

DEHB olan çocukların annelerinde depresyon ve anksiyete düzeyleri ile kullanılan başa çıkma yöntemleri: Bir ön çalışma

İbrahim DURUKAN,¹ Murat ERDEM,² A. Evren TUFAN,¹
Ayhan CÖNGÖLOĞLU,³ Özgür YORBIK,⁴ Tümer TÜRK BAY⁴

ÖZET

Amaç: Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB), anne-çocuk ilişkilerinde sorun gelişme riskinde artış ile karakterize, çocukluk çağıının en sık rastlanan psikiyatrik bozukluklarından biridir. Bu araştırmanın amacı DEHB olan çocukların annelerinin depresyon ve anksiyete düzeyleri ile kullandıkları başa çıkma yöntemlerinin sağlıklı kontrollerle karşılaştırılmasıdır. **Yöntem:** Araştırmanın örneklemini Gülhane Askeri Tıp Akademisi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği'ne ardışık başvuran, DSM-IV tanı ölçütlerine göre DEHB tanısı konmuş, 7-12 yaş aralığında 36 çocuk ve anneleri oluşturmuştur. DEHB tanısı konan çocukların anneleri COPE (Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği), Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) ve Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) ile değerlendirilmiştir. **Sonuçlar:** Araştırmaya katılmayı kabul eden, DSM-IV sınıflandırmasına göre DEHB tanısı konmuş toplam 30 olgunun %16.7'si (s=5) 'dikkat eksikliği belirgin tip', %13.3'ü (s=4) 'aşırı hareketlilik-dürtüsellik belirgin olduğu tip', %70.0'ı (s=21) ise 'birleşik tip' ölçütlerini karşılamaktadır. Araştırmada kullanılan ölçekler toplam 30 anne tarafından tamamlanmıştır. Araştırmanın örneklemini oluşturan annelerin Beck Depresyon ve Beck Anksiyete puanları kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır. COPE alt ölçeklerinden diğer meşguliyetleri bastırma, soruna odaklanma ve duyguları açığa çıkarma, inkar alt ölçekleri ve işlevsel olmayan başa çıkma yöntemleri toplam puanı DEHB grubunda kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır. Örneklem ve kontrol grubu arasında çocuk yaşı ve cinsiyeti, anne yaşı ve eğitim süresi açısından fark saptanmamıştır. **Tartışma:** DEHB'nin tedavi sürecinde annelerin depresyon ve anksiyete düzeylerinin yüksek olabileceği akılda tutulmalıdır. Bu annelerin hangi başa çıkma yöntemlerini kullandıklarının bilinmesi klinisyenlere psikiyatrik görüşmede desteklenmesi gerekli olan alanları işaret edecektir. Bu konuda daha geniş örneklemli araştırmalara gereksinim vardır. (Anadolu Psikiyatri Dergisi 2008; 9:217-223)

Anahtar sözcükler: Başa çıkma tutumları, depresyon, anksiyete, COPE, DEHB

Depression and anxiety levels and coping strategies used by mothers of children with ADHD: A preliminary study

ABSTRACT

Objective: Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) is one of the most frequent psychiatric disorders of childhood, characterized by an increased risk for the development of parent-child relationship problems. The aim of this study is to compare the depression and anxiety levels and coping skills used by the mothers of children with ADHD with healthy controls. **Methods:** The research included 36 children between 7-12 years and their mothers who applied to the Gülhane Military Medical Academy Child and Adolescent Psychiatry Outpatient Clinic

¹ Uzm.Dr., ³ Yrd.Doç.Dr., ⁴ Doç.Dr., GATA Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları ABD, Ankara

² Uzm.Dr., Jandarma Anıttepe Dispanseri Psikiyatri Kliniği, Ankara

Yazışma adresi/Address for correspondence:

Uzm.Dr. İbrahim DURUKAN, GATA Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları ABD, Ankara/Türkiye

E-mail: idurukan2003@yahoo.com

the COPE, Beck Depression Inventory (BDI) and Beck Anxiety Inventory (BAI). **Results:** Of 30 subjects with consecutively and diagnosed as having ADHD according to the DSM-IV criteria. The mothers were evaluated with ADHD who accepted to participate to the study, %16.7 (n=5) were diagnosed as 'inattentive subtype', %13.3 (n=4) were diagnosed as 'hyperactivity impulsivity subtype' and %70.0 (n=21) were diagnosed as 'combined subtype' ADHD. The Beck depression and anxiety scores of the mothers' of the study sample were significantly higher than healthy controls. The suppression of competing activities, focusing on and venting of emotions and denial subscales' scores of COPE and the total scores of dysfunctional coping strategies in COPE of study sample were significantly higher than healthy controls. There were no differences between the study and control groups with respect to child's age, gender, mother's age, and the education period. **Conclusions:** It should be remembered that the depressive and anxious complaints of the mothers' of the study sample might be higher than the controls. To know which coping skills are being used by the mothers in study sample points out the necessary aspects that should be supported by clinicians in psychiatric interview? (*Anatolian Journal of Psychiatry* 2008; 9:217-223)

Key words: coping strategies, depression, anxiety, COPE, ADHD

GİRİŞ

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) aşırı hareketlilik, dikkat sorunları ve dürtüsellikle karakterize, çocukluk çağıının erken başlangıçlı nöropsikiyatrik bir bozukluğudur. Okul çağı çocuklarındaki sıklığı %3-5 arasındadır.¹

Çocukların davranışlarının anne-babayı açıkça etkilediği, olumsuz davranışların anne-babanın sıkıntısını artırdığı bilinmektedir.^{2,3} Anne-babalarla çocukların etkileşimlerinin iki yönlü olduğu ve aile ortamının DEHB'nin gidişini olumsuz etkilediği bildirilmektedir.⁴

Patterson, anne-babalık stresiyle çocuğun agresyonu arasında her sorunun diğerini artırmasıyla karakterize dinamik bir döngü tanımlamıştır.⁵ DEHB'li çocukların anneleri böyle bir döngüye özellikle daha yatkın görülmektedir.⁶ DEHB'li çocukların, çocukluk ve ergenlikte bakım gereksinimlerinin arttığı bilinmektedir.⁷ Artan gereksinim anne-babalık işlevinde aksamaya yol açarak anne-babaları olumsuz etkilemektedir.

DEHB'li çocuklar sağlıklı kontrollere göre anne-babalarıyla daha olumsuz etkileşim göstermektedir.^{8,9} Bu aileleri araştıran çalışmalar, ailelerin sağlıklı kontrollere göre daha yetersiz anne-babalık duygusu, daha çok anne-babalık stresi yaşadıkları ve kendileriyle ilgili daha çok psikopatoloji bildirdikleri vurgulanmaktadır.¹⁰

DEHB'li çocukların olumsuz tutum ve davranışları anne-babaların psikiyatrik başvurularına neden olmaktadır. DEHB'li çocuğu olan anelerin, DEHB tanısı konmamış çocukların anelerine göre hem genel,¹¹ hem de annelik rolüne özgü¹² psikolojik güçlükleri daha çok yaşadıkları, yetersiz annelik duygularına sahip oldukları görülmüştür.¹²

Başa çıkma, kişinin kendine zorluk oluşturan

Anatolian Journal of Psychiatry 2008; 9:217-223

olay ya da durumlara karşı direnmesi, bu durumlara karşı dayanma amacıyla gösterdiği bilişsel, duygusal ve davranışsal tepkiler olarak tanımlanabilir.^{13,14} Bireyin kendisinden beklenen psikolojik, fiziksel ve sosyal işlevlerini yerine getiremediğinde hastalığın olumsuz sonuçlarını azaltmak ya da tümüyle başa çıkma için bazı tutumlar geliştirmesi beklenir.¹³

Başa çıkma tutumları sorun çözmeye yönelik olanlar, duygusal odaklı olanlar ve işlevsel olmayan başa çıkma tutumları biçiminde üçe ayrılmaktadır.¹⁵ Daha çok, duygusal gerilimi azaltmaya yönelik başa çıkma tutumlarının kullanılması ile psikopatolojik belirtilerin ortaya çıkmasında ve sürmesi arasında anlamlı bir ilişki olduğu gösterilmiştir.¹⁶⁻¹⁸

Bu araştırmanın amacı DEHB'li çocukların annelerinin depresyon ve anksiyete düzeyleri ile sorun çözme becerilerini kontrol grubundaki annelerle karşılaştırmaktır. Önceki çalışmaların sonuçlarına uygun olarak DEHB'li çocukların annelerinin kontrol grubundaki çocukların annelerine göre daha düşük sorun çözme becerisine sahip olacağı, depresyon ve anksiyete düzeylerinin yüksek olacağı varsayımı kurulmuştur. Bu çalışmayla bu önermenin geçerliliği araştırılacak, anneye ilişkin değerler açısından ortaya konacak farklılıkların DEHB'nin sağaltımı açısından önemi vurgulanacaktır.

YÖNTEM VE GEREÇLER

Örneklem ve işlem

Bu çalışmada Eylül-Kasım 2007 arasında Gülhane Askeri Tıp Akademisi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Polikliniği'ne yapılan ardışık başvuruların değerlendirilmesi sonucunda DSM-IV tanı ölçütlerine göre DEHB tanısı konan, 7-12 yaş aralığında, ilköğ-

retim 1-6. sınıf öğrencisi 36 çocuk ve annesinden toplam 30 tanesine ilişkin veriler değerlendirilmiştir. Dikkatsizlik ve aşırı hareketlilik temel yakınmalarıyla polikliniğe başvuran tüm olgular, anne-babalardan alınan bilgiler doğrultusunda DSM-IV'te 'dikkat eksikliği ve yıkıcı davranış bozuklukları' ana başlığındaki ölçütler temel alınarak sorgulanmıştır. Özgül öğrenme bozukluğu, davranım bozukluğu, duygudurum ve anksiyete bozukluğu tanıları konmuş; toplam zeka bölümü 85'in altında olan ve epilepsi dahil başka bir kronik hastalığı olan olgular çalışmaya alınmamıştır. DEHB'ye eşlik eden karşı gelme bozukluğu (KGB) olguları çalışmaya alınmış ve DEHB alt grupları belirlenmiştir. Anne-baba ve öğretmenlere Çocuk ve Ergenlerde Davranış Bozuklukları için DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği²⁰ verilerek tanılar desteklenmiştir.

DEHB tanısı konduktan sonra annelerinden COPE (Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği), Beck Depresyon ve Beck Anksiyete Ölçeklerini doldurmaları istenmiştir. Annelerin en az ilköğretim mezunu olması, halen psikiyatrik bir bozukluğa bağlı tedavi görmemesi koşulu aranmıştır. Kontrol grubu ise Eylül-Kasım 2007 tarihleri arasında Anıttepe Dispanseri Çocuk Hastalıkları Polikliniği'ne başvuran, yaş ve eğitim düzeyi göz önüne alınarak, kronik bir hastalığı olmayan 7-12 yaş arası 30 çocuğun annesinden oluşturmuştur. Bu annelerden de aynı ölçekleri doldurmaları istenmiştir.

Araştırmaya alınan çocukların anne-babalarından yazılı onay alınmıştır. Çocuklara da araştırmanın yöntemi anlayabilecekleri şekilde, sözlü olarak açıklanıp sözlü onayları alınmıştır.

Kullanılan ölçekler

DSM-IV'e Dayalı Yıkıcı Davranış Bozukluklarını Tarama ve Değerlendirme Ölçeği: DSM-IV'e göre geliştirilen ölçekte dikkatsizlik 9 madde, aşırı hareketlilik 6 madde, dürtüsellik 3 madde, karşı gelme bozukluğu 8 madde ve davranım bozukluğu 15 madde ile sorgulanmaktadır. Geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Ercan ve ark. tarafından yapılmıştır.¹⁹

Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ): Depresyonda görülen bedensel, duygusal, bilişsel ve motivasyonel belirtileri ölçer. Ölçek depresyon belirtilerinin derecesini nesnel olarak belirlemeyi amaçlamaktadır. Yirmi bir maddenin her birinde 4 seçenek vardır ve her maddeye 0-3 arasında puan verilir. Bu puanların toplanmasıyla depresyon puanı saptanır. Toplam puanın yüksekliği depresyon şiddetini gösterir. Ülkemizde geçer-

lilik ve güvenilirlik çalışması Hisli²⁰ tarafından yapılmıştır.

Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ): Bireyin yaşadığı anksiyete belirtilerinin sıklığını ölçmektedir. Yirmi bir maddeden oluşan, 0-3 arasında puanlanan Likert tipi bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Toplam puanın yüksekliği kişinin yaşadığı anksiyetenin yüksekliğini gösterir. Beck ve ark. tarafından²¹ geliştirilmiş, ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması, Ulusoy ve ark. Tarafından²² yapılmıştır.

Baş Etme Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE): Stresli durumlar karşısında kullanılan başa çıkma stratejilerini belirlemek için Carver ve ark.²³ tarafından geliştirilmiştir. Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik analizi Ağargün ve ark. tarafından²⁴ yapılmıştır. Ölçek 60 sorudan oluşan bir öz bildirim ölçeğidir. Dört seçenek üzerinden yanıtlanır. Bu yanıtlar: 1. Asla böyle bir şey yapmam, 2. Çok az böyle yaparım, 3. Orta derecede böyle yaparım, 4. Çoğunlukla böyle yaparım, şeklindedir.

COPE 15 alt ölçekten oluşmaktadır: 1. Aktif baş etme, 2. Geri durma, 3. Plan yapma, 4. Yararlı sosyal destek kullanımı, 5. Diğer meşgulliyetleri bastırma, 6. Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme, 7. Dini olarak baş etme, 8. Şakaya vurma, 9. Duygusal sosyal destek kullanımı, 10. Kabullenme, 11. Davranışsal olarak boş verme, 12. Madde kullanımı, 13. İnkâr, 14. Zihinsel boş verme, 15. Soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma. Her alt ölçekten toplam 4-16 arasında puan alınabilmektedir. Bu alt ölçeklerden ilk beşinin puanlarının toplamı sorun odaklı başa çıkma puanını, 6-10. alt ölçek puanlarının toplamı duygusal odaklı başa çıkma puanını, son beş alt ölçek puanlarının toplamı ise işlevsel olmayan başa çıkma puanını vermektedir.

Verilerin değerlendirilmesi

Verilerin istatistiksel analizinde, SPSS paket programının 15.0 sürümü kullanılmıştır. Sayısal verilerin karşılaştırılmasında t testi, niteliksel verilerin karşılaştırılmasında ki-kare testi kullanılmıştır. Anlamlılık düzeyi <0.05 olarak kabul edilmiştir.

BULGULAR

DEHB olgularının %80'i erkek (s=24), %20'si kız (s=6), kontrol grubunda bu oran sırasıyla %73.4 (s=22) ve %26.6 (s=8) olup gruplar arasında cinsiyet açısından istatistiksel yönden anlamlı fark saptanmamıştır (p=0.55). DSM-IV'e

göre olguların %16.7'si (s=5) 'dikkat eksikliği belirgin tip', %13.3'ü (n=4) 'aşırı hareketlilik-dürtüselliğin belirgin olduğu tip', %70.0'ı (s=21) ise 'birleşik tip'tir. Olguların yaşları DEHB grubunda 9.1 ± 1.7 (aralık 7-12), kontrol grubunda 8.96 ± 1.40 (aralık 7-12) olup iki grup arasında yaş açısından istatistiksel anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0.74$). Annelerin yaş ortalamaları DEHB grubunda 32.5 ± 4.8 (aralık 26-43), kontrol grubunda 30.8 ± 4.5 (aralık 21-38) saptanmış, aralarında istatistiksel anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0.17$). Annelerin eğitim düzeyi DEHB grubunda 10.6 ± 2.0 , kontrol grubunda ise 11.2 ± 2.0 yıl olarak bulunmuş, eğitim düzeyleri arasında istatistiksel yönden anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0.22$).

DEHB grubundaki annelerin BDÖ puan ortalaması 14.2 ± 6.8 , kontrol grubu annelerin BDÖ puan ortalaması 8.8 ± 2.6 olarak bulunmuş, bu

puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p=0.00$). DEHB grubundaki annelerin BAÖ puan ortalaması 19.2 ± 12.9 , kontrol grubu annelerin BAÖ puan ortalaması ise 10.7 ± 6.3 olarak bulunmuş, bu puanlar arasında da istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p=0.00$).

COPE'nin alt ölçekleri değerlendirildiğinde diğer meşguliyetleri bastırma, soruna odaklanma ve duyguları açığa çıkarma, inkar alt ölçekleri ve işlevsel olmayan başa çıkma yöntemlerinin toplam puanı DEHB grubunda kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır (Tablo 1).

COPE ölçeğinin alt ölçeklerine bakıldığında, sadece annenin BAÖ puan ortalaması ile annenin madde kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu görülmüştür ($p=0.03$).

Tablo 1. Baş Etme Tutumlarını Değerlendirme Ölçeğinin (COPE) alt ölçek puanlarının karşılaştırılması

Alt ölçekler	DEHB grubu (n=30)	Kontrol grubu (n=30)	t	p
Aktif başa çıkma	11.83 ± 2.52	11.46 ± 1.65	0.67	0.51
Plan yapma	12.20 ± 2.73	12.13 ± 1.61	0.12	0.91
Geri durma	9.73 ± 1.52	9.20 ± 1.44	1.39	0.17
Yararlı sosyal destek kullanımı	11.80 ± 3.07	11.73 ± 2.33	0.01	0.93
Diğer meşguliyetleri bastırma	10.63 ± 2.04	9.53 ± 1.43	2.42	0.02
Sorun odaklı başa çıkma puanı (toplam)	56.20 ± 9.01	54.06 ± 5.19	1.12	0.27
Pozitif yeniden yorumlama	13.00 ± 2.30	12.93 ± 1.31	0.14	0.89
Dini olarak başa çıkma	12.60 ± 3.03	13.06 ± 2.58	-0.64	0.52
Şakaya vurma	7.93 ± 3.39	7.66 ± 1.95	0.37	0.71
Kabullenme	9.73 ± 2.30	10.06 ± 2.53	-0.53	0.60
Duygusal sosyal destek kullanma	11.86 ± 2.93	11.66 ± 2.24	0.30	0.77
Duygusal odaklı başa çıkma puanı (toplam)	55.13 ± 8.24	55.40 ± 7.03	-0.14	0.89
Soruna odaklanma ve duyguları açığa çıkarma	13.20 ± 2.23	12.00 ± 1.85	2.26	0.03
İnkâr	6.70 ± 2.62	5.60 ± 1.22	2.08	0.04
Davranışsal olarak boş verme	7.56 ± 2.77	6.86 ± 2.43	1.04	0.30
Zihinsel boş verme	9.80 ± 2.13	9.40 ± 1.65	0.81	0.42
Madde kullanımı	4.60 ± 1.81	4.53 ± 1.38	0.16	0.87
İşlevsel olmayan başa çıkma puanı (toplam)	41.86 ± 5.65	38.40 ± 4.81	2.56	0.01

TARTIŞMA

Bu araştırmada DEHB'li çocukların annelerinin depresif yakınmaları ve anksiyete durumları ve ne tür baş etme yöntemleri kullandıkları araştırılmıştır. Olguların cinsiyet ve DEHB alt tip dağılımları bu bulguların klinik örneklemelerde önceki çalışmalarla uyumlu gözükmektedir.^{25, 26}

Araştırmamızda DEHB'li çocukların annelerinin hem BDÖ, hem de BAÖ puanlarının sağlıklı kontrollere göre anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır. DEHB, kronik doğası nedeniyle aile, özellikle anneler için önemli bir stresördür. Annelerle tanı koymaya yönelik psikiyatrik görüşme yapılmamıştır; ancak, depresyon ve anksiyete düzeylerinin yüksek saptanması beklenen bir sonuç gibi gözükmektedir. Literatürde depresif annelerin daha olumsuz anne-babalık tutumu gösterdikleri bildirilmektedir.^{27,28}

Mc Cormick ve ark.²⁹ DEHB'li çocukların annelerinde depresyonu araştırmış, %17.9'unda majör depresyon, %20.5'inde minör depresyon saptamıştır. Gau ve ark.³⁰ DEHB'de anne-baba ve ailesel etkenleri araştırdıkları çalışmalarında, bizim araştırmamızda olduğu gibi annelere yönelik psikiyatrik tanı konması düşünülmemiştir, ancak annelerde anksiyete, depresyon, bedensel yakınmalar ve uyku sorununun arttığı saptanmıştır. Alizadeh ve ark.³¹ DEHB'li çocuğu olan anne-babaların özgüvenlerinin azaldığını bildirmiştir. Lesesne ve ark.³² DEHB'li okul çağı çocuklarının annelerinin işlevselliği bozucu düzeyde depresyon, anksiyete veya duygusal sorunlar yaşadığını bildirmiştir.

Gerdes ve ark.³³ yaşam olaylarını kontrollerinin dışında algılayan ve aşırı anne-babalık stresi yaşayan annelerin daha yetersiz annelik yaptıklarını, olaylar üzerinde kontrollerinin olmadığı düşüncesi ve annelik rolünün yol açtığı stres duygusu anneyi çocuğunun olumsuz davranışlarına yanıt verememe düşüncesine yönelttiğini öne sürmüştür. Bu düşünceler annenin sorun çözme becerisini kısıtlamanın yanında depresif yakınmalarını da artırmaktadır. Araştırmamızda kontrollere göre yüksek saptanan depresyon ve anksiyete düzeylerinin DEHB'li çocukların anneleri açısından tedavi sürecinde akılda tutulması gerekli görülmektedir.

Bir diğer bulgu, COPE alt ölçeklerinden işlevsel olmayan başa çıkma yöntemleri toplam puanının DEHB grubunda kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksekliğidir. İşlevsel olmayan başa çıkma yöntemlerinin DEHB grubunda daha sık kullanılması anelerin güçlükleri yönetmekte zorlandıkları ve bunları

inkara eğilimli oldukları, çocuklarıyla ilgili durumlarla davranışsal ve zihinsel olarak daha az ilgilendikleri şeklinde değerlendirilebilir. DEHB'li çocuklar, aile içinde daha fazla stres oluşturur³⁴ ve anne-babaları sıklıkla çocuklarının davranış ve niyetlerini yanlış yorumlamaktadır.³⁵ Cooper ve ark.³⁶ Alzheimer hastalarına bakım veren kişilerin kullandıkları başa çıkma yöntemlerini araştırdıkları çalışmalarında, çalışmanın başında ve birinci yılın sonunda duygusal odaklı başa çıkma yöntemleri kullanan grubun sorun odaklı ve işlevsel olmayan başa çıkma yöntemleri kullanan gruplara göre anksiyete düzeylerinin daha düşük olduğunu bildirmiştir. DEHB'nin de Alzheimer hastalığı gibi kronik gidişli olması nedeniyle bakım verenler için sürekli sorunlarla yüzleşme ve üstesinden gelmeyi gerektiren bir durumdur. DEHB'li çocukların annelerinin işlevsel olmayan başa çıkma yöntemlerini daha çok kullanması, bu bireylerin anksiyetelerinin süreceğini düşündürmektedir. Fakat çalışmanın kesitsel doğası, annelerin başa çıkma davranışlarının DEHB fenomenolojisi ile zamansal ilişkisi hakkında kesin bir fikir belirtmeyi güçleştirmektedir. Bu davranışlarla DEHB arasındaki ilişkinin daha net ortaya konması amacıyla uzunlamasına araştırmalara gereksinim duyulmaktadır.

Bu araştırmada DEHB'li çocukların annelerinin sorun odaklı başa çıkma yöntemlerinden diğer meşguliyetleri bastırmayı daha sık kullandıkları saptanmıştır. Diğer meşguliyetleri bastırma, stresle başa çıkabilmek için diğer projeleri askıya alma, başka olaylarca rahatsız edilmeyi engellemeye çalışma olarak tanımlanmaktadır.²³ DEHB'li çocukların annelerin çocuklarıyla daha iyi ilgilenmeleri için kendilerine ve çevreleriyle ilgili etkinliklere daha az zaman ayırmaları, giderek annenin anne-babalık rolü açısından yetersizlik duygusu yaşamasına yol açabilir.

Araştırmamızda DEHB grubundaki çocukların annelerinin soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma yöntemini daha sık kullandıkları saptanmıştır. Bu yöntem kişinin yaşadığı sıkıntı ya da güçlüğü üzerine yoğunlaşma ve bu duyguları açığa vurma eğilimidir.³⁷ Böyle bir yanıt işlevsel olabileceği gibi, bu duygulara odaklanmanın uyumu engelleyebileceği de akılda tutulmalıdır.³⁸ Sıkıntı ve sorunların var olan sıkıntı ve sorunları daha artıracığı görüşü³⁹ bunlara odaklanmanın, sıkıntının ötesinde kişiyi karşılaştığı güçlüklerle aktif başa çıkmadan alıkoyacağı belirtilmektedir.²³ DEHB'li çocukların annelerinin çocukları ile yaşadıkları ilişkide

duygusal odaklı bir başa çıkma yöntemini kullanmaları bilişsel sorun çözme becerilerini engelleyebilir. Bu durumun çocuğun dürtüsellik ve duygusal değişkenliği ile birleştiğinde aile içi iletişimde kısır döngüye yol açması olasıdır.

Diğer bir bulgu DEHB'li çocukların annelerinin inkar yöntemini daha sık kullandıklarıdır. İnkâr sıklıkla sıkıntıyı azaltıp başa çıkmayı artırdığından, yararlı olduğu vurgulanmaktadır.⁴⁰ Stresör başarılı şekilde göz ardı edilmedikçe, inkar sadece ek sorunların ortaya çıkmasına yol açabilir.⁴¹ Levine ve ark.⁴² inkarın stresle karşılaşıldığında erken dönemlerde yararlı olduğunu, ancak sonrasında başa çıkmayı güçleştirdiğini belirtmiştir. DEHB'li çocukların annelerinin kontrol grubundaki annelere göre inkarı daha sık kullanmaları DEHB'yi yeterince önemsememeleri, ya da anne-çocuk arasında çözülmemeyen sorunların zihinsel ve davranışsal anlamda geri plana atılması olarak değerlendirilebilir.

Sonuçlarımızdan sonuncusu, annenin BAÖ ile COPE alt ölçekleri puan ortalamalarıyla annenin madde kullanımı arasındaki istatistiksel yönden anlamlı ilişkidir. Bu bulgu özellikle aşırı anksiyeteli annelerin kendilerini iyi hissetme, yaşadığı sıkıntıları unutma, kendileriyle daha az

uğraşma için madde kullanmayı tercih ettikleri şeklinde açıklanabilir.

Örneklem sayımız, DEHB alt tipleri için araştırılan parametreler açısından karşılaştırma yapılabilmesi için yeterli değildir; bu yetersizlik araştırmamızın kısıtlıklarından biridir. Ayrıca çocuklarda eşlik eden psikiyatrik tanılarının dışlanması için bir klinik görüşme formunun (Ör. Kiddie-Sads) kullanılmamış olması da bir kısıtlılık olarak değerlendirilmelidir.

Sonuç olarak DEHB'li çocuk ve ergenlerin takip ve tedavisinde çocuk ya da ergenin yanında aile işlevleri ve özellikle annenin klinik değerlendirilmesi önemlidir. Annenin yetersiz ve sorunlu olduğu alanlar sorgulanarak klinik görüşmede o alanlar desteklenmeye çalışılmalıdır. Bildiğimiz kadarıyla bu araştırmada kullanılan COPE, DEHB'li çocukların annelerine ilk kez uygulanmıştır. Bu anlamda bu araştırma bir ön çalışma olarak görülmelidir. COPE'un daha geniş örneklemelerde ve farklı çalışma desenlerinde kullanılması yararlı olacağı düşünülmektedir. Ayrıca annelerin başa çıkma davranışları ve DEHB tanısı arasındaki ilişkinin daha net ortaya konabilmesi için uzunlamasına araştırmalara gereksinim duyulmaktadır.

KAYNAKLAR

1. Amerikan Psikiyatri Birliği. *Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı*, dördüncü baskı (DSM-IV) 1994. (Çev. Ed.: E. Köroğlu), Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 1995.
2. Whalen CK, Henker B. *The child with attention-deficit hyperactivity disorder in family contexts*. HC Quay, AE Hogan (Eds.), *Handbook of Disruptive Behavior Disorders*. New York, Kluwer, 1999, p.139-155.
3. Whalen CK, Henker B, Buhrmester D, Hinshaw S, Huber A, Laski K. Does stimulant medication improve the peer status of hyperactive children? *J Consult Clin Psychol* 1989; 57:545-549.
4. Biederman J, Milberger S, Faraone SV, Kiely K, Guite J, Mick E, et al. Impact of adversity on functioning and comorbidity in children with attention-deficit hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995; 34:1495-1503.
5. Patterson GR. Some characteristics of a developmental theory for early-onset delinquency. MF Lenzenweger, JJ Haugaard (Eds.), *Frontiers of Developmental Psychopathology*. New York, Oxford University Press, 1996, p.81-124.
6. Nigg JT, Hinshaw SP. Parent personality and psychiatric history in relation to child antisocial behaviors in childhood ADHD. *J Child Psychol Psychiatry* 1998; 39:145-160.
7. Barkley RA, Anastopoulos AD, Guevremont DC, Fletcher KE. Adolescents with attention deficit hyperactivity disorder: mother-adolescent interactions, family beliefs and conflicts, and maternal psychopathology. *J Abnorm Child Psychol* 1992; 20:263-288.
8. Campbell SB, March CL, Pierce EW, Ewing LJ, Szumowski EK. Hard-to-manage preschool boys: Family context and the stability of externalizing behavior. *J Abnorm Child Psychol* 1991; 19:301-318.
9. Johnston C. Parent characteristics and parent-child interactions in families of nonproblem children and ADHD children with higher and lower levels of oppositional-defiant behavior. *J Abnorm Child Psychol* 1996; 24:85-104.
10. Johnston C, Mash EJ. Families of children with attentiondeficit/ hyperactivity disorder: Review and recommendations for future research. *Clin Child Family Psychol Rev* 2001; 4:183-207.
11. Johnston C. Parent characteristics and parent-child interactions in families of nonproblem children and ADHD children with higher and lower levels of oppositional-defiant behavior. *J Abnorm Child Psychol* 1996; 24:85-104.

12. Mash EJ, Johnston C. Parental perceptions of child behavior problems, parenting self-esteem, and mothers' reported stress in younger and older hyperactive and normal children. *J Consult Clin Psychol* 1983; 51:86-99.
13. Folkman S. Personal control and stress and coping processes: a theoretical analysis. *J Pers Soc Psychol* 1984; 46:839-852.
14. Folkman S, Lazarus RS, Gruen RJ, DeLongis A. Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. *J Pers Soc Psychol* 1986; 50:571-579.
15. Folkman S, Lazarus RS. An analysis of coping in a middle-aged community sample. *J Health Soc Behav* 1980; 21:219-239.
16. Rohde P, Lewinshon TM, Tilson M, Seeley J. Dimensionality of coping and its relation to depression. *J Pers Soc Psychol* 1990; 58:499-511.
17. Spurrell MT, McFarlane AC. Post-traumatic stress disorder and coping after a natural disaster. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1993; 28:194-200.
18. Wegner DM, Schneider DJ, Carter SR, White TL. Paradoxical effects of thought suppression. *J Pers Soc Psychol* 1987; 53:5-13.
19. Ercan ES, Amado S, Somer O, Çikoğlu S. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve yıkıcı davranım bozuklukları için bir test bataryası geliştirme çabası. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi* 2001; 8:132-144.
20. Hisli N. Beck depresyon envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliği ve güvenirliği. *Türk Psikoloji Dergisi* 1989; 7:3-13.
21. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *J Consult Clin Psychol* 1988; 56:893-897.
22. Ulusoy M, Şahin NH, Erkmen H. Turkish version of the Beck Anxiety Inventory: Psychometric properties. *J Cogn Psychother* 1998; 12:163-172.
23. Carver CS, Scheier MF, Weintraub JK. Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *J Pers Soc Psychol* 1989; 56:267-283.
24. Ağargün MY, Beşiroğlu L, Kıran ÜK, Özer ÖA, Kara H. COPE (Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği): Psikometrik özelliklere ilişkin bir ön çalışma. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2005; 6:221-226.
25. Biederman J, Faraone SV, Taylor A. Diagnostic continuity between child and adolescent ADHD: finding from a longitudinal clinical sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998; 37:305-313.
26. Faraone SV, Biederman J. The neurobiology of attention deficit hyperactivity disorder. DS Charney, EJ Nestler, BS Bunney (Eds.), *Neurobiology of Mental Illness*. First ed., Oxford University Press, 1999, p.788-801.
27. Downey G, Coyne JC. Children of depressed parents: An integrative review. *Psychol Bull* 1990; 108:50-76.
28. Lovejoy MC, Graczyk PA, O'Hare E, Neuman G. Maternal depression and parenting behavior: A meta-analytic review. *Clin Psychol Rev* 2000; 20:561-592.
29. McCormick LH. Depression in mothers of children with attention deficit hyperactivity disorder. *Fam Med* 1995; 27:176-179.
30. Gau SF. Parental and family factors for attention deficit hyperactivity disorder in Taiwanese children. *Aust N J Z Psychiatry* 2007; 41:688-696.
31. Alizadeh H, Applequist KF, Coolidge FL. Parental self-confidence, parenting styles, and corporal punishment in families of ADHD children in Iran. *Child Abuse Negl* 2007; 31:56-572.
32. Lesesne CA, Visser SN, White CP. Attention-deficit/hyperactivity disorder in school-aged children: association with maternal mental health and use of health care resources. *Pediatrics* 2003; 111:1232-1237.
33. Gerdes AC, Hoza B, Arnold LE, Pelham WE, Swanson JM, Wigal T, et al. Maternal depressive symptomatology and parenting behavior: exploration of possible mediators. *J Abnorm Child Psychol* 2007; 35:705-714.
34. Abidin RR. Parenting stress index. Charlottesville, VA, Pediatric Psychology Press, 1983.
35. Goldstein S, Goldstein M. Managing attention deficit hyperactivity disorder: A guidance for practitioners. New York, Wiley, 1998.
36. Cooper C, Katona C, Orrell M, Livingston G. Coping strategies, anxiety and depression in caregivers of people with Alzheimer's disease. *Int J Geriatr Psychiatry* 2008; 23:929-936.
37. Scheff TJ. Catharsis in healing, ritual, and drama. Berkeley, University of California, 1979.
38. Felton BJ, Revenson TA, Hinrichsen GA. Stress and coping in the explanation of psychological adjustment among chronically ill adults. *Soc Sci Med* 1984; 18:889-898.
39. Scheier ME, Carver CS. Self-focused attention and the experience of emotion: Attraction, repulsion, elation, and depression. *J Pers Soc Psychol* 1977; 35:625-636.
40. Breznitz S (Ed.). *The Denial of Stress*. New York, International Universities Press, 1983.
41. Matthews KA, Siegel JM, Kuller LH, Thompson M, Varat M. Determinants of decisions to seek medical treatment by patients with acute myocardial infarction symptoms. *J Pers Soc Psychol* 1983; 44:1144-1156.
42. Levine J, Warrenburp S, Kerns R, Schwartz G, Delaney R, Fontana A, et al. The role of denial in recovery from coronary heart disease. *Psychosom Med* 1987; 49:109-117.