



T.C.
GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

**TOKAT İLİ MESLEKİ EĞİTİM MERKEZLERİNDE ÖĞRENİM GÖREN
ÇIRAKLIK ÖĞRENCİLERİNDE
DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU SIKLIĞI**

Dr. Özkan YAŞAYANCAN

UZMANLIK TEZİ

TOKAT
2015



T.C.
GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

**TOKAT İLİ MESLEKİ EĞİTİM MERKEZLERİNDE ÖĞRENİM GÖREN
ÇIRAKLIK ÖĞRENCİLERİNDE
DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU SIKLIĞI**

Dr. Özkan YAŞAYANCAN

UZMANLIK TEZİ

Tez Danışmanı

Yrd.Doç.Dr. Rıza ÇİTİL
Yrd.Doç. Dr. Hasan BOZKURT

TOKAT
2015

TEŞEKKÜR

Araştırmamın tüm aşamalarında katkı ve desteklerini esirgemeyen Halk Sağlığı Anabilim Dalı öğretim üyeleri Yrd. Doç. Dr. Rıza ÇITIL, Yrd. Doç. Dr. Yalçın ÖNDER ve Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Mücahit EĞRİ'ye, tez danışmanlarımdan Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı öğretim üyesi Yrd. Doç. Dr. Hasan BOZKURT'a, verileri toplamamda yardımcı olan Milli Eğitim Müdürlüğü yetkilileri ile Mesleki Eğitim Merkezi öğretmenlerine en içten duygularıyla teşekkür ederim.

Dr. Özkan YAŞAYANCAN

ÖZET

TOKAT İLİ MESLEKİ EĞİTİM MERKEZLERİNDE ÖĞRENİM GÖREN ÇIRAKLIK ÖĞRENCİLERİNDE DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU SIKLIĞI

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB); çocuklukta başlayan, belirtileri erişkinlikte de devam eden, hayatın her döneminde etkisini sürdüren, akademik, sosyal ve iş yaşamını olumsuz etkileyen, nörogelişimsel bir bozukluktur. DEHB olan öğrencilerin bazıları akademik başarıları düşük olabilmesinden dolayı aileleri tarafından okullarından alınıp alternatif meslekler için arayışlara girebilmektedirler. Bu amaçla çocuklar çırak olarak bazı işkollarında çalıştırılabilir ve mesleki eğitim merkezlerine yönlendirebilirler. Çıraklık öğrencilerinde bu nedenle DEHB'nin daha fazla oranda görülmesi beklenebilir. DEHB, akademik başarıda düşme, kazaya maruz kalma ve madde kullanımı risklerini arttırması nedeniyle tedavi edilmesi gereken bir sorundur. Bu çalışma ile Tokat il genelindeki mesleki eğitim merkezlerinde öğrenim gören çıraklık öğrencilerinde DEHB sıklığı ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

8 Ekim-15 Kasım 2015 tarihleri arasında yürütülen kesitsel tipteki bu çalışmanın evrenini Tokat İl Milli Eğitim Müdürlüğü verilerine göre, il merkezi ve ilçelerdeki 5 mesleki eğitim merkezinde öğrenim gören toplam 513 çıraklık öğrencisi oluşturmaktadır. Örneklem seçilmeden evrenin tamamına ulaşılması planlanmıştır. Çalışma sözlü onam vererek katılmayı kabul eden 411 öğrenci ile tamamlanmıştır (%80.1). Verilerin toplanması amacıyla ilgili literatür eşliğinde hazırlanan sosyodemografik özellikler, sağlık durumu, alışkanlıklar ve iş hayatı ile ilgili soruları içeren standart anket formu, araştırmacı tarafından öğrencilerin okullarına veya çalıştıkları işyerlerine gidilerek yüzyüze görüşme yöntemiyle uygulanmıştır. DEHB belirtilerini saptamak için ise 18 yaş altında Conners-Wells Ergen Özbildirim Ölçeği-Kısa Formu(C-WEÖÖ-K), 18 yaş ve üstü için Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS-v1.1) Türkçe formu kullanılmıştır. İstatistiksel analizde sayı (n) ve yüzde (%), Ki-kare testi, Student-t testi, Mann-Whitney U testi ve Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi

$p < 0.05$ olarak alınmıştır. Çalışmanın yürütülmesi için Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul onayı(14-KAEK-189) alınmıştır.

Çalışmaya katılan öğrencilerin %58.2'si (239) erkek, %41.8'i (172) kız, yaş ortalamaları 21.58 ± 7.60 olarak saptanmıştır. Öğrencilerin tamamında DEHB görülme sıklığı %6.8 (n=28) olup, erkeklerde (%10.0, n=24), kızlara (%2.3, n=4) göre anlamlı şekilde daha fazla görüldüğü bulunmuştur ($p < 0.05$). DEHB sıklığının 18 yaş altında %7.6 (n=13), (hepsi erkek olup kızlarda DEHB saptanmamıştır), 18 yaş ve üzerinde ise %6.2 (n=15) (erkek-kadın oranı 2.75:1) olduğu saptanmıştır. Erkeklerde, sigara içenlerde, alkol kullananlarda, uyuşturucu kullananlarda, çalıştığı işten memnun olmayanlarda ve çalıştığı işte kişilerarası sorun yaşayanlarda DEHB sıklığının anlamlı şekilde daha fazla olduğu bulunmuştur ($p < 0.05$).

Araştırmamızda hem adölesan hem de yetişkin çıraklık öğrencilerinde DEHB sıklığı literatüre göre daha yüksek bulunmuştur. Çıraklık öğrencileri DEHB açısından risk grubuna girdiğinden bu konudaki saha araştırmalarının yaygınlaştırılarak DEHB'nin erken yaşlarda tanı konulup tedavisine başlanmasının öğrencilerin gelecekte alkol ve madde kullanımı, adli olaylara karışma gibi riskli davranışlarının azalmasına yardımcı olacağı, akademik başarılarını olumlu yönde etkileyeceği, aynı zamanda mesleki verimliliklerini de arttıracığı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu, Çırak, Mesleki Eğitim Merkezi

Destekleyen kurumlar: Bu çalışma Gaziosmanpaşa Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Komisyonu tarafından desteklenmiştir. (Proje No: 2014 / 64)

ABSTRACT

PREVALENCE OF ATTENTION DEFICIT AND HYPERACTIVITY DISORDER IN THE APPRENTICESHIP STUDENTS WHO ARE EDUCATING IN THE VOCATIONAL TRAINING CENTERS IN TOKAT PROVINCE

Attention deficit and hyperactivity disorder (ADHD) is a neurodevelopmental disorder that begins in the childhood, proceeds in the adulthood and affects every period of life and affects academic, social and business life negatively. Because of low academic achievement of some students with ADHD, they may be taken from school and may be canalized to alternative jobs by their families. For this purpose students may be worked as apprentice in some business lines, and may be directed to vocational training centers. Therefore, it is expected that ADHD is seen more frequently among the apprenticeship students. ADHD is a problem that needs to be treated because of increased risk of low academic achievement, accidents and substance abuse. This study aimed to determine the prevalence of ADHD and affecting factors among the apprenticeship students in the vocational training centers in Tokat province.

The population of this cross-sectional study is 513 apprenticeship students who studying at 5 vocational training centers in city center and counties according to the Provincial Directorate of National Education data. This study was conducted in 8 September-15 November 2015. It is planned to reach the all research population without sampling. The study was completed by 411 students who agreed to participate by receiving verbal consent(80.1%). In order to collect data; standard survey which is prepared with the related literature and composed of questions about socio demographic characteristics, health status, habits and work life, was applied in the manner of face to face interview by researcher in the students schools and work places. To detect symptoms of ADHD; Conners-Wells adolescent self-report Questionnaire-Short Form was used for the students whose age is under 18; Adult Attention Deficit Hyperactivity Disorder Self-Report Scale (ASRS-v1.1) Turkish form was used for the students whose age was above 18. Data were expressed with

number (n) and percentage (%), Chi-square test, Student's t test, Mann-Whitney U test and Kruskal-Wallis test were used for statistical analysis.

It is determined that, 58.2% (239) of the students participating study was male and 41.8% (172) was female. The mean age was 21.58 ± 7.60 . ADHD prevalence in all students was 6.8% (n=28). It is found to be significantly difference among in males (10.0%, n=24) and females (2.3%, n=4) ($p < 0.05$). ADHD prevalence according to the age of students is found to be 7.6% (n=13) under 18 years of age and 6.2% (n=15) above 18 years of age. There was no ADHD in females under 18 years of age, ADHD male-female ratio above 18 years of age was 2.75:1. The prevalence of ADHD is found to be significantly high in males, smokers, who have tried drug at least once, who is not satisfied with the work and who has interpersonal problems at work ($p < 0.05$).

In our study, prevalences of ADHD obtained in both adolescent and adult apprenticeship students were higher than the literature. The treatment should be provided without delay by generalizing the field researches about ADHD and identifying at early ages, because the apprenticeship students are at high risk group of ADHD. The diagnosis and treatment of ADHD students at early ages; will help to decrease alcohol consumption and drug abuse in future, risky behaviours such as involving criminal cases. Also it will affect academic achievements of students positively and will increase vocational productivity of them.

Key Words: Attention Deficit and Hyperactivity Disorder, Apprentices, Vocational Training Center.

Supported by: This project was supported from The Society of Science Research Projects in University of Gaziosmanpaşa, Project number: 2014 / 64

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
TEŞEKKÜR.....	i
ÖZET.....	ii
İNGİLİZCE ÖZET (ABSTRACT).....	iv
KISALTMALAR.....	viii
ŞEKİL VE GRAFİK DİZİNİ.....	ix
TABLolar DİZİNİ.....	x
1.GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2.GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Mesleki Eğitim ve Türkiye’deki Yeri.....	3
2.1.1.Mesleki Eğitimin Tarihçesi.....	3
2.1.1.1.Cumhuriyet Öncesi Mesleki Eğitim.....	3
2.1.1.2. Cumhuriyet Sonrası Mesleki Eğitim.....	5
2.1.2. Türkiye’de Mevcut Eğitim Sistemi ve Mesleki Eğitimin Yeri.....	5
2.1.3.Türkiye’de İşgücü Durumu.....	10
2.2. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB).....	13
2.2.1.DEHB’nin Tanımı.....	13
2.2.2.DEHB’nin Tarihçesi.....	14
2.2.3.DEHB’nin Epidemiyolojisi.....	15
2.2.4.DEHB’nin Etyolojisi.....	16
2.2.5.DEHB’nin Tanısı.....	18
2.2.6.DEHB Tanısı İçin Kullanılan Ölçekler.....	22
2.2.6.1. Erişkinlerde DEHB Tanısında Kullanılan Ölçekler.....	22
2.2.6.1.1. Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Ölçeği (Adult ADD/DSM IV- Based Diagnostic Screening And Rating Scale) (ADHD).....	22
2.2.6.1.2. Wender Utah Derecelendirme Ölçeği (WUDÖ).....	22
2.2.6.2. Çocuk ve Ergenlerde DEHB Tanısında Kullanılan Ölçekler.....	23

2.2.6.2.1. Conners Annebaba Derecelendirme Ölçeği	
Yenilenmiş-Kısa (CADÖ-YK).....	23
2.2.6.2.2. Conners Öğretmen Derecelendirme Ölçeği	
Yenilenmiş Kısa (CÖDÖ-YK).....	23
2.2.7.DEHB Klinik Bulgular.....	23
2.2.8. DEHB'ye Eşlik Eden Bozukluklar ve Hastalıklar.....	24
2.2.9.DEHB Tedavisi.....	25
2.2.9.1. İlaç Tedavisi.....	25
2.2.9.2. Psikososyal Terapiler.....	26
2.2.9.3.Alternatif Tedaviler.....	26
3.GEREÇ VE YÖNTEM.....	28
4.BULGULAR.....	31
4.1.Öğrencilerin Tanımlayıcı Bulguları.....	31
4.2 DEHB İle İlgili Bulgular.....	41
4.2.1. 18 Yaş Altı Öğrencilerde DEHB İle İlgili Bulgular.....	41
4.2.2. 18 Yaş ve Üzerindeki Öğrencilerde DEHB İle İlgili Bulgular.....	45
4.2.3. Mesleki Eğitim Merkezlerindeki Tüm Öğrencilerde DEHB	
Sıklığı ve Etkileyen Değişkenler.....	47
5.TARTIŞMA.....	51
6.SONUÇ VE ÖNERİLER.....	70
7.KAYNAKLAR.....	74
EKLER 1.Anket Formu.....	93
2.Klinik Araştırmalar Etik Kurul Onayı.....	100
3.Milli Eğitim Müdürlüğünden Alınan Araştırma İzin Yazısı.....	101

KISALTMALAR

ASRS	Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği
CDC	Centers For Disease Control and Prevention (Hastalıkları Önleme ve Kontrol Merkezi)
DEHB	Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu
C-WEÖÖ-K	Conners-Wells Ergen Öz-Bildirim Ölçeği-Kısa
CADÖ-YK	Conners Annebaba Derecelendirme Ölçeği Yenilenmiş-Kısa
CÖDÖ-YK	Conners Öğretmen Derecelendirme Ölçeği Yenilenmiş Kısa
DHA	Dokosaheksaenoic asid
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EEG	Elektroensefalografi
EPA	Eikosapentaeonic asid
FDA	Food and Drug Administration (Amerika Birleşik Devletleri Gıda ve İlaç İdaresi)
ILO	International Labour Organization (Uluslararası Çalışma Örgütü)
MEM	Mesleki Eğitim Merkezi
OECD	Organization for Economic Co-operation and Development (Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü)
PET	Pozitron Emisyon Tomografisi
SBS	Seviye Belirleme Sınavı
SGK	Sosyal Güvenlik Kurumu
TEPA	Türkiye Ergen Profili Araştırması
TUBİM	Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
UNODC	United Nation Office on Drugs and Crime (Birleşmiş Milletler Uyuşturucu ve Suç Ofisi)
WUDÖ	Wender Utah Değerlendirme Ölçeği

ŞEKİL VE GRAFİK DİZİNİ

	Sayfa No
Şekil 1	Türkiye’de Ortaokul Sonrası Eğitim Alternatifleri..... 7
Grafik 1	Bazı OECD Ülkelerinde Orta Öğretimde Mesleki Eğitimin Payı (%).. 10
Grafik 2	Türkiye’de 15-24 Yaş Bireylerde Yıllara ve Cinsiyete Göre İşgücüne Katılma Oranları..... 12
Grafik 3	Öğrencilerin Ortaokul veya Liseye Devam Etmeme Nedenleri..... 34
Grafik 4	Ortaokul ve Liseye Devam Etmeyen Öğrencilerin Tekrar Bir Şans Olsa Devam Edip Etmeme Durumu (%)..... 35
Grafik 5	Öğrencilerin Çalışmaya Başlama Yaşlarına Göre Dağılımı..... 37
Grafik 6	Öğrencilerin Hijyen Eğitimi Alma Durumu 38
Grafik 7	Öğrencilerin Hijyen Eğitimini Aldığı Yer..... 38
Grafik 8	Öğrencilerin İş Sağlığı ve Güvenliği Eğitimi Alma Durumu..... 39
Grafik 9	Öğrencilerin İş Sağlığı ve Güvenliği Eğitimi Aldığı Yer..... 39
Grafik 10	Öğrencilerin Cinsiyetine Göre DEHB Görülme Sıklığı..... 48
Grafik 11	Öğrencilerin Yaş Gruplarına Göre DEHB Görülme Sıklığı..... 48

TABLolar DİZİNİ

	Sayfa No
Tablo 1 Mesleki ve Teknik Eğitim Okul Türleri.....	7
Tablo 2 Mesleki Eğitim Alanları.....	9
Tablo 3 Türkiye’de 15 Yaş Üzeri Bireylerde Eğitim Durumuna ve Yıllara Göre İşgücü Durumu (x1000).....	11
Tablo 4 Türkiye’de Yaş Grubuna ve Eğitim Durumuna Göre İşgücü Durumu (x1000) (2013).....	11
Tablo 5 Türkiye’de Yıllara Göre 15-44 Yaş Bireylerde İşgücüne Katılma Oranları (%).....	12
Tablo 6 Conners-Wells Ölçeği Alt Boyutlarından Alınabilecek Puanlar ve Cronbach Alpha Katsayıları.....	29
Tablo 7 Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS-V1.1) Alt Boyutlarından Alınabilecek Puanlar ve Cronbach Alpha Katsayıları.....	30
Tablo 8 Öğrencilerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Dağılımı.....	31
Tablo 9 Öğrencilerin Meslek Alanlarına Göre Dağılımı.....	32
Tablo 10 Öğrencilerin Anne ve Babalarının Eğitim ve Meslek Durumlarına Göre Dağılımı.....	33
Tablo 11 Öğrencilerin Sigara, Alkol ve Uyuşturucu Alışkanlıkları Durumu...	36
Tablo 12 Öğrencilerin Çalışma Süreleri ve Çalışma Düzenine Göre Dağılımı	37
Tablo 13 Öğrencilerin İş Yerlerinde Karşılaştıkları En Önemli İş Sağlığı ve Güvenliği Sorunlarının Dağılımı.....	40
Tablo 14 18 Yaş Altındaki Öğrencilerin Conners-Wells Ölçeği Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Dağılımı.....	41
Tablo 15 18 Yaş Altındaki Öğrencilerde Bazı Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Conners-Wells Ölçeği Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamaları.....	42
Tablo 16 18 Yaş Altındaki Öğrencilerde Anne ve Babanın Çalışma Durumuna Göre Conners-Wells Ölçeği Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Ortancaları.....	43

Tablo 17	18 Yaş Altındaki Öğrencilerde Adli Olaya Karışma Durumuna Göre Conners-Wells Ölçeği Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Ortancaları.....	43
Tablo 18	18 Yaş Altındaki Öğrencilerde Çalıştığı İşle İlgili Bazı Özelliklerine Göre Conners-Wells Ölçeği Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamaları.....	44
Tablo 19	18 Yaş Altındaki Öğrencilerde Çalıştığı İşle İlgili Bazı Özelliklerine Göre Conners-Wells Ölçeği Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortancaları.....	45
Tablo 20	18 Yaş ve Üzerindeki Öğrencilerde Bazı Değişkenlere Göre DEHB Olma Durumu.....	46
Tablo 21	18 Yaş ve Üzerindeki Öğrencilerde Okula Devam Etmeme Nedenlerine Göre DEHB Olma Durumu.....	47
Tablo 22	Tüm Öğrencilerde Bazı Değişkenlere Göre DEHB Olma Durumu...	50

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB); çocuklukta başlayan, belirtileri önemli oranda erişkinlikte de devam eden, hayatın her döneminde etkisini sürdüren, akademik, sosyal ve iş yaşamını olumsuz yönde etkileyen, kalıtsal özelliği yüksek nörogelişimsel bir bozukluktur (1). Dünya genelinde DEHB sıklığının % 5.29 olduğu bildirilmektedir (2). DEHB dünyada olduğu kadar ülkemizde de yaygın olarak görülmektedir (3). Başladığı bir işi tamamlayamama, doyumsuzluk, tutarsızlık ve dikkatini toplayamama DEHB'nin en önemli özelliklerindedir. DEHB'nin etyolojisinin biyolojik ve çok etkenli olduğu düşünülmeyle birlikte birçok hastada bozukluğun nedeni bilinmemektedir (3). DEHB'nin temelinde biyolojik ve psikososyal etkenlerin rol oynadığı düşünülmektedir. Dikkatsizlik ve hiperaktivite ana belirtileri olup psikiyatrik bozukluklarla birliktelik gösterebilir. DEHB olan çocuklar okul öncesi dönemde aileleri tarafından “yaramaz çocuk” olarak değerlendirilebilirler. Ebeveynler okul çağına gelen çocuklarındaki farklılıkları fark edip doktora başvurabilirler (4). DEHB bazı nörolojik ve psikiyatrik hastalıklarla birlikte görülebilir. Diğer hastalıkların şiddetini artırabilir veya tedavisini zorlaştırabilir. Bu nedenle DEHB olan hastalar diğer psikiyatrik ve nörolojik hastalıklar açısından da değerlendirilmelidir (5-8). DEHB çocuklarda en sık görülen psikiyatrik bozukluklardan biridir. DEHB sosyoekonomik durumu düşük olanlarda ve istismara maruz kalanlarda biraz daha fazla görülebilir. DEHB stres durumunda şiddetlenebilir. Genetik olarak birinci derecede akraba olanlarda görülme sıklığı daha fazla olup genetik, biyolojik, ve psikososyal nedenler gibi birden fazla etken sonucu oluşan bir rahatsızlıktır (9). Erkeklerde kızlara göre 3-5 kat daha sık görülmektedir (10). Erişkinlerde yapılan bir meta analiz çalışmasında yetişkinlerdeki DEHB prevalansı %3.4 olarak bulunmuştur (11). Çocukluk çağında başlayan DEHB, erişkinlik döneminde de %30-70 oranında devamlılık gösterebilir ve erişkinlikte DEHB devam etme riski, ailede DEHB öyküsü, eşlik eden davranım bozukluğu ve anksiyete bozukluğu varlığında artmaktadır (12).

DEHB, akademik başarılarında düşme, kazaya maruz kalma ve madde kullanımı risklerini arttırması nedeniyle tedavi edilmesi gereken bir sorundur (13,14). DEHB olan çocuklar öğrenme güçlüğü çekebilir ve akademik başarıları düşebilir (15).

Mısır'da yapılan bir çalışmada DEHB belirtileri olan okul öğrencilerinin yarısına yakınının akademik başarısının düşük olduğu tespit edilmiştir (16).

Türkiye'de 8. sınıfı bitiren bir öğrencinin ortaöğretim için bazı alternatifleri olabilir. Bunlardan birincisi genel ortaöğretim kurumları, ikincisi hem mesleki hem yükseköğretime hazırlayan eğitim kurumları, üçüncüsü teknik eğitim veren ortaöğretim kurumlarıdır. Temel eğitimini tamamlayan ama bir nedenden dolayı genel ortaöğretime devam edemeyen öğrenciler için mesleki eğitim merkezleri bir seçenek olmaktadır (17). DEHB olan öğrencilerin bazıları akademik başarıları düşük olabilmelerinden dolayı aileleri tarafından okullarından alınıp alternatif meslekler için arayışlara girebilmektedirler. Bu amaçla çocuklar çırak olarak bazı işkollarında çalıştırılabilir ve mesleki eğitim merkezlerine yönlendirebilirler (18). Çıraklık öğrencilerinde bu nedenle DEHB'nin daha fazla oranda görülmesi beklenebilir.

Genel olarak mesleki eğitim merkezlerinde eğitim gören çıraklık öğrencilerinde yapılmış DEHB'nin araştırıldığı çalışmaya rastlanılmamıştır. Bu çalışma ile Tokat il genelindeki mesleki eğitim merkezlerinde öğrenim gören çıraklık öğrencilerinde DEHB sıklığı ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

Bir ülkenin kalkınmasını sağlayan sermaye, ham madde, pazarlama, teknoloji, yetişmiş insan gücü, istikrarlı yönetim, uygun bir sosyal ve kültürel ortam gibi birçok öge sayılabilir. Eğitim ekonomik gelişmelere katkı sağlamaktadır. Mesleki-teknik eğitim işgücünü geliştirir ve eğitilmiş kişi, kaliteli işgücü olup makineleri daha doğru kullanır. Bu nedenle kalkınmanın adımlarından biri olan insan gücünü doğru yönlendirebilmek için mesleki eğitim merkezleri önemlidir (19).

2.1. Mesleki Eğitim ve Türkiye'deki Yeri

2.1.1. Mesleki Eğitim Tarihçesi:

2.1.1.1. Cumhuriyet Öncesi Mesleki Eğitim:

Ülkemizde mesleki eğitim, Türklerin Anadolu'ya yerleşmesi ile birlikte Ahilikle başlamış ve Avrupa'dan örnek alınan mesleki eğitim kurumları açılıncaya kadar bu sistem geçerli olmuştur (20). 12. yüzyıldan 18. yüzyıla kadar çırakların eğitimi ya da başka bir deyişle meslekî eğitim; geleneksel kurallara bağlı bir düzen içerisinde esnaf ve sanatkâr teşkilatları olan Ahilik sistemi ile yürütülmüştür. Selçuklular döneminde Ahilik adı altında kurulan esnaf-sanatkâr teşkilatı, Osmanlılar döneminde de Lonca ve Gedik adıyla devam etmiştir (21).

Ahilik Arapçada kardeş anlamına gelmekte olup, Türkçede ise eli açık, konuksever ve yiğit anlamına gelen "akı" sözcüğünden geldiği düşünülmektedir (22). Ahilik, 13. yüzyıldan 19. yüzyıla kadar Anadolu'da Balkanlarda ve Türkistan'da yaşamış olan Türklerin sanat ve meslek alanlarında yetişmelerini, ahlaki yönden gelişmelerini sağlayan bir müessesenin adıdır. Türklerin Anadolu'ya gelmesinde ve burada yer yurt sahibi olmasında bu kuruluşun çok önemli rolü olmuştur (23). Ahi, her bakımdan mutlu olacak insan yetiştirmek ve bireyleri bu noktaya getirecek özellikleri kazandırmak için çalışırdı (21). Ahilik 13. yüzyılda en ücra yerleşim yerlerine kadar yayılmıştır. Ahiliğin amaçlarından bazıları toplumda sosyal ve ekonomik dengeyi sağlamak, Anadolu'daki üretimde kalite ve standardizasyonu sağlamak ve arza göre üretim planlamaktır. Bu bağlamda Ahi Teşkilatı, ticaret ve sanat hayatına çok önemli değerler katmıştır (22,24). Ahi teşkilatına üye olabilmek için müslüman olmak şarttı. Bu nedenle bu kurum Müslüman Türk topluluklarında

daha fazla yayılmıştır. Ahi birlikleri ilk önce debbağ, saraç ve kunduracıları içeren bir kurum olarak başlamış ve ilerleyen zamanlarda diğer esnaflar da birliğe dâhil edilmiştir (20). Bir kişi, işin çekirdeği olan çıraklıktan gelip usta olmadıkça, dükkân açıp ticaret yapamazdı. Bir meslek dalında çalışmak için kişi çıraklıktan gelmek zorundaydı (22). Ahilikte iki farklı eğitim benimsenmişti. Bunlar iş esnasında ve çalıştığı iş sonrasındaki eğitimlerdi. İş esnasındaki eğitim işyerinde pratik yaparak, iş sonrasındaki eğitim ise zaviye denilen yerde gerçekleşirdi (20). Genel olarak iş başı eğitiminde, iş ahlakı hakkındaki (dürüst çalışma, dükkânlarını zamanında açıp kapatma gibi) eğitimler gerçekleştiriliyordu (20). Ahi, birliklerinde iş haricinde eğittiği kişilere din ve ahlak konusunda da eğitim verirdi. Bu nedenle ahi zaviyeleri okul olarak adlandırılabilir (25). Ahilik kurumları, toplumsal, ekonomik, dini ve ahlaki açıdan önemli görevler gerçekleştirmiştir. Ahilik, yardımlaşma ve dayanışma ruhu taşıyan bir kurumdu (26).

Ahilik teşkilatında sırasıyla dört farklı sınıf vardı. Bunlar; yamaklık, çıraklık, kalfalık ve ustalıktır (20). Bir kişi işe yamaklıkla başlardı. Bir ustanın yanında yamak olarak çalışabilmek için, on yaşını geçmemek gerekiyordu. Yamağın işi bırakmasını engellemek için babası veya velisi tarafından işe devamının taahhüt edilmesi gerekirdi. Yamaklar yaptığı iş karşılığında herhangi bir ücret alamazlardı. Yamaklık toplamda iki yıl sürerdi (22). Yamaklığa iki yıl ara vermeden devam eden kişi, tören yapılarak çırak olurdu. Çıraklık süresi yaptığı işe göre en fazla üç yıl sürerdi. Bir ustanın çırak yetiştirip yetiştiremeyeceğine Ahi birliği karar verirdi. Üç yılın sonunda çıraklığı başarı ile bitiren genç kalfalığa geçmeye hak kazanırdı. Kalfalığa yine tören eşliğinde geçilirdi (27). Kalfalar kalfalık süresi olan üç yılı başarı ile tamamlarlarsa, yine bir törenle ustalığa geçmeye hak kazanırlardı. Ayrıca ustalığa geçecek olan kalfanın üç yıl süresince kalfalarla sorun yaşamaması ve diğer vatandaşlarla (müşterilerle) ilişkilerinin iyi olması gibi özelliklere de bakılırdı. Yine, bir iş yeri sahip olacak kadar parasının olması ve dükkânını idare edip edemeyeceği de değerlendirilirdi.

Osmanlı Devleti'nin gerileme döneminde Ahilik teşkilatı da bozulmaya başlamıştır. Sonuçta loncalar işlevini yerine getiremez olmuş, töreye göre değil, iltimasa göre işlemler yapılmaya başlanmıştır (22). Ahiliğin devrin şartlarına,

toplumun ihtiyaçlarına ve ekonomik gelişmelere göre kendini yenileyememesi önemini yitirmesinde etken olmuştur (27).

Gedik ahiliğin devamıdır. Gedik sözcüğü Türkçe kökenli olup tekel ve imtiyaz anlamına gelmektedir. Aralarındaki önemli fark, gedik teşkilatının içine gayrimüslim olan halkın da ye olabilmesidir. Gedik, teşkilat yesi olanların yaptığı işi başkalarının yapamaması ve satacağı ürünü kendileri dışındakilerin satamaması anlamına da gelmektedir (28). Bir başka deyişle gedik, sanat ve ticaret yetkisidir (29). Ahilikten loncalara geçilmesinin en önemli nedeni, ahiliğin zor bir kültüre bağlı olması ve ayrıca esnafların içinde Müslüman olmayanların da bulunmasıdır. Lonca teşkilatında, dini ve ruhani temalar ile törenler olmadığından müslüman ve müslüman olmayan ustalar sorun olmadan teşkilatın önemli toplantılarında bir araya gelebiliyordu (20). Ahilikte ticaretle uğraşanların ahiliğe katılma zorunluluğu yokken, ticaret yapmak için loncaya katılım gerekiydi (27). Lonca teşkilatı 1912 yılında resmi olarak kapatılmıştır (30).

2.1.1.2 Cumhuriyet Sonrası Mesleki Eğitim:

1927 yılında 1052 sayılı yasa ile mesleki eğitim ve ğretim Milli Eğitim Bakanlığı'na verilmiştir. 1934 yılında bakanlıklar tarafından bir komisyon kurulmuştur. Komisyonun gerçekleştirdiği en önemli faaliyetlerden biri, sanayi kollarında gerek duyulan insan gücü eğitimi için ıraklık okullarının açılmasıdır. 1934-1936 yılları arasında Mesleki Tedrisatın İnkışaf Planı hazırlanmıştır (31). 1977 yılında 2089 sayılı ırak, Kalfa ve Usta Kanunu ve 1986 yılında 3308 Sayılı ıraklık ve Mesleki Eğitim Kanunu çıkarılmış olup bu kanunlar Őimdiki ıraklık eğitiminin zemini hazırlamıştır. 2001 yılında 4702 sayılı Mesleki Eğitim Kanunu ile ıraklık eğitimine Şekil verilmiştir. İlk ıraklık okulları, Eskişehir ve Sivas'ta 1942 yılında açılmıştır. Daha sonra Makine ve Kimya Endüstrisi Kurumu (Kırkkale), Kayseri Uçak Fabrikası, Karabük Demir elik Fabrikaları, İzmit Selüloz ve Kğit Fabrikası ırak okulları açılmıştır (21).

2.1.2 Türkiye'de Mevcut Eğitim Sistemi ve Mesleki Eğitimin Yeri:

İş gücünün verimliliğini arttırmak ve küçük yaşlarda meslek edindirmek amacıyla bir çözüm yolu olarak ülkemizde ıraklık eğitimine başvurulmuştur (21).

Çocukluk çağındaki kişilerin iş hayatında bulunması, günümüzde geri kalmış ve gelişmekte olan ülkelerin önemli problemlerindendir (32).

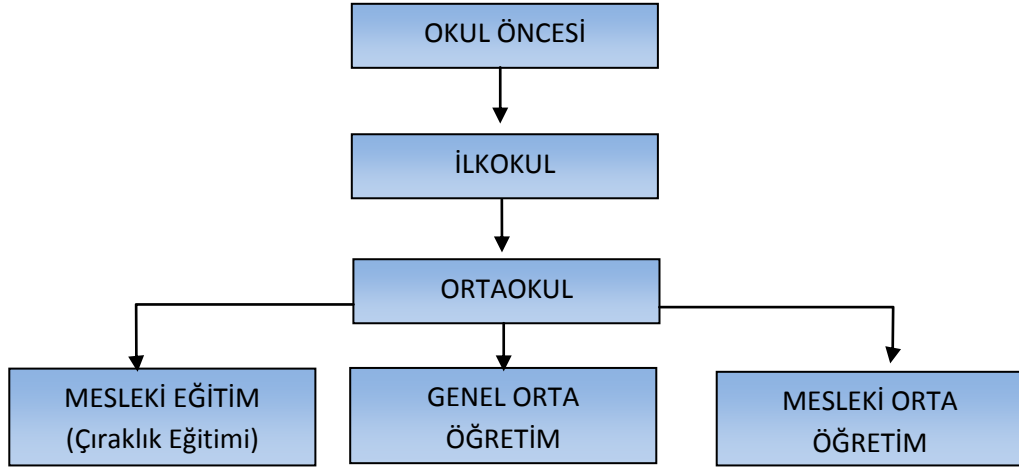
Uluslararası Çalışma Örgütü'nün (ILO) 138 sayılı sözleşmesine göre çocuk işçi olarak asgari yaş sınırı belirlenmiştir. ILO'ya göre, ülkeler için zorunlu öğrenim yaşının bittiği yaşın altında ve 15 yaşın altında çocuklar işçi olarak çalıştırılmaz. Ancak ekonomisi, eğitim olanakları yeterince gelişmemiş olan ve bu sözleşmeyi imzalayan her üye ülkeye, bu maddeyi dikkate almadan, varsa ilgili işveren ve işçi örgütlerinin görüşünden sonra, asgari işe başlama yaşını 14 olarak belirleme hakkı vermiştir (33). Türkiye'de bu sözleşme 23 Ocak 1998 tarih ve 4334 sayılı resmi gazetede yayınlanması ile yürürlüğe girmiştir.

Ülkemizde çocukluk çağındaki bireyleri çalışmaya zorlayan sebeplerden en önemlisi yoksulluk olarak karşımıza çıkmaktadır. Yoksulluğun nedenleri arasında, anne ve babaların iş sahibi olamamaları, bozuk gelir dağılımı, fazla nüfus ve göç gibi durumlar yer almaktadır (34).

Çıraklık eğitimleri günümüzde mesleki eğitim merkezlerinde verilmektedir. Mesleki eğitim, kişiye iş yaşamı boyunca yapacağı meslekle ilgili bilgi, beceri ve iş alışkanlıkları edindiren ve bireyin kabiliyetlerini geliştiren bir eğitimidir (35). Kurumlarda yapılan teorik eğitim ile işletmelerde yapılan pratik eğitimin bütünlüğü içerisinde bireyleri bir mesleğe hazırlar, mesleklerinde gelişmelerine olanak sağlar (36). Günümüzdeki mesleki eğitim, uzun yıllar süren çalışma ve tecrübenin sonucu ortaya çıkmıştır. İş ile eğitim ilk çağlardan beri birbiri ile ilişkisini sürdürmüştür. Değişen süreç sırasında aile içinde olan meslek eğitimi, çıraklık sistemi ile yer değiştirmiştir (37).

Türkiye'de eğitim sistemi üç başlık altında incelenebilir. Bunlardan ilki serbest (informal) öğrenme, ikincisi yaygın (non-formal) öğrenme, üçüncüsü ise örgün (formal) öğrenmedir. Serbest öğrenme; eğitim kurumları aracılığı ile edinilmeyen, serbest olarak edinilen öğrenmedir. Yaygın öğrenme; örgün eğitime başlamamış veya herhangi bir kademesinden ayrılmış kişileri genel veya meslek ve teknik eğitim alırken örgün eğitim ile birbirini tamamlayan bir eğitimidir. Örgün öğrenme ise belli yaş ve seviyedeki öğrencilerin bir okulda belirli programlarla aldığı eğitimidir (38).

Ülkemizde ortaokul sonrası eğitim alternatifleri mesleki eğitim (çıraklık eğitimi), genel orta eğitim ve mesleki orta eğitimidir (Şekil 1) (38).



Şekil 1: Ülkemizde Ortaokul Sonrası Eğitim Alternatifleri

Mesleki eğitim merkezleri mesleki ve teknik okul içinde yer alan bir birimdir. Yedi farklı mesleki ve teknik eğitim okul türü olup bu okullar ve alt birimleri Tablo 1’de gösterilmiştir (Tablo 1) (38).

Tablo 1: Mesleki ve Teknik Eğitim Okul Türleri

Teknik ve Endüstri Meslek Lisesi	<ul style="list-style-type: none">• Anadolu Teknik Lisesi• Anadolu Meslek Lisesi• Teknik Lise• Endüstri Meslek Lisesi• Denizcilik Meslek Lisesi• Denizcilik Anadolu Meslek Lisesi• Tarım Meslek Lisesi• Tarım Anadolu Meslek Lisesi• Tapu Kadastro Meslek Lisesi
Kız Teknik ve Meslek Lisesi	<ul style="list-style-type: none">• Anadolu Kız Teknik Lisesi• Anadolu Kız Meslek Lisesi• Kız Teknik Lisesi• Kız Meslek Lisesi
Otelcilik ve Turizm Meslek Lisesi	<ul style="list-style-type: none">• Anadolu Otelcilik ve Turizm Meslek Lisesi• Otelcilik ve Turizm Meslek Lisesi
Ticaret Meslek Lisesi	<ul style="list-style-type: none">• Ticaret Meslek Lisesi,• Anadolu Ticaret Meslek Lisesi• Adalet Meslek Lisesi• Anadolu İletişim Meslek Lisesi
Sağlık Meslek Lisesi	<ul style="list-style-type: none">• Anadolu Sağlık Meslek Lisesi• Sağlık Meslek Lisesi
Mesleki ve Teknik Eğitim Merkezi	<ul style="list-style-type: none">• Mesleki ve Teknik Eğitim Merkezi
Çok Programlı Lise	<ul style="list-style-type: none">• Lise Programı• Meslek Lisesi Programı• İmam Hatip Lisesi Programı

Çırak; çıraklık sözleşmesi esaslarına göre bir meslek alanında mesleğin gerektirdiği bilgi, beceri ve iş alışkanlıklarını iş içerisinde geliştiren ve öğrencilik haklarından yararlanan kişidir.

Aday çırak; çıraklığa başlama yaşını doldurmamış ve çıraklık döneminden önce kendisine iş yeri ortamı tanıtılan, sanat ve mesleğin ön bilgileri verilen ve öğrencilik haklarından yararlanan kişidir (36).

Bir kişinin çırak olabilmesi için 3308 sayılı Mesleki Eğitim Kanunu'na göre istenilen şartlar şunlardır.

1) 14 yaşını doldurmuş, 19 yaşından gün almamış olmak. (Ancak, daha sonra eklenen madde ile “19 yaşından gün almış olanlardan daha önce çıraklık eğitiminden geçmemiş olanlar, yaşlarına ve eğitim seviyelerine uygun olarak düzenlenecek mesleki eğitim programlarına göre çıraklık eğitimine alınabilir” şeklinde değiştirilmiştir).

2) En az ilköğretim okulu mezunu olmak.

3) Bünyesi ve sağlık durumu gireceği mesleğin gerektirdiği işleri yapmaya uygun olmak (39).

Çıraklık eğitim süreleri iki yıl ile dört yıl arasında değişir. Herhangi bir alanda sınıf açılabilmesi için o alanda sınıf mevcudu en az 12 kişi olmalıdır. Çırakların eğitimi mesleğine göre, en az 8 saat olmak üzere haftada bir gün pazar günü hariç teorik eğitim olacak şekilde düzenlenir. Bu süre ücretli izin olarak değerlendirilir ve izin süresinden düşmez. Çırağın iş yerinde çalışırken yapılacak sigortası 4857 sayılı İş Kanunu'na göre belli olan, yaşlarına uygun asgari ücretin %50'si üzerinden devlet tarafından karşılanmaktadır. Bu sigorta iş kazalarını ve meslek hastalıklarını da kapsar. Mesleki Eğitim merkezine kayıt olmak isteyen her çırağın Açık Öğretim Lisesi veya Mesleki Açık Öğretim Lisesi programına kayıt olması gerekmektedir (39).

Türkiye’de mesleki eğitim merkezlerinde çalışılan iş kollarına göre 2014 yılı itibarıyla 53 alanda eğitim verilmektedir (Tablo 2) (40).

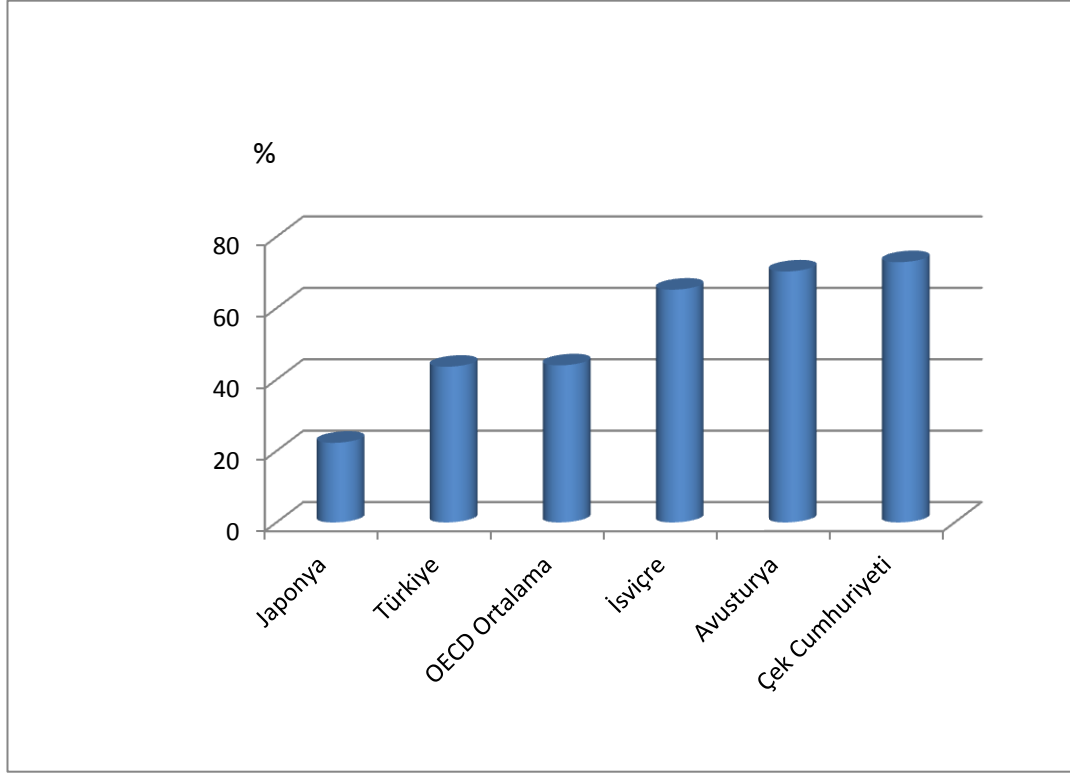
Tablo 2: Mesleki Eğitim Alanları

1) Adalet	28) Konaklama ve Seyahat Hizmetleri
2) Aile ve Tüketici Hizmetleri	29) Kuyumculuk Teknolojisi
3) Ayakkabı ve Saraciye Hizmetleri	30) Laboratuar Hizmetleri
4) Bahçecilik	31) Makine Teknolojisi
5) Bilişim Teknolojileri	32) Matbaa
6) Biyomedikal Cihaz Teknolojileri	33) Metal Teknolojisi
7) Büro yönetimi	34) Metalürji
8) Çocuk Gelişimi ve Eğitimi	35) Meteoroloji
9) Denizcilik	36) Mobilya ve İç Mekan Tasarımı
10) Eğlence Hizmetleri	37) Motorlu Araçlar Teknolojisi
11) El Sanatları Teknolojisi	38) Muhasebe ve Finansman
12) Elektrik Elektronik Teknolojisi	39) Müzik Aletleri Yapımı
13) Endüstriyel Otomasyon Teknolojileri	40) Pazarlama ve Perakende
14) Gazetecilik	41) Plastik Teknolojisi
15) Gemi Yapımı	42) Radyo-Televizyon
16) Gıda Teknolojisi	43) Raylı Sistemler Teknolojisi
17)Giyim Üretim Teknolojisi	44) Sanat ve Tasarım
18) Grafik ve Fotoğraf	45) Seramik ve Can Teknolojisi
19) Güzellik ve Saç Bakım Hizmetleri	46) Tarım Teknolojileri
20) Halkla İlişkiler Organizasyon Hizm.	47) Tasarım Teknolojileri
21) Harita ve Tapu Kadastro	48) Tekstil Teknolojisi
22) Hasta ve Yaşlı Hizmetleri	49) Tesisat Teknolojisi ve İklimlendirme
23) Hayvan Sağlığı	50) Uçak Bakımı
24) Hayvan Yetiştiriciliği	51) Ulaştırma Hizmetleri
25) İnşaat Teknolojisi	52) Yenilenebilir Enerji Teknolojileri
26) İtfaiyecilik ve Yangın Güvenliği	53) Yiyecek İçecek Hizmetleri
27) Kimya Teknolojisi	

Mesleki Eğitim Merkezleri her alanda çalışan çıraklık öğrencileri için belli hedefleri gözetmektedir. Bunlar;

- 1) Aday çırakların kendilerine en uygun mesleği seçmelerine yardımcı olmak,
- 2) Çırakların mesleklerinde gerekli olacak donanımı (bilgi, beceri gibi) kazanmalarını sağlamak ve bir üst kademe olan kalfalığa hazırlamak,
- 3) İş güvenliğinde dikkat etmesi gerekenleri öğretmek ve iyi bir çalışma hayatı sağlayacak davranışlar kazandırmak,
- 4) Çalışırken disiplinli olmanın manasını ve önemini anlatmaktır (40).

Ülkemizde 2002-2003 eğitim öğretim yılında mesleki ve teknik eğitimin ortaöğretim içerisindeki payının %35,8 den 2012-2013 eğitim öğretim yılında %51'e çıktığı gözlemlenmektedir (38). OECD 2013 raporuna göre Türkiye'nin orta öğretim içerisindeki mesleki eğitim payı (2012 yılı verisi % 43,6) OECD ortalamasına yakın düzeydedir (Grafik 1) (41).



Grafik 1: Bazı OECD Ülkelerinde Orta Öğretimde Mesleki Eğitimin Payı (%)

2.1.3. Türkiye’de İşgücü Durumu

İyi bir mesleki eğitim, kişinin becerilerini geliştirmesinde ve mesleğe uyumunun artırılmasında en önemli katkı sağlayan unsurlardan biridir (38). Ülkemizde iş hayatına katkıda bulunanların eğitim seviyesi halen düşük olsa da yıllar geçtikçe eğitim seviyelerinin arttığı ve daha iyiye gittiği söylenebilir (Tablo 3) (42).

Tablo 3: Türkiye’de 15 Yaş Üzeri Bireylerde Eğitim Durumuna ve Yıllara Göre İşgücü Durumu (X1000)

	Okuma-yazma bilmeyen	Okuma yazma bilen fakat bir okul bitirmeyen	İlkokul	Ortaokul veya dengi meslek okul	Genel lise	Lise dengi meslek okul	Yüksekokul veya fakülte	İlköğretim	Toplam
2001	1.959	793	12.093	2.289	2.521	1.629	2.114	92	23.491
2002	1.728	722	11.885	2.488	2.560	1.889	2.406	140	23.818
2003	1.606	672	11.440	2.545	2.573	1.979	2.624	203	23.640
2004	1.306	780	10.017	2.439	2.792	1.804	2.524	354	22.016
2005	1.167	964	9.551	2.529	2.728	2.152	2.757	606	22.454
2006	1.115	1.000	9.330	2.539	2.689	2.335	2.980	764	22.751
2007	1.045	1.031	9.188	2.379	2.745	2.451	3.195	1.081	23.114
2008	1.025	1.110	9.215	2.278	2.742	2.504	3.503	1.428	23.805
2009	1.089	1.167	9.394	2.256	2.764	2.519	3.780	1.779	24.748
2010	1.151	1.244	9.562	2.207	2.727	2.511	4.057	2.182	25.641
2011	1.203	1.336	9.663	2.220	2.783	2.582	4.476	2.463	26.725
2012	1.164	1.295	9.478	2.225	2.846	2.692	4.996	2.642	27.339
2013	1.167	1.246	9.492	2.254	2.963	2.820	5.388	2.939	28.271

Türkiye’de işgücü durumunun, yaş gruplarına göre eğitim durumlarına bakıldığında, bireylerin yaşları düştükçe okuma yazma bilmeyenlerin oranının azaldığı görülmektedir. (Tablo 4) (43).

Tablo 4: Türkiye’de Yaş Grubuna ve Eğitim Durumuna Göre İşgücü Durumu (x1000) (2013)

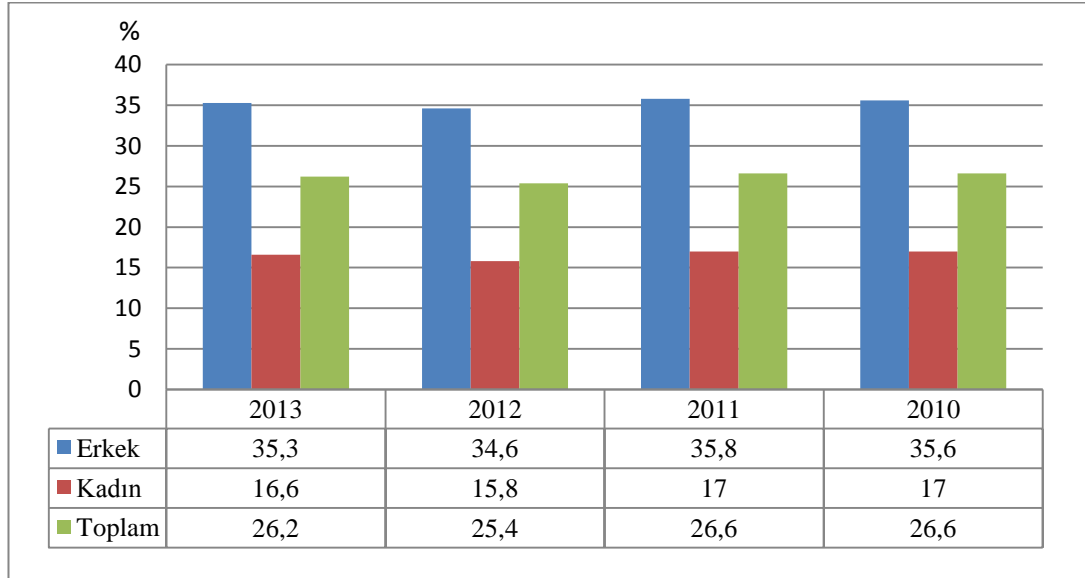
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49
Okuma-yazma bilmeyen	22	37	62	69	77	121	140
Okuma yazma bilen fakat okul bitirmeyen	124	179	226	92	80	89	89
İlkokul	13	8	583	1.462	1.697	1.783	1.479
Ortaokul veya dengi meslek okul	15	3	303	552	357	376	336
Genel lise	94	506	596	546	428	297	229
Lise dengi meslek okul	152	488	543	564	420	280	181
Yüksekokul veya fakülte	4	662	1.246	1.137	856	602	400
İlköğretim	1.207	1.069	578	32	23	18	8
Toplam	1.632	2.952	4.137	4.456	3.940	3.567	2.861

Gelişmekte olan ülkelerde çocukluk çağındakilerin iş hayatına katılmaları önemli sorunlarından biridir (32). Son beş yıla baktığımızda da ülkemizde halen 15-19 yaş arası her dört çocuktan biri iş hayatında yer almaktadır (Tablo 5) (44).

Tablo 5:Türkiye’de Yıllara Göre 15-44 Yaş Bireylerde İşgücüne Katılma Oranları (%)

	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44
2009	27,5	51,7	64,1	65,1	64,6	63,1
2010	26,6	52,2	65,0	65,9	66,5	65,0
2011	26,6	53,8	65,3	66,7	67,3	65,8
2012	25,4	52,9	65,6	67,3	67,5	67,0
2013	26,2	55,4	66,7	68,3	68,9	67,9

Türkiye’de 2013 yılı itibariyle 15-24 yaş bireylerin %26.2’si (erkeklerin %35.3’ü, kadınların %16.6’sı) işgücüne katılmaktadır (Grafik 2) (45).



Grafik 2: Türkiye’de 15-24 Yaş Bireylerde Yıllara Ve Cinsiyete Göre İşgücüne Katılma Oranları

2013 yılı Türkiye Ergen Raporu’na göre ergenlerin çalıştığı hizmet sektörlerine bakıldığında sıklık sırasına göre hizmet sektörü (berber, terzi gibi), sanayide işçi, aile işçisi (ailesinin yanında çalışanlar) ve tarım işçisi olarak çalışmaktadırlar (46). Ülkelerin ekonomik durumuna göre uyguladığı çıraklık eğitim sistemi değişebilir. Ülkemizde olduğu gibi hem işe devam ederek hem de meslek eğitimi alarak gerçekleşen eğitim en az maliyetli eğitimidir. Ara eleman ihtiyacının giderilmesi için çıraklık eğitimi gereklidir. Mesleki eğitim görerek işi daha iyi öğrenen kişi ekonomiye daha iyi katkı sağlayacaktır (30).

2.2. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB)

2.2.1. DEHB'nin Tanımı

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB), çocukluk ve ergenlik çağında başlayan dışavurum bozukluklarından biridir. Bu hastalık grubunda DEHB dışında, davranım bozukluğu, karşıt olma-karşıt gelme bozukluğu ve başka türlü adlandırılmayan yıkıcı davranış bozukluğu bulunmaktadır (47). DEHB aynı yaş ve büyüme paralelinde olan çocuklara göre önemli ölçüde dikkatsizlik, hiperaktivite durumunun olması ile karakterizedir (1). DEHB tanısı konulabilmesi için, sosyal, akademik ve okul dışında olmak üzere en az iki farklı ortamda belirtiler olmalı, başka bir psikolojik hastalık ve mental hastalık dışlanmalıdır (1). DEHB başladığı işi yarım bırakma, işlerini ve sorumluluklarını yerine getirmede zorlanma gibi davranışlarla da ortaya çıkabilir (48).

DEHB'li öğrencilerin duygu durumlarında ani değişiklikler olması, düşünmeden hareket etmeleri arkadaş ilişkilerinde sorun yaşamalarına neden olabilir ve bazen de bu durum okullarında devamsızlık problemleri yaratabilir (49). DEHB, sigara ve madde bağımlılığı ve iş alanında kötüye gidişlerin olabildiği bir bozukluktur (50). DEHB'liler, DEHB olmayan akranları ile kıyaslandığında madde kullanım bozukluğu açısından büyük bir risk taşımaktadırlar. Adolesanlarda yapılan bir çalışmada bu risk 6.63 kat daha fazla olarak bulunmuştur. Aynı çalışmada adölesanları tedavide sürekli gözlem altında tutmanın madde bağımlılığını engelleme açısından önemli olduğu gösterilmiştir (51). DEHB'li kişiler başka bağımlılıklar açısından da risk altındadırlar. Yapılan bir diğer çalışmada da DEHB ile internet bağımlılığı arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (52). DEHB olan bireyler hiperaktiviteye bağlı oluşan kırıklar ve baş travmalarına daha yatkındırlar ve özgeçmişlerinde dış travma öyküsünün daha fazla görüldüğü gösterilmiştir (53).

DEHB'li bireylerin dikkat sürelerinin diğer akranlarına göre az olması okul başarısını olumsuz etkileyecek faktörler arasındadır (49). DEHB tedavi edilmezse bozulmuş akademik, duygusal ve mesleki performansa zemin hazırlar (54). DEHB'lilerin yaşam kalitesinin araştırıldığı bir çalışmada ise okul işlevselliği ve psikososyal sağlık alanlarında yaşam kalitelerinin düşük olduğu bulunmuştur (49).

Bu nedenlerden dolayı DEHB'nin erkenden tanısının konulup tedavisine başlamak gereklidir (55).

2.2.2. DEHB'nin Tarihçesi

DEHB'den ilk olarak 1798 yılında bu bozukluğa benzer bir tanımlama yapan Sir Alexander Crichton tarafından bahsedilmiştir. Daha sonra 1844 yılında Alman doktor Heinrich Hoffman yazdığı resimli çocuk hikayeleri içerikli eserinde Fidgety Phill adında DEHB'li bir çocuktan bahsetmiştir (56). DEHB'den 19. yüzyılın sonunda çılgın aptallar (mad idiots), dürtüsel delilik (impulse insanity) ve yetersiz engelleme (defective inhibition) gibi tanımlamalarla bahsedilmiştir (47). DEHB'nin tarihçesinde, çoğu kişinin de kabul ettiği bilimsel anlamda DEHB'den ilk bahseden kişi, 1902 yılında Sir George Frederic Still'dir (56). Still yazdığı "Defect of Moral" adlı kitabında DEHB semptomlarından bahsetmektedir (50). 1917 ve 1928 yılları arasında letarjik ensefalit epidemisi meydana gelmiş ve bu hastalıktan kurtulanların DEHB'ye benzer semptomlar gösterdiği bildirilmiştir (57). Daha sonra Alman doktorlar Franz Kramer ve Hans Pollnow 1932 yılında DEHB'yi "Hyperkinetic disease of infancy" olarak tanımlamıştır (56).

Charles Bradley 1937 yılında hastanesinde yatan 30 hasta çocuk üzerinde ilk defa bir uyarıcı ilaç olan benzedrin (amfetamin) tedavisini denemiş ve DEHB'nin tedavi olabileceğini görerek bu hastalığı minimal beyin disfonksiyonu olarak adlandırmıştır. Bu tedavi çocukların yaklaşık yarısında okul başarılarının artmasını sağlamıştır (56,58). DEHB tedavisinde Benzedrin kullanımı yerini 1944 yılında Leonardo Panizzon tarafından keşfedilen ve 1954 yılında piyasaya sürülen metilfenidat bırakmıştır (59).

Hartcollis 1968 yılında, ilk kez DEHB'nin erişkin dönemde de devam ettiğini göstermiştir. Daha sonra Menkes ve Mendelson isimli araştırmacılar da DEHB'nin erişkin dönemde devam ettiğini göstermişlerdir (50). Pontius isimli araştırmacı 1973 yılında DEHB'nin nedeninin frontal lob ve kaudat disfonksiyonu olduğunu ileri sürmüş, 1996 yılında Castallanos ve Flipek yaptıkları çalışmada bunu doğrulayan çalışmalar yapmıştır. Zimetkin ve arkadaşları ise 1990 yılında ilk

defa pozitron emisyon tomografisi (PET) kullanarak beynin bazı bölgelerinde glikoz metabolizmasının azaldığını göstermişlerdir (50,60).

DEHB 1968 yılında DSM-II (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)'de, sadece çocuğun hiperaktif reaksiyonu olarak yer almıştır. Erişkin DEHB'sinden bu dönemde bahsedilmemiştir. 1980 yılında DSM-III'te çocukluk hastalığı olarak tanımlanmıştır. Asıl farklılık 1987 yılında erişkinlerde de %30 oranda devam ettiğini belirten DSM-III-R'de olmuştur ve ilk defa erişkinlerde DEHB'den bahsedilmiştir. 1994 yılında DSM-IV'de ise DEHB yıkıcı davranım bozuklukları başlığı altına girmiştir (56). 2013 yılında yayınlanan DSM-V'de ise başlangıç yaşı 7'den 12'ye çıkarılmıştır (61).

2.2.3. DEHB'nin Epidemiyolojisi

DEHB dünyada yaklaşık olarak yetişkinlerde %4.4, çocuk ve adölesanlarda ise %5.29 oranında görülmektedir (62). Yapılan bir meta analiz sonucuna göre ise çocuklarda ve adölesanlarda DEHB prevalansı sırasıyla %5.9 ile %7.1 arasında değişmektedir (63). Amerika'da çocuklarda yapılan bir çalışmada ise tüm yaşamları boyunca DEHB sıklığının, 2003-2007 yılları arasında %7.8'den %9.3'e arttığı tespit edilmiştir (64). İspanya'da 18 yaş altı çocuklarda ise DEHB prevalansının %6.8 olduğu bulunmuştur (65). Arap ülkelerinde yapılan 6-18 yaş okul çağı çocuklarında yapılan bir çalışmada prevalans yaklaşık %1.3 olarak tespit edilmiştir (66). Cinsiyete göre incelendiğinde, dünya genelinde erkeklerde görülme sıklığının kızlara göre 2-9 kat daha fazla olduğu gösterilmiştir (52).

Ülkemizde yapılan 6-14 yaş grubunda iki ayrı çalışmada prevalans %8 ve %21.8 olarak bulunmuştur (67,68). Türkiye'de 1455 ilkokul öğrencisi ile yapılan dört yıl süren bir kohort çalışmasında ise DEHB'nin ilk yıl %13.38, ikinci yıl %12.53, üçüncü yıl %12.22, dördüncü yıl %12.91 oranında görüldüğü belirtilmiştir. Bu oranlar dünya çapında çocukluk çağı prevalansına göre daha yüksektir. Bu kohort çalışmasında erkek/kız oranı ilk yıl için 3.2, ikinci yıl 3.4, üçüncü yıl ise 3.5 olarak bulunmuştur (69).

Çocukluk çağı dikkat eksikliği belirtilerinin %30-50'sinin erişkinlikte de devam edebildiğini gösteren yayınlar vardır (70,71).

Herhangi bir psikiyatrik rahatsızlığı olduğu bilinmeyen bir nüfusta, DEHB sıklığı %1-6 arasında değişmektedir (71). Yetişkinlerdeki DEHB sıklığının araştırıldığı 2014 yılında yapılan bir meta analiz çalışmasına göre ise prevalans %7.2 olarak bulunmuştur (72). Ülkemizde Tıp Fakültesi 6. sınıf öğrencilerinde yapılan bir araştırmada DEHB sıklığı %6,3 olarak tespit edilmiştir (73). Doğan ve arkadaşları tarafından üniversite öğrencilerinde yapılan başka bir araştırmada ise sıklık %2,6 olarak bulunmuştur (74).

Evlilik durumları açısından bakıldığında evli olmayanlarda evli olanlara göre DEHB sıklığının daha fazla olduğu bildirilmiştir. Buna sebep olarak da evli olanların sorumluluklarından dolayı daha kontrollü olmaya çalışmaları gösterilmiştir (1). Obezlerde de DEHB'nin daha fazla görüldüğü belirtilmiştir. Obezite ile DEHB arasında herhangi bir direkt ilişki gösterilememişse de impulsivite ve dikkat eksikliği arasında bir ilişki bulunmuştur (75).

2.2.4. DEHB'nin Etyolojisi

DEHB'nin etyolojisi hala tam olarak açıklanamamıştır. Yapılan çalışmalarda prematürite, prenatal olarak toksik bir maddeye maruz kalma (sigara ve alkol dahil) doğum ağırlığı ve merkezi sinir sistemine hasar veren mekanik bir travma olabileceği öne sürülmektedir (76,77). DEHB'nin etyolojisinde dopamin, noradrenalin ve seratonin en çok bağlantı bulunan nörotransmitterler olup bunların kişilerin mizacında da rol oynadığı düşünülmektedir (78).

DEHB etyolojisinde genetiğin rol oynadığını düşündüren bazı nedenler vardır. DEHB'li olan monozigot ikizlerde DEHB görülme olasılığı dizigot ikizlere göre daha fazla olarak bulunmuştur. DEHB'li olan çocukların kardeşlerinde DEHB görülme sıklığı normal nüfusa göre 2 kat fazla olarak bulunmuştur (1). 570 ikiz çocukta yapılan bir çalışmada monozigot ikizlerde %51, dizigot ikizlerde %33 genetik geçiş gösterilmiştir (47). DEHB olan çocukların ebeveynlerinin üçte birinin DEHB olduğu belirtilmiştir (79). DEHB etyolojisinde genetik geçiş olduğunu düşünen araştırmacıların yaptıkları çalışmalarda tiroid reseptör β geni, dopamin reseptör genleri (DRD3, DRD4, DRD5), dopamin taşıyıcı geni (DAT) ile DEHB arasında ilişki olduğu bulunmuştur (47). Başka bir çalışmada ise DEHB olan kız ve

erkek çocukların yakın akrabalarında tüm yaşamları süresince DEHB görülme prevalansının %16-25 arasında değiştiği gösterilmiştir (80).

Nörokimyasal etkinin etyolojide rolü olduğunu düşündüren nedenlerin başında dopamin ve norepinefrini etkileyen ilaçların kullanılması gelmektedir. Bu ilaçların tedavide kullanılması bu sistemlerde disfonksiyon olduğunu düşündürebilir (1). Bazı araştırmalarda DEHB'nin çocuklarda zaman algısı probleminden kaynaklanabileceği öne sürülmektedir. Bunun nedeni olarak da DEHB yol açtığı düşünülen bölgelerle zaman algısı problemi ile benzer bölgelerin sorumlu tutulmasıdır (81,82).

Yapılan nörofizyolojik çalışmalarda bazı DEHB'li hastaların anormal EEG bulgularının olduğu saptanmıştır (83). Bazı çalışmalarda EEG'de 4 farklı dalga boyutundan alfa dalgası (aktif düşünmezken ve rahatlamışken olan dalgalar) aktivitesinde değişiklikler bulunmuş iken bazı çalışmalarda da beta dalgası (mental olarak aktif ve bir işe konsantre olduğu zaman olan dalgalar) aktivitesinin arttığı gösterilmiştir (54,83). Başka bir çalışmada ise PET ile incelenen prefrontal lobda beyin kan akımının azaldığı görülmüştür (84).

Psikososyal etkenler de DEHB etyolojisinde yer alan nedenlerdendir. Stres yaratan durumlar ve aile hayatındaki bozukluklar DEHB başlangıcı için etkili olabilir (1). DEHB olan çocukların aile hayatının düzensiz olduğu ve anne veya babasından en az birinin bir psikopatolojisi olduğu bildirilmiştir (85). DEHB olan çocukların babalarında suç işleme ve alkol kullanım sıklığının anlamlı şekilde daha fazla olduğu bildirilmiştir (80).

Bazı çalışmalarda DEHB'nin oluşumunda viral etkenlerin de rol oynayabileceği bildirilmiştir. DEHB ile prenatal enfeksiyonlar arasında ilişki olabileceği belirtilmektedir. Prenatal dönemde viral enfeksiyonlara maruz kalanlarda DEHB sıklığının %10 olduğu tespit edilmiştir. Özellikle kızamık, suçiçeği ve kızamıkçık enfeksiyonları geçirenlerde bu sıklığın %5.6 olduğu bulunmuştur. Aynı zamanda DEHB için risk olarak görülen febril konvülsiyon nedenlerinden Human Herpes Virüs 6 ile İnfluenza virüsünün de etyolojide rol alabileceği ve

infeksiyonların immün sistem aktivasyonu ile de psikiyatrik bozukluklara yol açabileceği bildirilmektedir (77).

İntrauterin testesteron üzerine yapılan bir araştırmada, testesteron düzeyi artışının DEHB'ye neden olabileceği düşünülmektedir (86). Anne sütü ile ilgili bir çalışmada ise DEHB olan çocukların anne sütü alma sürelerinin kontrol grubuna göre daha kısa olduğu bulunmuştur. Buradan yola çıkarak anne sütünün DEHB için koruyucu rol oynayabileceği düşünülmektedir (87).

2.2.5. DEHB'nin Tanısı

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tanısı DSM-V kriterlerine göre konulmaktadır.

A) Aşağıdakilerden 1 ve/veya 2 ile belirlenen, işlevselliği ya da gelişimi bozan sürekli dikkatsizlik ve/veya aşırı hareketlilik-dürtüsellik davranış örüntüsü:

1) Dikkatsizlik: Aşağıdaki dikkatsizlik belirtilerinden altısı (ya da daha fazlası) gelişimsel düzeyle uyumsuz derecede en az altı ay sürmüştür ve toplumsal, eğitsel/mesleki etkinlikleri doğrudan olumsuz etkiler. Belirtileri sadece karşı gelme davranışları, karşı olma, düşmanlık ya da görevleri anlayamamadan kaynaklanmaktadır. Geç ergenliktekiler ve erişkinler (17 yaş ve üstü) için en az beş belirti gereklidir.

a) Çoğu zaman dikkatini ayrıntılara veremez ya da okul ödevlerinde, işlerinde ya da diğer etkinliklerinde dikkatsizce hatalar yapar. (Örneğin; Ayrıntıları gözden geçirir ya da atlar, yaptığı iş hatalıdır).

b) Çoğu zaman üzerine aldığı görevlerde ya da oynadığı oyunlarda dikkatini sürdürmekte zorluk yaşar (Örneğin; Ders dinlerken, konuşma ya da uzun bir okuma sırasında odaklanması sürdürmekte güçlük çeker).

c) Doğrudan kendisiyle konuşulduğunda çoğu zaman dinlemiyormuş gibi görünür (Örneğin; Bir dikkat dağıtıcı uyarı olmasa bile aklı başka bir yerde görünür).

d) Çoğu zaman yönergeleri izlemez ve okulda verilen görevleri, sıradan günlük işleri ya da işyerindeki görevleri tamamlayamaz (Örneğin; Göreve başlar ama hızla odağını kaybeder ve işini erteler).

e) Üzerine aldığı görevleri ve etkinlikleri düzenlemede çoğu zaman zorluk çeker. (Örneğin; Sıralı görevleri yönetmekte ve eşyalarını ya da malzemeleri düzenli tutmakta zorluk yaşar; dağınık, düzensiz çalışır; zaman yönetimi kötüdür; zaman sınırlamasına uyamaz)

f) Sürekli anlık çaba gerektiren görevlerden çoğu zaman kaçınır, bunları sevmez ya da bu tür işlere girmek istemez (Örneğin; Okulda verilen görevler ya da ödevler; geç ergenliktekiler ve erişkinler için rapor hazırlamak, form doldurmak, uzun yazıları gözden geçirmek).

g) Görevler ya da etkinlikler için gerekli olan şeyleri çoğu zaman kaybeder (Örneğin; Okul malzemeleri, kalemler, kitaplar, araç gereçler, cüzdanlar, anahtarlar, evraklar, gözlükler, cep telefonları).

h) Dikkati dış uyananlarla çoğu zaman kolaylıkla dağılır (Geç ergenliktekiler ve erişkinler için ilgisiz düşünceleri içerebilir).

i) Günlük etkinliklerinde çoğu zaman unuttandır (Sıradan günlük işleri yapma, getir götür işlerini yapma; geç ergenliktekiler ve erişkinler için telefonla aramalara geri dönme, faturaları ödeme, randevularına uyma).

2) Aşırı hareketlilik ve dürtüsellik: Aşağıdaki belirtilerden altısı (ya da daha fazlası) gelişimsel düzeyle uyumsuz derecede olarak en az 6 ay sürmüştür ve eğitsel/mesleki etkinlikleri doğrudan olumsuz etkiler (Not: Belirtileri sadece karşı gelme davranışları, karşı olma, düşmanlık ya da görevleri/yönergeleri anlamamasından kaynaklanmamaktadır. Geç ergenliktekiler ve 17 yaş ve üstü erişkinler için en az beş belirti gereklidir).

a) Çoğu zaman kıpır kıpırdır ellerini ve ayaklarını vurur ya da oturduğu yerde kıvrılır.

b) Oturması beklenen durumlarda çoğu zaman oturduğu yerden kalkar (Örneğin; Sınıfta, ofiste ya da işyerinde ya da yerinde durması gereken diğer durumlarda yerinden kalkar).

c) Çoğu zaman uygun olmayan durumlarda ortalıkta koşuşturur veya tırmanır (Ergenlerde ya da erişkinlerde öznel huzursuzluk duyguları olması yeterlidir).

d) Oyun oynamak ya da zaman geçirme etkinliklerine, sessiz bir biçimde, katılmakta çoğu zaman zorluk çeker.

e) Çoğu zaman hareket halindedir ya da motor takılmış gibi davranır (Örneğin; Restoranlar, toplantılar, gibi yerlerde uzun bir süre sessiz sakin duramaz ya da böyle durmaktan rahatsız olur; başkalarınca yerinde duramayan ya da izlemekte güçlük çekilen kişiler olarak tanımlanırlar).

f) Çoğu zaman çok konuşur.

g) Çoğu zaman sorulan soru tamamlanmadan önce cevap verir (Örneğin; İnsanların sözlerini tamamlar ya da konuşma sırasında sırasını bekleyemez).

h) Çoğu zaman sırasını bekleme güçlüğü vardır (Örneğin; Kuyrukta beklerken).

i) Çoğu zaman başkalarının sözünü keser ya da araya girer (Örneğin başkasının konuşmalarına oyunlarına ya da etkinliklerine burnunu sokar; sormadan ya da izin almadan başka insanların eşyalarını kullanmaya başlayabilir; ergen ve erişkinler başkalarının işine karışır ya da yönetmek ister).

B. Aşırı dikkatsizlik ya da aşırı hareketlilik-dürtüsellik belirtilerinin birçoğu 12 yaşından önce görülür.

C. Dikkatsizlik ya da aşırı hareketlilik-dürtüsellik belirtilerinin birçoğu iki ya da daha fazla ortamda (Örneğin; Evde, okulda ya da işte; arkadaşlarla ya da akrabalarla; diğer etkinliklerde) kendini gösterir.

D. Bu belirtilerin toplumsal, okulla ya da işle ilgili işlevselliği bozduğuna ya da işlevselliğin niteliğini düşürdüğüne ilişkin açık kanıtlar vardır.

E. Bu belirtiler yalnızca şizofreni ya da diğer bir psikotik bozukluğun gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır ve başka bir ruhsal bozuklukla (Örneğin; Duygu durum bozukluğu, kaygı bozukluğu, çözülme bozukluğu, kişilik bozukluğu, madde eksikliği ya da yoksunluğu) daha iyi açıklanamaz.

DEHB Tipleri:

1) Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, Bileşik Görünüm: Son 6 ay boyunca hem A1 (dikkatsizlik); hem de A2 (aşırı hareketlilik/dürtüsellik) tanı ölçütü karşılanmıştır.

2) Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, Dikkatsizliğin Baskın Olduğu Görünüm: Son 6 ay için A1(dikkatsizlik) tanı ölçütü karşılanmış, ancak A2 (aşırı hareketlilik/dürtüsellik) tanı ölçütü karşılanmamıştır.

3) Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, Aşırı Hareketlilik / Dürtüsellik Baskın Olduğu Görünüm: Son 6 ay boyunca A2 (aşırı hareketlilik/dürtüsellik) tanı ölçütü karşılanmış ancak A1(dikkatsizlik) tanı ölçütü karşılanmamıştır.

DEHB'nin ağırlık düzeylerinin belirtilmesi gereklidir. Belirtiler tanı için gerekenden az sayıda ve toplumsal ya da mesleki işlevsellikte ancak hafif bozulmalara yol açarsa "hafif", belirtiler ya da işlevsellikte bozulma "hafif" ile "ağır" arasında yer alıyorsa "orta", tanı koymak için gerekenden çok daha fazla sayıda belirti var ya da belirtilerin bir kısmı ağırsa veya belirtiler toplumsal ya da mesleki işlevsellikte belirgin bozulmaya yol açıyorsa "ağır" olarak tanımlanır (88). DEHB'nin bir çok ortamda (evde, işte, okulda) belirtilerinin görülmesi gereklidir. DEHB'ye özgü herhangi bir spesifik laboratuvar veya görüntüleme tetkiki yoktur (1).

Başka Türlü Adlandırılmayan Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

Bu kategori DEHB için tanı ölçütlerini karşılamayan, belirgin dikkatsizlik ya da hiperaktivite-impulsivite semptomları olan bozukluklar içindir. Örnekleri arasında şunlar vardır:

1. Semptomları ve bozukluğu, DEHB Dikkatsizliğin Önde Geldiği Tip için tanı kriterlerini karşılayan ancak başlangıç yaşı 12 ya da daha sonra olan kişiler.

2. Dikkatsizlikle giden belirgin bir klinik bozulması olan ve semptom örüntüsü bu bozukluğun tanı ölçütlerini tam karşılamayan, ancak ağır ve tembel olma, hayallere dalıp gitme ve hipoaktivite ile belirli bir davranış örüntüsü olan kişiler (47).

2.2.6.DEHB Tanısı İçin Kullanılan Ölçekler:

2.2.6.1.Erişkinlerde DEHB Tanısında Kullanılan Ölçekler:

2.2.6.1.1. Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Ölçeği (Adult ADD/DSM IV-Based Diagnostic Screening And Rating Scale) (ADHD)

Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Ölçeği Atilla Turgay tarafından 1995 yılında geliştirilmiştir. Ölçek 4'lü likert tipinde olup, dikkat eksikliği (9 madde), aşırı hareketlilik ve dürtüsellik (9 madde), DEHB ile ilgili özellikler ve sorunlar bölümünden (30 madde) oluşan 3 alt ölçeği vardır. Ölçeğin tanı duyarlılığı, geçerliliği, güvenilirliği ve test-yeniden test tutarlılığı yüksek bulunmuştur. Bu nedenle klinik uygulama alanı yüksek görülmektedir. Hiperaktivite ve dikkat eksikliği alt ölçeklerinden 3'ten düşük puan alanlar, o belirtileri düşük düzeyde olanlardır. 3,01 ile 10,99 arasında puan alanlar orta düzeyde belirtileri olanlardır. 11'in üstünde puan alanlar ise belirtileri üst düzeyde olanlar şeklinde değerlendirilir. Sorun bölümünde ise 0 ile 12,99 arasında puan alanlar düşük, 13 ile 35 arasında puan alanlar orta düzeyde, 35 ile 75 arasında puan alanlar yüksek düzeyde sorun bölümünde belirtilen özellikleri göstermektedir. Genel toplamda ise 20'nin altında alanlar düşük düzeyde DEHB, 20 ile 59 arasında puan alanlar orta derecede DEHB, 59'un üstünde puan alanlar ise yüksek düzeyde DEHB belirtileri vardır şeklinde değerlendirilir. Hasta olanları seçme duyarlılığı yüksek ve hasta olmayanları hasta olarak tanımlama riski çok düşük olarak bulunmuştur. Bu sonuçlara dayanarak tanı, tedavi ve araştırmalarda faydalanılabilecek bir ölçüt olduğu tespit edilmiştir. Ölçeğin geçerlilik ve güvenilirliği analizleri Günay Ş. ve arkadaşları tarafından 2005 yılında yapılmıştır (89).

2.2.6.1.2.Wender Utah Derecelendirme Ölçeği (WUDÖ)

WUDÖ, Ward ve arkadaşları tarafından çocukluktaki DEHB semptomlarını geriye yönelik araştırmak ve erişkinlerde DEHB tanısının konmasına yardımcı olmak amacıyla geliştirilmiştir. WUDÖ erişkinlerde tanı koymayı kolaylaştırmak amacıyla en yaygın biçimde kullanılan ölçeklerdendir. İlk olarak 61 maddeden oluşan bir ölçek geliştirilmiş, daha sonra sağlıklı kontrollerden en iyi ayırımı yapan 25 maddelik kısa bir ölçek geliştirilmiştir. Ölçek 5'li likert tipindedir. Semptomları çok

hafif, hafif, orta derecede, fazla ve çok fazla şeklinde değerlendirilir. 0'dan 4'e kadar puan verilir. Toplamda en fazla 100 puan alınabilir. Kesim noktası olarak 46 puan alınrsa DEHB olan hastaların %86'sını ayırt edebildiği bildirilmiştir. Ölçek için önemli bir nokta, ölçek erişkinlerin çocuklukta durumlarını değerlendirir. Bu nedenle ölçek puanına göre erişkinlere tanı konulamayacaktır. Ölçek erişkin yaşta kişinin çocuklukta DEHB belirtilerinin olup olmadığı hakkında yardımcı olur. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Öncü B. ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (90).

2.2.6.2.Çocuk ve Ergenlerde Kullanılan Ölçekler:

2.2.6.2.1. Conners Anababa Derecelendirme Ölçeği Yenilenmiş-Kısa (CADÖ-YK) Formu

Conners Anababa Derecelendirme Ölçeği yenilenmiş-Kısa formu Conners tarafından daha önce geliştirdiği Conners Anababa derecelendirme Ölçeği uzun formdaki faktör yükü yüksek olan 27 sorudan oluşmuştur. “Karşı gelme”, “Bilişsel problemler-Dikkatsizlik”, “Hiperaktivite-Dürtüsellik” gibi 3 alt ölçekten ve bir yardımcı ölçekten (DEHB İndeksi) oluşmaktadır. Ölçek 4'lü likert tiptedir. Her madde için 0-3 arasında puan alınmaktadır. Alt ölçeklerden aldığı her yüksek puan çocuğun o alt ölçekteki soruna o kadar sahip olduğunu gösterir (91).

2.2.6.2.2. Conners Öğretmen Derecelendirme Ölçeği Yenilenmiş Kısa (CÖDÖ-YK) Formu

Conners (1997) tarafından geliştirilen Conners Öğretmen Dereceleme Ölçeği-Yenilenmiş Kısa (CÖDÖ-YK), DEHB ile doğrudan ilgili üç problem alanını (Dikkatsizlik, hiperaktivite, DEHB indeksi) ve DEHB ile yakından ilişkili karşı gelme problemlerini değerlendiren alt ölçeklerden oluşmaktadır. Ölçek 4'lü likert tiptedir. Her madde için 0-3 arasında puan alınmaktadır. Alt ölçeklerden aldığı her yüksek puan çocuğun o alt ölçekteki soruna o kadar sahip olduğunu gösterir (92).

2.2.7. DEHB Klinik Bulgular

DEHB olan çocuklarda, motor algıda bozulma, aşırı hareketlilik, genel koordinasyon eksikliği, konsantrasyon güçlüğü, dürtüsellik (düşünmeden davranma,

hareketlerde anlık değişimler, işlerini sıraya koymada zorluk) öğrenme güçlüğü gibi bulgular görülebilir (1). En önemli belirtisi dikkat süresinin aynı yaşta olan kişilere göre daha kısa olmasıdır (93). Genellikle söz dinlemeyen, yaramaz çocuk olarak adlandırılırlar. Okul düzeyinde başarı durumu ile ilgili sorun çıktığı için genellikle okul çağında tanı konur (94). DEHB'nin normal çocukların hareketliliği ile karıştırılmaması gereklidir (93).

Genelde DEHB'li çocukların okulda arkadaşları ile evde ailesiyle ilişkileri kötüdür. Dış etkenlere karşı dikkatlerinin kolayca dağılabilmesi akademik başarılarının düşmesine neden olabilir. Eşyalarını sıklıkla nereye koyduklarını unutabilirler. Arkadaşları ile vakit geçirirken kıpır kıpırdırlar, bekleyemezler, çok konuşurlar. Oynanan oyunu sürekli bozarlar (61).

2.2.8. DEHB'ye Eşlik Eden Bozukluklar ve Hastalıklar:

DEHB'de önemli olan noktalardan biri de eşlik eden bozukluklardır. Çünkü bu bozukluklar hastalığın tanı ve tedavi aşamasında yol gösterici olabilir ve tedaviyi zorlaştırabilir (95). Bazı hastalarda anti-sosyal kişilik bozukluğu, bazılarında pasif-agresif kişilik bozukluğu, borderline kişilik bozukluğu, histrionik kişilik bozukluğu ve çekingen kişilik bozukluğu gösterilmiştir. Yapılan bir çalışmada DEHB ile birlikte çocuklarda en sık eş tanıların sırasıyla; öğrenme bozukluğu, enürezis, sınır entelektüel işlev, karşıt olma karşı gelme bozukluğu ve davranım bozukluğu olduğu bildirilmektedir. (96). Bazı DEHB'liler antisosyal kişilik bozukluğu belirtileri gösterebilir. Yapılan başka bir çalışmada da 16-60 yaş grubu hastalarda anksiyete bozukluğu ve antisosyal kişilik bozukluğunun eşlik ettiği tespit edilmiştir (8). DEHB'li bireylerin alkol ve bağımlılık yapıcı maddelere daha yatkın olduğu da gösterilmiştir (48).

DEHB'li olan yetişkinler öfke kontrolünde zorluk olabileceği için başka kişilere göre daha sık sorunlar yaşayabilirler. Örneğin bir araç kullanırken daha çabuk öfkelenip dikkatlerini toplayamayabilirler ve kazalara neden olabilirler (97). Bipolar bozukluk tanısı olan çocuk ve ergenlerde DEHB sıklığı %57 olarak bulunmuştur (98). Yapılan bir çalışmada DEHB olan çocukların izleminde %11 bipolar eştanısı konmuş, dört yıl sonra bu gruba %12 bir grup daha eklenmiştir (99).

17 yaş ve üzerinde yapılan bir araştırmada ise bipolar bozukluğu olanlarda DEHB eştanısı %21.7 olarak bulunmuştur (100).

Çocuklarda yapılan bir çalışmada DEHB ile birlikte en sık bulunan psikiyatrik bozukluklar, karşıt olma-karşıt gelme bozukluğu, enürezis, özgül fobi ve sosyal kaygı bozukluğu olup toplamda her 4 çocuktan 3'ünde eşlik eden bir psikiyatrik bozukluk saptanmıştır (5).

DEHB olan bireylerin %30-50'sinde davranım bozukluğu, %20-25'inde anksiyete bozukluğu, %15-20'sinde duygudurum bozukluğu ve %10-25'inde ise öğrenme güçlüğüne eşlik edebileceği bildirilmektedir (101).

2.2.9. DEHB Tedavisi

DEHB tedavi edilmezse bozulmuş duygusal durum, akademik ve mesleki performansa zemin hazırlayacağından, mutlaka tedavi edilmesi gereken bir bozukluktur (102). Yapılan bir çalışmada DEHB tedavi öncesi ve sonrası yapılan sınavlardan alınan notlar karşılaştırıldığında öğrencilerin büyük çoğunluğunun tedavi sonrası notlarını anlamlı şekilde artırdığı bildirilmiştir (55).

DEHB tedavisi için üç farklı tedavi prensibi vardır. Bunlar ilaç tedavisi, psikososyal terapiler ve alternatif tedavilerdir (47).

2.2.9.1. İlaç Tedavisi

İlaç tedavisinde santral sinir sistemi uyarıcıları, antidepresanlar, antipsikotikler, anksiyolitikler, antikonvülzanlar, lityum, fenfluramin, klonidin, guanfasin gibi ilaçlar kullanılmaktadır. Amerikan Gıda ve İlaç Birliği (FDA) dekstroamfetamini 3 yaşından sonra, metilfenidatı ve atomoxetini ise 6 yaşından sonra kullanımı için onay vermiştir. Bu üç ilaç klinikte en çok kullanılan ilaçlardır (47,93).

Ülkemizde şu an sadece metilfenidat ve atomoxetin kullanılmaktadır. Metilfenidat okul başarısına olumlu etkisinin yanında, karşıt gelme, saldırgan tutumları azaltmada yardımcı olmaktadır. Sinapslarda dopamin ve noradrenalin üzerinden etki göstermektedir. Amfetamin ve türevleri ülkemizde Sağlık

Bakanlığı'ndan onay almadığı için kullanılamamaktadır. Antidepresanlar, sinapslarda nörotransmitter olan serotonin ve norepinefrin üzerinden etki gösterirler, ayrıca anksiyete ve depresyon eşlik ederse de tedaviye katkı sağlarlar. Klonidin ve guanfasin aşırı hareketlilik ön planda olan, eşlik eden karşıt gelme ve davranım bozukluğunda etkili ilaçlardır. Norepinefrin geri alım inhibitörü olan atomeksetinin, FDA tarafından çocuklar ve yetişkinlerde kullanımı onaylanmış olup bazı çalışmalarda tek dozunda bile etki gösterdiği belirtilmektedir (47).

2.2.9.2. Psikososyal Terapiler:

DEHB tedavisinde sadece ilaç tedavisinin başarısının düşük olduğu, yanında başka tedavi yöntemleriyle de (psikoterapi gibi) desteklenmesi gerektiği belirtilmekte olup tedavi kişinin aile durumu ve kişisel değışiklikler dikkate alınarak yapılmalıdır. Tedavi süresince her aşama aile ile birlikte yürütülmelidir. Ayrıca ailelerde de hastalıklar olabileceği düşünülerek tedaviye ailelerin de eklenmesi gerekebilir (47).

2.2.9.3. Alternatif Tedaviler:

DEHB için aynı zamanda %12-68 oranında alternatif tedaviler de önerilmekte ve kullanılmaktadır. Bunlar arasında elektroensefalografi (EEG) feedback, ağır metal şelasyonu, uzun zincirli yağ asiti, eser element ve vitamin takviyesi, eleme (çıkarma) diyeti, hiperbarik oksijen tedavisi, melatonin tedavisi, piknogenol (sahil çamı olarak da adlandırılan pinus pinaster bitkisinin dal kabuklarından elde edilen standardize özüt) tedavisi, alerji tedavisi, akupunktur, meditasyon sayılabilir (54).

EEG nörofeedback tedavisinde çocukların seanslar sonrası beyin dalgalarını düzenlemelerini öğreten bir tedavi şeklidir (54).

Kurşun, civa, aliminyum gibi ağır metaller santral sinir sistemine zarar verebilir. Bu etkilerini huzursuzluk, heyecanlanma, utangaçlık, bilişsel bozukluklar şeklinde gösterebilir. Kurşun seviyelerinin artması ile beyinde dopamin fonksiyonları bozulabilir (103). Bu nedenden dolayı kurşun DEHB için sorumlu tutulabilir. Buradan yola çıkarak şelasyon tedavilerine yönelme olmuştur (54).

Eikosapentaenoic asid (EPA , ω -3) dokosaheksaenoic asid (DHA, ω -3) ve araşidonik asit (ω -6) uzun zincirli yağ asitleri olup, nöral, enzimatik ve anti-inflamatuar mekanizmalarda rolleri vardır (104). Yapılan bir araştırmada DEHB

olanlarda kontrol grubuna göre plazma ve/veya eritrositlerinde uzun zincirli yağ asidi seviyelerinin düşük olduğu bulunmuştur (105). Bir başka çalışmada ise davranış problem skoru ile düşük gama linolenik asid seviyeleri arasında korelasyon olduğu bulunmuştur. Bu nedenle uzun zincirli yağ asidi takviyesi denenmiştir (54).

Çinko bilişsel gelişim, dikkatte değişiklikler, nöropsikolojik davranım ve motor gelişimde etkisi olan bir elementtir (106). DEHB'li çocuklarda yapılan çalışmalarda kontrol grubuna göre çinko seviyeleri düşük bulunmuştur (107). Demir dopamin sentezinde kullanılan tirozin hidroksilazın kofaktörüdür. Bu nedenden dolayı DEHB ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür (108). Ratlarda yapılan bir çalışmada ise demir eksikliğinde ratların beyinde nukleus accumbensdeki D2 dopaminerjik reseptörlerin etkilendiği görülmüştür (109). Bu bölge DEHB'de de etkilendiği için tedavide demir preparatları kullanılmıştır. En son çalışmalarda DEHB'ye demir eksikliği eşlik etmiyorsa tedavide demir preparatlarının kullanılması önerilmemiştir (54).

Vitamin B6, C vitamini ve tetrahidrobiopterin dopamin ve seratonin sentezinde rol alırlar (54). Yapılan bir çalışmada DEHB'li çocuklarda magnezyum eksikliği gösterilmiştir (110). Başka bir çalışmada ise magnezyum katılan vitamin B6 preparatları ile DEHB semptomlarında iyileşme sağlandığı tespit edilmiştir (111).

Bazı katkı maddeleri, yapay olarak renklendirilmiş gıdalar ve koruyucu maddelerin diyetten çıkarılmasının DEHB semptomlarını hafifleteceği düşünülmektedir. Bu nedenle bazı eleme (çıkarma) diyetleri önerilmiştir (54).

Sonuç olarak; DEHB tedavisi hastaya göre planlanmalı ve eşlik eden bozukluklar da tedavi edilmelidir. Tedavide önerilen öncelikle ilaç tedavisi ve bununla birlikte davranış terapileridir. Bütün yaş gruplarında DEHB ilaç tedavisi semptomları hafifletmek için kullanılmalıdır. Hatta bazı araştırmacılar ilaç tedavisi alanların akademik performansının %100 oranında iyileşeceğini belirtmiştir (13).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Tokat İli merkez ve ilçelerindeki mesleki eğitim merkezlerinde çıraklık öğrencilerinin dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu sıklığı ve etkileyen faktörlerin belirlenmesinin amaçlandığı kesitsel tipteki bu saha çalışması 8 Ekim-15 Kasım 2014 tarihleri arasında yürütülmüştür. Araştırmamız Gaziosmanpaşa Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar Projeler Birimi tarafından (2014/64 no'lu proje) desteklenmiştir. Çalışmanın yürütülmesi için Tokat İl Milli Eğitim Müdürlüğü'nden çalışma için gerekli izinler ve Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik kurul onayı (14-KAEK-189) alınmıştır.

Tokat İl Milli Eğitim Müdürlüğü verilerine göre, 2014-2015 eğitim-öğretim yılında Tokat-Merkez ilçe, Erbaa, Zile, Turhal ve Niksar ilçelerindeki 5 mesleki eğitim merkezinde 513 çıraklık öğrencisi vardır. Araştırmamızın evrenini buralarda öğrenim gören tüm öğrenciler oluşturmaktadır. Örneklem seçilmeden evrenin tamamına ulaşılması planlanmıştır. İlk aşamada mesleki eğitim merkezlerine devam eden öğrencilere ulaşılmıştır. Öğrencilerden bazıları Mesleki Eğitim Kanunu'na göre mesleki eğitim merkezine devam etme zorunluluğu olmadığı için çalıştığı iş yerinde ziyaret edilmiştir. Ulaşılamayan öğrencilere iş yeri de dahil olmak üzere 3 kez gidilmiştir. Toplamda 461 öğrenciye ulaşılmış olup, çalışma sözlü onam vererek katılmayı kabul eden 411 öğrenci ile tamamlanmıştır (%80.1).

Verilerin toplanması amacıyla ilgili literatür eşliğinde hazırlanan standart anket formu araştırmacı tarafından yüzyüze görüşme yöntemiyle uygulanmıştır. Anket formu sosyodemografik soruların yanında, sağlık durumu, alışkanlıklar, iş hayatı ve DEHB ölçeğini içeren sorulardan oluşmaktadır.

Öğrencilerde dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunu taramak amacıyla 18 yaşından küçük olanlara "Conners-Wells Ergen Özbildirim Ölçeği-Kısa Formu (12-17 yaş)", 18 yaş ve üstünde olan öğrencilere ise "Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS-v1.1) Türkçe formu" yüz yüze görüşme yöntemiyle uygulanmıştır.

Conners-Wells Ergen Özbildirim Ölçeği-Kısa Formu (C-WEÖÖ-K) Kaner ve ark. tarafından 2012 yılında geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmış bir ölçektir

(112). Conners-Wells Ergen Özbildirim Ölçeği-Kısa Formu, 27 sorudan oluşan davranım problemleri, bilişsel problemler-dikkatsizlik ve hiperaktivite olmak üzere 3 alt ölçeği içermektedir. Ölçeğin her maddesi için 0'dan 3'e kadar olan derecelendirme puanları vardır. Bu derecelendirme “Hiçbir zaman doğru değil (hiçbir zaman, çok ender)” 0 puan; “Biraz doğru (bazen)” 1 puan; “Oldukça doğru (sık sık, oldukça çok)” 2 puan; “çok doğru (çok sık)” 3 puan şeklindedir. Her bir alt ölçekte alınan puanlar ne kadar yüksekse, ergenin tanımlanan o soruna o kadar sahip olduğunu göstermektedir. Bu ölçeğin kesim noktası olmadığından 18 yaş altı DEHB sıklığı hesaplanırken K-ortalama yöntemi ile kesim noktası hesaplanmıştır (113).

Tablo 6: Conners-Wells Ölçeği Alt Boyutlarından Alınabilecek Puanlar ve Cronbach alpha katsayıları

Ölçek Alt Boyutları	Min-Max	Cronbach alpha
Davranım Bozukluğu	0-18	0.741
Bilişsel Problem-Dikkatsizlik	0-18	0.709
Hiperaktivite	0-18	0.723
DEHB İndex	0-36	0.736

Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS-v1.1) DSÖ tarafından ruhsal bozuklukları araştırmak amacıyla geliştirilen ölçeklerden biridir. Bu ölçeğin Türkçe formunun, Doğan ve ark. tarafından 2009 yılında geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır (114). ASRS-v1.1 toplam 18 sorudan oluşmaktadır. 9 sorusu dikkat eksikliği, 9 sorusu da hiperaktivite/dürtüsellik ölçen iki alt ölçeği vardır. Ölçek son altı ay içinde her bir belirtinin ne sıklıkta olduğunu sorgulamaktadır. Ölçeğin her maddesi için 0 ile 4 arasında derecelendirme puanı verilmektedir. “Asla cevabı için” 0 puan, “nadiren cevabı için” 1 puan, “bazen yanıtı için” 2 puan, “sık yanıtı için” 3 puan, “çok sık yanıtı için” 4 puan verilmektedir. Ölçeğin ilk 6 sorusu A bölümünü, sonraki 12 sorusu B bölümünü oluşturmaktadır. İki alt ölçeğin herhangi birinden 24 puan ve üzeri alan kişilerin yüksek olasılıkla DEHB, 17-23 puan arası olasılıkla DEHB, 0-16 puan alan kişilerin ise DEHB olmadığı şeklinde değerlendirilir. Araştırmamızda ortalamanın 2 standart sapma üzeri kesim noktası olarak alınmıştır (74).

Tablo 7: Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS-v1.1) Alt Boyutlarından Alınabilecek Puanlar ve Cronbach alpha katsayıları

Ölçek Alt Boyutları	Min-Max	Cronbach alpha
Dikkat eksikliği	0-36	0.722
Hiperaktivite/dürtüsellik	0-36	0.710
Toplam Puan	0-72	0.803

Çalışmamızda her bir öğrencinin ölçeklerden aldığı puanlar hesaplanıp DEHB belirtileri olan öğrenciler belirlenmiştir. DEHB belirtisi olan öğrencilere ve ailelerine telefonla ulaşılarak, Gaziosmanpaşa Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalığı ile Psikiyatri polikliniğine gitmesi önerilmiştir.

Veriler IBM SPSS Statistics Version 20 paket yazılımı kullanılarak değerlendirilmiştir. İstatistiksel analizde tanımlayıcı istatistik olarak sayı (n) ve yüzde (%), sınıflandırılmış kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında Ki-kare testi, karşılaştırmalı analizde student-t testi, Mann-Whitney U testi ve Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak alınmıştır.

4. BULGULAR

4.1.Öğrencilerin Tanımlayıcı Bulguları

Öğrencilerin %58.2'si (239) erkek, %41.8'i (172) kız olup, yaş ortalamaları 21.58 ± 7.60 yıl (erkeklerde 19.62 ± 5.75 , kızlarda 24.30 ± 8.90) olarak saptanmıştır. Yaş dağılımı min:14 yaş, max:51 yaş idi. Öğrencilerin %81.5 (335)'i bekâr, %17'si (70) evli, %1.5'i (6) dul/boşanmıştı. Evli olanların %87.1'inin (61) en az bir çocuğu vardı. %13.9'u (57) ilkokul, %76.1'i (313) ortaokul, %10.0'ı (41) lise ve üzeri mezunuydu. %44.0'mın SGK, %1.7'sinin özel sigorta, %3.4'ünün yeşil kart ve %50.9'unun ise sadece çıraklık sigortası vardı. Aylık ortalama gelirleri 604 ± 329 TL olup, %46.5'i gelirin giderini karşılamadığını, %43.8'i gelirin giderini karşıladığını, %9.7'si gelirin giderinden fazla olduğunu belirtmiş olup, %80.3'ünün aldığı ücretin asgari ücret ve altında (≤ 850 TL) olduğu bulunmuştur (Tablo 8).

Tablo 8: Öğrencilerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Dağılımı

Tanımlayıcı Değişkenler		n	%
Cinsiyet	Erkek	239	58.2
	Kız	172	41.8
Medeni Durum	Bekâr	335	81.5
	Evli	70	17.0
	Dul/Boşanmış	6	1.5
Mezuniyet	İlkokul	57	13.9
	Ortaokul	313	76.1
	Lise ve üzeri	41	10.0
Sosyal Güvence	SGK	181	44.0
	Özel Sigorta	7	1.7
	Yeşil Kart	14	3.4
	Çıraklık Sigorta	209	50.9
Aylık Gelir	Asgari ücret ve altı (≤ 850 TL)	330	80.3
	Asgari ücret üzeri (> 850 TL)	81	19.7
Toplam		411	100.0

Toplam 411 öğrencinin, %27.0'ı Tokat/Merkez Mesleki Eğitim Merkezi (MEM), %20.0'ı Turhal MEM, %20.0'ı Zile MEM, %17.5'i Niksar MEM, %15.5'i Erbaa MEM'e devam etmekte olup; %33.6'sı 1. sınıfta, %60.8'i 2. sınıfta, %5.6'sı 3. Sınıfta öğrenim görmektedir. Öğrencilerin meslek alanlarına göre en fazla eğitim aldıkları üç alan sırasıyla; güzellik ve saç bakım hizmetleri (%27.0), giyim teknolojisi (%24.6) ve motorlu araçlar teknolojisi (%15,8) idi (Tablo 9).

Tablo 9: Öğrencilerin Meslek Alanlarına Göre Dağılımı

Meslek Alanı	n	%
Güzellik ve Saç Bakım Hizmetleri	111	27.0
Giyim Teknolojisi	101	24.6
Motorlu Araçlar Teknolojisi	65	15.8
Yiyecek İçecek Hizmetleri	31	7.5
Ahşap Teknolojisi	28	6.8
Metal teknolojisi	20	4.9
Elektrik Elektronik Teknolojisi	17	4.2
İnşaat Teknolojisi	12	2.9
Servis Elemanlığı ve Satış Elemanlığı	7	1.7
Makine Teknolojisi	5	1.2
Isıtma ve iklimlendirme Teknolojisi	4	1.0
PVC Doğrama İmalat ve Mont	4	1.0
Döşemecilik	2	0.5
Bilişim Teknolojileri	2	0.5
Et ve Et Ürünleri İşletmeciliği	1	0.2
Ayakkabı ve Saraciye	1	0.2
Toplam	411	100.0

Öğrencilerin %4.1'inin (17) annesi, %8'inin (33) babası daha önceden vefat etmiştir. Öğrencilerin hem annesi hem babası hayatta olanlardan (366) %4.9'unun anne babası ayrı yaşamaktaydı. Öğrencilerin annelerinin %14.6'sı okuryazar değil, %5.4'ü okuryazar, %62.3'ü ilkökul mezunu, % 15.3'ü ortaokul mezunu, %2.2'si lise, %0.2'si üniversite mezunu olarak saptanmış olup, %88.1'i ev hanımı, %5.4'ü çiftçi,

%4.1'i işçi, %1.2'si emekli, %1.0'ı esnaf, %0.2'si memurdu. Öğrencilerin babalarının %6.3'ü okuryazar değil, %4.9'u okuryazar, %48.2'si ilköğretim mezunu, %25.8'i ortaokul mezunu, %13.4'ü lise, %1.5'i üniversite mezunu olup, %33.8'i işçi, %26.3'ü çiftçi, %15.3'ü esnaf, %6.1'i memur, %13.9'u emekli, %4.4'ü işsiz, %0.2 si çoban idi (Tablo 10). Öğrencilerin %19.2'si iki kardeş (kendisi dâhil), %30.2'si üç kardeş, %48.9'unun dört ve üzeri kardeş idi. Sadece %1.7'sinin hiç kardeşi yoktu. Kardeşleri olanların %47.0'ı herhangi bir iş kolunda çalışıyordu. Öğrencilerin aileleriyle birlikte haneye gelen toplam gelirin ortalaması 1752±858 TL olarak bulunmuştur.

Tablo 10: Öğrencilerin Anne ve Babalarının Eğitim ve Meslek Durumlarına Göre Dağılımı

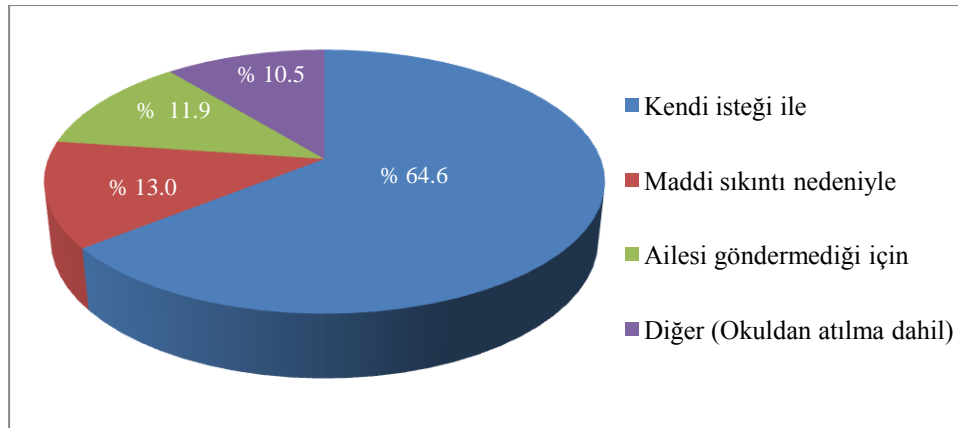
Anne ve Babaların Eğitim ve Meslek Durumları		Anne		Baba	
		n	%	n	%
Eğitim durumu	Okuryazar Değil	60	14.6	26	6.3
	Okuryazar	22	5.4	20	4.9
	İlkokul Mezunu	256	62.3	198	48.2
	Ortaokul Mezunu	63	15.3	106	25.8
	Lise Mezunu	9	2.2	55	13.4
	Üniversite Mezunu	1	0.2	6	1.5
Meslek	Çiftçi	22	5.4	108	26.3
	Esnaf	4	1.0	63	15.3
	Memur	1	0.2	25	6.1
	Emekli	5	1.2	57	13.9
	İşçi	17	4.1	139	33.8
	Ev Hanımı	362	88.1	-	-
	İşsiz	-	-	18	4.4
	Çoban	-	-	1	0.2

Öğrencilerin %15.3 (63)'ü daha önceden adli bir olaya karıştığını ifade etmiştir. Bunlardan sadece 32'si karıştığı adli olayın ne olduğunu belirtmiştir. Bunlardan 15'i kavga, 12'si trafik kazası, 2'si iftira, 1'i meskun mahalde ateş etme, 1'i bıçak taşıma, 1'i hırsızlık nedeniyle adli olaya karışmıştır.

Öğrencilerin hiçbirisi daha önceden DEHB tanısı almadığını belirtmiştir. Bir akrabasında DEHB tanısı alanların oranı ise %4.1 (17)'dir. 13 öğrencide (%3.2) kronik hastalık olduğu saptanmış olup bunlar sıklık sırasına göre; hipertansiyon, diyabetes mellitus, hipotroidi, astım, depresyon ve romatizmal hastalık idi. Sadece iki kişide bedensel engel mevcuttu. Öğrencilerin %22.6'sı daha önceden hepatit B aşısı, %8.5'i yıl içerisinde mevsimsel grip aşısı yaptırmıştır.

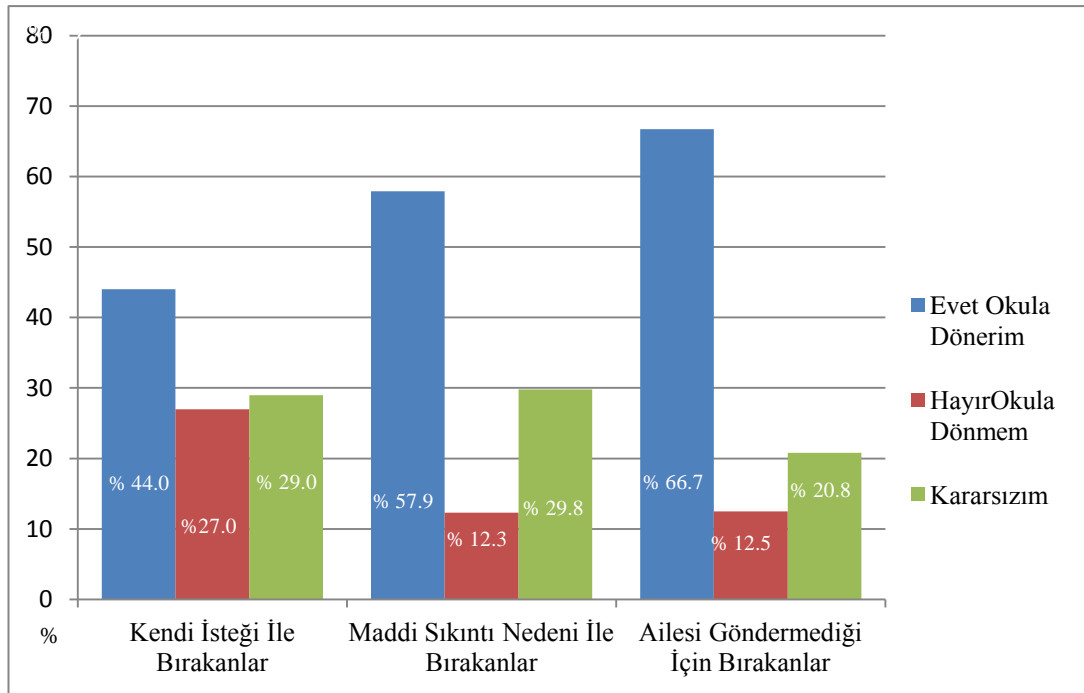
Öğrencilerin %77.4'ü evde ailesi ve kardeşleriyle birlikte yaşıyordu. %27.3'ünün evi kira, %71.3'ünün kendi evi, %1.4'ü ise evlerinin başka bir akrabalarına ait olduğunu ancak kira vermediklerini ifade etmiştir. Yaşadıkları evin koşullarını, %56.9'u iyi, %40.9'u orta, %2.2'si de kötü olarak belirtmiştir. Ortalama televizyon izleme süreleri 2.07 ± 1.52 saat (min:0; max:10), ortalama bilgisayar ve akıllı telefon başında geçen süre 2.29 ± 2.30 saat (min:0; max:8), uyumak için yatağa gitme saatleri ortancası hafta içi 23 (en erken 19:00, en geç 24:00), hafta sonu 23 (en erken 20:00, en geç 03:00) olarak bulunmuştur.

Öğrencilere ortaokul ve liseye neden devam etmedikleri sorulduğunda (lise ve üzeri mezunlar hariç); %64.6'sı kendisinin devam etmek istemediği, %13.0'ının maddi sıkıntı nedeniyle, %11.9'unun ailesi göndermediği için, %10.5'inin ise okuldan atılmanın da içinde olduğu diğer nedenlere bağlı eğitimine devam edemediği saptanmıştır (Grafik 3).



Grafik 3: Öğrencilerin Ortaokul veya Liseye Devam Etmeme Nedenleri

Eğitimini yarıda bırakan öğrencilere tekrar bir şans daha olsa okula devam edip etmeyecekleri sorulduğunda, kendi isteğiyle bırakanların %44.0'ı evet okula dönerim, %27.0'ı hayır dönmem, %29.0'ı kararsızım; maddi sıkıntı nedeniyle eğitimini yarıda bırakanların %57.9'u evet okula dönerim, %12.3'ü hayır dönmem, %29.8'i kararsızım; ailesi göndermediği için yarıda bırakanların ise %66.7'si evet okula dönerim, %12.5'i hayır okula dönmem, %20.8'i kararsızım şeklinde beyan etmişlerdir (Grafik 4).



Grafik 4: Ortaokul ve Liseye Devam Etmeyen Öğrencilerin Tekrar Bir şans Olsa Devam Edip Etmeme Durumu (%)

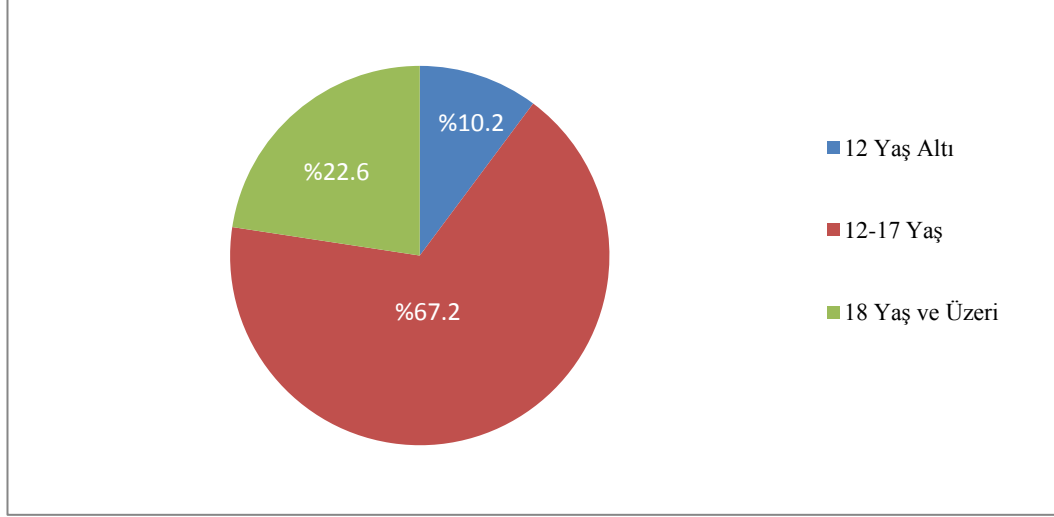
Öğrencilerin %35.5'inin sigara içtiği, %3.9'unun daha önce içtiği ama bıraktığı, %60.6'sının ise sigara içmediği saptanmıştır. Sigara içenlerin %21.6'sının sigaraya başlama yaşı 12 ve altında, %58'inin 12-17 arasında, %20.4'ünün ise 18 yaş ve üzerinde olduğu saptanmıştır. Sigaraya başlama yaşının çıraklık öğrencilerinde 8 yaşa kadar düştüğu saptanmıştır. Alkollü içki deneyenlerin oranı %27.8 olup, %10.5'inin halen alkollü içki içmeye devam ettiği saptanmıştır. Daha önce hiç alkol kullanmayanların oranı ise %72.2 olarak bulunmuştur. Alkol kullananlara alkole başlama nedenleri sorulduğunda %65.9'u kendi isteği ile denediğini, %36'sı arkadaşlarından özendiğini, %0.9'u ise televizyondan etkilendiğini veya ailesinden

özendiğini belirtmiştir. Bağımlılık yapıcı veya uyuşturucu maddeleri daha önce hiç deneyip denemedikleri sorulduğunda, %2.7 (11)'si en az bir defa uyuşturucu veya bağımlılık yapıcı bir madde kullandığını ifade etmiştir. Uyuşturucu maddeyi deneyenlerden 8'i bir kez denediğini ve kullanmaya devam etmediğini, 3'ü ise halen kullanmaya devam ettiğini beyan etmiştir (Tablo 11). Uyuşturucu madde kullanmaya devam eden öğrenciler ile tedavi olma konusunda konuşularak ikna edilmeye çalışılmış ancak bağımlı olmadıklarını söyleyerek tedavi olmayı reddetmişlerdir. Öğrencilerden 2'sinin baliyi, 5'inin tineri, 3'ünün hapı, 1'inin esrarı, 5'inin de cannabinoidi (sentetik uyuşturucu) denediği tespit edilmiştir. Uyuşturucu deneyenlerden 1 kişi televizyondan etkilendiğini, 4 kişi kendisinin denediğini, 6 kişi ise arkadaşlarından özenerek uyuşturucuya başladığını belirtmiştir.

Tablo 11: Öğrencilerin Sigara, Alkol ve Uyuşturucu Alışkanlıkları Durumu

Alışkanlıklar		n	%
Sigara	Hiç Kullanmamış	249	60.6
	Kullanıyor	146	35.5
	İçmiş, Bırakmış	16	3.9
Alkol	Hiç Denemedim	297	72.2
	Denedim, kullanmaya devam ediyorum	43	10.5
	Bir kere denedim ve kullanmıyorum	71	17.3
Uyuşturucu Madde	Hiç denemedim	400	97.3
	Bir kere denedim ve kullanmıyorum	8	2.0
	Denedim ve kullanmaya devam ediyorum	3	0.7
Toplam		411	100.0

Öğrencilerin %10.2'si 12 yaşından önce, %67.2'si 12-17 yaş arası, %22.6'sı ise 18 ve üzeri yaşta çalışmaya başlamıştır (Grafik 5). En düşük çalışmaya başlama yaşı 8, en geç çalışmaya başlama yaşı 49 olarak tespit edilmiştir. İş hayatında iş tercihini nasıl yaptıkları sorulduğunda %63.4'ü kendisi tercih etmiş, %22.9'u ailesi tarafından, %6.8'i akrabaları tarafından, %5.2'si arkadaşı tarafından %1.7'si de komşuları tarafından yönlendirdiği tespit edilmiştir.



Grafik 5: Öğrencilerin Çalışmaya Başlama Yaşlarına Göre Dağılımı

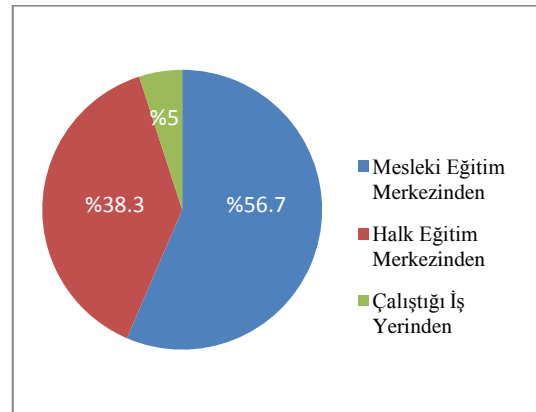
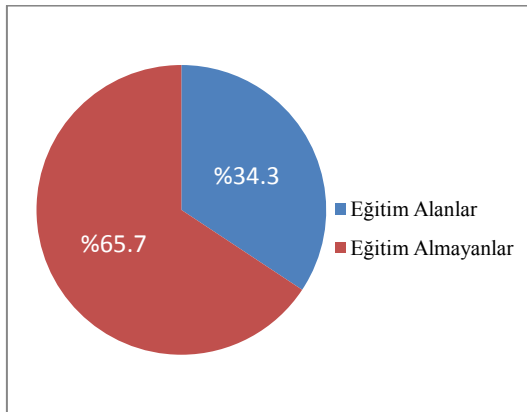
Öğrenciler işe gidiş ve gelişlerinde %38.0'ı yürüyerek, %30.0'ı otobüsle, %12.3'ü kendi arabasıyla, %11.2'si bisikletle, %8.5'i de servisle ulaşımı tercih etmektedirler. Öğrencilerin %18.2'si haftada beş gün ve daha az, %70.6'sı haftada altı gün, %11.2'si ise haftanın her günü çalışmaktadır. Öğrencilerin işyerlerinde günde ortalama 10.16 ± 2.18 saat çalıştıkları tespit edilmiştir. Çalışanların %21.9'unun 8 saat ve altında, %65.9'unun 9-12 saat arasında, %12.2'sinin de 12 saat üzerinde çalıştıkları saptanmıştır. Öğrencilerin %97.1'inin sadece gündüz, %2.9'unun ise gündüz ve vardiya usulü çalışmakta olduğu tespit edilmiştir (Tablo 12).

Tablo 12: Öğrencilerin Çalışma Süreleri ve Çalışma Düzenine Göre Dağılımı

		n	%
Haftada çalıştığı gün sayısı	Haftanın 5 günü ve daha az	75	18.2
	Haftanın 6 günü	290	70.6
	Haftanın 7 günü	46	11.2
Günlük çalışma saati	8 saat ve altı	90	21.9
	9-12 saat	271	65.9
	12 saat üzeri	50	12.2
Çalışma şekli	Sadece gündüz	399	97.1
	Gündüz ve vardiya	12	2.9
Toplam		411	100.0

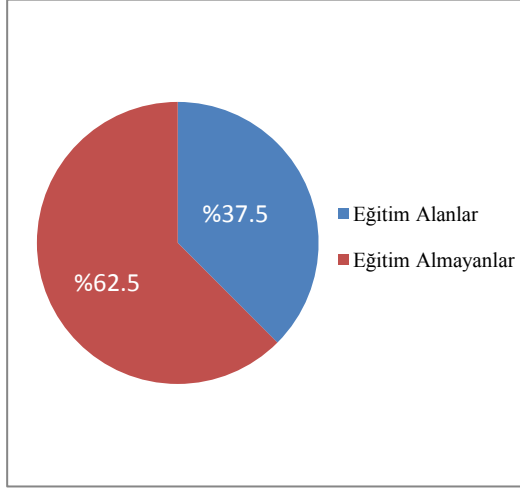
Çalıştıkları işlerden memnun olup olmadıkları sorulduğunda; %2.9'u hiç memnun değil, %4.4'ü memnun değil, %17.8'i ne memnun ne değil, %57.1'i memnun, %17.8'i de çok memnun şeklinde tespit edilmiştir. Öğrencilerin %77.4'ünün çalıştıkları iş yerlerinde hiç kimse ile sorun yaşamadığı, %22.6 (93)'sının ise en az bir kişi ile sorun yaşadığı saptanmıştır. Sorun yaşadığını belirten öğrencilerin %43'ü ustasıyla, %31.1'i diğer çıraklarla, %13.9'u da kalfa ile sorun yaşadığını beyan etmiştir. Öğrencilerin %29.2'sinin çalıştıkları işlerden ayrılmayı düşündüğü saptanmıştır. Öğrencilerin işlerinden elde ettikleri kazançları nasıl kullandıkları sorulduğunda; %27.5'i tamamını ailesine verdiğini, %14.8'i tamamını kendisinin harcadığını, %57.7'si de bir kısmını kendi bir kısmını ailesine verdiğini beyan etmiştir. Bir yıl boyunca çalıştığı iş yerlerinden izin kullanamayanların oranının %53.5 olduğu saptanmıştır. Öğrenciler ortalama 12.02 ± 11.45 gün izin kullanmakta olup, yıllık izin kullananların %42.6'sının senede yedi gün ve altında, %50'sinin 7-15 gün arasında, %7.4'ünün ise 15 günden fazla izin kullandığı saptanmıştır.

Öğrenciler boş vakitlerinde en çok sırasıyla; %43.3'ü ailesiyle, %30.4'ü arkadaşları ile vakit geçirmeyi tercih ettiklerini beyan etmişlerdir. %34.3'ü hijyen eğitimini aldığını belirtmiş olup eğitim alanların %56.7'sinin mesleki eğitim merkezinden, %38.3'ünün halk eğitim merkezlerinden, %5.0'nin ise çalıştıkları iş yerlerinden hijyen eğitimi aldığı tespit edilmiştir (Grafik 6,7). Öğrencilerin %37.5'i daha önceden iş sağlığı ve güvenliği eğitimi aldığı, eğitim alanların % 40.3'ü mesleki eğitim merkezinden, %53.9'u işyerinden, %5.8'i ise iş güvenliği uzmanı tarafından eğitim aldığı tespit edilmiştir (Grafik 8, 9).

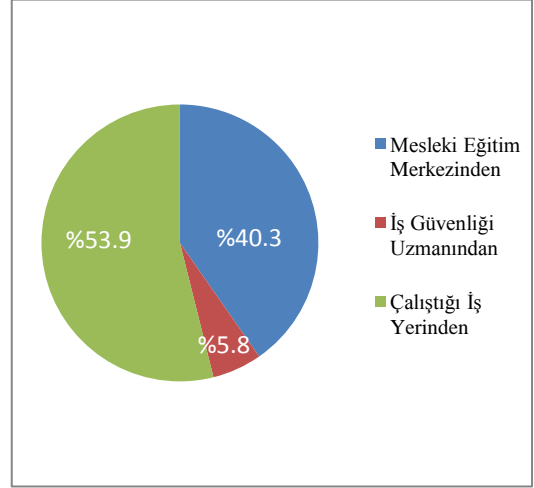


Grafik 6:Öğrencilerin Hijyen Eğitimi Alma Durumu

Grafik 7:Öğrencilerin Hijyen Eğitimi Aldığı Yer



Grafik 8: Öğrencilerin İş Sağlığı ve Güvenliği Eğitimi Alma Durumu



Grafik 9: Öğrencilerin İş Sağlığı ve Güvenliği Eğitimi Aldığı Yer

Herhangi bir sağlık problemi olmasa da düzenli olarak sağlık taramasından geçen öğrencilerin oranı %21.7 idi. %47.7'si kendi meslek alanında işinin koruyucu bir malzeme gerektirdiğini, %22.6'sı gerektirmediğini, %29.7'si ise koruyucu bir malzeme gerekip gerekmediğini bilmediğini söylemiştir. Öğrencilerin çalıştıkları işyerlerinde işverenlerin %63'ü kişisel koruyucu malzeme verirken %37'sinin herhangi bir koruyucu malzeme vermediği saptanmıştır. Öğrencilerin %37.2'si işini yaptığı esnada sürekli koruyucu malzeme kullandığını, %23.1'i bazen kullandığını, %39.7'ü ise hiç kullanmadığını söylemiştir. %28.2'sinin herhangi bir yerden ilk yardım eğitimi aldığı, %71.8'inin almadığı tespit edilmiştir.

Öğrencilerin %19'u daha önceden en az bir defa iş kazası yaşamış olup iş kazası yaşayanların %74.4'ünün şu an çalıştığı iş yerinde kaza geçirdiği tespit edilmiştir. İş kazası geçirenlerin %10.3'ü geçici iş göremezlik raporu almıştır. İş kazası geçirenlerin %62.8'inin ilk yardıma ihtiyaç duyduğu, %51.3'ünün doktor tarafından tedavi gördüğü, ama sadece %19.2'sinde iş kazası sonrası rapor tutulduğu saptanmıştır.

Öğrencilere çalıştıkları iş yerlerinde kendilerine göre en önemli iş sağlığı ve güvenliği sorunları sorulduğunda sırasıyla; %29.7'si iş yükünün fazla olduğunu, %20.4'ü çalışma saatlerinin fazla olduğunu, %5.1'i iş yerinde olumsuz koşulların olduğunu, %2.9'u iş yerinde kazalara ve hastalıklara karşı koruyucu önlemlerin olmadığını, %2.4'ü yeterli denetim olmadığını, %3.2'si iş yerinde üstleri (işveren, kalfa, usta vb...) tarafından baskıya maruz kalmakta olduğunu, %1.5'i iş yerinde

çalışanların iş sağlığı ve güvenliği konusunda eğitimleri olmadığı, %1'i iş yerinde bakımı yapılmayan ve koruyucusu olmayan makine ve teçhizatlar olduğunu, %1'i iş yerinde bulaşıcı hastalıklara karşı önlem alınmadığı, %1.9'u kişilerarası ilişki problemi olduğunu ifade etmiştir. Öğrencilerin %30.7'si ise çalıştıkları iş yerinde herhangi bir iş sağlığı ve güvenliği sorunu olmadığını beyan etmiştir (Tablo 13).

Tablo 13: Öğrencilerin İş Yerlerinde Karşılaştıkları En Önemli İş Sağlığı ve Güvenliği Sorunlarının Dağılımı

İş Sağlığı Güvenliği Sorunları	n	%
Çalıştıkları iş yerinde herhangi bir iş sağlığı ve güvenliği sorunu yok	126	30.7
İş yükünün fazla olması	122	29.7
Çalışma saatlerin fazla olması	84	20.4
Olumsuz işyeri çalışma koşulları (aydınlatma, ısı, soğuk, nem vb.)	21	5.1
Üstlerince (işveren, kalfa, usta vb.) fazla baskıya maruz kalınması	13	3.2
Koruyucu önlemlerinin yeterli olmaması	12	2.9
Yeterli denetimlerin yapılmaması	10	2.4
Diğer çalışanlarla kişilerarası ilişkilerdeki sorun yaşanması	8	1.9
Çalışanların iş güvenliği konusundaki eğitimsizliği	6	1.5
Bulaşıcı hastalıklara karşı yeterli koruyucu önlemlerin alınmaması	5	1.2
Bakımı yapılmayan ve koruyucusu bulunmayan makine teçhizatlar	4	1.0
Toplam	411	100.0

Çırakların yasal hak ve sorumluluklarını içeren ‘‘Mesleki Eğitim Kanunu’’ ile ilgili öğrencilerin %24.8'inin eğitim aldığı, %75.2'sinin ise eğitim almadıkları saptanmıştır. Eğitim alanların %74.5'inin çıraklık eğitim merkezinden, %25.5'inin de çalıştığı iş yerinden bu eğitimi aldığı saptanmıştır.

4.2 DEHB İle İlgili Bulgular:

4.2.1. 18 Yaş Altı Öğrencilerde DEHB İle İlgili Bulgular

18 yaş altındaki öğrencilerin DEHB ölçeğın alt boyutlarından alınan puan ortalamalarına bakıldığında, davranım bozukluğu için 1.95 ± 2.54 , bilişsel problem-dikkatsizlik için 3.41 ± 3.17 , hiperaktivite için 5.25 ± 3.89 , DEHB indexi alt ölçeği için 8.90 ± 6.11 puan aldıkları bulunmuştur (Tablo 14).

Tablo 14: 18 Yaş Altındaki Öğrencilerde Conners-Wells Ölçeği
Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Dağılımı (n=170)

Ölçek Alt Boyutları	Ort \pm SS	Min-Max
Davranım Bozukluğu	1.95 ± 2.54	0-16
Bilişsel Problem-Dikkatsizlik	3.41 ± 3.17	0-14
Hiperaktivite	5.25 ± 3.89	0-18
DEHB İndex	8.90 ± 6.11	0-33

18 yaş altındaki öğrencilerde cinsiyete göre DEHB ölçeğinden alınan ortalama puanlara bakıldığında; hiperaktivite alt boyutu hariç diğer 3 alt boyutta erkeklerin kızlara göre daha yüksek puan aldığı saptanmıştır. Sadece davranım bozukluğu alt ölçeğinde, erkekler ile kızların aldığı ortalama puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0.05$).

Anne eğitim durumuna göre ölçekten alınan ortalama puanlara bakıldığında davranım bozukluğu ve bilişsel problem-dikkatsizlik alt boyutundan, annelerinin eğitim durumu ilkokul ve altı olanlar daha yüksek puan almış olup aralarındaki fark anlamlı değildir ($p > 0.05$).

Baba eğitim durumuna göre ölçekten alınan ortalama puanlara bakıldığında hiperaktivite alt boyutu hariç diğer alt boyutlardan, babalarının eğitim durumu ilkokul ve altı olanlar daha yüksek puan almış olup, baba eğitim durumuna göre ölçeğin alt boyutundan alınan puanlar arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Öğrencilerin sigara içme ve alkol kullanma alışkanlıklarına göre aldıkları ortalama puanlara bakıldığında sigara ve alkolü en az bir kez dahi denemiş olanların

tüm alt boyutlarda aldığı ortalama puanlar, hiç denememiş olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olarak bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 15).

Tablo 15: 18 Yaş Altındaki öğrencilerde Bazı Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Conners-Wells Ölçeği Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamaları

Değişkenler	n:170	Davranım Bozukluğu	Bilişsel Problem-Dikkatsizlik	Hiperaktivite	DEHB İndex
		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
Cinsiyet					
Erkek	112	2,29 ± 2,88	3,61 ± 3,40	5,17 ± 3,99	9,03 ± 6,50
Kız	58	1,31 ± 1,51	3,03 ± 2,66	5,41 ± 3,71	8,63 ± 5,30
t		2,917	1,206	-0,387	0,402
p		0,004	0,230	0,699	0,688
Anne Eğitim Durumu					
İlkokul ve altı mezun	132	1.99±2.64	3.41±3.24	5.06±3.75	8.75±6.27
Ortaokul ve üstü mezun	38	1.84±2.18	3.39±2.94	5.92±4.31	9.39±5.53
t		0.320	0.037	-1.203	-0.566
p		0.749	0.970	0.231	0.572
Baba Eğitim Durumu					
İlkokul ve altı mezun	95	2.06±2.71	3.74±3.49	5.22±3.71	8.98±6.47
Ortaokul ve üstü mezun	75	1.82±2.32	2.98±2.66	5.29±4.12	8.75±5.64
t		0.601	1.608	-0.120	0.214
p		0.549	0.110	0.905	0.831
Sigara İçme Durumu					
Evet	60	3.35±3.38	4.83±3.80	6.16±4.04	10.98±6.90
Hayır	110	1.20±1.47	2.63±2.45	4.75±3.72	7.76±5.32
t		-4.684	-4.036	-2.291	-3.139
p		<0.001	<0.001	0.023	0.002
Alkol Kullanma Durumu					
Evet	42	3.57±3.80	4.67±3.75	6.64±4.14	11.00±7.09
Hayır	128	1.43±1.67	3.00±2.85	4.80±3.71	8.21±5.61
t		-3.541	-2.635	-2.179	-2.612
p		0.001	0.011	0.007	0.010

18 yaş altındaki öğrencilerin anne ve babalarının çalışma durumuna göre DEHB ölçeğinden alınan puanlar arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0.05$) (Tablo 16).

Tablo 16: 18 Yaş Altındaki Öğrencilerde Anne ve Babanın Çalışma Durumuna Göre Conners-Wells Ölçeği Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Ortancaları

Değişkenler	n:170	Davranım Bozukluğu	Bilişsel Problem-Dikkatsizlik	Hiperaktivite	DEHB İndex
		Ortanca (Q1-Q3)	Ortanca (Q1-Q3)	Ortanca (Q1-Q3)	Ortanca (Q1-Q3)
Annenin Çalışma Durumu					
Evet	21	1.0 (0.0-3.5)	4.0 (1.0-7.0)	6.0(3.5-8.5)	10.0 (6.5-12.5)
Hayır	149	1.0 (0.0-3.0)	3.0(1.0-5.0)	5.0(2.0-8.0)	8.0 (4.0-12.0)
U		-0.056	-1.275	-0.580	-1.760
p		0.955	0.202	0.562	0.078
Babanın Çalışma Durumu					
Evet	162	1.50 (0.0-3.0)	3.00 (1.0-5.0)	5.00 (2.0-8.0)	8.00 (4.0-12.0)
Hayır	8	1.50 (0.0-3.0)	2.50(1.0-7.0)	4.00(0.25-5.0)	8.00(3.75-12.0)
U		0.000	-0.026	-1.282	-0.203
p		1.00	0.979	0.200	0.839

18 yaş altındaki öğrencilerden hayatının bir döneminde en az bir kez herhangi bir adli olayla karşılaşanların, adli olayla karşılaşmayanlara göre “Davranım bozukluğu” ve “Hiperaktivite” alt ölçeğinden aldığı puan ortalamaları arasında fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$) (Tablo 17).

Tablo 17: 18 Yaş Altındaki Öğrencilerde Adli Olaya Karışma Durumuna Göre Conners Wells Ölçeği Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Ortancaları

	n=170	Davranım Bozukluğu	Bilişsel Problem-Dikkatsizlik	Hiperaktivite	DEHB İndex
		Ortanca (Q1,Q3)	Ortanca (Q1,Q3)	Ortanca (Q1,Q3)	Ortanca (Q1,Q3)
Adli Olaya Karışma Durumu					
Evet	22	3.0 (1.0,5.0)	3.5 (1.0,5.0)	7.5 (5.0,10.0)	9.0 (6.0,13.25)
Hayır	148	1.0 (0.0,2.0)	3.0 (1.0,5.0)	4.5 (2.0,7.0)	8.0 (4.0,12.0)
U		-3.665	-1.419	-2.762	-1.463
p		<0.001	0.156	0.006	0.144

18 yaş altındaki öğrencilerden çalıştığı işte memnun olmayanların hiperaktivite hariç alt boyutlardan aldığı puan ortalamaları, çalıştığı işten memnun olanlara göre daha yüksek tespit edilmiş olup, aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Çalıştığı işlerde sorun yaşayanların alt boyutlarda aldığı puan ortalamaları sorun yaşamayanlara göre daha yüksek bulunmuş olup, hiperaktivite alt boyutu haricinde diğer alt boyutlardan aldıkları puan ortalamaları arasındaki fark önemli bulunmuştur ($p<0.05$).

Daha önce iş kazası geçirenlerin alt ölçeklerden aldığı puan ortalamaları, iş kazası geçirmeyenlerle kıyaslandığında tüm alt ölçeklerde daha yüksek tespit edilmiş olup, sadece davranım bozukluğu alt ölçeğinden bulunan ortalamalar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 18).

Tablo 18: 18 Yaş Altındaki Öğrencilerde Çalıştığı İşle İlgili Bazı Özelliklerine Göre Conners-Wells Ölçeği Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamaları

Değişkenler	n:170	Davranım bozukluğu	Bilişsel Problem-Dikkatsizlik	Hiperaktivite	DEHB İndex
		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
Çalıştığı İşten Memnuniyet					
Memnun	128	1.65±2.03	2.99±3.04	5.03±3.80	8.14±5.54
Memnun değil	42	2.88±3.55	4.69±3.23	5.90±4.12	11.21±7.17
t		2.121	3.085	1.254	2.891
p		0.039	0.002	0.212	0.004
Çalıştığı İşte Kişilerle Sorun Yaşama Durumu					
Evet	50	3.08±3.64	4.66±3.46	5.94±4.18	10.60±6.70
Hayır	120	1.49±1.72	2.89±2.90	4.97±3.73	8.19±5.72
t		-2.950	-3.414	-1.492	-2.375
p		0.005	0.002	0.138	0.019
İş Kazası Yaşama Durumu					
Evet	47	2.79±3.65	3.70±3.40	5.76±4.05	10.31±7.13
Hayır	123	1.64±1.88	3.30±3.08	5.05±3.82	8.35±5.60
t		2.044	0.737	1.064	1.887
p		0.046	0.462	0.289	0.061

18 yaş altındaki öğrencilerin okula devam etmeme nedenine göre DEHB ölçeğinden aldıkları puanlar kıyaslandığında aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 19).

Tablo 19: 18 Yaş Altındaki Öğrencilerde Çalıştığı İşle İlgili Bazı Özelliklerine Göre
Conners-Wells Ölçeği Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortancaı

	n=170	Davranım Bozukluğu	Bilişsel Problem- Dikkatsizlik	Hiperaktivite	DEHB İndex
		Ortanca (Q1-Q3)	Ortanca (Q1-Q3)	Ortanca (Q1-Q3)	Ortanca (Q1-Q3)
Okula Devam edememe nedeni					
Devam etmek istememe nedeniyle	135	1.0(0-3.0)	3.0(1.0-5.0)	5.0(2.0-8.0)	8.0(4.0-11.0)
Maddi sıkıntı nedeniyle	12	1.0(0-3.0)	1.5(0-3.0)	4.5(0.5-6.75)	8.0(1.25-12.0)
Ailesinin göndermemesi nedeniyle	5	1.0(0.5-3.5)	4.0(2.5-7.0)	5.0(4.0-7.0)	10.0(7.0-13.0)
Okuldan atılma nedeni ile	18	2.0(0-5.0)	2.0(1.0-6.25)	7.0(2.0-9.25)	9.0(4.5-16.5)
KW		1.464	4.248	2.224	5.816
p		0.691	0.236	0.527	0.052

4.2.2.18 Yaş ve Üzerindeki Öğrencilerde DEHB İle İlgili Bulgular

18 yaş ve üzerindeki kız ve erkek öğrencilerin ASRS-v1.1 ölçeğinden aldığı puanlara göre DEHB varlığına bakıldığında, erkeklerde (%8.7) kızlara (%3.5) göre DEHB daha fazla olarak tespit edilmiştir. Cinsiyete göre DEHB varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Anne ve baba eğitim durumlarına göre DEHB varlığına bakıldığında, DEHB olanların ebeveynlerinin eğitim durumu DEHB olmayanlara göre daha düşük olarak bulunmuştur. Anne ve baba eğitim durumu ile DEHB varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 13).

Aylık gelir durumu asgari ücret altında olanlarda DEHB varlığı asgari ücret ve üzerinde olanlara göre daha yüksek olup gelir durumuna göre DEHB varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Kronik hastalığı olanlarda DEHB varlığı kronik hastalığı olmayanlara göre daha yüksek tespit edilmiş olup aradaki fark anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). Öğrencilerin sigara içme durumu incelendiğinde sigara içenlerde DEHB oranı sigara içmeyenlere göre daha fazla olup, sigara içme ile DEHB varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Alkol kullanma durumuna göre DEHB görülme oranına bakıldığında alkol kullananlarda daha fazla DEHB görüldüğü saptanmıştır ($p<0.05$). Uyuşturucu kullananlarda DEHB görülme oranının uyuşturucu kullanmayanlara göre anlamlı şekilde daha fazla olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). DEHB varlığının uyuşturucu

maddeyi denemeyi 3.7 kat (%95CI:3.01-57.42) arttırdığı tespit edilmiştir. DEHB varlığı adli olayla karşılaşanlarda karşılaşmayanlara göre daha sık görülmekle birlikte, aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p>0.05) (Tablo 20).

Tablo 20: 18 Yaş ve Üzerindeki Öğrencilerde Bazı Değişkenlere Göre DEHB Olma Durumu

Değişkenler	n	DEHB				χ^2	p
		Var		Yok			
		n	%	n	%		
Cinsiyet							
Erkek	127	11	8.7	116	91.3	1.921	0.166**
Kız	114	4	3.5	110	96.5		
Anne Eğitim Durumu							
İlkokul ve altı mezun	206	13	6.3	193	93.7		1.00*
Ortaokul ve üstü mezun	35	2	5.7	33	94.3		
Baba Eğitim Durumu							
İlkokul ve altı mezun	149	10	6.7	139	93.3	0.015	0.901**
Ortaokul ve üstü mezun	92	5	5.4	87	94.6		
Annenin Çalışma Durumu							
Evet	28	3	10.7	25	89.3		0.394*
Hayır	213	12	5.6	201	94.4		
Babanın Çalışma Durumu							
Evet	231	14	6.1	217	93.9	0.015	0.901**
Hayır	10	1	10.0	9	90.0		
Aylık Gelir Durumu							
Asgari ücret altı	162	11	6.8	151	93.2		0.779*
Asgari ücret ve üzeri	79	4	5.1	75	94.9		
Kronik Hastalık							
Var	10	2	20.0	8	80.0		0.122*
Yok	231	13	5.6	218	94.4		
Sigara İçme Durumu							
Evet	102	9	8.8	93	91.2	1.348	0.246**
Hayır	139	6	4.3	133	95.7		
Alkol Kullanma Durumu							
Evet	72	9	12.5	63	87.5		0.016*
Hayır	169	6	3.6	163	96.4		
Uyuşturucu Kullanma Durumu ***							
Evet	6	3	50	3	50		0.004*
Hayır	235	12	5.1	223	94.9		
Adli olaya karışma durumu							
Evet	41	3	7.3	38	92.7		0.725*
Hayır	200	12	6.0	188	94.0		
Çalıştığı İşten Memnun Olma Durumu							
Memnun	180	9	5.0	171	95.0		0.218*
Memnun değil	61	6	9.8	55	90.2		
Çalıştığı İşte Kişilerle Sorun Yaşama Durumu							
Evet	43	6	14.0	37	86.0		0.032*
Hayır	198	9	4.5	189	95.5		
İş Kazası Yaşama Durumu							
Evet	15	2	6.5	29	93.5		1.000*
Hayır	226	13	6.2	197	93.8		
Toplam	241	15	6.2	226	93.8		

*Fischer Kesin Ki-kare testi ** Yates correction *** Bali, Tiner, Hap, Esrar, Cannabinoid Türevi Madde

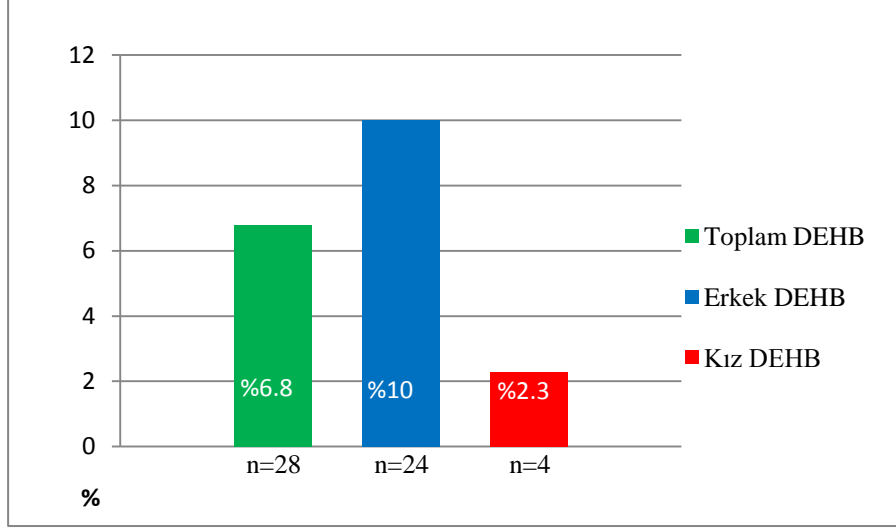
Çalıştıkları işlerde sorun yaşayanlarda DEHB oranı daha fazla olup, sorun yaşamayanlarla karşılaştırıldığında aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Çalıştığı işten memnun olmayanlarda ve çalıştığı işte iş kazası geçirenlerde DEHB oranı daha fazla tespit edilmiş olup, aralarında istatistiksel olarak önemli bir fark tespit edilmemiştir ($p>0.05$) (Tablo 20). Öğrencilerin ortaokula ve liseye devam etmeme nedeninin en çok kendilerinin istememesi olduğu tespit edilmiştir. Okuldan atılan öğrencilerde DEHB sıklığının daha fazla olduğu saptanmıştır. Öğrencilerin okula devam etmeme nedenine göre DEHB varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$), (Tablo 21).

Tablo 21: 18 Yaş ve Üzerindeki Öğrencilerde Okula Devam Etmeme Nedenlerine Göre DEHB Olma Sıklığı

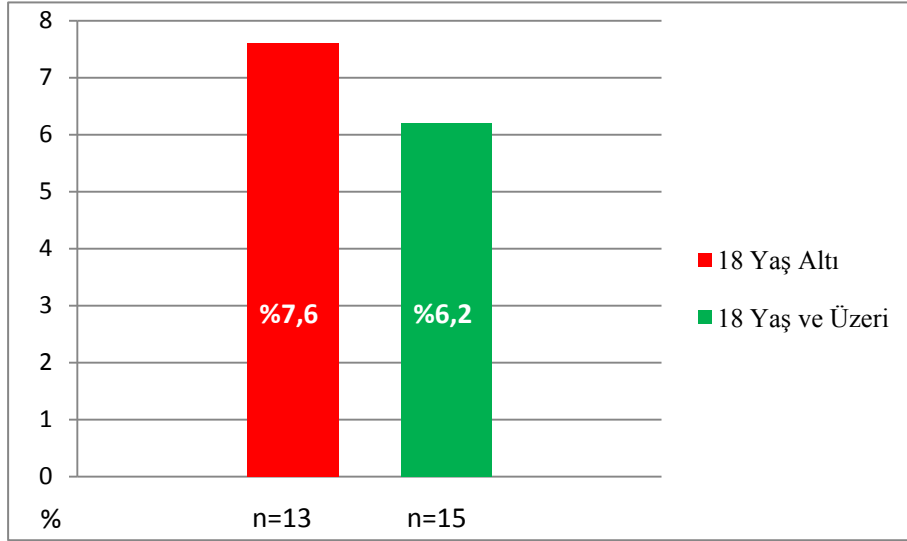
Okula Devam Edememe Nedeni	DEHB				Toplam		χ^2	p
	Var		Yok		n	%		
	n	%	n	%				
Kendi harici bir nedenden dolayı	4	4.3	90	95.7	94	100.0	2.468	0.291
Okuldan atılma nedeniyle	3	13.0	20	87.0	23	100.0		
Devam etmek istememe nedeniyle	8	6.5	116	93.5	124	100.0		

4.2.3. Mesleki Eğitim Merkezindeki Tüm Öğrencilerde DEHB Sıklığı ve Etkileyen Değişkenler

MEM öğrencilerinin tamamında DEHB görülme sıklığı %6.8 (n=28) olarak bulunmuştur. Cinsiyete göre DEHB sıklığının erkeklerde %10.0 (n=24), kızlarda %2.3 (n=4) olduğu (Grafik 10), öğrencilerin yaşlarına göre DEHB sıklığının ise 18 yaş altında %7.6 (n=13), 18 yaş ve üzerinde ise %6.2 (n=15) olduğu saptanmıştır (Grafik 11).



Grafik 10: Öğrencilerde Cinsiyete Göre DEHB Görülme Sıklığı



Grafik 11: Öğrencilerde Yaş Gruplarına Göre DEHB Görülme Sıklığı

Cinsiyete göre karşılaştırıldığında DEHB'nin erkeklerde daha sık görüldüğü tespit edilmiştir ($p < 0.05$). Herhangi bir işte çalışmayan ebeveynlerin çocuklarında DEHB sıklığının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Öğrencilerin anne ve babalarının çalışma ve eğitim durumları ile öğrencilerin aylık gelir durumu ve kronik hastalık durumuna göre DEHB varlığı arasında anlamlı fark yoktur ($p > 0.05$) (Tablo 22).

Öğrencilerin sigara içme, alkol kullanma ve uyuşturucu maddeyi en az bir kez deneme durumuna göre DEHB varlığı kıyaslandığında sigara, alkol ve uyuşturucu madde adli olaya karışanlarda ve iş kazası yaşayanlarda DEHB varlığı daha fazla bulunmuş olmasına rağmen, istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p>0.05$).

Çalıştığı işten memnun olmayanlarda, çalıştığı işte kişilerarası sorun yaşayanlarda ve okula devam etmeme nedeni okuldan atılma olanlarda DEHB sıklığının anlamlı daha fazla olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$) (Tablo 22).

Öğrencilerin okula devam etmeme nedeninin en çok kendilerinin istememesi olduğu tespit edilmiş olup, kendi harici nedenle veya okuldan atılma gibi bir nedenle kıyaslandığında okuldan atılan öğrencilerde DEHB sıklığının daha fazla olduğu saptanmıştır. Öğrencilerin okula devam etmeme nedenine göre DEHB varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 22).

Tablo 22. Tüm Öğrencilerde Bazı Değişkenlere Göre DEHB Olma Durumu

Değişkenler	n	DEHB				χ^2	p
		Var		Yok			
		n	%	n	%		
Cinsiyet							
Erkek	239	24	10.0	215	90.0	8.204	0.004**
Kız	172	4	2.3	168	97.7		
Anne Eğitim Durumu							
İlkokul ve altı mezun	338	23	6.8	315	93.2		1.000*
Ortaokul ve üstü mezun	73	5	6.8	68	93.2		
Baba Eğitim Durumu							
İlkokul ve altı mezun	244	18	7.4	226	92.6	0.122	0.727**
Ortaokul ve üstü mezun	167	10	6.0	157	94.0		
Annenin Çalışma Durumu							
Evet	49	4	8.2	45	91.8		0.760*
Hayır	362	24	6.6	438	93.4		
Babanın Çalışma Durumu							
Evet	393	26	6.6	367	93.4		0.351*
Hayır	18	2	11.1	16	89.9		
Aylık gelir durumu							
Asgari ücret altı	320	24	7.5	296	92.5	0.642	0.423**
Asgari ücret ve üzeri	91	4	4.4	87	95.6		
Kronik hastalık olma durumu							
Var	13	3	23.1	10	76.9		0.051*
Yok	398	25	6.3	373	93.7		
Sigara İçme Durumu							
Evet	162	20	12.3	142	87.7	11.496	< 0.001**
Hayır	249	8	3.2	241	96.8		
Alkol Kullanma Durumu							
Evet (En az bir kez kullanmış)	114	18	15.8	96	84.2	18.116	< 0.001**
Hayır (Hiç kullanmamış)	297	10	3.4	287	96.6		
Uyuşturucu Kullanma Durumu***							
Evet (En az bir kez kullanmış)	11	5	45.5	6	54.5		< 0.001*
Hayır (Hiç kullanmamış)	400	23	5.8	377	94.2		
Adli olaya karışma durumu							
Evet	63	8	12.7	55	87.3		0.056*
Hayır	348	20	5.7	328	94.3		
Çalıştığı İşten Memnuniyet Durumu							
Memnun	308	16	5.2	292	94.8	4.101	0.043**
Memnun değil	103	12	11.7	91	88.3		
Çalıştığı İşte Kişilerle Sorun Yaşama Durumu							
Evet	93	14	15.1	79	84.9	11.236	0.001**
Hayır	318	14	4.4	304	95.6		
İş Kazası Yaşama Durumu							
Evet	78	9	11.5	69	88.5	2.530	0.08**
Hayır	333	19	5.7	314	94.3		
Okula Devam Etmeme Nedeni							
Kendisi harici bir neden	111	5	4.5	106	95.5	7.895	0.019
Okuldan atılma	41	7	17.1	34	82.9		
Kendisi istememe	259	16	6.2	243	93.8		
Toplam	411	28	6.8	383	93.2		

* Fischer Kesin Ki-kare testi ** Yates correction *** Bali, Tiner, Hap, Esrar, Cannabinoid Türü Madde

6. TARTIŞMA

Mesleki eğitim merkezleri (MEM) öğrencilerin ortaokuldan sonra eğitimlerini devam ettirebileceği tercihlerinden biridir. Bu merkezler ülkemizin kalkınmasında önemli bir nokta olan insan gücünü kendi alanlarında eğitip, kaliteli işgücü yaratarak yeri doldurulması zor olan bir görevi üstlenmektedir (19). Yapılan bir çalışmada işletme yetkililerinin %92'sinin MEM mezunu öğrenci çalıştırmak istedikleri, buna neden olarak da bu öğrencilerin üretim alanına uygun el becerilerinin olduğu belirtilmiştir. Aynı çalışmada yetkililerce MEM mezunu öğrencilerin diğer çalışanlara göre daha başarılı oldukları belirtilmektedir (115).

Çalışmamıza katılan öğrencilerin %58.2'si (239) erkek, %41.8'i (172) kız olup, yaş ortalamaları 21.58 ± 7.60 yıl (erkeklerde 19.62 ± 5.75 , kızlarda 24.3 ± 8.9) olarak saptanmıştır. Yaş dağılımı min:14 yaş, max:51 yaş idi. Literatürde mesleki eğitim merkezlerinde yapılan çalışmalardaki yaş ortalamaları, Konya'da 17.2 ± 1.1 (%95.8'i erkek, %4.2'si kadın) (116), Ankara'da 17.4 ± 1.2 (%98.8'i erkek, %1.2'si kadın) (117), Manisa'da 17.8 ± 0.94 (%80.0'ı erkek, %20.0'ı kadın) (118), Kilis'de 20.04 ± 6.0 (%88.7'si erkek, %11.3'ü kadın) (17) olarak tespit edilmiştir. Bu çalışmalarda mesleki eğitim merkezlerindeki öğrencilerin yaş ortalamaları bizim çalışmamıza göre daha düşük olmasının nedenleri çalışmamızda çıraklık eğitime geç yaşlarda kayıt olan öğrenciler olması, kadın öğrencilerinin fazlalığı ve kadınların yaş ortalamalarının yüksekliliği olabilir.

Çalışmamızda öğrencilerin %13.9'u (57) ilkokul, %76.1'i (313) ortaokul, %10.0'ı (41) lise ve üzeri mezunu olup öğrencilerin çoğunluğunun ortaokul ve üzeri mezunu olduğu bulunmuştur. İlkokul mezunlarının da %97'si 18 yaş ve üstü öğrencilerden oluşmaktadır.

Araştırmamızda %44.0'ının SGK, %1.7'sinin özel sigorta, %3.4'ünün yeşil kart ve %50.9'unun ise sadece çıraklık sigortası vardı. Çıraklık sigortası çırağın sadece meslek hastalıkları ve iş kazaları sonucu oluşacak maluliyeti gidermek için yapılan bir sigortadır. Yani öğrencilerin yarısı sağlık güvencesinden yoksundur. MEM öğrencilerinde yapılan bir çalışmada sağlık hizmetine ulaşamama nedeni olarak düşük sosyoekonomik durum ve iş yerinden izin alamama gösterilmiştir (119).

Buna sağlık sigorta eksikliği de eklenince ıracılık ğrencilerinin sağlık hizmetine ulaşma şansı daha da azalacaktır. Bu nedenle öğrencilere yapılan sigortanın sosyal devlet anlayışı içinde, muayene olma ve ücretsiz ilaç alabilme kapsamında genişletilmesi uygun olacaktır.

Çalışmamızda ğrencilere ortaokul ve liseye neden devam etmedikleri sorulduğunda (lise ve üzeri mezunlar hariç); %64.6'sının kendisi devam etmek istemediği, %13.0'ının maddi sıkıntı nedeniyle, %11.9'unun ailesi göndermediği için, %10.5'inin ise okuldan atılmanın da içinde olduğu diğer nedenlere bağlı eğitimine devam edemediği saptanmıştır. Edirne'de mesleki eğitim merkezinde yapılan bir çalışmada MEM'e devam nedeni olarak %73.6 oranında kendi isteği ile meslek edinmek olduğu saptanmıştır (120). Araştırmamızda kendi isteği ile devam etmeyenler ve maddi sıkıntı nedeniyle liseye devam edemeyenleri dışınduğumuzda, öğrencilerin meslek öğrenmek ve bir an önce çalışma hayatına katılmak için MEM'e devam ettiğini söyleyebiliriz. Çalışmamızda kendi isteğiyle devam etmeyenlerin oranı %76.7 olup Edirne'de yapılan çalışma sonuçları ile benzerdir. 2013 yılında yapılan Türkiye Ergen Profili Araştırması'nda çalışan gençlerin %40'ının maddi durumlarının kötü olması nedeniyle çalıştığı tespit edilmiştir (46). Kuzu'nun yaptığı çalışmada öğrencilerin en çok okulda başarısız olduğu için liseye devam etmediği saptanmıştır (121). Bu duruma benzer şekilde ğrenci velilerinin MEM hakkında bazı olumsuz görüşleri olabilmektedir. Bozgeyikli ve arkadaşlarının ğrenci velileri ile yaptığı çalışmada çocuklarını MEM'e göndermeme nedeni olarak en fazla %59 ile mesleki eğitim merkezlerine başarılı olmayan öğrencilerin gitmesi şeklinde cevap verdikleri saptanmıştır. Ayrıca velilerin MEM'den yetişen çocukların kültürlü insan olamayacakları n yargısına da sahip olduklarını tespit etmişlerdir (18).

Araştırmamızda ğrencilerin %60.6'sının hiç sigara içmediği, %39.4'ünün ise en az bir kez sigara içtiği bulunmuştur. Literatürde mesleki eğitim merkezlerinde öğrenim gören ıracılar üzerinde yapılan çalışmalarda sigara içme oranı %37 ile %57.8 arasında değişen oranlarda bulunmuştur (17,116,117,122,123). Bu oranlar çalışmamızda bulunan sigara içme oranlarıyla benzerdir. Manisa'da bazı örgün eğitim yapan liselerde yapılan çalışmalarda (%29.1) ve Küresel Tütün Raporu 2010'da 15 yaş üzeri sigara içme oranları (her 3 kişiden biri) bu çalışmalardan daha

düşük olarak bulunmuştur (124,125). Manisa’da yapılan başka bir çalışmada mesleki eğitim merkezindeki öğrenciler normal bir liseye devam eden öğrenci ile kıyaslandığında sigara içme riski 3.88 kat daha fazla bulunmuştur (126). Çalışmamızda 18 yaş altındaki öğrencilerin %35.3’ünün en az bir kez sigara içtiği saptanmıştır. TEPA 2013’de ergenlerin %18’inin en az bir kez sigara içtiği tespit edilmiştir. Bu oranlara bakıldığında çalışmamızda 18 yaş altındaki MEM öğrencilerinde sigarayı en az bir kez içme oranı TEPA 2013’te tespit edilen oranın yaklaşık 2 katıdır. Çalışmamızda 18 yaş altındaki öğrencilerde cinsiyete göre sigara içme sıklığına bakıldığında erkeklerde sigara içme oranının anlamlı şekilde daha fazla olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). TEPA 2013’de de çalışmamıza benzer olarak erkeklerde daha fazla olmak üzere cinsiyete göre sigara içme durumu arasında anlamlı fark bulunmuştur.

Genel olarak ailenin sosyoekonomik düzeyi düşükse, en yakın arkadaşı sigara içiyorsa, stresli sıkıntılı bir yaşamı varsa ve bazen de merak nedeniyle gençler sigaraya başlamaya yatkın olabilmektedirler (127). Çalışmamızda sigara içen her 5 kişiden biri 12 yaş altında, her 5 kişiden dördü ise 18 yaşının altında sigara içmeye başlamış olup, sigara başlama yaşı ortalaması 15.33 ± 4.13 olarak bulunmuştur. Konya’da çıraklık öğrencilerinde yapılan çalışmada öğrencilerin %36’sının 13 yaşından küçük yaşta sigaraya başladığı bulunmuştur (116). Samsun’da mesleki eğitim merkezinde yapılan çalışmada sigaraya başlama yaş ortalaması 13.5 ± 0.3 olarak bulunmuştur (122). Çalışmamızdaki sigaraya başlama yaşı Konya’da ve Samsun’da yapılan çalışmalara göre daha yüksek bulunmuştur. Sigaraya başlama yaşının diğer bir kötü tarafı da sigaraya ne kadar erken başlanırsa günlük içilen sigara sayısının o kadar fazla olduğudur (128). Her ne kadar sigara içme oranları yüksek olsa da Tokat ilindeki mesleki eğitim merkezindeki öğrencilerin sigarayla daha geç tanışmış oldukları tespit edilmiştir.

Stresli hayat biçimi öğrencilerde sigaraya başlangıç için meyil oluşturabilir. Yüreğir’de mesleki eğitim merkezinde yapılan bir çalışmada sigara kullanan öğrencilerde depresyon sıklığının %35 olduğu saptanmış olup, bu öğrencilerde depresyon görülme sıklığı anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Sigara içenlerde depresyon olma durumunun 2.2 kat fazla olduğu saptanmıştır (128). Bazı

çalışmalarda ise sigara içenlerin içmeyenlere göre ruhsal açıdan yüksek riskli olduğu ve umutsuzluk düzeylerinin yüksek olduğu bulunmuştur (17,129). Sigara içmenin öğrencinin risk alma davranışını da artırdığını ve yaşam kalitesini 1.7 kat dşrdğun gösteren çalışmalar da vardır (118). Ankara’da yapılan bir çalışmada sigara için en önemli risk faktörünün alkol kullanımı olduğu gösterilmiştir (117).

Çalışmamızda alkollü içki kullanmayı deneyenlerin oranı %27.8 olup, öğrencilerin %10.5’inin halen alkol kullanmaya devam ettiği, %72.2’sinin ise daha önce hiç alkol kullanmadığı saptanmıştır. Alkol kullananlara alkole başlama nedenleri sorulduğunda %65.9’u kendi isteği ile denediğini, %36’sı arkadaşlarından özendiğini %0.9’u ise televizyondan etkilendiğini veya ailesinden özendiğini belirtmiştir. Ankara’da mesleki eğitim merkezlerinde yapılan bir çalışmada alkol kullanma oranı %39.1 olarak bulunmuş olup, bu oran bizim çalışmamızdan yüksektir (117). Çalışmamızda 18 yaş altı öğrencilerin %24.7’sinin en az bir kez alkol kullanmayı denediği saptanmıştır. TEPA 2013 raporuna göre ise öğrencilerin %8.9’u en az bir kez alkol kullanmayı denemiştir. Çalışmamızda tespit edilen bu oran TEPA 2013’e göre çok yüksek olup yaklaşık 3 kat fazla bulunmuştur. Çalışmamızda 18 yaş altındaki öğrencilerde cinsiyete göre en az bir kez alkol kullanmayı deneme durumuna bakıldığında erkeklerde alkol kullanma oranının anlamlı şekilde daha fazla olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). TEPA 2013’de de çalışmamıza benzer olarak erkeklerde daha fazla olmak üzere cinsiyete göre alkol kullanma durumu arasında anlamlı fark bulunmuştur. gel ve arkadaşlarının 7318 ergen ile yaptığı birçok ili temsil eden çalışmada en az bir kez alkol kullanım oranı %18 olarak bulunmuştur. Çalışmamızda bulunan alkol kullanma sıklığı Ögel ve arkadaşlarının tespit ettiği orana göre daha yüksektir (130). İzmir’de yapılan bir çalışmada ise katılımcıların ilk alkol denemelerini arkadaşları ile birlikte yaptıkları tespit edilmiştir (131).

Yapılan bir çalışmada ise alkol kullananlarda umutsuzluk düzeyi anlamlı bir şekilde yüksek bulunmuştur (17). Ancak belki de umutsuzluk nedeniyle alkole başlamış olabilecekleri düşünülmektedir. Yapılan çalışmalarda alkol kullanımının dünyada ve ülkemizde en çok bağımlılık yapıcı maddelerden biri olan sigaraya başlama için risk faktörü olduğu bulunmuştur (116,117,125). Yapılan bir çalışmada

da çalışmaya başlama yaşının risk faktörü olduğu ve çalışmaya başlama yaşı düştükçe alkol kullanma sıklığının arttığı saptanmıştır (132).

Çalışmamızda öğrencilere bağımlılık yapıcı veya uyuşturucu maddeleri daha önce hiç deneyip denemedikleri sorulduğunda, %2.7 (11)'si en az bir defa uyuşturucu veya bağımlılık yapıcı bir madde kullandığını ifade etmiştir. 18 yaş altındaki öğrencilerde uyuşturucu maddeyi deneyenlerin oranı %2.9 iken, 18 yaş ve üzerinde bu oran %2.5 olarak tespit edilmiştir. Uyuşturucu maddeyi deneyenlerden 8'i bir kez denediğini ve kullanmaya devam etmediğini, 3'ü ise halen kullanmaya devam ettiğini beyan etmiştir. Uyuşturucu kullananlardan 1 kişi televizyondan etkilendiğini, 4 kişi kendisinin denediğini, 6 kişi ise arkadaşlarından özenerek uyuşturucuya başladığını belirtmiştir. Denizli'de MEM'de yapılan çalışmada öğrencilerin uçucu madde kötüye kullanım sıklığı %5.3 olarak bulunmuştur (132). Gümüş ve arkadaşlarının Erzurum'da lise öğrencilerinde yaptığı çalışmada uyuşturucu madde kullanım oranı %6.45 olarak bulunmuştur (133). Erdamar ve arkadaşlarının ortaöğretim öğrencilerinde yaptığı çalışmada uyuşturucu madde kullanım sıklığı %4.2, Erdem ve arkadaşlarının lise öğrencilerinde yaptığı çalışmada %14.3 olarak bulunmuştur (134,135). Bu oranlar bizim çalışmamızdan daha yüksek olarak tespit edilmiştir.

Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi (TUBİM) 2014 yılı raporuna göre, genel nüfusta yaşam boyu en az bir kez uyuşturucu madde kullanım sıklığı %2.7 olarak bulunmuştur. Bu oran çalışmamızda elde edilen sonuçlarla benzerdir. TUBİM 2014 Raporu'na göre 15-24 yaş grubunda olmak, erkek olmak, bekâr olmak, gelir düzeyi <200 Euro olmak, tütün ve alkol kullanmak risk faktörü olarak tespit edilmiştir. Aynı zamanda raporda çocuk yaşta çalışmanın da kendi başına bir risk faktörü olduğu belirtilmiştir. Diğer risk grupları ise mahkumlar, çocuk ve gençlerdir. Okul çağındaki çocukların hayatı boyunca madde kullanım sıklığı %1.5 olarak bulunmuştur. Rapora göre madde kullanım yaşı ortalaması 13.88 ± 0.69 olarak tespit edilmiştir. Kişinin en az bir kez bile tütün veya alkol kullanmış olması ile uyuşturucu madde bağımlılığı arasında ilişki olduğu tespit edilmiştir (136). Birleşmiş Milletler Uyuşturucu ve Suç Ofisi (UNODC) Raporu'na göre 2012 yılında dünyada en az bir kez yasadışı madde kullanan kişi sayısı 162-324

milyon (tüm dünya 15-64 yaş grubunun yaklaşık olarak %3.5-7.0'ı) arasında değişmektedir (137). Bu oranlar bizim tespit ettiğimiz oranlardan daha yüksektir. Çıracılık öğrencilerinde uyuşturucu kullanım sıklığının düşük olması sevindirici olmakla birlikte bu oranın sıfır olması gereklidir.

Araştırmamızda öğrencilerin % 80.3'ünün aylık gelirinin asgari ücret ve altında, %19.7'sinin ise asgari ücretin üstünde olduğu bulunmuştur. Ailelerinin ise ortalama geliri 1752±858 TL olarak bulunmuştur. Yaklaşık her 4 kişiden birinin ailesinin geliri ise 1000 TL ve altındadır. Çalışma grubumuzda kardeş sayısı 3.8±1.5 bulunmuş olup bu da ailelerin ortalama 5 kişiden oluştuğunu gösterir. Türk-İş tarafından 2014 yılında yapılan bir hesaplama göre yoksulluk sınırının dört kişilik bir aile için 4014.17 TL olduğu belirlenmiştir. Bu duruma göre ailelerin ortalama gelirlerinin düşük olduğu söylenebilir (138). Düşük gelir sahibi olmak çocuk yaşta çalışmaya başlama nedenleri arasındadır (17). Ekonomik durumun kötülüğü yanında ilkokulda ilgisizlik çocukların erken yaşta çalışmalarına neden olabilir (139). Yapılan bir çalışmada babası çalışmayan çocukların babası çalışanlara göre çalışma riskinin 3 kat arttığı bulunmuştur (140). Yapılan çalışmalarda aylık gelirin düşük olmasının kaygı düzeyini arttırdığı, ve riskli davranışlarla ilgili olduğu gösterilmiştir (140,141). Kaygı düzeyi artan ve riskli davranışlar sergileyen öğrenciler olumsuz durumlarla karşılaşabilir. Manisa'da yapılan bir çalışmada ise gelir düzeyinin düşüklüğünün yaşam kalitesi üzerine olumsuz etkisi olduğu bulunmuştur (118). Çocuk yaşta çalışanlar her türlü istismara açık olabilirler. Yapılan bir çalışmada gelir düzeyinin düşüklüğü ile istismara uğrama arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (142).

Araştırmamızda öğrencilerin annelerinin %14.6'sının okuryazar değil, %5.4'ünün okuryazar, %62.3'ünün ilkokul mezunu, % 5.3'ünün ortaokul mezunu, %2.2'sinin lise, %0.2'sinin üniversite mezunu olduğu, babalarının ise %6.3'ünün okuryazar değil, %4.9'unun okuryazar, %48.2'sinin ilkokul mezunu, %25.8'inin ortaokul mezunu, %13.4'ünün lise mezunu, %1.5'inin üniversite mezunu olduğu saptanmıştır. Yapılan bir çalışmada çırakların babalarının eğitim düzeyi ile kaygı düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır (143). Bir çalışmada babasının eğitim düzeyi ilkokul ve altı olanların ortaokul mezunlarına göre 2.4 kat, annesinin eğitim düzeyi ilkokul ve altında olanların ise 1.7 kat öğrencilerin çalışma riskini

arttırdığı bulunmuştur (140). Öğrencilerin okullaşma oranları incelendiği 2014 yılında hazırlanan bir rapora göre, ailesi hiç eğitim almamış çocuklarla karşılaştırıldıklarında, annesi lise mezunu olanlarda okullaşma oranı %24, annesi üniversite mezunu olanlarda ise %30 oranında artmaktadır. Eğer baba lise veya üniversite mezunuysa da okullaşma oranında %20'inin üzerinde bir artış olmaktadır (144). Anne veya baba eğitim düzeyi arttıkça çocuklarının eğitim düzeyine daha fazla önem verdiği söylenebilir.

Araştırmamızda, öğrencilerin %10.2'si 12 yaşından önce, %67.2'si 12-17 yaş arası, %22.6'sı ise 18 ve üzeri yaşta çalışmaya başlamıştır. En düşük çalışmaya başlama yaşı 8, en geç çalışmaya başlama yaşı 49 olarak tespit edilmiştir. Öğrencilerin çalışma hayatına liseye başlama yaşı olan 14-15 yaştan daha önce ve yasal yaş sınırından daha önce başladığı görülmektedir. Ailede birlikte yaşayan birey sayısının fazla olması, ailenin düşük gelirli olması öğrencilerin daha erken yaşta çalışmalarına neden olmuş olabilir. Çocuk yaşta çalışmaya başlamak çocukların akranlarıyla iletişim kurması gereken bir yaşta bir anda yetişkinler ile iletişim kurması gerektiren bir ortam yaratmaktadır. Bu durum çocukları psikolojik açıdan yıpratıp psikolojilerini etkileyebilmektedir (145,146). Çalışma hayatına erken başlayan kişilerin fiziksel açıdan büyümeleri geri kalabilmektedir (147). Ailenin düşük gelirli olması çocuk yaşta çalışmaya başlama sebeplerindedir (17). Ekonomik durumun kötülüğü yanında ailenin, çocuğun okula devamı konusunda ilgisizliği de çocukların erken yaşta iş hayatına atılmalarına neden olabilir (139).

Çalışmamızda öğrencilere iş hayatında iş tercihini nasıl yaptıkları sorulduğunda, %63.3'ü kendisi tercih etmiş, %22.9'u ailesi tarafından, %6.8'i akrabaları tarafından, %3.2'si arkadaşı tarafından, %1.7'si de komşuları tarafından yönlendirilmiştir. Öğrencilerin çoğu kendi isteğiyle ve daha önce tecrübeleri olan kişilerin önerisi ile işe başlamışlar, daha sonra MEM'e kayıt olmuşlardır. Yapılan bir çalışmada MEM öğrencilerinin %72.1'inin daha önceden MEM ile ilgili bilgilerinin olmadığı tespit edilmiştir (148). Buradan yola çıkarak öğrencilerin öğrenimleri sırasında rehberlik hizmetini bu konuda almadıkları söylenebilir. TEPA 2013 raporunda öğrencilerin %19.8'inin okullarında herhangi bir konuda rehberlik hizmetinin verildiğini bilmediği tespit edilmiştir. Rehberlik için görüşme talebinin

%58.4'ünün öğrencinin kendisinden geldiği, rehber öğretmenlerle en çok dersler ve arkadaşlar ile ilgili konuşulduğu saptanmış olup, sadece %7.4 oranında öğrencilerle gelecek öğrenim hayatıyla ilgili (lise ve üniversite sınavları) görüşülmüştür (46). Rehberlik öğretmenleri, öğrencilerin yeteneklerini ve hangi konularda başarılı olacağını önceden tespit edebilmeli ve bu yönde gelecekteki meslek seçimlerinde yardımcı olmalıdırlar.

Çalışmamızda öğrencilerin %18.2'si haftada beş gün ve daha az, %70.6'sı haftada altı gün, %11.2'si ise haftanın her günü çalışmaktadır. Öğrencilerin işyerlerinde günde ortalama 10.16 ± 2.18 saat (min:8; max:16) çalıştıkları tespit edilmiştir. Çalışanların %21.9'u 8 saat ve altında, %65.9'u 9-12 saat çalıştıkları, %12.2'si de 12 saatin üzerinde çalıştıkları saptanmıştır. Yapılan çalışmalarda, İzmir'de ortalama 11.12 ± 1.42 saat, Denizli'de %35.9'u 8 saat ve altında, %46.3'ü 9-11 saat, %17.8'i ise 12 saat ve üzeri (149), İstanbul'da pazarda çalışan çocuklarda yapılan çalışmada, yarısından fazlası 12 saat ve üzeri çalıştığı belirtilmektedir (34). Kilis'de yapılan çalışmada ise, öğrencilerin %8.0'ının 5 gün ve altı, %63.6'sının 6 gün, %28.4'ünün 7 gün çalıştığı bulunmuştur. Aynı çalışmada %7.2'si günde 8 saat ve altı, %92.8'inin ise 8 saat ve üzeri çalıştığı belirtilmiştir (17). Hem bizim çalışmamızda hem de yapılan diğer çalışmalarda yaklaşık her üç öğrenciden ikisinin günde 8 saat ve üzerinde çalıştığı saptanmıştır. 4857 sayılı iş kanununun 71. maddesine göre temel eğitimi tamamlamış ve okula gitmeyen çocukların çalışma saatleri günde yedi saat ve haftada otuz beş saatten fazla olamaz. Ancak, on beş yaşını tamamlamış çocuklar için bu süre günde sekiz ve haftada kırk saate kadar artırılabilir şeklindedir. Burada da açıkça görülüyor ki öğrenciler yasada belirlenen gün sayısı ve günlük çalışma saatlerinden daha fazla sürelerde çalışmaktadır.

Araştırmamızda öğrencilerin çalıştıkları işlerden memnun olup olmadıkları sorulduğunda; %2.9'u hiç memnun değil, %4.4'ü memnun değil, %17.8'i ne memnun ne değil, %57.2'si memnun, %17.8'i de çok memnun şeklinde tespit edilmiştir. TEPA 2013 raporuna göre de çalışanların %51'i çalışmaktan mutlu olduğu tespit edilmiştir. Çalışmamızda çalıştıkları işlerden memnun olanların oranı TEPA 2013'e göre daha yüksek olarak tespit edilmiştir.

Çalışmamızda öğrencilerin işlerinden elde ettikleri kazançları nasıl kullandıkları sorulduğunda; %27.5'i tamamını ailesine verdiğini, %14.8'i tamamını kendisinin harcadığını, %57.7'si de bir kısmını kendi bir kısmını ailesine verdiğini beyan etmiştir. Samsun'da çıraklar üzerinde yapılan çalışmada, öğrencilerin %50'sinin bir kısmını kendi aldığı, bir kısmını ise ailesine verdiği, %26'sının tamamını kendi harcadığı, %24'ünün ise tamamını ailesine verdiği tespit edilmiştir (123). Zonguldak'da yapılan çalışmada öğrencilerin %75.9'unun kazancını ailesi ile paylaştığı saptanmıştır (150). TEPA 2013 raporuna göre ise çalışanların % 70.5'inin gelirini ailesi ile paylaştığı tespit edilmiştir (46). Bizim çalışmamızda da gelirini ailesi ile paylaşan ve tamamını ailesine verenlerin oranı %85.4 olup diğer çalışmalarla benzerdir. Öğrenciler ailelerinin ekonomik durumu iyi olmadığı için gelirlerini aileleri ile paylaşmış olabilirler. Yine bu nedenden dolayı çalışma hayatına atılmış olabilirler.

Araştırmamızda, bir yıl boyunca çalıştığı iş yerlerinden izin kullanamayanların oranı %53.5 idi. Öğrenciler ortalama 12.02±11.45 gün izin kullanmakta olup, yıllık izin kullananların %42.6'sının senede yedi gün ve altında, %50'sinin 7-15 gün arasında, %7.4'ünün ise 15 günden fazla izin kullandığı saptanmıştır. Zonguldak'ta yapılan çalışmada öğrencilerin %60.8'inin (150), Elazığ'da yapılan çalışmada %58.3'ünün yıllık izin kullanmadığı tespit edilmiştir (121). Samsun'da yapılan çalışmada ise çıraklık öğrencilerinin %78.5'inin yıllık izin kullanmadığı ve izin kullanamama ile yüksek kaygı düzeyi arasında anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır (123.) 4587 sayılı iş kanununa göre kişiler en son çalıştığı yerde 1-5 yıl arasında çalışırlarsa 14 gün yıllık izin hakkına sahip olabilirler. Sonuç olarak, araştırmamızda çalışan öğrencilerin yarısından fazlasının, diğer çalışmalarda ise yaklaşık her beş kişiden üçünün hakları olan yıllık izinlerini kullanmadığı tespit edilmiştir.

Araştırmamızda öğrencilerin %19'u daha önceden en az bir defa iş kazası yaşamıştır. Pazarda çalışan çocuklarda yapılan çalışmada iş kazası geçirenlerin oranı %31.5 olarak bulunmuştur (34). Cinsiyete göre iş kazası geçirme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). Erkeklerin kızlara göre daha fazla oranda iş kazası geçirdiği saptanmıştır. Çankırı sanayi sitesinde yapılan çalışmada ise katılımcıların %33.3'ünün iş kazası geçirdiği tespit edilmiştir. Çıraklar

üzerinde yapılan başka bir çalışmada ise iş kazası oranı %16 olarak bulunmuştur (140). İlimizdeki öğrencilerin iş kazası oranı Çankırı'da yapılan çalışmaya göre daha düşük olarak bulunmuştur (151). Bunun sebebi olarak Çankırı'daki katılımcıların sanayi sitesinde işin özelliği ile ilgili daha ağır koşullarda olması gösterilebilir. Yapılan bir başka çalışmada ise iş kazası riskinin günlük çalışma süresi arttıkça yükselebileceği belirtilmiştir (152). TÜİK 2014 raporuna göre son on iki ayda istihdam edilenlerden %2.3'ü iş kazası geçirmiştir. Çalışmamızda son bir sene içinde iş kazası yaşayanların oranı %12.6 olarak bulunmuştur. Bu oran TUİK 2014 raporunda belirtilen oranlara göre yaklaşık 6 kat daha fazladır. Bunun nedeni olarak çalışmamızda iş yerinde başlarına gelen ve yaralanmaya neden olabilecek tüm kazaların dahil edilmesi olabilir. Aynı zamanda ülkemizde bu oranın düşük olması yaşanan tüm iş kazalarının sosyal güvenlik kurumuna bildirilmemesi (153) veya hastane kayıtlarına iş kazası şeklinde yansımamasına da bağlı olabilir. Ülkemizde 1970 yılında bin kazada %4.74'ü ölümlerle sonuçlanırken, 2010 yılında bin kazada %22.9'u ölümlerle sonuçlanmıştır, yani fatalite oranı artmıştır (154). İş kazası azalırken ölüm oranının artması sosyal güvenlik kurumuna verilerin iletilmemesi görüşünü destekleyebilir. Çalışmamızda ayrıca iş sağlığı ve güvenliği eğitimi alan öğrenci oranı %32.5 olarak tespit edilmiştir. İş sağlığı ve güvenliği eğitimi alma durumu ile iş kazası geçirme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Bu durum verilen eğitim kalitesinin düşük olması veya öğrencinin bu eğitimi günlük hayatında uygulamamasından kaynaklanabilir. İş kazalarının sayısını azaltmak adına tüm iş yerlerinde çalışan kişilere donanımlı kişiler tarafından iş sağlığı ve güvenliği eğitimi verilmelidir.

Çalışmamızda öğrencilerin %47.7'si kendi meslek alanında işinin koruyucu bir malzeme gerektirdiğini, %22.6'sı gerektirmediğini, %29.7'si ise koruyucu bir malzeme gerekip gerekmediğini bilmediğini söylemiştir. Çalıştıkları işyerlerinde işverenlerin %63'ü kişisel koruyucu malzeme verirken, %37'sinin herhangi bir koruyucu malzeme vermediği saptanmıştır. Yine de öğrencilerin %37.2'si işini yaptığı esnada sürekli koruyucu malzeme kullandığını, %23.1'i bazen kullandığını, %39.7'ü ise hiç kullanmadığını söylemiştir. Yaptığı işin koruyucu malzeme gerektirdiğini düşünenler içinde çalışma süresi boyunca koruyucu malzeme kullananların oranı %54.8, işveren çalışırken koruyucu malzemenin gerekliliğini

düşünüp, çalışanına verse de öğrencilerden sadece %55.8'inin koruyucu malzeme kullandığı tespit edilmiştir. Bu durum öğrencilerin meslek hastalıkları hakkında yeterince bilgili olmadıklarını veya bu durumu umursamadıklarını göstermektedir. Yaklaşık her 3 kişiden birinin de işinin koruyucu malzeme gerektirdiğini bilmediğini düşünürsek çıraklık öğrencilerinin meslek hastalıklarıyla ilgili bilgilerinin yeterli olmadığı söylenebilir.

Çalışmamızda öğrencilerin %28.2'sinin herhangi bir kurumdan ilk yardım eğitimi aldığı, buna karşılık %71.8'inin ise ilk yardım eğitimi almadığı tespit edilmiştir. Yapılan bir çalışmada çıraklık eğitim öğrencileri ile normal lisede öğrenim gören öğrenciler ilk yardım bilgi düzeylerine göre kıyaslandığında normal lise öğrencilerinin ilk yardım bilgisinin anlamlı şekilde daha fazla olduğu, tespit edilmiştir (140). Çalışmamızda çıraklık öğrencilerinin ilk yardım bilgi düzeyi daha düşük olarak bulunmuştur. Kazalarda ilk yardımın nasıl yapılacağını bilmek her vatandaşın görevlerindedir. Çalışmamızda yaptıkları iş itibari ile kazalara daha çok maruz kalabilecek olan bu grubun ilk yardım bilgi düzeyini artıracak eğitimlere ihtiyaç duyulduğu tespit edilmiştir.

Araştırmamızda çırakların yasal hak ve sorumlulukları ile ilgili olan "Mesleki Eğitim Kanunu" ile ilgili öğrencilerin %24.8'inin eğitim aldığı, %75.2'sinin ise eğitim almadıkları saptanmıştır. Eğitim alanların %74.5'inin çıraklık eğitim merkezinden, %25.5'inin de çalıştığı iş yerinden eğitim aldığı saptanmıştır. Her dört çıraklık öğrencisinin üçü kendileri ile ilgili olan ve yasal haklarını ve sorumluluklarını belirten Mesleki Eğitim Kanunu'nun içeriğini bilmemektedir. Bir anlamda kendilerini çalıştığı iş yerinin sahibinin şartlarına göre çalışmayı kabullenmiş gözükmektedir. Belki de bu nedenden dolayıdır ki bir yıl boyunca çalıştığı iş yerlerinden izin kullanamayanların oranı %53.5, haftanın her günü çalışan oranı %11.2, 9-12 saat çalışan oranı %65.9, 12 saatin üzerinde çalışan %12.2 olarak devam etmektedir. Yasal hak ve sorumluluklarını bilenlerin %76.5'i de 8 saat ve üzerinde çalışmaktadır. Bu da haklarını bilse de, küçük yaşta olmaları nedeniyle, işlerini kaybetmek korkusu ile hakkını savunmadığı, bir bakıma iş yeri sahibinin insafına kendini bıraktığı anlamına gelebilir.

Çalışmamızda öğrencilere çalıştığı iş yerlerinde karşılaştıkları en önemli sorunlar sorulduğunda sırasıyla %20.2'si (en çok) çalışma saatlerinin fazla olması, %17.3'ü iş yükünün fazla olması, %12.2'si çalışan sayısının az olması şeklinde belirtmiştir. Öğrencilerin toplamda %32.9'unun çalışma saatlerinin fazla olmasından şikayetçi olduğu tespit edilmiştir. Bu durum öğrencilerin yasal çalışma sürelerini bildiği ama itiraz edemedikleri düşüncesini güçlendirmektedir.

DEHB kişinin hayatına, iletişimine, iş yaşamına negatif etkileri olan sorunlardan biridir. Bu bozukluk sadece kendilerini değil, ailesini ve yakın çevresini de etkileyebilir (50). DEHB ile ilgili ülkemiz için genel bir prevalans çalışması konusunda yeterli literatüre rastlanmamıştır. Daha çok sınırlı bazı gruplarda ve il düzeyinde yapılmış çalışmalar vardır (155).

Araştırmamızda MEM öğrencilerinde DEHB görülme sıklığı %6.8 (n=28) olarak bulunmuştur. 18 yaş altı sıklık %7.6 (n=13), 18 ve üstü yaşta ise sıklık %6.2 (n=15) olarak bulunmuştur. DEHB dünyada yaklaşık olarak yetişkinlerde %4.4, çocuk ve adölesanlarda ise %5.29 oranında görülmektedir (62). Hem adölesanlarda hem de yetişkinlerde araştırmamızda bulunan DEHB oranı literatüre göre daha yüksektir. Yapılan bir meta analiz sonucuna göre ise çocuklarda ve adölesanlarda DEHB prevalansı sırasıyla %5.9 ile %7.1 arasında değişmektedir (63). Bu oranlara göre çalışmamızda 18 yaş altındaki MEM öğrencilerinde DEHB sıklığı yüksek bulunmuştur. Mısır'da 12-15 yaş arası çocuklarda yapılan bir çalışmada DEHB sıklığı %9.4 olarak bulunmuştur (16). Araştırmamızda bulunan DEHB sıklığı Bishry ve arkadaşlarının buldukları sıklığa göre daha düşüktür. Çalışmamızda 18 yaş ve üstü kızlarda DEHB sıklığı %3.5, erkeklerde %8.6 bulunmuştur. Fayyad ve arkadaşlarının yaptığı bir meta analiz çalışmasında DEHB prevalansı yetişkinlerde %3.4, cinsiyete göre ise erkeklerde prevalans %4.1 kadınlarda % 2.7 olarak bulunmuştur (11). Bizim çalışmamızda DEHB sıklığı Fayyad ve arkadaşlarının yaptığı çalışmadan daha yüksek bulunmuştur. Amerika'da CDC'nin yaptığı geniş kapsamlı araştırma kapsamında 12-17 yaş arası DEHB sıklığı %11.8 olarak bulunmuştur (156). Bu çalışmada DEHB sıklığı bizim çalışmamızdakinden daha yüksek olarak saptanmıştır. Amerika'da yapılan bu çalışmada ölçekleri öğrenciler doldurmamışlardır. Yöntem farklılığı nedeniyle yüksek bulunmuş olabilir.

Sivas'ta yapılan bir saha çalışmasında erişkin yaş grubunda DEHB sıklığı %3.8, Denizli'de %3.4 bulunmuştur (157,158). Sivas'ta ve Denizli'de sırasıyla erişkin yaş grubu erkeklerde %1.7, %2.9; kadınlarda % 5.0, %3.7 olarak bulunmuştur. Araştırmamızda MEM öğrencilerinde (erişkinler) DEHB sıklığı Sivas'taki erişkin yaş grubu kadınlar hariç daha yüksek olarak bulunmuştur. Bu çalışmalarda kadınlarda daha fazla görülmesinin nedeni olarak yaş arttıkça her iki cinsiyet içinde aynı oranda DEHB görülebileceği ve çocukluk yaş grubunda kız çocuklarının tanısının gecikebileceği ve yetişkinlikte tanı konulabileceği şeklinde açıklanmıştır (157,158).

Tuğlu ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, DEHB çocukluk döneminde erkek-kadın oranı 2:1-6:1 arasında değişebilirken, erişkin yaş döneminde oran 1:1 olacak şekilde bulunmuştur (50). Çalışmamızda 18 yaş altı için oran, kızlarda DEHB olmadığı için verilememiştir. 18 yaş ve üzerinde ise cinsiyete göre DEHB erkek-kadın oranı 2.75:1 olarak bulunmuştur.

Doğan ve arkadaşlarının üniversite öğrencilerinde yaptığı çalışmada DEHB sıklığı %2.6 (kadınlarda %1.5 erkeklerde %3.2) olarak bulunmuştur. Bu sonuçlar çalışmamızda saptanan 18 yaş ve üzerinde tespit edilen oranlarla (kadınlarda %3.5 erkeklerde %8.6) karşılaştırıldığında çıraklık öğrencilerinde DEHB sıklığı üniversite öğrencilerine göre daha fazla bulunmuştur (74).

Çalışmamızda kronik hastalık durumuna göre DEHB varlığı arasında anlamlı fark yoktur ($p>0.05$). DEHB olan 3 öğrencide kronik hastalık (diyabetes mellitus, depresyon, epilepsi) olduğu tespit edilmiştir. Yapılan çalışmalarda eş tanı ya da ek tanı olarak genelde psikiyatrik hastalıkların tanıları konulmuştur (8,96). Araştırmamız esnasında başka bir psikiyatrik hastalık için araştırma yapılmamıştır. Kronik hastalığı olan öğrencilerin tespiti daha önceden konulmuş olan tanılara göre yapılmıştır.

Araştırmamızda 18 yaş altı öğrencilerin sigara içme alışkanlıklarına göre ölçekten aldıkları ortalama puanlara bakıldığında sigarayı en az bir kez dahi denemiş olanların tüm alt boyutlarda aldığı ortalama puanlar, hiç denememiş olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olarak bulunmuştur ($p<0.05$). Aynı

şekilde 18 yaş ve üzerindeki öğrencilerin sigara içme durumu incelendiğinde sigara içenlerde DEHB oranı sigara içmeyenlere göre daha fazla olup, sigara içme ile DEHB varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Kahramanmaraş'ta yapılan çalışmada DEHB belirtileri gösteren grupta kontrol grubuna göre anlamlı olacak şekilde nikotin bağımlılığı daha yüksek oranda bulunmuştur (159). Edirne'de üniversite öğrencilerinde yapılan çalışmada DEHB bulguları olan öğrencilerde sigara içme oranının anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (141). Bu iki çalışma ile bizim çalışmamızda elde edilen bulgular benzerdir. Çocuk ve ergenlerde yapılan başka bir çalışmada ise DEHB'li grupta yaş arttıkça sigara içme oranının anlamlı bir şekilde arttığı ve baba eğitimi ile DEHB'li grubun sigara içme durumu arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır (160). Sivas'ta yapılan çalışmada DEHB olmanın sigara içme riskini 3.35 kat arttırdığı tespit edilmiştir (157).

Treuer ve arkadaşlarının ikizler üzerinde yaptığı çalışmada sigara içen ikizin, diğer kardeşe göre dikkat problemlerinin anlamlı şekilde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (161). Yapılan çalışmalarda DEHB'li kişilerin sigarayı DEHB belirtilerini baskılamak için kullanabilecekleri ileri sürülmüştür (157). Nikotinin anlık dikkati sağlamayı artırarak semptomları baskılayabileceği veya huzursuzluğu azaltabileceği, belirtilmiştir (50,157). Yapılan çalışmalarda DEHB belirtileri olan kişilerin sigarayı bırakmaları daha zor olabileceği ve yoksunluk semptomlarının daha şiddetli ortaya çıkabileceği gösterilmiştir (50.) Ayrıca üniversite öğrencilerinde yapılan çalışmada DEHB olgularında sigara deneme yaşının daha küçük olduğu ve günlük sigara içme miktarının daha fazla olduğu tespit edilmiştir (141). Brook ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise DEHB ile sigara içme arasında pozitif bir ilişki saptanmış ve bunun nedeni olarak da sigaranın bilişsel fonksiyonları düzelterek, dikkat süresini arttırması gösterilmiştir. Ayrıca bunu dopamin seviyelerini arttırarak da sağlayabileceği öne sürülmüştür (162). Bazı çalışmalarda DEHB tedavisi yapılırken sadece DEHB değil, birlikte sigara içme oranlarını da düşürebileceği tespit edilmiştir (163).

Çalışmamızda 18 yaş altı öğrencilerin alkol kullanma alışkanlıklarına göre DEHB alt boyutlarından aldıkları ortalama puanlar kıyaslandığında alkolü en az bir kez dahi denemiş olanların tüm alt boyutlarında aldığı ortalama puanlar, hiç

denememiş olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olarak bulunmuştur ($p<0.05$). DEHB belirtileri olan 18 yaş ve üstü kişilerde alkol kullanma oranı %12.5, DEHB belirtileri olmayanlarda oran %3.6 idi. Aynı şekilde 18 yaş ve üstü öğrencilerin alkol kullanma durumuna göre DEHB görülme oranı kıyaslandığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). Doğan ve arkadaşlarının üniversite öğrencilerinde yaptığı çalışmada DEHB olanların alkol ve madde kullanma oranı %16.7 olup DEHB belirtileri olmayanlarla karşılaştırıldığında aralarında anlamlı ilişki bulunmuştur (74). Doğan ve arkadaşlarının bulduğu alkol kullanma sıklığı çalışmamızdakinden daha yüksektir. Bu yükseklik alkol ve madde kullanımını birlikte sorduklarından kaynaklanmış olabilir. Sevi ve arkadaşlarının alkol bağımlılarında yaptığı çalışmada kontrol grubuna göre DEHB varlığı daha fazla olmak üzere anlamlı ilişki bulunmuştur (164).

Kuperman ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, en yakın arkadaşının veya aileden bir kişinin alkol kullanmasının ve davranış problemlerinden biri olmasının kişinin alkol kullanımına başlamada etkisi olduğu bulunmuştur (165). Ankara’da yapılan çalışmada DEHB olan öğrencilerde alkol deneyiminin sigaraya başlama açısından risk olabileceği tespit edilmiştir (160). Bu bağlamda alkol kullanımı sigara kullanıma geçiş anlamında bir basamak olarak adlandırılabilir. Alkol kullanımının önüne geçilebilirse sigara kullanımı başlangıçta engellenmiş olabilir. Aynı zamanda yapılan çalışmalarda DEHB’nin alkol kullanımına başlama yaşını da düşürdüğü gösterilmiştir (166).

Alkol ve sigara kullanımının daha fazla oranda görünmesinin yanında diğer ergen ve çocuklarla kıyaslandığında DEHB’lilerin yaşam kalitesinin daha düşük olduğu bulunmuştur (54). Bağımlılık yapan maddelerin kullanımı konusunda yatkınlık görülen DEHB’li bireylerin riskli sağlık davranışlarının tehdidi altında oldukları söylenebilir (50). Bağımlılık yapıcı maddelere yönelmelerine ruhsal yapı olarak depresyon ve anksiyete bozukluklarına yatkınlıkları neden olabilir. Kore’de kız adölesanlarda yapılan bir çalışmada DEHB ile depresyon ve intihar girişimi arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (167).

Çalışmamızda uyuşturucuyu en az bir kez deneme durumuna göre DEHB varlığı kıyaslandığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.001$).

DEHB varlığında uyuşturucu kullanma oranı daha yüksektir. Çalışmamızda DEHB varlığının uyuşturucu madde denemeyi 3.7 kat arttırdığı tespit edilmiştir. Levy ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada uyuşturucu madde bağımlılığı riskinin DEHB olan adölesanların, DEHB olmayan adölesanlara göre 6.63 kat daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Aynı çalışmada madde bağımlısı olmanın alkol bağımlılığı oranını 3.12 kat arttırdığı bulunmuştur. Bu oranlara bakılacak olursa DEHB olan kişilerin düzenli tedavilerinin takip edilmesinin madde bağımlılığını ve dolayısıyla alkol kullanma oranlarını düşürebileceği bildirilmektedir (51). Tuğlu ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada ise DEHB'li bireyler problemlerinin çözümünde sorunlarla karşılaştıkları için daha fazla başarısızlık yaşamaktadırlar. Aynı çalışmada DEHB olanlar topluma kıyasla madde bağımlılığı için iki kat fazla riskli bulunmuştur. Tuğlu ve arkadaşlarına göre DEHB olanlarda madde bağımlılığı eş tanı oranı %40-50, madde bağımlılığı olanlarda ise DEHB eş tanı oranı %15-25 civarındadır. Tuğlu ve arkadaşlarına göre bir başka risk ise madde bağımlılığına erken yaşta başlama ve ilk kullanımdan bağımlılık sürecine geçiş süresinin daha kısa olduğu şeklindedir (50). Çakır ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada madde kötüye kullanım öyküsü olan bireylerin %65.5'inin orta, %6.5'inin ileri düzey DEHB belirtileri gösterdiği tespit etmiştir. Aynı araştırmada DEHB tedavisinde kullanılan ilaçların etki mekanizması ile kokain gibi kötüye kullanımı olan maddelerin etki mekanizmasının birbirine benzediği, bu nedenle kendilerini bir çeşit tedavi ettikleri gibi bir yaklaşım tespit edilmiştir (168).

Avustralya'da 11-20 yaş arası gençlerde yapılan bir çalışmada DEHB'lilerde davranım bozukluğu problemi ile madde kullanımı arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır (169). Szobot ve arkadaşlarının 15-20 yaş arası gençlerle yaptığı çalışmada ise DEHB'nin yasa dışı madde kullanım riskini 9 kat arttırdığı tespit edilmiştir (170). Önal ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, ergenin okul başarı durumunun kötü olması, annenin alkol kullanımı, ergenin eve geliş saatinin belirsizliği ve ebeveynlerinin kurallar konusunda çatışma içinde olmaları madde kullanımını artıran faktörler olarak tespit edilmiştir (171). Doğan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmaya göre DEHB varlığı madde bağımlılık yaşımı düşürdüğü gibi, ilk madde kullanımından sonra bağımlılığa geçiş süresi daha kısa olabilir. Okul

devamsızlığı, kurallara uymama, işlevselliğin bozulmasının sonucu, zaten düşük olabilecek akademik başarıyı daha da aşağıya çekebileceği tespit edilmiştir (172).

Madde bağımlılıklarının yanında DEHB'lilerde internet bağımlılığı gibi başka bağımlılıklar da görülebilir. Hergüner ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada DEHB belirtileri olan öğrencilerde internet bağımlılık oranı yüksek bulunmuştur (52). Benzer şekilde Dalbudak ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da DEHB varlığında internet bağımlılığı oranının anlamlı şekilde daha yüksek olduğu saptanmıştır (173).

Çalışmamızda anne ve baba eğitim durumlarına bakıldığında, DEHB olanların ebeveynlerinin eğitim durumu DEHB olmayanlara göre daha düşük olarak bulunmuştur. Eğitim durumu ile DEHB varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Aylık gelir durumu asgari ücret altında olanlarda DEHB varlığı asgari ücret ve üzerinde olanlara göre daha yüksek olup gelir durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Goodman'ın 25 yaş ve üstü kişilerde yaptığı araştırmada DEHB olan bireylerin aylık gelirinin DEHB olmayan kontrol grubuna göre anlamlı fark olacak şekilde daha düşük olduğu tespit edilmiştir (174). Özcan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada DEHB'nin ortaya çıkışının sosyoekonomik düzeyle ilişkisi olabileceği tespit edilmiştir (175). Sivas'ta erişkin yaş grubunda yapılan çalışmada da gelir düzeyi ile DEHB varlığı arasında anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Gelir düzeyi düşük olan bireylerde DEHB daha sık olarak saptanmıştır (157).

Çalışmamızda MEM öğrencilerin okula devam etmeme nedeninin en çok kendilerinin istememesi olduğu tespit edilmiş olup, kendi harici nedenle, kendinin istememesi veya okuldan atılma gibi bir nedenle DEHB varlığı kıyaslandığında, okuldan atılan öğrencilerde DEHB oranının daha fazla olduğu saptanmıştır. Öğrencilerin okula devam etmeme nedenine göre DEHB varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). Bu öğrenciler kapasitenin altında düşük okul başarısı ve okuldan atılma gibi risklere maruz kalabilirler. Yapılan çalışmalarda DEHB varlığında yaşlıları ile kötü olan ilişkiler, illegal davranışlar sonucu sorunlar oluşabileceği ve okul başarısında düşüklükler görülebileceği, aynı zamanda ebeveynlerinden, öğretmenlerinden ve arkadaşlarından olumsuz tepkiler alabildikleri için depresif belirtiler ve anksiyete gösterebilecekleri bildirilmektedir (50). Bu

nedenlerin ışığında DEHB varlığında öğrencilerin daha agresif olmaları, değişen duygu durumları ve öfke patlamaları yaşayabileceğinden okuldan atılma oranlarının yüksek olabileceği düşünülmektedir (49). Bu gibi olumsuzlukları önlemek için ve psikososyal gelişimleri için DEHB erken yaşta tedavi edilmelidir (175). Yapılan çalışmalarda tedavi ile okul başarılarının artırılabilirliği ve semptomlarının baskılanabileceği gösterilmiştir. Gökçen ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada tedavi öncesi seviye belirleme sınavından (SBS) aldıkları puan ortalamaları ile tedavi sonrası sınavdan aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir. Tedavi sonrası SBS puan ortalamaları daha yüksek olarak saptanmıştır (55). Öztürk ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada DEHB'nin tedavisi ile anlamlı olacak şekilde öğrencinin kaygı durumunun azaldığı ve fiziksel görünümünden daha az şikayetçi olduğu tespit edilmiştir (176). Zaten semptomların baskılanması dikkat süresinin artması, eş tanıli hastalıkların tedavisi, öğrencinin okula devam etmesini ve okul başarısını artıracaktır.

Çalışmamızda DEHB olan grupta adli olaya karışma oranı %12.7 iken DEHB olmayan grupta bu oran %5.7 olarak bulunmuştur. Ancak herhangi bir adli olaya karışma durumu ile DEHB varlığı kıyaslandığında, istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Denizli'de yapılan çalışmada, DEHB olanların polisle başının derde girme oranının anlamlı bir şekilde yüksek olduğu bulunmuş ve polisle başı derde girenlerde DEHB görülme riski 16.8 kat daha fazla bulunmuştur (177).

DEHB varlığında kendi semptomlarının dışında da adli olayla karşılaşma riski artabilir. Örneğin DEHB olan kişilerde eş tanıli hastalıkların varlığı da olabilir. Byun ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada bazı hastalarda öğrenme bozukluğu, sınır entelektüel işlev bozukluğu, karşıt olma karşı gelme bozukluğu ve davranım bozukluğu eş tanılarının olduğu gösterilmiştir (96). Yapılan bir çalışmada 16-60 yaş grubu hastalarda anksiyete bozukluğu ve antisosyal kişilik bozukluğunun eşlik ettiği tespit edilmiştir (8). Ayrıca DEHB'li bireyler alkol ve bağımlılık yapıcı maddelere daha yatkın olabileceklerinden kendilerini kötü durumlara sokabilirler (48). DEHB'li olan yetişkinlerin öfke kontrolünde zorluk çekebileceğini de düşünürsek başka kişilere göre daha sık sorunlar yaşayabilirler. Mesela bir araç kullanırken daha çabuk öfkelenip dikkatlerini toplayamayabilirler ve kazalara neden olabilirler (98). Bipolar

bozukluğu tanısı olan çocuk ve ergenlerde DEHB sıklığı %57 olarak bulunmuştur (99). Eş tanı birlikteliği, alkol ve madde bağımlılığı ve DEHB'nin kendine özgü semptomlarının bu kişilerin adli olayla karşılaşma riskini arttırabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda, çalıştığı işten memnun olmayanlarda DEHB sıklığı daha fazla tespit edilmiş olup, çalışılan işte memnuniyet durumu ile DEHB varlığı arasında fark saptanmıştır ($p<0.05$). Çalıştığı işte kişilerarası sorun yaşayanlarda, DEHB sıklığının daha yüksek olduğu bulunmuştur, ancak istatistiksel olarak fark tespit edilmemiştir ($p>0.05$). Sevinç ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada DEHB hastalarında, anksiyete bozukluğu ve antisosyal kişilik bozukluğunun eşlik ettiği tespit edilmiştir (8). DEHB olan bireyler düşük iş başarısı, işsizlik gibi risklere maruz kalabilirler. Kişilerin bu gibi ek hastalıkları olduğu zaman sağlıklı diyalog kuramayıp öfke patlamaları, saldırgan davranışlar, konuşurken hatalı sözcük seçimi gibi durumlar olabilir. Bu durumlarda kişiler arası ilişkilerde sorun yaşayabilirler.

Çalışmamızda DEHB olan öğrencilerin, olmayanlara göre iş kazası geçirme durumunu kıyasladığımızda aralarında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$). Ancak DEHB olan grupta iş kazası geçirme oranı daha fazla olarak tespit edilmiştir. DEHB olan çocuklarda, motor algıda bozulma, aşırı hareketlilik, genel koordinasyon eksikliği, konsantrasyon güçlüğü, dürtüsellik (düşünmeden davranma, hareketlerde anlık değişimler, işlerini sıraya koymada zorluk) öğrenme güçlüğü, gibi bulgular görülebilir (1). Ayrıca yapılan araştırmalarda dikkat süresinin aynı yaşta olan kişilere göre daha kısa olduğu saptanmıştır (93). Bütün bu semptomlar özellikle dikkat süresi kısalığı ve konsantrasyon bozukluğu ile birleşince iş kazası oranının artabileceği düşünülmektedir. Bu bireyler dikkatini işe veremediği için düşünüp tasarlamadan yapılan bir işte kaza yaşanma riski daha fazla olacaktır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamızda öğrencilerin meslek alanlarına göre eğitim aldıkları en fazla üç alan sırasıyla; güzellik ve saç bakım hizmetleri, giyim teknolojisi ve motorlu araçlar teknolojisi idi. Öğrencilerin %76.1'i ilkokul mezunuydu. % 80.3'ünün aylık geliri asgari ücretin altında, yaklaşık her 4 kişiden birinin ailesinin geliri ise 1000 TL ve altındadır. Öğrenciler ve aileleri yoksulluk sınırının altında yaşamaktadır. Çalışmamızda öğrencilerin yarısının sadece çıraklık sigortası olduğu ve bu sigortası olan öğrencilerin muayene ve ücretsiz ilaç alımından faydalanamadığı bulunmuştur.

Öğrencilerin okula devam etmeme nedeninin büyük oranda kendilerinin istememesi ve maddi sıkıntı nedeniyle olduğu saptanmıştır. Sigarayı en az bir kez içenlerin sıklığı %39.4 olup bu oran Küresel Tütün Raporu 2010 sonucundan daha yüksek olarak bulunmuştur. 18 yaş altında sigara kullanımı ise TEPA 2013 raporu oranının yaklaşık 2 katı olarak tespit edilmiştir. Çıraklık öğrencilerinde sigaraya başlama yaşı her 5 kişiden birinde 12 yaş altında, her 5 kişiden dördünde ise 18 yaşının altında olup, sigara başlama yaşı ortalaması 15.33 ± 4.13 olarak bulunmuştur. Alkollü içki kullanmayı deneyenlerin oranı %27.8 , 18 yaş altı deneyenlerin oranı ise %24.7 bulunmuş olup bu değer TEPA 2013' e göre 3 kat fazla olarak saptanmıştır. Çalışmamızda çıraklık öğrencilerinde sigara ve alkol kullanımının geniş katılımlı çalışmalara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bağımlılık veya uyuşturucu madde kullanmayı deneyenlerin oranı TUBİM 2014 Raporu'nda bildirilen oran ile benzer bulunmuştur.

Araştırmamızda, öğrencilerin %10.2'si 12 yaşından önce, %67.2'si 12-17 yaş arasında, %22.6'sı ise 18 ve üzeri yaşta çalışmaya başlamıştır. En düşük çalışmaya başlama yaşı 8, en geç çalışmaya başlama yaşı 49 olarak tespit edilmiştir. Öğrencilerin %18.2'si haftada beş gün ve daha az, %70.6'sı haftada altı gün, %11.2'si ise haftanın her günü çalışmaktadır. Çalışanların %21.9'unun 8 saat ve altında, %65.9'unun 9-12 saat, %12.2'sinin de 12 saatin üzerinde çalıştıkları saptanmıştır. Öğrencilerin yasada belirlenen gün sayısı ve günlük çalışma saatlerinden daha fazla sürelerde çalıştıkları saptanmıştır. Araştırmamızda çalışan öğrencilerin yarısından fazlasının hakları olan yıllık izinlerini kullanamadığı tespit edilmiştir. Çalışmamızda öğrencilerin %19'u daha önceden en az bir defa iş kazası

yaşamıştır. İşveren çalışırken koruyucu malzemenin gerekliliğini düşünüp, çalışanına verse de öğrencilerden sadece %55.8'inin koruyucu malzeme kullandığı tespit edilmiştir.

Araştırmamızda MEM öğrencilerinde DEHB görülme sıklığı %6.8 (n=28) olarak bulunmuştur. 18 yaş altı sıklık %7.6 (n=13), 18 ve üstü yaşta ise sıklık %6.2 (n=15) olarak bulunmuştur. Hem adölesanlarda hem de yetişkinlerde araştırmamızda DEHB oranı literatüre göre daha yüksektir. Çalışmamızda 18 yaş altı için oran, kızlarda DEHB olmadığı için verilememiştir. 18 yaş ve üzerinde cinsiyete göre DEHB erkek-kadın oranı 2.75:1 olarak bulunmuştur.

18 yaş altı öğrencilerin sigara içme alışkanlıklarına göre aldıkları ortalama puanlara bakıldığında sigarayı en az bir kez dahi denemiş olanların tüm alt boyutlarında aldığı ortalama puanlar, hiç denememiş olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olarak bulunmuştur ($p<0.05$). Aynı şekilde 18 yaş ve üzerindeki öğrencilerin sigara içme durumu incelendiğinde sigara içenlerde DEHB oranı sigara içmeyenlere göre daha fazla olup, sigara içme ile DEHB varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). 18 yaş altı öğrencilerin alkol kullanma alışkanlıklarına göre DEHB ölçeği alt boyutlarından aldıkları ortalama puanlar kıyaslandığında alkölü en az bir kez dahi denemiş olanların tüm alt boyutlarda aldığı ortalama puanlar, hiç denememiş olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olarak bulunmuştur ($p<0.05$). DEHB belirtileri olan 18 yaş ve üstü kişilerde alkol kullanma oranı %12.5 iken, DEHB belirtileri olmayanlarda bu oranın %3.6 olduğu saptanmıştır. 18 yaş ve üstü öğrencilerin alkol kullanma durumuna göre DEHB görülme oranı kıyaslandığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Çalışmamızda uyuşturucuyu en az bir kez deneme durumuna göre DEHB varlığı kıyaslandığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.001$). DEHB varlığında uyuşturucu kullanma oranı daha yüksektir. Çalışmamızda DEHB varlığının uyuşturucu maddeyi denemeyi 3.7 kat arttırdığı (%95CI:3.01-57.42) tespit edilmiştir.

Öğrencilerin okula devam etmeme nedenine göre DEHB varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). Herhangi bir adli olaya karışanlarda, DEHB varlığı kıyaslandığında, istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur

($p>0.05$). Ancak DEHB olan grupta adli olaya karışma oranı daha fazla olarak saptanmıştır. Çalıştığı işten memnun olmayanlarda DEHB oranı daha fazla tespit edilmiş olup, çalışılan işte memnuniyet durumu ile DEHB varlığı arasında önemli fark saptanmıştır ($p<0.05$). Çalıştığı işte kişilerarası sorun yaşayanlarda, daha yüksek DEHB oranı bulunmuştur. Ancak istatistiksel anlamda önemli bir fark tespit edilmemiştir ($p>0.05$). Çalışmamızda DEHB olan öğrencilerin, olmayanlara göre iş kazası geçirme durumunu kıyasladığımızda aralarında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$). Ancak DEHB olan grupta iş kazası geçirme oranı daha fazla olarak tespit edilmiştir. Bu çalışma çıraklık öğrencilerinde DEHB için öncü olacak bir çalışma olması nedeniyle önemlidir.

Bu sonuçlar doğrultusunda öneriler şu şekilde sıralanabilir:

MEM öğrencilerine yönelik olarak;

- MEM öğrencilerine yapılan sigortanın kapsamı ücretsiz muayene olabilecek ve ilaç alabilecek şekilde genişletilmelidir.
- Genel olarak yoksulluk sınırının altında olan bu öğrencilerin yaşam kalitesini arttırmak için maaşlarında iyileştirme yoluna gidilmelidir.
- Mesleki eğitim merkezlerini düşünen öğrenciler için ilköğretim okullarını bitirmeden rehberlik hizmetleri verilmelidir.
- MEM öğrencilerinin çalışma saatleri ve yıllık izinleri açısından mevzuatı uygulama konusunda işverenlere yönelik caydırıcı tedbirler alınmalıdır.
- MEM öğrencilerinin çalışırken gerekli olan koruyucu malzemeleri kullanması için eğitimler yapılmalıdır. Kullanılmadığı zaman oluşabilecek meslek riskleri ile ilgili eğitimler düzenlenmelidir.
- MEM öğrencileri, DEHB açısından risk grubuna girdiğinden lise dönemi öncesinde teşhis ve tedavilerinin yapılması akademik hayatlarını olumlu yönde etkileyecektir.

- MEM öğrencilerinin erken yaşta DEHB tanısı almaları ve tedavilerinin yapılması ileri hayatlarında alkol ve madde kullanımını ile adli olaylara karışma gibi riskli davranışların azalmasına yardımcı olacaktır.
- Mesleki eğitim merkezlerinde Psikolojik Danışman ve Rehber öğretmenlerinin çocuklarda görülebilecek, başta DEHB olmak üzere birçok psikiyatrik problemlerle ilgili farkındalıklarının artırılması ve tespit edilen gençlerin ilgili merkezlere yönlendirilmesi sağlanmalıdır.
- DEHB bireyin sadece öğrenim hayatını değil aynı zamanda sosyal ve mesleki başarısını da olumsuz etkilemektedir. Mesleki eğitim merkezlerinde öğrenim gören gençler normal öğrenim gören gençlerden farklı olarak okul dışında kendi bölümleriyle ilişkili stajlarda çalışmaktadır. Bu açıdan bu gençlerde sık görülebilen DEHB'nin tanı ve tedavisi sadece akademik başarılarını değil aynı zamanda mesleki verimliliklerini de arttıracaktır.

Genel olarak tüm öğrenciler için de;

- Sigara, alkol, uyuşturucu kullanımını azaltmak için eğitimler planlanmalıdır.
- DEHB olanlarda akademik başarı düştüğü için, okulda başarılı olamayan öğrenciler için bu bozukluk hatırlanmalı ve bu durumun teşhisi konulması için gerekli çalışmalar Milli Eğitim Müdürlükleri tarafından yapılmalıdır.
- DEHB erken yaşlarda tedavi edilmediğinde ergenlik ve erişkin dönemde madde bağımlılığı, depresyon, anksiyete bozuklukları başta olmak üzere birçok psikiyatrik hastalık riskini artırmaktadır. Bu yüzden DEHB ile ilgili saha araştırmaları yaygınlaştırılarak daha erken yaşlarda tespit edilmeli ve gecikmeden tedavisine başlanmalıdır.

Yaptığımız saha çalışması Mesleki Eğitim Merkezlerinde öğrenim gören çıraklık öğrencilerinde DEHB'yi tarayan, ülkemizde yapılan ilk çalışmalardan olup mevcut veriler ileride yapılacak çalışmalara ışık tutacaktır. Çalışmaların yaygınlaşmasıyla mesleki eğitim merkezlerinde öğrenim gören gençlerin psikiyatrik profilleri hakkında daha fazla bilgi sahibi olunacak ve risk grubundaki gençlere ulaşılarak tedavilerinin yapılması mümkün olacaktır.

7. KAYNAKLAR

1. Sadock BJ. Sadock VA. Klinik Psikiyatri Aydın H. Bozkurt A. (çev ed.), Yorbık Ö. (Çeviren) 2. baskı. Ankara: Güneş Tıp Kitabevi, 2005, 822-834
2. Polancyk G, de Lima MS, Horta B ve ark. The Worldwide Prevalence of ADHD: A Systematic Review and Metaregression Analysis. Am J Psychiatry. 2007;164(6):942-948
3. Soysal Ş, Özdemir B. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğuna Genel Bir Bakış. STED. 2004;13(3):89-90
4. Fettahoğlu Ç, Özatalay E. Çocuklarda Hareketlilik veveya Dikkatsizlik Yakınmaları ve Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tanısı. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi. 2006;13(1):13-18
5. Hergüner S, Hergüner A. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocuk ve Ergenlerde Eşlik Eden Psikiyatrik Bozukluklar. Nöropsikiyatri Arşivi. 2012;49:114-118
6. Ömer P, Aysev A, İcağasıoğlu D ve ark. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocukların Nörolojik Açıdan Değerlendirilmesi. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Mecmuası. 2001;54(4):301-306
7. Özdemiroğlu Alyanak F, Yargıç İ, Oflaz S. Genel Psikiyatri Polikliniğinde Erişkin Dikkat Eksikliği-Hiperaktivite Bozukluğu Sıklığı ve Dikkat Eksikliği-Hiperaktivite Bozukluğuna Eşlik Eden Diğer Psikiyatrik Bozukluklar. Nöropsikiyatri Arşivi. 2011;48(3):119-124
8. Sevinç E, Şengül C, Çakaloz B ve ark. Psikiyatri Polikliniğinde Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tanısı Konan Hastalarda Eştanı. Nöro psikiyatri Arşivi. 2011;48(3):139-143
9. Öncü B, Şenol S. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun Etiyolojisi: Bütüncül Yaklaşım. Klinik Psikiyatri. 2002;5:111-119

10. Evrensel A, Alparslan S, Yorbik O. Birth order in children diagnosed with attention deficit hyperactivity disorder. *Anatolian Journal of Psychiatry*. 2015;(16)1:69-73
11. Fayyad J, De Graaf R, Kessler R ve ark. Cross-national prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*. 2007;190:402-409. Epub 2007/05/02
12. Aydın H, Diler SR. DEHB Tanılı Çocukların Ebeveynlerinde DEHB Oranı. *Klinik Psikiyatri*. 2006;9:70-74.
13. Nugent K, Smart W. Attention-deficit/hyperactivity disorder in postsecondary students. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. 2014;10:1781-1791
14. Vingilis E, Mann RE, Erickson P ve ark. Attention deficit hyperactivity disorder, other mental health problems, substance use, and driving: examination of a population-based, representative canadian sample. *Traffic injury prevention*. 2014;15(1):1-9. Epub 2014/10/14
15. Gropper RJ, Tannock R. A pilot study of working memory and academic achievement in college students with ADHD. *Journal of attention disorders*. 2009;12(6):574-581. Epub 2009/04/22.
16. Bishry Z, Ramy HA, El-Shahawi HH, ve ark. Screening for ADHD in a Sample of Egyptian Adolescent School Students. *Journal of attention disorders*. 2014. Epub 2014/06/04.
17. Deveci S. The level of hopelessness in the students of an occupational education center and affecting factors. *Dicle Medical Journal / Dicle Tıp Dergisi*. 2011;38(3):312-317
18. Bozgeyikli H, Işıklar A. Öğrencilerin Mesleki Eğitim Merkezlerine Yönlendirilmeleri Önündeki Engel: Olumsuz Veli Görüşleri. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 2011;25:33-45.

19. Ergün, M. Eğitim ve kalkınma. 3.Sosyal Bilimler Sempozyumu.“Bölgesel Kalkınmada Eğitimin Rolü” . Diyarbakır: Dicle Üniversitesi Sosyal Araştırmalar Merkezi, 2011.5-12
20. Kılınç M. Türkiye'de Mesleki Teknik Eğitimi Şekillendiren Eğitim Kurumlarından Ahilik, Gedik, Lonca, Enderun Mektebi'nin Tarihi Gelişimleri. e-Journal of New World Sciences Acedemy. 2012;7(4):63-73.
21. Uçum M. Çıraklık Eğitiminde Güncelliğini Yitiren ve Öğretim Kapsamına Alınacak Yeni Mesleklerin Belirlenmesi Milli Eğitim Bakanlığı Kaynak Kitaplar Dizisi; 2009.Sf:2-11
22. Gündüz AY, Kaya M, Aydemir C. Ahilik Teşkilatında ve Günümüzde Tüketicilerin Korunmasına Yönelik Çalışmalar Üzerine Bir Değerlendirme. Afyon Kocatepe Üniversitesi İİBF Dergisi. 2012;14(2):37-54.
23. Öztürk N. Ahilik Teşkilatı ve Günümüz Ekonomisi, Çalışma Hayatı ve İş Ahlakı Açısından Değerlendirilmesi. Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 2002;7:43-56.
24. Erbaş A, Büyükepekçi S, Bakanlar M. Türk Dünyası İşletmelerinin Ekonomik Yapılarının Güçlendirilmesinde Ahilik Anlayışından Yararlanılması. Journal of Azerbaijani Studies. 2012;12:783-798.
25. Duman, T. “Meslekî ve Teknik Eğitimin Gelişimi”,Türkler. (2002).Cilt:15, S:61
26. Özerkmen N. Ahiliğin Tarihsel Toplumsal Temelleri ve Temel Toplumsal Fonksiyonları Sosyolojik Yaklaşım. Ankara Üniversitesi Dil ve Tarih-Coğrafya Fakültesi Dergisi. 2004;44(2):57-78
- 27 Ak, M. II. Meşrutiyet Döneminde Mesleki ve Teknik Eğitim Okulları, Yüksek Lisans Tezi, Denizli: Pamukkale Üniversitesi SBE, 2006.
28. Bakır, MA. Ahilik ve Mesleki Eğitim, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, SBE, 1991

29. Bayram S. Osmanlı Devleti'nde Ekonomik Hayatın Yerel Unsurları: Ahilik Teşkilâtı ve Esnaf Loncaları. İstanbul Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi. 2012;21:81-115.
30. Kılıç, A. Türkiye'de Orta Mesleki Teknik Eğitim ve İstihdam İlişkisi, , Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Yeditepe Üniversitesi,SBE, 2007
31. Demir E, Şen ŞH. Cumhuriyet Dönemi Mesleki ve Teknik Eğitim Reformları. Ege Eğitim Dergisi. 2009;10(2):39-59
32. Özener B, Duyar İ. “Farklı Ülkelerde Çalışan Çocukların Büyüme Örüntüleri: Z-Skorlarına Dayalı Bir Araştırma” Hacettepe Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Dergisi. 2004;21(1):1-13.
33. http://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:C138 Erişim Tarihi :24.06.2015 ILO 138 Nolu Sözleşme 06.06.1973
34. Kolaç N, Ergün A, Erol S. Pazarda Çalışan Çocukların Çalışma Koşulları ve Sağlık Durumları. Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi 2006;26: 30-36.
35. Alkan, C. Doğan, H. ve Sezgin, İ. Mesleki ve Teknik Eğitimin Esasları .Ankara: Nobel Yayın Dağıtım. 2001
36. http://mevzuat.meb.gov.tr/html/24804_0.html Erişim Tarihi: 01.07.2015 Meslekî ve Teknik Eğitim Yönetmeliği.
37. Demir E, Şen Ş H. Cumhuriyet Dönemi Mesleki ve Teknik Eğitim Reformları. Ege Eğitim Dergisi. 2009;10(2):39-59
38. http://mtegm.meb.gov.tr/meb_iys_dosyalar/2014_08/13021358_mte_strateji_belgesi_eylem_plani_20142018.pdf Erişim Tarihi: 24.06.2015
39. <http://mevzuat.meb.gov.tr/html/3.html> Erişim Tarihi: 24.06.2015
40. http://www.megep.meb.gov.tr/dokumanlar/Diger/Alan_Tan%C4%B1t%C4%B1m.pdf Erişim tarihi:24.06.2015

41. <http://www.oecd.org/edu/Education-at-a-Glance-2014.pdf>
Erişim Tarihi:29.06.2015
42. <http://rapory.tuik.gov.tr/25-06-2015-13:24:03-35248888220641026921142542761.html> Erişim Tarihi:25.06.2015
43. <http://rapory.tuik.gov.tr/25-06-2015-13:29:57-13700856394312280281226132299.html> Erişim Tarihi:25.06.2015
44. <http://rapory.tuik.gov.tr/25-06-2015-13:34:25-7892363523195614211744018267.html> Erişim tarihi:25.06.2015
45. <http://rapory.tuik.gov.tr/13-04-2015-15:22:06-557120352040660234413470249.html> Erişim Tarihi:13.04.2015
46. http://ailetoplum.aile.gov.tr/data/5550ae00369dc51954e43500/tepa2013_teksf.pdf Erişim Tarihi:29.06.2015
47. Koroğlu E. Güleç C. Psikiyatri Temel Kitabı 2. Baskı Ankara Hekimler Yayın Birliği 2007:822-834
48. Özmen KS, Özmen A. Yetişkinlerde Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu'nun Demografik Değişkenlere, Öfke ve Öfke İfade Tarzına Göre İncelenmesi. Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 2012;16(2):45-67
49. Yıldız Ö, Memik Ç, Nursu AB. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tanılı Çocuklarda Yaşam Kalitesi: Kesitsel Bir Çalışma. Nöropsikiyatri Arşivi. 2010;47:314-318
50. Tuğlu C, Şahin ÖÖ. Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu: Nörobiyoloji, Tanı Sorunları ve Klinik Özellikler Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approches In Psychiatry. 2010;2(1):75-116

51. Levy S, Katusic SK, Colligan RC, ve ark. Childhood ADHD and risk for substance dependence in adulthood: a longitudinal, population-based study. *PLoS one*. 2014;9(8):1-9. Epub 2014/08/28.
52. Yilmaz S, Herguner S, Bilgic A, ve ark. Internet addiction is related to attention deficit but not hyperactivity in a sample of high school students. *International journal of psychiatry in clinical practice*. 2015;19(1):18-23. Epub 2014/10/31.)
53. Herguner A, Erdur AE, Basciftci FA, ve ark. Attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms in children with traumatic dental injuries. *Dental traumatology : official publication of International Association for Dental Traumatology*. 2015;31(2):140-143. Epub 2014/11/15.
54. Kılınçaslan A, Tutkunkardaş MD, Mukaddes NM. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunda Tamamlayıcı ve Alternatif Tedaviler. *Nöro psikiyatri Arşivi*. 2011;48(3):94-102.
55. Gökçen C, Güleç M. Comparison of High School Entrance Exam Scores of Children with Hyperactivity Disorder Before and After Treatment: A Retrospective Evaluation. *Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*. 2012;25:353-357.
56. Lange KW, Reichl S, Lange KM, ve ark. The history of attention deficit hyperactivity disorder. *Attention deficit and hyperactivity disorders*. 2010;2(4):241-255. Epub 2011/01/25
57. Rafolovich A. The Conceptual History of Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Idiocy, Imbecility, Encephalitis and The Child Deviant, 1877– 1929. *Deviant Behavior: An Interdisciplinary Journal*. 2001;22:93-115.
58. Strohl MP. Bradley's Bensedrine Studies on Children with Behavioral Disorders. *Yale Journal of Biology and Medicine*. 2011;84:27-33.

- 59.** Morton WA, Stockton GG. Methylphenidate Abuse and Psychiatric Side Effects. Primary care companion to the Journal of clinical psychiatry. 2000;2(5):159-164. Epub 2004/03/12
- 60.** Schneider M, Retz W, Coogan A ve ark. Anatomical and functional brain imaging in adult attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD)--a neurological view. European archives of psychiatry and clinical neuroscience. 2008;258(3):192-193. Epub 2006/09/16
- 61** Aydın İ. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Nedir? Nasıl Bir Yol İzlenmelidir? 2014;1:10-15
- 62.** Polanczyk G, Rohde AL. Epidemiology of attention-deficit/hyperactivity disorder across the lifespan. Current Opinion in Psychiatry 2007;20:386-392.
- 63.** Willcutt EG. The prevalence of DSM-IV attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analytic review. Neurotherapeutics 2012;9:490–499
- 64.** Polanczyk GV, Willcutt EG, Salum GA, ve ark. ADHD prevalence estimates across three decades: an updated systematic review and meta-regression analysis. International journal of epidemiology. 2014;43(2):434-442. Epub 2014/01/28
- 65.** Lopez C, F. Peiro, S. Ridaó, ve ark. Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder among children and adolescents in Spain: a systematic review and meta-analysis of epidemiological studies. BMC Psychiatry 2012;12:1-15
- 66.** Alhraiwil JN. Ali A, Househ SM ve ark. Systematic review of the epidemiology of attention deficit hyperactivity disorder in Arab countries Neurosciences 2015;20(2):137-144
- 67.** Zorlu A, Unlu G, Cakaloz B ve ark. The Prevalence and Comorbidity Rates of ADHD Among School-Age Children in Turkey. Journal of attention disorders. 2015. Epub 2015/04/08

68. Ercan ES, Bilac O, Uysal OT, ve ark. Prevalence of Psychiatric Disorders Among Turkish Children: The Effects of Impairment and Sociodemographic Correlates. *Child psychiatry and human development*. 2015. Epub 2015/04/08.
69. Ercan ES, Kandulu R, Uslu E, ve ark. Prevalence and diagnostic stability of ADHD and ODD in Turkish children: a 4-year longitudinal study. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health* 2013;7:1-10.
70. Lara C, Fayyad J, de Graaf R, ve ark. Childhood predictors of adult attention-deficit/hyperactivity disorder: results from the World Health Organization World Mental Health Survey Initiative. *Biological psychiatry*. 2009;65(1):46-54. Epub 2008/11/14.
71. Kessler RC, Green JG, Adler LA, ve ark. Structure and diagnosis of adult attention-deficit/hyperactivity disorder: analysis of expanded symptom criteria from the Adult ADHD Clinical Diagnostic Scale. *Archives of general psychiatry*. 2010;67(11):1168-1178. Epub 2010/11/03.
72. Thomas R, Sanders S, Doust J, ve ark. Prevalence of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Systematic Review and Meta-analysis. *Pediatrics*. 2015;135(4):1-10. Epub 2015/03/04.
73. Taner E, İlhan MN, Taner Y ve ark. Tıp Fakültesi Altıncı Sınıf Öğrencilerinde Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Yaygınlığı ve Eğitim Hayatı Üzerine Etkileri Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2007;21(2):59-62.
74. Doğan S, Öncü B, Saraçoğlu VG, ve ark. Üniversite Öğrencilerinde Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Belirti Sıklığı ve Belirti Düzeyi İle İlişkili Gelişimsel, Akademik ve Psikolojik Etmenler. *Türkiye'de Psikiyatri*. 2008;10(3):109-115.
75. Kavakçı Ö, Demirel Y, Kuğu N ve ark. Dikkat eksikliği/hiperaktivitenin, dürtüsellik ve obezite ile ilişkisi üzerine bir çalışma *Cumhuriyet Tıp Dergisi* 2011;33:413-420

- 76.** Linnet KM, Dalsgaard S, Obel C, ve ark. Maternal lifestyle factors in pregnancy risk of attention deficit hyperactivity disorder and associated behaviors: review of the current evidence. *Am J Psychiatry*. 2003;160(6):1028-1040. Epub 2003/06/05
- 77.** Bekdas M, Tufan AE, Hakyemez IN, ve ark. Subclinical immune reactions to viral infections may correlate with child and adolescent diagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder: a preliminary study from Turkey. *African health sciences*. 2014;14(2):439-445. Epub 2014/10/17)
- 78.** Guney E, Dinc G, Iseri E, ve ark. Temperament and character dimensions of adolescents and young adults with attention deficit hyperactivity disorder. *Anatolian Journal of Psychiatry*. 2013;14:362-368
- 79.** Öyekçin GD, Şahin EM. Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğuna Birinci Basamak Yaklaşım. *Turkish Family Physician*. 2012;2(4):1-8.
- 80.** Güçlü O, Erkıran M. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tanısı Konmuş Çocukların EbeveynlerindePsikiyatrik Yüklülük. *Klinik Psikiyatri*. 2004;7:32-41
- 81.** Rubia K, Halari R, Christakou A ve ark. Impulsiveness as a timing disturbance: neurocognitive abnormalities in attention-deficit hyperactivity disorder during temporal processes and normalization with methylphenidate. *Philosophical transactions of the Royal Society of London Series B, Biological sciences*. 2009;364(1525):1919-1931. Epub 2009/06/03
- 82.** Mostofsky SH, Cooper KL, Kates WR ve ark. Smaller prefrontal and premotor volumes in boys with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biological psychiatry*. 2002;52(8):785-794. Epub 2002/10/10
- 83.** Loo SK, Barkley RA. Clinical utility of EEG in attention deficit hyperactivity disorder. *Applied neuropsychology*. 2005;12(2):64-76. Epub 2005/08/09.
- 84.** Spaletta G. Prefrontal blood flow dysregulation in drug naive ADHD children without structural abnormalities. *J Neural Transm*, 2001;108(10):1203-1218.

85. İmren GS, Arman RA, Gümüştaş F ve ark. Karşıt Olma Karşıt Gelme Bozukluğu ve/veya Davranım Bozukluğu Eşhastalanımı Olan ve Olmayan DEHB Tanılı Çocuk ve Ergenlerde Aile İşlevselliğinin Değerlendirilmesi Çukurova Üniversitesi Tıp Fakóltesi Dergisi. 2013;38(1):22-30.
86. Mouridsen SE, Rich B, Isager T. The Sex Ratio of Full and Half Siblings of People Diagnosed With ADHD in Childhood and Adolescence: A Danish Nationwide Register-Based Cohort Study. Journal of attention disorders. 2014. Epub 2014/04/23
87. Yorbık Ö, Kırmızıgül P, Demirkan S ve ark. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu olan çocuklarda Anne Sütü Alma Süreleri. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi. 2003;10(3):115-120
88. Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanımsal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı'ndan, çev.yay. yön. Koroğlu,E. Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2013
89. Günay Ş, Savran C, Aksoy MU. Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Ölçeęinin (Adult ADD/ADHD DSM IV-Based Diagnostic Screening and Rating Scale) Dilsel Eşdeğerlilik, Geçerlilik Güvenirlik ve Norm Çalışması. MÜ Atatürk Eğitim Fakóltesi Eğitim Bilimleri Dergisi. 2005;21:133-150
90. Öncü B, Ölmez Ş, Şentürk V. Wender-Utah Derecelendirme Ölçeği Türkçe Formunun Erişkin Dikkat Eksikliği Ve Hiperaktivite Bozukluğu'nda Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışması. Türk Psikiyatri Dergisi. 2005;16(4):252-259.
91. Kaner S, Büyüköztürk Ş, İşeri E. Connors Anababa Dereceleme Ölçeği- Yenilenmiş Kısa: Türkiye Standardizasyon Çalışması. Nöropsikiyatri Arşivi. 2013;50:100-109
92. Kaner S, Büyüköztürk Ş, İşeri E. Connors Öğretmen Dereceleme Ölçeği- Yenilenmiş Kısa: Türkiye Uyarlama Çalışması. Eğitim ve Bilim. 2013;38(167):81-97.

93. Kayaalp L. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu. İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. 2008;62:147-152.
94. Korkmaz B. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Tedavisi. Türk Aile Hekimleri Dergisi. 2000;4(1-4):5-10.
95. Tuğlu C. Bipolar Bozukluk ve Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Arasındaki İlişki. Duygudurum Dizisi. 2001;5:247-251
96. Byun H, Yang J, Lee M. ve ark. Psychiatric Comorbidity in Korean Children and Adolescents with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: Psychopathology According to Subtype. Yonsei Medical Journal. 2006;47(1):113-121
97. Barkley RA. Driving impairments in teens and adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. The Psychiatric clinics of North America. 2004;27(2):233-260. Epub 2004/04/06
98. Kent L, Craddock N. Is there a relationship between attention deficit hyperactivity disorder and bipolar disorder? Journal of affective disorders. 2003;73(3):211-221. Epub 2003/01/28
99. Biederman J, Faraone S, Mick E, ve ark. Attention-deficit hyperactivity disorder and juvenile mania: an overlooked comorbidity? Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 1996;35(8):997-1008. Epub 1996/08/01
100. Ateşçi F, Tüysüzoğulları DH, Özdel O ve ark. Erişkinlerde Bipolar I Bozukluk ve Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Eştanısı: Bir Ön Çalışma Bulletin of Clinical Psychopharmacology. 2010;20:66-73
101. Öner P, Öner Ö, Aysev A. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu. Sürekli Tıp Eğitim Dergisi. 2003;12(3):97-99

- 102.** Pliszka S. AACAP Work Group on Quality Issues. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry.* 2007;46(7):894-921. Epub 2007/06/22
- 103.** Kala SV, Jadhav AL. Region-specific alterations in dopamine and serotonin metabolism in brains of rats exposed to low levels of lead. *Neurotoxicology.* 1995;16(2):297-308. Epub 1995/01/01
- 104.** Transler C, Eilander A, Mitchell S ve ark. The impact of polyunsaturated fatty acids in reducing child attention deficit and hyperactivity disorders. *Journal of attention disorders.* 2010;14(3):232-46. Epub 2010/04/29.
- 105.** Colter AL, Cutler C, Meckling KA. Fatty acid status and behavioural symptoms of attention deficit hyperactivity disorder in adolescents: a case-control study. *Nutrition journal.* 2008;7:1-11. Epub 2008/02/16
- 106.** Bhatnagar S, Taneja S. Zinc and cognitive development. *The British journal of nutrition.* 2001;85(2):139-145. Epub 2001/08/18.
- 107.** Yorbik O, Ozdag MF, Olgun A, ve ark. Potential effects of zinc on information processing in boys with attention deficit hyperactivity disorder. *Progress in neuro-psychopharmacology & biological psychiatry.* 2008;32(3):662-667. Epub 2007/12/18.
- 108.** Georgieff MK. The role of iron in neurodevelopment: fetal iron deficiency and the developing hippocampus. *Biochemical Society transactions.* 2008;36(Pt 6):1267-71. Epub 2008/11/22
- 109.** Erikson KM, Jones BC, Hess EJ, ve ark. Iron deficiency decreases dopamine D1 and D2 receptors in rat brain. *Pharmacology, biochemistry, and behavior.* 2001;69(3-4):409-418. Epub 2001/08/18.

- 110.** Kozielec T, Starobrat-Hermelin B. Assessment of magnesium levels in children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). Magnesium research : official organ of the International Society for the Development of Research on Magnesium. 1997;10(2):143-148. Epub 1997/06/01
- 111.** Mousain-Bosc M, Roche M, Polge A, ve ark. Improvement of neurobehavioral disorders in children supplemented with magnesium-vitamin B6. I. Attention deficit hyperactivity disorders. Magnesium research: official organ of the International Society for the Development of Research on Magnesium. 2006;19(1):46-52. Epub 2006/07/19.
- 112.** Kaner S, Büyüköztürk Ş, İşeri E. Conners-Wells Öz-Bildirim Ölçeği Kısa Formunun Türk Ergenlere Uyarlama Çalışması. Klinik Psikiyatri. 2012;15:208-217
- 113.** Alpar R. Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistiksel Yöntemler 4. Baskı, Ankara: Detay Yayıncılık, 2013:342
- 114.** Doğan S, Öncü B, Saraçoğlu G ve ark. Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS-v1.1): Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2009;10:77-87
- 115.** http://www.meb.gov.tr/earged/earged/Ciraklik_egitiminin_etkililigi.pdf Erişim Tarihi:01.07.2015
- 116.** Kutlu R. Meram Çıraklık Okulu Öğrencilerinde Sigara Kullanma Sıklığı. TAV Pe-reventive Medicine Bulletin. 2006;5(6):424-433
- 117.** İlhan Öİ, Demirbaş H, Doğan BY. Çıraklık Eğitimine Devam Eden Çalışan Gençlerde Alkol Kullanımı Üzerine Bir Çalışma. Türk Psikiyatri Dergisi. 2005;16(4):237-244
- 118.** Dünder EP, Bilge B, Baydur H, ve ark. Manisa'da Çıraklık Eğitim Merkezinde Eğitim Gören Gençlerin Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler. Toplum Hekimliği Bülteni. 2006;25(1):24-29

- 119.** Çatak B. Çocuk İşçiliği için Risk Faktörlerinin Belirlenmesi; Çocuk İşçi ve Okuyan Öğrencilerin Sağlık Durumlarının Araştırılması, Uzmanlık Tezi, Denizli: Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı A.D. 2006
- 120.** Tokuç B, Evren H, Ekuklu G. Edirne ve Hayrabolu Mesleki Eğitim Merkezi Öğrencilerinde Umutsuzluk ve Sürekli Kaygı Düzeyleri TAF Preventive Medicine Bulletin. 2009;8(2):155-60
- 121.** Kuzu İY. Çıraklık Eğitiminde Sorunlar” Öğretmen Dünyası Dergisi. 2001;254(22):7-12
- 122.** Tomak L. Coşkun M. Elmacıoğlu F. ve ark. Samsun Çıraklık Eğitim Merkezindeki Çırakların Antropometrik Ölçümlerinin Saptanması Fırrat Tıp Dergisi. 2009;14(3):186-192
- 123.** Canbaz S, Sünter T, Pekşen Y. Samsun Çıraklık Eğitim Merkezine Devam Eden Çırakların Durumluluk-Sürekli Kaygı Düzeylerinin Değerlendirilmesi. Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi. 2005;23:16-22
- 124.** Küresel tütün raporu 2010 http://havanikoru.org.tr/dosya/Docs_Tutun_Dumaninin_Zararlari/KYTA_Kitap_Tr.pdf Erişim tarihi:05.07.2015
- 125.** Çelik P, Esen A, Yorgancıoğlu A ve ark. Manisa İlinde Lise Öğrencilerinin Sigaraya Karşı Tutumları. Toraks Dergisi. 2000;1:61-66
- 126.** Dinç G, Altıparmak S. Yılmaz Ö ve ark. Çalışan ve Çalışmayan Gençlerde Sigara Kullanımı, Manisa 2008 Turkish J Public Health. 2014;12(1):13-22
- 127.** www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-36748/h/f-15-gencler-ve-sigara-24.pdf Erişim Tarihi:01.07.2015
- 128.** Sütölük Z, Nazlıcan E, Azizoglu A ve ark. Yüreğir Çıraklık Eğitim Merkezi Öğrencilerinde Depresyon Sıklığı ve Nedenleri. Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi. 2005;23:23-26

129. Küçük S, Bayat M. Ortaöğretim Öğrencilerinin Ruhsal Durumlarının Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Dergisi (Journal of Health Sciences). 2012;21(2):103-111
130. Ögel K, Tamar D, Evren C ve ark. İstanbul'da Lise Gençleri Arasında Sigara, Alkol ve Madde Kullanım Yaygınlığı. Klinik Psikiyatri. 2000;4:242-245
131. Ongun B. Alkol ve Madde Bağımlılarında Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Belirtileri Yüksek Lisans Tezi, İzmir: Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2010
132. Özşahin A. Denizli Vali Necati Bilican Çıracılık Eğitim Merkezi'nde Okuyan Çıracılarda Psikoaktif Madde Kullanımı Uzmanlık Tezi, Denizli: Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D, 1998
133. Gümüş İ, Kurt M, Ermurat DG ve ark. Lise Öğrencilerinin Madde Bağımlılığı Konusunda Bilgi, Tutum ve Davranış Düzeylerinin Belirlenmesi (Erzurum Örneği). EKEV Akademi Dergisi. 2011;15(48):321-34
134. Erdamar G, Kurupınar A. Ortaöğretim Öğrencilerinde Görülen Madde Bağımlılığı Alışkanlığı ve Yaygınlığı: Bartın İli Örneği Sosyal Bilimler Dergisi. 2014;16(1):65-84
135. Erdem G, Eke CY, Ögel K ve ark. Lise Öğrencilerinde Arkadaş Özellikleri Ve Madde Kullanımı. Journal of Dependence. 2006;7:111-116.
136. http://www.kom.pol.tr/tubim/SiteAssets/Sayfalar/T%C3%BCrkiye-Uyu%C5%9Fturucu-Raporu/TUBIM%202014%20TURKIYE%20UYUSTURUCU%20RAPORU_TR.pdf Erişim Tarihi:29.06.2015
137. http://www.unodc.org/documents/wdr2014/World_Drug_Report_2014_web.pdf erişim:17.05.2015
138. <http://www.turkis.org.tr/ARALIK-2014-ACLİK-VE-YOKSULLUK-SINIRI---d559> erişim tarihi:12.05.15

- 139.** Abay AR. Çırak Öğrencilerin Sorunları (Bostancı Çıraklık Eğitim Merkezi Öğrencileri Örneği) Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 2002;2:107-39
- 140.** Bakar C. Ankara Mesleki Eğitim Merkezinde Eğitim Gören Çıraklar ile Kalaba Lisesi Öğrencilerinin Demografik Özellikleri İle İlyardım Bilgi Düzeylerinin Karşılaştırılması Uzmanlık Tezi, Ankara: Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D. 2003
- 141.** Şahin ÖÖ. Üniversite Öğrencilerinde Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Yaygınlığı, Eşanı ve Riskli Sağlık Davranışlarının Değerlendirilmesi Uzmanlık Tezi, Edirne: Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri A.D., 2009
- 142.** Öncü E. Mersin Mesleki Eğitim Merkezine Devam Eden Çırakların İstismar Durumlarının Değerlendirilmesi Yüksek Lisans Tezi, Mersin: Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2009
- 143.** Metin Ö, Özkoç Ş, Özer F. ve ark. Denizli Çıraklık Eğitim Merkezine Devam Eden Gençlerin Kaygı Düzeyinin Belirlenmesi TSK Koruyucu hekimlik Bülteni. 2008;7:113-118
- 144.** <http://erg.sabanciuniv.edu/sites/erg.sabanciuniv.edu/files/ERGe%C5%9FitlikW EB.22.05.14.pdf> Erişim Tarihi: 29.06.2015
- 145.** Bozkurt S, Çam O. Çalışan Ergenlerde ÖfkeBileşenleri ile Ruhsal Belirtiler Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Nöro psikiyatri Arşivi. 2011;48(3):105-110
- 146.** Açıkalın N. Yoksulluk ve Genç Kuşakların Toplumsal Hareketlilik Şansları: İstanbul ve Gaziantep Örnekleri. Uluslararası Sosyal Aratırmalar Dergisi. 2008;1(3):34-54
- 147.** Ceylan SS, Metin Ö. Çıraklık Eğitimine Devam Eden ve Sanayi Bölgesinde Çalışan Çocukların Çalışma Koşulları Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi. 2009;4(10):87-101

148. http://www.meb.gov.tr/earged/earged/Ciraklik_egitiminin_etkililigi.pdf Erişim Tarihi: 29.06.2015
149. Bildik T, Büküşoğlu N, Kesikçi H. Çalışan Ergenlerin Psikososyal Sorunları ve Kendi Çözüm Önerileri. Ege Tıp Dergisi. 2004;43(2):105-11.
150. Razi S, Kuzu A, Yıldız NA ve ark. Çalışan Gençlerde Benlik Saygısı, İletişim Becerileri ve Stresle Baş Etme. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2009;8(1):17-26
151. Akyan MA, Atak N. Çankırı Sanayi Sitesinde Çalışan Çocuklar ve Çalışma Koşulları. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Mecmuası. 2004;57:139-51
152. Bekar A. Mesleki eğitim merkezinde kalfalık ustalık eğitimine devam eden işçilerin beslenme durumları ve çalışma koşullarının performanslarına ilişkin görüşleri Doktora Tezi, Ankara: Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Aile Ekonomisi ve Beslenme Eğitimi Bilim Dalı 2011
153. Ceylan H. Türkiye'deki İş Kazalarının Genel Görünümü Ve Gelişmiş Ülkelerle Kıyaslanması International Journal of Engineering Research and Development. 2011;3(2):18-24
154. Bilir N. Yıldız AN. İş Sağlığı Ve Güvenliği 2. Baskı, Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları, 2013:355
155. Uyan Z. Peker GA, Tekiner AS, ve ark. Ergenlerde Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Sıklığının Araştırılması Konuralp Tıp Dergisi. 2014;6(3):21-26
156. <http://www.cdc.gov/nchs/data/databriefs/db201.pdf> 15.05.2015) Erişim Tarihi:15.05.2015
157. Yapıcıoğlu B. Sivas İl Merkezinde Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunun Yaygınlığı Ve Eşlik Eden Eksen I Eksen II Tanıları Uzmanlık Tezi, Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A.D. 2010

- 158.** Şimşek D. Denizli Kent Merkezinde Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun Yaygınlığı Uzmanlık Tezi, Denizli: Pamukkale Üniversitesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A.D. 2011
- 159.** Ketten HS, Onay H, Ersoy O ve ark. Evaluation of adult attention deficit hyperactivity disorder in smokers and Maras powder users. *Nordic journal of psychiatry*. 2015;1-6. Epub 2015/03/13.
- 160.** Usta ZE. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocuk Ve Gençlerde Sigara Alkol ve Madde Kullanımını Yordayan Etmenlerin Değerlendirilmesi Uzmanlık Tezi, Ankara: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A.D. 2012
- 161.** Treur JL, Willemsen G, Bartels M, ve ark. Smoking During Adolescence as a Risk Factor for Attention Problems. *Biological psychiatry*. 2014. Epub 2014/08/06
- 162.** Brook JS, Balka EB, Zhang C ve ark. Longitudinal Smoking Patterns: Do They Predict Symptoms of ADHD in Adults? *Journal of attention disorders*. 2015. Epub 2015/05/06
- 163.** Schoenfelder EN, Faraone SV, Kolins SH. Stimulant Treatment of ADHD and Cigarette Smoking: A Meta-Analysis. *Pediatrics*. 2014;133:1070-80
- 164.** Sevi OM, Genç Y, Odabaşoğlu G ve ark. Alkol Bağımlılığında Aleksitiminin Anksiyete, Sosyal Anksiyete, Benlik Saygısı ve Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğuyla İlişkisi: Karşılaştırmalı Bir Çalışma. *Bağımlılık Dergisi*. 2014;15(1):10-14
- 165.** Kuperman S, Chan G, Kramer JR ve ark. A model to determine the likely age of an adolescent's first drink of alcohol. *Pediatrics*. 2013;131(2):242-8. Epub 2013/01/09.
- 166.** Etik Ç, Taner Y, Taner E ve ark. Alkol Bağımlılığı Olan Erkek Hastalarda Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu. *Bağımlılık Dergisi* 2008;9(1):14-17

- 167.** Cho SC, Kim JW, Choi HJ, ve ark. Associations between symptoms of attention deficit hyperactivity disorder, depression, and suicide in Korean female adolescents. *Depression and anxiety*. 2008;25(11):E142-6. Epub 2007/10/17
- 168.** Cakir U, Kavur IE, Temeloglu SE, ve ark. Madde Kötüye Kullanım Öyküsü Olan Bireylerde Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Belirtilerinin Yaygınlığı. *Abant Medical Journal*. 2014;3(1):62-66
- 169.** Putnins AL. Substance use among young offenders: thrills, bad feelings, or bad behavior? *Substance use & misuse*. 2006;41(3):415-22. Epub 2006/02/10
- 170.** Szobot CM, Rohde LA, Bukstein O, ve ark. Is attention-deficit/hyperactivity disorder associated with illicit substance use disorders in male adolescents? A community-based case-control study. *Addiction*. 2007;102(7):1122-30. Epub 2007/06/15
- 171.** Önal A, Ögel K, Eke C. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Belirtileri Bulunan Ergenlerde Madde Kullanımı ve Aile Özellikleri Üstüne Kesitsel Bir Çalışma *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*. 2011;21(3):225-231
- 172.** Doğan B, Arıkan Z. Adult Attention Deficit Hyperactivity Symptoms In Alcohol And Substance Dependent People. *Balıkesir Health Sciences Journal*. 2014;3(3):141-146
- 173.** Dalbudak E, Evren C, Aldemir S, ve ark. The impact of sensation seeking on the relationship between attention deficit/hyperactivity symptoms and severity of Internet addiction risk. *Psychiatry research*. 2015. Epub 2015/05/13
- 174.** Goodman DW. The Consequences of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder in Adults. *Journal of Psychiatric*. 2007;13(5):318-327
- 175.** Özcan ME, Eğri M, Kutlu NO ve ark. Okul Çağı Çocuklarında DEHB Yaygınlığı: Ön Çalışma. *Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi*. 1998;5(2):138-142
- 176.** Öztürk M, Sayar K, Tüzün Ü ve ark. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu'nda Metilfenidat ve Benlik Saygısı. *Klinik psikofarmakoloji Bülteni*. 2000;10:139-143

EK-1: ANKET FORMU

TOKAT İLİNDE MESLEKİ EĞİTİM MERKEZLERİNDEKİ ÖĞRENİM GÖREN ÇIRAKLIK ÖĞRENCİLERİNDE DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU SIKLIĞI

Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı ile Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı tarafından yürütülen bu çalışma Tokat ilinde mesleki eğitim merkezlerinde eğitim gören çıraklık öğrencilerinde dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu sıklığını araştırmak amacıyla yapılmaktadır. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu çıraklık öğrencilerinin yaşamlarının ilerleyen dönemlerinde eğitim ve meslek alanlarında işlev kayıplarına neden olabilir. Bu durumu önceden tespit etmek ve erken tedavi ile zararı en aza indirmek çok önemlidir. Araştırmaya katılıp katılmamak gönüllülük esasına dayalıdır.

Araştırma, sizin doğru ve samimi cevaplarınız ölçüsünde anlamlı ve geçerli olacaktır. Değerli katkılarınız ve işbirliğinizden dolayı teşekkür ederim.

Dr.Özkan Yaşayancan
Gaziosmanpaşa Üniversitesi
Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Adınız ve Soyadınız:

Telefon Numaranız:

A) SOSYODEMOGRAFIK:

- 1) Cinsiyetiniz: 1.Erkek 2.Kız
- 2) Yaşınız:
- 3) Medeni durumunuz nedir? 1. Bekar 2. Evli (Çocuk sayısı) 3. Dul / Boşanmış
- 4) Okulunuzun bulunduğu ilçe: 1.Erbaa 2.Niksar 3. Turhal 4.Zile 5.Tokat/Merkez
- 5) Sınıfınız:
- 6) Eğitim durumunuz: 1.İlkokul Mezunu 2. Ortaokul Mezunu 3.Diğer.....
- 7) Meslek Alanınız :

1. Ahşap Teknolojisi	8. Elektrik Elektronik Teknolojisi	15. Güzellik ve Saç Bakım Hizmetleri
2. Metal Teknolojisi	9. Motorlu Araçlar Teknolojisi	16. Yiyecek İçecek Hizmetleri
3. Isıtma ve İklimlendirme Teknolojisi	10. Makine Teknolojisi	17. Bilişim Teknolojileri
4. Giyim Teknolojisi	11. Servis Elemanlığı ve Satış Elemanlığı	18. Et ve Et Ürünleri İşletmeciliği
5. Anahtarcılık ve Çilingirlik	12. PVC Doğrama İmalat ve Montaj	19. Konaklama ve Seyahat Hizmetleri
6. Döşemecilik	13. Fotoğrafçılık	20. İnşaat Teknolojisi
7. Mermer İşleme	14. Ayakkabı ve Saraciye	21. Diğer:.....

	Anne	Baba
8) Anne ve babanız yaşıyor mu?	1. Yaşıyor (a. Birlikte b. Ayrı) 2. Vefat etmiş	1. Yaşıyor 2. Vefat etmiş
9) Anne ve baba mesleği	1. Ev hanımı 2.Çiftçi 3. Esnaf 4. Memur 5. Emekli 6. İşsiz 7.Diğer.....	1.İşçi 2.Çiftçi 3. Esnaf 4. Memur 5. Emekli 6. İşsiz 7.Diğer.....
10) Anne ve baba eğitim durumu	1.Okur-yazar değil 2.Okur-yazar 3.İlkokul 4.Ortaokul 5.Lise 6.Üniversite	1.Okur-yazar değil 2.Okur-yazar 3.İlkokul 4.Ortaokul 5.Lise 6.Üniversite

11) Evliyseniz eşinizin mesleği nedir? (Evli değilseniz bu soruyu boş bırakınız.)

1.Ev Hanımı 2.Çiftçi 3.İşçi 4.Esnaf 5.Memur 6.Emekli 7.İşsiz 8.Öğrenci 9.Diğer(.....)

12) Siz dahil kaç kardeşiniz? (.....)

13) Sizden başka çalışan kardeşiniz var mı? 1. Evet (Çalıştığı iş kolu:.....) 2. Hayır

14) Aylık ortalama geliriniz ne kadardır? (Yalnız sizin) (..... TL)

15) Kendi gelir düzeyinizi nasıl değerlendirirsiniz?

1.Gelirim giderimden az 2. Gelirim giderimi karşılıyor 3. Gelirim giderimden fazla

16) Ailenizde çalışan tüm bireylerin aylık geliri toplam ne kadardır? (.....TL)

17) Daha önce hiçbir adli olayla ilginiz oldu mu? 1) Hayır 2)Evet (.....)

18) Sosyal güvenceniz var mı? 1. SGK 2. Özel sigorta 3. Yok 4. Diğer (.....)

B)SAĞLIK DURUMU:

1)Daha önce size doktor tarafından Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu tanısı konuldu mu?

1)Hayır 2) Evet (Ne kadar süre önce?

2)Ailenizde doktor tarafından Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu tanısı konulan akrabalarınız var mı? 1)Hayır 2) Evet (.....)

3)Kronik (6 aydan uzun süren) hastalığınız var mı?

1. Hayır (Hayırsa 5. Soruya geçiniz.)

2. Evet (1.Hipertansiyon 2.Diyabet (Şeker Hastalığı) 3.Astım 4.Depresyon 5.Ailevi Akdeniz Ateşi 5.Diğer.....)

4) Kronik hastalığınızdan dolayı kullandığınız ilaçlarınız var mı?

1. Evet (.....) 2. Hayır

5) Herhangi bir bedensel engelli durumunuz var mı? 1. Hayır 2. Evet

6) Hepatit B (sarılık) aşısı yaptırdınız mı? 1. Hayır 2. Evet

7) Bu yıl içinde mevsimsel grip aşısı yaptırdınız mı? 1. Hayır 2. Evet

C) DİĞER:

- 1) Kim ile birlikte yaşıyorsunuz (kalyorsunuz)?
 1. Ailemle (anne ve babam ve kardeşlerimle)
 2. Annemle
 3. Babamla
 4. Akrabalarım
 5. Bekar evinde kalyorum
 6. Diğer
- 2) Oturduğunuz ev kime ait ?
 1. Kira
 2. Kendi evimiz
 3. Diğer.....
- 3) Yaşadığınız evin koşullarından ne kadar memnunsunuz?
 1. iyi
 2. Orta
 3. Kötü
- 4) Günde kaç saat televizyon izliyorsunuz? :.....saat
- 5) Günde kaç saat bilgisayar/akıllı telefon başında bulunuyorsunuz?saat
- 6) Genellikle saat kaçta uyumak için yatağa gidirsiniz?
 1. Hafta içi:...
 - 2.Hafta sonu:...
- 7) Ortaokul veya liseye neden devam etmediniz?
 1. Maddi sıkıntı nedeniyle
 2. Okuldan atıldım.
 3. Ailem göndermedi.
 4. Devam etmek istemedim.
 5. Diğer.....
- 8) Bir fırsat verilse ortaokul ya da liseye devam etmek ister miydiniz?
 1. Evet
 2. Hayır
 3. Kararsızım

D) ALIŞKANLIKLAR:

- 1) Sigara içiyor musunuz?
 1. Hayır içmiyorum. (Hayırsa 9. soruya geçiniz.)
 2. İçiyordum bıraktım.
 3. Evet
- 2) Sigara içmeye kaç yaşında başladınız?yaşında
- 3) Alkollü içki içmeyi hiç denediniz mi?
 - 1.Hiç denemedim (Cevabınız bu seçeneğe ise 11. soruya geçiniz.)
 - 2.Bir kere denedim ve bir daha kullanmadım
 - 3.Denedim ve kullanmaya devam ediyorum.
- 4) Alkollü içkiye başlama sebebiniz nedir? (Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz).
 1. Alkollü içki içmiyorum
 2. Ailemden öğendim
 3. Arkadaşımdan öğendim
 4. Televizyondan etkilendim
 5. Kendim denedim
 6. Diğer.....
- 5) Aşağıdaki bağımlılık yapıcı/uyuşturucu maddelerden herhangi birini denediniz mi? (Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)
 - 1.Hayır herhangi bir uyuşturucu madde denemedim (Cevabınız bu ise "E.İş Hayatı" sorularına geçiniz)
 - 2.Bali 3Tiner 4.Hap(Extasy gibi) 5. Cannabinoid (Bonzai gibi) 6. Eroin/kokain 7.Diğer....
- 6) Bağımlılık yapıcı/uyuşturucu madde kullanmaya devam ediyor musunuz ?
 - 1.Bir kere denedim ve bir daha kullanmadım
 - 2.Denedim ve kullanmaya devam ediyorum
- 7) Bağımlılık yapıcı/uyuşturucu maddeye başlama nedeniniz nedir? (Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz).
 1. Ailemden öğendim
 2. Arkadaşımdan öğendim
 3. Televizyon beni etkiledi
 4. Kendim denedim
 5. Diğer.....

E) İŞ HAYATI:

- 1) Kaç yaşında çalışmaya başladınız? (.....)
- 2) Sizi şu an çalıştığımız işe kim yönlendirdi?
 1. Ailem
 2. Kendim
 3. Akrabalarım
 4. Komşularım
 5. Diğer
- 3) İşe nasıl gidip geliyorsunuz? 1.Yürüyerek 2.Bisikletle 3.Otobüsle 4.Arabamla 5.Diğer.....
- 4) Haftada kaç gün çalışıyorsunuz?
 1. Üç veya daha az gün
 2. Dört gün
 3. Beş gün
 4. Altı gün
 5. Yedi gün
- 5) Günde kaç saat çalışıyorsunuz? (.....)
- 6) Çalışma düzeniniz nasıldır?
 1. Gündüz çalışıyorum.
 2. Vardiya usulü
 3. Gündüz ve Vardiya
 4. Diğer.....
- 7) Çalıştığın iş kolundan memnun musun?
 1. Hiç memnun değilim
 2. Memnun değilim
 3. Ne memnun ne değilim
 4. Memnunum
 5. Çok memnunum
- 8) Çalıştığınız işyerinde kişilerarası ilişkilerde sorun yaşıyor musunuz?
(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)
 1. Kimseyle sorun yaşamıyorum
 2. Sorun yaşıyorum: (1. İşveren 2.Usta 3.Kalfa 4.Diğer çıraklar 5.Müşteri 6.Diğer.....)
- 9) Şu an çalıştığımız iş yerinden ayrılmayı hiç düşündünüz mü? 1. Evet 2. Hayır
- 10) Kazandığınız parayı nasıl harcıyorsunuz?
 1. Tamamını aileme veriyorum
 2. Tamamını kendim harcıyorum
 3. Bir kısmını aileme veriyorum, bir kısmını kendim harcıyorum.
- 11) Yıllık izin kullanabiliyor musunuz?
 1. Evet (..... gün/yıl)
 2. Hayır, kullanamıyorum.
 3. Bir yılımı bitirmedikten izin alamıyorum.
- 12) Boş vakitlerini genellikle nasıl değerlendiriyorsunuz?
(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)
 1. Aileme geçiriyorum.
 2. Arkadaşlarımla geçiriyorum
 3. Sinemaya giderim
 4. Kitap okuyorum
 5. Futbol oynuyorum
 6. Diğer
- 13) Hijyen eğitimi aldınız mı? 1. Evet 2. Hayır (Cevabınız Hayırsa 15. soruya geçiniz.)
- 14) Hijyen eğitimi aldıysanız kim tarafından verildi?
 1. Halk Eğitim Müdürlüğü
 2. Mesleki Eğitim Merkezi
 3. Diğer.....
- 15) İş sağlığı ve güvenliği eğitimi aldınız mı? 1. Evet 2. Hayır (Hayırsa 17. soruya geçiniz)
- 16) Eğitim aldıysanız kimden aldınız?
 1. Çıraklık Eğitim Merkezinden
 2. İşyerinden
 3. Diğer
- 17) Düzenli sağlık taraması oluyor musunuz? 1. Evet (Ne sıklıkta:.....) 2. Hayır
- 18) Yaptığımız iş size göre kişisel koruyucu gerektiriyor mu?
 1. Evet
 2. Hayır
 3. Bilmiyorum
- 19) İşvereniniz kullanmanız gereken kişisel koruyucuları sağlıyor mu? 1. Evet 2. Hayır

- 20) Kişisel koruyucu donanımları düzenli olarak kullanıyor musunuz?
1. Evet 2. Hayır 3. Bazen
- 21) Daha önce temel düzeyde ilk yardım eğitimi aldınız mı?
1. Evet 2. Hayır (Cevabınız hayırsa 23. soruya geçiniz.)
- 22) İlk yardım eğitimi aldıysanız kendinizi yeterli görüyor musunuz? 1. Evet 2. Hayır
- 23) Daha önce iş kazası yaşadınız mı?
1. Evet 2. Hayır (Cevabınız hayırsa 30. Soruya geçiniz.)
- 24) İş kazasını ne zaman geçirdiniz?
- 25) İş kazasını şu an çalıştığınız işte mi geçirdiniz? 1. Evet 2. Hayır
- 26) İş kazası sonucu herhangi bir sakatlık durumunuz oldu mu? 1. Evet 2. Hayır
- 27) İş kazası anında ilk yardım aldınız mı? 1. Evet 2. Hayır
- 28) İş kazası geçirdiğinizde doktora gittiniz mi? 1. Evet 2. Hayır
- 29) İş kazası sonrası rapor aldınız mı? 1. Evet 2. Hayır
- 30) Çalıştığınız işyerinde size göre en önemli iş sağlığı ve güvenliği sorunları nelerdir?
(Önem sırasına göre üç tanesini işaretleyiniz)

() İş yükünün fazla olması	() Üstleriniz (işveren, kalfa, usta vb.) tarafından gereğinden fazla baskıya maruz kalınması
() Çalışma saatlerin fazla olması	() Çalışanların iş güvenliği konusundaki eğitimsizliği
() Çalışan sayısının az olması	() Bakımı yapılmayan ve koruyucusu bulunmayan makine ve teçhizatlar
() Olumsuz işyeri çalışma koşulları (aydınlıkta, ısı, soğuk, nem vb.)	() Bulaşıcı hastalıklara karşı yeterli koruyucu önlemlerin alınmaması
() Koruyucu önlemlerinin yeterli olmaması	() Diğer çalışanlarla kişilerarası ilişkilerdeki sorun yaşanması
() Yeterli denetimlerin yapılmaması	() Diğer:.....

- 31) “ Mesleki Eğitim Kanunu ” ve diğer yasal hak ve sorumluluklarınız hakkında eğitim aldınız mı?
1. Evet 2. Hayır (Cevabınız hayırsa sonraki sayfaya geçiniz.)
- 32) Bu konuda size eğitimi kim verdi?
1. Çıraklık Eğitim Merkezinden 2. Çalıştığım yerden 3. Diğer

F) CONNERS-WELLS ERGEN ÖZBİLDİRİM ÖLÇEĞİ (12-17 Yaş İçin)

Aşağıdaki maddelerin sizin için Hiç Doğru Değil, Biraz Doğru, Oldukça Doğru, Çok Doğru olup olmadığını gösteren numaraları yuvarlak içine alınız. Hiç Doğru Değil, bir sorunun hiç olmadığını ya da nadiren olduğunu ifade etmektedir. Çok Doğru, bir sorunun çok fazla ya da çok sık olduğu anlamına gelmektedir. Biraz Doğru ve Oldukça Doğru, bu ikisi arasındadır. Lütfen bütün maddeleri yanıtlayınız

		HİÇ DOĞRU DEĞİL (Hiçbir zaman, nadiren)	BİRAZ DOĞRU (Bazen)	OLDUKÇA DOĞRU (Çoğu kez, Sık sık)	ÇOK DOĞRU (Pek çok kez, Çok sık sık)
1	Ebeveynlerim yalnızca kötü davranışlarımı farkederler.	0	1	2	3
2	Fırsat bulduğumda kuralları bozarım.	0	1	2	3
3	İstediğimden daha yavaş öğreniyorum	0	1	2	3
4	Alinganim ya da kolayca kızdırılırım.	0	1	2	3
5	Çok uzun süre hareketsiz kalamam.	0	1	2	3
6	Kendimi ağlamaklı hissederim.	0	1	2	3
7	Polisle başım derde girer.	0	1	2	3
8	Okul çalışmalarımı düzenlemekte sorun yaşarım.	0	1	2	3
9	Ebeveynlerim benden çok şey beklerler.	0	1	2	3
10	Çok uzun süre hareketsiz oturamayacak kadar çok enerjim var.	0	1	2	3
11	Çalışırken, gürültüler beni yaptığım işten alıkoyar.	0	1	2	3
12	Kuralları çiğnerim.	0	1	2	3
13	Öğrendiğim şeyleri unuturum.	0	1	2	3
14	Genellikle kıpır kıpırım ve yerimde duramam.	0	1	2	3
15	Pek çok şey hakkındaki kararlarım yerinde değildir.	0	1	2	3
16	Bazı insanları incitmek hoşuma gider.	0	1	2	3
17	Bir şeylerle bir kaç dakikadan fazla uğraşmam zordur.	0	1	2	3
18	Hareket etmeden otursam bile içten içe huzursuzluk hissederim.	0	1	2	3
19	El yazım kötüdür.	0	1	2	3
20	İçimde beni gerçekten kötü şeyler yapmaya iten bir şeyler var.	0	1	2	3
21	Bir konuya bir kerede konsantre olmakta sorun yaşarım.	0	1	2	3
22	Ev ödevlerimi yaparken kalkıp dolaşmalıyım.	0	1	2	3
23	Derslerimde geriyim.	0	1	2	3
24	Başkalarının malına zarar veririm.	0	1	2	3
25	Başım kolaylıkla derde girer.	0	1	2	3
26	Yemek sırasında hareketsiz oturmakta sorun yaşarım.	0	1	2	3
27	Ebeveynlerim benim iyi davranışlarımı ödüllendirmezler ya da fark etmezler	0	1	2	3

G) ERİŞKİN DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU KENDİ BİLDİRİM ÖLÇEĞİ (ASRS) (18 Yaş ve Üzeri İçin)

Sayfanın sağında gösterilen açıklamalara göre, kendinizi değerlendirip aşağıdaki soruları yanıtlayınız. Soruları yanıtlarken son 6 ay içinde nasıl hissettiğiniz ve nasıl davrandığınız konusunda sizi en iyi tanımlayan kutuya (X) işareti koyunuz.

A BÖLÜMÜ	Asla	Nadiren	Bazen	Sık	Çok Sık
1) Üzerinde çalıştığınız bir işin/projenin son ayrıntılarını toparlayıp projeyi tamamlamakta sorun yaşar mısınız?					
2) Organizasyon gerektiren bir iş yapmanız zorunlu olduğunda işlerinizi sıraya koymakta ne sıklıkla zorluk yaşarsınız?					
3) Yükümlülüklerinizi ve randevularınızı hatırlamakta ne sıklıkla sorun yaşarsınız?					
4) Çok fazla düşünmeyi ve konsantrasyonu gerektiren bir iş yapmanız gerekiyorsa ne sıklıkla başlamaktan kaçınır ya da geciktirirsiniz?					
5) Uzun bir süre oturmanız gerektiğinde, ne sıklıkla huzursuzlaşır, kıpırdanır ya da el ve ayaklarınızı kıpırdatırsınız?					
6) Ne sıklıkla kendinizi aşırı aktif ve sanki motor takılmış gibi bir şeyler yapmak zorunda hissedersiniz?					
B BÖLÜMÜ					
7. Sıkıcı veya zor bir proje üzerinde çalışmanız gerektiğinde, ne sıklıkla dikkatsizce hatalar yaparsınız?					
8. Monoton veya tekrarlayıcı bir iş yaparken ne sıklıkla dikkatinizi sürdürmekte güçlük çekersiniz?					
9. Doğrudan sizinle konuşuyor bile olsalar, insanların size söylediklerine yoğunlaşmakta ve dinlemekte ne sıklıkla güçlük yaşarsınız?					
10. Evde veya işte eşyaları bulmakta ya da nereye koyduğunuzu hatırlamakta ne sıklıkla güçlük yaşarsınız?					
11. Etrafınızdaki hareketlilik ve gürültü ne sıklıkla dikkatinizi dağıtır?					
12. Orada oturmanız beklendiğinde, bir toplantı veya benzer durumda ne sıklıkla yerinizden kalkarsınız?					
13. Ne sıklıkla kendinizi huzursuz, kıpır kıpır hissedersiniz?					
14. Kendinize ait boş zamanınız olduğunda ne sıklıkla gevşemekte ve rahatlamakta güçlük çekersiniz?					
15. Sosyal ortamlarda bulunduğunuzda, ne sıklıkla kendinizi çok konuşurken yakalarsınız?					
16. Bir sohbet ya da görüşmede, ne sıklıkla karşınızdaki kişi cümlesini bitirmeden onun cümlesini bitirdiğinizi fark edersiniz?					
17. Sıraya girmek gerektiğinde, ne sıklıkla sıranızın gelmesini beklemekte güçlük çekersiniz?					
18. Başka bir işle meşgul olduklarında diğer insanları araya girip engeller misiniz?					

Katkı Ve Katılımınızdan Dolayı Teşekkür Ederiz.

EK-2: KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL ONAYI

T.C.
GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 83116987 - 432
Konu : Etik Kurul Kararı
Toplantı Tarihi : 30.09.2014
Toplantı No : 2014/17
Proje No : 14-KAEK-189

01.10.2014

Sayın, Yrd.Doç.Dr.Rıza ÇITIL

Etik Kurulumuzun 30.09.2014 tarihli toplantısında görüşülen 14-KAEK-189 numaralı “Tokat İli Mesleki Eğitim Merkezlerinde Öğrenim Gören Çıraklık Öğrencilerinde Dikkat Eksikliği ve Hiper Aktivite Bozukluğu Sıklığı” başlıklı çalışmanızın yapılmasında sakınca olmadığına karar verilmiştir.

Bilgilerinizi rica ederim.

Doç. Dr. Ahmet EYİBİLEN
Başkan

EK-3: Milli Eğitim Müdürlüğünden Alınan Araştırma İzin Yazısı

T.C.
TOKAT VALİLİĞİ
İl Milli Eğitim Müdürlüğü

Sayı : 27001677-44- 4699430
Konu : Araştırma İzni

21/10/2014

GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
TOKAT

İlgi : 08/10/2014 tarih ve 33490967-044-2760-4615 sayılı yazınız.

İlgi yazınız ekinde gönderilen Üniversitenizin Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Arş.Gör. Dr. Özkan YAŞAYANCAN'a ait araştırma izni Müdürlüğümüz İnceleme Komisyonu tarafından incelenmiş, söz konusu araştırmanın yapılmasında herhangi bir sakınca olmayacağı kanaatine varılmış olup, konu ile ilgili Valilik Onayı ekte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi, uygulamanın okullarımızdaki durum hakkında bilgi sahibi olmak ve veri tabanı oluşturmak açısından tez sonucunun müdürlüğümüze bildirilmesini rica ederim.

Bülent KARACAN
Vali a.
Vali Yardımcısı

EK : Valilik Onayı (1 Sayfa)

Güvenli Elektronik İmzalı
Aslı ile Aynıdır.
21./10/2014

Ayşe KÖPRÜLÜ
Şef



Adres : Vilayet Binası Kat: 3 TOKAT
Ayrıntılı bilgi için irtibat :Memur Adnan YÜCE
Tel : (0356) 214 10 17 - 144
Faks : (0356) 214 11 86
Elektronik Ağ : <http://tokat.mem.tr>
e-posta : arge60@meb.gov.tr

DANIŞMA
444 0 632
HATTI

EGİTİM
%100
DESTEK

