'li bir öğrencinin gereksinimlerini karşılamak konusunda kendisini yeterli hissetmediği, % 70'nin okul dışında DEHB tanısı alan birini tanımadığı ve % 88,1'nin ailesinde ya da arkadaşlarında DEHB tanısı alan birinin olmadığı,
- Öğretmenlerin % 44,1'inin DEHB hakkındaki bilgi kaynağı olarak birinci sırada üniversite eğitimi ve interneti, %31,4'ünün kitap/makale ve % 30,9'unun TV/gazeteyi tercih ettiği,
- Öğretmenlerin % 72,1'inin DEHB'in görülme sıklığını % 15 oranında bildirerek bu soruyu yanlış yanıtladıkları ayrıca % 49,5'inin DEHB'li çocukların 1. derece biyolojik akrabalarında da bu hastalığın sık görülmediğini bildirerek yanlış yanıtladıkları,
- Öğretmenlerin DEHB'in belirtileri, tipi, etiyolojisi ve tedavisi ile ilgili sorunları büyük oranda doğru yanıtladıkları,
- DDÖ puan ortalamasının  $64,86 \pm 11,33$  olduğu,
- Öğretmenlerin sosyo-demografik özellikleri (yaş, cinsiyet ve medeni durum) ile DDÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki veya fark olmadığı ( $p > 0,05$ ),

- Öğretmenlerin uzmanlık alanları, okul görevi, ders verilen sınıf, öğrenci sayısı ve çalıştığı okul ile DDÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde bir fark olmadığı ( $p>0,05$ ), Lisans mezunu öğretmenlerin ön lisans, eğitim enstitüsü mezunu ve lisansüstü mezunlara göre DDÖ puan ortalamalarının istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu ( $p<0,05$ ),
- Meslekte 11-20 yıl çalışan öğretmenlerin DDÖ puan ortalamalarının hem 1-10 yıl hem de 11-20 yıl üzeri çalışanlara göre istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu ( $p<0,05$ ),
- Öğretmenlerin daha önce DEHB ile ilgili bilgi alma durumu, DEHB tanısı hakkındaki bilgi seviyesi, sınıfta DEHB tanısı almış çocuk/çocukların varlığı, DEHB'in baskın belirti/ belirtileri, DEHB tanısı almış bir öğrencinin ihtiyaçlarını karşılamaya yeterli derecede hazır olma durumu, okul dışında DEHB olan tanıdığı olma durumu, yakın bir arkadaş ya da ailenizde DEHB tanısı olma durumu ile DDÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde bir fark olmadığı ( $p>0,05$ ),
- Öğretmenlerin bilgi kaynağı üniversite eğitimi olanların ve kitap/makale, internet, TV/ gazete ve sosyal çevresini bilgi kaynağı olarak kullanmayanların DDÖ puan ortalamalarının istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu ( $p<0,05$ ),
- DEHB hakkındaki bilgi kaynağını konferans/seminer, sağlık personeli ve çalışma arkadaşı olanlar ile DDÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde bir fark olmadığı görülmektedir ( $p>0,05$ ).

## 6.2. Öneriler

- Bu çalışmada öğretmenler DEHB konusunda bilgi düzeylerini zayıf algılamakta ve DEHB'li öğrencilerin gereksinimlerini karşılama konusunda kendilerini yeterli hissetmemektedir.
  - Eğitim fakültelerinde öğrenim gören öğrencilere okul çağı dönemi boyunca oluşabilecek ruhsal bozuklar ve yaklaşımlar konusunda farkındalık kazandırılmalıdır.
  - DEHB okul çağı çocuklarında en sık karşılaşılan ruhsal bozukluktur. DEHB belirtilerinin doğru değerlendirilip tedaviye erken yönlendirilebilmesi için öğretmenlerin ve okul ruh sağlığı çalışanlarının gereksinimleri belirlenerek bu doğrultuda bilgilendirme sağlanmalı,
  - DEHB'de görülen akademik başarısızlık ve okul uyum sorunlarının engellenmesine yönelik danışmanlık hizmetleri konusunda öğretmenler desteklenmelidir,
- Bu çalışmada DEHB konusunda bilgi kaynakları arasında ilk üç sırada internet, kitap/makale ve TV/gazete yer almakta ve bu kaynakları tercih etmeyenlerin DDÖ puan ortalamaları yüksek görülmektedir. Günümüzde bilgi kaynağı olarak ilk sırada yer alan TV ve internetin yanlış yönlendirmesini engellemek amacı ile doğru bilgiye ulaşım kaynakları konusunda eğitimcilere rehberlik edilmelidir,
- Bu çalışmada DDÖ puan ortalaması öğretmenlerin çoğunluğunda ortalamanın üzerinde olduğu belirlendi. DEHB ve yanlış algılamaların önüne geçilmesi için öğretmen ve velilere yönelik damgalama karşıtı eğitim broşürleri, afişler ve konu ile ilgili seminerler verilerek farkındalık oluşturulması sağlanmalı, DEHB'in belirtilerine yönelik tarama anket, ölçek ve görüşme formlarının oluşturularak aile ve okul işbirliği çerçevesinde değerlendirme yapılmalıdır,
- Bu çalışmada veriler ilkokul ve ortaokul öğretmenlerinden elde edildi. Diğer çalışmalarda okul öncesi ve lise öğretmenleri ve velileri kapsayan daha geniş bir evren ve örnekleme uygulanmalıdır,

- DEHB tanısı alan bireylerin kendilerine yönelik damgalama ve yardım arama davranışlarının değerlendirilmesine yönelik çalışmalar planlanmalı,
- DEHB'e en sık eşlik eden tanının davranım bozukluğu ve karşıt gelme bozukluğu olduğu bilinmektedir. Bu nedenle bundan sonraki çalışmalarda bu bozukluğa yönelik tutum ve algılarda değerlendirilmelidir,
- Bu çalışma kapsamında veri toplanan kurumlarda okul ruh sağlığı ekibi içerisinde lisans mezunu hemşireler ile karşılaşılmadı. Okul ruh sağlığı hizmetlerinin yürütülmesinde bu görevi psikolojik danışmalık ve rehberlik öğretmenleri yürütmektedir. Profesyoneller arası işbirliği yönünde ekibe lisans mezunu hemşireleri de dahil olmalıdır,
- Okul ruh sağlığı politikalarının belirlenmesinde okul ruh sağlığı hemşiresinin aile ve okul arasında arabulucu ve işbirliği koordinatörü olarak eğitim programları planlanmalı ve uygulanmalıdır,
- Bu çalışma eğitim kurumları ile sınırlı kalmıştır. Başka çalışmalarda topluma hizmet vermek için eğitim alan ve toplumun sağlığını birinci, ikinci ve üçüncü basamakta yükseltmeyi hedef edinen sağlık çalışanlarına yönelik çocuk ve ergen ruhsal bozukluklarda damgalama algısı değerlendirmeli hizmet içi eğitim seminerleri verilmeli ve sonuçları değerlendirilmelidir.
- Bu çalışmada DEHB Damgalama (Stigma) Ölçeği'nin Türk kültüründe geçerli ve güvenilir olarak kullanılabilir bir ölçme aracı olduğu belirlendi. Diğer çalışmalarda DDÖ'nün kullanılması önerilebilir.

## 7. KAYNAKLAR

Abalı O.Hiperaktivite ve Dikkat Eksikliği. Adeda Yayıncılık (2018). ([https://play.google.com/books/reader?id=Qg5MDwAAQBAJ&hl=tr&printsec=frontcover&source=gbs\\_atb&pg=GBS.PA7](https://play.google.com/books/reader?id=Qg5MDwAAQBAJ&hl=tr&printsec=frontcover&source=gbs_atb&pg=GBS.PA7))

Acar Ş S, Seda TAN, Turan Ö, Gücüyener K: Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun alt tiplerinde doğum öncesi ve doğum esnasındaki risk faktörlerinin değerlendirilmesi. Yeni Tıp Dergisi, 32(1), 49,2015.

Acehan S, Bilen A, Ay M O, Gülen M, Avci A, İçme F: Çocuk istismarı ve ihmalinin değerlendirilmesi. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi,22(4): 591-614,2013.

Adana F, Arslantaş H: Ergenlikte öfke ve öfkenin yönetiminde okul hemşiresinin rolü. ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi, 12(1) : 57 – 62,2011.

Aile Eğitim Rehberi. Ruhsal Duygusal Bozukluğu Olan Çocuklar: Hiperaktivite, Kaygı Bozukluğu, Özgül Öğrenme Güçlüğü. T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Grafer Tasarım Baskı. Ankara.11-17, 2014.

Aksayan S, Gözüm S: Kültürlerarası ölçek uyarlaması için rehber I: Ölçek uyarlama aşamaları ve dil uyarlaması. Hemşirelikte Araştırma Dergisi, 4(1); 9-14,2002.

Aktepe E, Demirci K, Çalışkan AM, Sönmez Y:Çocuk ve ergen psikiyatrisi polikliniğine başvuran hastalarda belirti ve tanı dağılımları, Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi, 23.100-108, 2010.

Alazzam M, Suliman M. ALBashtawy M: School nurses' role in helping children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorders. NASN School Nurse, 32(1):36-38,2017.

Almacioğlu D: Yönetmelik bir sorun olarak dikkat eksikliği ve hiperaktivitebozukluğu olan öğrencilerin sınıf ve psikolojik danışma ve rehberlik öğretmenleri tarafından tanınma yeterliliklerinin incelenmesi. Gaziantep Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Eğitim Bilimleri Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep, 2007.

Altın M, Alev L, Öztürk M, Abalı O, Akay A, Zoroğlu S, Kılıç B. G: Türkiye’de dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunda tedavi uygulamaları ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi: 12 aylık prospektif gözlemsel bir çalışma. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi, 19 (1): 5-16,2012.

American Psychiatric Association (APA) (2013), Diagnostic and Statistical manual of Mental Disorders (DSM-5), changes from DSM-IV to DSM–5, Erişim: 23.10.2018, <http://www.psychiatry.org/dsm5>

American Psychiatric Association (APA). (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-V) Washington DC., Köroğlu E,(Çev.), Hekimler Yayın Birliği, Ankara.

Arabacı L B, Taş G, Dikeç G: Çocuk ve ergenlerde madde kullanımı, suça yönelme, ruhsal bozukluklar ve hemşirelik bakımı. *Bağımlılık Dergisi*, 18(4): 135-144,2017.

Aras Ş, Ünlü G, Taş F V: Çocuk ve ergen psikiyatrisi polikliniğine başvuran hastalarda belirtiler, tanılar ve tanıya yönelik incelemeler. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 10(1):28-37,2007.

Ardıç A, Doğaroğlu T K: Vanderbilt Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Öğretmen Değerlendirme Ölçeği (V-DEHB-ÖDÖ) Türkçe Uyarlama Çalışması. *Ege Eğitim Dergisi*, 19(2): 534-558,2018.

Arkan B, Üstün B: Davranım bozukluğu olan çocuklara psikiyatrik yaklaşımda anne-baba eğitim programları: İki örnek bağlamında bir değerlendirme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 1(2): 155-174,2009.

Aslan F: Farklı sosyodemografik özelliklere sahip olan ailelerin dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB) olan çocuklara ilişkin bilgi düzeylerinin belirlenmesi. Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2013.

Ateşgaoğlu P, Mete M, Gökçay G, Tamay Z, Yetim A: Anne sütü ile beslenmenin çocuk ruh sağlığına etkileri. *Cocuk Dergisi*, 13(3):101-108, 2013.

Avcil C, Bulut H, Hizli Sayar G: Psikiyatrik hastalıklar ve damgalama. *Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 2(2): 175-202,2016.

Ayaz M, Ayaz A B, Soylu N: Çocuk ve ergen adli olgularda ruhsal değerlendirme. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 15(1):33-40,2012.

Balay R, Sağlam M: Sınıf içi olumsuz davranışlara ilişkin öğretmen görüşleri. *Yüzüncü Yıl Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*. 5(2):1-24,2008.

Ballantine C: Teacher Knowledge and Perception of Students With an ADHD Label. Governors State University, Masters of Arts Degree in Multicategorical Special Education, 2015. <https://opus.govst.edu/capstones/113>.

Baysal Doğanavşargil G.Ö: Damgalanma ve Ruh Sağlığı. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 22(2):239-251,2013.

Bell L, Long S, Garvan C, Bussing R The impact of teacher credentials on ADHD stigma perceptions. *Psychol Schools* 48.184–197, 2011.

Beşer N G, Arabacı L B, Uzunoğlu G: Türkiye’de bir bölge psikiyatri hastanesinde tedavi olan suça itilmiş çocuk profilleri. *Anadolu Psikiyatr Derg*, 17(4) :317-24,2016.

Bilge A, Çam O: Ruhsal hastalığa yönelik damgalama ile mücadele. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 9(1): 71-78,2010.

Blackborow M, Tuck C, Lambert P, Disney J, Porter J, Jordan A: Mental health of students: Position statement. *NASN school nurse (Print)*, 29(6): 323-326,2014.

Bohnenkamp J H, Stephan S H, Bobo N: Supporting student mental health: The role of the school nurse in coordinated school mental health care. *Psychology in the Schools*, 52(7): 714-727,2015.

Bostancı N: Şizofreni hastalarına yönelik stigma ve bunun azaltılmasına ilişkin girişimler. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 13(53):199-209,2004.

Bowers H, Manion I, Papadopoulos D, Gauvreau E: Stigma in school-based mental health: perceptions of young people and service providers. *Child and Adolescent Mental Health*, 18(3): 165-170,2013.

Börekçi B: Okul öncesi çocuklarda dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu belirtilerinin, davranışsal, sosyal problemler, aile işlevselliği ve ebeveyn tutumları ile ilişkilerinin değerlendirilmesi. *Işık Üniversitesi. Yüksek Lisans Tezi*, 2017.

Bulut M O, Ülger Z, Özyürek A R, Karadeniz C, Özdemir R, Levent E: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu olan çocuklarda metilfenidat'ın elektrokardiyografik etkilerinin değerlendirilmesi. *Uluslararası Klinik Araştırmalar Dergisi*, 2(3):99-103,2014.

Büyüköztürk Ş: Faktör Analizi: Temel Kavramlar ve Ölçek Geliştirmede Kullanımı. *Kuran ve Uygulamada Eğitim Yönetimi*.32: 470-483,2002.

Camcıoğlu T, Yıldız Ö, Ağaoğlu B. DEHB tanısı konmuş çocukların anne babalarında DEHB sıklığı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 12(3):212-220,2011.

Council on School Health. Role of the School Nurse in Providing School Health Services, *American Academy Of Pediatrics*, doi:10,1542/peds.2008-0382.2017.

Cowan K, Vaillancourt K, Rossen E, Pollitt K: A framework for safe and successful schools [Brief]. Bethesda, MD: National Association of School Psychologists,2013.

Çak H T, Gökler B: Erken doğan çocuklarda Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve ilişkili doğum öncesi risk etkenleri. *Türk Pediatri Arşivi*, 48(4): 315-22,2013.

Çakaloz B, Akay A. Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranış Bozukluklarında doğum öncesi, doğum ve doğum sonrasında yaşanan sorunların ve anne sütü alışı sürelerinin psikopatoloji gelişimine katkıları. *İzmir Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*. 12:(1):3-10, 2005

Çam O, Bilge A: Türkiye’de ruhsal hastalığa/hastaya yönelik inanç, tutum ve damgalama süreci: Sistematik derleme. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 4(2):91-101,2013.

Çetin F H, Işık Y: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve genetik. *Psikiyatride Guncel Yaklaşımlar*, 10(1) :19-39, 2018.

Çopur E Ö, Ulutaşdemir N, Balsak H: Çocuk ve suç. *Uluslararası Katılımlı III. Çocuk Gelişimi ve Eğitimi Kongresi “Erken Müdahale”*. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 1(2):120-124,2015.



Çokluk Ö, Şekercioğlu, G, Büyüköztürk Ş: Sosyal Bilimler için Çok Değişkenli İstatistik SPSS ve LISREL Uygulamaları, s:177-246, Pegem Akademi: Ankara,2016.

Çullu H: İlköğretim çağında davranış bozukluğu Görülen çocuklarda resim-iş eğitimi yolu ile Yaratıcılığın uyarılması ve değişim süreçlerinin izlenmesi. Marmara Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul,2010.

Dickerson F B, Sommerville J, Origoni A E, Ringel N B, Parente F: Experiences of stigma among outpatients with schizophrenia. Schizophrenia Bulletin, 28(1): 143-155.2002.

Dilaimi A: New Zealand primary school teachers' knowledge and perceptions of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD). A thesis presented in partial fulfilment of the requirements for the degree of Master in Educational Psychology at Massey University, Albany, New Zealand, 1-217,2013.

Dursun O B, Güvenir T, Özbek A: Çocuk ergen ruh sağlığında epidemiyolojik çalışmalar: Yöntemsel bir bakış. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 2(3): 401-416,2010.

Durukan İ, Karaman D, Kara K, Türker T, Tufan A E, Yalçın Ö, Karabekiroğlu K: Çocuk ve ergen psikiyatrisi polikliniğine başvuran hastalarda tanı dağılımı. Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi, 24: 113-120, 2011.

Doğaroğlu T K:Türkiye’de Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu ile ilgili çalışmaların yürütüldüğü lisansüstü tezlerin incelenmesi. Bilgisayar ve Eğitim Araştırmaları Dergisi, 1(2) :90-112,2013.

Döş İ: Mutlu okul. Eğitim ve Bilim, 38(170): 266-280,2013.

Fidan Y T: Bir çocuk-ergen ruh sağlığı ve hastalıkları polikliniğine başvuran çocuk ve ergenlerin ruhsal belirtileri ve risk faktörlerinin değerlendirilmesi. Konuralp Tıp Dergisi, 3(1): 1-8,2011.

Ertürk Kara, HG, Gürgen F: 48-72 aylık çocukların davranış sorunlarının çeşitli değişkenler açısından incelenmesi. Uluslararası Sosyal Bilimler ve Eğitim Araştırmaları Dergisi, 2(4):1494-1505, 2016.

Esin İ S, Dursun O: Okullarda görülen sorun davranışlar ve okul ruh sağlığı uygulamaları: bir gözden geçirme. Sakarya Tıp Dergisi, 4(1): 1-9,2014.

Evinç Ş G, Özdemir D: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunda risk ve sonuçları

açısından çocuk istismarına bir bakış. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 7(2): 166-177,2015.

Fidan Y T: Bir çocuk-ergen ruh sağlığı ve hastalıkları polikliniğine başvuran çocuk ve ergenlerin ruhsal belirtileri ve risk faktörlerinin değerlendirilmesi. Konuralp Tıp Dergisi, 3(1): 1-8,2011.

Froese-Germain, B, Riel, R: Understanding teachers' perspectives on student mental health: Findings from a National Survey. Canadian Teachers' Federation. 2490 Don Reid Drive, Ottawa, ON K1H 1E1, Canada, 2012.

Fuermaier A B, Tucha L, Koerts J, Mueller A K, Lange KW, Tucha, O: Measurement of stigmatization towards adults with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Plos one, 7(12):1-12, 2012.

Fuermaier AB, Tucha L, Mueller A K, Koerts J, Hauser J, Lange K W, Tucha O: Stigmatization in teachers towards adults with attention deficit hyperactivity disorder. SpringerPlus, 3(1): 26, 2014.

Funk J D: Assessing Ohio's Teacher Knowledge of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD): Are Current Teachers Adequately Prepared to Meet the Needs of Students with ADHD? A Master's Research Project Presented to The Faculty of the College of Education Ohio University Jodi Danielle Funk, M.Ed. 2011.

Ghanizadeh A, Bahredar MJ, Moeini SR: Knowledge and attitudes towards Attention Deficit Hyperactivity Disorder among elementary school teachers. Patient Education Counseling, 63(1-2):84-88,2006.

Göker Z, Uğur Ç, Dinç G, Bozkurt Ö H, Üneri Ö Ş: Davranım bozukluğu tanılı çocuk ve ergenlerde komorbidite: 6 ay süreli bir kesitin retrospektif analizi. Klinik Psikiyatri Dergisi, 19(4): 185-193,2016.

Gökten E. S: Dikkat Eksikliği Ve Hiperaktivite Bozukluğunda metilfenidat, atomoksetin ve kombine tedavinin etkinliği. Çukurova Tıp Dergisi, 44(1):15-23, 2018.

Gökkyer N, Doğan B: İstenmeyen öğrenci davranışları ve nedenlerine ilişkin yönetici ve öğretmen görüşleri. Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 26(1):93-105,2016.

Görker I, Korkmazlar Ü, Durukan M, Aydoğdu A: Çocuk ve ergen psikiyatri kliniğine başvuran ergenlerde belirti ve tanı dağılımı. Klinik Psikiyatri Dergisi, 7(2):103-110,2004.

Görmez V, Örengül A C, Baljinnyam S, Aliyeva N: Çocuk ve ergen psikiyatrisi polikliniğine başvuran hastalarda tanı dağılımı ve demografik özellikler. Duygudurum Bozuklukları Dergisi,7(1): 41-46,2017.

Görmez V, Örengül A C: DEHB'li çocuk ve ergenlerin elektronik medya kullanımı açısından değerlendirilmesi. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 18(5): 495-502, 2017.

Göl İ, Bayık A: İlköğretim sınıf öğretmenlerinin çocuklarda Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunu tanıma yeterlilikleri. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 6 (4):207-213,2013.

Gümüş F, Durmaz G B: Attitudes of students studying at faculties of education toward children that suffer from Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Middle East Journal of Science, 1(1): 7-14, 2015.

Gul N, Tiryaki A, Kultur S EC, Topbas M, Ak I: Prevalence of Attention Deficit Hyperactivity Disorder and comorbid Disruptive Behavior Disorders among school age children in Trabzon. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni, 20(1): 50-56,2010.

Güleç H, Topaloğlu M, Ünsal D, Altıntaş M: Bir kısır döngü olarak şiddet. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 4(1): 112-137,2012.

Güler A S, Scahill L, Jeon S, Taşkın B, Dedeoğlu C. Ünal S, Yazgan Y: Use of multiple informants to identify children at high risk for ADHD in Turkish school-age children. Journal of Attention Disorders, 21(9):764-775,2017.

Güngör H:Okul yönetici ve öğretmenlerinin damgalama eğilimleri ve örgüt kültürü arasındaki ilişki. Sakarya Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans tezi,2013.

Güngör D:Psikolojide Ölçme araçlarının geliştirilmesi ve uyarlanması klavuzu. Türk Psikoloji Yazıları.19(38):104-112,2016.

Gürsoy T: Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu olan çocuklarda katekol-ometiltransferaz gen polimorfizminin araştırılması. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tıbbi Biyoloji Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Edirne, 2010.

Hergüner S, Hergüner A: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu olan çocuk ve ergenlerde eşlik eden psikiyatrik bozukluklar. Nöropsikiyatri Arşivi, 49(2):114-118, 2012.

Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik (19 Nisan 2011)<http://turkhemsirelerdernegi.org.tr/files/tr/yasa-ve-yonetmelikler19-Nisan-2011-hemsirelik-yonetmeliginde-degisiklik/hemsirelik%20%202011.pdf>,(erişim: 22.10.2013), Yönetmelik Numarası: 27910.

Hockenberry M J, Wilson D: Wong's nursing care of infants and children: E-book. Elsevier Health Sciences.2014.

İçmeli C, Özçetin A, Ataoğlu B B, Ankaralı H: Zekâ geriliği olan çocuk ve ergenlerde Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun özellikleri. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 5(2):12-18,2015.

Kanay A, Gırlı A: Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan 9-13 yaş grubu ilköğretim öğrencilerinin uyumsal davranışları, benlik kavramı ve akademik başarıları arasındaki ilişkiler. Buca Eğitim Fakültesi Dergisi, 23,184-191,2009.

Karabekiroğlu K, Cakin-Memik N, Ozcan Ozel O, Toros F, Öztop D, Özbaran B, Kultur Cengel E, Akbaş S, Taşdemir GN, Ayaz M, Aydın C, Bildik T, Eremiş S,Yaman A K: DEHB ve otizm ile ilgili bilgi düzeyleri ve damgalama: sınıf öğretmenleri ve anababalarla çok merkezli bir çalışma. Klinik Psikiyatri, 12: 79-89,2009.

Karagöl A, Çalışkan D, Beyazyüz M: Halk sağlığı açısından ruhsal bozukluklarda üç boyutuyla damgalama. STED Dergisi,22 (3): 96-101,2013.

Karakas S, Bakar E E, Taner Y I: Dikkat Eksikligi Hiperaktivite Bozuklugu olgularindaki zeka puaninda dikkatin rolü. *Türk Psikoloji Dergisi*, 28(72): 62-82, 2013.

Karaman D, Türker T, Kara K, Durukan İ, Fidancı M K: Dikkat Eksikligi Hiperaktivite Bozuklugu olan çocuk ve ergenlerde depresyon ve anksiyete düzeyleri. *Gulhane Med J*, 55: 36-41, 2013.

Kaushik A, Kostaki E, Kyriakopoulos M: The stigma of mental illness in children and adolescents: A systematic review. *Psychiatry research*, 243: 469-494, 2016.

Kaplan Sayı A: Üstün Zekâlı Çocuklar ve Dikkat Eksikligi/Hiperaktivite Bozuklugu İlişkisi. *Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi* 14(1):54-68, 2018.

Kaya F, Buzlu S: Suça sürüklenen çocuklara yönelik önleyici bir müdahale programı: agresyon replasman eğitimi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 2016;7(3):148–151, 2016.

Kayaalp L: Dikkat Eksikligi Hiperaktivite Bozuklugu. *Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi*, 62: 147-152, 2008.

Kellison I, Bussing R, Bell L, Garvan C: Assessment of stigma associated with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: Psychometric evaluation of the ADHD Stigma Questionnaire. *Psychiatry research*, 178(2) :363-369, 2010.

Kern A, Amod Z, Seabi J, Vorster A: South African foundation phase teachers' perceptions of ADHD at private and public schools. *International Journal of Environmental Research And Public Health*, 12(3):3042-3059, 2015.

Khademi M, Rajezi-fahani S, Noorbakhsh S, Panaghi L, Davari-Ashtiani R, Razjouyan K, Salamatbakhsh N: Knowledge and attitude of primary school teachers in Tehran/Iran towards ADHD and SLD. *Global Journal of Health Science*, 8(12):141, 2016.

Kriston L, Günzler C, Harms A. et al. M. Confirmatory factor analysis of the German version of the international index of erectile function (IIEF): A comparison of four models. *The Journal of Sexual Medicine*, 5(1), 92-99, 2008.

Koçak Ş: Sınıf yönetiminde, Dikkat Eksikligi Ve Hiperaktivite Bozuklugu (DEHB) olan çocukların tanınması üzerine bibliyoterapik bir çalışma (Çalışma örneği). *Akra Kültür Sanat Ve Edebiyat Dergisi*, 5(13):151-192, 2017.

Lunney M: NANDA diagnoses, NIC interventions, and NOC outcomes used in an electronic health record with elementary school children. *The Journal of School Nursing*, 22: 94–101, 2006.

Lyon A R, Maras M A, Pate C M, Igusa T, VanderStoep A: Modeling the impact of schoolbased universal depression screening on additional service capacity needs: A system Dynamics approach. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 43: 168–188, 2015.

Lyon A R, Whitaker K, French W P, Richardson L P, Wasse J K, McCauley E.: Collaborative care in schools: Enhancing integration and impact in youth mental health. *Advances in School Mental Health Promotion*, 9(3-4): 148-168,2016.

MacLeod S: Elementary Teachers' Perspectives on Student Mental Health. Ontario Institute for Studies in Education of the University of Toronto, For the degree of Master of Teaching Department of Curriculum, Toronto, 2017.

Magalnick H, Mazyck D: Role of the school nurse in providing school health services. *Pediatrics*, 121(5):1052-1056,2008.

Mimouni-Bloch A, Kachevanskaya A, Mimouni F B, Shuper A, Raveh E, Linder N: Breastfeeding may protect from developing Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Breastfeeding Medicine*, 8(4):363-367, 2013.

Moldavsky M, Sayal K: Knowledge and attitudes about attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and its treatment: the views of children, adolescents, parents, teachers and healthcare professionals. *Current Psychiatry Reports*, 15(8):377,2013.

Muanprasart P, Traivaree C, Arunyanart W, Teeranate C: Knowledge of Attention Deficit Hyperactivity Disorder and its associated factors among teachers in 3 large primary schools in Phra Nakorn Sri Ayutthaya Province, Thailand. *J Med Assoc Thai*, 97(2): 107-114,2014.

Mueller AK, Fuermaier A, Koerts J, Tucha L: Stigma in Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *ADHD attention deficit and hyperactivity disorders*, 4(3): 101-114,2012.

Ndetei D M, Mutiso V, Maraj A, Anderson K K, Musyimi C, McKenzie K: Stigmatizing attitudes toward mental illness among primary school children in Kenya. *Social Psychiatry And Psychiatric Epidemiology*, 51(1): 73-80,2016.

Ovayolu N, Uçan Ö, Serindağ S: Çocuklarda cinsel istismar ve etkileri. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2(4): 13-22,2007.

Owens J S, Lyon A R, Brandt N E, Masia Warner C, Nadeem E, Spiel C, Wagner M: Implementation science in school mental health: Key constructs in a developing research agenda. *School Mental Health*, 6: 99–111,2014.

Öner P, Öner Ö, Aysev A: Dikkat Eksikliği Hiperaktive Bozukluğu. *STED Dergisi*. 12 (3):97-99,2003.

Öncü B, Şenol S: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun etiyolojisi: Bütüncül yaklaşım. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 5(2): 111-119,2002.

Öncü B: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu hastalarının zihin kuramı yetilerinin değerlendirilmesi. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi, Ankara,2012.

Önk M, Cemaloğlu N: Öğretmenlerin damgalama düzeyleri ile örgütsel adalet algıları arasındaki ilişki. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi, 13(1): 1574-1588,2016.

Örsel S, Karadağ H, Kahıloğulları A K, Aktaş E A:Psikiyatri hastalarında çocukluk çağı travmalarının sıklığı ve psikopatoloji ile ilişkisi. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 12(2): 130-136,2011.

Özaslan T U, Bilaç Ö: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu epidemiyolojisi. Türkiye Klinikleri, 1(1):1-5,2015.

Özbilen F M, Canbulat T, Soylu Y: Okul zorbalığı ve sınıf içi istenmeyen davranışlara ilişkin öğretmen tutumlarının değerlendirilmesi. Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi, 7(47):1-15, 2017.

Özdemir P G, Yılmaz E, Selvi Y, Boysan M: Psikiyatride parlak ışık tedavisi. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 9(2):177-188,2017.

Özmen S: Okulda Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi,6(2):.1-10,2010.

Özmen S: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunda çok yönlü eğitim uygulamalarının etkisi. Eğitim ve Bilim,36 (161): 256-270, 2011.

Öztürk O: Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 10.Basım. Nobel Tıp Kitabevleri. Ankara. 578-582,2004.

Perçinel İ, Yazıcı U K:Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu patofizyolojisinde demir eksikliği. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 7(1): 41-55,2015.

Perold H. LouwC, Kleynhans S:Primary school teachers' knowledge and misperceptions of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). South African Journal of Education, 30(3): 457-473,2010.

Pierce A G:Measurement. in: Talbot L.A. Principles and Practise of Nursing Research. Mosby. St. Louis, 265-290,1995.

Puskar K R, Marie Bernardo L: Mental health and academic achievement: Role of school nurses. Journal for Specialists in Pediatric Nursing, 12(4): 215-223,2007.

dosReis S, Barksdale C L, Sherman A, Maloney K,Charach A: Stigmatizing experiences of parents of children with a new diagnosis of ADHD. Psychiatric Services, 61(8): 811-816,2010.

Rim S J, Jang H, Park S: Psychometric properties of the Korean Translation of the Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Stigma Questionnaire. Journal of the Korean Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 29(3):122-128, 2018.

Saraç E, Saraç P, Öztürker Ş, Aça M S, Anamur M, Erbuğa S, Koçak K, Tetik E: Çocuklarda riskli davranışlarla ilgili proje çalışması. Kadınhanı Kaymakamlığı İlçe Milli Eğitim Müdürlüğü. Konya,2016.

Sadık F, Aslan S: İlkokul sınıf öğretmenlerinin disiplin problemleri ile ilgili görüşlerinin incelenmesi. *Electronic Turkish Studies*, 10(3):115-138,2015,doi:7585.

Sağlık Bakanlığı Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (2011-2023). Edt: Erkoç Y., Çom S., Torunoğlu M.A., Alataş G., Kahiloğulları A.K. T.C.Sağlık Bakanlığı Yayını. (847), 33, Ankara 2011.

Schermelleh-Engel K, Moosbrugger H, Müller H: Evaluating the fit of structural equation models: Tests of significance and descriptive goodness-of-fit measures. *MPR*, 8(2): 23-74,2003.

Sciutto J M, Terjesen MD, Frank A B: Teachers' knowledge and misperceptions of Attentiondefiit/Hyperactivity Disorder. *Psychology in the Schools*, (37): 115-122,2000.

Shannon R, Bergren M, Matthews A: Frequent visitors: Somatization in school-age children and implications for school nurses. *The Journal of School Nursing*, (26): 169–182,2010.

Singh I, Kendall T, Taylor C, Mears A, Hollis C, Batty M, Keenan S: Young people's experience of ADHD and stimulant medication: a qualitative study for the NICE guideline. *Child and Adolescent Mental Health*, 15(4): 186-192, 2010.

Stevenson B: Addressing mental health and psychiatric concerns of students. *NASN School Nurse*, (25): 31–33,2010.

Soysal A Ş, Bayoğlu B U, Gücüyener K: Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ile örtülü fiziksel istismar ve ihmal. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, (54):148-153,2011.

Sözel H K, Öpengin E, Sak U, Karabacak F: Anadolu-Sak Zekâ Ölçeği'nin (ASİS) üstün yetenekliler ve diğer özel eğitim grupları için ayırtecdilik geçerliği. *Türk Üstün Zekâ ve Eğitim Dergisi*, 8(2):160-180.2018.

Şimşek Ş, Yıldırım V, Bostan R: Psikolojik danışmalık ve rehberlik öğretmenlerinin Dikkat Eksikliği Ve Hiperaktivite Bozukluğu hakkındaki bilgi ve inançları. *Van Tıp Dergisi*, 22(1):34-40, 2015.

Şireli Ö, Esenkaya Z, Yaylalı H, Uğur Ç:Suça karışmış ergenlerin psikiyatrik değerlendirilmesi: Olgu serisi. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, (21): 131–138, 2014.

Tabancalı E, Yüksel-Şahın F: Öğretmenlerin istenmeyen öğrenci davranışlarına yönelik görüşlerinin değerlendirilmesi. *Kastamonu Eğitim Dergisi*, 24(2):643-654,2016.

Tatlıhoğlu K, Ram S: Okul başarısızlığının nedenleri üzerine bir değerlendirme: Sorgun ilçesi örneği". I.Uluslararası Bozok Sempozyumu Bildiri Kitabı.3,6-23, 2016. <https://bozoksempozyumu.bozok.edu.tr/dosya/cilt3/6-23.pdf>

Thapar A, Cooper M, Eyre O, Langley K: Practitioner review: What have we learnt about the causes of ADHD?. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54(1). 3-16,2013.

Toros F: Dikkat Eksikliği Ve Hiperaktivite Bozukluğu hakkında öğretmenlerin bilgi ve tutumları. *New/Yeni Symposium*, 41(4):165-168,2003.

Townsend M C: Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliğinin Temelleri: Kanıta Dayalı Uygulama. İçinde: 6.Baskı Özcan T C, Gürhan N. Çev. D Akademisyen Kitabevi. Ankara. s.646-694.

Uzun Ö, Yıldırım V, Uzun E: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu olan ergenlerde sosyal medya kullanım alışkanlıkları ve sosyal medya bağımlılığı, benlik saygısı ve algılanan sosyal destek ilişkisi. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi Temel Bakım*, 10(3):142-147, 2016.

Uzunoğlu G: Davranış bozukluğu tanılı ergenlere verilen psikoeğitimin öfke yönetimine etkisi. İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İzmir,2016.

Weist M D, Mellin E A, Chambers K L, Lever N A, Haber D, Blaber C: Challenges to collaboration in school mental health and strategies for overcoming them. *Journal of School Health*, 82(2): 97-105, 2012.

Wiener J, Malone M, Varma A, Markel C, Biondic D, Tannock R, Humphries T: Children's perceptions of their ADHD symptoms: Positive illusions, attributions, and stigma. *Canadian Journal of School Psychology*, 27(3):217-242,2012.

Vitanza B S: Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: Teachers' Perceptions and Acceptability of Interventions, Philadelphia College of Osteopathic Medicine Department of Psychology, Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Doctor of Psychology, 2014.

Yaman E, Güngör H: Damgalama (Stigma) Ölçeğinin Geliştirilmesi, Geçerlilik Ve Güvenirlik Çalışması. *Değerler Eğitimi Dergisi*, 11(25): 251-270,2013.

Yaman E, Güngör H: Damgalama eğilimine ilişkin öğretmen görüşleri. *Adıyaman Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*,(18):823-851,2014.

Yıldız Ö, Çakin-Memik N, Ağaoğlu B: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu tanılı çocuklarda yaşam kalitesi: kesitsel bir çalışma. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 47(4):314-318, 2010.

Yılmaz M, Türkleş S: Çocuk-ergen ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliği uygulamaları kapsamında türkiye'de yapılmış çalışmaların hemşirelik müdahalelerine etkisi: sistematik bir derleme. *Türkiye Klinikleri Dergisi*.1(2): 107-113,2015.



Yurdugül H: Ölçek geliştirme çalışmalarında kapsam geçerliliği için kapsam geçerlilik indekslerinin kullanılması. 14.Ulusal Eğitim Bilimleri Kongresi. Pamukkale Üniversitesi 28-30 Eylül 2005.



**8.EKLER**

---

**EK-1** Bilgilendirme ve Onam Formu

---

**EK-2** Anket Formu

---

**EK-3** ADHD Stigma Scale ( İngilizce Formu)

---

**EK-4** Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Damgalama Ölçeği ( Türkçe Formu)

---

**EK-5** Araştırmanın Etik Kurul Onayı

---

**EK-6** Kars Milli Eğitim Müdürlüğü Araştırma Onay Yazısı

---

**EK-7** Ölçek İzin Yazışması

---

**EK-8** Kapsam Geçerliliği İçin Görüş Alınan Uzmanların Listesi

**EK-1****BİLGİLENDİRME VE ONAM FORMU**

**Değerli Katılımcı;** bu çalışma “İlköğretim öğretmenlerinin (ilkokul ortaokul) Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu hakkındaki damgala (stigma) algısı ve bu algıyı etkileyen ilişkili faktörleri ” belirlemek amacıyla planlanmıştır.

Çalışmaya katılmanız gönüllü olmanıza bağlıdır ve katılıp katılmama konusunda hiçbir zorunluluk bulunmamaktadır. Çalışmaya katılmak istemezseniz ya da çalışmanın herhangi bir aşamasında çalışmadan ayrılmak isterseniz araştırmacıyı haberdar ederek çalışmadan çekilebilirsiniz.

Bu araştırmaya katılmada kayıtlar yasaların öngördüğü şekilde gizli tutulacak ve araştırmacı tarafından toplanacak veriler güvenli bir şekilde saklanacaktır. Araştırmanın sonuçları kongrelerde sunulabilir veya bilimsel amaçlı yayınlanabilir. Ancak bu durumda kimlik bilgileriniz hiçbir şekilde açıklanmayacaktır. Bu çalışmaya katılmanız durumunda sizden para istenmeyecek ya da size herhangi bir ücret ödenmeyecektir.

Nilüfer KIRANŞAL

Kafkas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı

Yukarıdaki açıklamayı okudum ve anladım. Araştırmacı tarafından yukarıdaki çalışma bana sözlü olarak anlatıldı ve sorularıma cevap verildi. Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorunluluk olmaksızın katılmayı ve çalışmanın sonuçlarının yayınlanmasını kabul ediyorum.

Tarih:

Katılımcının Adı Soyadı:

İmza

**EK 2****KAFKAS UNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTUSU****HEMSİRELİKTE YUKSEKLİSANS PROGRAMI****ANKET FORMU**

**YÖNERGE:** Değerli Katılımcı; Bu anket ‘İlköğretim Öğretmenlerinin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Hakkındaki Damgalama (Stigma) Algıları ve İlişkili Faktörler’ konulu tez çalışmasında kullanılmak üzere hazırlanmıştır. Anket aracılığıyla sizlerin görüşleri tespit edilmeye çalışılacaktır. Toplanan bilgiler yalnızca bilimsel amaçlarla kullanılacaktır. Araştırma bulgularının sağlıklı olabilmesi için vereceğiniz cevapların gerçek görüşlerinizi yansıtmaları ve tüm soruların cevaplandırılması önemlidir. Katılımınız ve işbirliğiniz için teşekkür ederim.

Yrd. Doç.Dr. Fadime KAYA

Öğr. Gör. Nilüfer KİRANŞAL

Kafkas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

**A. Öğretmenlerin Sosyo-demografik Verileri İle İlgili Sorular**

1. Cinsiyetiniz: ( ) Kadın ( ) Erkek
2. Yaşınız:
3. Medeni Durumunuz: ( ) Evli ( ) Bekâr
4. Mezun Olduğunuz Okul:
  - ( ) Ön Lisans /Eğitim Enstitüsü
  - ( ) Lisans
  - ( ) Lisans Üstü
5. Branşınız:
  - ( ) Fen Bilimleri
  - ( ) Matematik
  - ( ) Sosyal Bilimler
  - ( ) Yetenek Dersleri
  - ( ) Sınıf Öğretmenliği
  - ( ) Diğer.....
6. Okuldaki Göreviniz: ( ) Müdür ( ) Müdür Yardımcısı ( ) Öğretmen
7. Kaç Yıldır Bu Meslekte Çalışıyorsunuz
  - ( ) 1-5 yıl ( ) 6-10 yıl ( ) 11-15 yıl ( ) 16-20 yıl ( ) 21 yıl ve üstü
8. Ders Verdiğiniz Sınıf:
  - ( ) İlk öğretim birinci kademe
  - ( ) İlköğretim ikinci kademe
9. Ders Verdiğiniz Sınıftaki Öğrenci Sayısı.
  - ( ) 11-20 arası ( ) 21-30 arası ( ) 31 ve üstü
10. Çalıştığınız Okul : ( ) Devlet Okulu ( ) Özel Okul

**B. Öğretmenlerin DEHB hakkındaki eğitim ve deneyimleri ile ilgili sorular**

11. Daha önce DEHB ile ilgili bilgi aldınız mı?  
 Evet  Hayır
12. DEHB (Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu) tanısı hakkında bilgi seviyenizi en iyi hangisi tanımlar?  
 Bilgim yok  
 Az düzeyde bilgim var  
 Orta düzeyde bilgim var  
 Yüksek derecede bilgim var
13. DEHB (Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu) hakkında bilginiz var ise bu bilgi/ bilgileri en çok nereden edindiniz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)  
 Üniversite eğitimi  
 Eğitim amaçlı faaliyet (Örn: konferans, seminer, kurs)  
 Kitap, makale  
 İnternet  
 TV, gazete  
 Sosyal çevrem  
 Sağlık Personeli  
 Çalışma arkadaşı
14. Sınıfınızda DEHB (Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu) tanısı almış çocuk/çocuklar var mı?  
 Evet  Hayır
15. Yanıtınız evet ise hangi semptom/ semptomları daha baskındı?  
 Dikkat eksikliği  
 Aşırı hareketlilik ve dürtüsellik  
 Dikkat eksikliği ve aşırı hareketliliğin birlikte olduğu tip
16. DEHB(Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu) tanısı almış bir öğrencinin ihtiyaçlarını karşılamaya yeterli derecede hazır olduğunuzu düşünüyor musunuz?  
 Evet  Hayır
17. Okul dışında DEHB olan tanıdığımız var mı?  
 Evet  Hayır
18. Yakın bir arkadaşınızda ya da ailenizde DEHB tanısı alan var mı?  
 Evet  Hayır

**Aşağıda DEHB (Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu)na yönelik bilgi soruları bulunmaktadır. Size en uygun yanıtı (X) işareti koyunuz.**

	DOĞRU	YANLIŞ
19.DEHB okul çocuklarının %15'nde görülür.		
20.DEHB tanısı için, çocuğun belirtileri 12 yaşından önce başlamalıdır		
21. DEHB'nun üç alt tipi vardır. Dikkatsizlik, aşırı hareketlilik ve dürtüsellik, ve karışık tip		
22. Okul çağındaki çocuklarda, erkeklerde ve kadınlarda DEHB yaygınlığı eşittir.		
23. DEHB teşhisi için bir çocuğun iki veya daha fazla alanda semptom göstermesi gerekir (ör. Ev, okul).		
24. DEHB olan çocuklar sıklıkla yerlerinde duramazlar		
25.DEHB olan çocuklar sıklıkla aktivite ve etkinlikler düzenlemede güçlük çekerler		
26.DEHB olan çocuklar okulda akademik sorunlar yaşayabilirler		
27.DEHB tanısı alan çocuklar ödev ve etkinlikler için gerekli olan malzemeleri unutabilirler.		
28.DEHB zekâ seviyesi yüksek olan çocuklarda görülen bir bozukluktur		
29.DEHB zekâ seviyesi düşük olan çocuklarda görülen bir bozukluktur		
30.DEHB yanlış anne baba tutumlarından kaynaklanan bir sorundur		
31.DEHB nörolojik ve gelişimsel kaynaklı bir sorundur.		
32.DEHB'li çocukların 1. derece biyolojik akrabalarında da (anne, baba) bu hastalık genel nüfusta olduğundan daha sık görülmektedir.		
33.DEHB sadece ilaçla tedavi edilebilir		
34.DEHB'da ilaç tedavisi, okul desteği ve psikoterapi birlikte daha etkilidir		
35. Uyarıcı ilaçlar DEHB olan çocukları tedavi etmek için kullanılan en yaygın ilaçlardır.		
36.DEHB tedavisinde kullanılan uyarıcı ilaçların yan etkileri arasında hafif uykusuzluk ve iştahsızlık vardır.		
37. Şeker veya gıda katkı maddelerinin diyetle alımını azaltmak, genellikle DEHB belirtilerini azaltır		
38. Bir çocuk DEHB tanısı aldığıında özel eğitim kurumuna yerleştirilmelidir.		
39. Öncelikle cezaya odaklanan tedavilerin DEHB da semptomları azaltmada en etkili yöntem olduğu bilinmektedir.		
40. Şiddetli DEHB vakalarında elektro şok tedavisi kullanılır		

**EK-3 ADHD STIGMA SCALE©**

This study asks about some of the social and emotional aspects of having Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). For all of the questions, just circle the letters that go with your answer. There are no right or wrong answers, we would just like your opinions. Feel free to write in comments as you go through the questions. This set of questions asks about some of the experiences, feelings, and opinions people with ADHD might have and how they are treated. Please do your best to answer each question.

For each item, circle your answer: Strongly disagree (SD), disagree (D), agree (A), or strongly agree (SA).

			Strongly Disagree (SD)	Disagree (D)	Agree (A)	Strongly Agree (SA)
NSI	1.	People who have ADHD feel guilty about it.	SD	D	A	SA
NSI	2.	People's attitudes about ADHD make persons with ADHD feel worse about themselves.	SD	D	A	SA
DC	3.	Someone who has ADHD would think it's risky to tell others about it.	SD	D	A	SA
CPA	4.	People with ADHD lose their jobs when their employers find out.	SD	D	A	SA
DC	5.	People with ADHD work hard to keep it a secret.	SD	D	A	SA
NSI	6.	People with ADHD feel they aren't as good a person as others because they have ADHD.	SD	D	A	SA
CPA	7.	People with ADHD are treated like outcasts.	SD	D	A	SA
NSI	8.	People with ADHD feel damaged because of it.	SD	D	A	SA
NSI	9.	After learning they have ADHD, a person may feel set apart and isolated from the rest of the world.	SD	D	A	SA
CPA	10	Most people think that a person with ADHD is damaged.	SD	D	A	SA
NSI	11	A person with ADHD feels they are bad because of it.	SD	D	A	SA
CPA	12	Most people with ADHD are rejected when others find out.	SD	D	A	SA
DC	13	People who have ADHD are very careful about who they tell.	SD	D	A	SA

CPA	14	Some people who learn of another person having ADHD have grown more distant.	SD	D	A	SA
CPA	15	After learning they have ADHD, people worry about others discriminating against them.	SD	D	A	SA
CPA	16	Most people are uncomfortable around someone with ADHD.	SD	D	A	SA
DC	17	People with ADHD worry that others may judge them when they learn that they have ADHD.	SD	D	A	SA
DC	18	People with ADHD regret having told some people that they have ADHD.	SD	D	A	SA
DC	19	As a rule, people with ADHD feel that telling others that they have ADHD has been a mistake.	SD	D	A	SA
CPA	20	People don't want someone with ADHD around their children once they know that person has ADHD.	SD	D	A	SA
CPA	21	Some people act as though it's the person's fault that they have ADHD.	SD	D	A	SA
CPA	22	People with ADHD have lost friends by telling them they have ADHD.	SD	D	A	SA
DC	23	People with ADHD have told others close to them to keep the fact that they have ADHD a secret.	SD	D	A	SA
CPA	24	The good points of people with ADHD tend to be ignored.	SD	D	A	SA
CPA	25	People seem afraid of a person with ADHD once they learn they have ADHD.	SD	D	A	SA
CPA	26	When people learn that someone has ADHD, they look for flaws in their character.	SD	D	A	SA



ADHD STIGMA SCALE© Telif Hakkı: Regina Bussing, M.D., Gainesville, Florida, 2010

#### EK-4 DEHB DAMGALAMA (STİGMA) ÖLÇEĞİ©

Bu çalışma, Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğuna (DEHB) sahip olmakla ilgili bazı sosyal ve duygusal bakış açılarına ilişkin sorular sormaktadır. Tüm sorularda cevabınıza uygun olan seçeneği daire içine alın. Doğru veya yanlış cevap yoktur, sadece görüşleriniz istenmektedir. Soruları değerlendirirken yorum yazmaktan çekinmeyin.

Aşağıdaki maddeler DEHB olan kişilerin deneyimleri, duyguları, düşünceleri ve bu kişilere nasıl davranıldıklarına ilişkin sorular sormaktadır. Lütfen her bir ifade için en doğru cevabı verin.


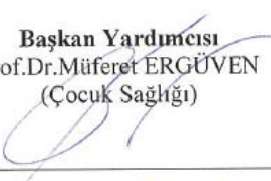
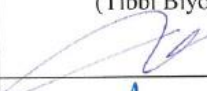
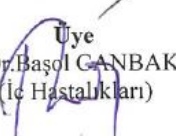
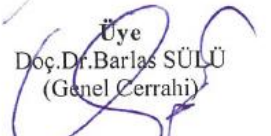
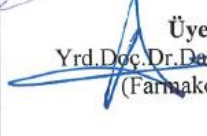
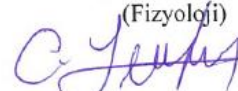
	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1. DEHB olan kişiler kendilerini bu konuda suçlu hissederler.	1	2	3	4
2. İnsanların DEHB' na yönelik tavırları, DEHB olan kişilerin kendilerini daha kötü hissetmelerine yol açar.	1	2	3	4
3. Kendisinde DEHB olan bir kişi bunu başkalarına söylemenin riskli olduğunu düşünür.	1	2	3	4
4. DEHB olan insanlar, işverenleri bu durumu öğrendiklerinde işlerini kaybederler.	1	2	3	4
5. DEHB olan insanlar bunu bir sır olarak saklamak için çok çaba harcarlar.	1	2	3	4
6. DEHB olan insanlar, DEHB' na sahip oldukları için kendilerinin diğer insanlar kadar iyi insanlar olmadıklarını hissederler.	1	2	3	4
7. DEHB olan kişilere dışlanmış davranılmaktadır.	1	2	3	4
8. DEHB olan insanlar bu durumları yüzünden kendilerini kusurlu hissederler.	1	2	3	4
9. DEHB olduklarını öğrenmelerinden sonra bu kişiler kendilerini kopmuş ve dünyadan soyutlanmış hissedebilirler.	1	2	3	4
10. Birçok insan DEHB olan kişilerin kusurlu olduğunu düşünür.	1	2	3	4
11. DEHB olan kişi bu yüzden kendisini kötü hisseder.	1	2	3	4
12. DEHB olan çoğu kişi başkaları bunu öğrendiklerinde reddedilirler.	1	2	3	4
13. DEHB olan kişiler bu durumu kimlere söyleyecekleri konusunda çok dikkatlidirler.	1	2	3	4
14. Bazı insanlar bir kişide DEHB oluşunu öğrendiklerinde ondan biraz daha uzaklaşırlar.	1	2	3	4
15. DEHB olduklarını öğrendikten sonra insanlar, kendilerine karşı ayrımcılık yapılacağına dair endişe duyarlar.	1	2	3	4

16. Birçok insan etraflarında DEHB olan kişilerin bulunmasından rahatsızlık duyar.	1	2	3	4
17. DEHB olan kişiler, hastalıkları öğrenildiğinde insanların onları yargılayabileceklerinden endişe duyarlar.	1	2	3	4
18. DEHB olan insanlar bunu başkalarına söylemiş olmalarından dolayı pişmanlık duyarlar.	1	2	3	4
19. Genel bir kural olarak DEHB olan insanlar kendilerinde DEHB olduğunu başkalarına söylemenin bir hata olduğunu düşünürler.	1	2	3	4
20. Bir kişinin DEHB olduğunu öğrendikten sonra, insanlar bu kişilerin kendi çocukları etrafında olmalarını istemezler.	1	2	3	4
21. Bazı insanlar DEHB olan kişilere bu durumun sanki onların hatasıymış gibi davranırlar.	1	2	3	4
22. DEHB olan insanlar kendilerinde DEHB olduğunu söyleyerek arkadaşlarını kaybetmektedirler.	1	2	3	4
23. DEHB olan insanlar başkalarını kendilerine yakın tutmak için DEHB oldukları gerçeğini bir sır olarak söylerler.	1	2	3	4
24. DEHB olan insanlar iyi yönlerini göz ardı etme eğilimindedir.	1	2	3	4
25. Bazı insanlar bir kişinin DEHB olduğunu öğrendiklerinde korkmuş görünürler.	1	2	3	4
26. İnsanlar bir kişide DEHB olduğunu öğrendiklerinde bu kişinin karakterinde kusur ararlar.	1	2	3	4

## EK-5 ARAŞTIRMANIN ETİK KURUL ONAYI

Gelen Evrak No: 40	Karar No: 01	Karar Tarihi: 14.03.2018
Araştırmanın Adı: "İlköğretim Öğretmenlerinin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Hakkındaki Damgalama (Stigma) Algıları ve İlişkili Faktörler"		
Araştırmanın Yürütücüsü: Yrd.Doç.Dr.Fadime KAYA		
Çalıştığı Kurum: Kafkas Üniversitesi Sağlık Fakültesi		
Araştırmanın gerekçesi yeterli mi?	Evet <input checked="" type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
Araştırmanın metodu uygun mudur?	Evet <input checked="" type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
Araştırmada kullanılacak ilaçlara ait bilgiler yeterli midir?	Evet <input checked="" type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
Araştırma ilacının bilinen veya muhtemel yan etkileri ve varsa bunların önlemleri yeterince açıklanmış mıdır?	Evet <input checked="" type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
Bilgilendirilmiş Olur Formu; Gönüllünün anlayacağı şekilde yazılmış mıdır?	Evet <input checked="" type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
Tanık dâhil olmak üzere ilgililerin imzaları için yer ayrılmış mıdır?	Evet <input checked="" type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
Araştırmadan kaynaklanabilecek ölüm, sakatlanma, hastalık durumunda yapılacak ödeme, tedavi ile ilgili sigorta veya taahhütname ile ilgili belgeler var ve uygun-yeterli midir?	Evet <input checked="" type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
Araştırmacı ve destekleyici arasında sorumluluk paylaşımına dair belge var mı ve uygun mudur?	Evet <input checked="" type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
Araştırma bütçesi, yapılacak ödemeler uygun mu?	Evet <input checked="" type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
Protokolde mevcut veriler ve literatür araştırmayı destekler nitelikte midir?	Evet <input checked="" type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>

KARAR		
Kafkas Üniversitesi Etik Kurul yönetmeliğine göre	Uygun <input checked="" type="checkbox"/>	Uygun değildir <input type="checkbox"/>
	Düzeltilmesi Gerekir <input type="checkbox"/>	

<b>Başkan</b> Prof.Dr.Hülya SOYSAL (Göz Hastalıkları) 	<b>Başkan Yardımcısı</b> Prof.Dr.Müferet ERGÜVEN (Çocuk Sağlığı) 	<b>Raportör Üye</b> Yrd.Doç.Dr.Tolga KASACI (Tıbbi Biyokimya) 
<b>Üye</b> Prof.Dr.Başol GANBAKAN (İç Hastalıkları) 	<b>Üye</b> Doç.Dr.Barlas SÜLÜ (Genel Cerrahi) 	<b>Üye</b> Yrd.Doç.Dr.Damla CETİN (Farmakoloji) 
<b>Üye</b> Yrd.Doç.Dr.Binali ÇATAK (Halk Sağlığı) (Katılmadı)	<b>Üye</b> Yrd.Doç.Dr.Coşkun KOÇ (Hukuk) (İzinli)	<b>Üye</b> Yrd.Doç.Dr.Caner YILDIRIM (Fizyoloji) 
<b>Üye</b> Yrd.Doç.Dr.A.İ.Can GÖZÜM (Tıp Dışı Üye) (Katılmadı)	<b>Üye</b>	

**EK-6 KARS MİLLİ EĞİTİM MÜDÜRLÜĞÜ ARAŞTIRMA ONAY YAZISI**

T.C.  
KARS VALİLİĞİ  
İl Millî Eğitim Müdürlüğü

Sayı : 68649668-300-E.9050870  
Konu :Nilüfer KIRANŞAL

08/05/2018

VALİLİK MAKAMINA  
KARS

Kafkas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Dr.Öğretim Üyesi Fadime KAYA'nın danışmanlığındaki yüksek lisans öğrencisi Nilüfer KIRANŞAL'ın İlköğretim öğretmenlerinin dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu hakkındaki damgalama (stigma) alguları ve ilişkili faktörler başlıklı yüksek lisans tez çalışmasının 2017-2018 eğitim öğretim yılı ve 2018-2019 eğitim öğretim yılları içerisinde İlimiz Merkezindeki özel ve devlet okullarında çalışan tüm İlkokul ve Ortaokul öğretmenlerine Uygulanabilmesine ilişkin talepleri Kafkas Üniversitesi Rektörlüğü Öğrenci İşleri Daire Başkanlığının 25.04.2018 tarih ve 970 sayılı yazılarında belirtilmektedir.

Kafkas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Dr.Öğretim Üyesi Fadime KAYA'nın danışmanlığındaki yüksek lisans öğrencisi Nilüfer KIRANŞAL'ın tez çalışmasının 2017-2018 eğitim öğretim yılı ve 2018-2019 eğitim öğretim yılları içerisinde İlimiz Merkezindeki özel ve devlet okullarında çalışan tüm İlkokul ve Ortaokul öğretmenlerine Uygulanması müdürlüğümüzce uygun görülmektedir.

Makamlarınızca da uygun görülmesi halinde oturlarınıza arz ederim.

Gökhan ALTUN  
İl Millî Eğitim Müdürü

OLUR  
08/05/2018

Mehmet Halis AYDIN  
Vali a.  
Vali Yardımcısı

Adres: Ortakapı mahallesi Hükümet Konagi 36100 KARS  
Elektronik Ağr: <http://kars.meb.gov.tr>  
e-posta: [temelegitim36@meh.gov.tr](mailto:temelegitim36@meh.gov.tr)

Bilgi için: Serap TOMBUL  
Tel: 0 (474) 223 82 26  
Faks: 0 (474) 212 82 29

Bu evrak güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır. <https://ovnraksorgu.meb.gov.tr> adresinden 9a36-afc9-30ca-b0ab-9c4f kodu ile teyit edilebilir.

## EK-7 ÖLÇEK İZİN YAZIŞMASI

From:

Regina Bussing, MD, MSHS  
Professor and Chair, Department of Psychiatry  
Box 100256 UFHSC  
University of Florida  
Gainesville, FL

To:

Fadime Kaya, PhD, Asistant Professor of Psychiatric Nursing  
Kafkas University Faculty of Health Sciences  
Department of Nursing

1/18/2018

Dear Dr. Kaya,

Thank you for your interest in using the ADHD Stigma Questionnaire for your study. You are permitted to utilize the questionnaire for clinical research purposes under the following terms:

1. The ADHD Stigma Questionnaire is **not authorized** for commercial use.
2. You can make copies for your own specified research use; I do not allow reproduction of the questionnaire for distribution nor do we permit its posting on a website other than our own.
3. The author (Regina Bussing) retains copyright of the ADHD Stigma Questionnaire.
4. Requests for adaptations or modifications of the ASQ must be approved by the original copyright holder. These requests should be emailed to Dr. Regina Bussing at [rbussing@ufl.edu](mailto:rbussing@ufl.edu)
5. You may translate the ASQ to Turkish, following best practices of translating and back-translating, to ensure a high quality result. Please send me a copy of the final Turkish version for my records.
6. Please reference the copyright holder on the first page of all copies and acknowledge the corresponding reference in any publication or presentation.
7. Please cite the published articles on the psychometric properties of the ADHD Stigma Questionnaire in adolescents [1] and teachers [2] in any relevant publications.

Citations

1. Kellison, I., et al., *Assessment of stigma associated with attention-deficit hyperactivity disorder: psychometric evaluation of the ADHD stigma questionnaire*. Psychiatry Res, 2010. **178**(2): p. 363-9.
2. Bell, L., et al., *The Impact of Teacher Credentials on ADHD Stigma Perceptions*. Psychology in the Schools, 2011. **48**(2): p. 184-197.

## **EK-8 KAPSAM GEÇERLİLİĞİ İÇİN GÖRÜŞ ALINAN UZMANLARIN LİSTESİ**

**Prof. Dr. Yeliz AKKUŞ** (Kafkas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi)

**Doç. Dr. Hülya BİLGİN** (İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Öğretim Üyesi)

**Doç. Dr. Selma SABANCIOĞULLARI** (Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Suşehri Sağlık Yüksekokulu, Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Öğretim Üyesi)

**Doç. Dr. Filiz ADANA** (Adnan Menderes Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Öğretim Üyesi)

**Dr. Öğretim Üyesi Sevil YILMAZ** (İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi)

**Dr. Öğretim Üyesi Funda CAMUZ GÜMÜŞ** (Dicle Üniversitesi Atatürk Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü Öğretim Üyesi)

**Öğr. Gör. Dilek AVCI** (Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi, Eğitim Bilimleri Bölümü, Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Anabilim Dalı Öğretim Elemanı)

**Dr. Öğretim Üyesi Gül DİKEÇ** (Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Öğretim Üyesi)

**Dr. Öğretim Üyesi Özge SÜKUT** (İstanbul Üniversitesi - Cerrahpaşa Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Öğretim Üyesi)

## 9. ÖZGEÇMİŞ

### 1. KİŞİSEL BİLGİLER

<b>ADI SOYADI:</b>	NİLÜFER KIRANŞAL
<b>DOĞUM TARİHİ VE YERİ:</b>	30.03.1978 KARS/SARIKAMIŞ
<b>ÇALIŞTIĞI KURUM ve BİRİMİ:</b>	KAFKAS ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ RUH SAĞLIĞI VE PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
<b>AKADEMİK ÜNVANI:</b>	Öğretim Görevlisi
<b>e-mail:</b>	nkiransal@hotmail.com

### 2. EĞİTİM (Mezun olduğu üniversite ve sonrası)

YILI	DERECESİ	ÜNİVERSİTE	ÖĞRENİM ALANI
1999	Lisans	Dokuz Eylül Üniversitesi	Hemşirelik
2007	Yüksek Lisans	Kafkas Üniversitesi	Eğitim Programları ve Öğretimi

### 3. AKADEMİK DENEYİM

GÖREV DÖNEMİ	ÜNVAN	BÖLÜM	ÜNİVERSİTE
2000 – 2018-Devam Ediyor	Öğr. Gör.	Hemşirelik	Kafkas Üniversitesi