

T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

BİRİNCİL BAŞ AĞRISI TANISI ALAN ÇOCUKLARIN RUHSAL DEĞERLENDİRMESİ,
ANNELERİNDE RUHSAL BELİRTİ SIKLIĞININ TARANMASI VE AİLE
İŞLEVLERİNİN İNCELENMESİ

Dr. Ekrem Şentürk

ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

2011

T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

BİRİNCİL BAŞ AĞRISI TANISI ALAN ÇOCUKLARIN RUHSAL
DEĞERLENDİRMESİ, ANNELERİNDE RUHSAL BELİRTİ SIKLIĞININ
TARANMASI VE AİLE İŞLEVLERİNİN İNCELENMESİ

Dr. Ekrem Şentürk

ÇOCUK RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

Tez Danışmanı

Doç. Dr. Işık KARAKAYA

Anabilim Dalı Başkanı

Prof. Dr. Belma AĞAOĞLU

2011

Etik Kurul Uygunluk Onayı

Tarih: 10.01.2011

Proje No: 2011/10

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince bilgi ve deneyimlerinden çok şey öğrendiğim, desteğini her zaman yanında hissettiğim ve iyi bir çocuk ruh sağlığı hekimi olabilmem için göstermiş olduğu çabalarından dolayı değerli hocam Prof. Dr. Belma Ağaoğlu'na;

Tez çalışmamın tasarlanıp yazılmasına kadar her aşamasında desteğini gördüğüm ve uzmanlık eğitimim süresince her konuda yardımcı olan tez danışman hocam Doç. Dr. Işık Karakaya'ya;

Uzmanlık eğitimine başladığım ilk günden bu güne bilgi ve deneyimlerini esirgemeyen ve her konuda desteklerini hissettiğim hocalarım Doç. Dr. Özlem Yıldız'a, Yrd. Doç. Dr. Şahika Gülen Şişmanlar'a ve Yrd. Doç. Dr. Nursu Çakın Memik'e;

Çocuk Nörolojisi rotasyonumda bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım ve tez çalışmam konusunda yardımını esirgemeyen hocam Doç. Dr. Bülent Kara'ya;

Psikiyatri rotasyonum sırasında bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım hocalarım Prof. Dr. Ahmet Tamer Aker, Prof. Dr. Bülent Coşkun, Prof. Dr. Mustafa Yıldız, Prof. Dr. Ümit Tural, Doç. Dr. Aslıhan Polat ve Doç. Dr. İrem Yaluğ'a;

Birlikte çalışmış olmaktan büyük mutluluk duyduğum doktor arkadaşlarım ve çalışma arkadaşlarıma;

Tez çalışmamın örneklemini oluşturan tüm çocuklara;

Eğitimim süresince desteklerini her zaman yanımda hissettiğim annem, babam, ablam ve ağabeyime;

Varlıklarıyla yaşamımı daha değerli kılan sevgili eşim Zeynep'e ve kızım Zehra'ya teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER DİZİNİ

1. AMAÇ VE KAPSAM	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Çocukluk Çağı Baş Ağrıları	4
2.1.1. Tarihçe	4
2.1.2. Sınıflandırma	5
2.1.3. Epidemiyoloji	5
2.1.4. Tanı ve Klinik Özellikler	6
2.1.5. Tedavi	11
2.2. Birincil Baş Ağrıları ve Ruh Sağlığı	14
2.2.1. Birincil Baş Ağrısı Tanısı Alan Çocuklarda Sık Görülen Ruhsal Bozukluklar	14
2.2.2. Ağrı ve Ailesel Geçiş	17
2.2.3. Birincil Baş Ağrısı Tanısı Alan Çocukların Ebeveynlerinin Ruhsal Özellikleri	18
2.2.4. Birincil Baş Ağrılarının Psikososyal Etkileri	19
3. GEREÇ VE YÖNTEM	22
3.1. Katılımcıların seçimi	22
3.2. Yöntem	23
3.3. Gereçler	23
3.4. Verilerin İstatistiksel Analizi	29
4. BULGULAR	30
4.1. Sosyodemografik Özellikler	30
4.2. Araştırmaya Katılan Çocukların Ruhsal Değerlendirmeleri	35
4.3. Annelerde Ruhsal Belirti Sıklığı	41
4.4. Aile İşlevlerinin Değerlendirilmesi	44
5. TARTIŞMA	46
5.1. Sosyodemografik Özellikler	47
5.2. Çocukların Ruhsal Değerlendirmesi	49
5.3. Yaşam Kalitesi	51
5.4. Annelerin Ruhsal Özellikleri	51

5.5. Aile İşlevleri	52
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER	54
6.1. Sonuçlar	54
6.2. Öneriler	55
6.3. Kısıtlılıklar	56
7. ÖZET	57
8. İNGİLİZCE ÖZET	58
9. KAYNAKLAR	59
10. EKLER	71
10.1. Aydınlatılmış Onam formu	71
10.2. Sosyodemografik Bilgi Formu	73
10.3. Çalışmada Kullanılan Ölçekler	74
10.3.1. Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R)	74
10.3.2. Aile Değerlendirme Ölçeği	78
10.3.3. Çocuklar İçin Durumluk Sürekli Kaygı Envanteri	81
10.3.4. Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği	82
10.3.5. Benlik Saygısı Ölçeği	85
10.3.6. Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği Çocuk Formu	87
10.3.7. Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği Ebeveyn Formu	89

KISALTMALAR

AAB	Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu
AB	Anksiyete Bozuklukları
ADÖ	Aile Değerlendirme Ölçeği
BSÖ	Benlik Saygısı Ölçeği
ÇDDÖ	Çocuklarda Davranış Değerlendirme Ölçeği
ÇDÖ	Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği
ÇİYKÖ	Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği
ÇDSKE	Çocuklar İçin Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri
ÇDŞG-ŞY	Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli
DDB	Duygudurum Bozuklukları
DEHB	Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Ruhsal Bozukluklar İçin Tanı ve İstatistik El Kitabı)
GBD	Genel Belirti Düzeyi
GTBA	Gerilim Tipi Baş Ağrısı
ICHD-II	International Classification of Headache Disorders (Baş Ağrısı Bozukluklarının Uluslararası Sınıflandırılması)
IHS	International Headache Society (Uluslararası Baş Ağrısı Derneği)
KDD	Kortikal Depresyon Dalgası
KOKGB	Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu
MDB	Majör Depresif Bozukluk

MÖ	Milattan Önce
OKB	Obsesif Kompulsif Bozukluk
ÖÖG	Özgül Öğrenme Güçlüğü
PBD	Pozitif Belirti Düzeyi
SCL-90-R	Symptom Checklist-90-Revised (Belirti Tarama Listesi)
TSSB	Travma Sonrası Stres Bozukluğu
WISC	Wechsler Intelligence Scale for Children (Wechsler Çocuklar İçin Zeka Ölçeği)
YAB	Yaygın Anksiyete Bozukluğu
YDB	Yıkıcı Davranış Bozuklukları
5-HT	5-Hidroksitriptamin

TABLULAR DİZİNİ

Tablo 1: Grupların cinsiyet dağılımları	30
Tablo 2: Gruplar arasında eğitim düzeylerinin karşılaştırılması	31
Tablo 3: Gruplar arasında ebeveynlerin eğitim düzeylerinin karşılaştırılması	32
Tablo 4: Annelerin çalışma durumlarının karşılaştırılması	32
Tablo 5: Gruplar arasında aile yapısının karşılaştırılması	33
Tablo 6: Gruplar arası evde yaşayan kişi ve kardeş sayısı ortalamaları	33
Tablo 7: Ebeveynlerin psikiyatrik başvuru öyküsü	34
Tablo 8: Ebeveynlerin fiziksel hastalık öyküsü	35
Tablo 9: Deneklerde ruhsal bozukluk tanısı sıklığı	35
Tablo 10: Deneklerdeki ruhsal hastalıkların dağılımı	36
Tablo 11: Deneklerde saptanan ruhsal bozukluk tanıları	37
Tablo 12: Deneklerin öz bildirim ölçeklerinin puan ortalamaları	38
Tablo 13: ÇİYKÖ-Çocuk Formu puan ortalamaları	39
Tablo 14: ÇİYKÖ Ebeveyn Formu puan ortalamaları	40
Tablo 15: Annelerin SCL-90-R profilleri	41
Tablo 16: SCL-90-R alt ölçek profilleri	42
Tablo 17: Aile Değerlendirme Ölçeği puan ortalamaları	44

1. AMAÇ VE KAPSAM

1.1. Giriş

Ağrı, yaygın, sıkıntı verici, hoşla gitmeyen bir yaşantı olarak tarif edilen tedavi edilebilir bir sorundur. Uluslararası Ağrı Çalışmaları Birliği'ne göre ağrı; mevcut ya da potansiyel doku hasarı ile ilişkili olarak ortaya çıkan, sıkıntı verici, hoşla gitmeyen duysal ve duygusal bir yaşantıdır (1). Ağrının somatik, duygusal, davranışsal ve bilişsel olmak üzere dört bileşeni vardır. Ağrının algılanması, tanımlanması ve ağrıya gösterilen tepki bireyseldir. Bu durum hastanın değerlendirilmesinde fiziksel, sosyal, çevresel ve psikolojik etmenlerin göz önünde bulundurulmasını gerektirir (2).

Çalıştıkları alanlar farklı da olsa hekimlerin en sık karşılaştığı belirti ağrıdır. Isikgeit ve arkadaşlarının 749 okul çağı çocuğunu değerlendirdikleri bir çalışmada katılımcıların %83.3'ü son üç ay içinde en az bir kez ağrı yakınmasının olduğunu belirtmiştir (3). Aynı çalışmada ağrı yakınması olan çocuklar ağrı nedeni ile uyku ve iştah sorunlarının olduğunu, günlük aktivitelerini gerçekleştirmekte zorlandıklarını, okula gidemediklerini ve keyif aldıkları etkinliklere katılamadıklarını ifade etmişlerdir.

Tekrarlayan baş ağrısı yakınması okul çağı çocuklarında sık gözlenen bir nörolojik belirtidir (4). Bilinen veya gösterilebilir herhangi bir yapısal hastalıkla ilişkili olmayan ve nadir görülen durumlar dışında hayatı tehdit etmediği kabul edilen süregen baş ağrıları "birincil baş ağrıları" olarak değerlendirilir. Gerilim tipi baş ağrısı (GTBA) ve migren çocuk ve ergenlerde en sık görülen birincil baş ağrısı tipleridir. Migrenin görülme sıklığı %3-14 (5,6), GTBA'nın görülme sıklığı ise %3.91-24.7 aralığındadır (6,7).

Birincil baş ağrısı tanısı alan erişkinlerle yapılan çalışmalarda duygudurum bozuklukları, anksiyete bozuklukları ve somatoform bozukluk tanılarının migren ya da gerilim tipi baş ağrısı tanısı olanlarda normal kontrollere göre daha sık saptandığı bildirilmektedir (8-10). Aynı zamanda duygudurum bozuklukları ve anksiyete

bozukluklarında da organik bir nedene bağlı olmayan baş ağrısı, baş dönmesi, bulantı, karın ve sırt ağrısı gibi bedensel yakınmalara sık rastlanılır ve çoğu zaman bu bozukluklarda hekime başvuru nedeni bedensel yakınmalardır (11).

Migren ya da gerilim tipi baş ağrısı tanısı alan çocuk ve ergenlerle yapılan çalışmalarda da erişkinlerle yapılan çalışmalardaki sonuçlara benzer şekilde depresyon ve anksiyete belirtilerinin normal kontrollere göre daha sık olduğu saptanmıştır (12-15).

Birincil baş ağrılarına eşlik eden ruhsal bozukluk varlığının çocuklarda baş ağrısının süregelenleşmesine yol açan önemli bir risk faktörü olduğu, tedaviye uyumu zorlaştırdığı, yaşam kalitesini kötüleştirdiğı ve tedavi maliyetlerini arttırdığı bilinmektedir (14,16). Ayrıca tekrarlayan baş ağrısı yakınmasının okula gidememe, ders başarısında düşme, akran ilişkisi geliştirmekte zorlanma, sosyal geri çekilme ve ebeveynin iş gücü kaybı gibi zorluklara neden olarak çocuk ya da ergenin hayatını olumsuz etkilediğini bildiren çalışmalar da bulunmaktadır (17,18).

Birincil baş ağrısı olan çocukların aile özelliklerini inceleyen yayınlarda anne ve babalarda baş ağrısı, anksiyete ve duygudurum bozukluklarının sıklığının kontrollere göre arttığı bildirilmiştir (19,20). Ailesel genetik bir yatkınlıkla birlikte çocukların erken dönemlerdeki model alma ve öğrenme süreçlerinin de bu durum üzerinde etkili olduğu belirtilmektedir (11).

Baş ağrısı yakınması olan çocuklarda ebeveynlerden birinin ölümü ya da boşanma gibi yaşamsal olayların daha sık olduğu, özellikle gerilim tipi baş ağrısı (GTBA) tanısı alanların ailelerinde aile bireylerinin kendilerini daha az mutlu hissettikleri ve anne babaların daha fazla ilişki sorunu yaşadıkları bildirilmektedir (21-23).

1.2. Amaç

Bu çalışmada birincil baş ağrısı tanısı alan çocuklarda, migren ve GTBA ile ruhsal bozukluklar arasındaki ilişkinin araştırılması ve aşağıdaki sorulara yanıt aranması hedeflenmiştir.

- 1) Migren ya da gerilim tipi baş ağrısı tanısı alan çocuklar ile kontrol grubu arasında ruhsal bozukluk sıklığı açısından farklılık var mıdır?
- 2) Migren ya da gerilim tipi baş ağrısı tanısı alan çocukların ve kontrol grubunun birincil bakım verenlerinde (anne) ruhsal belirti sıklığı açısından farklılık var mıdır?
- 3) Migren ya da gerilim tipi baş ağrısı tanısı alan çocukların ve kontrol grubunun aile içi ilişkilerinin, eşlik eden ruhsal belirtilerle ilişkisi var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Çocukluk Çağı Baş Ağrıları

2.1.1. Tarihçe

Baş ağrısı ilk uygarlıklardan bu yana insanoğlunu en çok korkutan belirtilerden biri olmuştur. Milattan önce (M.Ö.) 7000 yıllarından kalma insana ait kafataslarında trepenasyon işleminin uygulandığına dair bulgular mevcuttur. Trepenasyon işlemi uygulanarak, kötü ruhlar tarafından ele geçirildiğine inanılan, epileptik nöbeti veya şiddetli baş ağrısı olan hastaların kafatasının delindiği ve böylece kötü ruhlardan arındırılmasının amaçlandığı düşünülmüştür (24).

Migren bilinen en eski hastalıklardan biridir. Migren ve diğer baş ağrısı tipleri ile ilgili yazılı kaynaklar M.Ö. 3000 yılına kadar uzanmaktadır. İlk kez 3500 yıl önce kusma ve halsizlikle görülen tek taraflı baş ağrısı Ebers papirüslerinde, bir kadının başının yarısındaki hastalık olarak tarif edilmiştir (25).

Hipokrat, migren tipi baş ağrısına öncülük edebilecek ve kusma ile rahatlayan görsel aurayı tanımlamıştır. Hipokrat bu ağrıyı genellikle sağ gözde ışık parlamasının ardından şakaklarda başlayan, tüm başa ve boyuna yayılan şiddetli ağrı olarak tanımlamıştır (26).

Kapadokya'da yaşayan ve kendisinin de migreni olduğu bilinen ünlü hekim Araeteaus genellikle başın bir tarafında hissedilen, bulantı ile birlikte olan ve ağrısız dönemlerin takip ettiği bir klinik tablo tanımlamıştır. Migrende fotofobi ve fonofobiyi de ilk tanımlayan kişi olan Araeteaus migrenin kaşifi olarak kabul edilmektedir (25,26). İbni Sina'nın da migrende nörovasküler kuramı ilk ortaya atan kişi olduğu öne sürülmektedir (27).

Migrenin sık görülen diğer baş ağrılarından ayırımı ilk olarak 1783 yılında Tisso tarafından yapılmıştır ve migreni supraorbital nevrалji olarak isimlendirmiştir. Süreç

içerisinde birincil baş ağrıları ile ilgili çalışmalar özellikle migren üzerinde yoğunlaşmış olup, araştırmacılar tarafından migren patofizyolojisi ile ilgili birçok kuram ortaya atılmıştır (26).

2.1.2. Sınıflandırma

Baş ağrıları ilk olarak 1962 yılında Ad-Hoc Committee tarafından sınıflandırılmıştır (28). 1988 yılında Olesen'in önderliğinde oluşturulan Uluslararası Baş Ağrısı Derneği tarafından (IHS) tüm baş ağrılarını içeren sınıflandırma ve tanı ölçütleri yayınlanmıştır (29). Bu yeni sınıflandırma sisteminin de zaman içinde yetersiz kalması nedeniyle 2004 yılında IHS tarafından yeni bir sınıflama (ICHD-II) yapılmış ve birincil baş ağrıları "migren, gerilim tipi baş ağrısı, küme ve diğer trigeminal otonomik baş ağrıları ve diğer birincil baş ağrıları" olmak üzere dört gruba ayrılmıştır (30).

2.1.3. Epidemiyoloji

Baş ağrısı çok sık görülen bir yakınmadır. Erkeklerin %91'inde kadınların %96'sında yılda en az bir kez baş ağrısı yakınması olmaktadır (31). Bille'nin yaklaşık 9000 okul çağı çocuğunda yaptığı çalışmada 7 yaş civarında baş ağrısı sıklığı %37-51, onbeş yaş civarında ise %57-85 olarak saptanmıştır (32). Tekrarlayan baş ağrısı yakınması yedi yaş civarında %2.5 iken, onbeş yaş civarında %15'e yükselir (32,33). Baş ağrısı puberte öncesi erkeklerde daha sık görülürken, puberte sonrası kız cinsiyet baskın hale gelmektedir. Bu durumun nedeni tam olarak açıklanamamış olsa da kadın cinsiyet hormonlarının etkili olduğu düşünülmektedir (34).

Migrenin görülme sıklığı yaşa ve cinsiyete göre değişir. Üç-yedi yaş arasında %3, yedi-onbir yaş arasında %4-11, ergenlik döneminde ise %8-23 arasında

değişkenlik göstermektedir (33). Puberte öncesi dönemde migren erkek çocuklarda sık görülürken, puberte ile birlikte migren sıklığı kızlarda artmaktadır (34). Arruda ve arkadaşları 5-12 yaş arasındaki 1994 Brezilyalı çocuğu değerlendirdikleri çalışmalarında migrenin görülme sıklığını %3.8 olarak saptamışlardır. Ayrıca bu çalışmada migren sıklığı 5-6 yaş grubunda %2.58, yedi yaş grubunda %2.86, sekiz yaş grubunda %3.25, dokuz yaş grubunda %4.92 ve 10-12 yaş grubunda %5.50 olarak bulunmuştur (6). Ülkemizde de migrenin sıklığını araştıran çalışmalar yapılmıştır. Mersin’de 5562 okul çağı çocuğunda yapılan bir çalışmada sıklık %10.4, İzmir’de 14-18 yaş aralığındaki 2384 çocuğun katıldığı bir çalışmada ise %21.3 olarak bulunmuştur (35,36).

Gerilim tipi baş ağrısı (GTBA), toplumda yaygın olarak görülmesine rağmen migrene oranla üzerinde daha az sayıda epidemiyolojik araştırma yapılmıştır. Arruda ve arkadaşlarının çalışmasında GTBA sıklığı %3.91 olarak bulunmuştur. Ayrıca bu çalışmada GTBA sıklığı 5-6 yaş grubunda %3.66, yedi yaş grubunda %1.72, sekiz yaş grubunda %3.25, dokuz yaş grubunda %5.32 ve 10-12 yaş grubunda %4.13 olarak saptanmıştır (6). İsveç’te 7-15 yaş aralığındaki 1371 okul çağı çocuğunda yapılan bir çalışmada GTBA sıklığı %9.8 olarak bildirilmiştir. Yine bu çalışmada GTBA sıklığı kızlarda erkeklere oranla daha yüksek bulunmuştur (37).

2.1.4. Tanı ve Klinik Özellikler

2.1.4.1. Migren

2.1.4.1.1. Klinik Özellikler

Migren kişiyi genellikle günlük aktivitelerinden alıkoyan orta/ağır şiddette, zonklayıcı baş ağrısı ile karakterize bir hastalıktır. Migren tanısı öyküye dayanılarak konulan bir tanıdır. Nörolojik muayene, laboratuvar tetkikleri ve görüntüleme

yöntemleri normaldir. Ataklar halinde seyreder. Bir migren atağında 4 farklı evre görülebilir.

- 1) Öncül (prodromal) evre
- 2) Aura evresi
- 3) Baş ağrısı evresi
- 4) Baş ağrısı sonrası evre

1- Öncül Evre (prodromal evre):

Baş ağrısından önce başlayan ruhsal, nörolojik ve otonom belirtilerle seyreden evredir (38). İrritabilite, depresyon, öfori, açlık ve belirli gıdalara isteğin artması, esneme, yorgunluk, halsizlik, konsantrasyon güçlüğü, ense sertliği, sık idrar yapma, susama, ışığa ve sese karşı aşırı duyarlılık, uyku isteği, üşüme sık gözlenen öncül belirtilerendir (39).

2- Aura Evresi:

Çocukluk çağı migreninde %15-30 oranında aura bulunur (30). Aura negatif skotomlar (görme kaybı), pozitif skotomlar (parlak ışıklar, renkler gibi) şeklinde görsel, çınlama gibi işitsel, hemihipoestezi, parestezi gibi duysal, hemipleji ya da parezi gibi motor ve amnezi, afazi, konfüzyon şeklinde olabilir. En sık görülen aura görsel auralardır (40).

3- Baş Ağrısı Evresi:

Tipik migren ağrısı tek taraflı ve zonklayıcıdır. Çocuklarda çift taraflı olma eğilimi daha fazladır ve en sık frontotemporal yerleşim gösterir. Ergenlerde ağrı sıklıkla sabah saatlerinde görülürken, daha küçük çocuklarda günün ilerleyen saatlerinde başlar. Baş ağrısı dakikalar içinde başlar ve gitgide şiddetlenir. Migren ağrısı genellikle orta/ağır şiddette olup günlük bedensel hareketlerle artış gösterir.

Ağrı çocuklarda 1-72 saat arasında sürebilir. Ağrı ile birlikte iştahsızlık, bulantı, kusma, ishal, halsizlik, fotofobi, fonofobi, kokuya artmış duyarlılık, kan basıncında düşme ya da yükselme ve bayılma gibi belirtiler görülebilir. Çocuklar genellikle sessiz, karanlık bir yerde olmak isterler ve uyku ile ağrıda belirgin azalma olur (33,40,41).

4- Ağrı Sonrası Evre:

Ağrının bittiği evreye ağrı sonrası evre denir ve hastalar bu dönemde halsizlik, yorgunluk ve tedirginlik hissedebilirler, konsantrasyon sorunu yaşayabilirler (42).

2.1.4.1.2. Tetikleyici Etkenler:

Duyarlı bireylerde akut migren atağının gelişimine yol açan etkenler tetikleyici etkenler olarak adlandırılır. Tetikleyici etkenler çevresel etkenler (güneş ışığı, sıcak ve nemli hava, koku, soğuk, gürültü, sigara, kalabalık), diyetle ilgili etkenler (çikolata, kafeinli ya da gazlı içecekler, öğün atlama, alkol), kimyasal etkenler (hormonal değişiklikler) ve enfeksiyonlar olarak gruplandırılabilir. Ayrıca uykusuzluk, yolculuk, yorgunluk ve stres gibi etkenler de migren atağını tetikleyebilir (43).

2.1.4.1.3. Migren Patofizyolojisi

Migren ile ilgili çok sayıda araştırma yapılmış olmasına rağmen patofizyolojisi tam olarak aydınlatılamamıştır. Başlangıçta, migren santral sinir sisteminin disfonksiyonuna ikincil olarak ortaya çıkan bir hastalık olarak kabul edilmiştir. 1938'de Wolf tarafından ağrıların kafa içi ve dışındaki arterlerin dilatasyonu ile ortaya çıktığını savunan vasküler kuram ortaya atılmıştır (41).

Migren patofizyolojisinde vasküler kuramı da içeren çok sayıda kuram olmakla birlikte son yıllarda migrenin birincil nöronal süreç ile ilgili bir hastalık olduğu kabul edilmektedir. Welch 2003'de yaptığı nörofizyolojik çalışmada anormal kortikal uyarılabilirliğin migren ataklarını başlattığını göstermiştir (44). Aşırı uyarılabilir serebral bir korteksin varlığıyla birlikte iç veya dış etkenlerle tetiklenen nöronal depolarizasyon ve sonuç olarak yayılan kortikal depresyon dalgası (KDD) migrende aura ve trigeminovasküler sistemin aktivasyonundan sorumlu tutulmaktadır (44). KDD, migren aurası ve trigeminovasküler sistemin aktivasyonunu başlatarak migren atağını başlatmada anahtar rol oynar. Migren ağrısının başlamasından iki mekanizmanın sorumlu olduğu düşünülmektedir. Birincisi, meningeal damarlardaki nörojenik inflamasyon, ikincisi ise, periferik ve santral trigeminal afferent sinirlerin duyarlı hale gelmesidir (33,41).

Migren patofizyolojisine açıklık getiren bir diğer gelişme de serotonin reseptörlerinin alt tiplerinin ve dağılımlarının keşfi ile birlikte vazokonstriktör özellikleri nedeniyle kullanılan ergot alkaloidlerinin 5HT-1B/D reseptör agonisti olduğunun anlaşılmasıdır. Daha sonra bu reseptörlerin spesifik agonisti olan triptanlar etkin migren ilaçları olarak geliştirilmiştir. 5HT-1B/D reseptörleri trigeminal akson uçlarında yoğun olarak bulunmakta ve trigeminal aktivasyonu ve dolaylı olarak nöropeptid salınımını ve nörojenik inflamasyonu inhibe etmektedir. Ergotamin, dihidroergotamin ve sumatriptan 5-HT_{1A} reseptörü agonisti olup akut migren tedavisinde etkilidir. Migrende koruma tedavisinde kullanılan pizotifen, metiserjid ve siproheptadin de 5-HT₁ antagonisti olarak etkisini göstermektedir (41).

2.1.4.2. Gerilim Tip Baş Ağrısı

2.1.4.2.1. Klinik Özellikler

Gerilim tipi baş ağrısı (GTBA), genellikle çift taraflı basınç yapıcı ya da sıkıştırıcı tarzda hafif ya da orta şiddette ağrı ile karakterize bir bozukluktur.

“Psikojenik baş ağrısı” ya da “kas kontraksiyon baş ağrısı” gibi isimler de verilmiştir. Toplumda sık görülmesine rağmen doktora başvuru azdır (45).

Migren baş ağrısından ayırımındaki önemli klinik özelliklerin başında ağrı şiddetinin migrendeki kadar yoğun olmaması gelir. Ağrı genellikle sıkıştırıcı tarzda olmasına rağmen hastaların bir kısmında zonklayıcı tarzda da baş ağrısı görülebilir. Ağrı genellikle çift taraflı olur, frontal, parietal, temporal, oksipital yerleşim gösterir, atak sırasında yer değiştirebilir (46). GTBA’da bulantı, kusma, baş dönmesi, terleme gibi belirtiler daha az görülür. GTBA genellikle günlük aktivitelerin gerçekleştirilmesini engellemez ve günlük aktivitelerin ağrıyı şiddetlendirici etkisi migrendeki kadar belirgin değildir (30).

Uyku sorunları GTBA’da daha sık gözlenir ve uykusuzluk önemli tetikleyici etkenlerden biridir. Ayrıca stres, yorgunluk, açlık gibi durumlar da ağrıyı tetikleyebilir (46).

2.1.4.2.2. Gerilim Tipi Baş Ağrısı Patofizyolojisi

GTBA’nın patofizyolojisine yönelik çalışmalar az sayıdadır ve özellikle çocuklarda ağrının oluşum mekanizmasını saptamaya yönelik araştırmalara ihtiyaç duyulmaktadır (46).

Genetik etkenler, kas duyarlılığı, santral ve/veya periferik duyarlılık artışı etyolojide öne sürülen olası mekanizmalardır (41). Özellikle kronik GTBA’da genetik etkenler daha belirgindir. Birinci dereceden yakınlarında kronik GTBA tanısı olan kişiler normal popülasyona göre 3 kat artmış riske sahiptirler (46). Periferik duyarlılık artışında baş ve boyun kaslarından kaynaklanan ağrılı uyarıların kortikal ve subkortikal yapıları etkilemesi sonucu retikülospinal yol üzerinden aynı grup kaslarda ortaya çıkan kas tonusu artışının ağrıya neden olabileceği varsayılmaktadır. Merkezi mekanizmalar içinde ise özellikle psikososyal stres etkenleri başta olmak üzere çeşitli uyarıların etkisiyle beyin sapındaki ağrı algılanmasını sağlayan nöronlarda fasilitasyon, ağrının algılanmasını kontrol eden antinosiseptif sistemlerin işlevinde azalma söz konusudur (47).

GTBA'nın özellikle çocukluk çağında boşanmış anne-babaya sahip olma, mutsuz aile ortamı, kötü yaşıt ilişkisi ve akademik başarısızlık gibi psikososyal risk etkenleri ile de ilişkili olduğu bilinmektedir (13,46). Ayrıca ailede kronik hastalığı olan bireylerin olması da GTBA riskini artırmaktadır (48).

Migren ve GTBA ile ilgili uzun dönem takip çalışmalarında her iki tipteki ağrının %20-25 oranında birbirine dönüşebileceği gösterilmiştir (14,49). Bu durum her iki hastalığın benzer patofizyolojiye sahip olabileceği ve aynı spektrumun iki farklı noktasında buldukları şeklinde yorumlanmaktadır (46).

2.1.5. Tedavi

Birincil baş ağrısı olan hastalar, genellikle ağrıları sıklaştığı, şiddeti arttığı veya iş/okul gücü kaybına neden olduğu zaman doktora başvururlar (45). Tedavinin planlanmasında baş ağrısının ayırıcı tanısını yapmak önemlidir. Bu açıdan hastaları baş ağrısı güncesi ile bir süre izlemek gerekebilir. Tedavi planlaması; muhtemel ağrı tetikleyicilerini saptamak, ağrılı dönemde akut ağrı tedavisini sağlamak, atak sıklığını ve şiddetini azaltmayı amaçlayan koruyucu tedaviyi planlamak şeklindedir (41).

2.1.5.1. Migren Tedavisi

2.1.5.1.1. Akut Migren Atağının Tedavisi

Migren tedavisini planlarken hastanın yaşı, atakların sıklığı, şiddeti, migren ataklarından kaynaklanan işlevsellik kaybı, auranın eşlik etmesi, atakların meydana geldiği yerler ya da saatler, ailenin ve çocuğun ilaç kullanımına karşı tutumu göz

önünde bulundurulması gereken önemli noktalar. Hasta ve aileye hastalıkla ilgili eğitim verilmesi büyük önem taşır (41).

Migrende akut baş ağrısı ataklarının etkili tedavisi, ağrıyı bir veya iki saatte rahatlatmak amacı ile ilaç vermek, ağrı geçmediği takdirde ağrıyı 4. saatte geçirecek olan ikinci bir ilacı vermek şeklindedir. Migren ataklarında bulantı ve kusma için ayrıca antiemetikler kullanılabilir. İlaçların mümkün olduğu kadar erken dönemde verilmesi ve çocuğun sessiz bir odada dinlenme ve uyumaya bırakılması önerilmektedir (50).

2.1.5.1.2. Migren Profilaksisi

Hastanın atakları sık oluyor, uzun sürüyor ve iş/güç kaybına yol açıyorsa koruyucu ilaç tedavisi başlanmalıdır. Profilaktik tedavinin amacı migren ataklarını engellemek veya azaltmak, akut tedavide kullanılan ilaçlara cevabı artırmak, hastanın işlevlerini artırmak ve yaşam kalitesinin artmasını sağlamaktır. Tedavi ortalama 6 ay sürdürülmelidir (51).

Migren profilaksisinde sık kullanılan ilaçlar:

- 1- Propranolol (Beta bloker)
- 2- Flunarizin (Kalsiyum kanal blokerleri)
- 3- Sodyum valproat (Antiepileptik)
- 4- Amitriptilin (Antidepresan)
- 5- Pizotifen (Antiseratonerjik)
- 6- Siproheptadin (Antihistaminik)
- 7- Topiramet (Antiepileptik) olarak sıralanabilir (50,51).

2.1.5.2. GTBA Tedavisi

GTBA'nın patofizyolojisinde olduğu gibi tedavisinde de sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır (46). Aileler baş ağrısının sıklığında artış olduğunda ya da analjeziklere yanıt vermez hale geldiğinde doktora başvurma eğilimindedirler. Sık baş ağrısı olan hastalarda aşırı analjezik kullanımına sıklıkla rastlanılır. İlaç dışı yaklaşımlar GTBA'nın bütün tiplerinde kullanılabilir. Koruyucu ilaç tedavisi ise sık tekrarlayan baş ağrısı olan hastalarda yaşam değişiklikleri ve ilaç dışı tedaviler yeterli etkinliği sağlayamadığında düşünülmelidir (52). Koruyucu tedavide plasebo-kontrollü çalışmalar olmamasına rağmen amitriptilinin etkin olduğu bildirilmiştir (46,52).

2.1.5.3. Birincil Baş Ağrılarında İlaç Dışı Yaklaşımlar

Birincil baş ağrılarında ilaç dışı yaklaşımlar aşağıdaki şekilde sıralanabilir.

1. Düzenli uyumak, aşırı ya da yetersiz uyumaktan kaçınmak
2. Düzenli egzersiz yapmak (Hergün 30 dakika)
3. Düzenli yemek yemek, öğün atlamamak
4. Kafein alımını azaltmak
5. Diyeti düzenlemek (Tetikleyici yiyeceklerden uzak durmak)
6. Baş ağrısını tetikleyen etkenlerden uzak durmak
7. Biodavranışsal tedaviler
 - Biofeedback
 - Gevşeme egzersizleri
 - Bilişsel-davranışçı terapiler
 - Psikoterapiler
8. Akupunktur (50).

2.2. Birincil Baş Ağrıları ve Ruh Sağlığı

2.2.1. Birincil Baş Ağrısı Tanısı Alan Çocuklarda Sık Görülen Ruhsal Bozukluklar

Birincil baş ağrıları ile ruhsal bozukluklar arasındaki ilişkiyi değerlendiren çalışmaların sonuçları bu ilişki konusunda farklı bakış açılarının oluşmasına neden olmuştur. Bazı araştırmacılar bir bozukluğun diğeri için yatkınlaştırıcı bir rol oynadığını öne sürmektedirler (53,54). Araştırmacıların bir kısmı ise ruhsal belirtilerin migren ya da GTBA'dan bağımsız olarak kronik ağrıya ikincil geliştiğini, birincil baş ağrısı tanısı alan çocuklarla tekrarlayan baş ağrısı dışı ağrı yakınması olan çocukların ruhsal belirti ve bozukluk sıklığı açısından karşılaştırıldıkları çalışmalarda farklılık göstermediklerini bildirmektedirler (55,56).

Diğer bir varsayım ise migren, anksiyete bozuklukları ve depresif bozukluklarda serotonerjik, noradrenerjik ve dopaminerjik sistem düzensizliği ile giden altta yatan ortak bir genetik risk etkeni olduğudur (55,57). Özellikle serotonin, anksiyete bozuklukları, duygudurum bozuklukları ve yeme bozuklukları gibi birçok ruhsal hastalığın gelişiminden sorumlu tutulan bir nörotransmitterdir (58). Migren tedavisinde kullanılan triptanların 5HT-1B/D reseptör agonisti olduğunun anlaşılması da migren patofizyolojisinde serotoninin önemini ortaya çıkarmıştır. 5HT-1B/D reseptörleri trigeminal akson uçlarında yoğun olarak bulunmakta olup, trigeminal sinir aktivasyonu ve dolaylı olarak nöropeptid salınımını ve nörojenik inflamasyonu inhibe etmektedir (41). Her iki hastalık grubunun tedavisinde serotonin üzerinden etki gösteren ilaçların etkin olduğunun gösterilmesi de ruhsal hastalık ve birincil baş ağrısı birlikteliğinin sık olmasında serotonerjik sistem düzensizliğiyle giden ortak bir risk etkeninin olabileceğini düşündürmektedir (59).

Erişkinlerde yapılan çalışmalarda depresif belirtiler ve anksiyete belirtileri gibi ruhsal belirtilerle baş ağrısı arasında güçlü bir ilişki saptanmıştır (8-10). Breslau ve arkadaşlarının, yaşları 21 ile 30 arasında değişen 1007 genç erişkinle yaptıkları bir çalışmada, migren ve duygudurum bozuklukları arasında iki yönlü bir ilişki olduğu

belirtilmiş ve her birinin bir diğersinin görülme riskini 3 kat arttırdığı saptanmıştır (60).

Migren ya da gerilim tipi baş ağrısı tanısı alan çocuk ve ergenlerle yapılan çalışmalarda depresyon ve anksiyete belirtilerinin erişkinlerle yapılan çalışmalardaki sonuçlara benzer şekilde, baş ağrısıyla ilişkili olduğu bulunmuştur (12-15). Pine ve arkadaşları ruhsal hastalıklar için DSM'nin belirlediği tanı ölçütlerini kullanarak yaptıkları bir çalışmada, çocuklarda depresyon ve baş ağrısı arasında bir ilişki saptamışlar, depresyon tanısı alan ergenlerde depresyon tanısı almayanlara göre baş ağrısının iki kat fazla görüldüğünü bildirmişlerdir (55). Sık migren atağı geçiren ya da auralı migren tanısı alan ergenlerde intihar düşüncelerinin daha sık gözlemlendiği saptanmıştır (61). Yaşları 6-18 arasında değişen migren ya da GTBA tanısı alan 128 çocuğun değerlendirildiği bir çalışmada birincil baş ağrısı tanısı alan çocukların sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığında daha fazla duygusal ve davranışsal sorunlar yaşadıkları ve hastaların 1/3'ünde bu sorunların klinik açıdan önemli düzeyde olduğu bildirilmiştir (15). Liakopoulou ve arkadaşlarının GTBA tanısı alan 31 çocuğu değerlendirdikleri çalışmalarında %83.9'unun en az bir ruhsal bozukluk tanısı aldığını, en sık anksiyete bozukluğu (%35.4) ve depresif bozukluk (%22.6) tanılarının konulduğunu, kontrol grubundaki çocukların ise sadece %15'inin bir ruhsal bozukluğun tanı ölçütlerini karşıladığını saptamışlardır (62). Migren tanısı alan 138 ve GTBA tanısı alan 60 çocuğun değerlendirildiği bir çalışmada 198 çocuktan 129'unun (%65.2) bir ruhsal bozukluk tanısı aldığı, migren ve GTBA arasında ruhsal bozukluk sıklığı açısından farklılık bulunmadığı gösterilmiştir (20). Migren ve GTBA tanısı alan çocukların ruhsal hastalık sıklığı açısından karşılaştırıldıkları bir çalışmada, GTBA tanısı alan çocukların %90.5'inde, migren tanısı alan çocukların %17.6'sında eşlik eden bir ruhsal bozukluk olduğu, anksiyete bozuklukları ve duygudurum bozukluklarının en sık gözlenen tanılar olduğu saptanmıştır (63). GTBA tanısı alan 16 çocuk ve ergenin değerlendirildiği bir başka çalışmada hastaların %62.5'nin bir ruhsal bozukluk tanısı aldığı, depresif bozukluk ve anksiyete bozukluğunun en sık eşlik eden ruhsal bozukluklar olduğu, okulla ilgili sorunlar ve aile içi sorunların hastalarda baş ağrısını tetikleyen iki önemli unsur olduğu bildirilmiştir (64).

Birincil baş ağrısı tanısı alan çocuklarda dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) sıklığının araştırıldığı bir çalışmada kontrol grubu ile migren ya da GTBA tanısı alan çocuklar arasında DEHB sıklığı açısından farklılık olmadığı ancak hiperaktivite/dürtüsellik belirtilerinin migren grubunda %23.7, GTBA grubunda %16.5, kontrol grubunda %8.1 olduğu ve migren/kontrol grupları arasındaki farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (65). Migren tanısı alan 47 çocuğun ruhsal hastalık sıklığı açısından sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırıldığı başka bir çalışmada yalnızca karşıt olma karşı gelme bozukluğu (KOKGB) tanısının migren tanısı alan çocuklarda belirgin olarak fazla olduğu bildirilmiştir (66).

DSM tanı ölçütlerinin kullanılmadığı, çocukların ruhsal işlevlerinin çeşitli ölçeklerle değerlendirildiği çalışmalarda birincil baş ağrısı tanısı alan çocuk ve ergenlerde kaygı, depresyon, somatizasyon belirtilerinin ve davranış sorunlarının kontrollere göre arttığı bildirilmektedir (12,66,67).

Bruijn ve arkadaşlarının yaptıkları bir derleme çalışmasında özellikle migrenli çocuklarda sağlıklı kontrollere göre ruhsal işlevlerde bozulma ve ruhsal eşhastalanımın daha fazla olmadığı belirtilmiştir. Araştırmacılar çalışmalarda sıklıkla kullanılan “Çocuklarda Davranış Değerlendirme Ölçeğinin” (ÇDDÖ) somatik belirtileri değerlendiren ölçütleri ile migrenin klinik özelliklerinin (baş ağrısı, kusma, bulantı) örtüşmesi nedeniyle baş ağrısı olan çocuklarda sağlıklı kontrollere göre içe yönelim belirtilerinin daha sık gözlemlendiğini belirtmişlerdir (68).

Guidetti ve arkadaşlarının yaptığı 8 yıllık bir takip çalışmasının sonuçlarına göre; ruhsal eşhastalanım varlığının baş ağrısının süregenleşmesine yol açan önemli bir risk etkeni olduğu gösterilmiştir (24). Sık tekrarlayan baş ağrısı olan çocuklarda erişkinlikte fiziksel ve ruhsal belirtilerin görülme sıklığı artış göstermektedir (69).

2.2.2. Ağrı ve Ailesel Geçiş

Ruhsal sıkıntı ve gerginliğin bedensel yakınmalar ya da fiziksel hastalıklar yoluyla, diğer bir deyişle bedenselleştirmeyi kullanarak dışavurulması somatizasyon olarak adlandırılmaktadır (70). Kaygı ve depresyonun somatik duyarlılığı arttırdığı, ruhsal bozukluğu olan hastaların birçoğunun baş ağrısı, karın ağrısı, bulantı, baş dönmesi gibi bedensel yakınmalar nedeni ile doktora başvurduğu bilinmektedir (11). Çocukluk döneminde beden, ruhsal çatışmaların kendini ifade ettiği en önemli yerdir ve çocuğun zihinsel yapısının henüz yeterince gelişmediği göz önünde bulundurulduğunda bedensel bulguların ortaya çıkışı kolaylaşmaktadır (71). Ağrı yakınması çocuk ve ergenlerde sık rastlanılan bir sorundur (72,73). Baş ağrısı, karın ağrısı, sırt ve eklem ağrıları gibi yakınmaları olan çocukların anne babalarında da benzer ağrı yakınmalarının sık olduğunu bildiren çalışmalar bulunmaktadır (69,74,75). Bazı araştırmacılar erken dönemlerdeki deneyim ve öğrenmelerin somatik duyarlılık için birincil etyolojik etken olduğunu öne sürmektedir (11,69,75,76). Anne babalar, bedenlerinin herhangi bir bölgesinde hissetmiş oldukları ağrılı bir duruma karşı göstermiş oldukları yanıtı çocuklarına model olarak öğretmiş olurlar. Anne ya da baba hissetmiş olduğu ağrıyı sözel ya da sözel olmayan bir şekilde sürekli olarak ifade ederse, ağrı yakınmasına gerekenden fazla tepki gösterirse ya da ağrı hakkında sürekli kaygılı ve depresif bir tutum içinde olursa, çocuk ağrı yakınması ile ilişkili olarak uygun baş etme becerilerini geliştiremez (77).

Öte yandan araştırmacılar ebeveynlerin, çocuğun ağrı yakınması karşısında sergileyecekleri tutumların ağrı yakınmasını azaltıcı (çocuğun dikkatini ağrı yakınmasından farklı bir alana kaydırmak, çocuğun ağrı yakınmasını görmezden gelmek ya da cezalandırıcı bir tutum sergilemek gibi) ya da arttırıcı (sıklıkla dikkati ağrı yakınmasının üzerine çekme, çocuğun olağan günlük aktivitelere katılımına izin vermeme ya da çocuğun bu aktivitelere kaçınmasına izin verme gibi) bir etki yapacağını öne sürmektedirler (78). Özellikle çocuktaki ağrı yakınması karşısında ebeveynlerin sergilemiş oldukları kaygılı tutumların, ağrı yakınmasını arttırıcı bir

özelliik taşıdığı ve çocukların hasta rolünü daha kolay benimsemelerine yol açtığı düşünölmektedir (79).

2.2.3. Birincil Baş Ağrısı Tanısı Alan Çocukların Ebeveynlerinin Ruhsal Özellikleri

Birincil baş ağrıları ve ruhsal bozukluklar ailesel yığılım gösterirler. Birincil baş ağrıları ile ilgili çalışmalar özellikle migren üzerinde yoğunlaşmıştır ve ailesel olguların oranı %30-90 gibi geniş bir aralıkta bulunmuştur (74,80).

Galli ve arkadaşlarının birincil baş ağrısı tanısı alan 198 çocuğun ailelerini değerlendirdikleri çalışmada, 115 (%58.1) çocuğun anne ya da babalarından birinde en az bir ruhsal bozukluk olduğu ve migren tanısı alan çocukların ebeveynlerindeki ruhsal bozukluk sıklığının GTBA'lı çocukların ebeveynlerine göre daha fazla olduğu bildirilmiştir (20).

Ebeveynlerdeki psikopatoloji ile çocuklarındaki migren ilişkisini araştıran bir çalışmada majör depresif bozukluk, antisosyal kişilik bozukluğu, alkol ve madde bağımlılığı tanılı ebeveynleri olan çocuklarda migren görülme riskinin önemli derecede arttığı saptanmıştır (81).

2.2.4. Birincil Baş Ağrılarının Psikososyal Etkileri

2.2.4.1. Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesinin değerlendirilmesi tedavi etkinliğini saptama ve hasta memnuniyetini belirleme açısından önemli yer tutar (82).

Migren ve gerilim tipi baş ağrısı çocukluk çağında yaygın olarak görülmesine rağmen yaşam kalitelerinin değerlendirildiği az sayıda çalışma vardır. Yapılan bu çalışmalarda sağlıklı kontrol gruplarına göre tekrarlayan baş ağrısı yakınması olan çocukların yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu saptanmıştır (17,18,83). Kronik hastalık gruplarından kanser ve artritli olan çocuklarla migreni olan çocukların karşılaştırıldığı bir çalışmada, benzer yaşam kalitesi puanları aldıkları saptanmıştır. Aynı çalışmada alt ölçek puanları değerlendirildiğinde migreni olan çocukların fiziksel sağlık puanlarının kanseri ve artritli olan çocuklara göre daha iyi, okul ve duygusal işlevsellik puanlarının ise daha kötü olduğu belirlenmiştir (84).

2.2.4.2. Eğitim

Okulda yaşanan zorlukların çocuklarda baş ağrısına yatkınlaştırıcı ya da baş ağrısını tetikleyici bir unsur olduğunu öne süren çalışmalar bulunmaktadır (43,85). Bu çalışmalarda baş ağrısı olan çocukların baş ağrısı olmayan sağlıklı kontrol grubuna göre günlük yaşamdaki stresli olaylardan daha çok etkilendikleri, ev ödevlerine daha çok zaman ayırdıkları, kendilerini rahatlatmakta zorlandıkları ve okul sonrası kendilerini daha yorgun hissettikleri belirtilmiştir.

Migren ve GTBA tanısı alan üniversite öğrencilerinin değerlendirildiği bir çalışmada migren tanısı alan öğrencilerin ders çalışma sürelerinin GTBA tanısı alan öğrencilere göre daha çok etkilendiği, özellikle sınav zamanlarında baş ağrısı

ataklarının sıklığının daha fazla olduğu vurgulanmıştır. Her iki grubun ders çalışma süreleri baş ağrısı olmayan gruba göre daha çok etkilenmektedir (86).

Migrenli çocukların bilişsel fonksiyonlarının değerlendirildiği çalışmaların sonuçları farklılıklar göstermektedir. D'Andrea ve arkadaşlarının 20 migrenli çocuğu sağlıklı kontrollerle karşılaştırdıkları bir çalışmada migrenli çocukların yakın ve uzak belleklerinde bozulma bildirilmiştir (87). Migren ve GTBA tanılı çocukların sağlıklı kontrollerle WISC-III uygulanarak karşılaştırıldığı bir çalışmada toplam zeka ve sözel zeka puanlarının kontrol grubuna göre düşük olduğu saptanmıştır (88). 8-12 yaş aralığında 30 migrenli çocuğun değerlendirildiği bir başka çalışmada WISC-III'ün alt testlerinden bilgi, aritmetik, kelime dağarcığı ve parça birleştirmede kontrol grubuna göre daha düşük puanlar aldığı bulunmuştur (89). Öte yandan migrenin bilişsel fonksiyonlar üzerine herhangi bir etkisinin olmadığını bildiren çalışmalar da bulunmaktadır (90,91).

Chakravarty ve arkadaşlarının migren atağını tetikleyen etkenleri değerlendirdikleri bir çalışmada dersle ilgili kitap okumanın hastaların %52.5'inde tetikleyici etken olduğu bildirilmiştir. Aynı hasta grubu 3 ay izlenmiş, okudukları kitaplar ders kitapları ve eğlenceli kitaplar olarak sınıflandırılmıştır. Eğlenceli kitaplar atakların %5.9'unda, ders kitapları %37.6'sında tetikleyici etken olarak saptanmıştır. Araştırmacılar bu farklılığa akademik performansla ilgili stresin neden olabileceğini öne sürmüşlerdir (43).

Çocukların %12'si yılda en az bir kez baş ağrısı nedeni ile okula gidememektedirler (92). Migrenli çocukların GTBA'lı çocuklar göre okula devamlılık konusunda daha çok sorun yaşadıkları bilinmektedir. Araştırmacılar bu durumu migren ataklarında ağrının şiddetli olması ve günlük aktiviteleri kısıtlayıcı nitelik göstermesi ile açıklamaya çalışmıştır (93).

2.2.4.3. Aile İlişkileri

Tekrarlayan baş ağrısı olan çocuk ve ergenlerin ebeveynlerinin öz bildirimlerinin değerlendirildiği bir çalışmada, aile işlevlerinin daha kötü olduğu bulunmuş, ailevi sorunların çocuk ve ergenlerde strese neden olarak baş ağrısına yatkınlığı arttırdığı bildirilmiştir (13,23).

Lewandowski ve arkadaşlarının birincil baş ağrısı tanısı alan ergenlerde aile işlevlerini değerlendirdikleri çalışmada, aile işlevleri iyi olan ergenlerde bozuk olan ergenlere göre depresif belirti düzeylerinin daha az olduğu, işlevselliklerinin daha iyi olduğu ve ağrı sıklığı ve şiddetinin daha az olduğu saptanmıştır (94).

Ayrıca baş ağrısı şikayeti olan çocuk ve ergenlerde, ebeveynlerinden herhangi birinin ölümü ya da boşanma gibi yaşamsal olayların daha sık görüldüğünü bildiren çalışmalar bulunmaktadır (21,22). Aromaa ve arkadaşlarının migren ve GTBA tanısı alan çocukların aile ortamlarını karşılaştırdıkları çalışmalarında, GTBA tanısı alan çocukların aile bireylerinin kendilerini daha az mutlu hissettikleri ve anne babalarının ilişki sorunlarının daha belirgin olduğu belirtilmiştir (23).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu tez çalışması Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı ile Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı işbirliği ile gerçekleştirilmiştir.

3.1. Katılımcıların Seçimi

3.1.1. Migren ve GTBA Grubunun Seçimi

Ocak 2011-Haziran 2011 arasında Çocuk Nörolojisi Bilim Dalı polikliniğine baş ağrısı yakınması ile başvuran ve migren ya da GTBA tanısı alan 8-17 yaş grubundaki çocuklar çalışmaya davet edildi. Çalışmaya alınma ölçütlerine uyan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 61 çocuk (migren=30, GTBA=31) çalışmaya alındı. Migren ya da GTBA tanısı IHS'nin belirlediği ICHD-II ölçütlerine göre çocuk nöroloji uzmanı tarafından konuldu.

Örneklem grubu için çalışmadan çıkarılma ölçütleri:

1. Çocuğun özbildirim ölçeklerini doldurmasına ve tanısız görüşmeleri tamamlamasına engel fiziksel ya da ruhsal bir bozukluğunun olması,
2. Çocuğun özbildirim ölçeklerini doldurmasına engel zihinsel bir geriliğinin olması,
3. Birincil baş ağrısı tanısı dışında kronik ve ciddi bir hastalığının olması,
4. Annelerde, özbildirim ölçeklerinin doldurulmasına ve tanısız görüşmelerin tamamlanmasına engel fiziksel ya da ruhsal bir bozukluğu olması çalışmadan çıkarılma ölçütleri olarak belirlenmiştir.

3.1.2. Kontrol Grubunun Seçimi

Ocak 2011-Haziran 2011 tarihleri arasında nörolojik olmayan bir yakınmayla genel çocuk hastalıkları polikliniğine başvuran çocuklar ve aileleri çalışmaya davet edildi. Çalışmaya alınma ölçütlerine uyan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 30 çocuk çalışmaya alındı. Kontrol grubundaki çocukların değerlendirilmeleri mevcut genel tıbbi durumları düzeldikten sonra telefonla randevu verilerek yapıldı.

Kontrol grubu için çalışmadan çıkarılma ölçütleri:

1. Çocuğun öz bildirim ölçeklerini doldurmasına ve tanısal görüşmeleri tamamlamasına engel fiziksel ya da ruhsal bir bozukluğunun olması,
2. Çocuğun öz bildirim ölçeklerini doldurmasına engel zihinsel bir geriliğinin olması,
3. Kronik ve ciddi bir hastalık nedeniyle takip ediliyor olması,
4. Halen ruhsal bozukluk tanısıyla bir çocuk psikiyatri kliniği tarafından takip ediliyor olması,
5. Annelerde öz bildirim ölçeklerinin doldurulmasına, tanısal görüşmelerin tamamlanmasına engel fiziksel ya da ruhsal bir bozukluğun olması çalışmadan çıkarılma ölçütleri olarak belirlenmiştir.

3.2. Yöntem

Çalışmaya davet edilen çocuklar ve aileleri araştırmacı tarafından çalışma ile ilgili bilgilendirilerek çalışmaya katılmayı kabul ettiklerine dair yazılı onamları alındı. Çalışmaya alınan migren, GTBA ve kontrol gruplarındaki çocukların sosyodemografik özellikleri araştırmacı tarafından hazırlanan “Sosyodemografik Bilgi Formu” kullanılarak değerlendirildi. Araştırmacı tarafından tüm çocuklar ve

ebeveynlerine “Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli Türkçe Uyarlaması” (ÇDŞG-ŞY-T) uygulanarak eşlik eden ruhsal bozukluklar belirlendi. Yapılan görüşmede hastaların ÇDŞG-ŞY-T ile taranamayan tanıları araştırmacının DSM- IV tanı ölçütlerine dayalı klinik görüşmesi ile değerlendirildi.

Her çocuğa araştırmacı tarafından özbildirim ölçekleri olan “Çocuklar için Depresyon Ölçeği (ÇDÖ), Çocuklar için Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri (ÇDSKE), Çocuklar için Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇİYKÖ), Coopersmith Benlik Saygısı Ölçeği Çocuk Formu (BSÖ)” ve annelerine de ‘Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R) ve Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ) doldurtuldu.

Görüşme sonunda ruhsal bozukluk tanısı konulan çocuklar tedavileri düzenlenerek poliklinik takibine alındı.

3.3. Gereçler

3.3.1. Sosyodemografik Bilgi Formu

Çalışmacı tarafından hazırlanan sosyodemografik bilgi formunda; çocuğa ait yaş, cinsiyet, devam ettiği sınıf, aile yapısı, anne, baba ve kardeşlerin yaşı, eğitimi, çalışma durumu, herhangi bir ruhsal ya da fiziksel hastalıklarının olup olmadığı ile ilgili bilgiler sorgulandı.

3.3.2. Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli-Türkçe Uyarlaması (ÇDŞG-ŞY-T)

(Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia Present and Lifetime Version-K-SADS)

Çocuk ve ergenlerde kullanılan yapılandırılmış ya da yarı yapılandırılmış görüşme ölçeklerinden biri olan Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi'nin iki farklı şekli bulunmaktadır. ÇDŞG-Ş (şimdiki dönem şekli), Erişkin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi kullanılarak geliştirilmiştir (95). ÇDŞG-E (epidemiyolojik şekli) ise ruhsal bozuklukları şimdi ve yaşam boyu olarak değerlendirmek üzere geliştirilmiştir. ÇDŞG'nin bütün şekilleri DSM-III, DSM-III-R ile uyum içinde güncelleştirilmiştir. DSM-IV yayınlandıktan sonra ÇDŞG-ŞY, ÇDŞG-Ş'den uyarlanmıştır (96). Öğrenme güçlüğü, gelişimsel bozukluklar ve negatif semptomlu şizofreni dışında birçok ruhsal hastalığı taramaktadır. ÇDŞG-ŞY-T'nin geçerlik ve güvenilirliği 2004 yılında Gökler ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (97).

3.3.3. Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği (ÇDÖ)

(Children's Depression Inventory)

Çocukluk çağındaki depresyonu araştırmada en sık kullanılan ölçeklerden biri olan ÇDÖ, Kovacs tarafından geliştirilmiştir (98). 6-17 yaşları arasındaki çocuk ve ergenlere uygulanabilen, 27 maddelik bir ölçektir. Her madde belirtinin şiddetine göre 0, 1 ya da 2 puan alır. En üst puan 54'tür. Kesim puanı 19 olarak önerilmektedir. Ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik çalışması Öy tarafından yapılmıştır (99).

3.3.4. Çocuklar İçin Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri (ÇDSKE) (State-Trait Anxiety Inventory for Children)

Spielberger tarafından geliştirilmiş olan bu ölçeğin durumluk ve sürekli kaygı için 20'şer soruluk iki alt ölçeği bulunmaktadır (100). Her madde belirtinin şiddetine göre 1, 2 ya da 3 olarak puanlanmaktadır. Durumluk kaygı; bireyin belirli bir zamanda, belirli şartlar dahilinde hissettiği kaygıyı tanımlamakta ve dış etkenlere göre değişim gösterebilmektedir. Sürekli kaygı ise bireyin genel olarak ne hissettiğini tanımlamakta ve bireyin genel olarak anksiyeteye yatkınlığını yansıtmaktadır.

Çalışmada, ölçeğin durumluk ve sürekli kaygıyı araştıran iki bölümünden, durumluk anksiyete ölçeği kullanılmamış, yalnızca sürekli anksiyeteye ilişkin form kullanılmıştır. Ölçeğin ülkemizdeki geçerlik ve güvenilirlik çalışması Özusta tarafından yapılmıştır (101).

3.3.5. Coopersmith Benlik Saygısı Ölçeği-ÇocukFormu (BSÖ) (Coopersmith Self- Esteem Inventory for Children)

Coopersmith tarafından geliştirilen 57 maddelik bir öz bildirim ölçeğidir (102). Ülkemizde geçerlik ve güvenilirlik çalışması Güçray tarafından yapılmıştır (103).

3.3.6. Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇİYKÖ): (The Pediatric Quality of Life Inventory)

ÇİYKÖ 2-18 yaşları arasındaki çocuk ve ergenlerin sağlıkla ilgili yaşam kalitelerini ölçebilmek için Varni ve arkadaşları tarafından yaklaşık 15 yıllık çalışma sonucu 1999 yılında geliştirilmiş bir yaşam kalitesi ölçeğidir (104). Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımladığı sağlıklılık halinin özellikleri olan fiziksel sağlık, duygusal

işlevsellik ve sosyal işlevsellik alanlarını sorgulamaktadır. Bunun yanında okul işlevselliği de sorgulanmaktadır. Puanlama 3 alanda yapılmaktadır. İlk olarak ölçek toplam puanı (ÖTP), ikinci olarak fiziksel sağlık toplam puanı (FSTP), üçüncü olarak duygusal, sosyal ve okul işlevselliğini değerlendiren madde puanlarının hesaplanmasından oluşan psikososyal sağlık toplam puanı (PSTP) hesaplanmaktadır (105).

Genel yaşam kalitesi ölçeklerinden olan ÇİYKÖ okul ve hastane gibi geniş örneklerde hem sağlıklı hem de hastalığı olan çocuk ve ergenlerde kullanımı uygun olan 23 maddelik bir yaşam kalitesi ölçeğidir. Maddeler 0–100 arasında puanlanmaktadır. Sorunun yanıtı hiçbir zaman olarak işaretlenmişse 100, nadiren olarak işaretlenmişse 75, bazen olarak işaretlenmişse 50, sıklıkla olarak işaretlenmişse 25, hemen her zaman olarak işaretlenmişse 0 puan almaktadır. ÇİYKÖ toplam puanı ne kadar yüksek ise, sağlıkla ilgili yaşam kalitesi de o kadar iyi algılanmaktadır (105). Ülkemizde geçerlik ve güvenilirlik çalışması Memik ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (106).

3.3.7. Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R): (Symptom Checklist-90-Revised)

Deragotis tarafından 1977 yılında son haline getirilen bu test bir kendini değerlendirme ölçeğidir (107). Test 5 dereceli, Likert tipi cevaplanan 90 maddeden oluşmaktadır. Her durumun son 15 gün içinde bireyi ne ölçüde tedirgin ve huzursuz ettiği yönergesi verilmektedir. Her madde “hiç”, “çok az”, “orta derecede”, “oldukça fazla” ve “ileri derecede” seçeneklerine göre cevaplanmaktadır. Ölçeğin 9 ayrı belirti grubunu yansıtan alt ölçekleri bulunmaktadır: somatizasyon, obsesif kompulsif belirtiler, kişilerarası duyarlılık, depresyon, anksiyete, düşmanlık, fobik anksiyete, paranoid düşünce, psikotizm ve bu ölçeklere girmeyen maddelerden oluşan ek ölçek. Her alt ölçeğin puan ortalamalarının yanı sıra, ölçekten 3 ayrı genel puan da hesaplanabilmektedir:

- Genel belirti düzeyi: Bireydeki psikiyatrik belirtilerden duyulan sıkıntıyla bağlantılıdır ve ölçeğin en iyi endeksi olduğu söylenmektedir.
- Pozitif belirti toplamı: Bireyin kendisinde ne kadar çeşitli psikiyatrik belirti algıladığını göstermektedir. “Hiç” seçeneğiyle işaretlenenler hariç diğer maddelerin ham sayı toplamıdır.
- Pozitif belirti düzeyi: Bireyin kendisinde var olduğunu algıladığı belirtilerden duyduğu sıkıntının ağırlığını göstermektedir. “Hiç” olarak işaretlenenler haricindeki maddelerin dereceleme ortalamasıdır.

Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması 1991 yılında Dağ tarafından yapılmıştır (108).

3.3.8. Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ):

(The McMaster Family Assessment Device)

Epstein tarafından geliştirilmiş ve Bulut tarafından ülkemize uyarlanmıştır (109,110). Problem çözme, iletişim, roller, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterme, davranış kontrolü ve genel fonksiyonlar adı altında 7 alt ölçekten oluşan ADÖ 60 maddedir. Ölçek "Aynen katılıyorum" 1 puan ile "Hiç katılmıyorum" 4 puan arasında değişen 4 seçenek üzerinden puanlanmaktadır. 12 yaş üzerindeki tüm aile üyelerine ve deneğin kendisine aile işlevlerini değerlendirmek amacıyla uygulanabilmektedir (110).

3.4. Verilerin İstatistiksel Analizi

Veriler, Sosyal Bilimler İçin İstatistik Paket Programı 16.0 (Statistical Program for Social Sciences-SPSS for Windows, 16.0) kullanılarak analiz edilmiştir. Tanımlayıcı istatistiklerin hesaplanmasından sonra kategorik verilerin gruplar arasındaki karşılaştırmalarında Ki-kare Testi ya da Fisher's Exact Testi kullanılmıştır. Sürekli verilerin normal dağılıma uyup uymadığı Kolmogorov Smirnov Testi ile değerlendirilmiştir. Normal dağılıma uyan sürekli verilerin karşılaştırılmasında One Way ANOVA Testi, istatistiksel olarak anlamlı kabul edilen verilerde ise gruplar arasındaki farklılığı değerlendirmek için Post Hoc Scheffe Testi kullanılmıştır. Normal dağılıma uymayan değerler 3 grup arasında Kruskal Wallis Testi ile değerlendirilmiştir. Anlamlı bulunan veriler için gruplar arasında Mann-Whitney U Testi ile ikili karşılaştırmalar yapılmış ve Bonferroni Düzeltmesi uygulanmış ve $p < 0.017$ olarak alınmıştır. Tüm analizler için anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

4.1. Sosyodemografik Özellikler

4.1.1. Olguların Sosyodemografik Özellikleri

Çalışmaya katılan çocukların yaşları 8-17 yaş arasında değişmektedir. Migren grubundaki çocukların yaş ortalaması 11.93 ± 2.25 (median:12, min:8 max:17), GTBA grubundaki çocukların yaş ortalaması 13.55 ± 2.55 (median:13, min:8 max:17), kontrol grubundaki çocukların ise 12.47 ± 2.16 (median:13, min:10 max:17) olarak bulunmuştur. Migren ve GTBA grubundaki çocukların yaş ortalamaları arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0.009$).

Gruplara göre cinsiyet dağılımı Tablo 1'de görülmekte olup gruplar arasında cinsiyet dağılımında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.

Tablo 1: Grupların cinsiyet dağılımları

Grup	Kız		Erkek		Toplam		İstatistiksel Test *		
	n	%	n	%	n	%	χ^2	df	p
Migren	17	56.7	13	43.3	30	100.0	1.465	2	0.481
GTBA	22	71	9	29	31	100.0			
Kontrol	18	60.0	12	40.0	30	100.0			
Toplam	57	62.6	34	37.4	91	100.0			

*Ki Kare testi

Benzer şekilde, Tablo 2’de görüldüğü gibi, eğitim düzeyine göre dağılım açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farka rastlanmamıştır.

Tablo 2: Gruplar arasında eğitim düzeylerinin karşılaştırılması

Eğitim düzeyi	Migren (n=30)		GTBA (n=31)		Kontrol (n=30)		Toplam (n=91)		İstatistiksel test*		
	n	%	n	%	n	%	n	%	χ^2	df	p
5. Sınıf ve altı	10	33.0	8	25.8	11	36.7	28	30.8	0.872	2	0.646
6. Sınıf ve üstü	20	66.7	23	74.2	19	63.3	63	69.2			

*Ki kare testi

4.1.2. Ailelerin Sosyodemografik Özellikleri

Annelerin yaş ortalamaları migren grubunda 39.2 ± 6.3 , GTBA grubunda 37.6 ± 5.1 , kontrol grubunda ise 38.2 ± 5.7 olarak saptanmıştır. Gruplar arasında anne yaş ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p=0.544$).

Babaların yaş ortalamaları ise migren grubunda 44.8 ± 6.6 , GTBA grubunda 40.8 ± 4.8 , kontrol grubunda ise 41.7 ± 4.8 olarak bulunmuştur. Gruplar arasında babaların yaş ortalamaları arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0.014$). Farklılığın migren ve GTBA grubundaki çocukların babalarının yaş ortalamalarından kaynaklandığı saptanmıştır ($p=0.020$).

Tablo 3: Gruplar arasında ebeveynlerin eğitim düzeylerinin karşılaştırılması

Ebeveyn eğitim düzeyi		Migren (n=30)		GTBA (n=31)		Kontrol (n=30)		Toplam (n=91)		İstatistiksel test*		
		n	%	n	%	n	%	n	%	χ^2	df	p
Anne	İlköğretim düzeyi	23	76.7	27	87.1	21	70.0	71	78.0	2.647	2	0.266
	Lise veya üstü eğitim	7	23.3	4	12.9	9	30.0	20	22.0			
Baba	İlköğretim Düzeyi	18	60.0	19	61.3	18	60.0	55	48.2	0.798	2	0.981
	Lise veya üstü eğitim	12	40.0	12	38.7	12	40.0	36	41.8			

*Ki Kare Testi

Ebeveynlerin eğitim durumları açısından bakıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (Tablo 3).

Annelerin çalışma durumlarına bakıldığında, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık ($p=0.797$) görülmemiştir (Tablo 4).

Tablo 4: Annelerin çalışma durumlarının karşılaştırılması

Annenin çalışma durumu	Migren (n=30)		GTBA (n=31)		Kontrol (n=30)		Toplam (n=91)		İstatistiksel Test*		
	n	%	n	%	n	%	n	%	χ^2	df	p
Çalışmıyor	27	90.0	24	77.4	25	83.3	76	83.5	1.754	2	0.416
Çalışıyor	3	10.0	7	22.6	5	16.7	15	16.5			

*Ki kare testi

Tablo 5: Gruplar arasında aile yapısının karşılaştırılması

Aile Yapısı	Migren (n=30)		GTBA (n=31)		Kontrol (n=30)		İstatistiksel Test*		
	n	%	n	%	n	%	χ^2	df	p
Anne baba birlikte	30	100.0	27	86.2	29	96.7	5.291	2	0.071
Anne baba ayrılmış	0	0.0	4	13.8	1	3.3			

*Ki kare testi

Tablo 5’de görüldüğü gibi, aile yapısı özellikleri yönünden gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık ($p=0.071$) bulunamamıştır. İstatistiksel olarak anlamlı düzeye ulaşmasa da migren grubunda parçalanmış aileye rastlanmazken, GTBA grubunda 4, kontrol grubunda ise 1 çocuğun anne babasının ayrı yaşadığı saptanmıştır.

Tablo 6: Gruplar arası evde yaşayan kişi ve kardeş sayısı ortalamaları

	Migren (n= 30)		GTBA (n=31)		Kontrol (n=30)		İstatistiksel Test*
	Ort	SD	Ort	SD	Ort	SD	
Evde yaşayan kişi sayısı	5.06	1.28	4.61	1.35	4.76	1.30	$p=0.397$
Kardeş sayısı	2.70	0.98	2.48	1.02	2.43	0.85	$p=0.523$

*One Way ANOVA

Evde yaşayan kişi sayısı ve kardeş sayısı açısından gruplar karşılaştırıldığında gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (Tablo 6).

Tablo 7: Ebeveynlerin psikiyatrik başvuru öyküsü

Psikiyatrik Başvuru		Migren (n=30)		GTBA (n=31)		Kontrol (n=30)		İstatistiksel Test*		
		n	%	n	%	n	%	χ^2	df	p
Anne	Başvuru Var	7	23.3	14	45.2	4	13.3	8.136	2	0.017
	Başvuru Yok	23	76.7	17	54.8	26	86.7			
Baba	Başvuru Var	0	0.0	4	12.9	0	0.0	5.291	2	0.071
	Başvuru Yok	30	100.0	27	87.1	30	100.0			

*Ki kare

Araştırmaya katılan annelerin psikiyatrik başvuru öyküsüne bakıldığında gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Tablo 7). GTBA/kontrol grubu arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlıyken ($p=0.006$), GTBA/migren ($p=0.073$) ve migren/kontrol grubu arasındaki ($p=0.317$) farklılık anlamlı değildir.

Babaların psikiyatrik başvuru öyküsü açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamış olmasına rağmen migren ve kontrol grubundaki çocukların babalarında psikiyatrik başvuru öyküsü tanımlanmazken, GTBA grubunda 4 çocuğun babasında psikiyatrik başvuru öyküsü bildirilmiştir (Tablo 7).

Tablo 8: Ebeveynlerin fiziksel hastalık öyküsü

Fiziksel Hastalık		Migren (n=30)		GTBA (n=31)		Kontrol (n=30)		İstatistiksel Test*		
		n	%	n	%	n	%	χ^2	df	p
Anne	Tanı Var	17	56.7	14	45.2	11	36.7	2.433	2	0.296
	Tanı Yok	13	43.3	17	54.8	19	63.3			
Baba	Tanı Var	9	30.0	6	19.4	6	20.0	1.212	2	0.546
	Tanı Yok	21	70.0	25	80.6	24	80.0			

*Ki kare testi

Anne ve babaların fiziksel hastalık öyküleri incelendiğinde gruplar arasında farklılık olmadığı saptanmıştır (Tablo 8).

4.2. Araştırmaya Katılan Çocukların Ruhsal Değerlendirmeleri

Tablo 9: Deneklerde ruhsal bozukluk tanısı sıklığı

Ruhsal bozukluk	Migren (n=30)		GTBA (n=31)		Kontrol (n=30)		İstatistiksel Test*		
	n	%	n	%	n	%	χ^2	df	p
Tanı var	13	43.3	16	51.6	5	16.7	8.638	2	0.013
Tanı yok	17	56.7	15	48.4	24	83.3			

*Ki kare testi

Migren, GTBA ve kontrol grubundaki çocuklarda ruhsal bozukluk tanısı sıklığı karşılaştırıldığında gruplar arasındaki farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p=0.013$) bulunmuştur (Tablo 9). Gruplar ikili olarak kendi aralarında karşılaştırıldıklarında migren/GTBA arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmazken ($p=0.517$), migren/kontrol ($p=0.024$) ve GTBA/kontrol ($p=0.004$) grupları arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Tablo 10: Deneklerdeki ruhsal hastalıkların dağılımı

Tanılar		Migren		GTBA		Kontrol		İstatistiksel Test*		
		n	%	n	%	n	%	χ^2	df	p
Anksiyete bozuklukları	Tanı var	11	36.7	9	29.0	2	6.7	7.969	2	0.019
	Tanı yok	19	63.3	22	71.0	28	93.3			
Duygudurum bozuklukları	Tanı var	1	3.3	6	19.4	0	0.0	9.241	2	0.010
	Tanı yok	29	96.7	25	80.6	30	100.0			
Yıkıcı Davranış Bozuklukları	Tanı var	4	13.3	10	32.3	3	10.0	5.815	2	0.055
	Tanı yok	26	86.7	21	67.7	27	90.0			

*Ki kare testi

Çalışmaya katılan çocuk ve ergenlerde saptanan ruhsal hastalıklar anksiyete bozuklukları, duygudurum bozuklukları ve yıkıcı davranış bozuklukları olarak sınıflandırılmıştır ve migren, GTBA, kontrol grupları arasında sıklıkları karşılaştırılmıştır (Tablo 10).

Anksiyete bozukluğu tanısı gruplar arasında karşılaştırıldığında farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu, farkın migren/kontrol ($p=0.005$) ve GTBA/kontrol ($p=0.023$) gruplarından kaynaklandığı saptanmıştır.

Duygudurum bozuklukları gruplar arasında karşılaştırıldığında farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu, farkın GTBA/kontrol ($p=0.024$) gruplarından kaynaklandığı saptanmıştır.

Yıkıcı davranış bozuklukları sıklığı gruplar arasında istatistiksel açıdan farklılık göstermemektedir (Tablo 10).

Deneklerin ÇDŞG- ŞY uygulanarak ve çalışmacının klinik değerlendirmesiyle belirlenen ruhsal bozukluk tanıları Tablo 11’de yer almaktadır.

Tablo 11: Deneklerde saptanan ruhsal bozukluk tanıları

Hastalık	Migren		GTBA		Kontrol	
	n	%	n	%	n	%
MDB	-	-	6	19.3	-	-
Distimi	1	3.3	-	-	-	-
AAB	4	13.3	2	6.5	1	3.3
Sosyal Fobi	5	16.6	4	12.9	-	-
Özgül Fobi	2	6.6	-	-	1	3.3
YAB	6	20	2	6.5	2	6.6
OKB	1	3.3	-	-	-	-
TSSB	1	3.3	1	3.2	-	-
Somatoform Bozukluk	-	-	1	3.2	-	-
Enürezis	2	6.6	-	-	-	-
DEHB	3	10	4	12.9	2	6.6
KOKGB	2	6.6	7	22.5	1	3.3
ÖÖG	1	3.3	-	-	-	-
Konuşma Bozukluğu	1	3.3	1	3.2	-	-
Uyku Bozukluğu	1	3.3	-	-	-	-

MDB: Majör Depresif Bozukluk, **AAB:** Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu, **YAB:** Yaygın Anksiyete Bozukluğu, **OKB:** Obsesif Kompulsif Bozukluk, **TSSB:** Travma Sonrası Stres Bozukluğu, **DEHB:** Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, **KOKGB:** Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu, **ÖÖG:** Özgül Öğrenme Güçlüğü

Tablo 12: Deneklerin öz bildirim ölçeklerinin puan ortalamaları

Öz Bildirim Ölçeği	Migren (n=30)		GTBA (n=31)		Kontrol (n=30)		İstatistiksel Test
	Ort	SD	Ort	SD	Ort	SD	
ÇDÖ puanı	12.00	7.05	13.38	7.22	8.06	5.42	p=0.010*
ÇDSKE puanı	38.73	7.11	38.61	8.29	32.46	6.10	p=0.001**
BSÖ puanı	36.83	9.02	34.83	9.11	43.96	6.80	p<0.001*

* Kruskal Wallis ** One Way ANOVA

ÇDÖ: Çocuklar için Depresyon Ölçeği, ÇDSKE: Çocuklar için Durumluk Sürekli Kaygı Envanteri, BSÖ: Benlik Saygısı Ölçeği

Çalışmaya katılan çocukların öz bildirim ölçeklerinin puan ortalamaları Tablo 12’de gösterilmiştir.

Çocuklar için Depresyon Ölçeği (ÇDÖ) puan ortalamaları: Gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak (p=0.010) anlamlı bulunmuş olup, farklılığın GTBA/kontrol grubu (p=0.007) ve migren/kontrol grubundan kaynaklandığı (p=0.014) saptanmıştır.

Çocuklar için Durumluk Sürekli Kaygı Envanteri (ÇDSKE) puan ortalamaları: Gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak (p=0.001) anlamlı bulunmuş olup, farklılığın GTBA/kontrol grubu (p=0.006) ve migren/kontrol grubundan kaynaklandığı (p=0.005) bulunmuştur.

Benlik Saygısı Ölçeği (BSÖ) puan ortalamaları: Gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak (p<0.001) anlamlı bulunmuş olup, farklılığın GTBA/kontrol (p<0.001) ve migren/kontrol grubundan (p=0.001) kaynaklanmaktadır.

Tablo 13: Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇİYKÖ)-Çocuk Formu puan ortalamaları

Yaşam Kalitesi	Migren		GTBA		Kontrol		İstatiksel Test
	Ort	SD	Ort	SD	Ort	SD	
Fiziksel İşlevsellik	62.32	19.95	61.99	18.10	78.46	14.18	p<0.001*
Psikososyal İşlevsellik	63.92	17.44	68.28	14.52	82.10	9.60	p<0.001**
Toplam İşlevsellik	63.23	15.84	65.87	14.72	81.71	8.66	p<0.001**

*One Way ANOVA **Kruskal Wallis

ÇİYKÖ fiziksel sağlık toplam puanları gruplar arasında karşılaştırıldığında farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p<0.001$), gruplar kendi aralarında karşılaştırıldıklarında farklılığın migren/kontrol ($p=0.003$) ve GTBA/kontrol ($p=0.002$) gruplarından kaynaklandığı, migren/GTBA grupları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı ($p=0.997$) olmadığı saptanmıştır.

ÇİYKÖ psikososyal sağlık toplam puanları arasındaki farklılık da istatistiksel olarak anlamlı ($p<0.001$) olup, farklılık migren/kontrol ($p<0.001$) ve GTBA/kontrol ($p<0.001$) gruplarından kaynaklanmaktadır.

ÇİYKÖ toplam puanları arasındaki farklılık migren/kontrol ($p<0.001$) ve GTBA/kontrol ($p<0.001$) gruplarından kaynaklanmaktadır (Tablo 13).

Tablo 14: Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇİYKÖ)-Ebeveyn Formu puan ortalamaları

Yaşam Kalitesi	Migren		GTBA		Kontrol		İstatiksel Test
	Ort	SD	Ort	SD	Ort	SD	
Fiziksel İşlevsellik	57.22	21.14	59.81	16.06	80.97	14.02	p<0.001*
Psikososyal İşlevsellik	62.21	17.05	65.89	18.38	80.65	12.22	p=0.002**
Toplam İşlevsellik	61.06	16.67	63.85	16.14	80.97	14.02	p<0.001*

*One Way ANOVA **Kruskal Wallis

ÇİYKÖ fiziksel sağlık toplam puanları gruplar arasında karşılaştırıldığında farklılığın migren/kontrol (p<0.001) ve GTBA/kontrol (p<0.001) gruplarından kaynaklandığı saptanmıştır (Tablo 14).

ÇİYKÖ psikososyal sağlık toplam puanları gruplar arasında karşılaştırıldığında farklılık migren/kontrol (p<0.001) ve GTBA/kontrol (p=0.002) gruplarından kaynaklanmaktadır.

ÇİYKÖ toplam puanları arasındaki farklılık migren/kontrol (p<0.001) ve GTBA/kontrol (p<0.001) gruplarından kaynaklanmaktadır.

4.3. Annelerde Ruhsal Belirti Sıklığı

Tablo 15: Annelerin SCL-90-R profilleri

SCL-90-R	Migren		GTBA		Kontrol		İstatiksel Test
	Ort	SD	Ort	SD	Ort	SD	
Genel belirti düzeyi	0.98	0.35	1.18	0.53	0.79	0.36	p=0.030*
Pozitif belirti düzeyi	1.81	0.40	2.00	0.45	1.59	0.37	p=0.001*
Pozitif belirti toplamı	49.70	2.72	52.32	3.37	44.73	3.53	p=0.278**

*One Way ANOVA **Kruskal Wallis

Tablo 15’de çalışmaya katılan çocukların annelerinin SCL-90-R puan ortalamaları yer almaktadır. Genel belirti düzeyi (GBD) puan ortalamalarına bakıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık ($p=0.030$) olduğu bulunmuştur. GTBA/kontrol grubundaki fark istatistiksel olarak anlamlıyken ($p=0.003$), migren/GTBA ($p=0.194$) ve migren/kontrol ($p=0.241$) gruplarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Pozitif belirti düzeyi (PBD) puan ortalamaları da gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık ($p=0.001$) göstermektedir. GTBA/kontrol grubundaki fark istatistiksel olarak anlamlı ($p=0.001$) iken, GTBA/migren ($p=0.205$) ve migren/kontrol ($p=0.111$) gruplarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Pozitif belirti toplamı (PBT) değerleri gruplar arasında farklılık göstermemektedir (Tablo 15).

Tablo 16: SCL-90-R alt ölçek profilleri

SCL-90-R Alt Ölçek Puanları	Migren		GTBA		Kontrol		İstatiksel Test
	Ort	SD	Ort	SD	Ort	SD	
Somatizasyon	1.34	0.56	1.41	0.65	0.91	0.51	p=0.002*
OKB	1.12	0.09	1.45	0.12	1.03	0.08	p=0.550**
KAD	1.07	0.10	1.37	0.14	0.98	0.04	p=0.124**
Depresyon	0.98	0.98	1.43	0.71	0.88	0.59	p=0.010*
Anksiyete	0.93	0.50	1.00	0.58	0.66	0.48	p=0.036*
Düşmanlık	0.85	0.67	1.06	0.61	0.64	0.47	p=0.029**
Fobi	0.51	0.37	0.67	0.63	0.42	0.38	p=0.500**
Paranoid düşünce	1.03	0.66	1.10	0.61	0.75	0.51	p=0.089**
Psikotizm	0.62	0.43	0.75	0.60	0.46	0.41	p=0.121**
Ek Skala	1.19	0.52	1.29	0.72	1.05	0.53	p=0.288*

*One Way ANOVA **Kruskall Wallis

SCL-90-R alt ölçek puan ortalamaları Tablo 16'da gösterilmiştir.

Somatizasyon alt ölçeği puan ortalamaları: Gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı (p=0.002) bulunmuştur. Migren/kontrol (p=0.020) ve GTBA/kontrol (p=0.005) grupları arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı iken, migren/GTBA arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildir.

Depresyon alt ölçeği puan ortalamaları: Gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı ($p=0.001$) bulunmuştur (Tablo 16). Gruplar kendi aralarında karşılaştırıldıklarında GTBA/kontrol ($p=0.003$) ve GTBA/migren ($p=0.016$) grupları arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı iken, migren/kontrol ($p=0.831$) grubu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (Tablo 16).

Anksiyete alt ölçeği puan ortalamaları: Gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı ($p=0.036$) bulunmuştur (Tablo 16). Gruplar kendi aralarında karşılaştırıldıklarında ise yalnızca GTBA/kontrol ($p=0.051$) grupları arasındaki farklılığın istatistiksel açıdan anlamlılık değerine yakınlık gösterdiği bulunmuştur.

Düşmanlık alt ölçeği puan ortalamaları: Gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı ($p=0.029$) bulunmuştur (Tablo 16). GTBA/kontrol grubundaki fark istatistiksel olarak anlamlı iken ($p=0.006$), migren/kontrol ($p=0.295$) ve GTBA/migren ($p=0.172$) grupları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir.

Obsesif kompulsif belirtiler, kişiler arası duyarlılık, fobik anksiyete, paranoid düşünce, psikotizm ve ek skala alt ölçek puan ortalamaları gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermemiştir (Tablo 16).

4.4. Aile İşlevlerinin Değerlendirilmesi

Tablo 17: Aile Değerlendirme Ölçeği puan ortalamaları

ADÖ Alt Testler	Migren		GTBA		Kontrol		İstatistiksel test
	Ort	SD	Ort	SD	Ort	SD	
Problem çözme	1.76	0.65	2.04	0.65	1.57	0.64	p=0.011**
Roller	1.97	0.50	2.21	0.44	1.76	0.48	p=0.002*
İletişim	1.86	0.52	2.04	0.50	1.71	0.35	p=0.046**
Duygusal Tepki Ver.	1.70	0.57	1.96	0.63	1.58	0.41	p=0.048**
Gereken İlgiyi Göst.	2.11	0.48	2.16	0.45	1.83	0.36	p=0.006**
Davranış Kontrolü	1.85	0.38	1.83	0.38	1.86	0.46	p=0.929**
Genel İşlevler	1.81	0.46	2.00	0.67	1.53	0.35	p=0.007**

*One Way ANOVA **Kruskal Wallis

Migren, GTBA ve kontrol gruplarının Aile Değerlendirme Ölçeği alt ölçek puan ortalamaları Tablo 17'de gösterilmiştir.

Problem Çözme: Problem çözme alt ölçek puan ortalamaları açısından gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı ($p=0.011$) bulunmuştur (Tablo 17). Gruplar kendi aralarında karşılaştırıldıklarında GTBA/kontrol grubundaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı iken ($p=0.003$), migren/kontrol ($p=0.172$) ve migren/GTBA ($p=0.103$) arasındaki farklılık anlamlı düzeyde değildir.

Roller: Gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı olup, farklılık GTBA/kontrol gruplarından ($p=0.002$) kaynaklanmaktadır.

İletişim: Gruplar kendi aralarında karşılaştırıldıklarında farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ve farkın GTBA/kontrol gruplarındaki farklılıktan kaynaklandığı bulunmuştur ($p=0.017$).

Duygusal Tepki Verebilme: Gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı olup (Tablo 17), farklılık GTBA/kontrol grupları arasındaki farktan kaynaklanmaktadır ($p=0.016$).

Gereken İlgiyi Gösterme: Bu alt ölçekteki farklılığın da GTBA/kontrol grupları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı ($p=0.002$) olmasından kaynaklandığı saptanmıştır.

Davranış Kontrolü: Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Genel İşlevler: Gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş olup ($p=0.007$), farklılığın migren/kontrol ($p=0.013$) ve GTBA/kontrol ($p=0.004$) gruplarından kaynaklandığı saptanmıştır.

5. TARTIŞMA

Birincil baş ağrıları hem bireyi, hem ailesini hem de toplumu etkileyen önemli bir halk sağlığı sorunudur (111). Ruhsal eşhastalanım varlığının, birincil baş ağrısının süregelenleşmesine yol açan önemli bir risk etkeni olduğu bilinmektedir (14). Birincil baş ağrısı ve ruhsal hastalıkların birlikte görüldüğü bireylerde yalnız baş ağrısı olanlara göre, olağan günlük aktivitelere katılım azalmakta, yaşam kalitesi daha fazla bozulmakta, daha fazla sağlık yardımı başvurusu olmakta ve tedaviden yarar görme oranları düşmektedir (112). Birincil baş ağrıları ömür boyu sürebilen hastalıklar olduğu ve çoğu yetişkinin baş ağrısı yakınmasının çocukluktan itibaren başladığını belirttikleri göz önünde bulundurulduğunda çocukluk çağı baş ağrılarının önemi ortaya çıkmaktadır.

Yazın incelendiğinde birçok toplum ve klinik örneklemlerli çalışmada çocuk ve ergenlerde baş ağrısı ve psikopatoloji arasındaki ilişkinin araştırılmış olduğu, yapılan çalışmalarda ruhsal işlevleri değerlendirmek için çeşitli ölçeklerin kullanıldığı görülmüştür. Az sayıda çalışmada yapılandırılmış görüşmeler uygulanarak ruhsal eşhastalanım sıklığı araştırılmıştır. Bu çalışmalarda birincil baş ağrısı tanısı alan hastalarda ruhsal bozuklukların sık eşlik ettiği, kaygı düzeyinin ve depresif belirtilerin arttığı, benlik saygılarının azaldığı, yaşam kalitelerinin ve aile işlevlerinin bozulduğu gösterilmiştir (12,62-67,83,84,94).

Bizim çalışmamızda birincil baş ağrısı tanısı alan çocuk ve ergenlerin DSM-IV tanı ölçütlerini içeren yapılandırılmış bir görüşmeyle ruhsal bozukluk eşhastalanım oranlarının araştırılması, aile işlevlerinin değerlendirilmesi, annelerinde ruhsal belirti sıklığının saptanması ve migren, GTBA ve kontrol grupları arasında bu veriler açısından farklılık olup olmadığının incelenmesi amaçlanmıştır.

5.1. Sosyodemografik Özellikler

5.1.1. Olguların Sosyodemografik Özellikleri

Çalışmamıza Uluslararası Baş Ağrısı Derneği'nin (IHS) belirlediği tanı ölçütlerine uyan 8-17 yaş aralığında 30 migren, 31 GTBA hastası ve 30 sağlıklı kontrol dahil edilmiştir. Migren grubunda yaş ortalaması, GTBA grubuna göre daha düşük bulunmuştur. Migren tipi baş ağrısı orta/ağır şiddette olup, günlük fiziksel aktiviteleri kısıtlamaktadır ve bulantı, kusma, fotofobi, fonofobi, aura gibi belirtiler sıklıkla eşlik etmektedir (33,40,41). Öte yandan GTBA'da ağrının, hafif/orta şiddette olması, genellikle günlük aktivitelerin gerçekleştirilmesini engellememesi, bulantı, kusma gibi eşlik eden belirtilerin daha az olması doktora başvuruyu azaltmakta ya da geciktirebilmektedir (30,41,45,46). Bizim çalışmamızın klinik örneklemlerle ilişkili olarak gruplar arasında yaş farklılığının ortaya çıkmış olabileceği düşünülmüştür.

Gruplar cinsiyet dağılımı açısından karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı bir farka rastlanmamış olmasına rağmen GTBA grubunun %71'i, migren grubunun ise %56.7'sinin kız hastalardan oluştuğu saptanmıştır. Bu alanda yapılmış yayınlar gözden geçirildiğinde puberte öncesi tekrarlayan baş ağrısı yakınması kız ve erkeklerde benzer oranlarda görülürken, puberte sonrası kız cinsiyet oranı baskın hale gelmektedir (33,34). Özellikle puberte ile birlikte ortaya çıkan hormonal değişikliklerin bu farklılığa neden olduğu ileri sürülmektedir (34). Bu çalışmada özellikle GTBA grubundaki hastaların yaş ortalamasının yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı olmasa da kız cinsiyetin ağırlıklı olmasının yazın bilgisiyle uyumlu olduğu düşünülmüştür.

5.1.2. Ailelerin Sosyodemografik Özellikleri

Yazın incelendiğinde tekrarlayan baş ağrısı yakınması olan çocukların ailelerinin sosyodemografik özelliklerini değerlendiren çalışmalarda elde edilen sonuçların tartışmalı olduğu görülmekle birlikte çocuk ve ergenlerde düşük sosyoekonomik düzeye sahip bir ailede yaşıyor olmanın tekrarlayan baş ağrısı yakınması için bir risk etkeni olduğunu bildiren çalışmalar bulunmaktadır (21,93,113-116). Anne babanın eğitim düzeyinin düşük olması (113,114), babanın çalışmıyor olması (113,114), evde yaşayan kişi sayısının fazla olması (115), sadece bir ebeveynle yaşıyor olmak (21,93,114), ekonomik olarak sıkıntı içinde olmak (116) gibi sorunlar tekrarlayan baş ağrısı yakınması olan çocuklarda kontrol grubuna göre daha sık görülmektedir. Bizim çalışmamızda ebeveynlerin eğitim düzeyi, anne babaların çalışma durumu, evde yaşayan kişi ve kardeş sayısı, aile yapısı ve anne babalarda fiziksel hastalık sıklığı açısından gruplar karşılaştırıldıklarında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Çalışmaya katılan çocukların anneleri psikiyatrik başvurularının olup olmadığı açısından karşılaştırıldıklarında GTBA grubundaki annelerin %45.2'sinin, migren grubunda %23.3'ünün, kontrol grubunda %13.3'ünün psikiyatrik başvurusunun olduğu saptanmıştır. GTBA grubundaki annelerde psikiyatrik başvurusunun kontrol grubundaki annelere göre anlamlı düzeyde daha fazla olduğu görülmüştür. Babalarda psikiyatrik başvuru sıklığı açısından gruplar arasında istatistiksel olarak bir farklılık yoktur.

GTBA tanısı alan çocuk ve ergenlerde aile içi ilişkilerin ve aile işlevlerinin değerlendirildiği çalışmalarda aile üyelerinin kendilerini daha az mutlu hissettikleri, anne babalarının ilişki sorunlarının daha belirgin olduğu ve anne baba ayrılığının daha sık yaşandığı görülmüştür (21,23,93). Bizim çalışmamızda da yazın bilgisiyle uyumlu olarak GTBA grubunda, migren ve kontrol gruplarına göre anne baba ayrılığının daha sık olduğu, anne ve babalarının ruhsal sorunlar nedeniyle daha fazla psikiyatrik yardım arayışı içinde oldukları saptanmıştır.

5.2. Çocukların ruhsal değerlendirmesi

Birincil baş ağrısı tanısı alan çocuklarda DSM'nin belirlediği tanı ölçütleri temel alınarak yapılan az sayıda çalışmada eşlik eden ruhsal bozukluk tanısı sıklığının arttığı gösterilmiştir (62-64). Bizim çalışmamızda yapılandırılmış bir görüşme ölçeği olan Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli Türkçe Uyarlaması (ÇDŞG-ŞY-T) tüm çocuk ve annelere uygulanarak ruhsal bozukluklar taranmıştır. Migren tanısı alan çocuk ve ergenlerin %43.3'ü, GTBA grubunda %51.6'sı ve kontrol grubunda %16.7'si en az bir ruhsal hastalık tanısı almıştır. Migren grubunda yalnızca bir çocuk distimik bozukluk tanısı alırken yaygın anksiyete bozukluğu, sosyal fobi ve ayrılık anksiyetesi bozukluğu en sık eşlik eden bozuklukları oluşturmuştur. GTBA grubunda ise karşıt olma karşı gelme bozukluğu, majör depresif bozukluk, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve sosyal fobi en sık konulan tanılardır.

DSM tanı ölçütleri kullanılarak yapılan çalışmalardaki sonuçlara benzer şekilde bizim çalışmamızda da migren ve GTBA gruplarında ruhsal bozukluk eşhastalanım oranlarının ve anksiyete bozukluğu tanısının, kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı biçimde yüksek olduğu bulunmuştur. Duygudurum bozuklukları ise yalnızca GTBA tanısı alan çocuk ve ergenlerde yüksek bulunmuştur. Yazın incelendiğinde depresif belirtilerin gelişiminin, GTBA ya da migren atağının sıklığı, süresi, şiddeti ve auranın eşlik edip etmemesi (migren için) ile ilişkili olduğu görülmektedir (12,61,66). Bizim çalışmamızda hastalarda depresif bozukluk gelişimini etkileyebilecek tanı alma yaşı, atakların sıklığı, şiddeti ve süresi gibi birincil baş ağrılarının klinik özelliklerinin değerlendirilmemiş olması, her iki grupta da duygudurum bozukluğu tanısı sıklığı ile ilgili yorum yapmayı güçleştirmektedir.

Ancak depresif bozuklukların çocuk ve ergenlerde yaşla birlikte artış gösterdiği (117), puberte öncesi kız ve erkeklerde benzer oranda görülürken puberte ile birlikte kız cinsiyette daha fazla görüldüğü (117,118), ailede depresif bozukluk öyküsünün olmasının (119) çocuklarda riski arttırdığı bilinmektedir. Bu çalışmada GTBA grubundaki çocuklarda yaş ortalamalarının yüksek, kız cinsiyetin baskın ve anne

babalarında psikiyatrik başvuru öyküsünün daha sık olduğu görülmektedir. Tersine migren grubunda yaş ortalamasının daha düşük, kız ve erkek cinsiyet farkının daha az olduğu bulunmuştur.

Ayrıca depresif bozuklukların etyolojisinde olumsuz yaşam olayları (boşanma, ölüm gibi), aile işlevlerinin bozuk olması gibi psikososyal risk etkenlerinin önemli bir yer tuttuğu bilinmektedir. Bizim çalışmamızda da GTBA grubunda psikososyal risk etkenlerinin daha belirgin olduğu saptanmıştır.

Tekrarlayan baş ağrısı yakınmasının irritabilite, kolay incinebilirlik, sık tartışma gibi karşıt olma karşı gelme belirtilerinin ortaya çıkışını kolaylaştırdığı düşünülmektedir (66). Birincil baş ağrısı tanısı alan hastalarda davranış sorunlarının görülme oranının arttığı birçok çalışmada gösterilmiş olmasına rağmen bu çalışmada yıkıcı davranış bozuklukları görülme sıklığı açısından kontrol grubu ile karşılaştırıldığında bir farklılık saptanmamıştır. Bizim çalışmamızda DSM tanı ölçütleri kullanılarak davranış sorunları yerine davranış bozukluklarının sıklığının araştırılmış olmasının bu sonuca neden olmuş olabileceği düşünülmüştür.

DSM tanı ölçütlerinin kullanılmadığı, çocukların ruhsal işlevlerinin çeşitli ölçeklerle değerlendirildiği çalışmalarda birincil baş ağrısı tanısı alan çocuk ve ergenlerde kaygı, depresyon, somatizasyon belirtilerinin ve davranış sorunlarının kontrollere göre arttığı bildirilmektedir (12,66,67). Bizim çalışmamızda çalışmaya katılan tüm çocuk ve ergenlere Çocuklar için Depresyon Ölçeği (ÇDÖ), Çocuklar için Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri (ÇDSKE), Coopersmith Benlik Saygısı Ölçeği Çocuk Formu (BSÖ) uygulanarak, depresyon ve kaygı düzeyleri ile benlik saygısı algılarının karşılaştırılması amaçlanmıştır. Birincil baş ağrısı tanısı alan çocuk ve ergenlerde depresyon ve kaygı puanlarının kontrol grubuna göre yüksek, benlik saygısı puanlarının ise düşük olduğu saptanmıştır. Bu bulgular da bu alanda daha önce yapılan birçok çalışmayla uyumlu görünmektedir (12,66,67). Özellikle ÇDÖ'ye göre depresyon düzeyinin migren ve GTBA grupları arasında farklılık göstermemesi, migren tanısı alanlarda ise kontrol grubuna göre yüksek bulunması yazın bilgisiyle uyumludur. Bu sonuç, bizim çalışmamızda da migren tanısı alan çocuk ve ergenlerde de depresif belirtilerin düzeyinin arttığını, ancak depresif bir bozukluğun tanı ölçütlerini karşılayacak düzeyde olmadığını düşündürmüştür.

5.3. Yaşam Kalitesi

Tekrarlayan baş ağrısı yakınması okula gidememe, ders başarısında düşme, akran ilişkisi geliştirmekte zorlanma, sosyal geri çekilme, günlük fiziksel aktivitelerin sürdürülmesini zorlaştırma ve ebeveynin iş gücü kaybı gibi zorluklara neden olarak çocuk ya da ergenin yaşam kalitesini kötüleştirmektedir (17,18).

Çalışmamıza katılan tüm çocuk ve ergenlere Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇİYKÖ) Çocuk Formu, annelerine ise ÇİYKÖ Ebeveyn Formu uygulanmıştır. ÇİYKÖ çocuk ve ebeveyn formlarından elde edilen ölçek toplam puan ortalamaları, fiziksel sağlık toplam puan ortalamaları, duygusal, sosyal ve okul işlevselliğini değerlendiren madde puanlarının hesaplanmasından oluşan psikososyal sağlık toplam puan ortalamaları migren ve GTBA gruplarında kontrol grubuna göre daha düşük bulunmuştur. Bizim çalışmamızda elde edilen bu sonuçlar, birincil baş ağrısı tanısı alan çocuk ve ergenlerin yaşam kalitelerinin değerlendirildiği diğer çalışmaların sonuçlarıyla tutarlılık göstermektedir (17,18,84).

5.4. Annelerin Ruhsal Özellikleri

Bizim çalışmamızda anne ve babaların ruhsal hastalığa sahip olup olmadığı herhangi bir yapılandırılmış görüşmeyle tanımlanmamış olup sadece annelerden alınan bilgiye dayanılarak psikiyatrik başvurularının olup olmadığı sosyodemografik bilgi formunda kaydedilmiştir. Bunun dışında, çalışmaya katılan tüm annelerdeki ruhsal belirti sıklığını belirlemek için SCL-90-R ölçeği kullanılmıştır. Bu çalışmada, yalnızca GTBA grubundaki annelerin genel belirti düzeyi ve pozitif belirti düzeyi puan ortalamalarının, kontrol grubundaki annelerin genel belirti düzeyi ve pozitif belirti düzeyi puan ortalamalarından yüksekliğinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Bu sonuç, psikiyatrik yardım arayışının GTBA grubundaki annelerde yüksek bulunmasıyla uyumlu görünmektedir ve psikososyal risk etkenlerinin

GTBA'nın etyolojisinde önemli bir yere sahip olduğu görüşünü destekler nitelikte olduğu düşünülmüştür (46-48).

SCL-90-R alt ölçek puanları incelendiğinde somatizasyon puanları migren ve GTBA gruplarındaki annelerde kontrol grubundaki annelere göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Bu sonuç, bedensel yakınmaları olan çocukların ebeveynlerinde de bedensel belirti sıklığının arttığını belirten çalışmaların sonuçlarıyla uyumlu görünmektedir (69,75,76). Depresyon alt ölçeği değerlendirildiğinde depresif belirti düzeyinin GTBA grubundaki annelerde daha yüksek olduğu görülmüştür. Ayrıca kaygı düzeyinin de GTBA grubunda istatistiksel olarak anlamlılık düzeyine ulaşmasa da daha yüksek olduğu bulunmuştur. Ebeveynlerde kaygı düzeylerinin yüksek olması, depresif belirtilerin ve bedensel yakınmaların sık görülmesi, çocuklarda baş ağrısının süregelenleşmesine yol açabilen etkenler olarak gösterilmektedir (77,79). Bizim çalışmamızın sonuçlarına göre, GTBA tanısı alan çocuk ve ergenlerin baş ağrısının süregelenleşmesi açısından daha yüksek riske sahip oldukları düşünülmüştür.

5.5. Aile İşlevleri

Epstein, sağlıklı aileleri, sorunlarını bir araya gelerek çözebilen, birbirlerine duygusal olarak bağlı ve özgürlüklerini önlemeyecek şekilde ilgili, herkesin kendinden beklenen rolü etkili bir biçimde yerine getirebildiği, aralarında rahat, dolaysız bir iletişim bulunan, işlevlerini yerine getirebilen aileler olarak tanımlamaktadır (110).

Yazın incelendiğinde tekrarlayan baş ağrısı yakınması olan çocukların aile işlevlerinin Aile Değerlendirme Ölçeği ile değerlendirildiği bir çalışmada GTBA tanısı alan grupta kontrol grubuna göre davranış kontrolü ve genel işlevler alt ölçek puanlarında anlamlı bozulma görülmüştür (62). Antilla ve arkadaşlarının çalışmasında alt ölçeklerden sadece genel işlevler değerlendirilmiş ve migren ve GTBA gruplarında kontrol grubuna göre aile işlevleri daha sağlıksız bulunmuştur (13). Birincil baş ağrısı tanısı alan 30 çocuk ve ergenin değerlendirildiği bir çalışmada yoğun aile içi çatışmaların ve kötü aile işlevlerinin depresif belirtilerle yakından ilişkili olduğu gösterilmiştir (94). Aynı ölçeğin kullanıldığı bir başka

çalışmada da birincil baş ağrısı tanısı alan çocuk ve ergenlerin özerklikleri kısıtlı ve karar alıp uygulama yetileri zayıf ise baş ağrısı ile ilişkili daha fazla zorluk yaşadıkları saptanmıştır (120).

Aile işlevlerini farklı ölçeklerle değerlendiren çalışmalarda da tekrarlayan ağrı yakınması olan çocukların ailelerinin sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığında aile işlevlerinin daha kötü olduğu bildirilmektedir (121,122). Stres hem migren hem de GTBA'da baş ağrısını başlatan önemli bir tetikleyici etkidir. Özellikle aile içi yaşanan sorunların ve çatışmaların, çocuk ve ergenlerde strese neden olarak baş ağrısını tetikleyebildiği bilinmektedir (13). Bizim çalışmamızda, problem çözme, roller, iletişim, duygusal tepki verebilme ve gereken ilgiyi gösterme alt ölçekleri puan ortalamalarına bakıldığında GTBA grubundaki ailelerin işlevselliğindeki bozulmanın anlamlı düzeyde fazla olduğu bulunmuştur. Genel işlevleri değerlendiren alt ölçekte ise, her iki baş ağrısı grubunda kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde bozulma olduğu görülmüştür.

Aile işlevlerindeki bozulmanın GTBA grubunda davranış kontrolü hariç bütün alt ölçeklerde belirgin olarak bozulmuş olmasının, çalışmanın diğer sonuçlarıyla tutarlılık gösterdiği düşünülmüştür. Bu çalışmada, GTBA grubunda migren ve kontrol gruplarına göre, aile bireylerinin daha fazla psikiyatrik başvuru öyküsünün olduğu, annelerin genel belirti ve depresif belirti düzeyinin yüksek olduğu, parçalanmış aileye daha sık rastlandığı bulunmuştur.

Bu sonuçlar doğrultusunda baş ağrısı ve aile işlevleri arasında iki yönlü bir ilişkinin olduğu düşünülmüştür. Aile işlevlerindeki bozulma ve olumsuz aile atmosferi aile bireylerinde baş ağrısı ataklarının sıklığını arttırmış olabilir, süregelenleşmesine yol açabilir, aile bireylerindeki tekrarlayan baş ağrısı ve eşlik eden ruhsal belirtiler, aile işlevlerinin kötüleşmesine neden olmuş olabilir.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Çalışmamızda, migren ve GTBA tanısı alan çocuk ve ergenlerde ruhsal eşhastalanım oranlarının arttığı, migren grubunda en sık eşlik eden bozuklukların anksiyete bozuklukları, GTBA grubunda ise anksiyete bozuklukları ve depresif bozukluklar olduğu, hastaların kendilerini değerlendirdikleri özbildirim ölçeklerinde depresyon ve kaygı puanlarının sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldıklarında yükseldiği, benlik saygısı puanlarının ise düştüğü saptanmıştır.

Çocuklar için Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇİYKÖ) anne ve çocuk formundan elde edilen tüm puanlar migren ve GTBA tanısı alan hastalarda sağlıklı kontrol grubuna göre daha düşük bulunmuştur. Ölçek puanları açısından migren ve GTBA grupları arasında farklılık saptanmamıştır. Çalışmamızdan elde edilen yaşam kalitesi puanlarının ve ruhsal değerlendirme sonuçlarının yazın bilgisini destekler nitelikte olduğu düşünülmüştür.

Annelerden alınan bilgiler doğrultusunda GTBA grubunda anne ve babaların daha sık ruhsal bozukluk tanısı aldığı saptanmıştır. SCL-90-R ile yapılan değerlendirmede GTBA grubundaki annelerin genel belirti düzeyinin migren ve kontrol gruplarındaki annelere göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Aynı ölçeğin alt ölçek puanları değerlendirildiğinde hem migren grubunda hem de GTBA grubunda somatizasyon puanlarının kontrol grubuna göre yüksek olduğu görülmüştür. Depresif belirti düzeyi GTBA tanısı alan çocuk ve ergenlerin annelerinde daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca GTBA tanısı alan çocuk ve ergenlerin ailelerinin işlevselliğinin daha bozuk olduğu saptanmıştır.

Sonuç olarak bu çalışmadan elde edilen bulguların birincil baş ağrısı tanısı alan çocuk ve ergenlerin ruhsal açıdan etkilendikleri, özellikle GTBA etyolojisinde psikososyal risk faktörlerinin daha etkili olduğu yönündeki yazın bilgisini destekler nitelikte olduğu düşünülmüştür.

6.2. Öneriler

Çalışmamızdan elde edilen bulguların da desteklediği gibi, migren ve GTBA tanısı alan çocuklar ruhsal bozukluklar açısından risk altındadır. Yaşam kaliteleri sağlıklı yaşlılarına göre oldukça azalmıştır. Özellikle GTBA grubunda daha belirgin olmak üzere birincil baş ağrısı tanısı alan çocuk ve ergenlerin annelerinin daha fazla ruhsal belirti sergiledikleri, aile işlevlerinin daha fazla bozulduğu görülmektedir. Tekrarlayan baş ağrısı yakınması ile başvuran ve birincil baş ağrısı tanısı alan çocukların, ruhsal değerlendirme için yönlendirilmesinin ve ruhsal değerlendirmede çocuğun ruhsal değerlendirmesiyle birlikte aile işlevlerinin ve ebeveynlerin psikopatolojilerinin de sorgulanmasının önemli olduğu düşünülmüştür. Birincil baş ağrısı tanılı çocuk ve ergenlerde ilaç tedavisi dışındaki yaklaşımların, ailenin genel işlevlerini ve ebeveynlerin ruhsal işlevlerini değerlendirmeyi de içermesi birincil baş ağrısı prognozu üzerine olumlu katkılar sağlayabilir.

Bu alanda daha sonra yapılacak çalışmalarda;

- Migren ya da GTBA tanısı alan ve alt tiplerin belirlendiği daha büyük gruplarda ruhsal bozukluk eşhastalanım riskinin araştırılması ve aradaki ilişkinin incelenmesi,
- Toplum örneklemleri çalışmalarda yapılandırılmış görüşme tekniklerinin kullanılarak birincil baş ağrıları ve ruhsal bozukluklar arasındaki ilişkinin incelenmesi,
- Migren ya da GTBA tanısı alan çocuklarda tanı alma yaşının, atak sıklığı, süresi ve şiddeti gibi klinik özelliklerinin ruhsal bozukluk gelişimi ile ilişkisinin incelenmesi,
- Annelerle birlikte babaların da ruhsal açıdan değerlendirilmeleri ve görüşmelerin yapılandırılmış görüşme teknikleriyle gerçekleştirilmesi,
- Eşlik eden ruhsal bozuklukların tedavisinin birincil baş ağrısının prognozu üzerine etkilerinin belirlenmesi değerli olacaktır.

6.3. Kısıtlılıklar

Migren ve GTBA tanılarının alt tiplerine göre sınıflandırılmaması, birincil baş ağrılarının başlangıç yaşı, atak sıklığı, süresi ve şiddeti gibi klinik özelliklerinin değerlendirilmemiş olması, örneklem grubunun küçük oluşu, uygulanan ölçekleri doldurmaya engel herhangi bir fiziksel ya da ruhsal hastalığı olan ya da okuma yazması olmayan annelerin çalışmaya dahil edilmemiş olması, babaların ruhsal belirti sıklığının araştırılmamış olması, aile işlevlerinin yalnızca annelerin bakış açısıyla değerlendirilmiş olması çalışmamızın kısıtlılıklarındandır.



7. ÖZET

Amaç: Bu çalışmada birincil baş ağrısı tanısı alan çocukların ruhsal bozukluk eşhastalanım oranlarının araştırılması, aile işlevlerinin değerlendirilmesi, annelerinde ruhsal belirti sıklığının saptanması ve migren, GTBA ve kontrol grupları arasında bu veriler açısından farklılık olup olmadığının incelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmamıza, Çocuk Nörolojisi Bilim Dalı polikliniğinde, migren (n=30) ve GTBA (n=31) tanısı alan 8-17 yaş arası 61 çocuk alınmıştır. Kontrol grubunu ise nörolojik olmayan bir yakınmayla genel çocuk hastalıkları polikliniğine başvuran çocuklar (n=30) oluşturmuştur. Ruhsal bozukluk tanıları Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli uygulanarak belirlenmiştir. Çalışmaya katılan çocuklara, Çocuklar için Depresyon Ölçeği, Çocuklar için Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri, Çocuklar için Yaşam Kalitesi Ölçeği, Coopersmith Benlik Saygısı Ölçeği Çocuk Formu ve annelere Belirti Tarama Listesi ve Aile Değerlendirme Ölçeği doldurtulmuştur.

Bulgular: Ruhsal bozukluk sıklığı migren grubunda %43.3, GTBA grubunda %51.6, kontrol grubunda ise %16.7 olarak bulunmuştur. Migren ve GTBA tanısı alan çocuklarda depresyon ve kaygı puan ortalamalarının yüksek, benlik saygısı puan ortalamalarının düşük olduğu saptanmış olup, yaşam kalitelerinin tüm alanlarda bozulduğu görülmüştür. SCL-90-R ile yapılan değerlendirmede GTBA grubundaki annelerin genel belirti düzeyinin migren ve kontrol gruplarındaki annelere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Aynı ölçeğin alt ölçek puanları değerlendirildiğinde ise migren ve GTBA grubunda somatizasyon puan ortalamalarının kontrol grubuna göre yüksek olduğu görülmüştür. Ayrıca aile işlevlerindeki bozulmanın GTBA grubunda daha belirgin olduğu bulunmuştur.

Tartışma: Çalışmamızın sonucunda birincil baş ağrısı tanısı alan çocuk ve ergenlerin ruhsal açıdan etkilendikleri, özellikle GTBA etyolojisinde psikososyal risk etkenlerinin önemli bir yeri olduğu düşünülmüştür.

Anahtar sözcükler: Birincil baş ağrıları, ruhsal hastalıklar, çocuk, ergen, aile

8. ABSTRACT

Aims: The aims of this research were as follows: (1) to study the ratio of comorbid psychiatric disorders in children with a diagnosis of primary headache, (2) to investigate their family functioning and (3) to determine their mothers' psychiatric symptom frequency in order to compare the data with the data obtained from migraine, tension type headache (TTH) and control groups.

Methods: In our study, 61 children between the ages of 8 and 17 were included with the following diagnosis: migraine (n=30) and TTH (n=31) The control group consisted of pediatric patients coming to the out-patient clinic with non-neurological complaints (n=30). The following instruments were used for evaluation: Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Age Children-Present and Lifetime Version-Turkish Version (K-SADS-PL-T), Children's Depression Inventory, State-Trait Anxiety Inventory for Children, Coopersmith Self- Esteem Inventory for Children, The Pediatric Quality of Life Inventory, Symptom Checklist-90-Revised and The McMaster Family Assessment Device.

Findings: The frequency of psychiatric disorders was %43.3 for the migraine group, %51.6 for the TTH group and %16.7 for the control group. Depression and anxiety scores were high, self-esteem scores were low and the quality of life was impaired in all domains in children with migraine and TTH. SCL-90 revealed higher general symptom levels for the mothers in the TTH group in comparison to those in the migraine and control group. The evaluation of the sub-domains revealed that somatization scores were higher in the TTH and migraine groups in comparison to the control group. Furthermore, the impairment in family functioning was more prominent in the TTH group.

Discussion: The results of our study have suggested that the children and adolescents with a diagnosis of primary headache have been affected psychologically and that psychosocial risk factors may play an important role in the etiology of TTH.

Key words: Primary headache, mental disorder, child, adolescent, family

9. KAYNAKLAR

1. Merskey H, Bogduk N ve ark. Classification of chronic pain. Descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. Prepared by the International Association for the Study of Pain, Subcommittee on Taxonomy. Pain Suppl. 1986; **3**:1-226.
2. Babacan A. Ağrı ve Tedavisinde Nöropsikiyatrik Yaklaşımlar. Işık E, ed. *Psikiyatrik Belirtili Bedensel Bozukluklar Kitabı içinde*. İstanbul 2010; **24**:501-524.
3. Roth-Isigkeit A, Thyen U, Stoven H ve ark. Pain among children and adolescents: restrictions in daily living and triggering factors. Pediatrics 2005; **115**(2):152-62.
4. Ozge A, Termine C, Antonaci F ve ark. Overview of diagnosis and management of paediatric headache. Part I: diagnosis. J Headache Pain 2011; **12**:13-23.
5. Hervig KB, Heinrich M, Morris L. Headache in German children and adolescents: a population-based epidemiological study. Cephalalgia 2007; **27**(6):519-527.
6. Arruda MA, Guidetti V, Galli F ve ark. Primary headaches in childhood a population based study. Cephalalgia 2010; **30**:1056-64.
7. Zwart JA, Dyb G, Holmen TL ve ark. The prevalence of migraine and tension-type headaches among adolescents in Norway. The Nord- Trandelag Health Study (Head-HUNT-Youth), a large population-based study. Cephalalgia 2004; **24**:373-9.
8. Breslau N, Davis GC. Migraine, major depression and panic disorder: A prospective epidemiologic study of young adults. Cephalalgia 1992; **12**:85-90.
9. Pompili M, Di Cosimo D, Innamorati M ve ark. Psychiatric comorbidity in patients with chronic daily headache and migraine: a selective overview including personality traits and suicide risk. J Heahache Pain 2009; **10**:283-290.

10. Wang SJ, Juang KD. Psychiatric comorbidity of chronic daily headache: impact, treatment, outcome, and future studies. *Curr Pain Headache Rep* 2002; **6**:515-510.
11. Hollifield MA. Somatoform Bozukluklar. Sadock B, Sadock V ed. *Comprehensive Textbook of Psychiatry Türkçe Çeviri içinde*. Ankara: Güneş Kitabevi. 2007; **15**:1800-1828.
12. Egger HL, Angold A, Costello EJ. Headaches and psychopathology in children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998; **37**:951-958.
13. Anttila P, Sourander A, Metsahonkala L ve ark. Psychiatric symptoms in children with primary headache. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2004; **43(4)**:412-419.
14. Guidetti V, Galli F, Fabrizi P ve ark. Headache and psychiatric comorbidity: Clinical aspects and outcome in an 8-year follow-up study. *Cephalalgia* 1998; **18**:455-462.
15. Just U, Oelkers R, Bender S ve ark. Emotional and behavioural problems in children and adolescents with primary headache. *Cephalalgia* 2003; **23(3)**:206–213.
16. Antonaci F, Nappi G, Galli F ve ark. Migraine and psychiatric comorbidity: A review of clinical findings. *J Headache Pain* 2011; **12**:115-125.
17. Bruijn J, Arts WF, Duivenvoorden H ve ark. Quality of life in children with primary headache in a general hospital. *Cephalalgia* 2009; **29**:624-634.
18. Nodari E, Battistella PA, Naccarella C ve ark. Quality of life in young Italian patients with primary headache. *Headache* 2002; **42**:268–74.
19. Merikangas KR, Merikangas JR, Angst J. Headache syndromes and psychiatric disorders: Association and familial transmission. *J Psychiatr Res.* 1993; **27(2)**:197-210.
20. Galli F, Canzano L, Scalisi TG ve ark. Psychiatric disorders and headache familial recurrence: A study on 200 children and their parents. *J Headache Pain* 2009; **10**:187-197.

21. Larsson B. The role of psychological, health-behavioural and medical factors in adolescent headache. *Dev Med Child Neurol* 1988; **30**:616-25.
22. Kaiser RS. Depression in adolescent headache patients. *Headache* 1992; **32**:340-4.
23. Aromaa M, Sillanpää M, Rautava P ve ark. Pain experience of children with headache and their families: A controlled study. *Pediatrics* 2000; **106**:270-275.
24. Magiorikinis E, Diamantis A, Mitsikostas DD ve ark. Headaches in antiquity and during the early scientific era. *J Neurol* **256**:1215-1220.
25. Rose FC. The history of migraine from Mesopotamian to Medieval times. *Cephalalgia* 1995; **15**:1-3.
26. Silberstein SD, Lipton RB, Goadsby PJ. Headache in clinical practice. *Isis Medical Media* 1998; **13**:1-7.
27. Abokrysha N. Ibn Sina (Avicenna) on pathogenesis of migraine compared with the recent theories headache: *Headache* 2009; **49**:923-927.
28. Ad-Hoc Committee on Classification of headache of NINDB. *JAMA* 1962; **179**:127-128.
29. International Headache Society. Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgia and facial pain. *Cephalalgia* 1988; **7**:1-96.
30. Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society The International Classification of Headache Disorders. 2nd edition. *Cephalalgia* 2004; **24**:16-151.
31. Silberstein SD, Lipton RB. Epidemiology of migraine. *Neuroepidemiology* 1993; **2(3)**:179-94.
32. Bille B. Migraine in school children. *Acta Paed. Scand.* 1962; **51**:3-151.

33. Lewis DW. Toward the definition of childhood migraine. *Curr Opin Pediatr.* 2004; **16(6)**:628-36.
34. Silberstein SD. The role of sex hormones in headache. *Neurology* 1992; **42(3)**:37-42.
35. Ozge A, Bugdayci R, Sasmaz T ve ark. The sensitivity and specificity of the case definition criteria in diagnosis of headache: A school-based epidemiological study of 5562 children in Mersin. *Cephalalgia* 2003; **23(2)**:138-45.
36. Unalp A, Dirik E, Kurul S. Prevalence and characteristics of recurrent headaches in Turkish adolescents. *Pediatr Neurol.* 2006; **34**:110-115.
37. Laurell K, Larsson B, Eeg-Olofsson O. Prevalence of headache in Swedish schoolchildren, with a focus on tension-type headache. *Cephalalgia* 2004; **24**:380–388.
38. Kelman L. The premonitory symptoms (prodrome): A tertiary care study of 893 migraineurs. *Headache* 2004; **44**:865–72.
39. Schoonman GG, Terwindt GM, Van Dijk JG ve ark. The prevalence of premonitory symptoms in migraine: A questionnaire study in 461 patients. *Cephalalgia* 2006; **26**:1209–13.
40. Winner P. Childhood periodic syndromes and migraine. *Curr Pain Headache Rep.* 2004; **9(3)**:197-201.
41. Rothner DA, Menkes JH. Headaches and nonepileptic episodic disorders. Menkes JH, ed. *Child Neurology* 7. Edition. Lippincott Williams & Wilkins 2006; **15**:943-968.
42. Ertaş M. Migren. *Türkiye Klinikleri Dahili Tıp Bilimleri Nöroloji Dergisi Başağrısı Özel Sayısı* 2003; **1**:20-26.
43. Chakravarty A, Mukherjee A, Roy D. Trigger factors in childhood migraine: A clinic-based study from Eastern India. *J Headache Pain* 2009; **10**:375–380.

44. Welch KM. Contemporary concepts of migraine pathogenesis. *Neurology* 2003; **61**:2-8.
45. Özkan M. Çocukluk çağı migren ve gerilim tipi baş ağrısında EEG'nin ayırıcı tanıdaki önemi: Eşlik eden voltaj supresyonu ve diğer EEG değişikliklerinin araştırılması. Yayınlanmamış doktora tezi, 2008.
46. Antilla P. Tension-type headache in childhood and adolescence. *Lancet Neurol* 2006; **5**:268-7.
47. Jensen R. Pathophysiological mechanisms of tension-type headache: A review of epidemiological and experimental studies. *Cephalalgia* 1999; **19**:602-21.
48. Abu-Arafeh I. Chronic tension-type headache in children and adolescents. *Cephalalgia* 2001; **21**:830-36.
49. Dooley J, Bagnell A. The prognosis and treatment of headaches in children: A ten year follow-up. *Can J Neurol Sci* 1995; **22**:47-49.
50. Lewis DW, Diamond S, Scott D, Jones V. Prophylactic treatment of pediatric migraine. *Headache* 2004; **44(3)**:230-7.
51. Lewis DW, Yonker M, Winner P ve ark. The treatment of pediatric migraine. *Pediatr Ann.* 2005; **34(6)**:448-60.
52. Termine C, Ozge A, Antonaci F ve ark. Overview of diagnosis and management of paediatric headache. Part II: Therapeutic management. *J Headache Pain* 2011; **12**:25-34.
53. Cunningham SJ, McGrath PJ, Ferguson HB ve ark. Personality and behavioral characteristics in pediatric migraine. *Headache* 1987; **27**:16-20.
54. Andrasik F, Kabela E, Quinn S ve ark. Psychological functioning of children who have recurrent migraine. *Pain* 1988; **34**:43-52.

55. Pine DS, Cohen P, Brook J. The association between major depression and headache: results of a longitudinal epidemiologic study in youth. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 1996; **6**:153-164.
56. Galli F, D'Antuono G, Tarantino S ve ark. Headache and recurrent abdominal pain: a controlled study by the means of the Child Behaviour Checklist (CBCL). *Cephalalgia* 2007; **27**(3):211–219.
57. Peroutka SJ, Price SC, Wilhoit TL ve ark. Comorbid migraine with aura, anxiety, and depression is associated with dopamine D2 receptor (DRD2) NcoI alleles. *Mol Med* 1998; **4**:14–21.
58. Beghi E, Bussone G, D'Amico D ve ark. Headache, anxiety and depressive disorders: the HADAS study. *J Headache Pain* 2010; **11**:141-150.
59. Finocchi C, Villani V, Casucci G. Therapeutic strategies in migraine patients with mood and anxiety disorders: Clinical evidence. *Neurol Sci* 2010; **31**:95-98.
60. Breslau N, Davis GC, Andreski P. Migraine, psychiatric disorders and suicide attempts: An epidemiologic study of young adults. *Psychiatry Res* 1998; **37**:11-23.
61. Wang SJ, Fuh JL, Juang KD ve ark. Migraine and suicidal ideation in adolescents aged 13 to 15 years. *Neurology* 2009; **72**:1148-1152.
62. Liakopoulou K, Alifieraki T, Protagora D ve ark. Recurrent abdominal pain and headache. Psychopathology, life events and family functioning. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2002; **11**:115-122.
63. Erermiş S, Büküşoğlu N, Tütüncüoğlu S ve ark. Çocukluk çağı baş ağrılarının psikososyal açıdan değerlendirilmesi. *Ege Tıp Dergisi* 2001; **40**(1):23-26.
64. Sarioğlu B, Erhan E, Serdaroğlu G ve ark. Tension-type headache in children: A clinical evaluation. *Pediatrics International* 2003; **45**:186–189.
65. Bigal ME, Arruda MA. Migraine in the pediatric population evolving concept. *Headache* 2010; **50**:1130-1143.

66. Pakalnis A, Gibson J, Colvin A. Comorbidity of psychiatric and behavioral disorders in pediatric migraine. *Headache* 2005; **45(5)**: 590–596.
67. Vannatta K, Getzoff EA, Powers SW ve ark. Multiple perspectives on the psychological functioning of children with and without migraine. *Headache* 2008; **48(7)**:994–1004.
68. Bruijn J, Locher H, Passchier J ve ark. Psychopathology in children and adolescents with migraine in clinical studies: A systematic review. *Pediatrics* 2010; **126**:323-332.
69. Fearon P, Hotopf M. Relation between headache in childhood and physical and psychiatric symptoms in adulthood: National birth cohort study. *BMJ* 2001; **322**:1-6.
70. Perdahlı Fiş N. Somatoform bozukluklar. Soykan Aysev A, Taner Işık Y, ed. *Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kitabı içinde*. Ankara: Golden Print 2007; **31**:627-637.
71. Görker I. Psikosomatik bozukluklar. Soykan Aysev A, Taner Işık Y, ed. *Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kitabı içinde*. Ankara: Golden Print 2007; **33**:645-656.
72. King S, Chambers CT, Huguet A ve ark. The epidemiology of chronic pain in children and adolescents revisited: A systematic review. *Pain* 2011; **152(12)**:2729-2738.
73. Perquin CW, Hazebroek-Kampschreur A, Hunfeld J ve ark. Pain in children and adolescents: A common experience. *Pain* 2000 **87**:51–58.
74. Gervil M, Ulrich V, Kaprio J ve ark. The relative role of genetic and environmental factors in migraine without aura. *Neurology* 1999; **53**:995–999.
75. Osborne RB, Hatcher JW, Richtsmeier AJ. The role of social modeling in unexplained pediatric pain. *J Pediatr Psychol* 1999; **14**:43–61.

76. Terre L, Ghiselli W. A developmental perspective on family risk factors in somatization. *J Psychosom Res.* 1997; **42**:197-208.
77. Aroma M, Sillanpaa M, Rautava P ve ark. Pain experience of children with headache and their families: A controlled study. *Pediatrics* 2000; **106**:270-275.
78. Walker LS, Garber J, Greene JW. Psychosocial correlates of recurrent childhood pain: A comparison of pediatric patients with recurrent abdominal pain, organic illness and psychiatric disorders. *J Abnorm Psychol* 1993; **102**:248-258.
79. Whitehead WE, Crowell MD, Heller BR ve ark. Modeling and reinforcement of the sick role during childhood predicts adult illness behavior. *Psychosomatic Medicine* 1994; **56**:541-550.
80. Russell MB, Olesen J. Increased familial risk and evidence of genetic factor in migraine. *BMJ* 1995; **311**:541-544.
81. Marmorstein NR, Iacono WG, Markey CN. Parental psychopathology and migraine headaches among adolescent girls. *Cephalalgia* 2009; **29**:38-47.
82. Testa MA, Simonson DC. Assesment of quality-of-life outcomes. *N Enql J Med* 1996; **334**:835-840.
83. Powers SW, Patton SR, Hommel KA ve ark. Quality of life in paediatric migraine: Characterization of age-related effects using PedsQL 4.0. *Cephalalgia* 2004; **24**:120-127.
84. Powers SW, Patton SR, Hommel KA, Hershey AD. Quality of life in childhood migraines: Clinical impact and comparison to other cronic illnesses. *Pediatrics* 2003; **112**:1-5.
85. Breuner CC, Smith MS, Womack WM. Factors related to school absenteeism in adolescents with recurrent headache. *Headache* 2004; **44**:217-222.

86. Bigal ME, Bigal JM, Betti M ve ark. Evaluation of the impact of migraine and episodic tension-type headache on the quality of life and performance of a university student population. *Headache* 2001; **41**:710-719.
87. D'Andrea G, Neretmpi P, Ferro FM ve ark. Personality and memory in childhood migraine. *Cephalalgia* 1989; **9**:25-8.
88. Parisi P, Verotti A, Paolino MC ve ark. Headache and cognitive profile in children: A cross-sectional controlled study. *J Headache Pain* 2010; **11**:45-51.
89. Moutran ARC, Villa T, Diaz LAS ve ark. Migraine and cognition in children. *Arq Neuropsiquiatr* 2011; **69(2-A)**:192-195.
90. Haverkamp F, Hönscheid A, Müller-Sinik K. Cognitive development in children with migraine and their healthy unaffected siblings. *Headache* 2002; **42**:776-779.
91. Pearson AJ, Chronicle EP, Maylor EA ve ark. Cognitive function is not impaired in people with a long history of migraine: A blinded study. *Cephalalgia* 2005; **26**:74–80.
92. Mauskop A. Headaches and children: A reply to "An urban primary school health program." *N Y State J Med* 1991; **91(8)**:339-41.
93. Karwautz A, Wöber C, Lang T ve ark. Psychosocial factors in children and adolescents with migraine and tension-type headache: A controlled study and review of the literature. *Cephalalgia* 1999; **19**:32-43.
94. Lewandowski SA, Palermo MT. Parent teen interactions as predictors of depressive symptoms in adolescents with headache. *J Clin Psychol Med Settings* 2009; **16**:331–338.
95. Endicott J, Spitzer RL. A diagnostic interview: the schedule for affective disorders and schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 1978; **35**:837-844.
96. Kaufman J, Birmaher B, Brent D. Schedule for affective disorders and schizophrenia for school age children-present and lifetime version (K-SADS-PL):

initial reliability and validity data. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1997; **36**:980-988.

97. Gökler B, Ünal F, Pehlivan Türk B. Okul çağı çocukları için duygulanım bozuklukları ve şizofreni görüşme çizelgesi şimdi ve yaşam boyu şekli - Türkçe uyarlamasının geçerlik ve güvenilirliği. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi* 2004; **11**:109-116.

98. Kovacks, M. Rating scales to assess depression in school-aged children. *Acta Paedopsychiat* 1981; **46**:305-313.

99. Öy B. Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği: Geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1991; **2**:132-136.

100. Spielberger CD. The measurement of state and trait anxiety: Conceptual and methodological issues. *Monogr* 1976; **2**:713-715.

101. Özusta Ş. Çocuklar İçin Durumluk Sürekli Kaygı Envanteri'nin uyarlama, geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 1993.

102. Coopersmith S. The antecedents of self-esteem. WH Freeman (ed), San Francisco, Freeman Press, 1967.

103. Güçray S. Çocuk yuvasında ve ailesi yanında kalan 9-11 yaş çocukların öz saygı gelişimini etkileyen bazı faktörler. Yayımlanmamış Doktora Tezi, HÜSBE PDR ABD, Ankara, 1989.

104. Varni JW, Seid M, Rode AC. The PedsQL: The measurement model for the Pediatric Quality of Life Inventory. *Medical Care* 1999; **37**:126-139.

105. Varni JW, Seid M, Kurtin PS. PedsQL 4.0: Reliability and validity of the Pediatric Quality of Life Inventory version 4.0 generic core scales in healthy and patient populations. *Medical Care* 2001; **39**:800-812.

106. Memik NC, Ağaoğlu B, Coşkun A, Üneri OS, Karakaya I. Çocuklar için yaşam kalitesi ölçeğinin 13-18 yaş ergen formunun geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2007; **18**:353-363.
107. Derogatis, LR. SCL-90: Administration, scoring, and procedure manual-I for the revised version. Baltimore, 1977.
108. Dağ İ. Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R)'nin üniversite öğrencileri için güvenilirliği ve geçerliği. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1991; **2(1)**:5-12.
109. Epstein NB, Bolwin LM, Bishop DS. The Mc Master Family Assesment Device. *J Marital Fam Ther* 1983; **9(2)**:171-180.
110. Bulut I. Aile Değerlendirme Ölçeği El Kitabı. Ankara: Özgüneliş Matbaası 1990.
111. Antonaci F, Nappi G, Galli F ve ark. Migraine and psychiatric comorbidity: A review of clinical findings. *J Headache Pain* 2011; **12**:115–125.
112. Jette N, Patten S, Williams J ve ark. Comorbidity of migraine and psychiatric disorders: A national population-based study. *Headache* 2008; **48**:501–516.
113. Metsahonkala L, Sillanpaa M, Tuominen J. Social environment and headache in 8 to 9 year old children: a follow up study. *Headache* 1998; **38**:222-228.
114. Bugdayci R, Ozge A, Sasmaz T ve ark. Prevalance and factors affecting headache in Turkish schoolchildren. *Pediatrics International* 2005; **47**:316-322.
115. Sillanpaa M, Piekkela P, Kero P. Prevalence of headache at preschool age in an unselected child population. *Cephalalgia* 1991; **11**:239-242.
116. Ostberg V, Alfven G, Hjern A. Living conditions and psychosomatic complaints in Swedish schoolchildren. *Acta Paediatrica* 2006; **95**:929-934.
117. Angold A, Worthman CW. Puberty onset of gender differences in rates of depression: A developmental, epidemiological, and neuroendocrine perspective. *J Affect Disord* 1993; **29**:145-158.

118. Hoffman J, Baldwin S, Cerbone F. Onset of major depressive disorder among adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2003; **42**:217-224.
119. Leech SL, Larkby CA, Day R ve ark. Predictors and correlates of high levels of depression and anxiety symptoms among children at age 10. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2006; **45**:223-230.
120. Palermo TM, Putnam J, Armstrong G ve ark. Adolescent autonomy and family functioning are associated with headache related disability. *Clin J Pain* 2007; **23**:458-465.
121. Logan DE, Scharff L. Relationships between family and parent characteristics and functional abilities in children with recurrent pain syndroms: An investigation of moderating effects on the pathway from pain to disability. *J Pediatr Psychol* 2005; **30**:698-707.
122. Smith KB, Chambers CT. Psychological and family functioning among children of parents with recurrent headaches. *J Pain* 2006; **9**:635-643.

10. EKLER

10.1. AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Araştırmanın Adı: Birincil Baş Ağrısı Tanısı Alan Çocukların Ruhsal Değerlendirmesi, Annelerinde Ruhsal Belirti Sıklığının Taranması ve Aile İşlevlerinin İncelenmesi

Araştırmanın Amacı: Baş ağrısı çocuk ve ergenler arasında sık rastlanılan bir belirtidir. Migren en sık görülen baş ağrısı tipidir ve yaşla birlikte gerilim tipi baş ağrısı sıklığı artış göstermektedir. Bu çalışmada migren ve gerilim tipi baş ağrısı ile ruhsal bozukluklar arasındaki ilişkinin araştırılması ve şu sorulara yanıt aranması planlanmıştır.

- 1) Migren ya da gerilim tipi baş ağrısı tanısı alan çocuklar ile yaş, cinsiyet ve sosyoekonomik düzey olarak eşleştirilmiş kontrol grubu arasında ruhsal bozukluk sıklığı açısından farklılık var mıdır?
- 2) Hangi tip baş ağrısında ne tür ruhsal belirtiler görülmektedir?
- 3) Migren ya da gerilim tipi baş ağrısı tanısı alan çocukların ve kontrol grubunun aile içi ilişkilerinin, eşlik eden ruhsal belirtilerle ilişkisi var mıdır?

Yapılacak İşlemler

Eğer bu çalışmaya katılmayı kabul edersen;

Seninle birlikte yaklaşık 1saat süreli bir klinik görüşme yapılacaktır. Görüşmede genel kişisel bilgilerinin yanı sıra çeşitli ruhsal hastalıkların belirtileri sorgulanacaktır. Bu çalışmanın sana herhangi bir zararı yoktur.

Gizlilik

Bu çalışmada seninle ilgili özel bilgiler saklı tutulacaktır. Çalışma bittiğinde elde edilen sonuçlar sadece eğitimsel ve bilimsel amaçla kullanılacaktır.

Faydalar

Bu çalışmaya katılan çocuklar için fayda, detaylı psikiyatrik değerlendirmelerinin yapılması ve eğer eşlik eden ruhsal sorun olduğu düşünülürse bu sorunun ortadan kalkması için bölümümüzde tedavi altına alınması planlanmıştır.

Gönüllü Katılım ve Seçenekler

Araştırmaya katılım kesinlikle gönüllülüğe bağlıdır. Bu araştırmaya katılmayı reddetme hakkına sahipsiniz.

Masraflar

Bu çalışmada senden ve kurumunuzdan hiçbir ücret talep edilmeyecektir.

Zararlar

Bu çalışmanın size ek bir zarar oluşturması söz konusu değildir.

Soru ve problemler için başvurulacak kişiler

Bu çalışma sana Dr. Ekrem Şentürk veya belirlediği kişiler tarafından anlatılacak ve sorularınız yanıtlanacaktır. Çalışma hakkında başka soruların ya da rahatsızlığın olursa sorumlu kişileri arayabilirsin (tel: 05066321854). Ayrıca, çalışmaya ilişkin şikayetlerin için Kocaeli Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nu arayabilirsin (tel: 303 7164).

Çalışmaya katılım için hasta onayı

Yukarıdaki bilgileri sorumlu kişiyle ayrıntılı olarak tartıştım ve sorularım cevaplandı. Hasta aydınlatılmış onam belgesini okudum ve anladım. Çalışmaya katılmayı reddetme hakkına sahip olduğumu biliyorum. Bu belgenin bir kopyası bana teslim edilmiştir.

'Birincil baş ağrısı tanısı alan çocuklarda ruhsal değerlendirme' adlı araştırmaya katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcı Adı, Soyadı

İmzası

Tarih

Onayı alan araştırmacının Adı, Soyadı

İmzası

Tarih

10.2. SOSYODEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

Adı-Soyadı:

Doğum Tarihi:

Yaş:

Cinsiyet: Kız Erkek

Okul-Sınıf:

Telefon:

Anne Yaşı: **Eğitimi:** OY yok İO OO L Ü

Mesleği:

Baba Yaşı: **Eğitimi:** OY yok İO OO L Ü

Mesleği:

Aile Yapısı: Anne baba birarada: Anne baba ayrılmış:

Kardeş Sayısı:

Evde Yaşayan Kişi Sayısı:

Baş Ağrısı Tipi:

Çocukta Bilinen Fiziksel Hastalık:

Çocukta Bilinen Ruhsal Hastalık:

Annede Fiziksel Hastalık:

Annede Ruhsal Hastalık:

Babada Fiziksel Hastalık:

Babada Ruhsal Hastalık:

10.3. ÇALIŞMADA KULLANILAN ÖLÇEKLER

10.3.1. BELİRTİ TARAMA LİSTESİ (SCL-90-R)

Adı –Soyadı:

Yaş:

AÇIKLAMA

Aşağıda zaman zaman herkeste olabilecek yakınma ve sorunların bir listesi vardır. Lütfen her birini dikkatlice okuyunuz. Sonra bu durumun bugün de dahil olmak üzere son bir ay içinde sizi ne ölçüde huzursuz ve tedirgin ettiğini göz önüne alarak aşağıda belirtilen tanımlamalardan uygun olanının numarasını karşısındaki boşluğa yazınız. Düşüncenizi değiştirirseniz ilk yazdığınız numarayı tamamen siliniz. Lütfen başlangıç örneğini dikkatle okuyunuz ve anlamadığınız bir cümle ile karşılaştığınızda uygulayan kişiye danışınız.

Örnek :

Tanımlama:

Aşağıda belirtilen sorundan
ne ölçüde rahatsız olmaktadır?

0 Hiç
1 Çok az
2 Orta derecede
3 Oldukça fazla
4 Aşırı düzeyde

Örnek: Bel ağrısı ... 3 ...

1. Baş ağrısı
2. Sinirlilik ya da içinin titremesi
3. Zihinden atamadığınız yineleyici (tekrarlayıcı) hoşça gitmeyen düşünceler
4. Baygınlık veya baş dönmesi

5. Cinsel arzu ve ilginin kaybı
6. Başkaları tarafından eleştirilme duygusu
7. Herhangi bir kimsenin düşüncelerinizi kontrol edebileceği fikri
8. Sorunlarınızdan pek çoğu için başkalarının suçlanması gerektiği duygusu
9. Olayları anımsamada (hatırlamada) güçlük
10. Dikkatsizlik veya sakarlıkla ilgili endişeler
11. Kolayca gücenme, rahatsız olma hissi
12. Göğüs veya kalp bölgesinde ağrılar
13. Caddelerde veya açık alanlarda korku hissi
14. Enerjinizde azalma veya yavaşlama hali
15. Yaşamınızın sona ermesi düşünceleri
16. Başka kişilerin duymadıkları sesleri duyma
17. Titreme
18. Çoğu kişiye güvenilmemesi gerektiği hissi
19. İştah azalması
20. Kolayca ağlama
21. Karşı cinsten kişilerle ilgili utangaçlık ve rahatsızlık hissi
22. Tuzağa düşürülmüş veya tuzağa yakalanmış hissi
23. Bir neden olmaksızın aniden korkuya kapılma
24. Kontrol edilemeyen öfke patlamaları
25. Evden dışarı yalnız çıkma korkusu
26. Olanlar için kendini suçlama
27. Belin alt kısmında ağrılar
28. İşlerin yapılmasında erteleme duygusu
29. Yalnızlık hissi
30. Karamsarlık hissi
31. Her şey için çok fazla endişe duyma
32. Her şeye karşı ilgisizlik hali
33. Korku hissi
34. Duygularınızın kolayca incitilebilmesi hali
35. Diğer insanların sizin özel düşüncelerinizi bilmesi hissi
36. Başkalarının sizi anlamadığı veya hissedemeyeceği duygusu
37. Başkalarının sizi sevmediği ya da dostça olmayan davranışlar gösterdiği hissi
38. İşlerin doğru yapıldığından emin olabilmek için çok yavaş yapmak

39. Kalbin çok hızlı çarpması
40. Bulantı veya midede rahatsızlık hissi
41. Kendini başkalarından aşağı görme
42. Adele (kas) ağrıları
43. Başkalarının sizi gözlediği veya hakkınızda konuştuğu hissi
44. Uykuya dalmada güçlük
45. Yaptığınız işleri bir ya da birkaç kez kontrol etme
46. Karar vermede güçlük
47. Otobüs, tren, metro gibi araçlarla yolculuk etme korkusu
48. Nefes almada güçlük
49. Soğuk veya sıcak basması
50. Sizi korkutan belirli uğraş, yer veya nesnelere kaçınma durumu
51. Hiç bir şey düşünememe hali
52. Bedeninizin bazı kısımlarında uyuşma, karıncalanma olması
53. Boğazınıza bir yumru tıkanmış olma hissi
54. Gelecek konusunda ümitsizlik
55. Düşüncelerinizi bir konuya yoğunlaştırmada güçlük
56. Bedeninizin çeşitli kısımlarında zayıflık hissi
57. Gerginlik veya coşku hissi
58. Kol ve bacaklarda ağırlık hissi
59. Ölüm ya da ölme düşünceleri
60. Aşırı yemek yeme
61. İnsanlar size baktığı veya hakkınızda konuştuğu zaman rahatsızlık duyma
62. Size ait olmayan düşüncelere sahip olma
63. Bir başkasına vurmak, zarar vermek, yaralamak dürtülerinin olması
64. Sabahın erken saatlerinde uyanma
65. Yıkanma, sayma, dokunma gibi bazı hareketleri yineleme hali
66. Uykuda huzursuzluk, rahat uyuyamama
67. Bazı şeyleri kırıp dökme isteği
68. Başkalarının paylaşıp kabul etmediği inanç ve düşüncelerin olması
69. Başkalarının yanında kendini çok sıkılmış hissetme
70. Çarşı, sinema gibi kalabalık yerlerde rahatsızlık hissi
71. Her şeyin bir yük gibi görünmesi
72. Dehşet ve panik nöbetleri

73. Toplum içinde yiyip içerken huzursuzluk hissi
74. Sık sık tartışmaya girme
75. Yalnız bırakıldığınızda sinirlilik hali
76. Başkalarının sizi başarılarınız için yeterince takdir etmediği duygusu
77. Başkalarıyla birlikte olunan durumlarda bile yalnızlık hissetme
78. Yerinizde durmayacak ölçüde huzursuzluk duyma
79. Değersizlik duygusu
80. Size kötü bir şey olacaktıymış duygusu
81. Bağırma ya da eşyaları fırlatma
82. Topluluk içinde bayılacağınız korkusu
83. Eğer izin verirsiniz insanların sizi sömüreceği duygusu
84. Cinsiyet konusunda sizi çok rahatsız eden düşüncelerinizin olması
85. Günahlarınızdan dolayı cezalandırmanız gerektiği düşüncesi
86. Korkutucu türden düşünce ve hayaller
87. Bedeninizde ciddi bir rahatsızlık olduğu düşüncesi
88. Başka bir kişiye karşı asla yakınlık duyamama
89. Suçluluk duygusu
90. Aklınızda bir bozukluğun olduğu düşüncesi

10.3.2. AİLE DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

AÇIKLAMA: İlişikte aileler hakkında 60 cümle bulunmaktadır. Lütfen her cümleyi dikkatlice okuduktan sonra, sizin ailenize ne derecede uyduğuna karar veriniz. Önemli olan, sizin ailenizi nasıl gördüğünüzdür. Her cümle için 4 seçenek söz konusudur (Aynen Katılıyorum/ Büyük Ölçüde Katılıyorum/ Biraz Katılıyorum/ Hiç Katılmıyorum).

Her cümle için de ayrı yerler ayrılmıştır. Size uygun seçeneğe (X) işareti koyunuz. Her cümle için uzun, uzun düşünmeyiniz. Mümkün olduğu kadar çabuk ve samimi cevaplar veriniz. Kararsızlığa düşerseniz, ilk aklınıza gelen doğrultusunda hareket ediniz. Lütfen her cümleyi cevapladığınızdan emin olunuz.

CÜMLELER:	Aynen Katılıyorum	Büyük Ölçüde Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Hiç Katılmıyorum
1.Ailece ev dışında program yapmada güçlük çekeriz, çünkü aramızda fikir birliği sağlayamayız.	()	()	()	()
2.Günlük hayatımızdaki sorunların (problemlerin) hemen hepsini aile içinde hallederiz.	()	()	()	()
3.Evde biri üzgün ise, diğer aile üyeleri bunun nedenlerini bilir.	()	()	()	()
4.Bizim evde, kişiler verilen her görevi düzenli bir şekilde yerine getirmezler.	()	()	()	()
5.Evde birinin başı derde girdiğinde, diğerleri de bunu kendilerine fazlasıyla dert ederler.	()	()	()	()
6.Bir sıkıntı ve üzüntü ile karşılaştığımızda, birbirimize destek oluruz.	()	()	()	()
7.Ailemizde acil bir durum olsa, şaşırıp kalırız.	()	()	()	()
8.Bazen evde ihtiyacımız olan şeylerin bittiğinin farkına varmayız.	()	()	()	()
9.Birbirimize karşı olan sevgi, şefkat gibi duygularımızı açığa vurmaktan kaçınırız.	()	()	()	()
10.Gerektiğinde aile üyelerine görevlerini hatırlatır, kendilerine düşen işi yapmalarını sağlarız.	()	()	()	()
11.Evde dertlerimizi üzüntülerimizi birbirimize söylemeyiz.	()	()	()	()
12.Sorunlarımızın çözümünde genellikle ailece aldığımız kararları uygularız.	()	()	()	()
13.Bizim evdekiler, ancak onların hoşuna giden şeyler söylediğimizde bizi dinlerler.	()	()	()	()
14.Bizim evde bir kişinin söylediklerinden ne hissettiğini anlamak pek kolay değildir.	()	()	()	()
15.Ailemizde eşit bir görev dağılımı yoktur.	()	()	()	()
16.Ailemizin üyeleri, birbirlerine hoşgörülü davranırlar.	()	()	()	()
17.Evde herkes başına buyruktur.	()	()	()	()
18. Bizim evde herkes, söylemek istediklerini üstü kapalı değil de doğrudan birbirlerinin yüzüne söyler.	()	()	()	()
19.Ailede bazılarımız, duygularımızı belli etmeyiz.	()	()	()	()

20.Acil bir durumda ne yapacağımızı biliriz.	()	()	()	()
21.Ailecek, korkularımızı ve endişelerimizi birbirimizle tartışmaktan kaçınırız.	()	()	()	()
22.Sevgi, şefkat gibi olumlu duygularımızı birbirimize belli etmekte güçlük çekeriz.	()	()	()	()
23.Gelirimiz (ücret, maaş) ihtiyaçlarımızı karşılamaya yetmiyor.	()	()	()	()
24.Ailemiz, bir problemi çözdükten sonra, bu çözümün işe yarayıp yaramadığını tartışır.	()	()	()	()
25.Bizim ailede herkes kendini düşünür.	()	()	()	()
26.Duygularımızı birbirimize açıkça söyleyebiliriz.	()	()	()	()
27.Evimizde banyo ve tuvalet bir türlü temiz durmaz.	()	()	()	()
28.Aile içinde birbirimize sevgimizi göstermeyiz.	()	()	()	()
29.Evde herkes her istediğini birbirinin yüzüne söyleyebilir.	()	()	()	()
30.Ailemizde, her birimizin belirli görev ve sorumlulukları vardır.	()	()	()	()
31.Aile içinde genellikle birbirimizle pek iyi geçinemeyiz.	()	()	()	()
32.Ailemizde sert-kötü davranışlar ancak belli durumlarda gösterilir.	()	()	()	()
33.Ancak hepimizi ilgilendiren bir durum olduğu zaman birbirimizin işine karışırız.	()	()	()	()
34.Aile içinde birbirimizle ilgilenmeye pek zaman bulamıyoruz.	()	()	()	()
35.Evde genellikle söylediklerimizle, söylemek istediklerimiz birbirinden farklıdır.	()	()	()	()
36.Aile içinde birbirimize hoşgörülü davranırız	()	()	()	()
37.Evde birbirimize, ancak sonunda kişisel bir yarar sağlayacaksa ilgi gösteririz.	()	()	()	()
38.Ailemizde bir dert varsa, kendi içimizde hallederiz.	()	()	()	()
39.Ailemizde sevgi ve şefkat gibi güzel duygular ikinci plandadır.	()	()	()	()
40.Ev işlerinin kimler tarafından yapılacağını hep birlikte konuşarak kararlaştırırız.	()	()	()	()
41.Ailemizde herhangi bir şeye karar vermek her zaman sorun olur.	()	()	()	()
42.Bizim evdekiler sadece bir çıkarları olduğu zaman birbirlerine ilgi gösterir.	()	()	()	()
43.Evde birbirimize karşı açık sözlüydür.	()	()	()	()
44.Ailemizde hiçbir kural yoktur.	()	()	()	()
45.Evde birinden bir şey yapması istendiğinde mutlaka takip edilmesi ve kendisine hatırlatılması gerekir.	()	()	()	()
46.Aile içinde, herhangi bir sorunun (problemin) nasıl çözüleceği hakkında kolayca karar verebiliriz.	()	()	()	()
47.Evde kurallara uyulmadığı zaman ne olacağını bilmeyiz.	()	()	()	()
48.Bizim evde aklınıza gelen her şey olabilir.	()	()	()	()
49.Sevgi, şefkat gibi olumlu duygularımızı birbirimize ifade	()	()	()	()

edebiliriz.				
50.Ailede her türlü problemin üstesinden gelebiliriz.	()	()	()	()
51.Evde birbirimizle pek iyi geçinemeyiz.	()	()	()	()
52.Sinirlenince birbirimize küseriz.	()	()	()	()
53.Ailede bize verilen görevler pek hoşumuza gitmez çünkü genellikle umduğumuz görevler verilmez.	()	()	()	()
54.Kötü bir niyetle olmasa da evde birbirimizin hayatına çok karışıyoruz.	()	()	()	()
55.Ailemizde kişiler herhangi bir tehlike karşısında (yangın, kaza gibi) ne yapacaklarını bilirler, çünkü böyle durumlarda ne yapılacağı aramızda konuşulmuş ve belirlenmiştir.	()	()	()	()
56.Aile içinde birbirimize güveniriz.	()	()	()	()
57.Ağlamak istediğimizde, birbirimizden çekinmeden rahatlıkla ağlayabiliriz.	()	()	()	()
58.İşimize (okulumuza) yetişmekte güçlük çekiyoruz.	()	()	()	()
59.Aile içinde birisi, hoşlanmadığımız bir şey yaptığında ona bunu açıkça söyleriz.	()	()	()	()
60.Problemimizi çözmek için ailecek çeşitli yollar bulmaya çalışırız.	()	()	()	()

10.3.3. ÇOCUKLAR İÇİN DURUMLUK-SÜREKLİ KAYGI ENVANTERİ

Kızların ve erkeklerin kendilerini anlattıkları bazı cümleler aşağıda verilmiştir. Her cümleyi okuyun ve hangisinin sizin için en doğru olduğuna karar verin. “Hemen hemen hiç” mi, “Bazen” mi yoksa “Sık sık” mı? Daha sonra sizi en doğru anlatan ifadenin önündeki parantezler arasına (X) işareti koyun. Yanlış veya doğru cevap diye bir şey yok. Herhangi bir cümle üzerinde fazla zaman geçirmeyin. **GENELLİKLE** nasıl hissettiğinizi anlatan ifadeyi seçmeyi unutmayın.

1. Yanlış yapacağım diye endişelenirim	() Hemen hemen hiç	()Bazen	() Sık sık
2. Ağlayacak gibi olurum	() Hemen hemen hiç	()Bazen	() Sık sık
3. Kendimi mutsuz hissederim	() Hemen hemen hiç	()Bazen	() Sık sık
4. Karar vermekte güçlük çekerim	() Hemen hemen hiç	()Bazen	() Sık sık
5. Sorunlarımla yüz yüze gelmek bana zor gelir	() Hemen hemen hiç	()Bazen	() Sık sık
6. Çok fazla endişelenirim	() Hemen hemen hiç	()Bazen	() Sık sık
7. Evde sinirlerim bozulur	() Hemen hemen hiç	()Bazen	() Sık sık
8. Utangacım	() Hemen hemen hiç	()Bazen	() Sık sık
9. Sıkıntılıyım	() Hemen hemen hiç	()Bazen	() Sık sık
10. Aklımdan engelleyemediğim önemsiz düşünceler geçer	() Hemen hemen hiç	()Bazen	() Sık sık
11. Okul beni endişelendirir	() Hemen hemen hiç	()Bazen	() Sık sık
12. Ne yapacağıma karar vermekte zorluk çekerim	() Hemen hemen hiç	()Bazen	() Sık sık
13. Kalbimin hızlı hızlı çarptığını fark ederim	() Hemen hemen hiç	()Bazen	() Sık sık
14. Nedenini bilmediğim korkularım var	() Hemen hemen hiç	()Bazen	() Sık sık
15. Annem babam için endişelenirim	() Hemen hemen hiç	()Bazen	() Sık sık
16. Ellerim terler	() Hemen hemen hiç	()Bazen	() Sık sık
17. Kötü bir şeyler olacak diye endişelenirim	() Hemen hemen hiç	()Bazen	() Sık sık
18. Geceleri uykuya dalmakta güçlük çekerim	() Hemen hemen hiç	()Bazen	() Sık sık
19. Karnımda bir rahatsızlık hissederim	() Hemen hemen hiç	()Bazen	() Sık sık
20. Başkalarının benim hakkımda ne düşündükleri beni endişelendirir	() Hemen hemen hiç	()Bazen	() Sık sık

10.3.4. ÇOCUKLAR İÇİN DEPRESYON ÖLÇEĞİ

Aşağıda guruplar halinde bazı cümleler yazılıdır. Her gruptaki cümleleri dikkatlice okuyunuz. Her grup için, bugün dahil **son iki hafta içinde** çocuğunuza en uygun olan cümlenin yanındaki numarayı daire içine alınız.

- A) 1- Kendimi arada sırada üzgün hissederim.
2- Kendimi sık sık üzgün hissederim.
3- Kendimi her zaman üzgün hissederim.
- B) 1- İşlerim hiçbir zaman yolunda gitmeyecek.
2- İşlerimin yolunda gidip gitmeyeceğinden emin değilim.
3- İşlerim yolunda gidecek.
- C) 1- İşlerimin çoğunu doğru yaparım.
2- İşlerimin çoğunu yanlış yaparım.
3- Her şeyi yanlış yaparım.
- D) 1- Bir çok şeyden hoşlanırım.
2- Bazı şeylerden hoşlanırım.
3- Hiçbir şeyden hoşlanmam.
- E) 1- Her zaman kötü bir çocuğum.
2- Çoğu zaman kötü bir çocuğum.
3- Arada sırada kötü bir çocuğum.
- F) 1- Arada sırada başıma kötü bir şeylerin geleceğini düşünüyorum.
2- Sık sık başıma kötü bir şeylerin geleceğini düşünüyorum.
3- Başıma kötü şeylerin geleceğinden eminim.
- G) 1- Kendimden nefret ederim.
2- Kendimi beğenmem.
3- Kendimi beğenirim.
- H) 1- Bütün kötü şeyler benim hatam.
2- Kötü şeylerin bazıları benim hatam.
3- Kötü şeyler genellikle benim hatam değil.
- I) 1- Kendimi öldürmeyi düşünmem.
2- Kendimi öldürmeyi düşünürüm ama yapamam.
3- Kendimi öldürmeyi düşünüyorum.
- İ) 1- Her gün içimden ağlamak gelir.
2- Birçok günler içimden ağlamak gelir.
3- Arada sırada içimden ağlamak gelir.

- J) 1- Her şey her gün beni sıkar.
2- Her şey sık sık beni sıkar.
3- Her şey arada sırada beni sıkar.
- K) 1- İnsanlarla beraber olmaktan hoşlanırım.
2- Çoğu zaman insanlarla birlikte olmaktan hoşlanırım.
3- Hiçbir zaman insanlarla birlikte olmaktan hoşlanmam.
- L) 1- Herhangi bir şey hakkında karar veremem.
2- Herhangi bir şey hakkında karar vermek zor gelir.
3- Herhangi bir şey hakkında kolayca karar veririm.
- M) 1- Güzel, yakışıklı sayılırım.
2- Güzel, yakışıklı olmayan yanlarım var.
3- Çirkinim.
- N) 1- Okul ödevlerimi yapmak için her zaman kendimi zorlarım.
2- Okul ödevlerimi yapmak için çoğu zaman kendimi zorlarım.
3- Okul ödevlerimi yapmak sorun değil.
- O) 1- Her gece uyumakta zorluk çekerim.
2- Birçok gece uyumakta zorluk çekerim.
3- Oldukça iyi uyurum.
- Ö) 1- Arada sırada kendimi yorgun hissederim.
2- Birçok gün kendimi yorgun hissederim.
3- Her zaman kendimi yorgun hissederim.
- P) 1- Hemen her gün canım yemek yemek istemez.
2- Çoğu gün canım yemek yemek istemez.
3- Oldukça iyi yemek yerim.
- R) 1- Ağrı ve sızılardan endişe etmem.
2- Çoğu zaman ağrı ve sızılardan endişe ederim.
3- Her zaman ağrı ve sızılardan endişe ederim.
- S) 1- Kendimi yalnız hissetmem.
2- Çoğu zaman kendimi yalnız hissederim.
3- Her zaman kendimi yalnız hissederim.
- Ş) 1- Okuldan hiç hoşlanmam.
2- Arada sırada okuldan hoşlanırım.
3- Çoğu zaman okuldan hoşlanırım.
- T) 1- Birçok arkadaşım var.
2- Birçok arkadaşım var ama daha fazla olmasını isterdim.
3- Hiç arkadaşım yok.
- U) 1- Okul başarımlarım iyi.
2- Okul başarımlarım eskisi kadar iyi değil.

- 3- Eskiden iyi olduğum derslerden çok başarısızım.
- Ü) 1- Hiçbir zaman diğer çocuklar kadar iyi olmıyorum.
2- Eğer istersem diğer çocuklar kadar iyi olurum.
3- Diğer çocuklar kadar iyiyim.
- V) 1- Kimse beni sevmez.
2- Beni seven insanların olup olmadığından emin değilim.
3- Beni seven insanların olduğundan eminim.
- Y) 1- Bana söyleneni genellikle yaparım.
2- Bana söyleneni çoğu zaman yaparım.
3- Bana söyleneni hiçbir zaman yapmam.
- Z) 1- İnsanlarla iyi geçinirim.
2- İnsanlarla sık sık kavga ederim.
3- İnsanlarla her zaman kavga ederim.

10.3.5. BENLİK SAYGISI ÖLÇEĞİ

Aşağıda bazı cümleler göreceksiniz. Bu cümlelerin bazılarını kendinize uygun bulacaksınız. Bazılarını ise uygun bulmayacaksınız. Kendinize uygun bulduğunuz cümleler için BANA UYGUN seçeneğine, kendinize uygun bulmadığınız cümleler için BANA UYGUN DEĞİL seçeneğine X işareti koyunuz.

		BANA UYGU N	BANA UYGUN DEĞİL
1.	Hayal kurmakla çok vakit geçiririm		
2.	Kendime güvenirim.		
3.	Sık sık kendimden başka birisi olmak isterim.		
4.	Cana yakın bir insanım.		
5.	Küçükken annem babamla birlikte çok iyi vakit geçirirdim.		
6.	Şuna buna canımı sıkmam.		
7.	Başkalarının önünde konuşmak bana çok zor gelir.		
8.	Daha küçük bir yaşta olmak isterdim.		
9.	Elimde olsaydı pek çok yanımı değiştirdim.		
10.	Fazla zorluk çekmeden karar verebilirim.		
11.	Başkaları benimle olmaktan hoşlanır.		
12.	Evde kolayca üzülür, kırılıyorum.		
13.	Her zaman doğru olanı yaparım.		
14.	Okuldaki çalışmalarımın gurur duyuyorum.		
15.	Her zaman birisinin bana ne yapacağını söylemesi gerekir.		
16.	Yeni bir şeye alışmak benim için uzun sürer.		
17.	Sık sık yaptığım şeylerden pişmanlık duyuyorum.		
18.	Arkadaşlarım arasında sevilirim.		
19.	Küçükken annem babam ne hissettiğime önem verirlerdi.		
20.	Hiçbir zaman mutsuz değilim.		
21.	Elimden gelenin en iyisini yaparım.		
22.	Fikrimden kolayca cayıp başkalarına uyarırım.		
23.	Genellikle kendi başımın çaresine bakabilirim.		
24.	Genellikle mutluyumdur.		
25.	Kendimden yaşça küçük olanlarla beraber olmayı tercih ederim.		

26.	Annem babam hep benden çok fazla şey bekletiler.		
27.	Tanıdığım herkesten çok hoşlanırım.		
28.	Okulda derse kaldırılmaktan hoşlanırım.		
29.	Kendimi iyi tanırım.		
30.	Hayatımda her şey karma karışıktır.		
31.	Arkadaşlarım genellikle benim fikrime uyar.		
32.	Evde kimse benimle fazla ilgilenmez.		
33.	Hiç azarlanmam.		
34.	Okulda istediğim kadar başarılı değilim.		
35.	Karalı bir insanım.		
36.	Kendimi beğenmem.		
37.	Aslında kız/erkek olmaktan hoşlanmıyorum.		
38.	Başkaları ile birlikte olmaktan hoşlanmam.		
39.	Küçükken evden ayrılmak istediğim çok olmuştur.		
40.	Utangaç değilimdir.		
41.	Okulda sık sık kendimi huzursuz ve üzgün hissederim.		
42.	Sık sık mahcup hissederim.		
43.	Başkalarını kendimden daha güzel buluyorum.		
44.	Söylenecek bir sözüm varsa genellikle söylerim.		
45.	Etrafımdakiler sık sık bana takılıp kızdırırlar.		
46.	Annem babam beni anlarlar.		
47.	Her zaman doğruyu söylerim.		
48.	Öğretmenlerim bana yetersiz olduğumu hissettirirler.		
49.	Başıma gelenler umurumda değildir.		
50.	Ben başarısız bir kişiyim.		
51.	Azarlandığım zaman kolayca üzülürüm.		
52.	Çoğu kimse benden daha çok sevilir.		
53.	Küçükken çoğu zaman annemle babamın beni zorladıklarını hissedirdim.		
54.	Başkaları ile kolayca konuşabilirim.		
55.	Sık sık umudum kırılır.		
56.	Genellikle olup bitenlere sıkılmam.		
57.	Bana pek güvenilmez.		

10.3.6. ÇOCUKLAR İÇİN YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ ÇOCUK FORMU

Aşağıda senin için sorun olabilecek durumların listesi bulunmaktadır. Lütfen son bir aylık süre içinde her birinin senin için ne kadar sorun oluşturduğunu daire içine alarak belirt.

Eğer senin için hiçbir zaman sorun değilse	0
Eğer senin için nadiren sorun oluyorsa	1
Eğer senin için bazen sorun oluyorsa	2
Eğer senin için sıklıkla sorun oluyorsa	3
Eğer senin için nadiren sorun oluyorsa	4

Burada yanlış ya da doğru cevaplar yoktur.

Eğer herhangi bir soruyu anlayamazsan lütfen yardım iste.

Son bir ay içinde aşağıdakiler senin için ne kadar sorun yarattı?

Sağlığım ve aktivitelerim ile ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman
1 Bir bloktan fazla yürümek bana zor gelir	0	1	2	3	4
2 Koşmak bana zor gelir	0	1	2	3	4
3 Spor ya da egzersiz yapmak bana zor gelir	0	1	2	3	4
4 Ağır bir şey kaldırmak bana zor gelir	0	1	2	3	4
5 Kendi başıma duş ya da banyo yapmak bana zor gelir	0	1	2	3	4
6 Evdeki günlük işleri yapmak bana zor gelir	0	1	2	3	4
7 Bir yerim acır ya da ağrır	0	1	2	3	4
8 Enerjim azdır	0	1	2	3	4

Duygularıyla ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman
1 Korkmuş ya da ürkmüş hissedirim	0	1	2	3	4
2 Hüzünlü ya da üzgün hissedirim	0	1	2	3	4
3 Öfkeli hissedirim	0	1	2	3	4
4 Uyumakta zorluk çekerim	0	1	2	3	4
5 Bana ne olacağı konusunda endişelenirim	0	1	2	3	4

Başkaları ile ilgili sorunlar		Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman
1	Yaşıtlarımla geçinmekte sorun yaşıyorum	0	1	2	3	4
2	Yaşıtlarım benimle arkadaş olmak istemezler	0	1	2	3	4
3	Yaşıtlarım benimle alay eder	0	1	2	3	4
4	Yaşıtlarımın yapabildikleri şeyleri yapamam	0	1	2	3	4
5	Yaşıtlarımla oyun oynarken geri kalırım	0	1	2	3	4

Okul ile ilgili sorunlar		Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman
1	Sınıfta dikkatimi toplamakta zorlanırım	0	1	2	3	4
2	Bazı şeyleri unuturum	0	1	2	3	4
3	Derslerimden geri kalmamak için zorluk çekerim	0	1	2	3	4
4	Kendimi iyi hissetmediğim için okula gidemediğim olur	0	1	2	3	4
5	Doktora ya da hastaneye gittiğim için okula gidemediğim olur	0	1	2	3	4

10.3.7. ÇOCUKLAR İÇİN YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ EBEVEYN FORMU

Aşağıda çocuğunuz için sorun olabilecek durumların listesi bulunmaktadır. Lütfen son bir aylık süre içinde herbirinin çocuğunuz için ne kadar sorun oluşturduğunu daire içine alarak belirtiniz.

Eğer çocuğunuz için **hiçbir zaman** sorun değilse
Eğer çocuğunuz için **nadiren** sorun oluyorsa
Eğer çocuğunuz için **bazen** sorun oluyorsa
Eğer çocuğunuz için **sıklıkla** sorun oluyorsa
Eğer çocuğunuz için **hemen her zaman** sorun oluyorsa

Burada yanlış ya da doğru cevaplar yoktur.
Eğer herhangi bir soruyu anlayamazsanız lütfen yardım isteyiniz.

Son bir ay içinde aşağıdakiler çocuğunuz için ne kadar sorun yarattı?

	Fiziksel işlevsellik ile ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman
1	Bir bloktan fazla yürümek	0	1	2	3	4
2	Koşmak	0	1	2	3	4
3	Spor ya da egzersiz yapmak	0	1	2	3	4
4	Ağır bir şey kaldırmak	0	1	2	3	4
5	Kendi başına duş ya da banyo yapmak	0	1	2	3	4
6	Evde günlük işleri yapmak	0	1	2	3	4
7	Acısının ya da ağrısının olması	0	1	2	3	4
8	Düşük enerji düzeyi	0	1	2	3	4

	Duygusal işlevsellik ile ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman
1	Korkmuş ya da ürkmüş hissetmek	0	1	2	3	4
2	Hüzünlü ya da üzgün hissetmek	0	1	2	3	4
3	Öfkeli hissetmek	0	1	2	3	4
4	Uyku ile ilgili zorluklar	0	1	2	3	4
5	Kendisine ne olacağı konusunda endişe duymak	0	1	2	3	4

	Sosyal işlevsellik ile ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman
1	Yaşlıları ile geçimi	0	1	2	3	4
2	Yaşlılarının onunla arkadaş olmak istememesi	0	1	2	3	4
3	Yaşlıları tarafından alay edilmesi	0	1	2	3	4
4	Yaşlılarının yapabildiği şeyleri yapamaması	0	1	2	3	4
5	Yaşlıları ile oyun oynarken geri kalması	0	1	2	3	4

	Okul ile ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman
1	Sınıfta dikkatini toplayamaması	0	1	2	3	4
2	Bazı şeyleri unutması	0	1	2	3	4
3	Derslerinden geri kalması	0	1	2	3	4
4	Kendini iyi hissetmediği için okula gidememesi	0	1	2	3	4
5	Doktora ya da hastaneye gittiği için okula gidememesi	0	1	2	3	4