



YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

**HIV TANISI ALMIŞ BİREYLERDE HASTALIĞI
KABULLENME, UMUTSUZLUK VE DİKKAT EKSİKLİĞİ
VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞUNUN İNCELENMESİ**

SEDA ÖĞÜTMEN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

LEFKOĞA

2021

**HIV TANISI ALMIŞ BİREYLERDE HASTALIĞI
KABULLENME, UMUTSUZLUK VE DİKKAT EKSİKLİĞİ
VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞUNUN İNCELENMESİ**

SEDA ÖĞÜTMEN

YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

TEZ DANIŐMANI
Yrd. Doç. Dr. Hande ÇELİKAY

LEFKOŐA

2021

KABUL VE ONAY

Seda Öğütmen tarafından hazırlanan “HIV Tanısı Almış Bireylerde Hastalığı Kabullenme, Umutsuzluk ve Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunun İncelenmesi” başlıklı bu çalışma, 22/11/2021 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda başarılı bulunarak jürimiz tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

JÜRİ ÜYELERİ

Yrd. Doç. Dr. Hande ÇELİKAY (Danışman)
Yakın Doğu Üniversitesi
Fen Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümü

Yrd. Doç. Dr. Sözen İNAK (Başkan)
Yakın Doğu Üniversitesi
Fen Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümü

Yrd. Doç. Dr. Bingül SUBAŞI
Yakın Doğu Üniversitesi
Fen Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümü

Prof. Dr. HÜSNÜ CAN BAŞER
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürü

BİLDİRİM

Hazırladığım tezin, tamamen kendi çalışmam olduğunu ve her alıntıya kaynak gösterdiğimi taahhüt ederim. Tezimin kâğıt ve elektronik kopyalarının Yakın Doğu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü arşivlerinde aşağıda belirttiğim koşullarda saklanmasına izin verdiğimi onaylarım.

- ✓ Tezimin tamamı her yerden erişime açılabilir.
- Tezim sadece Yakın Doğu Üniversitesinde erişime açılabilir.
- Tezimin iki (2) yıl süre ile erişime açılmasını istemiyorum. Bu sürenin sonunda uzatma için başvuruda bulunmadığım takdirde tezimin tamamı erişime açılabilir.

22/11/2021

İmza

Seda Öğütmen

TEŞEKKÜR

Çalışmam ve yüksek lisans öğrenimin boyunca bana her zaman destek olan tez danışmanın ve değerli hocam Yrd. Doç. Dr. Hande Çelikay'a değerli katkıları, bana olan güveni ve üzerimdeki büyük emeği için yürekten teşekkür ederim.

Yüksek lisans eğitimim süresince kendilerinden çok şey öğrendiğim değerli hocalarım Prof. Dr. Mehmet Çakıcı, Prof. Dr. Ebru Çakıcı, Yrd. Doç. Dr. Deniz Ergün ve Yrd. Doç. Dr. Meryem Karaaziz'e teşekkür ederim.

Çalışmam boyunca desteği ve emeği için Dr. Yelda Öğütmen'e teşekkür ederim.

Son olarak, sevgilerini ve desteklerini hayatım boyunca bana hissettiren sevgili aileme teşekkür ederim.

ÖZ

HIV TANISI ALMIŞ BİREYLERDE HASTALIĞI KABULLENME, UMUTSUZLUK VE DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞUNUN İNCELENMESİ

Bu araştırma, HIV hastalarında hastalığı kabullenme, umutsuzluk ve dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunun araştırma kapsamında belirlenen demografik değişkenlere anlamlı fark gösterip göstermediğinin belirlenmesi ve bu değişkenler arasındaki ilişkilerin incelenmesini amaçlayan ilişkisel tarama modelinde bir araştırmadır. Bu çalışmanın araştırma grubunu, İstanbul ilinde bulunan İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi hastanesine başvurarak HIV tanısı konulmuş 18 yaşından büyük 322 birey oluşturmaktadır. Bu araştırmada veri toplama aracı olarak Hastalığı Kabul Ölçeği, Beck Umutsuzluk Ölçeği ve Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği kullanılmıştır. Çalışma sonucunda, HIV hastalarında hastalığı kabullenme düzeyinin cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, gelir düzeyi, HIV tanısı almadan önce HIV virüsü hakkında bilgi sahibi olma durumuna, tedavi görülen hastanenin ikamet adresine yakınlık durumuna, sosyal destek görme durumuna, psikolojik destek alma durumuna, bulaş türü ve HIV tanısı alma süresine göre anlamlı fark gösterdiği belirlenmiştir. Ayrıca, HIV hastalarında umutsuzluk düzeyinin gelir düzeyi ve HIV tanısı alma süresine göre anlamlı fark gösterdiği saptanmıştır. Buna ek olarak, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu belirti düzeyinin ise sadece gelir düzeyine göre anlamlı fark gösterdiği tespit edilmiştir. Ayrıca, hastalığı kabullenme düzeyi ile umutsuzluk ve dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu arasında negatif yönlü ilişki olduğu fakat dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu ile umutsuzluk arasında pozitif yönlü ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Son olarak, Umutsuzluk ve DEHB belirti düzeyi değişkenleriyle kurulan modelin hastalığı kabullenme düzeyini anlamlı bir şekilde yordadığı sonucuna ulaşılmıştır. Elde edilen sonuçlar doğrultusunda, HIV hastalarının hastalığa uyum sürecinin kolaylaştırılması için psikolojik destek almalarının sağlanması ve ikamet adreslerine yakın hastanelerde tedavi görmeleri önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: HIV, Hastalığı Kabullenme, Umutsuzluk, Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu

ABSTRACT

**EXAMINATION OF ACCEPTANCE OF THE ILLNESS,
HOPELESSNESS AND ATTENTION DEFICIT AND
HYPERACTIVITY DISORDER IN PEOPLE DIAGNOSED WITH
HIV**

This research is a relational screening model that aims to determine whether acceptance of the illness, hopelessness, and attention deficit and hyperactivity disorder in HIV patients show a significant difference to the demographic variables determined within the scope of the research and to examine the relationships between these variables. The research group of this study consists of 322 individuals over the age of 18 who were diagnosed with HIV by applying to the Istanbul University Faculty of Medicine hospital in Istanbul. In this study, Illness Acceptance Scale, Beck Hopelessness Scale, and Adult Attention Deficit Hyperactivity Disorder Self-Report Scale were used as data collection tools. As a result of the study, it was determined that the level of acceptance of the illness in HIV patients was determined by gender, marital status, education level, income level, having knowledge about the HIV virus before being diagnosed with HIV, proximity to the residence address of the hospital receiving treatment, social support, psychological support, contagion. It was determined that there was a significant difference according to the type of HIV diagnosis and the duration of HIV diagnosis. In addition, it was determined that the level of hopelessness in HIV patients showed a significant difference according to the income level and the duration of HIV diagnosis. In addition, it was determined that attention deficit and hyperactivity disorder showed a significant difference only according to income level. Finally, it was concluded that there is a negative relationship between the level of acceptance of the illness and hopelessness and attention deficit and hyperactivity disorder, but there is a positive relationship between attention deficit and hyperactivity disorder and hopelessness. In line with the results obtained, it has been recommended that HIV patients receive psychological support and receive treatment in hospitals close to their residence addresses in order to facilitate the adaptation process to the illness.

Keywords: HIV, Acceptance of the Illness, Hopelessness, Attention deficit and hyperactivity disorder

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY	i
BİLDİRİM	ii
TEŞEKKÜR	iii
ÖZ.....	iv
ABSTRACT	v
İÇİNDEKİLER	vi
TABLOLAR DİZİNİ	ix
KISALTMALAR	xi
1. BÖLÜM.....	1
GİRİŞ	1
1.1 Problem Durumu.....	1
1.2 Araştırmanın Amacı.....	4
1.3 Araştırmanın Önemi	4
1.4 Sınırlılıklar	5
1.5 Tanımlar	5
2. BÖLÜM.....	7
KAVRAMSAL ÇERÇEVE VE İLGİLİ ARAŞTIRMALAR	7
2.1 HIV	7
2.1.1 HIV Nedir?	7
2.1.2 Dünyada ve Türkiye’de HIV	8
2.1.3 HIV Pozitif Bulaşı	9
2.1.3.1 Cinsel Temas Yoluyla Bulaş.....	10
2.1.3.2 Anneden Bebeğe Bulaş.....	10
2.1.3.3 Kan ve Kan Ürünleri Yoluyla Bulaşma	10
2.1.4 HIV Hastalığından Korunma Yolları	11
2.2 Hastalığı Kabullenme.....	12
2.2.1 Hastalığı Kabulün Yararları.....	14
2.2.2 Hastalığı Kabulü Reddetmenin Sonuçları.....	15
2.3 Umutsuzluk.....	16
2.3.1 Umut ve Umutsuzluk Kavramları.....	16
2.3.2 Umutsuzluğun Sebepleri	17
2.3.2.1 İnancın Azalması.....	17

2.3.2.2 Üretkenliğin Yitirilmesi	17
2.3.2.3 Amaçsızlık ve Anlam Yokluğu	18
2.3.2.4 Yaşanan Olumsuz Olaylar	18
2.3.3 Umutsuzluğun Psikolojik Etkileri	19
2.4 Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu	19
2.4.1 Tanım ve Tarihçe	19
2.4.2 Epidemiyoloji	20
2.4.3 Etiyoloji.....	22
2.4.3.1 Genetik Faktörler	22
2.4.3.2 Çevresel Faktörler.....	23
2.4.3.3 Sosyodemografik Faktörler.....	24
2.4.4 Erişkin DEHB Kliniği.....	24
2.4.5 DEHB Tedavisi.....	27
2.4.5.1. Farmakolojik Tedavi Yöntemleri	27
2.4.5.2 Farmakolojik Olmayan Tedavi Yöntemleri	28
2.5 İlgili Araştırmalar	29
3. BÖLÜM.....	34
YÖNTEM.....	34
3.1 Araştırmanın Modeli.....	34
3.2 Araştırma Grubu.....	34
3.3 Veri Toplama Araçları.....	36
3.3.1 Kişisel Bilgi Formu	36
3.3.2 Hastalığı Kabul Ölçeği.....	37
3.3.3 Beck Umutsuzluk Ölçeği	37
3.3.4 Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği.....	38
3.4 Verilerin Toplanması	38
3.5 Verilerin İstatistiksel Analizi.....	39
4. BÖLÜM.....	41
BULGULAR	41
4.1 HIV Tanısı Almış Bireylerin Hastalığı Kabullenme Düzeylerinin Sosyodemografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması	41

4.2 HIV Tanısı Almış Bireylerin Umutsuzluk Düzeylerinin Sosyodemografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması.....	45
4.3 HIV Tanısı Almış Bireylerin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Düzeyinin Sosyodemografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması.....	47
4.4 HIV Tanısı Almış Bireylerde Hastalığı Kabul, Umutsuzluk ve Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi.....	49
5. BÖLÜM.....	51
TARTIŞMA	51
6. BÖLÜM.....	58
SONUÇLAR VE ÖNERİLER	58
6.1 Sonuçlar.....	58
6.2. Öneriler	60
KAYNAKÇA	61
EKLER.....	80
Ek 1- Katılımcı Bilgilendirme ve Aydınlatılmış Onam Formu	80
Ek 2- Demografik Bilgi Formu.....	81
Ek 2- Hastalığı Kabul Ölçeği.....	82
Ek 3- Beck Umutsuzluk Ölçeği.....	83
Ek 4- Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği	84
Ek 5- Hastalığı Kabul Ölçeği Kullanım İzni	85
Ek 6- Beck Umutsuzluk Ölçeği Kullanım İzni.....	86
Ek 7- Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği İzni	87
ÖZGEÇMİŞ.....	88
İNTİHAL RAPORU	89
ETİK KURUL RAPORU	90

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1. Katılımcılara ait betimsel istatistikler	35
Tablo 2. HKÖ, BUÖ ve EDEHBKBÖ normallik analizleri	39
Tablo 3. HIV tanısı almış bireylerin hastalığı kabullenme düzeylerinin cinsiyet, HIV tanısı almadan önce HIV virüsü hakkında bilgi sahibi olma durumu, tedavi görülen hastanenin ikamet adresine yakın olma durumu, HIV tanısı alındığında sahip olunan sosyal destek durumu ve psikolojik destek alma durumuna göre karşılaştırılması	41
Tablo 4. HIV tanısı almış bireylerin hastalığı kabullenme düzeyinin medeni durum, eğitim düzeyi, gelir düzeyi, cinsel kimlik, HIV virüsü bulaş türü ve HIV tanısı alma süresi değişkenlerine göre karşılaştırılması	43
Tablo 5. HIV tanısı almış bireylerin umutsuzluk düzeyinin cinsiyet, HIV tanısı almadan önce HIV virüsü hakkında bilgi sahibi olma durumu, tedavi görülen hastanenin ikamet adresine yakın olma durumu, HIV tanısı alındığında sahip olunan sosyal destek durumu ve psikolojik destek alma durumuna göre karşılaştırılması	45
Tablo 6. HIV tanısı almış bireylerin umutsuzluk düzeyinin medeni durum, eğitim düzeyi, gelir düzeyi, cinsel kimlik, HIV virüsü bulaş türü ve HIV tanısı alma süresi değişkenlerine göre karşılaştırılması	46
Tablo 7. HIV tanısı almış bireylerin dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu belirti düzeylerinin cinsiyet, HIV tanısı almadan önce HIV virüsü hakkında bilgi sahibi olma durumu, tedavi görülen hastanenin ikamet adresine yakın olma durumu, HIV tanısı alındığında sahip olunan sosyal destek durumu ve psikolojik destek alma durumuna göre karşılaştırılması	47
Tablo 8. HIV tanısı almış bireylerin dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu belirti düzeyinin medeni durum, eğitim düzeyi, gelir düzeyi, cinsel kimlik, HIV virüsü bulaş türü ve HIV tanısı alma süresi değişkenlerine göre karşılaştırılması	48
Tablo 9. HIV tanısı almış bireylerde hastalığı kabul, umutsuzluk ve dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu arasındaki ilişkilerin incelenmesi	49

Tablo 10. Umutsuzluk ve dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu belirti düzeyinin hastalığı kabullenme düzeyi üzerindeki etkisi	50
--	-----------

KISALTMALAR

- AIDS** : Kazanılmış Bağışıklık Yetersizliği Sendromu
- BUÖ** : Beck Umutsuzluk Ölçeği
- DEHB** : Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu
- EDEHBKBÖ** : Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği
- HIV** : İnsan Bağışıklık Yetmezliği Virüsü
- HKÖ** : Hastalığı Kabul Ölçeği
- UNAIDS** : Birleşmiş Milletler AIDS Programı

1. BÖLÜM

GİRİŞ

1.1 Problem Durumu

HIV (İnsan Bağışıklık Yetmezliği Virüsü) ya da AIDS (Kazanılmış Bağışıklık Yetersizliği Sendromu) hastalığı, dünyada ilk olarak 1981 yılında görülmüştür. Günümüze kadar milyonlarca insanın tanıştığı ve yaşamak zorunda olduğu bu enfeksiyonun küresel ölçekteki prevalansı hızla artmaktadır (Babayiğit ve Bakır, 2014). Dünyada her dakika başı 10 insan, günlük 14 bin 500 insan bu enfeksiyon ile tanışmaktadır (Tümer ve Ünal, 2016). HIV enfeksiyonunun ortaya çıkmış olduğu tarihten beri hastalığın seyrine dair bilgiler de hızlı bir şekilde birikmiştir. Bununla birlikte Antiretroviral tedavi yönteminin aktif olarak kullanılmaya başlaması, bu hastalığı tedavi edilebilen hastalıklar arasına sokmuştur (Sabin ve Lundgren, 2013). Hastalığın ilk ortaya çıktığı 1981 tarihinden 6 yıl sonra Antiretroviral tedavi yöntemine başvurulmaya başlanmıştır. Bu yöntem, enfekte olmuş bireylerin hızla iyileşmelerini sağlamış olsa da virüs kısa sürede ilaca karşı direnç kazamaya başlamıştır. Bu da ilaca dair yapılan çalışmaların artmasına yol açmış ve kısa sürede yeniden uzun bir yol alınmıştır. 1996 yılında iki farklı ilacın geliştirilmesiyle birlikte HIV/AIDS hastalığının tedavisinde büyük bir adım atılmıştır. Bu tarihten itibaren HIV virüsünün bulaştığı kişilerin, AIDS aşamasına geçmeden uzun bir süre yaşayabilmeleri olanaklı hale gelmiştir. Bu gelişmeyle birlikte HIV hastalığı, kronik hastalıklar sınıfına dâhil edilmiştir (Gökengin, 2018).

HIV hastalığı tedavilerle birlikte birçok hastada AIDS'e yol açmayıp kronik hastalık olarak devam etmektedir. Bu durumda HIV pozitif tanısı almış bireyler HIV hastalığı ile yaşamayı öğrenmekte ve hastalığı kabullenmektedirler. Hastalığı kabulün birçok kronik hastalıkla mücadele de olumlu katkıları olduğu bilinmektedir (Besen, 2009). Benzer şekilde, HIV hastalığında da hastalığı kabulün önemli olduğunu gösteren birçok çalışma bulunmaktadır (Bağoğlu, Polat ve Güngör, 2020; Ceylan ve Koç, 2017; Kenya vd., 2013).

Kabul kavramı; bir olaya, olguya veya duruma itiraz etmeksizin gönüllü olarak razı olmak biçiminde tanımlanmış, kronik hastalıkların psikolojik adaptasyonlarındaki temel etkenlerden biridir (Chan, 2013). Bireylerin yaşam kalitelerini yükseltmek ve tüm sınırlamalara rağmen sağlığını üst düzeyde tutabilmek için gayret etmektir. Hastalığın kabul edilmesindeki temel mantık da bireyin hastalık ile yaşamayı öğrenmesi ve kendi anlayışı doğrultusunda hedeflerini belirlemesidir (Kralik, Brown ve Koch, 2001). Bostros'a göre bir olayın ya da durumun kabul edilebilmesi için, o şeyin bireyin kontrolü dışında gerçekleşmiş, kaçınılamaz ve geri dönülemez nitelikte olması; bireyin de çaba göstermesi gerekmektedir (Rubin ve Peyrot, 1999).

İç ya da dış uyaranları önyargısız bir şekilde dürüstçe kabul etmek de kabullenme olarak tanımlanmaktadır (Lindsay ve Creswell, 2017). Bu durum vazgeçme ya da boyun eğme olarak düşünülmemelidir. Kronik hastalıkların kabullenilmesi daha uzun vadelidir ve genellikle hastalık seyirlerinin öngörülememesi ile zaman içerisinde daha kötü bir noktaya ulaşılabileceğinin bilincine varılmasını gerektirmektedir. Hastalığı kabullenmiş olmak, yaşam kalitesinin iyileştirilmesi çabalarının engellenmesi ya da hastalık komplikasyonlarının görmezden gelinmesi olmadığı gibi; yaşam kalitesinin daha iyi düzeylere çıkarılmasına katkı sağlamaktadır (Stuifbergen, Becker, Blozis ve Beal, 2008). HIV hastalığı da kronik bir hastalık olmasından dolayı hastaların hastalığı kabul düzeyi yaşam kaliteleri açısından önem taşımaktadır. HIV hastalarının hastalığı kabul düzeyinin artmasının onların birçok psikolojik özelliğini etkileyebilmektedir (Doğan, 2019). Bu özelliklerden ikisi olan umutsuzluk ve dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu bu araştırma kapsamında incelenmiştir.

Umutsuzluk, umut kavramının karşıtı olarak, gelecekte pozitif duygular hissedilemeyeceğine inanmak veya durumunda hiçbir gelişme olamayacakmış gibi hissetmek olarak tanımlanmaktadır (APA, 2013). Bir başka tanıma göre, umutsuzluk duygusunun tanımlanmasına, negatif duygu durumu, negatif duygu durumunun neden olduğu olumsuz sonuçlar ve çaresizlik duygusu da dâhil edilmektedir (Derebaşı, 1996). Umutsuzluk psikolojik bir tepki, özellik veya durum olarak ele alınabilmektedir (Dunn, 2005). Beck ve meslektaşlarına (1974) göre ise umutsuzluk kavramı gelecek ile ilgili olumsuz duygular, motivasyon kaybı ve gelecekle ilgili olumsuz beklentileri içermektedir.

Öznel bir duygu olan umutsuzluğun gelişmesinde birçok farklı neden etkili olabilmektedir. Bireyin olayları değişmeyen ve genel sonuçlar olarak algılaması, olumsuz olayların nedenini kendisi olarak görmesi ve devamında birçok olumsuz sonucu getireceğine ilişkin depresif çıkarımları, bireylerde umutsuzluğun gelişimine neden olmaktadır (Abramson, Metalsky ve Alloy, 1989). Kişinin hareketlerinin uzun bir süre boyunca kısıtlanması, yalnızlık, sağlığının kötüleşmesi, kronik stres ve çabalamaktan vazgeçmesi umutsuzluğa neden olan diğer faktörlerdendir (Jevne, 2005). HIV hastalığı da kronik bir hastalık olmasından ötürü HIV hastaların umutsuzluğa düşmesi çok sık görülen bir durumdur. Umutsuzluğu aşabilmeleri ise kişinin bireysel özellikleri ve çevresel faktörlerden etkilenmektedir (Başcı, 2019).

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) hem çocukluk hem erişkin dönemde görülen, dikkat eksikliği, aktivite artışı ve impulsivite (dürtüsellik) komponentlerinden oluşan, kişiyi sosyal, akademik ve meslek gibi birçok alanda olumsuz yönde etkileyen psikiyatrik bir bozukluktur (Tuğlu ve Şahin, 2010). Tek olarak görülebileceği gibi Bipolar Duygudurum Bozukluğu, Yaygın Anksiyete Bozukluğu gibi psikiyatrik durumlarla da birlikte görülebilmektedir. DSM-5' te DEHB, dikkat eksikliğinin baskın olduğu, hiperaktivite ve dürtüsellik baskın olduğu ve her iki tipin birlikte görüldüğü olmak üzere 3 alt kategoriye ayrılmıştır. Belirti ve bulgularda; genel olarak yapılan aktivitelerden çabuk sıkılma, görevleri yeterli süre ve yoğunlukta sürdürememe, dikkatin kolay çelinebilir olması gibi dikkat eksikliği belirtileri olabilirken, yerinde duramama, kurallara uymama, başkalarının işlerine karışma gibi hiperaktivite ve dürtüsellik düşündürülen belirtiler olabilmektedir (Öztürk 2015). DEHB, dürtüsellik bünyesinde barındıran psikiyatrik bir tablo olduğundan, riskli cinsel yaşantılar ve intravenöz ilaç kullanımına neden olarak HIV insidansını artırabilir. Dolayısıyla HIV pozitif olan bireylerde DEHB yaygınlığının toplumdan daha yüksek olabileceği düşünülmektedir. HIV pozitif çocuk ve ergenlerde Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunun yaygınlığına dair farklı ülkelerde çalışılmalar yapılmış olmasına karşın, HIV pozitif erişkin bireylerde DEHB yaygınlığına dair çalışmalar kısıtlıdır (Zeegers vd., 2010).

Literatür incelendiğinde, HIV tanısı almış bireyler üzerinde birçok psikolojik değişkenle ilgili çalışmalar (Asante, 2012; Başoğlu, Polat ve Güngör, 2020; Bhatia, 2014; De Zwaan

vd., 2011; Doğan, 2019; Dulin vd., 2019; Li vd., 2009) yapılmış olduğu görülmektedir. Fakat, HIV tanısı almış bireylerde hastalığı kabullenme, umutsuzluk ve dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunun birlikte incelendiği bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu yüzden, bu araştırmanın problemini HIV tanısı almış bireylerde hastalığı kabullenme, umutsuzluk ve dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu belirti düzeyinin incelenmesi oluşturmaktadır.

1.2 Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın temel amacı HIV tanısı almış bireylerde hastalığı kabullenme, umutsuzluk ve dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunun incelenmesidir. Araştırmanın temel amacı doğrultusunda aşağıdaki sorulara yanıt aranmıştır.

1. HIV tanısı almış bireylerin hastalığı kabullenme düzeyleri sosyodemografik değişkenlere göre anlamlı fark göstermekte midir?
2. HIV tanısı almış bireylerin umutsuzluk düzeyleri sosyodemografik değişkenlere göre anlamlı fark göstermekte midir?
3. HIV tanısı almış bireylerin dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu belirti düzeyleri sosyodemografik değişkenlere göre anlamlı fark göstermekte midir?
4. HIV tanısı almış bireylerde hastalığı kabullenme düzeyi, umutsuzluk ve dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu belirti düzeyi değişkenleri arasında anlamlı ilişki var mıdır?
5. Umutsuzluk ve dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu belirti düzeyi hastalığı kabullenme düzeyini anlamlı olarak yordamakta mıdır?

1.3 Araştırmanın nemi

Ölüm riski olan her hastalıkta olduğu gibi HIV sonucu ortaya çıkan ve özellikle sosyal yaşantıda kendini belli eden sınırlılıklar bu hastalığı yaşayan bireylerde psikolojik kırılganlığı arttırmaktadır (Duyan 2001). Duyan'a (2001) göre hastalığın psikolojik boyutu, hastalığın kendi süreci kadar önemli ve bireyler üzerinde olumsuz etkileri bulunmaktadır. Yeryüzünde HIV'e göre bulaş riski çok daha fazla olduğu bilinen hastalıklar bulunmaktadır. Ancak HIV'e yönelik olumsuz tutumlar nedeniyle HIV

hastalığının psikolojik boyutu, diğer tüm bulaşıcı veya kronik hastalıklardan farklı bir şekilde değerlendirilmesini sağlamaktadır. Bu anlamda yapılan araştırmanın en temelde HIV'in psikolojik boyutunda yer aldığı ön görülen hastalığı kabullenme, umutsuzluk ve dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu gibi psikolojik yapıları ele alması nedeniyle önemli olduğu düşünülmektedir. Buna ek olarak, literatür incelendiğinde HIV tanısı almış bireylerde bu araştırmada ele alınan hastalığı kabullenme, umutsuzluk ve dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu değişkenlerinin ayrı olarak incelendiği çalışmaların olduğu görülmekle beraber, üç değişkenin birlikte ele alındığı ve birbirleriyle olan ilişkilerinin incelendiği herhangi bir araştırmaya rastlanmamıştır. Bu yüzden, bu araştırma, elde edilen sonuçlarıyla literatüre sağlayacağı katkı bakımından da önem taşımaktadır.

1.4 Sınırlılıklar

- Bu araştırma, İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi hastanesine başvurarak HIV tanısı konulmuş 18 yaşından büyük 300 bireyle sınırlıdır.
- Araştırmada ölçülmek istenen hastalığı kabullenme, umutsuzluk ve dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu değişkenleri kullanılan ölçeklerin ölçtüğü nitelikler ile sınırlıdır.
- Bu araştırmadan kapsamında elde edilen tüm sonuçlar katılımcıların ölçeklere verdikleri yanıtlarla sınırlıdır.

1.5 Tanımlar

AIDS: HIV virüsünün neden olduğu AIDS, bağışıklık sisteminin enfeksiyonlara ve kanserlere karşı savunmasız olduğu evre olarak tanımlanmaktadır (Cangül vd., 2020).

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu: Hem çocukluk hem erişkin dönemde görülen, dikkat eksikliği, aktivite artışı ve dürtüsellik bileşenlerinden oluşan, kişiyi sosyal, akademik ve meslek gibi birçok alanda olumsuz yönde etkileyen psikiyatrik bir bozukluk olarak tanımlanmaktadır (Tuğlu ve Şahin, 2010).

Hastalığı Kabullenme: Hasta birey tarafından, hastalığın tüm olumlu ve olumsuz yönleriyle kabul edilmesi olarak tanımlanmaktadır. (Besen, 2009).

HIV: İnsan vücudunun hastalıklar karşısında direnç gösteren immün sisteminin devre dışı bırakılması olarak tanımlanmaktadır (Aksoy, 2008)

Umutsuzluk: Gelecekte pozitif duygular hissedilemeyeceğine inanmak veya durumunda hiçbir gelişme olamayacakmış gibi hissetmek şeklinde tanımlanmaktadır (APA, 2013).

2. BÖLÜM

KAVRAMSAL ÇERÇEVE VE İLGİLİ ARAŞTIRMALAR

2.1 HIV

2.1.1 HIV Nedir?

İnsan Bağışıklık Yetersizliği Virüsü ya da daha yaygın adıyla HIV, insan vücudunun hastalıklar karşısında direnç gösteren immün sistemin devre dışı bırakılmasıdır. İmmün sistemin devre dışı kalması, normal zamanda vücudun kolayca savaşabildiği hastalıklara karşı savunmasız hale gelmesi demektir. Bu durumda basit bir enfeksiyon hastalığının bile ölüme varabilecek sonuçlar doğurabilmesi söz konusudur. Geçmiş dönemde AIDS hastalığı taşıyan bireylerin büyük bir kısmı, immün sistemin devre dışı kalmasına bağlı olarak basit enfeksiyonlardan hayatlarını kaybetmişlerdir. HIV virüsü her yaş grubundan bireyde görülebilen bir hastalıktır. Virüsün vücuttan tam anlamıyla atılabilmesi için geliştirilmiş olan bir tedavi ya da aşı şimdilik mevcut değildir (Aydın ve Koç, 2017). AIDS yani Edinilmiş Bağışıklık Yetersizliği Sendromu, İnsan Bağışıklık Yetersizliği olarak tanımlanan HIV virüsü bulunan insanlarda görülen bir hastalıktır (Aksoy, 2008).

1981 yılında ilk olarak Amerika Birleşik Devletleri'nde homoseksüel erkeklerde ve Haiti'dan gelen göçmenlerde nadir olarak rastlanan Pnömocystitis Carinii Piroveci pnömonisi (PCP) ve Kaposi Sarkomu (KS) vakalarının görülmesinden sonra AIDS hastalığı tanımlanmıştır. Hastalığa dair çalışmalar yapan araştırmacılar, bunun daha tıp literatüründe görülmemiş bir hastalık olduğu hususunda fikir birliği yapmışlar ve yeni görülen bu hastalığı "AIDS" (Akkiz İmmün Yetmezlik Sendromu) olarak adlandırmışlardır (Tümer, 2015). AIDS hastalığının ortaya çıkmasına neden olan HIV virüsü, serolojik ve genetik özellikleri doğrultusunda HIV-1 ve HIV-2 şeklinde ikili bir ayrıma tabi tutulmaktadır. Nükleik asit serileri bakımından yüzde 40 oranında benzer olan bu iki virüs türü, orijinlerindeki farklılıklar nedeniyle birbirlerinden ayrılmaktadır. HIV-

1 varyasyonu ilk defa 1983 tarihinde Paris'te; HIV-2 ise 1986 yılında Batı Afrika bölgesinde izole edilmiştir. Tüm dünyadaki AIDS vakalarının yüzde 98'lik kısmı HIV-1 türüne bağlıdır. Her iki varyant da AIDS hastalığına yol açmasına rağmen HIV-2, HIV-1'e kıyasla daha düşük görülme sıklığına sahiptir ve aynı zamanda bulaşma ihtimali da alt düzeydedir. HIV-2 daha uzun oluşma süresine sahiptir ve klinik olarak da bulguları daha geç ortaya çıkmaktadır. HIV-2'nin neden olduğu enfeksiyonlarda mortalite oranı, HIV-1 ile görülen enfeksiyonlara kıyasla daha düşük orana sahiptir (Sulukun, Küçükoğlu ve Gül, 2009).

2.1.2 Dünyada ve Türkiye'de HIV

UNAIDS (Birleşmiş Milletler AIDS Programı) tarafından 2020 yılında yayınlanan verilere göre dünyada 38 milyon HIV/AIDS vakası bulunmaktadır. Bu vakaların yüzde 50,52'lik kısmı kadınlardan oluşurken; yüzde 44,73'ünün de erkek olduğu ve 15 yaş altında olan yüzde 4,73'ün bulunduğu ifade edilmektedir. Aynı raporda, bu hastalık nedeniyle 2019 yılında 690 bin kişinin hayatını kaybettiği ve bu kayıplarda da yüzde 36,2'lik kısmı kadınların, yüzde 50,72'lik kısmı erkeklerin ve yüzde 13,76 oranındaki kısmı da çocukların oluşturduğu bildirilmektedir. Aynı yılda 1,7 milyon yeni kişinin HIV ile enfekte olduğu da rapor edilmiştir. Hastalığın ilk tespit edildiği tarihten 2019 yılına kadar geçen süreçte toplamda 75,7 milyon kişinin bu hastalığı kapıldığı ve 32,7 milyon kişinin bu hastalık nedeniyle doğrudan ya da dolaylı olarak hayatını kaybettiği ifade edilmiştir. 2020 yılının haziran ayı itibarıyla 26 milyon insanın antiretroviral tedaviye erişim sağlayabildiğine de raporda yer verilmiştir.

Dünya çapında HIV/AIDS vakalarının görülme sıklığında önemli bir artış görülmektedir. Türkiye'de bu artıştan payını alan ülkeler arasında yer almaktadır. İlk defa 1985 yılında HIV/AIDS görülen Türkiye'de, bu yıldan sonra da vaka artışlarında sürekli artış yaşanmıştır. 1992 yılına dek her yıl 30 civarında yeni hastaya HIV/AIDS tanısı konulmuş; 2000'li yıllardan sonra bu sayı 200'lere, 2005 sonrasında 350'lere ve 2010 yılından sonra da 700'lere kadar ulaşmıştır (Tümer, 2015).

1985 yılı ile 30 Kasım 2020 tarihleri arasında Türkiye'de doğrulama testinin sonucu pozitif olan 25,809 HIV pozitif vakası ve 1958 de AIDS vakası mevcuttur. Dünyadaki dağılımın aksine Türkiye'de tespit edilen vakaların yüzde 81'i erkeklerden, yüzde 19'u ise kadınlardan oluşmaktadır. Türkiye'de bu hastalık en çok 25-29 ile 30-34 yaş

gruplarında görülmektedir. Tespit edilen vakalar bulaşma yolları bakımından ele alındığında yüzde 45,5'lik kısmın cinsel ilişki yoluyla, bu yüzde 45,5'lik kısmın yüzde 68,8'inin de heteroseksüel ilişki nedeniyle hasta olduğu görülmektedir. Son yıllarda Türkiye'de görülen en düşük vaka ve ölüm sayısı 2020 yılında kaydedilmiştir. 1 Ocak 2020 ile 1 Kasım 2020 tarihleri arasında 1461'i HIV pozitif olmak üzere toplamda 1491 yeni vaka tanısı konulmuştur. 2020 yılı vakalarının cinsiyete göre dağılımları incelendiğinde yüzde 85,86'lık kısmın erkeklerden, yüzde 14,14'lük kısmın da kadınlardan oluştuğu sonucuna rastlanmaktadır. 2020 yılında elde edilen veriler 25-29 yaş aralığında vakaların görülme sıklığının diğer yaş gruplarındakinden daha yüksek düzeyde olduğunu göstermektedir (TCSB, 2020). Aynı yıldaki vakalar yaş aralıklarına göre ele alındığında, hastalığın Türkiye'deki ilk görüldüğü tarihten itibaren görülme sıklığı en yüksek yaş grubu olan 25-34 yaş aralığında düşüşler yaşandığı görülmektedir (Kanal ve Özyurda, 2019).

2.1.3 HIV Pozitif Bulaşı

HIV ile enfekte olan hastaların önemli bir kısmı, uzun süre enfekte olduklarının farkına varamamaktadır. Bazı hastalarda enfekte olunmasından hemen sonra, bazı hastalarda da serokonversiyon esnasında yüksek ateş, kızarıklık, eklem ağrıları ve lenf düğümlerinde genişleme görülebilmektedir. Serokonversiyon süreci, bireylerin immün sistemlerinde HIV antikörlerinin gelişme aşamasını ifade etmektedir. Bu durum, genellikle enfekte olunduktan 1 ay da 2 ay sonra gerçekleşmektedir. Bu enfeksiyon genellikle herhangi bir belirti göstermemektedir. Ancak Yeni HIV virüsü ile enfekte olmuş bir bireyin, hastalık belirtisi taşımasına rağmen diğer insanlara bulaştırabildiği ifade edilmektedir (UNAIDS, 2020).

HIV virüsünün bulaşmasında vajinal ve anal salgılar, kan, anne sütü ve meni olmak üzere 4 vücut sınıfı etkili olmaktadır. Bu virüse enfekte olabilmek için, HIV ile enfekte olmuş bir sıvının, enfekte olan kişiden henüz enfekte olmamış kişiye transfer edilmesi gereklidir. Enfekte olmamış kişinin enfekte sıvıya yalnızca dokunmasıyla enfekte olunması söz konusu değildir. Zira sağlıklı bir insanın derisi, vücuda virüslerin girmesini engelleyen bir bariyer özelliği görmektedir. Enfekte olmamış kişilerin derilerindeki kesikler ya da yaralar yoluyla, vajinal yolla, anüs ve rektum gibi mukozal membranlar aracılığı HIV virüsünün enfekte olabilmesi mümkündür. Gözyaşı, tükürük, ter ve idrarda ise HIV virüsü ya hiç yoktur ya da yok denilecek kadar azdır. Bu yüzden de sekresyonlar

ve bu sıvılar aracılığı ile HIV virüsünün bulaşabilmesi çok düşük bir ihtimaldir (Sulukan vd., 2009).

2.1.3.1 Cinsel Temas Yoluyla Bulaş

HIV virüsünde en çok görülen bulaş yolu cinsel ilişkidir. HIV/AIDS hastalığı, cinsel birlikteliklerin her türlü ile bulaşabilmektedir. Kan veya semen yoluyla temasa neden olabilecek her cinsel birliktelikte bulaş riski bulunmamaktadır. Cinsel birliktelik yoluyla yaşanan bulaşmalara karşı bağışık olan kimse yoktur. Virüsün enfekte olabilmesi için tek bir cinsel birliktelik yeterli olabilmektedir. Cinsel birliktelik sayısının artması, bulaşma riskinin de aynı oranda artması anlamına gelmektedir. HIV/AIDS hastalığının ilk ortaya çıktığı dönemlerde esas bulaş nedeni olarak homoseksüel cinsel birliktelikler gösterilirken, günümüzde yüzde 55 ila 60 arasında heteroseksüel cinsel birlikteliklerin bulaşmaya yol açtığı ifade edilmektedir (Tümer ve Ünal, 2016).

2.1.3.2 Anneden Bebeğe Bulaş

HIV hamilelik esnasında, emzirme esnasında ya da doğum sırasında anneden bebeğe bulaşabilmektedir. Bu virüsün anneden bebeğe bulaşma riski, yalnızca anne sütü ile beslenen bebeklerde yüzde 20 ila 35 arasındadır; anne sütü almayan çocuklarda ise bu oran yüzde 15'lere kadar düşebilmektedir (John-Stewart vd., 2017). HIV ile enfekte olduğu bilinen bir anneye gebeliğinin son trimesterında, doğumdan sonra da bebeğe ART başlanırsa ve elektif sezaryen uygulanırsa yeni doğan çocuğun enfekte olma riski yüzde 8'lere kadar düşebilmektedir (Tümer ve Ünal, 2016). Her ne kadar virüs ile enfekte olmuş bebeklerde antiretroviral tedavinin başlanmasıyla birlikte ölüm riski azaltılabilse de çocuklarda büyüme geriliği, nörobilişsel yeteneklerin kısıtlı kalması ve kalıcı mordibite gibi sorunlar ortaya çıkabilmektedir (John-Stewart vd., 2017).

2.1.3.3 Kan ve Kan Ürünleri Yoluyla Bulaşma

HIV virüsünün plazmada yüksek miktarda bulunması nedeniyle, enfekte olan bireylerden alınacak kan ve kan ürünleri aracılığıyla da HIV virüsünün bulaşabilmesi mümkündür. Antikor testinin icat edilmesinden sonra dünyanın hemen her yerinde kan ve kan ürünlerinin hastalara nakledilmeden önce HIV testine tabi tutulması zorunlu kılınmıştır (Tümer ve Ünal, 2016). Enjektörler, dövme iğneleri ve sünnet iğneleri gibi deriyi kesen aletler yoluyla da HIV virüsünün enfekte olabilmesi olanaklıdır. İntravenöz yoldan ilaç alan bireyler açısından bu önemli bir risk etkenidir (Sulukan vd., 2009).

2.1.4 HIV Hastalığından Korunma Yolları

Kesin bir tedavisi bulunmayan diğer hastalıklarda olduğu gibi HIV/AIDS hastalığında da esas olan virüsle temas etmekten kaçınmaktır. Yapısal anlamda RNA genomu taşıyan zarflı retrovirüs sınıfında yer alan HIV virüsü, insan bedeni dışında oldukça güçsüz ve savunmasız bir haldedir. Bu da tokalaşma, tükürük, aynı kaşık çatalın kullanılması, sauna ya da havuz gibi alanların ortak olarak kullanılması, dışkı ve idrar gibi faktörlerin enfekte olunamayacağı anlamına gelmektedir. Bütünlüğü bozulmuş olan deri ile temas edilmesi durumunda enfekte olunabilmesi söz konusudur; ancak bütünlüğünü koruyan deriler için bu risk de söz konusu değildir. Hem Türkiye’de hem de dünyada bu konuya dair yapılan çalışmalarda toplumun HIV/AIDS hastalığı hakkındaki bilgi düzeylerinin az olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Demirörs, 2019).

Dünyada kayıtlara geçmiş olan HIV enfeksiyonların önemli bir kısmının heteroseksüel ilişki yoluyla bulaştığı ifade edilirken (Benli vd., 2018), bu hastaların yarısından fazlasının kadın olduğu belirtilmiştir (UNAIDS, 2020). Enfeksiyon riskini azaltabilmek adına, enfekte olmamış ancak HIV virüsüne maruz kalma ihtimali yüksek olan bireylere önceden antiretroviral ilaçların verilmesi Riskli Temas Önleyici Tedavi ya da PrEP olarak adlandırılmaktadır. PrEP ağız yoluyla alınan bir ilaç olabileceği gibi vajina ya da rektumda jel halinde kullanılabilen türleri de mevcuttur. Bu uygulamanın amacı, HIV ile karşılaşma ihtimali yüksek olan bireylere virüse maruz kalmadan önce önleyici dozda ilaç verilmesidir. Bu sayede virüs, vücuda girdiği anda yok edilmekte ve kalıcı enfeksiyona yol açmasının önüne geçilmektedir. Riskli Temas Önleyici Tedavi uygulanan heteroseksüel bireylerin cinsel birliktelik yoluyla bulaş oranlarında yüzde 60’a varan azalmalar kaydedilmiştir (Marfatia vd., 2017).

Bir anneden çocuğuna doğum esnasında ya da öncesinde ilk enfekte olma durumu olarak da tanımlanan dikey bulaşmanın görülme oranı yüzde 15 ila 25 arasındadır (Sulukan vd., 2009). Dünya Sağlık Örgütü, anneden çocuğa bulaşmaların önlenmesi için CD4 sayısı < 500 hücre/mm olan kadınlarda antiretroviral tedavi uygulanmasını önermektedir. PMTCT için de iki opsiyon tavsiye edilmektedir. Bunlardan ilki; HIV aşamasına ve C4 sayımına bakılmaksızın, virüs ile enfekte olmuş tüm hamile ve emziren kadınlara ömür boyu ART ilaçlarının temin edilmesidir. İkincisi ise MTCT riski esnasında tüm HIV ile enfekte olmuş hamile ve emziren kadınlara ART ilaçlarının sağlanmasının yanı sıra tedaviye elverişli olanlarda ömür boyu tedavinin sürdürülmesini sağlamaktır. Bu iki

yöntemden hangisi seçilirse seçilsin, emzirilen bebeklere 4 ila 6 hafta arasında günde bir defa Nevirapin ya da günde iki defa Zidovudin desteği verilmesinin gerekli olduğu ifade edilmiştir. Hamile olan annenin doğum esnasında ya da sonrasında HIV ile enfekte olduğunun tespit edilmesi durumunda, bebeğe uygulanacak ART desteğinin süresinin 12 haftaya kadar uzatılması gerektiği de vurgulanmaktadır (Hurst, Appelgren ve Kourtis, 2015). Kan ve kan ürünlerinin nakliyle de bulaşabilen HIV enfeksiyonundan korunabilmek adına, nakilden önce her türlü kan, organ ve dokunun HIV bakımından kontrol edilmesi gerekmektedir. Bu kontrol işlemi yapılmadan nakil gerçekleştirilmemelidir. Bu noktada, hastalığın pencere döneminde olan bireylerde testlerin yanlış sonuç çıkararak negatif gösterebileceği ihtimali de göz ardı edilmemelidir (Demirörs, 2019).

2.2 Hastalığı Kabullenme

Kronik hastalıklı bireyler yasamlarının kısıtlandığını, adeta bir parçalarının kaybolduğunu düşünürler ve sosyal izolasyon deneyimleri, gözden düşmüş olduklarını ve çevreye sıkıntı verdiklerini hissederler. Etrafındaki kişilerin, onların farklı olduklarını anlayıp kendilerini rahatsız hissedeceklerini düşünürler ve çevreleri tarafından kabul edilmek isterler. Hastalığı kabul hasta birey tarafından farkında olmak olarak tanımlanır ve hasta ile hastalık arasında kabul edilen özel bir sözleşme gibidir. Bunun anlamı hastanın hastalığın yaşamına getireceği değişiklik ve kısıtlamalarla baş etmeye hazır hale gelmesidir (Ben-Shlomo, Camfield ve Warner, 2002; Carpenter, 2005).

Kronik hastalığı olan bireylerin çoğu hastalığı kabul etmeyi büyük bir problem olarak görür. Bireylerin yaşamın dönüm noktalarında ve stresli olaylarla baş etmesinde etkili sosyal ve kişisel faktörler göreceli olarak değişmeyen kişisel kaynaklardır. Kişisel kaynaklar hastalığı kabul etmede önemli faktörler olarak kabul edilirler ve sosyal destek, stresle baş etme yöntemleri, öz saygı, öz yeterlik, kontrol duygusu, iyimserlik, atılgan davranış, sağlık odaklı öz kontrol olarak tanımlanır. Kişisel kaynakların tam fonksiyon görmesi, hastalık dâhil stresli yaşam olaylarına uyuma, hastalığı kabulün daha iyi olmasına ve iyileşme dönemine yardımcı olur (Côté ve Pepler, 2005; Ericson, 2000).

Hastalığı gerçekçi olarak kabul etmek sağlığı geliştirici koruyucu davranışları doğrudan etkiler. Hastalığı kabul, boyun eğme anlamına gelmez daha çok hastalığın oluşturduğu yeni yaşam şekline bireyin entegre edilmesi anlamını taşır. Hastalığı kabul hastalığı

yaşamak değil, hastalıkla yaşamak anlamındadır. Hastanın hastalığı kabulü, öz bakım uygulamaları ve gerekli yaşam tarzı değişiklikleri yaparak hastalığın kontrolünün sağlanmasında ciddi bir öneme sahiptir (Besen ve Esen, 2012).

Edelwich ve Brodosky (1980) hastalığa adaptasyon safhalarını tartışmış ve kabulü bu aşamalardan birisi olarak göstermiştir. Kabulü, kavramsal olarak, hastalığa teslim olmak değil hastalığa gerçekçi adaptasyon şeklinde tanımlamıştır. Bunun anlamı, duruma cevap olarak pasif değil, yaşamı kontrol için daha fazla çaba harcayarak aktif olmaktır. Keogh, Bond, Hanmer ve Tilston (2005) hastalıklarının kontrolü için sorumluluk duygusuyla gayret eden aktif kronik hastalığı bulunan bireyleri incelediğinde bu bireylerin hastalık kabul düzeylerinin dikkat çekici olduğunu belirtmiştir.

Tıbbi tanıya uyum ve yaşamaya devam etme isteği göstermek, hastalık hakkında gerçekçi ve pozitif olmak kabul göstergesi olarak görülmektedir. Hastalığı kabul kavramı, hastanın bedeni üzerinde var olan duruma ilişkin negatif duygularında azalma olmasıdır. Hastalığı kabulün yokluğu, eksikliği hastalığın getirdiği sınırlamalara boyun eğme ile sonuçlanır ve öz yeterlikte-öz saygı duygusunda azalma, bağımlılık duygusunda artmaya neden olur (Besen, 2009).

Kronik hastalık deneyimi, boyun eğme bakış açısı ile hüznü, kendinden bir şeyler vermeyi gerektiren bir çaresizlik ve Pollyanna yaklaşımı ile bütün bu gerçek travmanın varlığının inkâr edilmesi olarak iki yaklaşım tarzı içinde ele alınır. Bu yaklaşımların ikisi de kronik hastalığın gerçeğini çarpıtır ve değiştirir.

Birinci yaklaşımda kronik hastalığa sahip birey hatalı bir davranış içinde olarak algılanır ve uyumsuz olarak tanımlanır. Bu hasta tıbbi tedaviye cevap veremez ve her nedense iyileşmenin olmaması hastanın hatası olarak değerlendirilir. Tedavi ekibinin bu kusurlu yaklaşımının sonucu hastalar ciddi bir kötü davranış olan psikolojik istismara maruz kalırlar ve sıklıkla “Şikâyet etmeyi bırak, sadece sana söylenenlere uymalısın, senin iyiliğin için söyleniyor ne deniyorsa onu yap....” gibi emir cümleleri duyarlar. Hasta birey ekibin olmaması gereken bu sert tutumunu mecburen benimseyebilir ve uyum kelimesi birey için çoğunlukla teslim olmak, engellere ve emirlere bilinçsizce razı olmak anlamına gelir. Bazen bundan daha da kötüsü gerçekleşir ve hastanın uyması gereken durumlar hastaya daha sert ve katı ifadeler ile “bundan sonra bunu yiyemeyeceksin, bu konuda

umutlanma bunu yapamazsın vb.” belirtilir. Bütün bu negatif iletişim ve kusurlu yaklaşım sonucu tedavi ekibi ve hasta yanlış bir anlayışa girerek hastalıktan daha çok hasta hedef haline gelir (Yi, Yi, Vitaliano ve Weinger, 2008; Zhang, Norris, Gregg ve Beckles, 2007)

İkinci yaklaşım olan Polyanna yaklaşımı ise çok farklı ve umutsuz durumlardan tamamen iyileşme başarıları ile sonuçlanan umut dolu deneyim öykülerinden hastanın etkilenme sürecidir. Bu öyküler hastayı psikolojik olarak derinden etkileyerek tamamen iyileşemeyeceği bir durumda bile yararsız bir umut yaratabilir. Genellikle hastaların birbiri ile paylaştığı bu öykülerin temelinde herhangi bir fiziksel veya duygusal travmanın kalıntısının yarattığı üzüntü ve çaresizlik gizlidir. Bazen sosyal durumlarda da polyanna yaklaşımı kullanılabilir. Yeni insanlarla ve yeni durumlarla karşılaştığında birey, bunu bir avantaj olarak kabul edebilir, çevresindekilerin yeni sıkıntılı durumla kendisinin çok rahat baş edebileceğini düşünmelerini sağlar. Birey sıkıntılı ve anksiyeteli davranmadıkça çevresinde insanlar da hastalık olgusuyla yüzleşmez ve sıkıntı yaşamaz. Bu polyanna imajı zamanla tehlikeli bir durum yaratabilir ve diğer insanların hasta bireye gerçekten yardım etmelerine engel oluşturabilir (Besen, 2009).

Yukarıdaki iki yaklaşım da uç duyguları ifade etmektedir. Boyun eğme bakış açısında çok az umut, polyanna bakış açısında da çok az gerçeklik bulunur. Hastalığın kabulü değişen sağlık durumu ve beden imajı ile bütünleşmeyi sağlayabilmektir (20, 96). Hastalığı kabul, hasta tarafından hastalığın farkındalığı ve özel olarak “hasta-hastalık-sözleşmesi” olarak tanımlanmıştır. Bunun anlamı, hasta, hastalığın yaşamına zorunlu olarak getirdiği kısıtlamalar ve değişikliklerle uğraşmaya ve uyum sağlamaya hazır olmasıdır (Stuifbergen vd., 2008).

2.2.1 Hastalığı Kabulün Yararları

Hastalığı kabul, yaşam kalitesini arttıran, duygusal stresi azaltan, tedavi rejimine uyumu ve hastalıkla baş etmeyi sağlayan önemli bir faktördür. Motivasyonu sağlama, destekleyici çevre oluşturma ve cesaretlendirme ile ilgili girişim programlarının hedefi olabilir. Hastalığı kabul, pozitif baş etme davranışları, yaşam tarzı düzenlemelerini yönetme isteği ve hastalığın kontrolünü sağlar. Hastalığın kabulü, bireyin hastalık, tedavi rejimi ve kendini kontrol davranışları hakkında bilgi kazanma isteğini etkiler, farkındalık duygusu yaratır. Bireyde oluşan bu farkındalık duygusu, psikolojik ve fiziksel faydalarla oluşan farkındalık duygusudur; bireyin gerilimini azaltarak yaşam kalitesinin artmasını

sağlar. Kronik hastalarla yapılan çalışmalar hastalığını kabul eden bireylerin daha iyi adaptasyon gösterdiğini vurgulamaktadır (Metsch, Tillil, Köbberling ve Sartory, 1995; Misra ve Lager, 2008).

Konu ile ilgili çalışmalar (Ben-Shlomo, Camfield ve Warner, 2002; Carpenter, 2005; Côté ve Pepler, 2005; Griffin ve Rabkin, 1998) daha fazla emosyonel destek alan, daha az ayırım algılayan, öz saygısı yüksek olan ve yaşamdan memnun olduğunu ifade eden bireylerin hastalığı kabul eden bireylerin hastalıkla mücadele sürecinin daha kolay olduğunu saptamıştır. Hastalığın kabulü, mental ve fiziksel sağlığı sağlayarak yaşam kalitesini artırır, hastalığın yaşama en iyi şekilde uyarlanmasını sağlar. Kabul uyum davranışlarını artırır, hastalıkla bas etmede ciddi bir fonksiyone sahiptir, bireyde hastalığın yarattığı kısıtlamalar ve engellerin farkında olarak uyum davranışlarını iyileştirir. Kronik hastalığa sahip ve hastalığını kabul etmiş bir birey için yaşamın bir amacı ve anlamı vardır, hastalığın getirdiği sınırlılıklara rağmen yaşam kalitesi mevcuttur.

2.2.2 Hastalığı Kabulü Reddetmenin Sonuçları

Kronik hastalığı olan bireyde hastalıktan kaçınma davranışı ve inkar uzarsa birey immobilize hale gelebilir ve sorun hakkındaki bilgi ve farkındalık yetisini ya kazanamaz ya da edindiklerini kaybedebilir. Bu da bireyin tedavisi ve bakım gereksinimleri hakkında zamanında karar vermesini önleyebilir ve aileden başka bir üyenin karar verici rolde olması sonucunu doğurur. Yetersizliğe sahip birçok birey korku ve stres yaşadıkları durumdan kaçır veya sosyal olarak kabul edilmeyeceklerine ilişkin endişeleri olduğu için uygun olmayan baş etme yöntemleri kullanır. Pasif baş etme şekilleri olarak tanımlanan kaçınma ve inkâr, hasta ve sağlıklı örneklemlerde fizyolojik ve bağışıklı durumunun kötüleşmesi ile de ilişkili bulunmuştur. Kötümserlik eğilimi ile karakterize kişiler sosyal ilişkilerden yarar görmedikleri algısını hissedebilirler ve olayların kötü etkileri hakkındaki gereksiz negatif düşünceler ile yüklenirler. Bu nedenle sosyal ilişkilerde inhibe olurlar, örneğin, bilişsel olarak hastalığının yan etkileri hakkında baskılayıcı düşünceleri olan bir hasta ilişkilerden kaçınabilir, olayları hatırlatan ilişkilerden, bilgi ve duygusal destek alabileceği kaynaklara ulaşmada kısıtlama yaşayabilir (Segerstrom, Taylor, Kemeny ve Fahey, 1998; Song ve Hardisty, 2009). Ayrıca, bireyin hastalığını kabul etmenin eksikliği ya da kabul düzeyinin düşüklüğü; tıbbi önerilere uyumsuzluğa, kendi kendine tedavi yöntemleri geliştirmeye, yüksek dozda ilaç kullanmaya ve alternatif

tedavilere, reçete edilen tedaviyi kullanmamaya, derin psikososyal strese ve negatif duygusal tükenmişliğe neden olur (Stuifbergen vd., 2008; Yi, Yi, Vitaliano ve Weinger, 2008).

2.3 Umutsuzluk

2.3.1 Umut ve Umutsuzluk Kavramları

İç dünyamızda ki yansımaları duygularımız sayesinde dışa vurabiliriz. Fakat var olan her duygu aynı etkiyi yaratmaz. Bireylerde bıraktığı etkiye göre duyguları pozitif veya negatif şeklinde ikiye farklı şekilde kategorize edildiği gözlemlenmiştir (Hökelekli, 2009). Kişiler ile başka varlıklar arasında ki bağı güçlendiren ve yaklaştıran hislere pozitif kategoriye oluşturmaktadır. Bu bilgiler ışığında umut hissinin pozitif, umutsuzluk duygusunun ise negatif duygular kategorisinde yer aldığı anlaşılabilir.

Umut duygusu kişinin hedeflerini gerçekleştirmek için sahip olduğu olumlu beklentidir. Bu hissi barındıran kişiler hayatlarının gelecek evrelerinde iyi şeylerin olacağını bekler, iyimser, istekli ve arzulu bekleyiş içerisinde olmaya meyillidirler (Adler, 2017). Hayatın akışında ve insanın ruhunun özünde umut etmek vardır. Umut aktif olmaktır, hayatı kaçırmamak ve etkili olmaktır. Umutsuzluk ise hayatı kaçırmaktır. Yani umut duygusunun hayati bir öneme sahip olduğunu; yokluğunda ise yaşarken ölmeyi çağrıştırdığı söylenebilir (Aydın, Kaya ve Peker, 2015).

Kişi stresli olaylar karşısında ayakta tutan ve güçsüz duruma düşmesini engelleyen duygu umuttur. Gelecek planlarında ki belirsizlik ve günlük hayatlarında ki stres seviyesi yüksek olaylarda kişi umut duygusunun yardımıyla hayatına devam eder. Sadece günlük yaşam için değil, psikolojik terapilerde de kişiye geleceğinin daha iyi olacağını dair inanca sahip olmak yani umutlu olmaktır (Fromm, 2013).

Her kişinin gelecekle alakalı belirlediği amaçları vardır ve onları gerçekleştirmek için uğraşırlar. Bununla birlikte amaçlarının olup olmayacağına dair düşünce ve inanca sahiptir. Kişi hedeflerine ulaşma sürecinde, şansa karşı yetenek, diğerlerine karşı beslenen güven, uzun ve kısa dönemli hedefleri gerçekleştirme çabasına olan inanç ile

bu inançlar arasındaki etkileşim bireyin umutlu veya umutsuz olmasında ki etkisi olduğu gözlemlenmiştir. (Dilbaz ve Seher, 1998).

2.3.2 Umutsuzluğun Sebepleri

2.3.2.1 İnancın Azalması

İnsan gerçekleşmesini derinlemesine arzu ettiği şeyleri elde etme eğilimindedir. Hedeflerini gerçekleştirmeye dair inançları ise bu seviyede onlara yardımcı olur. Kişiler hedeflerini gerçekleştirmeye yönelik inançlarının yoğunluğunun seviyesine göre başarıya ulaşırlar. Çünkü inanç, karşılaşılan sıkıntıları aşmasını ve üstesinden gelinmesini sağlar (Peale, 2007).

İnsanoğlunun inançsız bir hayat sürmesi pek mümkün değildir. Her kişi kendisine ve başka kişilere inanmak ve güvenmek ister. İnsan varlığını sürdürebilmesi için hayat inancı oluşturma ihtiyacı hisseder ve bu inancı sağlayamayan kişiler güvensiz, yalnız ve umutsuz hissederler. Umut ve inanç birbirlerine bağlı şekildedir ve birbirlerini takip ederler. Bir insan umudunu kaybederse hayata olan inancını da aynı şekilde kaybeder. Umut olmadan inanç olmaz (Fromm, 2013).

2.3.2.2 Üretkenliğin Yitirilmesi

İnsanın umutsuzluğa kapılması doğaldır. Çünkü kişiler bir işle ilgilenerek ve üreterek elde ettiklerini gösterebilirler. Bu durumun yaşanmadığı durumlarda kendilerini değersiz ve yetersiz hisseder hayata karşı umutsuz bir havaya kapılabilirler (Frankl, 2018). Umutsuzluk durumu kişide gelecek hakkında bir beklenti durumunun olmayışıdır ve beraberinde eylemsizlik halini kişide yaratarak, kişinin üretkenliğini ve yaratıcılığını engeller (İmamoğlu ve Yavuz, 2011).

Umut hisleri yeteri kadar güçlü olmayan insanlar umursamazlardır aksine bu hisleri güçlü olan kişiler ise hayattaki amaçlarına ulaşmak için gereken neyse onu yaparlar ve bu durumdan mutluluk duyarlar. Kişinin umutsuz olması sonucunda gelecekte herhangi bir pozitif beklenti içerisinde olmamasından kaynaklanır. Bu nedenle geleceğin negatif olacağını varsayan kişi ne yaparsa yapsın olumsuz olacağından çabalamayı bırakır ve umursamaz davranması kaçınılmaz olur. Herhangi bir insanın umut duygusu olmadan

yaşamaları çok zordur bunun için umutsuz kimse yaşamaktan nefret eder. Üretkenliğini umutsuzluğu engeller ve hayatını yok etmeye yönelir. Yaşamak istediği hayatı yaşayamadığı için hayatını yıkarak kendisinden intikam alır. Yıkıcılık yaparak hem kendisini hem sosyal çevresine zarar verir. (Fromm, 2015).

2.3.2.3 Amaçsızlık ve Anlam Yokluğu

İnsan, hayatın içerisindeyken genel olarak anlam arayışı peşindedir. Bireyler kendilerine en uygun anlamı keşfetmek için uğraşırlar. Herkesin bulmaya çalıştığı veya bulunduğu anlam birbirinden farklı, özel ve eşsizdir. İnsanın bulunduğu anlam kişisel bir durum olduğu için içeriğinde farklılıklar taşır. Dini ve dünya görüşü olabileceği gibi uzun süreli veya kısa süreli olabilir. İnsanın var olma hikayesinin sebeplerini anlama gayesi hayat amaçlarına ulaşmasıyla yakından ilişkilidir. Hedeflerine ulaşmaya çalışan insanın hayatı anlamlıdır. Bu açıdan, anlam ve amaç olgularının birbirlerini takip eden kavramlar olduğu ifade edilebilir (Aydın, Kaya ve Peker, 2015).

Hayatın akışında karşılaşılan problemler, kişilerin birlikte aşması gereken durumlardır. Farklı kişilerle işbirliği içerisinde bulunmak ve toplum faydası için işler yapmak ise hayatı anlamlı hale getirir. Bu durumun farkında olan kişiler hayat içerisinde karşılaştıkları zorlukları çevrelerindeki insanlardan da destek alarak aşarlar. Çalışmalar gösteriyor ki yeterli toplum desteği almayan kişiler karşılaştıkları zorlukları aşmada tek başına zorlanırlar ve bu da bireyi umutsuzluğa itebilir (Adler, 2017).

2.3.2.4 Yaşanan Olumsuz Olaylar

Her insan yaşadığı negatif durumları aşma ve hayatına devam edecek potansiyele sahiptir. Lakin bu durumla karşılaşan her insan da aynı iyimserlik ve umudunu devam ettirme arzusu bulunmayabilir. Trajik olay karşısında ümidin sürdürülebilmesi için üç yol izlenmelidir: Birincisi hissedilen acıdan kişinin beslenmesi ve bunu başarıya dönüştürmesi. İkincisi eğer suçluluk hissiyatı fazlaysa kişi kendisini pozitif yönde değiştirmeye çalışması. Üçüncüsü ise hayatın geçici olduğunun farkında olarak sorumluluk alma yönünde girişken olmasıdır (Frankl, 2018).

Fiziksel aktivasyona engel durumlar veya anormallik durumları, bireyin hayatını negatif yönde etkiler. Çeşitli anormalliklerle doğan bebekler büyüdüklerinde kendilerini diğer insanlarla karşılaştırarak yetersizlik duygusuna kapılabilirler ve bıkkınlık hissiyatına

kapılabilirler. Arkadaşlarının kendisiyle dalga geçmeleri, ona acımaları ve garipsemeleri aşağılık duygununun artmasına neden olur (Akça, Oğuztürk ve Şahin, 2011).

2.3.3 Umutsuzluğun Psikolojik Etkileri

Sosyal olarak yeterlilik ve psikolojik stabiliteyi etkileyen bir diğer faktör umutsuzluk duygusudur. Umutsuzluk seviyesi çok olan kimselerde negatif yaşantıları ve problemler ile karşılaştıklarında ruhsal sıkıntılar yaşamaya diğer bireylerden daha yatkındırlar. Hayat memnuniyeti ve yaşam doyumu bireylerin umut veya umutsuzluk düzeylerinden etkilenir. (Çelik, 2015). Umutsuz kişiler olumsuz ve karamsar bakış açısına sahip oldukları için mevcut durumlarından hoşnut değillerdir ancak bu durumu değiştirmeye yönelik çaba da göstermezler. Umud duygusunun yokluğu farklı psikolojik rahatsızlıklara sebep olduğu yapılan araştırmalarda gözlemlenmiştir. Kişi umudunun gücü oranında yaşama tutunur ve hedeflerine ulaşmak için çaba gösterir (İmamoğlu ve Yavuz, 2011).

2.4 Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu

2.4.1 Tanım ve Tarihçe

DEHB; dikkat eksikliği, impulsivite ve aşırı motor hareketliliği gibi durumlara rastlanan, genellikle erken çocukluk dönemiyle birlikte başlayan ve ergenlik ile yetişkinlik dönemlerinde de devam edebilen, bazı durumlarda diğer fonksiyonel bozukluklarla birlikte görülen nörogelişimsel bir bozukluk olarak ifade edilmektedir (Polanczyk vd., 2014, Kessler vd., 2005b). DEHB, bir dizi çekirdek belirtinin yanı sıra toplumsal zorluklar da barındıran ve çocukluk döneminde en sık görülen nörogelişimsel bozukluklar arasında yer almaktadır. Çocukluk döneminde aşırı dikkatsizlik ya da hiperaktivite olarak da tanımlanan aşırı hareketlilik, unutkanlık, kontrolsüz ve ani dürtüsel tepkiler ve kolayca başka şeylere sapabilme bu bozukluğun çekirdek belirtileri olarak gösterilmektedir (Örengül ve Sabuncuoğlu, 2018).

Hiperaktivite, uzun yıllardan beri çok sayıda bilim insanının üzerinde çalışma yaptığı konulardan biridir. Sir Alexander Crichton tarafından 1798 yılında kaleme alınan “Zihinsel Düzensizliğin Doğası ve Kökenine Dair Bir Araştırma” adlı kitapta “zihinsel huzursuzluk” kavramından bahsedilmiş ve dikkatsizlik belirtileri görülen çocuklara dair gözlemler ortaya konulmuştur (Palmer ve Finer, 2001). DEHB kavramı net bir şekilde ilk

olarak George Still tarafından 1902 yılında Londra Kraliyet Doktorlar Koleji'nde tanımlanmış ve hem beslenmenin hem de doğanın bu bozukluğu tetikleyebileceği belirtilmiştir (Rafalovich, 2001). Bu durumu ifade etmek için yararlanılan terminoloji belirli aralıklarla değişmiş ve sırasıyla şu şekilde kullanılmıştır: DSM-I (1952) “minimal beyin disfonksiyonu”, DSM-II (1968) “çocukluk döneminin hiperkinetik reaksiyonu” ve DSM-III (1980) “hiperaktivite olan ya da olmayan dikkat eksikliği bozukluğu (ADD)” (CDC, 2012). 1987 yılında DSM-III-R’de DEHB olarak anılmaya başlanmış ve 1994 tarihinde DSM-IV ile birlikte tanı üç alt tipe ayrılmıştır: DEHB dikkat eksikliği baskın tip, DEHB hiperaktif-dürtüsel tip ve DEHB kombine tip (Millichap, 2010). DSM-5’te de aynı terimlerden yararlanılmıştır (APA, 2013).

Benzerdrine, 1934 yılında Amerika Birleşik Devletleri’nde FDA tarafından kullanımı onaylanan ilk amfetamin türü olarak kayıtlara geçmiştir. Daha sonra 1950’li yıllarda kullanıma giren Metilfenidat ve 1970’lerde kullanılan enantiopure ise dekstroamfetamindir. 1990’lu yıllara gelinceye kadar yapılan pek çok araştırmada “prefrontal-striatal ağın DEHB tanısı konulmuş çocuklarda normalden daha küçük olduğu” ortaya konulmuştur. Bununla birlikte, altında yatan bir genetik neden tanımlanmış ve DEHB’in erişkinlik dönemini de etkileyen, uzun vadeli ve kalıcı bir bozukluk olduğu belirtilmiştir (Millichap, 2010).

2.4.2 Epidemiyoloji

DEHB, çocukluk döneminde yaygın olarak görülen psikolojik hastalıklardan biridir (Smith, Barkley ve Shapiro, 2006). Prevalans çalışmalarında ulaşılan neticeler; çalışmanın yapıldığı coğrafi bölgenin nitelikleri, cinsiyet ve yaş dağılımı ve çalışma için belirlenmiş olan tanı kriterleri doğrultusunda değişiklik göstermektedir (Lueng and Hon, 2016). DEHB’in çocuklarda ve ergenlerde yüzde 2 ila 17 arasında görülme sıklığına sahip olduğu, prevalansın ise araştırmaların yöntemsel farklılıklarından dolayı yüzde 5 ila 10 arasında olduğu ifade edilmiştir (Scahill and Swaab-Stone, 2000). Diğer bir epidemiyolojik çalışmada ise yetişkin bireylerde DEHB görülme sıklığının yüzde 4,4 olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Polanczyk ve Rohde, 2007).

Almanya’da 18-64 yaş aralığında yer alan 1655 kişinin dahil edildiği bir araştırmada, yetişkinler arasında DEHB görülme sıklığının kabaca yüzde 4,7 olduğu ifade edilmiştir (de Zwaan vd., 2012). İtalya’daki bir psikiyatri kliniğine ayakta başvuran 634 kişi

üzerinden yapılan bir çalışmada da yetişkinler arasında DEHB yaygınlığının yüzde 6,9 olduğu sonucu saptanmıştır (Valsecchi vd., 2018). Son 20 yılda yapılan popülasyon çalışmaları ile meta-analitik çalışmalar, erişkinler arasındaki DEHB sıklığının ortalama yüzde 2,5 ila 5 arasında değişiklik gösterdiğini ve dünya genelinde bu hastalığın yüzde 3 gibi bir yaygınlığa sahip olduğunu ortaya koymaktadır (Fayyad vd., 2017, Polanczyk vd., 2014, Willcutt, 2012).

Çocukluk dönemi DEHB prevalansına dair yayınlar literatürde oldukça fazlayken, erişkin çağındaki bireyler için tam tersi söz konusudur. Var olan çalışmaların genellikle retrospektif türde olduğu, klinik görüşmelerin esas alındığı toplum temelli araştırmaların ise sayıca yetersiz kaldığı görülmektedir. 18-44 yaş aralığındaki 3199 bireyin katılımıyla yapılan bir araştırmada, erişkinler arasında DEHB görülme sıklığı yüzde 4,4 olarak belirlenmiştir (Kessler vd., 2006). Dünya Sağlık Örgütü'nün farklı sosyodemografik özelliklere sahip 10 ülkeden, toplamda 11 bin 422 yetişkinin katılımıyla yapmış olduğu epidemiyolojik araştırma ise erişkinler arasında DEHB görülme sıklığını yüzde 3,4 olarak ortaya koymuştur (Fayyad vd., 2007). Yetişkinler arasında DEHB görülme sıklığının farklı çalışmalarda farklı oranlar vermesi; araştırmalar için kullanılan örneklemin farklılık göstermesi, araştırmalar için kullanılan tanı ölçütlerinin sürekli değişiklik göstermesi ve DEHB ile diğer psikolojik tabloların zaman zaman karıştırılması gibi nedenlere bağlanmaktadır (Wilens, Faraone ve Biederman, 2004).

Türkiye'de yapılmış olan bir çalışmada da yetişkinler arasında DEHB görülme sıklığının yüzde 5,9 oranında olduğu belirlenmiş ve tanı konulan kişilerde dikkat eksikliğinin ön plana çıktığı alt tipin yüzde 44,7'lik, hiperaktivite ve dürtüselliğin öne çıktığı alt tipin yüzde 32,9'luk ve bileşik tipin de yüzde 22,4'lük paya sahip olduğu tespit edilmiştir (Kısacık, 2019). 2018 yılında farklı ülkelerde yaşayan 726 tıp fakültesi öğrencisi arasında yapılan bir araştırmada, DEHB Öz Bildirim Tarama Ölçeği kullanılmış ve çalışmaya katılan 247 öğrencide yani katılımcıların yüzde 37'sinde yetişkin tipi DEHB olduğundan şüphe edilmiş; ancak sonrasında yapılan psikiyatrik taramalar neticesinde yalnızca yüzde 7,9'luk orana denk gelen 83 kişiye DEHB tanısı konulabilmiştir (Mattos, Nazar ve Tannock, 2018).

2.4.3 Etiyoloji

Nörolojik işlev bozukluğu ve özellikle de beyinde dopamin üretimi ile kullanımı ile ilgili süreçler, DEHB hastalığının ortaya çıkma nedenlerindedir. Ancak yine de çoğu DEHB vakasına neden olan asıl etken bilinmemektedir. Çevresel ve sosyal etkenler arasındaki etkileşimlerin yanı sıra genetiğin de bu konuda belirleyici olduğu düşünülmektedir. Daha önce geçirilen ve beyinde hasar bırakmış olan enfeksiyonlar ile travmaların da DEHB için tetikleyici olabileceği belirtilmektedir (Millichap, 2010).

2.4.3.1 Genetik Faktörler

DEHB etiyojisinde genetik etkenlerinden önemini ilk defa ortaya atan kişi Cantwell'dir (Cantwell, 1972). Yapılan araştırmalar, ebeveynlerden birinde DEHB saptanması durumunda çocuklarda yüzde 20 ila 54 arasında değişen oranlarda DEHB görüldüğünü ortaya koymuştur. Bu da ebeveynlerinden birinde DEHB olan çocukların 8 kata yakın DEHB riski taşıdığı anlamına gelmektedir (Faraone ve Doyle, 2001, Asherson, 2004). Türkiye'de yapılan bir araştırmada da DEHB tanısı ile takip edilen çocuk ve ergenlerin ebeveynlerinde DEHB yaygınlık oranı yüzde 6,8 olarak tespit edilmiştir (Pazvantoplu vd., 2014).

İkiz çalışmaları neticesinde elde edilen veriler, DEHB'in ömür boyu kalıtılabilirlik düzeyinin yüzde 70-80 arasında olduğuna dair tahminlerin yapılmasına neden olmaktadır (Franke vd., 2012, Faraone vd., 2005). Evlat edinme gibi durumlar, DEHB'in paylaşılan çevresel etkenler ile ailesel faktörlerden ziyade, genetik faktörlerle izah edilebileceğini göstermektedir (Sprich vd., 2000). Evlat edinilen akrabalarla kıyaslandığı zaman, DEHB tanısı konulmuş çocuklar ile ergenlerin biyolojik akrabalarında daha düşük performans gösterdiği dikkat ölçümleriyle de ortaya konulmuştur (Alberts-Corush vd., 1986).

Genetik etkenlerin DEHB üzerinde bir etkisi olduğu açıktır, ancak bu konuda yapılan çok sayıda çalışmaya rağmen kalıtım paternine dair kesin bir bilgi de yoktur. Mendelian kalıtım belirtisi göstermeyen kompleks bir hastalık olan DEHB, çevresel faktörler ve çok sayıda gen etkileşimi neticesinde ortaya çıkmaktadır. Genetik çalışmalardan elde edilen verilere göre dopamin sistemi ile alakalı bazı aday genler (D2, D3, D4 ve D5 reseptörleri ve dopamin taşıyıcıları (DAT) gibi) ön plana çıkmaktadır. Bu grupta yer alan DRD4 (D4) ve DAT1 genleri, daha anlamlı bulgular göstermelerinden dolayı günümüzde bu konuda yapılan çalışmaların ilgi odağındadır (Kayaalp, 2008).

DEHB'in ortaya çıkmasında, toplumdaki yaygın genetik varyantların etkili olduğu ve daha nadir görülen (toplumda <%1) kopya sayısı farklılıklarının da önemli paya sahip olduğu yapılan çalışmalar neticesinde belirlenmiştir. DEHB hastalarında yüzde 15 düzeyinde kopya sayısı değişikliklerine rastlanmıştır. DEHB ile alakalı CNV'ler nöronal glutamaterjik yolak için lazım olan birkaç glutamat reseptör geni ile beyinde ve otonomik sinir sisteminin sinyalizasyonunda yer alan nöropeptid Y'yi kodlayan genlerde görülmüştür. Şizofreni ve otizm gibi durumlarda da DEHB ile alakalı CNV'lere rastlanmaktadır (Faraone vd., 2015).

2.4.3.2 Çevresel Faktörler

Çevresel etkenler de DEHB gelişiminde önemli bir yere sahiptir. Hamilelik döneminde alkol kullanımı, fetal alkol spektrum bozukluklarına yol açabilmekte ve DEHB ile benzer belirtilerin görülmesine yol açabilmektedir. Kurşun ya da poliklorlubifeniller gibi toksik maddelere maruz kalan çocuklarda da DEHB ile benzerlik gösteren sorunlara rastlanmaktadır. Organfosfat içeren böcek ilaçları, dialkil fosfat ile klorpirifosa maruz kalınmasının DEHB riskini arttırdığına dair çalışmalar da bulunmaktadır. Hamilelik döneminde çok fazla sigara dumanına maruz kalınması, merkezi sinir sisteminin gelişimi üzerinde olumsuz etkilerin ortaya çıkmasına neden olabilir ve bu da DEHB riskinin artması anlamına gelmektedir. Doğum ağırlığının çok düşük olması, aşırı erken doğum, istismar ve sosyal yoksunluk, ihmal, gebelik döneminde ya da doğum sırasında geçirilen bazı enfeksiyonlar (kızamık, kızamıkçık, varisellazoster, ensefaliti ve enterovirüs) da DEHB'e dair riskin artmasına neden olmaktadır. Hamilelik döneminde uzun süreli asetaminofen kullanımı ile DEHB arasında bir bağlantı olduğuna dair bazı iddialar da mevcuttur. Travmatik beyin hasarı yaşayan çocukların yüzde 30'luk kısmında sonraki dönemlerde DEHB görülebilmektedir ve tanı konulan toplam DEHB vakalarının yaklaşık yüzde 5'lik kısmının beyin hasarından kaynaklandığı bilinmektedir. Yapılan çalışmalar yüksek miktarda rafine şeker tüketiminin, aşırı televizyon izlemenin, ebeveynliğin, aile kaosunun ve yoksulluğun doğrudan DEHB'e neden olduğu gibi tezleri desteklememektedir; ancak DEHB tanısı konulmuş kişilerde bu durumlar semptomların kötüleşmesine neden olabilmektedir (Mayes, Bagwell ve Erkulwater, 2009).

2.4.3.3 Sosyodemografik Faktörler

Cinsiyet, etnik köken, yaş ve sosyoekonomik durum gibi etkenler de DEHB prevalansı noktasında önemlidir. Çocuklar ile ergenlerde DEHB daha çok erkekleri etkilemektedir. Yapılan klinik çalışmalarda 4:1; popülasyon çalışmalarında ise 2.4:1 oranında erkek-kadın cinsiyet oranı tespit edilmiştir. Larsson ve diğerleri (2013), İsveç nüfusu temelli 811 bin 803 kişiden oluşan bir kohort çalışması yapmış ve aile gelirinin düşük olmasının artmış DEHB olasılığını yükselttiği öngörüsüne ulaşmışlardır. Ancak elde edilen bu sonuç, sosyoekonomik düzeyin doğrudan DEHB riskini arttırdığı anlamına gelmemektedir. Zira DEHB ailelerde mesleki ve eğitimsel yetersizliğe neden olmakta ve dolaylı yolda düşük aile gelirine yol açmaktadır. Hangisinin hangisini daha fazla etkilediğine dair kesin bir sonuç yoktur. Ayrıca ADHD'nin gerçek prevalansı etnik kökene göre değişiklik göstermese de bazı araştırmalarda, bazı etnik grupları daha olumsuz etkileyen kötü bakım koşulları dolayısıyla, etnik köken ile DEHB arasında tutarsız bir ilişki bulunduğunu göstermektedir (Faraone, vd., 2015):

2.4.4 Erişkin DEHB Kliniği

Belirti profilinden ele alındığı zaman erişkin DEHB'in büyük ölçüde hiperaktivite, dürtüsellik ve dikkat eksikliğinden oluştuğu görülmektedir. Çocukluk döneminde daha çok hareketlilik ve benzer belirtiler ile ortaya çıkan DEHB; yetişkin dönemde ise dikkat eksikliği ve yürütücü fonksiyonlardaki bozulmalar ile kendini göstermektedir (Semerci ve Aksoy, 2018). Bu yüzden yetişkin bireylerde hareketlilik artışı olmasa bile dikkat eksikliği görülebilmektedir (Solanto vd., 2011, Tuğlu ve Şahin, 2010).

Yetişkin DEHB kliğinde; projeleri tamamlamakta zorlanma, zaman yönetiminde güçlük, öfke kontrolünde zorlanma, iş veya okul performansında düşüş, duygusal değişkenlik, benlik saygısında düşüklük ve bilişsel yetersizlik gibi sorunlarla da karşılaşmaktadır (Moss vd., 2007).

DEHB'in daha çok çocukluk dönemini ilgilendiren bir psikiyatrik hastalık olabileceği ve yetişkin bireylerdeki psikopatolojik etkilerinin sınırlı olduğu görüşü uzun süre varlığını korumuştur. Çocukluk döneminde rastlanan DEHB belirtilerinin erişkinlikte de devam etmesi ve bu belirtilerin metilfenidat ile atomoksetin gibi farmakolojik ajanların kullanımıyla yatışması ve psikososyal müdahaleler karşısında olumlu yanıtların alınması

ile daha anlamlı hale gelen yetişkin DEHB, erişkin psikiyatrisinin önemle üzerinde durduğu konular arasındaki yerini almıştır (Carlezon ve Nestler, 2002).

DEHB ile alakalı toplum temelli üç farklı araştırmada elde edilen sonuçlar, bu hastalığın nörogelişimsel hipotezinin yeniden tartışma konusu olmasına yol açmıştır. Bu çalışmalarda yetişkin dönemde DEHB semptomları sergileyen bireylerin yüzde 65 ila 90'ının çocukluk dönemlerinde DEHB'e dair herhangi bir tanı almadıkları sonucuna ulaşılmıştır (Caye vd., 2016, Agnew-Blais vd., 2016, Moffitt vd., 2015).

Yetişkin dönemde DEHB tanısı alan hastaların, çocukluk dönemlerinde tanı alan diğer erişkin bireylere kıyasla; daha yüksek akademik başarı düzeyine sahip oldukları, daha hafif semptomlar gösterdikleri ve dikkat eksikliğinin ön planda olduğu yönünde sonuçlar mevcutken, uyku bozukluğu açısından komorbid oranlarının daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Lopez vd., 2017).

DSM-5'e göre DEHB tanı ölçütleri aşağıdaki gibidir (APA, 2013):

A. Aşağıdakilerden (1) ve/veya (2) ile belirtili, süreklilik gösteren, işlevselliği ve gelişimi olumsuz yönde etkileyen dikkatsizlik ve/veya aşırı hareketlilik-dürtüsellik örüntüsü:

1. Dikkatsizlik: toplumsal, iş ve/veya okul ile alakalı faaliyetleri direkt olarak olumsuz yönde etkileyen, gelişimsel düzey bakımından uygun olmayan, aşağıda yer alan altı ya da daha fazla belirti en az altı aydır devam etmektedir.

Not: Bu belirtiler, sadece görev ya da yönergeleri anlayamamanın, karşı gelmenin, karşıt olmanın ya da düşmanca bir tutumun dışavurumu söz konusu değildir. 17 yaş ve üzeri olan erişkin bireylerde bu belirtilerden en az beş tanesinin bulunması gerekmektedir.

a. Çoğu defa, okul, iş gibi faaliyetlerde dikkatsizlikten ötürü yanlış yapar ve ayrıntılara gereken özeni göstermez.

b. Oyun oynarken veya iş yaparken, çoğu defa dikkatini sürdürmekte zorluk çeker.

c. Direkt olarak kendisi ile konuşulurken, çoğu kez karşı tarafı hiç dinlemiyor gibi görünür.

- d. Rutin işleri, işle ilgili sorumlulukları, okulda kendisine verilen görevleri çoğu zaman tamamlayamaz ve verilen yönergeleri izlemez.
- e. İşleri ve etkinlikleri belli bir düzene sokmakta çoğu zaman güçlük çeker.
- f. Çoğu zaman, uzun süreli zihinsel çaba gerektiren faaliyetlerden uzak durur, bu faaliyetlerden hoşlanmaz ve bu faaliyetlerde görev almak istemez.
- g. İş ya da etkinlikler için gerekli olan nesnelere çoğu zaman kaybeder.
- h. Dış uyaranlardan ötürü dikkati çoğu zaman kolay dağılır.
- i. Günlük etkinlikler hususunda çoğu zaman unutkanlıktır.

2. Aşırı Hareketlilik ve Dürtüsellik: toplumsal, iş ve/veya okul ile alakalı faaliyetleri direkt olarak olumsuz yönde etkileyen, gelişimsel düzey bakımından uygun olmayan, aşağıda yer alan altı ya da daha fazla belirti en az altı aydır devam etmektedir.

Not: Bu belirtiler, sadece görev ya da yönergeleri anlayamamanın, karşı gelmenin, karşı olmanın ya da düşmanca bir tutumun dışavurumu söz konusu değildir. 17 yaş ve üzeri olan yetişkin bireylerde bu belirtilerden en az beş tanesinin bulunması gerekmektedir.

- a. Çoğu zaman, ellerini ya da ayaklarını vurur, kıpırdanır ya da oturduğu yerde kıvrınır.
 - b. Oturması gerektiği koşullarda, çoğu zaman bulunduğu yerden kalkar.
 - c. Çoğu zaman, bir yerlere tırmanır ve koşturup durur.
 - d. Oyunlarını sessiz bir şekilde oynayamaz, boş zaman faaliyetlerine çoğu zaman sessiz bir şekilde katılamaz.
 - e. Çoğu zaman, motor takılmış gibi sürekli hareket halindedir.
 - f. Çoğu zaman çok fazla konuşur.
 - g. Kendisine sorulan sorular tamamlanmadan yanıt vermeye çalışır.
 - h. Sırada beklemeye çoğu zaman güçlük çeker.
 - i. Bir başkası konuştuğunda çoğu zaman araya girer ya da söz keser.
- B. Aşırı hareketlilik-dürtüsellik ve/veya dikkatsizlik belirtilerine on iki yaşından önce de rastlanmıştır.

İki ya da daha fazla alanda dikkatsizlik ve/veya aşırı hareketlilik-dürtüsellik belirtileri vardır (Örneğin okul ya da iş yeri gibi).

C. Mevcut belirtilerin, okul iş ya da toplumsal hayatta işlevselliği olumsuz yönde etkilediğine, bozduğuna dair kanıtlar mevcuttur.

D. Bu belirtiler, psikoz ile giden bir bozukluğun ya da şizofreninin gidişi esnasında ortaya çıkmıştır ve başka bir ruhsal bozukluk ile daha fazla açıklanamamaktadır (Örneğin kaygı bozukluğu, kişilik bozukluğu ya da duygudurum bozukluğu gibi).

Olup olmadığını belirtiniz.

314.01 Bileşik Görünüm: Hem A1 hem A2 ölçütü son 6 ay boyunca karşılanmıştır.

314.00 Dikkatsizliğin Baskın Olduğu Görünüm: A1 ölçütü son 6 ay boyunca karşılanmıştır; fakat A2 ölçütü karşılanmamışsa

314.01 Dürtüsellik/Hiperaktivitenin Baskın Olduğu Görünüm: A2 ölçütü son 6 ay boyunca karşılanmıştır; fakat A1 ölçütü karşılanmamışsa

2.4.5 DEHB Tedavisi

2.4.5.1. Farmakolojik Tedavi Yöntemleri

DEHB'in farmakolojik tedavisinde uyarıcılar ilk seçenektir ve halihazırda en etkili tedavi yöntemi oldukları düşünülmektedir. Uyarıcı ilaçlar ile DEHB olan bireylerin zihinsel yürütme işlevlerinin geliştirilmesi hedeflenmektedir. Dürtüsellik, göreve bağlılığın düşük olması, dikkat dağınıklığı, dikkat eksikliği ve hiperaktivite hedeflenen semptomlardandır. Uyarıcı ilaçların neredeyse hepsi aynı etkiye sahiptir ancak kullanım dozajı etki süresi ve yan etki profiline bağlı olarak farklılıkların görülebilmesi de mümkündür. Tedaviye en düşük dozaj ile başlanmasına ve intolerans ya da klinik etkinlik açısından titre edilmesine özen gösterilmelidir. Bazı uyarıcılar, toplam günlük doz sayısını azaltabilecek sürekli salımlı preparatlar biçiminde gelmektedir. Aksi durumlarda dozlamının her 4 ila 6 saatte bir yapılması gereklidir. Uyarıcıların önemli düzeyde uykusuzluk sorunu yaratabilmeleri mümkündür. Bu yüzden de uygu saatinden önce verilmemesine de dikkat edilmelidir. İştahın azalması, kilo kaybı, duygu-durum (depresyon, nedensiz sinirlilik) etkileri ve baş ağrıları da uyarıcıların diğer yan etkileridir (Soreff, 2019).

Etkinliği ve uyarıcı olmayan niteliği dolayısıyla DEHB tanısı almış olan çocuklarda ve yetişkin bireylerde Atomoksetin (Strattera) genellikle ikinci basamak, bazı durumlarda

da birinci basamak tedavi olarak uygulanmaktadır. Ancak yapılan araştırmalar atomoksetinin, uyarıcılar kadar kapsamlı bir etkiye sahip olmadığını göstermektedir. Elde edilen veriler venfalaksin ya da bupropionun daha etkili olabileceğini düşündürmektedir. Depresyon tedavisinde kullanılan dozajlar ile benzerlik bulunmaktadır. 2010 yılının Eylül ayında FDA, DEHB tedavisi için uyarıcıların yanı sıra yardımcı tedavi ya da monoterapi için klonidin uzatılmış salımlı formuna (Kapvay) onay vermiştir. 1990'lı yıllarda magnezyum pemolin (Cylert) da kullanılmış; ancak ölümcül hepatotoksisite riski nedeniyle günümüzde nadir kullanılan bir ilaç haline gelmiştir (Soreff, 2019).

2.4.5.2 Farmakolojik Olmayan Tedavi Yöntemleri

DEHB hastalarının yaklaşık olarak yüzde 20 ila 30'luk kısmında ilaç tedavisinden yanıt alınamamaktadır. Bazı durumlarda da hasta ilaç tedavisine yanıt verse bile tedavi uyumunda sorunlar ortaya çıkabilmekte ve ortaya çıkan yeni belirtiler DEHB ilaçları ile ortadan kaldırılamadıkları için hastalara ilaç tedavisine ek olarak psikoterapötik-eğitsel destek de verilmektedir (Sadock, Sadock ve Ruiz, 2005).

Etkili bir ilaç rejimi ile birlikte uygulandığı zaman davranışsal psikoterapi gözle görülür düzeyde olumlu sonuçlar vermektedir. Değişiklik programları ya da davranışsal terapi ile belirsiz beklentiler azaltılabilmekte ve organizasyon artırılabilir. Dikkat etmeye ve odaklanmaya uygun ortamlar yaratabilmek adına okullar ve ebeveynler ile birlikte çalışılması daha doğrudur (Fleming vd., 2015).

DEHB hastalığının tedavisi için farkındalık olarak da tanımlanabilecek mindfulness temelli bazı psikososyal yaklaşımlar da tasarlanmıştır (Zylowska vd., 2008). Mindfulness temelli yaklaşımların DEHB hastalığı taşıyan bireylere faydalı olduğunu bildiren bir meta analizi bulunmaktadır (Cairncross and Miller, 2020). Meditasyon ve yoga gibi aktivitelerin de DEHB hastalarının hiperaktivite ve dikkat eksikliği problemlerinin çözümünde faydalı olabileceği bildirilmiş, ancak bu yöntemlerin etkilerinin doğrulanabilmesi adına daha fazla çalışma yapılması gerekmektedir (Chimiklis vd., 2018).

DEHB hastası olan erişkin bireylerin tedavisinde ışık tedavisinin etkinliğine odaklanan çalışmaların sayısı da oldukça azdır. Günün erken saatlerinde uygulanan 30 dakikalık ışık

tedavisi ile bireylerde duygudurum belirtilerinden bağımsız olarak dikkat eksikliklerinde önemli ölçüde düzelme yaşandığı görülmüştür (Rybak vd., 2006).

DEHB tanısı almış olan yetişkin bireylerin demir, çinko ve selenyum gibi mikro besinlerle takviye edilmelerinin de dikkat eksikliğinin iyileşmesinde etkili olduğuna dair bazı kanıtlar bulunmaktadır (Pellow, Solomon ve Barnard, 2011).

2.5 İlgili Araştırmalar

Li (2006) çalışmasında, aile desteğinin Çin'de HIV/AIDS (PLHA) ile yaşayan insanları nasıl etkilediğini incelemektedir. Derinlemesine, yarı-yapılandırılmış görüşmeler (n=30) HIV/AIDS ile yaşayan, farklı yollardan (örneğin damardan uyuşturucu kullanımı, cinsiyet) ve farklı yaş gruplarından enfekte kişilerle yapılmıştır. Araştırma sonucunda, tüm katılımcıların büyük ölçüde yardıma ihtiyaç duyduğu ve birincil desteğin ailelerinden geldiğini göstermiştir. Aile desteği, finansal yardım, açıklama sürecinde destek, günlük rutin faaliyetler, tıbbi yardım veya psikolojik desteği içermektedir. Bu çalışma, aile tarafından sağlanan desteğin HIV/AIDS ile yaşayan insanlar üzerinde birden fazla düzeyde olumlu etki yarattığını göstermekte ve ailelerin HIV/AIDS müdahalelerine dâhil edilmesinin önemini ortaya koymaktadır.

Nam ve diğerleri (2008) çalışmalarında Güney Afrika'da yüksek bir HIV yaygınlık ortamı olan Gaborone, Botswana'da bağlılık davranışıyla ilgili psiko-sosyal faktörleri belirlemeyi amaçlamışlardır. Özel ve halk sağlığı sektörlerinde en az 6 aydır HIV hastalığı için antiretroviral tedavi görmekte olan yetişkin hastalarla bire bir, derinlemesine görüşmeler yapmışlardır. Araştırma kapsamında, Gömülü teori yaklaşımı benimsenmiş ve amaçsal örnekleme yöntemi tercih edilmiştir. Katılımcıların yaş ortalaması 9.5 ve %53'ü kadındır. HIV hastalığının kabullenilmesinin damgalayıcı tutumları içselleştirmekten kaçınma yeteneğinin ve cesaret verici bir sırdaşın belirlenmesinin iyi bağlılıkla ilgili kilit faktörler olduğunu belirlenmiştir. HIV hastalığını kabullenen bireylerin sosyal ağlara daha kolay dahil oldukları ve inşalarla daha sağlıklı ilişkiler kurdukları sonucuna ulaşılmıştır.

Li ve diğerleri (2009) çalışmalarında, HIV ile ilgili damgalama, sosyal destek, depresyon ve bazı sosyodemografik değişkenler arasındaki ilişkileri incelemeyi amaçlamışlardır. Çalışma kapsamında, kuzey ve kuzeydoğu Tayland bölgelerinde veri toplanmıştır. 408

HIV tanısı almış bireyle mülakat yapılmıştır. HIV ile ilgili damgalama iki alt ölçekle ölçülmüştür: “İçselleştirilmiş Utanç” ve “Algılanan Damga”. Toplanan verilerin analizinde, demografik özellikleri kontrol ederek depresyon, sosyal destek ve HIV ile ilgili damgalanmanın yordayıcılarını incelemek için hiyerarşik çoklu regresyon modeli kullanılmıştır. Araştırma sonucunda, depresyonun damgalanmanın her iki boyutuyla da anlamlı bir şekilde ilişkili olduğunu ortaya koyulmuştur. Ayrıca, içselleştirilmiş utanç ve duygusal sosyal desteğin depresyonun anlamlı yordayıcıları olduğu belirlenmiştir. Kendi kendine bildirilen duygusal sosyal destek ve depresyon arasında negatif yönlü ilişki olduğu saptanmıştır.

Asante (2012) çalışmasında Gana'da HIV ve AIDS (PLHA) ile yaşayan insanların yaş, cinsiyet, sosyal destek ve psikolojik iyilik hali arasındaki ilişkiyi araştırmayı amaçlamıştır. HIV/AIDS ile yaşayan 107 erkek ve kadından demografi, sosyal destek ve psikolojik iyi oluş (stres, depresyon ve anksiyete) ile ilgili bilgileri içeren kesitsel veriler toplanmıştır. Yaş grubu farklılıklarını araştırmak için, katılımcılar yaşa göre katmanlara ayrıldı (<39 vs. 40+ yıl). Demografik veri anketi, Sosyal Destek Kaynakları Ölçeği ve Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği (DASS- 42) olmak üzere, kendi kendine uygulanan üç anonim anket kullanılmıştır. Araştırma sonucunda, sosyal desteğin depresyon, stres ve kaygı ile negatif ilişkili olduğunu ortaya koyulmuştur. HIV ile yaşayan erkeklerle karşılaştırıldığında, kadınların daha yüksek düzeyde stres, depresyon ve kaygı düzeyine sahip olduğu saptanmıştır. HIV tanısı almış bireylerde kadın ve düşük gelir düzeyine sahip olmanın depresyon ve stres için önemli risk faktörleri oldukları belirlenmiştir.

Mo ve Coulson (2012) örneklemini 340 HIV pozitif tanısı almış bireyin oluşturduğu çalışmalarında HIV tanısı almış bireylerin çevrimiçi destek grubu kullanımının psikolojik etkilerini incelemiştir. Araştırma sonucunda, daha yüksek düzeyde çevrimiçi destek grubu katılımına sahip bireylerin, daha yüksek düzeyde güçlendirme süreçlerine sahip olduklarını ve bunun da, hayata karşı daha yüksek düzeyde iyimserliğe sahip olmalarını sağladığını göstermiştir. İyimserlik, daha düşük yalnızlık ve depresyon düzeyleriyle ilişkiliyken, yalnızlık da daha yüksek depresyon düzeyleriyle ilişkili bulunmuştur. Ayrıca, çevrimiçi destek grubu katılımının daha yüksek düzeyde olduğu katılımcıların, daha düşük düzeyde katılım gösterenlerden daha iyi psikolojik sağlığa sahip olduğu belirlenmiştir.

Pandiyan, Kumar ve Hongally (2015) özel bir psikoloji kliniğine başvuran yaşları 18-30 arasında değişen 50 seks işçisiyle yaptıkları çalışmalarında genç kadınlarda DEHB ve diğer ilişkili faktörlerin (HIV riski) yaygınlığını değerlendirmişlerdir. Çalışma kapsamında veri toplama aracı olarak riskli cinsel davranışların ayrıntılarını içeren bir sosyodemografik form, Yetişkin DEHB Öz Bildirim Ölçeği ve Wender Utah Derecelendirme Ölçeği, Riskli Cinsel Davranış için Davranış Ölçeği, psikiyatrik komorbiditeler için MINI nöropsikiyatrik görüşme, varsa depresyon şiddeti için Beck Depresyon Envanteri kullanılmıştır. Araştırma sonucunda, katılımcıların %34'ünün DEHB belirti düzeylerinin yüksek olduğu belirlenmiştir. Yaş, eğitim düzeyi, gelir düzeyi arttıkça DEHB belirti düzeyinin azaldığı fakat çalışma süresi arttıkça DEHB belirti düzeyinin arttığı tespit edilmiştir. DEHB belirti düzeyi yüksek olan bireylerde anlamlı olarak daha az tutarlı kondom kullanımı, daha fazla seks partneri, cinsel ilişki öncesi daha fazla enjeksiyon ilacı kullanımı olduğu saptanmıştır. Son olarak, DEHB belirti düzeyi olanlarda HIV tanısı alma oranının da daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Pandiyan, Kumar ve Hongally (2016) araştırma grubunu 96 kadın seks işçisinin oluşturduğu çalışmalarında, kadın seks işçileri arasında DEHB ve buna bağlı psikiyatrik morbiditenin yaygınlığını belirlemeyi amaçlamışlardır. Araştırmada veri toplama aracı olarak, Yetişkin DEHB Öz Rapor Ölçeği, DEHB için geriye dönük çocukluk çağı teşhisi için Wender Utah derecelendirme ölçeği, HIV Risk davranış ölçeği, Beck'in depresyon envanteri ve Varsayımsal stresli yaşam olayları ölçeği kullanılmıştır. Araştırma sonucunda, katılımcılar arasında DEHB belirti düzeyi yüksek olanların %32 oranında olduğu ve DEHB belirti düzeyinin yüksek olmasıyla HIV tanısı almış olmanın ilişkili olduğu belirlenmiştir. Ayrıca DEHB'in riskli cinsel davranışlar, depresyon ve stres düzeyi değişkenleriyle de ilişki olduğu tespit edilmiştir.

Keskin ve diğerleri (2017) araştırma grubunu Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji polikliniğinden takipli HIV tanısı almış 10 hastanın oluşturduğu çalışmada HIV tanısı almış bireylerde nöropsikiyatrik belirtilerin ve ilişkili sosyodemografik ve klinik bulguların değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Kognitif işlevlerin değerlendirilmesi amacıyla her hastaya 8 testten oluşan nöropsikolojik test bataryası uygulanmıştır. Genel psikolojik belirtilerin taranması amacıyla her hasta SCL-90 doldurmuş, depresif belirtiler Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HAM-D) ile değerlendirilmiştir. Araştırma

sonucunda, HIV tanısı almış katılımcıların depresyon düzeylerinin yüksek, yaşam doyumlarının düşük olduğu belirlenmiştir. Ayrıca, hastaların tümünde belirgin dikkat daralması ve dikkat daralmasına ikincil bellek ve yürütücü işlev bozukluğu da saptanmıştır.

Başçı (2019) çalışmasında HIV tanısı almış bireylerin toplumdaki görünürlüğünün neden ve sonuçlarıyla incelenmesini amaçlamaktadır. Yürütülen saha araştırmasında HIV+ hastalar, bu bireylerin aile yakınları/tanıdıkları ve HIV+ hastalara hizmet veren sağlık çalışanları merceğe altına alınmıştır. HIV+ bireylerin sağlık durumlarına ilişkin toplumdaki görünürlükleri temellendirilmiş kuram metodolojisi yardımıyla bütüncül ve çok yönlü bir biçimde okuyucuya sunulmaktadır. Yüz yüze gerçekleştirilen derinlemesine görüşmeler 27'si HIV+ hasta olmak üzere toplam 45 katılımcı ile yürütülmüştür. Araştırma sonucunda, Türkiye'deki HIV/AIDS'e karşı var olan yaygın stigma nedeniyle HIV+ bireylerin hastalıklarını saklama tutumu gösterdikleri ve sağlık durumlarını genellikle bireysel ve/veya kolektif yarar getirmesi beklentisiyle gönüllü veya gönülsüz bir şekilde diğerleriyle paylaştıkları belirlenmiştir.

Kaya, Şimşek ve Yıldırım (2020) çalışmalarında, HIV/AIDS hastalarında damgalanma ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi araştırmışlardır. Çalışmaya SBÜ Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Polikliniği'nde en az üç ay önce HIV/AIDS tanısı konmuş 50 hasta alınmıştır. Araştırma da veri toplama aracı olarak, sosyodemografik veri formu, HIV/AIDS Damgalama Ölçeği (HADÖ-H) ve Short Form-36 (SF-36) Yaşam Kalitesi Ölçeği uygulanmıştır. Araştırma sonucunda, HADÖ-H olumsuz benlik algısı alt boyutu puanları ile tüm SF-36 alt boyut puanları arasında ters yönlü anlamlı ilişki saptanmıştır. Regresyon analizinde olumsuz benlik algısı alt boyutunun, SF-36 fiziksel fonksiyon, genel sağlık, vitalite, sosyal fonksiyon, emosyonel rol güçlüğü ve mental sağlık alt boyutlarının bir yordayıcısı olduğu tespit edilmiştir. Sonuç olarak, damgalamanın benlik üzerinde olan olumsuz etkisinin kişinin yaşam kalitesini bozabileceğini ve yaşamdan aldığı doyumunu azaltabileceğini göstermiştir.

Uysal ve diğerleri (2020) araştırma grubunu perinatal olarak enfekte olmayan 85 HIV tanısı almış hastanın oluşturduğu çalışmalarında, DEHB prevalansını ve bunun antiretroviral tedaviye (ART) ve planlı randevulara uyum üzerindeki etkisini belirlemeyi amaçlamıştır. Ocak 2012-Şubat 2016 tarihleri arasında araştırmacıların Araştırma

kapsamında DEHB teşhisi, yeni kriterler rehberli görüşmelere göre yapılmıştır. Ayda ≥ 6 gün ($\leq \%80$) için ilk ART kesintisi “ART-olay” ve herhangi bir planlanmış randevunun ilk gelmemesi “randevu-olay” olarak tanımlanmıştır. Olaysız uyum (EFA) için bir Log-rank testi ile Kaplan-Meier grafiği kullanılmıştır. Araştırma sonucunda, 85 hastadan 25'ine DEHB (%29.4) teşhisi konulmuştur. Hem ART olayı hem de randevu olayı DEHB katılımcıları arasında olmayanlara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Ek olarak, DEHB katılımcıları arasında hem ART-EFA hem de randevu-EFA DEHB olmayanlara göre anlamlı derecede daha kısa olarak belirlenmiştir. Özetle, DEHB tanısı almış bireylerden HIV tedavisinde diğer bireylere göre daha uyumsuz oldukları ifade edilebilir.

3. BÖLÜM

YÖNTEM

3.1 Araştırmanın Modeli

Bu çalışma, HIV tanısı almış bireylerde hastalığı kabullenme, umutsuzluk ve dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu belirti düzeyi arasındaki ilişkilerin incelenmesi ve HIV tanısı almış bireylerin hastalığı kabullenme, umutsuzluk ve dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu düzeylerinin de çeşitli değişkenler açısından karşılaştırılmasının amaçlanması yönüyle ilişkisel tamama modelinde bir araştırmadır. İlişkisel tarama modelinde iki ya da daha çok değişken arasındaki ilişkinin herhangi bir şekilde bu değişkenlere müdahale edilmeden incelenmesi söz konusudur (Büyüköztürk, Kılıç-Çakmak, Akgün, Karadeniz ve Demirel, 2021).

3.2 Araştırma Grubu

Bu çalışmanın araştırma grubunu, İstanbul ilinde bulunan İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi hastanesine başvurarak HIV tanısı konulmuş 18 yaşından büyük bireyler oluşturmaktadır. Hastaneden izin alındıktan sonra katılımcılara gönüllülük esasına göre anket uygulanmıştır. Hastalara mail adresleri yoluyla ulaşılmış ve Pandemi koşullarından dolayı anket uygulaması Google Formlar platformunda hazırlanan çevrimiçi anketle yapılmış ve anketin yanıtlanması ortalama 15 dakika sürmüştür. Anket uygulaması için sadece HIV tanısı almış bireylere ulaşıldığından dolayı örnekleme yöntemi olarak amaçsal örnekleme yönteminin kullanılacağı ifade edilebilir. Seçkisiz olmayan bir örnekleme yaklaşımı olan amaçsal örnekleme de, örnekleme alınan bireyler çalışmanın amacına bağlı olarak bilinçli olarak seçilir (Balcı, 2018). Örneğin, bu araştırmada, örnekleme sadece HIV tanısı almış bireyler seçilmiştir. Bu süreç sonucunda, araştırma örnekleminin 322 kişiden oluşmuştur. Katılımcılara ait demografik bilgiler Tablo 1’de sunulmuştur.

Tablo 1.*Katılımcılara ait betimsel istatistikler*

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet		
Kadın	195	60,56
Erkek	127	39,44
Medeni durum		
Evli	133	41,30
Bekâr	119	36,96
Boşanmış	70	21,74
Eğitim düzeyi		
İlkokul mezunu ve altı	42	13,04
Ortaokul mezunu	105	32,61
Lise mezunu	94	29,19
Üniversite mezunu	81	25,16
Gelir düzeyi		
0-2000 TL	36	11,18
2001-4000 TL	82	25,47
4001-6000 TL	100	31,06
6001-8000 TL	62	19,25
8001 TL ve üzeri	42	13,04
Cinsel Kimlik		
Heteroseksüel	153	47,52
Homoseksüel	61	18,94
Transeksüel	55	17,08
Biseksüel	53	16,46
HIV virüsü bulaş türü		
Cinsel temas	187	58,07
Kan ve kan ürünleri	73	22,67
Anneden geçiş	62	19,26
HIV tanısı almadan önce HIV hakkında bilginin olması durumu		
Evet	221	68,63
Hayır	101	31,37
HIV tanısı alma süresi		
1 yıldan az	43	13,35
1-4 yıl arası	90	27,95
4-7 yıl arası	82	25,47
7-10 yıl arası	68	21,12
10 yıl ve üzeri	39	12,11
Tedavi görülen hastanenin ikamet adresine yakın olma durumu		
Yakın	183	56,83
Yakın değil	139	43,17
HIV tanısı alındığında sahip olunan sosyal destek durumu		
Yeterli	208	64,60
Yetersiz	114	35,40
Psikolojik destek alma durumu		
Evet	99	30,75
Hayır	223	69,25

Tablo 1'e göre, katılımcıların %60,56'sı (n=125) kadın, %39,44'ü (n=127) erkektir. Katılımcıların %41,30'u (n=133) evli, %36,96'sı (n=119) bekâr ve %21,74'ü (n=70) boşanmıştır. Katılımcıların %13,04'ünün (n=42) eğitim düzeyi ilkokul mezunu ve altı, %32,61'inin (n=105) eğitim düzeyi ortaokul mezunu, %29,19'unun (n=94) eğitim

düzeıı lise mezunu ve %25,16'sinin (n=81) eğitim düzeıı üniversite mezunudur. Katılımcıların %11,18'inin (n=36) gelir düzeıı 0-2000 TL arasında, %25,47'sinin (n=82) gelir düzeıı 2001-4000 TL arasında, %31,06'sının (n=100) gelir düzeıı 4001-6000 TL arasında %19,25'inin (n=62) gelir düzeıı 6001-8000 TL arasında ve %13,04'ünün (n=42) gelir düzeıı ise 8001 TL ve üzerinde olarak belirlenmiştir. Araştırmaya dahil edilen bireylerin %47,52'si (n=153) cinsel kimliğini heteroseksüel, %18,94'ü (n=61) homoseksüel, %17,08'i (n=55) transseksüel ve %16,46'sı (n=53) biseksüel olarak belirtmiştir. Katılımcıların %58,07'sine (n=187) HIV virüsü cinsel temasla, %22,67'sine (n=73) kan ve kan ürünleriyle ve %19,26'sına (n=62) da anneden geçişle bulaşmıştır. Katılımcıların %68,63'ü (n=221) HIV tanısı almadan önce HIV virüsü hakkında bilgi sahibiyken, %31,37'si (n=101) bilgi sahibi değildir. Araştırmaya dâhil edilen bireylerin %13,35'i (n=43) 1 yıldan az bir süre önce HIV tanısı almışken, bu süre %27,95'inde (n=90) 1-4 yıl arası, %25,47'sinde (n=82) 4-7 yıl arası, %21,12'sinde (n=68) 7-10 yıl arası ve %12,11'inde (n=39) 10 yıl ve üzerindedir. Katılımcıların %56,83'ü (n=183) tedavi gördüü hastanenin ikamet adresine yakın olduğunu belirtmişken %43,17'si (n=139) ise yakın olmadığını belirtmiştir. Katılımcıların %64,40'ı (n=208) HIV tanısı aldığıında yeterli sosyal desteğe sahip olduğunu ifade etmişken, %35,40'ı (n=114) ise yeterli sosyal desteğe sahip olmadığını ifade etmiştir. Araştırmaya dâhil edilen bireylerin %30,75'i (n=99) psikolojik destek alırken, %69,25'i (n=223) psikolojik destek almamaktadır.

3.3 Veri Toplama Araçları

Bu araştırmada veri toplama aracı olarak araştırmacı tarafından hazırlanan kişisel bilgi formu, Felton ve Revenson (1984) tarafından geliştirilen ve Besen (2009) tarafından Türkçe'ye uyarlanan Hastalığı Kabul Ölçeği (HKÖ), Beck ve diğerleri (1974) tarafından geliştirilen ve Seber, Dilbaz, Kaptanoğlu ve Tekin (1993) tarafından Türkçe'ye uyarlanan Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ) ve Dünya Sağlık Örgütü bünyesinde Kessler ve diğerleri (2005a) tarafından geliştirilen ve Türkçe'ye Doğan, Öncü, Varol-Saraçoğlu ve Küçükgöncü tarafından Türkçe'ye uyarlanan Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (EDEHBKBÖ) kullanılmıştır.

3.3.1 Kişisel Bilgi Formu

Katılımcıların demografik ve HIV konusuyla ilişkili özelliklerini belirlemek amacıyla araştırmacı tarafından 11 sorudan oluşan kişisel bilgi formu kullanılmıştır. Çalışmaya

katılan katılımcılar kişisel bilgi formunda biyolojik cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, gelir düzeyi, cinsel kimlik, HIV virüsünün bulaşma türü, HIV tanısı almadan önce HIV virüsü konusunda bilgi durumu, HIV tanısı alma süresi, tedavi görülen hastanenin ikamet edilen adrese yakınlık durumu, HIV tanısı alındığında sahip olunan sosyal destek durumu ve psikolojik destek alma durumunu belirleyecek sorulara yanıt vermişlerdir.

3.3.2 Hastalığı Kabul Ölçeği

HKÖ Felton ve Revenson (1984) tarafından geliştirilmiş ve Besen (2009) tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır. Ölçeğin orijinal formu için yapılan güvenirlik çalışmasında Cronbach alfa katsayısı 0,81 olarak bulunmuşken, Besen (2009) tarafından yapılan çalışmada ölçeğin Cronbach alfa güvenirlik katsayısı 0,79 olarak bulunmuş ve ölçekten elde edilen verilerin güvenilir olduğu ifade edilmiştir. HKÖ, hasta bireyin hastalığı kabul derecesinin ölçülmesinde kullanılır. HKÖ beşli likert tipinde ve sekiz maddeden oluşan bir ölçme aracıdır. Ölçekte yer alan ifadeler katılma durumu (1 puan) düşük puan olarak değerlendirilir ve hastalığı kabulün eksikliği anlamına gelir ve hastalığa kötü uyum ve ciddi fiziksel rahatsızlığı ifade eder. Ölçekte yer alan ifadeler katılmama durumu ise (puan 5) yüksek puan olarak değerlendirilir ve yüksek puan hastalıkla ilgili negatif duyguların olmadığını, hastalığı kabulün varlığını ifade eder. Dolayısıyla, ölçekten alınabilecek en düşük puan 8 iken en yüksek puan 40'tır.

3.3.3 Beck Umutsuzluk Ölçeği

Beck ve diğerleri (1974) tarafından geliştirilen bu ölçek bireyin geleceğe dönük beklentilerini ve karamsarlık düzeyini ölçmeyi amaçlamaktadır. Ölçek, Seber ve diğerleri (1993) tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır. 20 maddeden oluşan geleceğe yönelik duygu ve düşüncelerini belirten ifadelerden oluşmaktadır. Kendine uygun gelen ifadeler için doğru kendisine uygun olmayan ifadeler için yanlış şıkkının işaretlenmesi istenmektedir. 11 evet 9 hayır yanıt anahtarı vardır. Bunlardan 2, 4, 7, 9, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 20 sorularına verilen yanıt evet ise 1 puan; 1, 3, 5, 6, 8, 10, 13, 15 ve 19. sorulara verilen cevap hayır ise 1 puan verilmektedir. Bunların aksi verilen cevaplar ise 0 puandır. Ölçek gelecek ile ilgili duygular, motivasyon kaybı ve gelecekle ilgili beklentiler alt boyutlarından oluşmaktadır. Ölçeğin orijinal formu için yapılan güvenirlik çalışmasında Cronbach alfa güvenirlik katsayısı 0,93 olarak bulunmuşken, Seber ve diğerleri (1993) Umutsuzluk ölçeğinin Türkçe formunun güvenilirliğine ilişkin çalışmalarında Cronbach alfa katsayısını 0.86 ve test-tekrar test güvenirlik katsayısını 0.74 olarak bulmuşlardır.

Ayrıca, madde-toplam puan korelasyonlarının ise 0.07 ile 0.72 arasında değiştiğini belirlemişlerdir.

3.3.4 Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği

Bu ölçek, Dünya Sağlık Örgütü bünyesinde Kessler ve diğerleri (2005a) tarafından geliştirilen, ruhsal bozuklukların taranması amacıyla kullanılan bir ölçektir. Ölçek ‘dikkat eksikliği’ ve ‘hiperaktivite / dürtüsellik’ olmak üzere dokuzar sorudan oluşan iki alt ölçekten oluşmaktadır. Sorular son altı ay içinde her belirtinin hangi sıklıkta ortaya çıktığını belirlemek amacıyla oluşturulmuştur. Ölçekte yer alan sorular 0 (asla) ile 4 (çok sık) arasında puanlanmaktadır. Basamaklı lojistik regresyon çalışması ile 18 sorudan altısının DEHB tanısını daha iyi kestirebildiği gösterilmiştir (Kessler vd., 2007). DEHB belirtilerini geriye yönelik sorgulamak ve erişkinlerde DEHB tanısının konmasına yardımcı olmak amacıyla kullanılabileceği belirtilmektedir. Ölçeğin orijinal formu için Cronbach alfa katsayısı 0,84 ve alt ölçekler için de 0,83 olarak bulunmuştur. Ölçeğin Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği Doğan ve diğerleri (2009) tarafından 579 üniversite öğrencisinin katılımıyla 2009 yılında yapılmıştır. Güvenilirlik analizinde ölçeğin iç tutarlılığı yüksek bulunmuştur (Cronbach alfa=0.88). Alt ölçekler için hesaplanan Cronbach alfa değeri de ‘dikkat eksikliği’ için 0.82, ‘hiperaktivite/ dürtüsellik’ için 0.78 olarak bulunmuştur.

3.4 Verilerin Toplanması

Veriler toplanmaya başlanmadan önce Yakın Doğu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Bilimsel Araştırmalar Etik Kuruluna 20.09.2021 tarihinde etik kurul izni için gerekli olan belgeler gönderilmiştir. Etik Kuruldan araştırmanın etik ilkelere uygun olduğuna ilişkin YDÜ/SB/2021/1112 numaralı izin yazısı 19.10.2021 tarihinde gelmiştir. İzin alınmasının ardından anket formu Google Formlar platformunda oluşturulmuş ve anket 20 Ekim 2021 ve 4 Kasım 2021 tarihleri arasında çevrimiçi ortamda uygulanmıştır. Araştırmaya katılan kişiler önce araştırma hakkında bilgilendirilmiş ve gönüllü olmayı kabul ettikten sonra anket formunu yanıtlamaları sağlanmıştır. Google Formlar aracılığıyla uygulanan anketi her katılımcı sadece bir kez olmak üzere 322 katılımcı yanıtlamıştır.

3.5 Verilerin İstatistiksel Analizi

Araştırmada kullanılan demografik bilgi formundan ve ölçeklerden edilen verilerin analiz edilmesinde Sosyal Bilimler İçin İstatistik Programı (SPSS) 20,0 programı kullanılmıştır. Katılımcıların kişisel özelliklerinin ve HKÖ, BUÖ ve EDEHBKBÖ'den aldıkları puanların betimlenmesi amacıyla betimsel istatistikler kullanılmıştır.

Araştırmada kullanılan istatistiksel testlere karar vermeden önce normallik analizi yapılmıştır. HKÖ, BUÖ ve EDEHBKBÖ'den elde edilen puanların normal dağılım varsayımını sağlayıp sağlamadığını kontrol etmek amacıyla uygulanan Kolmogorov-Smirnov testine ait sonuçlar Tablo 2'de verilmiştir.

Tablo 2.

HKÖ, BUÖ ve EDEHBKBÖ normallik analizleri

Değişkenler	Kolmogorov-Smirnov			
	İstatistik	p	Çarpıklık	Basıklık
HKÖ	,095	,000	,400	,095
BUÖ	,086	,000	-,216	-,447
EDEHBKBÖ	,118	,000	,326	,489

Tablo 2'ye göre, Kolmogorov-Smirnov analizi sonucunda HKÖ, BUÖ ve EDEHBKBÖ'den elde edilen toplam puanların normal dağılıma uymadığı söylenebilir. Fakat büyük örneklerde Kolmogorov-Smirnov sonuçlarının normal dağılım konusunda yanıltıcı olabileceği, bu yüzden Kolmogorov-Smirnov testinin sonuçlarının yanında çarpıklık ve basıklık değerlerinin de değerlendirilmesi önerilmektedir (Demir, Saatçioğlu ve İmrol, 2016). Çarpıklık ve basıklık değerlerinin $[-1,+1]$ aralığında olmasının ise normal dağılımı gösterdiği ifade edilmektedir (Büyüköztürk, 2020). Tablo 2'de yer alan çarpıklık ve basıklık değerleri incelendiğinde tüm değerlerin $[-1,+1]$ aralığında olduğu görülmektedir. Buna göre, HKÖ, BUÖ ve EDEHBKBÖ'den elde edilen toplam puanların normal dağılım gösterdiği ifade edilebilir. Bundan dolayı, bu araştırma kapsamında tek faktörlü ANOVA testi, bağımsız örneklem t testi ve Pearson korelasyon testi gibi parametrik testlerin uygulanmasına karar verilmiştir.

Katılımcıların HKÖ, BUÖ ve EDEHBKBÖ'den elde ettikleri toplam puanların cinsiyet, HIV tanısı almadan önce HIV virüsü hakkında bilgi sahibi olma durumu, tedavi görülen hastanenin ikamet adresine yakın olma durumu, HIV tanısı alındığında sahip olunan

sosyal destek durumu ve psikolojik destek alma durumuna göre anlamlı farklılık gösterip göstermediği bağımsız örneklem t testi ile medeni durum, gelir düzeyi ve eğitim düzeyi, cinsel kimlik ve HIV virüsü bulaş türüne göre anlamlı farklılık gösterip göstermediği ise tek faktörlü ANOVA testi ile incelenmiştir. Hastalığı kabul düzeyi, umut düzeyi ve dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu değişkenleri arasındaki ilişkiler ise Pearson Korelasyon testi ile belirlenmiştir.

4. BÖLÜM

BULGULAR

Bu bölümde, çalışma kapsamında toplanan verilerle gerçekleştirilen istatistiksel analizlerden elde edilen bulgular araştırma soruları çerçevesinde başlıklar halinde sunulmuştur.

4.1 HIV Tanısı Almış Bireylerin Hastalığı Kabullenme Düzeylerinin Sosyodemografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

HIV tanısı almış bireylerin hastalığı kabullenme düzeylerinin sosyodemografik değişkenlere göre anlamlı fark gösterip göstermediği Tablo 3 ve Tablo 4'te sunulmuştur.

Tablo 3.

HIV tanısı almış bireylerin hastalığı kabullenme düzeylerinin cinsiyet, HIV tanısı almadan önce HIV virüsü hakkında bilgi sahibi olma durumu, tedavi görülen hastanenin ikamet adresine yakın olma durumu, HIV tanısı alındığında sahip olunan sosyal destek durumu ve psikolojik destek alma durumuna göre karşılaştırılması

Bağımsız Değişken	Kategori	n	\bar{x}	ss	sd	t	p
Cinsiyet	Kadın	195	22,48	5,90	320	-2,34	,002*
	Erkek	127	24,12	6,46			
HIV tanısı almadan önce HIV virüsü hakkında bilgi sahibi olma durumu	Evet	221	23,03	5,99	320	-0,44	,662
	Hayır	101	23,35	6,58			
Tedavi görülen hastanenin ikamet adresine yakın olma durumu	Yakın	183	23,98	6,06	320	2,88	,004*
	Uzak	139	22,00	6,17			
HIV tanısı alındığında sahip olunan sosyal destek durumu	Yeterli	208	24,32	6,15	320	4,84	,000**
	Yetersiz	114	20,95	5,63			
Psikolojik destek alma durumu	Evet	99	25,50	6,60	320	4,74	,000**
	Hayır	223	22,08	5,68			

*p< ,05 , **p< ,001

Tablo 3 incelendiğinde, HIV tanısı almış bireylerin hastalığı kabullenme düzeyinin cinsiyete göre anlamlı fark gösterdiği görülmektedir (p<,05). HIV tanısı almış kadınların

hastalığı kabullenme düzeyinin ($x=22,48$) HIV tanısı almış erkeklerin hastalığı kabullenme düzeyinden ($x=24,12$) anlamlı bir şekilde düşük olduğu ifade edilebilir.

Tablo 3'e göre, HIV tanısı almış bireylerin hastalığı kabullenme düzeyi HIV tanısı almadan önce HIV virüsü hakkında bilgi sahibi olma durumuna göre anlamlı fark göstermemektedir ($p>0,05$).

Tablo 3 incelendiğinde, HIV tanısı almış bireylerin hastalığı kabullenme düzeyinin tedavi görülen hastanenin ikamet adresine yakın olma durumuna göre anlamlı fark gösterdiği görülmektedir ($p<,05$). Tedavi gördüğü hastane ikamet adresine yakın olan HIV hastalarının hastalığı kabullenme düzeyinin ($x=23,98$) tedavi gördüğü hastane ikamet adresine uzak olan hastaların hastalığı kabullenme düzeyinden ($x=22,00$) anlamlı bir şekilde yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 3'e göre, HIV tanısı almış bireylerin hastalığı kabullenme düzeyi HIV tanısı alındığında sahip olunan sosyal destek durumuna göre anlamlı fark göstermektedir ($p<,05$). HIV tanısı aldığında çevresinden gördüğü sosyal desteği yeterli bulan HIV hastalarının hastalığı kabullenme düzeyinin ($x=24,32$) çevresinden gördüğü sosyal desteği yeterli bulmayan HIV hastalarının hastalığı kabullenme düzeyinden ($x=20,95$) anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Tablo 3 incelendiğinde, HIV tanısı almış bireylerin hastalığı kabullenme düzeyinin psikolojik destek alma durumuna göre anlamlı fark gösterdiği görülmektedir ($p<,05$). Psikolojik destek alan HIV hastalarının hastalığı kabullenme düzeyinin ($x=25,50$) psikolojik destek almayan HIV hastalarının hastalığı kabullenme düzeyinden ($x=22,08$) anlamlı bir şekilde yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.

HIV tanısı almış bireylerin hastalığı kabullenme düzeyinin medeni durum, eğitim düzeyi, gelir düzeyi, cinsel kimlik, HIV virüsü bulaş türü ve HIV tanısı alma süresi değişkenlerine göre karşılaştırılması

Bağımsız Değişken	Kategori	n	\bar{x}	ss	sd	F	p	Anlamlı Fark
Medeni durum	Evli	133	21,42	6,42	321	9,17	,000**	1-2, 1-3
	Bekâr	119	24,26	6,07				
	Boşanmış	70	24,45	5,08				
Eğitim düzeyi	İlkokul mezunu ve altı	42	20,30	6,53	321	11,07	,000**	1-3, 1-4, 2-3, 2-4
	Ortaokul mezunu	105	21,41	5,21				
	Lise mezunu	94	25,01	6,25				
Gelir düzeyi	Üniversite mezunu	81	24,64	6,00	321	13,77	,000**	1-3, 1-4, 1-5, 2-3, 2-4, 2-5
	0-2000 TL	36	19,72	5,63				
	2001-4000 TL	82	20,45	5,11				
	4001-6000 TL	100	24,03	6,10				
Cinsel kimlik	6001-8000 TL	62	24,72	6,08	321	,60	,615	
	8001 TL ve üzeri	42	26,80	5,54				
	Heteroseksüel	153	22,74	6,50				
HIV virüsü bulaş türü	Homoseksüel	61	23,03	5,34	321	4,22	,015*	1-3
	Transeksüel	55	23,96	6,23				
	Biseksüel	53	23,50	6,09				
HIV tanısı alma süresi	Cinsel temas	187	22,44	6,10	321	10,80	0,000**	1-3, 1-4, 2-3, 2-4, 3-4
	Kan ve kan ürünleri	73	23,26	5,75				
	Anneden geçiş	62	25,04	6,54				
	1 yıldan az	43	20,65	5,50				
HIV tanısı alma süresi	1-4 yıl arası	90	21,43	4,81	321	10,80	0,000**	1-3, 1-4, 2-3, 2-4, 3-4
	4-7 yıl arası	82	22,52	5,77				
	7-10 yıl arası	68	26,33	6,73				
	10 yıl ve üzeri	39	25,48	6,71				

*p< ,05 , **p< ,001

Tablo 4'e göre, HIV tanısı almış bireylerin hastalığı kabullenme düzeyi medeni duruma göre anlamlı fark göstermektedir (p<,05). Anlamlı farkın kaynağının belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilen Bonferroni testi sonucunda, evli (x=21,42) HIV hastalarının hastalığı kabullenme düzeyinin bekâr (x= 24,26) ve boşanmış (x=24,45) HIV hastalarının hastalığı kabullenme düzeyinden anlamlı bir şekilde daha düşük olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 4 incelendiğinde, HIV tanısı almış bireylerin hastalığı kabullenme düzeyinin eğitim düzeyine göre anlamlı fark gösterdiği görülmektedir (p<,05). Anlamlı farkın kaynağının belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilen Bonferroni testi sonucunda, eğitim düzeyi ilkokul mezunu (x=20,30) ve altı olan HIV hastalarının hastalığı kabullenme düzeyinin eğitim düzeyi lise mezunu (x=25,01) ve üniversite mezunu (x=24,64) olan HIV hastalarının hastalığı kabullenme düzeyinden anlamlı bir şekilde düşük olduğu belirlenmiştir. Benzer

şekilde, eğitim düzeyi ortaokul mezunu ($x=21,41$) ve altı olan HIV hastalarının hastalığı kabullenme düzeyinin eğitim düzeyinin lise mezunu ($x=25,01$) ve üniversite mezunu ($x=24,64$) olan HIV hastalarının hastalığı kabullenme düzeyinden anlamlı bir şekilde düşük olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 4'e göre, HIV tanısı almış bireylerin hastalığı kabullenme düzeyi gelir düzeyine göre anlamlı fark göstermektedir ($p<,05$). Anlamlı farkın kaynağının belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilen Bonferroni testi sonucunda, gelir düzeyi 0-2000 TL aralığında ($x=19,72$) olan HIV hastalarının hastalığı kabullenme düzeyinin gelir düzeyi 4001-6000 TL aralığında ($x=24,03$), 6001-8000 TL aralığında ($x=24,72$) ve 8001 TL ve üzerinde ($x=26,80$) olan HIV hastalarının hastalığı kabullenme düzeyinden anlamlı bir şekilde düşük olduğu belirlenmiştir. Benzer şekilde, gelir düzeyi 2001-4000 TL aralığında ($x=20,45$) olan HIV hastalarının hastalığı kabullenme düzeyinin gelir düzeyi 4001-6000 TL aralığında ($x=24,03$), 6001-8000 TL aralığında ($x=24,72$) ve 8001 TL ve üzerinde ($x=26,80$) olan HIV hastalarının hastalığı kabullenme düzeyinden anlamlı bir şekilde düşük olduğu saptanmıştır.

Tablo 4'e göre, HIV tanısı almış bireylerin hastalığı kabullenme düzeyi cinsel kimliğe göre anlamlı fark göstermemektedir ($p>,05$).

Tablo 4 incelendiğinde, HIV tanısı almış bireylerin hastalığı kabullenme düzeyinin HIV virüsü bulaş türüne göre anlamlı fark gösterdiği görülmektedir ($p<,05$). Anlamlı farkın kaynağının belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilen Bonferroni testi sonucunda, bulaş türü cinsel temas ($x=22,44$) olan HIV hastalarının hastalığı kabullenme düzeyinin bulaş türü anneden geçiş ($x=25,04$) olan HIV hastalarının hastalığı kabullenme düzeyinden anlamlı bir şekilde düşük olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 4'e göre, HIV tanısı almış bireylerin hastalığı kabullenme düzeyi HIV tanısı alma süresine göre anlamlı fark göstermektedir ($p<,05$). Anlamlı farkın kaynağının belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilen Bonferroni testi sonucunda, HIV tanısı alma süresi 7-10 yıl arası ($x=26,33$) olan HIV hastalarının hastalığı kabullenme düzeyinin HIV tanısı alma süresi 1 yıldan az ($x=20,65$), 1-4 yıl arası ($x=21,43$) ve 4-7 yıl arası ($x=22,52$) olan HIV hastalarının hastalığı kabullenme düzeyinden anlamlı bir şekilde yüksek olduğu belirlenmiştir. Benzer şekilde, HIV tanısı alma süresi 10 yıl ve üzeri ($x=25,48$) olan HIV hastalarının hastalığı kabullenme düzeyinin HIV tanısı alma süresi 1 yıldan az ($x=20,65$),

1-4 yıl arası ($x=21,43$) ve 4-7 yıl arası ($x=22,52$) olan HIV hastalarının hastalığı kabullenme düzeyinden anlamlı bir şekilde yüksek olduğu saptanmıştır.

4.2 HIV Tanısı Almış Bireylerin Umutsuzluk Düzeylerinin Sosyodemografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

HIV tanısı almış bireylerin umutsuzluk düzeylerinin sosyodemografik değişkenlere göre anlamlı fark gösterip göstermediği Tablo 5 ve Tablo 6'da sunulmuştur.

Tablo 5.

HIV tanısı almış bireylerin umutsuzluk düzeyinin cinsiyet, HIV tanısı almadan önce HIV virüsü hakkında bilgi sahibi olma durumu, tedavi görülen hastanenin ikamet adresine yakın olma durumu, HIV tanısı alındığında sahip olunan sosyal destek durumu ve psikolojik destek alma durumuna göre karşılaştırılması

	Kategori	n	\bar{x}	ss	sd	t	p
Cinsiyet	Kadın	195	14,24	3,31	320	1,85	,066
	Erkek	127	13,53	3,46			
HIV tanısı almadan önce HIV virüsü hakkında bilgi sahibi olma durumu	Evet	221	13,86	3,30	320	-0,79	,427
	Hayır	101	14,18	3,58			
Tedavi görülen hastanenin ikamet adresine yakın olma durumu	Yakın	183	13,85	3,55	320	-0,69	,492
	Uzak	139	14,11	3,16			
HIV tanısı alındığında sahip olunan sosyal destek durumu	Yeterli	208	13,64	3,62	320	-2,32	,021*
	Yetersiz	114	14,55	2,83			
Psikolojik destek alma durumu	Evet	223	13,27	3,53	320	-2,46	,014*
	Hayır	99	22,08	5,68			

* $p < ,05$, ** $p < ,001$

Tablo 5'e göre, HIV tanısı almış bireylerin umutsuzluk düzeyi cinsiyet, HIV tanısı almadan önce HIV virüsü hakkında bilgi sahibi olma durumu ve tedavi görülen hastanenin ikamet adresine yakın olma durumuna göre anlamlı fark göstermemektedir ($p > 0,05$).

Tablo 5 incelendiğinde, HIV tanısı almış bireylerin umutsuzluk düzeyinin HIV tanısı alındığında sahip olunan sosyal destek durumuna göre anlamlı fark gösterdiği görülmektedir ($p < ,05$). HIV tanısı aldığı çevresinden gördüğü sosyal desteği yeterli bulan HIV hastalarının umutsuzluk düzeyinin ($x=13,64$) çevresinden gördüğü sosyal desteği yeterli bulmayan HIV hastalarının umutsuzluk düzeyinden ($x=14,55$) anlamlı bir şekilde daha düşük olduğu saptanmıştır.

Tablo 5'e göre, HIV tanısı almış bireylerin hastalığı kabullenme düzeyi psikolojik destek alma durumuna göre anlamlı fark göstermektedir ($p<,05$). Psikolojik destek almayan HIV hastalarının umutsuzluk düzeyinin ($x=22,08$) psikolojik destek alan HIV hastalarının umutsuzluk düzeyinden ($x=13,27$) anlamlı bir şekilde yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 6.

HIV tanısı almış bireylerin umutsuzluk düzeyinin medeni durum, eğitim düzeyi, gelir düzeyi, cinsel kimlik, HIV virüsü bulaş türü ve HIV tanısı alma süresi değişkenlerine göre karşılaştırılması

Bağımsız Değişken	Kategori	n	\bar{x}	ss	sd	F	p	Anlamlı Fark
Medeni durum	Evli	133	13,97	3,31				
	Bekâr	119	14,15	3,51	321	,57	,566	
	Boşanmış	70	13,61	3,29				
Eğitim düzeyi	İlkokul mezunu ve altı	42	14,30	3,51				
	Ortaokul mezunu	105	14,04	3,56	321	,27	,847	
	Lise mezunu	94	13,77	3,45				
	Üniversite mezunu	81	13,90	3,03				
Gelir düzeyi	0-2000 TL	36	16,16	2,83				
	2001-4000 TL	82	15,26	3,34				
	4001-6000 TL	100	14,22	2,94	321	21,17	,000**	1-3, 1-4, 1-5, 2-4, 2-5, 3-4, 3-5
	6001-8000 TL	62	12,35	2,74				
	8001 TL ve üzeri	42	11,30	3,13				
Cinsel kimlik	Heteroseksüel	153	13,98	3,25				
	Homoseksüel	61	13,81	3,49	321	,42	,740	
	Transeksüel	55	13,69	3,36				
HIV virüsü bulaş türü	Biseksüel	53	14,37	3,71				
	Cinsel temas	187	14,04	3,39				
	Kan ve kan ürünleri	73	14,17	3,26	321	,82	,442	
HIV tanısı alma süresi	Anneden geçiş	62	13,48	3,51				
	1 yıldan az	43	15,09	3,03				
	1-4 yıl arası	90	14,40	3,41				
	4-7 yıl arası	82	13,35	3,61	321	2,56	,038*	1-3, 1-4, 1-5
	7-10 yıl arası	68	13,58	3,33				
	10 yıl ve üzeri	39	13,66	2,99				

* $p<,05$, ** $p<,001$

Tablo 6'ya göre, HIV tanısı almış bireylerin umutsuzluk düzeyi medeni durum, eğitim düzeyi, cinsel kimlik ve HIV virüsü bulaş türüne göre anlamlı fark göstermemektedir ($p>,05$).

Tablo 6 incelendiğinde, HIV tanısı almış bireylerin umutsuzluk düzeyinin gelir düzeyine göre anlamlı fark gösterdiği görülmektedir ($p<,05$). Anlamlı farkın kaynağının belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilen Bonferroni testi sonucunda, gelir düzeyi 0-2000 TL aralığında ($x=16,16$) olan HIV hastalarının umutsuzluk düzeyinin gelir düzeyi 4001-

6000 TL aralığında ($x=14,22$), 6001-8000 TL aralığında ($x=12,35$) ve 8001 TL ve üzerinde ($x=11,30$) olan HIV hastalarının umutsuzluk düzeyinden anlamlı bir şekilde yüksek olduğu belirlenmiştir. Ayrıca, gelir düzeyi 2001-4000 TL aralığında ($x=15,26$) olan HIV hastalarının umutsuzluk düzeyinin gelir düzeyi 6001-8000 TL aralığında ($x=12,35$) ve 8001 TL ve üzerinde ($x=11,30$) olan HIV hastalarının umutsuzluk düzeyinden anlamlı bir şekilde yüksek olduğu saptanmıştır. Benzer şekilde, gelir düzeyi 4001-6000 TL aralığında ($x=14,22$) olan HIV hastalarının umutsuzluk düzeyinin gelir düzeyi 6001-8000 TL aralığında ($x=12,35$) ve 8001 TL ve üzerinde ($x=11,30$) olan HIV hastalarının umutsuzluk düzeyinden anlamlı bir şekilde yüksek olduğu saptanmıştır.

Tablo 6'ya göre, HIV tanısı almış bireylerin umutsuzluk düzeyi HIV tanısı alma süresine göre anlamlı fark göstermektedir ($p<,05$). HIV tanısı alma süresi 1 yıldan az olan ($x=15,09$) HIV hastalarının umutsuzluk düzeyinin HIV tanısı alma süresi ($x=15,09$) 4-7 yıl arası, ($x=13,35$) 7-10 yıl arası ($x=13,58$) ve 10 yıl ve üzeri ($x=13,66$) olan hastaların umutsuzluk düzeyinden anlamlı bir şekilde yüksek olduğu belirlenmiştir.

4.3 HIV Tanısı Almış Bireylerin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Düzeyinin Sosyodemografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

HIV tanısı almış bireylerin dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu belirti düzeyinin sosyodemografik değişkenlere göre anlamlı fark gösterip göstermediği Tablo 7 ve Tablo 8'de sunulmuştur.

Tablo 7.

HIV tanısı almış bireylerin dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu belirti düzeylerinin cinsiyet, HIV tanısı almadan önce HIV virüsü hakkında bilgi sahibi olma durumu, tedavi görülen hastanenin ikamet adresine yakın olma durumu, HIV tanısı alındığında sahip olunan sosyal destek durumu ve psikolojik destek alma durumuna göre karşılaştırılması

	Kategori	n	\bar{x}	ss	sd	t	p																																												
Cinsiyet	Kadın	195	50,52	6,07	320	0,65	,516																																												
	Erkek	127	50,07	5,87				HIV tanısı almadan önce HIV virüsü hakkında bilgi sahibi olma durumu	Evet	221	50,18	5,70	320	-0,74	,461	Hayır	101	50,71	6,59	Tedavi görülen hastanenin ikamet adresine yakın olma durumu	Yakın	183	49,78	6,22	320	-1,95	,051	Uzak	139	51,09	5,61	HIV tanısı alındığında sahip olunan sosyal destek durumu	Yeterli	208	50,25	6,02	320	-0,38	,707	Yetersiz	114	50,51	5,94	Psikolojik destek alma durumu	Evet	99	49,39	5,57	320	-1,91	,057
HIV tanısı almadan önce HIV virüsü hakkında bilgi sahibi olma durumu	Evet	221	50,18	5,70	320	-0,74	,461																																												
	Hayır	101	50,71	6,59				Tedavi görülen hastanenin ikamet adresine yakın olma durumu	Yakın	183	49,78	6,22	320	-1,95	,051	Uzak	139	51,09	5,61	HIV tanısı alındığında sahip olunan sosyal destek durumu	Yeterli	208	50,25	6,02	320	-0,38	,707	Yetersiz	114	50,51	5,94	Psikolojik destek alma durumu	Evet	99	49,39	5,57	320	-1,91	,057	Hayır	223	50,77	6,13								
Tedavi görülen hastanenin ikamet adresine yakın olma durumu	Yakın	183	49,78	6,22	320	-1,95	,051																																												
	Uzak	139	51,09	5,61				HIV tanısı alındığında sahip olunan sosyal destek durumu	Yeterli	208	50,25	6,02	320	-0,38	,707	Yetersiz	114	50,51	5,94	Psikolojik destek alma durumu	Evet	99	49,39	5,57	320	-1,91	,057	Hayır	223	50,77	6,13																				
HIV tanısı alındığında sahip olunan sosyal destek durumu	Yeterli	208	50,25	6,02	320	-0,38	,707																																												
	Yetersiz	114	50,51	5,94				Psikolojik destek alma durumu	Evet	99	49,39	5,57	320	-1,91	,057	Hayır	223	50,77	6,13																																
Psikolojik destek alma durumu	Evet	99	49,39	5,57	320	-1,91	,057																																												
	Hayır	223	50,77	6,13																																															

* $p<,05$, ** $p<,001$

Tablo 7'ye göre, HIV tanısı almış bireylerin dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu belirti düzeyi cinsiyet, HIV tanısı almadan önce HIV virüsü hakkında bilgi sahibi olma durumu, tedavi görülen hastanenin ikamet adresine yakın olma durumu, HIV tanısı alındığında sahip olunan sosyal destek durumu ve psikolojik destek alma durumuna göre anlamlı fark göstermemektedir ($p>,05$).

Tablo 8.

HIV tanısı almış bireylerin dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu belirti düzeyinin medeni durum, eğitim düzeyi, gelir düzeyi, cinsel kimlik, HIV virüsü bulaş türü ve HIV tanısı alma süresi değişkenlerine göre karşılaştırılması

Bağımsız Değişken	Kategori	n	\bar{x}	ss	sd	F	p	Anlamlı Fark
Medeni durum	Evli	133	50,65	5,84	321	,29	,742	
	Bekâr	119	50,15	6,43				
	Boşanmış	70	50,08	5,54				
Eğitim düzeyi	İlkokul mezunu ve altı	42	51,33	6,58	321	,56	,639	
	Ortaokul mezunu	105	50,48	6,04				
	Lise mezunu	94	50,07	5,88				
	Üniversite mezunu	81	49,97	5,77				
Gelir düzeyi	0-2000 TL	36	52,72	4,93	321	5,08	0,001*	5-1, 5-2
	2001-4000 TL	82	51,76	6,84				
	4001-6000 TL	100	49,50	5,70				
	6001-8000 TL	62	50,11	5,20				
	8001 TL ve üzeri	42	47,90	5,66				
Cinsel kimlik	Heteroseksüel	153	50,69	5,90	321	,34	,798	
	Homoseksüel	61	49,90	5,83				
	Transeksüel	55	50,07	5,72				
HIV virüsü bulaş türü	Biseksüel	53	50,15	6,76	321	,13	,874	
	Cinsel temas	187	50,30	5,92				
	Kan ve kan ürünleri	73	50,64	6,02				
	Anneden geçiş	62	50,12	6,25				
HIV tanısı alma süresi	1 yıldan az	43	50,90	6,29	321	,41	,798	
	1-4 yıl arası	90	50,73	5,99				
	4-7 yıl arası	82	49,74	5,74				
	7-10 yıl arası	68	50,14	6,31				
	10 yıl ve üzeri	39	50,46	5,75				

* $p<,05$, ** $p<,001$

Tablo 8'e göre, HIV tanısı almış bireylerin dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu belirti düzeyi medeni durum, eğitim düzeyi, cinsel kimlik ve HIV virüsü bulaş türü ve HIV tanısı alma türüne göre anlamlı fark göstermemektedir ($p>,05$).

Tablo 8 incelendiğinde, HIV tanısı almış bireylerin dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu belirti düzeyinin gelir düzeyine göre anlamlı fark gösterdiği görülmektedir

($p<,05$). Anlamlı farkın kaynağının belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilen Bonferroni testi sonucunda, gelir düzeyi 8001 TL ve üzeri ($x=47,90$) olan HIV hastalarının dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu belirti düzeyinin gelir düzeyi 0-2000 TL aralığında ($x=52,72$) ve 2001-4000 TL aralığında ($x=51,76$) olan HIV hastalarının dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu belirti düzeyinden anlamlı bir şekilde düşük olduğu belirlenmiştir.

4.4 HIV Tanısı Almış Bireylerde Hastalığı Kabul, Umutsuzluk ve Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi

Katılımcıların HKÖ, BUÖ ve EDEHBKBÖ'den elde ettikleri toplam puanlar arasındaki ilişkilerin belirlenmesi amacıyla yapılan Pearson korelasyon testiine ait bulgular Tablo 9'da sunulmuştur.

Tablo 9.

HIV tanısı almış bireylerde hastalığı kabul, umutsuzluk ve dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu arasındaki ilişkilerin incelenmesi

	HKÖTP	BUÖTP	EDEHBKBÖTP
HKÖTP	1	-,327**	-,140*
BUÖTP		1	,304**
EDEHBKBÖTP			1

* $p<,05$, ** $p<,001$

HKÖTP: Hastalığı Kabul Ölçeği Toplam Puanı BUÖTP: Beck Umutsuzluk Ölçeği Toplam Puanı
EDEHBKBÖTP: Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Ölçeği Toplam Puanı

Tablo 9 incelendiğinde, hastalığı kabul ile umutsuzluk arasında negatif yönde orta düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir ($r=-,327$, $p<,001$). Buna göre, HIV tanısı almış hastalarda hastalığı kabul düzeyi arttıkça umutsuzluk düzeyinin azaldığı ifade edilebilir.

Tablo 9'a göre, hastalığı kabul ile dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu arasında negatif yönde düşük düzeyde anlamlı bir ilişki vardı ($r=-,140$, $p<,05$). Buna göre, HIV tanısı almış hastalarda dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu arttıkça hastalığı kabul düzeyinin azaldığı söylenebilir.

Tablo 9 incelendiğinde, umutsuzluk ve dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu arasında pozitif yönde orta düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir ($r=,304$,

$p < .001$). Buna göre, HIV tanısı almış hastalarda dikkat eksiliği ve hiperaktivite bozukluğu arttıkça umutsuzluk düzeyinin de arttığı ifade edilebilir.

Umutsuzluk ve dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu belirti düzeyinin hastalığı kabullenme düzeyini anlamlı bir şekilde yordayıp yordamadığının belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilen çok değişkenli regresyon analizine ait bulgular Tablo 10'da sunulmuştur.

Tablo 10.

Umutsuzluk ve dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu belirti düzeyinin hastalığı kabullenme düzeyi üzerindeki etkisi

Bağımlı değişken		Katsayı (B)	Beta	t	p	R ²
Hastalığı Kabullenme Düzeyi	Sabit	33,414		11,869	,000	0,11
	Umutsuzluk	-,571	-,313	-5,642	,000	
	DEHB Belirti Düzeyi	-,146	-,144	-2,101	,024	
Model; F= 37,193, * $p \leq 0.05$						

Tablo 10'a göre, umutsuzluk ve DEHB belirti düzeyi değişkenleriyle kurulan model hastalığı kabullenme düzeyini anlamlı bir şekilde yordamaktadır ($p \leq 0.05$). Modelin hastalığı kabullenme düzeyindeki varyansın yaklaşık %11'ini açıkladığı görülmektedir. Regresyon katsayılarının anlamlılığına ilişkin t-testi sonuçları incelendiğinde, hem umutsuzluk hem de DEHB belirti düzeyi değişkenlerin hastalığı kabullenme değişkeninin anlamlı birer yordayıcısı oldukları tespit edilmiştir.

5. BÖLÜM

TARTIŞMA

Bu çalışmada HIV tanısı almış 18 yaş üstü bireylerde hastalığı kabul, umutsuzluk ve dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunun araştırma kapsamında belirlenen sosyodemografik değişkenlere göre anlamlı fark gösterip göstermediği ve bu değişkenler arasında anlamlı ilişkiler olup olmadığı incelenmiştir.

Araştırma sonucunda, HIV tanısı almış kadınların hastalığı kabullenme düzeyinin HIV tanısı almış erkeklerin hastalığı kabullenme düzeyinden anlamlı bir şekilde düşük olduğu belirlenmiştir. Literatür incelendiğinde, HIV hastalarının hastalığı kabullenme düzeyinin cinsiyete göre incelendiği herhangi bir çalışma olmadığı fakat Tip 2 diyabetli hastaların hastalığı kabullenme düzeyinin cinsiyete göre incelendiği çalışmalar (Şireci ve Yılmaz-Karabulutlu, 2017; Taşkın-Yılmaz, Ayfer-Şahin ve Türesin, 2019) olduğu görülmektedir. Bu çalışmalarda da erkeklerin hastalığı kabul düzeyinin kadınların hastalığı kabul düzeyinden anlamlı bir şekilde yüksek olduğu bulgusu elde edilmiştir.

Çalışma bulgularına göre, tedavi gördüğü hastane ikamet adresine yakın olan HIV hastalarının hastalığı kabullenme düzeyinin tedavi gördüğü hastane ikamet adresine uzak olan HIV hastalarının hastalığı kabullenme düzeyinden anlamlı bir şekilde yüksek olduğu belirlenmiştir. Kronik hastalıklarda hastanın hastalığı gözünde büyütmesi hastalığın kabullenilmesini zorlaştırmaktadır (Kawagoe vd., 2012). Tedavi görülen hastanenin hastanın ikamet adresine uzak olması da onun tedavi sürecine yönelik zorluk algısını arttırmakta ve hastalığı kabul sürecini olumsuz etkilemektedir.

Çalışmanın sonucunda, HIV tanısı aldığı anda çevresinden gördüğü sosyal desteği yeterli bulan HIV hastalarının hastalığı kabullenme düzeyinin çevresinden gördüğü sosyal desteği yeterli bulmayan HIV hastalarının hastalığı kabullenme düzeyinden anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğu saptanmıştır. Toplumun çoğunluğu tarafından HIV virüsünün

cinsel yolla bulaştığının bilinmesinden dolayı HIV virüsüyle enfekte olan bireyler sosyal olarak dışlanma endişesi duyarlar (Grodensky vd., 2015; Sonay-Kurt ve Dereli-Yılmaz, 2012). Fakat çevresindekilerden sosyal destek gören bireyler hastalığa daha hızlı bir şekilde uyum sağlamaktadırlar (Başoğlu, Polat ve Güngör, 2020). Bu açıdan, sosyal desteğin HIV hastasının hastalığı kabul sürecini olumlu etkilediği ifade edilebilir.

Araştırma sonucunda elde edilen bulgulara göre, psikolojik destek alan HIV hastalarının hastalığı kabullenme düzeyinin psikolojik destek almayan HIV hastalarının hastalığı kabullenme düzeyinden anlamlı bir şekilde yüksek olduğu belirlenmiştir. HIV hastalığı hem sosyal açıdan dışlanma endişesi yaratması (Mukolo vd., 2013) hem de ilerlediğinde AIDS hastalığına sebep olmasından dolayı (Eisinger ve Fauci, 2018) psikolojik açıdan yıpratıcı olabilmektedir. Bu zorlu süreçte hastalığı kabul sürecinin daha sağlıklı olması ve kişinin yaşamını normal bir şekilde devam ettirebilmesi için alınan kişinin psikolojik sağlamlığının yüksek olması gerekmektedir (Dulin vd., 2019). Bu süreci psikolojik açıdan yürütme zorlanan hastaların psikolojik destek alması hastalığı kabul sürecinin hastayı yıpratmayacak bir şekilde ilerlemesine yardımcı olmaktadır (Toma vd., 2013).

Çalışma bulgularına göre, evli HIV hastalarının hastalığı kabullenme düzeyinin bekâr ve boşanmış HIV hastalarının hastalığı kabullenme düzeyinden anlamlı bir şekilde daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Literatür incelendiğinde, HIV hastalarında hastalığı kabullenme düzeyinin medeni duruma göre karşılaştırıldığı herhangi bir çalışma olmadığı fakat başka hastalıklarda hastalığı kabul düzeyinin cinsiyete göre karşılaştırıldığı çalışmalar olduğu görülmektedir. Bu çalışmaların bazılarında bu araştırmadan elde edilen bulguyu desteleyen sonuçlar elde edildiği görülmektedir. Örneğin, Gerçek (2017) yatarak tedavi gören tip 2 diyabetli 201 hasta üzerinde gerçekleştirdiği çalışmasında hastalığı kabul düzeyinin medeni duruma göre farklılaşıp farklılaşmadığını incelemiş ve evli bireylerin hastalığa kabul düzeyinin bekâr/boşanmış/dul bireylere göre daha düşük olduğu sonucuna ulaşmıştır. Bu araştırma elde edilen bulgudan farklı bulguların elde edildiği çalışmalarda ise hastalığı kabul düzeyinin medeni duruma göre farklılaşmadığı sonucu elde edilmiştir. Örneğin, Şireci ve Karabulutlu (2017) çalışmalarında tip 2 diyabetli hastaların hastalığı kabullenme düzeyinin medeni duruma göre farklılaşıp farklılaşmadığını incelemişler. Çalışma sonucunda, bekâr ve boşanmış dul bireylerin hastalığı kabullenme düzeyi puanları arasında anlamlı fark olmadığı görülmüştür.

Çalışma sonucunda sonucunda, eğitim düzeyi ilkokul mezunu ve altı olan HIV hastalarının hastalığı kabullenme düzeyinin eğitim düzeyi lise mezunu ve üniversite mezunu olan HIV hastalarının hastalığı kabullenme düzeyinden anlamlı bir şekilde düşük olduğu belirlenmiştir. Benzer şekilde, eğitim düzeyi ortaokul mezunu ve altı olan HIV hastalarının hastalığı kabullenme düzeyinin eğitim düzeyinin lise mezunu ve üniversite mezunu olan HIV hastalarının hastalığı kabullenme düzeyinden anlamlı bir şekilde düşük olduğu tespit edilmiştir. Elde edilen bulgular değerlendirildiğinde, HIV hastalarının eğitim düzeyi yükseldikçe hastalığı kabul düzeyinin arttığı söylenebilir. Literatür incelendiğinde, eğitim düzeyi arttıkça hastalığı kabul düzeyinin arttığı sonucuna ulaşan birçok çalışma (Özden, 2018; Taşkın-Yılmaz, Ayfer-Şahin ve Türesin, 2019) olduğu görülmektedir.

Araştırma sonucunda, gelir düzeyi 0-2000 TL aralığında olan HIV hastalarının hastalığı kabullenme düzeyinin gelir düzeyi 4001-6000 TL aralığında, 6001-8000 TL aralığında ve 8001 TL ve üzerinde olan HIV hastalarının hastalığı kabullenme düzeyinden anlamlı bir şekilde düşük olduğu belirlenmiştir. Benzer şekilde, gelir düzeyi 2001-4000 TL aralığında olan HIV hastalarının hastalığı kabullenme düzeyinin gelir düzeyi 4001-6000 TL aralığında, 6001-8000 TL aralığında ve 8001 TL ve üzerinde olan HIV hastalarının hastalığı kabullenme düzeyinden anlamlı bir şekilde düşük olduğu saptanmıştır. Literatür incelendiğinde, bu araştırmadan elde edilen bulgu destekleyen bulguları içeren çalışmalar olduğu görülmektedir. Örneğin, Besen (2009) 300 Tip 2 diyabetli hastayla gerçekleştirdiği çalışmasında gelir gruplarını kötü, orta ve iyi olarak gruplandırmış ve orta ve iyi grubun hastalığı kabul düzeyinin gelir düzeyi kötü olan grubun hastalığı kabul düzeyinden anlamlı bir şekilde yüksek olduğu sonucuna varmıştır. Bu açıdan, bu araştırmadan elde edilen sonucunda literatürle uyumlu olduğu ifade edilebilir.

Çalışmadan elde edilen bulgulara göre, bulaş türü cinsel temas olan HIV hastalarının hastalığı kabullenme düzeyinin bulaş türü anneden geçiş olan HIV hastalarının hastalığı kabullenme düzeyinden anlamlı bir şekilde düşük olduğu tespit edilmiştir. Anneden geçiş şekilden HIV virüsüne sahip olan bireyler uzun zamandan beri virüsle yaşamaya alışkındırlar (Sütçü ve Somer, 2016). Fakat, cinsel yolla HIV virüsüyle enfekte olan bireyler ise genellikle korunmasız cinsel ilişki sonrasında hasta olurlar (Poudel vd., 2011).

Bu durumda, bir ihmal sonucunu enfekte olmuş olmaları hastalığı kabul sürecini zorlaştırmaktadır.

Araştırmadan elde edilen bulgular sonucunda, HIV tanısı alma süresi 7-10 yıl arası olan HIV hastalarının hastalığı kabullenme düzeyinin HIV tanısı alma süresi 1 yıldan az, 1-4 yıl arası ve 4-7 yıl arası olan HIV hastalarının hastalığı kabullenme düzeyinden anlamlı bir şekilde yüksek olduğu belirlenmiştir. Benzer şekilde, HIV tanısı alma süresi 10 yıl ve üzeri olan HIV hastalarının hastalığı kabullenme düzeyinin HIV tanısı alma süresi 1 yıldan az, 1-4 yıl arası ve 4-7 yıl arası olan HIV hastalarının hastalığı kabullenme düzeyinden anlamlı bir şekilde yüksek olduğu saptanmıştır. Elde edilen bulgular birlikte değerlendirildiğinde, HIV tanısı alma süresi arttıkça hastalığı kabul düzeyin arttığı söylenebilir. HIV tanısı uzun süre önce almış bireyler gerekli tedaviyi aldıkları sürece hastalığın hayat kalitelerini azaltmayacağına inanmaya başlarlar fakat HIV tanısını yeni alan bireylerde bu durum tam tersidir (Oguntibeju, 2012). Bu durumda, çalışma sonucunda elde edilen HIV tanısı alma süresi arttıkça hastalığı kabul düzeyin artmaktadır sonucunu açıklamaktadır.

Araştırma sonucunda, HIV tanısı aldığı anda çevresinden gördüğü sosyal desteği yeterli bulan HIV hastalarının umutsuzluk düzeyinin çevresinden gördüğü sosyal desteği yeterli bulmayan HIV hastalarının umutsuzluk düzeyinden anlamlı bir şekilde daha düşük olduğu saptanmıştır. Literatür incelendiğinde, HIV hastalarında sosyal destek ve umutsuzluk düzeyi arasındaki ilişkiyi inceleyen herhangi bir çalışma olmadığı fakat başka hastalıklarda sosyal destek ve umutsuzluk düzeyi arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar olduğu görülmektedir. Örneğin, Arslantaş ve diğerleri (2010) hastanede yatarak tedavi gören hastalarda sosyal destek ve hastalığı kabul düzeyini araştırmış ve sosyal destek arttıkça hastalığı kabul düzeyinin arttığı bulgusuna erişmiştir. Bu açıdan, bu araştırmadan elde edilen sonucun literatürle uyumlu olduğu ifade edilebilir.

Çalışma bulgularına göre, psikolojik destek almayan HIV hastalarının umutsuzluk düzeyinin psikolojik destek alan HIV hastaların umutsuzluk düzeyinden anlamlı bir şekilde yüksek olduğu belirlenmiştir. Özellikle HIV gibi bireyin sosyal açıdan kendini dışlanmış hissettiği hastalıklarda hastalığa uyum sürecinin profesyonel anlamda psikolojik destek alınarak yürütülmesi oldukça faydalıdır (Mo ve Coulson, 2013). Literatür incelendiğinde ise hastalığa uyum sürecinde alınan psikolojik desteğin

bireylerin umut düzeyini arttırdığı birçok çalışma (Hergenrather vd., 2013; Sikkema vd., 2015) olması bu araştırmadan elde edilen bulgunun güvenilir olduğunu göstermektedir.

Çalışma sonucunda, gelir düzeyi 0-2000 TL aralığında olan HIV hastalarının umutsuzluk düzeyinin gelir düzeyi 4001-6000 TL aralığında, 6001-8000 TL aralığında ve 8001 TL ve üzerinde olan HIV hastalarının umutsuzluk düzeyinden anlamlı bir şekilde yüksek olduğu belirlenmiştir. Ayrıca, gelir düzeyi 2001-4000 TL aralığında olan HIV hastalarının umutsuzluk düzeyinin gelir düzeyi 6001-8000 TL aralığında ve 8001 TL ve üzerinde olan HIV hastalarının umutsuzluk düzeyinden anlamlı bir şekilde yüksek olduğu saptanmıştır. Benzer şekilde, gelir düzeyi 4001-6000 TL aralığında olan HIV hastalarının umutsuzluk düzeyinin gelir düzeyi 6001-8000 TL aralığında ve 8001 TL ve üzerinde olan HIV hastalarının umutsuzluk düzeyinden anlamlı bir şekilde yüksek olduğu saptanmıştır. Elde edilen bulgular birlikte değerlendirildiğinde, HIV hastalarında gelir düzeyi yükseldikçe umutsuzluk düzeyinin azaldığı söylenebilir. Gelir düzeyi yüksek olan hastaların kaliteli tedaviye erişiminin daha kolay olması hastalık sürecine daha kolay uyum sağlamalarını ve hayat standartlarının düşmemesini sağlamaktadır (Orentlicher, 2018). Gelir düzeyi düşük olan hastalarda ise tedavi süreci zaten olumlu olmayan ekonomik koşulların daha olumsuz hale getirmekte ve hastanın umutsuzluk düzeyinin artmasına sebep olmaktadır (Lino vd., 2014). Literatür incelendiğinde, HIV hastalarının umutsuzluk düzeyinin gelir düzeyine göre incelendiği bir çalışma olmasa da başka hastalıklarda gelir düzeyinin umutsuzluk düzeyi üzerindeki etkisini araştıran çalışmalar (Arslantaş vd., 2010; Yıldırım, 2017) bulunmaktadır.

Araştırma sonucunda, HIV tanısı alma süresi 1 yıldan az olan HIV hastalarının umutsuzluk düzeyinin HIV tanısı alma süresi 4-7 yıl arası, 7-10 yıl arası ve 10 yıl ve üzeri ($x=13,66$) olan hastaların umutsuzluk düzeyinden anlamlı bir şekilde yüksek olduğu belirlenmiştir. Hastalığa yeni yakalanmış bireylerin yaşadıkları sosyal ve psikolojik sorunlardan dolayı umutsuzluk düzeyi artabilmektedir (Bhatia, 2014). Hastalık tanısının konulmasının üzerinden süre geçtikçe hastalığa uyum süreci artmakta ve gerçekleştirilen tedavilerle beraber hastanın umutsuzluk düzeyi azalmaktadır (Compas, Jaser ve Dunn, 2012). Bu açıdan, elde edilen bulgunun literatürle uyumlu olduğu ifade edilebilir.

Araştırma bulgularına göre, gelir düzeyi 8001 TL ve üzeri olan HIV hastalarının dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu belirti düzeyinin gelir düzeyi 0-2000 TL aralığında

ve 2001-4000 TL aralığında olan HIV hastalarının dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu belirti düzeyinden anlamlı bir şekilde düşük olduğu belirlenmiştir. Elde edilen bulguya göre, gelir düzeyi yüksek olan HIV hastalarında dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunun daha az görüldüğü ifade edilebilir. Literatür incelendiğinde, bu araştırmadan elde edilen bulguyu destekleyen çalışmalar (Keilow, Wu ve Obel, 2020; Michielsen vd., 2013) olduğu görülmektedir.

Araştırmadan elde edilen sonuçlara göre, hastalığı kabul ile umutsuzluk arasında negatif yönde orta düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Buna göre, HIV tanısı almış hastalarda hastalığı kabul düzeyi arttıkça umutsuzluk düzeyinin azaldığı ifade edilebilir. Literatür incelendiğinde, hastalığı kabul düzeyi ve umutsuzluk arasında negatif yönde bir ilişki olduğu bulgusunu destekleyen çalışmalar (Besen ve Esen, 2011; Secinti vd., 2019) olması elde edilen bulgunun literatürle uyumlu olduğunu göstermektedir.

Araştırma elde edilen bulgulara göre, hastalığı kabul ile dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu arasında negatif yönde düşük düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Buna göre, HIV tanısı almış hastalarda dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu arttıkça hastalığı kabul düzeyinin azaldığı söylenebilir. Literatür incelendiğinde, bu araştırmayla benzer bulgulara erişilen çalışmalar (Guler vd., 2013; Söngüt ve Özakar-Akça, 2020) olduğu görülmektedir.

Araştırma sonucunda, umutsuzluk ve dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu arasında pozitif yönde orta düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir. Buna göre, HIV tanısı almış hastalarda dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu arttıkça umutsuzluk düzeyinin de arttığı ifade edilebilir. Literatür incelendiğinde bu araştırmadan elde edilen bulguyu destekleyen çalışmalar (Humphreys, 2013; Riglin vd., 2020) olduğu görülmektedir. Bu araştırmalarda, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu arttıkça depresyon düzeyinin arttığı ve bunun da umutsuzluğa sebep olduğu ulaşılan sonuçlardandır.

Çalışma bulgularına göre, umutsuzluk ve DEHB belirti düzeyi kullanılarak oluşturulan regresyon modelinin hastalığı kabullenme düzeyini anlamlı bir şekilde yordadığı görülmektedir. Kurulan model hastalığı kabullenme değişkenine ait varyansın yaklaşık %11'ini açıklamaktadır. Modeldeki değişkenlerin açıklanan varyansa katkısı değerlendirildiğinde umutsuzluk değişkeninin hastalığı kabullenme düzeyini DEHB

belirti düzeyine göre daha fazla yordadığı belirlenmiştir. Elde edilen bu sonuç hem de bu araştırmada daha önce gerçekleştirilen korelasyon analizleriyle uyumludur.

6. BÖLÜM

SONUÇLAR VE ÖNERİLER

6.1 Sonuçlar

Çalışma kapsamında belirlenen araştırma sorularının yanıtlanması amacıyla gerçekleştirilen istatistiksel analizlerden elde edilen bulgulardan hareketle ulaşılan sonuçlar maddeler halinde sunulmuştur.

- HIV tanısı almış kadınların hastalığı kabullenme düzeyinin HIV tanısı almış erkeklerin hastalığı kabullenme düzeyinden daha düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır.
- HIV tanısı almış bireylerin hastalığı kabullenme düzeyinin HIV tanısı almadan önce HIV virüsü hakkında bilgi sahibi olma durumuna göre anlamlı fark göstermediği sonucuna varılmıştır.
- Tedavi gördüğü hastane ikamet adresine yakın olan HIV hastalarının hastalığı kabullenme düzeyinin tedavi gördüğü hastane ikamet adresine uzak olan hastaların hastalığı kabullenme düzeyinden daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır.
- HIV hastasının hastalık sürecinin başlarında çevresinden gördüğü sosyal desteğin hastalığı kabul düzeyini arttırdığı sonucuna ulaşılmıştır.
- Psikolojik destek alan HIV hastalarının hastalığı kabullenme düzeyinin psikolojik destek almayan HIV hastalarının hastalığı kabullenme düzeyinden daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır.
- Evli HIV hastalarının hastalığı kabullenme düzeyinin bekâr ve boşanmış HIV hastalarının hastalığı kabullenme düzeyinden daha düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır.
- HIV hastalarında eğitim düzeyi arttıkça hastalığı kabul düzeyinin arttığı sonucuna varılmıştır.

- Gelir düzeyi yüksek HIV hastalarının hastalığı kabul düzeyinin gelir düzeyi düşük HIV hastalarının hastalığı kabul düzeyine göre daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır.
- Bulaş türü cinsel temas olan HIV hastalarının hastalığı kabullenme düzeyinin bulaş türü anneden geçiş olan HIV hastalarının hastalığı kabullenme düzeyinden anlamlı bir şekilde düşük olduğu sonucuna varılmıştır.
- HIV tanısı alma süresi arttıkça hastalığı kabul düzeyinin arttığı sonucuna ulaşılmıştır.
- HIV tanısı almış bireylerin umutsuzluk düzeyinin cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, cinsel kimlik, HIV virüsü bulaş türü, HIV tanısı almadan önce HIV virüsü hakkında bilgi sahibi olma durumu ve tedavi görülen hastanenin ikamet adresine yakın olma durumuna göre anlamlı fark göstermediği sonucuna varılmıştır.
- HIV hastalarında gelir düzeyi yükseldikçe umutsuzluk düzeyinin azaldığı sonucuna ulaşılmıştır.
- HIV tanısı alma süresi arttıkça umutsuzluk düzeyinin azaldığı sonucuna varılmıştır.
- HIV tanısı almış bireylerin dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu belirti düzeyinin cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, cinsel kimlik, HIV virüsü bulaş türü ve HIV tanısı alma türü, HIV tanısı almadan önce HIV virüsü hakkında bilgi sahibi olma durumu, tedavi görülen hastanenin ikamet adresine yakın olma durumu, HIV tanısı alındığında sahip olunan sosyal destek durumu ve psikolojik destek alma durumuna göre farklılaşmadığı sonucuna ulaşılmıştır.
- Gelir düzeyi yüksek olan HIV hastalarında dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunun daha az görüldüğü sonucuna varılmıştır.
- HIV tanısı almış hastalarda hastalığı kabul düzeyi arttıkça umutsuzluk düzeyinin azaldığı sonucuna ulaşılmıştır.
- HIV tanısı almış hastalarda dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu arttıkça hastalığı kabul düzeyinin azaldığı sonucuna varılmıştır.
- HIV tanısı almış hastalarda dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu arttıkça umutsuzluk düzeyinin de arttığı sonucuna ulaşılmıştır.
- Umutsuzluk ve DEHB belirti düzeyi değişkenleriyle kurulan model hastalığı kabullenme düzeyini anlamlı bir şekilde yordadığı sonucuna varılmıştır.

6.2. Öneriler

Çalışma kapsamında elde edilen sonuçlar doğrultusunda konunun ilgililerine, klinik psikologlara HIV tanısı almış bireylere ve araştırmacılara sunulabilecek öneriler aşağıda maddeler halinde sunulmuştur.

Konunun ilgililerine ve klinik psikologlara:

- HIV tanısı alan kadınların hastalığı kabul düzeyinin daha düşük olmasından hareketle tedavi sürecinde olan kadınlara daha fazla psikolojik ve sosyal destek sağlanması önerilebilir.
- Topluma HIV tanısı alan bireylere karşı önyargıyı azaltıcı bilgilendirme kampanyaları yapılabilir.
- Psikolojik desteğin hastalığı kabul düzeyini arttırması göz önüne alınarak HIV tanısı almış olan bireylere psikolojik destek sağlanması önerilebilir.
- Bulaş türü cinsel temas olan hastaların hastalığı kabul düzeyinin düşük olacağı ve buna göre psikolojik ve sosyal destek gibi gerekli önlemlerin alınması önerilebilir.
- HIV tanısı alma süresi az olan hastaların hastalığı kabul düzeyinin düşük olmasından hareketle HIV tanısı alan hastalara ilk bir yıl psikolojik ve sosyal destek sağlanması ve hastalık hakkında bilgilendirme yapılması önerilebilir. .

HIV tanısı almış bireylere:

- Tedavi gördüğü hastane ikamet adresine yakın olan bireylerin hastalığı kabul düzeyinin daha yüksek olmasından hareketle HIV hastalarına tedaviye evlerine yakın hastanelerde başlamaları önerilebilir.

Araştırmacılara:

- Eğitim ve gelir düzeyi yüksek olan hastalarda hastalığı kabul düzeyinin yüksek olmasının nedenlerinin nitel bir çalışma kapsamında incelenmesi önerilebilir.
- Araştırmacılara, benzer araştırmayı farklı HIV hastası gruplarında yeni değişkenlerde (daha önce HIV tanısı alan tanıdığıın olması durumu, HIV benzeri başka kronik hastalığa sahip olma durumu, meslek, yaşanılan yer vb.) ekleyerek gerçekleştirmeleri önerilebilir.

KAYNAKÇA

- Abramson, L. Y., Metalsky, G. I. ve Alloy, L. B. (1989). Hopelessness depression: A theory-based subtype of depression. *Psychological Review*, 96(2), 358-372. doi: 10.1037/0033-295X.96.2.358
- Adler, A. (2017). *Yaşamın Anlam ve Amacı*. (Çev.: Kamuran Şipal). İstanbul: Say Yayınları.
- Agnew-Blais, J. C., Polanczyk, G. V., Danese, A., Wertz, J., Moffitt, T. E. ve Arseneault, L. (2016). Evaluation of the persistence, remission, and emergence of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in young adulthood. *JAMA Psychiatry*, 73(7), 713. doi:10.1001/jamapsychiatry.2016.0465
- Akça, F., Oğuztürk, Ö. ve Şahin, G. (2011). Üniversite Öğrencilerinde Umutsuzluk Düzeyleri ile Problem Çözme Becerileri Arasındaki İlişkinin Bazı Değişkenler Üzerinden İncelenmesi. *Klinik Psikiyatri*, 14, 173-184.
- Alberty-Corush, J., Firestone, P. ve Goodman, J. T. (1986). Attention and impulsivity characteristics of the biological and adoptive parents of hyperactive and normal control children. *American Journal of Orthopsychiatry*, 56(3), 413–423. doi:10.1111/j.1939-0025.1986.tb03473.x
- Amerikan Psikiyatri Birliği. (2013). *Tanı ölçütleri başvuru elkitabı (DSM-5)*. E. Köroğlu (Çev.). Hekimler Yayın Birliği.
- Arslantaş, H., Adana, F., Kaya, F., Turan, D. (2010). Yatan Hastalarda Umutsuzluk ve Sosyal Destek Düzeyi ve Bunları Etkileyen Faktörler. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 18(2), 87-97.
- Asante, K. (2012). Social support and the psychological wellbeing of people living with HIV/AIDS in Ghana. *African Journal of Psychiatry*, 15(5). doi:10.4314/ajpsy.v15i5.42

- Asherson, P. (2004). Attention-Deficit Hyperactivity Disorder in the post-genomic era. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 13(S1). doi:10.1007/s00787-004-1006-6
- Aydın, C., Kaya, M. ve Peker, H. (2015). Hayatın Anlam ve Amacı Ölçeği: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Ondokuz Mayıs Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 38, 39-55.
- Aydın, E. ve Koç, A. (2017). HIV+/AIDS hastalarında antiretroviral tedaviye uyumun önemi literatür çalışması. *Jinekoloji Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, 14(2), 74-81.
- Babayiğit, M. A. ve Bakır, B. (2004). HIV enfeksiyonu ve AIDS: Epidemiyoloji ve korunma. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 3(11), 280-290.
- Balcı, A. (2018). *Sosyal Bilimlerde Araştırma*. Ankara: Pegem Akademi Yayıncılık.
- Başcı, E. (2019). HIV ile yaşayanların toplumda görünür olma durumları: Neden ve sonuçlarıyla nitel bir model. *Sosyoloji Notları*, 3(1), 61-89.
- Başoğlu, S., Polat, Ü. ve Güngör, C. (2020). HIV/AIDS Hastalığı ile Yaşam: Öz Yönetim ve Psikososyal Uyum. *Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Dergisi*, 2(3), 183-190. doi: 10.48071/sbuhemsirelik.696645
- Beck, A. T., Weissman, A., Lester, D., & Trexler, L. (1974). The measurement of pessimism: The Hopelessness Scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42(6), 861–865. doi:10.1037/h0037562
- Ben-Shlomo, Y., Camfield, L. ve Warner, T. (2002). What are the determinants of quality of life in people with cervical dystonia?. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 72, 608-614.

- Benli, A., Başaran, S., Şimşek-Yavuz, S., Çağatay, A. A., Öncül, M. O., Özsüt, H. ve Eraksoy, H. (2018). Daha önce tedavi görmemiş HIV-pozitif hastalarda kullanılan antiretroviral tedavi rejimlerinin virolojik yanıt, immünolojik yanıt ve istenmeyen etkiler açısından karşılaştırılması. *Klinik Dergisi*, 31(2), 94-100.
- Besen, D. B. (2009). *Hastalığı kabul ölçeğinin Türk toplumundaki diyabetik bireylere uyarlanması ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi*. Yayımlanmamış Doktora Tezi. Ege Üniversitesi, İzmir.
- Besen, D. B. ve Esen, A. (2011). The Adaptation of the Acceptance of Illness Scale to the Diabetic Patients in Turkish Society. *TAF Prev Med Bull.*, 10(2), 155-164. doi: 10.5455/pmb.20110304120542
- Besen, D. B. ve Esen, A. (2012). Acceptance of illness and related factors in Turkish patients with diabetes. *Social Behavior and Personality: An International Journal*, 40(10), 1597-1609. doi:10.2224/sbp.2012.40.10.1597
- Beşiroğlu, L., Uğuz, F., Yılmaz, E., Ağargün, M. Y., Aşkın, R. ve Aydın, A. (2008). Obsesif kompulsif bozuklukta psikofarmakolojik tedavinin yaşam kalitesine etkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 19(1), 38–45.
- Bhatia, M. S. (2014). Prevalence of Depression in People Living with HIV/AIDS Undergoing ART and Factors Associated with it. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 8(10), 1-5. doi:10.7860/jcdr/2014/7725.4927
- Bream, V., Challacombe, F., Palmer, A. ve Salkovskis, P. (2017). *Cognitive behaviour therapy for obsessive-compulsive disorder*. Oxford: Oxford University Press.
- Büyüköztürk, Ş., Kılıç-Çakmak, E., Akgün, Ö.E., Karadeniz, Ş. ve Demirel, F. (2021). *Bilimsel araştırma yöntemleri* (30. Baskı). Ankara: Pegem Akademi Yayıncılık
- Cairncross, M. ve Miller, C. J. (2020). The effectiveness of mindfulness-based therapies for ADHD: A meta-analytic review. *J Atten Disord*, 24, 627-643.

- Cangül, S., Adıgüzel, Ö., Erpaçal, B., Sonkaya, E., Tekin, S. ve Satıcı Ö. (2020). Evaluation of dentists' and dentistry faculty students' knowledge about HIV/AIDS and approaches to the HIV/AIDS patients. *Selçuk Dentist Journal*, 7, 273-279. doi: 10.15311/selcukdentj.568215)
- Cantwell, D. P. (1972). Psychiatric Illness in the Families of Hyperactive Children. *Archives of General Psychiatry*, 27(3), 414. doi:10.1001/archpsyc.1972.01750270114018
- Carpenter, R. (2005). Perceived Threat in Compliance and Adherence Research. *Nursing Inquiry*, 12(3), 192–199.
- Carlezon, W. A., & Nestler, E. (2002). Elevated levels of GluR1 in the midbrain: a trigger for sensitization to drugs of abuse? *Trends in Neurosciences*, 25(12), 610–615. doi:10.1016/s0166-2236(02)02289-0
- Caye, A., Rocha, T. B.-M., Anselmi, L., Murray, J., Menezes, A. M. B., Barros, F. C., ... Rohde, L. A. (2016). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder trajectories from childhood to young adulthood. *JAMA Psychiatry*, 73(7), 705. doi:10.1001/jamapsychiatry.2016
- CDC (2021). *Prevention CfDca. Attention-Deficit / Hyperactivity Disorder (ADHD)*. Erişim adresi: <https://www.cdc.gov/ncbddd/adhd/facts.html> (Erişim Tarihi: 12.10.2021)
- Ceylan, E., Koç, A. İnkaya, A.Ç., & Ünal, S.(2019). Determination of medication adherence and related factors among people living with HIV/AIDS in a Turkish university hospital. *Turkish Journal of Medical Sciences*, 49,198-205.
- Chan, R. (2013). The effect of acceptance on health outcomes in patients with chronic kidney illness. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 28(1), 11-14.

- Chimiklis, A. L., Dahl, V., Spears, A. P., Goss, K., Fogarty, K. ve Chacko, A. 2018. Yoga, mindfulness, and meditation interventions for youth with ADHD: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Child and Family Studies*, 27, 3155-3168.
- Compas, B. E., Jaser, S. S., Dunn, M. J., & Rodriguez, E. M. (2012). Coping with Chronic Illness in Childhood and Adolescence. *Annual Review of Clinical Psychology*, 8(1), 455–480. doi:10.1146/annurev-clinpsy-032511-143108
- Côté, J. K. ve Pepler, C. (2005). A focus for nursing intervention: realistic acceptance or helping illusions?. *International Journal of Nursing Practice*, 11, 39-43.
- Çelik, E. (2015). Lise Öğrencilerinin Umutsuzluk İle Duygusal Dışavurum Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Journal of European Education*, 5(1), 1-10.
- Demirörs H. F. (2019). *HIV pozitif hastaların birinci basamak sağlık hizmetlerini kullanımı ve bunu etkileyen faktörler*. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.
- Derebaşı, I. (1996). *Beck Umutsuzluk Ölçeğinin Ege Üniversitesi öğrencileri üzerinde geliştirilmesi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi, İzmir.
- De Zwaan, M., Groß, B., Müller, A., Graap, H., Martin, A., Glaesmer, H., ... Philipsen, A. (2011). The estimated prevalence and correlates of adult ADHD in a German community sample. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 262(1), 79-86. doi:10.1007/s00406-011-0211-9
- Dilbaz, N. ve Seber, G. (1998). Umutsuzluk Kavramı: Depresyonda ve İntiharda Önemi. *Kriz Dergisi*, 3(1), 134-138.
- Doğan, S., Öncü, B., Varol-Saraçoğlu, G. ve Küçükgöncü, S. (2009). Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS-v1.1): Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 10, 77-87.

- Doğan, S. G. (2019). *HIV'li hastaların stigma, depresyon, yaşam kalitesi ve sosyal destek düzeylerinin değerlendirilmesi*. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Sakarya Üniversitesi, Sakarya.
- Duyan, V. (2001). HIV/AIDS'in psikolojik boyutu. *Toplum ve sosyal hizmet*, 12(2), 61-76.
- Dulin, A. J., Dale, S. K., Earnshaw, V. A., Fava, J. L., Mugavero, M. J., Napravnik, S., ... Howe, C. J. (2019). Resilience and HIV: a review of the definition and study of resilience. *AIDS Care*, 1–12. doi:10.1080/09540121.2018.1515470
- Erikson, B. S. (2000). Coping with type-2 diabetes: The role of sense of coherence compared with active management. *Journal of Advanced Nursing*, 31(6), 1393-1397.
- Edelwich, J. ve Brodsky, A. (1980). *Burn-out: Stages of disillusionment in the helping professions*. New York: Human Sciences Press.
- Eisinger, R. W. ve Fauci, A. S. (2018). Ending the HIV/AIDS Pandemic1. *Emerging Infectious Illnesses*, 24(3), 413–416. doi:10.3201/eid2403.171797
- Faraone, S. V., Asherson, P., Banaschewski, T., Biederman, J., Buitelaar, J. K., Ramos-Quiroga, J. A., ... Franke, B. (2015). Attention-deficit/hyperactivity disorder. *Nature Reviews Illness Primers*, 15020. doi:10.1038/nrdp.2015.20
- Faraone, S. V. ve Doyle, A. E. (2001). The nature and heritability of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 10(2), 299 316. doi:10.1016/s1056-4993(18)30059-2
- Faraone, S. V., Perlis, R. H., Doyle, A. E., Smoller, J. W., Goralnick, J. J., Holmgren, M. A., ve Sklar, P. (2005). Molecular genetics of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Biological Psychiatry*, 57(11), 1313–1323. doi:10.1016/j.biopsych.2004.11.024

- Fayyad, J., Sampson, N. A., Hwang, I., Adamowski, T., Aguilar-Gaxiola, S., ... Kessler, R. C. (2016). The descriptive epidemiology of DSM-IV Adult ADHD in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 9(1), 47-65. doi:10.1007/s12402-016-0208-3
- Felton, B. J., Revenson, T. A. ve Hinrichsen, G. A. (1984). Stress and coping in the explanation of psychological adjustment among chronically ill adults. *Social Science & Medicine*, 18(10), 889–898. doi:10.1016/0277-9536(84)90158-8
- Fleming, A. P., McMahon, R. J., Moran, L. R., Peterson, A. P. ve Dreessen, A. (2015). Pilot randomized controlled trial of dialectical behavior therapy group skills training for ADHD among college students. *J Atten Disord*, 19, 260-271.
- Franke, B., Faraone, S. V., Asherson, P., Buitelaar, J., Bau, C. H. D., ... Reif, A. (2011). The genetics of attention deficit/hyperactivity disorder in adults, a review. *Molecular Psychiatry*, 17(10), 960-987. doi:10.1038/mp.2011.138
- Frankl, V. E. (2018). *İnsanın Anlam Arayışı*. (Çev.: Selçuk Budak). İstanbul: Okuyan Us Yayınları. (1983).
- Fromm, E. (2013). *Sahip Olmak ya da Olmak*. (Çev: Aydın Arıtan). İstanbul: Say Yayınları. (1976).
- Fromm, E. (2015). *Umut Devrimi*. (Çev.: Şemsa Yeğin). İstanbul: Payel Yayınları. (1968).
- Griffin, K. W. ve Rabkin, J. G. (1998). Perceived control over illness, realistic acceptance, and psychological adjustment in people with AIDS. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 17(4), 407–424. doi: 10.1521/jscp.1998.17.4.407
- Gökengin, D. (2018). Türkiye'de HIV İnfeksiyonu: Hedefe Ne Kadar Yakınız?. *Klimik Journal/Klimik Dergisi*, 31(1), 4-10.

- Grodensky, C. A., Golin, C. E., Jones, C., Mamo, M., Dennis, A. C. ve Abernethy, M.G., Patterson, K.B. (2015). "I should know better": the roles of relationships, spirituality, disclosure, stigma, and shame for older women living with HIV seeking support in the South. *Journal Association Nurses in AIDS Care*, 26, 12-23. doi:10.1016/j.jana. 2014. 01.005
- Guler, F., Kose, O., Koparan, C., Turan, A., & Arik, H. O. (2013). Is there a relationship between attention deficit/hyperactivity disorder and Osgood–Schlatter illness? *Archives of Orthopaedic and Trauma Surgery*, 133(9), 1303–1307. doi:10.1007/s00402-013-1789-3
- Hergenrather, K. C., Geishecker, S., Clark, G. ve Rhodes, S. D. (2013). A Pilot Test of the HOPE Intervention to Explore Employment and Mental Health Among African American Gay Men Living With HIV/AIDS: Results From a CBPR Study. *AIDS Education and Prevention*, 25(5), 405–422. doi:10.1521/aeap.2013.25.5.405
- Hökelekli, H. (2009). *Çocuk, Genç, Aile Psikolojisi ve Din*. İstanbul: Değerler Eğitimi Merkezi Yayınları.
- Hurst, S. A., Appelgren, K. E. ve Kourtis, A. P. (2015). Prevention of mother-to-child transmission of HIV type 1: the role of neonatal and infant prophylaxis. *Expert review of anti-infective therapy*, 13(2), 169–181. doi: 10.1586/14787210.2015.999667
- Humphreys, K. L., Katz, S. J., Lee, S. S., Hammen, C., Brennan, P. A. ve Najman, J. M. (2013). The association of ADHD and depression: Mediation by peer problems and parent–child difficulties in two complementary samples. *Journal of Abnormal Psychology*, 122(3), 854–867. doi:10.1037/a0033895
- İmamoğlu, A. ve Yavuz, A. (2011). Üniversite Gençliğinde Dini İnanç ve Umutsuzluk İlişkisi. *Sakarya Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 13(23), 205-244.

- Jevne, R. F. (2005). Hope: The Simplicity and Complexity. In J. A. Elliott (Ed.), *Interdisciplinary perspectives on hope* (pp. 259–289). New York: Nova Science Publishers.
- John-Stewart, G., Peeling, R. W., Levin, C., Garcia, P. J., Mabey, D. ve Kinuthia, J. (2017). Prevention of mother-to-child transmission of HIV and syphilis. In K. K. Holmes (Eds.) et. al., *Major Infectious Illnesss*. (3rd ed.). The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank.
- Kanal, H. E. Ş. ve Özyurda, F. (2019). Türkiye'de HIV Epidemiyolojisi. In 3. *International 21. National Public Health Congress*.
- Kawagoe J. Chaves L. C., Fonseca F. L. A., Filipini, R., Blake, M. T. ve Camillo, S. O. (2012). The difficulties of social adaptation of patients with HIV/AIDS. *Journal of Human Growth and Development*, 22(1), 1-7.
- Kaya, E., Şimşek, F. ve Yıldırım, T. (2020). Erkek HIV/AIDS hastalarında damgalanmanın yaşam kalitesi üzerine etkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 21(5), 499-506. doi: 10.5455/apd.76451
- Kayaalp L. (2008). Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu. *Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi*, 62, 147-52.
- Keilow, M., Wu, C., & Obel, C. (2020). Cumulative social disadvantage and risk of attention deficit hyperactivity disorder: Results from a nationwide cohort study. *SSM - Population Health*, 10, 1-9. doi:10.1016/j.ssmph.2020.100548
- Kenya, S., Jones, J., Arheart, K., Kobetz, E., Chida, N., Baer, S., ... Carrasquillo, O. (2013). Using community health workers to improve clinical outcomes among people living with HIV: a randomized controlled trial. *AIDS and Behavior*, 17, 2927–2934. doi: 10.1007/s10461-013-0440-1

- Keogh, E., Bond, F. W., Hanmer, R. ve Tilston, J. (2005). Comparing acceptance- and control-based coping instructions on the cold-pressor pain experiences of healthy men and women. *European Journal of Pain*, 9(5), 591-591. doi:10.1016/j.ejpain.2004.12.005
- Keskin, N., Evlice, A. T., Çakmak, S., Tamam, L. ve Kömür, S. (2017). HIV pozitif hastaların nöropsikiyatrik açıdan değerlendirilmesi: bir ön çalışma. *Çukurova Medical Journal*, 42(2), 292-298. doi: 10.17826/cutf.273064
- Kessler, R. C., Adler, L., Barkley, R., Biederman, J., Conners, C. K., Demler, ... Zaslavsky, A. M. (2006). The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: Results from the national comorbidity survey replication. *American Journal of Psychiatry*, 163(4), 716. doi:10.1176/appi.ajp.163.4.716
- Kessler, R. C., Adler, L., Ames, M., Demler, O., Faraone, S., Hiripi, E., ... Walters, E. E. (2005a). The World Health Organization adult ADHD self-report scale (ASRS): a short screening scale for use in the general population. *Psychological Medicine*, 35(2), 245-256. doi:10.1017/s0033291704002892
- Kessler, R. C., Adler, L. A., Barkley, R., Biederman, J., Conners, C. K., Faraone, S. V., ... Zaslavsky, A. M. (2005b). Patterns and predictors of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder persistence into adulthood: Results from the national comorbidity survey Replication. *Biological Psychiatry*, 57(11), 1442-1451. doi:10.1016/j.biopsych.2005.04.0
- Kessler, R. C., Adler, L. A., Gruber, M. J., Sarawate, C. A., Spencer, T., & Van Brunt, D. L. (2007). Validity of the World Health Organization Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS) Screener in a representative sample of health plan members. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 16(2), 52-65. doi:10.1002/mpr.208

- Kısacık, E. ve Kalaycıoğlu, C. (2019). Üniversite öğrencilerinde dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu belirti düzeylerinin incelenmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 43(2), 139-150.
- Kralik, D., Brown, M. ve Koch, T. (2001). Women's experiences of 'being diagnosed' with a long-term illness. *Journal Of Advanced Nursing*, 33(5), 594-602.
- Larsson, H., Sariaslan, A., Långström, N., D'Onofrio, B. ve Lichtenstein, P. (2013). Family income in early childhood and subsequent attention deficit/hyperactivity disorder: A quasi-experimental study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 55(5), 428-435. doi:10.1111/jcpp.12140
- Leung, A. K. C. ve Hon, K. L. (2016). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Advances in Pediatrics*, 63(1), 255-280. doi:10.1016/j.yapd.2016.04.017
- Li, L., Wu, S., Wu, Z., Sun, S., Cui, H., & Jia, M. (2006). Understanding Family Support for People Living with HIV/AIDS in Yunnan, China. *AIDS and Behavior*, 10(5), 509–517. doi:10.1007/s10461-006-9071-0
- Li, L., Lee, S.-J., Thammawijaya, P., Jiraphongsa, C., & Rotheram-Borus, M. J. (2009). Stigma, social support, and depression among people living with HIV in Thailand. *AIDS Care*, 21(8), 1007–1013. doi:10.1080/09540120802614358
- Lindsay, E.K. ve Creswell, J.D. (2017). Mechanisms of mindfulness training: Monitor and acceptance theory (MAT). *Clinical Psychology*, 51, 48-59.
- Lino, V. T. S., Portela, M. C., Camacho, L. A. B., Atie, S., Lima, M. J. B., Rodrigues, N. C. P., ... Andrade, M. K. de N. (2014). Screening for Depression in Low-Income Elderly Patients at the Primary Care Level: Use of the Patient Health Questionnaire-2. *PLoS ONE*, 9(12), e113778. doi:10.1371/journal.pone.0113778

- Lopez, R., Micoulaud-Franchi, J.-A., Galera, C. ve Dauvilliers, Y. (2017). Is adult-onset attention deficit/hyperactivity disorder frequent in clinical practice? *Psychiatry Research*, 257, 238-241.
- Marfatia, Y. S., Jose, S. K., Baxi, R. R. ve Shah, R. J. (2017). Pre-and post-sexual exposure prophylaxis of HIV: An update. *Indian journal of sexually transmitted illness and AIDS*, 38(1), 1-9.
- Mattos, P., Nazar, B. P. ve Tannock, R. (2018). By the book: ADHD prevalence in medical students varies with analogous methods of addressing DSM items. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 40(4), 382-387. doi:10.1590/1516-4446-2017-2429
- Mayes, R., Bagwell, C. ve Erkulwater, J. L. (2009). *Medicating children: ADHD and pediatric mental health*. Massachusetts: Harvard University Press
- Metsch, J., Tillil, H., Köbberling, J. ve Sartory, G. (1995). On the relation among psychological distress, diabetes-related health behavior, and level of glycosylated hemoglobin in type I diabetes. *International Journal of Behavioral Medicine*, 2(2), 104-117. doi:10.1207/s15327558ijbm0202_2
- Michielsen, M., Comijs, H. C., Aartsen, M. J., Semeijn, E. J., Beekman, A. T. F., Deeg, D. J. H. ve Kooij, J. J. S. (2013). The Relationships Between ADHD and Social Functioning and Participation in Older Adults in a Population-Based Study. *Journal of Attention Disorders*, 19(5), 368–379. doi:10.1177/1087054713515748
- Millichap, J. G. (2010). *Attention deficit hyperactivity disorder handbook: A physician's guide to ADHD* (2nd ed.). Springer Science + Business Media. doi: 10.1007/978-1-4419-1397-5
- Misra, R. ve Lager, J. (2008). Predictors of quality of life among adults with type 2 diabetes mellitus. *Journal of Diabetes and Its Complications*, 22(3), 217–223. doi:10.1016/j.jdiacomp.2006.09.0

- Mo, P. K. H., & Coulson, N. S. (2013). Online support group use and psychological health for individuals living with HIV/AIDS. *Patient Education and Counseling*, 93(3), 426–432. doi:10.1016/j.pec.2013.04.004
- Moffitt, T. E., Houts, R., Asherson, P., Belsky, D. W., Corcoran, D. L., Hammerle, M., ... Caspi, A. (2015). Is adult ADHD a childhood-onset neurodevelopmental disorder? Evidence from a four-decade longitudinal cohort study. *American Journal of Psychiatry*, 172(10), 967-977. doi:10.1176/appi.ajp.2015.14101266
- Moss, S. B., Nair, R., Vallarino, A. ve Wang, S. (2007). Attention Deficit/Hyperactivity Disorder in adults. *Primary Care: Clinics in Office Practice*, 34(3), 445-473. doi:10.1016/j.pop.2007.05.005
- Mukolo, A., Blevins, M., Victor, B., Vaz, L. M. E., Sidat, M. ve Vergara, A. (2013). Correlates of Social Exclusion and Negative Labeling and Devaluation of People Living with HIV/AIDS in Rural Settings: Evidence from a General Household Survey in Zambézia Province, Mozambique. *PLoS ONE*, 8(10), e75744. doi:10.1371/journal.pone.0075744
- Nam, S. L., Fielding, K., Avalos, A., Dickinson, D., Gaolathe, T., & Geissler, P. W. (2008). The relationship of acceptance or denial of HIV-status to antiretroviral adherence among adult HIV patients in urban Botswana. *Social Science & Medicine*, 67(2), 301–310. doi:10.1016/j.socscimed.2008.03.0
- Oguntibeju, O. (2012). Quality of life of people living with HIV and AIDS and antiretroviral therapy. *HIV/AIDS - Research and Palliative Care*, 117, 1-8. doi:10.2147/hiv.s32321
- Orentlicher, D. (2018). Healthcare, Health, and Income. *The Journal of Law, Medicine & Ethics*, 46(3), 567–572. doi:10.1177/1073110518804198
- Örengül, A. C. ve Sabuncuoğlu, O. T. (2018). Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan çocuklarda akran örselemesi/zorbalık. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 19(4), 405-10.

- Özden, G. (2018). *Tip 2 diyabetes mellituslu hastalarda hastalığı kabulün konfor düzeyine etkisi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İnönü Üniversitesi, Malatya.
- Öztürk, O. (2015). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*, Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri.
- Pandiyan, K., Kumar, S. ve Hongally, C. (2015). Prevalence of ADHD in women sex workers and other characteristics in OPD of a tertiary care. *Journal of Research in Psychiatry and Behavioral Sciences*, 1(1), 21-24.
- Pandiyan, K., Kumar, S. ve Hongally, C. (2016). Study of prevalence of sexually transmitted infections (STI's) and associated psychiatric comorbidity, attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) among female sex workers. *Journal of Research in Psychiatry and Behavioral Sciences*, 2(1), 1-3.
- Pazvantoğlu, O., Akbaş, S., Sarısoy, G., Baykal, S., Korkmaz, I., Karabekiroğlu, K. & Böke, Ö. (2014). DEHB tanılı çocukların ebeveynlerinde DEHB ile ilişkili bazı sorunlu yaşam olayları. *Düşünen Adam: The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 27(1), 61-68. doi: 10.5350/DAJPN2014270108
- Palmer, E. D., & Finger, S. (2001). An Early Description of ADHD (Inattentive Subtype): Dr Alexander Crichton and "Mental Restlessness" (1798). *Child and Adolescent Mental Health*, 6(2), 66-73. doi:10.1111/1475-3588.00324
- Peale, N. V. (2007). *Olumlu Düşünmenin Gücü*. (Çev.: Cem Küçük). İstanbul: Profil Yayıncılık.
- Pellow, J., Solomon, E. M. ve Barnard, C. N. (2011). Complementary and alternative medical therapies for children with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Altern Med Rev*, 16, 323-37.

- Polanczyk, G. ve Rohde, L. A. (2007). Epidemiology of attention-deficit/hyperactivity disorder across the lifespan. *Current Opinion in Psychiatry*, 20(4), 386-392. doi:10.1097/yco.0b013e3281568d7a
- Polanczyk, G. V., Willcutt, E. G., Salum, G. A., Kieling, C. ve Rohde, L. A. (2014). ADHD prevalence estimates across three decades: an updated systematic review and meta-regression analysis. *International Journal of Epidemiology*, 43(2), 434-442. doi:10.1093/ije/dyt261
- Poudel, K. C., Paudel-Tandukar, K., Nakahara, S., Yasuoka, J., & Jimba, M. (2011). Knowing the Consequences of Unprotected Sex with Seroconcordant Partner Is Associated with Increased Safer Sex Intentions among HIV-positive Men in Kathmandu, Nepal. *Journal of Health, Population and Nutrition*, 29(3), 1-9. doi:10.3329/jhpn.v29i3.7866
- Rafalovich, A. (2001). The conceptual history of attention deficit hyperactivity disorder: Idiocy, imbecility, encephalitis and the child deviant, 1877–1929. *Deviant Behavior*, 22(2), 93–115. doi: 10.1080/016396201750065009
- Riglin, L., Leppert, B., Dardani, C., Thapar, A. K., Rice, F., O'Donovan, M. C., ... Thapar, A. (2020). ADHD and depression: investigating a causal explanation. *Psychological Medicine*, 1-8. doi:10.1017/s0033291720000665
- Rubin, R.R. ve Peyrot, M.(1999). Quality of life and diabetes. *Diabetes/Metabolism Research and Reviews*, 15(3), 205-218.
- Rybak, Y. E., Mcneely, H. E., Mackenzie, B. E., Jain, U. R. ve Levitan, R. D. (2006). An open trial of light therapy in adult attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Clin Psychiatry*, 67, 1527-35.
- Sabin, C. A. ve Lundgren, J. D. (2013). The natural history of HIV infection. *Current Opinion in HIV and AIDS*, 8(4), 311-317.

- Sadock, B. J., Sadock, V. A. ve Ruiz, P. (2005). *Comprehensive textbook of psychiatry*. Philadelphia: lippincott Williams & Wilkins.
- Sayılğan, M. A. (1998). *Obsesif-kompulsif bozukluk ve bilişsel davranışçı terapi*. I. Savaşır, G. Boyacıoğlu & E. Kabakçı (Ed.). Bilişsel-Davranışçı Terapiler içinde: (ss.71-88). Türk Psikologlar Derneği Yayınları.
- Seber, G., Dilbaz, N., Kaptanoğlu, C., ve Tekin, D. (1993). Umutsuzluk Ölçeği: Geçerlilik ve güvenilirliği. *Kriz Dergisi*, 1(3), 139-142.
- Segerstrom, S. C., Taylor, S. E., Kemeny, M. E., & Fahey, J. L. (1998). Optimism is associated with mood, coping, and immune change in response to stress. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(6), 1646-1655. doi:10.1037/0022-3514.74.6.1646
- Semerci, B. & Aksoy, U. (2018). *Erişkinlerde Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Tanı ve Tedavi Klavuzu*.
- Sikkema, K. J., Dennis, A. C., Watt, M. H., Choi, K. W., Yemeke, T. T. ve Joska, J. A. (2015). Improving mental health among people living with HIV: a review of intervention trials in low- and middle-income countries. *Global Mental Health*, 2, 1-23. doi:10.1017/gmh.2015.17
- Smith, B. H., Barkley, R. A. ve Shapiro, C. J. (2006). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Treatment of childhood disorders*. New York: The Guilford Press.
- Solanto, M. V., Wasserstein, J., Marks, D. J. ve Mitchell, K. J. (2011). Diagnosis of ADHD in adults. *Journal of Attention Disorders*, 16(8), 631-634. doi:10.1177/1087054711416910
- Sonay-Kurt, A. ve Dereli-Yılmaz, S. (2012). Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin HIV/AIDS Hakkındaki Bilgi Düzeyleri ve Bilgi Kaynakları. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 9(3), 47-52.

- Song, S. H. ve Hardisty, C. A. (2009). Early onset type 2 diabetes mellitus: a harbinger for complications in later years--clinical observation from a secondary care cohort. *QJM*, 102(11), 799–806. doi:10.1093/qjmed/hcp121
- Soreff S. (2019). Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD): Medscape; Erişim adresi: <https://emedicine.medscape.com/article/289350-overview#showall>. (Erişim tarihi: 12.10.2021)
- Söngüt, S. ve Özakar-Akça, S. (2020). Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Role of Pediatric Nurse. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*, 51(2), 122-127. doi:10.16948/zktipb.420765
- Sprich, S., Biederman, J., Crawford, M. H., Mundy, E., & Faraone, S. V. (2000). Adoptive and Biological Families of Children and Adolescents With ADHD. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39(11), 1432-1437. doi:10.1097/00004583-200011000-00018
- Stuifbergen, A., Becker, H., Blozis, S. ve Beal, C. (2008). Conceptualization and development of the acceptance of chronic health conditions scale. *Issues In Mental Health Nursing*, 29(2),101-114.
- Sulukan, E. E., Küçüköğlü, K. ve Gül, H. İ. (2009). AIDS ve tedavisinde kullanılan ilaçlar. *Ankara Eczacılık Fakültesi Dergisi*, 38(1) 47-78.
- Sütçü, M. ve Somer, A. (2016). Çocuklarda HIV Enfeksiyonu. *Çocuk Dergisi* 16(3-4), 53-59, doi:10.5222/j.child.2016.053
- Şireci, E. ve Yılmaz-Karabulutlu, E. (2017). Tip 2 diabetes mellituslu hastaların hastalıklarını kabullenme ve kendi bakımlarındaki öz yeterlilik düzeylerinin belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 20(1), 48-55.
- Taşkın-Yılmaz, F., Ayfer-Şahin, D. ve Türesin, A. K. (2019). Tip 2 diyabetli bireylerde hastalığı kabul düzeyinin glisemik kontrol ile ilişkisi. *Çukurova Medical Journal*, 44(4), 1284-1291.

- Toma, S., Sartori, M., Moayedoddin, B., Weber, K., Trelu, L. T., Canuto, A. ve Calmy, A. (2013). Benefits of routine psychological counselling for patients living with HIV. *Revue Medicale Suisse* 9(373), 374-377
- Tuğlu, C. ve şahin, Ö. Ö. (2010). Erişkin dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu: Nörobiyoloji, tanı sorunları ve klinik özellikler. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2(1), 75-116.
- Tümer, A. (2015). HIV/AIDS nedir. *Hacettepe Üniversitesi HIV/AIDS Tedavi ve Araştırma Merkezi*.
- Tümer, A. ve Ünal, S. (2016). HIV/AIDS epidemiyolojisi ve korunma. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, 4(4). 1-8.
- UNAIDS (2020). *The joint united nations programme on HIV and AIDS*. Erişim Adresi: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2020_aids-data-book_en.pdf. Erişim Tarihi: 05.10.2021
- Uysal, S., Elbi, H., Mermut, G., Önen-Sertöz, Ö., Kaptan, F., Gülpek, D. ve Gökengin, D. (2020). The effect of Attention Deficit and Hyperactivity Disorder on Antiretroviral Treatment and Appointment Adherence among adults living with HIV. *The Journal of Infection in Developing Countries*, 14(3), 304-311. doi: 10.3855/jidc.12027.
- Wilens, T. E., Faraone, S. V. ve Biederman, J. (2004). Attention-deficit/hyperactivity disorder in adults. *JAMA*, 292(5), 619-623. doi: 10.1001/jama.292.5.619
- Willcutt, E. G. (2012). The prevalence of DSM-IV Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A meta-analytic review. *Neurotherapeutics*, 9(3), 490–499. doi:10.1007/s13311-012-0135-8

- Williams, P. L., Leister, E., Chernoff, M., Nachman, S., Morse, E., Di Poalo, V., & Gadow, K. D. (2010). Substance Use and its Association with Psychiatric Symptoms in Perinatally HIV-infected and HIV-Affected Adolescents. *AIDS and Behavior*, *14*(5), 1072–1082. doi:10.1007/s10461-010-9782-0
- Valsecchi, P., Nibbio, G., Rosa, J., Tamussi, E., Turrina, C., Sacchetti, E. ve Vita, A. (2018). Adult ADHD: Prevalence and Clinical Correlates in a Sample of Italian Psychiatric Outpatients. *Journal of Attention Disorders*, *108705471881982*. doi:10.1177/1087054718819824
- Yıldırım, E. (2017). *Kanser Hastası Yakınlarının Algıladığı Sosyal Destek İle Umutsuzluk Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Aydın Üniversitesi, İstanbul.
- Yi, J. P., Yi, J. C., Vitaliano, P. P. ve Weinger, K. (2008). How does anger coping style affect glycemic control in diabetes patients? *International Journal of Behavioral Medicine*, *15*(3), 167-172. doi:10.1080/10705500802219481
- Zeegers, I., Rabie, H., Swanevelder, S., Edson, C., Cotton, M. ve van Toorn, R. (2009). Attention deficit hyperactivity and oppositional defiance disorder in hiv-infected South African children. *Journal of Tropical Pediatrics*, *56*(2), 97-102. doi:10.1093/tropej/fmp072
- Zhang X., Norris, S. L., Gregg, E. W. ve Beckles, G. (2007). Social support and mortality among older persons with diabetes. *The Diabetes Educator*, *33*(2), 273-281. doi:10.1177/0145721707299265
- Zylowska, L., Ackerman, D. L., Yang, M. H., Futrell, J. L., Horton, N. L., Hale, T. S., Pataki, C. ve Smalley, S. L. (2008). Mindfulness meditation training in adults and adolescents with ADHD: A feasibility study. *J Atten Disord*, *11*, 737-46.

EKLER

Ek 1- Katılımcı Bilgilendirme ve Aydınlatılmış Onam Formu

Araştırmanın adı: HIV Tanısı Almış Bireylerde Hastalığı Kabullenme, Umutsuzluk ve Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunun İncelenmesi

“Sayın gönüllü,

Yakın Doğu Üniversitesi Psikoloji Bölümü’nde tarafımda yürütülen yüksek lisans tez çalışması kapsamında planlanmış olan yukarıda adı yazılı araştırmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunuyorsunuz. Bu araştırmada yer almayı kabul etmeden önce, araştırmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme çerçevesinde özgürce vermeniz gerekmektedir. Aşağıdaki bilgileri lütfen dikkatlice okuyunuz, sorularınız olursa sorunuz ve açık yanıtlar isteyiniz.”

Araştırmanın amacı: Bu araştırmanın amacı HIV tanısı almış bireylerde hastalığı kabullenme umutsuzluk ve dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu arasındaki ilişkilerin incelenmesidir. Aynı zamanda, HIV tanısı almış bireylerin hastalığı kabullenme, umutsuzluk ve dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu düzeylerinin de sosyodemografik değişkenler açısından anlamlı fark gösterip göstermediğinin belirlenmesi de amaçlanmaktadır.

Çalışmaya katılma koşulları: Çalışmaya 18 yaşından büyük bireyler katılabilir.

Uygulamanın ayrıntıları: Çalışma kapsamında araştırmacı tarafından, araştırmanın amaçları doğrultusunda veri toplamak amacıyla hazırlanan form doldurulacaktır. Bu formun giriş sayfasında demografik bilgiler yer almaktadır. İlerleyen sayfalarda 8 maddeden oluşan Hastalığı Kabul Ölçeği, 20 maddeden oluşan Beck Umutsuzluk Ölçeği ve 18 maddeden oluşan Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği yer almaktadır. Formun yanıtlanması yaklaşık 10 dakika sürmektedir ve araştırmaya dâhil edilmesi planlanan gönüllü sayısı 300’dür.

Güvence: “Bu araştırmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayalı olup, araştırmaya katılıp katılmamanızın size herhangi bir etkisi olmayacaktır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da başladıktan sonra yarıda bırakabilirsiniz. Bu araştırmanın sonuçları bilimsel amaçlarla kullanılacaktır. Araştırmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından araştırmadan çıkarılmanız halinde, sizinle ilgili veriler kullanılmayacaktır. Ancak veriler bir kez anonimleştikten sonra araştırmadan çekilmeniz mümkün olmayacaktır. Sizden elde edilen tüm bilgiler gizli tutulacak, araştırma yayınlandığında da varsa kimlik bilgilerinizin gizliliği korunacaktır.”

Onay: “Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllülere verilmesi gereken bilgileri içeren metni okudum (ya da sözlü olarak dinledim). Eksik kaldığını düşündüğüm konularda sorularımı araştırmacılara sordum ve doyurucu yanıtlar aldım. Yazılı ve sözlü olarak tarafıma sunulan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anladığım kanısındayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğim konusunda karar vermem için yeterince zaman tanındı.

Bu koşullar altında, araştırma kapsamında elde edilen şahsıma ait bilgilerin bilimsel amaçlarla kullanılmasını, gizlilik kurallarına uyulmak kaydıyla sunulmasını ve yayınlanmasını, hiçbir baskı ve zorlama altında kalmaksızın, kendi özgür irademle kabul ettiğimi beyan ederim.”

İmza/ Tarih:

İmza/ Tarih:

Katılımcının Adı-Soyadı:

Seda ÖĞÜTMEN

Ek 2- Demografik Bilgi Formu

1. Cinsiyet: (1) Kadın (2) Erkek
2. Medeni Durum: (1) Evli (2) Bekâr (3) Boşanmış
3. Gelir Düzeyi: (1) 0-2000 TL (2) 2001-4000 TL (3) 4001-6000 TL
(4) 6001-8000 TL (5) 8001 TL ve üzeri
4. Eğitim Düzeyi: (1) İlkokul mezunu ve altı (2) Ortaokul mezunu (3) Lise mezunu
(4) Üniversite mezunu
5. Cinsel Kimlik:(1) Heteroseksüel (2) Homoseksüel (3) Transeksüel (4) Biseksüel
6. HIV virüsünün size nasıl bulaştığını düşünüyorsunuz? (1) Cinsel temas (2) Kan ve kan ürünleri (3) Anneden geçiş
7. HIV (+) tanısı almadan önce virüs hakkında bilginiz var mıydı? (1) Evet (2) Hayır
8. Kaç yıl önce HIV (+) tanısı aldınız? (1) 1 yıldan az (2) 1-4 yıl arası (3) 4-7 yıl arası
(4)7-10 yıl arası (5) 10 yıl ve üzeri
9. Tedavi gördüğünüz hastane ikamet adresinize yakın mı? (1) Yakın (2) Uzak
10. HIV (+) tanısı aldığınızda etrafınızda süreci kolaylaştıracak yeterli sosyal desteğe sahip miydiniz? (1) Evet (2) Hayır
11. Psikolojik destek alıyor musunuz? (1) Evet (2) Hayır

Ek 2- Hastalığı Kabul Ölçeği

Örnek ilk 3 madde

1. Hastalığımın getirdiği sınırlamalara uyum sağlamakta zorlanıyorum.
Tamamen 1 2 3 4 5 **Hiç**
Katılıyorum **Katılmıyorum**
2. Sağlık durumum nedeniyle, yapmayı en çok sevdiğim şeyleri özledim.
Tamamen 1 2 3 4 5 **Hiç**
Katılıyorum **Katılmıyorum**
3. Hastalığım zaman zaman kendimi işe yaramaz hissetmemi sebep oluyor.
Tamamen 1 2 3 4 5 **Hiç**
Katılıyorum **Katılmıyorum**

Ek 3- Beck Umutsuzluk Ölçeği

Örnek ilk 3 madde

Geleceğe yönelik olumsuz beklenti ye da düşünceleri içeren cümlelerden size uygun olanları evet ya da hayır olarak yuvarlak içine alınız.

- 1- Geleceğe umut ve coşku ile bakıyorum. Evet--- --- Hayır
- 2- Kendim ile ilgili şeyleri düzeltemediğime göre çabalamayı bıraksam iyi olur. Evet--- --- Hayır
- 3- İşler kötüye giderken bile her şeyin hep böyle kalmayacağını bilmek beni rahatlatıyor. Evet--- --- Hayır

Ek 4- Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği

Örnek ilk 3 madde

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.

İsim:					
Tarih:					
	Asla	Nadi- ren	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?					

Ek 5- Hastalığı Kabul Ölçeği Kullanım İzni

 **Dilek Büyükkaya Besen** <buyukkayabesen@gmail.com>
to me

Mon, Sep 6, 9:34 PM (5 days ago) ☆ ↩ ⋮

Sayın Öğütmen,
Hastalığı Kabul Ölçeği'ni çalışmanızda kullanabilirsiniz.
İyi çalışmalar

Doç. Dr. Dilek BÜYÜKKAYA BESEN
Dokuz Eylül Üniversitesi
Hemşirelik Fakültesi
İç Hastalıklar Hemşireliği Anabilim Dalı
Mıracapa Cad. İnciraltı
Bakırcı İsmi
Tel. 0232 4128963

SEDA OĞÜTMEN <20178262@srd.neu.edu.tr> - 2 Eylül 2021 Per, 13:27 tarihinde şunu yazdı:

HASTALIĞI KABULLENME ÖLÇEĞİ
Sayın Doç. Dr. Dilek Büyükkaya Besen

Adım Seda Öğütmen. Yakın Doğu Üniversitesi'nde yüksek lisans öğrencisiyim. Şu anda yüksek lisans öğrenimimin tez aşamasındayım. Tezimde, hastalığı kabullenme değişkeni üzerinde çalışmayı planlamaktayım. Bu yüzden, tezimde sizin geliştirmiş olduğunuz Hastalığı Kabullenme Ölçeğini kullanmayı planlıyorum. Bu konuda izninizi talep

Ek 6- Beck Umutsuzluk Ölçeği Kullanım İzni

Sayın Yetkili,

Yakın Doğu Üniversitesi'nde yüksek lisans öğrencisi Seda Öğütmen tez çalışmasında Umutsuzluk değişkeni üzerinde çalışmayı planlamaktadır. Bu nedenle Geçerlilik ve Güvenirliğini yaptığım Beck Umutsuzluk Ölçeğini kaynak göstererek ve etik kurallara özen göstererek tez çalışmasında uygulayabilir.

Sevgi ve saygılarımla

Bodrum.3.Eylü,2021

Prof. Dr. Gülten Sönmez Seber

Klinik Psikolog

E-posta: gsonmezseber@gmail.com

Mobile: 0 (535) 477 07 87

Ek 7- Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği İzni

SEDA OGUTMEN <20178262@std.neu.edu.tr>
To: "sultandogan@yahoo.com" <sultandogan@yahoo.com>

Sun, Sep 19, 2021 at 8:00 PM

Sayın Prof. Dr. Sultan Doğan
Adım Seda Öğütmen. Yakın Doğu Üniversitesi'nde yüksek lisans öğrencisiyim. Şu anda yüksek lisans öğrenimimin tez aşamasındayım. Tezimde, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu değişkeni üzerinde çalışmayı planlamaktayım. Bu yüzden, tezimde sizin uyarlamış olduğunuz Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeğini kullanmayı planlıyorum. Bu konuda izninizi talep ediyorum. Bilgilerinize arz ederim.

sultan dogan <sultandogan@yahoo.com>
To: SEDA ÖĞÜTMEN <20178262@std.neu.edu.tr>

Mon, Sep 20, 2021 at 12:17 PM

Merhaba,
Çalışmanızda ölçeği kullanabilirsiniz.
Başarı dilekleriyle
Prof. Dr. Sultan Doğan
Alsancak İzmir

On Sunday, September 19, 2021, 08:01:06 PM GMT+3, SEDA ÖĞÜTMEN <20178262@std.neu.edu.tr> wrote:

ÖZGEÇMİŞ

Seda Öğütmen, 30 Nisan 1993 tarihinde Almanya'nın Paderborn kentinde doğmuştur. İlkokulu Hatay'da Bedii Sabuncu İlköğretim Okulunda okumuştur. Lise öğrenimini de yine aynı şehirde bulunan Osman Ötken Anadolu Lisesinde bitirmiştir. Üniversite eğitimini ise İstanbul Beykent Üniversitesinde tamamlamıştır. Beykent Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümünden 2017 yılında başarıyla mezun olmuştur. Mezun olduktan hemen sonra Bilişsel Davranışçı Terapiler eğitiminin ilk modülüne başlamıştır. 2018 yılında Yakındoğu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Ana Bilim Dalı'nda Yüksek lisans öğrenimine başlamıştır.

İNTİHAL RAPORU

Seda Öğütmen

ORJİNALLIK RAPORU

% 6	% 6	% 3	%
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİLİK KAYNAKLAR

1	dergipark.org.tr İnternet Kaynağı	% 1
2	toad.halileksi.net İnternet Kaynağı	% 1
3	hdl.handle.net İnternet Kaynağı	% 1
4	docplayer.biz.tr İnternet Kaynağı	<% 1
5	ejmanager.com İnternet Kaynağı	<% 1
6	stringfixer.com İnternet Kaynağı	<% 1
7	www.acarindex.com İnternet Kaynağı	<% 1
8	earsiv.kastamonu.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	<% 1
9	www.eab.org.tr İnternet Kaynağı	<% 1

ETİK KURUL RAPORU



19.10.2021

Sayın Seda Öğütmen

Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'na yapmış olduğunuz YDÜ/SB/2021/1112 proje numaralı ve **“HIV Tanısı Almış Bireylerde Hastalığı Kabullenme, Umutsuzluk ve Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunun İncelenmesi”** başlıklı proje önerisi kurulumuzca değerlendirilmiş olup, etik olarak uygun bulunmuştur. Bu yazı ile birlikte, başvuru formunuzda belirttiğiniz bilgilerin dışına çıkmamak suretiyle araştırmaya başlayabilirsiniz.

Doçent Doktor Direnç Kanol

Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu Raportörü

A handwritten signature in black ink, reading 'Direnç Kanol'.

Not: Eğer bir kuruma resmi bir kabul yazısı sunmak istiyorsanız, Yakın Doğu Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'na bu yazı ile başvurup, kurulun başkanının imzasını taşıyan resmi bir yazı temin edebilirsiniz.