



**T.C.**  
**SAKARYA ÜNİVERSİTESİ**  
**TIP FAKÜLTESİ**  
**RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**  
**HIV POZİTİF BİREYLERDE DİKKAT EKSİKLİĞİ VE**  
**HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU YAYGINLIĞI**

**UZMANLIK TEZİ**

**DR. RABİA ERDOĞAN**

**TEZ DANIŞMANI**

**PROF.DR. ALİ SAVAŞ ÇİLLİ**

**MART-2021**



**T.C.**  
**SAKARYA ÜNİVERSİTESİ**  
**TIP FAKÜLTESİ**  
**RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**

**UZMANLIK TEZİ**  
**DR. RABİA ERDOĞAN**

**TEZ DANIŞMANI**  
**PROF.DR. ALİ SAVAŞ ÇİLLİ**

**MART-2021**





## BEYAN

Bu alışma T.C. Sakarya Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 06/11/2019 tarihinde onay olarak hazırlanmıştır. Bu tezin kendi çalışmam olduğunu, planlanmasından yazımına kadar hiçbir aşamasında etik dışı davranışımın olmadığını, tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları kaynak listesine yazdığımı, tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Tarih:08/03/2021

Dr. Rabia ERDOğAN

İmza

## TEŞEKKÜR

Ruh Sağlığı ve Hastalıkları uzmanlık eğitimim boyunca bilgilerini ve deneyimlerini içtenlikle paylaşan, gelişimimi her zaman destekleyen ve üzerimde çok büyük emekleri olan değerli hocalarım Prof. Dr. Atila Erol, Prof. Dr. Ali Savaş Çilli, Doç. Dr. Esra Yazıcı ve Doç. Dr. Ahmet Bülent Yazıcı'ya,

Tez sürecimin başından beri her aşamada bana göstermiş olduğu yoğun destek, emek ve yardımları için minnettar olduğum değerli tez hocam Prof. Dr. Ali Savaş Çilli'ye,

Tez çalışmamın oluşumunda ve ilerlemesinde katkıları olan değerli hocam Prof. Dr. Oğuz Karabay'a,

Çocuk psikiyatri ve nöroloji rotasyonlarımda eğitimime katkıda bulunan kıymetli hocalarıma,

Tez sürecimin her aşamasında yardımını ve desteğini esirgemeyen değerli dostum Uzm. Dr. Çağlar Turan ve dört yıllık eğitim süresi içerisinde çalışma fırsatı yakaladığım tüm asistan arkadaşlarıma, hemşirelere ve tüm klinik çalışanlarına,

Çalışmaya katılmayı kabul eden tüm hastalara,

Bugünlere gelmemde en büyük paya sahip olan, her zaman destekleriyle yanımda olan kıymetli aileme teşekkür ederim.

**Dr. Rabia ERDOğAN**

# İÇİNDEKİLER

BEYAN.....	i
TEŞEKKÜR.....	ii
KISALTMALAR VE İMGELER.....	v
TABLolar .....	vii
ŞEKİLLER.....	ix
EKLER.....	x
ÖZET .....	xi
SUMMARY .....	xiii
1.GİRİŞ VE AMAÇ .....	1
2.GENEL BİLGİLER .....	3
2.1. DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU.....	3
2.1.1. Tanım.....	3
2.1.2. Tarihçe .....	3
2.1.3. Epidemiyoloji.....	4
2.1.4. Etiyoloji .....	6
2.2. ERİŞKİN DEHB KLİNİĞİ .....	10
2.3. DEHB ve KOMORBİD DURUMLAR.....	13
2.4. DEHB TEDAVİSİ.....	15
2.4.1. Farmakolojik Tedavi Yöntemleri.....	15
2.4.2. Non-Farmakolojik Tedaviler .....	16
2.5. AIDS (ACQUIRED IMMUNE DEFICIENCY SYNDROME - EDİNSEL İMMÜN YETMEZLİK).....	17
2.5.1. HIV/AIDS Tanımı .....	17
2.5.2. Tarihçe .....	18
2.5.3. Epidemiyoloji.....	18



2.5.4. Virüsün Mikrobiyolojik Özellikleri .....	18
2.5.5. HIV Bulaş Yolları .....	19
2.5.6. HIV Tedavisi.....	20
2.5.7. HIV ve Psikiyatrik Komorbiditeler .....	21
3.GEREÇ VE YÖNTEM .....	22
3.1. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI.....	22
3.2. ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ.....	22
3.3. UYGULAMA.....	22
3.3.1. Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri .....	22
3.3.2. Çalışmanın Dışlama Kriterleri .....	23
3.4. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	23
3.4.1. SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU (EK-2).....	23
3.4.2. BARRATT DÜRTÜSELLİK ÖLÇEĞİ-11 (BDÖ-11) (EK-3) .....	23
3.4.3. ERİŞKİN DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU KENDİ BİLDİRİM ÖLÇEĞİ (ASRS) (EK-4).....	23
3.4.4. MODİFİYE MORİSKY ÖLÇEĞİ (EK-5) .....	24
3.5. İSTATİSTİKSEL ANALİZ .....	24
4. BULGULAR.....	25
4.1. SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER.....	25
4.2. HASTALARIN HIV AÇISINDAN ÖZELLİKLERİ.....	26
4.3. HASTALARIN PSİKİYATRİK AÇIDAN DEĞERLENDİRİLMESİ.....	29
5.TARTIŞMA .....	45
6.SONUÇ VE ÖNERİLER.....	51
KAYNAKLAR .....	52

## KISALTMALAR VE İMGELER

**5-HTT:** 5-Hidroksi-Triptamin

**f-MRI:** İşlevsel Manyetik Rezonans Görüntüleme

**ADRA2A:** Alfa-2 Adrenerjik Reseptör

**AIDS:** Kazanılmış Bağışıklık Yetersizliği Sendromu

**ART:** Anti-Retroviral Tedavi

**ASRS:** Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği

**BDT:** Bilişsel Davranışçı Terapi

**CHRNA4:** Nikotinik Asetilkolin Reseptör A4

**COMT:** Katekol-O-Metil Transferaz

**DAT-1:** Dopamin Taşıyıcı Geni-1

**DDT:** Diyalektik Davranışsal Terapi

**DRD4:** Dopamin Reseptör D4

**DRD5:** Dopamin Reseptör D5

**DSM-2:** Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı-2

**DSM-3:** Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı-3

**DSM-4:** Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı-4

**DSM-5:** Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı-5

**DSÖ:** Dünya Sağlık Örgütü

**EEG:** Elektroensefalografi

**FDA:** Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi

**HIV:** İnsan Bağışıklık Yetmezlik Virüsü

**HTR1B:** Serotonin Reseptör 1B

**NICE:** Sağlık ve Klinik Mükemmellik Ulusal Enstitüsü

**OKB:** Obsesif Kompulsif Bozukluk

**OSB:** Otizm Spektrum Bozukluğu

**PET:** Pozitron Emisyon Tomografisi

**SPECT:** Bilgisayarlı Tek Foton Emisyon Tomografisi

**SSRI:** Serotonin Geri Alım İnhibitörü

**TPH2:** Triptofan Hidroksilaz 2

**UNAIDS:** Birleşmiş Milletlerin HIV/AIDS Ortak Programı



## TABLolar

Tablo 1: Hastaların Sosyodemografik Özellikleri .....	25
Tablo 2: Hastaların HIV Pozitifliğinin Saptanış Şekli ve Bulaş Yoluna Göre Dağılımı .....	26
Tablo 3: Hastaların HIV Pozitif Olmadan Önceki Cinsel Yaşantılarına Dair Özellikler.....	27
Tablo 4: Hastaların HIV Pozitif Olduktan Sonraki Cinsel Yaşantılarına Dair Özellikler.....	28
Tablo 5. Hastaların SCID-1 Görüşmesi ile Tespit Edilen Psikiyatrik Bozukluk Tanı Dağılımı .....	29
Tablo 6. Hastaların Kişilik Bozukluğu Dağılımı (SCID-2) .....	30
Tablo 7. Hastaların Alkol ve Madde Kullanımları.....	30
Tablo 8. Hastaların ASRS Ölçeği Puanlarına Göre Olası DEHB Tanı Dağılımı .....	31
Tablo 9. Hastaların Sosyodemografik Özellikleri, İntihar ve Psikiyatrik Tanı Öz ve Soy Geçmişi, HIV Pozitif Olma Süresi ve Cinsel Yönelimine Göre ASRS Puanlarının Karşılaştırılması.....	31
Tablo 10. Hastaların HIV Pozitif Olmadan Önce Kondom Kullanma Sıklığı, Partner Sayısı ve Partnerinin HIV Durumuna Göre ASRS Puanlarının Karşılaştırılması .....	33
Tablo 11. Hastaların HIV Pozitif Olduktan Sonra Partner Sayısı ve Partnerinin HIV Durumuna Göre ASRS Puanlarının Karşılaştırılması.....	33
Tablo 12. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Barratt Dürtüsellik Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması .....	34
Tablo 13. Hastaların HIV Pozitif Olmadan Önceki Cinsel Yaşantı Özelliklerine Göre Barratt Dürtüsellik Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması .....	36
Tablo 14. Hastaların HIV Pozitif Olduktan Sonraki Cinsel Yaşantı Özelliklerine Göre Barratt Dürtüsellik Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması .....	37
Tablo 15. Morisky, ASRS ve Barratt Dürtüsellik Ölçeği Puanlarının Korelasyonu .	38
Tablo 16. Kişilik Bozukluğu Varlığına Göre ASRS, Barratt Dürtüsellik Ölçeği Morisky Ölçeği ve CD4 Puanlarının Karşılaştırılması .....	39
Tablo 17. Psikiyatrik Tanı Varlığına Göre ASRS ve Barratt Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması .....	40

Tablo 18. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Morisky Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması.....	41
Tablo 19. Hastaların HIV Pozitif Olmadan Önceki Cinsel Yaşantı Özelliklerine Göre Morisky Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması.....	42
Tablo 20. Hastaların HIV Pozitif Olduktan Sonraki Cinsel Yaşantı Özellikleri ve Psikiyatrik Özgeçmişlerine Göre Morisky Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması .....	43



## ŞEKİLLER

Şekil 1: Hastaların Cinsel Yönelimlerine Göre Dağılımı ..... 27



## **EKLER**

Ek 1: Etik Kurul Onayı

Ek 2: Sosyodemografik Veri Formu

Ek 3: Barratt Dürtüsellik Ölçeği-11 (BDÖ-11)

Ek 4: Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS)

Ek 5: Modifiye Morisky Ölçeği

## ÖZET

**Giriş ve Amaç:** DEHB çocukluk döneminde başlayıp erişkin dönemde de devam edebilen, dikkat eksikliği, dürtüsellik ve aşırı hareketlilik belirtileriyle akademik, mesleki ve sosyal hayata önemli etkileri olan psikiyatrik bir bozukluktur. DEHB hastalarındaki dikkat eksikliği ve dürtüsellik, hastalık öncesi ve sonrasındaki korunma ve tedavi uyumuna olumsuz etkileriyle HIV enfeksiyonunun oluşması ve seyirinde rol oynayabilir. Bu çalışmada HIV pozitif bireylerde DEHB, dikkat eksikliği ve dürtüsellik yaygınlığı ve hastaların tedavi uyumuna etkisinin araştırılması amaçlandı.

**Gereç ve Yöntem:** Çalışmaya, Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Polikliniğinde ayaktan takip edilmekte olan ve çalışma süresinde başvuran 50 hasta dahil edildi. Hastalara Sosyodemografik Veri Formu, Barratt Dürtüsellik Ölçeği, Morisky Tedaviye Uyum Ölçeği ve Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS-IV) uygulandı ve DSM-5 kriterlerine göre DEHB ve diğer psikiyatrik bozukluk tanıları kondu.

**Bulgular:** HIV pozitif bireylerin %32'i ASRS-IV ölçek puanlarına göre olası veya büyük olasılıkla DEHB ile uyumlu bulunurken klinik görüşme ile tespit edilen DEHB yaygınlığı ise %4 idi. SCİD görüşmesiyle diğer psikiyatrik tanı oranı ise %38 olarak tespit edildi. HIV tedavisi almayan hastalarda Barratt-Planlama puan ortalaması HIV tedavisi alan hastalardan yüksekti. ASRS-IV puanları ile tedavi uyumu arasında negatif yönde korelasyon saptandı. Birden fazla partneri olan bireylerde Barratt-Dürtüsellik puanı tek partneri olan bireylerden yüksekti. HIV pozitif olduktan sonra partnerinin HIV durumunu bilmediği halde cinsel olarak aktif olan hastalarda partnerinin HIV durumunu bilen hastalara göre Barratt-Toplam ve Barratt-Motor hareketlilik puan ortalaması daha yüksekti.

**Sonuçlar:** HIV pozitif bireylerdeki DEHB yaygınlığını genel toplum yaygınlığına benzer bulduk. ASRS, Barratt ve Morisky ölçeklerinden elde edilen bulgular DEHB belirtileri gösteren HIV pozitif hastaların tedaviye başlama ve sürdürmede daha uyumsuz olduğu ve partnerlerine HIV bulaştırmama konusunda yeterince özenli



olmadıkları şeklinde yorumlanabilir. COVID-19 pandemisi nedeniyle yeterli hasta sayısına ulaşamamış olmakla birlikte araştırmamız HIV pozitif hastalarda DEHB belirtilerinin varlığının tedavi uyumu ve tedavi sonrası korunma üzerinde rolü olduğunu düşündürmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** DEHB, HIV, Tedavi Uyumu, Morisky



## SUMMARY

**Introduction and Aim:** ADHD is a psychiatric disorder with symptoms of attention deficit, impulsivity and hyperactivity that can start in childhood and continue throughout adulthood. ADHD can have significant effect on the individual's academic, professional and social life. The symptoms of attention deficit and impulsivity in ADHD patients, can play a role in getting infected with HIV and also with the course of the infection. With insufficient contraception and decreased treatment compliance before, during and after the disease. The aim of this study was to investigate the prevalence of ADHD, attention deficit and impulsivity in HIV-positive individuals and its effect on treatment compliance.

**Materials and Methods:** Fifty HIV positive patients were followed at Sakarya Training and Research Hospital, Infectious Diseases and Clinical Microbiology Outpatient Clinic and applied to the clinic during the study period were included in the study. Sociodemographic Data Form, Barratt Impulsivity Scale, Morisky Treatment Compliance Scale and Adult Attention Deficit and Hyperactivity Disorder Self-Report Scale (ASRS-IV) were administered to the patients. Diagnoses of ADHD and other psychiatric disorders were made according to DSM-5 criteria.

**Results:** While 32% of HIV-positive individuals were found to be or highly compatible with ADHD according to ASRS-IV scale scores. The prevalence of ADHD detected by clinical interview was 4%. The average of Barratt-Planning score was higher in patients who were not receiving HIV treatment than patients receiving it. There was a negative correlation between ASRS-IV scores and treatment compliance. Barratt-Impulsivity score was higher in individuals with multiple partners compared to individuals with a single partner. On sexually active patients, the average of Barratt-Total and Barratt-Motor mobility scores were higher in patients who did not know their partner's HIV status before they became HIV positive, compared to patients who knew their partner's HIV status.

**Conclusions:** We found the prevalence of ADHD in HIV-positive individuals to be similar to the general population. The findings we obtained from the ASRS, Barratt and Morisky scales can be interpreted as HIV-positive patients with ADHD

symptoms have poor compliance in starting and continuing treatment, and they don't show enough attention to not transmitting HIV to their partners. Although we could not reach a sufficient number of patients due to the Covid-19 pandemic, our research suggests that the presence of ADHD symptoms in HIV-positive patients has a role in the treatment compliance and the use of post-treatment contraception.

**Keywords:** ADHD, HIV, Treatment Compliance, Morisky



# 1. GİRİŞ VE AMAÇ

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. 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).

Bir araştırmada toplumdaki DEHB yaygınlığı erişkin dönemde %4, ergenlik ve çocukluk döneminde ise yaklaşık olarak %6 olarak saptanmıştır\*. Kuzey ve Güney Amerika, Kuzey ve Doğu Avrupa ve Asya dahil tüm dünyada yaygın olduğu gösterilmiştir ve genel olarak çocuk ve ergenlerdeki sıklığı %5-10 olarak kabul edilmektedir (Kessler et al., 2006c, Thome and Jacobs, 2004). Erişkin dönemdeki yaygınlığına dair veriler yeterli düzeyde olmayıp, tahmin edilenden daha yüksek oranlarda olabileceği ve ciddi problemlere yol açtığı düşünülmektedir (Andrés Martin, 2005). Cinsiyet faktörü göz önünde bulundurulduğunda çocukluk çağı döneminde erkek/ kadın oranları 2:1-6:1 şeklinde iken, erişkin dönemde bu oran 1:1'e kadar yükselebilmektedir (CengizTuğlu, 2010).

AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome), ilk defa 1981 yılında bir grup homoseksüel erkekte tanımlanan HIV (Human Immunodeficiency Virus) ajanının neden olduğu bir immun sistem hastalığıdır. Bu virüs 1983 yılında insandan izole edilmiş olup, immun sistemi hedef almaktadır (HATAM, 2020). Türkiye'de ilk HIV olgusu 1985 yılında bildirilmiştir. 1985-2002 yılları arasında yapılan tespitler neticesinde %16,6'sını yabancı uyruklular oluşturmaktadır (TSHGM, 2003). Ülkemizde 1985 yılından 31 Aralık 2016 tarihine kadar 14.695 olgu bildirilmiş olup,

13.158'i HIV pozitif ve 1537'si AIDS olarak tespit edilmiştir. Erkek cinsiyet sayısı kadınlara göre 3,6 kat daha fazla bulunmuştur ve bu vakaların %84,9'u Türk vatandaşı olarak belirlenmiştir. 2012 yılına dek yavaş oranda artan yaygınlığı 2012 yılından 2016 yılına kadar beş kat daha fazla bir biçimde artmaya devam etmiştir (Sayan M, 2017).

DEHB, dürtüselliği 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 çalışmalar yapılmış olmasına karşın, HIV pozitif erişkin bireylerde DEHB yaygınlığına dair çalışmalar kısıtlıdır (Zeegers et al., 2010).

Bu çalışmamızda Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği tarafından takip edilmekte olan HIV pozitifliği saptanmış bireylerde DEHB yaygınlığı ve hastalık ve sosyodemografik faktörlerle ilişkisini göstererek epidemiyoloji çalışmalarına katkıda bulunmak, DEHB tanısı alacakları tedaviye yönlendirmek ve DEHB nedeni ile HIV bulaşını önleyecek stratejileri geliştirmek amaçlanmıştır.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU

#### 2.1.1. Tanım

DEHB; dikkat eksikliğinin, impulsivitenin ve aşırı motor hareketliliğin görüldüğü, erken çocukluk döneminde başlayan, ergenlikte ve erişkin dönemde de devam edebilen, diğer fonksiyonel bozukluklara eşlik edebilen, nörogelişimsel bir bozukluktur (Polanczyk et al., 2014, Kessler et al., 2005b).

#### 2.1.2. Tarihçe

DEHB tanısız süreç bakımından incelendiğinde tarihsel sürecin çok eski yıllara dayandığı görülmektedir (Sandberg and Barton, 2002). DEHB'ye yönelik tipik bulgular, 1846 yılından sonra Heinrich Hoffmann tarafından oğlu için tasarladığı Struwwelpeter adlı kitabında yer almıştır (Thome and Jacobs, 2004). 1789'da dikkat ve huzursuzluk gibi problemlerin akademik başarıyı negatif yönde etkilediğini tanımlayan DEHB'yi andıran bir tablo Crichton tarafından ortaya konmuştur (Palmer and Finger, 2001). 1902 yılında DEHB'ye yönelik başlıca modern bildirim İngiliz hekim Still'in yapmış olduğu olgu serileri olmuştur (Still, 1902). Bu olgular, dikkatini sürdürmekte güçlük çeken, sergiledikleri davranışların sonuçlarından ders çıkarmayan, öz denetimi bozuk ve zekâ sorunu olmayan, saldırgan ve aşırı duyarlı 20 çocuktan oluşmakta olup, Still bu tabloyu "Ahlaki Kontrolde Marazi Yetersizlik" olarak tabir etmiştir (Sandberg and Barton, 2002, Barkley et al., 2006). Tredgol ise Still ile ortak görüşte olmakla birlikte, beynin ahlak yönetiminden sorumlu olan bölgesinde meydana gelen anormal süreçlerden ötürü DEHB'de yer alan problemlerin ortaya çıktığını öne sürmüştür (Sandberg and Barton, 2002).

Aşırı motor aktivite, öğrenme güçlüğü, dürtü kontrolünde yetersizlik ve agresyon belirtileri, Birinci Dünya Savaşı sonrasında ortaya çıkan viral ensefalit salgınında görülmüş ve salgının bir tür davranışsal sonucu olarak yorumlanmış olup "postensefalitik davranışsal sendrom" olarak ifade edilmiştir. Daha sonra 1947 yılında bu tablo minimal beyin zedelenmesi olarak isimlendirilirken, ilerleyen süreçte nörolojik bozukluğun saptanmaması ile bu durum minimal beyin disfonksiyonu olarak ifade edilmiştir (Spetic L, 2007). Minimal beyin disfonksiyonu

ifadesi Bradley'in motor aktivite artışı gözlenen çocukların amfetamin tedavisi ile belirtilerinin düzelmesi ile ortaya çıkmıştır (Weis M, 2002).

DSM-2'de, DEHB'ye "Çocukluk Çağının Hiperkinetik Reaksiyonu" adı ile yer verildiği ve DEHB'nin psikiyatrik bozukluklar içerisinde değerlendirilmeye başlandığı görülmektedir (Şenol, 2008). DSM-3'te ise, konu ile alakalı yapılan çalışmaların asıl problemin hiperaktivitenin olmadığı, öncelikli sorunun dikkat eksikliğinin ve impulsivitenin olduğunun gösterilmesi ile birlikte "Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu" olarak yerini almıştır (Brown, 2010). DSM-4'te, DEHB "Yıkıcı Davranım Bozuklukları" içerisinde değerlendirilmiş "dikkatsizliğin ön planda olduğu tip" ve "hiperaktivite ve dürtüsellik ön planda olduğu tip" şeklinde iki alt kategoriye ayrılmıştır. Her iki alt tipin birlikte görüldüğü "bileşik tip" alt kategorisi ise DSM-4-TR'de tanımlanmıştır (Stefanatos, 2007). Tanı kriterlerinin erişkin çağıdaki bireyleri kapsayabilmesi için DSM-5'te bazı değişiklikler uygulanmış ve DEHB, "Nörogelişimsel Bozukluklar" içerisinde yer almıştır. Burada Dikkat Eksikliği/Aşırı Hareketlilik Bozukluğu olarak ifade edilmiştir. DSM-5'te yer alan alt tipler aynı şekilde geçerli kılınmış ve başlangıç yaşı 12 olarak güncellenmiş olup, Otizm Spektrum Bozukluğu'nun komorbid durum olarak kabul edilebileceği anlaşılmaktadır (American Psychological Association, 2013).

### **2.1.3. Epidemiyoloji**

Çocukluk çağında en sık görülen psikiyatrik hastalıklardan birisi DEHB'dir (Smith et al., 2006). Prevalans çalışmalarından elde edilen sonuçlar, çalışmanın uygulandığı coğrafik bölgenin özellikleri, yaş ve cinsiyet dağılımı, çalışmada kullanılan tanı kriterlerine göre farklılık göstermektedir (Leung and Hon, 2016). Çocuk ve ergenlerde DEHB sıklığının %2-17 arasında ve prevalansın ise yapılan çalışmaların yöntemsel açıdan farklılıklar göstermesi nedeni ile de tahmini olarak %5-10 arasında olduğu belirtilmiştir (Scahill and Schwab-Stone, 2000). Başka bir epidemiyolojik çalışmada ise erişkinlerde DEHB yaygınlığının %4,4 olduğu tespit edilmiştir (Polanczyk and Rohde, 2007).

18-64 yaş aralığında 1655 kişinin değerlendirildiği Almanya'da yapılan bir çalışmada erişkin DEHB'nin tahmini kaba yaygınlık oranı %4,7 olarak bildirilmiştir (de Zwaan et al., 2012). İtalya'da psikiyatri kliniğine ayaktan başvuran 634 hasta ile

yapılan bir çalışmada erişkin DEHB yaygınlığı ise %6,9 olarak saptanmıştır (Valsecchi et al., 2018). Son yirmi yılda yapılan meta-analitik ve popülasyon çalışmaları, yetişkin DEHB sıklığının tahmini olarak %2,5-%5 arasında değiştiğini ve dünya çapında yetişkin DEHB yaygınlığının yaklaşık olarak %3 olduğunu göstermektedir (Fayyad et al., 2017, Polanczyk et al., 2014, Willcutt, 2012a).

Literatürde, çocukluk çağı DEHB prevalansı ile ilgili yayınlara sık rastlanırken, aynı durum erişkin çağı DEHB için geçerli değildir. Mevcut çalışmaların daha çok retrospektif türde olduğu, klinik görüşmenin esas alındığı toplum temelli çalışmaların sayıca daha az olduğu görülmektedir. Erişkin DEHB sıklığı, 18-44 yaş aralığında olan 3199 erişkin bireyin dâhil edildiği bir çalışmada %4,4 olarak bildirilmiştir (Kessler et al., 2006c). Yine DSÖ'nün gerçekleştirdiği sosyodemografik özellikler açısından farklılık gösteren 10 ülkeden, 11422 erişkin bireyin değerlendirildiği epidemiyolojik çalışmada ise erişkin dönemde görülen DEHB sıklığı %3,4 olarak tespit edilmiştir (Fayyad et al., 2007). Erişkin DEHB yaygınlığının farklı oranlarda tespit edilişi, çalışmalar için oluşturulan örneklemelerin farklılık göstermesi, DEHB'nin diğer psikiyatrik tablolar ile çoğu zaman karıştırılması ve çalışmada kullanılan tanı ölçütlerinin değişkenliği gibi nedenlerle açıklanmaktadır (Wilens et al., 2004).

Türkiye'de üniversite öğrencileri ile gerçekleştirilen bir çalışmada, DEHB sıklığının %8 ve dikkat eksikliğinin ön planda olduğu alt tipinin daha sık olduğu bildirilmiştir (Yahaya et al., 2016). Yine farklı bir çalışmada ise erişkinlerde DEHB sıklığı %5,9 olarak saptanırken, tespit edilen olgularda; dikkatsizliğin ön planda olduğu alt tipin %44,7, hiperaktivite ve dürtüsellik ön planda olduğu alt tipin %32,9 ve bileşik tipin de %22,4 oranında gözlendikleri bildirilmiştir (Kırsacık, 2019). 2018 yılında yurt dışında, 726 tıp fakültesi öğrencisi ile gerçekleştirilen bir çalışmada, DEHB Öz Bildirim Tarama ölçeği ile yapılan taramada 247 öğrencide yani %37'sinde olası erişkin tip DEHB düşünülmüş, daha sonra yapılan psikiyatrik görüşme ile sadece 83 kişinin yani %7,9'u DEHB tanısı almıştır (Mattos et al., 2018).

Epidemiyolojik veriler incelendiğinde erkeklerde kadınlara göre DEHB daha fazla oranda görülmektedir (Willcutt, 2012a). Erkek/Kız DEHB yaygınlık oranlarının 3/1 ve 4/1 aralığında olduğu düşünülmektedir. Kızlarda daha düşük DEHB oranları



hiperaktivitenin kızlarda daha az görülmesi ve dolayısı ile tanının atlanabilmesi şeklinde açıklanmaktadır (Biederman et al., 2005, Sibley et al., 2016, Khan et al., 2013).

Ülkemizde yapılan, 18-44 yaş aralığında yer alan 901 kişinin değerlendirildiği bir çalışmada, erişkin DEHB yaygınlığı %2,7 olarak tespit edilmiştir (Yapicioğlu et al., 2011). Türkiye’de çocuk ve ergenlerde DEHB %3-13, erişkin bireylerde ise bu oranın %3,4 olduğu bildirilmiştir (Mukaddes, 2015).

2014 yılında yayınlanan; psikiyatri poliklinik başvurusu olan 246 hastanın değerlendirmeye alındığı bir prevalans çalışmasında erişkin DEHB sıklığının %15,9 olduğu bildirilmiştir (Duran, 2014). Psikiyatri kliniğine ayaktan başvuran hastalardan oluşan, çok merkezli yürütülen kesitsel bir çalışmada; yetişkinlerde DEHB oranı %15,8 olarak saptanırken, aynı vakalar DSM-5 tanı ölçütlerine göre değerlendirildiğinde ise bu oran %17,4 olarak bulunmuştur (Deberdt et al., 2015).

#### **2.1.4. Etiyoloji**

##### **2.1.4.1. Genetik**

Genetik faktörlerin DEHB etiyojisindeki öneminden ilk bahseden Cantwell olmuştur (Cantwell, 1972). Çalışmalar, ebeveynlerden sadece birinde DEHB saptanması ile %20-54 oranında çocuklarda da DEHB görülebileceğini göstermiştir. Böylelikle ebeveynlerde DEHB olması durumunda, çocuklarda DEHB riskinin sekiz kata yakın oranda arttığı ve ailesel geçiş gösterdiği ifade edilmiştir (Faraone and Doyle, 2001, Asherson, 2004). Türkiye’de gerçekleştirilen bir çalışmada DEHB tanısı ile takipli çocuk ve ergenlerin, ebeveynlerinde erişkin dönem DEHB yaygınlığı %6,8 oranında bulunmuştur (Pazvantoğlu et al., 2014).

İkiz çalışmalarından elde edilen verilere göre DEHB’nin yaşam boyu kalıtılabilirlik oranı %70-80 olarak tahmin edilmektedir (Franke et al., 2012, Faraone et al., 2005). Evlat edinme çalışmaları, DEHB’nin ailesel ve paylaşılan çevresel faktörlerden daha çok genetik faktörlerle açıklanabileceğine işaret etmiştir (Sprich et al., 2000, Alberts-Corush et al., 1986). Dikkat ölçümlerinde, DEHB tanısı almış ergen ve çocukların biyolojik akrabalarının, evlat edinen akrabalara nazaran daha düşük performans gösterdiği tespit edilmiştir (Alberts-Corush et al., 1986).

Dopamin içeren yolaklar etiyojide başlıca rol oynamakla birlikte, noradrenalin, asetilkolin ve serotonin ihtiva eden diğere yolaklarla ilgili genler de yer almaktadır (Zayats et al., 2015). DEHB ile en çok ilişkili olabilecek DRD4 ve DRD5 dopamin reseptörleri ile DAT1 dopamin taşıyıcı genidir. Diğere genler ise CHRNA4 kolinerjik geni, noradrenerjik DBH ve ADRA2A genleri, SNAP-25 sinaptozomal protein 25 geni, COMT katekolamin-o-metiltransferaz ve 5HTT serotonin taşıyıcı genidir (Faraone et al., 2005, Gizer et al., 2009a).

Dopaminerjik sistem, DEHB etiyojisinde gerek nörogörüntüleme gerek hayvan çalışmaları gerekse nöropsikolojik çalışmalar neticesinde öncelikli olarak yer almaktadır (Niarchou et al., 2019). DAT1 geni, DEHB tedavisinde yer alan farmakolojik ajanların, sinapslarda dopamin miktarını artırması nedeni ile etiyojide önemi vurgulanan genlerden biridir (Ueno, 2003). Yine DEHB patogenezinde sorumlu tutulan dorsal anterior singulat, striatum ve prefrontal korteks gibi anatomik bölgelerin DAT1 geni tarafından fonksiyonel açıdan etkilendiğı gösterilmiştir (Durstun, 2010).

DRD4 geni, çoğunlukla anterior singulat ve orbitofrontal korteks gibi anatomik lokalizasyonlarda bulunması ve DEHB’de dürtüsellikten ötürü meydana geldiğı ifade edilen yenilik arama davranışı ile ilişkilendirilmiş olması nedeni ile DEHB etiyojisinde yer alan aday genler arasında yer almaktadır (Noain et al., 2006, Benjamin et al., 1996).

İmpulsif ve agresif tutum ve davranışların serotonin disregülasyonu ile ilişkisinin gösterilmesi nedeni ile DEHB etiyojisinden de sorumlu olabileceğı düşünülmüştür (Halperin et al., 1997, Oades, 2008). Serotonerjik sistemde yer alan, serotonin reseptör 2A (5HTR2A), triptofan hidroksilaz 2 (TPH2), serotonin taşıyıcı gen (5-HTT/SLC6A4), DDC ve HTR1B genleri DEHB etiyojisinde rol oynayan genlerdendir (Banaschewski et al., 2010). 5- hidroksitriptamin döngüsü ile DEHB semptom şiddetinin ilişkili olduğı hayvan deneyleri ile gösterilmiştir (Spivak et al., 1999).

DEHB etiyojisinde, yürütücü fonksiyonları ve sürekli dikkati etkilemesi nedeni ile adrenerjik sistem de sorumlu tutulmaktadır (Arnsten, 2006, Michelson et al., 2001).

ADRA2A ve ADRA2C genleri, DEHB etiyolojisinde en çok durulan genlerdendir (Lasky-Su et al., 2008).

Nikotinerjik sistemin de DEHB belirtileri ile ilişkili olabileceğine dair kanıtlar literatürde yer almaktadır (Gizer et al., 2009b). DEHB tanısı almış olan bireylere, nikotin uygulanması sonrasında, dikkat ve bellek fonksiyonlarını olumlu yönde etkilediği gösterilmiştir (Levin, 2002). Kolinerjik sistemde DEHB ile ilgili üzerinde en çok durulan gen ise CHRNA4 asetilkolin reseptör geni olmuştur (Gizer et al., 2009b).

#### **2.1.4.2. Nöro-anatomik Nedenler**

DEHB ile ilgili yapılan çalışmalar neticesinde; DEHB tanısı almış erişkin bireylerde, tanı almamış bireylere göre, yürütücü fonksiyonlarla ilgili beyin bölgelerine ait hacimlerin daha az olduğu gösterilmiştir (Mukaddes, 2015).

Frontal korteks, DEHB ile alakalı çalışmalarda en çok ilgi gören anatomik bölgedir. İşlem belleği ile planlama, sorun çözme ve dikkat gibi işlevler açısından önem arz eden dorsolateral prefrontal korteks (DLPFK) ve ventromedial prefrontal korteks (VMPFK) ile sağ prefrontal korteks DEHB etiyolojisinde üzerinde durulan anatomik bölgelerdir (Weyandt, 2007, Sieg et al., 1995, Frodl and Skokauskas, 2012).

DEHB tanısı ile takip edilen ve uzun süreli psikostimülan kullanımı olan hastalarda sağ dorso-prefrontal korteks aktivasyonunun normal olduğu, ilaç kullanmayan vakalarda ise azalmış olduğu tespit edilmiştir. Dolayısı ile prefrontal korteks aktive oluşunun, uzun vadede psikostimülan kullanımı ile normalleşebileceği iddia edilmiştir (Mukaddes, 2015).

DEHB ile ilgili yapılan MRI takip çalışmalarında, DEHB'li bireylerde, yaşıtı olan sağlıklı kontrol grubuna göre bazal gangliyonlar, korpus kallosum, serebellum ve frontal bölge gibi beyin yapılarının hacimsel olarak daha küçük olduğu gösterilmiştir (Mukaddes, 2015).

#### **2.1.4.3. Psikososyal ve Çevresel Nedenler**

DEHB riskini, kadmiyum (Cd), kurşun (Pb) gibi toksik maddelerle maruziyetin artırdığı bildirilmiştir (Fayyad et al., 2017, Lee et al., 2018). DEHB tanısı almış

bireylerin saç örneklerinde manganez kontrol grubuna kıyasla daha yüksek oranda tespit edilmiştir (Shih et al., 2018).

DEHB tedavisinde diyet odaklı bir strateji izlemek, yeterli düzeyde kanıtın olmaması nedeni ile tartışmalıdır (Sonuga-Barke et al., 2013). Tartışmalı olarak kalmasına neden olarak DEHB ve diyet ile ilgili çalışmaların tutarsız sonuçlar göstermiş olmasıdır (Arnold et al., 2013). Meyve ve sebzeden fakir, doymuş yağdan ve rafine şekerden zengin gibi sağlıksız beslenme şekillerinin DEHB ile ilişkili olabileceğini bildiren çalışmalar mevcuttur (Azadbakht and Esmailzadeh, 2012).

DEHB tanısı almış çocuklarda, sağlıklı çocuklara göre çinko ve demirin daha düşük oranda bulunduğu saptanmıştır (Elbaz et al., 2017). Çinko yetersizliği tespit edilen DEHB tanılı çocuklarda, replasman tedavisinin faydalı olabileceğini bildiren çalışmalar mevcuttur (Heilskov Rytter et al., 2015).

Gebelik döneminde, maternal sigara kullanımının, bileşik tip DEHB sıklığını, genetik açıdan riskli çocuklarda artmasına yol açtığı bildirilmiştir (Neuman et al., 2007). Yine gebelik döneminde yaşanan boşanma, taşınma gibi yaşantıların ve gebeliğin reddi gibi psikolojik durumların DEHB ile ilişkili olabileceği saptanmıştır (Ronald et al., 2010).

#### **2.1.4.4. Nörofizyoloji**

Elektroensefalogram (Zeegers et al.) çalışmalarında, DEHB’de anormal epileptiform deşarjlar ve subklinik EEG değişikliklerin olduğu ve sağlıklı bireylerde bu verilerin tespit edilemediği bildirilmiştir. Frontal bölgede meydana gelen artmış teta ya da yavaş dalga aktivitesi ile azalmış beta ya da alfa aktivitesi, en sık tespit edilen anormal EEG bulgularıdır (DW, 2006).

EEG’de tespit edilen anormal epileptiform deşarjların nöron fonksiyonlarında bozulmalara neden olarak, bireyin davranışsal ve bilişsel yetiler açısından olumsuz yönde etkilenebileceği üzerinde durulmaktadır (Casey et al., 2007).

DEHB ile ilgili yapılan bağlantılı potansiyeller (ERP) ilgili çalışmalarda, tanılı çocuk ve yetişkinlerde normal bireylere kıyasla daha düşük N2 ve P3 amplitüdünün olduğu tespit edilmiştir. Klinik tabloda yer alabilen inhibisyon yetersizliğinin bu veri ile

örtüştüğü bildirilmiştir. Pariyetal P3, metilfenidat tedavisi ile belli işlemler sırasında normaleştiği bildirilmiştir (Bekker EM, 2005).

#### **2.1.4.5. İşlevsel ve Yapısal Beyin Görüntüleme**

PET (Pozitron Emisyon Tomografisi) çalışmalarında, hareketlilik artışı gözlenen erişkin bireylerde, hareketlilik artışı olmayan erişkinlere göre beyin glukoz metabolizmasının daha düşük seviyelerde olduğu tespit edilmiştir. Metabolizmadaki azalmanın, premotor korteks ve motor aktivite ile dikkatten sorumlu tutulan süperior prefrontal kortekste daha belirgin düzeyde olduğu bildirilmiştir (Zametkin et al., 1990). Yine PET'te, beynin işleme ve motivasyon ile alakalı bölgeleri ile akumbens ve kaudat çekirdeklerini de içine alan bölgelerde dopaminerjik aktivitenin azalmış olduğu gösterilmiştir. Dopamin aktivitesinin azaldığı bir diğer beyin bölgesi ise hipotalamik alandır (Volkow et al., 2009).

## **2.2. ERİŞKİN DEHB KLİNİĞİ**

Erişkin DEHB, belirti profili açısından değerlendirildiğinde; önemli bir kısmı hiperaktivite, dürtüsellik ve dikkat eksikliğinden oluşmaktadır. DEHB, çocukluk çağında çoğunlukla hareketlilik ve ilgili belirtilerle kendini gösterirken, erişkin dönemde ise daha çok dikkat eksikliği ve yürütücü fonksiyonlardaki bozulmaya ilişkin belirtilerin ön planda yer aldığı görülmektedir (Semerci and Aksoy, 2018). Dolayısı ile erişkin bireylerde hareketlilik artışı olmasa da dikkat eksikliği görülebilir (Solanto et al., 2011, Tuğlu and Sahin, 2010).

Erişkin DEHB kliniğinde; zaman yönetiminde güçlük, projeleri tamamlamada zorlanma, öfke denetiminde güçlük, okul ya da iş performansında azalma, duygusal değişkenlik, bilişsel yetersizlik ve benlik saygısında düşüklük gibi problemlere de rastlanmaktadır (Moss et al., 2007).

DEHB'nin erişkin bireyler üzerine psikopatolojik açıdan etkisinin sınırlı olduğu ve daha çok çocukluk döneminin bir psikiyatrik hastalığı olabileceği düşüncesi uzunca bir zaman varlığını korumuştur. Çocukluk döneminde kendini gösteren DEHB belirtilerinin yetişkin dönemde de devam etmesi ve bu belirtilerin metilfenidat ve atomoksetin gibi farmakolojik ajanlarla yatışması, ayrıca psikososyal müdahalelere de pozitif yönde yanıtların alınması ile anlaşılır hale gelen erişkin DEHB, erişkin

psikiyatrisinin önem atfettiği konular arasındaki yerini almıştır (Carlezon and Nestler, 2002).

DEHB ile ilgili toplum temelli üç çalışmadan elde edilen çarpıcı sonuçlar, DEHB'nin nörogelişimsel hipotezinin yeniden sorgulanmasına neden olmuştur. Bu üç çalışmada erişkin dönemde DEHB semptomları gösteren bireylerin %67,5-%90'ının, çocukluk çağında DEHB tanısı almadıkları tespit edilmiştir (Caye et al., 2016, Agnew-Blais et al., 2016, Moffitt et al., 2015).

Literatürde, erişkin dönemde DEHB tanısı alan hasta grubunun, çocukluk çağında DEHB tanısı almış diğer erişkin bireylere göre; akademik başarılarının daha yüksek, semptom şiddetlerinin daha hafif ve dikkat eksikliğinin daha ön planda olduğu tespit edilirken, uyku bozuklukları bakımından ise daha fazla komorbid oranlarının olduğu bildirilmiştir (Lopez et al., 2017).

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

A. Aşağıdakilerden (1)ve/veya (2) ile belirtilen, 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 unutkanır.
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, 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 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 beklemede 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 karşılanmış; fakat A2 ölçütü karşılanmamışsa

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

### **2.3. DEHB ve KOMORBİD DURUMLAR**

Tüm yaş gruplarında, DEHB'ye en az bir hastalığın eşlik etme oranının %60-80 aralığında olduğu bildirilmiştir (Mukaddes, 2015). Diğer psikiyatrik bozuklukların DEHB'ye eşlik edebileceği ve yaş gruplarına göre eşlik eden bozuklukların farklılık gösterebileceği bildirilmiştir (Sobanski et al., 2013). Karşıt olma karşıt gelme bozukluğu, depresyon, davranım bozukluğu, kaygı bozukluğu ve tik bozuklukları gibi durumlar çocukluk çağında DEHB'ye eşlik eden psikiyatrik bozukluklardır (Larson et al., 2011). Yapılan bir çalışmada, DEHB'ye en sık eşlik eden psikiyatrik bozuklukların duygudurum bozuklukları, anksiyete bozukluğu, depresyon ve madde kullanım bozukluğu olduğu bildirilmiştir (McGough et al., 2005). Özellikle SSRI tedavisinden yanıt alınamayan depresyon ya da kaygı bozukluğu durumunda, DEHB açısından da değerlendirilmesi gerektiği vurgulanmaktadır (Sternat and Katzman, 2016).



Erişkin DEHB tanısı almış bireylerde Bipolar Bozukluk görülme oranı %20 dolaylarında iken, Bipolar Bozukluk tanısı almış erişkin bireylerde DEHB oranı ise %9,5-28 olarak bildirilmiştir (Faraone et al., 2015, Ryden et al., 2009, Wingo and Ghaemi, 2007). Bipolar Bozukluk Tip 1, Tip 2'ye kıyaslaya DEHB'ye daha yüksek oranda eşlik etmektedir (Wingo and Ghaemi, 2007).

Bir komorbidite çalışmasına göre, DEHB tanılı erişkinlerin distimi geliştirme olasılıklarının 6 kat, depresyon geliştirme olasılıklarının 3 kat ve bir affektif bozukluk geliştirme olasılıklarının ise 4 kat daha fazla olduğu belirtilmiştir (Kessler et al., 2006a).

Tourette sendromuna, %60 civarında bir oranla DEHB'nin eşlik ettiği ve bireyi psikososyal açıdan olumsuz yönde etkilediği bildirilmiştir (Banaschewski et al., 2018).

Erişkin bireylerde DEHB tanısına %18,6-53,3 arasında değişen oranlarda depresyonun eşlik edebildiği bildirilmiştir (Kessler et al., 2006c, Torgersen et al., 2006). Anksiyete bozukluklarının ise genel popülasyona kıyasla daha yüksek oranda eşlik etmekte olup, bu oran %50'ye kadar varabilmektedir (Kessler et al., 2006c). Sosyal fobisi olan bireylerde, panik bozukluğuna göre erişkin DEHB'nin daha sık oranda eşlik ettiği bildirilmiştir (Mancini et al., 1999).

Bununla birlikte erişkin DEHB'ye, en yüksek oranda eşlik ettiği düşünülen psikiyatrik bozukluğun alkol-madde kullanım bozukluğu olduğu düşünülmektedir (Klassen et al., 2012). Özellikle, normal popülasyona göre DEHB'li erişkin bireylerin nikotine daha şiddetli bağımlılık gösterdiği tespit edilmiştir (Wilens et al., 2008). DEHB tanısı almış olan erişkin bireylerin %50'sine yakın bir oranda kişilik bozukluğunun tespit edildiği ve özellikle B ve C grubu kişilik bozukluklarının daha yüksek oranda görüldüğü saptanmıştır (Olsen et al., 2012).

Ergenlik döneminde ya da erken erişkinlik döneminde başlayan Migren, kadınlarda daha sık görülmekle birlikte %10-15 oranında DEHB'ye eşlik edebilmektedir (Fasmer et al., 2011). DEHB'li erişkin bireylerde uykusuzluk sık görülmekte olup, tedavi almayan 40 DEHB tanısı almış hastanın %78'inin uykuya dalmakta güçlük çektiği tespit edilmiştir (Van Veen et al., 2010).

DEHB olmayan obez erişkinler ile DEHB tanısı almış obezler kıyaslandığında, DEHB'li bireylerin anormal yeme davranışı gösterme olasılığının 3 kat daha fazla olduğu gösterilmiştir (Docet et al., 2012). DEHB tanılı hastalar üzerinde gerçekleştirilen geniş çaplı bir çalışmada hastaların %10,2'sinde tıknırcasına yeme bozukluğu tespit edilmiştir (Pagoto et al., 2009).Mevcut çalışmalara göre bulimia nervozanın DEHB'ye en sık eşlik eden yeme bozukluğu olduğu saptanmıştır (Nazar et al., 2016).

Yapılan bir araştırmada Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) tanılı bireylerde kontrol grubuna kıyasla daha yüksek oranda DEHB saptanmış, DEHB tanılı bireylerde daha erken aşamada OKB başladığı ve bilhassa kontrol etme kompulsiyonlarının ön planda yer aldığı bildirilmiştir (Ekinci et al., 2011).

Erişkin DEHB'li bireylerde Otizm Spektrum Bozukluğu (OSB) komorbidite oranlarının %14-78 aralığında değiştiği bildirilmiştir (Gargaro et al., 2011, Leyfer et al., 2006, Sinzig et al., 2009).

## **2.4. DEHB TEDAVİSİ**

DEHB tedavisi farmakolojik ve non-farmakolojik tedavi yöntemleri olarak iki ana başlıkta incelenmektedir.

### **2.4.1. Farmakolojik Tedavi Yöntemleri**

NICE kılavuzuna göre, yetişkin DEHB tedavisinde uyarıcılar, psikolojik ve davranışsal iyilik halinin yanı sıra mesleki ve eğitimsel alanda iyilik halinin sağlanabilmesi için ilk basamak tedavisi olarak yer almalıdır (Health, 2009).

2018 NICE erişkin DEHB tedavi algoritmasına göre birinci sırada yer alan farmakolojik ajanlar lisdeksamfetamin, metilfenidat, ikinci sırada atomoksetin ve deksamfetamin, üçüncü sırada ise guanfasindir (NICE, 2018).

Stimulanlar olarak bilinen ilaç grubu, amfetaminler ve metilfenidat olmak üzere iki ayrı gruptan oluşmaktadır. Her iki grup ilaç DEHB tedavisinde ilk seçenek olmakla birlikte gerek etki mekanizması gerekse yan etki profili bakımından birbirlerine benzemektedir (Pliszka, 2007).

Membran taşıyıcılarını bloke edip, noradrenalin ve dopamin düzeylerini artırarak etki eden ilaç grubu metilfenidattır (Stahl, 2013). Sinaptik düzeyde, monoamin geri alımını, membran taşıyıcılarına bağlanma sureti ile inhibe ederek monoamin düzeylerini artıran ilaç grubu ise amfetaminlerdir (Hodgkins et al., 2012). Son on yıl içerisinde erişkinlerde amfetamin reçete edilme oranlarının arttığı bildirilmiştir (Safer, 2016).

FDA (Food and Drug Administration) tarafından DEHB tedavisinde onaylanan ve kullanılan, non-stimülan ilk ilaç atomoksetindir. Atomoksetin, noradrenalin taşıyıcısını bloke ederek presinaptik aralıkta noradrenalinin ve daha düşük düzeyde de dopamin taşıyıcısını bloke ederek sinaptik dopaminin miktarını artırarak etki göstermektedir (Zhou, 2004).

Guanfasin, 6 yaş üzeri çocuklarda, FDA tarafından DEHB tedavisinde onay almış, noradrenalin düzeylerini prefrontal kortekste artıran, bir alfa-2 agonisttir (Arnsten, 2010). Birinci sıra ilaçlara yanıt alınmadığında ya da ilaçların tolere edilememesi durumunda tercih edilebilirler (Banaschewski et al., 2004).

DEHB'ye komorbid durumların eşlik etmesi durumunda atipik antipsikotik ajanlar da kullanılabilir. Atipik antipsikotikler diğer bilinen ajanlar ile birlikte kullanılabilir. Bununla birlikte, modafinil, bupropion, imipramin gibi ajanlar da üçüncü sıra farmakolojik ajanlar içerisinde yer alıp, sıklıkla tedaviye dirençli vakalar için önerilmektedir (CADDRA, 2018). DEHB'ye eşlik eden uyku bozukluğunda melatoninin faydalı olabileceği gösterilmiştir (Coogan et al., 2016).

Anksiyete bozukluğu, depresyon ya da bipolar duygudurum bozukluğu gibi bir psikiyatrik bozukluğa DEHB eşlik ettiğinde öncelikli olarak bu psikiyatrik bozukluklar tedavi edilmelidir (Kooij et al., 2019).

#### **2.4.2. Non-Farmakolojik Tedaviler**

DEHB tanılı erişkin bireylerde, çinko, demir ve selenyum gibi mikro besinlerin eksikliğinde, takviye edilmeleri ile dikkatin iyileştiğine dair bazı kanıtlar mevcuttur (Pellow et al., 2011).

Neuro-feedback'in DEHB hastalarında, dikkat eksikliği ve dürtüsellik için orta, hiperaktivite için ise yüksek oranda etkili olduğu gösterilmiştir (Arns et al., 2009).

DEHB tedavisinde, farkındalık anlamına gelen mindfulness temelli psikososyal yaklaşımlar tasarlanmıştır (Zylowska et al., 2008). Bir meta-analizde mindfulness temelli yaklaşımların DEHB'li bireylerde faydalı olduğu bildirilmiştir (Cairncross and Miller, 2020). Yoga, meditasyon gibi müdahalelerinin de DEHB'li bireylerde dikkatsizlik ve hiperaktivite problemlerinde etkili olabileceği bildirilmiş olmakla birlikte, bu müdahalelerin etkinliğinin doğrulanabilmesi için daha fazla sayıda çalışmaya ihtiyaç vardır (Chimiklis et al., 2018).

Erişkin DEHB tanılı bireylerde, ilaç tedavisine ek olarak BDT'nin (Bilişsel Davranışçı Terapi) sorun çözme, zaman yönetimi, organize etme ve öncelik verebilme alt bileşenleri de uygulanabilir (Volkow and Swanson, 2013). Genç erişkin bireylerde yapılan bir çalışmada, Diyalektik Davranışçı Terapi (DDT) uygulanan grupta yürütücü fonksiyonlarda ve yaşam kalitesinde istatistiksel olarak anlamlı ölçüde düzelme meydana geldiği tespit edilmiştir (Fleming et al., 2015).

Işık tedavisinin DEHB'li erişkin bireylerin tedavisindeki etkinliğini irdeleyen çalışmalar oldukça az sayıdadır. Sabahın erken saatlerinde, yaklaşık 30 dakika boyunca uygulanan ışık seanslarının ardından, DEHB'li bireylerde dikkat eksikliğinde duygudurum belirtilerinden bağımsız bir şekilde düzelme meydana geldiği gösterilmiştir (Rybak et al., 2006).

## **2.5. AIDS (ACQUIRED IMMUNE DEFICIENCY SYNDROME-EDİNSEL İMMÜN YETMEZLİK)**

### **2.5.1. HIV/AIDS Tanımı**

Gerek ülkemizde gerekse dünyada cinsel yol ile bulaşan hastalıklar içerisinde yer alan en önemli sağlık sorunudur. AIDS olarak tanımlanan, HIV (Human Immunodeficiency Virüs) virüsünün neden olduğu hastalıkta, enfekte olan bireylerin immün sisteminin zayıflaması sonucu başka bir hastalık nedeniyle ölüm olmaktadır (Aydın and Koç, 2017, Zeren, 2006).

Dünyada pandemiye yol açan bu hastalığın tedavisi yeni stratejiler ile devam etmekte ve multidisipliner bir yaklaşım ile sonlandırılmaya çalışılmaktadır (Aslan, 2017, Eisinger and Fauci, 2018).

### **2.5.2. Tarihçe**

AIDS (Acquired immune deficiency syndrome) ilk defa 1981’de klinik bir tablo olarak tanımlanırken, 1983 yılında HIV izole edilmiş ve hastalığa neden olan ajan olarak gösterilmiştir (Del Rio C, 2015).1986 yılında antijenik açıdan ayrı özelliklere sahip HIV-2 Afrika’daki iki AIDS vakasından izole edilmiştir. Her iki virüsün de AIDS tablosuna neden olduğu anlaşılırken, dünyada en yaygın ve sık görülen virüsün HIV-1 olduğu, Hindistan, Batı Afrika, Brezilya gibi dünya ülkelerinde ise HIV-2’nin yaygın olduğu bildirilmiştir (HSGM., 2018).

### **2.5.3. Epidemiyoloji**

UNAIDS (The Joint United Nations Programme on HIV and AIDS- Birleşmiş Milletlerin HIV/AIDS Ortak Programı) verilerinde, HIV/AIDS ile yaşayan insan sayısının 2016 yılında 36,7 milyon olduğu ve AIDS epidemisini 2030 yılında durdurmuş olmayı hedefledikleri bilgileri yer almaktadır (UNAIDS, 2017).

2017 yılı DSÖ verileri HIV/AIDS ile yaşayan 36,9 milyon kişinin olduğu ve bunun 35,1 milyonunun erişkin, 1,8 milyonunun ise 15 yaşın altı çocuk olduğunu göstermektedir. HIV ile enfekte olan yeni vaka sayısının ise aynı yıl içerisinde 1,8 milyon olduğu bildirilmiştir (Cock, 2017, W.H.O, 2018).

Türkiye’de 1985-2018 yılları arasında HIV (+) olduğu tespit edilenlerin sayısı 19,748 iken, AIDS vakası olarak bildirilenlerin sayısı 1772’dir. Bu vakaların %15,4’ünün yabancı uyruklulardan, %79,9’unun erkek ve %20,1’inin ise kadın bireylerden oluştuğu belirtilmiştir. 25-29 ve 30-34 yaşları arasında vakaların daha çok görüldüğü tespit edilmiştir (HGSM, 2019).

UNAIDS verilerine göre 2019 yılının sonlarına dek yaklaşık olarak 38 milyon insanın HIV ile enfekte olarak yaşamıştır. HIV ile ilgili hastalıklardan ötürü ölenlerin sayısı ise 690.000 olarak bildirilmiştir (UNAIDS, 2019).

### **2.5.4. Virüsün Mikrobiyolojik Özellikleri**

HIV, tek sarmallı RNA’sı olan ve sitopatik özellik taşıyan bir retrovirüs olup lentivirüs ailesinde yer almaktadır. HIV’in bulaş yolları aynı olan HIV-1 ve HIV-2 olmak üzere iki serotipi bulunmaktadır (NIH, 2018). Lipid zarfla çevrilmiş, pozitif polariteli RNA’sı olan viral partikül 110 nm çapındadır (Bayraktar, 2016).

Viral enzimleri, genomu, zarf glikoproteinlerini ve yapısal proteinleri kodlayan env, gag ve pol isimli 3 gen bölgesine sahiptir. HIV, env gen ürünü olan gp160 öncülünü kaynak edinen zarf proteini gp120/41 ile sensitize hücrelerin yüzeyinde yer alan CD4 moleküllerine bağlanır (DOĞANER et al., 2019).

### **2.5.5. HIV Bulaş Yolları**

HIV bulaş yolları genel olarak; cinsel yol, kan ve kan ürünleri, anneden bebeğe plasental geçiş ve mesleki yol şeklinde 4 şekilde kategorize edilebilir.

#### **2.5.5.1. Cinsel Yol**

HIV bulaş yolları içerisinde en sık tespit edilen yol cinsel temastır. HIV ile bulaş; oral, anal veya vajinal yol ile heteroseksüel ve/veya homoseksüel her çeşit cinsel temasta gerçekleşebilmekte, korunma yöntemi kullanılmadığında risk daha da artmaktadır (Ataç, 2014). Mukozal yapıda erozyona ve kanamaya yol açabilecek durumlar bulaşma riskini artırmaktadır. Bunun yanı sıra partner sayısı, kondom kullanımının olup olmadığı ve korunmasız anal ilişki de HIV'in bulaşma riskini etkileyen diğer nedenlerdendir (Cohen, 2019).

1980'li yıllarda, korunmasız homoseksüel cinsel ilişki en sık tespit edilen HIV bulaş yolu iken, günümüzde HIV'in %60-65 oranında korunmadan girilen heteroseksüel cinsel ilişki yolu ile bulaştığı bilinmektedir (Sulukan EE, 2009, Tümer, 2015).

#### **2.5.5.2. Kan ve Kan Ürünleri ile Bulaş**

HIV seropozitif kan ürünlerinin verilmesi ile %90 oranında bulaş meydana geldiği 1985 yılı öncesi bildirilirken, günümüzde ise kan transfüzyonları nedeni ile HIV bulaş riski HIV antikor testlerinin kullanılması sonrasında oldukça azalmıştır. Riskli davranışları olan bireylerin HIV bulaşı açısından sorgulanması ve HIV-1 ve HIV-2'ye ilişkin antikor testleri zorunlu olarak uygulanmaya başlanmıştır (Kleinman, 2017).

1996 yılından itibaren ülkemizde Anti-HIV'in transfüzyon merkezlerinde taranması zorunlu hale getirilmiştir (WHO, 2001). Taramanın devam etmesine rağmen HIV'in kan ve kan ürünleri ile bulaşma riskinin ortadan kalkmadığı ve 1/680000 olduğu tahmin edilmektedir (Aydın, 2007).

Madde için ortak enjektör kullanımı da HIV bulaşı için gösterilmiş diğer bir yoldur (UNFPA, 2018).

### **2.5.5.3. Anneden Bebeğe Plasental Geçiş**

Gebelik, doğum ya da emzirme esnasında HIV anneden bebeğe geçebilir. Bu geçişin doğumda diğerlerine göre daha fazla olduğu düşünülmektedir. Herhangi bir bulaşı önleyici girişimde bulunulmadığında, anneden bebeğe HIV bulaşma riski %30-40 olarak bildirilmiştir. HIV'li bir anneden, HIV ile enfekte olmamış bir çocuk doğabilir. Gebelik döneminde antiretroviral tedavi alıyor olmak bulaş riskini azaltmakla birlikte, bebek beslenmesi ile alakalı annenin bilgilendirilmiş olması da HIV'in bulaş riskini azaltabilmektedir (Guide, 2011).

Doğum sırasında forceps kullanımı, epizyotomi gibi invazif girişimler, doğumun preterm oluşu, plasental problemler, gestasyonel yaş gibi obstetrik faktörler de anneden bebeğe HIV geçiş riskini artıran diğer önemli faktörlerdir (PRATT, 2003).

### **2.5.5.4. Mesleki Yoldan Bulaş**

İğne, vücut sıvıları ile temas nedeni ile sağlık çalışanlarına HIV bulaşabilmektedir. Bu nedenle tüm sağlık çalışanları, kan ve vücut örneklerinin kontamine olabileceğini düşünerek çalışmalıdır (HGSM, 2019).

Ülkemizde sağlık çalışanlarında kan ve vücut sıvıları ile gerçekleşen yaralanmalar üzerine yapılan bir çalışmada, en çok %42,2 oranla hemşire grubunda olduğu, vakaların %75,9'unun gündüz saatlerinde gerçekleştiği ve %94,8'inin perkütan temas ile gerçekleştiği tespit edilmiştir (Cağlar-Ozer et al., 2020).

### **2.5.6. HIV Tedavisi**

AIDS önlenmesinde, HIV'in erken teşhisi ve tedavinin başlanması ilk basamağı oluşturur. 2030 yılında AIDS nedeni ölümlerin sıfıra indirilmesi hedefi DSÖ ve UNAIDS tarafından rapor edilmiştir (Aslan, 2017, Şengöz, 2017).

Hastalığın nasıl ilerlediğini ve tedavi protokolünü belirleyebilmek için CD4 sayısı ve HIV RNA düzeyi gibi parametreler kullanılmaktadır. HIV ile enfekte olan bireylerde ART tedavisi; hastaların immün sistemini, yıllar sonra AIDS ve AIDS'ten doğabilecek ikincil enfeksiyonlara karşı korumakta ve yaşam kalitelerini artırmaktadır (Akgül, 2018, Society., 2019, Şahin, 2015). Bununla birlikte uygulanan

ART tedavisi immün sistemi güçlendirerek, maligniteye engel olabilecek yeni bir enfeksiyon odağını da önleyebilmektedir (Yakit, 2015).

### **2.5.7. HIV ve Psikiyatrik Komorbiditeler**

Nöropsikiyatrik belirtiler, HIV ile enfekte olmuş bireylerin %50'sinde görülebilmektedir. Primer belirtiler direkt virüsten kaynaklı olmakla birlikte, sekonder nöropsikiyatrik belirtiler ise HIV tedavisinden doğan ya da ilişkili olabilecek diğer hastalıklardan kaynaklanmaktadır (Sadock BJ, 2009).

HIV ile enfekte olmuş bireylerde, dikkati toparlamada güçlük, bellek bozuklukları, zihinsel açıdan çabuk yorulma, soyut kavramda bozulma gibi nörobilişsel bozukluklar görülebilmektedir (Sadock BJ, 2009). Genel olarak HIV pozitif bireylerde en sık görülen psikiyatrik bozukluk depresyon olup, sağlıklı genel popülasyona göre de yaklaşık 2-3 kat daha fazla görülmektedir (Nakasujja et al., 2010).



### **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI**

Bu çalışma Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 01/10/2019 ile 01/07/2020 tarihleri arasında Klinik Mikrobiyoloji ve Enfeksiyon Hastalıkları polikliniğine başvuran ve ayaktan takip edilen HIV pozitif hastalar üzerinde gerçekleştirildi.

#### **3.2. ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ**

Çalışmaya, Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Mikrobiyoloji ve Enfeksiyon Hastalıkları polikliniğine belirtilen süre içinde başvuran ve araştırmaya katılmayı kabul eden, çalışmanın işleme-dışlama ölçütlerini karşılayan 50 olgu dâhil edildi.

#### **3.3.UYGULAMA**

Çalışmanın ilk aşamasında hastalara Gönüllü Olur Formu okutturulup, imzalatılarak onamları alındı. Tüm kişisel verilerin gizli tutulacağı, araştırmanın hiçbir aşamasında isim ve soy isminin geçmeyeceği, araştırmaya katılmaktan diledikleri an vazgeçebilecekleri ve bu sebeple takip ve tedavilerinin aksamayacağı kendilerine bildirildi.

Görüşmeler sadece hasta ve araştırma görevlisinin bulunduğu sessiz bir ortamda yapıldı. Çalışmaya katılan hastalar ile ilk görüşmede DSM-5 uyarlı SCID-1 (Structured Clinical Interview for DSM) ve SCID-2(Structured Clinical Interview for DSM) Sosyodemografik Veri Formu araştırmacı hekim tarafından uygulandı ve Barratt Dürtüsellik Ölçeği-11 (BDÖ-11), Erişkin DEHB Kendi Bildirim Ölçeği ve Modifiye Morisky Ölçeği ise kendileri tarafından doldurulmak üzere hastalara verildi.

##### **3.3.1. Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri**

1. 18- 65 yaş arasında olma
2. Western Blot testi ile doğrulanmış HIV RNA pozitifliği saptanmış olma

3. En az ilköğretim mezunu olma

### **3.3.2. Çalışmanın Dışlama Kriterleri**

1. Türkçe okuma, yazma ve konuşma güçlüğü olma
2. 18 yaşından küçük 65 yaşından büyük olma
3. Ölçek-anket doldurmaya engel görme engeli olma
4. Şizofreni veya benzeri ağır psikotik bozukluk tanısı olması
5. Görüşmeyi etkileyecek düzeyde bilişsel bozukluk veya nöroloji hastalık olması

## **3.4. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI**

### **3.4.1. Sosyodemografik Veri Formu (Ek-2)**

Sosyodemografik veri formu, katılımcılara ait, isim, soy isim, yaş, medeni ve öğrenim durumları, mesleği, aylık geliri, yaşadığı bölge, boy, kilo, CD4 sayısı, HIV pozitif olmadan önce ve olduktan sonraki cinsel hayata dair sorular, özgeçmiş, soygeçmiş ve alkol-madde kullanım öyküsü gibi özelliklere ait soruları içermektedir.

### **3.4.2. Barratt Dürtüsellik Ölçeği-11 (Bdö-11) (Ek-3)**

Güleç ve arkadaşları tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılan ölçek 30 maddeden oluşmaktadır (Güleç H, 2008). Ölçek kendi içerisinde, dikkatsizlik, plan yapamama ve motor dürtüsellik olmak üzere üç alt faktöre sahiptir. BDÖ-11 değerlendirilirken, dört ayrı puan elde edilir. Bunlar motor dürtüsellik, plan yapmama, dikkat ve toplam puanlarıdır. BDÖ-11 puanı ne kadar yüksek ise, bireyin dürtüsellik seviyesi de o kadar yüksektir.

### **3.4.3. Erişkin Dikkat Eksikliği Ve Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (Asrs) (Ek-4)**

DSÖ tarafından geliştirilmiş bir ölçektir (Kessler et al., 2005a). Hiperaktivite/dürtüsellik ve dikkat eksikliği olmak üzere iki alt ölçeği bulunmaktadır. Her bir alt ölçekte dokuz madde yer almaktadır. Sorgulanan belirtiler, son altı aylık dönemi kapsamaktadır. Asla cevabı için 0 puan, nadiren cevabı için 1, bazen cevabı için 2, sık cevabı için 3 ve çok sık cevabı için ise 4 puan belirlenmiştir. Geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Doğan ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (Doğan S, 2009).

Analizde ölçeğin Cronbach alfa değeri 0,88 olarak bulunmuştur. Dikkat eksikliği alt ölçeği Cronbach alfa değeri 0,82; hiperaktivite/dürtüsellik için ise 0,78 olarak hesaplanmıştır. Ölçeğin DEHB'yi taramada daha etkin olduğu düşünülen 6 sorusu A bölümünü, diğer 12 sorusu ise B bölümünü oluşturmaktadır. 0-16 puan alanların DEHB olmadığı, 17-23 arasında puan alanların olasılıkla DEHB, 24 ve üzeri puan alanların ise yüksek olasılık ile DEHB olabilecekleri bildirilmiştir.

#### **3.4.4. Modifiye Morisky Ölçeği (Ek-5)**

Tedavi uyumunu değerlendirmede en çok kullanılan ölçektir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2012'de Vural B. ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (Vural, 2012). Anket Evet veya Hayır şeklinde yanıtlanan 6 sorudan oluşmaktadır. 2 ve 5 numaralı sorularda evet 1, hayır 0 puan; diğer sorularda hayır 1 ve evet 0 olarak puanlanmaktadır. 1, 2 ve 6 numaralı sorulardan bireyin elde etmiş olduğu toplam skor 0 veya 1 ise düşük motivasyon düzeyini; 1 puandan daha fazla ise yüksek motivasyon düzeyini göstermektedir. 3, 4 ve 5 numaralı sorulardan bireyin elde ettiği toplam skor 0 ya da 1 ise düşük bilgi düzeyini; 1 puandan daha fazla skor elde edildi ise yüksek bilgi düzeyini göstermektedir.

### **3.5. İSTATİSTİKSEL ANALİZ**

Veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) Windows 25.0 programı ile kaydedildi ve istatistiksel olarak değerlendirildi. Nicel verilerin normal dağılıma uygunluğunu test etmek için Kolmogorov Smirnov testi kullanıldı. Verilerin dağılımının normal olup olmasına göre uygun testler seçildi. Normal dağılım gösteren nicel verilerin istatistiki analizlerinde tek yönlü varyans analizi, Pearson korelasyon analizi ve Student- t testi uygulandı. Normal dağılıma uygun dağılım göstermeyen nicel verilerin istatistiki analizi için ise Kruskal Wallis H varyans analizi, Mann-Whitney U testi ve Sperman korelasyon analizi testleri uygulandı. Varyansların homojenliği eşitliği kuralının sağlamadığı yerlerde Welch p istatistik değeri kullanıldı. Sonuçlar %95'lik güven aralığında ve anlamlılık  $p < 0,05$  düzeyinde değerlendirildi.

## 4. BULGULAR

Bu çalışmada, Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Mikrobiyoloji ve Enfeksiyon Hastalıkları polikliniğinde ayaktan takip edilmekte olan HIV pozitif olduğu testlerle kanıtlanmış 50 hasta erişkin DEHB yaygınlığı, sosyodemografik özellikleri ve ölçeklere verdikleri yanıtlar açısından değerlendirildi.

### 4.1. SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

Elli hastanın 43'ü (%86) erkek, 7'si (%14) kadındı. Kadınların yaş ortalaması 40.7±15.98, erkeklerin 35,02±15,78 ve tüm hastaların 35,82±12,41 yıl idi. Hastaların sosyodemografik verileri Tablo 1'de gösterildi. Tüm hastalar medeni durum açısından incelendiğinde, 19'unun (%38) evli, 24'ünün (%48) bekâr, 7'sinin (%14) ise boşanmış ya da ayrı yaşadığı tespit edildi. Eğitim düzeyi açısından değerlendirildiğinde ise 9 (%18) hastanın ilkokul, 13 (%26) hastanın ortaokul, 14 (%28) hastanın lise ve 14 (%28) hastanın üniversite mezunu olduğu görüldü. Otuz iki (%64) hasta çocuk sahibi olmadığını, 18 (%36) hasta ise en az bir çocuk sahibi olduğunu bildirdi. Olgular gelir düzeyine göre incelendiklerinde, 2000TL ve altı olan 11 (%29,7), 2001-5000TL geliri olan 20 (%54,1), 5001-10.000TL geliri olan 4 (%10,8) ve 10.000 TL üzeri geliri olan hasta sayısı 2 (%5,4) olarak tespit edildi. Çocuk sahibi olduğunu bildiren 19 hastanın hiçbirinde çocuklarında HIV pozitifliği bildirilmedi. Elli hastadan 23'ünün (%46) düzenli olarak bir işte çalıştığı, 22'sinin (%44) çalışmadığı ve 5'inin (%10) ise emekli olduğu tespit edildi. Tüm olgular, beden kitle indeksi (BKİ) açısından incelendiğinde ise en küçük BKİ 17, en büyük BKİ 36 olup, ortalama 24,94±4,007 kg/m<sup>2</sup> olarak tespit edildi (Tablo 1).

**Tablo 1: Hastaların Sosyodemografik Özellikleri**

	Sayı (n)	Yüzde (%)		Sayı (n)	Yüzde (%)
<b>Cinsiyet</b>			<b>Çocuk Sahibi Olma</b>		
<b>Kadın</b>	7	14	<b>Evet</b>	19	38
<b>Erkek</b>	43	86	<b>Hayır</b>	31	62
<b>Medeni Durum</b>			<b>Yaşadığı Bölge</b>		
<b>Evli</b>	19	38	<b>Kırsal</b>	7	14
<b>Bekar</b>	24	48	<b>Kentsel</b>	42	84
<b>Boşanmış</b>	7	14	<b>Cezaevi</b>	1	2

Eğitim Düzeyi			Çalışma Durumu		
İlkokul	9	18	Düzenli Çalışıyor	23	46
Ortaokul	13	26	Çalışmıyor	22	44
Lise	14	28	Emekli	5	10
Üniversite	14	28			
Gelir Düzeyi			Çocukta HIV durumu		
2000TL ve altı	11	29,7	Negatif	19	100
2001TL-5000TL	20	54,1	Pozitif	-	-
5001TL-10.000TL	4	10,8	Bilinmiyor	-	-
10.000 TL ve üzeri	2	5,4			
	<b>Min</b>	<b>Max</b>	<b>Ort.</b>	<b>SS</b>	
Yaş	18	65	35,82	12,41	
BKİ	17	36	24,94	4,007	

#### 4.2. HASTALARIN HIV AÇISINDAN ÖZELLİKLERİ

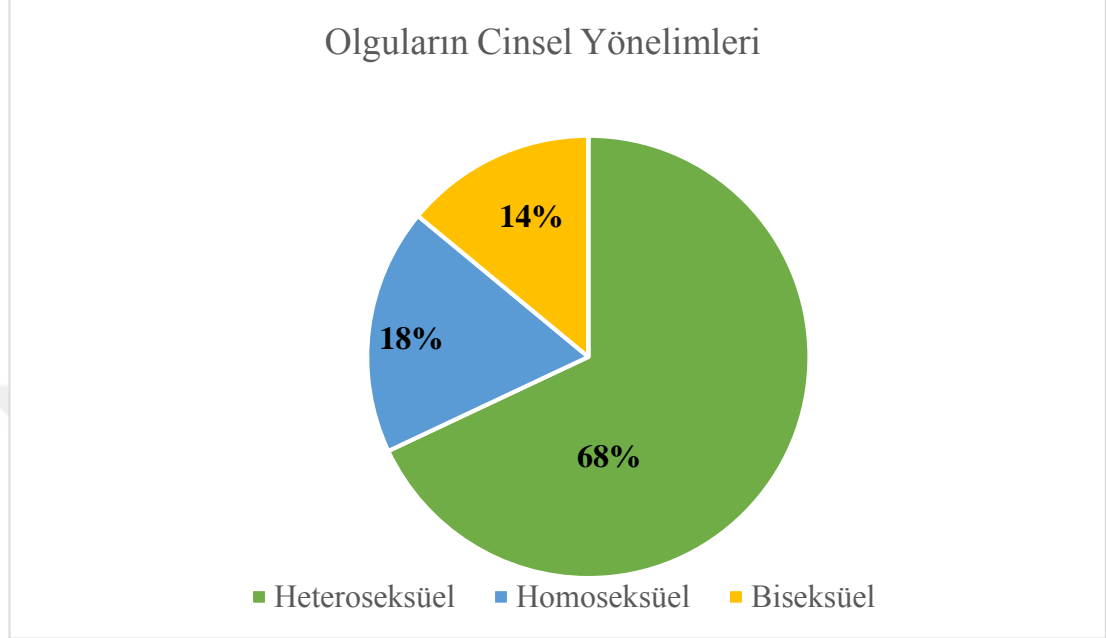
Hastaların HIV saptanış şekli ve bulaş yoluna dair özellikleri Tablo 2’de gösterildi. Hastaların 18’i (%36) 0-6 ay, 6’sı (%12) 6 ay-1 yıl, 18’i (%36) 1-5 yıl, 8’i (%16) ise 5 yıldan daha uzun süredir HIV pozitif olarak takip edilmekteydi. Hastaların 36’sında (%72) tesadüfen, 9’unda (%18) semptomlar sonrası ve 5’inde (%10) ise HIV bulaş şüphesinin olması nedeniyle tetkik edilerek HIV pozitifliği saptanmıştı. Elli hastadan 43’ü (%86) cinsel temas, 4’ü (%8) kan ve kan ürünleri ile 3’ü (%6) ise mesleki geçiş ile kendilerine HIV bulaştığını bildirdi (Tablo 2).

**Tablo 2: Hastaların HIV Pozitifliğinin Saptanış Şekli ve Bulaş Yoluna Göre Dağılımı**

	Sayı (n)	Yüzde (%)
<b>HIV Saptanış Şekli</b>		
Tesadüfen	36	72
Semptom Sonrası	9	18
HIV Bulaş Şüphesi	5	10
<b>Bulaş Yolları</b>		
Cinsel Temas	43	86
Kan ve Kan Ürünleri	4	8
Mesleki Geçiş	3	6

Çalışmaya dâhil edilen hastalar HIV tedavisi açısından değerlendirildiğinde 41’i (%82) HIV pozitifliği nedeni ile tedavi görürken, 9’unun (%18) ise yeni başvurduğu ve henüz bir tedavi almadığını tespit edildi.

Cinsel yönelim açısından değerlendirildiğinde ise 50 hastadan 34'ü (%68) heteroseksüel, 9'u (%18) homoseksüel ve 7'si (%14) ise biseksüel olduğunu bildirdi. (Şekil 1).



**Şekil 1: Hastaların Cinsel Yönelimlerine Göre Dağılımı**

**Tablo 3: Hastaların HIV Pozitif Olmadan Önceki Cinsel Yaşantılarına Dair Özellikler**

HIV Pozitif Olmadan Önceki Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
<b>Kondom Kullanma Sıklığı</b>		
Her zaman	5	10
Sıklıkla	9	18
Bazen	9	18
Nadiren	17	34
Hiçbir zaman	10	20
<b>Partner Sayısı</b>		
Bir kişi	19	38
Birden çok kişi	31	62
<b>Partnerin HIV Durumu</b>		
Pozitif olarak biliniyor	9	18
Negatif olarak biliniyor	5	10
Bilinmiyor	36	72
<b>Cinsel İlişki Sıklığı</b>		
Hemen her gün	4	8
Haftada birkaç kez	19	38
Ayda bir kez	22	44
Yılda birkaç kez	5	10
Toplam (N)=50		

Hastaların 27'si (%54) HIV pozitif olduktan sonra cinsel olarak aktif olduklarını, 23'ü (%46) ise aktif cinsel yaşantılarına devam etmediklerini beyan etti. Hastaların HIV pozitif olmadan önceki dönemde, 5'i (%10) her zaman, 9'u (%18) sıklıkla, 9'u (%18) bazen, 17'si (%34) nadiren kondom kullandığını ve 10'u (%20) ise kondom kullanma alışkanlığının hiç bulunmadığını bildirdi. Hastaların 19'u (%38) monogamik birey olduğunu, 31'i (%62) ise poligamik birey olduğunu bildirdi. Hastalara partnerlerinin HIV durumlarını bilip bilmedikleri sorulduğunda ise, 9'unun (%18) partnerinin HIV durumunu pozitif olarak bildiğini, 5'inin (%10) partnerinin HIV durumunu negatif olarak bildiğini ve 36'sının (%72) ise partnerinin HIV durumu hakkında bilgisinin bulunmadığını bildirdi. HIV pozitif olmadan önceki dönemde, hastaların 22'si (%44) ayda bir kez, 19'u (%38) haftada birkaç kez, 4'ü (%8) hemen her gün ve 5'i (%10) ise yılda birkaç kez cinsel ilişkide bulunduğunu bildirdi (Tablo 3).

**Tablo 4: Hastaların HIV Pozitif Olduktan Sonraki Cinsel Yaşantılarına Dair Özellikler**

HIV Pozitif Olduktan Sonraki Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
<b>Kondom Kullanma Sıklığı</b>		
Her zaman	21	77,8
Sıklıkla	1	3,7
Bazen	3	11,1
Hiçbir zaman	2	7,4
<b>Partner Sayısı</b>		
Bir kişi	21	77,8
Birden çok kişi	6	22,2
<b>Partnerin HIV Durumu</b>		
Pozitif olarak biliniyor	8	29,6
Negatif olarak biliniyor	11	40,7
Bilinmiyor	8	29,6
<b>Cinsel İlişki Sıklığı</b>		
Ayda bir kez	14	51,9
Haftada birkaç kez	9	33,3
Hemen her gün	2	7,4
Yılda birkaç kez	2	7,4

Toplam (N)=27 (Aktif cinsel yaşamına devam eden hasta sayısı)

Çalışmaya dâhil edilen hastaların HIV pozitif olduktan sonraki cinsel yaşantı özellikleri Tablo 4'te gösterildi.

HIV pozitif olma durumundan sonra, aktif cinsel yaşamına devam eden 27 hastanın 21'i (%77,8) her zaman, 1'i (%3,7) sıklıkla, 3'ü (%11,1) nadiren kondom kullandığını ve 2'si (%7,4) ise kondom kullanma alışkanlığının bulunmadığını bildirdi. HIV pozitif olduktan sonraki dönemde 21'i (%77,8) monogamik birey olduğunu, 6'sı (%22,2) ise poligamik birey olarak cinsel hayatlarına devam ettiğini bildirdi. Yine bu dönemde, 27 hastanın 8'i (%29,6) partnerinin HIV durumunu pozitif olarak bildiğini, 11'i (%40,7) partnerinin HIV durumunu negatif olarak bildiğini ve 8'i (%29,6) ise partnerinin HIV durumunu bilmediğini bildirdi. Cinsel olarak aktif olan hastaların 14'ü (%51,9) HIV pozitif olduğunu öğrendikten sonra ayda birkaç kez, 9'u (%33,3) haftada birkaç kez, 2'si (%7,4) hemen her gün ve 2'si (%7,4) ise yılda birkaç kez cinsel ilişki yaşadığını bildirdi (Tablo 4).

#### 4.3. HASTALARIN PSİKİYATRİK AÇIDAN DEĞERLENDİRİLMESİ

**Tablo 5. Hastaların SCID-1 Görüşmesi ile Tespit Edilen Psikiyatrik Bozukluk Tanı Dağılımı**

DSM-5 Tanısı	Sayı (n)	Yüzde (%)
Psikiyatrik tanı yok	25	50
Herhangi Bir Psikiyatrik Tanı	25	50
Majör Depresyon	5	10
YAB	5	10
Uyum Bozukluğu	3	6
Panik Bozukluğu	2	4
Erişkin DEHB	2	4
OKB	2	4
MKB	1	2
Kısa Psikotik Bozukluk	1	2
<b>Toplam</b>	25	100

Hastalarla yüz yüze yapılan SCID-1 görüşmesi neticesinde 50 hastanın 25'inde (%50) herhangi bir psikiyatrik bozukluk tespit edildi ve dağılımı Tablo 5'te gösterildi. Hastaların 5'i (%10) Majör Depresyon, 5'i (%10) Yaygın Anksiyete Bozukluğu, 3'ü (%6) Uyum Bozukluğu, 2'si (%4) Panik Bozukluğu, 2'si (%4) Erişkin tip DEHB, 2'si (%4) OKB, 1'i (%2) Madde Kullanım Bozukluğu ve 1'i (%2) ise Kısa Psikotik Bozukluğa sahipti (Tablo 5).



**Tablo 6. Hastaların Kişilik Bozukluğu Dağılımı (SCID-2)**

<b>Kişilik Bozukluğu</b>	<b>Sayı (n)</b>	<b>Yüzde (%)</b>
<b>Kişilik Bozukluğu Yok</b>	43	86
<b>Herhangi Bir Kişilik Bozukluğu</b>	7	14
<b>OKKB</b>	3	6
<b>Borderline Kişilik Bozukluğu</b>	2	4
<b>Narsisistik Kişilik Bozukluğu</b>	1	2
<b>Toplum dışı (Antisosyal) Kişilik Bozukluğu</b>	1	2
<b>Toplam</b>	50	100

Hastalarla yüz yüze yapılan SCID-2 görüşmesi neticesinde, 7'sinde (%14) herhangi bir kişilik bozukluğu tespit edildi ve dağılımı Tablo 6'da gösterildi.

Altı hasta (%12) 1. akrabalarında herhangi bir psikiyatrik bozukluk olduğunu bildirdi. Psikiyatrik bozukluk nedeni ile tedavi gören akrabası olduğunu bildiren hasta sayısı ise 4 (%8) idi.

Hastaların 7'si (%14) en az bir adli durum yaşadığını, 6'sı (%12) en az bir kez intihar girişiminde bulunduğunu bildirdi.

**Tablo 7. Hastaların Alkol ve Madde Kullanımları**

<b>Alkol ve Madde Kullanımı</b>	<b>Sayı (n)</b>	<b>Yüzde (%)</b>
<b>Alkol kullanımı Yok</b>	31	62
<b>Alkol kullanımı Var</b>	19	38
<b>Hemen Hergün</b>	1	2
<b>Haftada birkaç kez</b>	6	12
<b>Ayda birkaç kez</b>	12	24
<b>Madde Kullanımı Yok</b>	47	94
<b>Madde Kullanımı Var</b>	3	6
<b>Hemen Hergün</b>	1	2
<b>Ayda birkaç kez</b>	1	2
<b>Sadece bir kez</b>	1	2

Alkol kullanımı olduğunu bildiren 19 (%38) hastanın 12'sinin (%24) ayda bir-iki kez, 6'sının (%12) haftada birkaç kez ve 1'inin (%2) ise hemen her gün alkol kullandığı bulundu. Kannabinoid kullandığını bildiren hasta sayısı üç (%6) idi ve kullanım sıklıkları Tablo 7'de gösterildi.

**Tablo 8. Hastaların ASRS Ölçeği Puanlarına Göre Olası DEHB Tanı Dağılımı**

ASRS Puanına Göre DEHB Olasılığı	Sayı	Yüzde
Yüksek Olasılıkla DEHB (24 ve üzeri)	16	32
Olasılıkla DEHB (17-23 puan)	21	42
DEHB değil (0-16 puan)	13	26

Hastalara uygulanan ASRS ölçeğinde hastalar 7-46 arasında puan alırken aritmetik ortalaması  $21,06 \pm 8,40$  idi. Ölçekte 17 ve üstü puan alarak DEHB olasılığı bulunanların sayısı 37 (%74) idi. 16 hasta (%32) 24 ve üstü puan alarak yüksek olasılıkla DEHB, 21 hasta (%42) ise 17-23 arası puanla olasılıkla DEHB olarak tanımlandı. 17 altında puan alan 13 hastada (%26) ise DEHB olasılığı yok olarak değerlendirildi.

HIV tedavisi almayan 9 hastadan, 8 hastada (%88,9) DEHB olasılığının bulunduğu, bunlardan 3'ünün (%33,3) yüksek olasılıkla DEHB olabileceği tespit edildi.

**Tablo 9. Hastaların Sosyodemografik Özellikleri, İntihar ve Psikiyatrik Tanı Öz ve Soy Geçmişi, HIV Pozitif Olma Süresi ve Cinsel Yönelimine Göre ASRS Puanlarının Karşılaştırılması**

Değişkenler	ASRS			İstatistik*
	Min	Max	Ort±SD	
<b>Cinsiyet</b>				
Kadın	7	24	16,29±7,01	t (48)=-1,648
Erkek	8	46	21,83±8,42	p=0,106
<b>Medeni Durum</b>				
Evli	7	40	19,58±7,35	F (2,47)=0,858 p=0,431
Bekar	9	46	21,24±8,70	
Boşanmış/ Ayrı yaşıyor	8	38	24,43±10,17	
<b>Eğitim Durumu</b>				
İlkokul	7	38	16,22±3,17	x <sup>2</sup> =5,723 p=0,126
Ortaokul	10	40	21,85±2,36	
Lise	12	38	21,79±1,94	
Üniversite veya üzeri	9	46	22,70±2,23	
<b>Çocuk Sahibi Olma</b>				
Evet	7	40	19,67±1,82	t (48)=-0,875
Hayır	9	46	21,84±1,55	p=0,386
<b>Çalışma Durumu</b>				
Düzenli Çalışıyor	9	46	23,66±1,90	F (2,47)=2,249 p=0,117
Çalışmıyor	7	38	19,16±1,54	
Emekli	8	27	17,40±3,35	
<b>Özgeçmişte Psikiyatrik Tanı</b>				
Var	12	40	24,08±1,85	t (48)=2,058 p=0,045
Yok	7	46	19,24±1,51	
<b>İntihar Öyküsü</b>				t (48)=0,085

<b>Var</b>	12	28	21,33±2,47	p=0,933
<b>Yok</b>	7	46	21,02±1,31	
<b>Ailede Psikiyatrik Hastalık</b>				
<b>Var</b>	12	46	23,50±12,58	t (48)=0,756 p=0,454
<b>Yok</b>	7	40	20,72±7,81	
<b>Ailede Psikiyatrik Tedavi Alan</b>				
<b>Evet</b>	12	46	22,35±7,98	U=73,500 z=-0,663 p=0,508
<b>Hayır</b>	7	40	20,95±7,14	
<b>Alkol Kullanımı</b>				
<b>Var</b>	9	38	22,61±1,96	t (48)=1,023 p=0,312
<b>Yok</b>	7	46	20,18±1,54	
<b>Madde Kullanımı</b>				
<b>Var</b>	19	35	24,67±5,17	U=53,500 z=-0,647 p=0,517
<b>Yok</b>	7	46	20,89±1,25	
<b>HIV Pozitif Olma Süresi</b>				
<b>0-6 ay</b>	10	40	22,13±8,38	F (3,46)=0,918 p=0,440
<b>6ay- 1yıl</b>	7	28	17,67±7,42	
<b>1-5 yıl</b>	9	31	19,75±5,99	
<b>5-10 yıl</b>	8	46	24,13±12,99	
<b>Cinsel Yönelim</b>				
<b>Heteroseksüel</b>	7	40	19,36±7,36	F (2,47)=3,492 p=0,039
<b>Homoseksüel</b>	9	38	22,03±9,44	
<b>Biseksüel</b>	20	46	28,04±9,22	

\*Mann Whitney U, Tek Yönlü Varyans Analizi, Kruskal Wallis H, Student T testi

Cinsiyet (t (48)=-1,648; p=0,106), medeni durum (F (2,47) =0,858; p=0,431), eğitim durumu (x<sup>2</sup>=5,723; p=0,126), çocuk sahibi olup/olmama (t (48)=-0,875; p=0,386), çalışma durumu (F (2,47) =2,249; p=0,117), intihar öyküsünün varlığı (t (48)=0,085; p=0,933), ailede psikiyatrik hastalık öyküsü (t (48)=0,756; p=0,454) ve ailede psikiyatrik tedavi görme durumuna (U=73,500; z=-0,663; p=0,508) göre ASRS puan ortalamalarında anlamlı fark yoktu (Tablo 9).

Özgeçmişinde psikiyatrik tanı bulunanların (X=24,08; SS=1,85) ASRS puan ortalamaları tanı almayanlardan (X=19,24; SS=1,51) yüksek bulundu (t (48)=2,058; p=0,045).

Alkol ve/veya madde kullanımı olan bireylerde kullanmayanlara göre ASRS puan ortalamalarında belirgin fark bulunmadı (Sırası ile; t (48)=1,023;p=0,312, U=53,500; z=-0,647; p=0,517). HIV pozitif olma süresine göre ASRS puan ortalamasında da fark saptanmadı (F (3,46)=0,91; p=0,440).

Cinsel yönelime göre ASRS puan ortalamalarında anlamlı fark olduğu (F (2,47)=3,492; p=0,039), anlamlılığın biseksüel yönelimi olan bireylerdeki ASRS

puan ortalamasının homoseksüel yönelimi olanlardan yüksek olmasından kaynaklı olduğu bulundu (MD=8,679; p=0,032).

**Tablo 10. Hastaların HIV Pozitif Olmadan Önce Kondom Kullanma Sıklığı, Partner Sayısı ve Partnerinin HIV Durumuna Göre ASRS Puanlarının Karşılaştırılması**

Değişkenler	ASRS		Ort±SD	İstatistik*
	Min	Max		
<b>Kondom Kullanma Sıklığı</b>				
Her zaman	12	23	17,8±4,81	
Sıklıkla	8	27	17,92±6,90	F(4,45)=1,264 p=0,298
Bazen	10	46	25,29±10,98	
Nadiren	11	40	21,90±8,24	
Hiçbir zaman	7	38	20,00±8,05	
<b>Partner Sayısı</b>				
Bir kişi	7	40	18,84±7,55	t (48)=-1,476 p=0,146
Birden fazla kişi	9	46	22,41±8,72	
<b>Partnerin HIV Durumu</b>				
Pozitif	7	24	17,33±5,56	F(2,47)=1,387 p=0,260
Negatif	8	28	19,20±7,39	
Bilinmiyor	9	46	22,25±8,94	

\*Tek Yönlü Varyans Analizi, Student T testi

Kondom kullanma sıklığı, partner sayısı ve partnerin HIV durumuna göre ASRS puan ortalamalarında anlamlı fark saptanmadı (Sırası ile: F (4,45)=1,264, p=0,298; t (48)=-1,476, p=0,146; F (2,47)=1,387, p=0,260) (Tablo 10).

**Tablo 11. Hastaların HIV Pozitif Olduktan Sonra Partner Sayısı ve Partnerinin HIV Durumuna Göre ASRS Puanlarının Karşılaştırılması**

Değişkenler	ASRS		Ort±SD	İstatistik*
	Min	Max		
<b>Partner Sayısı</b>				
Bir kişi (n=21)	7	40	18,71±7,80	t (25)=-3,315 p=0,03
Birden fazla kişi (n=6)	19	46	31,43±9,98	
<b>Partnerin HIV Durumu</b>				
Pozitif (n=8)	7	40	18,63±10,74	F(2,24)=0,765 p=0,476
Negatif (n=11)	9	35	21,36±6,86	
Bilinmiyor (n=8)	12	46	24,70±12,21	

**Toplam (N)=27** (HIV pozitif olduktan sonra cinsel hayatına devam edenler), Student T Testi, Tek Yönlü Varyans Analizi

Birden fazla partneri olan hastaların ASRS puan ortalaması bir partneri olanlardan daha yüksekti (t (25)=-3,315; p=0,03). Hastaların HIV pozitif olduktan sonra birlikte

oldukları partner sayısına ( $F(2,24)=0,765$ ,  $p=0,476$ ) ve HIV pozitif olup olmasına ( $F(2,24)=0,765$ ;  $p=0,476$ ) göre ASRS puan ortalamasında anlamlı fark bulunmadı (Tablo 11).

**Tablo 12. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Barratt Dürtüsellik Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması**

	Barratt-Motor	Barratt-Planlama	Barratt-Dürtüsellik	Barratt-Toplam
	Ort $\pm$ SD	Ort $\pm$ SD	Ort $\pm$ SD	Ort $\pm$ SD
<b>Cinsiyet</b>				
Kadın	14,43 $\pm$ 2,99	11,43 $\pm$ 3,15	20,00 $\pm$ 4,43	46,00 $\pm$ 6,63
Erkek	17,56 $\pm$ 3,11	14,09 $\pm$ 3,61	24,12 $\pm$ 4,64	56,42 $\pm$ 7,81
<b>İstatistik*</b>	<b>U=72,500</b> <b>z=-2,194</b> <b>p=0,028</b>	t (48)=-1,838 p=0,072	<b>t (48)=-2,188</b> <b>p=0,034</b>	<b>t (48)=-3,330</b> <b>p=0,002</b>
<b>Medeni Durum</b>				
Evli	15,63 $\pm$ 3,27	12,21 $\pm$ 3,42	23,21 $\pm$ 4,14	51,47 $\pm$ 7,87
Bekar	18,38 $\pm$ 2,93	14,83 $\pm$ 3,67	23,75 $\pm$ 4,84	57,71 $\pm$ 8,11
Boşanmış/Ayrı yaşıyor	16,86 $\pm$ 2,91	14,00 $\pm$ 3,00	23,71 $\pm$ 6,72	55,0 $\pm$ 8,56
<b>İstatistik*</b>	<b><math>\chi^2=6,246</math></b> <b>p=0,044</b>	<b><math>\chi^2=6,596</math></b> <b>p=0,037</b>	F (2,47)=0,07 p=0,933	F (2,47)=3,156 p=0,052
<b>Eğitim Durumu</b>				
İlkokul	16,78 $\pm$ 4,14	13,56 $\pm$ 4,06	21,22 $\pm$ 5,99	51,67 $\pm$ 11,44
Ortaokul	17,15 $\pm$ 3,55	14,00 $\pm$ 2,41	25,23 $\pm$ 3,89	57,08 $\pm$ 5,56
Lise	16,93 $\pm$ 2,84	14,07 $\pm$ 3,64	25,00 $\pm$ 4,65	57,21 $\pm$ 8,33
Üniversite	17,50 $\pm$ 3,08	13,21 $\pm$ 4,54	22,00 $\pm$ 4,15	52,86 $\pm$ 8,18
<b>İstatistik*</b>	F (3,46)=0,107 p=0,956	$\chi^2=2,030$ p=0,566	F (3,46)=2,334 p=0,086	F (3,46)=1,387 p=0,259
<b>Çocuk Sahibi</b>				
Evet	15,83 $\pm$ 3,33	12,44 $\pm$ 3,32	22,61 $\pm$ 4,38	51,33 $\pm$ 7,30
Hayır	17,84 $\pm$ 3,03	14,44 $\pm$ 3,66	24,06 $\pm$ 4,99	57,00 $\pm$ 8,43
<b>İstatistik*</b>	<b>U=190,000</b> <b>z=-1,992</b> <b>p=0,046</b>	<b>U=182,000</b> <b>z=-2,157</b> <b>p=0,031</b>	t (48)=-1,029 p=0,309	<b>t (48)=-2,389</b> <b>p=0,021</b>
<b>Çalışma Durumu</b>				
Çalışıyor	17,04 $\pm$ 3,49	13,35 $\pm$ 4,00	23,22 $\pm$ 4,44	54,09 $\pm$ 8,79
Çalışmıyor	16,91 $\pm$ 2,99	14,45 $\pm$ 2,75	24,23 $\pm$ 5,25	56,36 $\pm$ 7,84
Emekli	18,04 $\pm$ 3,71	12,20 $\pm$ 5,26	22,00 $\pm$ 4,63	52,80 $\pm$ 10,06
<b>İstatistik*</b>	F(2,47)=0,427 p=0,655	$\chi^2=5,305$ p=0,070	F(2,47)=0,527 p=0,594	F (2,47)=0,582 p=0,563
<b>HIV Pozitif Olma Süresi</b>				
0-6 ay	17,17 $\pm$ 2,68	14,00 $\pm$ 2,72	25,33 $\pm$ 4,61	57,67 $\pm$ 6,16
6ay- 1yıl	15,33 $\pm$ 2,33	13,83 $\pm$ 2,85	21,17 $\pm$ 6,43	50,33 $\pm$ 8,59
1-5 yıl	17,17 $\pm$ 4,24	12,78 $\pm$ 3,55	22,50 $\pm$ 3,77	52,61 $\pm$ 9,30
5-10 yıl	18,25 $\pm$ 2,25	15,13 $\pm$ 5,79	23,63 $\pm$ 5,37	57,63 $\pm$ 9,10
<b>İstatistik*</b>	F(3,46)=0,918 p=0,440	F(3,46)=0,827 p=0,440	F(3,46)=1,683 p=0,184	F(3,46)=2,083 p=0,440

<b>Cinsel Yönelim</b>				
<b>Heteroseksüel</b>	16,79±3,53	13,00±3,13	23,24±4,54	53,53±7,83
<b>Homoseksüel</b>	18,33±2,23	14,78±2,58	24,33±5,67	58,78±8,81
<b>Biseksüel</b>	17,14±2,96	15,86±5,95	24,00±5,41	57,00±10,03
	F(2,47)=0,786	W(2,11)=1,949	F(2,47)=0,217	F(2,47)=1,661
<b>İstatistik</b>	p=0,462	p=0,185	p=0,805	p=0,201

\*Mann Whitney U Testi, Kruskal Wallis Testi, ANOVA Testi

Cinsiyete göre Barratt-Planlama puanı ortalamasında anlamlı fark saptanmazken (t (48)=-1,838; p=0,072); Barratt-Motor (U=72,500; z=-2,194; p=0,028), Barratt-Dürtüsellik (t (48)=-2,188; p=0,034) ve Barratt-Toplam (t (48)=-3,330; p=0,002) puan ortalamaları erkeklerde kadınlardan daha yüksekti (Tablo 12).

Barratt-Motor ( $x^2=6,246$ ; p=0,044) ve Barratt-Planlama ( $x^2=6,596$ ; p=0,037) puan ortalamalarında, medeni durum değişkenine göre anlamlı fark saptandı. Gruplar arası ikili karşılaştırmaların sonucuna göre Barratt-Motor (U=126,500; z= -2,497; p=0,013) ve Barratt-Planlama (U=123,000; z=-2,583; p=0,010) puan ortalamaları bekârlarda evlilerden daha yüksekti. Barratt-Toplam ve Barratt-Dürtüsellik puan ortalamalarında medeni duruma göre anlamlı farklılık yoktu.

Eğitim durumuna göre, Barratt-Motor (F (3,46)=0,107; p=0,956), Barratt-Planlama ( $x^2=2,030$ ; p=0,566), Barratt-Dürtüsellik (F (3,46)=2,334; p=0,086) ve Barratt-Toplam (F (3,46)=1,387; p=0,259) puan ortalamalarında anlamlı fark saptanmadı. Çocuk sahibi olanlarda olmayanlara göre; Barratt-Motor (U=190,000; z=-1,992; p=0,046), Barratt-Planlama (U=182,000; z=-2,157; p=0,031) ve Barratt-Toplam (t (48)=-2,389; p=0,021) puan ortalamaları daha yüksekti.

Çalışma durumuna göre Barratt-Motor (F (2,47)=0,427; p=0,655), Barratt-Planlama ( $x^2=5,305$ ; p=0,070), Barratt-Dürtüsellik (F (2,47)=0,527; p=0,594) ve Barratt-Toplam (F (2,47)=0,582; p=0,563) puan ortalamalarında anlamlı fark saptanmadı.

Hastaların HIV pozitif olduktan sonra geçen süreye göre Barratt-Motor (F (3,46)=0,918; p=0,440), Barratt-Planlama (F (3,46)=0,827; p=0,440), Barratt-Dürtüsellik (F (3,46)=1,683; p=0,184) ve Barratt-Toplam (F (3,46)=2,083; p=0,440) puan ortalamalarında anlamlı fark saptanmadı.

Cinsel yönelime göre Barratt-Motor ( $F(2,47)=0,786$ ;  $p=0,462$ ), Barratt-Planlama ( $W(2,11)=1,949$ ;  $p=0,185$ ), Barratt-Dürtüsellik ( $F(2,47)=0,217$ ;  $p=0,805$ ) ve Barratt-Toplam ( $F(2,47)=1,661$ ;  $p=0,201$ ) puan ortalamalarında anlamlı fark bulunmadı.

**Tablo 13. Hastaların HIV Pozitif Olmadan Önceki Cinsel Yaşantı Özelliklerine Göre Barratt Dürtüsellik Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması**

	<b>Barratt-Motor</b>	<b>Barratt-Planlama</b>	<b>Barratt-Dürtüsellik</b>	<b>Barratt-Toplam</b>
	<b>Ort ±SD</b>	<b>Ort ±SD</b>	<b>Ort ±SD</b>	<b>Ort ±SD</b>
<b>HIV Tedavi</b>				
<b>Alıyor</b>	17,05±3,39	12,90±2,89	23,29±4,69	53,85±8,37
<b>Almıyor</b>	17,44±2,69	17,44±4,50	24,67±5,33	60,00±7,03
<b>İstatistik*</b>	t (48)=-0,327 p=0,745	<b>t (48)=-3,831</b> <b>p=0,000</b>	t (48)=-0,776 p=0,442	t (48)=-2,044 p=0,046
<b>Aktif Cinsel Yaşam</b>				
<b>Var</b>	17,17±3,54	13,83±4,26	24,0±4,751	55,4±9,21
<b>Yok</b>	17,05±2,90	13,57±2,65	22,9±4,888	54,3±7,39
<b>İstatistik*</b>	t (48)=0,132 p=0,895	U=295,000 z=-0,188 p=0,851	t (48)=-0,788 p=0,431	t (48)=-0,444 p=0,659
<b>Partner Sayısı</b>				
<b>Bir kişi</b>	17,05±3,471	13,52±3,723	22,29±4,361	53,05±8,375
<b>Birden fazla</b>	18,00±4,382	15,00±6,450	26,67±4,082	60,50±10,13
<b>İstatistik*</b>	t(48)=-1,91 p=0,239	t(48)=-0,771 p=0,444	<b>t(48)=-2,735</b> <b>p=0,009</b>	<b>t(48)=-2,317</b> <b>p=0,025</b>
<b>Partnerin HIV Durumu</b>				
<b>Pozitif</b>	15,38±3,926	13,00±4,375	21,75±5,285	50,38±10,11
<b>Negatif</b>	16,82±2,994	12,36±3,171	23,18±4,792	52,55±7,340
<b>Bilinmiyor</b>	19,75±3,012	16,75±4,833	24,88±3,563	62,00±6,481
<b>İstatistik*</b>	F(2,47)=1,737 p=0,187	F(2,47)=0,427 p=0,655	F(2,47)=2,479 p=0,095	F(2,47)=0,105 p=0,901
<b>Kondom Kullanma Sıklığı</b>				
<b>Her zaman</b>	17,52±3,296	13,95±4,201	23,57±3,893	55,38±7,33
<b>Sıklıkla</b>	21,00	16,00	31,00	70,00
<b>Nadiren</b>	15,67±6,658	12,33±7,506	23,67±5,774	51,67±17,01
<b>Hiçbir zaman</b>	15,00±1,414	14,00±4,243	15,50±0,707	44,50±6,36
<b>İstatistik*</b>	F(4,45)=0,425 p=0,790	F(4,45)=,620 p=0,651	F(4,45)=1,845 p=0,137	F(4,45)=1,444 p=0,235

\*Mann Whitney U Testi, ANOVA Testi, Student T Testi

HIV tedavisi alıp/almama değişkenine göre, Barratt-Motor ( $t(48)=-0,327$ ;  $p=0,745$ ), Barratt-Dürtüsellik ( $t(48)=-0,776$ ;  $p=0,442$ ) ve Barratt-Toplam ( $t(48)=-2,044$ ;  $p=0,046$ ) puan ortalamalarında anlamlı fark bulunmadı. HIV tedavisi almayan

hastalarda Barratt-Planlama puan ortalaması (X=17,44; SS=4,50) HIV tedavisi alan hastalardan (X=12,90; SS=2,89) yüksekti (t (48)=-3,831, p<0,001)(Tablo 13).

HIV pozitif olduktan sonraki dönemde aktif cinsel yaşantının olup olmamasına göre Barratt-Motor (t (48)=0,132; p=0,895), Barratt-Planlama (U=295,000; z=-0,188; p=0,851), Barratt-Dürtüsellik (t (48)=0,788; p=0,431) ve Barratt-Toplam (t (48)=0,444; p=0,659) puan ortalamalarında anlamlı fark bulunmadı. HIV pozitif olmadan önceki dönemde partner sayısına göre, Barratt-Motor (t (48)=-1,91;p=0,239), Barratt-Planlama (t (48)=-0,771;p=0,444) puan ortalamalarında anlamlı fark yoktu. Barratt-Dürtüsellik ve Barratt-Toplam puan ortalama değerlerinin birden fazla partneri olanlarda bir partneri olanlardan yüksekti (Sırası ile t (48)=-2,735;p=0,009,t (48)=-2,317;p=0,025).

HIV pozitif olmadan önceki dönemde partnerin HIV durumunun bilinip bilinmemesine göre Barratt-Planlama (F (2,47)=1,737; p=0,187) ve Barratt-Dürtüsellik (F (2,47)=0,915; p=0,414), Barratt-Motor (F (2,47)=1,737;p=0,187) ve Barratt-Toplam (F (2,47)=0,105;p=0,901) puan ortalamalarında anlamlı fark saptanmadı.

Barratt-Toplam (F (4,45)=1,444;p=0,235), Barratt-Motor (F (4,45)=0,425;p=0,790), Barratt-Dürtüsellik (F (4,45)=1,845;p=0,137) ve Barratt-Planlama (F (4,45)=,620;p=0,651) ortalama değerlerinde kondom kullanma sıklığına göre anlamlı fark yoktu.

**Tablo 14. Hastaların HIV Pozitif Olduktan Sonraki Cinsel Yaşantı Özelliklerine Göre Barratt Dürtüsellik Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması**

	Barratt-Motor	Barratt-Planlama	Barratt-Dürtüsellik	Barratt-Toplam
Değişkenler	Ort ± SD	Ort ± SD	Ort ± SD	Ort ± SD
<b>Partner Sayısı</b>				
Bir kişi (n=21)	17,05±3,47	13,52±3,72	22,29±4,36	53,05±8,37
Birden fazla kişi (n=6)	18,00±4,38	15,00±6,45	26,67±4,08	60,50±10,1
<b>İstatistik*</b>	t (25)=-,560 p=0,580	t (25)=-,724 p=0,476	<b>t(25)=-2,198</b> <b>p=0,037</b>	t (25)=-1,839 p=0,078
<b>Partnerin HIV Durumu</b>				
Pozitif (n=8)	15,38±3,92	13,00±4,37	21,75±5,28	50,38±10,11
Negatif (n=11)	16,82±2,99	12,36±3,17	23,18±4,79	52,55±7,34
Bilinmiyor (n=8)	19,75±3,01	16,75±4,83	24,88±3,56	62,00±6,48



<b>İstatistik**</b>	<b>F(2,24)=3,686</b> <b>p=0,040</b>	F(2,24)=2,935 p=0,072	F(2,24)=,915 p=0,414	<b>F (2,24)=4,859</b> <b>p=0,017</b>
---------------------	--	--------------------------	-------------------------	---

**Toplam (N)=27, \*Student T Testi, \*\*ANOVA Testi,**

HIV pozitif olduktan sonraki dönemde partner sayısına göre Barratt-Motor (t (25)=-,560; p=0,580), Barratt-Planlama (t (25)=-,724; p=0,476) ve Barratt-Toplam (t (25)=-1,839; p=0,078) puan ortalamalarında anlamlı fark bulunmazken, Barratt-Dürtüsellik puan ortalaması birden fazla partneri olan hastalarda (X=26,67;SS=4,08), bir partneri olanlardan (X=22,29; SS=4,36) daha yüksekti (t (25)=-2,198; p=0,037).

HIV pozitif olduktan sonraki dönemde partnerin HIV durumunun bilinip/bilinmemesi değişkenine göre Barratt-Planlama (F (2,24)=2,935; p=0,072) ve Barratt-Dürtüsellik (F (2,24)=,915; p=0,414) ortalama değerlerinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı. Barratt-Motor (F (2,24)=3,686; p=0,040) ve Barratt-Toplam (F (2,24)=4,859; p=0,007) puan ortalamalarında ise fark bulundu ve farkın partnerinin HIV durumunu bilmediğini bildiren hastalarda partnerinin HIV durumunu pozitif ya da negatif olarak bildiğini bildiren hastalara göre Barratt-Toplam ve Barratt-Motor puan ortalamasının daha yüksek olmasından kaynaklandığı bulundu.

**Tablo 15. Morisky, ASRS ve Barratt Dürtüsellik Ölçeği Puanlarının Korelasyonu**

<b>Spearman rho</b>		<b>ASRS</b>	<b>M-M</b>	<b>M-B</b>	<b>B-P</b>	<b>B-M</b>	<b>B-D</b>	<b>B-T</b>
<b>ASRS</b>	<b>r</b>	1						
	<b>p</b>	.						
<b>M-M</b>	<b>r</b>	<b>-0,414**</b>	1					
	<b>p</b>	<b>0,003</b>	.					
<b>M-B</b>	<b>r</b>	-0,252	<b>0,407**</b>	1				
	<b>p</b>	0,078	<b>0,003</b>	.				
<b>B-P</b>	<b>r</b>	0,08	0,055	0,082	1			
	<b>p</b>	0,582	0,705	0,573	.			
<b>B-M</b>	<b>r</b>	0,065	0,014	0,127	<b>0,371**</b>	1		
	<b>p</b>	0,655	0,925	0,380	<b>0,008</b>	.		
<b>B-D</b>	<b>r</b>	<b>0,392**</b>	-0,196	-0,106	<b>0,281*</b>	-0,023	1	
	<b>p</b>	<b>0,005</b>	0,172	0,464	<b>0,048</b>	0,872	.	
<b>B-T</b>	<b>r</b>	<b>0,298*</b>	-0,196	-0,067	<b>0,715**</b>	<b>0,500**</b>	<b>0,717**</b>	1
	<b>p</b>	<b>0,035</b>	0,173	0,645	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	.

\* p= 0,005, \*\* p=0,001

ASRS ile Morisky-M (M-M) puanları arasında orta düzeyde ve negatif yönde anlamlı korelasyon tespit edildi ( $r=0,414$ ;  $p=0,003$ ). ASRS ile Barratt-Dürtüsellik (B-D) ( $r=0,392$ ;  $p=0,005$ ) ve Barratt-Toplam (B-T) puanları arasında ise zayıf düzeyde ve pozitif yönde korelasyon tespit edildi.

**Tablo 16. Kişilik Bozukluğu Varlığına Göre ASRS, Barratt Dürtüsellik Ölçeği Morisky Ölçeği ve CD4 Puanlarının Karşılaştırılması**

Ölçek	Kişilik Bozukluğu	N	Ort	SD	T	df	p																																																																																								
Barratt-Dürtüsellik	Var	7	26,71	4,645	1,943	48	0,058																																																																																								
	Yok	43	23,02	4,662				Barratt-Toplam	Var	7	61,00	6,583	2,115	48	<b>0,040</b>	Yok	43	53,98	8,345	Barratt-Motor	Var	7	17,29	2,289	0,143	48	0,886	Yok	43	17,09	3,414	ASRS	Var	7	23,86	11,452	0,950	48	0,347	Yok	43	20,6	7,883			N	Ort	SD	U	Z	p	Barratt-Planlama	Var	7	16,71	5,251	81,000	-1,956	0,050	Yok	43	13,23	3,131	Morisky-M	Var	7	2,64	0,733	133,000	-0,593	0,553	Yok	43	2,75	0,507	Morisky-B	Var	7	2,32	0,713	100,500	-1,556	0,120	Yok	43	2,67	0,491	CD4	Var	7	673,4	329,5	137,000	-0,378	0,706
Barratt-Toplam	Var	7	61,00	6,583	2,115	48	<b>0,040</b>																																																																																								
	Yok	43	53,98	8,345				Barratt-Motor	Var	7	17,29	2,289	0,143	48	0,886	Yok	43	17,09	3,414	ASRS	Var	7	23,86	11,452	0,950	48	0,347	Yok	43	20,6	7,883			N	Ort	SD	U	Z	p	Barratt-Planlama	Var	7	16,71	5,251	81,000	-1,956	0,050	Yok	43	13,23	3,131	Morisky-M	Var	7	2,64	0,733	133,000	-0,593	0,553	Yok	43	2,75	0,507	Morisky-B	Var	7	2,32	0,713	100,500	-1,556	0,120	Yok	43	2,67	0,491	CD4	Var	7	673,4	329,5	137,000	-0,378	0,706	Yok	43	613,7	270,2								
Barratt-Motor	Var	7	17,29	2,289	0,143	48	0,886																																																																																								
	Yok	43	17,09	3,414				ASRS	Var	7	23,86	11,452	0,950	48	0,347	Yok	43	20,6	7,883			N	Ort	SD	U	Z	p	Barratt-Planlama	Var	7	16,71	5,251	81,000	-1,956	0,050	Yok	43	13,23	3,131	Morisky-M	Var	7	2,64	0,733	133,000	-0,593	0,553	Yok	43	2,75	0,507	Morisky-B	Var	7	2,32	0,713	100,500	-1,556	0,120	Yok	43	2,67	0,491	CD4	Var	7	673,4	329,5	137,000	-0,378	0,706	Yok	43	613,7	270,2																				
ASRS	Var	7	23,86	11,452	0,950	48	0,347																																																																																								
	Yok	43	20,6	7,883						N	Ort	SD	U	Z	p	Barratt-Planlama	Var	7	16,71	5,251	81,000	-1,956	0,050	Yok	43	13,23	3,131	Morisky-M	Var	7	2,64	0,733	133,000	-0,593	0,553	Yok	43	2,75	0,507	Morisky-B	Var	7	2,32	0,713	100,500	-1,556	0,120	Yok	43	2,67	0,491	CD4	Var	7	673,4	329,5	137,000	-0,378	0,706	Yok	43	613,7	270,2																																
		N	Ort	SD	U	Z	p																																																																																								
Barratt-Planlama	Var	7	16,71	5,251	81,000	-1,956	0,050																																																																																								
	Yok	43	13,23	3,131				Morisky-M	Var	7	2,64	0,733	133,000	-0,593	0,553	Yok	43	2,75	0,507	Morisky-B	Var	7	2,32	0,713	100,500	-1,556	0,120	Yok	43	2,67	0,491	CD4	Var	7	673,4	329,5	137,000	-0,378	0,706	Yok	43	613,7	270,2																																																				
Morisky-M	Var	7	2,64	0,733	133,000	-0,593	0,553																																																																																								
	Yok	43	2,75	0,507				Morisky-B	Var	7	2,32	0,713	100,500	-1,556	0,120	Yok	43	2,67	0,491	CD4	Var	7	673,4	329,5	137,000	-0,378	0,706	Yok	43	613,7	270,2																																																																
Morisky-B	Var	7	2,32	0,713	100,500	-1,556	0,120																																																																																								
	Yok	43	2,67	0,491				CD4	Var	7	673,4	329,5	137,000	-0,378	0,706	Yok	43	613,7	270,2																																																																												
CD4	Var	7	673,4	329,5	137,000	-0,378	0,706																																																																																								
	Yok	43	613,7	270,2																																																																																											

Student T testi, Mann Whitney U Testi

SCID-2 görüşmesiyle herhangi bir kişilik bozukluğuna sahip olduğu tespit edilenlerde olmayanlara göre ASRS ( $t(48)=0,950$ ;  $p=0,347$ ), Barratt-Dürtüsellik ( $t(48)=1,943$ ;  $p=0,058$ ) ve Barratt-Motor ( $t(48)=0,143$ ;  $p=0,886$ ) puan ortalamalarında anlamlı fark saptanmazken; Barratt-Toplam puan ortalamasının kişilik bozukluğu saptanan bireylerde daha yüksek olduğu bulundu ( $X=61,00$ ;  $SS=6,583$  karşın  $X=53,98$ ;  $SS=8,345$ ) ( $t(48)=2,115$ ;  $p=0,040$ ). Çalışmaya dâhil edilen tüm olgular SCID-2 görüşmesi ile değerlendirilmiş olup, kişilik bozukluğu olduğu düşünülen hasta grubu ile kişilik bozukluğu tespit edilemeyen hasta grubu arasında, Barratt-Planlama ( $U=81,000$ ;  $z=-1,956$ ;  $p=0,050$ ), Morisky-M ( $U=133,000$ ;  $z=-0,593$ ;  $p=0,553$ ), Morisky-B ( $U=100,500$ ;  $z=-1,556$ ;  $p=0,120$ ) ve CD4 ( $U=137,000$ ;  $z=-0,378$ ;  $p=0,706$ ) ortalama değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı tespit edildi. Bununla birlikte CD4 ve Barratt-Planlama ortalama değerleri

kişilik bozukluğu saptanan bireylerde, Morisky-M ve Morisky-B ortalama değerleri ise kişilik bozukluğu saptanamayan bireylerde daha yüksektir.

**Tablo 17. Hastaların Bulaş Yoluna Göre Barrat, ASRS ve Morisky Ölçek Skorlarının Karşılaştırılması**

Ölçek	Bulaş Yolları	N	Ort	SD	İstatistik		
Barratt-Planlama	Cinsel Temas	43	13,86	3,74	U=133,000z=-0,493	p=0,622	
	Diğer	7	12,86	3,02			
Barratt-Dürtüsellik	Cinsel Temas	43	24,00	4,91	t(48)=1,716	p=0,093	
	Diğer	7	20,71	2,75			
Barratt-Motor	Cinsel Temas	43	16,93	3,20	t(48)=-1,020	p=0,313	
	Diğer	7	18,29	3,63			
Barratt-Toplam	Cinsel Temas	43	55,37	8,72	t(48)=0,854	p=0,397	
	Diğer	7	52,43	6,24			
ASRS	Cinsel Temas	43	26,70	8,61	U=99,000z=-1,442	p=0,149	
	Diğer	7	18,14	5,67			
Morisky-M	Cinsel Temas	43	2,70	0,570	U=133,000 z=-0,493	p=0,236	
	Diğer	7	2,96	0,099			
Morisky-B	Cinsel Temas	43	2,59	0,551	U=181,500 z=0,965	p=0,335	
	Diğer	7	2,80	0,381			

Mann Whitney U, Student T Testi

Cinsel temas veya diğer (kan ve kan ürünleri veya mesleksi geçiş) olmak üzere bulaş yoluna göre ölçek puan ortalamaları karşılaştırıldığında Barratt alt ölçek ve toplam puanlarında, ASRS ve Morisky alt ölçek puanlarında anlamlı fark bulunmadı (Tablo 17).

**Tablo 18. Psikiyatrik Tanı Varlığına Göre ASRS ve Barratt Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması**

Ölçek	Psikiyatrik Tanı	N	Ort	SD	t	df	p
Barratt-Planlama	Var	25	14,72	4,047	2,000	48	0,051
	Yok	25	12,72	2,937			
Barratt-Dürtüsellik	Var	25	24,36	4,777	1,216	48	0,230
	Yok	25	22,72	4,757			
Barratt-Motor	Var	25	17,44	3,150	0,690	48	0,494
	Yok	25	16,80	3,403			
Barratt-Toplam	Var	25	57,24	8,885	1,968	48	0,055
	Yok	25	52,68	7,437			
ASRS	Var	25	21,90	8,545	0,708	48	0,482
	Yok	25	20,21	8,349			
		N	Ort	SD	U	z	p
Morisky-M	Var	25	2,67	0,598	262,000	-1,188	0,235
	Yok	25	2,81	0,469			
Morisky-B	Var	25	2,52	0,614	259,500	-1,145	0,252
	Yok	25	2,71	0,428			

<b>CD4</b>	<b>Var</b>	25	687,84	308,776	236,000	-1,486	0,137
	<b>Yok</b>	25	556,36	226,866			

\*Mann Whitney U Testi

SCID-1 görüşmesiyle herhangi bir psikiyatrik bozukluk tanısı alan hastalarla tanı almayan hastaların arasında ASRS, Barratt-Motor, Barratt-Planlama, Barratt-Dürtüsellik, Barratt-Toplam, Morisky-M ve Morisky-B alt ölçekleri ile CD4 puan ortalamalarında anlamlı fark saptanmadı (Sırasıyla  $t(48)=0,708$ ;  $p=0,482$ ,  $t(48)=0,690$ ;  $p=0,494$ ,  $t(48)=2000$ ;  $p=0,051$ ,  $t(48)=1,216$ ;  $p=0,230$  ve  $t(48)=1,968$ ;  $p=0,055$ ,  $U=262,000$ ;  $z=-1,188$ ;  $p=0,235$ ,  $U=259,000$ ;  $z=-1,145$ ;  $p=0,252$ ,  $U=236,000$ ;  $z=-1,486$ ;  $p=0,1347$ ).

**Tablo 19. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Morisky Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması**

Değişken	Morisky-M			Morisky-B		
	Ort	SD	İstatistik*	Ort	SD	İstatistik*
<b>Cinsiyet</b>			U=122,000			U=143,500
<b>Kadın</b>	2,86	0,378	$z=-0,966$	2,57	0,535	$z=-0,218$
<b>Erkek</b>	2,72	0,559	$p=0,334$	2,63	0,538	$p=0,828$
<b>Medeni Durum</b>						
<b>Evli</b>	2,75	0,527	$\chi^2=0,805$	2,78	0,375	$\chi^2=2,501$
<b>Bekar</b>	2,74	0,497	$p=0,669$	2,55	0,543	$p=0,286$
<b>Boşanmış/Ayrı yaşıyor</b>	2,71	0,756		2,43	0,787	
<b>Çocuk Sahibi</b>			U=266,000			U=122,000
<b>Evet</b>	2,79	0,509	$z=-0,539$	2,71	0,418	$z=-0,720$
<b>Hayır</b>	2,71	0,557	$p=0,590$	2,57	0,587	$p=0,471$
<b>Eğitim Düzeyi</b>						
<b>İlkokul</b>	2,89	0,333	$\chi^2=7,067$	2,67	0,500	$\chi^2=1,761$
<b>Ortaokul</b>	2,58	0,752	$p=0,070$	2,63	0,615	$p=0,623$
<b>Lise</b>	2,91	0,271		2,69	0,462	
<b>Üniversite</b>	2,62	0,577		2,51	0,576	
<b>İş Durumu</b>						
<b>Çalışıyor</b>	2,54	0,717	$\chi^2=2,268$	2,58	0,645	$\chi^2=0,472$
<b>Çalışmıyor</b>	2,90	0,229	$p=0,322$	2,69	0,412	$p=0,790$
<b>Emekli</b>	2,95	0,117		2,52	0,503	
<b>Yaşadığı Bölge</b>			U=205,000			U=251,500
<b>Kırsal</b>	2,68	0,746	$z=-1,304$	2,52	0,765	$z=-0,038$
<b>Kentsel</b>	2,75	0,512	$p=0,192$	2,64	0,501	$p=0,969$
<b>Cinsel yönelim</b>						
<b>Heteroseksüel</b>	2,84	0,408	$\chi^2=0,046$	2,70	0,418	$\chi^2=0,117$
<b>Homoseksüel</b>	2,86	0,334	$p=0,830$	2,74	0,435	$p=0,732$
<b>Biseksüel</b>	2,11	0,863		2,09	0,849	
<b>HIV Pozitif Olma Süresi</b>						
<b>0-6 ay</b>	2,72	0,635	$\chi^2=5,879$	2,75	0,511	$\chi^2=2,978$
<b>6ay- 1yıl</b>	3,00	0,000	$p=0,118$	2,67	0,516	$p=0,395$

1-5 yıl	2,66	0,437	2,53	0,457
5-10 yıl	2,75	0,707	2,50	0,756

\*Mann Whitney U, Kruskal Wallis Testi

Hastalarda cinsiyet, medeni durum, çocuk sahibi olma, eğitim düzeyi, iş durumu, yaşadığı bölge, cinsel yönelim ve HIV pozitif olma süresilerine göre Morisky-M ve B puan ortalamalarında anlamlı fark bulunmadı (Tablo 19).

**Tablo 20. Hastaların HIV Pozitif Olmadan Önceki Cinsel Yaşantı Özelliklerine Göre Morisky Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması**

Değişken	Morisky-M			Morisky-B		
	Ort	SD	İstatistik*	Ort	SD	İstatistik*
<b>Aktif Cinsellik</b>			U=233,500			U=277,500
<b>Var</b>	2,64	0,642	z=-1,692	2,58	0,588	z=-0,591
<b>Yok</b>	2,88	0,303	p=0,091	2,68	0,453	p=0,555
<b>Kondom Kullanma</b>						
<b>Sıklıkla</b>	2,80	0,447	x <sup>2</sup> =4,153	2,80	0,447	x <sup>2</sup> =3,734
<b>Bazen</b>	2,97	0,087	p=0,245	2,85	0,342	p=0,292
<b>Nadiren</b>	2,58	0,672		2,54	0,664	
<b>Hiçbir zaman</b>	2,62	0,691		2,48	0,601	
<b>Partner Sayısı</b>			U=250,000			U=243,500
<b>Bir kişi</b>	2,78	0,533	z=-1,078	2,72	0,449	z=-1,135
<b>Birden fazla</b>	2,72	0,547	p=0,281	2,56	0,577	p=0,256
<b>Partner HIV Durumu</b>						
<b>Pozitif</b>						
<b>Negatif</b>	2,75	0,433	x <sup>2</sup> =0,142	2,51	0,502	x <sup>2</sup> =2,226
<b>Bilinmiyor</b>	2,75	0,433	p=0,931	2,92	0,170	p=0,329
	2,73	0,582		2,60	0,566	

\*Kruskal Wallis H Testi, Mann Whitney U Testi

HIV pozitif olmadan önceki dönemde, cinsel olarak aktif olup olmamalarına göre Morisky-M ve Morisky-B alt ölçek puan ortalamalarında anlamlı fark saptanmadı (Sırası ile U=233,500; z=-1,692; p=0,091, U=277,500; z=-0,591; p=0,555).

Yine HIV pozitif olmadan önceki dönemde kondom kullanma değişkenine göre Morisky-M ve Morisky-B alt ölçek ortalamaları değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı farklılaşma olmadığı tespit edildi (Sırası ile x<sup>2</sup>=4,153; p=0,245, x<sup>2</sup>=3,734; p=0,292).

Aynı dönemde partner sayısı bir kişi/birden fazla kişi değişkenine göre Morisky-M ve Morisky-B alt ölçek ortalama değerlerinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma olmadığı saptandı (Sırası ile U=250,000; z=-1,078; p=0,281, U=243,500;

$z=-1,135$ ;  $p=0,256$ ). Partnerin HIV durumu pozitif/negatif/bilinmiyor değişkenine göre Morisky-M ve Morisky-B alt ölçek ortalama değerlerinde istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı tespit edildi (Sırası ile  $x^2=0,142$ ;  $p=0,931$ ,  $x^2=2,226$ ;  $p=0,329$ ).

**Tablo 21. Hastaların HIV Pozitif Olduktan Sonraki Cinsel Yaşantı Özellikleri ve Psikiyatrik Özgeçmişlerine Göre Morisky Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması**

Değişken	Morisky-M			Morisky-B		
	Ort	SD	İstatistik	Ort	SD	İstatistik
<b>Partner Sayısı</b>			U=27,500			U=30,000
Bir kişi	2,75	0,536	$z=-2,398$	2,74	0,434	$z=-2,175$
Birden fazla	2,20	0,937	<b><math>p=0,016</math></b>	2,14	0,897	<b><math>p=0,030</math></b>
<b>Partner HIV Durumu</b>						
Pozitif	2,63	0,744	$x^2=0,616$	2,88	0,354	$x^2=5,887$
Negatif	2,68	0,633	$p=0,735$	2,66	0,633	$p=0,053$
Bilinmiyor	2,56	0,716		2,28	0,670	
<b>Ek Psikiyatrik Tanı</b>			U=238,000			U=205,000
Var	2,66	0,711	$z=-0,367$	2,49	0,607	$z=-1,131$
Yok	2,77	0,461	$p=0,714$	2,67	0,501	$p=0,258$
<b>İntihar Öyküsü</b>			U=105,000			U=124,000
Var	2,96	0,107	$z=-0,977$	2,60	0,490	$z=-0,266$
Yok	2,71	0,565	$p=0,329$	2,62	0,544	$p=0,790$
<b>Alkol Kullanımı</b>			U=276,000			U=284,500
Var	2,73	0,524	$z=-0,448$	2,60	0,558	$z=-0,223$
Yok	2,73	0,561	$p=0,654$	2,62	0,530	$p=0,824$
<b>Madde Kullanımı</b>			U=41,500			U=50,000
Var	2,25	1,08	$z=-1,381$	2,21	1,06	$z=-0,878$
Yok	2,76	0,493	$p=0,167$	2,64	1,09	$=0,460$

Mann Whitney U Testi, Kruskal Wallis Testi

HIV pozitif olduktan sonraki dönemde bir partneri olanların Morisky-M ( $X=2,75$ ;  $SS=0,536$  karşın  $X=2,20$ ;  $SS=0,937$ ) ve Morisky-B ( $X=2,75$ ;  $SS=0,536$  karşın  $X=2,20$ ;  $SS=0,937$ ) alt ölçek puan ortalamaları birden fazla partneri olanlardan yüksek bulundu (Sırası ile  $U=27,500$ ;  $z=-2,398$ ;  $p=0,016$ ,  $U=30,000$ ;  $z=-2,175$ ;  $p=0,030$ ).

Partnerinin HIV durumunu bilme veya bilmeme durumuna göre Morisky-M ( $x^2=0,616$ ;  $p=0,735$ ) ve Morisky-B ( $x^2=5,887$ ;  $p=0,053$ ) puan ortalamalarında anlamlı fark saptanmadı.

Psikiyatrik tanı varlığı, intihar öyküsü, alkol ve madde kullanımına göre Morisky-M ve Morisky-B alt ölçekleri puan ortalamalarında anlamlı fark bulunmadı (Tablo 21).



## 5. TARTIŞMA

Bu araştırma Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Mikrobiyoloji ve Enfeksiyon Hastalıkları polikliniğine ayaktan başvuran, ilgili testlerle kanıtlanmış HIV pozitif olduğu bilinen, polikliniğe peşpeşe başvuran 18-65 yaş aralığındaki, gönüllü 50 hasta üzerinde gerçekleştirilmiş ve HIV pozitif hastalarda DEHB yaygınlığı araştırılmıştır.

ASRS-IV ölçeği kullanılarak yapılan taramada HIV pozitif hastalardan oluşan örneklem grubumuzda yüksek olası DEHB oranı %32, SCID-1 ile yüz yüze yapılan görüşme neticesinde tespit edilen DEHB yaygınlığı ise %4 olarak tespit edilmiştir. Norveç’de yapılmış çalışmada çok yüksek duyarlılık gerektiren durumlarda ASRS'nin yeterli olmadığı, özgülüğü 0,95 iken duyarlılığın sadece 0,45 olduğu bildirilmiş olup Wender Utah Derecelendirme ölçeği ile uygulanması önerilmiştir. ASRS ve yüz yüze yapılan tanı görüşmemiz arasındaki bu yüksek fark ASRS'nin duyarlılığının düşük olması, öz bildirim ölçeği olmasından kaynaklı belirtilerin hasta tarafından abartılarak teste yansıtılması ya da DEHB harici SCID ile tespit edilen %38 oranındaki diğer psikiyatrik belirtilerin DEHB belirtileri ile benzer özellikler taşıyabileceği gibi nedenlerden kaynaklanmış olabilir.

Literatürde erişkinlerde DEHB epidemiyolojisine dair çalışma sayısı sınırlı olmakla birlikte, genel olarak erişkinlerde DEHB sıklığının %1-6 arasında olabileceği tahmin edilmektedir (Tufan and Yaluğ, 2010, Kessler et al., 2006b). Ülkemizde HIV pozitif bireylerle gerçekleştirilen çok merkezli bir çalışmada, 85 hastadan 25'inin DEHB tanısı aldığı ve bu örneklemdaki DEHB yaygınlığının %29,4 olduğu bildirilmiştir (Uysal et al., 2020). Erişkin bireylerde DEHB yaygınlığını inceleyen, 2012 yılında yapılan bir metaanalizde ise bu oranın %2,5-5 aralığında olabileceği bildirilmektedir (Willcutt, 2012b). Çalışmamızdaki DEHB yaygınlık oranı Uysal ve ark. tarafından ülkemizde yapılan araştırmanın bulgusuna göre oldukça düşük olmakla birlikte Willcutt tarafından yapılan metaanalizdeki yaygınlık oranlarıyla uyumludur.

Hastalarımızın %86'sı erkektir. HIV pozitif bireylerde DEHB'nin tedaviye uyuma etkisini inceleyen, ülkemizde yapılan başka bir çalışmada 85 katılımdan %76,5'i erkek cinsiyet olarak tespit edilmiştir (Uysal et al., 2020). Kadın hastaların dâhil



edilmediği ve çalışmanın kısıtlı yönlerinden biri olarak kabul edildiği, HIV pozitif 50 hasta üzerinde yapılan başka bir çalışmada ise hastaların tamamının erkek cinsiyette olduğu bildirilmiştir (Kaya et al., 2020). Türkiye’de 1985 yılından 2019 yılına dek yapılan HIV ile alakalı istatistiki incelemelerde, yakalan vakaların %79,98’inin erkek cinsiyete sahip olduğu bildirilmiştir (SBTHSK, 2013). HIV pozitif hasta gruplarında erkek cinsiyet oranının yksekliliğinin nedeni olarak erkeklerin kadınlara göre daha fazla sayıda cinsel partnere sahip olmaları, daha fazla partnerle ve daha sık cinsel ilişkiye girmeleri ve dolayısıyla daha yüksek riske sahip olmaları yer almaktadır (O’Sullivan et al., 2006). Erkeklerin birden fazla kişi ile cinsel birliktelik yaşıyor olmasının kadınlara kıyasla toplum tarafından daha hoşgörü ile karşılanabilmesi bu sonuca etki etmektedir (Tung et al., 2008).

Hastalarımızın yaş ortalaması 35,82±12,41 yıl olarak tespit edildi. HIV ile yaşayan bireylerde DEHB’nin ART uyumuna olan etkisini araştıran ülkemizde yapılan bir çalışmada yaş ortalaması 38 yıl olarak hesaplanmıştır (Kaya et al., 2020).

Bu alışmada, SCID-1 görüşmesi neticesinde DEHB dışında en az bir psikiyatrik tanı alan hasta oranı %50’dir. DEHB tanısı almış erişkin bireylere en çok eşlik eden psikiyatrik komorbiditeler, duygudurum bozuklukları, alkol-madde kullanım bozukluğu ve anksiyete bozukluğu olarak bildirilmiştir (Deberdt et al., 2015). DEHB, anksiyete, duygudurum bozukluğu ve alkol-madde kullanım bozukluğunun benzer semptomatolojiye sahip olması, erişkin DEHB tanısının konulmasına engel teşkil edebilmektedir. Yapılan alışmalar, duyu disregülasyonunun erişkin DEHB’nin tanınmasında ayırt edici bir özellik olduğunu, fakat bunun bir duygudurum bozukluğu olarak teşhis edilebileceğine işaret etmektedir (Barkley and Brown, 2008, Reimherr et al., 2005, Rsler et al., 2010). Çalışmamızın erişkin DEHB yaygınlık oranı, hastaların SCID-1 görüşmesi ile tespit edilen o anki DEHB dışı psikiyatrik bozukluğundan etkilenmiş olabilir.

Çalışmamızda, SCID-2 görüşmesine göre, tüm örneklemde kişilik bozukluğu oranı %14 olarak tespit edilmiştir. Majör depresyon, anksiyete bozuklukları, OSB, DEHB, OKB ve kişilik bozuklukları sık birliktelik gösteren hastalıklardır (Howlin and Magiati, 2017, Lugo-Marín et al., 2019). Kişilik bozukluğu saptamış olduğumuz hastalarda Barratt Dürtüsellik leđi ortalama puanları, kişilik bozukluğu

saptanmayan hastalardan daha yüksekti. Kişilik bozukluğunun ve dürtü denetiminin yetersiz oluşu, bireyleri diğer alanlarda olduğu gibi cinsel hayatlarında da daha riskli davranışlar sergilemelerine neden olabilir. Konu ile alakalı 1993 yılında yayınlanmış bir makalede Borderline Kişilik Bozukluğu olan bireylerin, dürtüsel cinsel davranışlarda bulunabileceği ve dolayısı ile cinsel yolla bulaşan hastalıklar açısından diğer kişilik bozukluklarına kıyasla daha fazla risk altında olabilecekleri bildirilmiştir (Hull et al., 1993). DEHB, eşlik eden kişilik bozukluğu ile bireyleri cinsel yolla bulaşan hastalıklar açısından daha korunmasız bir duruma getiriyor olabilir. Borderline Kişilik Bozukluğu olan bireyler üzerinde gerçekleştirilen retrospektif bir çalışmada, çocukluk çağı DEHB oranları %40-%50 olarak bildirilmiştir (Philipsen et al., 2008). Çalışmamızda yine kişilik bozukluğu olmayan bireylerde tedavi uyumunu değerlendiren Morisky-M ve Morisky-B ortalama puanları, olanlara kıyasla daha fazla olmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlı değildi. Kişilik bozukluğunun mevcudiyeti, dolaylı yoldan HIV ya da diğer cinsel yolla bulaşan hastalıklara neden olabileceği gibi HIV pozitif bireylerde ART tedavi uyumunu da olumsuz yönde etkileyebilir. Yurtdışında ART tedavi uyumunu etkileyen faktörleri inceleyen bir çalışmada, psikiyatrik komorbidite tedavi uyumunu etkileyen olumsuz faktörler arasında yer almıştır (Basti et al., 2017).

Çalışmamızda, tüm hastalar içerisinde cinsel yönelim şeklinin homoseksüel olduğunu bildirenlerin oranı %18, biseksüel olduğunu bildirenlerin %14 ve heteroseksüel olduğunu bildirenlerin oranı ise %68'dir. Heteroseksüel olmayan bireylerin, DEHB, anksiyete bozukluğu ve duygudurum bozuklukları da dâhil olmak üzere psikiyatrik komorbidite açısından riskli oldukları bilinmektedir (Bränström, 2017). Yetişkinlerde DEHB'yi konu alan bir çalışmada, DEHB tanısı olan yetişkin bireylerin, DEHB tanısı olmayan yetişkin bireylere göre daha fazla oranda kendilerini biseksüel olarak tanımladıkları saptanmıştır (Barkley et al., 2010). Çalışmamızda ASRS ile olası DEHB yaygınlığı %32 ve SCID-1 görüşmesi neticesinde bu oranın %4 olarak tespit edilmiş olmasına rağmen, hastalarda DEHB semptomolojisinde görülebilecek yenilik arayışının olası mevcudiyeti gerek karşı cinsle gerekse hem cinsi ile cinsel ilişki sıklığını artırarak HIV bulaşını kolaylaştırmış olabilir. Zaninotto ve diğerlerinin, 2016 yılında gerçekleştirdiği

çalışmada yenilik arayışı ve yetersiz öz denetimin DEHB'nin ayırt edici özellikleri içerisinde yer alabileceği bildirilmiştir (Zaninotto et al., 2016).

Çalışmamızda, HIV pozitifliğinin tespitinden sonraki dönemde, birden fazla partner ile cinsel yaşantılarını devam ettiren hasta grubunda tedavi uyum ölçeği (Morisky) motivasyon ve bilgi düzeyi alt ölçek ortalama değerleri daha düşüktü. Bu çalışmada ASRS ile Morisky-Motivasyon alt ölçeği ortalama değerleri arasında negatif korelasyon saptandı. Motivasyon eksikliğinin, DEHB semptomatolojisinde yer aldığı bilinmektedir (Wiener and Daniels, 2015, Dvorsky and Langberg, 2019). Bu nedenle HIV pozitif bireylerde DEHB komorbiditesi, motivasyon eksikliği nedeni ile tedaviye başlamada, ya da mevcut tedaviyi sürdürmede uyumu dolaylı yoldan bozabilir, dolaylı yoldan diğer tıbbi komplikasyonlara neden olabilir.

Anlamli bulgularımızdan bir diğeri ise; Barratt-Toplam ve Barratt-Dürtüsellik ortalama değerlerinin erkeklerde kadınlara nazaran daha yüksek oluşu idi. Türkiye'nin 24 farklı şehriden katılımın sağlandığı, 2012-2013 eğitim ve öğretim yılında vakıf ya da devlet üniversitesinde eğitim görmekte olan 740 kadın ve 362 erkeğin dâhil edildiği, Barratt-Dürtüsellik Ölçeğinin kullanıldığı bir çalışmada, erkek öğrencilerde, tek gecelik ilişkilerde prezervatif kullanmamak dışında, kadın üniversite öğrencilerinden daha fazla oranda riskli davranışlar sergilediği tespit edilmiştir (Erel and Gölge, 2015). Barratt-Toplam ve Barratt-Dürtüsellik ortalama değerleri, HIV pozitif olduktan sonraki dönemde cinsel yaşantılarını aktif bir biçimde yaşamaya devan eden ve birden fazla partneri olan bireylerde de bir partneri olan bireylere göre anlamlı olarak yüksek tespit edilmişti. Olası dürtüsellığe istinaden partner sayısının birden fazla oluşu, HIV bulaşı konusunda potansiyel risk doğuruyor gibi görünebilir. HIV'in bulaşmasını izleyen ilk haftalarda viral yükün fazla olması nedeni ile bulaşma ihtimalinin yüksek olduğu bilinmektedir (Levesque, 2011). Böylesi dönemde dürtüsel biçimde birden fazla kişi ile birliktelik birden fazla kişiye HIV bulaşına neden olabilir. Bununla birlikte, korunmasız cinsel ilişki ve intravenöz yol ile madde kullanımı gibi diğer durumlar da dürtüsellik nedeni ile meydana gelebilir ve HIV bulaşını artırabilir.

HIV tedavisi almayan hastalarda Barratt-Planlama ortalama değeri, tedavi alan bireylerden anlamlı olarak daha yüksekti. Çalışmamızda HIV tedavisi almayan

hastalarda ASRS ile tespit edilen DEHB olasılığı %88,9'dur. Her ne kadar yapılan SCID-1 görüşmesi ile bu oran tüm örnekleme %4 olarak tespit edilmiş olsa da hastalarda olası dürtüsellik ya da DEHB örüntülerinin yer alması tedavinin başlanmasını ya da mevcut tedavinin gidişatını etkiliyor olabilir. DEHB'de prefrontostriatal yani yürütücü alanda disfonksiyonu olduğu bilinmektedir. Bu yürütücü fonksiyonlar arasında yüksek düzey bilişsel fonksiyon olarak bilinen soyutlama, tepki ketleme, sözel akıcılık ve planlama gibi daha birçok işlev yer almaktadır (Willcutt et al., 2005). Hastalara HIV pozitif olduklarını öğrendikten ne kadar süre sonra tedavi olmaya karar verdikleri sorulmadı. Ancak tedaviye ilişkin zihinsel hazırlık sürecinde olası DEHB'nin, hastaların tedaviye başlamalarını ve buna ilişkin planlama yapmalarına engel teşkil edebilir.

HIV pozitif olduktan sonraki dönemde partnerinin HIV durumunu bilmediğini bildiren hasta grubunda Barratt-T ve Barratt-M ortalama değerleri, partnerinin HIV durumunu pozitif ya da negatif olarak bildiğini bildiren hastalardan daha yüksekti. Dürtüsellik motor eylem olarak ifadesi kabul edilebilecek riskli cinsel davranışların HIV pozitif olduktan sonraki dönemde de devam edebileceği düşünülebilir. Ölçülebilir bir davranış şekli olan dürtüsellik, dikkatsizlik, sabırsızlık, haz arama, risk alma gibi birçok eylem ile karşımıza çıkabilmektedir (Hollander and Evers, 2001). Çalışmamızda HIV pozitifliğinden sonra dahi HIV durumunu bilmeden cinsel ilişki yaşadığını bildiren hastaların var oluşu olası bir dürtüsellik işaretidir. Cinsel yolla bulaşan hastalıklar içerisinde HIV dışında daha birçok hastalığın bulaşabileceğinin biliniyor olmasına rağmen partnerin genel sağlık durumuna ilişkin yetersiz bilgiye sahip olunması ya da hiç irdelenmemiş olması, cinsel davranışın dürtüsel olarak gerçekleştiği düşünülebilir.

Çalışmamızın en önemli avantajlarından biri erişkinlerde DEHB yaygınlığını inceleyen çalışmaların literatürde sınırlı sayıda olması ve çalışmamızın bu anlamda literatüre katkıda bulunmuş olmasıdır. Diğer önemli avantajlarından biri ise DEHB yaygınlığının HIV pozitif olduğu bilinen hastalar üzerinde gerçekleştirilmiş olmasıdır. HIV pozitif bireylerde DEHB yaygınlığını ve tedavi uyumu ile olan ilişkisini değerlendiren çalışma sayısı oldukça kısıtlı olup, çalışmamız bu açıdan da literatür verilerine katkı sunmaktadır.

Çalışmamızın en önemli sınırlılığı ise örneklem sayısının düşük oluşudur. Çalışmanın evreni olarak Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Mikrobiyoloji ve Enfeksiyon Hastalıkları polikliniğine kayıtlı olan yaklaşık 600 HIV pozitif hasta kabul edilmiş ve yapılan güç analizi sonucuna göre kayıtlı hasta listesinden rasgele seçilen 150 hastanın dâhil edilmesi ve davet edilmesi planlanmıştır. Ancak HIV pozitif hastaların listesinin takip eden klinikten etik nedenlerle temin edilememesi nedeniyle liste üzerinden rasgele örneklem oluşturulamadı ve rasgele örneklem yerine ardışık başvuran 150 hasta alınmasına karar verildi. Araştırmanın yapıldığı dönemde COVID-19 pandemisi olması ve araştırmanın yapıldığı hastanenin pandemi hastanesi ilan edilmesi nedeniyle ayaktan başvuruların bir süre tümüyle engellenmesi; ayaktan başvuruların başladığı dönemde ise immun sistem zayıflığı olan hastaların hastaneye gelmekten çekinmelerinin yol açtığı başvuru sayısındaki belirgin azalma nedeniyle araştırmanın yapıldığı dönemde hedeflenen 150 hasta sayısına ulaşılamadı.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamızda HIV pozitif bireylerde DEHB yaygınlığı genel topluma benzer bulunmuş olmakla birlikte Covid-19 pandemisi nedeniyle örneklem sayımızın düşüklüğü ve örneklem yöntemimizin değişmesi bulduğumuz yaygınlık oranını tartışılır hale getirmektedir.

Örneklem sayımızın düşüklüğüne rağmen uyguladığımız ölçeklerden elde edilen bulgular; biseksüel yönelimi olan bireylerdeki ASRS puan ortalamasının homoseksüel yönelimi olanlardan yüksek olduğunu, HIV tedavisi almayan hastalarda Barratt-Planlama puan ortalamasının HIV tedavisi alan hastalardan yüksek olduğunu, HIV pozitif olduktan sonraki dönemde birden fazla partneri olanlarda Barratt-Dürtüsellik ve Barratt-Toplam puan ortalama değerlerinin tek partneri olanlardan yüksek olduğunu, HIV pozitif olduktan sonra partnerinin HIV durumunu bilmediğini bildiren hastalarda partnerinin HIV durumunu bildiğini bildiren hastalara göre Barratt-Toplam ve Barratt-Motor puan ortalamasının daha yüksek olduğunu ve ASRS ile Morisky-M puanları arasında orta düzeyde ve negatif yönde, Barratt-Toplam puanları arasında ise zayıf düzeyde ve pozitif yönde anlamlı korelasyon olduğunu gösterdi.

Bulgularımızdan yola çıkarak DEHB belirtileri gösteren HIV pozitif hastaların, tedaviye başlama ve sürdürmekte daha çok uyum sorunu yaşadığı ve partnerlerine HIV bulaştırma konusunda yeterince özenli davranmadıkları sonucuna ulaşılmaktadır.

HIV pozitif hastalarda DEHB belirtilerinin tanınması ve gerektiğinde tedavisinin uygulanması, hastanın ART tedavisine uyumunu artırması ve partnerlerine HIV bulaştırma konusunda daha dikkatli davranacağına öngörülmesi açısından önemlidir.

## KAYNAKLAR

- A.P.A 2013. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *In: American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Fifth Edition. ed. Arlington, : VA: American Psychiatric Association
- AGNEW-BLAIS, J. C., POLANCZYK, G. V., DANESE, A., WERTZ, J., MOFFITT, T. E. & ARSENEAULT, L. 2016. Evaluation of the Persistence, Remission, and Emergence of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Young Adulthood. *JAMA Psychiatry*, 73, 713-20.
- AKGÜL, Ö., ÇALIŞKAN, R , ÖNER, Y2018. HIV/AIDS: Güncel Yaklaşımlar. *Tip Fakültesi Klinikleri Dergisi*, , 1 (1) , 19-31 .
- ALBERTS-CORUSH, J., FIRESTONE, P. & GOODMAN, J. T. 1986. Attention and impulsivity characteristics of the biological and adoptive parents of hyperactive and normal control children. *Am J Orthopsychiatry*, 56, 413-423.
- AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION, A. P. A. 2013. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.) (DSM-5), changes from DSM-IV to DSM-5*. .
- ANDRÉS MARTIN, M.D., M.P.H. 2005. The Hard Work of Growing Up With ADHD. *American Journal of Psychiatry*, 162, 1575-1577.
- ARNOLD, L. E., HURT, E. & LOFTHOUSE, N. 2013. Attention-deficit/hyperactivity disorder: dietary and nutritional treatments. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*, 22, 381-402, v.
- ARNS, M., DE RIDDER, S., STREHL, U., BRETELER, M. & COENEN, A. 2009. Efficacy of neurofeedback treatment in ADHD: the effects on inattention, impulsivity and hyperactivity: a meta-analysis. *Clin EEG Neurosci*, 40, 180-9.
- ARNSTEN, A. F. 2006. Fundamentals of attention-deficit/hyperactivity disorder: circuits and pathways. *J Clin Psychiatry*, 67 Suppl 8, 7-12.
- ARNSTEN, A. F. T. 2010. The use of  $\alpha$ -2A adrenergic agonists for the treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 10, 1595-1605.

- ASHERSON, P. 2004. Attention-Deficit Hyperactivity Disorder in the post-genomic era. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 13 Suppl 1, I50-70.
- ASLAN, F. G., & ALTINDIŞ, M. 2017. HIV'in Güncel Tanı Algoritmi ve Gelişen Korunma Yöntemleri. *Türk Mikrobiyoloji Cemiyeti Dergisi*, , 47 (2), 47-60.
- ATAÇ, M. 2014. *Hemşirelerin Hiv/Aids Tanili Hastalara Yönelik Damgalamaya İlişkin Düşünce Ve Uygulamaları*. (Yüksek Lisans Tezi), Haliç Üniversitesi, .
- AYDIN, E. & KOÇ, A. HIV (+) / AIDS Hastalarında Antiretroviral Tedaviye Uyumun Önemi (Literatür Çam1\_mat1). 2017.
- AYDIN, F. 2007. *Nükleik asit amplifikasyon testleri (NAT) ve viral inaktivasyon*. In: *II. Ulusal Kan Merkezleri ve Transfüzyon Tıbbı Kongresi*, İstanbul 2007:127.
- AYEİN, E. & KOÇ, A. HIV (+) / AIDS Hastalarında Antiretroviral Tedaviye Uyumun Önemi (Literatür Çam1\_mat1). 2017.
- AZADBAKHT, L. & ESMAILLZADEH, A. 2012. Dietary patterns and attention deficit hyperactivity disorder among Iranian children. *Nutrition*, 28, 242-9.
- BANASCHEWSKI, T., BECKER, K., SCHERAG, S., FRANKE, B. & COGHILL, D. 2010. Molecular genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder: an overview. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 19, 237-57.
- BANASCHEWSKI, T., COGHILL, D. & ZUDDAS, A. 2018. *Oxford Textbook of Attention Deficit Hyperactivity Disorder*, Oxford University Press.
- BANASCHEWSKI, T., ROESSNER, V., DITTMANN, R. W., SANTOSH, P. J. & ROTHENBERGER, A. 2004. Non-stimulant medications in the treatment of ADHD. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 13 Suppl 1, I102-16.
- BARKLEY, R. A. & BROWN, T. E. 2008. Unrecognized attention-deficit/hyperactivity disorder in adults presenting with other psychiatric disorders. *CNS spectrums*, 13, 977-984.
- BARKLEY, R. A., FISCHER, M., SMALLISH, L. & FLETCHER, K. 2006. Young adult outcome of hyperactive children: adaptive functioning in major life activities. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 45, 192-202.
- BARKLEY, R. A., MURPHY, K. R. & FISCHER, M. 2010. *ADHD in adults: What the science says*, Guilford Press.



- BASTI, B., MAHESH, V., BANT, D. & BATHIJA, G. 2017. Factors affecting antiretroviral treatment adherence among people living with human immunodeficiency virus/acquired immunodeficiency syndrome: A prospective study. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 6, 482-486.
- BAYRAKTAR, B. 2016. HIV-virüsün genel özellikleri. . *Turkiye Klinikleri-J Inf Dis-Special Topics* 2016; 9:1-5.
- BEKKER EM, O. C., KONEMAN'S JL, KOOIJ JJ, DE NOORD I, BUITELAAR JK VE ARK 2005. Stopping and changing in adults with ADHD. *Psychol Med.* .
- BENJAMIN, J., LI, L., PATTERSON, C., GREENBERG, B. D., MURPHY, D. L. & HAMER, D. H. 1996. Population and familial association between the D4 dopamine receptor gene and measures of Novelty Seeking. *Nat Genet*, 12, 81-4.
- BIEDERMAN, J., KWON, A., ALEARDI, M., CHOUINARD, V. A., MARINO, T., COLE, H., MICK, E. & FARAONE, S. V. 2005. Absence of gender effects on attention deficit hyperactivity disorder: findings in nonreferred subjects. *Am J Psychiatry*, 162, 1083-9.
- BRÄNSTRÖM, R. 2017. Minority stress factors as mediators of sexual orientation disparities in mental health treatment: a longitudinal population-based study. *J Epidemiol Community Health*, 71, 446-452.
- BROWN, T. E. 2010. *Dikkat eksikliği bozukluğu: Çocuklarda ve yetişkinlerde odaklanamayan zihin.*, Ankara: ODTÜ Geliştirme Vakfı.
- CADDRA 2018. Canadian ADHD Practice Guidelines Toronto: CADDRA;
- CAGLAR-OZER, M., ALTUNAL, L. N. & KADANALI, A. 2020. Invisible Threat for Health Care Workers: Injuries Associated With Blood and Body Fluids/Saglik Calisanlari Icin Gorunmez Tehdit: Kan ve Vucut Sivilariyla Iliskili Yaralanmalar. *KLIMIK Journal*, 33, 62+.
- CAIRNCROSS, M. & MILLER, C. J. 2020. The Effectiveness of Mindfulness-Based Therapies for ADHD: A Meta-Analytic Review. *J Atten Disord*, 24, 627-643.
- CANTWELL, D. P. 1972. Psychiatric illness in the families of hyperactive children. *Arch Gen Psychiatry*, 27, 414-7.

- CARLEZON, W. A., JR. & NESTLER, E. J. 2002. Elevated levels of GluR1 in the midbrain: a trigger for sensitization to drugs of abuse? *Trends Neurosci*, 25, 610-5.
- CASEY, B. J., NIGG, J. T. & DURSTON, S. 2007. New potential leads in the biology and treatment of attention deficit-hyperactivity disorder. *Curr Opin Neurol*, 20, 119-24.
- CAYE, A., ROCHA, T. B., ANSELMINI, L., MURRAY, J., MENEZES, A. M., BARROS, F. C., GONÇALVES, H., WEHRMEISTER, F., JENSEN, C. M., STEINHAUSEN, H. C., SWANSON, J. M., KIELING, C. & ROHDE, L. A. 2016. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Trajectories From Childhood to Young Adulthood: Evidence From a Birth Cohort Supporting a Late-Onset Syndrome. *JAMA Psychiatry*, 73, 705-12.
- CENGİZTUĞLU, Ö. Ö. Ş. 2010. Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu: Nörobiyoloji, Tanı Sorunları ve Klinik Özellikler. PSİKİYATRİDE UYGUN YAKLAŞIMLAR. *CURRENT APPROACHES IN PSYCHIATRY*, 2010;2 (1):75-11.
- CHIMIKLIS, A. L., DAHL, V., SPEARS, A. P., GOSS, K., FOGARTY, K. & 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.
- COCK, K. M. 2017. . *HIV/AIDS—A History. Natural History*,.
- COHEN, M. S. 2019. HIV infection: Risk factors and prevention strategies. Uptodate.
- COOGAN, A. N., BAIRD, A. L., POPA-WAGNER, A. & THOME, J. 2016. Circadian rhythms and attention deficit hyperactivity disorder: The what, the when and the why. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 67, 74-81.
- DE ZWAAN, M., GRUBB, B., MÜLLER, A., GRAAP, H., MARTIN, A., GLAESMER, H., HILBERT, A. & PHILIPSEN, A. 2012. The estimated prevalence and correlates of adult ADHD in a German community sample. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 262, 79-86.

- DEBERDT, W., THOME, J., LEBREC, J., KRAEMER, S., FREGENAL, I., RAMOS-QUIROGA, J. A. & ARIF, M. 2015. Prevalence of ADHD in nonpsychotic adult psychiatric care (ADPSYC): A multinational cross-sectional study in Europe. *BMC Psychiatry*, 15, 242.
- DEL RIO C, C. J. I. B. J., DOLIN R, BLASER M, 2015. *Epidemiology and prevention of acquired immunodeficiency syndrome and human immunodeficiency virus infection.* , Philadelphia: Elsevier Saunders.
- DOCET, M. F., LARRAÑAGA, A., PÉREZ MÉNDEZ, L. F. & GARCÍA-MAYOR, R. V. 2012. Attention deficit hyperactivity disorder increases the risk of having abnormal eating behaviours in obese adults. *Eat Weight Disord*, 17, e132-6.
- DOĞAN S, Ö. B., VAROL-SARAÇOĞLU G, KÜÇÜKGÖNCÜ S.2009. Erişkin Dikkat Eksikliği Hi-peraktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS-v1.1) Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 10 (2):77-87.
- DOĞANER, İ. F., TABAK, F. A. & TERCAN, U. 2019. Eskişehir Bölgesinde Doğrulanmış Gerçek HIV Pozitiflik Görülme Oranı. *Türk Tıp Öğrencileri Araştırma Dergisi*, 1, 75-77.
- DURAN, Ş., ET AL., 2014. Ayaktan Psikiyatri Hastalarında Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu: Yaygınlık ve Eşanlılar. *Türk Psikiyatri Dergisi*, Cilt 25, Sayı 2, ss. 84-9.
- DURSTON, S. 2010. Imaging genetics in ADHD. *Neuroimage*, 53, 832-8.
- DVORSKY, M. R. & LANGBERG, J. M. 2019. Predicting impairment in college students with ADHD: The role of executive functions. *Journal of Attention Disorders*, 23, 1624-1636.
- DW, D. 2006. *Attention problems and Epilepsy. Psychiatric Issues in Epilepsy: A Practical Guide to Diagnosis and Treatment*, Lippincott Williams & Wilkins
- EISINGER, R. W. & FAUCI, A. S. 2018. Ending the HIV/AIDS Pandemic (1). *Emerg Infect Dis*, 24, 413-416.
- EKİNCİ, S., ÖNCÜ, B. & CANAT, S. 2011. Adult attention deficit hyperactivity disorder: Comorbidity and functioning. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 12, 185-191.

- ELBAZ, F., ZAHRA, S. & HANAFY, H. 2017. Magnesium, zinc and copper estimation in children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Egyptian Journal of Medical Human Genetics*, 18, 153-163.
- EREL, Ö. & GÖLGE, Z. B. 2015. Üniversite öğrencilerinde riskli davranışlar ile çocukluk çağı istismar, dürtüsellik ve riskli davranışlar arasındaki ilişki. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 16.
- FARAONE, S. V., ASHERSON, P., BANASCHEWSKI, T., BIEDERMAN, J., BUITELAAR, J. K., RAMOS-QUIROGA, J. A., ROHDE, L. A., SONUGA-BARKE, E. J., TANNOCK, R. & FRANKE, B. 2015. Attention-deficit/hyperactivity disorder. *Nat Rev Dis Primers*, 1, 15020.
- FARAONE, S. V. & DOYLE, A. E. 2001. The nature and heritability of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*, 10, 299-316, viii-ix.
- FARAONE, S. V., PERLIS, R. H., DOYLE, A. E., SMOLLER, J. W., GORALNICK, J. J., HOLMGREN, M. A. & SKLAR, P. 2005. Molecular genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biol Psychiatry*, 57, 1313-23.
- FASMER, O. B., HALMØY, A., OEDEGAARD, K. J. & HAAVIK, J. 2011. Adult attention deficit hyperactivity disorder is associated with migraine headaches. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 261, 595-602.
- FAYYAD, J., DE GRAAF, R., KESSLER, R., ALONSO, J., ANGERMEYER, M., DEMYTTENAERE, K., DE GIROLAMO, G., HARO, J. M., KARAM, E. G., LARA, C., LÉPINE, J. P., ORMEL, J., POSADA-VILLA, J., ZASLAVSKY, A. M. & JIN, R. 2007. Cross-national prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder. *Br J Psychiatry*, 190, 402-9.
- FAYYAD, J., SAMPSON, N. A., HWANG, I., ADAMOWSKI, T., AGUILAR-GAXIOLA, S., AL-HAMZAWI, A., ANDRADE, L. H., BORGES, G., DE GIROLAMO, G., FLORESCU, S., GUREJE, O., HARO, J. M., HU, C., KARAM, E. G., LEE, S., NAVARRO-MATEU, F., O'NEILL, S., PENNELL, B. E., PIAZZA, M., POSADA-VILLA, J., TEN HAVE, M., TORRES, Y., XAVIER, M., ZASLAVSKY, A. M. & KESSLER, R. C. 2017.

- The descriptive epidemiology of DSM-IV Adult ADHD in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Atten Defic Hyperact Disord*, 9, 47-65.
- FLEMING, A. P., MCMAHON, R. J., MORAN, L. R., PETERSON, A. P. & DREESSEN, A. 2015. Pilot randomized controlled trial of dialectical behavior therapy group skills training for ADHD among college students. *J Atten Disord*, 19, 260-71.
- FRANKE, B., FARAONE, S. V., ASHERSON, P., BUITELAAR, J., BAU, C. H. D., RAMOS-QUIROGA, J. A., MICK, E., GREVET, E. H., JOHANSSON, S., HAAVIK, J., LESCH, K. P., CORMAND, B., REIF, A. & ON BEHALF OF THE INTERNATIONAL MULTICENTRE PERSISTENT, A. C. 2012. The genetics of attention deficit/hyperactivity disorder in adults, a review. *Molecular Psychiatry*, 17, 960-987.
- FRODL, T. & SKOKAUSKAS, N. 2012. Meta-analysis of structural MRI studies in children and adults with attention deficit hyperactivity disorder indicates treatment effects. *Acta Psychiatr Scand*, 125, 114-26.
- GARGARO, B. A., RINEHART, N. J., BRADSHAW, J. L., TONGE, B. J. & SHEPPARD, D. M. 2011. Autism and ADHD: how far have we come in the comorbidity debate? *Neurosci Biobehav Rev*, 35, 1081-8.
- GIZER, I. R., FICKS, C. & WALDMAN, I. D. 2009a. Candidate gene studies of ADHD: a meta-analytic review. *Human Genetics*, 126, 51-90.
- GIZER, I. R., FICKS, C. & WALDMAN, I. D. 2009b. Candidate gene studies of ADHD: a meta-analytic review. *Hum Genet*, 126, 51-90.
- GUIDE, N. C. O. P. W. H. A. P. S. 2011. *AIDS PARTICIPANT'S GUIDE*. .
- GÜLEÇ H, T. L., GÜLEÇ MY, TURHAN M, KARAKUŞ G, ZENGİN M, VE ARK 2008. Psychometric properties of Turkish version of BIS-11. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* .18:251-258.
- HALPERIN, J. M., NEWCORN, J. H., SCHWARTZ, S. T., SHARMA, V., SIEVER, L. J., KODA, V. H. & GABRIEL, S. 1997. Age-related changes in the association between serotonergic function and aggression in boys with ADHD. *Biol Psychiatry*, 41, 682-9.

- HATAM. 2020. *HIV/AIDS Tedavi ve Araştırma Merkezi (HATAM)*. [Online]. Hacettepe Üniversitesi [Accessed].
- HEALTH, N. C. C. F. M. 2009. *Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management of ADHD in children, young people and adults*, British Psychological Society (UK).
- HEILSKOV RYTTER, M. J., ANDERSEN, L. B., HOUMANN, T., BILENBERG, N., HVOLBY, A., MØLGAARD, C., MICHAELSEN, K. F. & LAURITZEN, L. 2015. Diet in the treatment of ADHD in children - a systematic review of the literature. *Nord J Psychiatry*, 69, 1-18.
- HGSM 2019. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Bulaşıcı Hastalıklar Dairesi Başkanlığı.HIV-AIDS İstatistikleri.
- HODGKINS, P., SHAW, M., MCCARTHY, S. & SALLEE, F. R. 2012. The pharmacology and clinical outcomes of amphetamines to treat ADHD: does composition matter? *CNS Drugs*, 26, 245-68.
- HOLLANDER, E. & EVERS, M. 2001. New developments in impulsivity. *Lancet*, 358, 949-50.
- HOWLIN, P. & MAGIATI, I. 2017. Autism spectrum disorder: Outcomes in adulthood. *Current Opinion in Psychiatry*, 30, 69-76.
- HSGM. 2018. *Halk sağlığı genel müdürlüğü* [Online]. Available: (temmuz 07, 2019). Erişim adresi: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/bulasicihastaliklar/hiv/a%C4%B1d> [Accessed].
- HULL, J. W., CLARKIN, J. F. & YEOMANS, F. 1993. Borderline personality disorder and impulsive sexual behavior. *Psychiatric Services*, 44, 1000-1001.
- KAYA, E., ŞİMŞEK, F. & YILDIRMAK, T. 2020. Erkek HIV/AIDS hastalarında damgalanmanın yaşam kalitesi üzerine etkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 21, 499-506.
- KESSLER, R. C., ADLER, L., AMES, M., DEMLER, O., FARAONE, S., HIRIPI, E., HOWES, M. J., JIN, R., SECNIK, K., SPENCER, T., USTUN, T. B. & WALTERS, E. E. 2005a. The World Health Organization Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS): a short screening scale for use in the general population. *Psychol Med*, 35, 245-56.

- KESSLER, R. C., ADLER, L., BARKLEY, R., BIEDERMAN, J., CONNERS, C. K., DEMLER, O., FARAONE, S. V., GREENHILL, L. L., HOWES, M. J. & SECNIK, K. 2006a. The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *American Journal of psychiatry*, 163, 716-723.
- KESSLER, R. C., ADLER, L., BARKLEY, R., BIEDERMAN, J., CONNERS, C. K., DEMLER, O., FARAONE, S. V., GREENHILL, L. L., HOWES, M. J., SECNIK, K., SPENCER, T., USTUN, T. B., WALTERS, E. E. & ZASLAVSKY, A. M. 2006b. The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *The American journal of psychiatry*, 163, 716-723.
- KESSLER, R. C., ADLER, L., BARKLEY, R., BIEDERMAN, J., CONNERS, C. K., DEMLER, O., FARAONE, S. V., GREENHILL, L. L., HOWES, M. J., SECNIK, K., SPENCER, T., USTUN, T. B., WALTERS, E. E. & ZASLAVSKY, A. M. 2006c. The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Am J Psychiatry*, 163, 716-23.
- KESSLER, R. C., ADLER, L. A., BARKLEY, R., BIEDERMAN, J., CONNERS, C. K., FARAONE, S. V., GREENHILL, L. L., JAEGER, S., SECNIK, K., SPENCER, T., USTÜN, T. B. & ZASLAVSKY, A. M. 2005b. Patterns and predictors of attention-deficit/hyperactivity disorder persistence into adulthood: results from the national comorbidity survey replication. *Biol Psychiatry*, 57, 1442-51.
- KHAN, S. S., SECADES-VILLA, R., OKUDA, M., WANG, S., PÉREZ-FUENTES, G., KERRIDGE, B. T. & BLANCO, C. 2013. Gender differences in cannabis use disorders: results from the National Epidemiologic Survey of Alcohol and Related Conditions. *Drug Alcohol Depend*, 130, 101-8.
- KıSACIK, E., KALAYCIOĞLU, C . 2019. ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU BELİRTİ DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ *Cumhuriyet Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 43 (2) , 139-150 .

- KLASSEN, L. J., BILKEY, T. S., KATZMAN, M. A. & CHOKKA, P. 2012. Comorbid attention deficit/hyperactivity disorder and substance use disorder: treatment considerations. *Curr Drug Abuse Rev*, 5, 190-8.
- KLEINMAN, S. 2017. *Risk of HIV from blood transfusion. Uptodate* [Online]. Available: Erişim adresi: <https://www.uptodate.com/contents/risk-of-hiv-from-blood-transfusion> [Accessed].
- KOOIJ, J. J. S., BIJLENGA, D., SALERNO, L., JAESCHKE, R., BITTER, I., BALÁZS, J., THOME, J., DOM, G., KASPER, S., NUNES FILIPE, C., STES, S., MOHR, P., LEPPÄMÄKI, S., CASAS, M., BOBES, J., MCCARTHY, J. M., RICHARTE, V., KJEMS PHILIPSEN, A., PEHLIVANIDIS, A., NIEMELA, A., STYR, B., SEMERCI, B., BOLEA-ALAMANAC, B., EDVINSSON, D., BAEYENS, D., WYNCHANK, D., SOBANSKI, E., PHILIPSEN, A., MCNICHOLAS, F., CACI, H., MIHAILESCU, I., MANOR, I., DOBRESCU, I., SAITO, T., KRAUSE, J., FAYYAD, J., RAMOS-QUIROGA, J. A., FOEKEN, K., RAD, F., ADAMOU, M., OHLMEIER, M., FITZGERALD, M., GILL, M., LENSING, M., MOTAVALLI MUKADDES, N., BRUDKIEWICZ, P., GUSTAFSSON, P., TANI, P., OSWALD, P., CARPENTIER, P. J., DE ROSSI, P., DELORME, R., MARKOVSKA SIMOSKA, S., PALLANTI, S., YOUNG, S., BEJEROT, S., LEHTONEN, T., KUSTOW, J., MÜLLER-SEDGWICK, U., HIRVIKOSKI, T., PIRONTI, V., GINSBERG, Y., FÉLEGYHÁZY, Z., GARCIA-PORTILLA, M. P. & ASHERSON, P. 2019. Updated European Consensus Statement on diagnosis and treatment of adult ADHD. *Eur Psychiatry*, 56, 14-34.
- LARSON, K., RUSS, S. A., KAHN, R. S. & HALFON, N. 2011. Patterns of comorbidity, functioning, and service use for US children with ADHD, 2007. *Pediatrics*, 127, 462-70.
- LASKY-SU, J., NEALE, B. M., FRANKE, B., ANNEY, R. J. L., ZHOU, K., MALLER, J. B., VASQUEZ, A. A., CHEN, W., ASHERSON, P., BUITELAAR, J., BANASCHEWSKI, T., EBSTEIN, R., GILL, M., MIRANDA, A., MULAS, F., OADES, R. D., ROEYERS, H., ROTHENBERGER, A., SERGEANT, J., SONUGA-BARKE, E.,



- STEINHAUSEN, H. C., TAYLOR, E., DALY, M., LAIRD, N., LANGE, C. & FARAONE, S. V. 2008. Genome-wide association scan of quantitative traits for attention deficit hyperactivity disorder identifies novel associations and confirms candidate gene associations. *American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics*, 147B, 1345-1354.
- LEE, M. J., CHOU, M. C., CHOU, W. J., HUANG, C. W., KUO, H. C., LEE, S. Y. & WANG, L. J. 2018. Heavy Metals' Effect on Susceptibility to Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Implication of Lead, Cadmium, and Antimony. *Int J Environ Res Public Health*, 15.
- LEUNG, A. K. & HON, K. L. 2016. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Adv Pediatr*, 63, 255-80.
- LEVESQUE, R. J. 2011. *Encyclopedia of adolescence*, Springer Science & Business Media.
- LEVIN, E. D. 2002. Nicotinic receptor subtypes and cognitive function. *J Neurobiol*, 53, 633-40.
- LEYFER, O. T., FOLSTEIN, S. E., BACALMAN, S., DAVIS, N. O., DINH, E., MORGAN, J., TAGER-FLUSBERG, H. & LAINHART, J. E. 2006. Comorbid psychiatric disorders in children with autism: interview development and rates of disorders. *J Autism Dev Disord*, 36, 849-61.
- LOPEZ, R., MICOULAUD-FRANCHI, J.-A., GALERA, C. & DAUVILLIERS, Y. 2017. Is adult-onset attention deficit/hyperactivity disorder frequent in clinical practice? *Psychiatry Research*, 257, 238-241.
- LUGO-MARÍN, J., MAGÁN-MAGANTO, M., RIVERO-SANTANA, A., CUELLAR-POMPA, L., ALVIANI, M., JENARO-RIO, C., DÍEZ, E. & CANAL-BEDIA, R. 2019. Prevalence of psychiatric disorders in adults with autism spectrum disorder: A systematic review and meta-analysis. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 59, 22-33.
- MANCINI, C., VAN AMERINGEN, M., OAKMAN, J. M. & FIGUEIREDO, D. 1999. Childhood attention deficit/hyperactivity disorder in adults with anxiety disorders. *Psychol Med*, 29, 515-25.

- MATTOS, P., NAZAR, B. P. & TANNOCK, R. 2018. By the book: ADHD prevalence in medical students varies with analogous methods of addressing DSM items. *Braz J Psychiatry*, 40, 382-387.
- MCGOUGH, J. J., SMALLEY, S. L., MCCRACKEN, J. T., YANG, M., DEL'HOMME, M., LYNN, D. E. & LOO, S. 2005. Psychiatric comorbidity in adult attention deficit hyperactivity disorder: findings from multiplex families. *Am J Psychiatry*, 162, 1621-7.
- MICHELSON, D., FARIES, D., WERNICKE, J., KELSEY, D., KENDRICK, K., SALLEE, F. R. & SPENCER, T. 2001. Atomoxetine in the treatment of children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder: a randomized, placebo-controlled, dose-response study. *Pediatrics*, 108, E83.
- MOFFITT, T., HOUTS, R., ASHERSON, P., BELSKY, D., CORCORAN, D., HAMMERLE, M., HARRINGTON, H., HOGAN, S., MEIER, M., POLANCZYK, G., POULTON, R., RAMRAKHA, S., SUGDEN, K., WILLIAMS, B., ROHDE, L. & CASPI, A. 2015. Is Adult ADHD a Childhood-Onset Neurodevelopmental Disorder? Evidence From a Four-Decade Longitudinal Cohort Study. *The American journal of psychiatry*, 172, appiajp201514101266.
- MOSS, S. B., NAIR, R., VALLARINO, A. & WANG, S. 2007. Attention Deficit/Hyperactivity Disorder in Adults. *Primary Care: Clinics in Office Practice*, 34, 445-473.
- MUKADDES, M. N. 2015. *Yaşam boyu dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve eşlik eden durumlar.*, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri.
- NAKASUJJA, N., L SKOLASKY, R., MUSISI, S., ALLEBECK, P., ROBERTSON, K., RONALD, A., KATABIRA, E., CLIFFORD, D. B. & SACKTOR, N. 2010. Depression symptoms and cognitive function among individuals with advanced HIV infection initiating HAART in Uganda. *BMC Psychiatry*, 10, 44.
- NAZAR, B. P., BERNARDES, C., PEACHEY, G., SERGEANT, J., MATTOS, P. & TREASURE, J. 2016. The risk of eating disorders comorbid with attention-deficit/hyperactivity disorder: A systematic review and meta-analysis. *Int J Eat Disord*, 49, 1045-1057.

- NEUMAN, R. J., LOBOS, E., REICH, W., HENDERSON, C. A., SUN, L. W. & TODD, R. D. 2007. Prenatal smoking exposure and dopaminergic genotypes interact to cause a severe ADHD subtype. *Biol Psychiatry*, 61, 1320-8.
- NIARCHOU, M., CHAWNER, S. J., FIKSINSKI, A., VORSTMAN, J. A., MAEDER, J., SCHNEIDER, M., ELIEZ, S., ARMANDO, M., PONTILLO, M. & VICARI, S. 2019. Attention deficit hyperactivity disorder symptoms as antecedents of later psychotic outcomes in 22q11. 2 deletion syndrome. *Schizophrenia research*, 204, 320-325.
- NICE, N. I. F. H. A. C. E. 2018. Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management (NG87)
- NIH 2018. National Institute of Allergy and Infectious Diseases-HIV Replication Cycle.
- NOAÍN, D., AVALE, M. E., WEDEMEYER, C., CALVO, D., PEPPER, M. & RUBINSTEIN, M. 2006. Identification of brain neurons expressing the dopamine D4 receptor gene using BAC transgenic mice. *Eur J Neurosci*, 24, 2429-38.
- O'SULLIVAN, L. F., HOFFMAN, S., HARRISON, A. & DOLEZAL, C. 2006. Men, multiple sexual partners, and young adults' sexual relationships: understanding the role of gender in the study of risk. *J Urban Health*, 83, 695-708.
- OADES, R. D. 2008. Dopamine-serotonin interactions in attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Prog Brain Res*, 172, 543-65.
- OLSEN, J. L., REIMHERR, F. W., MARCHANT, B. K., WENDER, P. H. & ROBISON, R. J. 2012. The effect of personality disorder symptoms on response to treatment with methylphenidate transdermal system in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Prim Care Companion CNS Disord*, 14.
- ÖZTÜRK, O. 2015. *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*, ANKARA,, Nobel Tıp Kitapevleri.
- PAGOTO, S. L., CURTIN, C., LEMON, S. C., BANDINI, L. G., SCHNEIDER, K. L., BODENLOS, J. S. & MA, Y. 2009. Association between adult attention deficit/hyperactivity disorder and obesity in the US population. *Obesity (Silver Spring)*, 17, 539-44.

- PALMER , E. & FINGER, S. 2001. An Early Description of ADHD (Inattentive Subtype): Dr Alexander Crichton and ‘Mental Restlessness’ (1798). *Child Psychology and Psychiatry Review*, 6, 66-73.
- PAZVANTOĞLU, O., AKBAŞ, S., SARISOY, G., BAYKAL, S., KORKMAZ, I., KARABEKIROĞLU, K. & BÖKE, Ö. 2014. DEHB tanılı çocukların ebeveynlerinde DEHB ile ilişkili bazı sorunlu yaşam olayları. *Dusunen Adam: The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 61-68.
- PELLOW, J., SOLOMON, E. M. & BARNARD, C. N. 2011. Complementary and alternative medical therapies for children with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Altern Med Rev*, 16, 323-37.
- PHILIPSEN, A., LIMBERGER, M. F., LIEB, K., FEIGE, B., KLEINDIENST, N., EBNER-PRIEMER, U., BARTH, J., SCHMAHL, C. & BOHUS, M. 2008. Attention-deficit hyperactivity disorder as a potentially aggravating factor in borderline personality disorder. *Br J Psychiatry*, 192, 118-23.
- PLISZKA, S. 2007. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 46, 894-921.
- POLANCZYK, G. & ROHDE, L. A. 2007. Epidemiology of attention-deficit/hyperactivity disorder across the lifespan. *Current Opinion in Psychiatry*, 20.
- POLANCZYK, G. V., WILLCUTT, E. G., SALUM, G. A., KIELING, C. & ROHDE, L. A. 2014. ADHD prevalence estimates across three decades: an updated systematic review and meta-regression analysis. *International journal of epidemiology*, 43, 434-442.
- PRATT, R. 2003. *HIV & AIDS: A Foundation for Nursing and Healthcare Practice*, London, UK., a part of Hachette Livre UK.
- REIMHERR, F. W., MARCHANT, B. K., STRONG, R. E., HEDGES, D. W., ADLER, L., SPENCER, T. J., WEST, S. A. & SONI, P. 2005. Emotional dysregulation in adult ADHD and response to atomoxetine. *Biological psychiatry*, 58, 125-131.

- RONALD, A., PENNELL, C. E. & WHITEHOUSE, A. J. 2010. Prenatal Maternal Stress Associated with ADHD and Autistic Traits in early Childhood. *Front Psychol*, 1, 223.
- RÖSLER, M., RETZ, W., FISCHER, R., OSE, C., ALM, B., DECKERT, J., PHILIPSEN, A., HERPERTZ, S. & AMMER, R. 2010. Twenty-four-week treatment with extended release methylphenidate improves emotional symptoms in adult ADHD. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 11, 709-718.
- RYBAK, Y. E., MCNEELY, H. E., MACKENZIE, B. E., JAIN, U. R. & LEVITAN, R. D. 2006. An open trial of light therapy in adult attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Clin Psychiatry*, 67, 1527-35.
- RYDEN, E., THASE, M., STRÅHT, D., ÅBERG- WISTEDT, A., BEJEROT, S. & LANDEN, M. 2009. A history of childhood attention- deficit hyperactivity disorder (ADHD) impacts clinical outcome in adult bipolar patients regardless of current ADHD. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 120, 239-246.
- SADOCK BJ, S. V. 2009. *Nöropsikiyatrik açıdan HIV/AIDS. In Kaplan ve Sadock Klinik Psikiyatri El Kitabı*, Ankara, Güneş Tıp Kitapevi.
- SAFER, D. J. 2016. Recent trends in stimulant usage. *Journal of Attention Disorders*, 20, 471-477.
- SANDBERG, S. & BARTON, J. 2002. Historical development. *Hyperactivity and attention disorders of childhood*, 1-29.
- SAYAN M, H. E., ŞANLI DAĞ E, KAYMAKAMZADE B, TIJANI F, BABA IA. 2017. Türkiye’de HIV/AIDS’in 1985-2016 yılları arasındaki dinamiği [İnternet]. Ankara:
- SBTHSK. 2013. *HIV AIDS* [Online]. T. C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. (2013). HIV AID: ANKARA.[Accessed].
- SCAHILL, L. & SCHWAB-STONE, M. 2000. Epidemiology of ADHD in school-age children. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*, 9, 541-55, vii.
- SEMERCİ, B. & AKSOY, U. 2018. *Erişkinlerde Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Tanı ve Tedavi Klavuzu*.
- SHIH, J. H., ZENG, B. Y., LIN, P. Y., CHEN, T. Y., CHEN, Y. W., WU, C. K., TSENG, P. T. & WU, M. K. 2018. Association between peripheral

- manganese levels and attention-deficit/hyperactivity disorder: a preliminary meta-analysis. *Neuropsychiatr Dis Treat*, 14, 1831-1842.
- SIBLEY, M. H., MITCHELL, J. T. & BECKER, S. P. 2016. Method of adult diagnosis influences estimated persistence of childhood ADHD: a systematic review of longitudinal studies. *Lancet Psychiatry*, 3, 1157-1165.
- SIEG, K. G., GAFFNEY, G. R., PRESTON, D. F. & HELLINGS, J. A. 1995. SPECT Brain Imaging Abnormalities in Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Clinical Nuclear Medicine*, 20.
- SINZIG, J., WALTER, D. & DOEPFNER, M. 2009. Attention deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents with autism spectrum disorder: symptom or syndrome? *J Atten Disord*, 13, 117-26.
- SMITH, B. H., BARKLEY, R. A. & SHAPIRO, C. J. 2006. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Treatment of childhood disorders, 3rd ed.* New York, NY, US: The Guilford Press.
- SOBANSKI, E., PASLAKIS, G., SCHREDL, M., DAFFNER, S. & ALM, B. 2013. Managing ADHD in Adults with Common Comorbidities. In: SURMAN, C. B. H. (ed.) *ADHD in Adults: A Practical Guide to Evaluation and Management*. Totowa, NJ: Humana Press.
- SOCIETY., E. A. C. 2019.
- SOLANTO, M. V., WASSERSTEIN, J., MARKS, D. J. & MITCHELL, K. J. 2011. Diagnosis of ADHD in Adults: What Is the Appropriate DSM-5 Symptom Threshold for Hyperactivity-Impulsivity? *Journal of Attention Disorders*, 16, 631-634.
- SONUGA-BARKE, E. J., BRANDEIS, D., CORTESE, S., DALEY, D., FERRIN, M., HOLTMANN, M., STEVENSON, J., DANCKAERTS, M., VAN DER OORD, S., DÖPFNER, M., DITTMANN, R. W., SIMONOFF, E., ZUDDAS, A., BANASCHEWSKI, T., BUITELAAR, J., COGHILL, D., HOLLIS, C., KONOFAL, E., LECENDREUX, M., WONG, I. C. & SERGEANT, J. 2013. Nonpharmacological interventions for ADHD: systematic review and meta-analyses of randomized controlled trials of dietary and psychological treatments. *Am J Psychiatry*, 170, 275-89.

- SPETIE L, A. E. 2007. *Attention Deficit Hyperactivity Disorder*. In: Martin A, Fred RW (eds), Philadelphia,, Williams&Wilkins,.
- SPIVAK, B., VERED, Y., YORAN-HEGESH, R., AVERBUCH, E., MESTER, R., GRAF, E. & WEIZMAN, A. 1999. Circulatory levels of catecholamines, serotonin and lipids in attention deficit hyperactivity disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 99, 300-304.
- SPRICH, S., BIEDERMAN, J., CRAWFORD, M. H., MUNDY, E. & FARAONE, S. V. 2000. Adoptive and biological families of children and adolescents with ADHD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 39, 1432-7.
- STAHL, S. M. 2013. *Stahl's essential psychopharmacology: Neuroscientific basis and practical applications, 4th ed*, New York, NY, US, Cambridge University Press.
- STEFANATOS, G. A. V. B., I. S.2007. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A neuropsychological perspective towards DSM-V. . *Neuropsychol Rev*, 17, 5-38. .
- STERNAT, T. & KATZMAN, M. A. 2016. Neurobiology of hedonic tone: the relationship between treatment-resistant depression, attention-deficit hyperactivity disorder, and substance abuse. *Neuropsychiatric disease and treatment*.
- STILL, G. 1902. Some abnormal psychical conditions in children: the Goulstonian lectures. . *Lancet*. , 1008–1012.
- SULUKAN EE, K. K., GÜL Hİ. 2009. AIDS ve tedavisinde kullanılan ilaçlar. *Ankara Eczacılık Fakültesi Dergisi*,, 38 (10): 47-78.
- ŞAHİN, S. T. 2015. *Hiv/Aids Hastalarının İrdelenmesi Ve Endokrinolojik Patolojilerinin Değerlendirilmesi*, Gaziantep Üniversitesi.
- ŞENGÖZ, G., & PEHLIVANOĞLU, F. 2017. İnsan Bağışıklık Eksikliği Virüsü/Edinsel İmmün Yetmezlik Sendromu: Dünyada ve Türkiye’de Epidemiyolojik değişimler. . *Sağlık Bilimleri Üniversitesi Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Haseki Tıp Bülteni*, 55,, (s. 248-253).
- ŞENOL, S. F. Ç. Ç., A. ÇOŞKUN, E. İŞERİ, S. MIRAL, N. MOTAVALLI, B. PEHLIVANTÜRK, 2008. *Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu*, Ankara:, HBY.

- THOME, J. & JACOBS, K. A. 2004. Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in a 19th century children's book. *European psychiatry : the journal of the Association of European Psychiatrists*, 19, 303-306.
- TORGERSEN, T., GJERVAN, B. & RASMUSSEN, K. 2006. ADHD in adults: a study of clinical characteristics, impairment and comorbidity. *Nord J Psychiatry*, 60, 38-43.
- TSHGM 2003. Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Çalışma Yıllığı. Ankara:: İz Turizm Matbaacılık Sanayi Ltd.
- TUFAN, A. E. & YALUĞ, İ. 2010. Erişkinlerde dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu: Türkiye verilerine dayalı bir gözden geçirme. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 11, 351-359.
- TUGLU, C. & SAHIN, Ö. Ö. 2010. Eriskin Dikkat Eksikligi Hiperaktivite Bozuklugu: Nörobijoloji, Tani Sorunlari ve Klinik Özellikler/Adult Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Neurobiology, Diagnostic Problems and Clinical Features. *Psikiyatride Guncel Yaklasimlar*, 2, 75.
- TUNG, W. C., DING, K. & FARMER, S. 2008. Knowledge, attitudes, and behaviors related to HIV and AIDS among college students in Taiwan. *J Assoc Nurses AIDS Care*, 19, 397-408.
- TÜMER, A. 2015. *HIV/AIDS epidemiyolojisi ve korunma*. [Online]. Available: [http://www.hatam.hacettepe.edu.tr/Epid\\_web\\_A.T\\_2015.pdf](http://www.hatam.hacettepe.edu.tr/Epid_web_A.T_2015.pdf). [Accessed].
- UENO, S. 2003. Genetic polymorphisms of serotonin and dopamine transporters in mental disorders. *J Med Invest*, 50, 25-31.
- UNAIDS 2017. the joint united nations programme on HIV and AIDS
- UNAIDS. 2019. *the joint united nations programme on HIV and AIDS* [Online]. Available: [http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/20170720\\_Data\\_book\\_2017\\_en.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20170720_Data_book_2017_en.pdf), [Accessed (Erişim Tarihi: 27 Ekim 2018)].
- UNFPA 2018. United Nations Population Fund HIV and AIDS.
- UYSAL, S., ELBI, H., MERMUT, G., ONEN SERTOZ, O., KAPTAN, F., GÜLPEK, D. & GOKENGIN, D. 2020. The effect of Attention Deficit and Hyperactivity Disorder on Antiretroviral Treatment and Appointment Adherence among adults living with HIV. *J Infect Dev Ctries*, 14, 304-311.



- VALSECCHI, P., NIBBIO, G., ROSA, J., TAMUSSI, E., TURRINA, C., SACCHETTI, E. & VITA, A. 2018. Adult ADHD: Prevalence and Clinical Correlates in a Sample of Italian Psychiatric Outpatients. *Journal of Attention Disorders*, 1087054718819824.
- VAN VEEN, M. M., KOOIJ, J. J., BOONSTRA, A. M., GORDIJN, M. C. & VAN SOMEREN, E. J. 2010. Delayed circadian rhythm in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder and chronic sleep-onset insomnia. *Biol Psychiatry*, 67, 1091-6.
- VOLKOW, N. D. & SWANSON, J. M. 2013. Clinical practice: Adult attention deficit-hyperactivity disorder. *N Engl J Med*, 369, 1935-44.
- VOLKOW, N. D., WANG, G. J., KOLLINS, S. H., WIGAL, T. L., NEWCORN, J. H., TELANG, F., FOWLER, J. S., ZHU, W., LOGAN, J., MA, Y., PRADHAN, K., WONG, C. & SWANSON, J. M. 2009. Evaluating dopamine reward pathway in ADHD: clinical implications. *Jama*, 302, 1084-91.
- VURAL, B., ACAR, Ö. T., TOPSEVER, P., ET AL. 2012. Modifiye Morisky Ölçeğinin Türkçe Geçerlilik Güvenilirlik Çalışması. *The Journal of Turkish Family Physician*, , 3 (4), 17-20.
- W.H.O 2018. HIV/AIDS. World Health Organization. . 2018, haziran 18 ed.
- WEIS M, W. G. 2002. *Attention Deficit Hyperactivity Disorder Child and Adolescent Psychiatry*: , Third ed. Philadelphia, Lippincott Williams&Wilkins,.
- WEYANDT, L. 2007. Book Review: Barkley, R. A. (2006). Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment (3rd ed.). New York: Guilford. *Journal of Attention Disorders - J ATTEN DISORD*, 11, 179-180.
- WHO 2001. World Health Organization Department of Blood Safety and Clinical Technology. Safe Blood Starts with me! Blood Saves Lives!. Geneva: WHO, 2001
- WIENER, J. & DANIELS, L. 2015. School Experiences of Adolescents With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of Learning Disabilities*, 49, 567-581.

- WILENS, T. E., FARAONE, S. V. & BIEDERMAN, J. 2004. Attention-deficit/hyperactivity disorder in adults. *Jama*, 292, 619-23.
- WILENS, T. E., VITULANO, M., UPADHYAYA, H., ADAMSON, J., SAWTELLE, R., UTZINGER, L. & BIEDERMAN, J. 2008. Cigarette smoking associated with attention deficit hyperactivity disorder. *J Pediatr*, 153, 414-9.
- WILLCUTT, E. G. 2012a. The prevalence of DSM-IV attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analytic review. *Neurotherapeutics*, 9, 490-9.
- WILLCUTT, E. G. 2012b. The prevalence of DSM-IV attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analytic review. *Neurotherapeutics*, 9, 490-499.
- WILLCUTT, E. G., DOYLE, A. E., NIGG, J. T., FARAONE, S. V. & PENNINGTON, B. F. 2005. Validity of the executive function theory of attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analytic review. *Biol Psychiatry*, 57, 1336-46.
- WINGO, A. P. & GHAEMI, S. N. 2007. A systematic review of rates and diagnostic validity of comorbid adult attention-deficit/hyperactivity disorder and bipolar disorder. *The Journal of clinical psychiatry*.
- YAHAYA, A., OJOYE & TSADO, E. 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.3968/8486>. *ADVANCES IN Natural Sciences*, 9, 1-7.
- YAKIT, E. 2015. *Savunmasiz Gruplara Yönelik Hiv İle İlgili Güvenli Olmayan Cinsel Davranışların Belirlenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi, .
- YAPICIOĞLU, B., KAVAKCI, Ö., GÜLER, A. S., EMİZ, M. & DOĞAN, O. 2011. Sivas İl Merkezinde Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun Yaygınlığı Ve Eşli K Eden Eksen-I, Eksen-Iı T Anıları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 12, 177-184.
- ZAMETKIN, A. J., NORDAHL, T. E., GROSS, M., KING, A. C., SEMPLE, W. E., RUMSEY, J., HAMBURGER, S. & COHEN, R. M. 1990. Cerebral glucose metabolism in adults with hyperactivity of childhood onset. *N Engl J Med*, 323, 1361-6.
- ZANINOTTO, L., SOLMI, M., TOFFANIN, T., VERONESE, N., CLONINGER, C. R. & CORRELL, C. U. 2016. A meta-analysis of temperament and character

dimensions in patients with mood disorders: Comparison to healthy controls and unaffected siblings. *Journal of affective disorders*, 194, 84-97.

ZAYATS, T., ATHANASIU, L., SONDERBY, I., DJUROVIC, S., WESTLYE, L. T., TAMNES, C. K., FLADBY, T., AASE, H., ZEINER, P., REICHBORN-KJENNERUD, T., KNAPPSKOG, P. M., KNUDSEN, G. P., ANDREASSEN, O. A., JOHANSSON, S. & HAAVIK, J. 2015. Genome-wide analysis of attention deficit hyperactivity disorder in Norway. *PLoS One*, 10, e0122501.

ZEEGERS, I., RABIE, H., SWANEVELDER, S., EDSON, C., COTTON, M. & VAN TOORN, R. 2010. Attention deficit hyperactivity and oppositional defiance disorder in HIV-infected South African children. *J Trop Pediatr*, 56, 97-102.

ZEREN, Ş. 2006. HIV/AIDS'e Yönelik Psiko-eğitim Programı ve Uygulama Örnekleri. *Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 2.

ZHOU, J. 2004. Norepinephrine transporter inhibitors and their therapeutic potential. *Drugs Future*, 29, 1235-1244.

ZYLOWSKA, L., ACKERMAN, D. L., YANG, M. H., FUTRELL, J. L., HORTON, N. L., HALE, T. S., PATAKI, C. & 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. ETİK ONAY

Evrak Tarih ve Sayısı: 06/11/2019-E.13966



T.C.  
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
Tıp Fakültesi Dekanlığı

Sayı :71522473/050.01.04/ 155  
Konu :Girişimsel Olmayan Etik Kurul  
Başvuru Dosyası Hk.

Sayın Prof. Dr. Ali Savaş ÇILLI  
Sağlık Bakanlığı Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi  
Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim Dalı

İlgi : 18.10.2019 tarihli 335 sayılı başvurunuz.

Destekleyicisi olduğunuz "HIV Pozitif Bireylerde Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DHEB) Yaygınlığı" isimli çalışmanın ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup; çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen şekilde etik ve bilimsel açıdan sakınca bulunmadığına etik kurul üyelerince karar verilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Hasan Çetin EKERBİÇER  
Etik Kurulu Başkanı

Güvenli Elektronik  
İmzalı Aslı ile Aynıdır.  
06.11.2019.

Evrak Doğrulama İpki : <http://193.140.253.232/envision.Sergula/BelgeDogrulama.aspx?V=BELMBLCPO>

Fakülte Girişimsel Olmayan Etik Kurulu Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Dekanlığı, Kocacuk Kampüsü, Kocacuk, Adapazarı/Sakarya  
Tel:264 295 6630 Faks:264 295 6629  
E-Posta :tip@sakarya.edu.tr Elektronik Ağ :www.tip.sakarya.edu.tr



## EK 2. SOSYODEMOGRAFİK VE KLİNİK ÖZELLİKLER VERİ FORMU

ADI-SOYADI: ..... SCID-1: ..... SCID-2:.....

DEHB ÖLÇEĞİ: ..... BARRAT ÖLÇEĞİ:.....

**YAŞ:** **CİNSİYET:** 1. Kadın 2. Erkek  
**MEDENİ DURUM:** 1. Evli 2. Bekar 3. Boşanmış 4. Ayrı yaşıyor  
**ÖĞRENİM DURUMU:** 1. İlkokul 2. Ortaokul 3. Lise 4. Üniversite 5. Yüksek lisans  
**ÇOCUK:** 1. Var (SAYI:.) 2. Yok varsa anti hiv durumu: 1. Pozitif 2. Negatif 3. Bilinmiyor  
**İŞ DURUMU:** 1. Çalışıyor 2. Çalışmıyor 3. Düzensiz olarak çalışıyor 4. Emekli  
**MESLEĞİ:** 1. Memur 2. İşçi 3. Serbest meslek 4. Öğrenci  
**AYLIK GELİR:** 1. 20bin üzeri 2. 10bin -20bin 3. 5bin-10bin 4. 2bin-5bin 5. 2bin altı  
**YAŞADIĞI BÖLGE:** 1. KIRSAL 2. KENTSEL  
**VÜCUT AĞIRLIĞI:**..... /kg **BOY:** ...../cm **SON CD4 SAYISI:**  
**HIV TESPİT YAŞI?** 1. 0- 10 yaş 2. 11-18 yaş 3. 19-30 yaş 4. 31 yaş ve üstü  
**HIV BULAŞ YOLU:** 1. Cinsel yol 2. Kan ve kan ürünleri 3. Perinatal yol 4. İntravenöz yol  
5. Mesleksel 6. Transplantasyon  
**TEDAVİ:**.....  
**CİNSEL KİMLİK:** 1. Heteroseksüel 2. Homoseksüel 3. Transeksüel 4. Biseksüel  
**AKTİF CİNSEL YAŞANTISI VAR MI:** 1. Evet 2. Hayır

<b>HIV POZİTİF OLMADAN ÖNCE:</b>				
<b>KORUNMA YÖNTEMLERİNDEN HERHANGİ BİRİNİ KULLANIYOR MU?</b>				
1. Her zaman	2. Sıklıkla	3. Bazen	4. Nadiren	5. Hiçbir zaman
<b>PARTNER SAYISI:</b>		1. Bir kişi	2. Birden çok işi	
<b>PARTNER HIV DURUMU:</b>		1. Pozitif	2. Negatif	3. Bilinmiyor
<b>CİNSEL İLİŞKİ SIKLIĞI:</b>		1. Ayda birkaç kez	2. Haftada birkaç kez	3. Haftada 1-5 kez
		4. Hemen her gün		

<b>HIV POZİTİF OLDUKTAN SONRA:</b>				
<b>KORUNMA YÖNTEMLERİNDEN HERHANGİ BİRİNİ KULLANIYOR MU?</b>				
1. Her zaman	2. Sıklıkla	3. Bazen	4. Nadiren	5. Hiçbir zaman
<b>PARTNER SAYISI NASILDI ?:</b>		1. Bir kişi	2. Birden çok işi	
<b>PARTNER HIV DURUMU:</b>		1. Pozitif	2. Negatif	3. Bilinmiyor
<b>CİNSEL İLİŞKİ SIKLIĞI:</b>		1. Ayda birkaç kez	2. Haftada birkaç kez	3. Haftada 1-5 kez
		4. Hemen her gün		

<b>ÖZGEÇMİŞ</b>			
<b>DAHA ÖNCE PSİKİYATRİK BİR TANI ALDINIZ MI ?</b>		1. EVET	2.HAYIR
Evetse adı: .....			
<b>TANI ALDIYSANIZ TEDAVİ GÖRDÜNÜZ MÜ ?</b>		1. EVET	2. HAYIR
<b>ÇOCUKLUK ÇAĞI DÖNEMİNDE DEHB TANISI?</b>		1. Evet	2. Hayır
<b>DEHB TANISI ALDIYSA TEDAVİ?</b>		1. Evet (süre: .... Ay)	2. Hayır
<b>SOSYAL YA DA AKADEMİK HAYATTA DİKKAT EKSİKLİĞİNİN OLDUĞU FARK EDİLDİ Mİ?</b>			
1. Evet		2. Hayır	
<b>NASIL FARK EDİLDİ ?:</b>		1. Kendisi Tarafından	2. Ailesi tarafından
		3.	İş arkadaşları tarafından
<b>DEHB FARK EDİLDİĞİ YAŞ :.....:</b>			
<b>EĞER FARK EDİLDİYSE O DÖNEM DOKTORA BAŞVURUDA BULUNDU MU ?:</b>		1.	
Evet		2. Hayır	

<b>SOYGEÇMİŞ</b>			
<b>1. DERECEDE AKRABADA RUHSAL HASTALIK:</b>		1. Var	2. Yok
<b>KİMDE,</b>	<b>NE?</b>	:	.....;
		.....;	.....;
<b>AİLEDE PSİKİYATRİ TEDAVİ GÖREN Var MI:</b>		1. Var	2. Yok
<b>ADLİ ÖYKÜSÜ:</b>		1. Var	2. Yok
<b>GEÇMİŞ İNTİHAR DÜŞÜNCESİ:</b>		1. Var	2. Yok
		<b>EVETSE PLAN:</b>	1. Var
			2. Yok
<b>GEÇMİŞ İNTİHAR GİRİŞİMİ:</b>		1. Var	2. Yok
		<b>EVETSE YATIŞ:</b>	1. Var
			2. Yok

<b>ALKOL –MADDE KULLANIM ÖYKÜSÜ:</b>			
<b>ALKOL KULLANIMI:</b> 1. Var 2. Yok			
<b>ALKOL KULLANIMI VARSA SIKLIĞI:</b> 1. Sadece birkaç kez 2. Ayda bir-iki kez			
		3. Haftada 1-5 kez	4. Hemen her gün
<b>MADDE KULLANIMI:</b> 1. Var 2. Yok			
<b>MADDE KULLANIMI VARSA SIKLIĞI:</b> 1. Sadece birkaç kez 2. Ayda bir-iki kez			
		3. Haftada 1-5 kez	4. Hemen her gün
<b>MADDENİN CİNSİ:</b> 1. Marijuana (esrar) 2. Sentetik kannabinoid			
3. Opioid( eroin )		4. Kokain	5. Taş (krack kokain)
7. Uçucu gazlar		8. tıbbi ilaçlar(bnzp,akinetonvb)	

### EK 3. BARRATT DÜRTÜSELLİK ÖLÇEĞİ- 11

#### Barratt Dürtüsellik Ölçeği -11

Açıklamalar: İnsanlar farklı durumlarda gösterdiği düşünce ve davranışları ile birbirlerinden ayrılırlar. Bu test bazı durumlarda nasıl düşündüğünüzü ve davrandığınızı ölçen bir testtir. Lütfen her cümleyi okuyunuz ve bu sayfanın sağındaki, size en uygun daire içine X koyunuz. Cevaplamak için çok zaman ayırmayınız. Hızlı ve dürtüştçe cevap veriniz.

	Nadiren/ Hiçbir zaman	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman/ Her zaman
1. İşlerimi dikkatle planlarım	-	-	-	-
2. Düşünmeden iş yaparım	-	-	-	-
3. Hızla karar veririm	-	-	-	-
4. Hiç bir şeyi dert etmem	-	-	-	-
5. Dikkat etmem	-	-	-	-
6. Uçuşan düşüncelerim var	-	-	-	-
7. Seçimlerimi çok önceden planlarım	-	-	-	-
8. Kendimi kontrol edebilirim.	-	-	-	-
9. Kolayca konsantrite olurum	-	-	-	-
10. Düzenli para biriktirim	-	-	-	-
11. Derslerde veya oyunlarda yerimde duramam	-	-	-	-
12. Dikkatli düşünen birisiyim	-	-	-	-
13. İş güvenliğine dikkat ederim	-	-	-	-
14. Düşünmeden bir şeyler söylerim	-	-	-	-
15. Karmaşık problemler üzerine düşüncemizi severim.	-	-	-	-
16. Sık sık iş değiştiririm	-	-	-	-
17. Düşünmeden hareket ederim	-	-	-	-
18. Zor problemler çözmem gerektiğinde kolayca sıklarım.	-	-	-	-
19. Aklıma estiği gibi hareket ederim	-	-	-	-
20. Düşünerek hareket ederim	-	-	-	-
21. Sıklıkla evimi değiştiririm	-	-	-	-
22. Düşünmeden alışveriş yaparım	-	-	-	-
23. Aynı anda sadece bir tek şey düşünebilirim.	-	-	-	-
24. Hobilerimi değiştiririm	-	-	-	-
25. Kazandığımdan daha fazla harcarım.	-	-	-	-
26. Düşünürken sıklıkla zihnimde konuşla ilgili düşünceler oluşur.	-	-	-	-
27. Şu an ile gelecekte daha fazla ilgilenirim.	-	-	-	-
28. Derslerde veya sinemada rahat oturamam.	-	-	-	-
29. Yap-boz/puzzle çözmeyi severim	-	-	-	-
30. Geleceğini düşünen birisiyim	-	-	-	-

## EK 4. Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS)

Doğan ve ark. 87

### Ek 1. Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS)

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

Anadolu Psikiyatri Dergisi 2009; 10:77-87



## **EK 5. Türkçe Modifiye Morisky Ölçeği**

### **Türkçe Modifiye Morisky Ölçeği Anket Soruları**

1. İlacınızı/ilaçlarınızı almayı unuttuğunuz olur mu?

Evet  Hayır

2. İlacınızı/ilaçlarınızı zamanında almaya dikkat eder misiniz?

Evet  Hayır

3. Kendinizi iyi hissettiğinizde ilaçlarınızı almayı bıraktığınız oldu mu?

Evet  Hayır

4. Bazen kendinizi kötü hissettiğinizde bunun ilaca bağlı olduğunu düşünüp ilacı almayı kestiğiniz oldu mu?

Evet  Hayır

5. İlaç almanızın uzun dönem yararlarını biliyor musunuz?

Evet  Hayır

6. Bazen zamanı geldiği halde ilaçlarınızı yazdırmayı unuttuğunuz oluyor mu?

Evet  Hayır

