



T.C.

MERSİN ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI

ANABİLİM DALI

**BAŞĞRISI OLAN ERGENLERDE ANKSİYETE,
DEPRESYON ve ALLODİNİNİN AYIRICI TANIDA YERİ**

Dr. Safinaz Dila TALAS

UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN

Doç. Dr Gülen GÜLER AKSU

MERSİN- 2022



T.C.

MERSİN ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI

ANABİLİM DALI

**BAŞĞRISI OLAN ERGENLERDE ANKSİYETE,
DEPRESYON ve ALLODİNİNİN AYIRICI TANIDA YERİ**

Dr. Safinaz Dila TALAS

UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN

Doç. Dr Gülen GÜLER AKSU

MERSİN- 2022

TEŞEKKÜR

Asistanı olduğum için her zaman kendimi çok şanslı hissettiğim, mesleki olarak örnek aldığım; insanlığı, vicdanı, hoşgörüsüyle her zaman yanımda annemiz gibi duran bize mesleki ve manevi açıdan hep destek olan sayın Prof. Dr. Fevziye TOROS'a

Uzmanlık eğitimim süresince ve tezimin her aşamasında yanımda olan bana hem mesleki hem manevi olarak destek veren, mesleki olarak hep örnek aldığım çok değerli hocam sayın Doç.Dr.Gülen GÜLER AKSU'ya

Psikiyatri rotasyonunda eğitimim sırasında emeği geçen sevgili hocalarım Prof.Dr. M. Kemal Yazıcı, Prof.Dr. Aylin Ertekin Yazıcı, Prof.Dr. Şenel Tot Acar ve Yrd.Doç.Dr.Eda Aslan' a ve beraber çalıştığım psikiyatri asistanı arkadaşlarıma,

Çocuk nörolojisi rotasyonunda hoşgörülü ve donanımlı yaklaşımı ile kişisel ve mesleki gelişimime büyük katkıları olan sevgili hocalarım Prof. Dr. Çetin Okuyaz'a ve Doç. Dr. Mustafa KÖMÜR'e

Tezimin birçok aşamasında yardımlarını esirgemeyen Prof.Dr. Aynur Özge'ye ve tezimin istatistiksel analizinde desteğini esirgemeyen Araş. Gör. Dr. Damla Hazal SUCU' ya

Hayatımın her aşamasında yanımda olan, beni destekleyen ve varlıklarından her zaman güç aldığım canım anneme, babama kardeşlerim Sena ve Semih' e

Bu hayatta birlikte yaş almaktan hep keyif aldığım ve huzur bulduğum iyikim sevgili eşim Dr. Onur TALAS' a

Bana bu hayattaki en güzel duyguyu yaşatan, varlığına her an şükrettiğim, tamamlanmama yol gösteren biriciğim, hayat ışığım, canım kızım Beren' ime sonsuz sevgi ve en içten teşekkürlerimi sunuyorum.

Dr. Safinaz Dila TALAS

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
ÖZET	5
ABSTRACT	6
GİRİŞ VE AMAÇ	9
GENEL BİLGİLER	11
Baş Ağrısı	11
Baş Ağrısı Tarihçesi	11
Baş Ağrısı Epidemiyolojisi	12
Baş Ağrısı Patofizyolojisi	14
Çocuk Baş Ağrılı Hastaya Tanısal Yaklaşım	18
Primer Baş Ağrısı Sınıflaması ve Tanı Kriterleri	19
Migren Kliniği ve Tanı Kriterleri	20
Gerilim Tipi Baş Ağrısı Kliniği ve Tanı Kriterleri	21
Psikiyatrik Muayene	22
Allodini	22
Depresyon	23
Anksiyete	23
GEREÇ VE YÖNTEM	25
Yöntem	26
Gereçler	27
İstatistiksel Analiz	29
BULGULAR	30
TARTIŞMA	53
SONUÇ ve ÖNERİLER	62

KAYNAKLAR	65
SİMGELER VE KISALTMALAR	75
ŞEKİLLER VE RESİMLER	77
TABLolar	78

EKLER

EK-1 : Sosyodemografik Form

EK-2 : Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği

EK-3 : Allodini Kontrol Listesi

EK-4 : Çocukluk Çağı Kaygı Bozuklukları Özbildirim Ölçeği

EK-5 : Baş Ağrısı Anket Formu

ÖZET

Erişkin hastaların baş ağrıları büyük oranda çocukluk döneminde başlamakta ve bu baş ağrılarına sıklıkla psikiyatrik bozukluklar da eşlik etmektedir. Psikiyatrik bozuklukların eşlik ettiği baş ağrıları daha sık kronikleşmekte ve yaşam kalitesini daha çok bozmaktadır. Erişkinlerde baş ağrıları ve psikiyatrik bozuklukların bir arada değerlendirildiği çalışmalar mevcuttur ancak çocuk ve ergen hasta grubunda bu çalışmaların sayısı oldukça azdır. Bu çalışmada baş ağrısı olan ergenlerde anksiyete ve depresyon gibi psikiyatrik bozuklukların değerlendirilmesi, bu psikiyatrik durumların baş ağrısına etkisinin bulunması hedeflenmiştir. Ayrıca baş ağrısı olan hastalarda allodini sıklığı ve allodinin baş ağrısını kronikleştirici bir faktör olup olmadığı da bu çalışmanın hedeflerindendir.

Baş ağrısı yakınması ile Mersin Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğine başvuran The International Classification of Headache Disorder 3rd edition (ICHD 3) tanı kriterlerine göre baş ağrısı tipleri belirlenen 12-18 yaş aralığında 143 hasta ve baş ağrısı tanısı olmayan 45 sağlıklı gönüllü çalışmaya dahil edildi. Psikiyatrik bozukluklar DSM-V tanı kriterlerine göre saptandı. Depresyon ve anksiyete belirti şiddetini değerlendirmek için çocuklar için depresyon ölçeği, çocukluk çağı kaygı bozuklukları öz bildirim ölçekleri uygulandı. Allodini şiddetini saptamak için hastalara alldoni kontrol listesi uygulandı.

Migren ve gerilim tipi baş ağrısı (GTB) gruplarında psikiyatrik bozukluk sıklığının sağlıklı gruba göre daha fazla olduğu, en sık komorbid psikiyatrik bozukluğun anksiyete bozukluğu olduğu saptandı. Ebeveynde bir psikiyatrik hastalık görülme sıklığı migren ve gerilim tipinde sağlıklı gruba göre daha sık bulunmuştur. Gerilim tipi baş ağrısına sahip çocuk ve ergenlerde hipoksik doğum öyküsü daha siktir. Zonklayıcı tipte baş ağrısı migren grubunda gerilim tipi baş ağrısı grubuna göre daha fazladır. Migren grubunda ağrının yatma ve karanlıkta uzanma davranışına yanıtı daha iyidir. Bir ay içindeki ağrı sıklığı gerilim grubunda daha fazla iken menarş olma ve ağrı ilişkisi migren grubunda daha sık bulunmuştur. Allodini puanı migren grubunda daha yüksek olarak saptanmıştır.

Çocuk psikiyatri polikliniklerine baş ağrısı yakınması ile gelen çocuk ve ergenlerde dikkatli bir baş ağrısı değerlendirmesi yapılması oldukça önemlidir. Sık yaşanan baş ağrısı sorunları komorbid psikiyatrik durum için en bağımsız risk faktörüdür. Bu durum bize çocuk ve ergenlerde baş ağrısı tedavisi için yöntem belirlerken mutlidisipliner bir yaklaşım ihtiyacının olduğunu ortaya koymaktadır.

Anahtar sözcükler: Baş ağrısı, çocuk psikiyatri, ergen, anksiyete, depresyon



ABSTRACT

Headaches in adult patients mostly begin in childhood, and these headaches are often accompanied by psychiatric disorders. Headaches accompanied by psychiatric disorders become more chronic and impair quality of life more. There are studies evaluating headaches and psychiatric disorders together in adults, but the number of these studies is very few in the pediatric and adolescent patient group. In this study, it was aimed to evaluate psychiatric disorders such as anxiety and depression in adolescents with headache and to find the effect of these psychiatric conditions on headache. In addition, the frequency of allodynia in patients with headache and whether allodynia is a chronic factor for headache are also the objectives of this study.

143 patients aged 12-18 years, whose headache types were determined according to The International Classification of Headache Disorder 3rd edition (ICHD 3) diagnostic criteria, who applied to Mersin University Child and Adolescent Psychiatry Outpatient Clinic with a complaint of headache, and 45 healthy volunteers without a diagnosis of headache were included in the study. Psychiatric disorders were determined according to DSM-V diagnostic criteria. Children's depression scale and childhood anxiety disorders self-report scales were used to evaluate the severity of depression and anxiety symptoms. Allodynia checklist was applied to the patients to determine the severity of allodynia.

It was determined that the frequency of psychiatric disorders was higher in the migraine and tension-type headache (GTD) groups than in the healthy group, and the most common comorbid psychiatric disorder was anxiety disorder. The incidence of a psychiatric disease in the parent was found to be higher in migraine and tension type than in the healthy group. A history of hypoxic birth is more common in children and adolescents with tension-type headache. The throbbing headache was more common in the migraine group than the tension headache group. In the migraine group, the response of pain to lying down and lying down in the dark behavior is better. While the frequency of pain in a month was higher in the tension group, the relationship between

menarche and pain was more frequent in the migraine group. The allodynia score was higher in the migraine group.

It is very important to make a careful headache evaluation in children and adolescents who come to the child psychiatry outpatient clinics with headache complaints. Frequent headache problems are the most independent risk factor for a comorbid psychiatric condition. This situation reveals that there is a need for a multidisciplinary approach when determining a method for the treatment of headaches in children and adolescents.

Key words: Headache, child psychiatry, adolescent, anxiety, depression



GİRİŞ ve AMAÇ

Baş ağrısı çok eski çağlardan bu yana başta gelen tıbbi sorunlardan biridir. Okul çağı çocuklarının %65-75' inde sıklıkla baş ağrısı görüldüğü, %10 'unun ise yineleyen baş ağrılarından yakındığı (haftada en az bir kez) bildirilmiştir. ¹

Baş ağrısının psikiyatrik bozukluklarla ilişkisi için birçok araştırma yapılmıştır. Erişkinlerde ve çocuklarda yapılan çalışmalarda baş ağrısının özellikle depresyon ve anksiyete bozuklukları ile ilişkili olduğu bildirilmiştir. Bazı erişkin hasta grubu çalışmalarında diğer kronik ağrılarda olduğu gibi baş ağrısının anksiyete duyarlılığı (AD) ile ilişkili olabileceği, AD yüksek olan baş ağrısı hastalarının ağrıdan daha fazla tedirgin oldukları ve daha fazla anksiyete gösterdikleri bildirilmektedir. Erişkinlerde baş ağrısı AD, depresyon, allodini ilişkisi üzerine bazı araştırmalar bulunmakla birlikte, çocuk ve ergenlerde bu ilişki konusunda bildiğimiz kadarıyla yeterince araştırma yoktur. ¹

Baş ağrısı, baş dönmesi, bayılma gibi belirtiler pediatri ve pediatrik nöroloji pratiğinde de tanısal karmaşalar yaratabilmektedir; çünkü bu semptomlar aynı zamanda depresyon, anksiyete bozukluğu, konversiyon bozukluğu, depresyon, allodini ya da panik bozukluk gibi psikiyatrik bozuklukların da sık karşılaşılan belirtileridir. Bu örtüşen klinik semptomlar sıklıkla yanlış tanı ve tedavilere, hastalar için zaman kayıplarına sebep olabilmektedir. ²

Baş ağrısı hastalarına psikiyatrik bozukluklar oldukça sık eşlik etmektedir. Psikiyatrik komorbidite sıklıkla baş ağrısı tedavisini zorlaştırmakta ve baş ağrısı tedavisinde kötü gidişata işaret etmektedir. Erişkin baş ağrılarının büyük oranda çocukluk veya ergenlik döneminde başladığı bilinmektedir. Bu nedenle henüz çocukluk döneminde iken baş ağrısının tipinin doğru belirlenmesi, hastanın uygun tedaviyi alması ve varsa eşlik eden ruhsal hastalıklar açısından da doğru yaklaşımın ortaya konması oldukça önemlidir.³

Bu araştırmada çocuk psikiyatri polikliniğine başvuran primer baş ağrısı tanısı alan 12-18 yas grubundaki hastaların anksiyete depresyon ve allodini açısından değerlendirilmesi ve baş ağrısı olan 12 – 18 yaş hasta grubunda depresyon

anksiyete ve allodininin normal popölasyona göre sıklığını bulmak amaçlanmıştır. Var olan ruhsal patolojilerin ne sıklıkta olduğu ve bu ruhsal hastalıkların görölmesini arttıran ya da azaltan başka faktörlerin olup olmadığının saptanması da bu çalışmanın amaçlarındandır.



GENEL BİLGİLER

Baş Ağrısı, Tarihçesi, Epidemiyolojisi ve Patofizyolojisi

Baş Ağrısı

Baş ağrısı nüfusun büyük bölümünde görülen, günlük yaşamı olumsuz etkileyen ve çok sık görülen bir durumdur. Erişkinlerde olduğu kadar çocuk ve ergenlerde de sık görülür, en sık görülen ağrı türü olarak bildirilmiştir. ¹

Baş ve çevresinde oldukça fazla ağrıya duyarlı yapıların olması bu durumu kısmen açıklayabilir. Saçlı deri, baş ve boyun kasları, periost, göz, kulak, burun, boğaz, intrakranial arterlerin proksimal kısımları, meningeal arterler, venöz sinüsler ve büyük venler, V, IX, X kranial sinirler ile ilk üç servikal spinal sinirler başlıca ağrıya duyarlı yapılar olarak tanımlanmaktadır. Bu yapıların basıya uğramaları ve yer değiştirmeleri, iltihabi patolojileri, baş ve boyun kaslarının spazmına yol açan durumlar, intrakranial ve ekstrakranial arterlerin çap değişiklikleri, ağrıya duyarlı sinirlerin irritasyona uğramaları ağrı nedeni olabilir. ¹

Baş Ağrısı Tarihçesi

Baş ağrısı çok eski çağlardan bugüne kadar gelen ve toplumun oldukça geniş bir kısmını etkileyen, işlevsellikte kayba sebep olan bir sorundur.

Eski Yunan literatüründe Galen, baş ağrısı sendromlarından söz etmiş ve baş ağrılarının pek çok semptomunu detaylıca anlatmıştır. 17. yüzyıldan başlayarak baş ağrılarının bazı iç organlardaki fazla kan akımından (konjesyon) kaynaklandığı düşünülmüştür. 1600'li yıllarda Doktor Thomas Willis, baş ağrılarının beyine giden kan miktarındaki ani artıştan kaynaklandığını ve kan damarlarındaki ani genişlemenin, çevredeki sinirlere basınç yaparak ağrıyı tetiklediğini ileri sürmüştür. ⁴

Milattan önce (M.Ö.) 7000 yılından kalan neolitik insan kafataslarında, baş ağrısında tedaviye yönelik, bir cihaz ile kafatasının delindiği ve trepanasyon denen bir işlemin uygulandığına dair bulgular mevcuttur. ⁵

İlk baş ağrısı sınıflaması Amerikan Ulusal Sağlık Enstitüsü Ad Hoc Komitesi tarafından 1962 yılında yapılmıştır. ⁶Bu sınıflamanın yetersiz olması nedeniyle Uluslararası Baş Ağrısı Topluluğu (IHS), 1988 yılında baş ağrısı tanısında standart olabilecek bir sınıflandırma sistemi oluşturmuştur. ⁷ Bu sınıflama sistemi dünyada yaygın bir bilimsel kabul görmüş ve 2004'de revizyonu yapılmıştır. ⁷2013 yılında ise IHS, International Classification of Headache Disorders (ICHD); ICHD 3 beta adı altında baş ağrısı sınıflamasını ve tanı kriterlerini güncellemiştir. Bu sınıflamada primer baş ağrıları, sekonder baş ağrıları, ağrılı kraniyal nöropatiler ve diğer fasiyal ağrılar olmak üzere üç ana başlık altında baş ağrıları toplanmıştır. ⁸ 2018 yılında ise ICHD 3 olarak son güncel sınıflama yapılmıştır⁹.

Baş Ağrısı Epidemiyolojisi

Baş ağrısı dünya nüfusunun büyük bölümünde görülen, günlük yaşamı olumsuz etkileyen ve çok sık karşılaşılan bir durumdur. Erişkinlerde olduğu kadar çocuk ve ergenlerde de sık görülür, en sık görülen ağrı türü olarak bildirilmiştir. ¹⁰⁻¹² Okul çağı çocuklarının %65-75'inde sıklıkla baş ağrısı görüldüğü, %10'unun ise yineleyen baş ağrılarından yakındığı bildirilmiştir.² Artan yaşla birlikte 13-14 yaşlarında baş ağrısı prevalansı pik yapmakta ve %27-32'ye yükselmektedir ⁸ . Ergenlik sırasında görülme sıklığında giderek bir artış meydana gelir. 7 yaş grubunda baş ağrısı prevalansı %37-51 iken 15 yaş grubunda ise giderek artarak %57-82'ye yükselir. Tekrarlayıcı veya sık görülen baş ağrıları 7 yaşında %2,5 civarında görülürken, bu değer 15 yaşında %15'e yükselir ^{10,13,14}

Baş ağrılarının %90'a yakını birincil tip baş ağrısıdır. Migren ve gerilim tipi baş ağrıları (GTBA) tüm baş ağrılarının %90'lık bölümünü oluşturur.

Puberteye kadar olan dönemde baş ağrısı prevalanslarına bakıldığında hafif bir erkek dominansı olmasına rağmen majör bir cinsiyet farklılığı saptanmamaktadır. Puberte sonrasında ise kızlarda baş ağrısı görülme sıklığı 2,5/1 oranı ile artmıştır. ¹⁵

Ergenlerde baş ağrısı ve alt tiplerinin prevalansının değerlendirildiği çalışmalar sınırlı sayıda bulunmaktadır. Yayınlanan çalışmalarda primer baş

ağrısı sıklığı migren için %10-17,0 oranında, gerilim tipi baş ağrısı (GTB) için %0,9-72,3 oranında olmak üzere geniş bir aralıkta değiştiği görülmektedir. ¹⁶

Migren, okul çağı çocuklarında kronik tekrarlayan baş ağrısı nedenidir. Migren prevalansının yaşla birlikte arttığı gözlenmektedir. Migren prevalansı 3-7 yaş arasında %3, 7-11 yaş arasında %4-11, ergenlik sırasında ise %8-23 arasında değişim göstermektedir. Prevalans yaklaşık 40 yaşına kadar artar, ondan sonra da azalmaya başlar. Ergenlik öncesinde migren prevalansı erkeklerde kızlara göre daha yüksektir; daha sonra ergenlik yaklaştıkça, kızlardaki prevalans erkeklere oranla daha hızlı artar ve kız cinsiyet dominant hale gelir. ¹⁷

GTB; ise çocuk ve ergenlerde en sık görülen baş ağrısı tipidir. Çocuklarda ve ergenlerde GTB prevalansı hakkında migrene kıyasla daha az epidemiyolojik veri mevcuttur. Genel itibari ile yaşla birlikte kızlarda sıklığının daha fazla olduğu gözlenmektedir. ^{18,19}. GTB; prevalans oranı hakkındaki tahminler %0,90-72,8 gibi büyük ölçekte değişiklik göstermektedir ve bunun nedeni, büyük olasılıkla kullanılan yöntemlerdeki farklılıklar, çalışmaların farklı kültür ve coğrafyalarda yapılmasına bağlıdır. (Tablo 1) ²⁰⁻²²

Tablo 1: Çocuk baş ağrısı prevalans çalışmaları

Araştırma	N	Yaş	Baş ağrısı	Migren	Gerilim
Özge- 2002, Türkiye ²⁰	5562	8-16	%49.2	%10.4	%24.7
Barea, 1996, Brezilya ²¹	538	10-18	%82.9	%9.9	%72.8
Kong CK, 2001, Hong Kong ²²	2156	6-13	%2.8	%0.5	%1.2
Karlı N,2006, Türkiye ¹⁸	2387	12-17	%52.2	%14.5	%31.9
Akyol A, 2007, Türkiye ²³	7721	9-17	%83.3	%9.7	-

2020 yılında Mersin ilinde 5562 çocuğun katılımıyla yapılan baş ağrısı prevalans çalışmasında; tekrarlayan baş ağrısı prevalansı %49,2 idi (5562'de 2739) ve mevcut baş ağrısı prevalansı %31,3 idi (2739'un 859'u). GTB, migrenden daha yaygındı (%24,7'ye karşı %10,4). ²⁰ 2007 yılında 7721 kişinin dahil edildiği bir çalışmada ise 9-17 yaş arası grupta baş ağrısı prevalansı %83,3 ile oldukça yüksek bir orandadır. ²³. 2006 yılında 2387 çocukla yapılan bir başka çalışmada ise %52,2 oranında baş ağrısı saptanmış olup, bunun %14,5 i migren, %31,9 u ise gerilim tipi baş ağrısı olarak belirlenmiştir.¹⁸

Baş Ağrısı Patofizyolojisi

Çocukluk ve ergenlik çağında baş ağrısı çok sık rastlanan bir sağlık sorunu olmasına karşın muhtemelen çocukların ağrıyı doğru ifade edememesine bağlı baş ağrısı yakınması ile başvuran hasta sayısı erişkine kıyasla daha düşük olarak karşımıza çıkmaktadır. Çocuklarda baş ağrısı prevalansı yaşla birlikte artış göstermektedir.

İnsanların sık karşılaştıkları yakınmalardan birisi olan baş ağrısı kafatası içinde veya dışında yer alan ağrıya duyarlı oluşumların değişik nedenlerle etkilenmesi sonucu ortaya çıkar. Bu yakınma merkezi sinir sistemindeki (MSS)

patolojilerden kaynaklanabilir ya da başka patolojilerin sonucu olarak da karşımız çıkabilir.

Başta ağrıya duyarlı oluşumlara bakıldığında;

1) İntrakranial

Duramaterdeki venöz sinüsler ve büyük venler

Kafatabanını örten duramater (tentorium serebelli, falks serebri)

İntrakranial büyük arterler ve meningeal arterler

V.-IX.-X.kranial sinirler ve 1.-2.-3. servikal sinirlerin intra-ekstrakranial bölümleri

2) Ekstrakranial

Yüz ve baştaki damarlar

Baş ve boynun çizgili kasları

K.B.B yapıları dişler, buradaki mukoza ve periostal yapılar

Orbita ve gözler

Deri, subkutanöz dokular sayılabilir. ²⁴

Primer baş ağrılarında sıklıkla açıklanabilir bir neden bulunmamaktadır. Baş ağrısı patofizyolojisinde; vasküler yapılar, nöronal yapılar,hormonal bozukluklar gibi birçok neden araştırılmaktadır ancak baş ağrılarını tek bir nedene bağlamak mümkün olamamaktadır.

Migren patofizyolojisi tam olarak aydınlatılamamıştır; ancak çeşitli teoriler mevcuttur.

1. Vasküler Teori: En eski teodir. İntrakraniyal arterlerin vazokontrüksiyonu sonucunda kan akımı azalır ve aura semptomları buna bağlı oluşur. Bunu ekstrakraniyal arterlerin vazodilatasyonu ve hiperemisi takip eder. Bu sırada baş ağrısı ortaya çıkar. Baş ağrısının hiperemi ile tetiklendiği düşünülmektedir.

2. Nöronal Teori: İç veya dış uyaranlarla monoaminerjik nöronal aktivite artışı veya dalgalanmayı izleyerek sempatik sinir sistemi aktivitesinde artış olmasıdır. 5-HT ve katekolamin etkisi sonucu intrakraniyal ve ekstrakraniyal damar yapılarında değişiklik, 5-HT_{1c} ve/veya 5-HT₂ ve 5-HT₃ reseptörlerinin aktive olmasıyla steril inflamatuvar bir yanıt oluşmasıdır.²⁵
3. Nörovasküler Teori: Genetik yatkınlık, ataklar dışındaki fizyolojik ve biyokimyasal anormallikler, atakları başlatan iç ve dış faktörler sonucu trigeminal vasküler sistemin uyarılması ve ağrının algılanması şeklindedir. Patofizyolojiyi en iyi açıklayan teoride aslında budur.²⁶ Trigeminal aksonların ve ağrı duyusunu taşıyan reseptörlerin damar çevresindeki yerleşimi nedeniyle meninksler ve büyük damarlar ağrıya duyarlı iken trigeminal innervasyondan yoksun beyin parankiminde ağrı duyusu bulunmamaktadır. Trigeminal sinirin periferik aksonlarının aktivasyonu ile ağrı duyusu trigeminal gangliona ve santral aksonları aracılığı ile 2. nöronlarını oluşturan C2' den bulbusa dek uzanan „trigeminal nucleus kaudalis“ (TNC) iletilir. Periferik trigeminal aksonların aktivasyonu ile antidromik nöropeptidlerin (CGRP, substance P, nörokinin A) perivasküler alana salınması ile vazodilatasyon, kan akımı artışı, protein ekstravazasyonu yani nörojenik inflamasyon oluşur. Bu vazodilatasyon ve ödem perivasküler trigeminal aksonların daha fazla uyarılmasına, beyin sapındaki trigeminal nükleusta c-fos ekspresyonunun artmasına yol açarak daha fazla ağrıya yol açmaktadır.²⁷ TNC' den ön beyin bölgelerine iletilmesi sırasında süperior salivator nükleus uyarılmakta, pterigopalatin ve otik ganglia aracılığı ile parasempatik aktivasyona (NO ve VIP salınımı), bu yolla da vazodilatasyona neden olmaktadır.^{25,27} Ağrı duyusu TNC' den çıkarak beyin sapında orta hattı çaprazlayıp trigeminal lemniskusu oluşturarak talamusta sonlanır, daha sonra birincil somatosensoriyel korteks ve singulat kortekse ulaşır. Beyin sapı yapılarının migren atakları sırasında aktive olduğu pozitron emisyon tomografi (PET) ve fonksiyonel manyetik rezonans görüntüleme (fMRI) çalışmalarıyla gösterilmiş, buna

dayanarak beyin sapının migren jeneratörü olabileceği de öne sürülmüştür.²⁵

Migren oluşumunda kortikal aktivite varlığı da bugün kabul gören bir görüştür. Migrene bağlı kan akımı değişiklikleri ve fonksiyonel MRG sinyali kortikal yayılan depresyon olarak bilinen, Leao tarafından tanımlanmış tabloyla benzer zamansal (2–6 mm/dakika hızıyla yayılma) ve yerleşimsel özellikler göstermektedir. Kortikal yayılan depresyon glial ve nöronal membranlarda aşırı bir depolarizasyon ile iyonik akımların bozulması, hücre dışı potasyumun artması, glutamat salınımı ve bunu izleyen geçici artışı izleyen serebral kan akımı azalması ile karakterizedir. Kortikal yayılan depresyonun auranın altında yatan temel mekanizma olduğu kanıtlanmıştır. Anahtar rolü olan glutamat salınımının hücre içine Ca^{2+} girişine neden olması voltaj kapılı Ca^{2+} kanalları ile ilişkili mutasyonların rol oynadığını gösterirken, sinaptik aralıktan transporter aracılı taşınma için ise sodyum–potasyum-ATPaz (Na^{+} – K^{+} -ATPaz) pompasının devreye girdiği bilinmektedir.

Nitrik oksit (NO); de migren patogenezinde suçlanan mediyatörlerden biridir. NO endotelden salınır, vasküler tonus ve sistemik kan basıncının düzenlenmesinde rolü vardır. Güçlü antiagregan ve kas gevşetici özellikte hem merkezi hem de periferik sinir sisteminde nöronal mesajcı olarak görev yapan, serbest radikal özelliğinde endojen bir moleküldür. NO' in kan damarlarından, perivasküler sinir sonlanmalarından veya beyin dokusundan salınarak spontan migren ağrısını tetiklediği; perivasküler nosiseptörlerde migren atağı dönemindeki serum NO değerinin yükseldiği saptanmıştır.²⁸

GTB'nin patofizyolojisinde ise perikraniyal miyofasiyal yapılarda hassasiyet en belirgin klinik bulgudur. Perikraniyal kaslardan kaynaklanan nosiseptif uyarılar başa yansiyarak ağrı olarak algılanmaktadır. Miyofasiyal ağrı ise lokal iskemi, metabolizma veya mikrosirkülasyon bozukluğu nedeniyle ortaya çıkabilir. Uzun süreli sabit veya tekrarlayıcı aktivite sonrası perikraniyal kaslarda hassas noktaların ve dolayısıyla gerilim tipi baş ağrısının gelişebildiği de düşünülmektedir⁸. Psikolojik faktörler GTB için risk

faktörüdür. GTB hastalarında anksiyete, depresyon ve somatik yakınmalar topluma göre daha sıktır.²⁷

GTB'de ağrının periferik nedenli mi yoksa santral nedenli mi olduğu ise tam netlik kazanamamış bir konudur. Epizodik gerilim tipi baş ağrısının (EGTB), periferik ağrı mekanizmalarına bağlı olabileceği, kronik gerilim tipi baş ağrısında (KGTB) ise merkezi nosiseptif mekanizmaların önemli bir rol oynadığı ve nosiseptif sistemin merkezi olarak duyarlı hale gelmesi ile meydana geldiği düşünülmektedir.²⁹

Migrende beyne ait vasküler yapılar ve meningeal ağrı duyusunu taşıyan reseptörlerde aktivasyon söz konusudur ancak GTB'de yüz ve boyun kasları ve bu kaslardaki hassasiyet tablonun genelinde daha ön planda gözlenmektedir.²⁹

Çocuk Çağı Baş Ağrısında Tanıya Yaklaşım

Baş ağrısı şikâyeti olan çocuk ve ergenlerde tanı için en önemli yol aslında aileden, çocuktan ve öğretmeninden alınacak ayrıntılı anamnez ve sonrasında yapılacak ayrıntılı nörolojik muayenedir. Özellikle küçük çocuklarda anamnez kadar yol gösterici bir diğer durumda çocukta ağrı sırasında olan davranış değişiklikleridir. Örneğin çocuğun baş ağrısı sırasında en sevdiği aktiviteyi yarım bırakması, en sevdiği yemeği bile yememesi, günlük rutinlerini aksatması bize baş ağrısının şiddeti hakkında yol gösterebilir.

Baş ağrısı bulunan bir hasta değerlendirilirken, ilk yapılması gereken sekonder baş ağrısının dışlanmasıdır. Bu karar öyküye, genel tıbbi ve nörolojik muayenelere göre verilir. Eğer şüpheli özellikler mevcutsa, tanı için bazı ileri tetkiklerin yapılması gerekli olabilir. Sekonder baş ağrısı bozuklukları dışlandığında, yapılması gereken primer baş ağrısı bozukluğunun doğru tanısının konmasıdır. Aynı hastada birden fazla baş ağrısı varsa, her biri ayrı ayrı tanı alır.³⁰En temel nokta baş ağrısının primer veya sekonder tip baş ağrısı olup olmadığının ayırdedilmesidir.

Baş ağrısı öncelikle öykü ve fizik inceleme bulguları doğrultusunda değerlendirilmeli, gerekli görülürse laboratuvar incelemeler yapılmalıdır. Öykü ve

fizik incelemede herhangi pozitif bir bulgu (kafa içi basınç artışı bulguları) yoksa, rutin olarak tanısal çalışmalara gerek olmadığı bildirilmektedir ^{31,32} Ancak pek çok hekim baş ağrısı olan çocukların değerlendirilmesinde beyin görüntüleme tetkiklerinin kullanılması için kendilerini zorunlu hissetmektedirler. Beyin görüntülemesinin en önemli faydası hasta veya ailenin güveninin kazanılmasına yardımcı olmasıdır. ³³

Baş ağrısının değerlendirilmesi ve tanınması nörolojinin uzmanlık alanıdır.

Primer Baş Ağrısı Sınıflaması ve Tanı Kriterleri

1985'te International Headache Society (IHS) baş ağrıları konusunda ortak bir dil oluşturma ve araştırmalarda katılımcılar açısından homojeniteyi sağlamak amacı ile bir sınıflama komitesi kurmuştur. Bu şekilde baş ağrıları için tanı ölçütleri oluştu ve yeni baş ağrısı tanımları yapıldı. En son 2018'de ICHD-3 yayımlandı. ⁴

ICHD-3 kriterlerine göre baş ağrıları; birincil baş ağrıları, ikincil baş ağrıları, nöropatiler ve yüz ağrıları ve diğer baş ağrıları olarak sınıflanmıştır. ICHD 3 kriterlerine göre primer baş ağrıları arasında migren, gerilim tipi baş ağrıları, trigeminal otonom baş ağrıları ve diğer primer baş ağrıları yer almaktadır. ³⁴

Primer Baş Ağrıları;

1. Migren

- 1.1. Aurasız migren
- 1.2. Auralı migren
- 1.3. Kronik migren
- 1.4. Migren komplikasyonları
- 1.5. Muhtemel migren
- 1.6. Migren ile ilişkili olabilecek epizodik sendromlar

2. Gerilim Tipi Baş Ağrısı

- 2.1. Seyrek epizodik gerilim tipi baş ağrısı
- 2.2. Sık epizodik gerilim tipi baş ağrısı
- 2.3. Kronik gerilim tipi baş ağrısı
- 2.4. Muhtemel gerilim tipi baş ağrısı

3. Trigeminal Otonom Baş Ağrıları
4. Diğer Birincil Baş Ağrısı Bozuklukları ³⁴

Migren Kliniği ve Sınıflaması

Değişen yoğunlukta, şiddette ve sıklıkta zonklayıcı tarzda baş ağrısı atakları ile karakterize; bulantı, kusma, iştahsızlık, fotofobi ve/veya fonofobinin eşlik ettiği, aralıklı olarak görülen ve sıklıkla başın tek tarafını tutan baş ağrısı tipidir. Ataklar arasında ağrısız geçen zaman mevcuttur ve tekrarlayıcı karakterdedir. Nadiren, başlangıcından itibaren her gün ağrı bildiren olgular da olabilmektedir. Migren tanısı hastanın geriye dönük olarak bildirdiği baş ağrısı özelliklerine ve ilişkili belirtilere dayanarak konulur. Dolayısıyla dikkatli bir öykü alınması çok önemlidir. Fizik muayene normaldir ve tanıyı doğrulayıcı tanı testi veya tetkiki yoktur. Laboratuvar tetkikleri organik baş ağrılarının ayırıcı tanısı için gerekli olabilir. ²⁶ Migren, tüm baş ağrısı tipleri içinde doktora en fazla başvuru nedeni olan durumdur. Dünya Sağlık Örgütü tarafından en çok kısıtlılık yapan hastalıklar arasında ele alınmıştır.

Migren atağını stres, kaygı, uykusuzluk, açlık, egzersiz, bazı yiyecek ve madde alımları tetikleyebilmektedir. Migren ilk yedi yaşta erkek çocuklarında sık görülürken, 7-11 yaşları arasında kız/erkek oranı eşitlenir; 11 yaşından sonra ise kızlarda daha fazla görülmektedir. ^{35,36} Migren atağı, sıklıkla yalnızca baş ağrısı ile sınırlı değildir. Migren atağında dört evre bulunabilir. Bunlar: öncül (prodrom) evre, aura evresi, baş ağrısı evresi ve ağrı sonrası (postdrom) evredir.

1.Öncül Evre (prodromal dönem): Baş ağrısından saatler veya günler önce başlar. Migren hastalarının %60'ında görülür. Ağrı öncesi bazı duygusal (depresif, öforik), davranışsal (hiperaktivite, aşırı konuşma, ajitasyon), nörolojik (fotofobi, esneme, konsantrasyon güçlüğü), susama, üşüme, sık idrara çıkma, iştah artışı, iştahsızlık, kabızlık, mental yavaşlama olabilir. Prodromal özellikler kişiden kişiye farklılık göstermekle birlikte bir migren hastasında ataktan atağa tutarlı ve benzer bir örüntü görülür. Prodrom dönem semptomlarından başta frontal lob ve hipotalamus olmak üzere serebral hemisferler ve locus ceruleusun

sorumlu olduğu, ayrıca hipotalamusun migrenin en tipik özelliği olan periyodisiteden sorumlu olduğu düşünölmektedir. ⁸

2. Aura Dönemi: Baş ağrısından hemen önce başlayan 4 dakikadan uzun 60 dakikadan kısa süren evredir. Aura evresinde görsel, duysal, motor belirtiler ve konuşma bozuklukları görölebilmektedir. Baş ağrısı genellikle auranın sonlanmasından sonraki 60 dakika içinde başlar. Bazen aura sonrası baş ağrısı görölmediği gibi aura sonlanmadan da baş ağrısı başlayabilir. Aura bulguları sıklıkla görsel bulgulardır. Bunlar yarı alanı görememe (hemianopsi), yarı alanda/tüm görme alanında parlak ışıklar, karanlık noktalar görme, zigzag şeklinde çizgiler görme şeklindedir. Nadiren aura bulguları duysal (parestezi), motor (hemiparezi, güçsüzlük), afazi, beyin sapı disfonksiyonu (çift görme, bulantı, kusma, baş dönmesi, motor ve duysal kusurlar, dizatri) şeklinde olabilir.³⁴

3.Baş Ağrısı Dönemi: Migrendeki tipik ağrı tek taraflı, zonklayıcı, orta ya da ağır şiddette, fiziksel aktivite ile artış gösteren özelliktedir. Ağrı başlangıçta bilateral (olguların %30-40'ında) olabilir veya tek taraflı başlayarak başın tamamına yayılabilir. Ağrı sıklıkla başın arka kısmından başlar ve ön kısmına doğru yayılır. Baş ağrısı genelde 4–72 saat sürer; ancak 15 yaşından küçük hastalarda bu süre 1–72 saat olarak kabul edilir.³⁷

4.Postprodromal Dönem: Ağrı bittikten sonra görölen evredir. Hastalarda sıklıkla baş ağrılarından sonra yorgunluk, keyifsizlik, bitkinlik, huzursuzluk ve konsantrasyon sorunları görölebilir. Bu durum saatler veya günlerce sürebilmektedir. Kişi baş ağrısı bitmesine rağmen günlük işlevselliğine tam olarak geri dönemeyebilir. Ayrıca bu dönemde baş bölgesinde hassasiyet, kaslarda ağrı ve güçsüzlük, iştahsızlık ya da iştah artışı, öfori ya da depresyon da tabloya eşlik edebilir. ²⁵

Gerilim Tipi Baş Ağrısı Kliniği ve Sınıflaması

Primer baş ağrıları içinde en sık karşılaşılan tip gerilim tipi baş ağrılarıdır. GTB'nin lokalizasyonu değişkendir ve semptomları aynı hastada bile tek tip değildir. Bazı araştırmacılar ise migren ile aynı spektrumun diğer ucu

olduğu görüşündedir. GTB'li olguların %10 kadarında baş ağrısı zonklayıcı gibi hissedilebilir ve başka olgularda tek yanlı ağrı olabilir. Kaslarda gerginlik %80 olguda palpasyonla saptanır ve hastalar sıklıkla dikkat eksikliğinden yakınırırlar. Depresif ruh durumu, anksiyete bozukluğu, somatoform bozukluklar ve diğer yakınmalar eşlik edebilir. ³⁰Ağrıya sıklıkla bulantı eşlik etmez ve hastalarda fotofobi, fonofobi gözlenmez. Ağrının, ataklar şeklinde gelebildiği gibi, kronikleşmiş halde de görülmesi seyrek değildir. GTB çoğunlukla günlük fiziksel hareketleri etkilemez ve normalde günlük hareketlerin baş ağrısının şiddeti üzerinde migrendeki gibi etkisi yoktur. ³⁸

ICHHD-3 kriterlerine göre Gerilim Tipi Baş Ağrısı

- 4.1. Seyrek epizodik gerilim tipi baş ağrısı
- 4.2. Sık epizodik gerilim tipi baş ağrısı
- 4.3. Kronik gerilim tipi baş ağrısı
- 4.4. Muhtemel gerilim tipi baş ağrısı ³⁴

Psikiyatrik Muayene

Baş ağrısı hastalarında psikiyatrik komorbidite oldukça sık görülen bir durumdur. Bu nedenle baş ağrısı hastalarının izlem ve tedavisinde psikiyatrik değerlendirme ve tedavinin önemli bir yeri vardır³⁹. Baş ağrısı olan kişiler baş ağrısı olmayan kişilerden kişilik özellikleri, öfke ve depresif belirtiler bakımından farklıdır. Özellikle migren hastalarının depresyon puanları sağlıklı kişilerden anlamlı derecede yüksek bulunmuş ve migren hastalarının öfke duygusunu daha fazla yaşadığı saptanmıştır. ⁴⁰

Baş ağrısına psikiyatrik semptomların eşlik etmesinin; ağrıyı alevlendirebileceği ağrıyla baş etmeyi güçleştirebileceği ve baş ağrısı tedavisini negatif yönde etkileyerek daha kötü bir prognoz gösterebileceği ve yaşam kalitesinin düşürebileceği belirlenmiştir. ⁴¹

Allodini

Migren hastalarının yaklaşık %60'ında kutanöz allodini (KA) şikayeti görülmektedir KA cilt üzerinde normalde ağrıya yol açmayan bir uyarının ağrı olarak hissedilmesidir. Ağrılı uyarana abartılı bir tepki olarak ortaya çıkan

hiperaljeziden farklı bir durumdur. KA'nın dura mater ve periorbital deri üzerindeki afferent duyuyu toplayan trigeminal nükleus kaudalisteki nosiseptif nöronların sensitizasyonundan kaynaklandığı düşünülmektedir. KA, santral sensitizasyon varlığına işaret etmektedir ve kronik migren gelişiminde de önemli bir risk faktörü olarak görülmektedir. Ayrıca KA'sız hastalara kıyasla KA' lı migren hastalarında ağrı şiddetinin ve anksiyete düzeyinin daha yüksek, uyku kalitesinin ise daha kötü olduğu saptanmıştır ⁴²

Depresyon

Depresyon çocuk ve ergen yaş grubunda oldukça sık görülen morbidite ve mortaliteye neden olabilen yaygın bir sorundur. 15-18 yaş dolaylarında sıklığı %11- %14 arasındadır. ⁴³

Migren hastası olan erişkinlerde, baş ağrısı olmayanlara göre depresyon sıklığı iki kat fazla bulunmuştur. Migren tanısı alan çocukların depresyon varlığı ve gelişimi açısından risk grubu olarak izlenmesinin yararlı olduğu ve bu çocuklarda depresyonun erken tanınmasının baş ağrısının gerek tedavisi gerekse de prognozu açısından olumlu sonuçlar doğurabileceği sonucuna varılmıştır. ⁴⁴

Anksiyete

Anksiyete yaşamımızın ilk dönemlerinden itibaren var olup, gelişmeye devam eden, sıklıkla yaygın, hoş olmayan belirsiz bir endişe hissi ile karakterize olan, beraberinde sıklıkla baş ağrısı, terleme, çarpıntı, göğüste sıkışma hissi, gastrointestinal rahatsızlık, uzun süre oturamama veya hareketsiz duramama gibi bazı fiziksel belirtilerin eşlik ettiği normal bir duygudur. Eğer anksiyete uyumsal işlevinin dışında günlük işlevsellikte önemli bozulmalara neden olursa, beklendiğinden daha şiddetli ve uzun süreli olursa bireyin yaşamını zorlayan bir sorun haline gelir ve anksiyete bozuklukları olarak tanımlanır. ⁴⁵

Hastalığın sıklıkla ergenlik döneminde başladığı ve ortalama başlangıç yaşının 13-18 yaşları arasında olduğu bildirilmiştir. Toplum çalışmalarında cinsiyetler arasında yaygınlık oranlarına bakıldığında ise kadınlarda erkeklere göre daha yüksek sıklıkta olduğu gözlenmiştir. ⁴⁵

Migrenli çocuklarda anksiyete bozuklukları, depresyon, duygudurum bozuklukları gibi psikiyatrik komorbidite riskinin arttığını bildiren çalışmalar mevcuttur⁴⁶. Bunun yanında anksiyete ve duygudurum bozukluğu olan hastalarda organik nedenli olmayan baş ağrısı, baş dönmesi gibi somatoform yakınmalara sık rastlandığı da görülmektedir. Psikiyatrik bozuklukların mı migren ağrısını tetiklediği, yoksa kronik ağrının mı psikiyatrik semptomlara yol açtığı noktası ise tam netlik kazanmamıştır. Fakat bu hastalarda eşlik eden psikiyatrik bozuklukların erken fark ve tedavi edilmesi hem migren tedavisini hem de yaşam kalitesini etkileyeceğinden, tedavide önemli bir husustur. ⁴⁷

Yapılan bir çalışmada ise migren tanılı çocukların %55'inde yüksek düzeyde anksiyete saptanmıştır. ⁴⁸ Genel olarak yapılmış birçok çalışmaya bakıldığında ise migrenli çocuklarda psikiyatrik bozuklukların sonuçları hala tartışmalıdır; psikiyatrik bozuklukların hem arttığını hem de artmadığını bildiren çalışmalar literatürde mevcuttur. ⁴⁹ Bulgular çelişkili olmakla birlikte, migren hastalarında en sık rastlanan psikiyatrik bozuklukların anksiyete ve depresyon olduğu görülmektedir, bunlardan anksiyete bozukluğu migrene daha sık eşlik etmektedir⁵⁰

Fakat migren ve anksiyete birlikteliği erişkin migren hastalarında bildirilirken çocuklara dair veriler kısıtlı ve çelişkilidir; biz de çalışmamızda baş ağrısı olan çocuk ve ergenlerde anksiyete, depresyon sıklığını ve eşlik eden diğer ruhsal patolojilerin baş ağrısı kliniğine etkisini aydınlatmaya çalıştık.

GEREÇ ve YÖNTEM

Örneklem Seçimi

Çalışmamıza Mersin Üniversitesi Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğine 1 Nisan 2020-1 Ekim 2020 tarihleri arasında baş ağrısı yakınması ile başvuran 12-18 yaş arası ergen hastalar ve Mersin Üniversitesi Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğine 1 Nisan 2020-1 Ekim 2020 tarihleri arasında başvuran sağlıklı ergenler dahil edilmiştir. Çalışmada 3 grup bulunmaktadır.

1) Migren Tipi Baş ağrısı Olan Hasta Grubu (dahil edilme kriterleri)

- a) Çalışmaya Mersin Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıklarında takip edilen 01.04.2020–01.10.2020 tarihleri arasında başvuran ve migren tanısı olan 12- 18 yaş grubu hastalar dahil edilecektir. (12 yaş ve 18 yaş dahil edilecektir.)
- b) Klinik muayene ile kognitif yetileri etkileyecek derecede önemli tıbbi sorunu olmadığını belirlenmesi (mental retardasyon , psikotik bozukluk ,otizm spektrum bozukluğu , deliryum)
- c) Ebeveyni tarafından bilgilendirilmiş gönüllü onam formu imzalanmış olması
- d) Çalışmaya katılan 12-18 yaş grubundaki katılımcının bilgilendirilmiş gönüllü onam formu imzalanmış olması

2) Gerilim Tipi Baş ağrısı Olan Hasta Grubu (dahil edilme kriterleri)

a) Çalışmaya Mersin Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıklarında takip edilen, 01.04.2020–01.10.2020 tarihleri arasında başvuran ve gerilim tipi baş ağrısı tanısı olan 12- 18 yaş grubu hastalar dahil edilecektir. (12 yaş ve 18 yaş dahil edilecektir.)

b) Klinik muayene ile kognitif yetileri etkileyecek derecede önemli tıbbi sorunu olmadığını belirlenmesi

- d)Ebeveyni tarafından bilgilendirilmiş gönüllü onam formu imzalanmış olması
- e) Çalışmaya katılan 12-18 yaş grubundaki katılımcının bilgilendirilmiş gönüllü onam formu imzalanmış olması

3) Sağlıklı Gönüllülerden Oluşan Kontrol Grubu (dahil edilme kriterleri)

- a) Çalışmaya Mersin Üniversitesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıklarında takip edilen ve 01.04.2020–01.10.2020 tarihleri arasında başvuran baş ağrısı ve kronik hastalığı olmayan 12-18 yaş grubu sağlıklı gönüllüler alınacaktır.(12 yaş ve 18 yaş dahil edilecektir.)
- b) Klinik muayene ile kognitif yetileri etkileyecek derecede önemli tıbbi sorunu olmadığı belirlenmesi
- c) Ebeveyni tarafından bilgilendirilmiş gönüllü onam formu imzalanmış olması
- d) Çalışmaya katılan 12-18 yaş grubundaki katılımcının bilgilendirilmiş gönüllü onam formu imzalanmış olması.

Gönüllülerin/dosyaların/kayıtların/materyallerin araştırmadan dışlanma kriterleri:

Her 3 grup için dışlanma kriterleri:

- 1.12 yaş altı ve 18 yaş üstü olanlar
- 2.Klinik muayene ile kognitif yetileri etkileyecek derecede önemli tıbbi sorunu saptanmış olan hastalar
- 3.Ölçekleri tam doldurmamış hastalar
- 4.Bilgilendirilmiş gönüllü onam formunu imzalamamış olanlar.

Yöntem

. 01.04.2020–01.10.2020 tarihleri arasında Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğine başvurmuş olup baş ağrısı olan hastalar dahil edilme ve dışlama kriterleri göz önünde bulundurularak çalışmaya dahil edildi. Çalışma

grubu 117 migren tipi baş ağrısı olan, 26 gerilim tipi baş ağrısı olan ve 45 sağlıklı kontrol grubu olan toplam 188 kişiden oluştu. Hastaların ruhsal değerlendirilmesi DSM- 5 tanı kriterlerine göre Dr. Safinaz Dila Talas ve Dr. Gülen GÜLER AKSU tarafından yapıldı. Olgu gruplarının yaşı, cinsiyeti, eğitim düzeyi, ebeveynlerin tıbbi ve ruhsal psikopatolojileri, ebeveyn akrabalığının varlığı, doğum şekli-zamanı, olgulara eşlik eden tıbbi komorbiditenin varlığı gibi sosyodemografik veriler her bir olgu grubu için kaydedildi. Hastaların nörolojik muayenelerinin yapılması, baş ağrısı tanısı konulması ve baş ağrısının özelliklerinin belirlenmesi Nöroloji uzmanı ve aynı zamanda Algoloji yan dal uzmanı olan Dr. Aynur Özge tarafından ICHD 3 kriterlerine göre yapıldı

Çalışmaya dâhil edilen migren ve gerilim tipi baş ağrısı olan tüm hastalara:

1. Çocukluk çağı kaygı bozuklukları öz bildirim ölçeği verildi.
2. Çocuklar için depresyon ölçeği verildi.
3. Allodini semptom kontrol listesi verildi.
4. Sosyodemografik Bilgi Formu verildi.
5. Baş ağrısı anket formu verildi.

Çalışmaya dâhil edilen sağlıklı kontrol grubu olan tüm hastalara:

1. Çocukluk çağı kaygı bozuklukları öz bildirim ölçeği verildi.
2. Çocuklar için depresyon ölçeği verildi.
3. Sosyodemografik Bilgi Formu verildi.

Gereçler

Sosyodemografik Form

Polikliniğimize başvuran her çocuk ve ergen için kullanılan bilgi formunda çocuk ve ergen(yaş, eğitim düzeyi, kardeş sayısı, yürüme-konuşma-tuvalet eğitimi zamanı, doğum seyri ve komplikasyonları, fiziksel hastalık, fiziksel şiddete maruziyet) ve ebeveynlere (yaş, eğitim düzeyi, meslek, ruhsal ve fiziksel

hastalık, ailenin yapısı ve durumu) ait sosyodemografik bilgiler sorgulanmaktadır

Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği (ÇİDÖ)

Kovacs tarafından Beck depresyon ölçeği esas alınarak hazırlanmıştır (EK-3). Çocuk veya ergenin kendisi tarafından doldurulan ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Öy tarafından yapılmıştır.⁵¹

27 maddeden oluşan ölçekte, her maddedeki 3 seçenekten kendisine uygun olanı işaretlemesi istenmektedir. Her madde 0,1 veya 2 olarak puanlandırılır. 0-54 arası puan elde edilmektedir. Kesme puanı, 19 ve üzeridir.⁵²

Çocukluk çağı kaygı bozuklukları özbildirim ölçeği

Çocukluk çağı kaygı bozukluklarını tarama amacıyla Birmaher ve ark. (1999) tarafından geliştirilen ve Türkçe geçerlik ve güvenirliği Çakmakçı (2004) tarafından yapılan Çocukluk Çağı Anksiyete Tarama Ölçeği'nin (ÇATÖ) ebeveyn ve çocuk formu mevcuttur. Toplam 41 maddeden oluşan ÇATÖ'de 25 ve üzeri puanın kaygı bozukluğu için uyarı niteliği taşıdığı kabul edilmektedir. Ölçek içinde ayrıca somatik/panik, yaygın anksiyete, ayrılık anksiyetesi, sosyal anksiyete ve okul korkusu alt ölçekleri bulunmaktadır. Bu ölçeğin çocuk formu çalışmamızda katılan çocukların ve gençlerin kaygı düzeylerini belirlemek amacıyla kullanıldı.

Baş Ağrısı Anket Formu

Bu form Prof. Dr. Aynur Özge tarafından hazırlanmıştır. 2003 yılında kısmi validasyonu yapılmıştır. Bu form ile baş ağrısının süresi, sıklığı, şiddeti, almış ve almakta olduğu tedaviler, eşlik eden rahatsızlıklar hakkında bilgi edinilmektedir.

Allodini Semptom Kontrol Listesi

Allodini olgusunun değerlendirmesinde altın standart olarak kabul edilen, ancak uygulaması zahmetli ve zaman alıcı olan kantitatif duyu testine alternatif olarak, rutin hasta vizitlerinde daha hızlı ve kolay uygulanabilir olan bir "Allodini Soru Listesi (ASL)" geliştirilmiştir. Bu listedeki özgül sorular, ağrısız ve allodinisiz dönemdeki hastalara da yöneltilebilmesi nedeniyle daha çok hastada allodini tespitine olanak vermektedir. Ancak, 12 sorudan oluşan bu listede bazı sorular

cinsiyete özel olup, bazıları ise her hastaya uygulanamamakta ya da sorunun hedef aldığı eylem, hasta tarafından atak sırasında yapılmamış olabilmektedir. Öte yandan allodini varlığının sıklığına göre puanlama yapılarak, allodini şiddeti (hafif, orta, ciddi olmak üzere) belirlenebilmektedir. Jakubowski ve arkadaşlarının migrenli hastalarda yaptığı çalışmada, altın standart olarak kabul edilen kantitatif duyu testi ile karşılaştırıldığında ASL'nin duyarlılığı %84,8, özgüllüğü %52,2 olarak belirlenmiştir⁵¹.

İstatistiksel Yöntemler

Değişkenlerin Normal Dağılıma uygun olup olmadığını Shapiro Wilk testi ile incelenmiştir. Dağılım varsayımına göre sürekli olan değişkenler Ort $\pm$ S.sapma ya medyan[25.Persentil-75.Persentil] ve Minimum-Maksimum değerleri ile özetlenmiştir. Kategorik yapıda olan değişkenler ise sayı (n) ve yüzde (%) olarak özetlenmiştir. Normallik varsayımı sağlandığı durumda iki grup karşılaştırılmasında Independent Sample-t testi, sağlanmadığı durumda ise Mann Whitney U testinden yararlanılmıştır. Kategorik yapıda olan değişkenlerin karşılaştırılması için Ki-Kare testi uygulanırken, ilişkileri anlamlı olanlarda hangi değişkenlerden kaynaklandığını bulmak için ise iki oran testinden faydalanılmıştır. Analizler Statistica v.13.3.1 programı ile yapılmıştır. $p < 0,05$ istatistiksel anlamlılık düzeyi olarak kabul edilmiştir.

BULGULAR

Çalışmamıza 12-18 yaş grubundan primer baş ağrısı tanısı alan ve baş ağrısı tanısı olmayan toplam 188 hasta dahil edildi. Bunlardan 143'nün primer baş ağrısı tanısı varken 45'inin baş ağrısı tanısı yoktu. (Tablo 2)

Tablo 2: Sosyodemografik veriler

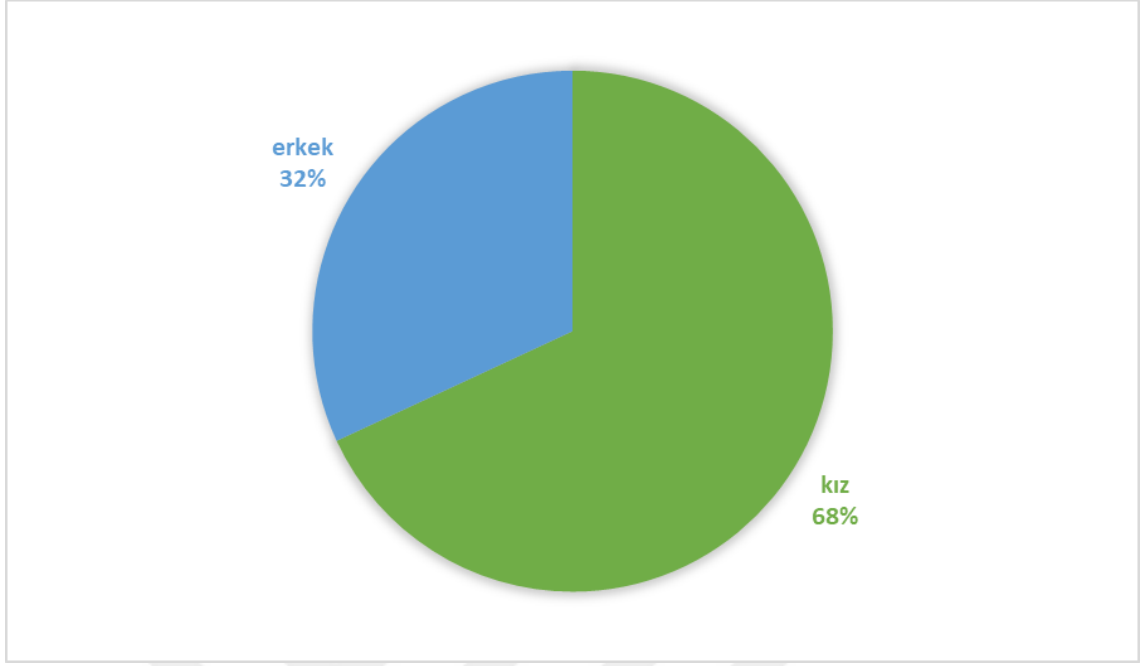
										p
	Kontrol Grubu n=45			Migren Grubu n=117			GTBA Grubu n=26			
	ort± ss	[min- max]	Medyan [Q1-Q3]	ort±ss	[min- max]	Medyan[Q1-Q3]	ort±ss	[min- max]	Medyan [Q1-Q3]	
Yaş	15,7 ±1,2	[14-18]	15	15,3±1,8	[12-18]	15,	15,5±1, 8	[12-18]	15,5	0,80
Kardeş Sayısı	3,7± 1,9	[2-10]	3	1,8±1,3	[0-7]	2	1,9±0,9	[0-3]	2	<0,00 1
Kaçıncı Çocuk Olduğu	2,4± 1,8	[1-9]	2	1,8±1,2	[1-8]	2	2,1±0,9	[1-4]	2,0	0,06
Anne Yaşı	42,0 ±7,1	[30-64]	40	41,7±6,2	[26-60]	41	42,9±6, 3	[32-56]	41,5	0,97
Baba Yaşı	46,7 ±7,8	[34-69]	45	46,3±7,3	[32-72]	45	47,0±5, 0	[38-56]	45	0,75

Ergenlerin sosyodemografik özelliklerini değerlendirmek için yaş, cinsiyet, kaçınıcı çocuk olduğu, anne yaşı ve baba yaşı sorgulandı. Kontrol grubunda ortalama yaş 15,733±1,250, migren grubunda ortalama yaş 15,376±1,879, GTBA grubunda ise ortalama yaş 15,500±1,881 idi. Çalışmaya katılan ergenlerin ortalama kardeş sayısı 2,2 olarak saptandı; gruplar içinde tek tek değerlendirildiğinde ise kontrol grubunda kardeş sayısı migren ve GTBA grubuna göre daha fazla bulundu. Çalışmaya katılan hastaların ortalama anne yaşı 40,8; ortalama baba yaşı ise 45 olarak bulunmuş olup; gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır. (Tablo 2)

Tablo 3: Cinsiyet, Gelişim Dönemi

			Kontrol	Migren	GTBA	p
Cinsiyet	Kız	sayı	30	79	19	0,833
		% yüzde	66,7%	67,5%	73,1%	
	Erkek	sayı	15	38	7	
		% yüzde	33,3%	32,5%	26,9%	
Gelişim Dönemi	Ön ergenlik	sayı	0	32	8	<0,001
		% yüzde	0,0%	27,4%	30,8%	
	Orta ergenlik	sayı	45	85	18	
		% yüzde	100,0%	72,6%	69,2%	

Çalışmaya katılan ergenlerin %68'i kız, %32' si erkek cinsiyettedir. Hastaların gelişim dönemi özelliklerine bakıldığında ise hastaların %21,2' si ön ergenlik, %78,8' i orta ergenlik gelişim döneminde bulunmuştur. Gelişim dönemi ile nörolojik tanı grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ($p<0,001$). Kontrol grubunda orta ergenlikte bulunan hasta sayısı migren ve GTBA grubuna göre daha fazladır. ($p<0,05$). (Tablo 3)



Şekil-1: Cinsiyet Dağılımı

Tablo 4: Ailenin hayatta olma durumu ve ailede psikiyatrik hastalık varlığı

			Kontrol	Migren	GTBA	p
Anne Hayatta	Var	<i>sayı</i>	44	116	26	0,5
		<i>% yüzde</i>	97,8%	99,1%	100,0%	
	Yok	<i>sayı</i>	1	1	0	
		<i>% yüzde</i>	2,2%	0,9%	0,0%	
Annede Psikiyatrik Hastalık	Var	<i>sayı</i>	0	24	2	<0,001
		<i>% yüzde</i>	0,0%	20,5%	7,7%	
	Yok	<i>sayı</i>	44	93	24	
		<i>% yüzde</i>	100,0%	79,5%	92,3%	
Baba Hayatta	Var	<i>sayı</i>	44	116	24	0,5
		<i>% yüzde</i>	97,8%	99,1%	96,0%	
	Yok	<i>sayı</i>	1	1	1	
		<i>% yüzde</i>	2,2%	0,9%	4,0%	
Babada Psikiyatrik Hastalık	Var	<i>sayı</i>	0	14	5	0,002
		<i>% yüzde</i>	0,0%	12,0%	20,0%	
	Yok	<i>sayı</i>	45	103	20	
		<i>% yüzde</i>	100,0%	88,0%	80,0%	

Ebeveyn kaybı çocuk ve ergen hayatında ciddi bir stresör olarak ortaya çıkabileceği için çalışma grupları arasında anne ve babanın hayatta olma oranları incelendiğinde üç grup arasında istatistiksel anlamlı bir farklılık saptanmadı. Diğer bir stresör ebeveyn psikopatolojisi incelendiğinde hem migren hem GTBA grubunda kontrol grubuna göre annede psikiyatrik hastalık varlığı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fazlaydı ($p<0,001$). Annede psikiyatrik hastalık varlığı ile nörolojik tanı grupları arasında istatistiksel olarak bir ilişki vardır ($p<0,001$). Babada psikiyatrik hastalık varlığına bakıldığında ise bu oran kontrol grubunda %0, migren grubunda %12, GTBA grubunda ise %20 olarak bulunmuştur. Babada psikiyatrik hastalık varlığı ile nörolojik tanı grupları arasında istatistiksel olarak bir ilişki vardır ($p<0,001$). Hem migren hem GTBA grubunda kontrol grubuna göre babada psikiyatrik hastalık varlığı anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. ($p:0,02$) (Tablo 4)

Tablo 5: Aile Özellikleri

						p
			Kontrol	Migren	GTBA	
Anne baba birliktelik	Birlikte	sayı	40	101	23	0,889
		% yüzde	88,9%	86,3%	88,5%	
	Boşanmış ya da parçalanmış	sayı	5	16	3	
		% yüzde	11,1%	13,7%	11,5%	
Ebeveyn niteliği	Öz	sayı	45	114	26	0,238
		% yüzde	100,0%	97,4%	100,0%	
	Evlat edinen-koruyucu	sayı	0	3	0	
		% yüzde	0,0%	2,6%	0,0%	
Anne ve baba akrabalık	Var	sayı	12	21	6	0,458
		% yüzde	26,7%	17,9%	23,1%	
	Yok	sayı	33	96	20	
		% yüzde	73,3%	82,1%	76,9%	
Aile yapısı	Çekirdek aile	sayı	38	108	26	0,029
		% yüzde	84,4%	92,3%	100,0%	
	Geniş aile	sayı	7	9	0	
		% yüzde	15,6%	7,7%	0,0%	

Çalışmada yer alan migren, GTBA, kontrol grupları arasında ebeveynin birlikte/boşanmış yaşaması, ebeveynin öz/üvey olması, ebeveynler arasında akrabalık olup olmaması açısından istatistiksel anlamlı bir farklılık saptanmadı. Sadece kontrol grubunda geniş aile yapısı migren ve gerilim gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı olarak daha yüksekti. (Tablo 5)

Tablo 6: Doğum ve Doğum sonrası durum, Bakım veren kişiler

			Kontrol	Migren	GTBA	p
Doğumda Komplikasyon	Yok	<i>sayı</i>	45	110	24	0,3
		<i>% yüzde</i>	100,0%	94,0%	100,0%	
	Ters Geliş	<i>sayı</i>	0	3	0	
		<i>% yüzde</i>	0,0%	2,6%	0,0%	
	Kordon Dolanması	<i>sayı</i>	0	3	0	
		<i>% yüzde</i>	0,0%	2,6%	0,0%	
	Anoksi	<i>sayı</i>	0	1	0	
		<i>% yüzde</i>	0,0%	0,9%	0,0%	
Doğum Sonrası Durum	Normal	<i>sayı</i>	44	105	20	0,03
		<i>% yüzde</i>	97,8%	89,7%	76,9%	
	Mor ve ağlamıyor	<i>sayı</i>	0	0	1	
		<i>% yüzde</i>	0,0%	0,0%	3,8%	
	Küvezde bakım	<i>sayı</i>	1	12	5	
		<i>% yüzde</i>	2,2%	10,3%	19,2%	
Bakım Veren Kişiler	Anne	<i>sayı</i>	45	96	18	0,00 1
		<i>% yüzde</i>	100,0%	82,1%	75,0%	
	Anne ve anneanne ya da babaanne	<i>sayı</i>	0	15	2	
		<i>% yüzde</i>	0,0%	12,8%	8,3%	
	Anne ve bakıcı	<i>sayı</i>	0	6	4	
		<i>% yüzde</i>	0,0%	5,1%	16,7%	

Migren, GTBA ve kontrol grupları arasında doğumda komplikasyon görülme sıklığı açısından farklılık saptanmazken, doğum sonrası komplikasyonlardan mor ve ağlamıyor olmak GTBA grubunda kontrol ve migren grubuna göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksek saptandı. Küvezde bakım görme oranları ise migren ve GTBA grubunda kontrol grubuna göre daha yüksek bulundu. (p: 0,033) Çocukluk döneminde bakım veren kişilerin anne olma durumu kontrol grubunda Migren ve GTBA grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fazla saptandı. (Tablo 6)

Tablo 7: Menarş varlığı, Psikiyatrik Eş tanı

			Kontrol	Migren	GTBA	P
Menarş Varlığı	Var	<i>sayı</i>	29	71	15	0,002
		<i>% yüzde</i>	64,4%	89,9%	88,2%	
	Yok	<i>sayı</i>	16	8	2	
		<i>% yüzde</i>	35,6%	10,1%	11,8%	
Psikiyatrik Eş Tanı	Var	<i>sayı</i>	5	61	16	<0,001
		<i>% yüzde</i>	11,1%	52,1%	61,5%	
	Yok	<i>sayı</i>	40	56	10	
		<i>% yüzde</i>	88,9%	47,9%	38,5%	

Migren tanısı olan grupta menarş olma sıklığı kontrol grubuna göre anlamlı derecede daha yüksek bulundu. ($p=0,002$). Hem migren hem de GTBA grubunda psikiyatrik eş tanı alma sıklığı kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde daha yüksek olarak bulundu ($p<0,001$). (Tablo 7)

Tablo 8: Nörolojik Alt Tanılar

		<i>sayı</i>	<i>% yüzde</i>
Nörolojik Tanı	Kontrol Grubu	45	23,9
	Auralı Migren	40	21,3
	Aurasız Migren	77	41,0
	Seyrek Epizodik GTBA	1	0,5
	Sık Epizodik GTBA	5	2,7
	Kronik Epizodik GTBA	20	10,6

Çalışmaya katılan toplam 188 hastanın %41'i (n:77) aurasız migren grubundan oluşmaktaydı. Bunu sıklık sırasına göre %23,9 kontrol grubu, %21,3 ile auralı migren grubu , %10,6 ile kronik epizodik GTBA (%10.6), %2,7 ile sık epizodik GTBA, %0,5 ile seyrek epizodik GTBA takip etti. (Tablo 8)

Tablo 9: Psikiyatrik Komorbidite Durumu

			Psikiyatrik Tanı		p
			Var	Yok	
Nörolojik Tanı	Migren	sayı	61	56	0,3
		% yüzde	79,2%	84,8%	
	GTBA	sayı	16	10	
		% yüzde	20,8%	15,2%	

Migren grubunda %52,1; GTBA grubunda %61,5 psikiyatrik tanı eşlik etmektedir. (Tablo 9)

Tablo 10: Nörolojik Tanı ve Ağrı Sıklığına Göre Allodini Puanları

			Allodini		p
			<9	>=9	
Nörolojik Tanı	Migren	sayı	0	117	0,001
		% yüzde	0,0%	83,6%	
	GTBA	sayı	3	23	
		% yüzde	100,0%	16,4%	
Ağrı Sıklığı	<15	sayı	1	108	0,111
		% yüzde	33,3%	77,1%	
	>=15	sayı	2	32	
		% yüzde	66,7%	22,9%	

Allodini puanı 9 ve üzerinde olan hasta sayısı migren grubunda anlamlı olarak daha fazla bulunmuştur. Allodini puanı ağrı sıklığı karşılaştırıldığında ise allodini puanı 9 ve üzerinde olanların içinde ağrı sıklığı <15 gün olanların oranı %77,1 iken >15 gün olanların oranı %22,9 olarak bulunmuştur. Ağrı sıklığı ve allodini puanları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. (Tablo 10)

Tablo 11: Nörolojik tanıya göre ÇİDÖ ve ÇATÖ ortalama puanları

	Nörolojik Tanı									p
	Kontrol n=45			Migren n=117			GTBA n=26			
	ort±s s	[min- max]	Medya n[Q1- Q3]	ort±s s	[min- max]	Medya n[Q1- Q3]	ort±s s	[min- max]	Medya n[Q1- Q3]	
ÇİDÖ	18,2± 15,3	[1-56]	12	15,±8 ,7	[1-48]	13	19,8± 10,3	[4-42]	18,1	0,2
ÇATÖ	17,0± 10,5	[0-39]	15	31,6± 15,3	[5-72]	31	37± 15	[8-62]	37	<0,00 1

Migren ve GTBA tanısına sahip olan hastalarda ÇİDÖ ortalama puanları kontrol grubuna göre daha yüksek olarak bulunmuştur ancak bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı düzeyde değildir. Hastalar ÇATÖ ortalama puanları bakımından da kıyaslanmıştır. Çalışmaya katılan ergenlerde hem migren hem de GTBA grubundaki hastaların ÇATÖ ortalama puanları kontrol grubuna göre daha yüksek çıkmıştır ve bu farklılık istatistiksel açıdan anlamlı olarak bulunmuştur ($p<0,001$). (Tablo 11)

Tablo 12: Ağrı başlangıç dönemine göre Allodini, ÇİDÖ ve ÇATÖ ortalama puanları

	Hastalarda Ağrının Başlangıç Dönemi						p
	Puberte öncesi n=66			Puberte sonrası n=77			
	ort±ss	[min-max]	Medyan[Q1-Q3]	ort±ss	[min-max]	Medyan[Q1-Q3]	
ALLODİNİ	26,0±6,5	[12-44]	25,5	26,6±8,2	[1-47]	26	0,6
ÇİDÖ	14,6±7,8	[2,6-35]	12,6	17,9±9,9	[1-48]	17	0,06
ÇATÖ	30,8±15,8	[5-64]	30,6	34,1±14,9	[6-72]	33	0,2

Çalışmaya katılan ergenler ağrının başlangıç dönemine göre puberte öncesi ve puberte sonrası olmak üzere iki gruba ayrılmış olup bu hastalarda Allodini Kontrol Listesi, Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği (ÇİDÖ) ve Çocukluk Çağı Anksiyete Tarama Ölçeği (ÇATÖ) açısından ortalama puanlar alınarak kıyaslanmıştır. Ağrı başlangıcının puberte öncesi ya da sonrası olması hastalarda Allodini Kontrol Listesi, Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği (ÇİDÖ) ve Çocukluk Çağı Anksiyete Tarama Ölçeği (ÇATÖ) ortalama puanları açısından anlamlı farklılık yaratmamıştır. (Tablo 12)

Tablo 13: Migren grubunda puberte başlangıcına göre Allodini, ÇİDÖ, ÇATÖ ortalama puanları

	Migren						p
	Puberte öncesi n=53			Puberte sonrası n=64			
	ort±ss	Min- Max	Medyan[Q1 -Q3]	ort±ss	Min- Max	Medyan[Q1 -Q3]	
ALLODİN İ	25,7±6,5	12-43	25,2	27,1±6,7	15-47	26	0,2 5
ÇİDÖ	14,5±7,6	2-33	12,5	16,5±9,5	1-48	15	0,3 2
ÇATÖ	29,9±15,8	5-64	28	33±14	6-72	32	0,2

Hastalar ağrı başlangıcının puberte öncesi sonrası olması açısından sadece migren grubunda da karşılaştırılmıştır. Migren tanı grubunda baş ağrısı başlangıcının puberte öncesi ya da sonrası olması allodini, ÇİDÖ ve ÇATÖ ortalama puanlarında anlamlı değişikliğe sebep olmamıştır. (Tablo 13)

Tablo 14: Nörolojik tanıya göre ağrı özellikleri ve allodini puanları

	Nörolojik Tanı						p
	Migren n=117			GTBA n=26			
	ort±ss	[min- max]	Medyan[Q1-Q3]	ort±ss	[min- max]	Medyan[Q1-Q3]	
Ağrı ne kadar zamandır var	34,3±30,2	[1-156]	24	47,0±35,0	[2- 132]	36	0,06
Ağrı başlangıç yaşı	12,1±2,6	[3-17]	12	11,8±3,1	[5-17]	12	0,63
Bir ay içindeki ağrı sıklığı	10±3,7	[2-15]	10	20,4±8,5	[6 -30]	20	<0,001
Ağrı süresi	238,8±318,3	[20-1440]	120	400,6±430,6	[5, -1440]	240	0,1
Ağrı şiddeti	7,6±1,3	[4-10]	8	7,6±1,4	[5 -10]	7	0,6
Ağrı kesici kullanım sıklığı	5,8±5,9	[0-30]	4	9±11,1	[0-5]	6	0,30
Allodini puanları	26,5±6,6	[12-47]	26	25,7±10,6	[1-44,5]	25,7	0,74

Migren ve GTBA grupları arasında ağrının ne zamandır olduğu, ağrı başlangıç yaşı, ağrı süresi, ağrı şiddeti, ağrı kesici kullanım sıklığı ve allodini puanları açısından istatistiksel bir fark saptanmazken; ağrının bir ay içindeki görülme sıklığı GTBA tanı grubunda migren tanı grubuna göre anlamlı düzeyde daha yüksekti. (p<0,001). (Tablo 14)

Tablo 15: Nörolojik tanıya göre ağrı özellikleri değişimi ve ağrıya eşlik eden semptomlar

			Nörolojik Tanı		p
			Migren	GTBA	
Zonklayıcı ağrı	Var	sayı	112	18	<0,001
		% yüzde	95,7%	69,2%	
	Yok	sayı	5	8	
		% yüzde	4,3%	30,8%	
Saplanıcı ağrı	Var	sayı	63	13	0,722
		% yüzde	53,8%	50,0%	
	Yok	sayı	54	13	
		% yüzde	46,2%	50,0%	
Basıncı	Var	sayı	80	15	0,303
		% yüzde	68,4%	57,7%	
	Yok	sayı	37	11	
		% yüzde	31,6%	42,3%	
Ağırılık	Var	sayı	52	10	0,576
		% yüzde	44,4%	38,5%	
	Yok	sayı	65	16	
		% yüzde	55,6%	61,5%	
Ağrı Şiddeti	Çok ağır (9-10)	sayı	29	7	0,931
		% yüzde	24,8%	26,9%	
	Şiddetli	sayı	69	15	
		% yüzde	59,0%	57,7%	
	Orta Şiddette	sayı	18	4	
		% yüzde	15,4%	15,4%	
Lokalizasyon	Unilateral	sayı	60	13	0,906
		% yüzde	51,3%	50,0%	
	Bilateral	sayı	57	13	
		% yüzde	48,7%	50,0%	
Bulantı Kusma	Var	sayı	67	13	0,501
		% yüzde	57,3%	50,0%	
	Yok	sayı	50	13	
		% yüzde	42,7%	50,0%	
Fotofobi / Fonofobi	Var	sayı	109	24	0,879
		% yüzde	93,2%	92,3%	
	Yok	sayı	8	2	
		% yüzde	6,8%	7,7%	
Koku Hassasiyeti	Var	sayı	55	11	0,663
		% yüzde	47,0%	42,3%	
	Yok	sayı	62	15	
		% yüzde	53,0%	57,7%	

Çalışılan baş ağrısı özellikleri baş ağrısının zonklayıcı olup olmadığı, saplanıcı ağrı olup olmadığı, basınç vasfında ağrı olup olmadığı, ağırlık vasfında ağrı olup olmadığı, ağrı şiddeti, baş ağrısının lokalizasyonu, bulantı kusma eşlik edip etmediği, fotofobi fonofobi eşlik edip etmediği, koku hassasiyeti olup olmadığıdır. Migren tanısı olan grupta zonklayıcı tipte baş ağrısı varlığı GTBA olan gruba göre anlamlı düzeyde yüksek çıkmıştır($p<0,001$). (Tablo 15)



Tablo 16: Nörolojik tanıya göre baş ağrısına eşlik eden özellikler

			Nörolojik Tanı		p
			Migren	GTBA	
Baş dönmesi	Var	sayı	79	16	0,5
		% yüzde	67,5%	61,5%	
Sersemlik	Var	sayı	88	19	0,8
		% yüzde	75,2%	73,1%	
Göz yaşarması	Var	sayı	49	16	0,06
		% yüzde	41,9%	61,5%	
Bulanık Görme	Var	sayı	30	8	0,5
		% yüzde	25,6%	30,8%	
Gözde Kızarma	Var	sayı	46	7	0,2
		% yüzde	39,3%	26,9%	
Işık Çakması	Var	sayı	45	12	0,4
		% yüzde	38,5%	46,2%	
		% yüzde	61,5%	53,8%	
Yüzde Kızarma	Var	sayı	46	5	0,07
		% yüzde	39,3%	19,2%	
Kol Bacak Hareketi ile Ağrı	Var	sayı	25	5	0,8
		% yüzde	21,4%	19,2%	
Burun Akıntısı	Var	sayı	25	2	0,08
		% yüzde	21,4%	7,7%	
Burun Tıkanıklığı	Var	sayı	37	6	0,3
		% yüzde	31,6%	23,1%	

Migren ve GTBA tanılarına sahip hastalarda; baş dönmesi, sersemlik, göz yaşarması, bulanık görme, gözde kızarma, ışık çakması, yüzde kızarma, kol bacak hareketi ile ağrı, burun akıntısı, burun tıkanıklığı gibi baş ağrısına eşlik eden durumların sıklığı da karşılaştırılmıştır. Bu değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. (Tablo 16)

Tablo 17: Nörolojik tanıya göre hastaların baş ağrısını rahatlatmak için yaptığı davranışlar

			Migren	GTBA	
Yatma Karanlıkta Uzanma	Evet	sayı	106	18	0,008
		% yüzde	90,6%	69,2%	
	Hayır	sayı	11	8	
		% yüzde	9,4%	30,8%	
Yemek Yeme	Evet	sayı	14	4	0,6
		% yüzde	12,0%	15,4%	
	Hayır	sayı	103	22	
		% yüzde	88,0%	84,6%	
Ağrı Kesici İçme	Evet	sayı	93	21	0,8
		% yüzde	79,5%	80,8%	
	Hayır	sayı	24	5	
		% yüzde	20,5%	19,2%	
Kusma	Evet	sayı	16	2	0,3
		% yüzde	13,7%	7,7%	
	Hayır	sayı	101	24	
		% yüzde	86,3%	92,3%	
Masaj Yapma	Evet	sayı	71	13	0,3
		% yüzde	60,7%	50,0%	
	Hayır	sayı	46	13	
		% yüzde	39,3%	50,0%	
Bir Ay İçinde Kaç Ağrı Kesici Kullandığı	10 tablet üzeri	sayı	18	5	0,8
		% yüzde	15,4%	19,2%	
	10 tablet ve altı	sayı	78	16	
		% yüzde	66,7%	61,5%	
	Kullanım yok	sayı	21	5	
		% yüzde	17,9%	19,2%	

Çalışmaya katılan hastalar nörolojik tanılarına göre baş ağrılarını rahatlatmak için yaptığı yatma karanlıkta uzanma, yemek yeme, ağrı kesici içme, kusma, masaj yapma, ağrı kesici kullanma sıklığı açısından karşılaştırılmıştır. Bu davranışlar içinde yatma karanlıkta uzanma sıklığı migren tanısına sahip hastalarda %90,6 bulunurken GTBA grubunda %69,2 olarak bulunmuştur. İki grup arasındaki bu farklılık istatistiksel açıdan anlamlı olarak

bulunmuştur. Migren tanısına sahip ergenler GTBA tanısına sahip ergenlere göre ağrı durumunda yatma karanlıkta uzanma davranışından daha fazla fayda görmektedir. (Tablo 17)

Tablo 18: Nörolojik tanıya göre hastaların baş ağrısına eşlik eden diğer klinik durumlar

			Nörolojik Tanı		p
			Migren	GTBA	
Taşıt tutması	Var	sayı	42	9	0,9
		% yüzde	35,9%	34,6%	
Ateşli havale	Var	sayı	10	3	0,6
		% yüzde	8,5%	11,5%	
Uyurgezerlik	Var	sayı	8	0	0,06
		% yüzde	6,8%	0,0%	
Uykuda Hareket	Var	sayı	26	5	0,7
		% yüzde	22,2%	19,2%	
Kabızlık- İshal	Var	sayı	28	6	0,9
		% yüzde	23,9%	23,1%	
Bahar Nezlesi	Var	sayı	41	9	0,9
		% yüzde	35,0%	34,6%	
Göz yaşarması	Var	sayı	31	7	0,9
		% yüzde	26,5%	26,9%	
Astım	Var	sayı	10	3	0,6
		% yüzde	8,5%	11,5%	

Çalışmaya katılan hastalar sahip olduğu nörolojik tanı türlerine göre taşıt tutması, ateşli havale, uyurgezerlik, uykuda hareket, kabızlık ishal, bahar nezlesi, göz yaşarması, astım gibi klinik durumlar açısından karşılaştırılmıştır. Bu değişkenlerle baş ağrısı alt tipleri açısından istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunamamıştır. (Tablo 18)

Tablo 19: Nörolojik tanıya göre hastaların baş ağrısını kötüleştiren durumlar

			Nörolojik Tanı		P
			Migren	GTBA	
Sınav Günleri	Var	sayı	87	18	0,5
		% yüzde	74,4%	69,2%	
Uzun Ders Çalışmak Okumak	Var	sayı	73	16	0,9
		% yüzde	62,4%	61,5%	
Uzun Tv İzleme	Var	sayı	53	12	0,9
		% yüzde	45,3%	46,2%	
Uzun Süre Bilgisayar Oynamak	Var	sayı	64	16	0,5
		% yüzde	54,7%	61,5%	
Spor Yapma Yorgunluk	Var	sayı	77	16	0,6
		% yüzde	65,8%	61,5%	
Açlık ve Oruç	Var	sayı	80	17	0,7
		% yüzde	68,4%	65,4%	
Uykusuzluk	Var	sayı	90	18	0,4
		% yüzde	76,9%	69,2%	
Çok Güneşte Kalma	Var	sayı	75	15	0,5
		% yüzde	64,1%	57,7%	
Çok Soğuk Havada Kalma	Var	sayı	46	11	0,7
		% yüzde	39,3%	42,3%	
Stres	Var	sayı	107	22	0,3
		% yüzde	91,5%	84,6%	

Hastalar baş ağrısı alt tiplerine göre baş ağrısını kötüleştiren durumlar olan; sınav günleri, uzun ders çalışma okuma, uzun tv izleme, uzun bilgisayar oynama, spor yapma yorgunluk, açlık ve oruç, uykusuzluk, çok güneşte kalma, çok soğuk havada kalma, stres açısından karşılaştırılmıştır. Baş ağrısını kötüleştiren durumlar arasında Migren ve GTBA grupları açısından anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. (Tablo 19)

Tablo 20: Psikiyatrik tanı varlığına göre hastaların baş ağrısını rahatlatmak için yaptığı davranış ve tutumlar

			Psikiyatrik Tanı		p
			Var	Yok	
Yatma Karanlıkta Uzanma	Evet	sayı	71	53	0,036
		% yüzde	92,2%	80,3%	
Yemek Yeme	Evet	sayı	10	8	0,8
		% yüzde	13,0%	12,1%	
Ağrı Kesici İçme	Evet	sayı	61	53	0,8
		% yüzde	79,2%	80,3%	
Kusma	Evet	sayı	11	7	0,5
		% yüzde	14,3%	10,6%	
Masaj Yapma	Evet	sayı	42	42	0,2
		% yüzde	54,5%	63,6%	

Çalışmaya katılan ve baş ağrısı tanısı alan hastalar psikiyatrik tanıları olup olmamasına göre iki gruba ayrılarak baş ağrısı durumunda yaptıkları davranışlar açısından da kıyaslanmıştır. Bu tutum ve davranışlar yatma karanlıkta uzanma, yemek yeme, ağrı kesici içme, kusma ve masaj yapmadır. Bir psikiyatrik tanıya sahip olan hastalarda yatma karanlıkta uzanma ile baş ağrısında azalma sıklığı psikiyatrik tanısı olmayan gruba göre daha yüksek olarak bulunmuştur. Bu farklılık istatistiksel açıdan anlamlıdır. ($p=0,036$). (Tablo 20)

Tablo 21: Psikiyatrik tanı varlığına göre hastaların baş ağrısına eşlik eden diğer klinik durumların değişimi

			Psikiyatrik Tanı		p
			Var	Yok	
Bahar Nezlesi	Var	<i>sayı</i>	28	22	0,7
		<i>% yüzde</i>	36,4%	33,3%	
Göz yaşarması	Var	<i>sayı</i>	21	17	0,8
		<i>% yüzde</i>	27,3%	25,8%	
Astım	Var	<i>sayı</i>	7	6	1
		<i>% yüzde</i>	9,1%	9,1%	
Taşıt Tutması	Var	<i>sayı</i>	25	26	0,3
		<i>% yüzde</i>	32,5%	39,4%	
Ateşli Havale	Var	<i>sayı</i>	7	6	1
		<i>% yüzde</i>	9,1%	9,1%	
Uyurgezerlik	Var	<i>sayı</i>	6	2	0,2
		<i>% yüzde</i>	7,8%	3,0%	
Uykuda Hareket	Var	<i>sayı</i>	17	14	0,9
		<i>% yüzde</i>	22,1%	21,2%	
Kabızlık İshal	Var	<i>sayı</i>	16	18	0,3
		<i>% yüzde</i>	20,8%	27,3%	

Çalışmaya katılan ve baş ağrısı tanısı alan ergenler psikiyatrik tanıları olup olmamasına göre iki gruba ayrılarak baş ağrısına eşlik eden diğer klinik özellikler açısından da kıyaslanmıştır. Bu klinik durumlar bahar nezlesi, göz yaşarması, astım, taşıt tutması, ateşli havale, uyurgezerlik, uykuda hareket ve kabızlık ishaldir. Bu değişkenler arasında iki grup arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır. (Tablo 21)

Tablo 22: Psikiyatrik tanı varlığına göre baş ağrısını kötüleştiren durumlar

			Psikiyatrik Tanı		p
			Var	Yok	
Sınav Günleri	Var	sayı	65	40	0,001
		% yüzde	84,4%	60,6%	
Uzun Ders Çalışma Okuma	Var	sayı	54	35	0,035
		% yüzde	70,1%	53,0%	
Uzun Tv İzlemek	Var	sayı	36	29	0,7
		% yüzde	46,8%	43,9%	
Uzun Süre Bilgisayar Oynama	Var	sayı	44	36	0,7
		% yüzde	57,1%	54,5%	
Spor Yapma Yorgunluk	Var	sayı	54	39	0,1
		% yüzde	70,1%	59,1%	
Açlık ve Oruç	Var	sayı	55	42	0,3
		% yüzde	71,4%	63,6%	
Uykusuzluk	Var	sayı	63	45	0,05
		% yüzde	81,8%	68,2%	
Çok Güneşte Kalmak	Var	sayı	50	40	0,5
		% yüzde	64,9%	60,6%	
Çok Soğuk Havada Kalmak	Var	sayı	26	31	0,1
		% yüzde	33,8%	47,0%	
Stres	Var	sayı	73	56	0,044
		% yüzde	94,8%	84,8%	

Baş ağrısı olan ergenlerde psikiyatrik tanı varlığında ve yokluğunda baş ağrısını kötüleştiren durumlar karşılaştırılmıştır. Baş ağrısı olan ergenlerden psikiyatrik tanıya sahip olanlarda sınav günlerinde baş ağrısı kötüleşme oranı %84,4 iken psikiyatrik tanısı olmayan grupta bu oran %60,6 olarak bulunmuştur. Bu farklılık istatistiksel açıdan anlamlı olarak bulunmuştur. Baş ağrısı olan ergenlerden psikiyatrik tanıya sahip olanlarda uzun ders çalışma ile baş ağrısında kötüleşme oranı %70,1 iken psikiyatrik tanısı olmayan grupta bu oran %53 olarak bulunmuştur. Bu farklılık istatistiksel açıdan anlamlı olarak değerlendirilmiştir. Stresle baş ağrısında kötüleşme oranı ise psikiyatrik tanısı olanlarda %94,8 iken psikiyatrik tanısı olmayan grupta bu oran %84,8 olarak bulunmuştur. Bu farklılık istatistiksel açıdan anlamlıdır. Yani bir psikiyatrik tanıya sahip olan baş ağrısı hastaları psikiyatrik tanıya sahip olmayanlara göre sınav günlerinde, uzun ders çalışma durumunda ve stresle baş ağrısında daha fazla kötüleşme yaşamaktadırlar. (Tablo 22)

Tablo 23: Ağrı sıklığına göre cinsiyet ve psikiyatrik tanı faktörü

			Ağrı Sıklığı		p
			<15	>=15	
Cinsiyet	Kız	sayı	76	22	0,5
		% yüzde	69,7%	64,7%	
	Erkek	sayı	33	12	
		% yüzde	30,3%	35,3%	
Psikiyatrik Tanı	Var	sayı	58	19	0,7
		% yüzde	53,2%	55,9%	
	Yok	sayı	51	15	
		% yüzde	46,8%	44,1%	

Bir aydaki ağrı sıklığı 15 gün ve üzerinde olan hastalar ile 15 günün altında olan hasta grupları arasında cinsiyet ve eşlik eden psikiyatrik tanı olması açısından anlamlı farklılık bulunmamıştır. (Tablo 23)



TARTIŞMA

Baş ağrısı çocuk ve ergenlerde en sık görülen somatik yakınmalardan biridir⁵³. Okul çağındaki yaygınlığı %10-20 arasında değişmektedir. Yaşla birlikte progresif olarak artmakta 13-14 yaşlarında %27-32 civarında bir sıklığa ulaşmaktadır. Ergenliğe kadar belirgin bir cinsiyet farkı görülmezken daha sonraki dönemlerde kadınlarda artış olduğu kaydedilmiştir. ⁵⁴. Baş ağrısı olan çocuklar, özellikle de migreni olan çocuklar; migreni olmayan çocuklara kıyasla okula devam ve yaşam kalitesi açısından daha kötü sonuçlara sahiptir. ⁵⁵ Çocuk ve ergenlerdeki baş ağrısı ve migren bazı komorbiditeleri de beraberinde getirmektedir; bunlardan başlıcaları anksiyete bozukluğu, depresyon, uyku bozuklukları ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğudur¹⁵. Migren tipi baş ağrıların, depresyon ve kaygı bozuklukları başta olmak üzere, psikiyatrik bozukluklarla birlikteliği literatürde yer almakla birlikte, bu beraberliğin nasıl oluştuğuna dair net bir mekanizma henüz bulunamamıştır⁵⁶. Baş ağrısının başarılı tedavisi için eşlik eden psikiyatrik problemlerin ortaya konması ve doğru tedavi edilmesi temel prensiptir⁵⁷. Çocuk psikiyatri polikliniklerinde baş ağrısı ve psikiyatrik bozukluk birlikteliği yüksek oranlarda olmasına rağmen baş ağrısı şikayeti zaman zaman atlanabilmektedir.

Bizim çalışmamızda 12-18 yaş grubundan primer baş ağrısı tanısı olan olguların nörolojik tanı dağılımlarına baktığımızda çalışmaya katılan toplam 188 hastanın %23,9'u (n:45) kontrol grubundan oluşurken %21,3' ü (n:40) auralı migren; %41' i (n: 77) ise aurasız migren; %0,5 'i (n:1) Seyrek Epizodik GTBA, %2,7'si (n:5) Sık Epizodik GTBA, %10,6'sı (n:20) ise Kronik GTBA idi. Benzer şekilde Mersin de okul çağı çocuklarında yapılan prevalans çalışmasında % 24,7 ile GTBA en sık baş ağrısı tanısı iken %10.4 migren tanısı saptanmıştır ve ortalama yaş 10.07 ± 1.35 olarak bulunmuştur.²⁰ Baş ağrısı prevelans çalışmalarından biri olan; Sivas il merkezindeki ilköğretim çağı çocuklarında yapılan bir çalışmada, baş ağrısı prevelansı %79,9, migren prevelansı %5.7 olarak bulunmuştur ve bu çalışmada ortalama yaş 10.92 ± 2.18 olarak çıkmıştır. ⁵⁸. Migren saptananların 38'i kız (%52,7) 34'ü ise erkekti (%47.3). Bu çalışmalara kıyasla bizim çalışmamızda yaş ortalaması daha yüksek bulunmuştur; ayrıca

bizim çalışmamızda kız cinsiyet oranı daha fazladır. Bu farklılık çalışmamızın hastane tabanlı olması ile ilişkili olabilir.

Çalışmamızdaki kontrol grubunda ortalama yaş $15,733 \pm 1,250$, migren grubunda ortalama yaş $15,376 \pm 1,879$, GTBA grubunda ise ortalama yaş $15,500 \pm 1,881$ idi. Bizim çalışmamıza sadece ergen yaş grubunun dahil edilmesi sebebiyle yaş ortalaması literatürdeki benzer çalışmalara oranla biraz daha yüksek olarak bulunmuştur. Kontrol grubunun %66,7'si (n:30) kız cinsiyet iken, %33,3'ü (n:15) erkek cinsiyetten oluşuyordu. Migren grubundaki hastaların %67,5'i (n:79) kız cinsiyet iken %32,5'i (n:38) erkek cinsiyetti. GTB grubunda ise bu oranlar %73,1'i (n:19) kız cinsiyet iken %26,9'u (n:7) erkek cinsiyetti. Bizim çalışmamızda da literatüre uygun şekilde baş ağrısı olan grupta kız cinsiyet daha fazla bulunmuştur. Ancak gruplar arasında cinsiyet açısından anlamlı farklılık görülmemiştir.

Çalışmamıza katılan hastalarda kontrol grubunda orta ergenlikte bulunan hasta sayısı migren ve GTBA grubuna göre anlamlı düzeyde daha fazla bulunmuştur. Bu farklılık kontrol grubundaki hastaların çoğunlukla 15 yaş ve üstü olmasından kaynaklanmaktadır.

Çocuklarda baş ağrısı ile ilgili epidemiyolojik çalışmalarda baş ağrısını arttıran çeşitli risk faktörleri vurgulanmıştır. Bunlar aile içi problemler, özellikle boşanmış ebeveynler ya da ebeveyn kaybı, düşük gelir düzeyi, düşük eğitim seviyesi baş ağrısı için risk faktörü olarak gösterilmektedir^{60,61}. Bizim çalışmamızdaki ergenlerin aile içi durumlarına bakıldığında ise; anne baba birlikte olma oranı kontrol grubunda %88,9, migren grubunda %86,3, GTBA grubunda ise %88,5 olarak bulunmuştur. Ergenlerin ebeveyn niteliği kontrol grubunda %100 öz, migren grubunda %97,4 öz, GTBA grubunda %100 öz şeklinde bulunmuştur. Çalışmaya katılan ergenlerde kontrol grubunda %15,6, migren grubunda %7,7 GTBA grubunda ise %0 geniş aile yapısı tespit edilmiş olup; aile yapısı ile nörolojik tanı grupları arasında istatistiksel olarak bir ilişki olduğu görülmüştür (p=0,029). Kontrol grubundaki ergenlerde geniş aile yapısında yaşamak migren ve gerilim gruplarına göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Elde ettiğimiz bu sonuca göre kalabalık ailede yaşamamanın primer baş ağrısı sıklığını azaltabileceği öngörülmüştür.

Birincil baş ağrısı tanısı olan çocukların ruhsal değerlendirilmesi ve annelerindeki ruhsal belirtilerin taranması ve aile işlevleri şeklinde yapılan bir çalışmada özellikle GTBA tanısına sahip çocukların annelerinde ruhsal belirtiler migren ve kontrol grubuna göre anlamlı derecede daha yüksek çıkmıştır⁶². Bu çalışmada babalarda psikiyatrik başvuru sıklığı açısından gruplar arasında istatistiksel olarak bir farklılık yoktur⁶². Bizim çalışmamızda da annede ve babada psikiyatrik hastalık varlığı sorguladığımız değişkenlerdendi. Annede psikiyatrik hastalık oranı kontrol grubunda %0, migren grubunda %20,5, GTBA grubunda ise %7,7 olarak bulunmuştur. Hem migren hem GTBA grubunda kontrol grubuna göre annede psikiyatrik hastalık varlığı anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Babada psikiyatrik hastalık varlığı ise kontrol grubunda %0, migren grubunda %12, GTBA grubunda ise %20 olarak bulunmuştur. Hem migren hem GTBA grubunda kontrol grubuna göre babada psikiyatrik hastalık varlığı anlamlı olarak daha yüksek çıkmıştır. Çalışmamızdan çıkan bu sonuç, psikiyatrik yardım arayışının GTBA ve migren grubundaki çocukların ebeveynlerinde daha yüksek bulunmasıyla uyumlu görünmektedir. Bu durum psikososyal risk etkenlerinin baş ağrısı etiyojisinde önemli bir yere sahip olduğu görüşünü destekler niteliktedir. Ebeveynlerde kaygı düzeylerinin yüksek olması, depresif belirtilerin ve bedensel yakınmaların sık görülmesi, çocuklarda baş ağrısının süregelenleşmesine yol açabilen etkenler olarak gösterilmektedir⁶³. Bizim çalışmamızın sonuçlarına göre, GTBA ve migren tanısı alan çocuk ve ergenlerin ebeveynlerinde psikiyatrik hastalık bulunması; çocuklarda baş ağrısının süregelenleşmesi açısından daha yüksek risklidir.

Çalışmamıza katılan hastaların doğum sonrası durumunda gruplar arasında anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Doğum sonrası durumu mor ve ağlamıyor olarak tespit edilen hasta sayısı GTBA grubunda kontrol ve migren grubuna göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksek çıkmıştır. Literatürde buna benzer yapılan bir çalışmada ise migreni olan grupta anoksik doğum öyküsü (%12,5), migrensiz gruba (%5,8) göre anlamlı derecede yüksek olarak bulunmuştur⁶⁴. Çalışmamızdaki bu sonuca göre bebeğin doğumunda yaşanan ve hipoksiye sebep olabilecek bir komplikasyonun çocuğun ilerleyen

yaşlarında primer baş ağrısına sahip olma riskini arttırabileceği ve bu çocukların baş ağrısı açısından da yakın takibinin uygun olabileceği öngörülmüştür.

Yaptığımız çalışmada bebeklik ve çocukluk döneminde bakım veren kişilerin anne olma durumu kontrol grubunda %100, migren grubunda %82,1, GTBA grubunda ise %75 olarak bulunmuştur. Kontrol grubundaki bakım veren kişinin anne olma durumu sayısal üstünlüğü istatistiksel açıdan anlamlı olarak bulunmuştur. Literatürde baş ağrısı ve bağlanma stilleriyle ilgili yapılmış çalışmalar bulunmaktadır. L Savi. ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada yetişkin hastalarda baş ağrısı ve bağlanma stilleri arasında bir ilişki olduğu, baş ağrısı çeken erişkinlerde güvensiz bağlanma modelinin daha sık görüldüğü saptanmıştır.⁶⁵ Çocuk ve ergenlerde bağlanma stilleri ve baş ağrısının araştırıldığı bir başka çalışmada ise, migrenli çocuk ve ergen grubunda kararsız bağlanma stili daha fazla bulunmuş olup bu grupta baş ağrısının daha şiddetli olduğu gösterilmiştir⁶⁶. Bizim çalışmamızdaki bu sonuçtan yaptığımız çıkarım; bakım verenin anne olması durumunda muhtemelen çocuğun kaygı düzeyinin daha az olduğu, güvenli bağlanma stili geliştirdiği ve bu durumun primer baş ağrısı sıklığını azalttığı yönündedir.

Migren prevalansı, puberteden önce kız ve erkek çocuklarda benzer oranlarda iken, menarşın başlamasıyla birlikte kadınlarda artış göstermektedir ve bu artış 40 yaşından sonra azalmaya başlamaktadır^{67,68}. Bu farklılık kadınlarda menarşla ortaya çıkan hormonal tetiklenmeden, özellikle de progesteronun etkisinde kaynaklanmaktadır⁶⁹. Çalışmamızda da literatürle uyumlu şekilde migren tanısı olan grupta menarş olma sıklığı kontrol grubuna göre anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur. Bizim çalışmamızın sonucu da menarşın migren etyopatogenezendeki bir tetikleyici olabileceği görüşünü destekler niteliktedir.

Birincil baş ağrısı tanısı alan erişkinlerle yapılan çalışmalarda duygudurum bozuklukları, anksiyete bozuklukları ve somatoform bozukluk tanılarının migren ya da gerilim tipi baş ağrısı tanısı olanlarda normal kontrollere göre daha sık saptandığı gösterilmiştir^{56,70}. Migren ya da gerilim tipi baş ağrısı tanısı alan çocuk ve ergenlerle yapılan çalışmalarda da erişkinlerle yapılan

çalışmalardaki sonuçlara benzer şekilde depresyon ve anksiyete belirtilerinin normal kontrollere göre daha sık olduğu görülmüştür^{71 72}. Birincil baş ağrılarında eşlik eden ruhsal bozukluk varlığı çocuklarda baş ağrısının süregelenleşmesine yol açan önemli bir risk faktörüdür. Aynı zamanda tedaviye uyumu zorlaştırır, yaşam kalitesini kötüleştirir ve tedavi maliyetlerini artırır^{73,74}. Bizim çalışmamızda da birincil baş ağrısı tanısı alan çocuklarda, migren, GTBA ve kontrol grubumuz ile ruhsal bozukluklar arasındaki ilişkinin araştırılması hedeflenmiştir. Migren ya da gerilim tipi baş ağrısı tanısı alan çocuklar ile kontrol grubu arasında ruhsal bozukluk sıklığı açısından farklılık olup olmadığı da çalışmamızdaki amaçlardandır. Çalışmamıza katılan ergenlerde psikiyatrik eş tanı oranı migren grubunda %52,1, GTBA grubunda ise %61,5 kontrol grubunda %11,1 olarak bulunmuştur. Çalışma sonucumuza göre literatür ile uyumlu olarak hem migren hem de GTBA grubunda psikiyatrik eş tanı alma sıklığı sağlıklı kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde daha yüksek olarak bulunmuştur. Yapılan benzer çalışmalarda da birincil baş ağrısı tanısı alan ergenlerde ruhsal bozuklukların sık eşlik ettiği, kaygı düzeyinin ve depresif belirtilerin arttığı, benlik saygılarının azaldığı, yaşam kalitelerinin ve aile işlevlerinin bozulduğu gösterilmiştir^{75, 76}. Bu sebeple bu hastalardaki psikiyatrik komorbiditelerin erken dönemde fark edilmesi ve tedavi edilmesi hastaların baş ağrısı prognozu, psikiyatrik eş hastalanım oranı ve yaşam kalitesi açısından oldukça önemlidir.

Migren hastalarının yaklaşık olarak %60'ında kutanöz allodini (KA) semptomu görülmektedir⁷⁷. KA cilt üzerinde normalde ağrıya yol açmayan bir uyarının ağrılı olarak duyumsanmasıdır⁷⁸. KA'nın dura mater ve periorbital deri üzerindeki afferent duyuyu toplayan trigeminal nükleus kaudalisteki nosiseptif nöronların sensitizasyonundan kaynaklandığı düşünülmektedir^{79,80}. KA, santral sensitizasyon varlığına işaret ettiği için kronik migren gelişiminde de bir risk faktörü olarak değerlendirilmektedir⁸¹. Bizim çalışmamızda migren ve GTBA grupları allodini açısından kıyaslanmıştır. Allodini puanı 9 ve üzerinde olan hasta sayısı migren grubunda anlamlı olarak daha fazla bulunmuştur. Allodini aynı zamanda baş ağrısı için bir kronikleşme kriteri olduğu için bu sonuca göre migren hastalarında kronikleşme oranının GTBA grubuna göre daha fazla

olabileceği öngörülebilir. Bu sebeple allodinisi olan hasta grubunda baş ağrısının etkin tedavi edilmesi hastalığın prognozu ve kronik ağrıya sekonder eklenebilecek psikiyatrik komorbiditeleri de engellemek açısından oldukça değerlidir. Bizim çalışmamıza benzer bir başka çalışmada ise KA 'sız hastalara kıyasla KA' lı migren hastalarında ağrı şiddetinin ve anksiyete düzeyinin daha yüksek, uyku kalitesinin ise daha kötü olduğu belirlenmiştir⁸².

Çalışmamızda migren ve GTBA tanısı olan hastalarda ağrının ne kadar zamandır olduğu, ağrı başlangıç yaşı, bir ay içindeki ağrı sıklığı, ağrı süresi, ağrı şiddeti, ağrı kesici kullanım sıklığı ve allodini puanları karşılaştırıldı. GTBA tanı grubunda bir ay içindeki ağrı sıklığı migren tanı grubuna göre anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Bu farklılık muhtemelen çalışmamıza katılan GTBA grubundaki hastaların çoğunluğunun Kronik GTBA tanısı almasından kaynaklanmıştır. Benzer bir çalışmada da katılan hastaların aylık baş ağrısı atak sayısı sorgulandığında GTBA hastalarında aylık baş ağrısı atak sayısı belirgin olarak daha yüksek bulunmuştur⁸³. Literatürde benzer bir başka çalışmada ise atak sayısı ile orantılı olarak KGTB' de atak sayısının ve iş gücü kaybının diğer baş ağrılarına göre anlamlı düzeyde fazla olduğu saptanmıştır⁸⁴.

Migren tipi baş ağrılarının, depresyon ve kaygı bozuklukları başta olmak üzere, psikiyatrik bozukluklarla beraberliği literatürde yer almaktadır ancak bu beraberliğin nasıl oluştuğuna dair net bir mekanizma henüz gösterilememiştir⁵⁶. Baş ağrısının başarılı tedavisi için eşlik eden psikiyatrik problemlerin ortaya konması ve tedavi edilmesi önerilmektedir⁵⁷. Brujin ve arkadaşları da depresyon sıklığının migrenli çocuklarda sağlıklı kontrollere göre daha fazla olmadığını bildirmişlerdir⁸⁵. Machnes-Maayan ve ark. migrenli çocuklarda en az bir psikiyatrik bozukluk saptanma oranını %65 olarak bildirmiştir⁸⁶. Bulgular çelişkili olmakla birlikte, migren hastalarında en sık rastlanan psikiyatrik bozuklukların anksiyete ve depresyon olduğu, bunlardan da anksiyete bozukluğunun migrene daha sık eşlik ettiği görülmektedir⁵⁰. Bizim çalışmamızda ise migren ve GTBA tanısına sahip olan hastalarda Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği ortalama puanları kontrol grubuna göre daha yüksek olarak bulunmuştur ancak bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı düzeyde değildir. Çalışmamıza katılan ergenlerde hem migren hem de GTBA grubundaki hastaların Çocukluk Çağı

Anksiyete Tarama Ölçeği ortalama puanları kontrol grubuna göre daha yüksek çıkmıştır ve bu farklılık istatistiksel açıdan anlamlı olarak bulunmuştur. Elde ettiğimiz veriler genel anlamda literatür ile uyumludur. Bu sonuçlar baş ağrısı olan çocuklarda anksiyete düzeyinin normal popülasyona göre artmış olduğunu göstermektedir. Bu yüzden baş ağrısı olan çocuk ve ergenler mutlaka psikiyatrik komorbidite açısından yakın takip edilmeli ve var olan psikiyatrik hastalıkları uygun şekilde tedavi edilmelidir.

Migren tanı kriterlerinde belirtilen ağrı lokalizasyonunun (tek/çift taraflı), vasfının (zonklayıcı, sıkıştırıcı, batıcı şeklinde), eşlik eden bulguların (bulantı, kusma, fotofobi ve fonofobi gibi), aktiviteyle tetiklenme/artma durumunun ve aura varlığının sorgulanması da oldukça önemlidir. Öyküde bu özelliklerin sorgulanması ile migren ve GTBA ayrımı yapılmaktadır. Çocukluk çağı migren ve gerilim tipi baş ağrılarının klinik özelliklerini inceleyen bir çalışmada; baş ağrılarının özelliklerine bakılmıştır. Baş ağrısının tek taraflı olması, zonklayıcı vasıfta olması, bulantı, kusma, fotofobi ve fonofobi varlığı, ağrının aktiviteyle tetiklenmesi/artması migren grubunda anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur⁸³. Bizim çalışmamızda da literatür ile uyumlu olarak migren tanısı olan grupta zonklayıcı tipte baş ağrısı varlığı GTBA olan gruba göre anlamlı düzeyde yüksek çıkmıştır.

Baş ağrısı oluştuğunda kişiyi oldukça rahatsız eden ve kişinin gün içindeki işlevselliğini oldukça olumsuz etkileyen bir durumdur. Bu sebeple bu hastalar ağrıya başa çıkmada bazı yöntemlere başvurumaktadırlar. Baş ağrısı olan hastalar ağrıya başa çıkmada uyuma karanlıkta uzanma, gevşeme egzersizleri, yemek yeme, hipnoz gibi yöntemler kullanmakta ve bazı hasta grupları bu davranışlardan fayda görmektedir⁸⁷. Bizim çalışmamızda da migren tanısına sahip ergenler GTBA tanısına sahip ergenlere göre ağrı durumunda yatma karanlıkta uzanma davranışından daha fazla fayda görmektedir. Bu durum büyük olasılıkla parlak ışığın da migren için bir tetikleyici olmasından kaynaklanmaktadır. Benzer şekilde çalışmamızda bir psikiyatrik tanıya sahip olan hastalarda yatma karanlıkta uzanma ile baş ağrısında azalma sıklığı da psikiyatrik tanısı olmayan gruba göre daha yüksek olarak bulunmuştur.

Yapılan birçok çalışmada mental ve endojen nedenlerle (stres, menstruasyon), diyet alışkanlığının (çikolata ve peynir gibi yiyecekler, öğün atlama, alkol ve östrojen, ergotamin, indometazin gibi ilaçlar), uyku düzensizliğinin, çevresel faktörlerin (koku, ışık, gürültü, hava durumu değişiklikleri), fiziksel aktivitelerin, baş boyun hareketlerinin (öne eğilmek, kafa travması) migren baş ağrısını tetikledikleri veya kötüleştirdikleri ortaya konmuştur⁸⁸. Bizim çalışmamızda migren ve GTB si olan hastalarda baş ağrısını tetikleyen değişkenler arasında anlamlı bir farklılık bulunamamış olmakla birlikte baş ağrısına eşlik eden psikiyatrik tanı olduğunda sonuçlarda değişiklik gözlenmiştir. Çalışmamızda baş ağrısı olan ergenlerde psikiyatrik tanı varlığında ve yokluğunda baş ağrısını kötüleştiren durumların sonuçlarına bakıldığında; baş ağrısı olan ergenlerden psikiyatrik tanıya sahip olanlarda sınav günlerinde baş ağrısı kötüleşme oranı %84,4 iken psikiyatrik tanısı olmayan grupta bu oran %60,6 olarak bulunmuştur. Bu farklılık istatistiksel açıdan anlamlı olarak bulunmuştur. Baş ağrısı olan ergenlerden psikiyatrik tanıya sahip olanlarda uzun ders çalışma ile baş ağrısında kötüleşme oranı %70,1 iken psikiyatrik tanısı olmayan grupta bu oranı %53 olarak bulunmuştur. Bu farklılık da istatistiksel açıdan anlamlı olarak değerlendirilmiştir. Stresle baş ağrısında kötüleşme oranı ise psikiyatrik tanısı olanlarda %94,8 iken psikiyatrik tanısı olmayan grupta bu oran %84,8 olarak bulunmuştur. Bu farklılık istatistiksel açıdan anlamlıdır. Yani bir psikiyatrik tanıya sahip olan baş ağrısı hastaları psikiyatrik tanıya sahip olmayanlara göre sınav günlerinde, uzun ders çalışma durumunda ve stresle baş ağrısında daha fazla kötüleşme yaşamaktadırlar. Bu durum da bize yine baş ağrısına eşlik eden psikiyatrik komorbiditelerin baş ağrısında daha sık ve kolay alevlenme ile ilişkili olabileceğini düşündürmüştür. Migren de tetikleyicilerin bakıldığı bir çalışmada ise stres, mental gerginlik, uykusuzluk, açlık, yorgunluk ve gürültü hem aurali hem de aurasiz migrende en çok tetikleyen faktörler olarak öne çıkmıştır⁸⁹. Zivadinov ve arkadaşları yaptıkları araştırmada en fazla stresin (%57,8) daha sonra sırasıyla seyahatin (%54,6), menstrual döngünün (%49,4), hava durumu değişikliğinin (%49) ve uyku düzensizliğinin (%40,1) migren baş ağrısını tetiklediğini bulmuşlardır⁹⁰. Daha önce de değindiğimiz gibi baş ağrısı olan çocuk ve ergenlerde psikiyatrik komorbidite oldukça sık görülen bir durumdur.

Eşlik eden psikiyatrik durumlar hastalığın prognozunu olumsuz etkilemekte, daha kolay presipite olmasına zemin hazırlamaktadır. Bu nedenle baş ağrısı hastalarının izlem ve tedavisinde psikiyatrik değerlendirme ve tedavinin oldukça önemli bir yeri vardır.

Baş ağrısı olan ergenlerde anksiyete depresyon ve allodoniye değerlendirdiğimiz bu çalışmada literatürle uyumlu şekilde baş ağrısı olan grupta anksiyete oranlarının sağlıklı kontrollere göre daha fazla olduğu gözlenmektedir. Yine literatürle uyumlu şekilde migreni olan hasta grubunda da allodini daha sık bulunmuştur. Depresyon, anksiyete, allodini ve diğer psikososyal faktörlerin ayırıcı tanıda tek başına yeterli olmadığını, tüm faktörlerin multidisipliner yaklaşım ile ele alınmasının baş ağrısı olgularının yönetimi için elzem olduğunu bu çalışma da desteklemektedir.

SONUÇ ve ÖNERİLER

1. Çalışmada migren en sık görülen primer baş ağrısı idi.
2. Hem migren hem de GTB kız ergenlerde daha sık görülmekte idi.
3. Kontrol grubunda orta ergenlik yaş grubunda bulunan hasta sayısı migren ve GTBA grubuna göre daha fazladır.
4. Hem migren hem GTBA grubunda kontrol grubuna göre annede psikiyatrik hastalık varlığı daha yüksek bulunmuştur.
5. Hem migren hem GTBA grubunda kontrol grubuna göre babada psikiyatrik hastalık varlığı daha yüksek bulunmuştur.
6. Migren tanısı olan grupta menarş olma sıklığı kontrol grubuna daha yüksek bulunmuştur.
7. Hem migren hem de GTBA grubunda psikiyatrik eş tanı alma sıklığı kontrol grubuna göre daha yüksek bulunmuştur.
8. Migren grubunun %52,1'inde, GTBA grubunun %61,5'inde komorbid psikiyatrik bozukluk mevcuttu.
9. Ağrı başlangıç yaşı <12 yaş olanlarda depresyon ve anksiyete ortalama puanları daha yüksek bulunmuştur ama istatistiksel olarak anlamlı değerlendirilmemiştir.
10. Allodini puanı 9 ve üzerinde olan hasta sayısı migren grubunda GTBA grubuna göre daha fazla bulunmuştur.
11. GTBA tanı grubunda bir ay içindeki ağrı sıklığı migren tanı grubuna göre daha fazla bulunmuştur.

- 12.Çalışmaya katılan ergenlerde hem migren hem de GTBA grubundaki hastaların Scared Anksiyete Ölçeği ortalama puanları kontrol grubuna göre daha yüksek bulunmuştur.
- 13.Çalışmaya katılan ergenlerde hem migren hem de GTBA grubundaki hastaların depresyon ortalama puanları kontrol grubuna göre daha yüksek bulunmuştur ancak bu sonuç istatistiksel açıdan anlamlı çıkmamıştır.
- 14.Migren ve GTBA grupları arasında komorbid psikiyatrik bozukluk dağılımı arasında istatistiksel anlamlı farklılık yoktu.
- 15.Migren tanısı olan grupta zonklayıcı tipte baş ağrısı varlığı GTBA olan gruba göre anlamlı düzeyde yüksek çıkmıştır.
- 16.Migren tanısına sahip ergenler GTBA tanısına sahip ergenlere göre ağrı durumunda yatma karanlıkta uzanma davranışından daha fazla fayda görmektedir.
- 17.Bir psikiyatrik tanıya sahip olan hastalarda yatma karanlıkta uzanma ile baş ağrısında azalma sıklığı psikiyatrik tanısı olmayan gruba göre daha yüksek olarak bulunmuştur
- 18.Bir psikiyatrik tanıya sahip olan baş ağrısı hastaları psikiyatrik tanıya sahip olmayanlara göre sınav günlerinde, uzun ders çalışma durumunda ve stresle baş ağrısında daha fazla kötüleşme yaşamaktadırlar.

Baş ağrısı ve komorbid psikiyatrik bozukluk birlikteliği klinikte oldukça sık görülmektedir. Bu psikiyatrik bozukluklar en sık anksiyete ve depresyon olarak karşımıza çıkmaktadır. Psikiyatrik komorbidite varlığında baş ağrısı klinik özellikleri değişiklik gösterebilmekte ve baş ağrısı tedavisi zorlaşmaktadır. Bu da hastaların yaşam kalitesi bozulmaktadır. Psikiyatri polikliniklerine primer baş ağrısı yakınması ile gelen ergenlerde dikkatli bir baş ağrısı değerlendirmesi ve eşlik eden psikiyatrik komorbidite varsa bunun bulunması ve baş ağrısı ile birlikte mevcut psikiyatrik durumunun da tedavi edilmesi oldukça önemlidir. Bu durum bu ergenlerin tedavi stratejilerinin belirlenmesinde multidisipliner profilaksi ihtiyacının önemini ortaya koymaktadır. Çocuklarda baş ağrısını önemsemek, doğru tanıyı koymak ve varsa mevcut psikiyatrik sorunları tedavi etmek

gerekmektedir. Kronikleşmeyi önlemek için hastalar uzun süre tedavisiz kalmamalıdır. Özellikle eşlik eden allodini durumu kronikleşmeyi arttırabileceği için bu hasta gruplarında gecikmeden uygun tedaviyi vermek son derece önemlidir. Bu hastalarda ek psikiyatrik bozuklukların değerlendirilmesi sürecinde ölçeklerden ve ebeveyn görüşmelerinden yararlanılması, eşlik eden durumların erken tespit edilmesinde oldukça önemlidir.



KAYNAKLAR

1. Ozge A, Termine C, Antonaci F, Natriashvili S, Guidetti V, Wöber-Bingöl C. Overview of diagnosis and management of paediatric headache. Part I: diagnosis. J Headache Pain. 2011;12(1):13–23.
2. Akça Ö, Özkan M, Teber S, Migren ve Gerilim Tipi Baş Ağrısı Olan Ergenlerde Anksiyete Duyarlılığı ve Dissosiyatif Belirtiler, Anadolu Psikiyatri Dergisi, Sivas, 2, 2013, 161-166.
3. Dr. Tazegül A, Migren ve Gerilim Tipi Baş Ağrılı Hastalarda Serum Crp, Ferritin, Fibrinojen, Sedimantasyon ve IL-6 Düzeyleri ve Klinik Korelasyonu, Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilimdalı, 2011 (Uzmanlık Tezi)
4. Swanson WJ, Dodick WD, Capoblanco JD. Headache and Other Craniofacial Pain. In: Neurology in Clinical Practice (third ed.), Bradley GW, Daroff BR, Fenichel MG, Marsden DC, Butterworth-Heinemann. 2000;73: 1829-1878.
5. Silberstein SD, Lipton RB, Goadsby PJ. Headache in clinical practice. Isis Medical Media, 1998; 1–7.
6. Ad Hoc Committee on Classification of headache of NINDB. JAMA. 1962;179:127–8.
7. Olesen, J. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS) The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. *Cephalalgia* 38, 1–211 (2018).
8. Dr.Güler G, Başağrısı Olan Ergenlerde Depresyon ve Anksiyete Belirti Şiddetlerinin Değerlendirilmesi, 2011 (Uzmanlık Tezi)
9. The International Classification of Headache Disorders
10. Bille BS. Migraine in school children. A study of the incidence and short-term prognosis, and a clinical, psychological and electroencephalographic

- compareson between children with migraine and matched controls. *Acta Paediatr.* 1962;51(Suppl.136):1-151
11. Just, U., Oelkers, R., Bender, S. et al. Emotional and behavioural problems in children and adolescents with primary headache. *Cephalalgia* 23, 206–213 (2003).
 12. Berg K, Erhver M, Erneholm M, Gundevall C, Wennberg, Wettergren L. Self-reported health status and use of medical care by 3500 adolescents in Western Sweden. *Acta Paediatr Scand.* 1991;80:837-43
 13. Lyngberg, A. C., Rasmussen, B. K., Jorgensen, T. & Jensen, R. Has the prevalence of migraine and tension-type headache changed over a 12-year period , A Danish population survey. *European Journal of Epidemiology* 20, 243–249 (2005).
 14. Lewis DW., Toward the definition of childhood migraine, *Curr Opin Pediatr* 2004;16:628-636
 15. Guidetti V, Lucchese F, Bellini B. Is the migrainous female brain different Some new evidence
 16. Zwart JA, Dyb G, Holmen T, Stowner L , J. , Sand, T. The prevalence of migraine and tension-type headaches among adolescents in Norway. The Nord-Trondelag Health Study (Head-HUNT-Youth), a large population-based epidemiological study. *Cephalalgia.* 2004;24(5):373-379.
 17. Ziegler, D. K., Hur, Y. M., Bouchard, T. J., Hassanein, R. S. & Barter, R. Migraine in twins raised together and apart. *Headache* 38, 417–422 (1998).
 18. Karli, N., Akgöz, S., Zarifoğlu, M., Akiş, N. & Erer, S. Clinical characteristics of tension-type headache and migraine in adolescents: A student-based study. *Headache* 46, 399–412 (2006).
 19. Anttila, P. Tension-type headache in childhood and adolescence. *The Lancet. Neurology* 5, 268–274 (2006).

20. Özge, A. Bugdaycı, R., Sasmaz, T, et.al. The sensitivity and specificity of the case definition criteria in diagnosis of headache: A school-based epidemiological study of 5562 children in Mersin. *Cephalalgia* 22, 791–798 (2002).
21. Barea, L. M., Tannhauser, M. & Rotta, N. T. An epidemiologic study of headache among children and adolescents of southern Brazil. *Cephalalgia* 16, 545–549 (1996).
22. Kong CK, Cheng WW, Wong LY. Epidemiology of headache in Hong Kong primary-level schoolchildren: questionnaire study. *Hong Kong Med J*. 2001;7(1):29–33.
23. Akyol, A. Kiylioglu, N., Aydin, I., Erturk, A., Telli, E., Akyildiz, U. Epidemiology and clinical characteristics of migraine among school children in the Menderes region. *Cephalalgia* 27, 781–787 (2007).
24. Annequin, D., Tourniaire, B. & Massiou, H. Migraine and headache in childhood and adolescence. *Pediatric Clinics of North America* 47, 617–631 (2000)
25. Hilton BP, Cumings JN. 5-Hydroxytryptamine levels and platelet aggregation responses in subjects with acute migraine headache. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1972;35:505–509.
26. Şenbil N, Aysun S, Anlar B, Altunbaşak Ş, Deda G, Serdaroğlu A. Çocukluk çağı baş ağrıları Çocuk Nörolojisi. Ankara: Alp Ofset: Çocuk Nörolojisi Derneği 2006:110-142.
27. Bolay H, Dalkara T. Birincil baş ağrılarının fizyopatolojisi. *Türkiye Klinikleri Nöroloji* 2003;1(2):98-102.
28. Geyik SG. Migren hastalarında ayakta, ataksız dönemde ve kontrol grubunda serum nitrik oksit ve adrenomedullin düzeylerinin değerlendirilmesi (Tıpta Uzmanlık Tezi).
29. Ashina, S., Bendtsen, L., reports, M. A.-C. pain and headache & 2005, undefined. Pathophysiology of tension-type headache. *Springer*.

30. Esme Ekizoğlu, Elif Kocasoy-Orhan, Betül Baykan; İTF Nöroloji /başağrısı fizyopatolojisi/
31. Brna PM, Dooley JM. Headaches in the pediatric population. Semin Pediatr Neurol 2006; 13: 222-230.
32. Lewis DW, Ashwal S, Dahl G, et al. Practice parameter: evaluation of children and adolescents with recurrent headaches: Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology and the Practice Committee of the Child Neurology Society. Neurology 2002; 59: 490-498.
33. Howard, L., Wessely, S., Leese, M. et. al. Are investigations anxiolytic or anxiogenic? A randomised controlled trial of neuroimaging to provide reassurance in chronic daily headache. 76, 1558–1564 (2005).
34. Olesen, J. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS) The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. *Cephalalgia* 38, 1–211 (2018).
35. Robert H, Halsam A. Headaches. In: Kliegman RM, Behrman RE, Jenson HB, Stanton BF. Nelson Textbook of Pediatrics. International Edition. 18th Ed. Philadelphia: Elsevier Saunders 2007: 2479-2483
36. Okan, M. S. & Özdemir, H. Çocuklarda Başağrısı Güncel Pediatri 1, 10–18 (2003).
37. Özge, A., Buğdaycı, R., Şaşmaz, T, et. al. The linear trend of headache prevalence and some headache features in school children. The Journal of the Turkish Society of Algology 19, 20–32 (2007).
38. Ropper AH, Samuels MA. Adams and Victor's Principles of Neurology. 9th ed. (Emre M. ed). Ankara: Ayrıntı Basımevi;2011
39. Nuray Atasoy, H. Tuğrul Atasoy, Aysun Ünal, Numan Konuk, Levent Atık ; Süregen Günlük Baş Ağrısında Psikiyatrik Komorbidite
40. Çelik DB. Migren baş ağrısı hastalarında öfke tarzları ve kişilik özellikleri (Yüksek Lisans Tezi).

41. Lake, A. E., Rains, J. C., Penzien, D. B. & Lipchik, G. L. Headache and psychiatric comorbidity: Historical context, clinical implications, and research relevance. *Headache* 45, 493–506 (2005).
42. Çelenay T. S., Mete O., Çoban Ö. Karahan N., Kutaneal Allodinisi Olan ve Olmayan Migren Hastalarında Ağrı Şiddeti, Uyku Kalitesi ve Psikolojik Durumun Karşılaştırılması. *dergipark.org.tr* 25, (2020).
43. Mendelson, T., Clinics, S. T.-A. P. & 2016, Prevention of depression in childhood and adolescence. *childpsych.theclinics.com*.
44. Deniz YILMAZ, Ö., Balci Sezer, O., Gökkurt, D. & Tiftik, E. Migren Tanısı Alan Çocuklarda Depresyon Düzeyi.
45. Düzeyleri, V. & Faktörler, V. İ. Ergen anksiyete bozukluklarında serum oksitosin ve vazopresin düzeyleri ve ilişkili faktörler. (2017).
46. Machnes-Maayan, Ditti, Elazar M., Apter A. "Screening for psychiatric comorbidity in children with recurrent headache or recurrent abdominal pain." *Pediatric neurology* 50.1 (2014): 49-56.
47. Wang, S., reports, K. J.-C., Psychiatric comorbidity of chronic daily headache: impact, treatment, outcome, and future studies. *Springer. Pain and headache & 2002*
48. Karatoprak, E. Y, Yıldız S. Migren Tipi Baş Ağrısı Olan Çocuklarda Anksiyete Düzeyi Artmakta mıdır? (2020)
49. O'Brien, H., neurology, S. S.-S. in pediatric & 2016, Comorbid psychological conditions in pediatric headache.
50. Güler, G., Kütük, M. The High Level of Psychiatric Disorders Associated with Migraine or Tension-type Headache in Adolescents. *Journal of Neurological Sciences*, 2017, 34.4.
51. Öy B. Çocuklar için depresyon ölçeği: geçerlilik ve güvenirlik çalışması. *Türk Psikiyatr Derg.* 1991;2:131–6.

52. Kovacs, M. Rating scales to assess depression in school-aged children. *Acta Paedopsychiatrica* 46, 305–315 (1981).
53. Perquin. C, Hazebroek-Kampschree. A, Hunfeld, J. et. al. Pain in children and adolescents: a common experience. *Pain* 87, 51–58 (2000).
54. Guidetti, Vincenzo. Fondamenti di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza. (2016).
55. Arruda, M. A. & Bigal, M. E. Behavioral and emotional symptoms and primary headaches in children: A population-based study. *Cephalalgia* 32, 1093–1100 (2012).
56. Pompili, M., Daniela, A., Cosimo, D. et al. Psychiatric comorbidity in patients with chronic daily headache and migraine: a selective overview including personality traits and suicide risk.
57. Jacobson, S., America, M. F.-C. of N. & 2003, undefined. Psychiatric perspectives on headache and facial pain. *oto.theclinics.com*.
58. Eren, F., Kaya, A., İçağasioğlu, F. et al. Sivas İli İlköğretim çocuklarında baş ağrısı ve migren prevalence of headache and migraine in Sivas province centre primary school's students. *Türkiye Çocuk Hast. Derg. / Turkish J. Pediatr. Dis* 4, 84–88 (2010).
59. Stewart, W., Health, S., Lipton, R. et. al. Factors associated with the onset and remission of chronic daily headache in a population-based study. *Elsevier* (2003)
60. Şentürk A. 12-17 Yaş Arası Yetim Çocuklarda Primer Baş Ağrısı Sıklığı ve Klinik Özellikleri. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı, 2012 (Uzmanlık Tezi)
61. Karwautz, A., Wöber, C., Lang, T. et. al Psychosocial Factors in Children and Adolescents with Migraine and Tension-Type Headache: A Controlled Study and Review of the Literature:

62. Şentürk, E., Tarakçıoğlu M. C., Kara, B. & Karakaya, İ. Birincil Baş Ağrısı Tanısı Alan Çocukların Ruhsal Değerlendirmesi, Annelerinde Ruhsal Belirti Sıklığının Taranması ve Aile İşlevlerinin İncelenmesi.1, 61–71 (2018).
63. Aromaa, M., Sillanpää, M., Rautava, P., Pediatrics, H. H.- & 2000, Pain experience of children with headache and their families: a controlled study. *Am Acad Pediatrics* (2000) doi:10.1542/peds.106.2.270.
64. Okudan, Z. V. Juvenil miyoklonik epilepsi ve migren komorbiditesinde klinik, genetik ve elektrofizyolojik özelliklerin değerlendirilmesi. (2020).
65. Savi, L., Buccheri, R. , Tambornini, A. , Martino De, R. , Albasi, C. ,Pinessi, L. Attachment styles and headache. *Journal of Headache and Pain* **6**, 254–257 (2005).
66. Tarantino, S. ,Ranieri De, C. , Dionisi, C. ,Gagliardi, V. ,Paniccia, F. M. ,Capuona, A. ,Role of the Attachment Style in Determining the Association Between Headache Features and Psychological Symptoms in Migraine Children and Adolescents. An Analytical Observational Case–Control Study. *Headache* **57**, 266–275 (2017).
67. Waters, W., Neurology, P. O., Psychiatry, N. & & 1971, undefined. Epidemiology of headache and migraine in women. *jnp.bmj.com* **34**, 148–153 (1971).
68. Welch, K., Darnley, D. & Simkins, R. t. The Role of Estrogen in Migraine: A Review and Hypothesis. *Cephalalgia* **4**, 227–236 (1984).
69. Neurology, B. S.- & 1971,The role of progesterone in menstrual migraine.
70. Breslau, N. & Davis, G. C. Migraine, Major Depression and Panic Disorder: A Prospective Epidemiologic Study of Young Adults. *Cephalalgia* **12**, 85–90 (1992).
71. Egger, H. L., Angold, A. & Costello, E. J. Headaches and psychopathology in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* **37**, 951–958 (1998).

72. Ayta, S., Uludüz, D., Tuğçe, O., Findik, P. & Özge, A. Quality of Life in Children and Adolescents With Primary Headache Disorders. *search.ebscohost.com* 33, 185–193 (2016).
73. Anttila, P., Sourander, A., Metsähonkala, L., Aromaa, M., Helenius, H., Helenius, H. Psychiatric symptoms in children with primary headache. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 43, 412–419 (2004).
74. Guidetti, V., Galli, F., Fabrizi, P., Giannantoni, A. S., Napoli, L., Bruni, O. Headache and psychiatric comorbidity: clinical aspects and outcome in an 8-year follow-up study. *Cephalalgia : an international journal of headache* 18, 455–462 (1998).
75. Powers, S. W., Patton, S. R., Hommel, K. A. & Hershey, A. D. Quality of life in childhood migraines: clinical impact and comparison to other chronic illnesses. *Pediatrics* 112, (2003).
76. Lewandowski, A. S. & Palermo, T. M. Parent-teen interactions as predictors of depressive symptoms in adolescents with headache. *Journal of clinical psychology in medical settings* 16, 331–338 (2009).
77. Mete, O., Toprak Çelenay, Ş., Çoban, Ö. & Karahan, N. Comparison of Pain Severity, Sleep Quality and Psychological Status in Patients with Migraine with and without Cutaneous Allodynia. *Anadolu Kliniği Tıp Bilimleri Dergisi* (2020) doi:10.21673/anadoluklin.644740.
78. Lipton, R. B., Bigal, M. , Ashina, S. , Burstein, R. , Silberstein, S. , Reed, M. Cutaneous allodynia in the migraine population. *Annals of Neurology* 63, 148–158 (2008).
79. Sessle, B., Hu, J., Amano, N., Pain, G. Z.- & 1986, Convergence of cutaneous, tooth pulp, visceral, neck and muscle afferents onto nociceptive and non-nociceptive neurones in trigeminal subnucleus caudalis.
80. Burstein, R., Cutrer, M., Brain, D. Y.- & 2000, undefined. The development of cutaneous allodynia during a migraine attack clinical evidence for the sequential

recruitment of spinal and supraspinal nociceptive neurons in.
academic.oup.com.

81. Bigal, M. E. & Lipton, R. B. Modifiable Risk Factors for Migraine Progression. *Headache: The Journal of Head and Face Pain* 46, 1334–1343 (2006).
82. Çelenay T.Ş. , Mete, O. ,Çoban, Ö. ,Karahan, N. Kutaneal Allodinisi Olan ve Olmayan Migren Hastalarında Ağrı Şiddeti, Uyku Kalitesi ve Psikolojik Durumun Karşılaştırılması. *dergipark.org.tr* 25, (2020).
83. Gürkaş, E., Karalkök, Z. S., Taşkın, B. D., Aydoğmuş, Ü., & Yılmaz, C. Çocukluk Çağı Migren ve Gerilim Tipi Baş Ağrılarının Klinik Özellikleri ve Eeg Bulguları. *Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi*, 11(3), 165-170. (2017).
84. Öztürk, M., Öngel, B., Öztürk, Y., Soy, D., Altunkaynak, Y., Sözmen, V., & Bayba, S. Migren ve Gerilim Tipi Baş ağrılarında Ağrı ve Sosyoekonomik özellikler. *Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 14, 48-52. . (2001).
85. Bruijn, J., Locher, H., Passchier, J., Dijkstra, N. & Arts, W. F. Psychopathology in Children and Adolescents With Migraine in Clinical Studies: A Systematic Review. *Pediatrics* 126, 323–332 (2010).
86. Machnes-Maayan, D., Elazar, M., Apter, A., A. Z.-P. & 2014, undefined. Screening for psychiatric comorbidity in children with recurrent headache or recurrent abdominal pain.
87. Erdin S, Yücel A: Ağrı nörofizyolojisi. Ağrı serisi. Hekimler Yayın Birliği, s.15-24, 1995.
88. Fragoso, Y. D., Carvalho, R. Crying as a precipitating factor for migraine and tension-type headache. *Sao Paulo Medical Journal*, 2003, 121: 31-33.
89. Yaman, M., Kemal Demirkiran, M. & Oruç, S. Migrende Basagrisini Tetikleyici ve Kötüleştirci Faktörler. *Düzce Tıp Fakültesi Dergisi* 3, 9–13 (2007).
90. Zivadinov, R., Willheim, K., Sepic-Grahovac, D., Jurjevic, A., Bucuk, M., Brnabic-Razmilic, O. Migraine and tension-type headache in Croatia: A

population-based survey of precipitating factors. *Cephalalgia* 23, 336–343 (2003).



SİMGELER ve KISALTMALAR

AD	: Anksiyete Duyarlılığı
ASL	: Allodini Soru Listesi
CGRP	: Kalsitonin Gen İlişkili Peptid
CSD	: Kortikal Depresyon Dalgası
ÇATÖ	: Çocukluk Çağı Anksiyete Tarama Ölçeği
ÇİDÖ	: Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği
DEHB	: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu
DSM	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder
EGTB	: Epizodik Gerilim Tipi Baş Ağrısı
fMRG	: Fonksiyonel Manyetik Rezonans
GTB	: Gerilim Tipi Baş Ağrısı
ICHD	: The International Classification of Headache Disorders
ICHD 1	: The International Classification of Headache Disorders 1 st Edition
ICHD 3 beta	: The International Classification of Headache Disorders 3 rd Edition Beta Version
IHS	: Uluslararası Baş Ağrısı Topluluğu
KGTB	: Kronik Gerilim Tipi Baş Ağrısı
KA	: Kutanöz Allodini
MÖ	: Milattan Önce
MS	: Milattan Sonra
MSS	: Merkezi Sinir Sistemi
NO	: Nitrik Oksit
TNC	: Trigeminal Nucleus Kaudalis
PET	: Pozityon Emisyon Tomografisi

5-HT : Serotonin



ŞEKİL ve RESİMLER

Sayfa No

Şekil-1: Cinsiyet Dağılımı

32



TABLÖLAR

	Sayfa No
Tablo:1 (Çocuk baş ağrısı prevalans çalışmaları)	14
Tablo 2: (Sosyodemografik Veriler)	30
Tablo 3: (Cinsiyet, Gelişim Dönemi)	31
Tablo 4: (Ailenin hayatta olma durumu ve ailede psikiyatrik hastalık varlığı)	33
Tablo 5: (Aile Özellikleri)	34
Tablo 6: (Doğum ve Doğum sonrası durum, Bakım veren kişiler)	35
Tablo 7: (Menarş varlığı, Psikiyatrik Eş tanı)	36
Tablo 8: (Nörolojik Alt Tanılar)	36
Tablo 9: (Psikiyatrik Komorbidite Durumu)	37
Tablo 10: (Ann Nörolojik Tanı ve Ağrı Sıklığına Göre Allodini Puanları)	37
Tablo 11: (Nörolojik tanıya göre ÇİDÖ ve ÇATÖ ortalama puanları)	38
Tablo 12: (: Ağrı başlangıç dönemine göre Allodini, ÇİDÖ ve ÇATÖ ortalama puanları)	39
Tablo 13: (Migren grubunda puberte başlangıcına göre Allodini, ÇİDÖ, ÇATÖ ortalama puanları)	40
Tablo 14: (Nörolojik tanıya göre ağrı özellikleri ve allodini puanları)	41
Tablo 15: (Nörolojik tanıya göre ağrı özellikleri değişimi ve ağrıya eşlik eden semptomlar)	42
Tablo 16: (Nörolojik tanıya göre baş ağrısına eşlik eden özellikler)	44
	78

Tablo 17: (Nörolojik tanıya göre hastaların baş ağrısını rahatlatmak için yaptığı davranışlar)	45
Tablo 18: (Nörolojik tanıya göre hastaların baş ağrısına eşlik eden diğer klinik durumlar)	46
Tablo 19: (Nörolojik tanıya göre hastaların baş ağrısını kötüleştiren durumlar)	47
Tablo 20: (Psikiyatrik tanı varlığına göre hastaların baş ağrısını rahatlatmak için yaptığı davranış ve tutumlar)	48
Tablo 21: (Psikiyatrik tanı varlığına göre hastaların baş ağrısına eşlik eden diğer klinik durumların değişimi)	49
Tablo 22: (Psikiyatrik tanı varlığına göre baş ağrısını kötüleştiren durumlar)	50
Tablo 23: (Ağrı sıklığına göre cinsiyet ve psikiyatrik tanı faktörü)	51

EK-1:Sosyodemografik form



T.C.
MERSİN ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi



ÇOCUK RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI A.D.
HASTA DEĞERLENDİRME FORMU

Hastanın adı soyadı:

Annenin yaşı:

Baba alkol kullanıyor mu?
Kullanıyorsa ne sıklıkta?

Başvuru şekli:
Mersin içi
Mersin dışı

Üvey anne:
1. Var
2. Yok

Ailenin durumu:
1. Anne baba birlikte
2. Boşanmış
3. Parçalanma

Gönderen:
1. Kendileri
2. Eğitim kuruluşu
3. Psikiyatris
4. Özel Dr.
5. Adli makam
6. Konsültasyon

Annede hastalık:
1. Geçici
2. Süreğen

Ailede ruhsal hastalıklar:

Yaş:

Annede Ruhsal Hastalık
1. Nöros
2. Psikoz
3. Bağımlılık
4. Zeka Geriliği
5. Kişilik Bozukluğu
6. Diğer

Anne baba arasında akrabalık:
1. Var
2. Yok

Kardeş sayısı:

Baba:
1. Var
2. Yok

1. Çekirdek aile
2. Geniş aile
3. Anne ile
4. Baba ile
5. Üvey anne ya da baba ile
6. Akraba ile
7. Korucu ile
8. Evlat edinilmiş
9. Kurumda (Anne baba ile görüşüyor)
10. Kurumda (Anne baba ile görüşmüyor)

Kaçıncı Çocuk:

Kendi cinsinden kardeşi:

Eğitimi:
1. Okula hiç gitmemiş
2. Anaokulu-Kreş
3. Özel Eğitim
4. Anasınıfı
5. Özel alt sınıf
6. İlk 1
7. İlk 2
8. İlk 3
9. İlk 4
10. İlk 5
11. İlkokul bitirmiş okumuyor
12. Orta 1
13. Orta 2
14. Orta 3
15. Lise 1

Baba eğitimi:
1. Yok
2. Okur-Yazar
3. İlkokul
4. Ortaokul
5. Lise
6. Y.O

Ailenin konut standardı:
1. Apartman dairesi
2. Müstakil ev
3. Gecekondu
4. Köy evi
5. Diğer

Anne:
1. Var

Baba işi:
1. Çalışmıyor
2. Düzensiz (Evde)
3. Düzensiz (Dışarıda)
4. İşçi
5. Memur
6. Serbest
7. Yönetici
8. Sağlık Mesubu
9. Emekli
10. Asker

Ayrı odası:
1. Var
2. Yok

2. Yok

Ayrı yatağı:
1. Var
2. Yok

Annenin eğitimi:

Baba yaşı:

Çocuğun doğumundan bu yana il dışı
yaşanan göç:
1. Var
2. Yok

1. Yok
2. Okur yazar
3. İlkokul
4. Ortaokul
5. Lise
6. Y.O

Üvey baba:
1. Var
2. Yok

Annenin Doğurduğu yaşı:

Annenin işi:
1. Ev Hanımı
2. Düzensiz (Evde)
3. Düzensiz (Dışarıda)
4. İşçi
5. Memur
6. Serbest
7. Yönetici
8. Sağlık memuru
9. Emekli

Babada hastalık:
1. Geçici
2. Süreğen

Kardeş ölümü:
1. Var
2. Yok

Babada ruhsal hastalık:
1. Nöros
2. Psikoz
3. Bağımlılık
4. Zeka geriliği
5. Kişilik bozukluğu
6. Diğer



T.C.
MERSİN ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi



ÇOCUK RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI A.D.
HASTA DEĞERLENDİRME FORMU

Düşük-Kürtaş:
1. Var
2. Yok

Gebeliğin seyri:
1. Normal
2. Düşük tehdidi
3. İlaç kullanımı
4. Sistemik hastalık
5. Dayak
6. TORCH
7. Anemi

Gebelikte doktor kontrolü:

1. Var
2. Yok

Doğum:
1. Evde
2. Hastanede

Doğum süresi:
1. Miadında
2. Erken doğum
3. Geç doğum

Doğum şekli:
1. Normal
2. Aletle
3. Sezeryan

Doğumda komplikasyon:
1. Ters geliş
2. Kordon dolanması
3. Anoksi
4. Uzanmış travay
5. Makonyum sapirasyonu

Bebeğin doğumundan sonraki ilk durumu:

1. Normal
2. Mor ve ağlıyor
3. Mor ve ağlamıyor
4. Küvezde bakım

İkiz ise:
1. Teki yaşıyor
2. Ölü

Beslenme (ilk 6 ay) :
1. Anne sütü
2. Mama
3. Birlikte
4. Diğer

Kundaklama:
1. Var
2. Yok

Varsa Süre:

Yürüme ayı (Desteksiz)
Konuşma ayı (Cümle kurma)
Tuvalet eğitimi (Gece-gündüz)

Bakan kişi:
1. Anne
2. Baba
3. Anneanne, babaanne
4. Bakıcı
5. Diğer

Anneden ayrılık(6 haftadan fazla)
1. Var
2. Yok

Ayrılık yaşı:

Geçirdiği önemli hastalık:
1. Var
2. Yok

Konvizisyon
1. Ateşli
2. Ateşsiz
3. Yok

Menarj:
1. Var
2. Yok

Sünnet:
1. Var
2. Yok

Çocuğunuzu döver misiniz?
1. Evet
2. Hayır

Ne sıklıkta?

Kim tarafından?

Ebeveyn dayak yiyor mu?
1. Evet
2. Hayır

Ne sıklıkta?

Kim tarafından?

Tanı:
1.
2.
3.

Belirti
1.
2.
3.

Organik:
1.
2.
3.

EK-2: Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği



T.C. MERSİN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
ARAŞTIRMA ve UYGULAMA HASTANESİ

ÇOCUK RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI A.D.
BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ



Son 15 gün için size en uygun ifadeyi (X) işaretli ile işaretleyiniz.

- PUAN
- A) 0 () Kendimi arada sırada üzgün hissederim
1 () Kendimi sık sık üzgün hissederim
2 () Kendimi her zaman üzgün hissederim
- B) 2 () İşlerim hiçbir zaman yolunda gitmeyecek
1 () İşlerimin yolunda gidip gitmeyeceğinden emin değilim
0 () İşlerim yolunda gidecek
- C) 0 () İşlerimin çoğunu doğru yaparım
1 () İşlerimin çoğunu yanlış yaparım
2 () Her şeyi yanlış yaparım
- D) 0 () Birçok şeyden hoşlanırım
1 () Bazı şeylerden hoşlanırım
2 () Hiçbir şeyden hoşlanmam
- E) 2 () Her zaman kötü bir çocuğum
1 () Çoğu zaman kötü bir çocuğum
0 () Arada sırada kötü bir çocuğum
- F) 0 () Arada sırada başıma kötü bir şeylerin geleceğini düşünürüm
1 () Sık sık başıma kötü şeylerin geleceğinden endişelenirim
2 () Başıma çok kötü şeyler geleceğinden eminim
- G) 2 () Kendimden nefret ederim
1 () Kendimi beğenmem
0 () Kendimi beğenirim
- H) 2 () Bütün kötü şeyler benim hatam
1 () Kötü şeylerin bazıları benim hatam
0 () Kötü şeyler genellikle benim hatam değil
- I) 0 () Kendimi öldürmeyi düşünmem
1 () Kendimi öldürmeyi düşünürüm ama yapmam
2 () Kendimi öldürmeyi düşünüyorum
- J) 2 () Her gün içimden ağlamak gelir
1 () Birçok günler içimden ağlamak gelir
0 () Arada sırada içimden ağlamak gelir
- K) 2 () Her şey her gün beni sıkır
1 () Her şey sık sık beni sıkır
0 () Her şey arada sırada beni sıkır
- L) 0 () İnsanlarla beraber olmaktan hoşlanırım
1 () Çoğu zaman insanlarla beraber olmaktan hoşlanmam
2 () Hiçbir zaman insanlarla beraber olmaktan hoşlanmam
- M) 2 () Herhangi bir şey hakkında karar veremem
1 () Herhangi bir şey hakkında karar vermek zor gelir
0 () Herhangi bir şey hakkında kolayca karar veririm.



T.C. MERSİN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
ARAŞTIRMA ve UYGULAMA HASTANESİ



ÇOCUK RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI A.D.
BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ

Son 15 gün için size en uygun ifadeyi (X) işareti ile işaretleyiniz.

- M) 0 ()Güzel/yakışıklı sayılırım
1 ()Güzel/yakışıklı olmayan yanlarım var
2 ()Çirkinim
- N) 2 ()Okul ödevimi yapmak için her zaman kendimi zorlarım
1 ()Okul ödevimi yapmak için çoğu zaman kendimi zorlarım
0 ()Okul ödevimi yapmak sorun değil
- O) 2 ()Her gece uyumakta güçlük çekerim
1 ()Bir çok gece uyumakta zorluk çekerim
0 ()Oldukça iyi uyurum
- O) 0 ()Arada sırada kendimi yorgun hissedirim
1 ()Birçok gün kendimi yorgun hissedirim
2 ()Her zaman kendimi yorgun hissedirim
- P) 2 ()Hemen hergün canım yemek yemek istemez
1 ()Çoğu gün canım yemek yemek istemez
0 ()İştahım oldukça iyi
- R) 0 ()Ağrı ve sızılardan endişe etmem
1 ()Çoğu zaman ağrı ve sızılardan endişe ederim
2 ()Her zaman ağrı ve sızılardan endişe ederim
- S) 0 ()Kendimi yalnız hissetmem
1 ()Çoğu zaman kendimi yalnız hissedirim
2 ()Her zaman kendimi yalnız hissedirim
- Ş) 2 ()Okuldan hiç hoşlanmam
1 ()Arada sırada okuldan hoşlanırım
0 ()Çoğu zaman okuldan hoşlanırım
- T) 0 ()Birçok arkadaşım var
1 ()Birçok arkadaşım var ama daha fazla olmasını isterdim
2 ()Hiç arkadaşım yok
- U) 0 ()Okul başıma iyi
1 ()Okul başıma eskisi gibi iyi değil
2 ()Eskiden iyi olduğum derslerde çok başımsızım
- V) 2 ()Kimse beni sevmez
1 ()Beni seven insanların olup olmadığından emin değilim
0 ()Beni seven insanların olduğundan eminim
- Y) 0 ()Bana söyleneni genellikle yaparım
1 ()Bana söyleneni çoğu zaman yaparım
2 ()Bana söyleneni hiçbir zaman yapmam
- Z) 0 ()İnsanlarla iyi geçinirim
1 ()İnsanlarla sık sık kavga ederim
2 ()İnsanlarla her zaman kavga ederim

EK-3: Allodini Kontrol Listesi**Table 6.** Allodynia symptom checklist Turkish version (ASC/T)

Soru: Yaşadığınız şiddetli baş ağrısı sırasında aşağıdakileri yaparken cildinizde ne sıklıkta artan bir ağrı veya rahatsızlık hissi yaşıyorsunuz?	Benim için geçerli değil	Hiçbir zaman	Nadiren	Yarısından azında	Yarısı veya yarısından daha sık
Saçınızı tararken	☐	☐	☐	☐	☐
Saçınızı toplarken (örneğin at kuyruğu yaparken)	☐	☐	☐	☐	☐
Yüzünüzü tıraş ederken	☐	☐	☐	☐	☐
Gözlük takarken	☐	☐	☐	☐	☐
Lens takarken	☐	☐	☐	☐	☐
Küpe takarken	☐	☐	☐	☐	☐
Kolye takarken	☐	☐	☐	☐	☐
Dar kıyafet giyerken	☐	☐	☐	☐	☐
Duş alırken/banyo yaparken (su yüzünüze çarptığında)	☐	☐	☐	☐	☐
Yüzünüzü veya kafanızı yastığa koyduğunuzda	☐	☐	☐	☐	☐
Isıya maruz kaldığınızda (örneğin yemek yaparken, sıcak su ile yüzünüzü yıkarken)	☐	☐	☐	☐	☐
Soğuğa maruz kaldığınızda (örneğin buz kıracağı kullanırken, soğuk su ile yüzünüzü yıkarken)	☐	☐	☐	☐	☐

EK-4: Çocukluk Çağı Kaygı Bozuklukları Öz Bildirim Ölçeği

	0 Doğru değil ya da nadiren doğru	1 Bazen ya da kısmen doğru	2 Çok doğru ya da çoğu kez doğru
1. Korktuğum zaman nefes almakta zorlanırım.	☐	☐	☐
2. Okulda başım ağrır.	☐	☐	☐
3. Fazla tanımadığım insanlarla birlikte olmaktan hoşlanmam.	☐	☐	☐
4. Ev dışında bir yerde uyuduğumda korkarım.	☐	☐	☐
5. Diğer insanların beni sevip sevmediğinden endişe (kaygı) duyarım.	☐	☐	☐
6. Korktuğumda bayılacak gibi hissederim.	☐	☐	☐
7. Gerginim (huzursuzum) .	☐	☐	☐
8. Annem ya da babamı nereye gitseler izlerim.	☐	☐	☐
9. İnsanlar gergin (huzursuz) görüldüğümü söyler.	☐	☐	☐
10. Fazla tanımadığım insanlarla birlikteyken kendimi gergin (huzursuz) hissederim.	☐	☐	☐
11. Okulda iken karnım ağrır.	☐	☐	☐
12. Korktuğumda delirecekmiş gibi hissederim.	☐	☐	☐
13. Yalnız uyumaktan korkarım.	☐	☐	☐

14. Diğer çocuklar kadar iyi olup olmadığım beni endişelendirir (kaygılandırır).	☐	☐	☐
15. Korktuğumda çevremdekileri gerçek değilmiş gibi hissederim.	☐	☐	☐
16. Anneme ve babama kötü şeylerin olduğu kabuslar görürüm.	☐	☐	☐
17. Okula gitmek konusunda endişelenirim (kaygılanırım).	☐	☐	☐
18. Korktuğumda kalbim hızlı çarpar.	☐	☐	☐
19. Titremelerim olur.	☐	☐	☐
20. Başıma kötü şeylerin geldiği kabuslar görürüm.	☐	☐	☐
21. İşlerin benim için yolunda gidip gitmeyeceği konusunda endişe (kaygı) duyarım.	☐	☐	☐
22. Korktuğumda çok terlerim.	☐	☐	☐
23. Endişeli (kaygılı) biriyim.	☐	☐	☐
24. Hiç bir nedeni olmayan (sebepsiz) korkularım var.	☐	☐	☐
25. Evde yalnız kalmaktan korkarım.	☐	☐	☐
26. Fazla tanımadığım insanlarla konuşmakta zorlanırım.	☐	☐	☐
27. Korktuğum zaman boğulacakmış gibi hissederim.	☐	☐	☐
28. İnsanlar çok fazla endişelendiğimi (kaygılandığımı) söyler.	☐	☐	☐
29. Ailemden uzakta olmaktan hoşlanmam.	☐	☐	☐
30. Sıkıntı (ya da panik) atakları geçireceğimden korkarım.	☐	☐	☐
31. Annemin ve babamın başına kötü bir şeyler gelmesinden korkarım.	☐	☐	☐
32. Fazla tanımadığım insanlarla birlikteyken çekingen (utangaç) olurum.	☐	☐	☐

33. Gelecekte neler olacağı konusunda endişelenirim (kaygılanırım).	☐	☐	☐
34. Korktuğumda kusacakmış gibi hissederim.	☐	☐	☐
35. İşleri ne kadar iyi yaptığım konusunda endişelenirim (kaygılanırım).	☐	☐	☐
36. Okula gitmekten korkarım.	☐	☐	☐
37. Olmuş bitmiş şeyler için endişelenirim (kaygılanırım).	☐	☐	☐
38. Korktuğumda başım döner.	☐	☐	☐
39. Diğer çocuklarla veya yetişkinlerle beraberken ve onlar beni izlerken bir şeyler yapmam gerektiğinde (örneğin: sesli okumak, konuşmak, bir oyun oynamak) gergin (huzursuz) olurum.	☐	☐	☐
40. Bir partiye, eğlenceye (dansa) ya da fazla tanımadığım insanların olacağı herhangi bir yere gideceğim zaman gergin (huzursuz) olurum.	☐	☐	☐
41. Çekingen (utangaç) biriyim.	☐	☐	☐

EK 5: Baş Ağrısı Anket Formu

BAŞAĞRISI ANKET FORMU

AD SOYAD:			Yaş:
Cinsiyet:			Tel:
Boy:	Kilo:	BMI:	Eğitim süresi (yıl):
Ne kadar zamandır başınız ağrıyor?			Geçen ay kaç kez baş ağrınız oldu?
..... ay			 kez
Baş ağrılarınız ne kadar sürüyor?			Baş ağrılarınız hangisine benziyor?
..... saat veya dakika			1) Zonklıyor (güm güm vuruyormuş gibi)
			2) Bıçak saplanıyor-şimşek çakar gibi
			3) Sıkıştırıyormuş gibi/basınç oluyor gibi
			4) Ağırılık var gibi
			5) gibi
Aşağıdaki cetvelde "0" hiç baş ağrısı olmamasını, "10" ise dayanılmayacak şiddetteki baş ağrısını ifade etmektedir. Bu durumda sizin baş ağrınızın şiddeti <u>genellikle</u> hangi noktaya uymaktadır?			
Baş ağrınız genellikle başınızın neresinde olur? (İşaretleyiniz)		Baş ağrınız olduğunda beraberinde hangileri olur? (Birden fazla işaretleyebilirsiniz)	
Sol taraf	Sağ taraf	☐ Bulantı ☐ Kusma ☐ Işıktan rahatsızlık-parlak ışığa duyarlılık ☐ Ses ve gürültüden rahatsızlık ☐ Kokulardan rahatsızlık ☐ Baş dönmesi ☐ Sersemlik hissi	
Ağrı öncesi ya da ağrı sırasında başka bir yakınmanız olur mu? (Birden fazla işaretleyebilirsiniz)		Baş ağrınızı geçirmek için ne yaparsınız? (Birden fazla işaretleyebilirsiniz)	
☐ Gözüm yaşarıyor ☐ Bulanık görüyorum ☐ Gözüm kızarıyor ☐ Gördüğüm şeylerin üzerinde ışık çakıyor ☐ Yüzüm kızarıyor ☐ Kolumu-bacağımı hareket ettiremiyorum ☐ Burnum akıyor ☐ Burnum tıkanıyor		☐ Yatıyorum ☐ Yemek yiyorum ☐ Ağrı kesici içiyorum ☐ Kusuyorum ☐ Masaj yaptırıyorum ☐ Diğer	

Bu form Prof. Dr. Aynur Özge tarafından hazırlanmıştır. Kısmi validasyonu yapılmıştır. Ozge A, Bugdaycı R, Şaşmaz T, Kaleağası H, Kurt O, Karakelle A, Tezcan H, Siva A. The sensitivity and specificity of the case definition criteria in diagnosis of headache: a school-based epidemiological study of 5562 children in Mersin. Cephalalgia. 2003 Mar;23(2):138-45.

Son 1 ayda başağrısı için kaç adet ağrı kesici içtiniz?

..... tablet

En sık kullandığınız 3 ağrı kesicinin ismini yazarmısınız?

.....

Aşağıdaki sorunlardan sizde var olanları işaretlemisiniz? (birden fazla işaretleyebilirsiniz)

- ☐ Bahar nezlesi (ilkbaharda sık hapşırma)
- ☐ Sürekli göz yaşarması (göz nezlesi)
- ☐ Astım
- ☐ Taşıt tutması/lunaparka oyuncaklara binememek
- ☐ Ateşli havale veya sara hastalığı
- ☐ Dikkat eksikliği ve hiperaktivite
- ☐ Uyurgezerlik
- ☐ Gece uykuda çok hareket etmek, kalkıp yürüyünce rahatlamak
- ☐ Sık kabızlık ve ishal atakları yaşamak

Aşağıdakilerden hangileri sizde başağrısı yapar veya var olan başağrısını kötüleştirir? ((birden fazla işaretleyebilirsiniz)

- ☐ Yazılı veya sözlü sınav günleri
- ☐ Uzun süre ders çalışmak, okumak
- ☐ Uzun süre televizyon izlemek
- ☐ Uzun süre bilgisayar /Ipad veya Playstation oynamak
- ☐ Spor yapma, yorgunluk
- ☐ Açlık/oruç tutmak
- ☐ Uykusuzluk/ çok uyumak
- ☐ Çok güneşte kalmak
- ☐ Çok soğuk hava
- ☐ Stresli olmak

Ailende senin gibi başağrısı olan kimler var? (birden fazla işaretleyebilirsiniz)

- ☐ Annem
- ☐ Babam
- ☐ Kız kardeşim
- ☐ Erkek kardeşim
- ☐ Dayım
- ☐ Teyzem
- ☐ Amcam
- ☐ Halam
- ☐ Nenem
- ☐ Dedem
- ☐ Kuzenlerim

TANI:

1. MİGREN
 - ☐ Auralı migren
 - ☐ Aurasız migren
 - ☐ Kronik migren
2. GERİLİM TİPİ BAŞAĞRISI
 - ☐ Seyrek Epizodik GTB
 - ☐ Sık Epizodik GTB
 - ☐ Kronik Epizodik GTB
3. DİĞER

.....

Baş ağrınızı bize daha iyi anlatmak için buraya veya kâğıdın arkasına bir resim çizer misin?

Bu form Prof. Dr. Aynur Özge tarafından hazırlanmıştır. Kısmi validasyonu yapılmıştır. Ozge A, Bugdaycı R, Saşmaz T, Kaleağası H, Kurt O, Karakelle A, Tezcan H, Siva A. The sensitivity and specificity of the case definition criteria in diagnosis of headache: a school-based epidemiological study of 5562 children in Mersin. Cephalalgia. 2003 Mar;23(2):138-45.