



**T. C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI**

**MİGREN VE GERİLİM TİPİ BAŞAĞRISI OLAN HASTALARDA
DUYGUDURUM BOZUKLUĞU VE ERİŞKİN DİKKAT EKSİKLİĞİ -
HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU (DEHB) BELİRTİLERİNİN İNCELENMESİ**

ESRA ARDA

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN: Prof. Dr. Sermin KESEBİR

İstanbul, 2016

**T. C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI**

**MİGREN VE GERİLİM TİPİ BAŞAĞRISI OLAN HASTALARDA
DUYGUDURUM BOZUKLUĞU VE ERİŞKİN DİKKAT EKSİKLİĞİ -
HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU (DEHB) BELİRTİLERİNİN İNCELENMESİ**

**ESRA ARDA
144102138**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN: Prof. Dr. Sermin KESEBİR

İstanbul, 2016

Gereği için arz olunur.



T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZ SINAV TUTANAĞI

GENEL BİLGİLER

Öğrenci No	:	
Öğrenci Adı Soyadı	:	Esra ARDA
Anabilim Dalı	:	Klinik Psikoloji
Tez Danışmanı	:	Prf.Dr. Sermin KESEBİR
Tezin Başlığı	:	Migren Ve Gerilim Tipi Baş ağrısı Olan Hastalarda Duygudurum Bozukluğu Ve Erişkin Dehb (Dikkat Eksikliği Ve Hiperaktivite Bozukluğu) Belirtilerinin İncelenmesi

TEZ SAVUNMA SINAVI TUTANAĞI

Toplantı Tarihi	:	07.10.2016	Saati	:	17.00
Öğrenci Savunmaya	:	<input checked="" type="checkbox"/> GELDI			
Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili hükümleri uyarınca tez bilimsel olarak incelenmiş, adayın tez çalışmasını sunmasının ardından, adaya tez çalışması ile ilgili sorular yöneltilmiştir. Yapılan değerlendirmeler sonunda adayın tez çalışmasıyla ilgili aşağıdaki kararı,					
<input checked="" type="checkbox"/> OY BİRLİĞİ <input type="checkbox"/> OY ÇOKLUĞU					
<input checked="" type="checkbox"/> Yapılan savunma sınavında adayın başarılı bulunması sonucunda tez KABUL edilmiştir.					
<input type="checkbox"/> Yapılan savunma sınavı sonucunda tezin DÜZELTİLMESİ için ay EK SÜRE verilmesinin Enstitü Müdürlüğüne önerilmesi kararı alınmıştır. (en fazla 3 ay)					
<input type="checkbox"/> Yapılan savunma sınavının sonucunda tezin REDDEDİLMESİ kararı alınmıştır.					
Savunmada Tezin Başlığı	:	<input checked="" type="checkbox"/> Değişmedi.	<input type="checkbox"/> Değişti.		
Tezin Yeni Başlığı	:				
Öğrenci Savunmaya	:	<input type="checkbox"/> GELMEDI			
Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili hükümleri uyarınca yukarıda belirtilen tarih ve saatte Tez Savunma Jürisi toplanmış ancak ilgili öğrenci savunma sınavına gelmemiştir. Adayın tez çalışmasını Jüri önünde sunmadığı için yapılan değerlendirmeler sonunda adayın tez çalışmasıyla ilgili aşağıdaki kararı,					
<input type="checkbox"/> OY BİRLİĞİ ile REDDEDİLMİŞTİR.					

ile almıştır.

Tez Sınavı Jürisi	Unvanı, Adı Soyadı	İmza
Danışman Üye	Prf.Dr. Sermin KESEBİR	
Üye	Yrd.Doç.Dr. Hüseyin ÜNÜBOL	
Üye	Yrd.Doç.Dr. Kaan YILANCIOĞLU	

YEMİN METNİ

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “Migren ve Gerilim Tipi Başağrısı Olan Hastalarda Duygudurum Bozukluğu ve Erişkin DEHB (Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu) Belirtilerinin İncelenmesi” adlı çalışmanın, tarafımdan, bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

Tarih:

.../.../.....

Esra Arda

İmza:

TEŞEKKÜR

Tez çalıőmam sũresince bana fikir ve yœnlendirmeleri ile yol gœsteren danıőmanım Prof. Dr. Sermin Kesebir'e; hastaların belirlenmesi ve yœnlendirilmesi konusundaki emekleri için Dr. Aysel Tekeşin'e; bu sũrete bana destek olan iş arkadaşlarım Dr. Őengũl avaő ve Dr. Gizem Gũneő'e; tezin tũm aőamalarında fikir ve teknik desteği ile birlikte manevi desteği için Taner Akbaő'a ve Gũl Alpar'a; manevi açıdan destekleri ile hep yanımda olan ve gũven veren annem Nevin Arda, kardeőim Őeyda Arda Kutlutũrk, arkadaşım Nilay Kara'ya ve benim ilgimden feragat etmek zorunda kalan canım kızım Yağmur Akbaő'a; diğer emeği ve desteği geçen herkese çok teőekkũr ederim.

Esra Arda

ÖZET

(Arda, Esra, Yüksek Lisans Tezi, 2016)

MİGREN VE GERİLİM TİPİ BAŞAĞRISI OLAN HASTALARDA DUYGUDURUM BOZUKLUĞU VE ERİŞKİN DEHB (DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU) BELİRTİLERİNİN İNCELENMESİ

Bu araştırmada migren ve gerilim tipi başağrısı yaşayan ve yaşamayan bireylerde duygudurum bozukluğu ile erişkin dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunun (DEHB) incelenmesi amaçlanmıştır. Araştırmaya İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nöroloji Polikliniğine başvuran Nöroloji uzmanı tarafından 63 migren; 29 gerilim tipi olmak üzere 92 başağrısı tanısı almış; 54 herhangi bir başağrısı tanısı almamış toplam 146 kişi katılmıştır. Hastalara Sosyodemografik veri formu, Duygudurum Bozuklukları Ölçeği, DSM-IV'e Dayalı Erişkin DEB/DEHB tanı ve Değerlendirme Envanteri uygulanmıştır. Elde edilen bulgulara göre; migren ve gerilim tipi başağrısı yaşayanların dikkat eksikliği alt ölçeği puan ortalamaları, sorun alt ölçeği puan ortalamaları ve toplam DEHB puan ortalamaları kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Grupların dürtüsellik-hareketlilik alt ölçeği puan ortalamaları arasında fark bulunamamıştır. Benzer şekilde duygudurum puan ortalamaları karşılaştırıldığında; başağrısı olan ve olmayanlar arasında anlamlı fark bulunamamıştır. Baş ağrısı sıklığı açısından karşılaştırıldığında, ayda $\frac{3}{4}$ gün başağrısı olanlarla tüm ay başağrısı olanlar arasında dikkat eksikliği, sorun düzeyleri ve toplam DEHB puan ortalamaları arasında fark bulunmuştur. Başağrısı şiddeti ile dikkat eksikliği, sorun düzeyleri ve toplam DEHB puan ortalamaları arasında küçük ama anlamlı pozitif ilişkiler izlenmiştir. Sonuç olarak dikkat eksikliği ile başağrısı arasında bir komorbidite olduğu ve aralarında anlamlı ilişkiler olduğu söylenebilir. Ancak duygudurum bozukluğu ile başağrısı arasında böyle anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır.

Anahtar kelimeler: Başağrısı, migren, gerilim tipi başağrısı, duygu durum bozukluğu, DEHB, dikkat eksikliği ve hiperaktivite

ABSTRACT

(Arda, Esra, Master of Science Thesis, 2016)

AN ANALYSIS OF MOOD DISORDER AND ADULT ADHD (ATTENTION DEFICIT AND HYPERACTIVITY DISORDER) IN MIGRAINE AND TENSION TYPE HEADACHE PATIENTS

Purpose of this research is to investigate mood disorders and attention deficit hyperactivity disorders in patients with migraine, tension-type headache and controls. Study includes 146 participants; 92 patients admit to İstanbul Education and Research Hospital Neurology Department and diagnosed with headache (migraine 63, tension type 29) and 54 control participants haven't been diagnosed. A sociodemographic data form, Mood Disorder Questionnaire - MDQ , Adult ADD/ADHD DSM IV- Based Diagnostic Screening and Rating Scale were administrated. The results show that, patients with migraine and tension type headaches display a significant higher attention deficit subscale score, higher problem subscale score, and total ADHD score. Impulsive-Activity subscale scores didn't differentiated between the groups. Similarly mood disorder scores didn't differentiated between the patients with and without headaches. According to frequency of headaches; the groups with the frequency of 3-4 days a month and all month differ with regard to attention deficit, problem levels and total ADHD scores. Severity of headache and attention disorder, problem levels and total ADHD scores show small but significant positive correlations. As a result, there is a comorbidity of attention deficit and headache and there are significant relations among them. However there is no such significant relation between mood disorders and headaches.

Key Words: Headache, migraine, tension-type headache, mood disorders, attention deficit hyperactivity disorders, ADHD

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

Tez Savunma Tutanağı	
Yemin Metni	
Teşekkür	
Özet	i
Abstract	ii
İçindekiler	iii
Tablolar	v
Kısaltmalar	vi
1. Giriş	1
1.1. Araştırmanın Amacı	1
1.2. Araştırmanın Önemi	2
2. Genel Bilgiler	3
2.1. Başağrısı Sınıflandırmaları ve Epidemiyolojisi	3
2.1.1. Migren Tipi Başağrılar	5
2.1.1.1. Migren epidemiyolojisi	8
2.1.1.2. Migrenin Etiyolojisi	8
2.1.2. Gerilim Tipi Başağrısı	8
2.1.2.1. Gerilim tipi başağrısı epidemiyolojisi	10
2.1.2.2. Gerilim tipi başağrısının etiyolojisi	10
2.2. Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu	10
2.2.1. Epidemiyoloji	12
2.2.2. Etiyoloji	13
2. 3. Duygu Durum Bozukluğu (Bipolar bozukluk)	14
2.3.1. Duygudurum Epidemiyolojisi	15
2.3.2. Duygudurum Etiyolojisi	15
2.4. Başağrısı ve Psikopatoloji	16
3. Yöntem	21
3.1. Katılımcılar	21
3.2. Veri Toplama Araçları	21
3.2.1. Sosyodemografik Veri Formu	21
3.2.2. Duygudurum Bozuklukları Ölçeği (Mood Disorder Questionnaire - MDQ)	21

3.2.3. Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Envanteri (Adult ADD/ADHD DSM IV- Based Diagnostic Screening and Rating Scale)	22
3.3. İşlem	24
3.4. Veri Analizi	24
4. Bulgular	25
4.1. Betimleyici Bulgular	25
4.1.1. Demografik Değişkenler	25
4.2. Baş Ağrısı Tipine Göre Ölçeklerden Alınan Puanların Karşılaştırılması	29
4.3. Baş Ağrısı Değişkenleri ile Ölçeklerden Alınan Puanlar Arasındaki İlişkiler	33
5. Tartışma ve Sonuç	36
5.1. Tartışma	36
5.2. Sonuç	40
5.3. Kısıtlılıklar	40
6. Kaynakça	41
Ekler	49
Özgeçmiş	58

TABLULAR

	Sayfa No
Tablo 1. ICHD-2'ye göre Başağrısı Sınıflandırması	4
Tablo 2. ICHD-2'ye Göre Aurasız Migren Tanı Kriterleri	6
Tablo 3. ICHD-2'ye Göre Auralı Migren Tanı Kriterleri	7
Tablo 4. ICHD-2'ye Göre Gerilim Tipi Başağrısı Tanı Kriterleri	8
Tablo 5. ICHD-2'ye Göre Gerilim Tipi Başağrısı Üç Ana Alt Grubu	9
Tablo 6. Başağrısı Tipine Göre Demografik Değişkenlerin Dağılımı	28
Tablo 7. Başağrısı Tipine Göre Klinik Değişkenlerin Dağılımı	30
Tablo 8. Başağrısı Tipine Göre Baş Ağrısı Sıklığı ve Şiddeti Değişkenlerin Dağılımı	32
Tablo 9. Başağrısı Tipine Göre Ölçeklerden Alınan Ortalama Puanları, Standart Sapmalar ve Kruskal Wallis Testi Bulguları	32
Tablo 10. Başağrısı Sıklığına Göre Ölçeklerden Alınan Ortalama Puanlar, Standart Sapmalar ve Varyans Analizi Bulguları	34
Tablo 11. Başağrısı Değişkenleri ve Ölçeklerden Alınan Puanlar Arasındaki Pearson Korelasyon Bulguları	36

KISALTMALAR

AM : Aurasız Migren

EB: Epizodik Gerilim tipi Başağrısı

DEHB : Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu

BPB: Bipolar Bozukluk

PTSB: Post Travmatik Stres Bozukluğu



1. GİRİŞ

Baş ağrısı görülme sıklığı nedeniyle toplumun çok geniş bir kısmını etkileyen, ekonomik iş gücü kaybına neden olması ve bazen de hayatı tehdit edebilecek bir lezyon ve ya önemli hastalıkların habercisi olması nedeniyle üzerinde dikkat edilmesi gereken bir konudur. Kronik baş ağrıları toplumsal ve ekonomik alanda birçok soruna neden olarak kişinin yaşam kalitesini olumsuz etkileyen rahatsızlıklardır. Öztürk ve ark. (2001) ağrı atak sayısının artması ile iş gücü kaybı oranları arasında pozitif korelasyon elde etmişlerdir. Yani ağrının özelliklerine bağlı olarak bireyin işlevselliği değişebilmektedir. Baş ağrısının günlük etkinliklerini etkileyerek hem bireyin işlevselliğine hem de ülke ekonomisine olumsuz etkide bulunduğu bildirilmiştir.

Migren ve gerilim tipi baş ağrısı, ortaya çıkış nedenleri tam olarak bilinmeyen, en sık görülen birincil baş ağrısı sendromları arasında yer alır. Her ikisi de önemli sağlık ve sosyoekonomik doğurgular ve sorunlarla karşımıza çıkmaktadır. Tetikleyici etmenler ve fizyolojik mekanizmalar açısından benzerlik gösterdikleri düşünülse de, migren ve gerilim tipi ağrılarda farklı semptomlar da izlenmektedir. Migrende görülen öncü belirtiler ve nörolojik aura semptomları gerilim tipi baş ağrısından farklıdır, bununla birlikte ağrı özellikleri de birbirinden farklıdır. Her iki hastalık grubunda da ağrıyı kesmek veya ağrı sıklığını ve yoğunluğunu azaltmak için çeşitli ilaçlar (non-steroid antienflamatuarlar, triptanlar, betablokerler, ergotamin, v.b.) kullanılmaktadır (Şeneş, 2013).

Baş ağrısı yaşayan kişilerde bazı psikiyatrik rahatsızlıkların da birlikte görüldüğü izlenmektedir. Orliz ve ark. (2010) migren hastalarının % 34.3 ünde psikiyatrik rahatsızlık saptamıştır. Bu nedenle baş ağrısı ile birlikte görülen psikolojik rahatsızlıkların incelenmesinin baş ağrısı ile ilgili görüşleri ve tedavileri zenginleştireceği düşünülmektedir.

1.1. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmada migren ve gerilim tipi baş ağrısı yaşayan ve yaşamayan bireylerde duygudurum bozukluğu ile erişkin dikkat eksikliği ve hiperaktivite

bozukluğunun (DEHB) incelenmesi amaçlanmıştır. Duygudurum bozukluğu ve DEHB birlikte incelenecek olup, farklı araştırma bulgularına katkı sağlayacağı ve bunun da tedavi pratiklerini zenginleştireceği düşünülmektedir. Bu amaçla şu hipotezler sınanarak, yanıt aranmıştır:

1. Başağrısı olan ve olmayan bireyler arasında dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu ölçeği puan ortalamaları arasında fark var mıdır?
2. Başağrısı olan ve olmayan bireyler arasında duygudurum bozukluğu ölçeği puan ortalamaları arasında fark var mıdır?
3. Başağrısı sıklığı, süresi ve şiddetine göre başağrısı olan bireylerin dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu ölçeği puan ortalamaları arasında fark var mıdır?
4. Başağrısı sıklığı, süresi ve şiddetine göre başağrısı olan bireylerin duygudurum bozukluğu ölçeği puan ortalamaları arasında fark var mıdır?
5. Başağrısı yaşayan bireylerde başağrısı sıklığı, süresi, şiddeti ile DEHB ve duygudurum bozukluğu puanları arasında ilişki var mıdır?

1.2. Araştırmanın Önemi

Başağrısı yaşamın birçok alanını etkileyen hem bireyin yaşamında hem de sosyo-ekonomik alanda birçok zorluğa ve işlevsellik kaybına neden olan önemli ve kronik bir sağlık sorunudur. Bu sorunla birlikte depresyon ve anksiyete gibi sık görülen psikiyatrik bozuklukların olduğu bilinmektedir ancak DEHB ve duygudurum bozukluğu ile birlikte nasıl bir ilişki içinde olduğu konusunda farklı araştırma sonuçları bulunmaktadır. Ayrıca bu iki bozukluğu birlikte inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır. Başağrısının DEHB ve duygudurum bozukluğu ile nasıl bir ilişki içinde olduğunu incelemenin ve psikopatolojik eştanılarının bilinmesinin buna yönelik gelişecek tedavi pratiklerini zenginleştireceği düşünülmektedir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Başağrısı ve Epidemiyolojisi

Başağrısı konusunda farklı sınıflandırmalar olmakla birlikte, genellikle iki kategoride sınıflandırılır: birincil (primer) başağrıları ve ikincil (sekonder) başağrıları. Bu araştırmanın konusu olan birincil başağrıların %90'dan fazlası migren, gerilim tipi ve küme başağrısı gruplarından oluşur. Brezilya'da yapılan bir çalışmada migrenin, başağrısı şikayeti ile gelen hastaların %45'inde birincil başağrısı sebebi olarak dikkat çektiği (Bigal et al., 2000), İngiltere'de yapılan bir diğer çalışmada ise başağrısı şikayeti ile gelen hastaların %85'inin migren tanısı aldıkları belirtilmiştir (Dowson, 2004). Populasyona dayalı çalışmalarda gerilim tipi başağrısının bir yıllık görülme yaygınlığı %38 izlenmiştir (Schwartz et al., 1998). Küme başağrısı ise yüzdesinin genel toplumda çok düşük olması (<%1) nedeniyle, nadiren tanı konulmaktadır. İkincil başağrı tipinde ağrının kaynağı, beyin tümörü veya kafa travması gibi başka durumlara bağlıdır; birincil başağrıları ise ağrı bu gibi durumlara bağlı değildir.

Uluslararası Başağrısı Cemiyeti (International Headache Society, IHS), 1988 yılında başağrısı konusunda sınıflandırmalar geliştirmiş ve tanı kriterleri belirlemiştir (Uluslararası Başağrısı Hastalıkları Sınıflandırması; ICHD-1), 2004 yılında bu kriterler yeniden gözden geçirilmiştir (ICHD-2, 2004). IHS sınıflandırması doğru tanının konabilmesi için hangi klinik özelliklerin olması gerektiğini belirtmekle birlikte sınıflandırma günlük pratikte çok kullanışlı bulunmamıştır ancak bu kriterler çeşitli bilimsel araştırmalardaki kullanım için uygun görünmektedir. ICHD-2'ye göre birincil ve ikincil başağrıları sınıflandırması Tablo 1'de gösterilmektedir. Buna göre; birincil başağrısı sendromları migren, gerilim tipi başağrısı, küme başağrısı ve diğer birincil başağrılarından oluşmaktadır.

Tablo 1. ICHD-2'ye Başağrısı Sınıflandırması

<i>Birincil başağruları</i>	<i>İkincil başağruları</i>
Migren	Baş ve/veya boyun travmasına bağlı başağrısı
Aurasız migren Auralı migren Migren öncülü olan çocukluk çağı Periyodik sendromlar Retinal migren Migren komplikasyonları Olası migren	Kraniyal veya servikal vasküler Hastalıklara bağlı başağrısı Non vasküler intrakraniyal hastalıklara bağlı başağrısı Maddeye veya onun kesilmesine bağlı başağrısı Enfeksiyonlara bağlı başağrısı Hemostaz hastalıklarına bağlı başağrısı Baş, boyun, göz, kulak, burun, sinüsler, diş, ağız ve diğer fasiyal veya kraniyal yapılara bağlı baş veya fasiyal ağrı Psikiyatrik hastalıklara bağlı başağrısı
Gerilim tipi başağrısı Sık olmayan epizodik gerilim tipi başağrısı Sık epizodik gerilim tipi başağrısı Kronik gerilim tipi başağrısı Olası gerilim tipi başağrısı	Kraniyal nöraljiler ve fasiyal ağrıların Santral nedenleri Diğer başağruları, nöraljiler veya diğer Santral ilişkili fasiyal ağrılar.
Küme başağrısı ve diğer trigeminal otonomik Sefaljiler Küme başağrısı Proksimal hemikrania Konjunktival ejeksiyon ve yırtılmalı kısa süreli unilateral nöraljiform başağrısı atakları Olası trigeminal otonomik sefalji	
Diğer birincil başağruları Birincil sapanma başağrısı Birincil öksürük başağrısı Birincil egzersize bağlı başağrısı Seksüel aktiviteyle ilişkili başağrısı Hipnik başağrı Birincil thunderclap başağrısı Hemicrania continua Yeni günlük-geçici başağrısı	

2.1.1. Migren Tipi Başağrıları

Migren, toplumda sık karşılaşılan çeşitli fiziksel değişikliklerle kendini gösteren, aralıklı bir şekilde gerçekleşen, tehlikesiz ama kronik bir rahatsızlıktır. Başağrısı genellikle, 4-72 saat süren; bulantı, kusma, ışıktan, sestten ve kokulardan rahatsız olma ile bağlantılı olan, kişinin normal olarak işlev göstermesini zorlaştıran ana semptomdur. Atakların sıklığı aşırı derecede değişkendir. Bazen birkaç ay sürer sonra yıllar boyunca olmaz. Bazı insanlar yaşamları boyunca bir-iki kez deneyimler. Bazı sıklık aralığı bir ya da iki ayda bir bir-iki atak şeklindedir. Haftada birden fazla sık ataklar aşırı semptomlara işaret eder ve ağrıkesici veya akut başağrısı ilaçları kullanımı ile sonuçlanabilir. İki tip ana migren tipi vardır: % 70-90 arasında aurasız migren; %10-30 arasında auralı migrendir. % 1-2 civarı da başağrısız auralı migrendir. Farklı tip migrenler bir arada bulunur ancak bu seyrekdir (MacGregor, 2005).

Migren tanısı başağrısı şikayeti ile gelen hastanın ağrı özelliklerinin ve ilişkili diğer belirtilerin hasta veya yakınları tarafından bildirilmesine dayanmaktadır. Hastaların fiziksel ve nörolojik muayeneleri sonucunda muayene ve laboratuvar bulguları normal görünmekte ve daha çok muayene ikincil başağrısı nedenlerini dışlamak için kullanılır. Migren ataklarında belirgin olarak dört dönem vardır: 1. Prodrom fazı 2. Aura fazı 3. Başağrısı fazı 4. İyileşme fazı.(Şeneş, 2013).

Prodrom fazı: Başağrısından önce ortaya çıkar ve hastaların %20-60'ında görülür. Migrende izlenen başlıca prodrom faz belirtileri ışığa duyarlılık, huzursuzluk, uyku hali, depresyon, hiperaktivite, aşırı konuşma, öfori, konsantrasyon güçlüğü, iştahsızlık, aşırı yeme isteği, diyare, sık idrara çıkma vb. şeklinde sıralanabilir.

Aura fazı: Migren atağının öncesinde, sırasında ve sonrasında görülen nörolojik belirtilerdir, 5-20 dakika arasında kendini gösterir. Aura görsel, duysal veya motor şeklinde olabilir; bazen dil ve beyin sapı işlevini etkileyebilir. En yaygın formu olan görsel aura genellikle görme alanı içinde bulunan, düzensiz kenarları olan, hilal şekline benzer, parlayan ve ışıldayan özelliklere sahiptir. En sık görülen ikinci aura şekli olan duysal semptomlar görsel auradan sonra ortaya çıkar ve auralı hastaların yaklaşık üçte

birinde rastlanır (Silberstein and Young, 1995). Belirtiler genellikle ellerde uyuşuklukla başlar, kola doğru çıkarak ardından dili, dudakları ve yüzü etkiler. Hastaların %18'inde görülen motor belirtiler sıklıkla duysal belirtilerle birlikte belirir ve genellikle tek taraflı kendini belli eder. %17-20 oranında hastalarda konuşma bozukluklarına rastlanmaktadır (Manzoni et al., 1985)

Baş ağrısı fazı: Migren baş ağrısı genellikle tek taraflı başlar ve bazen zamanla başın diğer bölgelerinde kendini gösterebilir. Baş ağrısı yavaş başlar, zamanla şiddetlenir ve gitgide atak şekline dönüşür. Ortalama atak süresi 24 saattir. Ağrılar zonklama şeklinde tarif edilmekte; bunlara bulantı ve ışığa hassasiyet eşlik etmektedir. Ayrıca fiziksel etkinlikler yoluyla arttığı belirtilmektedir. (Silberstein and Young, 1995)

İyileşme fazı: Ağrının azalarak şiddetini kaybetmesi sonucu, hastada dikkat güçlükleri, isteksizlik, depresif duygular, halsizlik ve anksiyete belirtileri izlenebilir. Ayrıca başın etrafında duyarlılık, abartılı coşku ve neşe izlenebilir (Manzoni et al., 1985).

ICHD-2 sınıflandırmasına göre migrende en önemli iki grubu aurasız ve auralı migren oluşturmaktadır. Bunların tanı kriterleri Tablo 2 ve Tablo 3'de verilmiştir.

Tablo 2. ICHD-2'ye Göre Aurasız Migren Tanı Kriterleri

A.B-D kriterlerini karşılayan en az beş atak
B.4-72 saat süren ve <15 gün/ay görülen baş ağrısı atakları
C.Aşağıdaki özelliklerden en az ikisini taşıyan baş ağrısı: Tek taraflı lokasyon Zonklayıcı nitelikte Orta-ağır şiddette Fiziksel aktiviteyle başlayan veya artan
D.Baş ağrısı sırasında aşağıdakilerden en az biri olmalı: Bulantı ve/veya kusma Fotofobi ve fonofobi
E.Başka bir hastalığa bağlı olmaması

Tablo 3 . ICHD-2'ye Göre Auralı Migren Tanı Kriterleri

A. B kriterlerini karşılayan en az iki atak

B. Motor zayıflık olmadan, tamamen düzelebilen görsel ve/veya duyuşsal ve/veya konuşma semptomları

C. Aşağıdaki kriterlerden en az ikisi:

1. Eş zamanlı pozitif (ör. Titreşen ışıklar, ışık çakmaları ve çizgiler) ve/veya negatif (ör. görme kaybı) özellikli görsel semptomlar ve/veya pozitif (ör. karıncalanma ve uyuşma) ve/veya negatif (ör. hissizlik) özellikli duyuşsal semptomlar.

2. 5 dakikadan daha fazla süren kademeli olarak gelişen en az bir semptom

ve/veya ardışık görülen farklı semptomlar.

3. Her semptom ≥ 5 dakika ve ≤ 60 dakika devam etmeli

D. Aura sırasında veya auradan sonra 60 dakika içerisinde başlayan Aurasız migren için tanı kriterleri B-D'yi karşılayan başağrısı.

E. Başka bir hastalığa bağılı olmaması

Yayla (2012) çalışmasında migren hastalarının çoğunda bulantı belirtisi ancak %31,6'sında kusma izlendiğini, fonofobi ve fotofobinin ise tüm hastalarda bulunduğunu ifade etmektedir. Hastaların %45,7'inde tek taraflı ağrı bildirirken, %26,1' sı iki yönlü ağrı bildirmektedir. Bazen tek bazen de iki taraflı olduğunu söyleyenlerin oranı %10,9'dur. Hastaların hepsi orta veya ileri ağrı yoğunluğundan şikayet ederken, yarısı aktiviteyle şiddetlenen ağrı bildirmektedir. Hastaların %21'i ise kronik günlük başağrısı şikayeti yaşamaktadır (Patterson and Silberstein, 1993).

2.1.1.1. Migren epidemiyolojisi

Yurtdışında yapılan başağrısı yaygınlık çalışmalarında, migren başağrılarının erişkin kadınlarda %12-24, erkeklerde ise %5-12 oranlarında görüldüğü bildirilmiştir (Henry et al., 2002). Ülkemizde ise 15-55 yaş grubunda migren yaygınlığı %16.4 olarak bulunmuş olup, oran kadınlar için %22, erkekler için ise %11 olarak izlenmiştir (Türk Başağrısı Epidemiyoloji Çalışma Grubu, 1997) .

2.1.1.2. Migrenin Etiyolojisi

Migrenin gelişme nedenlerine bakıldığında birçok farklı teori, migrenin tümünü açıklamada yetersiz kalmaktadır. Migrenin damarsal bir hastalık olduğu ve biyokimyasal değişimler sonucu beyin etkinliğinde değişimler olduğu (Ağın, 2014),

serotonin düzeyinin azalması sonucu beyin damarlarında daralma olduğu ve sonrasında genişlediği (Şahinoğlu, 2009), kadınların menstürel dönemlerinde ve gebelikte görülen hormonal değişiklikler olduğu (Mc Gregor, 2003), merkezi sinir sisteminin içsel ve dışsal uyaranlara karşı hassasiyetin artması ve aşırı uyarılması; genetik eğilimler sonucu psikolojik ve biyolojik hassasiyetin artması (Ünsal, 2012) gibi sebepler düşünülmektedir

Migren atağının ortaya çıkmasını sağlayan tetikleyici faktörler öğün geciktirme ve atlama, titreyen ve parlayan ışıklar, aşırı egzersiz, bazı yiyecekler (çikolata, peynir, kafein, şarap, bira..), hava değişimi, güçlü kokular, hormonal faktörler, gebelik, gebelik önleyici ilaçlar, aşırı uyku, uykusuzluk ve yorgunluk sayılabilir (McGregor, 2003).

2.1.2. Gerilim Tipi Başağrısı

Uluslararası Başağrısı Cemiyeti (International Headache Society, 1988), “Gerilim Tipi Başağrısı” terimini 1988 yılında tanımlamıştır. Buna göre gerilim tipi başağrısı migrenden ayrılarak, kendine özgü ağrı özellikleri tanımlanmıştır. Gerilim tipi başağrısında migrendeki gibi nörolojik semptomlar ve öncül belirtiler izlenmemektedir. Genellikle ağrı basınçlı biçimde hissedilen, sıkıştırıcı, künt, iki taraflı, fiziksel aktiviteyle artmayan özellikler gösterir. Tablo 4. da gerilim tipi başağrısı tanı kriterleri verilmiştir.

Tablo. 4. ICHD-2’ye Göre Gerilim Tipi Başağrısı Tanı Kriterleri

Aşağıda belirtilen B-E kriterlerini karşılayan en az 10 başağrısı olayı;

A. Başağrısı <1 gün/ay (sık olmayan epizodik), 1-14 gün/ay (sık epizodik), ≥ 15 gün/ay (kronik).

B. 30 dakikadan 7 güne kadar devam eden başağrısı.

C. Aşağıdaki başağrısı özelliklerinden en az ikisi:

Basınç veya sıkıştırıcı (zonklayıcı olmayan) kalitede.

Hafif veya orta şiddette (günlük aktiviteyi azaltan ancak engellemeyen).

İki taraflı lokalizasyon.

Merdiven çıkma veya benzer fiziksel aktivitelerle artmayan

D. Aşağıdakilerin tamamı:

Bulantı veya kusma yok (iştahsızlık görülebilir)

Fotofobi ve fonofobi yoktur, veya biri varsa diğeri yoktur.

E. Herhangi bir metabolik veya yapısal hastalık kanıtı olmayacak.

Bu belirtilerin yanı sıra; yorgunluk, uyku sorunları ve sersemlik izlenebilir. Gerilim tipi baş ağrısında tetikleyici faktörler arasında uykusuzluk, duygusal stres ve menstürasyon döngüsü sayılabilir (İnan, 2003). Tablo 5’de gerilim tipi baş ağrısının alt grupları verilmiştir.

Tablo 5. ICHD-2’ye Göre Gerilim Tipi Baş ağrısı Üç Ana Alt Grubu (International Headache Society, 1988).

Sık olmayan epizodik gerilim tipi baş ağrısı, baş ağrısı epizodu <1 gün/ay.
Sık epizodik gerilim tipi baş ağrısı, baş ağrısı epizodu 1-14 gün/ay
Kronik gerilim tipi baş ağrısı, baş ağrısı epizodu \geq 15 gün/ay (24-11)

2.1.2.1. Gerilim Tipi Baş ağrısı Epidemiyolojisi

Gerilim tipi baş ağrısı genel popülasyonda oldukça sık rastlanan birincil baş ağrısı tipidir. Avrupa ve ABD’de yaygınlığı %30-80 arasında değişmekle birlikte, kadınlarda erkeklerden daha sık görülmekte ve yaşla birlikte görülme yüzdesi düşmektedir (Schwartz et al., 1998). Ülkemizde gerilim tipi baş ağrısı yaygınlığı yaklaşık %35 civarında izlenmiştir (İnan, 2003) .

2.1.2.2. Gerilim Tipi Baş ağrısının Etiyolojisi

Gerilim tipi baş ağrısının çevresel mi yoksa merkezi sinir sisteminden mi kaynaklandığı tartışmalı görünse de; her iki faktörün de birlikte etkilediği düşünülmektedir. Artmış kas hassasiyetinin olması, stres ve zihinsel gerginliğin olması gerilim tipi baş ağrılarında gözlenen faktörlerdir. Uykusuzluk, duygusal stres, yorgunluk, menstürasyon tetikleyiciler arasındadır (Ünsal, 2012).

2.2. Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB)

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB) çocuklukta başlayan, kişinin yaşamının birçok alanını etkileyen bir psikiyatrik rahatsızlıktır. Gelişmesinde hem genetik ve nörokimyasal etkiler hem de psikososyal etkenlerin rol oynadığı belirtilen bu kronik çocukluk çağı bozukluğu belirtilerinin erişkinlikte de sergilenebileceğine ilişkin çalışmalar erişkin dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunu ortaya koymaktadır (Barkley et al., 2008) .

DEHB aynı gelişim düzeyindeki bireylerle kıyaslandığında, kalıcı ve sürekli olarak dikkatsizlik örüntüsü ve/ya da daha sık ve şiddetli hiperaktivite-impulsivitenin olması ile kendini gösterir. Bu belirtiler 7 yaşından önce bulunmalıdır ve en az iki ortamda izlenmelidir.

Aşağıda DSM-IV'e göre DEHB tanı ölçütleri gösterilmektedir (DSM- IV, 2014). Aşağıdakilerden (1) ya da (2) vardır:

Dikkatsizlik: Aşağıdaki dikkatsizlik semptomlarından altısı (ya da daha fazlası) en az 6 ay süreyle, uyumsuzluk doğurucu ve gelişim düzeyine göre aykırı bir derecede sürmelidir:

Çoğu zaman dikkatini ayrıntılara veremez ya da okul ödevlerinde, işlerinde ya da diğer etkinliklerde dikkatsizce hatalar yapar. Çoğu zaman üzerine aldığı görevlerde ya da oynadığı etkinliklerde dikkati dağınık. Doğrudan kendisine konuşulduğunda çoğu zaman dinlemiyormuş gibi görünür. Çoğu zaman yönergeleri izlemez ve okul ödevlerini, ufak tefek işleri ya da işyerindeki görevlerini tamamlayamaz (karşıt olma bozukluğuna ya da yönergeleri anlayamamaya bağlı değildir). Çoğu zaman üzerine aldığı görevleri etkinlikleri düzenlemekte zorluk çeker. Çoğu zaman sürekli mental çabayı gerektiren görevlerden kaçınır, bunları sevmez ya da bunlarda yer almaya karşı isteksizdir. Çoğu zaman üzerine aldığı görevler ya da etkinlikler için gerekli olan şeyleri kaybeder (örn. oyuncaklar, okul ödevleri, kalemler, kitaplar ya da araç gereçler). Çoğu zaman dikkati dış uyaranlarla kolaylıkla dağınık. Günlük etkinliklerinde çoğu zaman unutkanlıktır.

Hiperaktivite: Aşağıdaki hiperaktivite-impulsivite semptomlarından altısı (ya da daha fazlası) en az 6 ay süreyle, uyumsuzluk doğurucu ve gelişim düzeyine göre aykırı bir derecede sürmüştür:

Çoğu zaman elleri ayakları kıpır kıpırdır ya da oturduğu yerde kıpırdanıp durur. Çoğu zaman sınıfta ya da oturması beklenen diğer durumlarda oturduğu yerden kalkar. Çoğu zaman uygunsuz olan durumlarda koşuşturup durur ya da tırmanır (ergenlerde ya da erişkinlerde öznel huzursuzluk duyguları ile sınırlı olabilir). Çoğu zaman sakin bir biçimde, boş zamanları geçirme etkinliklerine katılma ya da oyun oynama zorluğu vardır. Çoğu zaman hareket halindedir ya da bir motor tarafından sürülüyormuş gibi davranır. Çoğu zaman çok konuşur

İmpulsivite (dürtüsellik): Çoğu zaman sorulan soru tamamlanmadan önce cevabını yapıştırır. Çoğu zaman sırasını bekleme güçlüğü vardır. Çoğu zaman başkalarının sözünü keser ya da yaptıklarının arasına girer (örn. başkalarının konuşmalarına ya da oyunlarına burnunu sokar). Bozulmaya yol açmış olan bazı hiperaktif-impulsif semptomlar ya da dikkatsizlik semptomları 7 yaşından önce de vardır. İki ya da daha fazla ortamda semptomlardan kaynaklanan bir bozulma vardır (örn. okulda -ya da işte- ve evde). Toplumsal, okuldaki ya da mesleki işlevsellikte klinik açıdan belirgin bir bozulma olduğunun açık kanıtları bulunmalıdır. Bu semptomlar sadece bir Yaygın Gelişimsel Bozukluk, Şizofreni ya da diğer bir Psikotik Bozukluğun gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır ve başka bir mental bozuklukla daha iyi açıklanamaz.

DSM-IV'e göre DEHB tanısının konulabilmesi için dikkatsizlik ve/ya da hiperaktivite-impulsivite belirtilerinden herbiri için en az 6 ölçütü karşılıyor olması gerekmektedir. Bireylerin büyük çoğunluğunda hem dikkatsizlik hem de impulsivite belirtileri birlikte görülse de bazı bireylerde bu örüntülerden biri ya da diğeri daha baskındır. DEHB, daha baskın olan belirti kümesine göre üç alt tipe ayrılmaktadır:

- DEHB, Bileşik Tip
- DEHB, Dikkatsizliğin Önde Geldiği Tip
- DEHB, Hiperaktivite-İmpulsivitenin Önde Geldiği Tip (DSM- IV, 2014).

Erişkin DEHB’de sık görülen belirti ve bulgular ise şunlardır: iş yerinde güçlükler ve sık iş değiştirme, işte daha düşük başarı gösterme, düşük gelir düzeyi, düşük eğitim düzeyi ve okul başarısızlığı, dikkat güçlükleri, okul sorunları (disipline gitme, okuldan atılma ve bırakma), çalışma ve boş zaman etkinliklerinde güçlükler, düşük benlik saygısı, bellek problemleri, nesnelere nereye koyduğunu bulamama, düşünme güçlükleri, yerinde duramama ve huzursuzluk duyguları, öfke patlamaları ve kişilerarası ilişkilerde güçlükler, suça eğilim, alkol ve madde kötüye kullanımı sayılabilir. Bununla birlikte yetişkin DEHB belirtilerinin devam edebileceği, ancak çeşitli bşetme yollarıyla hastalığın olumsuz etkilerinin ve belirtilerinin azaltılabileceği belirtilmektedir (Akt. Alaçam, 2012).

2.2.1. DEHB Epidemiyolojisi

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) çocuklarda sık görülen bir psikiyatrik bozukluktur. Kavakçı (2012) DEHB tanısının yaşın ilerlemesi ile azaldığını ifade etmektedir. DEHB’in okul çağı çocukları arasındaki yaygınlığı Amerika Birleşik Devletleri’nde %3–7 oranında olduğu (DSM- IV, 2014), ülkemizde ise şehirde yaşayan ilkokul çocuklarında yapılan bir çalışmada %5 olarak belirlenmiştir (Motavallı, 1993). Kavakçı (2012) toplum temelli çalışmalarda DEHB’nin erişkin dönemdeki yaygınlığının %1- 6,6 olduğunu, ABD’de yapılan erişkin DEHB sıklığı çalışmasında ise, 18- 44 yaş arasında %4.4 olarak saptandığı belirtilmiştir (Kessler et al., 2008).

2.2.2. DEHB Etiyolojisi

Pek çok psikiyatrik bozuklukta olduğu gibi, biyopsikososyal nedenlerin etiyolojide önemli rol oynadığı düşünülmektedir. Genetik etkenler açısından hem ikiz çalışmalarında hem de tek yumurta ikizlerinde % 80, çift yumurta ikizlerinde % 30-40 oranında birlikte görülme izlendiği (Faraone and Biederman, 1998), DEHB tanılı çocukların anne babalarında DEHB olma riskinin 2-8 kat fazla olduğu belirlenmiştir. Nörokimyasal etkiler açısından ise, DEHB’de dopamin eksikliği hipotezi ileri sürülmekte ve bu da hastalarda dikkati sürdürme, davranışları ve uyaranları inhibe etme, güdülenme ve bellek sorunlarına yol açabilmektedir (Cantwell, 1996). Psikososyal ve çevresel etkenlerin ise biyolojik yatkınlığı arttırdığı ve hastalığın seyrini etkilediği söylenebilir. Kayıp ve ayrılık yaşantıları, evlilik sorunları, evlat edinilme, düşük

sosyoekonomik düzey, annenin ruhsal hastalığının olması ve ebeveynlerin suça eğilimlerinin olması risk faktörleri arasında bulunmuştur (Biederman, 1995).

Erişkin DEHB olan hastalarla yapılan çalışmalarda, duygudurum bozuklukları (%10), anksiyete bozuklukları (%32), alkol kullanım bozuklukları (%34), madde kullanım bozuklukları (%9) ile birlikteliği izlenmiştir. DEHB’de tıknırcasına yeme bozuklukları (% 9-11) ve bulimia nervozanın (%3-9) yüksek oranlarda olduğu; DEHB olanlarda pasif agresif kişilik bozukluğu (%18), antisosyal kişilik bozukluğu (%12), histriyonik kişilik bozukluğu (%11), sınır kişilik bozukluğu (%14) ve çekingen kişilik bozukluğu (%11) eş tanısı bildirilmiştir (Akt. Alaçam, 2012).

Semiz ve ark. (2012) yetişkin DEHB olgularıyla yaptıkları çalışmada, bu bireylerin kontrollere göre daha fazla olumsuz çocukluk yaşantılarına sahip olduğu, daha fazla duygusal ihmal ve istismara maruz kaldığı, daha fazla disosiyatif yaşantı ve Post Travmatik Stres Bozukluğu (PTSB) belirtileri olduğu belirlenmiştir. Bu bulgulara göre, yetişkin DEHB olgularında çocukluk travmaları ve olumsuz yaşantılarının önemli rol oynamaktadır.

2. 3. Duygu Durum Bozukluğu (Bipolar bozukluk-BPB)

Duygu durum bozukluğu; zaman zaman depresyon zaman zaman da manik belirtilerle kendini gösteren ve alevlenme dönemleri söz konusu olduğunda kişide önemli işlevsellik kaybına neden olan iyileşme ve hastalık dönemlerinden oluşan kronik bir rahatsızlık durumudur (Bahar ve ark., 2015).

Duygudurum bozuklukları, duygu durumdaki rahatsızlıklarla ilgili bir klinik bozukluktur. İnsanların geniş bir duygu yelpazeleri vardır ve farklı durumlarda farklı duygular hissederler. Koşullara bağlı olarak bazen mutlu ve neşeli, bazen üzgün, cesareti kırılmış, bazen öfkeli veya perişan hissedebilirler. Duygudurum bozukluğu olan kişiler iki duygu tipinde saplanmış gibidir. Yaşadıkları olay her ne olursa olsun; kendilerini ya heyecanlı ve aşırı mutlu ya da üzüntülü hissederler. Bazı kişiler aşırı mutluluk ve üzüntü arasında gitgel yaşarlar. En sık rastlanan duygudurum bozukluğu depresyondur. Depresyonda kişi kendini aşırı üzüntülü hisseder ve çeşitli etkinliklere

karşı ilgisi azalmıştır. Kendilerine karşı aşırı suçluluk ve değersizlik duyguları hissederler. Kendilerini aşırı yorgun hissederler ve daha önce yapmaktan keyif aldıkları etkinliklerden eskisi gibi keyif alamazlar. Günlük işlerde bile karar vermekte zorlanırlar, kendilerini başarısız ve işe yaramaz hissederler. Depresyon düzeyi arttıkça uykusuzluk şikayetleri, iştahsızlık ve cinselliğe karşı ilgisizlik artmaktadır. Depresyondaki bireylerin bilişsel işlevleri de yoğun etkilenmektedir. Dikkati sürdürmede ve düşünmede güçlük ile bellek sorunları ön plana gelmektedir. Ciddi depresyon belirtileri yaşayan kişilerde intihar düşünceleri de izlenmektedir(Morris, 2002).

DSM IV depresyonu iki şekilde ele alır. Birincisi major depresif bozukluk; genellikle yaşamsal olaylara bağlı olarak ortaya çıkar ve birkaç ay süren yoğun bir üzüntü dönemini içerir. İkincisi ise; en az iki yıl süren yoğunluğu daha az seğreden, süreğen üzüntü duyguları ile karakterize olan distimidir. Bazı depresyonlarda ise kişilerin gerçekte bağları koptuğu için psikotik özellikler gösterebilirler.

Depresyon dışındaki diğer görülen duygudurum bozukluğu ise manidir. Mani durumunda kişi, kendini aşırı mutlu ve öforik hisseder, aşırı derecede aktiftir, fazla konuşur ve dikkati sürekli dağılır. Kendiyle ilgili aşırı güven yaşar ve bu büyülenmeci tarzda grandiyöz davranışlar izlenir. Kendine karşı aşırı özgüven duyarak, sayısız plan ve program yaparlar. Ancak bunları gerçekleştirmeyle çok ilgilenmezler. Kendilerine olan güven arttıkça, çevreye karşı saldırgan ve düşmanca tutum ve davranışlar sergileyebilirler. Uyku ihtiyaçları azalmıştır. Fikirlerde uçuşma ve dikkat dağınıklığı izlenir. Bazen bu belirtiler çok şiddetlenebilir, kişinin gerçeklikle bağı koparak psikotik bir sürece girebilir. Bireyin işlevselliğinde ciddi güçlükler yaratır. Mani daha çok depresyonla dönüşümlü olarak ortaya çıkarak bipolar bozukluğu ya da iki uçlu bozukluğu meydana getirir. Bipolar bozukluk; birkaç gün veya birkaç ay süren mani dönemleri ile depresyon dönemlerinden oluşur ve bir döngü halinde görünür. Kişinin gerçekçi olmayan yükselmiş duygudurumunu orta düzeyde depresif bir süreç izlemektedir. Zaman zaman hastalığın dindiği dönemler de izlenmektedir(Morris, 2002).

2.3.1. Duygudurum Epidemiyolojisi

Duygudurum bozukluğu, kişinin yaşam kalitesini etkileyen, sosyal ve ekonomik alanlarda önemli ölçüde işlevsellik kaybına yol açan, ciddi ve kronik bir hastalıktır (Yaman, 2016). Duygudurum bozukluklarıyla yapılan çalışmada Üstündağ ve Kesebir (2013) içselleştirilmiş damgalanmalarının %46 olduğunu, bu kişilerin yaşam kalitelerinin ve iyilik dönemlerinin daha düşük olduğunu, depresif dönemlerinin daha uzun olduğunu belirlemişlerdir.

Dünya çapında yetişkinler arasında BPB'nin yaşam boyu görülme sıklığı %1-3 arasındadır (Kessler et al., 2011). Ortalama başlangıç yaşı 18 olup, cinsiyetler arasında epizotlar açısından farklılık görülmektedir. Erkeklerde başlangıç ve sonraki epizotlar daha çok maniktir, kadınlarda ise depresif ve karma epizot daha sık görülmektedir. Risk faktörleri arasında boşanma, aile öyküsü olma, üst sosyoekonomik düzeyde olma, kentte yaşama ve mevsimsel döngüler gibi faktörler sayılmaktadır (Işık ve Işık, 2013).

2.3.2. Duygudurum Etiyolojisi

Duygudurum bozukluklarının gelişmesinde, biyolojik, genetik ve psikososyal faktörler etkileşerek önemli rol oynamakta olduğu düşünülmektedir. Yapılan aile çalışmaları, hastalığın genetik temelleri olduğu ancak bunda birçok genin etkisi olduğu, hastalığın 1. derece akrabalarda görülme oranı kontrol grubuna oranla 8-10 kat fazla olduğu belirtilmektedir (Craddock and Sklar, 2013). Ayrıca duygudurum bozukluğu açısından tek yumurta ikizlerinde çift yumurta ikizlerine göre (%40'-%5) 8 kat daha fazla risk taşıdığı izlenmiştir (McGuffin et al., 2003). Duygudurum bozukluklarında noradrenerjik sistem, serotonerjik sistem, dopaminerjik sistem, kolinerjik sistem, GABA, sodyum, potasyum gibi biyolojik mekanizmaların etkisi olduğu da bildirilmektedir.

Temur ve ark. (2016). İki uçlu duygudurum bozukluğu olan hastaların nöropsikolojik profillerini inceledikleri çalışmalarında, kontrol grubuna göre dikkat, bellek ve yürütücü işlevler gibi bilişsel işlevlerde anlamlı bozulmalar olduğunu, bu bozulmaların hastalığın kendi içindeki depresyon dönemlerine göre farklılık göstermediğini bunun da kalıcı bir bilişsel bozulmaya işaret edebileceği belirtilmiştir.

Psikososyal nedenlere bakıldığında, kişinin yaşamında stresli yaşam olaylarının varlığı hastalığın ortaya çıkmasına neden olan biyolojik değişikliklere yol açabilmektedir. Daha sonra da stres etkeni olmadan da duyarlılaşma nedeniyle epizotlar tetiklenebilir. Psikodinamik açıdan depresyon, kayıp yaşantıları ve buna geliştirilmiş kayıpla özdeşleşme ve içe alma savunma mekanizmaları; mani ise bu kayıp nesnenin telafisi ile ilgili bir savunma mekanizması olarak görülür. (Işık ve Işık, 2013). Bilişsel kuram; depresyon gelişimini kişinin kendisi, çevresi ve geleceğe yönelik olumsuz düşünce süreçleri ile ilişkilendirmektedir. Davranışçılık ise depresyonu acı veren yaşam olaylarından kaçma, bunlarla başedememe ve bunlar karşısında çaresiz hissetme ile açıklamaktadır (Öztürk, 2008).

2.4. Başağrısı ve Psikopatoloji

Baş ağrısına eşlik eden psikolojik bozukluklar son yıllarda araştırmacılar tarafından ilgi çekmektedir. Saygın ve ark. (2005) aurasız migren (AM) ve epizodik gerilim tipi baş ağrısı (EB) hastalarındaki psikiyatrik komorbiditeyi inceledikleri çalışmalarında, gerilim tipi baş ağrısı olan hastaların tümüne psikiyatrik tanı konulurken, migren hastalarının % 41,4'üne ek psikiyatrik tanı konulduğu sonucuna varmışlardır. EB vakalarının % 66,7 sinin; AM vakalarının da % 40'ının hastalıklarının başlangıcından önceki 3 ay içinde psikososyal stresöre maruz kaldıklarını ifade etmişlerdir. Bu stresörlerin 36,7'ü kronik stresler, 16,7'si yakının ölümü ve 3,3'ü eşle ilgili sorunlar olarak belirtilmiştir. EB vakaları MINI psikiyatrik görüşme ile değerlendirildiğinde % 72'si bir psikiyatrik tanı almakta ve tümü 'psikojen faktörlerle ilgili ağrı bozukluğu' tanısı almaktadır. Hastaların %56'sında distimik bozukluk en yaygın tanı olarak izlenmiştir. AM vakalarının % 58,6 'sında psikiyatrik tanı izlenmemiştir. Psikiyatrik tanılara bakıldığında % 26,7 sinde distimik bozukluk, % 6,7'sinde obsesif-kompulsif bozukluk tespit edilmiştir.

Saygın ve ark. (2005) baş ağrısının AM vakalarında % 45,5 oranında menses ile, %40 oranında ruhsal uyananlarla, % 60 oranında da fizyolojik uyananlarla ilişkisi olduğunu; EB vakalarında ise % 20 oranında menses ile, % 66,7 oranında ruhsal uyananlarla, % 10 oranında da fizyolojik uyananlarla ilişkisi olduğunu izlemişlerdir. Ayrıca MİDAS ile değerlendirildiklerinde EB vakalarında baş ağrısına bağlı yeti yitimi migren hastalarına göre daha fazla olduğu sonucu elde edilmiştir. Ancak bunun

psikiyatrik komorbiditeye de bağlı olabileceği düşünölmektedir.

Mavioğlu ve ark. (2000) bağağrılı hastalarla yaptıkları çalışmalarında, en fazla kronik gerilim tipi bağağrılarında olmak üzere, tüm ağrı tiplerinde kronik stres öyküsü izlenmektedir. Ağrı sıklığının kronik gerilim, ağrı süresinin kronik gerilim ve kombine bağağrısında, ağrı şiddetinin ise kombine bağağrısında en fazla olduğu belirtilmektedir.

Jette ve ark. (2008) Kanada toplum sağlığı verileri incelendiğinde migren ve psikiyatrik hastalıkların komorbiditelerini inceledikleri çalışmalarında; migrenin depresyon (18.8), bipolar (5.4), panik bozukluk (9.6) ve sosyal fobi (14.3) ile yaşamboyu yaygınlığının daha yüksek olduğunu belirtmektedir. Alkol ve madde bağımlılığı ile düşük komorbidite gösterdiği belirtilmektedir.

Pompili ve ark. (2010) birçok çalışmada ortak olarak bağağrısının psikopatoloji ile güçlü bağlar içinde olduğunu, migren ve gerilim tip bağağrılarının depresyon ve anksiyete ile birlikte görölme oranlarının yüksek olduğunu, yüksek intihar oranlarıyla ve umutsuzlukla ilişki gösterdiğini belirtmektedir. Wank ve ark. (2010) migrenin depresyon, anksiyete, panik bozukluk, intihar girişimi ve bipolar bozukluk ile komorbidite gösterdiğini belirtmektedir.

Özdemir ve ark. (2014) migren ve gerilim tipi bağağrısı yaşayan hastaların yaşamayanlara göre depresyon ve anksiyetelerinin daha fazla olduğu, stresle aktif bağa çıkma yöntemlerini (sosyal destek gibi) daha az kullandıklarını belirlemişlerdir. Benzer biçimde Dinn ve ark. (2005) migren ile depresyon ve obsesif belirtiler arasında pozitif ilişki olduğunu saptamışlardır. Ulusoy ve ark. (2014) migren hastalarında atakların gelişmesinde stresin en önemli tetikleyici unsur olduğu (%46 oranında) ifade edilmektedir.

Yavuz ve ark. (2003) migren ve gerilim tipi bağağrısı hastalarının kontrol grubuna göre daha fazla olumsuz bilişsel içeriklere sahip olduklarını bunun da depresyonla bağağrısının birlikte görölme oranlarındaki yüksekliğinin böyle açıklanabileceğini ortaya koymuştur. Bu olumsuz bilişsel içerikler kendine yönelik olumsuz duygu ve düşünceler, kişisel uyumsuzluk ve değişme istekleri ve ümitsizlik alt boyutlarında izlenmiştir. Ağrı durumlarında ise; ruminasyon, büyütme ve çaresizlik

daha fazla göstermektedirler .

Karşıkaya ve ark. (2013) migren ile PTSS belirtilerini inceledikleri çalışmalarında, migrenli grup ile kontrol grubu PTSS eş tanısı açısından karşılaştırılmış ve sonuçta migrenli grupta istatistiksel olarak anlamlı bir biçimde (migren grubunda %28, kontrol grubunda %8,3) daha fazla PTSS olduğu izlenmiştir. PTSS rastlanan migren grubunun %94'ü migrenin başlangıcının travmatik deneyiminden sonra olduğunu belirtmiştir. Aleksitimi açısından da migrenli grubun daha yüksek puan aldığı görülmektedir.

Sabahi ve ark. (2014), migrenli hastalarda görülen DEHB belirtileri ile depresif ve bağımlı kişilik yapısı ile distimik sendrom arasında ilişki olduğunu belirlemiştir. Bununla da migrenlilerdeki bazı kişilik özelliklerinin zihinsel hastalıkların gelişmesinde etkili olabileceği konusuna dikkat çekmektedirler. Taşdemir (2015) migrenlilerin kişilik özelliklerini incelediği çalışmasında, migrenlilerde nörotizm ve yenilik arayışı alt boyutu puan ortalamalarının daha yüksek; kendini yönetme, siklotimik, irritabl ve anksiyöz mizaç puanları ise daha düşük bulunmuştur.

Depresyon, anksiyete ve somatizasyon gibi belirtilerin sık izlendiği başağrılarında bipolarite ve hiperaktivite belirtilerinin de izlenebileceğine ilişkin çeşitli çalışmalar bulunmaktadır. Holland ve ark. (2011) hasta kayıtlarına dayanarak migren ve bipolar bozukluğu olanların komorbidite yaygınlığını inceledikleri çalışmalarında, % 4.2 oranında komorbidite elde etmişlerdir. Literatürde ise %24 ile % 39 arasında komorbidite bulguları elde edilmiştir. Araştırmacılar bu farklılığı bu çalışmanın hasta kayıtlarına dayanarak yapılmasından dolayı verilerin elde edilme şekliyle ilişkili olabileceğini belirtmektedir.

Ortiz ve ark. (2010), bipolar bozukluğu olanların %24.5 oranında migren komorbiditesine rastlandığını ortaya koymuştur. Bu hastaların 2. Tip bipolar bozukluğu olanlarda % 34.8 oranında, 1. Tip bipolar bozukluğuna göre (% 19.1) daha yüksek yaygınlık elde edilmiştir. Ancak migren hastalarındaki yaygınlık değerlendirildiğinde bu oran 1. Tip bipolaritede 4.9; 2. Tipte ise 7.8 olarak bulunmuştur. Migren hastaları örnekleminin % 34.3 ünün bir psikiyatrik hastalığa sahip olduğu, % 73.5 'inin ise yaşamboyunca bir psikiyatrik hastalığı olduğu belirtilmektedir. Buna göre migren

hastalarının yaşamboyu psikiyatrik hastalıklar açısından yüksek oranlar gösterdiğini, bunun bipolar bozukluk için de özellikle tip 2 bipolar bozukluk için de komorbidite oranının yüksek olduğu ifade edilmektedir.

Saunders ve ark. (2015) migren tipi başağrısı olanlarda ağrısı olmayan kontrol grubuna göre daha fazla bipolar eştanısına rastlandığını belirlemişlerdir. Migrenli grupta % 31 oranında bipolar bozukluk rastlanırken, kontrol grubunda %6 oranında bulunmuştur. Bu çalışma migren ile bipolarite komorbiditesine işaret etmektedir. Farklı olarak Robins (2008) migren ve gerilim tipi başağrısı olanlarda bipolar bozukluğunu araştırmış ve migrenli grupta % 6.8, gerilim tipi ağrısı olanlarda %4.5 oranında çok büyük olmayan bipolar bozukluk oranları elde etmişlerdir.

Başağrısı ve DEHB belirtilerinin ilişkisine bakıldığında; Marco ve ark. (2010) migren ve gerilim tipi başağrılarında DEHB tanı yüzdesinin düşük olmasına rağmen (%3.76), hiperaktivite-tepkisellik boyunun anlamlı olarak ilişki gösterdiğini ortaya koymuşlardır.

Fasmer ve ark. (2011) migren ve kontrol gruplarını karşılaştırdıkları çalışmalarında, DEHB belirtilerinin migren grubunda anlamlı olarak daha yüksek olduğu sonucuna varmışlardır. Bu farklılık özellikle erkeklerde olmakla birlikte, kadın migren grubunda da ortaya konmuştur. Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu çocukluk ve yetişkinlikte de yaygın görülen bir hastalıktır. DEHB tanılı yetişkin hastalar ile kontrol grubu ile yapılan çalışmada, DEHB ile ilgili geçmiş ve şimdiki semptomlar, migreni içeren komorbid koşullar, tedavi hikayesi ve çalışma koşulları hakkındaki oto-anket sorularına yanıt vermiştir. Kontrollerle kıyaslandığında hasta grupta migrenin yüzdesi anlamlı olarak daha yüksektir (28.3% vs. 19.2%). Kontrollerdeki fark özellikle erkekler için belirtilmiştir (22.5% vs. 10.7%) ancak kadınlar arasındaki fark da anlamlıdır (34.4% vs. 24.9%). Hem hasta hem de kontrol gruplarında migren duygudurum semptomları ve anksiyete bozukluklarıyla bağlantılı bulunmuştur. Bu bulgular migrenin DEHB ile komorbiditesine işaret etmektedir ve bu hastaların klinik ve biyolojik olarak DEHB' li hastaların alt grubunu temsil etmesi mümkündür.

Arruda ve ark. (2010) göre primer başağrısı sendromları (migren ve gerilim tipi)

ve DEHB çocuklukta yaygın görülür, bununla birlikte sosyal ve akademik fonksiyonlarda bozulmalara sebep olabilir. Çalışmada DEHB ve onun semptomlarının spesifik başağrısı sendromları veya başağrısı sıklığı ile bağlantısı test edilmiştir. 5-11 yaş arası çocuklarda migren yüzdesi 3.76 idi. Gerilim tipi başağrısı sık episodlu % 1.6 ile sık olmayan episodlu % 2.3 olarak izlendi. DEHB yüzdesi 6.1 dir. DEHB yüzdesi, başağrısı kategorisinden anlamlı olarak farklı değildi. Hiperaktivite ve dürtüsellik semptomları için, başağrısı olmayan çocuklarda yüzde 8.1 dir, migrenli çocuklarda ise 23.7 dir ve muhtemel migrenli çocuklarda ise % 18.4 dür. DEHB ve dikkatsizlik semptomları, başağrısı alttipleri ve başağrısı sıklığı tarafından tahmin edilememektedir. Hiperaktivite – dürtüsellik semptomları, gerilim ya da migren tipi hiçbir başağrısı ile anlamlı ilişki ($P<0.01$) göstermemiştir. Sonuç olarak migren ve gerilim tipi başağrısı DEHB ile komorbidite göstermemektedir, ancak hiperaktif-dürtüsel davranışla komorbidtir.

Son yıllardaki bir bakış açısına göre, duygudurum bozukluğu ve yetişkin DHEB arasındaki benzer semptomlar (artmış dürtüsellik ve motor aktivite, dikkat dağılması ve sinirlilik, konuşkanlık..) nedeniyle aralarında özel bir birliktelik olabileceği düşünülmektedir. Bundan yola çıkarak Tonguç ve ark. (2014), 135 bipolar tanılı hastayla yaptıkları çalışmada, hastaların %17 sinde yetişkin DHEB eştanısına rastlanmıştır. Ancak buradaki ilginç bulgu, dikkat eksikliği izlenen grupta, eşik altı depresif belirtiler, depresif epizot ve antidepresan kullanım oranlarının daha fazla olmasıdır. Yani daha çok bipolar bozukluğun depresif yönüyle ilişkili gibi görünmektedir.

Fasmer ve ark. (2011) migren hastalarında kontrol grubuna göre daha fazla DEHB eştanısı olduğunu bulguladıkları çalışmalarında, bu iki bozukluğun tıpkı duygu durum bozuklukları ve anksiyete bozukluklarındakine benzer fizyolojik mekanizmalarla aynı alt yapıya sahip olabileceklerini düşünmektedir. Çünkü hepsinin altında ortak olarak dopaminerjik sistemle ilgili patofizyolojik sorunlar olduğu yönünde bulgular dikkat çekmektedir. Bu bağlamda migren ve DEHB rahatsızlıklarını duygudurum bozuklukları gibi nöropsikiyatrik hastalıklar olarak değerlendirmektedirler.

3. YÖNTEM

3.1 Katılımcılar

İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nöroloji Polikliniğine başvuran Nöroloji uzmanı tarafından migren ya da gerilim tipi baş ağrısı tanısı alan 92 hasta ardışık olarak değerlendirilmiştir. Araştırmaya n= 63 migren (yaşort.: 38.87; ss: 10.168); n= 29 gerilim tipi (yaşort.: 37.04; ss: 12.607) olmak üzere 92 baş ağrısı tanısı almış; n= 54 herhangi bir baş ağrısı tanısı almamış (yaşort.: 41.62; ss: 10.715) toplam N= 146 kişi (yaşort.: 39.53; ss: 10.942) katılmıştır.

3.2. Veri Toplama Araçları

3.2.1. Sosyodemografik Veri Formu

Sosyodemografik veri formu bireyin hem demografik özellikleri açısından hem fiziksel ve ruhsal sağlık durumlarını değerlendirmek için hem de ağrısını tanımak amacıyla oluşturulmuş bir formdur. Genel olarak eğitim, yaş, medeni durum, iş durumları, fiziksel ve psikiyatrik olarak geçirdiği hastalıklar, ağrısının süresi, sıklığı, şiddetini belirlemeye yönelik sorular bulunmaktadır.

3.2.2. Duygudurum Bozuklukları Ölçeği (Mood Disorder Questionnaire - MDQ)

Duygudurum Bozuklukları Ölçeği Hirschfeld ve ark.(2000) tarafından geliştirilen; evet ve hayır şeklinde cevaplanan, DSM-IV tanı ölçütlerine dayanan öz bildirime dayalı bir kağıt-kalem testidir. Ölçek üç bölümlü 15 sorudan oluşmaktadır. 13 alt maddeden oluşan birinci soru; yaşamboyu manik ya da hipomanik belirtilerin öyküsü, yükselmiş duygudurum, iritabilite, girişkenlik, uyku, libido, düşünce, dikkat, enerji ve davranış gibi bireysel değişiklikleri araştırır. İkinci soruda “evet” olarak işaretlenen belirtilerin aynı anda bir arada olup olmadığını sorgulamaktadır. Üçüncü soru da ise bu belirtilerin işlevsellik üzerine etkisi sorgulanmaktadır. Ölçeğin özgün formu iyi İngilizce bilen iki psikiyatrist tarafından Türkçe’ye çevrilerek, dört farklı

öğrenim ve sosyoekonomik düzeyden, iki farklı coğrafi bölgeden farklı kişiler üzerinde uygulanmıştır (Konuk ve ark.; 2007).

Duygudurum Bozuklukları Ölçeğinin uyarlama çalışmalarında; SCID-I görüşmesi ile belirlenen DSM-IV tanılarına göre 36 hasta (%11.7) Bipolar Bozukluk Tip I, Bipolar Bozukluk Tip II, Başka Türü Adlandırılmayan Bipolar Bozukluk tanıları almıştır. Herhangi bir eksen I tanısı konmayan hasta sayısı 7 (%2.2) idi. Bunların dışındaki 185 hastaya (%86.1) en az bir diğer eksen I DSM-IV tanısı konuldu. Duyarlılık ve özgüllük değerlerine göre optimum kesim noktası 7 olup (duyarlılık %64, özgüllük %77); Türkçe DBÖ'in bipolar bozuklukların saptanması için hesaplanan kesim noktası 5 alındığında duyarlılığı %81, seçiciliği %53; kesim noktası 6 olarak alındığında ise duyarlılığı %75, seçiciliği %63 olarak saptanmıştır. Türkçe DBÖ; bipolar bozukluğu taramada yeterli düzeyde geçerlik özellikleri sergilemektedir. Yeterli psikometrik özellikleri ve kolay uygulanması nedeniyle DBÖ bipolar bozukluk taramalarında kullanışlı bir ölçektir. Bu sonuçların genel toplum tabanlı geçerlik çalışmaları ile desteklenmesi gerektiği belirtilmiştir (Konuk ve ark. ; 2007) .

3.2.3. Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Envanteri (Adult ADD/ADHD DSM IV- Based Diagnostic Screening and Rating Scale)

Kanada'da A. Turgay tarafından geliştirilen Türkçe çevirisi de yine geliştiren kişi tarafından yapılan Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Ölçeğinin (Adult ADD/ADHD DSM IV- Based Diagnostic Screening and Rating Scale) ülkemize ait dilsel eşdeğerlilik, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması için öncelikle dilsel eşdeğerlilik çalışması yapılmıştır. Bunun için, İngilizce ve Türkçe'yi çok iyi bilen 30 kişilik bir gruba her iki form da birer hafta arayla uygulanmıştır. Önce İngilizce sonra Türkçe uygulama puanları arasında ilişkili grup t testi yapılmıştır. Yapılan istatistiksel analizler sonucunda hiçbir madde bu istenmeyen özelliklere sahip bulunmamıştır. Testin güvenilirlik analizi için, test bir hafta arayla aynı gruba iki defa uygulanmıştır. Burada Pearson korelasyon değeri istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuş, t değeri ise istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır. İki uygulama arasındaki devamlılık katsayısı 0,953 olarak bulunmuştur (p<0.01). Testin farklı zamanlardaki uygulama güvenirliliği % 95 civarındadır (Günay ve ark., 2005).

Araştırma kapsamı içinde kullanılan Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Ölçeği'nin güvenilirlik çalışması için envanterin geneline ilişkin iç tutarlılık katsayısı, madde toplam korelasyon katsayısı, madde güvenilirliği (madde remainder) korelasyon katsayısı teknikleri ile parça bütün arasındaki ilişki yoluyla tutarlılığı belirlenmiş ve her madde için ayrı ayrı hesaplanmıştır. Erişkin DEHB ölçeğinin genel toplam güvenilirliğini test etmek üzere hesaplanan iç tutarlılık katsayılarından en yüksek güvenilirliği Cronbach Alfa (0,9566) en düşük güvenilirliği ise Spearman Brown (0,9072) ve Guttman (0,9072) teknikleri vermiştir. Bu sonuçlar APA'nın kriterlerine göre testin çok yüksek bir güvenilirliğe sahip olduğunun göstergesidir. Madde toplam ve madde kalan değerleri her bir soru için ayrı ayrı elde edilmiş; madde toplam ve madde kalan ilişkisinde tüm maddelerin istatistiksel açıdan 0,01 düzeyinde anlamlı oldukları görülmüştür ($p < 0,01$). Bu sonuçlar test maddelerinin de güvenilirliğinin yüksek olduğunu göstermektedir (Günay ve ark., 2005).

Yapı geçerliliğinin sınanması için faktör analizi uygulanmış ve Varimax rotated yöntemi ile yapılan faktör analizi sonucunda üç alt boyut belirlenmiştir. Birinci alt boyutun özdeğeri 9.182' dir ve toplam varyansın %19.129'unu açıklamaktadır. İkinci alt boyuttan özdeğeri 7.356' dır ve total varyansın %15.324' ünü açıklamaktadır. Son alt boyutun özdeğeri 5.495 olarak bulunmuştur ve toplam varyansın %11.447' sini açıklamaktadır. Üç alt boyut, ölçülen değişkenin toplam varyansının %46'sını açıklamaktadır. Bu çalışma ADHD Rating Scale'nin geçerli ve güvenilir olduğunu göstermektedir (Günay ve ark., 2005).

Buna göre ölçek üç alt bölümden meydana gelir. DE (Dikkat Eksikliği) bölümünde 3'ten düşük puan alanlar DE (Dikkat Eksikliği) belirtileri düşük düzeyde olanlardır. 3,01 ile 10,99 arasında puan alanlar orta düzeyde DE (Dikkat Eksikliği) belirtileri olanlardır. 11'in üstünde puan alanlar ise DE (Dikkat Eksikliği) belirtileri üst düzeyde olanlar grubuna girmektedir. AH (Aşırı Hareketlilik) bölümünde de; 3'ten düşük puan alanlar AH (Aşırı Hareketlilik) belirtileri düşük düzeyde olanlardır. 3,01 ile 10,99 arasında puan alanlar orta düzeyde AH (Aşırı Hareketlilik) belirtileri olanlardır. 11'in üstünde puan alanlar ise AH (Aşırı Hareketlilik) belirtileri üst düzeyde olanlar grubuna girmektedir. S (Sorun) bölümünde ise 0 ile 12,99 arasında puan alanlar düşük, 13 ile 35 arasında puan alanlar orta düzeyde, 35 ile 75 arasında puan alanlar yüksek

düzeyde sorun bölümünde belirtilen özellikleri taşımaktadır. Genel toplamda ise 20 'nin altında alanlar düşük düzeyde DEHB , 20 ile 59 arasında puan alanlar orta derecede DEHB, 59'un üstünde puan alanlar ise yüksek düzeyde DEHB belirtileri göstermektedir (Günay ve ark., 2005).

3.3. İşlem

İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nöroloji Polikliniğine başvuran Nöroloji uzmanı tarafından migren ya da gerilim tipi baş ağrısı tanısı alan 92 hasta ardışık olarak değerlendirilmiştir. Hastalara Sosyodemografik veri formu, Duygudurum Bozuklukları Ölçeği, DSM-IV'e Dayalı Erişkin DEB/DHEB tanı ve değerlendirme Envanteri uygulanmıştır. Kontrol grubu da baş ağrısı şikayeti olmayan bireylerden meydana gelmiş ve onlara da Sosyodemografik veri formu, Duygudurum Bozuklukları Ölçeği , DSM-IV'e Dayalı Erişkin DEB/DHEB tanı ve değerlendirme Envanteri uygulanmıştır. Daha sonra araştırma ve kontrol gruplarının yanıtları istatistiksel olarak değerlendirilerek, gruplar karşılaştırılmıştır. Elde edilen veriler ilgili literatür ışığında yorumlanmıştır.

3.4. Verilerin Analizi

Araştırmanın amaçlarına uygun olarak toplanan veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) v21 ile analiz edilmiştir. Demografik verilerin dağılımları için frekans dağılımı ve ortalama hesaplamaları yapılmıştır. Bağımsız değişkenlere göre ölçeklerden alınan puanların karşılaştırıldığı bağımsız örneklem t testi, varyans analizi ve post-doc (Tukey) testlerine ve parametrik olmayan Kruskal Wallis ve Mann Whitney U testleri ve araştırmada kullanılan ölçeklerden alınan puanların Pearson korelasyon analizleri yapılmıştır.

4. BULGULAR

Bu bölümde, araştırmanın amaçlarına uygun olarak toplanan verilere uygulanan istatistiksel analizlere yer verilmiştir. Birinci bölümde, katılımcıların demografik ve klinik özelliklerine ilişkin bulgulara, ikinci bölümde klinik değişkenlere göre ölçeklerden alınan puanların karşılaştırıldığı bağımsız örneklem t testi, varyans analizi ve post-doc (Tukey) testlerine ve parametrik olmayan Kruskal Wallis ve Mann Whitney U testlerinden elde edilen bulgulara, üçüncü bölümde araştırmada kullanılan ölçeklerden alınan puanların Pearson korelasyon analizlerine yer verilmiştir.

4.1. Betimleyici Bulgular

4.1.1. Demografik Değişkenler

Tablo 6'da katılımcıların ağrı tiplerine göre demografik değişkenlere dağılımları ve yüzdeleri verilmiştir. Kadın katılımcıların %93,7'si migren, %86,2'si gerilim tipi, erkek katılımcıların %6,3'ü migren, %13,8'i gerilim tipi ağrısının olduğunu bildirmiştir.

Katılımcıların %46'sı ilköğretim, %24,8'i lise, %29'u üniversite mezunudur. Katılımcıların %17,8'i bekarlardan, %72,6'sı evlilerden, %5,5'i boşanmışlardan, %1,4'ü eşinden ayrı yaşayanlardan, %2,7'si dullardan oluşmaktadır.

Migren ağrıları olanların %42,9'u, gerilim tipi ağrıları olanların %44,8'i, kontrol grubunun % 64,'si düzenli bir işte çalışmaktadır.

Tablo 6. Başağrısı Tipine Göre Demografik Değişkenlerin Dağılımı

			Migren	Gerilim	Kontrol	Toplam
Cinsiyet	Kadın	N	59	25	47	131
		%	93,7	86,2	87,0	89,7
	Erkek	N	4	4	7	15
		%	6,3	13,8	13,0	10,3
Eğitim Durumu	İlköğretim	N	36	13	18	67
		%	57,1	46,4	33,3	46,2
	Lise	N	11	7	18	36
		%	17,5	25,0	33,3	24,8
	Lisans	N	16	8	18	42
		%	25,4	28,6	33,3	29,0
Medeni Durumu	Bekar	N	11	8	7	26
		%	17,5	27,6	13,0	17,8
	Evli	N	47	18	41	106
		%	74,6	62,1	75,9	72,6
	Boşanmış	N	4	2	2	8
		%	6,3	6,9	3,7	5,5
	Eşinden ayrı	N	0	0	2	2
		%	0,0	0,0	3,7	1,4
	Dul	N	1	1	2	4
		%	1,6	3,4	3,7	2,7
Çalışma Durumu	Çalışıyor	N	27	13	35	75
		%	42,9	44,8	64,8	51,4
	Çalışmıyor	N	36	16	19	71
		%	57,1	55,2	35,2	48,6
Toplam	N	63	29	54	146	
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	

Tablo 7’de katılımcıların ağrı tipine göre klinik özelliklerinin dağılımı verilmiştir.

Migren tipi ağrısı olanların %44,4'ü, gerilim tipi ağrısı olanların %41,4'ü ve kontrol grubunun %38,9'u fiziksel bir hastalıklarının bulunduğunu bildirmişlerdir.

Migren tipi ağrısı olanların %80,6'sı, gerilim tipi ağrısı olanların %82,1'i ve kontrol grubunun %78,8'i ailede fiziksel hastalık bulunduğunu bildirmiştir.

Migren tipi ağrısı olanların %9,5'i, gerilim tipi ağrısı olanların %20,7'si ve kontrol grubunun %9,3'ü psikiyatrik rahatsızlıklarının olduğunu bildirmiştir.

Migren tipi ağrısı olanların %14,5'i, gerilim tipi ağrısı olanların %27,6'sı ve kontrol grubunun %19,2'si ailede psikiyatrik bir hastalık bulunduğunu bildirmiştir.

Tablo 7. Baş ağrısı Tipine Göre Klinik Değişkenlerin Dağılımı

			Migren	Gerilim	Kontrol	Toplam
Fiziksel Hastalık	Evet	N	28	12	21	61
		%	44,4	41,4	38,9	41,8
	Hayır	N	35	17	33	85
		%	55,6	58,6	61,1	58,2
Ailede Fiziksel Hastalık	Evet	N	50	23	41	114
		%	80,6	82,1	78,8	80,3
	Hayır	N	12	5	11	28
		%	19,4	17,9	21,2	19,7
Psikiyatrik Hastalık	Evet	N	6	6	5	17
		%	9,5	20,7	9,3	11,6
	Hayır	N	57	23	49	129
		%	90,5	79,3	90,7	88,4
Ailede Psikiyatrik Hastalık	Evet	N	9	8	10	27
		%	14,5	27,6	19,2	18,9
	Hayır	N	53	21	42	116
		%	85,5	72,4	80,8	81,1
Toplam		N	63	29	54	146
		%	100,0	100,0	100,0	100,0

Tablo 8’de katılımcıların ağrı tipine göre baş ağrısı sıklığı ve şiddetine ilişkin dağılımlar verilmiştir.

Migren tipi ağrısı olanların %50,8’i ayda 3-4 gün, %23,8’i ayda 1-2 hafta, %25,4’ü tüm ay boyunca ağrılarının devam ettiğini; gerilim tipi ağrısı olanların %31’i ayda 3-4 gün, %34,5’i ayda 1-2 hafta, %34,5’i tüm ay boyunca ağrılarının devam ettiğini bildirmiştir. Kontrol grubunun %63’ü hiç ağrılarının olmadığını, %35,2’si ayda 3-4 gün boyunca baş ağrılarının olduğunu bildirmiştir.

Tablo 8. Başağrısı Tipine Göre Baş Ağrısı Sıklığı ve Şiddeti Değişkenlerin Dağılımı

			Migren	Gerilim	Kontrol	Toplam
Baş Ağrısı Sıklığı	Hiç	N	0	0	35	34
		%	0,0	0,0	64,8	23,3
	Ayda 3-4 Gün	N	32	9	19	60
		%	50,8	31,0	35,2	41,1
	Ayda 1-2 Hafta	N	15	10	0	25
		%	23,8	34,5	0,0	17,1
Tüm Ay	N	16	10	0	27	
	%	25,4	34,5	0,0	18,5	
Baş Ağrısı Şiddeti	Hiç	N	0	0	34	33
		%	0,0	0,0	63,0	22,6
	Hafif	N	0	4	8	12
		%	0,0	13,8	14,8	8,2
	Orta	N	12	8	9	29
		%	19,0	27,6	16,7	19,9
	Şiddetli	N	51	17	3	72
		%	81,0	58,6	5,6	49,3
Toplam	N	63	29	54	146	
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	

Migren tipi ağrısı olanların %19'u baş ağrılarının orta şiddette, %81'i yüksek şiddette olduğunu; gerilim tipi ağrısı olanların %13,8'i baş ağrılarının hafif şiddette, %27,6'sı orta şiddette, %58,6'sı yüksek şiddette olduğunu bildirmiştir. Kontrol grubunun %61,1'i hiç, %14,8'i hafif, %16,7'si orta, %7,4'ü yüksek şiddette ağrılarının olduğunu bildirmiştir.

4.2. Başağrısı Tipine Göre Ölçeklerden Alınan Puanların Karşılaştırılması

Tablo 9'da başağrısı tipine göre Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Ölçeği ile Duygu Durum Bozuklukları Ölçeğinden alınan ortalama puanlar, standart sapmalar ve Kruskal Wallis Testi Bulguları verilmiştir.

Başağrısı tipine göre DEHB Dikkat Eksikliği alt ölçeğinden alınan puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [$\chi^2=7,252$; $p<0,05$]. Farkın kaynağının tespit edilmesi amacıyla yürütülen Mann Whitney U testine göre, migren tipi ağrısı olanlarla kontrol grubunun dikkat eksikliği düzeyleri arasında anlamlı fark bulunmuştur [$z=-2,192$; $p=0,028$]. Migren tipi ağrısı olanların dikkat eksikliği düzeyleri ($\bar{X}=8,68$) kontrol grubunun dikkat eksikliği düzeyinden ($\bar{X}=6,50$) anlamlı şekilde yüksektir. Gerilim tipi ağrısı olanlarla kontrol grubunun dikkat eksikliği düzeyleri arasında anlamlı fark bulunmuştur [$z=-2,337$; $p=0,019$]. Gerilim tipi ağrısı olanların dikkat eksikliği düzeyleri ($\bar{X}=9,38$) kontrol grubunun dikkat eksikliği düzeyinden ($\bar{X}=6,50$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Migren tipi ağrısı olanlarla gerilim tipi ağrısı olanların dikkat eksikliği düzeyleri arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Baş ağrısı tipine göre DEHB Sorun alt ölçeğinden alınan puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [$\chi^2=10,904$; $p<0,05$]. Farkın kaynağının tespit edilmesi amacıyla yürütülen Mann Whitney U testine göre, migren tipi ağrısı olanlarla kontrol grubunun DEHB Sorun düzeyleri arasında anlamlı fark bulunmuştur [$z=-2,407$; $p=0,016$]. Migren tipi ağrısı olanların DEHB Sorun düzeyleri ($\bar{X}=25,63$) kontrol

grubunun DEHB Sorun düzeyinden ($\bar{X}=18,30$) anlamlı şekilde yüksektir. Gerilim tipi ağrısı olanlarla kontrol grubunun DEHB Sorun düzeyleri arasında anlamlı fark bulunmuştur [$z=-3,144$; $p=0,002$]. Gerilim tipi ağrısı olanların DEHB Sorun düzeyleri ($\bar{X}=28,83$) kontrol grubunun DEHB Sorun düzeyinden ($\bar{X}=18,30$) anlamlı şekilde yüksektir. Migren tipi ağrısı olanlarla gerilim tipi ağrısı olanların DEHB Sorun düzeyleri arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Tablo 9. Baş ağrısı Tipine Göre Ölçeklerden Alınan Ortalama Puanlar, Standart Sapmalar ve Kruskal Wallis Testi Bulguları

		N	Ort.	ss	χ^2	P
DEHB / Dikkat Eksikliği	Migren	63	8,68	5,910	7,252	0,027
	Gerilim	29	9,38	5,913		
	Kontrol	54	6,50	4,789		
	Toplam	146	8,01	5,612		
DEHB / Dürtüsellik / Hareketlilik	Migren	62	6,77	5,756	2,249	0,325
	Gerilim	29	5,59	4,755		
	Kontrol	54	5,04	4,260		
	Toplam	145	5,89	5,073		
DEHB / Sorun	Migren	63	25,63	16,372	10,904	0,004
	Gerilim	29	28,83	15,199		
	Kontrol	54	18,30	11,824		
	Toplam	146	23,55	15,102		
DEHB Toplam	Migren	63	40,98	26,215	9,010	0,011
	Gerilim	29	43,79	23,297		
	Kontrol	54	29,83	18,227		
	Toplam	146	37,42	23,562		
Duygu Durum	Migren	63	4,30	2,493	1,560	0,458
	Gerilim	29	4,31	2,189		
	Kontrol	54	3,93	2,780		
	Toplam	146	4,16	2,538		

Baş ağrısı tipine göre DEHB toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark

bulunmuştur [$\chi^2=9,010$; $p<0,05$]. Farkın kaynağının tespit edilmesi amacıyla yürütülen Mann Whitney U testine göre, migren tipi baş ağrısı olanlarla kontrol grubunun DEHB toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur [$z=-2,332$; $p=0,020$]. Migren tipi ağrısı olanların DEHB toplam puan ortalamaları ($\bar{X}=40,98$) kontrol grubunun ortalamalarından ($\bar{X}=29,83$) anlamlı şekilde yüksektir. Gerilim tipi ağrısı olanlarla kontrol grubunun DEHB toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur [$z=-2,781$; $p=0,005$]. Gerilim tipi ağrısı olanların DEHB toplam puan ortalamaları ($\bar{X}=43,79$) kontrol grubunun ortalamalarından ($\bar{X}=29,83$) anlamlı şekilde yüksektir. Migren tipi ağrısı olanlarla gerilim tipi ağrısı olanların DEHB toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Baş ağrısı tipine göre DEHB Dürtüsellik/Hareketlilik ortalamaları ve Duygu Durum Bozukluğu ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Tablo 10'da baş ağrısı sıklığına göre ölçeklerden alınan ortalama puanlar, standart sapmalar ve varyans analizi bulguları verilmiştir.

Baş ağrısı sıklığına göre DEHB Dikkat Eksikliği alt ölçeğinden alınan puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [$F(3-142)=4,060$; $p<0,05$]. Farkın kaynağının tespit edilmesi amacıyla yürütülen Tukey testi sonucunda tüm ay boyunca ağrısı olanların DEHB Dikkat Eksikliği ortalamaları ($\bar{X}=10,81$) hiç ağrı çekmeyenlerin ortalamalarından ($\bar{X}=6,24$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p=0,007$). Aynı şekilde tüm ay boyunca ağrısı olanların DEHB Dikkat Eksikliği ortalamaları ($\bar{X}=10,81$) ayda 3-4 gün boyunca ağrısı olanların ortalamalarından ($\bar{X}=7,40$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Baş ağrısı sıklığına göre DEHB Sorun alt ölçeğinden alınan puanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur [$F(3-142)=7,314$; $p<0,05$]. Farkın kaynağının tespit edilmesi amacıyla yürütülen Tukey testi sonucunda tüm ay boyunca ağrısı olanların DEHB Sorun ortalamaları ($\bar{X}=33,37$) hiç ağrı çekmeyenlerin ortalamalarından ($\bar{X}=18,59$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p=0,001$). Aynı şekilde tüm ay boyunca ağrısı olanların DEHB Sorun ortalamaları ($\bar{X}=33,37$) ayda 3-4 gün boyunca ağrısı olanların ortalamalarından ($\bar{X}=20,35$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p=0,001$).

Baş ağrısı sıklığına göre DEHB toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur [$F(3-142)=5,536$; $p<0,05$]. Farkın kaynağının tespit edilmesi amacıyla yürütülen Tukey testi sonucunda tüm ay boyunca ağrısı olanların DEHB toplam puan ortalamaları ($\bar{X}=50,74$) hiç ağrı çekmeyenlerin ortalamalarından ($\bar{X}=29,88$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p=0,003$). Aynı şekilde tüm ay boyunca ağrısı olanların DEHB toplam puan ortalamaları ($\bar{X}=50,74$) ayda 3-4 gün boyunca ağrısı olanların ortalamalarından ($\bar{X}=33,42$) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p=0,006$). Diğer ortalamalar arasındaki farklar anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 10. Baş ağrısı sıklığına göre Ölçeklerden Alınan Ortalama Puanlar, Standart Sapmalar ve Varyans Analizi Bulguları

		N	Ort.	ss.	F	P
DEHB / Dikkat Eksikliği	Hiç	34	6,24	4,799	4,060	0,008
	Ayda 3-4 gün	60	7,40	5,029		
	Ayda 1-2 hafta	25	8,88	6,254		
	Tüm ay	27	10,81	6,245		
	Toplam	146	8,01	5,612		
DEHB / Dürtüsellik / Hareketlilik	Hiç	34	5,06	3,813	0,630	0,597
	Ayda 3-4 gün	59	5,76	5,276		
	Ayda 1-2 hafta	25	6,60	5,972		
	Tüm ay	27	6,56	5,213		
	Toplam	145	5,89	5,073		
DEHB / Sorun	Hiç	34	18,59	12,417	7,314	0,000
	Ayda 3-4 gün	60	20,35	12,693		
	Ayda 1-2 hafta	25	27,40	17,110		
	Tüm ay	27	33,37	16,434		
	Toplam	146	23,55	15,102		
DEHB Toplam	Hiç	34	29,88	18,355	5,536	0,001
	Ayda 3-4 gün	60	33,42	21,270		
	Ayda 1-2 hafta	25	42,88	27,412		
	Tüm ay	27	50,74	24,981		
	Toplam	146	37,42	23,562		
Duygu Durum	Hiç	34	3,97	2,691	0,660	0,578
	Ayda 3-4 gün	60	3,95	2,561		
	Ayda 1-2 hafta	25	4,36	2,196		
	Tüm ay	27	4,70	2,628		
	Toplam	146	4,16	2,538		

4.3. Baş Ağrısı Değişkenleri ile Ölçeklerden Alınan Puanlar Arasındaki İlişkiler

Tablo 11’de baş ağrısı değişkenleri ve ölçeklerden alınan puanlar arasındaki Pearson Korelasyon katsayıları verilmiştir.

Baş ağrısı süresi ile baş ağrısı sıklığı arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=0,202$; $p<0,05$). Baş ağrısı sıklığı arttıkça baş ağrısı süresi de artmaktadır.

Baş ağrısı süresi ile baş ağrısı şiddeti arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=0,405$; $p<0,01$). Baş ağrısı süresi arttıkça baş ağrısı şiddeti de artmaktadır.

Baş ağrısı süresi ile ölçeklerden alınan puanlar arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır.

Baş ağrısı sıklığı ile baş ağrısı şiddeti arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=0,632$; $p<0,01$). Baş ağrısı sıklığı arttıkça baş ağrısı şiddeti de artmaktadır.

Baş ağrısı sıklığı ile DEHB Dikkat Eksikliği alt ölçeğinden alınan puanlar arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=0,279$; $p<0,01$). Baş ağrısı sıklığı arttıkça dikkat eksikliği de artmaktadır.

Baş ağrısı sıklığı ile DEHB Sorun alt ölçeğinden alınan puanlar arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=0,353$; $p<0,01$). Baş ağrısı sıklığı arttıkça DEHB Sorun alt ölçeğinden alınan puanlar da artmaktadır.

Baş ağrısı sıklığı ile DEHB toplam puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=0,317$; $p<0,01$). Baş ağrısı sıklığı arttıkça DEHB toplam puanları da artmaktadır.

Baş ağrısı sıklığı ile DEHB Dürtüsellik/ Hareketlilik ve Duygu Durum Bozuklukları arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır.

Baş ağrısı şiddeti ile DEHB Dikkat Eksikliği alt ölçeğinden alınan puanlar arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=0,179$; $p<0,05$). Baş ağrısı şiddeti arttıkça DEHB Dikkat Eksikliği alt ölçeğinden alınan puanlar da artmaktadır.

Baş ağrısı şiddeti ile DEHB Sorun alt ölçeğinden alınan puanlar arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=0,210$; $p<0,05$). Baş ağrısı şiddeti arttıkça DEHB Sorun alt ölçeğinden alınan puanlar da artmaktadır.

Baş ağrısı şiddeti ile DEHB toplam puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=0,207$; $p<0,05$). Baş ağrısı şiddeti arttıkça DEHB toplam puanları da artmaktadır.

Baş ağrısı şiddeti ile DEHB Dürtüsellik/ Hareketlilik ve Duygu Durum Bozuklukları arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır.

Tablo 11. Baş Ağrısı Değişkenleri ve Ölçeklerden Alınan Puanlar Arasındaki Pearson Korelasyon Bulguları

	1	2	3	4	5	6	7
1. Baş ağrısı süresi	-						
2. Baş ağrısı sıklığı	,202*	-					
3. Baş ağrısı şiddeti	,405**	,632**	-				
4. Dikkat Eksikliği	,034	,279**	,179*	-			
5. Dürtüsellik/Hareketlilik	-,066	,109	,144	,626**	-		
6. Sorun	-,069	,353**	,210*	,761**	,682**	-	
7. DEHB Toplam	-,056	,317**	,207*	,862**	,802**	,970**	-
8. Duygu Durum	-,096	,107	,107	,443**	,516**	,550**	,570**

* $p<0,05$

** $p<0,01$

DEHB Dikkat Eksikliği ile Duygu Durum Bozuklukları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=0,443$; $p<0,01$). DEHB Dikkat Eksikliği puanları arttıkça

Duygu Durum Bozuklukları puanları da artmaktadır.

DEHB Dürtüsellik / Hareketlilik ile Duygu Durum Bozuklukları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=0,516$; $p<0,01$). DEHB Dürtüsellik / Hareketlilik puanları arttıkça Duygu Durum Bozuklukları puanları da artmaktadır.

DEHB Sorun ile Duygu Durum Bozuklukları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=0,550$; $p<0,01$). DEHB Sorun puanları arttıkça Duygu Durum Bozuklukları puanları da artmaktadır.

DEHB toplam puanları ile Duygu Durum Bozuklukları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=0,570$; $p<0,01$). DEHB toplam puanları arttıkça Duygu Durum Bozuklukları da artmaktadır.

5. TARTIŞMA VE SONUÇ

5.1. Tartışma

Baş ağrısı bireysel ve toplumsal anlamda birçok işlevsellik kaybına yol açan sık rastlanan kronik bir sağlık sorunudur. En sık rastlanan tipleri olan migren ve gerilim tipi ağrıların psikopatoloji ile ilişkisini ortaya koyan birçok çalışma mevcuttur (Saygın ve ark., 2005; Mavioğlu ve ark., 2000; Jette et al., 2008; Pompili et al. 2010; Özdemir ve ark., 2014; Wang ve ark., 2010; Dinn et al., 2005). Bu eştanıların belirlenmesinin, ağrı tedavisini belirleme konusunda da aydınlatıcı olacağı düşünülmektedir. Bu çalışmada baş ağrısına eşlik eden DEHB ve duygudurum bozukluğunun varlığı araştırılarak baş ağrısının bu rahatsızlıklarla ilişkisi belirlenmeye çalışılmıştır.

Çalışmada baş ağrısı olanların DEHB dikkat eksikliği puanları, sorun puanları ve toplam DEHB puanlarının ağrı bozukluğu olmayanlardan daha yüksek olduğu, dürtüsellik ve hareketlilik puanları açısından anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir. Benzer şekilde Fasmer ve ark. (2011) migren ve kontrol gruplarını karşılaştırdıkları çalışmalarında, DEHB belirtilerinin migren grubunda anlamlı olarak daha yüksek olduğu sonucuna varmışlardır. Kontrollerle kıyaslandığında hasta grupta migrenin yüzdeleri (28.3% vs. 19.2%) migrenin DEHB ile komorbiditesine işaret ettiği bulgularımızla paraleldir. Arruda ve ark. (2010) ise DEHB toplam puanlarının ve dikkatsizlik semptomlarının baş ağrısı ile ilişkisi olmadığını, hiperaktivite ve dürtüsellik semptomlarının ise baş ağrısı ile komorbidite gösterdiğini belirlemişlerdir. Ancak bu bulgu çocuk örneklemden elde edildiği için bizim verilerimizle tam bir karşılaştırma yapılamamaktadır. Bununla birlikte DEHB ile baş ağrısı arasında izlenen ilişkinin yetişkin örneklemden daha çok dikkatsizlik boyutu ile; çocuklarda ise daha çok dürtüsellik boyutu ile anlamlılık gösterdiği söylenebilir. Bu da çocuğun dürtüsellik baskın olması ve erişkin hale geldikçe dürtüsellik bastırıldığı ancak dikkat sorunlarının belirgin hale geldiği düşünülebilir.

Dikkat eksikliği ve baş ağrısı arasında elde edilen bu bulgu, ağrı yaşantısından kaynaklı olarak yaşanan dikkat güçlükleri bağlamında da yorumlanabilir. Ağrı yaşayan

hastalar ağrularına bağlı olarak çeşitli bilişsel anlamda yaşadıkları güçlüklerden bahsederler, bu da dikkate bağlı sorunları arttıran bir rol oynayabilir. Korelasyonlara bakıldığında da paralel olarak başağrısı sıklığının artışı ile dikkat eksikliği puanları, sorun alt ölçeği puanları ve toplam DHEB puanları arasında anlamlı ilişkiler (.27, .35, .31) izlenmektedir. Bu da ağrının sıklığına bağlı olarak dikkat sorunlarının gelişmiş olabileceğine işaret ediyor olabilir. Yine başağrısı şiddeti ile DHEB toplam puanları ile sorun puanları küçük de olsa anlamlı ilişkiler (.20, .21) göstermektedir. Sıklıktaki fark özellikle ayda hiç ya da $\frac{3}{4}$ gün ağrısı olanlarla tüm ay ağrı yaşayanlar arasında görülmektedir. Ayda $\frac{3}{4}$ gün olan ağrı kişinin genel olarak bilişsel işlevselliğini etkilemeyebilir ancak tüm hayata yayılmış ağrı sorunlarının kişinin ağrının yarattığı güçlüklerle birlikte genel bir dikkat güçlüğü yaşıyor olabileceğini düşündürmektedir. Bell ve ark. (1999) kronik migrenli hastalarda anlamlı bir bilişsel bozulmaya rastlamamışlardır. Ancak literatürde migren tipi ağrısı olan hastaların olmayanlara göre; dikkat süreçlerinde, bilgi işleme süreçlerinde, dil ve bellek süreçlerinde anlamlı olarak daha düşük performans gösterdiklerine dair bulgular aktarılmıştır.

Fasmer ve ark. (2011) migren hastalarında kontrol grubuna göre daha fazla DEHB eştanısı olduğunu bulguladıkları çalışmalarında, bu iki bozukluğun tıpkı duygu durum bozuklukları ve anksiyete bozukluklarındakine benzer fizyolojik mekanizmalarla aynı alt yapıya sahip olabileceklerini düşünmektedir. Çünkü hepsinin altında ortak olarak dopaminerjik sistemle ilgili patofizyolojik sorunlar olduğu yönünde bulgular dikkat çekmektedir. Bu bağlamda migren ve DHEB rahatsızlıklarını duygudurum bozuklukları gibi nöropsikiyatrik hastalıklar olarak değerlendirmektedirler.

Duygudurum belirtileri açısından migren, gerilim tipi ve kontrol grupları arasında herhangi bir anlamlı farklılık çıkmamıştır. Bulgular Robins (2008) ve Holland ve ark. (2011) çalışmalarıyla paralel olarak migren ve duygudurum bozukluğu arasında anlamlı bir ilişki olmadığı yönündedir. Robins (2008) migren ve gerilim tipi başağrısı olanlarda bipolar bozukluğunu araştırmış ve migrenli grupta % 6.8, gerilim tipi ağrısı olanlarda %4.5 oranında çok büyük olmayan bipolar bozukluk oranları elde etmişlerdir. Holland ve ark. (2011) hasta kayıtlarına dayanarak migren ve bipolar bozukluğu olanların komorbidite yaygınlığını inceledikleri çalışmalarında, % 4.2 oranında düşük komorbidite elde etmişlerdir. Bu literatür ışığında duygudurum bozukluğu ile başağrısı arasında bir ilişki çıkmaması da desteklenmektedir.

Literatürde ise bunun tam tersi bulgular da mevcuttur. Saunders ve ark. (2015) migren tipi başağrısı olanlarda ağrısı olmayan kontrol grubuna göre daha fazla bipolar eştanısına rastlandığını belirlemişlerdir. Migrenli grupta % 31 oranında bipolar bozukluk rastlanırken, kontrol grubunda %6 oranında bulunmuştur. Bu çalışma migren ile bipolarite komorbiditesine işaret etmektedir. Ortiz ve ark. (2010), bipolar bozukluğu olanların %24.5 oranında migren komorbiditesine rastlandığını ortaya koymuştur. Ancak migren hastalarındaki yaygınlık değerlendirildiğinde bu oran 1. Tip bipolaritede 4.9; 2. Tipte ise 7.8 olarak bulunmuştur.

Ancak bu çalışmalarda migren ve bipolaritenin birlikteliği daha çok başağrısının depresyon boyutu ile ilişkili olmasından kaynaklanıyor olabilir. Bu nedenle mani alt boyutunun tek başına değerlendirildiği çalışmayla kıyaslanamamaktadır. Bu çalışmanın önemli bir sınırlılığı sadece mani alt boyutunu değerlendirmesi ve klinik bir görüşme ile tanısal bir değerlendirme yapılmamış olmasıdır.

Araştırmadaki korelasyonlar değerlendirildiğinde; başağrısının sıklığı ve şiddeti ile dikkat eksikliği puanları, sorun alt ölçeği puanları ve toplam DEHB alt ölçeği puanları arasında anlamlı ilişkiler elde edilmiştir. Bu ilişkiler, ağrının yoğunluğuna bağlı olarak DEHB ile ilişkili değerlerin arttığını göstermektedir, ancak bu ilişki dürtüsellik alt boyutunda elde edilememiştir. Bu da yine aralarındaki ilişkinin ağrının yoğunluğunun peşinden gelen, kişinin dikkat süreçlerini etkileyen ve bununla ilgili çeşitli sorunlar yaşamasına neden olan ağrı yaşantısının sonuçları gibi görünmektedir.

Korelasyonlar değerlendirildiğinde; araştırılan DEHB ve duygudurum bozukluğu arasındaki korelasyonlar da dikkat çekmektedir. Buna göre duygudurum bozukluğu puanlarıyla dikkatsizlik puanları, dürtüsellik-hareketlilik puanları, sorun puanları ve toplam DEHB puanları arasında anlamlı ve pozitif yönde ilişki görülmektedir. Bu ilişkiler son yıllarda dikkati çeken DEHB ve duygudurum bozukluğu arasında bir ilişki olduğu görüşleriyle paralel doğrultudadır. İkisinde de görülen dürtüsel eğilim, dikkat sorunları ve bunların kişinin hayatında meydana getirdiği ruhsal sorunlar arasında ilişki elde edilmesi beklentiler doğrultusundadır. Son yıllardaki bir bakış açısına göre, duygudurum bozukluğu ve yetişkin DEHB arasındaki benzer semptomlar (artmış dürtüsellik ve motor aktivite, dikkat dağılması ve sinirlilik, konuşkanlık.) nedeniyle aralarında özel bir birliktelik olabileceği düşünülmektedir. Bundan yola çıkarak Tonguç ve ark. (2014), 135 bipolar tanılı hastayla yaptıkları çalışmada, hastaların %17 sinde

yetişkin DEHB eştanısına rastlanmıştır. Ancak buradaki ilginç bulgu, dikkat eksikliği izlenen grupta, eşik altı depresif belirtiler, depresif epizot ve antidepresan kullanım oranlarının daha fazla olmasıdır. Yani daha çok bipolar bozukluğun depresif yönüyle ilişkili gibi görünmektedir.

Genel olarak bulgular değerlendirildiğinde, başağrısı ile DEHB arasındaki pozitif ilişki araştırmamızda ortaya konmakta ve bu açıdan DHEB'in başağrısına eşlik eden bir ruhsal bozukluk olduğu hipotezi desteklenmektedir. Duygudurum bozukluğu ile başağrısı arasında benzer bir ilişki saptanmamıştır. Buna göre başağrısı ile DEHB'in komordite gösterdiğini, ancak duygudurum bozukluğu ile komorbidite göstermediğini söyleyebiliriz.

5.2. Sonuç ve Öneriler

Bu çalışmada elde edilen bulgular ışığında, başağrısının değerlendirilmesi ve eş tanıların belirlenmesi açısından DEHB belirtilerinin dikkat edilmesi gereken bir faktör olduğunu ve tedavi seçeneklerini zenginleştirmek açısından göz önünde tutulması gereken olası bir eştanı olduğunu söyleyebiliriz. Hem yetişkin DEHB'in bireyin yaşamına getirdiği zorlukların belirlenmesi hem de başağrısı ile olan etkileşiminin bilinmesi tedavisinde önemli rol oynayabilir ve kişinin yaşamsal zorluklarının hafifletilmesine yardımcı olabilir. Bu konudaki yapılacak farklı çalışmalarla bu iki önemli sağlık sorununun etkileşimlerini etkileyen faktörler incelenebilir.

Bir diğer araştırma değişkeni olan duygudurum bozukluğunun her ne kadar başağrısı ile ilişkisi belirlenememişse de; literatürde ilişkilerini ortaya koyan çalışmaların ışığında bakıldığında; duygudurum bozukluğunun tanısal klinik görüşme yapılarak daha ayrıntılı değerlendirilmesinin aralarındaki ilişki konusunda daha aydınlatıcı olacağı düşünülmektedir. Literatürde ortaya konan ilişkilerin duygudurum bozukluğunun depresyon boyutuyla ve mani boyutuyla birlikte ve ayrı ayrı ilişkilerini ortaya koyan çalışmalara gereksinim vardır.

Ayrıca başağrısının DEHB ile olan ilişkisinde; bu ilişkinin yönü konusunu aydınlatan çalışmaların önemli olduğu düşünülmektedir. DEHB'in tanısal olarak varlığının ardından eğer başağrısı gelişmişse bunu aydınlatıcı çalışmalar yapılabileceği gibi; başağrısının sıklığı ve şiddetine bağlı olarak dikkat bozukluklarının gelişmesini inceleyen çalışmalar da dizayn edilebilir.

Genel olarak başağrısının diğerk psikopatolojiler ile ilişkilerini araştıran çalışmaların tedavilerinin zenginleşmesinde önemli olacaktır. Nörolojik tedavilerinin yanı sıra psikiyatrik tedavilerinin de izlem çalışmalarıyla birlikte araştırılması ve başağrısının eklenen psikiyatrik tedavilerle nasıl bir seyir izlediğinin belirlenmesi hastaların yaşam kalitesindeki ve işlevselliklerindeki etkiyi incelemek açısından kritik görünmektedir.

5.3. Kısıtlılıklar

Çalışmada yürütüldüğü dönemde kliniğe başvuran migren tipi başağrısı olanlarla gerilim tipi başağrısı olanların sayıları birbirine eşit olmadığından iki grupta eşit sayıda katılımcı bulunması sağlanamamıştır.

6. KAYNAKÇA

- Alaçam, H. (2012). Denizli Bölgesi Üniversite Öğrencilerinde İnternet Bağımlılığının Görülme Sıklığı ve Yetişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu ile İlişkisi. Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Bölümü Uzmanlık Tezi. Denizli.
- Algın, A. (2014). Migren ve Başağrılarınızın “kaderiniz” olduğunu mu düşünüyorsunuz? O halde yanılıyorsunuz!. *Ayrıntı Dergisi*, ss: 38-41. <http://www.dergiayrinti.com/index.php/ayr/article/viewFile/292/485>
- Amerikan Psikiyatri Birliği (2014). Ruhsal Bozuklukların Tanımsal ve Sayımsal El Kitabı, 4 Baskı Yeniden Gözden Geçirilmiş Tam Metin (DSM –IV-TR), (çev. ed Köroğlu E.) Hekimler Yayın Birliği, Ankara
- Arruda, M.A.; Guidetti, V.; Galli, F.; Albuquerque, R. Ve Bigal, M.E. (2010). Migraine, Tension-Type Headache, and Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Childhood: A Population-Based Study. *Postgraduate Medicine*, 122 (5)
- Bahar, G.; Savaş, H.; Ünal, A.; Bahar, A. (2015). İki Uçlu Duygudurum Bozukluğu Hastalarının Tedaviye Katılımları ve Etkileyen Faktörlerin Bekirlenmesi. *Journal of Mood Disorders*, 5 (3) ss: 95-103
- Barkley, R.A.; Murphy, K.R.; Fischer, M. (2008). Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Adults. What the Science Says. 1st ed. The Guilford Press.,Newyork, London
- Bell, B.; Primeau, M.; Sweet, J.; Lofland, K.R. (1999). Neuropsychological Functioning in Migraine Headache, Nonheadache Chronic Pain and Mild Traumatic Brain Injury Patients. *Archives*, 14 (4).pp: 389-399
- Biederman, J.; Milberger, S.; Faraone, S.V.; Kiely, K.; Guite, J., Mick, E. (1995) Family Environment Risk Factors Of Attention-Deficit Hyperactivity

- Disorder. Arch Gen Psychiatry; 52.pp: 464-470.
- Bigal, M.E; Bordini, C.A.; Speciali, J.G. (2000). Etiology And Distribution Of Headaches in Two Brazilian Primary Care Units. Headache; 40.pp:241-245
- Cantwell, D.P. (1996). Attention Deficit Disorder A Review Of The Past 10 Years. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry; 35.pp: 978–987.
- Craddock, N. and Sklar, P. (2013) . Genetics of Bipolar Disorder. Lancet , 381.
- Dinn, W.M.; Dinn, A.A.; Robbins, N.C.; Harris, C.L. (2005). Migraine Headache and Obsessive-Compulsive Symptomns in a Student Sample. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni, 15.pp: 174-181
- Dowson, A. ; Dahlof, C.; Tepper, S.; Newman, L. (2004). Prevalence and Diagnosis Of Migraine İn Patients Consulting Their Physician With A Complaint Of Headache: Data From The Landmark Study. Headache, 44.pp: 856-64.
- Faraone, S., Biederman, J. (1998). Neurobiology of Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Biol Psychiatry, 44.pp: 951–958.
- Fasmer, O.B.; Halmoy, A.; Oedegaard, K.J. ve Haavik, J. (2011). Adult Attention Deficit Hyperactivity Disorder İs Associated With Migraine Headaches. European Archives Of Psychiatry And Clinical Neuroscience. 261.pp:595–602
- Günay, Ş.; Savran, C.; Aksoy, U.M. (2005). Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Ölçeğinin (Adult ADD/ADHD DSM IV-Based Diagnostic Screening and Rating Scale) Dilsel Eşdeğerlilik, Geçerlilik Güvenirlik ve Norm Çalışması. M:Ü. Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi, 21.ss: 133-150
- Headache Classification Committee of the International Headache Society. (1988). Classification and Diagnostic Criteria For Headache Disorders, Cranial Neurais And Facial Pain. Cephalgia, 8 (7).pp: 1-96.

- Headache Classification Subcommittee of The International Headache Society. (2004).
The International Classification of Headache Disorders: 2nd edition.
Cephalgia; 24 (1).pp: 9-151.
- Henry P, Auray JP, Gaudin AF, Datigues JF, Duru G, Lanteri-Minet M et al. (2002)
Prevalence and clinical characteristics of migraine in France. Neurology;
59.pp: 232-37.
- Holland, J.; Agius, M. ve Zaman, R. (2011). Prevalence of Co-morbid Bipolar Disorder
and Migraine in a Regional Hospital Psychiatric Outpatient . Psychiatria
Danubina, 23.pp: 23-24
- International Headache Society Committee On Clinical Trials İn Migraine. (1991).
Guidelines For Controlled Trials Of Drugs İn Migraine. Cephalgia, 11.pp:
1-12.
- Işık, E. Ve Işık, U. (2013). Çocuk, Ergen, Erişkin ve Yaşlılarda Depresif ve Bipolar
Bozukluklar. Ziraat Grup Matbaacılık, Ankara
- İnan, L.E. (2003). Gerilim Tipi Baş ağrıları. T Klin J Neurology; 1.ss: 27-32.
- Jensen, K.; Tfelt-Hansen, P.; Lauritzen, M.; Olsen, J. (1986). Classic Migraine, A
Prospective Recording Of Symptoms. Acta Neurologica Scandinavica,
73.pp: 359-62.
- Jette, N.; Patten, S.; Williams J., Becker, W.; Wiebe, S. (2008). Comorbidity of Migrain
and Psychiatric Disorders – A National Population – Based Study.
Headache the journal of head and face pain. May, 48.pp: 501-516
- Karşıkaya, S.; Kavakçı, Ö.; Kuğu, N. ve Güler, A.S. (2013). Migren Hastalarında
Travma Sonrası Stres Bozukluğu: Migren, Travma ve Aleksitimi.
Nöropsikiyatri Arşivi, 50.ss:263-268
- Kavakçı, Ö. (2012). Erişkin Dikkat /Hiperaktivite Bozukluğunun Epidemiyolojisi.
Türkiye Klinikleri Journal of Psychiatry Special Topics, 5 (1).ss: 8-13

- Kessler, R.C.; Adler, L.; Barkley, R.; Biederman, J.; Conners, C.K. (2006). The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Am J Psychiatry*; 163.pp: 716-723.
- Kessler, R.C.; Ormel, J. ; Petukhova, M. (2011). Development Of Lifetime Comorbidity In The World Health Organization World Mental Health Surveys. *Arch Gen Psychiatry*.pp : 68-90.
- Konuk, N. ; Kiran, S.; Tamam, L.; . Karaahmet, E.; Aydın, H. ve Atık, L. (2007). Duydurum Bozuklukları Ölçeğinin Türkçe Uyarlamasının Bipolar Bozukluk Taramasında Geçerliliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*; 18 (2).ss: 147-154
- Lipton, R.B.; Stewart, W.F.; Diamond, S.; Diamond, M.L.; Reed, M. (2001). Prevalence and Burden Of Migraine In The United States: Data From The American Migraine Study II. *Headache*, 41.pp: 646-657.
- MacGregor, A. (2005). *Migraine in Woman. Revised Edition.* Taylor & Francis e-Library. Canada
- Manzoni, G.; Farina, S. ; Lanfranchi, M.; Solari, A. (1985). Classic Migraine clinical Findings In 164 Patients. *Eur Neurol*, 24.pp: 163-69.
- Mavioğlu, H.; Karaca, S.; Yılmaz, H.; Korkmaz, H., Artuğ, R.; Selçuki, S. (2000). Başağrısı Poliklinik Hastalarının Demografik ve Klinik Profili. *Düşünen Adam*, 13 (2).ss: 110-115
- McGuffin, P.; Rijdsdijk, F.; Andrew, M. (2003). The Heritability of Bipolar Affective Disorder and The Genetic Relationship to Unipolar Depression. *Arch Gen Psychiatry*,pp:60:497.
- Morris, C.G. (2002). *Psikolojiyi Anlamak.* (Ed: B. Ayvaşık ve M. Sayıl).Türk Psikologlar Derneği Yayınları, Ankara.

- Motavallı N. (1993). Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu: Tanı Ölçütleri, Yapısı, Sınıflandırma Sistemlerindeki Yeri, Nöropsikiyatri Arşivi, 30.ss: 226–231.
- Ortiz, A; Cervantes, P.; Zlotnik, G.; Velde, C.; Garnham, J.; Turecki, G.; Donovan, C. ve Alda, M. (2010). Cross-Prevalence of Migrain and Bipolar Disorder. Bipolar Disorders, 12.pp: 397-403
- Özdemir, O.; Aykan, F.; Özdemir, P.G. (2014). Coping Strategies and Personality Traits in Women Patients with Migraine and Tansion Type Headache. Journal of Mood Disorders. www.jmood.org. 4 (2).ss: 59-65
- Öztürk O. (2008) . Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Onbirinci baskı. Tuna Matbaacılık, Ankara.
- Öztürk, M.; Öngel, B.; Öztürk, Y.; Soy, D.; Altunkaynak, Y.; Sözmen, V. ve Baybaş, S. (2001). Migren ve Gerilim Tipi Başağrılarında Ağrı ve Sosyoekonomik Özellikler. Düşünen Adam, 14 (1).ss: 48-52
- Patterson, S.M. and Silberstein, S.D. (1993). Sometimes Jello Helps: Perceptions Of Headache Etiology, Triggers and Treatment İn Literature. Headache, 33.pp: 76-81.
- Pompili, M.; Serafini, G.; Cosimo, D.D.; Dominici, G.; Innamorati, M.; Lester, D.; Forte, A.; Girardi, N.; Filippis, S.D.; Tatarelli, R.; Martelletti, P. (2010). Psychiatric Comorbidity and Suicide Risk in Patients with Chronic Migraine. Neuropsychiatric Disease and Treatment. April.pp : 81-91
- Potenza, M.N. and Hollander, E. (2002). Pathologic Gambling and İmpulse Control Disorders. Ed: Davis KL, Charney D, Coyle J, Nemeroff C. Neuropsychopharmacology: The Fifth Generation of Progress. 5th Ed. Baltimore.
- Robbins, L. (2008). The Bipolar Spectrum in Migraine, Cluster and Chronic Tension Headache. European Neurological Review. Headache. pp:123-124

- Sabahi, A.R.; Ghaffarinejad, A.; Ghasemi, M.; Alizadeh-Nouri, R. (2014). The Relationship Between Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Personality Characteristics in Migrainous Patients. *Zahedan Journal of Research in Medical Sciences*, 16 (10).pp: 24-28
- Saunders, E.F.H.; Racha, N.; Kamali, M.; Ryan, K.A.; Evans, S.; Langenecker, S.; Gelenberg, A.; Mcinnis, M.G. (2014). Gender Differences, Clinical Correlates and Longitudinal Outcome of Bipolar Disorder with Co-morbid Migraine. *Clinical Psychiatry*, 75 (5).pp: 512-519
- Saygın, M.Z.; Öztürk, E.; Koçer, A.; Lüleci, A. ve Çalışkan, M. (2005). Aurasız Migren İle Epizodik Gerilim Tipi Baş ağrısı: Psikiyatrik Morbidite Ve Ayırt Edici Diğer Özelliklerin Araştırılması. *Tıp Araştırmaları Dergisi*, 3 (1).ss: 22-26
- Schwartz B.S., Stewart W.F., Simon D., Lipton R.B. (1998). Epidemiology of tension type headache. *JAMA* 279.pp: 381-383.
- Semiz, Ü.B.; Cengiz, F.F. ve Oner, Ö. (2012). Adult Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Trauma. *Bulletin of Clinical Psychopharmacology*, 22 (Ek sayı1).ss: 29
- Silberstein SD, Young WB. (1995). Migraine Aura And Prodrome. *Seminars İn Neurology*, 45.pp:175-182.
- Şahinoğlu, B. (2009). Epizodik Ve Kronik Migrende Göz Kırpma Refleksi. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Prof.Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı Ve Sinir Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi : 2. Nöroloji Kliniği, İstanbul.
- Şeneş, M. (2013). Migren ve Gerilim Tipi Baş ağrısında Vitamin B6, Vitamin B12 ve Folikosit Eksikliğinin Önemi. Gazi Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Doktora Tezi. Ankara
- Taşdemir, S.N. (2015). Migren Tanısı Olan Hastalarda Kişilik Yapı ve Özelliklerinin İncelenmesi. Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi. Sosyal Bilimler

Enstitüsü. Psikoloji Anabilim Dalı. Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Tezi. İstanbul

Temur, K.T.; Güleç, G.; Akarsu, Ö.; Yenilmez, Ç. (2016). İki Uçlu Duygudurum Bozukluğu Tanılı Hastaların Depresyon, Eşikaltı Depresyon ve İyilik Dönemlerinin Nöropsikolojik Açıdan Karşılaştırılması. Osmangazi Tıp Dergisi. <http://dx.doi.org>. 38: X-XX

Tonguç, D.B; Yargıç, İ.; Özyıldırım, İ. ve Yazıcı, O. (2014). Yetişkin Bipolar Bozuklukta Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu: Sıklık, Sosyodemografik ve Klinik İlişkiler. Nöropsikiyatri Arşivi, 51.ss: 97-102

Türk Başağrısı Epidemiyoloji Çalışma Grubu. (1997). Headache Screening Survey. Piar-Gallup, Marketing Research Co, İstanbul

Ulusoy, K.E.; Albayrak, T.; Şencan, İ.; Şule, B.; Abas, H. (2014). Demographic and Clinical Features of Migrain Headache of Women in Relation to Functional Disability. Journal of Turgut Ozal Medical Center. www.jtomc.org. 21(3).ss:196-201

Ünsal, İ. (2012). Migren ve Gerilim tipi Başağrısı Olan Hastalarda SF-36 Ölçeği İle Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi. Şanlıurfa

Üstündağ, M.F. ve Kesebir, S. (2013). İki Uçlu Bozuklukta İçselleştirilmiş Damgalanma: Klinik özellikler, Yaşam Kalitesi ve Tedaviye Uyum İlişkisi. Türk Psikiyatri Dergisi, 24.ss :1-9

Wang, S.; Chen, P.; Fuh, J. (2010). Comorbidities of Migraine. Heahache Medicine and Facial Pain, 1 (16).pp :1-9

Yaman, A.R. (2016). Bipolar Bozukluğu olan Hastaların Mizaç ve Bağlanma Özellikleri ile Oksitosin Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Araştırılması. Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilimdalı. Uzmanlık tezi. Isparta

Yavuz, K.F.; Yavuz, N.; Ulusoy, S.; Alnık, İ.; Güneş, H.G. (2013). Gerilim ve Migren Tipi Baş Ağrılara Eşlik Eden İşlevsel Olmayan Bilişsel İçerikler ve Tutumlar. Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences, 26.ss: 12-21

Yayla, E.M. (2012) . Birinci Basamağa Başvuran Klasik Migrenli ve Kronik Günlük Başağrılı Hastalarda Sosyodemografik ve Semptomatik Faktörlerin Değerlendirilmesi ve Karşılaştırılması. Ankara Medikal Journal, 13 (2). ss: 54-56



EK 1

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ !!!

Bu çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme sonrası özgürce vermeniz gerekmektedir. Size özel hazırlanmış bu bilgilendirmeyi lütfen dikkatlice okuyunuz, sorularınıza açık yanıtlar isteyiniz.

ÇALIŞMANIN AMACI NEDİR?

.....Migren ve gerilim tipi baş ağrısı yaşayan hastalarda duygudurum bozukluğu ve yetişkin dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu... olup olmadığının araştırılmasıdır.

KATILMA KOŞULLARI NEDİR?

Bu çalışmaya dahil edilebilmeniz içinmigren ya da baş ağrısı hastası.....olmanız gerekir.

NASIL BİR UYGULAMA YAPILACAKTIR?

Sizden ruhsal durumunuzla ilgili bazı formlar doldurmanız istenecektir. Medikal tedaviniz nöroloji uzmanınız tarafından yapılacaktır.

SORUMLULUKLARIM NEDİR?

Araştırma ile ilgili olarak verilen formları doldurmak... sizin sorumluluklarınızdır. Bu koşullara uymadığınız durumlarda araştırmacı sizi uygulama dışı bırakabilme yetkisine sahiptir.

KATILIMCI SAYISI NEDİR?

Araştırmada yer alacak gönüllülerin sayısı100..... 'dir.

KATILIMIM NE KADAR SÜRECEKTİR?

Bu çalışmada yer almanız için öngörülen süre1 saat.....dir. Bu kuruma bir kez gelmeniz gerekecektir.

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI YARAR NEDİR?

Bu çalışmada hastalardan elde edilen veriler araştırma amaçlı kullanılacağı için gelecekte baş ağrılı hastalarla yapılabilecek uygulamalara ışık tutacaktır.

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI RİSKLER NEDİR?

Bu araştırmada size yönelik bir risk bulunmamaktadır .

ARAŞTIRMA SÜRECİNDE BİRLİKTE KULLANILMASININ SAKINCALI OLDUĞU BİLİNER İLAÇLAR/BESİNLER NELERDİR?

Çalışma süresince birlikte kullanımının sakıncalı olduğu ilaç ve besinlerbilinmemektedir.....

HANGİ KOŞULLARDA ARAŞTIRMA DIŞI BIRAKILABİLİRİM?

Çalışma programını aksatmanız durumunda doktorunuz sizin izniniz olmadan sizi çalışmadan çıkarabilir.

DİĞER TEDAVİLER NELERDİR?

Bu tanının tedavisinde uygulanabilecek, ancak şimdilik uygulanmayacak olanbilişsel-davranışçı terapiler, biofeedbackgibi diğer tedaviler ya da işlemler de bulunmaktadır; bunların olası yararları ...ağrının kontrol edilebilmesidir, riskleri ise bulunmamaktadır.

ARAŞTIRMA SÜRESİNCE ÇIKABİLECEK SORUNLAR İÇİN KİMİ ARAMALIYIM?

Uygulama süresi boyunca, zorunlu olarak araştırma dışı ilaç almak durumunda kaldığınızda Sorumlu Araştırmacıyı önceden bilgilendirmek için, araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun, istenmeyen etki ya da diğer rahatsızlıklarınız için5884400..... no.lu telefondan Dr....Aysel Tekeşin.....'e başvurabilirsiniz.

ÇALIŞMA KAPSAMINDAKİ GİDERLER KARŞILANACAK MIDIR?

Yapılacak her tür tetkik, fizik muayene ve diğer araştırma masrafları size veya güvencesi altında bulunduğunuz resmi ya da özel hiçbir kurum veya kuruluşa ödetilmeyecektir.

ÇALIŞMAYI DESTEKLEYEN KURUM VAR MIDIR ?

Çalışmayı destekleyen kurumyoktur.

ÇALIŞMAYA KATILMAM NEDENİYLE HERHANGİ BİR ÖDEME YAPILACAK MIDIR?

Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır..

ARAŞTIRMAYA KATILMAYI KABUL ETMEMEM VEYA ARAŞTIRMADAN AYRILMAM DURUMUNDA NE YAPMAM GEREKİR?

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz; reddetme veya vazgeçme durumunda bile sonraki bakımınız garanti altına alınacaktır. Araştırmacı, uygulanan tedavi şemasının gereklerini yerine getirmemeniz, çalışma programını aksatmanız veya tedavinin etkinliğini artırmak vb. nedenlerle isteğiniz dışında ancak bilginiz dahilinde sizi araştırmadan çıkarabilir. Bu durumda da sonraki bakımınız garanti altına alınacaktır.

Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilir.

KATILMAMA İLİŞKİN BİLGİLER KONUSUNDA GİZLİLİK SAĞLANABİLECEK

MİDİR?

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren ...3... sayfalık metni okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyorum ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. Bu formu imzalamakla yerel yasaların bana sağladığı hakları kaybetmeyeceğimi biliyorum.

Bu formun imzalı ve tarihli bir kopyası bana verildi.

GÖNÜLLÜNÜN		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TEL. & FAKS		
TARİH		

VELAYET VEYA VESAYET ALTINDA BULUNANLAR İÇİN VELİ VEYA VASİNİN		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TEL. & FAKS		
TARİH		

ARAŞTIRMA EKİBİ DIŞINDAN YETKİN BİR HEKİM		İMZASI
ADI & SOYADI		
TARİH		

EK 2
Sosyodemografik Veri Formu

1.Ad –Soyad:

2. Yaş:

3.Cinsiyet

a)erkek b)kadın

4.Eğitim düzeyiniz.

a)İlköğretim

b)Lise

c) yüksek okul veya üniversite

d) diğer..

5.Medeni Durumunuz

a) bekar

b) evli (kaç yıl.....)

c) boşanmış

d) eşinden ayrı yaşıyor

e) dul

6.Evinizde kimlerle yaşamaktasınız?

a) yalnız

b) sadece eşinizle

c) eş ve çocuklar

d) anne ve baba ile birlikte

e) kayınvalide veya kayınpederle birlikte

f)diğer

7.Sahip olduğunuz çocuk sayısı

.....

8.Aile gelir düzeyiniz nedir ?

a) 1000 ytl' nin altında

b) 1000 ile 2000 ytl arasında

c) 2000-3000 ytl arası

d) 3000-5000 ytl arası

e) 5000 ytl üzeri

9. Çalışıyor musunuz?

a) evet

b) hayır

10.çalışıyorsanız çalışmakta olduğuz birim\ ünite

.....lütfen belirtiniz

10.Daha önce hiçbir işte çalıştınız mı?

a)evet ise lütfen belirtiniz.....

b)hayır

11. Fiziksel açıdan sahip olduğunuz bir hastalığınız var mı? (Diyabet-şeker, kalp hastalıkları, kanser, tiroid, epilepsi...)

a)evet ise lütfen belirtiniz.....

b)hayır

12. Fiziksel açıdan daha önce geçirdiğiniz önemli bir rahatsızlık var mı? (Diyabet-şeker, kalp hastalıkları, kanser, tiroid, epilepsi...)

a)evet ise lütfen belirtiniz.....

b)hayır

13. Ailenizde birinci ve ikinci derece yakınlarında bulunan fiziksel hastalıklar neler? (Diyabet-şeker, kalp hastalıkları, kanser, tiroid, epilepsi...gibi)

14. Psikiyatrik açıdan sahip olduğunuz bir hastalığınız var mı?

a)evet ise lütfen belirtiniz.....

b)hayır

15. Psikiyatrik açıdan daha önce geçirdiğiniz bir rahatsızlık var mı?

a)evet ise lütfen belirtiniz.....

b)hayır

16. Ailenizde birinci ve ikinci derece yakınlarında bulunan psikiyatrik hastalıklar neler?

16. Baş ağrılarınız ne zaman başladı?

.....

17. Baş ağrılarınızın sıklığı nasıl?

a)Ayda 3-4 gün

b) Ayda 1-2 hafta

c) Hemen hemen tüm ay boyunca,

18. Baş ağrılarınızın genelde şiddeti nedir?

a) Hafif

b) Orta

c) Şiddetli

19. Baş ağrılarınız için kullandığınız ilaçlar neler?

EK 3

ERİŞKİN DEHB ÖLÇEĞİ

1.BÖLÜM

Dikkat Eksikliği Bölümü

Sorun	Sorunun şiddeti ve sıklığı			
	Hem en Hiç	Biraz ya da Sıklı baze n	Çok Sık	3
1.Ayrıntılara dikkat etmekte zorluk ya da okul, iş ve diğer etkinliklerde dikkatsizce hatalar yapma	0	1	2	3
2. Dikkat gerektiren görevler ya da işlerde dikkati sürdürme güçlüğü	0	1	2	3
3. Birisiyle yüzyüze konuşurken dinlemede güçlük çekme	0	1	2	3
4. Okul ödevlerini ya da iş yerinde verilen görevleri bitirmekte zorlanma, verilen yönergeleri izlemekte zorluk çekme (yönergeleri anlama güçlüğüne ya da inatlaşmaya bağlı değildir)	0	1	2	3
5. Görevleri ve etkinlikleri düzenleme/ organize etme güçlüğü	0	1	2	3
6. Uzun zihinsel çaba gerektiren işlerden kaçınma, bu işlerden Hoşlanmama ya da bu işlere karşı isteksizlik	0	1	2	3
7. Görev ve etkinlikler için gereken eşyaları kaybetme (örn: oyuncak, okul ödevleri, kalem, kitap ya da araç gereç)	0	1	2	3
8. Dikkatin kolayca dağılması	0	1	2	3
9. Günlük etkinliklerde unutkanlık	0	1	2	3

Klinisyenin yanıtlayacağı bölüm:

1. bölümde karşılanan kriter sayısı:

1.Bölümden elde edilen DEHB puanı:

2.BÖLÜM

Aşırı Hareketlilik / Dürtüsellik Bölümü

Sorun

2-a) Aşırı Hareketlilik

1. El ve ayakların kıpır kıpır olması, oturduğu yerde duramama	0	1	2	3
2. Oturulması gereken durumlarda yerinden kalkma	0	1	2	3
3. Koşuşturup durma ya da huzursuzluk hissi	0	1	2	3
4. Boş zaman faaliyetlerini sessizce yapmakta güçlük	0	1	2	3

5. Sürekli hareket halinde olma ya da sanki motor takılıymış gibi hareket etme	0	1	2	3
6. Çok konuşma	0	1	2	3

2-b) Dürtüsellik

7. Sorulan soru tamamlanmadan yanıt verme	0	1	2	3
8. Sıra beklemekte zorluk çekme	0	1	2	3
9. Başkalarının işine karışma ya da konuşmalarını bölme	0	1	2	3

Klinisyenin yanıtlayacağı bölüm:

2. bölümde karşılanan kriter sayısı:

1. ve 2. bölümlerde karşılanan toplam kriter sayısı:
1. ve 2. bölümlerde elde edilen toplam DEHB puanı:

3.BÖLÜM

DEB/DEHB ile ilişkili özellikler

Sorun	Sorunun şiddeti ve sıklığı			
	Hemen Hiç	Biraz da baze n	Orta Sıklıkla	Çok Sık
1. Hedeflerine ulaşamama ve başarısızlık hissi	0	1	2	3
2. Başlanan bir işi bitirememeye ya da işe başlama güçlüğü	0	1	2	3
3. Aynı anda pek çok işle/ projeye uğraşma; bu işleri takipte ve tamamlamakta güçlük	0	1	2	3
4. Zamanı ve yeri uygun olmasa da aklına geleni o anda söyleme eğilimi	0	1	2	3
5. Sık sık büyük heyecanlar peşinde koşma	0	1	2	3
6. Sıkılmaya tahammül edememe	0	1	2	3
7. Herkez tarafından izlenen yolaları ve kuralları uygulamamak	0	1	2	3
8. Sabırsızlık; engellenme eşiğinin düşük olması	0	1	2	3
9. Dürtüsellik (düşünmeden hareket etme)	0	1	2	3
10. Kendini güvensiz hissetme	0	1	2	3
11. Duygu durumunda sık görülen oynamalar	0	1	2	3
12. Aniden parlama, tepki gösterme	0	1	2	3
13. Düşük benlik değeri	0	1	2	3
14. Parmaklarda tempo tutma, ayak sallama ya da ayak vurma	0	1	2	3
15. Sık sık iş değiştirme	0	1	2	3
16. Strese karşı aşırı duyarlılık, dayanamama	0	1	2	3

17. Zamanı ayarlamakta güçlük	0	1	2	3
18. Unutkanlık	0	1	2	3
19. Sözel saldırganlık	0	1	2	3
20. Fiziksel saldırganlık	0	1	2	3
21. Alkol kullanımı	0	1	2	3
22. Madde kullanımı	0	1	2	3
23. Yasal güçlük ve sorunlar	0	1	2	3
24. Çökkünlük (depresyon)	0	1	2	3
25. Kendine zarar verecek davranışlarda bulunma	0	1	2	3
26. Sebepsiz yere sinirli ve gergin olma (kaygı)	0	1	2	3
27. İşinden zevk alamama	0	1	2	3
28. Hayal kırıklığı ve cesaretsizlik hissi	0	1	2	3
29. Uzun süredir devam eden mutsuzluk hissi	0	1	2	3
30. Kapasiteyle uyumlu bir düzeye ulaşamama	0	1	2	3

Klinisyenin yanıtlayacağı bölüm:

1. bölümde karşılanan kriter sayısı:

1.Bölümden elde edilen DEHB puanı:

EK 4

DUYGUDURUM BOZUKLUKLARI ÖLÇEĞİ (DBÖ)

1. Hiç kendinizin doğal halinizde olmadığınızı hissettiğiniz bir dönem ve oldu mu?	Evet	Hayır	
..... diğer insanlara normal haliniz olmadığınızı düşündürecek kadar veya başınızı derde sokacak derecede, kendinizi çok iyi ve aşırı neşeli hissettiğiniz oldu mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
....çok çabuk kızıp insanlara bağırduğunuz ya da kavga veya tartışma çıkardığınız oldu mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
.... her zamankinden daha fazla kendinize güvendiğiniz oldu mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
....normalden çok daha az uyuduğunuz halde yine de uyku ihtiyacı hissetmediğiniz oldu mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
....eskisinden çok daha fazla veya daha hızlı konuştuğunuz oldu mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
....düşüncelerin kafanızda yarıştığı ve zihninizi yavaşlatamadığınız oldu mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
....etrafınızdaki şeylerden çok kolayca dikkatinizin dağıldığı veya bir hedefe yönelik ilerlerken konsantre olmakta güçlük çektiğiniz oldu mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
....normalde olduğunuzdan daha fazla enerjik olduğunuz oldu mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
....eskisinden çok daha aktif - faal- olduğunuz oldu mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
....eskisinden çok daha sosyal ve sıkça gezmelere giden birisi oldunuz mu? Meselâ bu amaçla arkadaşlarınızı gecenin bir yarısı aramaya başladığınız oldu mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
....cinsellikle normalden daha fazla ilgilendiğiniz oldu mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
...normalde yapmadığınızı ya da diğer insanların sizin için aşırı, saçma sapan ve riskli bulduğu şeyler yaptığınız oldu mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
.... aşırı para harcayarak kendinizi veya ailenizi zor duruma düşürdüğünüz oldu mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Eğer yukarıdaki soruların birden fazlasına evet dediyseniz bunların birkaçı aynı zamanda mı oldu? (lütfen tek cevap işaretleyiniz)			
EVET	HAYIR		
3. Bu durumlar sizde; çalışmamak, evde ve işyerinde sorunlara yol açmak, yasal sorunlar çıkması, kavga veya tartışmalara girmek gibi konularda ne derece probleme sebep oldu? (Lütfen tek cevabı yuvarlak içine alınız.)			
hiç	az	orta derecede	ciddi

ÖZ GEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler: Esra Arda

İstanbul, 1980

Eğitim Bilgileri: Ankara Üniversitesi – Psikoloji Bölümü

Ankara Üniversitesi – Sağlık Bilimleri Enstitüsü – Adli Psikoloji- Yüksek lisans

İş Deneyimi: İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Yabancı Diller ve Düzeyi: İngilizce- Orta

Bilimsel Yayınlar ve Çalışmalar: Suç İşleyen Ergenlerde Gereksinim Ve Öfke Örüntülerinin İncelenmesi (Yüksek Lisans Tezi)

Unutkanlık Şikayeti Yaşayan Hastaların Nöropsikolojik Profillerinin Post Travmatik Stres Bozukluğu Belirtileriyle İlişkisi Üzerine Bir Çalışma (Poster Sunum-Ulusal Psikoloji Kongresi)