

# Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocukların Annelerinde Tükenmişlik Düzeyleri ile Kısa ve Uzun Etkili Metilfenidatın Bu Tükenmişliğe Etkisi

## Burnout Syndrome of Mothers of Children with Attention Deficit and Hyperactivity Disorder

Dr. Burcu SARI AKIN,<sup>a</sup>  
Esin GÖKÇE SARIPINAR,<sup>a</sup>  
Dr. Şahnur ŞENER<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi AD,  
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara

*Bu çalışmanın ilk bölümü,  
2008 Uluslararası Çocuk ve Ergen Ruh  
Sağlığı ve Hastalıkları Kongresi'nde  
poster olarak sunulmuştur.*

Geliş Tarihi/Received: 03.02.2009  
Kabul Tarihi/Accepted: 14.06.2009

Yazışma Adresi/Correspondence:  
Dr. Burcu SARI AKIN  
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi,  
Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi AD, Ankara,  
TÜRKİYE/TURKEY  
carpediemburcu@yahoo.com

**ÖZET Amaç:** Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB) olan çocukların yetiştirilmesi ve bakımı beraberinde fazladan zorluklar getirir. Bu çalışmanın amacı, DEHB'li çocukların annelerinin tükenmişlik sendromu yaşayıp yaşamadığını, çocuklara verilen kısa ve uzun etkili metilfenidatın bu tükenmişlik dereceleri üzerindeki olası etkinliklerini sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırılarak araştırmaktır. **Gereç ve Yöntemler:** Çalışma iki bölümden oluşmaktadır, ilk bölümde DEHB olan çocukların annelerinin tükenmişlik sendromu yaşayıp yaşamadığına Maslach Tükenmişlik Ölçeği kullanılarak bakılmış ikinci bölümde ise kısa ve uzun etkili metilfenidatın bu tükenmişliğe etkisi incelenmiştir. Bu bağlamda ilk bölümde yaşları 6 ile 17 arasında 54 DEHB olan çocuk annesinin ve 42 sağlıklı çocuk annesinin tükenmişlik düzeyi ölçülerek bu iki grup arasında fark olup olmadığı araştırılmıştır. İkinci bölümde ise yine yaşları 6 ile 17 yaş arasında olan 40 DEHB olan çocuk annesine tükenmişlik düzeyi açısından bakılmış ve çocukların aldığı ilaçlara göre annelerinin tükenmişlik düzeyinin farklı olup olmadığına bakılmıştır. **Bulgular:** DEHB bulunan çocukların annelerinin duygusal tükenmişlik düzeyleri kontrol grubuyla karşılaştırıldığında, ilk gruptaki tükenmişlik düzeylerinin istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde ( $p=0.000$ ) daha yüksek olduğu bulunmuştur. Kişisel başarı düzeyleri de anlamlı olacak şekilde ( $p=0.003$ ) düşüktür. Uzun ve kısa etkili metilfenidat kullanan çocukların anneleri arasında duygusal tükenmişlik ve kişisel başarı düzeylerinde anlamlı bir fark bulunmamıştır (Duygusal tükenmişlik için  $p=0.289$ , kişisel başarı için  $p=1.000$ ). **Sonuç:** DEHB olan çocuk annelerinin kontrol grubuna göre yüksek oranda tükenmişlik yaşadıkları fakat kısa ve uzun etkili metilfenidatın tükenmişlik sendromunda fark yaratmadığı yönündedir. Ailelere, yaşanan tükenmişliği önlemek için sosyal destek verilmeli, hastalıkla ilgili bilgilendirilmeleri sağlanmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Tükenmişlik; dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu; metilfenidat

**ABSTRACT Objective:** Child rearing process is a joy in general, but may become a strain at times for parents especially bringing up a child with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) may put extra burden as well as worries. The aim of this study was to evaluate the burnout syndrome in mothers of children with ADHD, with the use of a control group, and to investigate the effects of short and long acting forms of methylphenidate taken by the children on the burnout levels. **Material and Methods:** The study was composed of two parts; in the first part, by the use of Maslach Burnout Scale, it was investigated whether the mothers of ADHD children had burnout syndrome or not and in the second part, the effects of methylphenidate and long acting forms of methylphenidate on the burnout syndrome. For this purpose, in the first part, burnout levels of mothers of the 54 children with ADHD and the ages between 6 and 17 and the mothers of 42 control children were evaluated and compared. In the second part, burnout levels of mothers of the 40 children with ADHD and the ages similarly between 6 and 17 were evaluated and the effects of the medicine taken by their children. **Results:** An emotional exhaustion level of the mothers of the children with ADHD was significantly higher than the control group ( $p=0.000$ ). Personal success levels were specifically low ( $p=0.003$ ). There was no significant difference between the effects of methylphenidate and OROS methylphenidate on the emotional exhaustion levels ( $p=0.289$ ). Besides that there was no difference for the personal accomplishment levels subgroup ( $p=1.000$ ). **Conclusion:** It was concluded that the mothers of ADHD children have had higher levels of burnout syndrome, as comparison to control group but interestingly no difference between the effects of short and long acting forms of methylphenidate on burnout syndrome. The cause of this result could be the stigmatization of children with ADHD. To solve this problem social support and information should be gained.

**Key Words:** Burnout, professional; attention deficit disorder with hyperactivity; methylphenidate

**D**ikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB), dikkat eksikliği, hiperaktivite ve dürtüsellik olmak üzere üç ana bozukluk alanını içeren bir hastalıktır. Tanı için belirtilerin 3 yaşından önce başlaması gerekir ve bu belirtilerin en az iki yerde (okul, ev gibi) görülmesi şarttır. DEHB'li çocuklarla ilişki kurmak, hem aileleri hem de arkadaşları için zor olabilir. Bu nedenle çevrelerinden sık sık olumsuz geri bildirim alırlar ve kendine güvenleri az, çevrece problemlili olarak görülen çocuklar olurlar. Yetişkinlikte de devam eden bu durum tedavi edilmezse, davranım sorunları, madde bağımlılığı, depresyon, anksiyete gibi hastalıklar görülebilir.<sup>1</sup>

Ebeveynlik, yüksek sorumluluğun yanı sıra doyum veren ve keyifli bir süreçtir ancak özürlü ya da kronik hastalığı olan çocukların yetiştirilmesi ve bakımı beraberinde zorluklar getirmektedir. Bu zorluklar nedeni ile annelerde tükenmişlik yaşandığı birçok çalışma ile gösterilmiştir.<sup>2,3</sup> Örneğin; otizm veya zeka geriliği gibi kronik hastalığı olan çocukların annelerinin tükenmişlik sendromu yaşadığını ve sosyal desteğe ihtiyaç duyduğunu görmekteyiz. Duygun ve Sezgin, zeka geriliği olan çocukların annelerinin sağlıklı çocuk annelerinden daha fazla tükenmişlik sendromu yaşadığını göstermiştir.<sup>2</sup> Weiss yaptığı çalışmada 40'ar otistik ve zeka geriliği olan çocuk annesiyle kontrol grubunu karşılaştırmıştır. Bu çalışmaya göre otistik çocukların anneleri, zeka geriliği veya sağlıklı olan gruptan daha fazla strese maruz kalmaktadır.<sup>3</sup> DEHB olan çocukların eğitimleri ve günlük yaşamlarındaki sorunları, göreceli olarak daha zor olmasına rağmen annelerin tükenmişlik derecelerinin ölçüldüğü bir çalışmaya rastlanmamıştır.

DEHB'nin asıl tedavisi farmakolojik ajanlarla yapılmaktadır. İlk tercih edilen farmakolojik ajan ise birçok çalışma ile metilfenidat olarak belirlenmiştir. On iki saat (uzun) etkili formunun çıkmasıyla akademik başarıda olduğu gibi sosyal uyum becerilerinde de iyileşmelerin olabileceği iddia edilmekte ve gözlenmektedir. Metilfenidatın yanı sıra bu bozuklukta imipramin, atomoksetin, fluoksetin, risperidon, pirasetam, reboksetin,  $\alpha$  agonistler (klonidin, guanfasin) gibi ilaçlar, hem DEHB tedavisi için hem komorbid bozukluklar için kullanılmaktadır.<sup>4</sup>

Bu çalışmanın amacı, DEHB'li çocukların annelerinin tükenmişlik sendromu yaşayıp yaşamadığını, çocuklara verilen kısa ve uzun etkili metilfenidatın bu annelerdeki tükenmişlik dereceleri üzerindeki olası etkinliklerini, sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırarak, araştırmaktır.

## GEREÇ VE YÖNTEMLER

Çalışma iki bölümden oluşmaktadır. Çalışmanın ilk bölümüne, yaşları 6 ile 17 arasında olan, Conners ölçeklerinden faydalanılarak ve DSM-IV'e göre DEHB tanısı konulan 54 çocuğun annesi ile, yaş ve cinsiyet olarak eşleştirilen 42 sağlıklı çocuğun annesi alınmıştır. Conners ebeveyn ve öğretmen kısa formunun geçerlilik-güvenilirliği 2007 yılında Dereboy ve ark. tarafından yapılmıştır.<sup>5</sup> DEHB grubunu, en az 1 yıldır tedavi alan 48 erkek ve 6 kız çocuktan oluşan ilköğretim öğrencileri oluşturmaktadır. Örneklem grubu benzer sosyodemografik karakteristiklere sahiptir. Zihinsel özürülüğün tükenmişlik sendromuna olumsuz olarak etki etmesinden dolayı, zeka katsayısı Wechsler çocuklar için zeka ölçeği-yeniden gözden geçirilmiş formu [Wechsler intelligence Scale for children-Revised (WISC-R)] ile değerlendirilmiş ve 69 ve altı puan alanlar çalışmaya dahil edilmemiştir. Elli dört DEHB'li çocuğun 19 (%35.8)'unda komorbid hastalık bulunmaktadır. Komorbiditeler; disleksi, karşı gelme karşı olma bozukluğu, davranış bozukluğu, enürezis nokturna ve enkoprezistir. Disleksi tanısı öğrenme güçlüğü bataryası verilerek, karşı gelme karşı olma bozukluğu, davranış bozukluğu tanıları klinik görüşme ve Conners alt ölçeklere bakılarak, enürezis nokturna ve enkoprezis tanıları ise organik etiyoloji dışlanarak konulmuştur. Tüm tanımlar DSM-IV'e uygun tanı koyma süreci ile belirlenmiştir.

DEHB'li çocuklar Gazi Üniversitesi Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Polikliniğinden sağlanmıştır. Kontrol grubu ise orta sosyoekonomik düzeydeki bir yerleşim bölgesinde bulunan bir ilkokuldan ve aynı klinikten herhangi bir ruhsal bozukluğu olmayan çocuklar arasından alınmıştır. Her iki grubun anneleri de sosyodemografik bilgilerin istendiği ve psikiyatrik öykülerinin sorgulandığı bir form doldurmuşlardır. Deneklerin sosyoekonomik

düzeyleri, ailelerin eğitim durumu, aylık gelirleri, oturdukları yerleşim bölgesine göre belirlenmiştir. Aynı zamanda ailelerin tükenmişliğe etki edebilecek sosyal destek sistemleri de sorgulanmıştır. Bu sorgulama yarı yapılandırılmış bir şekilde yapılmıştır. Annelerin tükenmişlik düzeyini ölçmek için Maslach Tükenmişlik Ölçeği doldurtulmuştur. Bu ölçek 1981 yılında Maslach ve Jackson tarafından geliştirilmiş ve Pelsma, Roland, Tolledon ve Wington tarafından annelere uyarlanmıştır.<sup>6,7</sup> Bu uyarlanan formun Türkçe geçerlilik güvenilirliği de Duygun ve Sezgin tarafından yapılmıştır. Ölçeğin duygusal tükenmişlik ve kişisel başarı olmak üzere iki faktörünün geçerli olduğu gösterilmiştir. Bu ölçek 22 sorudan oluşmaktadır ve Likert tipi derecelendirme sistemi ile puanlanmaktadır. Herhangi bir kesme noktası olmadığından kontrol grubu ile karşılaştırılarak tükenmişlik dereceleri yorumlanabilir.<sup>2</sup>

Çalışmanın ikinci bölümüne uzun ve kısa etkili metilfenidat kullanan 20'şer DEHB'li çocuk annesi alınmıştır. Bu anneler çalışmanın ilk bölümünde yer almamaktadır. İkinci bölüme dahil edilen çocukların hiçbirinde ek bir psikiyatrik tanı yoktur. On sekiz erkek ve ikişer kızdan oluşan gruplara birinci bölümdekiyle aynı tanı koyma işlemi uygulanmıştır. DEHB şiddetleri Conners öğretmen ve ebeveyn formları ile klinik gözlemlerle incelenmiş, eş şiddetli oldukları görülmüştür. Yaşları 7-16 arasında olan çocuklardan zeka katsayıları 70 ve üstü olanlar çalışmaya alınmıştır. İlaç etkinliğinin tam olarak gözlenebilmesi için en az 1 senedir takipte bulunanlar çalışmaya dahil edilmiştir. İlaç dozları klinik gözlemlere ve annelerin ifadelerine göre ayarlanmıştır (minimal doz maksimum etkinlik prensibine göre). Annelere ilaçtan faydalanıp faydalanmadığı sorulmuş faydalı olduğu belirtildikten sonra denekler çalışmaya alınmıştır. İlaçtan faydalanmadığını belirtenler çalışmaya alınmamış ve ilaç ayarlanmasına gidilmiştir. Tüm annelere çalışma ile ilgili sözel bilgi verilmiş ve kendi rızalarıyla çalışmaya katılmaları sağlanmıştır. Grupların karşılaştırılmasında, olgu sayısının yeterli ve normal dağılıma uygun olması sebebiyle parametrik istatistiksel analiz yöntemleri (bağımsız t testi) kullanılmıştır. Alfa değeri 0.05'ten küçük olduğunda istatistiksel anlamlılığın

bulduğu kabul edilmiştir. Devamlı verilerde ilişki düzeyini belirlemek için Pearson korelasyon analizi yapılmıştır.

## BULGULAR

Çalışmanın ilk bölümündeki DEHB'li çocukların yaş ortalaması  $10.09 \pm 2.26$  yıl, kontrol grubunun yaş ortalaması ise  $9.92 \pm 2.09$  yıl olarak bulunmuştur. DEHB'li çocukların annelerinin yaşları 26 ile 49 ( $36.50 \pm 5.88$  yıl), kontrol annelerinin yaşları 30 ile 52 ( $38.62 \pm 5.35$  yıl) arasındadır. DEHB'li çocukların %74'ü erkek, %26'sı kızdır. Kontrol grubunun %75'i erkek, %25'i kızdır. DEHB'li çocukların annelerinin %33.3'ü ilkökul mezunu, %13'ü ortaokul mezunu, %29.6'sı lise mezunu, %22.2'si üniversite mezunudur (Tablo 1). Ailelerin %88.9'u çekirdek aile, %7.4'ü ayrılmış aile, %3.7'si geleneksel ailedir. Anne veya babada psikiyatrik bir hastalık olanlar DEHB'li grubun %29.6'sını oluşturmaktadır. Kontrol grubunda sadece 1 ailede psikiyatrik hastalık öyküsü bulunmaktadır. Psikiyatrik hastalıklar DEHB'li grupta daha çok depresyon olarak belirlenmiştir. Fakat aileler tanıyı tam olarak belirlemedikleri için bu veri güvenilir bulunmamıştır.

DEHB'li çocukların 28 (%53.8)'i miks tip, 12 (%23.1)'si dikkat eksikliği ön planda olan tip, 12 (%23.1)'si hiperaktivite ön planda olan tip alt grubundadır. İki olguda DEHB alt tipi belirleneme-

**TABLO 1:** Çalışmanın ilk bölümünde yer alan örneklem sosyodemografik özellikleri.

	Hasta Grubu n= 54	Kontrol Grubu n= 42
Yaş	10.09 ± 2.26	9.92 ± 2.09
Anne yaşı	36.50 ± 5.88	38.62 ± 5.35
Aylık Gelir (TL)	1414.03 ± 740.61	1568.33 ± 1182.67
Anne eğitim düzeyi		
Belirtilmemiş	-	%16.7
İlkokul	%33.3	%14.3
Ortaokul	%13	%2.4
Lise	%29.6	%23.8
Üniversite	%22.2	%42.9
Destek Sistemleri		
Akraba	%37	%35.7
Komşu	%22.2	%4.8
Hobi	%16.7	%9.5
Diğer	%24.1	%26.2

miştir. Toplam zeka bölümü katsayıları ortalama  $92 \pm 14.15$  (normal zeka ve üstü değerler) olarak bulunmuştur. Kontrol grubuna WISC-R yapılmamış ancak başarılı çocuklar örneklem olarak seçilmiştir. Çocukların %61.1'i kısa veya uzun etkili metilfenidat, %29.62'si imipramin tedavisi alıyordu. Bu ilaçların yanı sıra davranım sorunları, karşı gelme karşıt olma bozukluğu, enürezis nokturna, ekoprezis ve disleksi için ek ilaç (risperidon, pirasetam, fluoksetin, reboksetin) kullanımı mevcuttu.

DEHB'li çocukların annelerinin duygusal tükenmişlik düzeyleri, bağımsız t testi kullanılarak kontrol grubuyla karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde daha yüksek bulunmuştur ( $p=0.000$ ). Kişisel başarı düzeyleri de anlamlı olacak şekilde düşüktür ( $p=0.003$ ). DEHB alt grupları arasında duygusal tükenmişlik düzeyleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 2).

Takip süreleri karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte artan yıllarda duygusal tükenmişlik seviyeleri de azalma eğilimindedir. Tükenmişlik düzeyleri ile zeka bölümü katsayıları karşılaştırıldığında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Komorbiditesi olan ve olmayan DEHB'li çocukların anneleri karşılaştırıldığında duygusal tükenmişlik ve kişisel başarı açısından istatistiksel bir fark bulunmamıştır ( $p=0.570$ ).

Çalışmanın ikinci bölümüne yaşları 7 ile 16 arasında (ortalama  $10.5 \pm 2.29$ ) olan her iki gruptaki DEHB'li çocukların %15'i kız, %85'i erkektir. Uzun ve kısa etkili metilfenidat kullanan çocukların anneleri arasında duygusal tükenmişlik ve kişisel başarı düzeylerinde anlamlı bir fark bulunmamıştır. (duygusal tükenmişlik için  $p=0.289$ ,

**TABLO 2:** Çalışmanın ilk bölümündeki duygusal tükenmişlik ve kişisel başarı puanlarının karşılaştırmaları.

	Çalışmanın ilk bölümü ortalamaları ve SS			
	DEHB	Kontrol	p	t
Duygusal tükenmişlik ortalaması	21.11 ± 9.87	9.80 ± 7.10	0.000*	6.257
Kişisel başarı ortalaması	21.07 ± 5.28	24.50 ± 5.67	0.003*	-3.051

SS: Standart Sapma.

\*İstatistiksel olarak anlamlı, bağımsız t testi kullanılmıştır.

**TABLO 3:** Çalışmanın ikinci bölümündeki duygusal tükenmişlik ve kişisel başarı puanlarının karşılaştırmaları.

	Çalışmanın ikinci bölümü ortalamaları ve SS			
	KE Mft	UE Mft	p	t
Duygusal tükenmişlik ortalaması	15.90 ± 8.23	19.00 ± 9.91	0.289	-1.076
Kişisel başarı ortalaması	21.30 ± 5.56	21.30 ± 3.96	1.000	0.000

SS: Standart sapma. KE: kısa etkili, UE: uzun etkili, Mft: metilfenidat.

Bağımsız t testi kullanılmıştır.

kişisel başarı için  $p=1,000$ ) (Tablo 3). Dahası takip süresi uzadıkça başka bir deyişle DEHB süresi uzadıkça duygusal tükenmişlik düzeyi azalmaktadır. Fakat bu azalma Pearson korelasyon analizine göre anlamlı bulunmamıştır (duygusal tükenmişlik için  $r=-0.07$ , kişisel başarı için  $r=0.07$ ).

Aile destek sistemleri çalışmanın her iki bölümünde de değerlendirilmiştir fakat duygusal tükenmişlik ile destek sistemleri arasında herhangi bir korelasyon saptanamamıştır. Ayrıca aile şekli ile ilişkisi incelenmiş tükenmişlik ile aile şekli arasında istatistiksel bir ilişki saptanamamıştır.

## TARTIŞMA

Çalışmanın sonuçlarına göre DEHB'li çocukların anneleri kontrol grubuyla karşılaştırıldığında daha fazla tükenmişlik yaşamaktadırlar ve ilaç tedavisi bu tükenmişliği azaltmamaktadır. Bilgilerimize göre bu çalışma DEHB'li çocukların annelerinin tükenmişlik düzeylerini ölçen ilk çalışmadır. Hem dikkat eksikliği hem de hiperaktivitesi olan çocukların yetiştirilmesi aileleri oldukça zorlamaktadır. Yapılan çalışmalarda DEHB'nin ebeveynin stres yaşamasına ve negatif duygu durumuna neden olduğu belirlenmiştir.<sup>8-10</sup> Ayrıca DEHB'li çocuklar, normal çocuklardan daha fazla ebeveyn bakımına ihtiyaç duyarlar.<sup>11</sup> Bu artmış ebeveyn görevlerinin normal ebeveyn sürecine bozucu bir etkisi olduğu bildirilmiştir.<sup>12</sup> Örneğin; DEHB'li çocukların ebeveynleri, bu görevlerini yerine getirirken, sağlıklı çocukların ebeveynlerine ve DEHB'si olmayan ancak kliniğe gelen çocukların ebeveynlerine göre oldukça fazla stres yaşamaktadırlar.<sup>13,14</sup> Bu nedenlerle DEHB'de tükenmişliğin kontrolden fazla olması literatürle uyumlu bir sonuçtur.

Yapılan çalışmalarda DEHB'li çocukların ailelerinin daha fazla cezalandırıcı, çatışmaların daha yoğun yaşandığı aileler oldukları belirlenmiştir. Aynı zamanda DEHB'nin genetik geçişinin de birçok çalışma ile kanıtlandığı bir gerçektir.<sup>9</sup> Bütün bunlar göz önüne alındığında DEHB'li çocukların annelerinin daha tahammülsüz ve daha kolay tükenen anneler olması muhtemeldir. Bizim çalışmamızda da bu nedenle, DEHB'li annelerin tükenmişlikleri kontrollere göre daha fazla çıkmış olabilir. Bununla birlikte DEHB'li çocukların bulunduğu grup annelerinin kontrol grubundan daha fazla depresyon yaşadığı saptanmıştır, bu durumun annelerin tükenmişlik düzeylerini etkilemiş olabileceği düşünülmüştür.

Yaptığımız çalışmada DEHB alt tiplerinin tükenmişlik açısından birbirinden farkı yoktur. Bu belki de farklı yaşlarda oluşan farklı beklentilerin, farklı nedenlerle tükenmişlik sendromu oluşturmamasından kaynaklanmaktadır. Örneğin; okul öncesi dönemde hiperaktif çocuklar daha fazla problem yaratmış, bu nedenle de tükenmişliğe sebep olmuş olabilir, öte yandan dikkat eksikliği ön planda olan tipte de çocukların akademik başarıları ve evde okul ödevi takipleri okul çağı çocuğu annelerinin tükenmişlik düzeylerini etkilemiş olabilir.

Çalışmamızda ilaç tedavisinin, bozukluğun tedavisinde etkili olduğu halde annelerin tükenmişlik düzeylerine etki etmediği gösterilmiştir. Ayrıca kısa ve uzun etkili metilfenidatin da tükenmişliğe yönelik bir farkı bulunmamıştır. DEHB tedavisi verilmesine ve çocuğun klinik olarak düzeldiği gözlenmesine rağmen annelerdeki tükenmişlik düzeyinin yüksek seyrediyor olması çocukların sosyal ortamlarda sorunlu çocuk olarak algılanmasına bağlı olabilir. Klinik gözlemlerimizde bu tanıyı almış çocukların birçok sosyal ortamda bu tanı nedeni ile damgalandığı ve çocuklara farklı davranıldığı gözlenmiştir. Ayrıca bu bozuklukla ilgili bilgisi olmayan annelerin kaygısı daha çok olmakta bu da tükenmişliği arttırmaktadır. Her iki nedenle, annelere sosyal destek verilerek ailelere bu bozuklukla ilgili bilgilendirme yapılmalı hem de aynı sınıfta yaşayan aileler bir araya getirilerek başa çıkma stratejileri gözden geçirilmelidir. Kliniği-

mizde daha önce DEHB'li çocukların anneleri ile grup terapisi çalışmaları yapılmış, ancak sonuçları araştırılmamıştır.

İstatistiksel olarak anlamlı olmasa da takip süresi arttıkça tükenmişlik düzeylerinin azalma eğiliminde olması ise ilaçların kümülatif etkisinin mi, yoksa çocuğun gelişiminin mi etkili olduğu sorularını akla getirmektedir, bunun için de daha büyük popülasyonlu çalışmalara ihtiyaç vardır. Ayrıca bu olay annelerin baş etme güçlerinin artmasına ya da soruna duyarsızlaşmalarına da bağlanabilir.

Çalışmamızın kısıtlılıkları az sayıda denekle yapılmış olması ve çalışmanın ilk bölümünde komorbid hastaların çalışmaya dahil edilmesidir fakat DEHB'nin büyük bir oranda eş hastalıklarla birlikte bulunduğu unutulmamalıdır.<sup>1</sup> Bu kısıtlılıklar düşünülerek çalışmanın ikinci bölümüne herhangi bir komorbiditesi olan hastalar dahil edilmemiştir. Böylece hem sayıca artış sağlanmış hem de daha kontrollü bir analiz sonucu elde edilmiştir. Öte yandan komorbid hastalıklarda tükenmişlik seviyelerinin saf DEHB olgularının annelerinden farklı çıkmadığının gösterilmesi, tükenmişliğe DEHB'nin daha fazla etki etmiş olabileceğini düşündürmektedir. Ayrıca çalışmanın ikinci bölümünde ilaçların etkilerinin incelenmesi için ilaçsız dönem ve ilaçlı dönem verilerinin toplanmaması sonucun farklı çıkmasına yol açmış olabilir fakat ikinci bölümde ilk bölümdeki sonuçlar genişletilmeye çalışıldığından buna gerek görülmemiştir. Çalışmada bakılmaya çalışılan tükenmişlik sendromu tek bir ölçekle bakıldığından tam olarak değerlendirilememiş olabilir. Ailelerin eğitim düzeyleri, destek sistemleri ve psikiyatrik öyküleri tam olarak birbiriyle eşleşmediğinden DEHB'li çocukların annelerindeki tükenmişlik düzeyleri görece fazla çıkmış olabilir. Bunun düzeltilmesi için daha kontrollü bir çalışma yapılması uygun olacaktır.

## SONUÇ

Tükenmişlik düzeyi hastalıktan bağımsız olarak derecelenmektedir. Annelerin tükenmişlik düzeylerinin yüksek olmasının, onların bu bozuklukla ilgili yeterli sosyal desteği almaması ve DEHB ile ilgili

yeterli bilgilerinin olmamasından kaynaklandığı düşünülmüştür. DEHB olan çocukların ebeveynlerine yönelik bilgilendirmelerin ve sosyal destek sistemlerinin bu bozukluğun tedavisinde etkili olduğu birçok çalışma ile gösterilmiştir.<sup>15</sup> Bu nedenle aile-

lerin tükenmişlik yaşamaması için de ailelerin sosyal destek alması ve hastalıkla ilgili bilgilendirilmesi gerekmektedir. Böylece bozukluğun neden olduğu erişkin dönemi psikiyatrik hastalıklara da engel olunabilir.

## KAYNAKLAR

1. Öner Ö, Aysev AS. Attention deficit and hyperactivity disorder In: Aysev AS, Taner YI, eds. Child and Adolescent Psychiatry. 1<sup>st</sup> ed. İstanbul: Golden Print; 2007. p.397-421.
2. Duygun T, Sezgin N. [The effects of stress symptoms, coping styles and perceived social support on burnout level of mentally handicapped and healthy children's mothers]. Turkish Journal of Psychology 2003;18(52): 37-52.
3. Weiss MJ. Harddiness and social support as predictors of stress in mothers of typical children, children with autism, and children with mental retardation. Autism 2002;6(1):115-30.
4. Green WH. Sympathomimetic amines and central nervous system stimulants. Child and Adolescent Clinical Psychopharmacology. 4<sup>th</sup> ed. New York: Lippincott Williams and Wilkins; 2007. p.51-91.
5. Dereboy C, Senol S, Sener S, Dereboy F. [Validation of the Turkish versions of the short-form Conners' teacher and parent rating scales] Turk Psikiyatri Derg 2007;18(1):48-58.
6. Maslach C, Jackson SE. Maslach Burnout Inventory: Manual. 2<sup>nd</sup> ed. California: Consulting Psychologist Press; 1986. p. 1-34.
7. Pelsma DM, Roland B, Tollefson N, Wigington H. Parent burnout: Validation of the Maslach Burnout Inventory with samples of mothers. Measurement and Evaluation in Counselling and Development 1989;22(2): 81-7.
8. Barkley RA, Fischer M, Edelbrock C, Smallish L. The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by research criteria--III. Mother-child interactions, family conflicts and maternal psychopathology. J Child Psychol Psychiatry 1991;32(2):233-55.
9. Johnston C, Mash EJ. Families of children with attention-deficit/hyperactivity disorder: review and recommendations for future research. Clin Child Fam Psychol Rev 2001;4(3): 183-207.
10. 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(1):86-99.
11. 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(3):263-88.
12. Anastopoulos AD, Shelton TL, DuPaul GJ, Guevremont DC. Parent training for attention-deficit hyperactivity disorder: its impact on parent functioning. J Abnorm Child Psychol 1993;21(5):581-96.
13. Anastopoulos AD, Guevremont DC, Shelton TL, DuPaul GJ. Parenting stress among families of children with attention deficit hyperactivity disorder. J Abnorm Child Psychol 1992;20(5):503-20.
14. Breen MJ, Barkley RA. Child psychopathology and parenting stress in girls and boys having attention deficit disorder with hyperactivity. J Pediatr Psychol 1988;13(2):265-80.
15. Barkley RA. Psychosocial treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder in children. J Clin Psychiatry 2002;63(Suppl 12): 36-43.