



**T.C.
KIRIKKALE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI**

**ÇOCUKLUK ÇAĞINDA PİRİMER BAŞ AĞRISINA
EŞLİK EDEN PSİKİYATRİK SEMPTOMATOLOJİNİN
SIKLIĞI VE TEDAVİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Fitnat ULUĞ

KIRIKKALE

2014

**T.C.
KIRIKKALE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI**

**ÇOCUKLUK ÇAĞINDA PİRİMER BAŞ AĞRISINA
EŞLİK EDEN PSİKİYATRİK SEMPTOMATOLOJİNİN
SIKLIĞI VE TEDAVİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Fitnat ULUĞ

**TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Y. K. Yavuz GÜRER**

**KIRIKKALE
2014**

KIRIKKALE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK SAĞLIĞI ve HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

Uzmanlık öğrencisinin adı, soyadı: Dr. Fitnat ULUĞ

Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesinde “Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanlık Eğitimi” çerçevesinde yürütülmüş olan “Çocukluk Çağında Pirimer Baş Ağrısına Eşlik Eden Psikiyatrik Semptomatolojinin Sıklığı ve Tedavilerinin Değerlendirilmesi” isimli çalışma aşağıda belirtilen jüri üyeleri tarafından Dr. Fitnat ULUĞ’un UZMANLIK TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 20/05/2014

Prof. Dr. Y. K. Yavuz GÜRER
Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi
Çocuk Nöroloji Bilim Dalı Başkanı
Jüri Başkanı

Prof. Dr. Didem ALİEFENDİOĞLU
Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD ve
Neonatoloji Bilim Dalı Başkanı
Üye

Doç. Dr. Deniz YÜKSEL
TC SB Sami Ulus Kadın Doğum,
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Çocuk Nöroloji Kliniği Eğitim Sorumlusu
Üye

TEŞEKKÜR

Asistanlık eğitimimde ve tezimin hazırlanma sürecinde desteğini hiçbir zaman eksik etmeyen, görüşlerinden her zaman yararlandığım, çalışma azmini ve hayat görüşünü kendime örnek aldığım hocam Prof. Dr. Y.K. Yavuz Gürer'e, bilgileri ve tecrübeleriyle bana yol gösteren, yetişmemde büyük emekleri olan değerli hocalarım sayın Prof. Dr. Didem Aliefendioğlu, Prof. Dr. Selda Bülbül, Prof. Dr. Ayça Törel Ergür, Prof. Dr. M. Cüneyt Ensari, Doç. Dr. Fulya Gülerman, Doç. Dr. Meryem Albayrak, Yrd. Doç. Dr. Cihat Şanlı`ya teşekkür ederim.

Uzmanlık eğitimim boyunca beraber çalışmaktan büyük zevk duyduğum asistan arkadaşlarıma teşekkür ederim.

Tez çalışmama büyük katkısı olan Ankara Yenimahalle Devlet Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Bölümünden Dr. Esra Çöp'e teşekkür ederim.

Tez çalışmam sırasında görüşlerinden yararlandığım Ergen Ruh Sağlığı Bölümünün değerli hocası Yrd. Doç.Dr. Visal Buturak'a teşekkür ederim.

Tez çalışmam sırasında yardımlarından dolayı Fen Edebiyat Fakültesi İstatistik Bölümü öğretim Üyesi Yrd. Doç.Dr. Serap Yörübulut'a teşekkür ederim.

Her zaman yanımda olan, sevgi ve desteğini her zaman hissettiğim eşime, çoğu zaman yanlarında olamasam da beni sevmeye devam eden çocuklarım Ayşe Selin, Murat Kerem ve Zeliha Pelin'e teşekkür ederim. Hayatımın her aşamasında arkamda olduklarını bildiğim en büyük destekçilerim annem ve babama sonsuz teşekkürler...

Dr. Fitnat ULUĞ

KIRIKKALE 2014

ÖZET

Uluğ F, Çocukluk çağında pirimer baş ağrısına eşlik eden psikiyatrik semptomatolojinin sıklığı ve tedavilerinin değerlendirilmesi, Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, Kırıkkale, 2014.

Baş ağrısı çocukluk çağında çok sık karşılaşılan bir yakınmadır. Baş ağrılarının büyük bir bölümünü migren ve gerilim tipi baş ağrısı (GTBA) gibi nedeni belli olmayan pirimer baş ağrıları oluşturmaktadır. Pirimer baş ağrısı tanısı alan erişkinlerde depresyon, anksiyete, obsesif kompulsif bozukluk gibi psikiyatrik semptomatolojinin sık eşlik ettiği, bunlara yönelik başlanan tedavinin baş ağrısının iyileşmesine de yardımcı olabileceği gösterilmiştir. Çocuklarda da pirimer baş ağrılarına eşlik eden psikiyatrik semptomatoloji sıklığı ile ilgili çalışmaların sayısı artmaktadır. Ancak ülkemizde bu amaçla yapılan çalışma sayısı parmakla gösterilebilecek kadar azdır. Bu çalışma Çocuk Nöroloji Polikliniğine başvuran pirimer baş ağrısı tanısı alan çocuklarda eşlik eden psikiyatrik semptomatolojinin sıklığını belirlemek ve psikiyatrik semptomatolojilerine yönelik verilen tedavinin etkinliğini araştırmak amacıyla planlanmıştır.

Araştırma tanımlayıcı, gözlemsel bir çalışmadır. Araştırma grubu Aralık 2012-Aralık 2013 tarihleri arasında Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi (KÜTFH) Çocuk Nöroloji Polikliniği'ne baş ağrısı şikayeti ile başvuran ve pirimer baş ağrısı tanısı almış 7-17 yaş arası 125 çocuk ve ergenden oluşmaktadır.

Araştırma dört bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde sekonder baş ağrısı olan hastalar hikaye, fizik muayene ve görüntüleme yöntemleri ile belirlenerek çalışma dışı bırakılmış, pirimer baş ağrısı düşünülen hastalar çalışma grubuna alınmıştır. İkinci bölümde çalışmaya alınan hastaların tamamına "Çocuklar için Depresyon Ölçeği", "Stai Durumluk Kaygı" ve "Stai Sürekli Kaygı Ölçeği", "Coopersmith Özsaygı Ölçeği" ve "Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği" doldurtulmuş, baş ağrısının pirimer baş ağrısı tanı kriterlerini karşılayıp karşılamadığı ve ağrıyı başlatan nedenleri saptamak amacıyla hastalar bir ay baş ağrısı güncesi ile izlenmiştir. Üçüncü bölümde ölçeklerinde psikiyatrik semptomatoloji saptanan hastalar Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Bölümü tarafından değerlendirilmiş, tanılarına uygun tedaviler verilmiş, psikiyatrik semptomatoloji saptanmayanlara Çocuk Nöroloji Bölümü tarafından tanılarına uygun pirimer baş ağrısına yönelik tedavileri verilmiştir. Çalışmanın son aşamasında psikiyatrik semptomatoloji saptanan hastalara üç aylık tedavi sonunda ölçekler tekrar doldurtulmuş, tüm hastalar tedavi başarısı açısından tekrar değerlendirilmiş, baş ağrısı sıklığında %50 ve daha fazla azalma tedavi başarısı olarak kabul edilmiştir.

Yaş ortalaması $12,67 \pm 2,43$ olan araştırma grubunun %70,4'ü kız, %29,6'sı erkeklerden oluşmaktadır. ICHD III tanı kriterlerine göre hastaların %52'si migren, %42,6'sı GTBA, %5,6'sı diğer pirimer baş ağrısı tanılarını aldı. Baş ağrısı tanılarına göre baş ağrısı özellikleri

karşılaştırıldığında migren baş ağrısı atak süresinin %72,3 hastada 2 saatten uzun sürmesi, GTBA'sı olanların %64,2'sinde bir saatten kısa olması, GTBA'sı olanların %81,1'inde ağrının iki taraflı olması, migren baş ağrısının günlük aktiviteye daha sık engel olması anlamlı bulundu. Hastaların %18,4'ünde ek psikiyatrik semptomatoloji saptandı. Depresyon %43,5 pirimer baş ağrısına en sık eşlik eden psikiyatrik semptomatoloji olarak belirlendi. Psikiyatrik semptomatoloji saptananların ölçeklerden aldıkları puanların ortalamaları, psikiyatrik semptomatoloji saptanmayanlardan anlamlı olarak yüksek saptandı. Psikiyatrik semptomatoloji saptananların %91,3'ünün cinsiyetinin kız ve %60,9'unun orta ve geç adolesan gruptan olması istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Baş ağrısı atak süresi ve atak sıklığı ile psikiyatrik semptomatoloji arasında anlamlı bir ilişki bulunmazken ek psikiyatrik semptomatoloji saptanan hastaların baş ağrısının günlük aktiviteye engel olmadığı istatistiksel olarak anlamlı saptandı. Hastaların öykülerinden psikiyatrik semptomatoloji saptanan hastaların ağrılarıyla uyuyarak, ek tanı almayanların ilaç alarak baş etmeye çalıştığı öğrenildi. Uygun tedavilerle üç ay izlenen hastalardan ek psikiyatrik semptomatoloji saptananların tamamında, saptanmayanların %98'inde tedavi başarısı elde edildi. Psikiyatrik semptomatoloji saptanan hastalara tedavi sonrası tekrar doldurtulan ölçek sonuçlarında Çocuklar için Depresyon Ölçeği puanlarındaki düşüş ve Coopersmith Özsaygı Ölçeği genel benlik, sosyal benlik, ev-aile benlik saygısı ve toplam benlik saygısı puan ortalamalarındaki artış anlamlı bulundu. Yaşam kalitesi ölçek puanlarında da belirgin artış saptandı, ancak tedavi öncesi ve sonrası alınan puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı.

Bu sonuçlar pirimer baş ağrısı olan çocuk ve ergenlerde psikiyatrik semptomatoloji sıklığının yüksek olduğu ve psikiyatrik soruna yönelik başlanan tedavinin baş ağrısı tedavisinde de etkin olduğunu, psikiyatrik semptomatolojiyi saptamada ölçeklerin kullanılmasının güvenli olduğunu göstermiştir.

Anahtar Kelimeler: Çocuk, Pirimer Baş Ağrısı, Psikiyatrik Semptomatoloji

ABSTRACT

Uluğ F, In childhood, frequency of comorbid psychiatric symptomatology in primary headaches and evaluation of the treatments, Specialty Thesis, Department of Pediatrics, Kırıkkale University Faculty of Medicine, Kırıkkale, 2014

Headache is very common complaint in childhood. A large number of headaches contain primary ones such as migraine and tension-type headache (TTH) that its reasons are unclear. It has been shown to be helpful in the healing of the primary headaches in adults diagnosed with comorbid psychiatric symptomatology, such as depression, anxiety, obsessive compulsive disorder. In children, the incidence of primary headaches that accompany psychiatric symptomatology is related to the number of studies is increasing. However, the number of studies conducted in our country for this purpose is limited. This study is planned to investigate the frequency of comorbid psychiatric symptomatology in children admitted to the Child Neurology Clinic with a diagnosis of primary headache and to determine the effectiveness of the treatment of psychiatric symptomatology.

Research is a descriptive, observational study. Research group consists of 125 children and adolescent (7-17 years) complaining of headaches with the applicant to Kırıkkale University Faculty of Medicine Hospital (KUFMH) Child Neurology Outpatient Clinic and primary headaches diagnosed between December 2012 - December 2013.

The research consists of four sections. In the first section, patients with secondary headache, determined by physical examination and imaging methods and excluded from the study; primary headache patients in the study group have been considered. In the second part of the study, all of the patients in the study group filled "Children's Depression Inventory (CDI) ", "Stai State Anxiety" and "Stai Trait Anxiety Inventory", "Coopersmith Self-Esteem Inventory " and " Pediatric Quality of Life Inventory" and have been examined for a month with headache diary in order to find whether the headache meets the primary one or not and to determine the reasons that cause the pain. In the third section, the patients with psychiatric symptomatology have been assessed by Child and Adolescent Mental Health Division, appropriate treatments have been applied to the patients that are not diagnosed with psychiatric symptomatology have been treated according to diagnosis of primary headache. In the final stage of study, the questionnaires have been given at the end of three months of treatment to the patients with psychiatric symptomatology, all the patients were re-evaluated for the success in treatment, the treatment success has been considered as reduction in the frequency of headache in 50% and a further.

Average age of the study group was $12,67 \pm 2.43$, consisted of %70,4 girls, %29.6 boys. ICHD III diagnosis criteria was used to classify headaches, 52% of patients diagnosed migraine, 42.6% diagnosed TTH, %5,6 diagnosed other primary headache disorders.

According to the characteristics of the headache, for migraine headaches, attack period in 72.3% of patients was 2 hours long, the TTH of those 64.2% in was less than an hour, TTH of those 81.1% had pain in two sided and significant obstacles in daily activities were found for migraine headaches. Psychiatric symptomatology was observed in 18.4 % of patients additionally. Depression is determined the most common comorbid psychiatric symptomatology in primary headache by 43.5%. The average scores of questionnaires of the patients with psychiatric symptomatology were significantly higher in those without. 91.3 % of patients with psychiatric symptomatology were female, and 60.9% were intermediate and late adolescent groups were found to be statistically significant. Although there was no significant relationship between psychiatric symptomatology of patients with the duration and the frequency of headache attacks, the headaches of the patients with additional psychiatric symptomatology that do not interfere with daily activities revealed statistically significant. We learned in patients' stories, that the patients with psychiatric symptomatology were sleeping and no addition diagnosed patients were taking drugs in order to cope with the pain. The success of treatment in all of patients with psychiatric symptomatology, and in %98 of patients without of psychiatric symptomatology was obtained with proper treatment of patients followed three months. Patients with psychiatric symptomatology were filled scale again after treatment and decrease in Children's Depression Inventory mean scores and increase in mean scores of general self, social self, home - friendly self-esteem and overall self-esteem of Coopersmith Self-Esteem Inventory were found significant. Also the mean scores of Pediatric Quality of Life Inventory quality showed important increase, but there was no statistically significant difference between the average scores before and after treatment.

These results showed that in children and adolescents with primary headaches psychiatric symptomatology prevalence was high and the treatment of the psychiatric problems was also effective for the treatment of headache, the use of the scales to determine psychiatric symptomatology demonstrated useful for clinical practices.

Keywords: Children, Primary Headache, Psychiatric Symptomatology

İÇİNDEKİLER

Sayfa No:

TEŞEKKÜR.....	v
ÖZET.....	vi
ABSTRACT.....	viii
İÇİNDEKİLER	x
SİMGELER KISALTMALAR.....	xii
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	xiii
TABLOLAR DİZİNİ	xiv
GİRİŞ ve AMAÇ	1
GENEL BİLGİLER	3
2.1. Baş Ağrısı Tanımı, Tarihçesi.....	3
2.2. Baş Ağrısının Epidemiyolojisi	4
2.3. Baş Ağrısı Sınıflama	7
2.3.1. Pirimer Baş Ağrıları.....	8
2.3.1.1. Migren.....	9
2.3.1.1.1. Aurasız Migren Tanı Kriterleri.....	9
2.3.1.1.2. Auralı Migren Tanı Kriterleri.....	9
2.3.1.1.3. Migren Klinik Bulguları	10
2.3.1.2. Gerilim Tipi Baş Ağrısı.....	11
2.3.1.2.1. Gerilim Tipi Baş Ağrısı Tanı Kriterleri.....	11
2.3.1.2.2. Gerilim Tipi Baş Ağrısı Klinik Bulguları.....	12
2.3.1.3. Trigeminal Otonomik Baş Ağrıları	14
2.3.1.3.1. Küme Baş Ağrısı	14
2.3.1.3.2. Diğer Trigeminal Otonomik Baş Ağrıları	14
2.3.1.4. Diğer Pirimer Baş Ağrıları	15
2.3.2. İkincil Baş Ağrıları	15
2.3.2.1. Psikiyatrik Hastalıklar ile İlişkili Baş Ağrısı	16
2.3.2.1.1. Somatizasyon Bozuklukları ile İlişkili Baş Ağrısı	17
2.3.2.1.2. Psikotik Bozukluklarla İlişkili Baş Ağrısı.....	18

2.4. Baş Ağrısı Patofizyolojisi.....	18
2.5. Baş Ağrısı Olan Çocuğun Değerlendirilmesi	20
2.5.1. Öykü.....	20
2.5.2. Fizik Muayene	22
2.5.3. Tanısal Testler.....	24
2.6. Baş Ağrılarının Tedavisi.....	25
2.6.1. İlaç Dışı Tedaviler	26
2.6.2. İlaç Tedavileri	27
2.7. Baş Ağrısında Psikiyatrik Komorbidite	29
GEREÇ VE YÖNTEM	32
3.1. Hasta Seçimi.....	32
3.1.1. Araştırmanın Yeri	32
3.1.2. Araştırmanın Zamanı	32
3.1.3. Araştırmanın Evreni.....	32
3.2. Veri Toplama Araçları.....	33
3.2.1. Sosyodemografik ve Baş Ağrısı Öykü Formu.....	33
3.2.2. Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği.....	34
3.2.3. STAI Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği.....	34
3.2.4. Coopersmith Özsaygı Ölçeği	35
3.2.5. Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği	36
3.3. Yöntem	37
3.3.1. Uygulayıcılar	37
3.3.2. Uygulama.....	37
3.3.3. Analizler.....	38
BULGULAR	39
TARTIŞMA	58
SONUÇLAR VE ÖNERİLER	66
KAYNAKLAR	69
EKLER	85

SİMGELER KISALTMALAR

IHS	: International Headache Society
GTBA	: Gerilim Tipi Baş Ağrısı
M.Ö.	: Milattan Önce
M.S.	: Milattan Sonra
DHE	: Dihidroergotamin
ICHD	: International Classification of Headache Disorders
WHO	: Dünya Sağlık Örgütü
EGTBA	: Epizodik Gerilim Tipi Baş Ağrısı
KGTBA	: Kronik Gerilim Tipi Baş Ağrısı
TVS	: Trigemiovasküler Sistem
CSD	: Cortikal Spreading Depression
CGRP	: Calcitonin Gene Related Peptid
EEG	: Electroensefelografi
KİBAS	: Kafa İçi Basınç Artışı Sendromu
BBT	: Bilgisayarlı Beyin Tomografisi
MRG	: Manyetik Rezonans Görüntüleme
3D	: Üç boyutlu
MIDAS	: Migraine Disability Assessment Score
PedMIDAS	: Pediatric Migraine Disability Assessment Score
KÜTFH	: Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi
ÇDÖ	: Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği
STAI	: State Trait Anxiety Inventory
ÇİYKÖ	: Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği
ÖTP	: Ölçek Toplam Puanı
FSTP	: Fiziksel Sağlık Toplam Puanı
PSTP	: Psikososyal Sağlık Toplam Puanı
KM	: Komorbidite
OKB	: Obsessif Kompulsif Bozukluk
DSM	: Diagnostic and Statistical Manual of Disorders

ŞEKİLLER DİZİNİ

Sayfa No:

Şekil 4.1.	Cinsiyete göre hastaların yaş dağılımları	39
Şekil 4.2.	Baş ağrısı tanılarına göre tetikleyici faktörlerin dağılımı.....	42
Şekil 4.3.	Baş ağrısı tanılarına göre eşlik eden semptomların dağılımı	43
Şekil 4.4.	Psikiyatrik komorbidite tanısı alan ve almayan hastaların tedavi dağılımları	55

TABLolar DİZİNİ

Sayfa No:

Tablo 2.1.	ICHHD III'e göre baş ağrılarının sınıflandırılması	8
Tablo 2.2.	ICHHD III'e göre pirimer baş ağrısı sınıflaması	9
Tablo 2.3.	ICHHD III'e göre ikincil baş ağrılarının sınıflandırılması	15
Tablo 2.4.	ICHHD III tanı kriterlerine göre psikiyatrik hastalıklarla ilişkili baş ağrısı sınıflaması.....	16
Tablo 2.5.	Baş ağrısı veri tabanı.....	22
Tablo 2.6.	Baş Ağrısı Değerlendirmesinde Uyarıcı Bulgular	23
Tablo 2.7.	Baş ağrısı tedavisinde Biyo-davranışsal Program	27
Tablo 2.8.	Çocukluk Çağı Baş Ağrıları Tedavisinde Kullanılan İlaçlar	28
Tablo 2.9.	Uluslararası Baş Ağrısı Bozuklukları Sınıflamasında (2013) yer alan (ICHHD) Psikiyatrik Bozukluklara Bağlı Gelişen Baş Ağrıları.....	30
Tablo 4.1.	Baş ağrısı tiplerinin sıklığı	40
Tablo 4.2.	Baş ağrısı tanılarına göre hastaların sosyodemografik özellikleri	41
Tablo 4.3.	Baş ağrısının gün içinde başlama zamanı	42
Tablo 4.4.	Baş ağrısı tanılarına göre tarif edilen ağrının özellikleri	44
Tablo 4.5.	Baş ağrısı tanılarına göre baş ağrısının günlük aktiviteyi etkileme durumu	45
Tablo 4.6.	Baş ağrısı tanısı ile, baş ağrısı tanımlayan aile bireylerinin ilişkisi.....	45
Tablo 4.7.	Hastalar ve aile bireylerinin baş ağrısı tanıları	46
Tablo 4.8.	Baş ağrısı olan hastalarda istenen tetkikler.....	46
Tablo 4.9.	Migren ve GTBA hastalarının baş ağrısı ile başetme yöntemleri	47

Tablo 4.10. Hastaların baş ağrısı tanılarına göre psikiyatrik ölçeklerden aldıkları puan ortalamalarının dağılımını belirlemek üzere yapılan tek yönlü varyans analizi(anova) sonuçları.....	48
Tablo 4.11. Psikiyatrik komorbiditesi olan ve olmayan hastaların ölçeklerden aldıkları puan ortalamalarının dağılımını belirlemek üzere yapılan tek yönlü varyans analizi (anova) sonuçları.....	49
Tablo 4.12. Baş ağrısı tanısı ile psikiyatrik komorbidite ilişkisi.....	50
Tablo 4.13. Psikiyatrik komorbidite olup olmamasına göre hastaların cinsiyet dağılımı.....	50
Tablo 4.14. Psikiyatrik komorbidite ve yaş dağılımları arası ilişki	51
Tablo 4.15. Psikiyatrik komorbidite ve baş ağrısının süresi	51
Tablo 4.16. Psikiyatrik komorbidite ve baş ağrı sıklığı	52
Tablo 4.17. Psikiyatrik komorbidite ve baş ağrısı atak süresi.....	52
Tablo 4.18. Psikiyatrik komorbidite ve ağrının lokalizasyonu	52
Tablo 4.19. Psikiyatrik komorbidite ve günlük aktiviteyi engelleyen baş ağrısı.....	53
Tablo 4.20. Psikiyatrik komorbidite ve uykudan uyandıran baş ağrısı.....	53
Tablo 4.21. Psikiyatrik komorbidite ve baş ağrısını tetikleyen stresör faktör ilişkisi.....	54
Tablo 4.22. Hastaların baş ağrısından kurtulma yöntemleri	54
Tablo 4.23. Psikiyatrik komorbidite ve yakın aile bireylerinde baş ağrısının varlığı	55
Tablo 4.24. Psikiyatrik komorbidite saptanan hastaların tanıları ve başlanan tedaviler	56
Tablo 4.25. Baş ağrısının tedavisinin başarısı yönünden hastaların değerlendirilmesi	56
Tablo 4.26. Psikiyatrik komorbidite belirlenen hastaların tedavi öncesi ve sonrası test sonuçları ortalaması	57

GİRİŞ ve AMAÇ

Baş ağrısı çocukluk çağında çok sık karşılaşılan bir yakınmadır. Çocuk acil polikliniklerine başvuran hastaların %1,3'ünde (1) ve çocuk nörolojisi polikliniğine başvuran hastaların %8'inde baş ağrısı yakınması bulunduğu bildirilmiştir (2). Okul çağı çocuklarının %7'si, adölesanların ise %15'i baş ağrısından yakınmaktadırlar. Prevelansı yedi yaş civarında %37-51 iken, ergenlikte %57-87'e ulaştığı bilinmektedir (3,4).

Baş ağrısı santral sinir sistemini ilgilendiren bir hastalığın, bazen hayatı tehdit edici bir patolojinin habercisi olabileceği gibi; vücudun diğer bölümlerinin enfeksiyon hastalıkları, vasküler patolojilere veya psikolojik nedenlere de bağlı olabilir. International Headache Society (IHS) baş ağrılarını nedeni belirlenebilen baş ağrıları (sekonder), belirli bir neden bulunamayan baş ağrıları (pirimer) olarak iki ana grupta sınıflandırmaktadır (5). Hastaların ilk başvurusunda, genel fizik ve nörolojik muayene; gerekli durumlarda görüntüleme ve laboratuvar tetkikleri ile sekonder baş ağrılarının dışlanması gerekir. Pirimer baş ağrıları belirli bir etyoloji belirlenemeyen, aile öyküsü olan veya olmayan ancak yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilen baş ağrılarıdır. IHS pirimer baş ağrılarını; migren, gerilim tipi baş ağrısı (GTBA), trigeminal otonomik baş ağrıları ve diğer pirimer baş ağrıları diye dört ana başlık altında sınıflamaktadır. Fizik muayene, aile öyküsü ve günce ile takip edilerek ayırıcı tanı yapılmaktadır. Çocukluk döneminde en sık görülen pirimer baş ağrısı migrendir (1,6,7). Migrenden sonra baş ağrısı nedenleri, azalan sıklık sırasına göre, gerilim tipi baş ağrısı, sinüzit ve epilepsidir (6).

Kesin tedavisi bulunmayan bu hastalıkta, ağrıyı başlatan nedenin belirlenmesi, mümkünse ortadan kaldırılması (baş etme), başarılı olunamazsa çeşitli ilaçlar kullanılarak akut ağrı tedavisi veya kronik profilaktik tedavi uygulanmaktadır. Pirimer baş ağrısı tanısı alan erişkinlerde anksiyete, depresyon, obsesif kompulsif bozukluk gibi psikiyatrik semptomatolojinin eşlik edebildiği, bunlara yönelik tedavinin yararlı olabileceği gösterilmiştir (8,9,10,11). Çocukluk çağı pirimer baş ağrılarında da psikososyal faktörlerin rol oynayabileceği düşünülerek, olası psikopatolojilerin araştırılması ve tedavi edilmesi amacıyla tüm olguların, çocuk

nöroloğu ve çocuk psikiyatristinin içinde olduğu multidisipliner ekiplerce izlenmesinin yararlı olacağı ve tedaviden yaralanımı artıracığı düşünölmektedir (12,13).

Baş ağrısı çocuklarda sık karşılaşılan bir rahatsızlıktır. Pirimer baş ağrılarında psikiyatrik eş tanı sıklığı ile ilgili tüm dünyada yapılan çalışma sayısı giderek artmaktadır. Ülkemizde çocukluk çağında görölen pirimer baş ağruları ve eşlik eden psikiyatrik semptomatoloji ile ilgili az sayıda çalışma vardır. Bu çalışmada Çocuk Nöroloji Polikliniğine başvuran pirimer baş ağrısı tanısı alan çocuklarda eşlik eden psikiyatrik semptomatolojinin sıklığını belirlemek ve psikiyatrik semptomatolojilerine yönelik verilen tedavinin etkinliğini araştırmak amaçlanmıştır.

GENEL BİLGİLER

2.1. Baş Ağrısı Tanımı, Tarihçesi

Baş ağrısı günümüzde genel tıpta en sık karşılaşılan şikayetlerden biridir. Baş ağrısı toplumda çok sık görülmesi, iş gücü kaybına neden olması, bazen de hayati tehlike yapabilecek hastalıkların belirtisi olması nedeniyle üzerinde durulması gereken önemli bir konudur (14).

Baş ağrısı ilk uygarlıklardan beri insanoğlunu en sık rahatsız eden şikayetlerin başında olmuştur. Milattan önce (M.Ö.) 7000 yılına ait olduğu belirlenen, neolitik insana ait olduğu düşünülen kafatasında belirlenen deliğin, olasılıkla hastanın ciddi baş ağrısını tedavi etmek amacıyla açıldığı düşünülmektedir (2). MÖ 3000 yılına ait Sümer tabletinde baş ağrısından söz edilmekte, M.Ö 2500 yılına tarihlenen 'Ebers Papirüsü'migren, saplanıcı baş ağrısı ve nevraljiden söz etmektedir. Hipokrat M.Ö 400 yıllarında migren baş ağrısını, ağrının öncesinde görülen ve kusma ile rahatlayan görsel aurayı tanımlamıştır (15). M.S 2 yy'da Kapodokya'da yaşayan Aretaeus, sıklıkla başın iki yanında hissedilen, bulantı ile birlikte olan baş ağrısı dönemlerini izleyen ağrısız dönemleri belirleyerek, günümüzdeki migrenin klinik tanımını yapmıştır (15). Yine bu yıllarda Galen, Yunancada yarım baş ağrısı anlamına gelen 'hemicrania'tanımını kullanmıştır (15).

Migrenin patofizyolojisi ile ilgili ilk vasküler teoriler DuBois Reymond, Mollendorf ve Eulenburg tarafından öne sürülmüş; ilk nöral teoriyi ise Liveing 1873'de "Megrim, Hasta Edici Baş Ağrısı ve İlgili Bozukluklar Üzerine: Sinir Fırtınalarının Patolojisine Bir Katkı" başlıklı yazısında kaleme almıştır. Bu monografide Lieving sorunun "sinir fırtınaları" olarak adlandırdığı otonom sinir sistemindeki bozukluklardan kaynaklandığını öne sürmüştür (15). Deyl veSpitzer'in 1900 yılında baş ağrısı etyolojisine yönelik hipotezlerinden sonra (3), 1930 yılında John Graham ve Harold Wolff aura döneminin intrakraniyal arterlerde gelişen vazokonstriksiyona; izleyen baş ağrısının ise eksternal ve internal karotis arterinin dallarında aşırı genişlemeye bağlı olduğunu iddia etmişler (16) ve 1938 yılında ergotaminin migren tedavisinde, kan damarlarını daraltarak etki ettiğini göstererek, bu durumu migrenin vasküler teorisi için bir kanıt olarak sunmuşlardır (15). Leao

1944 yılında nörojenik teoriyi ileri sürmüş, ardından Olesen ile Lauritzen bu teoriyi destekleyici yayınlar yapmışlardır. Nörojenik teoriye göre aura döneminden rafe nükleusu ve lokus serulusdan başlayan deşarjlar sorumludur. Bu deşarjların neden olduğu bölgesel bir kan akımı azalması nöronal depresyona neden olur ve bu nöronal depresyon öne doğru yayılarak yayılan depresyon dalgasını (spreading depresyon) oluşturur (17).

Migren tedavisi için ergot kullanımına dair ilk bildirimler, 1883 yılında Almanya'dan Eulenburg, 1894 yılında ABD'den Thompson ve İngiltere'den Campell'e aittir. Dihidroergotamin (DHE) 1943 yılında Stoll ve Hoffmann tarafından sentezlenmiş, Horton, Peters ve Blumenthal tarafından Mayo Klinikte migren tedavisinde kullanılmıştır. Migren tedavisinde yeni modern yaklaşım Pat Humphrey ve arkadaşlarının, serotonin benzer yapıda ancak daha az yan etkili ve daha dayanıklı bir kimyasal bileşik olan sumatriptanı geliştirmesi ile başlamıştır (15). Bu gelişme akut migren tedavi çalışmalarını başlatmış ve bugün triptanlar olarak adlandırdığımız ilaçların etki mekanizmalarının aydınlatılmasına yol açmıştır (15).

Migrenin önleyici tedavisi için modern yaklaşım migrenin, aşırı serotoninine bağlı olduğu inancı ile başlar (15). Sicuteri migren ve küme baş ağrılarında profilaktik tedavi için bir serotonin antagonisti olan metiserjidi geliştirmiştir. Uzun bir aradan sonra migrenin önleyici tedavisinde yeni ilaçlar denemeye başlanmış, antiepileptik ilaçlar profilaktik tedaviye girmiştir. Baş ağrıları ile ilgili özgül bilimsel çalışmalar 19. yüzyıldan sonra hız kazanmıştır. Son yıllarda ailevi hemiplejik migren geni bulunmuş (15), migren ve küme baş ağrısından sorumlu olabilecek beyin sapı merkezleri belirlenmiştir. Birincil baş ağrılarının tanı ölçütlerine son yirmi yıl içinde açıklık getirilmiş ve farklı sınıflamalar yapılmıştır (5,11,18).

2.2. Baş Ağrısının Epidemiyolojisi

Baş ağrısı yaşamın her döneminde olduğu gibi, çocukluk yaş grubunda da çok yaygındır ve doktora başvuru nedenleri arasında ön sıralarda yer alır. En az 3 aylık bir süre içerisinde, çocuk ve adolesan yaş grubunda %60 oranında baş ağrısının olduğu belirlenmiştir (19). Okul çocuklarının %15-%20'si baş ağrısından yakınmaktadır (20). Ergenlik döneminde görülme sıklığında giderek bir artış meydana gelir. Yedi yaşında baş ağrısı prevalansı %37-51 iken, 15 yaş grubu

çocuklarda %57-82 olarak bildirilmiştir (3,4). Tekrarlayıcı ve sık görülen baş ağrıları 7 yaşında %2,5 civarındayken, 15 yaşında %15'e yükselmektedir (4,21).

Pirimer baş ağrıları sekonder baş ağrılarından daha sık olmakla birlikte; her iki tip baş ağrısı kadınlarda daha sık görülmektedir (22). Çocuklarda birincil baş ağrılarının büyük çoğunluğunu erişkinlerde olduğu gibi migren ve GTBA oluşturmaktadır. Prevelansları farklı çalışmalarda çalışmanın kurgusu ve çalışılan grubun psikososyal özelliklerine göre değişmektedir. Ülkemizden yapılan bir çalışmada baş ağrısı nedenleri arasında ilk sırada migren gelmekte ve bunu gerilim tipi baş ağrısı (GTBA) izlemektedir (23). Migren tipi baş ağrısının çocuklar ve adöloşanlarda yaşam boyu %8 oranında görüldüğü bildirilmektedir. Rasmussen ve arkadaşları 1991 yılında baş ağrısının toplumdaki dağılımını incelemek için, kişisel klinik değerlendirme yoluyla temsil gücü yüksek bir çevre örnekleminde, ICHD tanı kriterleri kullandıkları çalışmada bütün pirimer baş ağrılarının yaşam boyu prevelansını gerilim tipi baş ağrısı için %78, migren için %16 bulmuşlardır (22). Aynı çalışmada erkeklerde yaşam boyu prevelans herhangi bir baş ağrısı için %93, migren için %8, gerilim tipi baş ağrısı için %69, kadınlarda yaşam boyu prevelans herhangi bir baş ağrısı için %99, migren için %25, gerilim tipi baş ağrısı için %88 bulunmuştur (22).

Migren prevelansı yaşa ve cinse göre değişmektedir. Migren ağrıları erkeklerde ortalama 7,2 yaşta, kızlarda 10,9 yaşta başlamaktadır. Migren prevelansı 3-7 yaşta %1,2-3,2 ve erkeklerde kızlardan daha yüksek iken, 7-11 yaşta %4-11 ile her iki cinste eşittir. Ergenlikle birlikte 11-15 yaşta prevelans %8-23'e ulaşırken erkek/kız oranı da tersine döner (19-25). Prevelans 40 yaşına kadar artarak devam eder, sonrasında azalır (15,31). Puberteden sonra erişkin nüfusta migrenin kadın/erkek oranı 2/1'e ulaşmaktadır (32). Toplumlar arasında değişiklikler olmasına karşın, Avrupa ve Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan bir çok toplum temelli çalışmada migren prevelansının kadınlarda yaklaşık %18, erkeklerde %6 olduğu gösterilmiştir (31,33).

Türkiye'de 7-14 yaş arasındaki 857 okul çocuğu üzerinde Sivas'ta yapılan bir çalışmada IHS ölçütlerine göre migren sıklığı %9,3 olarak bulunmuştur (34). Mersin'de 5562 okul çocuğunda nöroloji uzmanının tanısı altın standart alınarak prevelans, yineleyen baş ağrılarında %49,2, gerilim tipi baş ağrısında %24,7 ve

migrende %10,4 olarak bulunmuştur (35). Maltepe ilçesinde 2504 okul çocuğunda yapılan bir tez çalışmasında ise migren prevelansı %9, gerilim tipi baş ağrısı prevelansı ise %6,1 olarak saptanmıştır (36).

Migren prevelansında sadece yaş ve cinsiyet değil, genetik, çevresel ve sosyokültürel faktörler de etkili olmaktadır (37).

Gerilim tipi baş ağrısının kesin prevelansı bilinmemektedir; çünkü hastalar yalnızca yakınmaları yaşam tarzlarını bozacak şekilde sıklaşır ve kronikleşirse doktora başvurumaktadırlar (31). Çocuklarda GTBA ile ilgili bilgiler kısıtlıdır. Kullanılan yöntem, örneklem büyüklüğüne göre değişkenlik göstermekle birlikte, GTBA prevelansı İskandinav ülkeleri ve İran'da %10-18, Türkiye'de %5-25, Brezilya'da ise %73 bulunmuştur (21, 37-43). Prevelansı 11 yaşına kadar hem kızlarda hem de erkeklerde yaşla birlikte artarken, sonrasında sadece kızlarda artar (21,42). GTBA epizodları genellikle 7 yaş civarında başlar (42). Prevelansı ağrı sıklığı ve şiddetine göre değişkenlik göstermektedir. Çalışmalar genel toplumda %30-78 arasında farklı yaşam boyu prevelans dağılımı göstermiştir (31). Batı ülkelerinde bir yıllık gerilim tipi baş ağrısı prevelans oranları kadınlarda %34-86, erkeklerde %28-63 arasında değişmektedir (22,44). Batıda yapılan çalışmalar GTBA sıklığının toplumda epizodik tipte %60'lara kadar çıktığını, hatta aştığını, kronik tipte ise %4'ü aşmadığını göstermektedir (15,45). Son yıllarda yapılan çalışmalar genel olarak baş ağrısı, migren, GTBA prevelansının 10-20 yıl öncesine göre belirgin arttığını göstermektedir (33,45-47).

Migreni olan çocuklarda %70 oranında pozitif aile hikayesinin varlığı bildirilmektedir (48). Baş ağrısında, özellikle de migrende genetik yatkınlığın rolü olduğu iyi bilinmektedir. İkizlerde yapılan çeşitli çalışmalar, aileyle ilgili nedenlerin migren oluşumunda yaklaşık %50 rol oynadığını göstermiştir (49-51).

Migrenin epilepsi, disritmi, major depresyon, bipolar affektif bozukluk, manik episod ve anksiyete bozuklukları ve çocuklarda özellikle atopi ile birlikteliği bilinmektedir (52-57). Tedavileri de üst üste binebilir.

GTBA olan çocuklarda yapılan çalışmalarda psikiyatrik bozuklukların sıklığının oldukça yüksek olduğu gösterilmiştir. Sarıoğlu ve ark. GTBA'lı çocuklarda %62 oranında psikiyatrik sorunların eşlik ettiğini (%40 major depresyon, %30 anksiyete bozukluğu) belirlemişlerdir (52). GTBA'larının depresyonla birlikte

oromandibuler disfonksiyon, boyun ve omuz ağrıları ile de ilişkili olduğunu bildiren çalışmalar vardır (42).

2.3. Baş Ağrısı Sınıflama

Baş ağrısı bazen belirtiler topluluğunun bir parçası olabildiğinden sınıflama ve tanısına sistematik olarak yaklaşmak doğru tanı ve tedavi için önemli bir basamaktır (15). Baş ağrısı bir çok nedeni olabilecek bir belirtidir.

Baş ağrılarının tanımlanmasında zaman içinde bazı güçlükler ortaya çıkmıştır. Tanıya ilişkin tek bir standart ölçütün olmaması epidemiyolojik çalışmaları güçleştirmiş, baş ağrılarının prevalans ve insidanslarıyla ilgili olarak yapılan farklı çalışmalarda farklı sonuçlar elde edilmesine sebep olmuştur (57). Bu nedenle klinik ve temel bilime ilişkin araştırma çalışmalarında kavram bütünlüğünü sağlamak amacıyla çeşitli baş ağrıları sınıflamaları yapılmıştır (5,18,26,58,59).

İlk baş ağrısı sınıflaması 1962 yılında Amerikan Ulusal Sağlık Enstitüsü Ad Hoc Komitesi tarafından yapılmış (58), bu sınıflamanın yetersiz kalması nedeni ile 1988 yılında Uluslararası Baş Ağrısı Derneği (IHS) tarafından baş ağrısı tanısında standart olabilecek ve özellikle klinik çalışmalarda kullanılacak bir sınıflama sistemi (International Classification of Headache Disorders (ICHD)) ve tanı ölçütleri oluşturularak yayınlanmıştır (5). Ancak bu sınıflama da sadece bazı baş ağrılarını tanımlamakta ve yeni tanımlanan baş ağrılarını kapsamakta yetersiz kaldığı için, önceki sınıflamanın ana hatları korunarak gözden geçirilmiş; 2004 yılında ICHD II, 2013 yılında ICHD III klasifikasyonu yayınlanmıştır (11,18). Erişkin hastalar için tanımlanmış bu sınıflama, çocuk hastalar için revize edilerek kullanılabilir.

ICHD kriterleri Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından kabul görmüş ve bu sistemin ana hatları ICD-10'da kullanılmıştır. Bu son sınıflamada (11) baş ağrıları toplam 3 kategoriye ayrılmış ve toplam 14 başlık altında toplanmıştır: A. Pirimer baş ağrısı bozuklukları (1.-4. Kategoriler), B. Sekonder baş ağrısı bozuklukları (5.-12. Kategoriler) ve C. Kranial nevralfiler, santral ve fasiyal ağrılar ve diğer baş ağrıları (13.-14. Kategoriler).

Tablo 2.1. ICHD III'e göre baş ağrılarının sınıflandırılması

1. Migren
 - 1.1 Aurasız migren
 - 1.2 Auralı migren
 - 1.3 Kronik migren
 - 1.4 Migren komplikasyonları
 - 1.5 Olası migren
 - 1.6 Migrenle birlikte olabilecek epizodik sendromlar
2. Gerilim tipi baş ağrısı (GTBA)
3. Trigeminal otonomik baş ağrıları
4. Diğer pirimer baş ağrısı bozuklukları
5. Başa ve/veya boyuna olan travma veya yaralanma nedeni ile olan baş ağrısı
6. Kranial veya servikal vasküler hastalıklara bağlı baş ağrısı
7. Vasküler olmayan intrakraniyal hastalıklara bağlı baş ağrısı
8. Madde kullanımı veya yoksunluğuna bağlı baş ağrısı
9. Enfeksiyona bağlı baş ağrısı
10. Homoestaz bozukluklarına bağlı baş ağrısı
11. Kranium, boyun, gözler, kulaklar, burun, sinüsler, dişler, ağız veya diğer fasiyal veya servikal bölgelere bağlı baş veya yüz ağrısı
12. Psikiyatrik hastalıklara bağlı baş ağrısı
13. Ağrılı kranial nöropatiler ve diğer yüz ağrıları
14. Diğer baş ağrısı bozuklukları

2.3.1. Pirimer Baş Ağrıları

Açıklanabilir bir nedeni olmayan baş ağrılarıdır. En sık görülen baş ağrılarını oluştururlar. Kronik tekrarlayan baş ağrılarının en sık nedenidirler. En sık görülenleri migren ve GTBA'sıdır.

Tablo 2.2. ICHD III'e göre pirimer baş ağrısı sınıflaması

1. Migren
2. Gerilim tipi baş ağrısı (GTBA)
3. Trigeminal otonomik baş ağrıları
4. Diğer pirimer baş ağrısı bozuklukları

2.3.1.1. Migren

2.3.1.1.1. Aurasız Migren Tanı Kriterleri

- A. B-D'ye uyan en az 5 atağın olması
- B. Baş ağrısı ataklarının 4–72 saat sürmesi (tedavisiz veya başarısız tedaviyle) (**Erken çocukluk dönemi için 1-72 saat, 15 yaş üzeri için 4–72 saattir**)
- C. Baş ağrısında aşağıdaki özelliklerden en az ikisi bulunur:
1. Unilateral lokalizasyon (**Çocuklarda tek veya iki taraflı frontotemporal yerleşim olabilir**)
 2. Zonklayıcı nitelik
 3. Orta ya da şiddetli derecede ağrı
 4. Merdiven çıkma ya da benzeri günlük fizik aktiviteler ile ağırlaşma
- D. Ağrı sırasında aşağıdakilerden en az biri bulunur: (Bu durum, çocuğun ifadesi şart olmaksızın, davranışlarından da anlaşılabilir.)
1. Bulantı ve / veya kusma
 2. Fotofobi ve fonofobi
- E. Altta yatan başka bir sebep olmaması

2.3.1.1.2. Auralı Migren Tanı Kriterleri

- A. B-D'ye uyan en az 2 atağın olması
- B. Aura aşağıdaki özelliklerden en az birini kapsar (motor güçsüzlük yoktur):
1. Pozitif (parlayan ışıklar, nokta veya çizgiler gibi) ve/veya negatif (görme kaybı gibi) belirtileri içeren tamamen geriye dönebilen görsel semptomlar
 2. Pozitif (karıncalanma, uyuşma gibi) ve/veya negatif (hissizlik) belirtileri içeren tamamen geriye dönebilen duyuşsal semptomlar

3. Tamamen geriye dönebilen disfazik konuşma bozuklukları

C. Aşağıdakilerden en az ikisi vardır:

1. Homonim görsel semptomlar ve/veya tek taraflı duyuşsal semptomlar

2. En az bir aura semptomunun ≥ 5 dakikada yavaşça gelişmesi ve/veya farklı aura semptomlarının ardışık olarak ≥ 5 dakikada oluşması

3. Her bir semptomun ≥ 5 ve ≤ 60 dakikada sonlanması

D. B-D ölçütlerini tam dolduran aurasız migren baş ağrısının aura esnasında veya aurayı izleyen 60 dakika içerisinde başlaması

E. Altta yatan başka bir sebep bulunamaması

2.3.1.1.3. Migren Klinik Bulguları

Aurasız Migren: Çocuklarda en sık görülen migren tipidir. Migren baş ağrısı olan çocukların %85'inde aurasız migren tanısı konulmaktadır. Aurasız migrende baş ağrısı auralı migrende olduğu gibi herhangi bir fokal nörolojik semptomun arkasından gelmez. Ancak ağrı öncesinde kişiye göre değişen karakteristik ve belirgin prodromal semptomlardan bahsedilir. Bu semptomlar ataktan saatler önce, hatta 1–2 gün önce başlar. Bunlar fiziksel veya mental hipo veya hiperaktivite, depresyon, belirli yiyeceklere karşı istek, devamlı esneme gibi atipik semptomlardır. Aurasız migren hastalarındaki prodromal semptomlar, değişik çalışmalarda çok farklı sıklıklarda (%12–88) bildirilmiştir (60).

Ağrı atakları başlangıçta lokalize edilemez. Tek taraflı ya da bifrontal yerleşim gösteren pulsatil özellikteki ağrı başlangıçta hafiftir. Ağrı 1/2–2 saat içerisinde şiddetlenir ve hastaların 2/3'ünde başın bir tarafına yerleşir (61–63). Diğer hastalar yaygın baş ağrısından yakınıdır. Hemikraniyal veya yaygın da olsa, ağrı başlangıçta frontotemporal ve oküler bölgede daha yoğun olarak hissedilir, daha sonra parietal ve oksipital bölgeye yayılır (61, 62). Rutin günlük fiziksel aktiviteler, ve egzersiz ağrıyı artırdığı için hastalar sakin durmayı tercih etmektedir. Ağrı sırasında bulantı ve/veya kusma, fotofobi ve/veya fonofobi olabilmektedir. Çocukların büyük kısmında ilk 30 dakika içinde kusma olmaktadır; özellikle kız çocuklarda ağrıya baş dönmesi de eşlik etmektedir. Ağrı sırasında çocuklar karanlık bir odayı tercih ederler. Ataklar arasında tamamen normaldirler. En az beş atağın geçirilmesi tanı koydurucudur (64–66). İlişkili semptomlar genellikle şiddetli ağrıyı

izlerler fakat bazen fotofobi ve bulantı ağrı tam olarak şiddetlenmeden de olabilir. Eşlik eden semptomlardan en sık görüleni gastrointestinal yakınmalardır. Fotofobi, fotopsi, ekstremitelerde soğukluk, vertigo, tinnitus, çift görme, ataksi, tremor, solukluk, ağız kuruluğu, aşırı terleme veya üşüme eşlik edebilen diğer semptomlardır (67).

Baş ağrısı sabah uyanırken başlayabileceği gibi stresli bir günün sonunda da başlayabilir. Hafta sonları veya tatildeki ağır ya da uzun bir uyku da atağı provoke edebilir. Ağrının gerilemesi genellikle yavaş olur. Bazı hastalar uyku ile ağrının hafifleyip geçtiğini bildirirken, bazıları da kustuktan sonra rahatladıklarını belirtir (68).

Auralı migren: Beş ile yirmi dakika arasında gelişip 60 dakikadan kısa süren, serebral korteks veya beyin sapının disfonksiyonu ile ilişkilendirilen nörolojik semptomların eşlik ettiği idiopatik, tekrarlayıcı baş ağrısı atakları ile karakterlidir. Aura görsel, duyuşal, motor ve konuşma bozukluğu şeklinde olabilir. Baş ağrısı aura belirtilerinin hemen ardından veya auranın başlamasını izleyen bir saat içinde başlar (17,64,66). Beş dakikadan uzun süren aura döneminde en az bir aura semptomu görülür. Ağrı genellikle 1–72 saat sürer (5). Aurayı izleyen baş ağrısı en az 60 dk devam eder. Auralı migren tanısının konulabilmesi için en az iki atağın geçirilmesi gerekmektedir. Prodromal semptomlar ağrı ve ağrı sonrası aurasız migrenle aynıdır; burada ek olarak ağrıdan önce aura semptomları gözlenir (64). Birden fazla aura semptomu bir arada görülebilir ancak genellikle aynı anda başlamaz, birbirini takip eder. Görsel semptomlar genellikle tek taraflı görülürken, sensoriyel ve motor semptomlar her zaman tek taraflıdır. Ağrı safhası aurasız migrene göre hafif geçer ve daha kısa sürelidir (66).

2.3.1.2. Gerilim Tipi Baş Ağrısı

2.3.1.2.1. Gerilim Tipi Baş Ağrısı Tanı Kriterleri

A. B-D ölçütlerini tam dolduran en az 10 atağın olması. Baş ağrısının sıklığı son 3 ay içerisinde; <1 gün/ay ise epizodik nadir; 1–14 gün/ay ise epizodik sık veya >15gün/ay ve daha sık ise kronik olarak değerlendirilir.

B. Baş ağrısının 30 dk ile yedi gün arasında sonlanması

C. Aşağıdaki ağrı özelliklerinden en az ikisinin olması:

1. İki taraflı yerleşim
2. Basıcı / sıkıştırıcı (pulsatil olmayan) özellik
3. Hafif veya orta şiddette (aktiviteyi kısıtlayabilir ama önlemez)
4. Merdiven çıkarken veya benzer rutin fiziksel aktivite sırasında artmamalı

D. Aşağıdakilerden her ikisi de bulunmalı:

1. Bulantı veya kusma olmamalı (anoreksi olabilir)
2. Fotofobi ve fonofobi yoktur veya en fazla birinin olması ama ikisinin birlikte olmaması

2.3.1.2.2. Gerilim Tipi Baş Ağrısı Klinik Bulguları

Toplumda en sık karşılaşılan baş ağrısı türlerinden birisidir. Çocukluk yaş grubundaki sıklığı %30'lara varmaktadır. Kız/erkek oranı 1,1 ile 1,6 arasında değişmektedir (60, 69). Sıklıkla bilateral; genellikle oksipito-nukkal, temporal, frontal ağırlıklı bir baş ağrısıdır. Ağrı genellikle künt bir ağrı olarak ifade edilmekle birlikte doluluk, gerginlik ya da basınç hissi şeklinde de ifade edilebilmektedir. Başın bir bantla sıkıştırılması veya patlayacakmış gibi hissedildiği şeklinde de tariflenmektedir (70). Hiçbir zaman bulantı ve kusma ile birlikte değildir. Epizodik gerilim tipi baş ağrısı (EGTBA) ve kronik gerilim tipi baş ağrısı (KGTBA) olmak üzere iki grupta incelenir (71).

Kronik gerilim tipi baş ağrısının (KGTBA) toplumda sıklığının az olmasına karşın, doktora başvuran hastaların büyük çoğunluğunu bu grup oluşturur. Yıllarca gerilim tipi baş ağrısının aşırı kas kontraksiyonuna ve bununla ilişkili olarak skalp arterlerinin vazokonstriksiyonuna bağlı olduğu düşünülmüştür (72). Klinik deneyimler, gerilim tipi baş ağrısında, özellikle de kronik formunda psikolojik faktörlerin rol oynadığını göstermektedir. Her ne kadar çoğu gerilim tipi baş ağrısı hastası belirgin depresyonda değilse de, bunlarda migren hastaları ve kontrol grubuna göre daha yüksek depresyon skorları elde edilmiştir (73,74).

Tüm bu gözlemler ve çalışmalar sonucunda epizodik ve kronik gerilim tipi baş ağrılarının iki farklı olay olarak; birincisinin daha çok bir semptom, diğerinin ise hastalık olarak ele alınması görüşleri ön plandadır. Bu görüşe göre, çoğu epizodik gerilim tipi baş ağrısı (EGTBA) miyofasial dokulardan gelen nosiseptif uyanların

artışına bağlı mesleki ya da diğer nedenlerle kas kasılmasının artması sonucu oluşmaktadır. Kronik gerilim tipi baş ağrısının ise önemli ve uzun süreli yapısal santral sinir sistemi değişiklikleri ile daha fazla ilişkili ve psikoafektif faktörlerle daha fazla uyarılabilir olduğu gözlenmiştir (75). Gerilim tip baş ağrısı 2004 yılında ICHD-II tarafından neden olan faktörlere göre subgruplara ayrılmıştır (18).

Baş ağrıları ile ilgili merkezlere daha çok KGTBA hastaları başvurmaktadır (76). KGTBA, sıklığı dışında birçok klinik özelliği ile EGTBA'na benzer. Bu iki tip baş ağrısı klinik özelliklerinden daha çok izlemlerindeki farklılıktan dolayı ayrılmıştır (60). Ayrıca KGTBA'ında daha şiddetli baş ağrısı olmakta, daha fazla eşlik eden semptom görülmekte, ilaç kullanımı daha fazla görülmekte ve günlük olumsuzluklar ve stresten daha az etkilenilmektedir (60). Uluslararası Baş Ağrısı Komitesinin sınıflamasına göre en az üç aylık süre içinde ayda 15 ve daha fazla sayıda baş ağrısı atağının olması gerekmektedir. Fakat genellikle hastalar uzmana başvurdukları dönemde daha uzun zamandan beri baş ağrısı çektiklerinin ifade ederler (76,77). Kadınlar daha sıklıkla etkilenmekte ve kadın/erkek oranı 2/1 şeklinde olmaktadır (78). Ortalama başlangıç yaşı yaşamın ikinci dekadıdır; yaşla birlikte prevalansında azalma görülür (60).

Gerilim tipi baş ağrısı için öncelikle diğer organik nedenlerin ekarte edilmesi gereklidir. Bunun için fizik ve nörolojik muayenede perikraniyal kasların palpasyonu sistematik olarak yapılır ve toplam hassasiyet skorları hesaplanır (79). Toplam hassasiyet skorları EGTBA'ında, migren ve kontrol grubundan yüksek; KGTBA'ından düşük bulunmuştur. Perikraniyal kas hassasiyeti kızlarda ve ilerleyen yaşlarda düşmekte; gerilim tipi baş ağrısının sıklığı ile artmaktadır (79).

Sağlıklı kişiler ve migren hastaları ile karşılaştırıldığında gerilim tipi baş ağrısı olan hastalar daha fazla oranda uyku problemlerinden yakınırlar (80). Yetersiz uyku ve baş ağrısı bu hastalığın tanı ölçütleri arasındadır. Kronik formdaki gerilim tipi baş ağrısında özgül bir diüurnal değişim yoktur ve ağrı tüm günü kaplayabilir. Hastaların çoğunluğu baş ağrısıyla uyanır veya uyandıktan kısa süre sonra ağrıyı hisseder. Aynı şekilde ağrı sıklığında herhangi bir mevsimsel değişim de bildirilmemiştir. Kronik gerilim tipi baş ağrısının fibromiyalji sendromunun bir parçası olabileceği de bildirilmiştir (60). Kronik gerilim tipi baş ağrısı hastalarında perikraniyal kaslardaki gerginlik diğer baş ağrısı türlerine göre daha fazladır. Ağrı

eşğinin de kronik formda, epizodik forma göre daha düşük olduğu bildirilmiştir (81).

2.3.1.3. Trigeminal Otonomik Baş Ağrıları

2.3.1.3.1. Küme Baş Ağrısı

Küme Baş Ağrısı Tanı Kriterleri

A. B-D ölçütlerini dolduran en az 5 atak

B. Tedavisiz 15–180 dk süren şiddetli veya çok şiddetli tek taraflı orbital, supraorbital ve/veya temporal ağrı

C. Aşağıdakilerden en az birinin eşlik ettiği baş ağrısı:

1. Aynı taraflı konjunktival akıntı ve/veya lakrimasyon
2. Aynı taraflı nazal konjesyon ve/veya rinore
3. Aynı taraflı göz kapağı ödemi
4. Aynı taraflı alın ve yüz terlemesi
5. Aynı taraflı miyozis ve/veya ptosis
6. Yerinde duramama veya ajitasyon belirtileri

D. Günde birden sekize kadar olabilen atak sayısı

E. Altta yatan başka bir bozukluğun olmaması

Çok şiddetli ve kesinlikle tek taraflı olarak orbital, supraorbital ve/veya temporal bölgeye lokalize olan ağrı demetler veya kümeler halinde görülür; saat alarmı gibi hemen her gece aynı saatte başlar ve haftalar ve aylarca devam edebilir. Ağrılı dönemleri aylar veya yıllar süren ağrısız iyileşme dönemleri izleyebilir (82). Bu tip ağrı daha çok 12–18 yaş grubunda ve genç erişkinlerde görülür. Olguların yaklaşık %10'u kronik semptomlar gösterir.

2.3.1.3.2. Diğer Trigeminal Otonomik Baş Ağrıları

1. Paroksizmal Hemikraniya
2. Kısa Süreli Tek Taraflı Nevralji Benzeri Baş Ağrısı Atakları
3. Hemikraniya Kontinua
4. Olası Trigeminal Otonomik Baş Ağrısı

2.3.1.4. Diğer Pirimer Baş Ağrıları

1. Pirimer öksürük baş ağrısı
2. Pirimer egzersiz baş ağrısı
3. Seksüel aktivite ile birlikte olan baş ağrısı
4. Pirimer gök gürültüsü şeklinde baş ağrısı
5. Soğuşun tetiklediği baş ağrısı
6. Dış basınç baş ağrısı
7. Pirimer saplanma baş ağrısı
8. Para biçiminde baş ağrısı
9. Hipnik baş ağrısı
10. Yeni günlük süreğen baş ağrısı

2.3.2. İkincil Baş Ağrıları

ICHD III ikinci kısımda yer alan 5-12. kategoriler arasını ikincil baş ağrıları olarak sınıflandırmıştır (Tablo).

Tablo 2.3. ICHD III'e göre ikincil baş ağrılarının sınıflandırılması

5. Başa ve/veya boyna olan travma veya yaralanma nedeni ile olan baş ağrısı
6. Kranial veya servikal vasküler hastalıklara bağlı baş ağrısı
7. Vasküler olmayan intrakraniyal hastalıklara bağlı baş ağrısı
8. Madde kullanımı veya yoksunluğuna bağlı baş ağrısı
9. Enfeksiyona bağlı baş ağrısı
10. Homoestaz bozukluklarına bağlı baş ağrısı
11. Kranium, boyun, gözler, kulaklar, burun, sinüsler, dişler, ağız veya diğer fasiyal veya servikal bölgelere bağlı baş veya yüz ağrısı
12. Psikiyatrik hastalıklara bağlı baş ağrısı

Psikiyatrik hastalıklar ile ilişkili baş ağrısı ikinci bölümde 12. maddede bulunmaktadır.

2.3.2.1. Psikiyatrik Hastalıklar ile İlişkili Baş Ağrısı

Tablo 2.4. ICHD III tanı kriterlerine göre psikiyatrik hastalıklarla ilişkili baş ağrısı sınıflaması

A 12.1 Somatizasyon bozuklukları ile ilişkili baş ağrısı
A 12.1 Psikotik bozukluklar ile ilişkili baş ağrısı
A 12.3 Depresif bozukluklar ile ilişkili baş ağrısı
A 12.4 Bölünme anksiyetesi bozuklukları ile ilişkili baş ağrısı
A 12.5 Panik bozukluklar ile ilişkili baş ağrısı
A 12.6 Spesifik fobi ile ilişkili baş ağrısı
A 12.7 Sosyal anksiyete bozukluğu ile ilişkili (sosyal fobi) baş ağrısı
A 12.8 Yaygın anksiyete bozukluğu ile ilişkili baş ağrısı
A 12.9 Posttravmatik stress bozukluğu ile ilişkili baş ağrısı
A 12.10 Akut stres bozukluğu ile ilişkili baş ağrısı

Baş ağrısı ilk kez, psikiyatrik bir hastalık ile ilişkili olarak ortaya çıkmış ise, sebep sonuç ilişkisi kurulabilir ve sekonder baş ağrıları tanımı içine alınmalıdır. Daha önceden primer baş ağrısı özelliklerine sahip olan baş ağrıları, psikiyatrik bozuklukların varlığında, sıklığında artış oluyor, kronikleşiyor ve daha ciddi bir hal alıyorsa, psikiyatrik hastalıklar ile ilişkili kabul edilmelidir. Aralarında belirgin ilişki kurulmadığı durumlarda, primer baş ağrısı ve psikiyatrik hastalık ayrı değerlendirilmelidir. Psikiyatrik hastalıklar ile ilişkilendirilen baş ağrılarında, tanı kişisel değerlendirme ve öykü ile konulabilir, objektif kriterlerle konulamaz (11).

Psikiyatrik hastalıkların seyrinde, sebep sonuç ilişkisi olmadan baş ağrısı olabilir. Özellikle depresyon (majör depresyon, tek veya yineleyen veya devamlı depresyon) anksiyete bozuklukları (ayrılık anksiyetesi, panik bozukluk, sosyal anksiyete, genel anksiyete bozuklukları), travma ve stres ilişkili bozukluklar (akut stres bozukluğu, posttravmatik stres bozukluğu). Bu durumlarda belirgin ilişki yoksa, primer baş ağrısı ve psikiyatrik bozukluk ayrı değerlendirilmelidir. Epidemiyolojik çalışmalar, baş ağrısı ve psikiyatrik bozuklukların birlikteliğinin, beklenenden daha sık olduğunu göstermektedir. Psikiyatrik bozukluğa neden olan baş ağrısı veya baş

ağrısına neden olan psikiyatrik bozukluğun veya her iki durumun ortak bir nedeni olabilir. Bu konuda daha geniş çalışmalara gereksinim vardır.

Psikiyatrik bozukluğun, migren veya gerilim tipi baş ağrılarının sıklığını ve şiddetini artırdığı durumlarda iki durum arasında ilişki kurulmalıdır. Bu nedenle, psikiyatrik bozukluğun belirlenmesi baş ağrısının tedavisi için önemlidir. Çocuk ve adolesanlarda, pRimer baş ağrılarının genellikle psikiyatrik bozukluklarla birlikteliği bir gerçektir. Uyku bozuklukları, posttravmatik stres bozuklukları, sosyal anksiyete (okul fobisi), dikkat noksanlığı ve hiperaktivite bozukluğu, davranış bozukluğu, öğrenme güçlüğü, enuresis ve enkopresis, tik bozuklukları mutlaka araştırılmalı ve tedavisi yapılarak, baş ağrısı üzerindeki olumsuz etkileri kaldırılmalıdır (11).

Baş ağrısı olan hastalarda eşlik edebilecek depresyon ve anksiyete bozukluklarının araştırılması uygun olur. Baş ağrısı ile ilişkili psikiyatrik bozukluğun belirlendiği durumda, uzman ile görüşmesi sağlanmalıdır (11).

2.3.2.1.1. Somatizasyon Bozuklukları ile İlişkili Baş Ağrısı

Tanı kriterleri

A. B-C kriterleri ile uyumlu baş ağrısı

B. Aşağıdakilerden ikisini karşılayan somatizasyon bozukluğu tanısı olmalı

a. 30 yaş öncesinde başlayan çoklu fizik semptomlar olmalı ve bunlar bilinen bir medikal durum ile tam olarak açıklanamamalı veya ilişkili bir medikal durum varsa, öykü, fizik muayene ve laboratuvar bulguları bekleneni karşılamamalı

b. Hastalığın seyri sırasında aşağıdakilerin hepsi olmalı;

i. En az 4 farklı fonksiyon sırasında veya bölgeden kaynaklanan dört farklı ağrı olmalı (baş, göğüs, sırt, karın, eklem, ekstremiteler, rektumda; menstruasyon, seks veya idrar yaparken)

ii. Ağrı dışında en az iki gastrointestinal semptom bulunmalı (bulantı, şişlik, kusma, diyare, gıda intoleransı)

iii. En az bir seksüel semptom olmalı (yetersizlik, erektil veya ejakulasyon sorunu, düzensiz adet, aşırı adet kanaması, gebelik boyunca aşırı kusmalar)

iv. Ağrı ile ilişkisi olmayan en az bir yalancı nörolojik semptom olmalı (koordinasyon veya balans bozukluğu şeklinde konversiyon, paralizi veya

lokal güçsüzlük, yutma güçlüğü, boğazında yumru hissi, afoni, idrar retansiyonu, hallusunasyon, dokunma ve ağrı duyusunun kaybı, çift görme, körlük, sağırılık, konvulsiyon, amnezi, bilinç kaybı/değişikliği)

C. Aşağıdakilerden en az birisi ile sebep ilişkisinin varlığı

- i. Somatizasyon bozukluğu ile ilişkili somatik semptomlarla artış gösteren baş ağrısı
- ii. Somatizasyon bozuklukları ile ilişkilendirilen, başka somatik bozukluklarla birlikte, devamlı veya yineleyen baş ağrısı
- iii. Somatizasyon bozukluğu ile ilişkili diğer somatik semptomlarla birlikte düzelen baş ağrısı

D. ICHD-3 deki diğer baş ağrısı kriterelerini karşılamaz

2.3.2.1.2. Psikotik Bozukluklarla İlişkili Baş Ağrısı

Tanı kriterleri

A. B-C deki kriterleri karşılayan baş ağrıları

B. Baş ağrısını açıklayacak delusyonların varlığı (uzaylıların kafasına yerleştirdikleri cihaz nedeniyle başının ağrması veya aksi kanıtlara rağmen beyinde tümör olduğunu düşünmesi)

C. Aşağıdakilerden bir veya ikisi ile ilişkinin varlığı

- a. Baş ağrısı delusyon ile birlikte veya sonra başlar
- b. Delusyon kaybolunca baş ağrısı azalır kaybolur

D. ICHD-3 deki diğer baş ağrısı kriterelerini karşılamaz

2.4. Baş Ağrısı Patofizyolojisi

Pirimer baş ağrılarının etyolojisi tam olarak aydınlatılamamıştır. Baş ağrılarının farklı klinik tabloları ve eşlik eden bulguların farklı olması nedeniyle, tek bir mekanizma ile açıklamak mümkün olmamaktadır. Ağrıya duyarlı olduğu bilinen intrakranial (büyük venler, sinüsler, beyin tabanındaki arterler ve bunları çevreleyen dura) ve ekstrakranial yapıların (deri, cilt altı dokular, kaslar, mukozalar, dişler, büyük damarlar) inflamasyonu, kompresyonu, traksiyonu veya bu yapıların kimyasal ajanlar ile etkilenmesi sonucunda baş ağrısının ortaya çıktığı bilinmektedir (83). Yüz

bölgesi, yüze komşu kafa içi yapılar ve kafatasının ön yarısı trigeminal sinir; yüzdeki bazı küçük alanlar ise VII. IX. ve X. kafa çiftleri tarafından innerve edilmektedir. Kafatasının arkası ve boyunun üst kısmı ise üst servikal sinirler tarafından inerve edilir. Beynin kendisi, ependim ve koroid pleksusun büyük kısmı ise ağrıya duyarlı yapılarıdır (31).

Ağrıya duyarlı yapılardan herhangi birinin yukarıda sayılan nedenlerle irritasyonu, yüzde, parietal, temporal, oksipital veya boyun bölgesinde ortaya çıkan ağrıya neden olabilmektedir. Kişinin yaşı, önceki ağrı deneyimleri veya psikolojik durumu bu ağrının algılanmasında oldukça önemlidir. Bu nedenle kişi tarafından ifade edilen ağrının şiddeti, çoğu zaman hastalığın şiddeti ile korele değildir.

Migren ve gerilim tipi baş ağrısı olarak tanımlanan farklı baş ağrısı tablolarının varlığı, bunların patofizyolojilerinin de farklı olduğunu düşündürmekte, GTBA’ında genetik yatkınlığın migrenden daha az olması bunu desteklemektedir (34,84). Ancak “süreklilik (continuum) teorisi”ni savunan bazı yazarlar birincil baş ağrılarını “ortak bir patofizyolojik sürecin farklı klinik şekillerde ifade bulduğu bir yelpaze” olarak kabul etmektedirler (85). Çocuklarla yapılmış iki klinik izlem çalışmasında GTBA ve migrenin zaman içinde birbirlerine dönüşebildiği görülmüştür (86,87). Bunun bir dönüşüm mü, yoksa tedavi sonucu migrenöz özelliklerini yitiren baş ağrısı mı olduğu tartışmalıdır.

Günümüzde patofizyolojisi üzerine çok çeşitli kuramlar geliştirilmiş olmasına rağmen, migrenin patofizyolojisi hala tam olarak aydınlatılabilmemiş değildir. Genellikle auralı migren üzerinde çalışılmış ve değişik teoriler ileri sürülmüştür. En güncel görüşler migren baş ağrısının, tek taraflı olması ve ağrıya duyarlı yapıların ağırlıklı olarak trigeminal sinir trasesinde bulunmaları nedeniyle, trigeminovasküler sistemin (TVS) uyarılması sonucu ortaya çıktığı şeklindedir. Diğer taraftan klinik takiplerde belirlendiği üzere; genetik yatkınlığın varlığı, uyku, beslenme, stres bozuklukları ve hormonal değişiklikler ile tetikleniyor olması TVS’deki duyarlılığın önemini ortaya çıkarmaktadır. Genetik ve çevresel faktörler ile duyarlanmış olan hastalarda; parlak ışıklar, yüksek ses, bazı kokular, gıdalar, açlık, uyku bozukluğu, hormonal değişiklikler, kafa travması, nitrikoksit, geçici tromboembolik olaylar, serebral kanamalar sonucunda; korteks, serebellum, bazal ganglionlar, talamus ve hipokampusda, nöron ve gila hücrelerinin depolarizasyonu olur ve bu sırada bölgesel

vasodilatasyon, takip eden süpresyon sırasında vasokonstrüksiyon olur ve olay arkadan öne doğru yayılmaktadır, bu olaya kortikal depresyonun yayılması (KSD) (cortical spreading depression; KSD) denilmektedir. KSD sırasında kan beyin bariyerinin bozulması sonucu trigeminal sinir nosiseptörleri uyarılmakta, uçlardan calstonin gene related peptid (CGRP) salınmaktadır. CGRP vasodilatatör etkili olup, bölgesel vasodilatasyon sonucu endotel hücreleri arasındaki bağların açılması ile plazma proteinleri damar dışına çıkar, mast hücrelerinden histamin, serotonin, prostoglandin salınır ve steril nörojenik inflamasyon olur. Bu inflamasyonun trigeminal sinir uçlarındaki uyarıcı etkisi trigeminal nukleus kaudalise iletilir (periferik duyarlanma), bu dönemde vasokonstrüktör etkili triptanlar etkili olur; buraya gelen ağrı uyarıları talamus ve duyuusal kortekse iletilir (santral duyarlanma), bu safhada triptanların tedavi edici etkisi yoktur, nonsteroid antiinflamatuvar ilaçların ve dihidroergotamin yararı olabilir (88,89).

2.5. Baş Ağrısı Olan Çocuğun Değerlendirilmesi

Baş ağrısı olan bir çocuğun değerlendirmesi, detaylı öykü alınması ve tam bir fiziksel ve nörolojik muayene yapılması ile başlar ve genellikle de bu aşamada biter. Baş ağrısının olası ikincil nedenleri olan tümör, enfeksiyon, zehirlenme, hidrosefali gibi durumların ip uçları bu sistematik öykü ve muayene ile kolayca açığa çıkarılabilir. Yardımcı tanısal testlerin gerekliliğine de, bu temel değerlendirme sonucu ortaya çıkan kaygılar ışığında karar verilir.

2.5.1. Öykü

Çocuk nörolojisinin tüm konularında öykü, tanı koyulmasındaki temel noktadır. Baş ağrısı olan 150 çocuğun katılımı ile yapılan bir çalışmada, sadece öykü ile doğru tanı koyma oranı %100 olarak bulunmuştur (90). Öykü mümkünse öncelikle hastanın kendisinden alınmalıdır. Doğum ve gelişim öyküsü, okul başarısı gibi genel bilgiler ise aileden alınarak gerekirse çocuğun verdiği öyküyü düzeltme, yorum yapma imkanı aileye tanınmalıdır.

Öykü hem ikincil nedenleri dışlamada, hem de olası birincil baş ağrısı bozukluğunun tipini ayırt etmede anahtar rol oynar. Bu amaçla Rothner tarafından

geliştirilen “Baş ağrısı veri tabanı”, uygun ayırıcı tanıya, çoğu zaman da özgül tanıya ulaşılmasını sağlayan, çocuğun ya da ailenin rahatlıkla cevaplayabileceği doğrudan soruları içerir (Tablo2.5).

Öyküde özellikle ağrının başlangıç yaşı, başlangıç şekli, derin ya da yüzeysel oluşu, sıklığı ve süresi, varsa auranın yerleşimi, tek taraflı veya iki taraflı oluşu, lokalize kalması ya da yayılımı doğru tanı için çok önemlidir (91). Bunun dışında baş ağrısına yol açan tetikleyici etmenlerin (stres, açlık, yolculuk, yorgunluk, menstrüel döngü, uykusuzluk, soğuk, sıcak, alkol, mayalı yiyeceklerin yenilip içilmesi gibi) varlığı, prodromal ya da öncül semptomların bulunup bulunmadığı, ağrının ortaya çıkış zamanı, uykudan uyandırma özelliğinin olup olmaması, baş ağrısına eşlik eden semptomların varlığı (bulantı, kusma ışık, gürültü ve kokulardan etkilenme, iştahsızlık ya da aşırı yeme isteği, fokal nörolojik belirtiler gibi) ağrının şiddeti, ağrıyı arttıran etmenler, tedaviye cevap verip vermediği, önceden aldığı tedaviler ve dozları, uygulama düzeni araştırılmalıdır. Geçirdiği ve halen devam eden hastalıkları, operasyon, travma, alerji, ateşli hastalık, taşıt tutması, ailesinde benzer yakınmaların bulunup bulunmadığı, meslek, kişilik özellikleri, alışkanlıkları da mutlaka göz önünde bulundurulmalıdır (91).

Ağrının zaman örüntüsünün anlaşılması önemlidir, her bir seyir şeklinin özgül ayırıcı tanıları vardır. Sıklık ve sürenin sorgulanması baş ağrısı atağının karakteristik şeklinin tanımlanmasını sağlar. Örneğın haftada bir olan, 4 saat süren ağrı migren/ ya da GTBA’yı düşündürürken, gün içinde birden çok olan, 5-15 dk süren kısa ataklar trigeminal otonomik baş ağrılarını (küme baş ağrısı, paroksizmal hemikrani) ya da birincil batıcı baş ağrılarını akla getirir.

Tablo 2.5. Baş ağrısı veri tabanı (92)

<ol style="list-style-type: none">1. Baş ağrı(ları)n ne zaman ve nasıl başladı?2. Baş ağrının seyri nasıl: ani ilk baş ağrısı, baş ağrısı atakları, günlük baş ağrısı, gittikçe kötüleşen baş ağrısı, bunların karışımı?3. Baş ağrıların ne sıklıkta oluyor, ne kadar sürüyor?4. Baş ağrın tek tip mi, birden fazla tipte mi oluyor?5. Başının ağrıyacağını anlayabiliyor musun, uyarıcı işaretler var mı?6. Başının neresi ağrıyor ve bu nasıl bir ağrı: zonklayıcı, sıkıştırıcı, bıçak saplanır gibi, ya da diğer?7. Baş ağrısına eşlik eden başka belirtiler var mı: bulantı, kusma, sersemlik hissi, güçsüzlük, hissizlik, diğer?8. Baş ağrını arttıran, azaltan şeyler var mı?9. Başın ağrıdığında ne yapıyorsun, aktivitelerin engelleniyor mu?10. Baş ağrılarını başlatan belirli bir şey var mı?11. Baş ağrıların yokken de olan başka yakınmaların var mı?12. Baş ağrın ya da başka bir nedenle ilaç kullanıyor musun?13. Bilinen herhangi bir hastalığın var mı?14. Ailende baş ağrısı olan başka birileri var mı?15. Baş ağrılarına neyin sebep olabileceğini düşünüyorsun?
--

2.5.2. Fizik Muayene

Pirimer baş ağrıları olan olguların çoğunda fizik ve nörolojik muayene normaldir. Ancak belli bir nedenin ortaya konulması için fizik ve nörolojik muayenenin tam yapılması gerekmektedir.

Genel fizik muayene, kan basıncı ve vücut ısısı dahil vital bulguların ölçülmesini içermelidir. Sinüslerde hassasiyet, guatr vb. açısından baş ve boyun dikkatlice palpe edilmeli, ense sertliği mutlaka değerlendirilmelidir. Büyük çocuklarda bile baş çevresi mutlaka ölçülmelidir, kafa içi basıncındaki yavaş ve ilerleyici artışlarda makrosefali olabilir. Nörofibromatozis, tüberoskleroz gibi kafa içi

tümörlerle birliktelik gösterebilecek nörokutanöz sendromların bulguları açısından deri incelenmelidir.

Detaylı nörolojik muayene, değerlendirmenin vazgeçilmez bir parçasıdır. Bilinç durumu (serebral korteks), kafa çiftleri (beyin sapı fonksiyonları ve bütünlüğü), hareket ve duyu sistemleri (inen ve çıkan yollar), koordinasyon (serebellar ve vestibüler yollar) ve yürüyüş (bir çok sistem bir arada) sırasıyla değerlendirilir. Göz hareketleri ve fundus mutlaka incelenmelidir. Hiçbir muayene bulgusu olmayan bir hastada papiller ya da peripapiller bir hemorajinin varlığı ve staz görünümü tanı koydurucu olabilir. Ense sertliği dikkatle değerlendirilmelidir. Hastanın semptomlarının taraf belirtmesi veya muayenesinde, şüpheli bile olsa, nörolojik bulguların bulunması durumunda hemen ileri incelemenin yapılması gerekmektedir. Aksi takdirde akut gelişimli bir serebrovasküler olay veya hipertansif bir atak gözden kaçabilir (93). Beyin tümörü olan 3000 çocuğun değerlendirildiği bir çalışmada, hastaların 2/3'ünde başlangıç belirtinin baş ağrısı olduğu, ancak baş ağrısı olup beyin tümörü saptanan çocukların %98'inde başvuruda objektif patolojik nörolojik bulguların mevcut olduğu saptanmıştır (94). Baş ağrısı değerlendirmesinde uyarıcı olabilecek öykü ve muayene bulguları tabloda özetlenmiştir.

Tablo 2.6. Baş Ağrısı Değerlendirmesinde Uyarıcı Bulgular (95)

ÖYKÜ	FİZİK MUAYENE
<ul style="list-style-type: none">• Yaş < 3• Sabah/ gece baş ağrıları• Sabah/ gece kusmaları• Valsalva ile artan baş ağrısı• Ani başlayan baş ağrısı• Gittikçe kötüleşen baş ağrısı• Bilinç değişikliği• Nöbet öyküsü	<ul style="list-style-type: none">• Hipertansiyon• Baş çevresi > %95• Nörokutanöz işaretler• Meninks irritasyon bulguları• Papilödem• Anormal göz hareketleri• Motor asimetri• Ataksi• Yürüyüş bozuklukları• Anormal derin tendon refleksleri

2.5.3. Tanısal Testler

Detaylı öykü ve muayene sonucunda, hekim bir ayırıcı tanı üzerinde yoğunlaşır ve her hasta özelinde ileri bir tanısal test gerekliliğine kaygıları doğrultusunda karar verir. Amerikan Nöroloji Akademisi çocukluk çağı tekrarlayan baş ağrılarının ayırıcı tanısında, tam kan sayımı, biyokimyasal incelemeler gibi laboratuvar çalışmaları ya da lomber ponksiyonun rutin olarak yapılmasını önermemektedir (96). Bu tetkikler, gerektiğinde, sekonder baş ağrılarının dışlanması amacıyla yapılmalıdır.

Elektroensefalografi (EEG), başı ağrıyan çocuğun değerlendirmesinde rutin olarak önerilmemektedir. Migrenli hastalarda özelliği olmayan EEG bozukluklarının olduğu bilinmekle birlikte, baş ağrısı etyolojisini saptamada ya da migreni diğer baş ağrısı tiplerinden ayırmada bir yeri yoktur (97). Epilepsi nöbetlerine baş ağrısı eşlik edebileceğinden, bilinç kaybı, bilinç değişikliği ve/veya anormal hareketlerin eşlik ettiği hastalarda nöbetlerin dışlanması amacıyla EEG çekilebilir. Aysun ve ark. baş ağrısı olan çocukların %10'unda, şüphe üzerine çekilen EEG de patolojik bulguların varlığı ile epilepsi tanısı koyduklarını belirtmişlerdir (7). Auralı migren hastaları için epilepsi nöbetlerinin dışlanmasında EEG'nin yararlı olduğu bildirilmektedir (98).

Yedi yaşından küçük olup başı ağrıyan her çocuğun kafa görüntülemesinin yapılması çocuk nörolojisi pratiğinde kabul görmüş bir öneri iken, son yıllarda bu sınır 3 yaş altı olarak bildirilmektedir (46). Ancak bazı durumlarda yoğun aile kaygısı ya da hekimin nadir bazı nedenleri dışlamak istemesi nedeni ile görüntüleme yapılabilir. Bu konu ile ilgili çalışmalar sonucunda;

1. Tekrarlayan baş ağrısı olup, nörolojik muayenesi normal olan çocuklara rutin görüntüleme yapılması gerekmemektedir

2. Öyküsünde aşağıdaki özellikleri taşıyan her çocuğun kafa görüntülemesi yapılmalıdır.

- a. Yeni başlangıçlı şiddetli baş ağrısı
- b. Baş ağrısı tipinde değişiklik
- c. Nörolojik disfonksiyon

3. Baş ağrısına eşlik eden anormal nörolojik muayene bulgusu ve/veya nöbet öyküsü varsa

- a. Fokal bulgular

- b. Kafa içi basınç artışı (KİBAS) belirtileri
- c. Bilinç değişiklikleri, vb.

Bilgisayarlı beyin tomografisi (BBT) ve manyetik rezonans görüntüleme (MRG) dışındaki konvansiyonel görüntüleme yöntemlerinin yeri yoktur.

Günümüzde üretilen son jenerasyon tomografi cihazlarıyla çok hızlı ve eskilere göre çok daha az radyasyon vererek, konvansiyonel incelemenin yanısıra üç boyutlu (3D) görüntüleme, BBT anjiyografi, gerçek zamanlı görüntüleme yaparak, intrakranial akut kanamanın yerini, genişliğini saptamak mümkün olmaktadır (99,100).

MRG iyonizan radyasyon riskinin olmaması, beyin parankimini daha iyi göstermesi, gri ve beyaz cevher ayırımını yapabilmesi, posterior fossayı görüntüleme olanağı vermesi nedeniyle üstünlüğü vardır (101-103).

2.6. Baş Ağrılarının Tedavisi

Baş ağrısı yaşam kalitesini bozan, iş gücü kaybına ve okul başarısını olumsuz etkileyen bir durumdur. Tedavilerinin özelliği nedeniyle sekonder baş ağrılarının (11) tanınması gerekir. Öykü, fizik ve nörolojik muayene ve gerekli tetkiklerle primer baş ağrısı tanısı koyan hekim bu tanıyı çocuk ve aile ile paylaşmalı, intrakranial önemli bir hastalığın olmadığını anlatarak rahatlatmalı; genetik ve çevre faktörlerinin rolü hatırlatılmalıdır. Pirimer baş ağrılarında ilaç tedavisinin son seçenek olduğu, migren ile başetmeyi öğrenmenin gerektiği belirtilmelidir. Çocuklarda arasıra olan kısa süreli ve hafif ağrılar sık görülür ve genellikle özel bir tedavi gerektirmez. Bu nedenle öncelikle tarif edilen ağrılar ne derece sorun olduğunu belirlemek gerekir. Bu amaçla erişkinlerde yaygın olarak kullanılan MIDAS (Migraine Disability Assessment Score)'a benzer şekilde pediatrik MIDAS (PedMIDAS) formunun hasta veya ailesi tarafından doldurulması teşvik edilmelidir (104). PedMIDAS hastanın tedavisinin takibinde de yararlı olmaktadır. Tedavi orta/ şiddetli derecede, tekrarlayan ve yaşam kalitesini bozan durumlarda planlanmalıdır (105).

Sık ve şiddetli ağrıları nedeni ile getirilen çocukların bir kısmında, hastaya ve ailesine ağrıya neden olabilecek, tümör, kist, damar tıkanması gibi ciddi veya cerrahi tedavi gerektirecek bir nedenin bulunmadığının açıklanması bile baş ağrılarının

sıklığında ve şiddetinde düzelmeye neden olabilmektedir. Çocuklar doktorundan şu 3 soruya cevap vermesini isterler: 1. Baş ağrılarının nedeni nedir? 2. Daha iyi olması için ne yapmak gereklidir? 3. Hayatını tehdit eden bir hastalığı var mıdır? (106). Bunun dışında sadece ağrıyı tetikleyen faktörleri ortadan kaldırmak ağrılarının sıklığını ve şiddetini önemli oranda azaltır. Bu konuyla ilgili çalışmalarda uyku ve yemek düzeninin bozuk olması, uygunsuz ve aşırı ağrı kesici ilaç kullanımı, stres, aşırı yorgunluk monosodyum glutamat, nitrit, nitrat, tiramin içeren gıdalar, fazla miktarda kafein, çikolata alınması, vazodilatör, bronkodilatör, kontraseptif ilaçlar ve obesitenin tetikleyici rol oynadığı bildirilmiştir (107,108). Ağrıyı tetikleyen nedenin bulunması amacıyla hastanın bir süre, baş ağrısı güncesi ile izlenmesi önerilmektedir (Ek-1). Hastanın ve ailesinin özenle üzerinde duracakları baş ağrısı güncesi ile bir aylık bir takip genellikle tetikleyen sebep veya sebepler konusunda bilgi verecektir (109,110).

2.6.1. İlaç Dışı Tedaviler

Baş ağrısını tetikleyen faktörlerden kaçınılması ve düzenli beslenme, uyku, egzersiz gibi yaşam biçimi değişikliklerinin çoğu çocuğun baş ağrısını geçirmede yeterli olacağı bilinmektedir. Bunun yanısıra çeşitli gevşeme ve bilişsel davranış tedavilerinin (Tablo) çocuklarda baş ağrılarını azaltmada etkin olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (111,112). Bu yöntemler tek başına ya da ilaçlarla birlikte uygulanabilmektedir. Bahsi edilen Biyo-davranışsal Program tabloda özetlenmiştir (95).

Tablo 2.7. Baş ağrısı tedavisinde Biyo-davranışsal Program

1. İyi uyku hijyeni
2. Düzenli egzersiz (30 dk/gün)
3. Düzenli yemek öğünleri
4. Kafeinli içeceklerden kaçınılması
5. Bazı gıdaların diyetten çıkarılması
6. Baş ağrısı tetikleyicilerinin saptanması
7. Biyo-davranışsal
a. Biyolojik geri-besleme (biofeedback)
i. Elektromiyografik biyo-geri-besleme
ii. Elektroensefalografi
iii. Termal el ısıtma
iv. Galvanik deri rezistans geri-beslemesi
b. Gevşeme terapisi
i. İlerleyici kas gevşetme
ii. Otojenik egzersiz
iii. Meditasyon (pasif gevşeme, self-hipnoz)
c. Bilişsel terapi/ stres yönetimi
i. Bilişsel kontrol
ii. Rehberli betimleme (guided imagery)
8. Tamamlayıcı ve alternatif
a. Şifalı bitkiler (ginkgo, krizantem, kediotu kökü, vb.)
b. Mineraller (magnezyum)
c. Vitamimler (riboflavin)
d. Akupunktur, masaj, aroma terapi

2.6.2. İlaç Tedavileri

Çocukluk çağı baş ağrılarında ilaç uygulamaları ile ilgili az sayıda çalışma mevcuttur. Akut tedavi, başlayan ağrının kısa sürede sonlanmasını amaçlar. Çocuklarda akut atak tedavisini her hastaya göre düzenlemek en uygun yaklaşımdır.

Işık ve gürültüden uzak durmak amacıyla karanlık ve sessiz bir ortama çekilmenin yararlı olduğu hastalar tarafından bildirilmektedir (107). Hafif veya orta şiddette olan, daha önceki ağrılarına benzer şekilde kısa süreceği bilinen, uyumakla düzelebilen ağrılarda ağrının hemen başında analjezik önerilmemelidir. Deneyimlerine göre şiddetli ağrıları olan hastalarda, ağrının başlayacağını hissettikleri öncü belirtilerin olduğu dönemlerde alacakları parasetamol veya nonsteroid antiinflamatuvar ilaçların yararlı olduğu bildirilmiştir. Şiddetli ağrısı olanlarda ağrı başladıktan sonra ağrıyla mücadele zorlaşmakta, bu durumlarda nonsteroid antiinflamatuvar ilaçların, 12 yaşın üzerinde olan çocuklarda, triptanların yararlı olduğu bilinmektedir (97).

Hastanın baş ağrısı atakları sık oluyor, uzun sürüyor ve günlük aktivitelerine engel oluyorsa, akut tedaviden yeterince fayda görmüyorsa koruyucu tedavi düşünülebilir. Çocuklarda koruyucu ilaç tedavileri daha çok migren üzerine yoğunlaşmış olmakla birlikte mevcut veriler yetersizdir. Pratikte kullanılan ilaçlar ve dozları Tablo'da gösterilmiştir. Migren koruyucu tedavisinde kontrendikasyon yoksa propranolol ilk tercih olmakla birlikte, amitriptilin, siproheptadin de kullanılabilir. Migrene eşlik eden GTBA varsa amitriptilin ilk tercih olabilir. Profilaktik ilaç tedavisine 4 ay-1 yıl süreyle devam etmek gerekebilir. Epilepsi nöbetleri varsa antikonvülzanlar; ruhsal sorunlar eşlik ediyorsa Çocuk Ruh Sağlığı Uzmanı ile ortak karar verilerek antidepresanlar ilk tercih olabilir.

Tablo 2.8. Çocukluk Çağı Baş Ağrıları Tedavisinde Kullanılan İlaçlar (115)

	İlaç	Doz
Akut tedavi	Asetaminofen	15 mg/kg
	İbuprofen	10 mg/kg
	Sumatriptan nazal sprey	20-39 kg için 10 mg 40 kg üzeri 20 mg
Koruyucu tedavi	Amitriptilin	1 mg/kg/gün (en fazla 75 mg)
	Propranolol	1-4 mg/kg/gün
	Valproik asit	20-40 mg/kg/gün
	Topiramet	2-3 mg/kg/gün (en fazla 200 mg)
	Siproheptadin	0,25-1,5 mg/kg/gün (en fazla 12 mg/kg/gün)

2.7. Baş Ağrısında Psikiyatrik Komorbidite

Baş ağrısının psikiyatrik nedenini destekleyen çok sınırlı kanıt olmakla birlikte baş ağrısı ile psikiyatrik bozukluklar çeşitli psikolojik etmenlerle ilişkilendirilmiştir. Psikolojik ve psikiyatrik faktörlerin baş ağrısıyla ilişkisi 3 şekilde sınıflandırılabilir: psikolojik etmenler baş ağrısına yatkınlık yaratıyor olabilir, psikolojik etmenler baş ağrısı atağını tetikliyor olabilir, bir atağın süresini ve şiddetini artırıyor olabilir ve baş ağrısının kendisi bir psikiyatrik bozukluğun görünümü olabilmektedir (11).

Major depresif bozukluk, panik bozukluk, distimik bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu, somatoform bozukluklar ve uyum bozukluklarını kapsayan birçok psikiyatrik bozukluk ile birlikte baş ağrısı görüldüğü bildirilmektedir (11). Uluslararası Baş Ağrısı Bozuklukları Sınıflaması'nda (1988) gerilim tipi baş ağrısının ruhsal hastalık ya da faktörlere bağlı olarak ortaya çıkabileceği belirtilmiş, psikiyatrik bozukluklardaki baş ağrısı sınıflamada yer almamıştır. Ancak 2004 yılında yayımlanan ikinci Uluslararası Baş Ağrısı Bozuklukları Sınıflaması'nda psikiyatrik bozukluğa bağlanan baş ağrısı, sekonder baş ağrıları başlığı altında sınıflamaya eklenmiştir. Bu alanda çok az araştırma olması nedeniyle bu bölümün kısa kaldığı belirtilmektedir. Bu sınıflamada semptomatik olarak baş ağrısı ile kendisini gösterebilen somatizasyon bozukluğu ve psikotik bozukluğa bağlı baş ağrısı kriterleri sınıflamaya eklenmiştir. Ancak baş ağrısıyla psikiyatrik bozukluklar arasındaki ilişkiye yönelik araştırmaları artırmak ve geçerliliğinin sınanması için major depresif bozukluğa, panik bozukluğa, yaygın anksiyete bozukluğuna, farklılaşmamış somatoform bozukluğa, sosyal fobiye, ayrılık anksiyetesi bozukluğuna ve travma sonrası stres bozukluğuna bağlanan baş ağrısı kriterleri ek kısmında tanımlanmıştır. 2013 yılında yayımlanan Uluslararası Baş Ağrısı Sınıflaması'nda psikiyatrik bozukluklar ile ilişkili baş ağrısı sınıflaması ek bölümde 'farklılaşmamış somatoform bozukluğa bağlı baş ağrısı' kriteri çıkarılarak, spesifik fobi ve akut stres bozukluğuna bağlı baş ağrısı kriterleri sınıflamaya eklenmiştir. (Tablo). Madde bağımlılığı, kötü kullanım veya kesilme sonrası oluşan baş ağrısı, akut intoksikasyona bağlanan baş ağrısı ve ilaç aşırı kullanımına bağlı baş ağrıları bu grupta sınıflanmamaktadır.

Tablo 2.9. Uluslararası Baş Ağrısı Bozuklukları Sınıflamasında (2013) yer alan (ICHD) Psikiyatrik Bozukluklara Bağlı Gelişen Baş Ağrıları (11)

<p>B. Sekonder Baş Ağrıları</p> <p>12. Psikiyatrik Bozukluklara Bağlı Gelişen Baş Ağrısı</p> <p>12.1. Somatizasyon bozukluğuna bağlanan baş ağrısı</p> <p>12.2. Psikiyatrik bozukluğa bağlanan baş ağrısı</p> <p>Ek bölümde yer alan tanımlamalar</p> <p>12.3. Depresif bozukluğa bağlanan baş ağrısı</p> <p>12.4. Ayrılık anksiyetesi bozukluğuna bağlanan baş ağrısı</p> <p>12.5. Panik bozukluğa bağlanan baş ağrısı</p> <p>12.6. Spesifik fobiye bağlanan baş ağrısı</p> <p>12.7. Sosyal anksiyete bozukluğuna (sosyal fobiy) bağlanan baş ağrısı</p> <p>12.8. Yaygın anksiyete bozukluğuna bağlanan baş ağrısı</p> <p>12.9. Travma sonrası stres bozukluğuna bağlanan baş ağrısı</p> <p>12.10. Akut stres bozukluğuna bağlanan baş ağrısı</p>
--

Baş ağrısının başlangıcı, psikiyatrik bir bozukluk ile yakın zamansal ilişki içerisinde olduğunda psikiyatrik bozukluğa bağlanan ikincil baş ağrısı olarak adlandırılmaktadır. Baş ağrısı pirimer baş ağrılarında birinin özelliğini taşıyor olsa bile bu adlandırma geçerli olmaktadır (11,18). Psikiyatrik hastalıklara bağlanan baş ağrısı tanısı yalnızca psikiyatrik bozukluğun kendiliğinden düzelmesi ya da tedaviden sonra iyileşmesinin ardından ağrının azalması veya kaybolması ile kesinleşmektedir. Bu durum gerçekleşmemişse olası psikiyatrik hastalığa bağlanan baş ağrısı tanısı konmaktadır (11,18).

Psikiyatrik bozukluğa bağlanan baş ağrısı tanı ölçüleri:

- A. Bilinen tipik özellikleri olmayan, C-E ölçütlerini karşılayan baş ağrısı
- B. DSM-IV tanı ölçütlerini karşılayan psikiyatrik bozukluk varlığı
- C. Baş ağrısı, sadece psikiyatrik bozukluk varlığı sırada ortaya çıkar.
- D. Sanrılar kaybolunca baş ağrısı geçer
- E. Baş ağrısı, başka bir nedene bağlanamaz.

Birinci eksen psikiyatrik hastalıklar genellikle ağrı ile ilişkili olarak sınıflandırmalarda yer almaktadır; ikinci ekseninde yer alan psikiyatrik hastalıkların baş ağrısı ile ilişkisi daha az incelenmiştir ancak baş ağrısı tedavisini belirgin şekilde zorlaştırdığı düşünülmektedir (116). Acil servise müracaat eden borderline kişilik bozukluğu vakalarında yapılan araştırmada, genel popülasyondan belirgin olarak farklı bir şekilde vakaların %60'ın da ciddi baş ağrısı yakınması bulunmuştur (117).

Çok sayıda epidemiyolojik çalışma ve toplum çalışmasında reküren baş ağrısı hastalarında genel popülasyona kıyasla psikiyatrik bozuklukların (depresyon ve anksiyete gibi) daha sık görüldüğü ve psikopatoloji görülme oranının arttığı ve klinik popülasyonlarda, olduğundan fazla temsil edildiği gösterilmiştir (116). Psikolojik semptomlarında artma olan hastaların tıbbi yardım arama eğiliminin daha yüksek olduğunu gösteren yayınlar da bulunmaktadır. Psikiyatrik komorbidite sıklıkla baş ağrısı tedavisini zorlaştırmaktadır ve baş ağrısı tedavisi için daha kötü bir prognoza işaret etmektedir (117).

Baş ağrılarının önemli bir bölümü migren ve gerilim tipi baş ağrısı özelliğinde olan süreğen (kronik) ağrılardır (32). Kronik ağrı hastanın ruhsal sağlığı ve sosyal yaşamına zarar verebilir. Ağrı uzun sürdükçe hastanın gerginliği ve çökkünlüğü artar, sosyal yaşamdan uzaklaşarak bedensel uğraşları artmaktadır (118). Kronik baş ağrıları kişiyi, yaşamının önemli bir bölümünde hem ağrı özelliği ile hem de ağrının dolaylı ve dolaysız sonuçları ile etkileyebilmektedir (32).

GEREÇ VE YÖNTEM

Çocukluk çağında pirimer baş ağrısına eşlik eden psikiyatrik semptomatolojinin sıklığı ve tedavilerinin değerlendirilmesi adlı araştırma için Kırıkkale Üniversitesi İlaç Dışı Klinik Araştırmaları Etik Kurulu'ndan 11.03.2013 tarih 06/04 sayısı ile onay alınmıştır.

3.1. Hasta Seçimi

3.1.1. Araştırmanın Yeri

Araştırma Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi (KÜTF) Çocuk Nöroloji Polikliniği'nde yapılmıştır.

3.1.2. Araştırmanın Zamanı

Araştırma verileri 15.12.2012-15.12.2013 tarihleri arasında toplanmıştır.

3.1.3. Araştırmanın Evreni

KÜTF Çocuk Nöroloji Polikliniği'ne baş ağrısı yakınması ile başvuran tüm hastalar içinde araştırmaya alınma ölçütlerini karşılayanlar araştırmaya alınmıştır.

Araştırmaya alınma ölçütleri:

Baş ağrısı nedeni ile Çocuk Nöroloji Poliklini'ne başvuran ve pirimer baş ağrısı tanısı alan, çalışmaya katılmaya onay vermiş 7-17 yaş aralığında çocuk ve ergenler çalışmaya alınmıştır. 7 yaş altı çocuklar, 17 yaş üstü ergenler, bilinen başka bir hastalığı olanlar, sekonder baş ağrısı olanlar, ciddi psikiyatrik sorunları olan ve tedavi görenler çalışmaya dahil edilmemiştir. Çalışma aşamalarına katılmayı kabul etmeyenler ve takipleri aksatanlar çalışmadan çıkarılmıştır.

Araştırma süresince KÜTF Çocuk Nöroloji Polikliniği'ne baş ağrısı yakınması ile başvuran çalışma kriterlerine uyan 133 hasta çalışmaya alınmıştır.

Hastalara ve ailelerine çalışma ayrıntılarıyla anlatılmış ve araştırmayı kabul eden 133 hastanın ailelerinden aydınlatılmış onam formu alınmıştır.

Son bir ay içerisinde en az bir kez baş ağrısı yakınması olan; öykü, fizik muayene; gerek görülürse görüntüleme yöntemleri ve elektroensefalografi incelemesi sonucunda, pirimer baş ağrısı tanısı konulan ve okuma yazması olan çocuklara ‘Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği’, ‘STAI Durumluk Kaygı Ölçeği’, ‘STAI Sürekli Kaygı Ölçeği’, ‘Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği’, ‘Coopersmith Özsaygı Ölçeği’ poliklinik şartlarında uygun bir odada doldurtuldu. Hastalar bir ay süreyle, baş ağrısı özelliklerini belirlemek üzere baş ağrısı güncesi ile izlendi. Test sonuçları ve güncesi değerlendirilen hastanın; pirimer baş ağrısı tipinin tanısı konulmuş oldu. Psikiyatrik sorun belirlenenler çocuk psikiyatri bölümü ile konsülte edilerek, durumuna uygun tedavi planlandı.

Psikiyatrik sorunu olmayan ancak baş ağrısını başlatan bir neden bulunanlara, önerilerde bulunuldu; neden bulunamayan, ancak yaşam kalitesini olumsuz derecede etkilediğine karar verilenlere profilaktik ilaç tedavisi başlandı (hastanın yaşına ve klinik durumuna göre amitriptilin veya valproik asit). Tüm hastalar 4 ay sonra yeniden değerlendirildi, daha önce verilen ölçekler yeniden verilerek yapılan tedavilerin sonuçları karşılaştırıldı. Çalışmada kontrol grubu kullanılmadı.

3.2. Veri Toplama Araçları

3.2.1. Sosyodemografik ve Baş Ağrısı Öykü Formu

Hastaların telefon, iletişim bilgileri, yaş, cinsiyet, anne ve baba yaşı, eğitim düzeyleri, anne baba arasında akrabalık, hastaların doğum öyküleri, baş ağrısı başlangıç süresi, sıklığı, baş ağrı karakteri, baş ağrısının ne kadar sürdüğü, ağrının yeri, eşlik eden bulgular, günün hangi saatlerinde olduğu, şiddeti, ağrının geçmesi için yapılanlar, eğer varsa aura semptomları ve/veya ağrı sırasında olan başka yakınmalar, stresör varlığı, ailede baş ağrısı yakınması olan başka birey varlığı ve varsa baş ağrısı tanısını sorgulayan Çocuk Nöroloji Polikliniğince hazırlanmış baş ağrısı öykü formu kullanılmıştır.

3.2.2. Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği

1980’de Kovacs (119) tarafından çocuklarda depresyon belirtilerinin düzeyini belirlemek amacıyla, Beck Depresyon Ölçeği esas alınarak geliştirilmiş ve depresyona özgü okul durumu, arkadaş ilişkisi gibi alanlarla ilgili sorular eklenmiştir. Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği (ÇDÖ) nin depresyonun şiddetini belirleyen iyi bir ölçme aracı olduğu bildirilmiştir. Bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Ülkemizde geçerlik ve güvenilirlik çalışması Öy (1991) tarafından yapılmıştır. Dili 6-17 yaş grubu çocukların anlayabileceği şekilde sadeleştirilmiştir. Ölçek, çocuğa okunarak yada çocuğun kendisi tarafından okunmasıyla doldurulmakta ve her maddede üç değişik seçenek bulunmaktadır. ÇDÖ 27 maddelik bir ölçektir (Ek-2). Her madde sorgulanan belirtinin varlığı ve şiddetine göre 0,1,2 şeklinde puanlanmaktadır. Çocuğun son iki hafta içinde kendini değerlendirmesi ve üç seçenek arasından kendine en uygun cümleyi seçerek işaretlemesi istenmektedir. Maksimum puan 54 ve patolojik kesim noktası 19 dur. Ölçekten alınan puan 19’un ne kadar üzerinde ise, depresyonun da o kadar ağır olduğu kabul edilmektedir (Öy, 1991).

3.2.3. STAI Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği

1964 yılında Speilberger (120) ve Gorsuch tarafından geliştirmeye başlanmış olan ölçek ile normal ve normal olmayan bireylerdeki sürekli ve durumluk kaygı düzeylerinin ölçülmesi amaçlanmıştır. Ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Öner ve A. Le Compte (1974-1977) (121, 122) tarafından yapılmıştır.

Durumluk ve sürekli kaygı düzeylerini ölçer. Okuduğunu anlayıp yanıtlayabilecek kadar bilinci yerinde olan bireylere uygulanır. Bireysel ya da grup uygulaması yapılabilen bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Toplam 40 maddeden oluşan 2 ayrı ölçeği içerir (Ek-3). Durumluk kaygı ölçeği bireyin belirli bir anda ve belirli koşullarda kendisini nasıl hissettiğini belirler. Sürekli kaygı ölçeği ise bireyin genellikle nasıl hissettiğini belirler. Yirmişer maddelik bu iki ölçek, iki ayrı sayfada, Form TX-1 ve TX-2 şeklinde basılmıştır. Durumluk Kaygı Ölçeği maddelerinde ifade edilen dugu ya da davranışlar şiddet derecesine göre hiç (1), biraz (2), çok (3), tamamıyla (4) gibi şıklardan birini işaretlemek suretiyle cevaplandırılır. Sürekli

kaygı maddelerinde ifade edilen duygu ve davranışlar ise sıklık derecesine göre hemen hiçbir zaman(1), bazen(2), çok zaman(3), hemen her zaman(4) şeklinde işaretlenir. Toplam puan 20-80 arasındadır. Puanın yüksek olması kaygı seviyesinin yüksek olduğuna işaret eder. 3'den fazla ifadeye cevap verilmediyse değerlendirme geçersiz sayılır. Ölçeklerde iki tür ifade bulunur. Doğrudan ya da düz ve tersine dönmüş ifadeler. Doğrudan ifadeler olumsuz duyguları; tersine dönmüş ifadeler ise olumlu duyguları dile getirir. Tersine dönmüş ifade puanlanırken 1'ler 4'e, 4'ler 1'e dönüşür. Doğrudan ifadelerde 4 değerindeki cevaplar kaygının yüksek olduğunu gösterir. Tersine dönmüş ifadelerde ise 1 yüksek, 4 düşük kaygıyı gösterir. Doğrudan ifadelerle, tersine ifadelerin toplam ağırlıklı puanları hesaplanır ve birbirinden çıkartılır. Durumluk kaygı ölçeği için 50 sabit değeri, sürekli kaygı ölçeği için 35 sabit değeri eklenir. En son elde edilen değer bireyin kaygı puanıdır. Her iki ölçekten elde edilen toplam puan değeri 20 ile 80 arasında değişir. Büyük puan yüksek kaygı seviyesini, küçük puan ise düşük kaygı seviyesini belirtir. 60 puan ve üstü kaygı düzeyinin normal sınırları aştığını gösterir.

3.2.4. Coopersmith Özsaygı Ölçeği

1991 yılında Coopersmith'in geliştirdiği bu ölçek 1996 yılında Pişkin tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır. Öğrencilerin benlik saygısı düzeyini saptamaya yönelik olarak geliştirilen bu ölçeğin hem lise (Pişkin, 1996), hem de ilköğretim 3,4 ve 5. sınıf öğrencileriyle (Güçray, 1989) kullanılabileceği önerilmektedir.

Coopersmith Özsaygı Ölçeği, bireysel veya grupta uygulanabilmektedir. Yüksek, orta ve düşük olmak üzere üç puan grubuna ulaşılmaktadır. Bu puan sınırlarının altında ve üstünde olanlar tespit edilmekte, sonuçlar buna göre değerlendirmeye tabi tutulmaktadır. Ölçek toplam 58 maddeden oluşup, yaklaşık 10-15 dakikada tamamlanabilmektedir (Ek-4). Ölçekten benlik saygısına ilişkin toplam bir puan alınabilmekle birlikte beş ayrı alt ölçeğe ilişkin de puanlar elde edilebilmektedir. Bunlar: a) genel benlik-saygısı, b) sosyal benlik-saygısı, c) okul-akademik benlik-saygısı, d) aile ve eve ilişkin benlik-saygısı ve e) yalan maddeler. Envanterin alt ölçeklerinden (yalan maddeler hariç) elde edilen puanların toplamı ölçeğe ilişkin toplam bir benlik saygısı puanı vermektedir. Ölçeğin formatı, öğrencilerin her bir maddeyi okumalarını ve bu maddelerde belirtilen ifadelerin

onların genellikle hissettiklerini tanımlıyor ve onlara çoğunlukla uygun geliyorsa, cevap kağıdında ilgili sorunun karşısındaki evet sütununa bir çarpı isareti (x), bu ifadeler eğer onların genellikle hissettiklerinizi tanımlamıyor ve onlara çoğunlukla uygun gelmiyorsa bu durumda hayır sütununa bir çarpı isareti (x) koymalarını gerektirmektedir. Yüksek benlik saygısının göstergesi kabul edilen cevaplara bir puan verilmekte, yanlış cevaplara puan verilmemektedir. Örneğin, “sınıfın huzurunda konuşma yapmak bana oldukça güç gelir” maddesine “hayır” cevabı veren bir kişi bir puan alırken “evet” diyen bireye puan verilmemektedir. Ölçekte bulunan toplam 58 maddeden 8 tane olan “yalan maddeler” çıkarıldığında geriye 50 madde kalmaktadır, dolayısıyla envanterin tamamından alınabilecek maksimum benlik saygısı puanı 50 olmaktadır. Puan yüksekliği benlik saygısının yüksekliğini ifade etmektedir. Envanterde bulunan ve yalan maddeler olarak adlandırılan toplam 8 madde benlik saygısını ölçmek amacıyla değil de bireylerin savunucu tutumlarını ölçmek amacıyla envantere konulduklarından bu maddelerden alınan puanlar bireylerin benlik saygısı puanlarına eklenmemektedir (Coopersmith, 1991).

3.2.5. Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği

Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği (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 (Varni ve ark. 1999). Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımladığı sağlıklılık halinin özellikleri olan fiziksel sağlık, duygusal işlevsellik ve sosyal işlevsellik alanlarını sorgulamaktadır. Bunun yanında okul işlevselliği de sorgulanmaktadır (Ek-5).

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 (Varni ve ark. 2001). Genel yaşam kalitesi ölçeklerinden olan ÇİYKÖ okul ve hastane gibi geniş popülasyonlarda, 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, sağlıklı ilgili yaşam kalitesi de o kadar iyi algılanmaktadır (Varni ve ark. 2001). ÇİYKÖ'nin kısa olması, yaklaşık 5–10 dakikalık bir sürede doldurulabiliyor olması, araştırmacı tarafından uygulanmasının ve puanlamasının kolay olması en önemli özelliklerindedir (Eiser ve Morse 2001a, Varni ve ark. 2001). ÇİYKÖ'nün güvenilirliğini değerlendirmede iç tutarlık çalışması yapılmış, Cronbach alfa katsayısı 0.93 bulunmuş, geçerlik değerlendirmesi için yapı geçerliğine ve klinik geçerliğine bakılmıştır (Varni ve ark. 1999, Eiser ve ark. 2000). ÇİYKÖ'nün iç tutarlığının yüksek, geçerli, güvenilir ve duyarlı olduğu birçok çalışmada gösterilmiştir (Varni ve ark. 1999, Varni ve ark. 2001, Varni ve ark. 2002a, Varni ve ark. 2002b, Varni ve ark. 2002c, Varni ve ark. 2003a, Varni ve ark. 2003b). ÇİYKÖ'nün 2-18 yaş grubu için Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (Üneri 2005, Çakın Memik 2005).

3.3. Yöntem

3.3.1. Uygulayıcılar

KÜTF Çocuk Nöroloji Polikliniği'ne baş ağrısı şikayetiyle başvuran hastaların değerlendirmeleri ve baş ağrısı tanıları ve tedavileri Çocuk Nöroloji Bilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Y.K. Yavuz Gürer danışmanlığında çalışan araştırma görevlisi Dr. Fitnat Uluğ tarafından yapılmıştır. Ölçeklerin hastalar tarafından araştırmacı nezaretinde doldurulmuş ve ölçek puanları hesaplanmıştır. Ölçek sonuçlarında psikiyatrik sorunu olduğu belirlenen hastaların psikiyatrik değerlendirilmeleri Ankara Numune Devlet Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Uzman Dr. Esra Çöp tarafından yapılarak uygun görülen hastalara tedaviler başlanmıştır.

3.3.2. Uygulama

Araştırma süresince KÜTF Çocuk Nöroloji Polikliniği'ne baş ağrısı şikayeti ile başvuran hastalardan çalışma kriterlerine uyan ve çalışmaya katılmayı kabul eden hastalara ve ailelerine araştırma ayrıntılarıyla anlatılmış ve Bilgilendirilmiş Onam Formu alınmıştır.

Son bir ay içerisinde en az bir kez başağrısı yakınması olan; öykü, fizik muayene; gerek görülürse görüntüleme yöntemleri ve elektroensefalografi incelemesi sonucunda, primer başağrısı tanısı konulan ve okuma yazması olan çocuklara ‘Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği’, ‘STAI Durumluk Kaygı Ölçeği’, ‘STAI Sürekli Kaygı Ölçeği’, ‘Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği’, ‘Coopersmith Özsaygı Ölçeği’ poliklinik şartlarında uygun bir odada doldurtuldu. Hastalar bir ay süreyle, başağrısı özelliklerini belirlemek üzere başağrısı güncesi ile izlendi. Test sonuçları ve güncesi değerlendirilen hastanın; primer başağrısı tipinin tanısı konulmuş oldu. Psikiyatrik sorun belirlenenler çocuk psikiyatri bölümü ile konsülte edilerek, durumuna uygun tedavi planlandı.

Psikiyatrik sorunu olmayan ancak başağrısını başlatan bir neden bulunanlara, önerilerde bulunuldu; neden bulunamayan, ancak yaşam kalitesini olumsuz derecede etkilediğine karar verilenlere profilaktik ilaç tedavisi başlandı (hastanın yaşına ve klinik durumuna göre amitriptilin veya valproik asit). Tüm hastalar 4 ay sonra yeniden değerlendirildi, daha önce verilen ölçekler yeniden verilerek yapılan tedavilerin sonuçları karşılaştırıldı. Çalışmada kontrol grubu kullanılmadı.

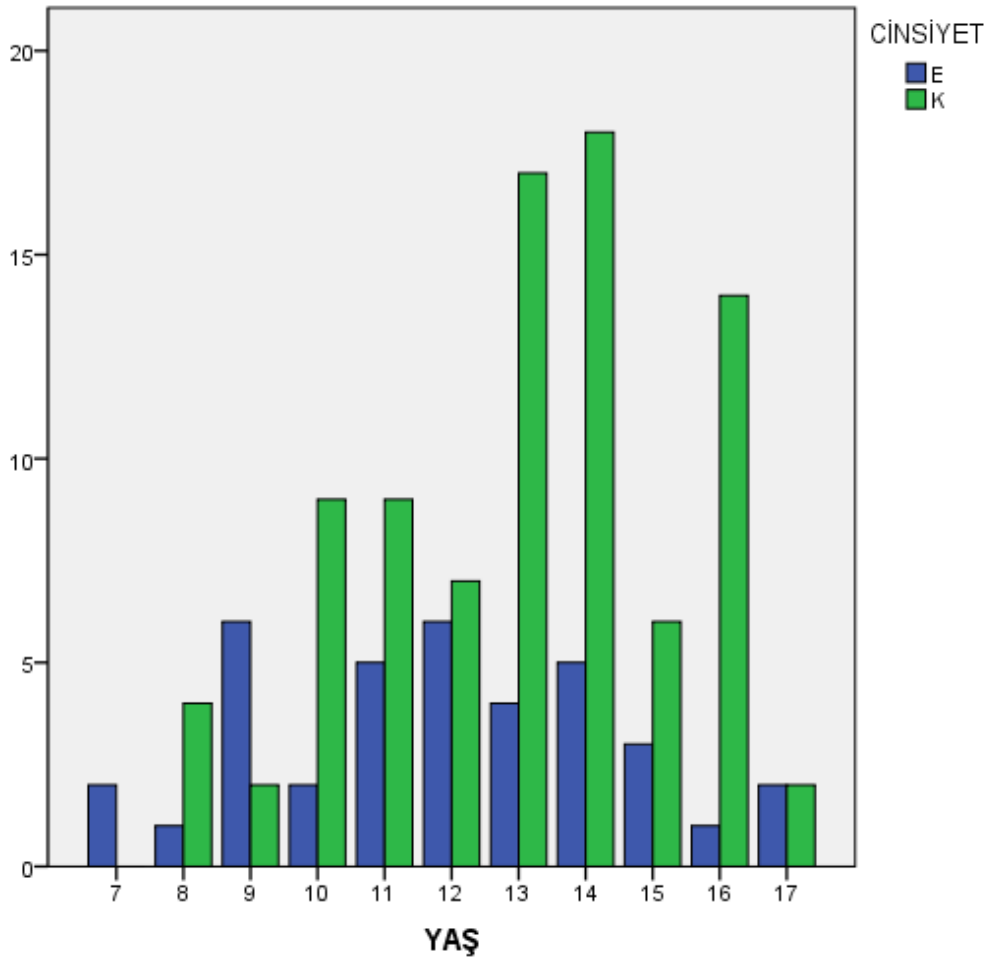
3.3.3. Analizler

Bu çalışmada istatistiksel analizler SPSS 16.0 bilgisayar istatistik paket programı kullanılarak yapıldı. Çalışmada kullanılan değişkenler ortalama \pm standart sapma şeklinde tanımlandı. İki grubun ortalamalarının karşılaştırılmasında paired sample t test, ikiden fazla grubun ortalamalarının karşılaştırılmasında tek yönlü varyans analizi (anova) kullanıldı. Değişkenler arası korelasyonu göstermede normal dağılıma sahip olanlar için Pearson; diğerleri için Spearman’s korelasyon testi kullanıldı. $P < 0.05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

BULGULAR

Çocuk Nöroloji Polikliniğine 15.12.2012-15.12.2013 tarihleri arasında baş ağrısı yakınması ile başvuran; Çocuk Nöroloji uzmanının eşliğinde; öykü, fizik muayene ve gerektiğinde laboratuvar ve beyin görüntüleme yöntemleri ile sekonder baş ağrısı nedenleri dışlanarak, primer baş ağrısı tanısı alan 133 hasta çalışma grubunu oluşturmuştur. Psikiyatrik değerlendirme için kullanılan ölçeklerinde bozukluk saptanan, Çocuk ve Ergen Psikiyatri Bölümüne yönlendirildiği halde gitmeyi reddeden ve/veya önerilen tedaviyi uygulamayan, takiplere gelmeyen 8 hasta çalışma dışı bırakıldı. Çalışma 125 hasta ile tamamlandı.

Hastaların 37 (%29,6) si erkek, 88'i (%70,4) kız; yaş ortalaması $12,67 \pm 2,439$ yıldır. Yaş ve cins dağılımı Şekil 4.1'de gösterilmiştir.



Şekil 4.1. Cinsiyete göre hastaların yaş dağılımları

ICHD III tanı kriterlerine göre hastaların 65'i (%52) migren, 53'ü (%42,4) GTBA'sı tanısı almıştır. Baş ağrısı tanılarına göre hastaların dağılımı Tablo 4.1'de özetlendiği gibidir.

Tablo 4.1. Baş ağrısı tiplerinin sıklığı

Baş ağrısı tanıları	Sıklık	%
Migren	65	52
GTBA	53	42,4
Küme	1	0,8
Diğer	6	4,8
Toplam	125	100

GTBA: Gerilim tipi baş ağrısı

Baş ağrısı tanıları ile hastaların sosyodemografik özellikleri arasındaki ilişkiye bakıldığında; yaş, cinsiyet, kardeş sayısı, kaçınıcı çocuk olduğu, anne ve babanın eğitim durumu ve doğum şekline göre, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı. Migren ve GTBA'nın, ileri yaşlarda, kızlarda daha yaygın olduğu bildirilmekle birlikte, hasta grubumuzda adolesan dönem öncesi ve sonrasında, kız ve erkek hastalar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Tablo 4.2. Baş ağrısı tanılarına göre hastaların sosyodemografik özellikleri

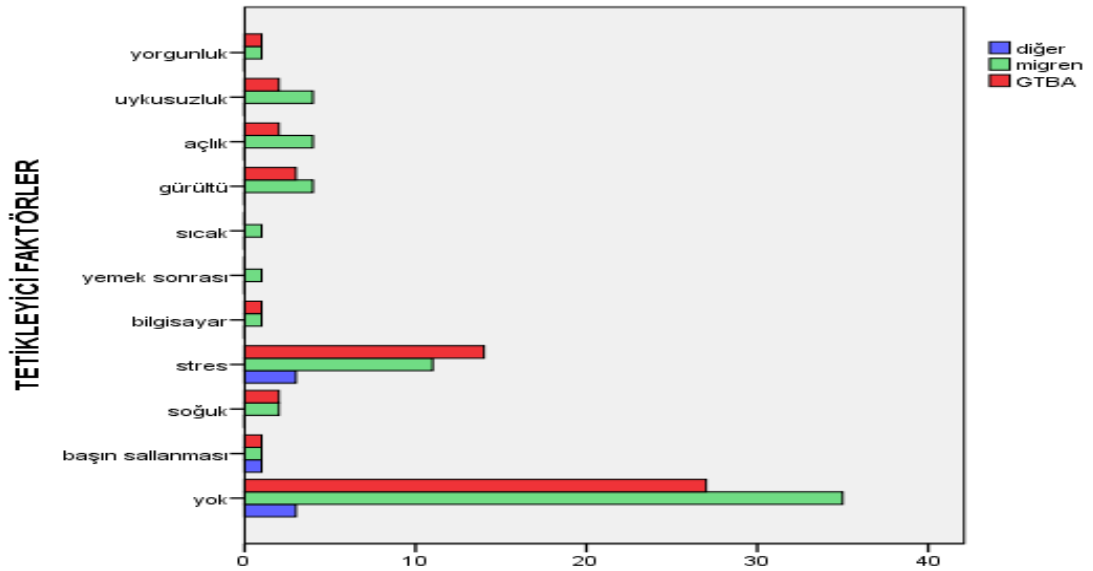
	Migren		GTBA		Diğer		Toplam		p
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Yaş									
7-9	9	13,8	6	11,3	0	0	15	12	0,773
10-13	28	43,1	27	50,9	4	57,1	59	47,2	
14-17	28	43,1	20	37,7	3	42,9	51	40,8	
Cinsiyet									
Kız	21	32,3	13	24,5	3	42,9	37	29,6	0,479
Erkek	44	67,7	40	75,5	4	57,1	88	70,4	
Kardeş sayısı									
Bir	3	4,6	5	9,4	0	0	8	6,9	0,576
İkinci	3	4,6	28	52,8	2	28,6	60	48	
Üçüncü	23	35,4	14	26,4	3	42,9	40	32	
Dört ve üzeri	9	13,8	6	11,3	2	28,6	17	13,6	
Kaçıncı çocuk									
Birinci	22	33,8	17	32,1	2	28,6	41	32,8	0,559
İkinci	29	44,6	23	43,4	2	28,6	54	43,2	
Üçüncü	8	12,3	9	17	3	42,9	20	16	
Dördüncü ve üzeri	6	9,2	4	7,5	0	0	10	8	
Anne eğitim düzeyi									
İlkokul	38	58,5	25	47,2	5	71,4	68	54,4	0,849
Ortaokul	9	13,8	10	18,9	1	14,3	20	16	
Lise	14	21,5	14	26,4	1	14,3	29	23,2	
Üniversite	4	6,2	4	7,5	0	0	8	6,4	
Baba eğitim düzeyi									
İlkokul	11	16,9	8	15,1	3	42,9	22	17,6	0,520
Ortaokul	15	23,1	9	17	1	14,3	25	20	
Lise	27	41,5	24	45,3	3	42,9	54	43,2	
Üniversite	12	18,5	12	22,6	0	0	24	19,2	
Doğum şekli									
Normal	57	87,7	43	81,1	6	85,7	106	84,8	0,613
Sezeryan	8	12,3	10	18,9	1	14,3	19	15,2	

Hastaların büyük çoğunluğunda (%63,2) baş ağrısının gün içinde başlama saati değişiklik göstermektedir. Genellikle akşam saatlerine denk gelmekle birlikte, baş ağrısı tanısı ile ağrının görülme zamanı arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı (Tablo 4.3).

Tablo 4.3. Baş ağrısının gün içinde başlama zamanı

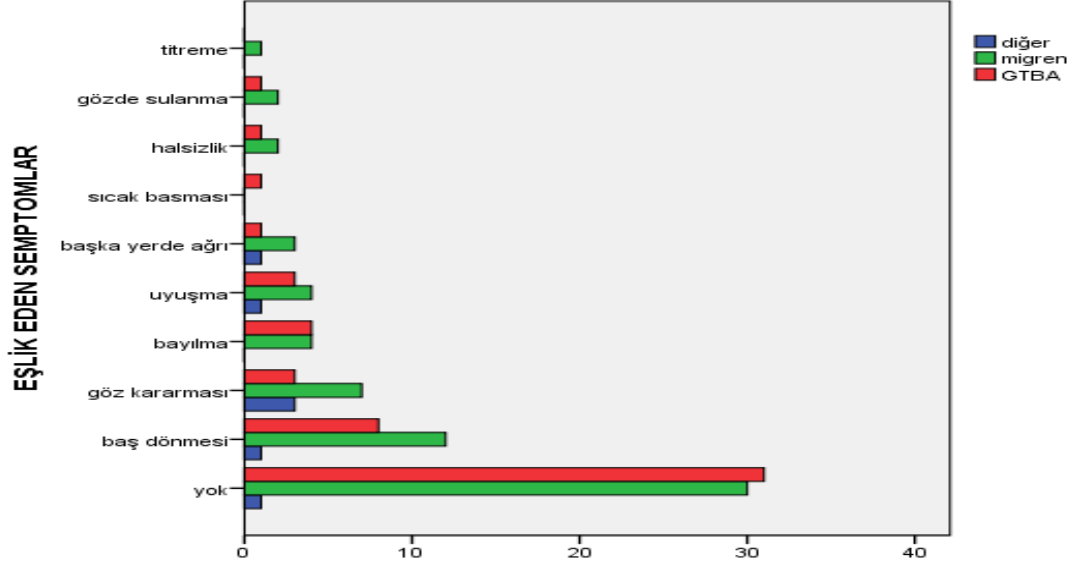
	Migren		GTBA		Diğer		Toplam		P
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Sabah	3	4,6	3	5,7	1	14,3	7	5,6	0,691
Öğle	11	16,9	5	9,4	0	0	16	12,8	
Akşam	11	16,9	10	18,9	2	28,6	23	18,4	
Değişiyor	40	61,5	35	66	4	57,1	79	63,2	

Şekil 4.2’de baş ağrısını tetikleyen faktörler özetlenmiştir. Hastaların önemli bir kısmında (%52), baş ağrısını tetikleyen bir faktör bulunmamış, migren ve GTBA da en sık tanımlanan tetikleyici faktör stres olmuştur.



Şekil 4.2. Baş ağrısı tanılarına göre tetikleyici faktörlerin dağılımı

Hastaların 62'sinde (%49,6) ağrıya eşlik eden bir semptomun olmadığı, en sık eşlik eden semptomun ise baş dönmesi olduğu belirlendi (Şekil 4.3). Psikiyatrik komorbidite ve eşlik eden semptomlar arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı (p=0,223).



Şekil 4.3. Baş ağrısı tanılarına göre eşlik eden semptomların dağılımı

Migren hastalarında tek taraflı ve bir saatten uzun süren baş ağrısının varlığı, literatür bilgileri ile uyumlu olarak, istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Migren ve GTBA hastalarının tanımladıkları ağrının özellikleri tabloda özetlendiği gibidir (Tablo 4.4).

Tablo 4.4. Baş ağrısı tanılarına göre tarif edilen ağrının özellikleri

Baş ağrısı özellikleri	Migren n(%)	GTBA n(%)	Diğer n(%)	Toplam n(%)	P
Baş ağrısı şikayetinün süresi					
1-11 ay	22(33,8)	26(49,1)	4(57,1)	52(41,6)	
12 ay ve üzeri	43(66,2)	27(50,9)	3(42,9)	73(58,4)	0,172
Baş ağrısının sıklığı					
Ayda dört ve fazla	59(90,8)	46(86,8)	5(71,4)	110(88)	0,306
Ayda iki ve az	6(9,2)	7(13,2)	2(28,6)	15(12)	
Ağrı atağının süresi					
1 satten az	0(0)	34(64,2)	4(57,1)	38(30,4)	
1-2 saat arası	18(27,7)	7(13,2)	1(14,3)	26(20,8)	0,000*
2 saatten fazla	47(72,3)	12(22,6)	2(28,6)	61(48,8)	
Ağrının yeri					
Ön	50(76,9)	37(69,8)	6(85,7)	93(74,4)	
Arka	7(10,8)	5(9,4)	1(4,3)	13(10,4)	0,231
Yan	5(7,7)	11(20,8)	0(0)	16(12,8)	
Değişiyor	3(4,6)	0(0)	0(0)	3(2,4)	
Tek veya iki taraflı oluşu					
Tek taraflı	34(52,3)	10(18,9)	4(57,1)	48(38,4)	0,001*
İki taraflı	31(47,7)	43(81,1)	3(42,9)	77(61,6)	

Baş ağrısı tanılarına göre baş ağrısının günlük aktiviteyi etkileme durumunun dağılımına bakıldığında; Migren baş ağrısı olanların %83,1’inde günlük aktivitenin etkilendiği, GTBA’sı olanlarda bu oranın %62,3 olduğu saptandı (Tablo 4.5). Baş ağrısı tanıları arasında günlük aktivitenin engellenme durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p=0,038$).

Tablo 4.5. Baş ağrısı tanılarına göre baş ağrısının günlük aktiviteyi etkileme durumu

	Migren n(%)	GTBA n(%)	Diğer n(%)	Toplam n(%)	p
Aktivite engellenmiyor	11(16,9)	20(37,7)	2(28,6)	33(26,4)	0,038*
Aktivite engelleniyor	54(83,1)	33(62,3)	5(71,4)	92(73,6)	

Migren hastalarının %69,2’sinin, GTBA hastalarının %62,3’ünün aile bireylerinin baş ağrısından yakındıkları saptanmış; baş ağrısı tanısı ile baş ağrısı tarif eden aile bireyleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Tablo 4.6).

Tablo 4.6. Baş ağrısı tanısı ile, baş ağrısı tanımlayan aile bireylerinin ilişkisi

Ailede baş ağrısı olan birey	Migren n(%)	GTBA n(%)	Diğer n(%)	Toplam n(%)	p
Yok	20(30,8)	20(37,7)	3(42,9)	43(34,4)	0,890
Anne	34(52,3)	21(39,6)	4(57,1)	59(47,2)	
Baba	8(12,3)	9(17)	0(0)	17(13,6)	
Kardeş	1(1,5)	1(1,9)	0(0)	2(1,6)	
Akraba	2(3,1)	2(3,8)	0(0)	4(3,2)	

Baş ağrısından yakınan aile bireylerinin %62,4'ünde doktor tarafından konulmuş tanı yoktur. Buna karşılık 43 kişinin (%34,4) migren tanısı vardır. Hastaların baş ağrısı tanısı ile aile bireylerinin baş ağrısı tanısı arasındaki ilişki Tablo 4.7'de özetlendiği gibi olup, anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Tablo 4.7. Hastalar ve aile bireylerinin baş ağrısı tanıları

Ailede baş ağrısı olan bireylerin tanı dağılımı	Migren n(%)	GTBA n(%)	Diğer n(%)	Toplam n(%)	p
Tanı yok	38(%58,5)	35(%66)	5(%71,4)	78(%62,4)	0,842
Migren	25(%38,5)	16(%30,2)	2(%28,6)	43(%34,4)	
GTBA	1(%1,5)	0(%0)	0(%0)	1(%0,8)	
Diğer	1(%1,5)	2(%3,8)	0(%0)	3(%2,4)	

Pirimer baş ağrısı tanısı konulan hastalardan, tanı öncesinde istenen tetkikler Tablo 4.8'de özetlendiği gibidir. Görüldüğü üzere, 91 hastadan (%72,8) hiçbir tetkik istenmemiş ve tetkik istenen hastalarda tanı ve tedavide değişiklik yapmayı gerektirecek bir bulgu elde edilmemiştir.

Tablo 4.8. Baş ağrısı olan hastalarda istenen tetkikler

İstenen görüntüleme tetkiki	Sıklık(n)	Yüzde(%)
Görüntüleme istenmedi	91	72,8
MRG	15	12,0
EEG	9	9,2
BT	8	8,4
Sinüs BT	2	1,6
Toplam	125	100,0

(MRG: manyetik rezonans görüntüleme, EEG: elektroensefalografi, BT: Bilgisayarlı tomografi)

Hastaların ağrıları ile baş etme yolları sorgulandığında, yalnız 9 (%7,2) hastanın baş ağrısının kendiliğinden geçtiği ve özel bir şey yapmadığı öğrenilmiş ve Tablo 9’da hastaların baş ağrıları ile baş etme yolları özetlenmiştir. Hastaların %49,6 sının ağrı kesici ilaç almak zorunda kaldığı görülmektedir. Migren ve GTBA olan hastaların baş ağrıları ile baş etme özellikleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Diğer taraftan psikiyatrik komorbidite belirlenen hastaların %52,2’sinde uyumakla, psikiyatrik komorbidite olmayan hastaların %53,9’da ağrı kesici ilaç alarak baş ağrısının geçtiği belirlenmiş olup, ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,018).

Tablo 4.9. Migren ve GTBA hastalarının baş ağrısı ile başetme yöntemleri

	Migren		GTBA		Diğer		Toplam		P
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Kendiliğinden	5	7,7	4	7,5	0	0	9	7,2	0,583
İlaç alarak	30	46,2	29	54,7	3	42,9	62	49,6	
Karanlıkta dinlenerek	11	16,9	6	11,3	0	0	17	13,6	
Uyuyarak	19	29,2	14	26,4	4	57,1	37	29,6	

Pirimer baş ağrısı olan hastalara, psikiyatrik komorbiditeyi belirlemek amacıyla; çocukluk çağı depresyon ölçeği (ÇDÖ), Stai Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği, Coopersmith Özsaygı Ölçeği, Çocukluk İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği uygulanmıştır. Hastaların ölçeklerden aldıkları ortalama puanlar, tanı tipine göre, Tablo 4.10'da özetlendiği gibidir

Tablo 4.10. Hastaların baş ağrısı tanılarına göre psikiyatrik ölçeklerden aldıkları puan ortalamalarının dağılımını belirlemek üzere yapılan tek yönlü varyans analizi(anova) sonuçları

Kullanılan Ölçekler	Migren		GTBA		Diğer		p
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	
ÇDÖ	9,93	5,54	9,7	5,34	11,29	4,23	0,611
Stai kaygı ölçeği							
Stai durumluk	43,74	6,23	43,92	5,75	43,57	8,01	0,981
Stai sürekli	46,89	6,72	48,00	7,07	46,29	8,34	0,637
Coopersmith Özsaygı Ölçeği							
Genel benlik saygısı	19,92	4,60	18,25	4,19	19,57	3,59	0,119
Sosyal benlik saygısı	6,82	1,24	6,75	1,12	6,29	1,11	0,536
Okul-akademik benlik saygısı	6,25	1,54	5,89	1,69	5,14	2,34	0,177
Aile-ev benlik saygısı	5,65	1,95	5,08	1,94	5,43	1,81	0,287
Toplam benlik saygısı	38,63	7,84	35,92	6,82	36,28	6,60	0,133
Çocuklar için yaşam kalitesi ölçeği							
Fiziksel işlevsellik puanı	67,32	22,33	58,13	22,03	54,01	19,40	0,013*
Duygusal işlevsellik puanı	67,30	22,08	62,45	16,91	64,28	9,32	0,407
Sosyal işlevsellik puanı	88,23	19,19	78,30	21,70	83,57	13,13	0,031*
Okul işlevsellik puanı	73,76	20,57	67,07	20,39	67,14	10,74	0,183
Psikososyal sağlık toplam puanı	73,77	16,17	65,54	16,00	64,28	12,2	0,015*

\bar{X} = ortalama SD: Standart sapma ÇDÖ: Çocuklar için Depresyon Ölçeği

Ölçeklerden aldıkları puanlara göre ölçek puanları bozuk olan hastalar Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Uzmanı ile görüşürülmüş, psikiyatrik eş tanı almışlardır. Psikiyatrik komorbidite saptanan ve saptanmayan hastaların ölçek puanlarının ortalamalarına bakıldığında; Psikiyatrik komorbidite saptananların ÇDÖ ve Star durumluk-kaygı puanlarının komorbidite saptanmayan hastalardan anlamlı yüksek olduğu, Coopersmith genel, sosyal, aile-ev, toplam benlik saygı, ÇİYKÖ DİP, SİP, OİP, PSTP puanlarının da anlamlı olarak düşük olduğu saptandı. Coopersmith okul-akademik benlik saygısı puanı ve ÇİYKÖ FSPT puanları açısından iki grup arasında anlamlı bir fark saptanmadı. Psikiyatrik komorbiditesi olan ve komorbiditesi olmayan hastaların ölçeklerden aldıkları puan ortalamaları tablo 4.11'deki gibidir.

Tablo 4.11. Psikiyatrik komorbiditesi olan ve olmayan hastaların ölçeklerden aldıkları puan ortalamalarının dağılımını belirlemek üzere yapılan tek yönlü varyans analizi (anova) sonuçları

Kullanılan Ölçekler	KM yok		KM var		p
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	
ÇDÖ	8,10	4,27	16,48	5,23	0,000*
Star kaygı ölçeği					
Star durumluk	44,39	6,10	41,22	5,39	0,023*
Star süreklilik	46,25	6,00	52,09	8,71	0,000*
Coopersmith Özsaygı Ölçeği					
Genel benlik saygısı	20,11	3,85	15,13	4,57	0,000*
Sosyal benlik saygısı	6,98	1,04	5,78	1,31	0,000*
Okul-akademik benlik saygısı	6,11	1,70	5,70	1,46	0,285
Aile-ev benlik saygısı	5,72	1,84	3,96	1,77	0,000*
Toplam benlik saygısı	38,88	6,71	30,56	6,69	0,000*
Çocuklar için yaşam kalitesi ölçeği					
Fiziksel işlevsellik puanı	64,52	22,60	60,19	23,16	0,410
Duygusal işlevsellik puanı	67,35	18,33	55,00	21,84	0,006*
Sosyal işlevsellik puanı	86,07	18,02	73,47	27,11	0,007*
Okul işlevsellik puanı	72,94	19,60	60,00	20,05	0,005*
Psikososyal sağlık toplam puanı	71,55	15,45	61,76	18,00	0,009*

ICHD III kriterleri göz önüne alınarak tanısı konulan pirimer baş ağrısı tipleri ile; uygulanan ölçeklerin sonucu ve Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Uzmanının muayenesi neticesinde; 23 (%18,4) hastada psikiyatrik komorbidite saptanmıştır. Psikiyatrik komorbidite saptanan hastaların %47,8'i migren, %52,2'si GTBA grubundan olup (Tablo 4.12), psikiyatrik komorbidite sıklığı ve tanısı açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p=0,35).

Tablo 4.12. Baş ağrısı tanısı ile psikiyatrik komorbidite ilişkisi

	Migren		GTBA		Toplam		p
	n	%	n	%	n	%	
Depresyon	7	30,4	3	13	10	43,5	0,35
Anxiete	2	8,7	4	17,4	6	6	
Sosyal fobi	2	8,7	3	13	5	5	
OKB	0	0	1	4,3	1	4,3	
Konversif bozukluk	0	0	1	4,3	1	4,3	
Toplam	11	47,8	12	52,2	23	100	

Psikiyatrik komorbidite saptanan 23 hastanın 21'i (%91, 3) kız olup, pirimer baş ağrısı olan kız çocuklarında psikiyatrik komorbiditenin varlığı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Tablo 4.13, p=0,015).

Tablo 4.13. Psikiyatrik komorbidite olup olmamasına göre hastaların cinsiyet dağılımı

Cinsiyet	KM yok n(%)	KM var n(%)	Toplam n(%)	p
Erkek	35(34,3)	2(8,7)	37(29,6)	0,015*
Kız	67(65,7)	21(91,3)	88(70,4)	
Toplam	102(81,6)	23(18,4)	125(100)	

(KM; komorbidite)

Hastalar çocuk (10 yaş altı), erken adolesan (10-13), orta adolesan (14-16), geç adolesan (17-20) olacak şekilde yaş gruplarına ayrıldı (Sperling Pediatric Endocrinology). 17 yaşında 4 hasta olması nedeni ile bu hastalar orta adolesan gruba birleştirildi. Psikiyatrik komorbidite saptanan hastaların tamamı adolesan, %60,9'u orta adolesan yaş grubundaydı. Psikiyatrik komorbiditesi olan hastaların olmayanlara göre ileri yaşlarda olması istatistiksel olarak anlamlı saptandı (p=0,038). Yaş gruplarına göre psikiyatrik komorbidite sıklığı tablo 4.14'deki gibidir.

Tablo 4.14. Psikiyatrik komorbidite ve yaş dağılımları arası ilişki

	KM yok n(%)	KM var n(%)	Toplam n(%)	p
7-9	15(14,7)	0(0)	15(12)	0,038*
10-13	50(49)	9(39,1)	59(47,2)	
14-17	37(36,3)	14(60,9)	51(40,8)	

Hastadan veya ailesinden öğrenilebildiği kadarı ile, baş ağrısından yakınma süresi 1 ay ile 10 yıl arasında değişmekte, ortalama 15,8±16,95 ay bulunmuştur. Psikiyatrik komorbidite saptananların %73,9'unda 1 yıldan daha uzun süreli baş ağrısı yakınması mevcutken, psikiyatrik komorbidite saptanmayanlarda bu oran %54,9 dur. Baş ağrısı süreleri ile psikiyatrik komorbidite birlikteliği arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır (Tablo 4.15).

Tablo 4.15. Psikiyatrik komorbidite ve baş ağrısının süresi

Baş ağrısı süresi	KM yok n(%)	KM var n(%)	Toplam n(%)	p
1-11 ay	46(45,1)	6(26,1)	52(41,6)	0,095
12 ay ve üzeri	56(54,9)	17(73,9)	73(58,4)	

Psikiyatrik komorbidite ve bir ay içerisindeki baş ağrısı sıklığı arasındaki ilişki Tablo 4.16’da özetlendiği gibidir. Psikiyatrik komorbidite ile baş ağrısı sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p=0,174$).

Tablo 4.16. Psikiyatrik komorbidite ve baş ağrı sıklığı

Baş ağrısı sıklığı	KM yok	KM var	Toplam	p
Ayda 4 ve daha fazla	89(87,3)	21(91,3)	110(88)	0,589
Ayda 2 ve daha az	13(12,7)	2(8,7)	15(12)	

Psikiyatrik bozukluğun eşlik ettiği 23 hastanın %34,8’inde, psikiyatrik bozukluk saptanmayan hastaların %29,4’ünde baş ağrısı atak süresi 1 saatten az bulunmuştur. Baş ağrısı atak süresi ile psikiyatrik hastalığın birlikteliği arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır (Tablo 17).

Tablo 4.17. Psikiyatrik komorbidite ve baş ağrısı atak süresi

	KM yok n(%)	KM var n(%)	Toplam n(%)	p
1 saatten az	30(29,4)	8(34,8)	38(30,4)	0,578
1-2 saat arası	20(19,6)	6(26,1)	26(20,8)	
2 saatten fazla	52(51)	9(39,1)	61(48,8)	

Baş ağrısının tek veya iki taraflı olması ile psikiyatrik hastalığın eşlik etmesi arasında ilişki araştırılmış; psikiyatrik komorbidite belirlenen hastaların %21,7’sinde tek taraflı baş ağrısı belirlenmiştir (Tablo 4.18). Baş ağrısının lokalizasyonu ile psikiyatrik hastalığın varlığı arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p=0,06$).

Tablo 4.18. Psikiyatrik komorbidite ve ağrının lokalizasyonu

	KM yok n(%)	KM var n(%)	Toplam n(%)	p
Tek taraflı	43(42,2)	5(21,7)	48(38,4)	0,06
İki taraflı	59(57,8)	18(78,3)	77(61,6)	

Çocukluk çağı migren hastalarında, günlük aktiviteyi engelleyen ağrının olması, bir çok yayın ve gözlemde, önemli bir bulgu olarak değerlendirilmektedir. Doksan iki hastada (%73.6) baş ağrısının günlük aktiviteyi engellediği öğrenilmekle birlikte, psikiyatrik bozukluğun eşlik ettiği hastaların %95.7 sinde baş ağrısının günlük aktiviteyi olumsuz etkilemediği belirlenmiş ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Tablo 4.19).

Tablo 4.19. Psikiyatrik komorbidite ve günlük aktiviteyi engelleyen baş ağrısı

	KM yok n(%)	KM var n(%)	Toplam n(%)	P
Aktivite etkileniyor	32(31,4)	1(4,3)	33(26,4)	0,008*
Aktivite etkilenmiyor	70(68,6)	22(95,7)	92(73,6)	

Uykudan uyandıran baş ağrısı alarm belirtisi olarak kabul edilmektedir. Pirimer baş ağrısı ile birlikte psikiyatrik hastalık belirlenen 23 hastanın %17,4'ünde uykudan uyandıran baş ağrısı öyküsü vardır. Psikiyatrik komorbidite ile uykudan uyandıran baş ağrısı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Tablo 20).

Tablo 4.20. Psikiyatrik komorbidite ve uykudan uyandıran baş ağrısı

Uykudan uyandırma	KM yok n(%)	KM var n(%)	Toplam n(%)	P
Uyandırmıyor	91(89,2)	19(82,6)	110(88)	0,378
Uyandırıyor	11(10,8)	4(17,4)	15(12)	

Baş ağrısını tetikleyen faktörler arasında, stres, gürültü, açlık ve uykusuzluk sıklıkla bildirilmektedir. Çalışma grubunda 60 (%48) hastada ağrıyı tetikleyen bir faktör tanımlanmıştır. Psikiyatrik komorbidite belirlenen 23 hastanın %60.9'unda ağrıyı başlatabilen stressör faktör belirlenmiş olmakla birlikte, istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (Tablo 4.21).

Tablo 4.21. Psikiyatrik komorbidite ve baş ağrısını tetikleyen stressör faktör ilişkisi

Stresör birlikteliği	KM yok n(%)	KM var n(%)	Toplam n(%)	p
Stresör yok	56(54,9)	9(39,1)	65(52)	0,171
Stresör var	46(45,1)	14(60,9)	60(48)	

Çocukluk çağı migren hastalarında baş ağrısının uyku ile geçiyor olması sık tanımlanmaktadır. Psikiyatrik hastalık birlikteliği saptanan 23 hastanın 12'sinde (%52,2) ağrının uyumakla geçtiği bildirilirken, psikiyatrik komorbidite bulunmayan hastaların %53,9'unda baş ağrısının ağrı kesici ilaç olarak geçtiği saptanmıştır. Gruplar arasında, baş ağrısından kurtulma yöntemleri istatistiksel olarak anlamlıdır (Tablo 4.22).

Tablo 4.22. Hastaların baş ağrısından kurtulma yöntemleri

	Kendiliğinden n(%)	İlaçla n(%)	Karanlıkta dinlenme n(%)	Uyumak n(%)	Toplam n(%)	p
KM yok	6(5,9)	55(53,9)	16(15,7)	25(24,5)	102(81,6)	0.018*
KM var	3(13)	7(30,4)	1(4,3)	12(52,2)	23(18,4)	
Toplam	9(7,2)	62(49,6)	17(13,6)	37(29,6)	125(100)	

KM: psikiyatrik komorbidite

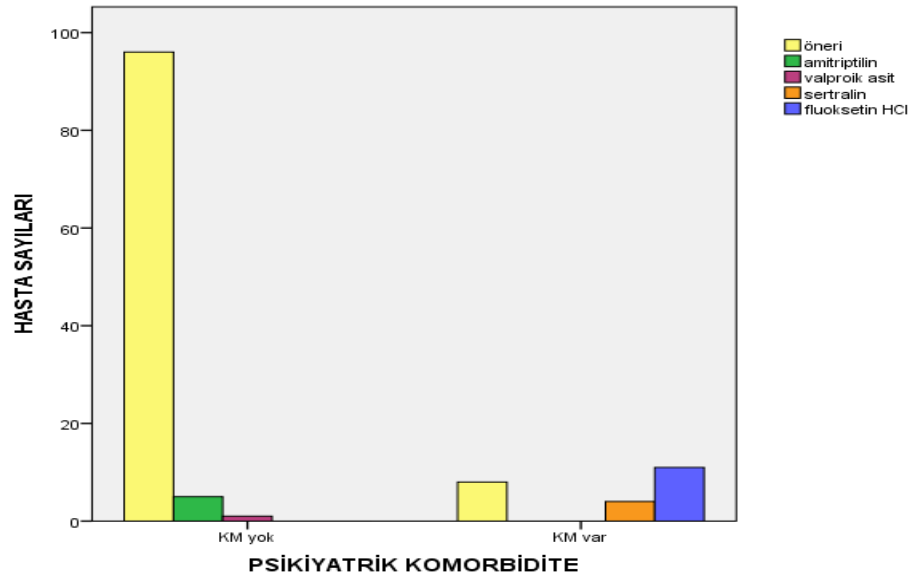
Kırk üç hastanın (%34,4) aile bireylerinde baş ağrısı öyküsü yoktur. Aile bireylerinde baş ağrısı öyküsü olan hasta sayısı ise 82'dir (Tablo 4.23). Psikiyatrik

hastalık birlikteliği ile yakın aile bireylerinde baş ağrısı öyküsü bulunması arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (p=0,31).

Tablo 4.23. Psikiyatrik komorbidite ve yakın aile bireylerinde baş ağrısının varlığı

Aile bireylerinde baş ağrısı	KM yok n(%)	KM var n(%)	Toplam n(%)	p
Baş ağrısı yok	33(32,4)	10(43,5)	43(34,4)	0,31
Baş ağrısı var	69(67,6)	13(56,5)	82(65,6)	

Psikiyatrik değerlendirme ölçeklerinde bozukluk saptanarak, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Bölümüne yönlendirilen 23 hastanın dışında kalan, 102 hastanın, 5 tanesine (%5) amitriptilin, 1 tanesine (%0.8) valproik asit profilaksisi başlanmış, 96 (%94) hastaya, baş ağrısını başlatan nedenlerin ortadan kaldırılması ve ağrıyla baş etmesi konusunda önerilerde bulunulmuştur. Ölçeklerinde bozukluk saptanarak Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Bölümüne yönlendirilen ve psikiyatrik eş tanı alan hastaların 8'ine, önerileri ve psikiyatrik görüşmeyi içeren ilaçsız tedavi, 15'ine ilaç tedavisi (4'üne sertralin, 11'ine fluoksetin HCl) başlandı. Hastaların tedavi dağılımları şekil 4.4'de yer almaktadır.



Şekil 4.4. Psikiyatrik komorbidite tanısı alan ve almayan hastaların tedavi dağılımları

Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Bölümünce değerlendirilen 23 hastanın tanıları ve önerilen tedaviler Tablo 24’de özetlenmiştir.

Tablo 4.24. Psikiyatrik komorbidite saptanan hastaların tanıları ve başlanan tedaviler

Psikiyatrik tanı	Öneri n(%)	Sertralin n(%)	Fluoksetin HCl n(%)	Toplam n(%)
Depresyon	0	3(13)	7(30,4)	10(43,5)
Anxiete	5(21,7)	1(4,3)	0	6(26,1)
Sosyal fobi	2(8,7)	0	3(13)	5(21,7)
OKB	0	0	1(4,3)	1(4,3)
Konversif bozukluk	1(4,3)	0	0	1(4,3)
Toplam	8(34,7)	4(7,4)	11(47,8)	23(100)

Tanılarına uygun olarak tedavi alan ve ağrı ile baş etme önerilerini uygulayan 123 (%98.4) hastanın, 3 ay sonraki kontrollerinde şikayetlerinin %50 ve daha fazla azaldığı öğrenilmiştir. (Baş ağrısının sıklığında %50 ve daha fazla azalmanın olması tedavi başarısı olarak kabul edildi). Yalnız 2 hastanın baş ağrısı şikayeti devam etmiş; bu iki hastanın psikiyatrik komorbiditesi olmadığı, ilaç tedavisi önerilmeyen hastalar olduğu görülmüştür. Baş ağrısı tedavisinin başarısı yönünden, iki grup arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 4.25).

Tablo 4.25. Baş ağrısının tedavisinin başarısı yönünden hastaların değerlendirilmesi

Tedavinin başarı durumu	KM yok n(%)	KM var n(%)	Toplam n(%)	P
Başarılı	100(%98)	23(100)	123(98,4)	0,498
Başarısız	2(%2)	0(0)	2(%1,6)	

Psikiyatrik komorbidite saptanan 23 hastaya 3 aylık tedavi sonrasında ölçekler yeniden doldurulmuştur. Tablo 4.26’da görüleceği gibi, ÇDÖ, genel benlik saygısı, sosyal benlik saygısı, aile ev benlik saygısı ve toplam benlik saygısı alt başlıklarının ortalama değerlerinde, olumlu yönde olmak üzere, istatistiksel olarak anlamlı değişiklik olduğu görülmektedir. Diğer alt başlıklarda değişiklik anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 4.26. Psikiyatrik komorbidite belirlenen hastaların tedavi öncesi ve sonrası test sonuçları ortalaması

Kullanılan Ölçekler	Tedavi öncesi		Tedavi sonrası		p
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	
ÇDÖ	16,48	5,23	12,43	4,33	0,002*
Stai kaygı ölçeği					
Stai durumluk	41,22	5,39	43,00	4,79	0,242
Stai süreklilik	52,09	8,71	48,17	8,21	0,060
Coopersmith Özsaygı Ölçeği					
Genel benlik saygısı	15,13	4,57	17,48	5,07	0,048*
Sosyal benlik saygısı	5,78	1,31	6,22	1,31	0,015*
Okul-akademik benlik saygısı	5,70	1,46	5,83	2,08	0,700
Aile-ev benlik saygısı	3,96	1,77	4,87	2,00	0,022*
Toplam benlik saygısı	30,56	6,69	34,39	8,57	0,033*
Çocuklar için yaşam kalitesi ölçeği					
Fiziksel işlevsellik puanı	60,19	23,16	57,33	19,11	0,562
Duygusal işlevsellik puanı	55,00	21,84	59,56	20,99	0,389
Sosyal işlevsellik puanı	73,47	27,11	77,17	19,81	0,537
Okul işlevsellik puanı	60,00	20,05	66,08	21,42	0,180
Psikososyal sağlık toplam puanı	61,76	18,14	64,03	14,94	0,559

TARTIŞMA

Baş ağrısı günümüzde genel tıpta en sık karşılaşılan şikayetlerden biridir. Toplumda çok sık görülmesi, iş gücü kaybına neden olması, bazen de hayatı tehdit eden hastalıkların belirtisi olması nedeniyle üzerinde durulması gereken önemli bir konudur (123).

Baş ağrısı erişkinlerde olduğu gibi çocuk ve ergenlerde de çok sık karşılaşılan, genellikle psikolojik nedenler ve sinüzit ile açıklanmaya çalışılan bir yakınmadır. Çocukluk çağı baş ağrıları arasında migren ve gerilim tipi baş ağrısı sık olmakla birlikte; çocuk yaştan özelliği nedeniyle, SSS enfeksiyonu ve kafa içi basınç artışına neden olan durumların, acil müdahale gerektiren sekonder nedenlerin göz önünde bulundurulması gerekmektedir.

Çocukluk döneminde görülen kronik baş ağrıları önemsiz olmayıp üzerinde ciddi olarak durulmazken, son yıllarda konuyla ilgili çalışmaların sayısı giderek artmaktadır. Kröner Herwig ve ark. çocukluk çağında baş ağrısı prevalansını Almanya'da %53,2 (124), Chong ve ark. Singapur'da %84,2 (125) olarak belirlemişlerdir. Ülkemizde bu konuda yapılan çalışmalarda Alp ve ark. Ağrı bölgesinde %38,9 (126), Özge ve ark. Mersin bölgesinde %52,2 (35), Karlı ve ark. ise Bursa bölgesinde %52,2 (38) olarak bildirmişler ve konunun önemini vurgulamışlardır.

Çocukluk döneminde primer baş ağrılarının sıklığının ve öneminin anlaşılmasından sonra, okul çağı çocuklarında migren prevalansı %3,2-17 arasında bildirilmektedir (19, 123, 125, 127,128). Ülkemizde yapılan çalışmalarda ise bu oran dış yayınlara benzer şekilde %8,8-23,1 arasında bildirilmektedir (35,38,39,126,129,130).

Migrene göre GTBA ile ilgili olarak daha az epidemiyolojik çalışma olmakla birlikte, görülme sıklığı %8,6-25,9 arasında bildirilmektedir (35, 38, 39, 125).

Toplum çalışmalarında baş ağrısı prevalansının kadınlarda daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Abu-Arafeh ve ark. baş ağrısı sıklığını kadınlarda %63, erkeklerde %58 olarak bildirmişler ve benzer çalışmalar da bu bulguyu

desteklemektedir (19). Çalışmamızda pirimer baş ağrısı tanısı alan hastaların %70.4'ü kız, %29,6'sı erkek cinsiyette olup literatür bulguları ile uyumludur.

Zencir ve ark. migren sıklığını kızlarda %11, erkeklerde %6.7 olarak bildirmişlerdir (129). Abu-Arafeh ve ark 14 yaş altında kız ve erkeklerde migren sıklığını eşit oranda, adolesan dönemden sonra kızlarda daha sık olduğunu belirtmişlerdir (19). Migren ve GTBA tanısı alan hastalarda da kız çocukları ilk sırada yer almaktadır. Bu çalışmada 10 yaş altında baş ağrısının erkeklerde sık olduğu, 10 yaş üzerinde (adolesan dönemde) sıklığın kızların lehine arttığı saptanmıştır. 10 yaş altında GTBA sıklığı her iki cinsiyet için eşit iken, migren sıklığının erkeklerde yüksek olduğu, 10 yaş üzerinde migren ve GTBA'sının kızlarda sık olduğu saptandı. Her iki primer baş ağrısı tipinin adolesan dönemde kızlarda daha sık olması literatür bulguları ile uyumludur.

Migren ağrısı atak süresinin diğer pirimer baş ağrılarında daha uzun olduğu, GTBA'sında atak süresinin yaygın olarak (%72,2, %87,6) bir saatten kısa olduğu bildirilmektedir (36,91,131,132). Bu çalışmalarda aynı zamanda baş ağrısı atak süresi genellikle bir saatten kısa saptanmıştır. Çalışmamızda ICHD III (11) migren tanı kriterleri kullanıldığından migren tanısı konulan hastaların atak süresi bir saat ve daha uzun sürelidir. Migren hastalarının %72,3'ünde GTBA'sı olanların %22,2'sinde baş ağrısı süresi 2 saatten uzun belirlenmiştir. GTBA olanların %30,4 ünde ise atak süresi bir saatten kısadır. GTBA hastalarında atak süresinin daha kısa olması anlamlı ve literatür ile uyumlu bulunmuştur.

Pirimer baş ağrılarının sıklığı ile ilgili çalışmalarda, migren ağrısının daha sık yinelediğini bildiren yayınlar vardır (36,132). Hasta grubumuzda, migren baş ağrısının GTBA'na göre, istatistiksel olarak anlamlı olmayan sıklıkta olduğu belirlenmiş, her gün baş ağrısından yakınan hastalar arasında ise fark bulunmamıştır.

Çalışma grubunda, migren ve GTBA hastalarında ayırıcı tanıya götürecek, ağrılarının başlama zamanı ile ilgili kesin bir veri elde edilememiştir. Bu bulgu bu konuda yapılan çalışmalar ile uyumlu bulunmuştur (35,36,132).

Baş ağrısının karakteri pirimer baş ağrılarının ayırıcı tanısında önemli olmaktadır. Zonklayıcı tipte olması, migren tanı kriterleri içerisinde yer almakla birlikte migren hastalarının %43-80'inde (35, 36, 129, 132), GTBA hastalarının %41-57'sinde (35, 36, 132) baş ağrısının zonklayıcı tipte olduğu bildirilmiştir.

Çalışmamızda bu oranlar sırasıyla %71,4 ve %39,6 olarak bulunmuş ve baş ağrısının zonklayıcı olarak tanımlanmasının GTBA'sını dışlamıyacağı kanısına varılmıştır. Baş ağrısının karakterinin yanı sıra lokalizasyonu da ayırıcı tanıda değerlendirilmiş, çalışma grubumuzun bulguları ile uyumlu olarak, migren ve GTBA ağırlıklı olarak frontal bölgede yerleştiği belirlenmiştir (36,132). Ağrının tek taraflı olması erişkin migren hastalarında klasik bir bulgudur. Bu çalışmada migren hastalarının %52,3'ünde baş ağrısının tek taraflı olduğu belirlenmiş ve çocuk hastalarda tek veya iki taraflı ağrı olabileceği görüşü ile uyumlu bulunmuştur (18). Diğer taraftan GTBA hastalarında %81,1 oranında iki taraflı baş ağrısının bulunması, istatistiksel olarak anlamlı ve literatür bilgileri ile uyumludur. Baş ağrısı olduğunda günlük aktivitelere devam edememe oranları migren hastalarında daha yüksek saptanmıştır (35, 129, 132). Güçtürk çalışmasında bu oranları migrende %81,2, GTBA'da %17,7 olarak bildirmiştir (16). Çalışmamızda günlük aktiviteleri engelleyen baş ağrısı sıklığı, migren hastalarında %83,1, GTBA'sı olanlarda %62,3 dür. Migren hastalarında günlük aktiviteyi engelleyen atakların sıklığı literatürle uyumlu, istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Migren başta olmak üzere, pirimer baş ağrılarını başlatan faktörlerin olabileceği; stres, uykusuzluk, yeme düzeninin bozukluğu ve gürültünün en sık tanımlanan tetikleyici faktörler olduğu, ağrıyı tetikleyen faktörün belirlenmesinin profilaktik tedavide önemli olduğu bilinmektedir (132). Fukui ve ark migren hastalarının %95,5'inde en az bir tetikleyici faktörün bulunduğunu bildirmektedir (133). Güçtürk GTBA'sı olanların %60'da, migrenlilerin %82,8'inde ağrıyı başlatan tetikleyici faktör saptamıştır (132). Çalışmamızda migren hastalarının %46,2'sinde, GTBA'sı olanların %49,1'inde, sıklıkla stres, gürültü ve uykusuzluk olmak üzere, en az bir tetikleyici faktörün belirlenmesi bu konudaki yayınlar ile uyumludur.

Pirimer baş ağrısı tanısı olan hastaların ağrı ataklarına sıklıkla baş dönmesi, huzursuzluk, halsizlik gibi semptomlar eşlik etmektedir (107,126,132). Çalışma grubunda migren hastalarının %18,5'inde, GTBA hastalarının %15,1'inde baş dönmesi tarif edilmiş; göz kararması, bayılma diğer sık eşlik eden semptomlar olarak bulunmuştur.

Baş ağrısı ile mücadele etme yöntemleri sıklıkla ilaç alma, karanlıkta dinlenme, uyuma şeklindedir. Çalışma grubunu oluşturan hastaların %49,6'sı ilaç

olarak, %13,6'sı karanlık odada dinlenerek, %29,6'sı uyuyarak rahatladıklarını belirtmişler, migren ve GTBA olanlar arasında bir fark bulunmamıştır. Alp ve ark. migren hastalarında %78,3 uykunun, %78,8 sessiz ortamda yatmanın, %57 analjezik ilaç almanın; GTBA'sı hastalarında %57,8 uykunun, %63 sessiz ortamda yatmanın, %28,6 analjezik ilaç almanın baş ağrısını rahatlattığını bildirmişlerdir (126). Migren ve GTBA hastalarının baş ağrısını rahatlatan uygulamalar arasında anlamlı bir fark olmadığını belirten çalışmalar vardır (35, 36,132).

Yineleyen baş ağrıları, anne ve babalarda endişeye neden olmakta, özellikle beyini ilgilendiren bir hastalığı hatırlatmaktadır. Bu nedenle polikliniklere baş vurduklarında beyin görüntülemesinin yapılmasını özellikle beklemektedirler. Pirimer baş ağrısı tanısı alan hastalarda beyin görüntülemesi gerekli görülmemekte; dikkatli bir nörolojik muayene ve iyi alınmış öykü ile sekonder baş ağrılarının ayırt edilemediği durumlarda görüntüleme yapılması önerilmektedir (23,134). Bu çalışmada migren veya GTBA düşünülen hastalarda, alarm belirti ve bulgularının varlığı düşünülen (135,136); migren hastalarının %27,2'sinde, GTBA olanların %32,1'inden beyin görüntülemesi istenmiş; MRG incelemesi tercih edilmiş, hastaların hiçbirisinde baş ağrısını açıklayacak, tanıyı değiştirecek bulgu elde edilmemiştir. Benzer şekilde EEG'nin baş ağrısı etyolojisini aydınlatmada rutin kullanımının fayda sağlamadığı gösterilmiştir (96). Çalışmamızda migrenlilerin %1,5'inden, GTBA'sı olanların %15,1'inden, öykülerinde bayılma benzeri yakınmalarının olması nedeni ile EEG istenmiş, hiç birisinde patolojik bulguya rastlanmamıştır.

Migren hastalarında pozitif aile öyküsünün yüksek oranda belirlenmesi etyolojide kalıtımın rolü olduğunu ve tanıya ulaşmada aile öyküsünün önemli olduğunu göstermektedir (23, 126, 129, 137). Migren tanılı çocukların annelerinde baş ağrısı öyküsü %47,7- 56,7; aile bireylerinde %56,5-84,8 (35,126); GTBA hastalarında bu oranlar sırasıyla %39,6 ve %66,6-69,7 olarak bildirilmiştir (23, 126). Migren tanısı alan hastalarımızın %52,3'ünde, GTBA tanısı alanların %39,6'sında annenin başının ağrıdığı öğrenilmiştir. Çalışma grubunda aile bireylerinde baş ağrısı öyküsü; tüm baş ağrısı olan hastalarda %65,6, migren hastalarında %69,2, GTBA'sı olanlarda %62,3 oranında bulunmuştur. Aile bireylerinde baş ağrısı öyküsü olan hastaların %52,4 ünde tanı migrendir. Ailesinde baş ağrısı öyküsü olanlarda

olmayanlara göre migren görülme sıklığı istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksektir ve migrende kalıtımın rolü olduğu görüşünü desteklemektedir ($p=0.000$).

Pirimer baş ağrısı hastalarının önemli bir kısmına çeşitli tipte psikiyatrik hastalıkların eşlik ettiği gözlenmiş ve uzun zamandır erişkin hastalarda birliktelikleri üzerine çalışmalar yapılmaktadır. Konunun gelişmesi üzerine ICHD II’de, baş ağrılarının sınıflamasında sekonder baş ağrıları grubunda, 12. paragrafta, ‘psikiyatrik hastalıklarla ilişkili baş ağrıları’ şeklinde başlık açılmıştır (18). Bu sınıflamaya göre, psikiyatrik hastalığın seyri sırasında ortaya çıkan baş ağrısı bu tanımlamanın içine girmektedir. Ancak sınıflamanın açıklamasında, önceden pirimer baş ağrısı olan hastalarda, psikiyatrik hastalıklar ile ağrı şiddetinin ve sıklığının artması, ağrının kronikleşmesi durumunda psikiyatrik hastalık ile baş ağrısı arasında ilişki kurulabileceği belirtilmektedir (18). Margari ve ark pirimer baş ağrısı olan hastaların aile bireylerinde %80 baş ağrısı, %18,5 anksiyete bozukluğu, %17 mood bozukluğu, %8,5 epilepsi ve %1 şizofreni olduğunu bildirirken; kontrol grubunu oluşturan çocuklarda ise sırasıyla baş ağrısı %28, mood bozukluğu %8, anksiyete bozukluğu %2 oranında bildirmişler ve konunun önemini vurgulamışlardır (138). Galli ve ark. ailesinde baş ağrısı olan migrenli hastalarda psikiyatrik bozukluk oranlarını migrenli olmayanlardan yüksek saptamıştır (139). Çalışmamızda psikiyatrik hastalık eş tanısı olanlar ile olmayanların ailelerinde baş ağrısı öyküsü olması arasında anlamlı bir fark bulunmadı. Ancak psikiyatrik eş tanısı olanların ailelerinde %78,6 doktor tarafından konulmuş bir baş ağrısı tanısı olmaması istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0,021$). Baş ağrısına eşlik eden psikiyatrik hastalık sıklığını Toros ve ark %32.1 (140), Erermiş ve ark %53.3 (141) olarak bildirmektedirler. Yurt dışında yapılan çalışmalarda bu oran %26-29,7 dir (137, 142). Bizim çalışma grubumuzda bu oran %18,4 dür.

Pirimer baş ağrılarına eşlik eden psikiyatrik bozukluğun sıklığı ile ilgili değişik çalışmalar bulunmaktadır. Toros ve ark. psikiyatrik hastalık eş tanı oranını %18 olarak bildirmişlerdir, bu oran bizim çalışmamızda %18,4’dür. Psikiyatrik bozuklukların GTBA hastalarında daha fazla olduğunu belirten yazarların yanı sıra (138, 143), migren hastalarında daha sık görüldüğünü belirten yayınlar da bulunmaktadır (42, 140, 144). Ancak bu çalışmalarda iki tanı grubu arasında istatistiksel yönden fark bildirilmemiştir. Pirimer baş ağrıları ile birlikte sık görülen

psikiyatrik rahatsızlıkların majör depresif bozukluk, anksiyete bozukluğu ve bipolar bozukluk olduğu bildirilmiştir (138,140-147). Toros ve ark. depresyon ve obsesif kompulsif bozukluğun (OKB)(140); Margari ve Eremiş anksiyete bozukluğunun ön planda olduğunu bildirmişlerdir (138, 141). Bu çalışmada literatürlerle benzer olarak depresyon %43,5 oranda en sık rastlanan psikiyatrik eş tanı olup, takiben sırasıyla anksiyete bozukluğu (%6), sosyal fobi (%5), OKB (%4,3) ve konversif bozukluk (%4,3) belirlenmiştir. Migren ve GTBA hastaları arasında eşlik eden psikiyatrik bozukluk yönünden anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Migren ve psikopatoloji konusunda yapılan çalışmalarda; migrenin fizyopatolojisinde noradrenerjik, serotonerjik ve dopaminerjik sistemlerin rolü olduğu gösterilmiştir (148, 149). Benzer şekilde aynı nörotransmitter sistemlerinin emosyonel ve davranış bozukluklarında rolü olduğu bilinmektedir (148, 149). Bu bulgular migren ve psikopatoloji arasındaki bağlantının nörotransmitter sistemle ilişkili olduğunu düşündürmektedir.

Psikiyatrik hastalığın eşlik ettiği hasta grubunun (23 hasta) %91.3'ünü kızlar oluşturmaktadır ve hastaların hepsi adolesan yaş grubundadır. Psikiyatrik hastalık eşlik etmeyen grupta kızların oranı %65.7'dir. Bu bulgular literatür ile de uyumlu olup (31,32), psikiyatrik hastalığın eşlik ettiği pirimer baş ağrısı olan hasta grubunda, kız cinsiyet ve adolesan yaşta olmaları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0.015). Yayın incelemesinde psikiyatrik hastalığın eşlik ettiği pirimer baş ağrısı ile hastaların yaşı arasında ilişkiden bahseden makale bulunamamıştır. Bununla birlikte, hastalık süresinin uzadığı durumlarda psikiyatrik semptomatolojinin arttığını belirten yayınlar göz önüne alındığında, adolesan ve erişkin yaşlarda psikopatolojinin sıklığının artması beklenmelidir.

Arruda ve ark. migren baş ağrısı olan çocuklarda baş ağrısı sıklığı ile davranışsal ve duygusal bozukluklar arasında yakın ilişki olduğunu, GTBA olan çocuklarda bu etkileşmenin daha az olmakla birlikte, pirimer baş ağrılarında eşlik eden psikiyatrik bozuklukların atakların sıklığı ile yakın ilişkili olduğunu bildirmişlerdir. (150). Mitsikostas, Antonaci ve Margari de baş ağrısının şiddeti ve sıklığının artmasıyla, psikopatolojinin görülmesi arasında anlamlı ilişki olduğunu idda ederlerken (138, 151, 152), Shalonda ve ark. da kronik günlük baş ağrısı olan ergenlerde psikiyatrik durum ile baş ağrısı süresi, sıklığı ve şiddeti arasında ilişki

saptanmadığını bildirmişlerdir (153). Castello ve ark. depresyon, anksiyete ve somatizasyon bulguları olan hastalarda baş ağrısından yakınma sıklığını %20.5, sağlıklı çocuklarda ise %9.2 olarak bulmuşlar, psikiyatrik bozukluğu olanlarda baş ağrısının daha sık olduğunu vurgulamışlardır. (155). Bu çalışmada da psikiyatrik hastalık eşlik eden ve etmeyenler arasında baş ağrısı sıklığı açısından anlamlı bir ilişki saptanmamakla birlikte, depresyon ve anksiyete tanısı konulan hastaların baş ağrılarının sık olduğu belirlenmiştir. Migren hastalarında, günlük aktiviteleri engelleyen baş ağrılarının varlığı bilinmektedir. Çalışmamızda psikiyatrik hastalık eş tanısı olan hastaların %95,7'sinde, eş tanısı olmayanların %68.7 sinde baş ağrısının günlük aktiviteleri yerine getirmeye engel olmadığı saptanmıştır. Psikiyatrik hastalığın eşlik ettiği hastalarda baş ağrısının günlük aktiviteleri yerine getirmeye engel olmaması istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0.008$). Literatür taramasında, bu konuyla ilgili bir çalışmaya rastlanmamıştır. Çalışmamızda psikiyatrik bozukluğun eşlik ettiği hastalarda baş ağrısının uyuyarak (%52,2), psikiyatrik bozukluğun eşlik etmediği hastalarda analjezik ilaç alımı ile geçmesi (%53,9) dikkat çekici bulunmuştur. Ağrının nasıl geçtiğinin sorgulanması sırasında alınacak cevabın yönlendirici olabileceği kanısına varılmıştır.

Sık ve yineleyen baş ağrıların çocukların sosyal ve okul ilişkilerinde bozulma, okul başarısında azalma, okul sorunları, ev ödevini yaparken daha fazla zaman harcamasına, anksiyete ve depresyona neden olduğu; bu durumun çocuğun yaşam kalitesini bozduğu bilinmektedir (156). Sık ve yineleyen ağrılı dönemler için, akut veya kronik olarak kullanılan ilaçların çocuklardaki etkileri bilinmemekte, yan etkileri konusunda uzun vadeli çalışmalar bulunmamaktadır. Migren ve psikiyatrik bozuklukların etyolojisinde nörotransmitterlerin ortak sorumlu tutulmaları; pirimer baş ağrısı olan hastalarda yüksek oranda psikopatolojik sorunların saptanması nedeniyle, yalnızca baş ağrısının tedavisine odaklanmak yerine, kognitif, emosyonel, davranış sorunlarının da üzerinde durulması önem kazanmaktadır (138, 156, 157)

Bilişsel davranışsal terapi, gevşeme eğitimi ve 'biofeedback'in baş ağrısı tedavisindeki etkisini gösteren kanıtlar mevcuttur (111, 112). Tedavi seçimi hastanın yaşı, cinsiyeti, ailesi ve kültürel yapısından, aynı zamanda stresörün doğası ve eşlik eden psikiyatrik eş tanıdan da etkilenir. Yaşam kalitesinin iyileştirilmesi ve aşırı ilaç kullanımının ve ilaç yan etkilerinin önlenmesinde multidisipliner ve biyopsikososyal

yaklaşımın tedavideki yeri kabul görmektedir (157). Klinik temelli çalışmalarda baş ağrılı çocukların ailelerinde psikiyatrik rahatsızlıklar yüksek insidanda saptanmıştır (158). Bu nedenle tedavi ve müdahaleler çocuk ve aile merkezli olmalıdır. Psikiyatrik bozukluğun eşlik ettiği 23 hasta ve aile bireyleri Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Uzmanı tarafından belli periyotlarda değerlendirilmiş, üç aylık takip ve tedavi sonrasında baş ağrısı sıklığında ve şiddetinde belirgin azalmanın; tedavi sonrasında yeniden verilen ÇDÖ, STAI, ÇYKÖ ve Coopersmith Öz Saygı ölçek puanlarında belirgin düzelmenin olduğu görülmüştür. Bu bulgular kronik baş ağrısı olan çocuklarda psikiyatrik bozuklukların da olabileceği göz önünde bulundurularak multidisipliner tedavi yaklaşımının gerektiğini belirten yayınlar ile uyumludur.

Çocuklardaki psikiyatrik semptomatolojiyi değerlendirmede farklı metodlar kullanılmaktadır. Bunlar standardize edilmiş geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmış ölçeklerden oluşan ölçümsel metodlar ve DSM IV tanı kriterleri ve psikiyatrik görüşmeyi içeren kategorik yaklaşımlardır. Kronik baş ağrısı olan çocuklarda psikopatolojik semptomları değerlendiren çalışmaların çoğunda ölçekler kullanılmıştır. Kategorik yaklaşım kullanılan çalışmalar daha az olup, Margari ve ark. kategorik ve ölçümsel yaklaşımı birlikte kullanmış (138), Eremiş yalnızca DSM-IV tanı kriterlerini içeren kategorik yaklaşımla hastalara psikiyatrik tanıları vermiştir (141). Margari ve ark. psikometrik ölçek kullanmanın, kategorik yaklaşıma göre, duygusal ve davranışsal problemleri tanımada kolaylık sağladığını, kategorik yaklaşımda ihmal edilebilecek problemlerin tanınmasında yardımcı olabileceğini, her iki yaklaşımın birlikte kullanılmasının klinik deneyim, tedavi ve tanı için daha yararlı olduğunu bildirmişlerdir (138). Çalışmamızda Margari'nin önerdiği şekilde ölçümsel yaklaşımda bozukluk saptanan hastalar Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Bölümüne değerlendirilmiş, görüşme ve DSM-IV tanı kriterlerine göre psikiyatrik eş tanıları almışlardır. Her iki yaklaşımın birlikte kullanıldığı çalışma sayısının kısıtlı olması, ölçümsel ve kategorik yaklaşımı birlikte kullandığımız çalışmamızın değerini artırmakta ve çalışmamızda kullandığımız ölçeklerin psikiyatrik rahatsızlıkları tanımada güvenilirliğini desteklemektedir. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Uzmanlarının sayılarının kısıtlı olması, bir çok merkezde bulunamamaları nedeniyle psikiyatrik ölçekler psikiyatrik semptomatolojiyi taramada, hastaları yönlendirmede kullanılacak, uygulaması kolay metotlardır.

SONUÇLAR VE ÖNERİLER

1. 125 kişiden oluşan çalışma grubunda 65 hastada migren, 53 hastada GTBA'sı, 1 hastada küme baş ağrısı, 5 hastada diğer pirimer baş ağrıları saptanmıştır.
2. Pirimer baş ağrılarının adolesan yaş grubunda sık olduğu belirlenmiş, 10 yaşına kadar erkeklerde, 10 yaşından sonra kızlarda yüksek saptanmıştır. Migren 10 yaş altında erkeklerde, 10 yaş üzerinde kızlarda, GTBA'sı 10 yaş altında kızlarda ve erkeklerde eşit sıklıkta, 10 yaş üzerinde migrene benzer şekilde kızlarda yüksek sıklıkta saptanmıştır.
3. Baş ağrısı tanılarına göre hastaların sosyodemografik özellikleri benzer bulunmuştur.
4. Hastaların çoğunluğunda baş ağrısını başlatan tetikleyici faktörün olduğu, en sık tetikleyen faktörün stres olduğu saptandığından, stresden uzak durmanın baş ağrısı tedavisinde yeri önemlidir.
5. Pirimer baş ağrısına başka semptomların da eşlik ettiği, en sık eşlik eden semptomların baş dönmesi, göz kararması ve bayılma olduğu öğrenildiğinden baş ağrısı ile başvuran hastalarda epilepsi ile ayırıcı tanısı yapılması için ileri tetkikler yapılmalıdır.
6. Migren hastalarında baş ağrısı atak süresinin GTBA'sı olanlardan uzun olması, GTBA'sı olanlarda ağrının iki taraflı olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş, baş ağrısı tanısı koymada ICHD III tanı kriterlerinin özgüllüğü ve duyarlılığının yüksek olduğunu göstermiştir. Ancak ağrının iki taraflı olmasının migren tanısını dışlamayacağı görülmüştür.
7. Hastaların büyük çoğunluğu baş ağrısını günlük aktiviteye engel olacak kadar şiddetli olduğunu tarifledi, bu oran migrenlilerde daha yüksek bulundu, ancak oranın GTBA'sı olanlarda da yüksek olması ağrının orta ve şiddetli olmasının migren tanısında duyarlılığı ve /veya özgüllüğü yüksek olan bir özellik olmadığını göstermiştir.

8. Migren hastalarının %69,2'sinin, GTBA'sı olanların %62,3'ünün aile bireylerinin baş ağrısından yakındıkları saptanmış, bu durum primer baş ağrılarında genetik yatkınlığın olabileceğini göstermiştir.
9. Hastaların büyük çoğunluğunun ilaç alarak ve uyuyarak baş ağrısı ile başetmeye çalıştığı öğrenilmiştir. Psikiyatrik komorbiditesi olan hastaların uyuyarak, komorbiditesi olmayanların ilaç alarak başetme sıklıkları yüksek bulunmuştur.
10. Hastaların 23'ünde (%18,4) psikiyatrik semptomatolojinin eşlik ettiği, en sık eşlik eden semptomatolojilerin depresyon ve anksiyete olduğu saptanmıştır.
11. Eş psikiyatrik semptomatoloji saptanan hastaların tedavi öncesi depresyon ve kaygı puanlarının psikiyatrik semptomatoloji saptanmayanlardan belirgin yüksek olduğu, öz saygı ve yaşam kalitesi ölçek puanlarının anlamlı olarak düşük olduğu belirlenmiştir.
12. Eşlik eden psikiyatrik komorbidite kızlarda ve adolesan yaş grubunda anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.
13. Baş ağrısı süresi, sıklığı ve şiddetinin psikiyatrik semptomatoloji birlikteliği üzerine anlamlı bir etkisi saptanmamıştır.
14. Psikiyatrik semptomatoloji saptananlarda ağrıyı başlatan tetikleyici faktörlerin daha sık olduğu saptanmış, ancak anlamlı bir birliktelik olmadığı görülmüştür.
15. Eş psikiyatrik semptomatoloji saptanmayan 6 hastaya baş ağrısı için profilaktik tedavi, psikiyatrik semptomatoloji birlikteliği saptanan hastaların 15'ine ilaç tedavisi başlanmış, 104 hasta ilaçsız olarak izlenmiştir. Hastaların büyük çoğunluğunun ilaçsız olarak sadece önerilerle (baş ağrısını tetikleyen faktörlerden kaçınılması ve düzenli beslenme, uyku, egzersiz gibi yaşam biçimi değişiklikleri) tedavi edilmesinin çoğu çocuğun baş ağrısını geçirmede yeterli olacağını göstermiştir.
16. Tanılarına uygun olarak tedavi alan 125 hastanın 123'ünde baş ağrısı tedavisi başarılı olmuş, tedavisinde başarılı olunamayan 2 hastanın ek psikiyatrik semptomatolojisi olmayan, ilaç tedavisi önerilmeyen hastalar

olduğu saptanmıştır. Psikiyatrik tedavi alan hastaların tamamının baş ağrısı şikayetlerinin tedavi sonrasında kalmamış olması, primer baş ağrısı olan hastaların psikiyatrik semptomatoloji açısından taranmasının ve ocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Bölümü ile işbirliğinin önemini göstermiştir.

17. Eş psikiyatrik semptomatoloji saptananların 3 aylık tedavi sonrası değerlendirilmelerinde ölçek puanlarında olumlu yönde değişiklikler olduğu grlmştir.
18. Ölçümsel ve kategorik yaklaşımın birlikte kullanılması nedeniyle değerli olan bu çalışma psikiyatrik semptomatolojiyi tanımada kullanılan ölçeklerin güvenilirliğini de göstermiştir.
19. Bu alışma ile pirimer baş ağrularına eşlik eden psikiyatrik semptomatoloji sıklığının yüksek olduğu ve eş psikiyatrik semptomatolojiye yönelik verilen tedavilerin baş ağrısı tedavisinde de etkin olduğu gösterildiğinden, pirimer baş ağrısı tanısı alan hastalarda psikiyatrik değerlendirilmenin mutlaka yapılması gerektiği, değerlendirme yapmada ölçeklerin uygulanmasının kolay ve güvenilir olduğu, ölçeklerde sorun saptanan hastaların ocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ile birlikte tedavilerinin planlanması gerekliliğini vurguluyoruz.
20. Ülkemizde ocukluk ağı pirimer baş ağrularına eşlik eden psikiyatrik eş tanı sıklığı ile ilgili çalışma sayısı son derece kısıtlıdır. Bu alanda yapılacak yeni çalışmalar çocuklar için faydalı gelişmeler adına yol gösterici olabilir.

KAYNAKLAR

1. Abu-Arefeh I, Russell G. Prevalence of headache and migraine in school children. *BMJ* 1994; 309: 765–769.
2. Burton LJ, Quinn B, Pratt-Cheney JL, Pourani M. Headache etiology in a pediatric emergency department. *Pediatr. Emerg. Care* 1997; 13: 1–4.
3. Bille B. Migraine in school children. *Acta Paed. Scand.* 1962;51 (suppl 136):3-151.
4. Lewis DW. Toward the definition of childhood migraine, *Curr Opin Pediatr* 2004;16:628-636.
5. International Headache Society. Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgia and facial pain. *Cephalalgia* 1988;8:1-96.
6. Deda G, Çaksen H and Öcal A. Headache etiology in children: a retrospective study of 125 cases. *Pediatrics International* 2000; 42: 668–673.
7. Aysun S, Yetük M. Clinical experience on headache in children: analysis of 92 cases. *J. Child. Neurol* 1998; 13: 202–10.
8. Hansen JS, Bendtsen L, Jensen R (2007). Predictors of treatment outcome in headache patients with the Millon Clinical Multiaxial Inventory III (MCMII-III). *Journal Headache Pain* 8:28–34.
9. Sauro KM, Becker WJ. Multidisciplinary treatment for headache in the Canadian healthcare setting. *Can J Neurol Sci.* 2008;35(1): 46-56.
10. Öyekçin DG, Sarıkaya Ö, Duraklı M, Erol Almıla. Baş ağrısı tipi ile psikiyatrik eş tanı, depresyon ve anksiyete düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2007; 8:281-286.
11. *Cephalalgia* 33(9) 629–808 The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition.

12. Sieberg CB, Huguet A, Baeyer CL, Seshia SS. Psychological Interventions for headache in children and adolescents. *Can J. Neurol. Sci.* 2012; 39: 26-34.
13. Kabbouche MA, Powers SW, Vockell AL, et al. Outcome of a multidisciplinary approach to pediatric migraine at 1, 2, and 5 years. *Headache.* 2005 Nov-Dec;45(10):1298-303.
14. Türkiye Klinikleri Nöroloji Cilt:1, Sayı:2, Ağustos 2003
15. Silberstein SD, Lipton RB, Goadsby PJ. *Headache in clinical practice.* Isis Medical Media, 1998; 1-7.
16. Rowland LP: *Merritt's textbook of neurology.* 9th ed. Philadelphia, Williams & Wilkins. 1995; 839
17. Adams RD, Victor M. *Principles of neurology,* 7th edition, Mc Graw Hill international editions. 2001, Chapter 10,175-204.
18. Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. *The International Classification of Headache Disorders.* 2nd edition. *Cephalalgia* 2004; 24 (Suppl 1): 16-151.
19. Abu-Arafeh., I. et al., Prevalence of headache and migraine in children and adolescents: a systematic review of population-based studies. *Dev Med Child Neurol,* 2010. 52(12): p. 1088-97.
20. Aydin, M. et al. Profile of children with migraine. *Indian J Pediatr,* 2010. 77(11): p. 1247-51.
21. 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.
22. Rasmussen BK, Jensen R, Schroll M. Epidemiology Of Headache In A General Population-A Prevalence Study. *J Clin Epidemiol,* 1991, 44(11): 1147-1157.

23. Alehan, F., Çocukluk Çağı Baş ağrılarının Prospektif Değerlendirilmesi. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi, 2003. 46: s. 38-42.
24. Dalsgaard-Nielsen T. Some aspects of the epidemiology of migraine in Denmark. Headache. 1970 Apr;10(1):14-23.
25. Lipton RB, Silberstein SD, Stewart WF. An update on the epidemiology of migraine. Headache. 1994 Jun;34(6):319-28.
26. Mortimer MJ, Kay J, Jaron A. Epidemiology of headache and childhood migraine in an urban general practice using Ad Hoc, Vahlquist and IHS criteria. Dev Med Child Neurol. 1992 Dec;34(12):1095-101.
27. Sillanpaa M. Prevalence of migraine and other headache in Finnish children starting school. Headache. 1976 Jan;15(4):288-90.
28. Stewart WF, Linet MS, Celentano DD, Van Natta M, Ziegler D. Age- and sex-specific incidence rates of migraine with and without visual aura. Am J Epidemiol. 1991 Nov 15;134(10):1111-20.
29. Stewart WF, Lipton RB, Celentano DD, Reed ML. Prevalence of migraine headache in the United States. Relation to age, income, race, and other sociodemographic factors. JAMA. 1992 Jan 1;267(1):64-9.
30. Vahlquist B. Migraine in children. Int Arch Allergy Appl Immunol. 1955;7(4-6):348-55.
31. Bradley WG, Daroff RB, Fenichel GM. ve ark. Neurology in clinical practice Türkçe. 5.Baskı. Tan E, Özdamar SE. (çeviri editörleri). Veri Medikal Yayıncılık, 2008. Baş ve yüz ağrıları, Çevik İÜ. s: 263- 269.
32. Siva A. Baş ağrısı epidemiyolojisi. Türkiye Klinikleri Nöroloji, 2003, 1: 94-97.
33. Lipton RB et all. Prevalence and burden of migraine in the United States: data from the American Migraine Study II. Headache, 2001, 41(7):646-57.

34. Alparslan Y, 7-14 Yaş Grubu İlköğretim Çocuklarında Migren Başağrısı Prevelansına, Klinik Özelliklerine ve Renk Görme Defekti ile Olan Birlikteliğine İlişkin Tarama Çalışması. 2001, Uzmanlık Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi.
35. Ozge, A., et al., 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): p. 138-45.
36. Çağırıcı, S., İstanbul İlinin Maltepe İlçesindeki Okul Çocuklarında Migren ve Gerilim Tipi Başağrısı Prevelansı ile Klinik Özellikleri, Nöroloji Kliniği. 2005, Uzmanlık Tezi, Dr. Lütfü Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi: İstanbul. (yayınlanmamış)
37. Barea LM, Tannhauser M, Rotta NT. An epidemiologic study of headache among children and adolescents of southern Brazil. *Cephalalgia*. 1996 Dec;16(8):545-9; discussion 23.
38. Karli N, Akis N, Zarifoglu M, Akgoz S, Irgil E, Ayvacioglu U, Calisir N, Haran N, Akdogan O. Headache prevalence in adolescents aged 12 to 17: a student-based epidemiological study in Bursa. *Headache*. 2006 Apr;46(4):649-55.
39. Unalp A, Dirik E, Kurul S. Prevalence and characteristics of recurrent headaches in Turkish adolescents. *Pediatr Neurol*. 2006 Feb;34(2):110-5.
40. Turkdogan D, Cagirci S, Soylemez D, Sur H, Bilge C, Turk U. Characteristic and overlapping features of migraine and tension-type headache. *Headache*. 2006 Mar;46(3):461-8.
41. Zwart JA, Dyb G, Holmen TL, Stovner LJ, Sand T. The prevalence of migraine and tension-type headaches among adolescents in Norway. The Nord-Trondelag Health Study (Head-HUNT Youth), a large population-based epidemiological study. *Cephalalgia*. 2004 May;24(5):373-9.

42. Anttila P, Metsahonkala L, Aromaa M, Sourander A, Salminen J, Helenius H, Alanen P, Sillanpaa M. Determinants of tension-type headache in children. *Cephalalgia*. 2002 Jun;22(5):401-408.
43. Ayatollahi SM, Moradi F, Ayatollahi SA. Prevalences of migraine and tension-type headache in adolescent girls of Shiraz (southern Iran). *Headache*. 2002 Apr;42(4):287-90.
44. Karlı N. Gerilim tipi baş ağrısı. *Clinic medicine bilimsel ve güncel tıp dergisi*, 2008 Baş ağrısı özel sayısı: 28-34.
45. Stovner L, Hagen K, Jensen R. ve ark. The global burden of headache: a documentation of headache prevalence and disability worldwide. *Cephalalgia*, 2007, 27: 193–210.
46. Lewis DW. Headaches in Infants and Children. In: Kenneth F. Swaimann M, Stephen Ashwal M, Ferriero DM, editors. *Pediatric Neurology: Principles & Practice, Fourth Edition*. Philadelphia: Mosby Inc.; 2006. p. 1183-202.
47. Lipton RB, Stewart WF. Migraine headaches: epidemiology and comorbidity. *Clin Neurosci*. 1998;5(1):2-9.
48. Isik, U., et al., Prevalence of headache and its association with sleep disorders in children. *Pediatr Neurol*, 2007. 36(3): p. 146-51.
49. Ulrich V, Gervil M, Kyvik KO. ve ark. Evidence of a genetic factor in migraine with aura: A population based Danish twin study. *Ann Neurol* 1999;45:241-6.
50. Ziegler DW, Hur YM, Bouchard TJ, ve ark. Migraine in twins raised together and apart. *Headache* 1998;38:417-22.
51. Russel MB, Ulrich V, Gervil M, Olesen J. Migraine without aura and migraine with aura are distinct disorders, a population-based twin survey, *Headache* 2002;42:332-336.

52. Sarioglu B, Erhan E, Serdaroglu G, Doering BG, Erermis S, Tutuncuoglu S. Tension type headache in children: a clinical evaluation. *Pediatrics Int.* 2003; 45 (2),186-189.
53. Breslau N, Schultz LR, Stewart WF, Lipton RB, Lucia VC, Welch KM. Headache and major depression: is the association specific to migraine?. *Neurology* 2000;54:308-13.
54. Silberstein SD, Lipton RB, Breslau N. Migraine: association with personality characteristics and psychopathology. *Cephalalgia* 1995;15:1-15.
55. Ottman R, Lipton R. Comorbidity of migraine and epilepsy. *Neurology* 1994;44:2105-10.
56. Mortimer MJ, Gawkrödger DJ, Jaron A. The prevalence of headache and migraine in atopic children: an epidemiological study in general practice. *Headache.*1993;33:427-431.
57. Olesen J, Lipton RB. Migraine classification and diagnosis: IHS criteria. *Neurology* 1994;44(supp 6):6-10,
58. Ad Hoc Committee on Classification of headache of NINDB. *JAMA* 1962; 179: 127-128.
59. Winner P, Martinez W, Mante L, Bello L. Classification of pediatric migraine: proposed revisions to the IHS criteria. *Headache* 1995;35:407-410.
60. Olesen J, Tfelt-Hansen P, Welch KMA. *The headaches.* 2nd edition, New York: Raven Press, 1993: 165–247.
61. Steiner DG, Lipton RB. Epidemiology of tension type headache: a review. *Headache* 1996; 36: 277–279.
62. Schoenen J, Gerard P, De Paspua V, Juprelle M. EMG activity in pericranial muscles during postural variation and mental activity in healthy volunteers and patients with chronic tension-type headache. *Headache* 1991; 31: 321–324.

63. Hatch JP, Moore PJ, Cyr Provost ME, Boutros NN, Seleshi E, Borcharding S. The use of electromyography and muscle palpation in the diagnosis of tension-type headache with or without pericranial muscle involvement. *Pain* 1992; 49: 175–178.
64. Meyer JS, Hata T, Imai A, Zetusky WJ. Migraine and intracranial swelling. *Lancet* 1985; 2: 1308–1309.
65. Hachinski VC, Porchawka J, Steele JC, Visual symptoms in migraine syndrome. *Neurology* 1973; 23: 570–579.
66. Rasmussen BK, Olesen J. Migraine with aura and migraine without aura: an epidemiological study. *Cephalalgia* 1992; 12: 221–228.
67. Olesen J. Some clinical features of acute migraine attack. An analysis of 750 patients. *Headache* 1978; 18: 268–271.
68. Blau JN. Resolution of Migraine attack. *J psychiatr Neurol Neurosurg* 1982; 45: 223– 226.
69. Rasmussen BK, Jenen R, Olesen J. A population based analysis of the diagnostic criteria of the International Headache Society. *Cephalalgia* 1991; 11: 29–34.
70. Adams RD, Victor M, Ropper AH. *Principles of Neurology*. 6th ed, New York: McGraw- Hill, 1998: 167–194.
71. Anthony M. Hedache and greater occipital nerve. *Clin. Neurology and Neurosurgery* 1992; 94: 297–301.
72. Zenbilci N. *Sinir Sistemi Hastalıkları*. Cerrahpaşa Tıp Fak. 3. Baskı, İstanbul: CTF basımevi, 1995:188.
73. Rasmussen BK. Migraine and tension-type headache in a general population: psychosocial factors. *Int J Epidemiol* 1992;21:1138-1143.

74. Robert H, Halsam A. Headaches. In: Kliegman RM, Behrman RE, Jenson HB, Stanton BF. Nelson Textbook of Pediatrics. International Edition. 18th Ed. Philadelphia: Elsevier Saunders 2007: 2479-2483.
75. Mihođlu H. Baş Ağrısı Hastalarında Massetter Kası Aktivitesinin Eksteroseptif Supresyonu ve Trigemino-servikal Refleks. Uzmanlık tezi, Ankara. Ankara Üniversitesi Tıp Fakóltesi, Nöroloji Bilim Dalı, 1996.
76. Iverson HK, Langemark M, Andersson PG, Hansen PE, Olesen J. Clinical characteristics of migraine and tension-type headache in relation to new and old diagnostic criteria. *Headache* 1990; 30: 514–519.
77. Rasmussen BK, Jensen R, Olesen J. Impact of headache on sickness absence and utilization of medical services: a Danish population study. *J Epidemiol Health* 1992; 46: 443–446.
78. Langemark M, Olesen J, Poulsen DL, Bech P. Clinical characterisation of patients with chronic tension headache. *Headache* 1988; 28: 590–596.
79. Jensen R, Rasmussen BK, Pedersen B, Olesen J. Muscle tenderness and pressure pain thresholds in general population. *Pain* 1992; 48: 197–203.
80. Rasmussen BK. Migraine and tension type headache in a general population: precipitating factors, female hormones sleep pattern and relation to lifestyle. *Pain* 1993; 53: 65–72.
81. Goebel H, Weigle L, Kropp B, Soyka D. Pain sensitivity and pain reactivity of pericranial muscles in migraine and tension type headache. *Cephalalgia* 1992; 12: 142–151.
82. Olesen J, Germaine BM, Christoph DH, Dodick D, First M, Goadsby PJ, et al, An International Journal of Headache. *Cephalalgia* 2004: 24 (Suppl 1).
83. Ray BS, Wolff HG. Experimental studies on headache. Pain sensitive structures of the headache and their significance in headache. *Arch Surg* 1940; 41:813-814.

84. Ulrich V, Gervil M, Olesen J. The relative influence of environment and genes in episodic tension-type headache. *Neurology*. 2004 Jun 8;62(11):2065-9.
85. Cady R, Schreiber C, Farmer K, Sheftell F. Primary headaches: a convergence hypothesis. *Headache*. 2002 Mar;42(3):204-16.
86. Dooley J, Bagnell A. The prognosis and treatment of headaches in children--a ten year follow-up. *Can J Neurol Sci*. 1995 Feb;22(1):47-9.
87. Guidetti V, Galli F. Evolution of headache in childhood and adolescence: an 8-year follow-up. *Cephalalgia*. 1998 Sep;18(7):449-54.
88. Turgay Dalkara, MD, Ala Nozari, MD, and Michael A Moskowitz, MD. Migraine aura pathophysiology: the role of blood vessels and microembolisation. *Lancet Neurol*. 2010 March; 9(3): 309–317.
89. Thomas N. Ward. Migraine Diagnosis and Pathophysiology. *Continuum Lifelong Learning Neurol* 2012;18(4):753–763.
90. Dooley JM, Gordon KE, Wood EP, Camfield CS, Camfield PR. The utility of the physical examination and investigations in the pediatricneurology consultation. *Pediatr Neurol*. 2003 Feb;28(2):96-9.
91. Lance J W: Mechanism and Management of Headache. 1. ed, Norwich: Page Bros. Ltd, 1982: 90–98.
92. Winner P, Rothner AD. Headache in children and adolescents. Hamilton and London: B.C. Decker; 2001.
93. Siva A. Akut baş ağrılı hastaya yaklaşım. 1. Türk Baş ağrısı Okulu. 1. baskı, Gazi Magusa: Barış basımevi, 1996.
94. The epidemiology of headache among children with brain tumor. Headache in children with brain tumors. The Childhood Brain Tumor Consortium. *J Neurooncol*. 1991 Feb;10(1):31-46.

95. Lewis DW. Headaches in children and adolescents. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care*. 2007 Jul;37(6):207-46.
96. Lewis DW, Ashwal S, Dahl G, Dorbad D, Hirtz D, Prensky A, Jarjour I. Practice parameter: evaluation of children and adolescents with recurrent headaches: report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology and the Practice Committee of the Child Neurology Society. *Neurology*. 2002 Aug 27;59(4):490-8.
97. Bazil CW. Migraine and epilepsy. *Neurol Clin*. 1994 Feb;12(1):115-28.
98. Örken DN, Yalçın D, İsmihanoğlu B, Forta H. Auralı migrenli olgularda EEG. *Epilepsi*. 2001;7:100-4.
99. Cuetter AC, Aita JF. CT scanning in classical migraine. *Headache* 1983; 24: 195–197. 91.
100. Carrera CF, Gerson DE, Schnus J, Mc Neil FG. Computerized tomography of the brain in patients with headache or temporal lobe epilepsy; findings and cost effectiveness. *J Comput Assist Tomogr* 1977; 1: 200–203.100.
101. Edelman RR, Zlatkin MB, Hesselink JR. *Clinical Magnetic Resonance Imaging*. 2nd ed, Philadelphia: WB Saunders Company, 1996: 1711–1756.
102. Cooney BS, Grossman RI, Farber RE, Goin JE, Galetta SL. Frequency of magnetic resonance imaging abnormalities in patients with migraine. *Headache* 1996; 10: 616–622.
103. Benedittis G, Lorenzetti A, Sina C, Bernasconi V. Magnetic resonance imaging in migraine and tension-type headache. *Headache* 1995; 35: 264–268.
104. Hershey AD, Powers SW, Vockell AL, LeCates S, Kabbouche MA, Maynard MK. PedMIDAS: development of a questionnaire to assess disability of migraines in children. *Neurology*. 2001 Dec 11;57(11):2034-9.

105. Hammalainen ML. Medical and dietary management of headache and migraine. Abu Arefeh I. Childhood Headache. Lavenham Pres. Ltd. London 2002, 136-148.
106. Lewis DW, Middlebrook MT, Mehallick L, ve ark. Pediatric headaches: what do children want? Headache 1996; 36: 224-230.
107. Okan M, Özdemir H. Çocuklarda baş ağrısı. Güncel Pediatri 2003;1:10-18.
108. Ford ES, Li C, Pearson WS, Zhao G, Strine TW, Mokdad AH. Body mass index and headaches: findings from a national sample of US adults. Cephalalgia 28(12): 1270-6, 2008.
109. Moore KL. Management of chronic headache in the era of managed care. The Neurologist 1997; 3: 209-240.
110. Metsahonkala L, Sillanpa M, Tuominen J. Headache diary in the diagnosis of childhood migraine. Headache 1997; 37: 240-244.
111. Hermann C, Kim M, Blanchard EB. Behavioral and prophylactic pharmacological intervention studies of pediatric migraine: an exploratory meta-analysis. Pain. 1995 Mar;60(3):239-55.
112. Fichtel A, Larsson B. Relaxation treatment administered by school nurses to adolescents with recurrent headaches. Headache. 2004 Jun;44(6):545-54.
113. Larsson B, Carlsson J, Fichtel A, Melin L. Relaxation treatment of adolescent headache sufferers: results from a school-based replication series. Headache. 2005 Jun;45(6):692-704.
114. Eccleston C, Morley S, Williams A, Yorke L, Mastroiannopoulou K. Systematic review of randomised controlled trials of psychological therapy for chronic pain in children and adolescents, with a subset meta-analysis of pain relief. Pain. 2002 Sep;99(1-2):157-65.

115. Senbil N, Aysun S. Çocukluk Çağı Bas Ağrıları Çocuk Nörolojisi; 2005. p. 110-42.
116. Lake A.E, Rains J.C, Penzien D.B, Lipchik G.L. Headache and psychiatric comorbidity historical context, clinical implications, and research relevance. Headache, 2005; 45: 493-506.
117. Saper JR, Lake AE. Borderline personality disorder and the chronic headache patient review and management recommendations. Headache 2002; 42(7): 663-74.
118. Kara H, Abay E. Kronik ağrıya psikiyatrik yaklaşım. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2000; 1(2):89-99).
119. Kovacs M. Rating scale to assess depression in school aged children. Acta Paed Psychiatrica 1981; 46:305-315.
120. Spielberger CD. Preliminary Manuel for the State-Trait Anxiety Inventory for children. Palo Alto, Consulting Psychologists Press, 1973.
121. Le Compte, A. ve Öner, N. (1975). Durumluk-Sürekli Kaygı Envanterinin(State-Trait Anxiety Inventory) Türkçe'ye adaptasyon ve standardizasyonu ile ilgili bir çalışma. IX. Milli Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi Çalışmaları, 457-462.
122. Öner, N. (1977) Durumluk-Sürekli Envanterinin Türk toplumunda geçerliliği. Yayımlanmış Doçentlik Tezi. Ankara: Hacettepe Üniversitesi, Psikoloji Bölümü.
123. Üneri, Ö.Ş. N. Şenbil, ve S. Turgut, Migrenli Ergenlerde Yaşam Kalitesi. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2009. 10: s. 137-41.
124. Kröger-Herwig B, Heinrich M, Morris L. Headache in German children and adolescents: a population-based epidemiological study. Cephalgia 2007;27:519-527.

125. Chong SC, Chan YH, Ong HT, Low PS, Tay KH. Headache diagnosis, disability and co-morbidities in a multi-ethnic, heterogeneous paediatric Asian population. *Cephalgia* 2010;30(8):953-961.
126. Alp R, Alp SI, Palancı Y, Sur H, Boru UT, Ozge A, et al. Use of the international classification of headache disorders, second edition, criteria in the diagnosis of primary headache in school children: Epidemiology study from eastern Turkey. *Cephalgia* 2010;30(7):868-877.
127. Fidaner H, Elbi H, Fidaner C ve ark. (1999) Yaşam kalitesinin ölçülmesi, WHOQOL-100 ve WHOQOL-BREF. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi*, 7: s. 5-13.
128. Arruda MA, Guidetti V, Galli F, Albuquerque R, Bigal ME. Primary headaches in childhood-a population-based study. *Cephalgia* 2010;30(9):1056-1064.
129. Zencir M, Ergin H, Şahiner T, Kılıç İ, Alkış E, Özdel L, et al. Epidemiology and symptomatology of migraine among school children: Denizli urban area in Turkey. *Headache* 2004;44:780–785.
130. Akyol A, Kiylioğlu N, Aydın I, Erturk A, Kaya E, Telli E, et al. Epidemiology and clinical characteristics of migraine among school children in the Menderes region. *Cephalalgia* 2007;27:781–787.
131. Rothner AD, Menkes JH. Headaches and nonepileptic episodic disorders. In: Menkes JH, Sarnat HB, Maria BL. *Child Neurology*. 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins 2006: 943-968.
132. Güçtürk İ. Denizli’de ilköğretim çağındaki çocuklarda baş ağrısı sıklığı, eşlik eden faktörler ve sağlık hizmeti kullanımı (Tıpta Uzmanlık Tezi). Denizli: Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2012.
133. Fukui PT, Gonçalves TRT, Strabelli CG, Lucchino NMF, Matos FC, Santos JPM. Trigger factors in migraine patients. *Arq. Neuro-Psiquiatr.* 2008;66(3-A):494-499.

134. Graf WD, Kayyali HR, Alexander JJ, Simon SD, Morriss MC. Neuroimaging use trends in nonacute pediatric headache before and after clinical practise parameters. *Pediatrics* 2008;122(5):1001-1005.
135. Medina LS, Kuntz KM, Pomeroy SL. Children with headache suspected of having a brain tumor: a cost-effectiveness analysis of diagnostic strategies. *Pediatrics* 2001; 108: 255– 263.
136. Lewis DW, Qureshi F. Acute headache in children and adolescents presenting to the emergency department. *Headache* 2000; 40: 200–203.
137. Bozdağ Ş. Çocukluk çağı baş ağrıları (Tıpta Uzmanlık Tezi). Elazığ: Fırat Üniversitesi; 2007.
138. Margari F, Lucarelli E, Craig F, Petruzzelli MG, Lecce PA, Margaria L. Psychopatology in children and adolescents with primary headaches: Categorical and dimensional approaches. *Cephalalgia* 33(16) 1311-1318, 2013.
139. Galli F, Canzano L, Scalisi TG and Guidetti V. Psychiatric disorders and headache familial recurrence: a study on 200 children and their parents. *J Headache Pain* 2009; 10: 187–197.
140. Toros F, Özge A, Kütük MÖ, Kaleağası H, Kanık A, Temel GÖ. The contribution of youth self-report in the diagnosis of psychiatric comorbidity of juvenile primary headache disorders. *Journal of Neurological Sciences (Turkish)* 27:(2)#23; 127-138, 2010.
141. Eremiş S, Büküşoğlu N, Tütüncüoğlu S, Oksel F. Çocukluk çağı baş ağrılarının psikososyal açıdan değerlendirilmesi. *Ege Tıp Dergisi* 40(1): 23-26, 2001.
142. Pakalnis A, Gibson J and Colvin A. Comorbidity of psychiatric and behavioral disorders in pediatric migraine. *Headache* 2005; 45: 590–596.

143. Mazzone L, Vitiello B, Incorpora G & Mazzone D. Behavioural and temperamental characteristics of children and adolescents suffering from primary headache. *Cephalalgia*, 26:194–201, 2006.
144. Teber S, Yılmaz S, Bilgiç Ayhan, Deda Gülhis, Kılıç HZ. Migren ve gerilim tipi baş ağrısı tanısı alan çocuk ve ergenlerde emosyonel problemler. *Çocuk Dergisi* 2006, 6(1); 33-38, Ref: 22.
145. Boardman HF, Thomas E, Millson DS, Croft PR. Psychological, sleep, lifestyle, and comorbid associations with headache. *Headache*, 45:657-669, 2005.
146. Breslau N. Psychiatry comorbidity in migraine. *Headache*, 18 (Suppl. 22):56–61, 1998.
147. Radat F, Creac'h C, Swendsen J. ve ark. Psychiatric comorbidity in the evolution from migraine to medication overuse headache. *Cephalalgia*, 25:519-522, 2005.
148. Panconesi A. Serotonin and migraine: A reconsideration of the central theory. *J Headache Pain* 2008; 9: 267–276.
149. Montagna P. Migraine genetics. *Expert Rev Neurother* 2008; 8: 1321–1330.
150. Arruda MA. Behavioral and emotional symptoms and primary headaches in children: A population based study.
151. Mitsikostas DD, Thomas AM (1999) Comorbidity of headache and depressive disorders. *Cephalalgia* 19:211–217.
152. Antonaci F, Nappi G, Galli F. ve ark. Migraine and psychiatric comorbidity: A review of clinical findings. *J Headache Pain* 2011; 12: 115–125.
154. Shalonda KS, Susmita MKZ, ve ark. Psycyhiatric comorbidity in pediatric chronic daily headache. *Cephalalgia* 32(15):1116-1122, 2012.

155. Costello EJ, Egger HL and Angold A. 10-year research update review: The epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders. The public health burden. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2005; 44: 972–986.
156. Trautmann E, Lackschewitz H & B Kröner-Herwig. Psychological treatment of recurrent headache in children and adolescents – a meta-analysis. *Cephalalgia* 2006; 26:1411–1426.
157. Sieberg CB, Huguet A, Baeyer CL, Seshia SS. Psychological interventions for headache in children and adolescents. *Can. J. Neurol. Sci.* 2012; 39: 26-34.

EKLER

Ek-1. BAŞ AĞRISI GÜNCEİ

BAŞ AĞRISI GÜNCEİ

TARİH

Ağrının yeri

Her iki alın bölgesi
Başın tek tarafında
Tepede
Ensede
Bilemiyorum

Ağrının şiddeti

Hafif
Orta
Şiddetli
Çok şiddetli
Ağlatacak kadar



Başlatan neden

Uykusuzluk
Yeme düzensizliği
Ekzersiz/yorgunluk
Dersler
Üzüntü
Diğer

Bulantı/Kusma

Var
Yok

Işık/Sesten rahatsızlık

Var
Yok

Hareketle ağrıda artış

Var
Yok

Uyuşukluk/Hissizlik

Var
Yok
Diğer

Eşlik eden başka bulgu

Kaç saat sürdü

1-30 dak
30-60 dak
1-2 saat
2 saatten uzun
Bir günden fazla

Nasıl geçti

Uyuyarak
Karanlık ve sesiz odada
İlaç alarak
Kustuktan sonra
Diğer

Ek-2. ÇOCUKLAR İÇİN DEPRESYON ÖLÇEĞİ

ÇOCUKLAR İÇİN DEPRESYON ÖLÇEĞİ

Adı Soyadı :

Tarih :

Sevgili öğrenciler, Aşağıdaki gruplar halinde bazı cümleler yazılıdır. Her gruptaki cümleleri dikkatlice okuyunuz. Her grup için, bugün dahil son iki hafta içinde size en uygun olan cümlelerin yanındaki numarayı daire içine alınız.

Teşekkürler

- 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- Herşeyi yanlış yaparım.
- D) 1- Birçok 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 birşeylerin geleceğini düşünürüm.
2- Sık sık başıma kötü şeylerin geleceğinden endişelenirim.
3- Başıma çok 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 yapmam.
3- Kendimi öldürmeyi düşünüyorum.
- İ) 1- Hergün içimden ağlamak gelir.
2- Birçok günler içimden ağlamak gelir.
3- Arada sırada içimden ağlamak gelir.

- J) 1- Herşey hergün beni sıkır.
2- Herşey sık sık beni sıkır.
3- Herşey arada sırada beni sıkır.
- K) 1- İnsanlarla beraber olmaktan hoşlanırım.
2- Çoğu zaman insanlarla birlikte olmaktan hoşlanmam.
3- Hiçbir zaman insanlarla birlikte olmaktan hoşlanmam.
- L) 1- Herhangi birşey hakkında karar veremem.
2- Herhangi birşey hakkında karar vermek zor gelir.
3- Herhangi birşey 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 hergün canım yemek yemek istemez.
2- Çoğu gün canım yemek yemek istemez.
3- Oldukça iyi.
- 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 başarıım iyi.
2- Okul başarıım eskisi kadar iyi değil.
3- Eskiden iyi olduğum derslerde çok başarısızım.

- Ü) 1- Hiçbir zaman diğer çocuklar kadar iyi olamıyorum.
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.

Ek-3. STAI DURUMLUK-SÜREKLİ KAYGI ÖLÇEĞİ

STAI FORM TX – I (DURUMLUK KAYGI ÖLÇEĞİ)

İsim:..... Cinsiyet:.....

Yaş:..... Meslek:.....

Tarih:...../...../.....

YÖNERGE: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarfetmeksizin **anında** nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

		HİÇ	BİRAZ	ÇOK	TAMAMIYLA
1.	Şu anda sakinim	(1)	(2)	(3)	(4)
2.	Kendimi emniyette hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
3.	Su anda sinirlerim gergin	(1)	(2)	(3)	(4)
4.	Pişmanlık duygusu içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
5.	Şu anda huzur içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
6.	Şu anda hiç keyfim yok	(1)	(2)	(3)	(4)
7.	Başıma geleceklerden endişe ediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
8.	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
9.	Şu anda kaygılıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
10.	Kendimi rahat hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
11.	Kendime güvenim var	(1)	(2)	(3)	(4)
12.	Şu anda asabım bozuk	(1)	(2)	(3)	(4)
13.	Çok sinirliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
14.	Sinirlerimin çok gergin olduğunu hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
15.	Kendimi rahatlamış hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
16.	Şu anda halimden memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
17.	Şu anda endişeliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
18.	Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
19.	Şu anda sevinçliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
20.	Şu anda keyfim yerinde.	(1)	(2)	(3)	(4)

STAI FORM TX – 2 (SÜREKLİ KAYGI ÖLÇEĞİ)

İsim:..... Cinsiyet:.....

Yaş:..... Meslek:..... Tarih:...../...../.....

YÖNERGE: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarfetmeksizin **anında** nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

		Hemen hemen hiçbir zaman	Bazen	Çok zaman	Hemen her zaman
21.	Genellikle keyfim yerindedir	(1)	(2)	(3)	(4)
22.	Genellikle çabuk yorulurum	(1)	(2)	(3)	(4)
23.	Genellikle kolay ağlarım	(1)	(2)	(3)	(4)
24.	Başkaları kadar mutlu olmak isterim	(1)	(2)	(3)	(4)
25.	Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıırım	(1)	(2)	(3)	(4)
26.	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
27.	Genellikle sakin, kendine hakim ve soğukkanlıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
28.	Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
29.	Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
30.	Genellikle mutluyum	(1)	(2)	(3)	(4)
31.	Herşeyi ciddiye alır ve endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
32.	Genellikle kendime güvenim yoktur	(1)	(2)	(3)	(4)
33.	Genellikle kendimi emniyette hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
34.	Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım	(1)	(2)	(3)	(4)
35.	Genellikle kendimi hüzünlü hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
36.	Genellikle hayatımdan memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
37.	Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder	(1)	(2)	(3)	(4)
38.	Hayal kırıklıklarımı öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam	(1)	(2)	(3)	(4)
39.	Aklı başında ve kararlı bir insanım	(1)	(2)	(3)	(4)
40.	Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin ediyor	(1)	(2)	(3)	(4)

Ek-4. COOPERSMITH ÖZ SAYGI ÖLÇEĞİ

YÖNERGE:

Aşağıda her insanın zaman zaman hissedebileceği bir takım durumlar maddeler halinde sıralanmıştır. Bu maddelerde belirtilen ifadeler, sizin genellikle hissettiklerinizi tanımlıyor ve çoğunlukla size uygun geliyorsa ilgili maddenin karşısındaki EVET sütununa bir çarpı işareti (x) koyunuz. Bu ifadeler eğer sizin genellikle hissettiklerinizi tanımlamıyor ve çoğunlukla size uygun gelmiyorsa bu durumda da HAYIR sütununa bir çarpı işareti (x) koyunuz.

Envanterde yer alan maddelerin doğru ya da yanlış cevapları yoktur. Bu nedenle yanıtlarınızı verirken mantığınızdan çok duygularınıza kulak vermeyi unutmayınız. Lütfen yanıtlarınızı içinizden geldiği gibi ve dürüst vermeye çalışınız. Kararsız kaldığımız durumlarda bile sadece bir seçeneği işaretleyiniz. Herhangi bir maddeye ilişkin her iki seçeneği de işaretlediğinizde ya da her iki seçeneği de boş bıraktığınızda bu maddeye ilişkin yanıtınızın geçersiz sayılacağını unutmayınız.

Yrd. Doç. Dr. Metin Pişkin

Evet	Hayır	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. Olup bitenlerden genellikle rahatsızlık duymam.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. Sınıfın önünde konuşma yapmak bana oldukça güç gelir.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. Eğer gücüm yetse kendimle ilgili değiştirmek istediğim pek çok özelliğim var.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. Herhangi bir konuda fazla zorlanmadan karar verebilirim.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. İnsanlar benimle birlikteyken hoş ve neşeli vakit geçirirler.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. Evdeyken kolayca canım sıkılır, moralim bozulur.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. Yeni şeylere alışmam uzun zaman alır.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. Yaşıtlarımın arasında seviliyorum.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9. Anne ve babam genellikle duygularımı dikkate alır.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. Güçlükler karşısında kolayca pes ederim.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. Anne ve babamın benden beklentisi çok fazla (aşırı derecede).
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12. Kendim olabilmek oldukça zor.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13. Hayatımdaki her şey karmakarışık.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14. Arkadaşlarım genellikle sözümü dinler, düşüncelerimi izlerler.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15. Kendime ait düşüncelerim olumsuz.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16. Pek çok kere evden ayrılmayı (başımı alıp gitmeyi) istemişimdir.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17. Okulda sıkça moralimin bozulduğunu, canımın sıkıldığını hissediyorum.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18. Çoğu insan kadar güzel görünüşlü biri değilim.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19. Söyleyecek bir şeyim olduğunda, genellikle çekinmeden söylerim.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20. Anne - babam beni anlıyor.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21. İnsanların çoğu benden daha çok seviyor.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22. Anne ve babamın çoğu zaman beni sanki zorladıklarını hissediyorum.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	23. Okulda çoğu zaman cesaretim kırılıyor.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24. Sık sık keşke başka birisi olsam diye arzularım.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25. Kendimi güvenilir biri olarak görmüyorum. (Bana bel bağlanmaz)

Evet	Hayır	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	26. Hiçbir şey için kaygı duymam.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	27. Kendimden oldukça eminim.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28. Sevecen birisiyim, başkaları tarafından kolayca sevilirim.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	29. Anne ve babamla birlikte oldukça hoş ve neşeli vakit geçiririz.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30. Hayal kurmaya çok zaman harcıyorum.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31. Keşke daha küçük olsaydım.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	32. Her zaman yapılması gerekeni, doğru olanı yaparım.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	33. Okuldaki başarılarımla gurur duymaktayım.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	34. Birileri her zaman ne yapmam gerektiğini bana söylemeli.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	35. Yaptığım şeylerden dolayı sık sık pişmanlık duyarım.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	36. Hiçbir zaman asla mutlu olmam.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	37. Derslerimle ilgili olarak yapabileceğimin en iyisini yapıyorum.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	38. Genellikle kendimi koruyabilir, kendime dikkat edebilirim.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	39. Oldukça mutluyum.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	40. Oyunu kendimden daha küçüklerle oynamayı tercih ederim.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	41. Tanıdığım herkesi seviyorum.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	42. Sınıfta söz almaktan hoşlanırım.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	43. Kendimi anlayabiliyorum.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	44. Evde hiç kimse bana fazla ilgi göstermiyor.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	45. Hiç bir zaman azar işitmem.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	46. Okulda olmak istediğim kadar başarılı değilim.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	47. Kendi başıma karar verebilir ve bu kararında ısrar edebilirim.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	48. Cinsiyetimden (erkek ya da kız olmaktan) memnun değilim.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	49. Başka insanlarla birlikte olmaktan hoşlanmıyorum.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	50. Hiç bir zaman utanmam.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	51. Sık sık kendimden utandığımı hissediyorum.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	52. Arkadaşlarım sık sık beni kızdırır, dalga geçerler.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	53. Her zaman doğruyu söylerim.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	54. Öğretmenlerim bana yeterince başarılı olmadığımı hissettiriyor.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	55. Bana ne olacağı hiç umurumda değil.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	56. Başarısız bir insanım.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	57. Azarlandığımda kolayca bozulurum.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	58. Kime ne söyleyeceğimi her zaman bilirim.

Ek-5. ÇOCUKLAR İÇİN YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ EBEVEYN FORMU

Çocuğunuzun adı soyadı:

Tarih:

ÇOCUKLAR İÇİN YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

Değerlendirme Formu (Anne-Baba)

Bir sonraki sayfada çocuğunuz için sorun olabilecek durumların listesi bulunmaktadır. Lütfen son bir aylık süre içinde her birinin çocuğunuz için ne kadar sorun oluşturduğunu daire içine alarak belirtiniz

Eğer çocuğunuz için hiçbir zaman sorun değilse	0
Eğer çocuğunuz için nadiren sorun oluyorsa	1
Eğer çocuğunuz için bazen sorun oluyorsa	2
Eğer çocuğunuz için sıklıkla sorun oluyorsa	3
Eğer çocuğunuz için hemen her zaman sorun oluyorsa	4

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	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. Evdeki 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	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. Uyumakta zorluk çekmek	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	Her zaman
1. Yaşlıları ile geçinememesi	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. Yaşlılarıyla oyun oynarken geri kalması	0	1	2	3	4

Okul ile ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	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