

Klinik Çalışma

Psikolojik Danışmanlık ve Rehberlik Öğretmenlerinin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Hakkındaki Bilgi ve İnançları

Şeref Şimşek*, Veli Yıldırım**, Recep Bostan**

Özet

Amaç: Psikolojik danışmanlık ve rehberlik (PDR) öğretmenlerinin, dikkat eksikliği/ hiperaktivite bozukluğu (DEHB) hakkındaki bilgi ve inançlarının öğrenilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: PDR öğretmenleri için, DEHB hakkında daha önce bu konuda yapılan çalışmalar gözden geçirilerek yarı yapılandırılmış anket düzenlenmiştir. DEHB konulu seminer öncesinde öğretmenlere anket verilmiştir. Anket içeriğindeki sorular gruplar halinde olup istedikleri kadar şık işaretleyebilecekleri sözel ve yazılı olarak açıklanmıştır.

Sonuçlar: Gönüllü olan 192 öğretmen anketi doldurmuştur. Öğretmenlerin yaş ortalaması 28.03 ± 4.99 ve sorumlu olduğu öğrenci ortalaması 985.22 ± 840.62 olarak tespit edilmiştir. Öğretmenlerin 92'si (%48.2) kadın, 99'u (%51.8) erkektir. Öğretmenlerin yaklaşık olarak yarısı (%52.4) DEHB sıklığının %3-9 arasında olduğunu belirtmektedir. Öğretmenlerin 60'ı (%31.4) bulguların tamamen düzeldiğini, 31'i (%16.2) bulguların aynen devam ettiğini ve 10'u ise (%5.2) gittikçe kötüleştiğini belirtmektedir. Öğretmenlerin yaklaşık olarak üçte ikisi (%62.8) DEHB'nin genetik geçişli bir hastalık olduğunu bildirmektedir. Öğretmenlerin 113'ü (%59.2) birleşik tip, 58'i (%30.4) hareketlilik ve dürtüsellik önde geldiği alt tipi, 36'sı (%18.8) dikkatsizliğin önde geldiği alt tipi olduğunu belirtmektedir. Öğretmenlerin 86'sı (%45) her zekâ düzeyi çocukta DEHB görülebileceğini, 61'i (%31.9) ise normal düzeyde zekâya sahip çocukta görülebileceğini vurgulamıştır.

Tartışma: Bir PDR öğretmeni başına düşen ortalama öğrenci sayısı oldukça yüksek olmasına rağmen psikiyatrik ilaç kullanan öğrenci sayısının az bildirilmiş olması dikkat çekmektedir. Ayrıca DEHB'nin tedavisi, çocuğun zeka düzeyi vb bazı konularda PDR öğretmenlerinin bilimsel bulgularla çelişen bilgi ve inançlara sahip oldukları tespit edilmiştir. Bu sebeple çocuk ve ergen psikiyatri uzmanının PDR öğretmenleriyle dönemsel olarak bir araya gelmesi, yanlış bilgi ve inançların düzeltilmesinde fayda sağlayacaktır.

Anahtar kelimeler: Damgalama, etiketleme, DEHB

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB); dikkat eksikliği, hiperaktivite ve dürtüsellik ile akademik, aile, arkadaş ilişkilerini ve yaşam kalitesini etkileyen bir bozukluktur (1).

Okuldaki akademik başarısı ve arkadaş ilişkileri bozuk olan DEHB'li çocuklar, öğretmenlerini çok zorlamakta ve onları çaresiz bırakabilmektedir. Öğretmenler; ailelerin ebeveynlik becerilerinin eksik olması ve kaotik aile ilişkileri olması nedeniyle bu sorunların yaşandığını düşünmektedir (2,3). Sınıf ve dal öğretmenleri sorun yaşadıkları bu çocuklar için psikolojik danışmanlık ve rehberlik (PDR) öğretmenlerinden yardım alarak sorunları çözmeye çalışmaktadır. Yapılan araştırmalarda DEHB hakkında, PDR öğretmenlerinin bilgi düzeyinin ölçülmesi amacıyla yeterli çalışma olmadığı kanaatine varılmıştır. Bu çalışmada, DEHB hakkında yeterli bilgiye sahip olmadığının düşünülmesi nedeniyle PDR öğretmenlerinin bilgi düzeyinin ölçülmesi amaçlanmıştır.

Çalışma Dicle Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Psikiyatri AD yapıldı.

*Dicle Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Psikiyatri Anabilim Dalı, Diyarbakır

**Mersin Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Psikiyatri Anabilim Dalı, Mersin

Yazışma Adresi; Yrd. Doç. Dr. Şeref Şimşek

Dicle Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Psikiyatri Anabilim Dalı, Diyarbakır

Tel: 412 248 80 01-5828

Fax: 412 248 85 23

E-posta: drserefsimsek@gmail.com

Makalenin Geliş Tarihi: 07.02.2014

Makalenin Kabul Tarihi: 01.07.2014

Yöntem

Diyarbakır ilinde, İl Milli Eğitim Müdürlüğü'nün izni ve katkıları ile DEHB konulu seminer düzenlenmiştir. Seminerin katılımcıları, okullarda rehberlik ve danışmanlık görevi yapan öğretmenler olmuştur. Seminer öncesinde öğretmenlere anketler dağıtılarak, anketlerin semineri dinlemeden doldurulması sağlanmıştır. Anketlerin doldurulması esnasında oluşabilecek sıkıntıları gidermek amacıyla sözlü ve yazılı bilgilendirme yapılmıştır.

Öğretmenler için DEHB hakkında, daha önce bu konuda yapılan çalışmalar gözden geçirilerek yarı yapılandırılmış anket düzenlenmiştir (2,4-7). Anket tıp personeli olmayan gönüllü 10 kişi üzerinde denenmiş ve yaklaşık 5-7 dakika kadar zaman aldığı tespit edilmiştir. Anket içeriğindeki sorular gruplar halinde olup istedikleri kadar şık işaretleyebilecekleri sözel ve yazılı olarak belirtilmiştir. Sorular gruplar halinde sunularak, dikkatin kolay toplanması, anketin hızlı doldurulması, fikri olmadığı şıklarda yorum yapmak için kişilerin aşırı zorlanılmaması hedeflenmiştir. Böylece fikri olmadığı konular ile ilgili rastgele doldurma yapılmasının önüne geçilerek anket güvenilirliğinin düşmesi engellenmiştir. Anket soruları tablo 1, 2 ve 3'te görülebilmektedir.

Üzerinde durulan özelliklerden sürekli değişkenler için tanımlayıcı istatistikler, ortalama standart sapma, minimum ve maksimum değer olarak ifade edilirken, kategorik değişkenler için sayı ve yüzde olarak ifade edilmiştir. Kategorik değişkenler arası ilişkiyi belirlemede Ki-kare ve Fisher testleri kullanılmıştır. Hesaplamalarda istatistik anlamlılık düzeyi %5 olarak alınmış ve hesaplamalar için SPSS (ver;15) istatistik paket programı kullanılmıştır.

Bulgular

Seminere 238 öğretmen katılmış ve gönüllü olan 192 öğretmen anketi doldurmuştur. Öğretmenlerin yaş ortalaması 28.03 ± 4.99 ve sorumlu olduğu öğrenci ortalaması

985.22 ± 840.62 'dir. Sayısal verilere ait tanımlayıcı veriler tablo 1'de verilmiştir. Erkek öğretmenlerin yaş ortalamasının ($p=0.007$) ve çocuk sahibi olma oranının ($p=0.013$) kadın öğretmenlerden yüksek olduğu tespit edilmiştir. Öğretmenlerin 92'sinin (%48.2) kadın, 99'unun (%51.8) erkek olduğu ve 75'inin (%39.3) evli, 116'sı (%60.7) bekar olduğu kaydedilmiştir. Bazı kategorik değişkenlere ait sıklık verileri tablo 2'de verilmiştir.

Anket verileri cinsiyet, yaş, çocuk sahibi olma, psikiyatrik ilaç kullanan öğrencisi olma ve DEHB hakkında kitap/makale okuma durumlarına göre karşılaştırılmıştır. Her iki cinsiyetteki öğretmenin de öğrencilerin de DEHB tanısıyla ilaç kullanan öğrencileri bulunmaktadır. Kadın öğretmenlerin, öğrencilerinin ilacın yan etkisi hakkındaki gözlemleri erkek öğretmenlere oranla anlamlılığa yakın oranda daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p=0.063$). Çocuğu olanlar daha fazla yan etki bildirmektedir ($p=0.05$). Psikiyatrik ilaç ve metilfenidat kullanan öğrencisi olan öğretmenlerin öğrenci sayısı, öğrencisi ilaç kullanmayan öğretmenlerin öğrenci sayısından fazla olduğu tespit edilmiştir ($p=0.007$, $p=0.001$). Yine bu kişiler daha fazla oranda yan etki bildirmektedir ($p=0.001$).

Tablo 1. Bazı kategorik değişkenlerin sıklık verileri

	n	%
Yaş		
21-28 yaş	123	64,4
29-44 yaş	65	34
Eksik veri	3	1,6
Cinsiyet		
Kadın	92	48,2
Erkek	99	51,8
Medeni durum		
Evli	75	39,3
Bekar	116	60,7
Çocuk sahibi olma		
Yok	147	77
Var	44	23
Branş		
PDR +	182	95,3
Diğer	9	4,7

Tablo 2. Bazı sayısal verilere ait tanımlayıcı veriler

	Min.	Maks.	Ort.	std. sapma
Yaş	21	44	28.03	4.99
Eğ. Fak. bitireli kaç yıl oldu?	0	20	4.93	4.32
Çocuk sayısı	0	5	0.4	0.86
Öğrenci sayısı	30	4000	985.22	840.62
İlaç kullanan öğrenci sayısı	0	100	4.53	13.17
Psikiyatrik ilaç kullanan öğrenci sayısı	0	100	2.79	9.62
Metilfenidat kullanan öğrenci sayısı	0	30	0.89	2.97
Bilgisine başvuru öğrenci sayısı	0	60	3.28	7.89

Tablo 3. DEHB ile ilgili anket verileri

	Evet n (%)	Hayır/bilmiyorum n (%)
DEHB'nin prognozu;		
a) Tamamen düzelebilir.	60 (%31.4)	132 (%68.6)
b) Bulgular aynen devam eder.	31 (%16.2)	161 (%83.8)
c) Gittikçe kötüleşir.	10 (%5.2)	182 (%94.8)
DEHB'nin sebepleri içinde;		
a) Genetik yatkınlık söz konusudur.	120 (%62.8)	72 (%37.2)
b) Yanlış ebeveyn tutumları vardır.	57 (%29.8)	135 (%70.2)
c) Çocuğun yüksek zekâ düzeyi etkendir	24 (%12)	168 (%88)
d) Abur cubur gibi katkı maddeli gıdalarla beslenme	16 (%8.4)	176 (%91.6)
e) Epilepsi gibi organik beyin hasarının olduğu anormallikler söz konusudur.	45 (%23.6)	147 (%76.4)
DEHB'nin alt tipleri;		
a) Dikkatsizliğin önde geldiği alt tipi vardır.	36 (%18.8)	156 (%81.2)
b) Hareketlilik ve dürtüsellik önde geldiği alt tipi vardır.	58 (%30.4)	134 (%69.6)
c) DEHB'nin alt tipleri yoktur.	5 (%2.6)	187 (%97.4)
d) DEHB'nin hareketlilik ve dikkatsizliğin birlikte gittiği alt tipi vardır.	113 (%59.2)	79 (%40.2)
DEHB'nin tanısı		
a) Çocuk nöroloji uzmanı tanı koyar.	38 (%19.9)	154 (%20.1)
b) Çocuk psikiyatri uzmanı tanı koyar.	126 (%66)	66 (%34)
c) EEG ve nörogörüntüleme yapılmalıdır.	30 (%15.7)	162 (%84.3)
d) Sadece klinik ve ruhsal muayene ile tanı konabilir.	24 (%12.6)	168 (%87.4)
DEHB'nin tedavisi		
a) İlaç tedavisi yeterlidir.	9 (%4.7)	183 (%95.3)
b) İlaç tedavisi öncesi davranış tedavisi uygulanmalıdır.	131 (%68.6)	61 (%31.6)
c) İlaçlar bağımlılık yapar	11 (%5.8)	181 (%94.2)
d) Normal çocuk davranışlarında bile ilaç tedavisi kullanıldığı, aşırı tanı ve tedavi olduğunu düşünüyorum.	17 (%8.9)	175 (%91.1)
e) Erken tedavi ileride madde bağımlılığı riskini azaltır.	18 (%9.4)	174 (%90.6)
DEHB'li çocukların zeka düzeyleri;		
a) Normal düzeyin üzerindedir.	22 (%11.5)	170 (%88.5)
b) Normal düzeyinin altındadır.	15 (%7.9)	177 (%92.1)
c) Normal düzeydedir.	61 (%31.9)	131 (%68.1)
d) Normalüstü, normal veya normalaltı olabilir.	86 (%45)	106 (%55)
DEHB diye etiketlemek;		
a) Anne baba tarafından yapılmaktadır	37 (%19.4)	155 (%80.6)
b) Öğretmenler tarafından yapılmaktadır.	38 (%19.9)	154 (%80.1)
d) Hekimler tarafından yapılmaktadır.	24 (%12.6)	168 (%87.4)
d) Anne-baba, öğretmen, hekim tarafından yapılmaktadır.	102 (%53.4)	90 (%46.6)
DEHB hakkındaki bilgilerimi;		
a) Kitaplar veya tıbbi dergilerden edindim.	105 (%55)	87 (%45)
b) Gazete ve TV den edindim.	29 (%15.2)	163 (%84.8)
c) İnternette ve magazinlerden edindim.	65 (%34)	127 (%66)
d) Hekim arkadaşlarımdan edindim.	15 (%7.9)	177 (%92.1)
e) Kurs ve seminerlerden	77 (%40.3)	115 (%49.7)

DEHB sıklığı

Öğretmenlerin yaklaşık olarak yarısı (%52.4) DEHB sıklığının %3-9 arasında olduğunu belirtmiştir (Tablo 2). Belirtilen DEHB sıklığında cinsiyet, yaş, çocuk sahibi olma, psikiyatrik ilaç kullanan öğrencisi olma ve kitap/makale okuma gibi etkenlerin etkili olmadığı görülmektedir (p=0.65).

DEHB Gidişatı

Öğretmenlerin 60'ı (%31.4) DEHB bulgularının tamamen düzeldiğini, 31'i (%16.2) bulguların aynen devam ettiğini ve 10'u ise (%5.2) gittikçe kötüleştiğini belirtmektedir. DEHB'nin gidişatı cinsiyet, yaş, çocuk sahibi olma, psikiyatrik ilaç kullanan öğrencisi olma ve kitap/makale okuma açısından farklılık göstermemektedir (p=0.08).

DEHB Etiyolojisi

Öğretmenlerin yaklaşık olarak üçte ikisi (%62.8) DEHB'nin genetik geçişli bir hastalık olduğunu belirtmektedir (Tablo 2). Cinsiyet açısından değerlendirildiğinde, erkek öğretmenler DEHB'nin nedeni olarak daha yüksek oranda epilepsi gibi organik beyin hasarının neden olduğunu bildirmektedir (p=0.032). Yaş açısından değerlendirildiğinde, 21-28 yaş arası öğretmenler daha yüksek oranda DEHB'nin yüksek zeka düzeyinden kaynaklandığını düşünmektedir (p=0.016). Psikiyatrik ilaç kullanan öğrencisi olanlar ise DEHB'nin daha fazla oranda genetik nedenden kaynaklandığını belirtmektedir (p=0.024). DEHB hakkında makale/kitap okuyan öğretmenler DEHB'nin daha fazla oranda yanlış ebeveyn tutumundan kaynaklandığını düşünmektedir (p=0.026).

DEHB Alt tipleri

Öğretmenlerin 113'ü (%59.2) birleşik tip, 58'i (%30.4) hareketlilik ve dürtüsellik önünde geldiği alt tipi, 36'sı (%18.8) dikkatsizliğin önünde geldiği alt tipi olduğunu belirtmektedir (Tablo 2). Cinsiyet açısından değerlendirildiğinde, her ne kadar istatistik olarak anlamlı olmasa da kadınların daha fazla oranda aşırı hareketlilik/dürtüsellik alt tipi kodladığı görülmüştür (p=0.07). Yaş, çocuk sahibi olma, psikiyatrik ilaç kullanan öğrencisi olma ve kitap/makale okuma açısından farklılık saptanmamıştır (p=0.15).

DEHB'nin tanısı ve tedavisi

Öğretmenlerin 126'sı (%66) çocuk psikiyatri uzmanının, 38'i (%19.9) ise çocuk nöroloji uzmanının DEHB tanısını koyabileceğini bildirmektedir (Tablo 2). Kadınlar daha fazla oranda ilaç tedavisinin yeterli olacağını (p=0.014) ve ilaç tedavisi öncesi davranış tedavisi uygulanması gerektiğini belirtmektedir (p=0.008). Erkek öğretmenler, çocuğu olan öğretmenler, 29-44 yaş arası öğretmenler ve psikiyatrik ilaç kullanan öğrencisi olan öğretmenler daha fazla oranda normal çocuk davranışlarında bile ilaç tedavisi kullanıldığını, aşırı tanı ve tedavi olduğunu düşünmektedir (sırasıyla p=0.038, p=0.072, p=0.05, p=0.054).

DEHB'li çocuklarda zeka düzeyleri

Öğretmenlerin 86'sı (%45) her zeka düzeyi çocukta DEHB görülebileceğini, 61'i (%31.9) ise normal düzeyde zekaya sahip olduklarını belirtmektedir (Tablo 2). Cinsiyet, yaş, çocuk sahibi olma, psikiyatrik ilaç kullanan öğrencisi olma ve kitap/makale okuma açısından farklılık göstermemektedir (p=0.35).

DEHB etiketlemesi

Öğretmenlerin yaklaşık olarak yarısı (%53.4), damgalanmanın anne-baba, öğretmen ve hekimler

tarafından yapıldığını bildirmektedir (Tablo 2). 29-44 yaş arası öğretmenler 21-28 yaş arası öğretmenlere göre anlamlılığa yakın oranda daha fazla anne baba tarafından damgalanma olduğunu düşünmektedir (p=0.054). 21-28 yaş arası öğretmenler anlamlılığa yakın oranda daha fazla doktorlar tarafından damgalanma olduğunu düşünmektedir (p=0.055). Psikiyatrik ilaç kullanan öğrencisi olanlar daha fazla oranda anne baba tarafından damgalanma olduğunu düşünmektedir (p=0.015). Cinsiyet, çocuk sahibi olma ve kitap/makale okuma açısından farklılık göstermemektedir (p=0.07).

DEHB hakkındaki bilgi kaynakları

Öğretmenler DEHB hakkında bilgiyi, kitaplar veya tıbbi dergilerden (%55) ve kurs veya seminerlerden (%40.3) edindiklerini belirtmektedir (Tablo 2). Erkek öğretmenler DEHB hakkında bilgiyi daha yüksek oranda kitap ve dergilerden öğrendiğini bildirmektedir (p=0.016). Psikiyatrik ilaç kullanan öğrencisi olmayanlar daha fazla kitap veya makale okumaktadır (p=0.007). Makale/kitap okuyan öğretmenler, okumayanlara göre daha fazla yan etki bildirmektedir (p=0.014).

Tartışma

Çocuk Psikiyatri uzmanları ve PDR öğretmenleri, DEHB olan hastalar ve tedavileri hakkında çoğu zaman fikir ayrılığına düşmektedir. Bu farklılığın nedenlerinin irdelenmesi konusunda yeterli araştırmanın olmadığı tespit edilmiş ve bu çalışma hazırlanmıştır. DEHB hastaları için meslek grupları arasında iletişim ve fikir ayrılıklarının tartışılması ve paylaşılması için çocuk psikiyatri seminerleri her yıl yapılarak; birlikte uygulanabilecek, paylaşılabilir ölçeklerin ve ortak dilin oluşturulması planlanmıştır. Anketlerimizde ilaç tedavisi gereken hastalarda rehber öğretmenlerin farklı düşündüğü, gidişatını bilinenlerden daha olumlu algıladıkları ve bazı öğretmenlerin yanlış ebeveyn tutumlarını etiyolojik bir neden olarak gördükleri tespit edilmiştir. Ayrıca DEHB alt tiplerin üç tane olduğu görüşüne genel olarak katılmadıkları, sadece ruhsal ve klinik muayene ile tanı konulamayacağını düşündükleri tespit edilmiştir.

DEHB'nin okul çağı çocuklarındaki görülme sıklığı son yıllarda yapılan araştırmalarda %5.9-7.1 olduğu belirtilmektedir (8). Ankete katılan öğretmenlerin büyük bölümü, DEHB'in görülme sıklığını literatürde bildirilen oranlara yakın tahmin etmiştir. Çalışmamıza katılıma toplam 192 öğretmenden 100'ü (%52.1) DEHB'in görülme sıklığının %3-9 arasında değiştiğini

düşünmektedir. Çalışmamızdaki PDR öğretmenlerinin tanısını bildikleri hasta oranı oldukça düşük olup, psikiyatrik ilaç kullanan çocuk sayısı PDR öğretmeni başına 2.79 olarak elde edilmiştir. Ortalama kişi başına 985 öğrenci düşmesine rağmen bu denli ilaç (herhangi bir psikiyatrik ilaç) kullanan öğrenci sayısını az olması da dikkat çekmektedir.

Öğretmenler ve DEHB'li çocukların aileleri üzerinde Karabekiroğlu ve ark. (7) Türkiye'de yapmış olduğu DEHB üzerine bilgi ölçen anket çalışmasında 453 öğretmenin %47.5'inin DEHB'nin tedavi edilse de tümüyle düzelmeyeceğini düşündüğü bildirilmektedir. Karabekiroğlu ve ark. (7) otizm ve DEHB'i olan çocuklarla ilgilenen öğretmenlerle çalıştığı için daha yüksek ve doğruya yakın bir oran elde etmişlerdir. Brook ve ark. (9) öğretmenler ile olan çalışmasında DEHB'li çocukların %28.3'ünün yaşam boyu zorluklar yaşadığını belirtmişlerdir. Bizim çalışmamızda, DEHB gidişatı ile ilgili olarak öğretmenlerden %16.2'si yaşam boyu aynı şiddette devam edeceğini, %5.2'si daha kötüleşerek devam edeceğini ve %32.4'ü ise tamamen düzeleceğini düşünmektedir. Verilerden, öğretmenlerin DEHB'i düzelebilen bir bozukluk olduğunu düşündükleri sonucu çıkmaktadır. Çalışmada, gidişat konusunda öğretmenler arasında bir fikir birliği olduğu görülmektedir. DEHB'in gidişatı konusunda öğretmenlerin düşüncelerinin yaş, cinsiyet ve tecrübe açısından anlamlı bir değişim göstermediği saptanmıştır.

DEHB olan çocukların hem anne babalarında hem de kardeşlerinde DEHB olma riskinin kontrollere göre 2-8 kat arttığı (%20-25) gösterilmiştir (10). G20 ikiz çalışmasında DEHB'nin genetik geçişi %76 olarak hesaplanmıştır (11). Bu bilgiye sahip olmak öğretmenlere; ebeveynlerin bir ya da ikisinde, ya da kardeşlerinde DEHB olabileceğini anlaması, yönlendirme ve yaklaşım konusunda fayda sağlayacağı düşünülmektedir. Bizim çalışmamızda genel olarak öğretmenlerin %68.2'si genetik bir yatkınlık olduğunu düşündüklerini belirtmişlerdir. DEHB'nin oluş nedeni ile ilgili olarak 5 şık içerisinde en çok genetik yatkınlık işaretlenmiştir.

DEHB'nin nedenleri çoğunlukla bilinmemekle birlikte, sosyal ve çevresel etkenlerin kanıt düzeyi, nörobiyolojik veya nörogelişimsel etkenlerden daha düşük kalmaktadır (12). Bekle ve ark. (2) çalışmasında kaotik ve işlevsel olmayan aile yapısının DEHB'e neden olabileceğini ve öğretmenlerin %73'ünün buna katılmadığını bildirmişlerdir. Çalışmamızda öğretmenlerin yarısından fazlasının (%70.2)

DEHB'nin meydana gelmesinde yanlış ebeveyn tutumlarının etkili olmadığını düşündükleri saptanmıştır. Yanlış ebeveyn tutumları ile kaotik, işlevsel olmayan aile ilişkileri; DEHB'nin şiddetinin artması ve psikiyatrik bozuklukların eklenmesi için risk faktörüdür (13). Bu DEHB tanısının konulmasında bir zorluk oluşturduğu gibi, tanı koyulduğunda bu ailenin tanıdıkları ve çevre açısından yanlış yorumlamaya neden olması açısından önemli bir durumdur. Bu açıdan DEHB hakkında seminer ve anketlerin, özellikle bu alanla ilgili kişilere düzenli aralıklarla yapılmasının ve sonuçların birbiri ile karşılaştırılması faydalı olacaktır.

Her ne kadar gıda boyaları ve koruyucular gibi gıda katkı maddelerinin, şekerlerin ya da yüksek düzeylerde kurşunun DEHB'ye neden olabileceği öne sürülse de bunlarla ilgili bilimsel kanıt bulunmamaktadır. Bekle'nin çalışmasında şekerin ve yiyeceklerdeki katkı ürünlerinin DEHB'ye neden olabileceği ileri sürülmesine rağmen, öğretmenlerin %48'inin bu görüşe katılmadığını belirtmektedir (2). Çalışmamızda öğretmenlerin yalnızca %8.4'ü bunun sebep olabileceğini düşünmektedir. DEHB'de diyet ile ilgili kesin bir öneri olmamasına rağmen beslenmenin önemi ve uygunsuz beslenmenin DEHB'li çocuklarda daha yüksek olabileceği düşünüldüğünde çalışmada elde edilen oranlar oldukça düşüktür.

Bir meta analiz çalışması, DEHB sıklığının %5.9 olduğu, kombine alt tipin %3.4, hiperaktivite ile giden alt tipin %0.8, dikkat eksikliği önde gelen alt tipin %1.8 olduğu bildirilmektedir (8). Öğretmenlerin %18.8'i dikkat eksikliği ile giden alt tipi olduğunu, %30.4'ü hiperaktivite ile giden alt tipin olduğunu, kombine alt tipin de %59.2 oranlarında görülebileceğini belirtmektedir. Anketi dolduran öğretmenlerin %2.6'sı alt tiplerin olmadığını belirtmektedir. Hiperaktivite ve dürtüsellik ön planda olduğu alt tipin varlığını kadın öğretmenlerin anlamlı şekilde daha fazla oranda düşündüğü görülmektedir. Kız çocuklarda dikkat eksikliği ön planda alt tipin daha fazla olduğu ve Türk toplumunda bu çocukların daha az doktora götürüldüğü de düşünüldüğünde kadın PDR öğretmenlerinin tahmininin anlaşılabilir olduğu düşünülmektedir. Burada kız çocukları zeka kapasitesine göre yeterli akademik başarıyı elde edemedikleri zaman dikkat eksikliği alt tipin olabileceğini rehber öğretmenlerin bilmesi çok önem taşımaktadır. Çalışmamızda da dikkat eksikliğin ön planda olduğu tip en az oranda belirtilmesi düzenli aralıklarla eğitimlerin devam etmesi gerektiğini göstermektedir.

DEHB ve IQ seviyelerinin değerlendirildiği meta analizde, DEHB'nin yüksek zekâlı

çocuklarda da görülebildiğini, ancak kontrol grubundaki çocukların IQ puanlarına göre DEHB grubundaki çocuklarda daha düşük IQ puanının olduğu saptanmıştır (14). DEHB'li 108 çocuğu, 106 sağlıklı kontrol ile karşılaştırdıklarında; DEHB'li çocuklarda Manyetik Rezonans görüntüleme ve WISC-III testinde ortalama zeka düzeylerinin kontrollerden daha düşük bulunduğunu, bunun kortikal olgunlaşmadaki gecikmeyle ilişkili olabileceğini bildirmişlerdir (15). İran'da bir çalışma, öğretmenlerin %13'ünün DEHB'li öğrencilerinin DEHB'li olmayan öğrencilere göre daha düşük IQ seviyesine sahip olduklarını, %44.4'ünün IQ seviyelerinin aynı ve %38.4'ünün ise daha yüksek olduğunu düşündüklerini göstermiştir (5). Zekâyı normal düzeyin üstü, normal düzey ve normal düzeyin altı olarak grupladığımızda, çalışmamızda öğretmenler en az oranda DEHB'lilerin normal zekânın altında olabileceğini, en yüksek oranda da normal zeka seviyesinde olabileceğini bildirmiştir. DEHB'li çocukların daha yüksek zekâyı sahip oldukları ile ilgili toplumumuzda bir yanlış kanaat bulunmaktadır. Bu yanlış algı, rehber öğretmenlerin yönlendirmede yanlış veya eksik tutum içinde olabileceklerini düşündürmektedir.

Etiketlenme, bir bireyin "normal" çoğunluktan farklı bir özelliğe sahip olması nedeniyle sosyal onaydan dışlanması olarak tanımlanmıştır (16-18). Bu farklılık, bireyin toplum içinde ayrımcılık yaşamasına ve bunun sonucu olarak diğer bireyler tarafından olumsuz davranışlara, küçük düşürülmeye veya dışlanmasına yol açabilmektedir. Karabekiroğlu ve ark. (7) Türkiye'de yaptığı DEHB ve Otizm hakkında bir çalışmada öğretmenler arasında, doğu illerinde ve eğitim düzeyi daha düşük ailelerde etiketlenme düzeyi daha yüksek olduğunu belirtmiştir. Çalışmamızda öğretmenler; en çok öğretmenlerin daha sonra ebeveynlerin, sonra hekimlerin etiketleme yaptıklarını belirtmiştir. Karabekiroğlu ve ark. (7) ebeveynlere göre daha çok bilgi sahibi olduğunu belirten öğretmenlerde aynı zamanda daha yüksek düzeyde görülen damgalamanın da önemli bir nedeninin yanlış ve yetersiz bilgilenme olduğunu belirtmiştir. Bu yanlış bilgilenmenin en önemli kaynaklarından birinin internet aracılığıyla yayılan ve geçerliliği tartışmalı bilgiler olabileceği vurgulanmıştır. Ayrıca medyada DEHB'nin oluş nedenleri ve tedavi seçenekleriyle ilgili yanlış yönlendirmelere sıkça rastlanmaktadır (19). Anketimizde öğretmenlerin %34'ünün bilgi kaynağı olarak interneti kullandığı tespit edilmiştir. Tıbbi dergiler ve kitaplardan bilgi edinenler, toplam öğretmen grubunun yarısını oluşturmakta ve

çalışmamıza katılan öğretmenlerde tıp dergileri ve kitapların daha çok oranda okunduğunu, internetin daha az kullanıldığı görüldüğü daha olumludur.

Bekle'nin çalışmasında DEHB'nin tedavisi üzerine olan anket sorusunda öğretmenlerin büyük çoğunluğunun (%73) "DEHB'nin sadece ilaç ile tedavi edilebilir bir tıbbi hastalıktır" ifadesine katılmadıkları gösterilmiştir (2). Medyada çıkan yanlış yönlendirici haberlerin çoğunluğunu etkinliği kanıtlanmamış, alternatif tedavi yaklaşımlarını ön plana çıkaran ve tedavi edici olarak yansıtan haberlerden oluşması dikkat çekicidir (20,21). Bizim çalışmamızda da, öğretmenler DEHB için öngörülen tedaviler arasında en az ilaç tedavisini işaretlemişlerdir. İlaç tedavisi öncesi davranış tedavisi uygulanmasının gerektiğini çoğunlukla belirtmişlerdir. Bu bulgular DEHB tedavisi konusunda öğretmenler arasında yanlış bilgilenme düzeyinin oldukça yüksek olduğunu ve özellikle de ilaç tedavisinin damgalandığını göstermektedir.

The Knowledge and Beliefs of Guidance Counselors About Attention Deficit and Hyperactivity Disorder (ADHD)

Abstracts

Objectives: The aim of the current study was to determine the knowledge and beliefs of guidance counselors about attention deficit and hyperactivity disorder (ADHD).

Methods: Guidance counselors were given a questionnaire prior to the seminar on ADHD. A semi-structured questionnaire on ADHD was prepared for guidance counselors, after reviewing the previous studies on this topic. The content of the questionnaire form was divided into groups and participants were informed verbally and in writing that they were free to choose as many options as they wished.

Results: One hundred ninety-two voluntary guidance counselors participated in the survey. The average age of the guidance counselors was 28.03±4.99 years and the average number of students they were responsible for was 985.22±840.62. The number of female guidance counselors was 92 (48.2%), while the number of male participants was 99 (51.8%). Almost half of the participating counselors (52.4%) mentioned that the frequency of ADHD was between 3% and 9%. Sixty guidance counselors (31.4%) stated that the findings completely improved, while 31 of them (16.2%) stated that the findings remained the same and 10 of them (5.2%) stated that the findings declined over time. Approximately two-thirds (62.8%) of the guidance counselors reported that ADHD was a genetically inherited disorder.

Discussions: *It is conspicuous that the number of students using psychiatric medication was quite low, although the average number of students per guidance counselor was rather high. Moreover, it was determined that guidance counselors had beliefs and knowledge that contrasted with the scientific findings on certain topics such as the treatment of ADHD and the intelligence level of the child. Therefore, the researchers believe that periodical meetings of the child and adolescent psychiatrists with the guidance counselors would contribute to the correction of false knowledge and beliefs.*

Key words: *Stigma, labeling, ADHD*

Kaynaklar

- Köroğlu E (çeviri ed.). Amerikan Psikiyatri Birliği: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Yeniden Gözden Geçirilmiş Tam Metin, (DSM IV TR), Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington DC. 4th ed. Ankara: Hekimler yayın birliği; 2007.
- Bekle B. Knowledge and attitudes about attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD): A comparison between practicing teachers and undergraduate education students. *J Atten Disord* 2004; 7(3):151-161.
- Ghanizadeh A. Distribution of symptoms of attention deficit-hyperactivity disorder in schoolchildren of Shiraz, south of Iran. *Arch Iran Med* 2008; 11(6):618-624.
- Jerome L, Gordon M, Hustler P. A comparison of American and Canadian teachers' knowledge and attitudes towards Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). *Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr* 1994; 39(9):563-567.
- Ghanizadeh A, Bahredar MJ, Moeini SR. Knowledge and attitudes towards attention deficit hyperactivity disorder among elementary school teachers. *Patient Educ Couns* 2006; 63(1-2):84-88.
- Ghanizadeh A, Zarei N. Are GPs adequately equipped with the knowledge for educating and counseling of families with ADHD children? *Bmc Fam Pr* 2010; 11:5.
- Karabekiroğlu K, Cakin-Memik N, Ozcan-Ozel O, Toros F, Öztop D, Özbaran B, et al. DEHB ve Otizm ile İlgili Bilgi Düzeyleri ve Damgalama: Sınıf Öğretmenleri ve Anababalarla Çok Merkezli Bir Çalışma. *Klin Psikiyatri Derg* 2009; 12:79-89.
- Willcutt EG. The prevalence of DSM-IV attention-deficit/hyperactivity disorder: A meta-analytic review. *Neurother J Am Soc Exp Neurother* 2012; 9(3):490-499.
- Brook U, Watemberg N, Geva D. Attitude and knowledge of attention deficit hyperactivity disorder and learning disability among high school teachers. *Patient Educ Couns* 2000; 40(3):247-252.
- Joseph J. Problems in psychiatric genetic research: A reply to Faraone and Biederman. *Dev Rev* 2000; 20(4):582-593.
- Faraone SV, Perlis RH, Doyle AE, Smoller JW, Goralnick JJ, Holmgren MA, et al. Molecular genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biol Psychiatry* 2005; 57(11):1313-1323.
- Shaw K, Wagner I, Eastwood H, Mitchell G. A qualitative study of Australian GPs' attitudes and practices in the diagnosis and management of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Fam Pract* 2003; 20(2):129-134.
- Mokrova I, O'Brien M, Calkins S, Keane S. Parental ADHD Symptomology and Ineffective Parenting: The Connecting Link of Home Chaos. *Parent Sci Pr* 2010; 10(2):119-135.
- Frazier TW, Demaree HA, Youngstrom EA. Meta-analysis of intellectual and neuropsychological test performance in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Neuropsychology* 2004; 18(3):543-555.
- De Zeeuw P, Schnack HG, van Belle J, Weusten J, van Dijk S, Langen M, et al. Differential brain development with low and high IQ in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Plos One* 2012; 7(4):357-370.
- Goffman E. *Stigma: The management of spoiled identity*. Harmondsworth, UK: Penguin; 1963.
- Finzen A. Stigma, stigma management, destigmatization. *Psychiatr Prax* 2000; 27(7):316-320.
- Takon I. Clinical use of a modified release methylphenidate in the treatment of childhood attention deficit hyperactivity disorder. *Ann Gen Psychiatry* 2011; 10:25.
- Prudent N, Johnson P, Carroll J, Culpepper L. Attention-deficit/Hyperactivity disorder: presentation and management in the Haitian American child. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* 2005; 7(4):190.
- Chan E, Rappaport LA, Kemper KJ. Complementary and alternative therapies in childhood attention and hyperactivity problems. *J Dev Behav Pediatr* 2003; 24(1):4-8.
- Baumgaertel A. Alternative and controversial treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatr Clin North Am* 1999; 46(5):977-992.