



T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

**ÇOCUKLUK ÇAĞINDA PSİKİYATRİK BELİRTİLER VE BAŞ
AĞRISI İLİŞKİSİ**

Dr. Arzu YAVUZ

UZMANLIK TEZİ
Olarak Hazırlanmıştır.

ANKARA

2022



T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

**ÇOCUKLUK ÇAĞINDA PSİKİYATRİK BELİRTİLER VE BAŞ
AĞRISI İLİŞKİSİ**

Dr. Arzu YAVUZ

UZMANLIK TEZİ
Olarak Hazırlanmıştır.

TEZ DANIŞMANI
Dr. Öğr. Üyesi Burcu ERSÖZ ALAN

ANKARA

2022

TEŞEKKÜR

Çocuk psikiyatrisi eğitimime başladığım ilk günden itibaren tecrübeleri ile yolumu aydınlatan, tez sürecimde bilgi ve tecrübelerine zorlanmadan ulaşabildiğim, bu süreci sabır ve anlayışla yürüten değerli danışman hocalarıma; tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Burcu Ersöz Alan ve tez sürecimin başında uzun bir süre danışmanlığımı yürüten Doç. Dr. Tuna Çak Esen'e şükranlarımı sunarım.

Uzmanlık eğitimim süresince bilgi ve deneyimlerini ilgi ve anlayışla paylaşarak yetişmemizi sağlayan, her konuda desteklerini esirgemeyen saygıdeğer hocalarım Prof. Dr. Füsün Çetin Çuhadaroğlu, Prof. Dr. Fatih Ünal, Prof. Dr. S. Ebru Çengel Kültür, Prof. Dr. Devrim Akdemir, Prof. Dr. Dilşad Foto Özdemir, Doç. Dr. Dilek Ünal' a, mesleki deneyimlerinden sıkça faydalandığım Uzm. Dr. Kevser Nalbant, Uzm. Dr. Cihan Aslan ve Uzm. Psikolog H. Şeniz Özusta' ya teşekkürlerimi sunarım.

Asistanlık eğitimimdeki katkısının yanı sıra tez sürecimde değerli zamanını ayırarak desteğini her zaman hissettiren saygıdeğer hocam Doç. Dr. Ş. Gülin Evinç' e teşekkürü borç bilirim.

Beraber çalışmaktan mutluluk duyduğum tüm asistan arkadaşlarıma, uzmanlık eğitimine birlikte başladığımız ve meslektaş olmanın yanında dostlukları ile birlikte geçirdiğimiz zamanları güzelleştiren arkadaşlarım Dr. Ruken Demirkol Tunca, Dr. Ezgi Öztürk ve Dr. Ayşenur Dursun'a ve tez sürecimde bilgi paylaşımı ile yardımını esirgemeyen asistan arkadaşım Dr. Yusuf Selman Çelik' e teşekkür ederim.

En iyi ve en kötü zamanlarımda, yakınlıklarına ihtiyaç duyduğum her zaman yanımda bulduğum, hayattaki en değerli varlıklarım olan annem Huriye Yavuz'a, babam Nihat Yavuz'a ve ablam Merve Demirtaş'a sonsuz teşekkür ederim.

ÖZET

Yavuz, A. Çocukluk Çağında Psikiyatrik Belirtiler ve Baş Ağrısı İlişkisi, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Tezi, Ankara, 2022. Bu çalışma çocuk ve ergen ruh sağlığı polikliniğine başvuran 8-16 yaş aralığındaki çocuk ve ergenlerin, yaş ve cinsiyet açısından eşleştirilmiş kendi sosyal çevrelerindeki psikiyatrik yakınması olmayan akranlarıyla baş ağrısı ve psikiyatrik belirtiler açısından karşılaştırıldığı kesitsel bir vaka kontrol çalışmasıdır. Araştırma grubuna 8-16 yaş arasında, ilk kez polikliniğe başvuran, daha önce baş ağrısı şikayeti ile tıbbi yardım arayışı olmamış ve son 3 aydır psikotrop ilaç kullanmamış 102 çocuk ve ergen (31 (%30.4) kız) alınmıştır. Kontrol grubuna ise araştırma grubuna alınan çocuk ve ergenlerin yakın çevresinde benzer yaş ve cinsiyette olan, daha önce psikiyatrik ve baş ağrısı yakınması olmamış 100 çocuk ve ergen (37 (%46.5) kız) alınmıştır. Çocuk ve ergenlerden Baş Ağrısı Nedeniyle Ergenlerin Yaşadığı Sıkıntılar (HARDSHIP) Anketi, Çocuklar için Depresyon Ölçeği (ÇDÖ), Çocuklar için Durumluk ve Kaygı Envanteri (ÇDKE-ÇSKE), Çocuklar İçin Uyku Kalitesi Ölçeği ve Uyku Değişkenleri Anketi(ÇUK-UD) ölçeklerini doldurmaları istenmiştir. Ebeveynlerden sosyodemografik bilgi formu, Yenilenmiş Conners Anababa Derecelendirme Ölçeği KısaTürkçe Formu (Y-CAD-K), Güçler ve Güçlükler Anketi (GGA) veÇocuklar İçinUyku Bozuklukları Ölçeği'ni (ÇUBÖ) doldurmaları istenmiştir. Araştırma grubunda hem tek ebeveyn hem de geniş aile yapısı, anne ve babalarda kronik hastalık tanısı, babalarda baş ağrısı bozukluğu tanısı ve olumsuz yaşam olayı daha fazla saptanmıştır. Araştırma grubunun HARDSHIP'de'geçen yıl içerisinde baş ağrısı olma durumunu' daha fazla bildirdikleri ve yaşam kalitesine dair soruları daha fazla olumsuz yanıtladıkları gözlenmiştir. Ayrıca araştırma grubunda ÇDÖ, ÇDKE, ÇSKE, Y-CAD-K, GGA, ÇUBÖ, ÇUK-UD puanlarının kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır. Araştırma grubu içerisinde geçen yıl baş ağrısı olanların olmayanlara göre daha yüksek ÇDÖ, ÇDKE ve ÇSKE puanlarına sahip olduğu gözlenmişken; GGA, Y-CAD-K, ÇUBÖ ve ÇUK-UD puanları açısından gruplar arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Örneklemde son 1 hafta içinde baş ağrısı olan gün sayısı ile ÇDÖ, ÇDKE, ÇSKE, GGA – Aşırı hareketlilik, Duygusal sorunlar, Akran sorunları, Toplam puan, ÇUBÖ -

uykuyu başlatma ve sürdürme sorunları, uykuda solunum sorunları aşırı uykululuk sorunları ve ÇUK-UD - uyku kalitesi puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmışken Y-CAD-K puanları arasında bir ilişki saptanmamıştır. Sonuç olarak psikiyatrik yakınması ve baş ağrısı yakınması olan çocuk ve ergenlerde daha yüksek oranlarda depresyon, durumluk ve sürekli kaygı belirtileri olduğu saptanmıştır. Psikiyatrik yakınması olan çocuk ve ergenlerde son bir haftada baş ağrısı olan gün sayısı arttıkça hem depresyon ve kaygı belirtileri hem de uyku sorunları artmıştır. Psikiyatrik yakınması olan çocuk ve ergenlerde baş ağrısı içe yönelim belirtileri ile ilişkili bulunurken dışa yönelim belirtileri ile ilişkili bulunmamıştır. Gelecekte yapılacak çalışmalarda baş ağrılarının tipi ile psikiyatrik belirtilerin tanısal olarak belirlenmesi tekrarlanması daha genellenebilir ve tutarlı sonuçlar elde edilmesini sağlayacaktır.

Anahtar sözcükler: Baş ağrısı, depresyon, anksiyete, uyku sorunları, içe yönelim belirtileri.

ABSTRACT

Yavuz, A. The Relationship Between Psychiatric Symptoms and Headache in Childhood, Hacettepe University Faculty of Medicine, Thesis in Child and Adolescent Psychiatry, Ankara, 2022. This is a cross-sectional case-control study in which children and adolescents between the ages of 8 and 16 who applied to the child and adolescent mental health outpatient clinic were compared with their peers in their social environment, matched for age and gender, in terms of headache and psychiatric symptoms. 102 children and adolescents (31 (30.4%) girls) aged 8-16 years, who applied to the outpatient clinic for the first time, had not sought medical help with headache complaints, and had not used psychotropic drugs for the last 3 months, were included in the study group. In the control group, 100 children and adolescents (37 (46.5%) girls) of similar age and gender in the immediate environment of the children and adolescents included in the study group with no previous psychiatric or headache complaints were included. Children and adolescents filled in Headache-Attributed Restriction, Disability, Social Handicap & Impaired Participation (HARDSHIP) Questionnaire, Children's Depression Scale (CDS), Children's State and Anxiety Inventory (CLE-MLS), Children's Sleep Quality Scale, and Sleep Variables Questionnaire (CDU-UD) scales. Parents were asked to fill out a sociodemographic information form, the Revised Conners Parent Rating Scale Short Turkish Form (R-CPRS-S), the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ), and the Children's Sleep Disorders Questionnaire (CSDQ). In the study group, both single-parent and extended family structure were more common, mothers and fathers had more chronic diseases, fathers had more headaches and more negative life events were reported. Also in the study group, more headaches in the past year, which is one of the screening questions in the HARDSHIP questionnaire, and more negativity in questions about the quality of life was reported. All scores of CDI, SAIC, TAIC, CPTR-RS, SDQ, SDSC, and SQS-SVQ were significantly higher in the study group. In the study group higher CDI, SAIC, and TAIC scores were found in those who had headache in the last year from those who had not. Besides there were no significant differences between them in terms of CPTR-RS, SDQ, SDSC, and SQS-SVQ scores. A positive significant correlation was found between the number of days with

headaches in the last week and CDI, SAIC, TAIC, Hyperactivity, Emotional problems, Peer problems, Total score for SDQ, problems in initiating and maintaining sleep, breathing problems during sleep, excessive sleepiness problems of SDSC, and SQS-SVQ-sleep quality scores in the study group. This correlation was not found between the number of days with headaches in the last 4 weeks and CPTR-RS scores. As a result, children and adolescents with psychiatric complaints and headaches had higher rates of depression, state, and trait anxiety symptoms. In children and adolescents with psychiatric complaints, when the number of days with headaches increased in the last week, depression and anxiety symptoms with sleep problems also increased. While headache was associated with internalizing symptoms in children and adolescents with psychiatric complaints, it was not associated with externalizing symptoms. Studies on relationship between diagnosis of headache and psychiatric disorders will provide more consistent and generalizable results.

Key words: Headache, depression, anxiety, sleep problems, internalizing symptoms

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	i
ÖZET	ii
ABSTRACT	iv
İÇİNDEKİLER	vi
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	ix
TABLolar DİZİNİ	x
1. GİRİŞ	1
1.1. Konunun Önemi.....	1
1.2. Çalışmanın Önemi	1
1.3. Çalışmanın Amacı.....	2
1.4. Hipotezler.....	2
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Baş Ağrısı	3
2.1.1. Tanım	3
2.1.2. Epidemiyoloji.....	3
2.1.3. Sınıflandırma	4
2.1.4. Primer Baş Ağrıları	6
2.1.4.1. Migren	7
2.1.4.2. Gerilim Tipi Baş Ağrısı.....	9
2.1.4.3. Küme Baş Ağrısı ve Diğer Trigeminal Otonomik Baş Ağrıları	10
2.2. Psikiyatrik Bozukluklar ve Baş Ağrısı İlişkisi.....	11
2.2.1. Anksiyete Bozuklukları	13
2.2.2. Depresif Bozukluklar	17
2.2.3. Çocuk ve Ergenlerde Anksiyete Bozuklukları, Depresif Bozukluklar ve Baş Ağrısı İlişkisi	20
2.2.4. Somatoform Bozukluklar.....	21

2.2.5. Çocuk ve Ergenlerde Somatoform Bozukluklar ve Baş Ağrısı İlişkisi.....	22
2.3.6. Nörogelişimsel Bozukluklar	23
2.2.7. Çocuk ve Ergenlerde Nörogelişimsel Bozukluklar ve Baş Ağrısı İlişkisi.....	26
3. YÖNTEM VE GEREÇLER.....	27
3.1. Araştırmanın Örneklemi	27
3.2. Araştırmanın Deseni	27
3.3. Örneklem	27
3.3.1. Araştırma Grubu	27
3.3.2. Kontrol Grubu.....	28
3.4. Uygulama.....	29
3.5. Etik Konular.....	29
3.6. Veri Toplama Araçları	30
3.6.1. Sosyodemografik Veri Formu	30
3.6.2. HARSHIP (Headache-Attributed Restriction, Disability, Social Handicap and Impaired Participation) Anketi	30
3.6.3. Çocuklar için Depresyon Ölçeği (ÇDÖ).....	31
3.6.4. Çocuklar İçin Durumluk- Sürekli Kaygı Envanteri (ÇDKE – ÇSKE).....	31
3.6.5. Yenilenmiş Conners Ana-baba Derecelendirme Ölçeği Türkçe Kısa Formu(Y-CAD-K).....	31
3.6.6. Güçler ve Güçlükler Anketi (GGA).....	32
3.6.7. Çocuklar İçin Uyku Bozuklukları Ölçeği (ÇUBÖ)	32
3.6.8. Çocuklar İçin Uyku Kalitesi Ölçeği ve Uyku Değişkenleri Anketi (ÇUK-UD)	33
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi ve İstatistik Analizler.....	33
4. BULGULAR	34
4.1. Sosyodemografik Özellikler	34
4.2. Gruplar Arasında HARSHIP Anketi Karşılaştırılması	38
4.3. Gruplar Arasında Psikiyatrik Ölçek Karşılaştırılması	43

4.4. Araştırma Grubunda Baş Ağrısı Olan ve Olmayan Gruplar Arasında Psikiyatrik Belirtilerin Karşılaştırmaları.....	46
5. TARTIŞMA	49
5.1. Sosyodemografik Özellikler	49
5.2. Gruplar Arasında HARSHIP Anketi Karşılaştırmaları.....	51
5.3. Gruplar Arasında Psikiyatrik Ölçek Karşılaştırmaları.....	53
5.4. Araştırma Grubunda Baş Ağrısı Olan ve Olmayan Gruplar Arasında Psikiyatrik Belirtilerin Karşılaştırmaları.....	53
5.5. Çalışmanın Kısıtlılıkları ve Güçlü Yanları	55
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER.....	57
7. KAYNAKLAR.....	59
8. EKLER.....	81
Ek-1: Sosyodemografik Bilgi Formu	81
Ek-2: Baş Ağrısı Sebebiyle Ergenlerin Yaşadıkları Sıkıntılar Anketi	85
Ek-3: Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği	92
Ek-4: Çocuk Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri	95
Ek-5: Yenilenmiş Conners Anababa Derecelendirme Ölçeği Kısa Türkçe Formu	97
Ek-6: Güçler ve Güçlükler Anketi.....	98
Ek-7: Çocuklar İçin Uyku Bozuklukları Ölçeği.....	99
Ek-8: Uyku Kalitesi Ölçeği ve Uyku Değişkenleri Anketi	100

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

AAB	Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu
APA	Amerikan Psikiyatri Birliği
ÇDKE-ÇSKE	Çocuklar İçin Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri
ÇDÖ	Çocukluklar İçin Depresyon Ölçeği
ÇUBÖ	Çocuklar İçin Uyku Bozuklukları Ölçeği
ÇUK-UD	Çocuklar İçin Uyku Kalitesi Ölçeği ve Uyku Değişkenleri Anketi
DEHB	Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu
DSM	Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
GGA	Güçler ve Güçlükler Anketi
HARDSHIP	Headache-Attributed Restriction, Disability, Social Handicap and Impaired Participation
IASP	Uluslararası Ağrı Araştırmaları Birliği
ICD	Uluslararası Hastalık Sınıflandırması
ICHD	Baş Ağrısı Bozukluklarının Uluslararası Sınıflaması
IHS	Dünya Baş Ağrısı Cemiyeti
KOKGB	Karşı Olma Karşı Gelme Bozukluğu
K-SADS-PL	Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli
MDB	Major Depresif Bozukluk
OSB	Otizm Spektrum Bozukluğu
SAB	Sosyal Anksiyete Bozukluğu
SPSS	Statistical Program for Social Sciences (Sosyal Bilimler İçin İstatistikPaket Programı)
SS	Standart Sapma
YAB	Yaygın Anksiyete Bozukluğu
YDDB	Yıkıcı Duygudurumu Düzenleyememe Bozukluğu
Y-CAD-K	Yenilenmiş Connors Anababa Derecelendirme Ölçeği Kısa Türkçe Formu

TABLOLAR DİZİNİ

	Sayfa
Tablo 2.1. Uluslararası Baş Ağrısı Topluluğu'nun ICHD-3 sınıflandırmasındaki ana başlıklar [12].....	5
Tablo 2.2. Primer Baş Ağrıları Sınıflaması [43]	6
Tablo 4.1. Araştırma ve kontrol gruplarında genel özellikler-nicel değişkenler	34
Tablo 4.2. Araştırma ve kontrol gruplarında genel özellikler – kategorik değişkenler	35
Tablo 4.3. Araştırma ve kontrol grupları ailelerinde sağlık durumu ve baş ağrısı ile ilgili özellikler	36
Tablo 4.4. Araştırma ve kontrol gruplarında ebeveynin bildirdiği olumsuz yaşam olayı öyküsü varlığı	37
Tablo 4.5. Araştırma Ve Kontrol Gruplarında HARDSHIP Anketi Temel Tarama Ve Teşhis Soruları Yanıtlarının Dağılımı	39
Tablo 4.6. Araştırma Ve Kontrol Gruplarında HARDSHIP Anketi baş ağrısının Son Dönemde Yaşama Etkisi Sorularına Verilen Yanıtlarının Dağılımı	40
Tablo 4.7. Araştırma Ve Kontrol Gruplarında HARDSHIP Anketi baş ağrısının Geçmiş 4 Haftada Yaşama Genel Etkisi Sorularına Verilen Yanıtlarının Dağılımı	41
Tablo 4.8. Araştırma Ve Kontrol Gruplarında HARDSHIP Anketi Yaşam Kalitesine Dair Sorulara Verilen Yanıtlarının Dağılımı	39
Tablo 4.9. Araştırma ve Kontrol Gruplarında Çocuklar için Depresyon Ölçeği, Çocuklar için Durumluk – Sürekli Kaygı Envanteri, Yenilenmiş Connors AnababaDerecelendirme Ölçeği Kısa Türkçe Formu ve Güçler ve Güçlükler Anketi Puanları	40
Tablo 4.10. Araştırma ve Kontrol Gruplarında Çocuklar İçin Uyku Bozuklukları Ölçeği ve Çocuklar İçin Uyku Kalitesi Ölçeği Puanları	46

Tablo 4.11. Araştırma Ve Kontrol Gruplarında Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği, Çocuklar İçin Durumluk – Sürekli Kaygı Envanteri, Yenilenmiş Conners Anababa Derecelendirme Ölçeği Kısa Türkçe Formu, Güçler Ve Güçlükler Anketi, Çocuklar İçin Uyku Bozuklukları Ölçeği Ve Çocuklar İçin Uyku Kalitesi Ölçeği Puanlarının Cinsiyet Ve Yaş Değişkeni Kontrol Altında Gruplar Açısından İncelenmesi.....	46
Tablo 4.12. Araştırma Grubunda Baş Ağrısı Olan Ve Olmayanların Ölçekler Açısından Karşılaştırılması	47
Tablo 4.13. Son 1 Hafta İçinde Baş Ağrısının Olduğu Gün Sayısı İle Ölçeklerin Korelasyon Analizleri	47

1. GİRİŞ

1.1. Konunun Önemi

Baş ağrısı çocukluk döneminde en sık görülen tıbbi durumlardan biridir; çocukların yaklaşık %75'i 15 yaşına kadar ciddi baş ağrısı deneyimlemektedir [1]. Alan yazında toplum ve klinik örneklemli birçok çalışmada çocuk ve ergenlerde baş ağrısı ve psikopatoloji arasındaki ilişkinin araştırıldığı, çalışmalarda baş ağrısının psikiyatrik anlamı, işlevi ve psikiyatrik belirtileri değerlendirmek için çeşitli ölçeklerin kullanıldığı görülmüştür. Çalışmalarda birincil baş ağrısı tanısı alan hastalarda psikiyatrik bozuklukların sık eşlik ettiği, kaygı düzeyinin ve depresif belirtilerin arttığı, benlik saygılarının azaldığı, yaşam kalitelerinin ve aile işlevlerinin bozulduğu gösterilmiştir [2-10]. Aynı zamanda duygudurum bozuklukları ve anksiyete bozukluklarında da organik bir nedene bağlı olmayan baş ağrısı, baş dönmesi, bulantı, karın ve sırt ağrısı gibi bedensel yakınmalara sık rastlanılır [11]. Geniş bir genom boyu ilişkilendirme çalışmasında migrenin psikiyatrik bozukluklarla genetik korelasyonunun diğer nörolojik hastalıklara göre daha yüksek olduğu gösterilmiş, ortak bir genetik zemin ya da yolak olabileceği öne sürülmüştür [12].

Çocuklarda psikiyatrik belirtiler ve psikiyatrik bozuklukların birincil baş ağrısının süregelenleşmesine yol açan önemli risk faktörü olduğu, tedaviye uyumu zorlaştırdığı, yaşam kalitesini kötüleştirdiği ve tedavi maliyetlerini arttırdığı bilinmektedir [2, 13, 14]. Ayrıca tekrarlayan baş ağrısı yakınmasının okula gidememe, ders başarısında düşme, akran ilişkisi geliştirmekte zorlanma, sosyal geri çekilme ve ebeveynin iş gücü kaybı gibi zorluklara neden olarak çocuk ya da ergenin hayatını olumsuz etkilediği ve yaşam kalitesini bozduğu bilinmektedir [2, 15, 16].

1.2. Çalışmanın Önemi

Çocuk ve ergenlerde baş ağrısının psikiyatrik bozukluklarla ilişkisi ve yaşam kalitesine etkisinin son dönem yazınında sıkça irdelendiği ancak bu konuda yapılmış büyük örneklemli çalışmaların çok az sayıda olduğu; Türkiye'de yapılan çalışmalara bakıldığında çoğunlukla primer baş ağrısı ile nöroloji kliniğinde takip edilen çocuk ve

ergen örnekleminde eşlik eden psikiyatrik belirti sıklıkları ve yaşam kalitesi bakıldığı görülmektedir. Alan yazını taramasında Türkiye’de çocuk ve ergen psikiyatri kliniğine başvuran hastalarda baş ağrısı ve eşlik eden belirtilere bakılan bir çalışmaya ise ulaşılammıştır. Bu çalışmada alan yazındaki çalışmaların tersi yönde psikiyatrik yakınmalarla çocuk ve ergen psikiyatri polikliniğine başvuran hastalarda baş ağrısı belirtilerinin incelenmesi ile yazına katkı sağlanmaktadır.

1.3. Çalışmanın Amacı

Bu çalışmada çocuk ve ergenlerde psikiyatrik belirtilerle baş ağrısı ilişkisinin doğası ve yaşam kalitesine etkisi araştırılacaktır. Herhangi bir psikiyatrik yakınma ile çocuk psikiyatrisi kliniğine başvuran çocuk ve ergenlerde primer başağrısı ile temel psikiyatrik belirti kümeleri olan depresif belirtiler, kaygı belirtileri, dışa vurum belirtileri, yaşam alışkanlıkları, olumsuz yaşam olayları ve uyku alışkanlıkları arasındaki ilişkinin belirlenmesi amaçlanmaktadır.

1.4. Hipotezler

1. Psikiyatrik yakınması olan çocuklarda baş ağrısı belirtileri ve primer baş ağrısı görülme sıklığı psikiyatrik yakınması olmayan çocuklara göre artmıştır.

2. Psikiyatrik belirti ile başvuran çocuklar içinde baş ağrısı olanlarda olmayanlara göre psikiyatrik belirti düzeyleri (depresyon, anksiyete, uyku sorunları, dikkat eksikliği ve hiperaktivite) daha fazladır.

3. Psikiyatrik yakınması olan çocuklarda primer baş ağrısı daha sıklıkla içe yönelim belirtileri (depresyon ve anksiyete) ile ilişkilidir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Baş Ağrısı

2.1.1. Tanım

Ağrı, Uluslararası Ağrı Araştırmaları Birliği (IASP) tarafından “Mevcut veya potansiyel doku hasarı ile ilişkili hoş olmayan duygusal ve emosyonel deneyim” şeklinde tanımlanır. Ağrı temelde doku hasarı neticesinde oluşan bir durumdur. Fakat, fiziksel özelliklere ek olarak duygusal özellikler ve ağrıya ait geçmiş deneyimler ağrının algılanmasında önemlidir. Ağrının öznel bir bulgu olduğu söylenilebilir; yani bireysel ve çevresel birçok faktörden (yaş, cinsiyet, sosyokültürel düzey vb.) etkilenir. Ağrı, bireyin yaşamı boyunca belli zamanlarda deneyimlediği, günlük yaşam aktivitelerini engelleyen ve yaşam kalitesini düşüren soyut bir kavram olarak da tanımlanabilir [17]. Baş ağrısı ise kafa, kafatası, yüz ve yüzdeki yapılardan kaynaklanan ağrı ya da rahatsızlık olarak tanımlanır [18].

2.1.2. Epidemiyoloji

Baş ağrısı en sık görülen nörolojik belirtilerdendir ve çocuk ile ergenlerde ağrının en yaygın görülen biçimidir [19]. Bugüne kadar çocuklarda baş ağrısının epidemiyolojisini belirlemek için çok sayıda araştırma yapılmıştır [20]. Çocuk ve ergenlerde baş ağrısı insidans ve prevalansı yüksektir, bu yaygınlık bireyler ve toplumlar için yüksek maliyet ile ilişkilidir [21]. Okul çocuklarında rapor edilen baş ağrısı prevalansı kullanılan tanımlar ve dahil etme kriterlerine göre %5,9 ile %82 arasında değişmektedir [21-24]. Bu yaş grubunda baş ağrılarının büyük çoğunluğu birincildir ve *migrenya dâğırilim tipi baş ağrısı* olarak sınıflandırılır. Baş ağrısı prevalansı çocukluk dönemi boyunca yaşla birlikte artar, her iki cinsiyette 11-13 yaşları arasında en üst seviyeye ulaşır [25]. 3 yaşındaki çocukların %3-8’inde baş ağrısı bildirilmiştir [26, 27]. Bu oranlar 5 yaşında %19,5, 7 yaşında %37-51,5 olarak [28-32], 7-15 yaş arasında %26-82 olarak rapor edilmiştir [28, 31, 33]. Ergenliğe kadar cinsiyetler arasında baş ağrısının görülme sıklığı açısından fark yokken ergenlik ile birlikte kızlarda yaklaşık 2,5 kat fazla görülmektedir [34]. Baş ağrısı şikayeti olan

çocuklarda yaşam kalitesi puanları düşük, okul devamsızlığı fazladır [35]. Türkiye’de yapılan çalışmalardan elde edilen epidemiyolojik verilere bakıldığında İstanbul’da 10-17 yaşlarındaki 2504 çocukta yapılan epidemiyolojik bir araştırmada primer baş ağrısı prevalansı %15,1, migren prevalansı %9 olarak belirtilmiştir. Aynı çalışmada tekrarlayıcı primer baş ağrısı prevalansı 14 yaşından sonra anlamlı olarak artmaktadır [36]. Sivas’ta 1300 ilköğretim öğrencisinin dahil edildiği epidemiyolojik bir araştırmada primer baş ağrısı prevalansı %79,9, migren prevalansı %5,7 olarak belirlenmiş ve baş ağrısının cinsiyetler arasında görülme sıklığı açısından anlamlı fark bulunmamıştır [37].

2.1.3. Sınıflandırma

Baş ağrıları için ortak dil konuşma çabası ilk kez 1955’te Vahlquist tarafından migren tanı ölçütlerinin önerilmesi ile başlamıştır [38, 39]. 1962’de “National Institute of Health” çatısı altında toplanan “Ad-Hoc” komitesi, kısa sözlüksel tanımlama boyutunda baş ağrısı bozukluklarına ait bir sınıflama yayınlamıştır [38, 40]. Bu sınıflama pek çok subjektif yoruma müsait açıklamalar içerdiği için tartışılmıştır. Bu tartışmalar ışığında 1979’da Pinsky ve Sommer tarafından önerilen migren tanı ölçütleri yayınlanmıştır [38, 41]. 1982’de kurulan Dünya Baş Ağrısı Cemiyeti (IHS) çatısı altında kurulan sınıflama alt komitesi tarafından 1988’de yayınlanan Baş ağrısı Bozukluklarının Uluslararası Sınıflaması (ICHD-1) ise sonrasında yayınlanan eleştiriler ve önerilerle birlikte sınıflamaya ait ilk ciddi çalışma olmuştur [38, 42]. 2004 yılında yeni tanımlanmış baş ağrıları eklenerek ICHD-2 yayınlanmış ve 2013 yılında yayınlanan genişletilmiş ICHD-3 beta farklı bir sınıflama sistemi getirmiştir [43]. ICHD-3 erişkinler için geliştirilmiş bir sınıflama sistemi olmakla birlikte çocuk ve ergenler için de kullanılmaktadır [44]. Uluslararası Baş Ağrısı Derneği tarafından 2018’de güncellenen sınıflandırmada baş ağrıları birincil ve ikincil ağrılar olarak ayrılmaktadır [11, 12]. Uluslararası Baş Ağrısı Derneği’nin ICHD-3 sınıflandırmasındaki ana başlıklar Tablo 2.1’de verilmiştir. Öykü, fizik muayene ve gerektiğinde yapılan tetkiklerle sistemik bir hastalık, intrakraniyal vasküler ya da non-vasküler yapısal değişiklikler ya da travma gibi nedenlere bağlı olmadığı görülen ağrılar *birincil baş ağrıları* olarak sınıflandırılmaktadır [11, 12]. Böyle bir ayrımın, baş

ağrılarının özelliklerini belirlemenin ötesinde klinik pratik açısından çok büyük yararı vardır. Çünkü hastanın yakınmaları *primer baş ağrılarından* biri olarak düşünülürse baş ağrısının bizzat kendisinin bir hastalık olduğu ancak yaşamı tehdit etmediği, tanı için genellikle ileri incelemelerin gerekmediği ve çoğunlukla tedavi ve önerilerle kontrol altına alınabildiği olduğu anlaşılır. Ancak *sekonder baş ağrılarından* biri düşünülürse baş ağrısının altta yatan bir başka hastalığın belirtisi olduğu, yaşamı tehdit edebileceğinden ivedi davranılması gerektiği ve ileri incelemelerle bir an önce tanı konularak tedaviye geçilmesi gerektiği anlaşılır [45].

Tablo 2.1. Uluslararası Baş Ağrısı Topluluğu'nun ICHD-3 sınıflandırmasındaki ana başlıklar [12]

A. Primer baş ağrıları
1. Migren
2. Gerilim Tipi Baş ağrısı
3. Küme Baş Ağrısı ve Diğer Trigeminal Otonomik Baş Ağrıları
4. Diğer primer baş ağrısı sendromları
B. Sekonder baş ağrıları
5. Baş ve/veya boyun travmasına bağlı baş ağrısı
6. Kranial veya servikal damarsal bozukluklara bağlı baş ağrısı
7. Damarsal olmayan intrakraniyal bozukluklara bağlı baş ağrıları
8. Madde kullanımı veya kesilmesine bağlı baş ağrısı
9. Enfeksiyona bağlı baş ağrısı
10. Homeostaz bozukluğuna bağlı baş ağrısı
11. Kranium, boyun, gözler, kulaklar, burun, sinüsler, ağız ya da diğer yüz veya kranial yapıların bozukluklarına bağlı baş ağrısı ya da yüz ağrısı
12. Psikiyatrik bozukluklara bağlı baş ağrısı
C. Ağrılı kranial nöropatiler, diğer yüz ağrıları ve diğer baş ağrıları
13. Ağrılı kranial nöropatiler ve diğer yüz ağrıları
14. Diğer baş ağrısı bozuklukları (sınıflandırılmayan)

2.1.4. Primer Baş Ağrıları

Primer baş ağrıları santral sinir sistemi ve diğer sistemik hastalıklarla ilişkili olmayan baş ağrılarıdır [45]. Uluslararası Baş Ağrısı Derneği'nin ICHD-3'e göre Primer Baş Ağrıları Sınıflaması Tablo 2.2'de verilmiştir. Primer baş ağrılarının klinik görünümü yaşa ve cinsiyete göre farklılık göstermektedir. Bu farklılıklar klinik değerlendirme ve altta yatan patofizyolojinin anlaşılması açısından önemlidir [46].

Tablo 2.2.Primer Baş Ağrıları Sınıflaması [43]

Migren
1. Aurasız Migren 2. Auralı Migren 3. Migrenin Yaygın Öncülleri Olabilecek Çocukluk Çağının Periyodik Sendromları 4. Retinal Migren 5. Migren Komplikasyonları 5.1. Kronik migren 5.2. Migren statusu 5.3. İnfarktsız tekrarlayıcı aura 5.4. Migrene bağlı enfarkt 5.5. Migrenin tetiklediği nöbet 6. Olası Migren
Gerilim Baş Ağrıları (GTBA)
7. Sık olmayan epizodik gerilim tipi baş ağrısı 8. Sık epizodik gerilim tipi baş ağrısı 9. Kronik gerilim tipi baş ağrısı 10. Olası gerilim tipi baş ağrısı
Küme Baş Ağrısı ve Diğer Trigeminal Otonomik Baş Ağrıları
Diğer Birincil Baş Ağrıları

2.1.4.1. Migren

Migren, ataklar halinde seyreden, genelde tek taraflı baş ağrısıyla karakterize nörolojik bir hastalıktır [47, 48]. Migren hastalarında; açlık, gürültü, uyku düzensizliği, yorgunluk, motorlu araçlarla seyahat, kokular, hava durumu, stresör faktörler, fiziksel efor, ışık, güneş, soğuk, gözlerde yorulma, kalabalık, ağlama, sigara içme, yüksek kan basıncı ve menstruasyon atakları tetikleyici etkenler arasında sayılmaktadır [47-49].

Türkiye'de bir yıllık migren prevalansı %16,4 olarak bildirilmiştir [47, 50]. Migren prevalansı büyük ölçüde yaşa bağlıdır. Küçük yaşlarda baş ağrısı prevalansını çalışmaların çoğunda çocukluk çağı baş ağrısını sınıflandırmadaki zorluklar nedeniyle migren ve diğer birincil baş ağrıları arasında ayırım yapılmamıştır [46]. Bu güçlüklerin bir kısmı 6-7 yaş altında dil becerilerinin zayıf olmasıyla açıklanabilir [46]. Macaristan'da okula giden çocuklarda yapılan ankete dayalı bir çalışmada 12 aylık migren prevalansı %12,5, daha büyük çocuklarda %20 olarak bildirilmiştir [51]. Finlandiya'da yapılan 5 yaşından küçük çocukları kapsayan epidemiyolojik bir çalışmada çocukların %19,5'inde baş ağrısı saptanmıştır. Bu çalışmada migren ve gerilim tipi baş ağrısı arasında fark saptanmamıştır [27]. Çocuklarda baş ağrısıyla ilgili 37 araştırmayı ele alan bir gözden geçirmede 7 yaş altı çocuklarda migren prevalansı diğer primer baş ağrılarından farklı bulunmamıştır. Aynı çalışmada daha çok migrene odaklanmış olan araştırmalara bakıldığında migren prevalansının yaşla birlikte arttığı belirtilmiştir [52]. 7 yaş altında migren prevalansı açısından cinsiyet farkı saptanmamıştır [53, 54]. Çalışma deseni ve örneklem yaş aralığındaki farklılara bağlı olarak migren prevalansı %2,7-10 arasında çeşitlilik göstermektedir [54].

Primer baş ağrılarının prototipi olan “migren” çok eski çağlardan bu yana bilinse de etiyolojisi günümüzde de henüz bulunamamıştır. Ancak, patogenezi konusunda ciddi çalışmalar yapılmış ve önemli sonuçlar elde edilmiştir. Migren genetik yatkınlığı olan bireylerde multifaktöriyel olarak ortaya çıkan bir hastalık olarak kabul edilir. Familial hemiplejik migren tiplerinde saptanan gen mutasyonları genetik yatkınlık için önemli bir ipucudur. Bu tüm migren tipleri için geçerli değilse de migrenli kişinin ailesinde genellikle birçok migrenli kişi bulunması, genetik temeli

düşündüren bir diğer ipucudur. Ayrıca son yıllardaki genom çalışmaları da bu temeli desteklemektedir [45]. Migren patogenezi karmaşıktır. Son dönemde atakların oluşumunun, birbirini takip eden dört faz şeklinde olduğu kabul edilmektedir. Bu fazlar sırasıyla; uyarıcı prodrom, aura, baş ağrısı (atak) ve postprodrom şeklindedir. Ataklar genetik, çevresel ve metabolik nedenlerle tetiklenmektedir. Uyarıcı evrede hipotalamusta, hem uyarıcı hem de atak döneminde talamo-kortikal yolda değişikliklerden bahsedilmektedir; talamo-kortikal yolağın duyuşal işlemede anahtar rol oynadığı düşünülmektedir. Sonrasında beyin sapında oluşan değişiklikler, bunu izleyen kortikal nöronların depolarizasyonu ve bazı nöropeptidlerin salınımı sonucunda migren ataklarının ortaya çıktığı düşünülmektedir. Migren hastaları için halen evrensel olan, atakları durduran ya da ortadan kaldıran bir tedavi bulunmamaktadır. Patogenezin aydınlatılması ile bu tedavi seçeneklerinin ortaya çıkacağı düşünülmektedir [55, 56].

Çocukluktaki migren klinik görünümünün erişkinliktekinden farklı olduğu konusunda fikir birliği vardır. En belirgin fark çocuklarda baş ağrısı atak süresinin erişkin hastalara göre çok daha kısa olmasıdır. Yakın tarihli bir derleme çalışmasında yazarlar ICHD kriterlerinde erişkinler için en az 4, çocuklar için en az 2 saat olarak tanımlanan atak süresinin aksine minimum atak süresini 30 dakika olarak tanımlamışlardır [53, 57]. Ayrıca erişkin hastalara göre çocuklarda ağrı daha az sıklıkla tek taraflıdır ve fotofobi/fonofobi daha nadir rapor edilir [58]. Daha çok nöbetler şeklinde gelen iştahsızlık, başka bir neden olmaksızın keyifsizlik, ışıktan rahatsız olma gibi özgün olmayan belirtiler görülür [59]. Ayrıca yorgunluk, açlık hissi, solukluk, baş dönmesi gibi öncül belirtiler de gözlenebilir, Eidlitz-Markus ve meslektaşları 6 yaşından küçük, 6-12 yaş arası ve 12-18 yaş arası çocukları tek taraflı baş ağrısı, fotofobi, fonofobi, bulantı, aktivite ile kötüleşen ağrı oranları için karşılaştırdıklarında gruplar arasında fark bulamamışlardır [60]. Ancak daha küçük çocuklarda atak süresi anlamlı olarak daha kısa, kusma anlamlı olarak daha sık bildirilmiştir [60]. Pediatrik migrende kranial otonomik belirtiler sıklıkla görülür [61]. Kulak konkasının tek ya da çift taraflı yaklaşık 1 saat süren hiperemisi şeklinde görülen ve *kırmızı kulak sendromu* olarak adlandırılan belirti migrenli çocukların yaklaşık %23'ünde gözlenmiş ve migren için oldukça spesifik bir belirti olduğu

bildirilmiştir [62]. Çocukluk çağı migreninin diğer bir özelliği ergen ve erişkin hastalarda nadir görülen *migren ilişkili sendromlar*dır. Bu hastaların yüksek bir kısmının daha sonra migren geliştirdiğine dair net bilimsel kanıtlar bulunmaktadır [63]. Çocuklukta herhangi bir epizodik sendrom öyküsü böyle bir öyküsü olmayan çocuklara kıyasla daha sonra migren gelişme riskini %50 oranında artırır. Migrene bağlı klasik epizodik sendromlar benign paroksizmal tortikollis, siklik kusma sendromu, abdominal migren ve akut konfüzyonel migrendir. Bu sendromların patofizyolojisinde beyin sapı ve/ya da hipotalamusla ilişkili bozukluklar öne sürülmüştür; ancak net bir açıklama yapılamamıştır [64-66]. Ayrıca hipotalamik merkezlerle ilişkili [67] uyku terörü gibi non-REM uyku bozukluklarını migrenle ilişkilendiren kanıtlar giderek artmaktadır [63, 68].

2.1.4.2. Gerilim Tipi Baş Ağrısı

En sık görülen primer baş ağrısıdır. Epizodik (seyrek epizodik, sık epizodik) ve kronik alt tipleri vardır. Ağrı genellikle yaygın iki taraflı oksipital ya da frontal bölgede belirlidir, bazen çember gibi başı sarar özelliktedir. Künt, sıkıştırıcı tarzdadır, hafif ya da orta şiddette olabilir. Fiziksel ve günlük aktiviteyi engellemez. Bulantı ve kusma gibi ağrıya eşlik eden bulgular genellikle yoktur. Fotofobi ya da fonofobi gibi belirtilerden biri eşlik edebilir [45].

Gerilim tipi baş ağrısı prevalansı genel olarak migrene göre daha değişkendir. Gerilim tipi baş ağrısı birincil ve ikincil baş ağrısı türleri içinde en sık görülen baş ağrısıdır ve popülasyon temelli çalışmalarda sıklığı %30-80 arasında bildirilmiştir [69]. Danimarka'da yapılan öz bildirim dayalı bir çalışmada gerilim tipi baş ağrısı prevalansı %86 olarak rapor edilmiştir, kadınlarda erkeklerden biraz fazla sıklıkta olduğu ve 39 yaştan sonra görülme sıklığının her iki cinsiyette azaldığı bildirilmiştir [69, 70]. Küresel ölçekli çalışmalarda ortalama prevalansı %31 olarak bildirilmiştir ve farklı çalışmalarda %10-72 aralığında değişen oranlar verilmiştir [71]. 15 yaş altı grupta kronik gerilim tipi baş ağrısı neredeyse hiç görülmemektedir [70].

Gerilim tipi baş ağrısı en sık görülen primer baş ağrısı olmasına karşı netyopatogenezi tam olarak anlaşılamamıştır. Ağrının myofasiyal dokulardan

kaynaklandığı görüşü yaygındır; fakat modern ağrı fizyolojisine göre hem periferik hem de santral mekanizmaların etkili olduğu düşünülmektedir [72]. Epizodik gerilim tipi baş ağrısının periferik ağrı mekanizmalarına bağlı olabileceği, buna karşın kronik gerilim tipi baş ağrısının nedenlerinden birinin merkezi nosiseptif sistemin duyarlı hale gelmesi olduğu düşünülmektedir [72, 73]. Gerilim tipi baş ağrısı hastalarında en belirgin bulgu artmış perikraniyal myofasiyal yapılardaki hassasiyettir, periferik nosiseptörlerin aktivasyonunu gösterir [72, 73]. Myofasiyal ağrının mekanizması bilinmemektedir. Lokal iskemi, metabolizma veya mikrosirkülasyonda bozukluk gibi çeşitli nedenlerle ortaya çıkabileceği varsayılmaktadır. Uzun süreli statik veya repetitif aktivite sonrası perikranial kaslarda hassas noktaların ve gerilim tipi baş ağrısının gelişebildiği bilinmektedir [72, 74].

Baş ağrısının iki taraflı, hafif şiddette, baskı tarzında olması ve fiziksel aktivite ile şiddetlenmemesi çocuklarda gerilim tipi baş ağrısını migrenden ayırt eden en önemli özelliklerdir [75]. Belirtiler genel olarak yetişkinlerde görülen gerilim tipi baş ağrısı belirtilerinden çok farklı değildir. Ataklar migrende olduğu gibi daha kısa süreli ve değişken olabilir [76]. Migren ile ilişkilendirilen epizodik sendromların gerilim tipi baş ağrısıyla ilişkisi şimdiye kadar gösterilmemiştir [43].

2.1.4.3. Küme Baş Ağrısı ve Diğer Trigeminal Otonomik Baş Ağrıları

Bu gruptaki baş ağrıları aşağıdaki şekilde tanımlanmış ve sınıflandırılmıştır.

1. Küme baş ağrısı
2. Paroksizmal hemikraniya
3. Konjonktival kanlanma ve yaşarmalı kısa süreli tek taraflı nöraljiform baş ağrısı
4. Hemikrania kontünua
5. Olası trigeminal otonomik sefaljiler

Küme baş ağrısı günde 1-8 kez tekrarlayan, sıklıkla gece uykudan uyandıran çok şiddetli, batıcı özellikte bir ağrıdır. Her zaman aynı göz çevresine lokalize olan orbital, supraorbital ve/ya da temporal ağrı ortalama 1 saat (15-180 dk) sürer. İpsilateral otonomik bulgular (ipsilateral konjonktival kanlanma ve/ya da göz

yaşarması, nazal konjesyon ve/ya da burun akıntısı, göz kapağı ödemi, alın ve yüzde terleme, miyozis ve/ya da pitozis) eşlik eder. Küme baş ağrısının epizodik (%85) ve ağrısız dönemlerin olmadığı kronik form (%15) olmak üzere iki tipi vardır. Epizodik küme baş ağrısında ağırlı dönemleri aylar ya da yıllar süren ağrısız dönemler izler [46].

İsveç'te yapılan bir ikiz çalışmasında, tahmini yaşam boyu yaygınlık 151/100000 ve erkek-kadın oranı 4.8'dir. Son yıllarda erkek baskınlığında bir azalma olduğu görülmektedir [77]. Alman Baş Ağrısı Derneği tarafından yapılan bir epidemiyolojik çalışmada 12 aylık yaygınlık %0.15, İtalya'da yapılan bir çalışmada yaşam boyu yaygınlık %0.28 olarak bildirilmiştir [78, 79]. Epizodik küme baş ağrısı için başlangıç her iki cinsiyette yirmili yaşlar civarındadır [80, 81]. İlk kez ortaya çıkışının çok erken ve çok ileri yaşlarda başladığını bildiren tek vaka raporları ve vaka serileri bulunmaktadır. Pediatrik baş ağrısı merkezinin yayınladığı 11 çocuktan oluşan bir vaka serisinde ortalama 10 yaşta(5-16 yaş arasında)başladığı bildirilmiştir [82]. 13 yaşından küçük hastalara odaklanan başka bir araştırmada sayı açısından erkek üstünlüğü bulunmamaktadır [83]. Bildirilen vakalar içinde en geç başlangıç yaşı 89'dur [84].

Bugüne kadar küme baş ağrısı tanısı alan çocuklarda klinik görünüm yetişkin hastalara büyük ölçüde benzemektedir. Ortalama atak süresi 86 dakika ve atak sıklığı günde 1-4 arasındadır. Çocukların tamamında orbita çevresinde tek taraflı ağrı, göz yaşarması, pitozis, rinore ve konjunktival kanlanma gibi otonom belirtiler gözlenmiştir [82, 85]. Pediatrik başlangıçlı küme baş ağrısında kızlarda kronikleşme eğiliminin daha çok olduğu, erkeklerde atak sıklık ve sürelerinin daha uzun olduğu bildirilmiştir [83]. Yetişkinlerde olduğu gibi çocuklardaki küme baş ağrısında da steroidler yararlı görülmektedir [82].

2.2. Psikiyatrik Bozukluklar ve Baş Ağrısı İlişkisi

Baş ağrısı üzerinde psikolojik ve davranışsal faktörlerin güçlü etkisi en eski bilimsel çalışmaların bazılarında kabul edilse de, ilk kez 19. yy sonlarında Freud psikopatolojik kavramları migrenle ilişkilendirmiştir [86, 87]. Psikosomatik tıp

alanında çalışan diğer kişiler Freud'un psikopatolojiler ve baş ağrısıyla ilişkili görüşlerini ileriye taşımıştır [88, 89]. 1930'lu yılların sonunda Herald Wolff ilk olarak migren hastalarında psikiyatrik bozukluklar için tedavi arayışında olmasalar da bu ilişkiler yönünden sistematik gözlem yapmıştır [90]. Wolff 25 yıldan uzun süredir baş ağrısı ve diğer "psikofizyolojik" hastalıkları daha iyi anlamayı sağlayan sosyal ve medikal bilimlere ait bilgileri bütünleştirmek için aktif bir çaba göstermiş ve çağdaş davranışsal tıbbı öncülük etmiştir [91-94]. Bununla birlikte Wolff "migren kişiliği" kavramını ortaya atmıştır [95]. Bu konuyla ilgili geniş kapsamlı açıklamaları yapan Wolff (1937), migren hastalarının mükemmeliyetçi, katı, düzenli, hırslı, rekabetçi özelliklerini tanımlamıştır [96]. Wolff'un döneminden bu yana yüzlerce ampirik çalışma psikolojik faktörler ve tekrarlayan baş ağrısı ilişkisi açısından sistematik olarak incelenmiştir. Wolff'un migren kişiliğinin genellenebilirliği hakkındaki görüşleri zamanla geçerliliğini yitirmiştir; güncel çalışmalar genel olarak migreni olan kişiler arasında baskın bir kişilik profili olmadığını öne sürmektedir [97]. Benzer şekilde migrenin psikopatolojik terimlerle psikodinamik kavramsallaştırmaları tıp yazınında tarihi bir dipnot olarak kalmıştır. Yine de bu bilgilerden yola çıkan bazı klinisyen ve araştırmacılar tarafından tekrarlayan baş ağrılarını tetikleyen ve şiddetlendiren psikolojik, davranışsal ve sosyal faktörlerin önemi tartışılmış, baş ağrısının biyopsikososyal kavramsallaştırması ortaya atılmıştır [95].

Birincil baş ağrısı tanısı alan erişkinlerle yapılan çalışmalarda duygudurum bozuklukları, anksiyete bozuklukları ve somatoform bozukluk tanılarının migren ya da gerilim tipi baş ağrısı tanısı olanlarda normal kontrollere göre daha sık saptandığı bildirilmektedir [98]. Bunun yanında anksiyete ve duygudurum bozukluğu olan hastalarda organik nedenli olmayan baş ağrısı, baş dönmesi gibi somatoform yakınmalara sık rastlanıldığı da bildirilmektedir [99]. Migrenin psikiyatrik bozukluklar tarafından mı tetiklendiği, yoksa kronik ağrının mı psikiyatrik belirtilere yol açtığı bilinmemektedir [100].

Yazında çoğunlukla baş ağrısı belirtisi olan kişilerde psikiyatrik belirtilerin araştırıldığı ve baş ağrısı belirtisinin daha çok duygudurum bozuklukları, anksiyete bozuklukları ve somatoform bozukluk gibi içe yönelim belirtileri ile giden psikiyatrik morbiditelerle ilişkilendirildiği görülmektedir.

ICHD-3 tanı kriterlerine göre psikiyatrik bozukluklarla ilişkili baş ağrısı sınıflaması şu şekildedir:

- Somatizasyon bozuklukları ile ilişkili baş ağrısı
- Psikotik bozukluklar ile ilişkili baş ağrısı
- Depresif bozukluklar ile ilişkili baş ağrısı
- Ayrılma anksiyetesi bozuklukları ile ilişkili baş ağrısı
- Panik bozukluklar ile ilişkili baş ağrısı
- Spesifik fobi ile ilişkili baş ağrısı
- Sosyal anksiyete bozukluğu ile ilişkili (sosyal fobi) baş ağrısı
- Yaygın anksiyete bozukluğu ile ilişkili baş ağrısı
- Posttravmatik stres bozukluğu ile ilişkili baş ağrısı
- Akut stres bozukluğu ile ilişkili baş ağrısı

2.2.1. Anksiyete Bozuklukları

Anksiyete bozuklukları çocuk ve ergenlerde en sık görülen psikiyatrik bozukluklardan biridir [101, 102]. Anksiyete duygusal tehlike beklentisiyle birlikte olan huzursuzluk olarak tanımlanır; yaşam deneyimlerine bağlı olarak değişebilen, koruyucu ve uyum sağlayıcı bir duygudur. Anksiyete bozuklukları ise belirgin sıkıntı ve işlev kaybına yol açan korku ya da endişe ile karakterizedir [101, 103, 104]. Anksiyete, hastalar tarafından iç sıkıntısı, kötü bir şey olacaktıymış hissi şeklinde tarif edilen korku benzeri bir duygu, uyarıcı bir sinyaldir. Kişinin tehdit ile başa çıkması için gerekli önlemleri almasını sağlar. Korku da benzer bir uyarıcı sinyaldir; ancak korku, dış odaklı, belirli bir tehdide karşı bir yanıt iken anksiyete bilinmeyen, iç odaklı, çatışmalı tehdide karşı bir yanıttır. Dışardan gelen bir tehlike karşısında birey korku duyarken, içten gelen çatışma ve tehlikeler anksiyete (bunaltı) yaratır. Organizma kaygı hissi yaşadığında anksiyete yaratan durumdan kaçmaya hazırlanır ve midriyazis, ağız kuruluğu, çarpıntı, bulantı, baş dönmesi gibi sempatik aktivasyon bulguları gözlenir [105]. Amerikan Psikiyatri Birliği (APA)'nin Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı-5 (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder-5; DSM-5)'te yer alan anksiyete bozuklukları panik bozukluk, agorafobi, ayrılık

anksiyetesi bozukluğu (AAB), seçici konuşmazlık (mutizm), özgül fobi, sosyal anksiyete bozukluğu (sosyal fobi) (SAB), yaygın anksiyete bozukluğu (YAB), maddenin yol açtığı anksiyete bozukluğu, başka bir sağlık durumuna bağlı anksiyete bozukluğu, tanımlanmış ve tanımlanmamış anksiyete bozukluğu şeklinde sınıflandırılmıştır [106]. Normal ile patolojik olanı ayırt etmede DSM ve/ya da Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün 'Hastalıkların Uluslararası Sınıflaması (International Classification of Diseases; ICD)' tanılama ve sınıflandırma ölçütleri esas alınmaktadır [107]. Bu bağlamda çocuk ve ergenlerde anksiyete bozuklukları çalışmalarda değerlendirilen yaş grubu, değerlendirme araçları (Okul çağı çocukları için duygulanım bozuklukları ve şizofreni görülme çizelgesi (K-SADS-PL) gibi), bilgi kaynakları (özbildirim ölçekleri, anne-baba/öğretmen değerlendirme formları), verinin toplanma biçimi (farklı bilgi kaynaklarından toplanmış ya da çok sayıda değerlendirmenin sonucu olarak alınmış) ve kullanılan tanı koydurucu sistem (DSM-2-R, DSM-4, ICD) ve çalışmanın desenine (prospektif-uzunlamasına çalışma, seçilen anksiyete bozukluğu, işlevsellikte bozulma gibi çalışmaya katılma ölçütlerinin değişkenlik göstermesine bağlı olarak %3,1 ile %17,5 arasındaki oranlarda değişmekte [107, 108], yaşam boyu bir anksiyete bozukluğu prevalansı çocuklar ve ergenler için %15-20 arasında bildirilmektedir [107, 109]. Çocukluk çağı anksiyete bozuklukları kendisini daha çok ayrılık anksiyetesi bozukluğu, özgül fobiler ve yaş ilerledikçe gelişen sosyal fobi ile göstermektedir [107, 109]. Yaşları 9-26 arasında değişen, toplam 11 eyaletten elde edilen 1420 katılımcının anksiyete bozuklukları açısından araştırıldığı bir epidemiyolojik çalışmada ayrılık anksiyetesi bozukluğunun çocuklarda; panik bozukluk, agorafobi ve yaygın anksiyete bozukluğunun ise erişkinlerde anlamlı olarak daha fazla bulunduğu saptanmıştır [107, 110]. Anksiyete bozuklukları çocuk ve ergenlerde okul, aile ilişkileri ve sosyal işlevselliklerini olumsuz etkiler [107, 111]. Anksiyete bozukluklarında gözlenen olumsuzlukların sağlıklı kontroller ile karşılaştırıldığı bir çalışmada, tüm anksiyete bozuklukların kişideki yeti kaybı ile ilişkili olduğu ve bu yetersizliğin en çok sosyal anksiyete bozukluğunda var olduğu bulunmuştur [107, 112]. Ülkemizde Görker ve arkadaşlarının 2004 yılında yayınlanmış çalışmasında, DSM-4 tanı ölçütleri esas alınarak bir yıllık kesitte İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Ergen Psikiyatri Polikliniği'ne başvuran ergenler (12-18 yaş, toplam 1079 ergen; 638 erkek, 441 kız)

anksiyete bozuklukları açısından değerlendirilmiş ve en sık olarak ‘başka türlü adlandırılmayan anksiyete bozukluğu’ tanısı bildirilmiştir [107, 113].

Çocuklarda ayrılma kaygısı genel olarak 6. ayda başlar, 18. ay civarında en yüksek düzeye ulaşır. Ayrılma kaygısı yaklaşık okul öncesi döneme kadar devam edebilmektedir. AAB ise, çocuğun evinden ya da temel bağlanma figürlerinden ayrılmasıyla ilişkili yaşına uygun olmayan düzeyde kaygı yaşamasıdır. Ayrılma anksiyetesi bozukluğu olan çocuklar, anne, baba ya da bakım veren kişileri kaybetmekten ya da onlara bir şey olmasından korkmaktadır. Temel bağlanma unsurlarından ayrılma durumu ya da ayrılmaya dair bir beklentide birtakım tepkiler verirler. Kusma, baş ve karın ağrısı gibi fizyolojik belirtiler gözlenebilmekte, okula gitmeyi reddedebilmektedirler. Ayrıca ayrılıkla ilgili rüyalar görebilirler [114, 115]. Kapsamlı bir gözden geçirme çalışmasında yaygınlık oranları %0,5-20,2 olarak belirtilmiştir [116].

DSM-5'te anksiyete bozuklukları ana başlığı altında sınıflandırılan *özellik fobiler*, belirli bir nesne veya durumla ilgili kayda değer düzeyde korku ve kaygı yaşanması durumu olarak tanımlanmaktadır [107]. Fobik durum veya nesne ile karşılaşma durumunda panik atak ortaya çıkabilir ya da kişi bu tür nesne ve durumlardan kaçınabilir. Kaygıya neden olan nesne ile karşılaşma olasılığı beklenti anksiyetesine yol açabilir [117]. Özellikle fobiler sıklıkla erken çocukluk döneminde başlamaktadır [118]. Çocuklarda hayvan, karanlık, yükseklik, kan vb korkular sık görülmektedir. Bu korkular hafif düzeyde, kısa süreli ve çocuğun yaşına uygun olduğu sürece klinik açıdan sorun oluşturmaz. Ancak uzun süren, şiddetli ve işlevselliği bozan korkular daha dikkat çekici düzeyde sorun yaratmaktadır [119]. Özellikle fobiler çocuk, ergen ve yetişkinlerde sık görülür yaşam boyu yaygınlığı yaklaşık %30'dur [120]. Özellikle fobilerin diğer psikiyatrik bozukluklar ve özellikle diğer anksiyete bozuklukları ile birlikte görülme oranı yüksektir. Bir çalışmada anksiyete bozukluğu kliniğine yönlendirilen 188 çocuktan 80'inin özellikle fobi tanı kriterlerini karşıladığı ve bu 80 çocuğun %75'inin ek bir anksiyete bozukluğu tanısı aldığı, %32,5'inde depresif bozukluk, %22,5'inde davranım bozukluğu öyküsü bulunduğu bildirilmiştir [121].

Çocukluk çağında sık görülen anksiyete bozukluklarından biri olan SAB olumsuz değerlendirilme korkusu ve sosyal ortamlarda duyulan rahatsızlık ile karakterize bir bozukluktur [122]. Sosyal anksiyete, çocuğun sosyal etkileşim sürecini etkileyen başlıca değişkenlerden birisidir. Çocuğun duygusal gelişimi açısından sosyal ilişkiler hayati öneme sahip olup, uygun şekilde kurulan ilişkiler hayatın sonraki dönemlerinde akademik başarı ve kişiler arası ilişkilerde uyum için iyi bir erken göstergedir [122]. SAB'ın başlangıç zamanıyla ilişkili bulgular çeşitlidir, Tillman ve arkadaşları (2003) tarafından sosyal anksiyete bozukluğunun da içinde bulunduğu birçok psikiyatrik bozukluk için 7-16 yaş grubu üzerinde yürütülen araştırmanın sonucunda SAB için ortalama başlangıç yaşı 7,3 olarak bildirilmiştir [123]. SAB'ın çocukluk çağında ortaya çıktığını belirten farklı çalışmalar da bulunmaktadır. Boyd ve arkadaşları (1990) fobilerin görülme sıklığını ve başlangıç yaşlarını inceledikleri çalışmalarında sosyal fobinin ortaya çıkış sıklığında 11-17 yaşları arasında bir artış olduğunu bildirmişlerdir [123]. Yaşam boyu sosyal anksiyete yaygınlığı yaklaşık %13 olarak bilinmektedir [124]. Türkiye'de yapılan bir çalışmada 18 yaş altı çocuk ve ergenlerde sosyal fobinin 6 aylık süreçteki yaygınlığı %3,1 olarak rapor edilmiştir [125].

YAB en az 6 ay boyunca hemen hemen her gün ortaya çıkan, birçok olay ya da etkinlik hakkında aşırı anksiyete ve gerginlik duyma, kişinin üzüntüsünü güçlükle kontrol etmesi ve ek olarak huzursuzluk, kolay yorulma, zihinsel yoğunlaşma güçlüğü, irritabilite, kas gerginliği, uyku bozuklukları gibi bulguların eşlik edebildiği bir bozukluktur [126]. YAB olan çocukların hayatlarının bazı evrelerinde fazla ve idare edilemeyen bir kaygı vardır ve buna ek olarak psikolojik ya da fizyolojik rahatsızlıkları bulunmaktadır [114, 127]. Canino ve arkadaşları (2004), 4-17 yaş aralığındaki çocukların yer aldığı Porto Riko'daki bir klinikte YAB'nin bir yıllık yaygınlığının %2,4 oranında olduğunu saptamışlardır [114, 128]. GATA Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Polikliniği'nde Ocak 2009-Haziran 2009 tarihleri aralığında başvuran 0-18 yaş aralığındaki 538 hastanın dosyalarını geriye dönülerek değerlendirildiğinde %7'lik bir oranda YAB olduğu belirlenmiştir [126, 129].

Çocukluk çağına özgü bir anksiyete bozukluğu olan *selektif mutizm* konuşabilme becerisi olmasına rağmen konuşmanın beklendiği bazı ortam ve

durumlarda konuşmama olarak tanımlanmaktadır. Konuşulan dili kullanamama veya kullanılan dil hakkındaki yetersiz bilgilerden kaynaklanan konuşamama durumu mutizm sayılmaz. Ayrıca iletişim bozuklukları, yaygın gelişimsel bozukluklar ve psikotik bozukluklardaki konuşmama durumları mutizm olarak değerlendirilmez [126, 130]. Kesin oranlar tespit edilmemiş olmakla birlikte selektif mutizmin, klinik popülasyonda %1'den daha az bir sıklıkta görüldüğü belirtilmektedir [130]. Kızlarda erkeklere göre ortalama iki kat daha fazla görülmektedir [126, 131].

2.2.2. Depresif Bozukluklar

DSM-5'e göre depresif bozukluklarının sınıflaması [107] şu şekildedir:

Depresif Bozukluklar

- Yıkıcı Duygudurumu Düzenleyememe Bozukluğu (YDDB)
- Majör (Yeğin) Depresyon Bozukluğu (MDB)
- Süregiden Depresyon Bozukluğu (Distimi)
- Aybaşı Öncesi (Premenstrüel) Disfori Bozukluğu
- Maddenin/İlacın Yol Açtığı Depresyon Bozukluğu
- Başka Bir Sağlık Durumuna Bağlı Depresyon Bozukluğu
- Tanımlanmış Diğer Bir Depresyon Bozukluğu
- Tanımlanmamış Depresyon Bozukluğu

Duygudurum bozuklukları, belirti kümelerinden oluşan, süresi haftalardan aylara kadar uzayabilen, kişinin her zamanki işlevselliğinin belirgin derecede değiştiği, dönemsel ya da döngüsel biçimde yinelemeye eğilimi olan sendromlardır [132, 133]. MDB (tek uçlu depresyon) en sık görülen duygudurum bozukluğudur. Tek bir nöbet ya da yineleyici nöbetler şeklinde görülebilir. Tek nöbetle giden tipinde gidiş uzun bir süre gösterebilir; 2 yıla kadar ya da daha fazla sürebilir. Çoğu hastada akut dönemlerin seyri iyi olsa da, MDB geçiren 3 hastadan birinde yinelemeler yaşam boyunca sürer ve nöbetler arasındaki dönemde de çeşitli derecelerde kalıntı belirtiler gözlenir [132, 134]. Her yaşta görülebilir; ancak orta yaşlarda ve özellikle de 25-44 yaşları arasında daha siktir. Yaşam boyu MDB yaygınlığını Angst (1992) %4,4-%19,6

ve Kessler (1994) %17 olarak belirtmiştir [132, 135-137]. Son dönemde yayınlanmış bir çalışmada ise depresyonun yaşam boyu görülme sıklığı %1,5 ile %19 arasında bildirilmiştir [132, 137]. Ülkemizde depresyon yaygınlığı ise %8-20 olarak bulunmuştur [132, 138]. Depresyonun epidemiyolojisiyle ilgili çalışmalarda genel olarak varılan ortak sonuç, depresyonun sıklığının ve yaygınlığının kadınlarda erkeklerden daha yüksek oranda şeklindedir. Çeşitli çalışmalarda kadınlarda MDB riski erkeklerin 2 katı olarak saptanmıştır [132, 139-143]. Ancak yaş ilerledikçe kadın ile erkek arasındaki bu fark azalmaktadır. Depresif bozukluklar yaşamları süresince erkeklerin %5-12'sini, kadınların ise %10-25'ini etkilemektedir [103, 132]. Çocuk yaş grubunda öz bildirim ölçeklerine dayalı çalışmalarda majör depresif bozukluk sıklığı için İspanya'da %4, Finlandiya'da %6, Yunanistan'da %8, Avustralya'da %10, Kolombiya'da %25 gibi oranlar verilmektedir [144].

MDB tanısı için, DSM ile belirlenen tanı kriterlerinin karşılanması gerekmektedir. MDB'nin DSM-5 (2013) tanı kriterlerine göre; çökkün duygudurum, etkinliklere karşı ilgide belirgin azalma ya da zevk alamama (anhedoni), yeme isteğinde artma ya da azalma, uyku kalitesinin bozulması (aşırı uyuma, uykuya dalmada güçlük, uykunun bölünmesi, yeterince uyuduğu halde yorgun uyanma şeklinde), psikomotor ajitasyon ya da retardasyon, enerji azlığı ya da yorgunluk, suçluluk ya da değersizlik düşünceleri, konsantrasyon bozukluğu ve yineleyen ölüm düşünceleriyle karakterize olduğu belirtilmektedir [107]. DSM-5'e göre majör depresif bozukluk tanısı bu kriterlerden çökkün duygudurum ya da anhedoni belirtilerinden en az birinin olması ve diğer kriterlerden 5 tanesinin kişide en az 2 hafta süreyle görülmesi halinde konulmaktadır. Belirtiler kişi tarafından tarif edilebilmeli (örn. umutsuzluk, kendini boşlukta hissetme, üzüntü tarifleme) ya da çevresi tarafından gözlemlenebilmelidir (örn. ağlamaklı görünüm). Bu belirtiler, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki ve aile alanlarında belirgin işlevsellik kaybına sebep olmaktadır [107]. DSM-5 ve ICD-10'da depresif bozukluklar farklı şekilde kategorize edilmekte, her ikisinde de çocukluk çağı depresyonu için ayrı bir kategori bulunmamaktadır [144]. Çocuk ve ergenlerde duygulanım reaktif olabildiğinden ve özellikle hafif/orta düzeyde depresyonu olan grup belirtilerini gizleyebildiğinden tanı konulması gecikebilir ve bu nedenle komorbid durumlar da ön

plana çıkabilir [145, 146]. Genel olarak erken başlangıç ilerleyen yaş dönemlerinde daha fazla sorun alanı (evlenmeme, mesleki ve sosyal yaşamda bozulma, düşük yaşam kalitesi, medikal ve psikiyatrik komorbidite, sık depresif epizod, intihar girişimleri) ile ilişkili bulunmuştur. [145, 147]. Çocukluk çağındaki depresyonun görünümü ergen depresyona göre daha heterojendir. Bazı çocuklarda duygudurum bozuklukları için ailesel yük fazla ve rekürrens riski yüksek iken bazılarında davranış sorunları ve madde kötüye kullanım geliştirme olasılığı daha fazladır [145, 147].

Depresyon belirtileri 0-3 yaş döneminde genellikle konuşma bozuklukları, sinirlilik, hırçınlık, karşı gelme, aşırı hareketlilik, uyku düzensizliği, kardeş kıskançlığı, iletişim sorunları olarak görülmektedir [148]. 3-6 yaşlarında hırçınlık, karşı gelme, aşırı hareketlilik, zarar verici davranışlar, konuşma bozukluğu, kekemelik, idrar kaçırma, uyku bozuklukları, mutsuzluk ve ağlama dikkat çekmektedir [148]. 6-11 yaşlarındaki çocuklarda depresyona bağlı başvurular daha çok akademik başarısızlık, gece idrar kaçırma, hırçınlık, karşı gelme, sinirlilik, hareketlilik, korku, sıkıntı, mutsuzluk, ağlama, zarar verici davranış, dikkat eksikliği, uyku bozukluğu gibi nedenlerle olmaktadır [148]. 11-15 yaşlarında en sık başvuru nedenleri huzursuzluk, akademik başarısızlık, mutsuzluk, ağlama, sinirlilik, suça karışma, adli nedenler, korku, uyku sorunları, ağrıdır. 15 yaş üzerindeki gençlerde depresyona bağlı klinik başvurular en sık intihar girişimi, mutsuzluk, ağlama, adli nedenler, sinirlilik, okul başarısızlığı, içe kapanma, uyku sorunları ve sıkıntı nedenleriyle yapılmaktadır [148].

YDDB, DSM-5'te depresif bozukluklarla ilgili bölümde yeni bir tanı olarak yer almıştır. Bu bozukluk, her ikisi de en az bir yıl boyunca mevcut olması gereken sık, şiddetli, tekrarlayıcı, kronik irritabilite ve/veya öfkeli duygudurum ile karakterizedir. Öfke patlamaları haftada en az üç kez ortaya çıkmalıdır. Ek olarak, kişinin öfke patlamaları arasındaki duygudurumu, çoğunlukla sürekli olarak sinirlidir. Tanı, 6 ile 18 yaş arasındaki kişilerde sınırlandırılmıştır. Ancak belirtilerin başlangıcı genellikle 10 yaşından önce olmalıdır [149, 150]. YDDB, bipolar bozukluğun aksine epizodik olmayan kronik irritabilitesi ve öfke patlamaları olan çocuklarda, bipolar bozukluk yanlış tanılanmasını azaltmak için DSM-5'e dahil edilmiştir [107, 149]. Bir araştırmada 2-5 yaş döneminde yıkıcı YDDB belirtileri olan çocuklar incelenmiştir. Çalışmada 9-13 yaşları arasında %3,3 sıklıkla YDDB tanısının olduğu ve %92

oranında komorbiditenin eşlik ettiği görülmüştür. En sık karşı olma karşı gelme bozukluğu (KOKGB), dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB) ve depresif bozukluk tanılarının eşlik ettiği belirtilmiştir [149, 151].

Depresif bozukluklar grubunda yer alan diğer bir tanı ise *distimik bozukluk*dur. Distimik bozuklukta depresif belirtiler daha hafif ancak daha uzun süre devam etmektedir. Kişi çoğu zaman mutsuz ve karamsardır. İştah ve uyku düzensizliği, enerji düşüklüğü, dikkat ve odaklanma güçlükleri, karar vermede güçlük gibi belirtiler bulunmaktadır [114]. Distimik bozukluk sıklığı çocuklarda %0,6-4,6, ergenlerde %1,6-8 oranlarında verilmiştir [152]. Depresif belirtiler majör depresif bozukluğa göre daha hafif olsa da çocukluk döneminde başlayan distimik bozukluk daha dirençli ve uzun süren depresif ve irritabl duygudurum ile karakterizedir [152]. Ortalama başlangıç yaşı farklı çalışmalarda $10,1 \pm 4,9$ ve $13,8 \pm 3,1$ olarak saptanmıştır [152].

2.2.3. Çocuk ve Ergenlerde Anksiyete Bozuklukları, Depresif Bozukluklar ve Baş Ağrısı İlişkisi

Çocuk ve ergenlerde primer baş ağrısı ve psikiyatrik bozukluklar ilişkisini araştıran pek çok çalışmanın ortak sonucu primer baş ağrısının anksiyete ve depresyon ile ilişkili bulunmasıdır [153]. Primer baş ağrısı şikayeti olan 4-14 yaşarası 280 çocukta çeşitli psikiyatrik komorbiditeleri araştıran bir çalışmada anksiyete ve depresyon oranları kontrol grubuna göre yüksek bulunmuştur [154].

Birincil baş ağrısı tanısı alan erişkinlerde MDB sıklığının 2-2,4 kat [95, 155-157], anksiyete bozukluğu sıklığının 3-5 kat [156, 158] arttığı tahmin edilmektedir.

Psikiyatrik bozukluk baş ağrısı ilişkisine tam tersi taraftan baktığımızda da duygudurum bozuklukları ve anksiyete bozukluklarında da organik bir nedene bağlı olmayan baş ağrısı, baş dönmesi, bulantı, karın ve sırt ağrısı gibi bedensel yakınmalar sıktır [159].

Genel literatür verilerine benzer şekilde Türkiye’de yapılan çalışmalarda da baş ağrısının anksiyete bozuklukları ve majör depresyonla ilişkisi daha belirgindir. İstanbul’da birincil baş ağrısı tanısı alan çocukların psikiyatrik bozukluk komorbidite

oranlarını değerlendiren bir çalışmada psikiyatrik bozukluk sıklığı migren grubunda %43,3, gerilim tipi baş ağrısı grubunda %51,6, kontrol grubunda ise %16,7 olarak bulunmuştur. Aynı çalışmada anksiyete bozukluğu migren tanısı alanlarda %36,7, gerilim tipi baş ağrısı tanısı alanlarda %29, kontrol grubunda %6,7 olarak; duygudurum bozukluğu oranı migren tanısı alanlarda %3,3, gerilim tipi baş ağrısı tanısı alanlarda %19,4, kontrol grubunda %0 olarak bildirilmiştir [11].

2.2.4. Somatoform Bozukluklar

Somatizasyon bozukluğu, erken yaşlarda kendisini gösteren, tekrarlayıcı, birçok organ sistemini ilgilendiren, başka fiziksel bir nedenle ya da laboratuvar bulgusuyla açıklanamayan çoklu bedensel yakınmalarla karakterize bir bozukluktur [160]. DSM-5'te somatizasyon bozukluğu, ayırım göstermeyen somatoform bozukluk ile aynı başlıkta birleştirilmiş ve *bedensel belirti bozukluğu* olarak tanımlanmıştır [107]. Tanımlar farklılık gösterse de aynı rahatsızlığı temsil etmektedir. Cinsel, gastrointestinal, psödonörolojik belirtiler halinde ortaya çıkabilir. Lipowski'nin (1986) yapmış olduğu tanıma göre somatizasyon, psikiyatrik belirtilerin ve psikososyal stresin bedensel belirtilerle ortaya çıkmasıdır. Somatik belirtiler yaşayan çocuklar ve ergenler tıbbi olarak açıklanamayan ve tekrar eden somatik şikayetler sebebiyle okul revirine başvurumaktadırlar. Gür ve ark. (2008) tarafından yapılan bir çalışmada okul revirine yapılan 9360 başvuru nedenleri arasında somatik problemlerin ikinci sırada olduğu tespit edilmiştir [160-163].

Somatizasyon, tüm kültürlerde görülen yaygın bir davranıştır, fiziksel ya da psikiyatrik bir bozuklukla ilişkili olmayabilir. Yaşam boyu yaygınlık oranları farklı araştırmalarda değişkenlik göstermekle birlikte popülasyon tabanlı çalışmalar, kişilerin 2-4 haftada en az bir fiziksel belirti deneyimlediklerini göstermiştir [164, 165]. Amerika'da epidemiyolojik bir çalışmada popülasyondaki oran %0,01 bulunmuştur [166]. Birinci basamak sağlık kuruluşuna başvuranların yaklaşık %5'i bozukluğun tanı kriterlerini karşılar; fakat çoğu, psikososyal strese bağlı somatizasyondur. Hastalık %90 oranında 25 yaşından önce, genellikle ergenlik döneminde başlar. Kadınlarda daha siktir. Kırsal bölgelerde, siyah ırkta, evlenmemişlerde, düşük eğitim seviyesi olanlarda daha yaygındır [164, 167].

Somatizasyon bozukluğunun toplumumuzda %1,5 oranında görüldüğü bildirilmektedir [168-171]. Bozukluğun etiyolojisinde, genetik, öğrenme, sosyokültürel, psikodinamik etkenlerle stresörler ve baş etme düzenekleri bulunmaktadır [162, 168].

Çocukluk çağındaki somatizasyon belirtileri arasında baş ağrısı, karın ağrısı ve enerjisizlik gibi fiziksel yakınmalar sıktır [114, 172]. Bunlara ek olarak, nefes darlığı, bulantı, baş dönmesi, halsizlik ve yorgunluk belirtileri de çocukluk çağında gözlenen somatik belirtilerdendir [114, 173]. Epidemiyolojik araştırmalar çocuk ve gençlerin %5-48'inde bu yakınmaların haftada ya da iki haftada bir ortaya çıktığını göstermiştir [114, 174].

2.2.5. Çocuk ve Ergenlerde Somatoform Bozukluklar ve Baş Ağrısı İlişkisi

Birincil baş ağrısı (migren ya da gerilim tipi baş ağrısı)tanısı alan erişkinlerde duygudurum bozuklukları, anksiyete bozuklukları ve somatoform bozukluk tanılarının normal kontrollere göre daha sık saptandığı bildirilmektedir [11]. Birincil baş ağrısı tanısı alan çocuk ve ergenlerde de kaygı, depresyon, somatizasyon belirtilerinin ve davranış sorunlarının kontrollere göre arttığı bildirilmektedir [11]. Somatik yakınmanın kişilerin deneyimledikleri psikolojik acıyı ifade etme yolu olduğu ve bu yolla tıbbi yardım talep ettikleri düşünülmektedir. Duygularını ifade etmek için yeterli bilişsel ve sözel becerilerinin, kelime dağarcıklarının olmaması nedeniyle somatizasyon çocuklarda yaygındır. Çocuk Somatizasyon Envanteri'ne verilen yanıtların faktör analizine göre çocuk ve ergenlerde somatik yakınmalar dört kümeye ayrılmıştır [175]: Buna göre ilk kümede bayılma ve nöbet gibi *psödonörolojik yakınmalar*, ikinci kümede çarpıntı, göğüs ağrısı, nefes darlığı gibi *solunum sistemi ve kardiyovasküler sistemi* ilgilendiren yakınmalar, üçüncü grupta karın ağrısı ve bulantı gibi *gastrointestinal yakınmalar*, dördüncü grupta ise *kronik ağrı ve halsizlik yakınmaları* bulunmaktadır [175]. Baş ağrısı, karın ağrısı, eklem ağrısı ve bunları takiben kas ağrısı, kusma ve mide rahatsızlığı en sık görülen belirtiler olarak rapor edilmiştir [176]. Ayrıca çocuklarda somatik belirtiler sıklıkla bir aradadır. Örneğin baş ağrısıyla birlikte karın ağrısı sıklıkla bildirilmektedir [177]. Farklı ülkelerde çocuk ve ergenlerde somatik belirtilerin görülme sıklıkları benzerdir [175]. DSÖ tarafından

uygulanan uluslararası bir anket çalışmasına göre 11-15 yaş arasında en sık gözlenen somatik belirti olarak baş ağrısı bildirilmiştir [178]. Walker ve arkadaşlarının yürüttüğü bir çalışmada DSM-3'e dayanarak hazırlanan ve 36 somatik belirtinin bulunduğu liste çocuk ve ergenlere verildiğinde en sık bildirilen belirti %25 oranıyla baş ağrısı olmuştur [179]. Toplum temelli farklı çalışmalarda çocuk ve ergen popülasyonunun %10-30'u sıklıkla ya da en azından haftada bir kez baş ağrısı bildirdiği; buna göre çocuk ve ergenlerde baş ağrısının en yaygın somatik ağrı belirti olduğu rapor edilmiştir [180]. Finlandiya'da bir çalışmada 1989-1999 yılları arasında somatik yakınmalar arasında baş ağrısı ve karın ağrısı görülme sıklığının arttığı belirtilmiştir [177].

2.3.6. Nörogelişimsel Bozukluklar

Nörogelişimsel bozukluklar beyin gelişimin çeşitli faktörlerin etkisiyle farklılaştığı farklı nörolojik ve psikiyatrik belirtilerle seyreden gelişimsel bozuklukların genel adıdır. Bu bozukluklar doğumsal, nöral anomaliler, zekâ gerilikleri, otizm, DEHB ve bazı epileptik sendromlar gibi nörolojik gelişimin etkilendiği geniş bir yelpazeyi içerir. Bu bozukluklar grubunun ilk belirtileri genellikle erken çocukluk döneminde görülür [181-183]. Bu bozuklukların en temel özelliği ergenlik öncesinde başlamalarıdır. İnsan gelişimin ruhsal ve devinimsel özellikleri bu bozukluğun belirtilerinin görünümünü etkiler. Bu bozuklukların değerlendirilmesi psikomotor ve ruhsal gelişimin iyi bilinmesini gerektirir. DEHB, otizm spektrum bozukluğu (OSB), bilişsel yetersizlik, konuşma ve öğrenme ile ilişkili bozukluklar gelişimseldir ve süregelen seyredir. Süregelen seyir bu bozuklukları genellikle ergenlik sonrasında başlayan, döngüsel olan ve tam düzelmelerle seyreden örneğin bipolar bozukluk ya da multiple skleroz gibi klinik tablolardan ayırır. Bu bozukluklar erkek çocuklarında daha sıktır. Bu bulgu hem intrauterin hem de postpartum dönemde kız çocuklarının daha hızlı nörogelişim gösterdikleri bilgisi ile tutarlıdır. Erkek cinsiyette uzamış nöral gelişim ve yavaş olgunlaşma dış etkenlere daha fazla maruz kalma ve dolayısı ile süreçte aksama olasılığını artırmaktadır [103, 181-183].

Nörogelişimsel bozukluklar, DSM-5'te ayrı bir başlık altında toplanmıştır. Bu başlık altında ilk belirtileri özellikle çocukluk çağında görülen DEHB, OSB, bilişsel

yetersizlik, özel öğrenme güçlüğü (ÖÖG), tik ve basmakalıp davranış bozukluklarını içeren tanı grupları yer almaktadır [106, 184]. Nörogelişimsel bozukluklar sıklıkla birlikte görülürler. Çok faktörlü çok geni etkileyen karmaşık etiyolojik bir zemin üzerinde gelişirler.

DEHB, çocukluk çağıının en sık görülen psikiyatrik bozukluklarından biridir; çocuğun yaşına ve gelişim düzeyine uygun olmayan dikkatsizlik, hiperaktivite ve dürtüsellik belirtileri ile karakterizedir [185, 186]. Akademik, sosyal ve psikiyatrik sorunlara yol açan ve olumsuz etkileri hayat boyu devam edebilen bir bozukluk olan DEHB, APA verilerine göre okul çağı çocuklarının %3-7'sinde görülmektedir [185, 186]. Genel olarak benzer değerlendirme yöntemleri kullanıldığında da farklı ülke ve ırklarda bozukluğun %3-10 arasında görüldüğü bilinmektedir [185].

ÖÖG tanısı; zekâsı standart testle normal ya da normalin üstünde saptanan bireylerde, yaş, zekâ düzeyi ve aldığı eğitim göz önünde bulundurulduğunda, okuma, matematik ve yazılı anlatım becerilerinin beklenenin önemli ölçüde altında olmasıyla konulur [131]. DSM-5'e göre ÖÖG'nin okul çağı çocuklarında görülme sıklığı %5-15'tir [107]. Bu bozukluk da diğer nörogelişimsel bozukluklar gibi nörobiyolojik bir zeminde gelişir; ancak tedavi daha çok eğitimsel müdahaleler, özel eğitim uygulamalarını gerektirir [131]. ÖÖG'nin %30'una DEHB eşlik eder [131].

Otizm, 1943'te ilk defa Leo Kanner tarafından şizofreni veya diğer bilinen psikiyatrik bozuklukları olmayan çocuklarda sosyal izolasyon ve dilsel bozukluk belirtilerini tanımlamak için tanımlanmıştır. OSB, toplumsal iletişim ile toplumsal etkileşimde yetersizlik ve sınırlı, tekrarlayıcı davranışlar, ilgiler ya da etkinlikler alanlarında görülen sorunlardan oluşan çocukluk çağıının en önemli nörogelişimsel bozukluklarından biridir [107]. Son zamanlarda yapılan geniş ölçekli yapılan çalışmalarda otizm sıklığı %1-2 arasında bildirilmiştir. Olguların yaklaşık %45'inde zihinsel yetersizlik eşlik eder, tüm olguların %32'sinde normal gelişimi takiben beceri kaybı ve gerileme görülebilmektedir [107, 187, 188]. OSB erkeklerde kız çocuklarına göre daha sıktır. Klinik örneklemle yapılan çalışmalarda, erkeklerde kızlara göre 4-6 kat, toplum örnekleminde ise yine erkeklerde 2-3 kat daha fazla olduğu görülmüştür [107, 189].

Bilişsel yetersizlikler(zihinsel yetersizlik, mental retardasyon) bilişsel işlevlerin genel olarak etkilendiği problem çözme, planlama, soyut düşünme, muhakeme, akademik ve günlük yaşam becerilerinin yaş, cinsiyet ve sosyoekonomik düzey dikkate alındığında önemli ölçüde geri kaldığı bozukluklar grubudur [131]. Zihinsel geriliklerin tanınması sadece standart zekâ testlerinden alınan puanlara göre yapılmaz, bu yetersizliğin neden olduğu engel durumu, bireye sağlanan toplumsal imkanlar ve kişinin eğitim sonrasında edindiği yaşamsal beceri düzeyi ile ilişkilidir [131, 190].

Gelişimsel koordinasyon bozukluğu okul çağı çocuklarında %5-6 sıklıkta görülür. Bu çocukların motor becerileri akranlarına göre önemli düzeyde geriden gelişir ve olgunlaşır. Bu bozuklukta da eş tanı sıklığı fazladır, olguların %50'sinde DEHB ve ÖÖG mevcuttur [131].

Konuşma ve dil bozuklukları da nörogelişimsel bozukluklar başlığındaki diğer tanı grubudur. Dil bozukluğunun yaygınlık oranı %3-8 arasındadır, erkek çocuklarında daha sıktır. Çocukların dili anlama ve kullanma, konuşma becerileri yaşlılarından belirgin olarak geride kalmıştır, kullandıkları dilde sözcük hazinelerinin kısıtlıdır, daha kısa cümleler kurarlar [131].

DSM-5'e göre bir diğer nörogelişimsel bozukluk *sosyal (pragmatik) iletişim bozukluğu*dur. Bu bozukluk sözlü veya sözlü olmayan iletişim sorunları ile birlikte görülen sosyal ortamlarda uygun iletişim becerisini geliştirememesi olarak tanımlanır. Dil ve iletişim becerilerinin özgül olarak gelişmesinde bir gecikme ve yavaşlığı tanımlamaktadır, yineleyici davranışların olmayışı ile OSB'den ayrılır [131].

Tikler sıklıkla ataklar hâlinde ortaya çıkan, zaman içinde artış ve azalma gösteren; ani, ritmik olmayan, tekrarlayıcı ve amaçsız motor hareketler ya da seslerdir [184, 191]. Tik bozuklukları DSM-5'te "nörogelişimsel bozukluklar" başlığının altında yer alır ve temel olarak Tourette Bozukluğu (Tourette Sendromu), Geçici İstençdisi Devinim Bozukluğu ve Süregiden (Süreğen) ya da Sesle ilgili İstençdisi Devinim Bozukluğu olmak üzere 3 kategoride sınıflandırılır [184, 192]. Tourette sendromunun okul çağı çocuklarındaki yaygınlığı 1.000'de 3-8 olarak

öngörülmektedir [107, 184]. Erkeklerde kadınlardan 2 ila 4 kat daha sıktır. Çocuklarda tiklerin yaşam boyu sıklığı %4 ila 12 olarak bildirilmektedir [184, 193]. Yaşam boyu yaygınlık Tourette Sendromu için yaklaşık %1, kronik tik bozukluğu için %3, geçici tik bozukluğu içinse %5'tir [184, 193].

2.2.7. Çocuk ve Ergenlerde Nörogelişimsel Bozukluklar ve Baş Ağrısı İlişkisi

Nörogelişimsel bozukluğu olan çocuk ve ergenlerde son on yıldır özellikle baş ağrısı sorgulanmaya başlamıştır. Nörogelişimsel bozuklukların baş ağrısı belirtileriyle ilişkisi tartışmalıdır. Nörogelişimsel bozukluk tanısı olan 9-12 yaş arası çocuklarda fiziksel hastalık komorbiditesinin araştırıldığında DEHB ve OSB tanılı hastalarda migren prevalansında anlamlı artış gösterilirken ÖÖG tanılı çocuklarda migren ve baş ağrısı sıklığında anlamlı bir artış gösterilmemiştir. Aynı çalışmada hem DEHB hem OSB tanısı konan hastalarda migren sıklığı herhangi bir nörogelişimsel bozukluk tanısı olmayan çocuklara göre 5 kat fazla bulunmuştur [194]. Son 10 yıllık süreçte DEHB ve primer baş ağrısı ilişkisine odaklanan çalışmaların çoğunda DEHB ve baş ağrısı arasında pozitif ilişki gösterilmiş olup birkaç çalışmada ise ilişki olmadığı belirtilmiştir. Bazı yayınlarda migren ve DEHB'nin benzer bir patofizyolojiden kaynaklandığı dahi öne sürülmektedir [195]. Bir çalışmada tekrarlayan baş ağrısı şikayeti olan çocukların %24,7'sinde ÖÖG, %28'inde DEHB ve %12'sinde ise her iki tanının olduğu bulunmuştur [195]. OSB tanısı konan çocuklarda epilepsi, astım gibi birtakım fiziksel hastalıklarla birlikte baş ağrısı sıklığının da arttığını gösteren çalışmalar bulunmaktadır [196]. Başka bir çalışmada da tik bozukluğunda migren sıklığı genel popülasyona göre 4 kat artmış olarak bulunmuştur [197].

3. YÖNTEM VE GEREÇLER

3.1. Araştırmanın Örneklemi

Çalışmada araştırma grubunu Hacettepe Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'na herhangi bir yakınma ile ilk kez başvuran, son 3 aydır psikoaktif ilaç kullanmayan, daha önce birincil olarak baş ağrısı yakınması ile tıbbi yardım arayışına girmemiş olan ve bilinen ek kronik tıbbi tanısı bulunmayan (kronik hastalık, endokrin ya da epilepsi gibi nörolojik hastalıklar) 8-16 yaş aralığındaki çocuk ve ergenler oluşturmuştur. Dahil olma ölçütlerine uyup uymama durumlarının tespiti için çocuk ve ergenlerin tümünün klinik değerlendirmesi araştırmacı tarafından yapılmıştır.

Kontrol grubunu ise psikiyatrik yakınması ya da başvurusu olmayan, araştırma grubuna yaş ve cinsiyet açısından benzer çocuk ve ergenler oluşturmuştur. Araştırma grubunun çevresindeki (sınıf arkadaşları, komşuları vb.) akranlarına ulaşılmıştır.

Bu araştırmanın veri toplama süreci 25 Ağustos 2020 ve 25 Ağustos 2021 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

3.2. Araştırmanın Deseni

Bu araştırma, kesitsel bir vaka-kontrol araştırmasıdır.

3.3. Örneklem

3.3.1. Araştırma Grubu

Araştırmaya grubu için dahil olma ölçütleri;

- 25 Ağustos 2020 ve 25 Ağustos 2021 tarihleri arasında Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'na en az bir ebeveyni eşliğinde herhangi bir yakınma ile ilk kez başvurma

- 8-16 yaşları arasında olma
 - Son 3 aydır herhangi psikoaktif bir ilaç kullanmama
 - Hem ebeveyn hem de çocuğun/ergenin çalışmaya katılmayı kabul etmesi
- Araştırma grubu için dışlama ölçütleri;

- 8 yaşından küçük ya da 16 yaşından büyük olma
- Klinik olarak belirlenen zihinsel gerilik, OSB, psikozya da araştırmada kullanılan ölçekleri doldurmaya engel bir duruma sahip olma (ör. körlük)
- Kronik bir tıbbi rahatsızlık
- Daha önce birincil baş ağrısı nedeniyle tanı veya tedavi sürecinden geçmiş olma
- Son 3 aydır herhangi bir psikotrop ilaç kullanmış olma
- Ebeveyn ya da çocuk ergenin çalışmaya katılmayı kabul etmemesi

3.3.2. Kontrol Grubu

Kontrol grubu için dahil olma ölçütleri

- 8-16 yaş arasında olma
- Herhangi bir psikiyatrik yakınma ya da psikiyatrik başvuru öyküsünün olmaması
- Psikoaktif madde kullanmıyor olma
- Çalışmaya katılmayı kabul etme

Kontrol Grubu İçin Dışlama Ölçütleri;

- 8 yaşından küçük ya da 16 yaşından büyük olma
- Klinik olarak belirlenen zihinsel gerilik ya da araştırmada kullanılan ölçekleri doldurmaya engel bir duruma sahip olma
- Kronik bir tıbbi rahatsızlık
- Daha önce birincil baş ağrısı nedeniyle tanı veya tedavi sürecinden geçmiş olma
- Son 3 aydır herhangi bir psikotrop ilaç kullanmış olması
- Ebeveyn ya da çocuk ergenin çalışmaya katılmayı kabul etmemesi

3.4. Uygulama

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğine herhangi bir yakınma ile ilk kez başvuran 8-16 yaş arasındaki çocuk ve ergenlerin aileleri ve kendileri çalışmaya davet edilmiştir. Çalışmaya dahil olma ve dışlama ölçütlerine uyan çocuklar ve ailelerine çalışmanın amacı ve yöntemine ilişkin detaylı bilgilendirme yapılmış, çocuklardan ve ailelerden yazılı onam alınmıştır. Çalışmaya katılmaya gönüllü olan ve onam veren çocuk ve ergenler ve aileleri ile görüşme yapılarak anket formları çocuklar/ergenler ve ebeveynleri tarafından doldurulmuştur. Sosyodemografik bilgi formu ebeveynler ile yüzyüze görüşmede doldurulmuştur. HARSHIP (Headache-Attributed Restriction, Disability, Social Handicap and Impaired Participation) anketi çocuk ergenle yüzyüze görüşmede doldurulmuş, gerekli durumlarda ebeveynlerden bilgi alınmıştır. Kontrol grubunu oluşturan çocuk ve ergenler için de aynı değerlendirme araçları kullanılmıştır.

Çalışmaya katılan çocukların sınıf arkadaşları kontrol grubunu oluşturmak üzere araştırmaya dair bilgilendirme mektubu, yazılı onam formu ile çalışmaya davet edilmiştir. Veriler araştırma grubunda katılımcıların hastane başvuruları sırasında Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda kendileri ve aileleri tarafından doldurulan ölçeklerden, kontrol grubunda ise katılımcılara ve ailelere yüzyüze ulaşılması ve doldurulan ölçeklerden elde edilmiştir.

121 çocuk ve ebeveyni çalışmaya katılmaya gönüllü olmuştur. Araştırma grubundan 102 ve kontrol grubundan 100 katılımcının ölçekleri tam olarak toplanmıştır. Toplamda 202 katılımcının verisi çalışmaya dahil edilmiştir.

3.5. Etik Konular

Bu araştırmanın etik kurul onayı Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul'u tarafından 16969557-1075 sayısı ile 25.08.2020 tarihinde verilmiştir. Çalışmanın yürütülmesi sırasında İyi Klinik Uygulamalar Rehberi ve Helsinki Bildirgesi'ndeki ilkelere uygun davranılmıştır.

3.6. Veri Toplama Araçları

Çalışma için yazından yararlanarak oluşturulan anket formu düzenlenmiştir. Anket formu; Sosyodemografik Veri Formu, HARDSHIP ölçeği, Çocuklar için Depresyon Ölçeği (ÇDÖ), Çocuklar için Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri(ÇDKE-ÇSKE), Çocuklar İçin Uyku Kalitesi Ölçeği ve Uyku Değişkenleri Anketi (ÇUK-UD), Yenilenmiş Conners Anababa Derecelendirme Ölçeği Kısa Türkçe Formu(Y-CAD-K), Güçler ve Güçlükler Anketi (GGA), Çocuklar İçin Uyku Bozuklukları Ölçeği (ÇUBÖ) kapsamaktadır.

3.6.1. Sosyodemografik Veri Formu

Araştırmacılar tarafından hazırlanan bu formda katılımcıların sosyodemografik özellikleri tanımlanmıştır. Ad soyad, yaş, cinsiyet, eğitim durumu, kardeş sayısı, anne-babanın yaşları, eğitim durumları, meslekleri, gelir düzeyleri, annenin gebeliği esnasında yaşadığı psikiyatrik ve fiziksel sorunlar, anne ve babanın aldığı tedaviler, anne ve babada son 6 ay içinde baş ağrısı şikayetinin olup olmaması, doğum şekli, süresi, erken ve zorlu doğum öyküsü ile perinatal komplikasyonları, çocuk ve ergenlerde fiziksel hastalık ve travma öyküleri, olası olumsuz yaşam olayları değerlendirilmiştir. Ebeveyn tarafından doldurulmuştur. Ek-1’de sunulmuştur.

3.6.2. HARDSHIP (Headache-Attributed Restriction, Disability, Social Handicap and Impaired Participation) Anketi

HARDSHIP görüşmeciler tarafından doldurulmak üzere geliştirilmiş modüler bir ankettir. 6-17 yaş aralığındaki çocuk ve ergenlere uygulanır. Baş ağrısı belirtilerini taramak için kullanır. Tez çalışmamızda baş ağrısı tanısı koymak ve baş ağrısı türünü belirlemek amaçlanmamaktadır. Demografik bilgiler, ICHD-3 beta tanı kriterlerine göre baş ağrısı mevcudiyeti ve özelliklerine yönelik tanısal sorular, belirti yükü, sağlık hizmetlerinden yararlanma, baş ağrısına bağlı engellilik ve üretken zaman kaybı, eğitim kariyer ve kazançlar üzerindeki etki, kontrol algısı, interiktal yük, genel bireysel yük, ilişkiler ve aile dinamikleri üzerindeki etki, evde yaşayan diğer kişiler üzerindeki etki, genel yaşam kalitesine yönelik soruları içeren kategorilerden oluşmaktadır.

Anketin orijinal formu Steiner ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir [198]. Çocuk ve ergen formunun ülkemizdeki geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları Wöber ve arkadaşları tarafından 2018 yılında yapılmıştır [199]. Ek-2’de sunulmuştur

3.6.3. Çocuklar için Depresyon Ölçeği (ÇDÖ)

Çocukluk çağındaki depresyonu araştırmada en sık kullanılan ölçeklerden biri olan ÇDÖ, Kovacs tarafından geliştirilmiştir [200]. 6-17 yaşları arasındaki çocuk ve ergenlere tarafından doldurulan 27 maddelik bir ölçektir. Her madde belirtinin şiddetine göre 0, 1 ya da 2 puan alır. En üst puan 54’tür. Kesim puanı 19 olarak önerilmektedir. Ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik çalışması Öy tarafından yapılmıştır [201]. Ek-3’de sunulmuştur.

3.6.4. Çocuklar İçin Durumluk- Sürekli Kaygı Envanteri (ÇDKE – ÇSKE)

Spielberger tarafından geliştirilmiş olan bu ölçeğin durumluk ve sürekli kaygı için 20’şer soruluk iki alt ölçeği bulunmaktadır [202]. Her madde belirtinin şiddetine göre 1, 2 ya da 3 olarak puanlanmaktadır. *Durumluk kaygı*; bireyin belirli bir zamanda, belirli şartlar dahilinde hissettiği kaygıyı tanımlamakta ve dış etkenlere göre değişim gösterebilmektedir. *Sürekli kaygı* ise bireyin genel olarak ne hissettiğini tanımlamakta ve bireyin genel olarak anksiyeteye yatkınlığını yansıtmaktadır. Ölçeğin ülkemizdeki geçerlik ve güvenilirlik çalışması Özusta tarafından yapılmıştır [203]. Çocuk ve ergenler tarafından doldurulmuştur. Ek-4’de sunulmuştur.

3.6.5. Yenilenmiş Conners Ana-baba Derecelendirme Ölçeği Türkçe Kısa Formu(Y-CAD-K)

“Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranış Bozuklukları”nı taramak amacıyla kullanılır [204]. Türkçe uyarlama çalışması Kaner ve arkadaşları [205] tarafından yapılmıştır. Toplam 27 maddeden oluşur. Y-CAD-K’de sorular 4’lü likert skalası üzerinde yanıtlanmaktadır. “Hiçbir zaman”, “nadiren”, “sıklıkla” ve “her zaman” seçenekleri sırasıyla; “0”, “1”, “2” ve “3” olarak puanlanmaktadır. Ölçekten alınan

yüksek skorlar yıkıcı bozukluklara özgü belirtilerin yoğunluğunu göstermektedir. Ek-5’de sunulmuştur.

3.6.6. Güçler ve Güçlükler Anketi (GGA)

Bu ölçek 4-16 yaşları için ebeveynlerin doldurduğu, duygusal ve davranışsal sorunları taramada kullanılan kısa bir ölçektir [206]. Türkçe uyarlama çalışması Güvenir ve arkadaşları tarafından 2008 yılında yapılmıştır [207]. Çocuk ve ergenlerdeki davranışsal ve ruhsal sorunları taramak amacıyla uygulanır. GGA bazıları olumlu bazıları olumsuz davranış özelliklerini sorgulayan 25 soru içerir. GGA’nın uzatılmış formu psikiyatrik belirtileri sorgulayan maddelerin yanı sıra belirtilerden etkilenme düzeyini sorgulayan maddeler de içermektedir. Anket ebeveyne verilerek yönergeye uygun olarak doldurulması sağlanır. Anketteki sorularla davranış sorunları, dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik, duygusal sorunlar, akran sorunları, sosyal davranışlar hakkında tarama yapılmasını sağlar. Her başlık kendi içinde değerlendirildiği gibi, ilk dört başlığın toplamı toplam güçlük puanını vermektedir. Ek-6’da sunulmuştur.

3.6.7. Çocuklar İçin Uyku Bozuklukları Ölçeği (ÇUBÖ)

Bruni ve arkadaşları tarafından 1996 yılında geliştirilen Çocuklar İçin Uyku Bozuklukları Ölçeği (“Sleep Disturbances Scale for Children”) spesifik uyku bozukluklarını ve uyku sorunlarını klinikte ve araştırmalarda değerlendirmek üzere geliştirilmiştir [208]. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Bilmenoğlu ve arkadaşları tarafından 2019 yılında yapılmıştır [209]. Ebeveyn bildirimine dayalı olup 26 maddeden oluşmaktadır. 6-16 yaş arası çocuk ve ergenlerde kullanılır. Son 6 aylık dönemi değerlendirmektedir. Likert-tipi derecelendirme ile her bir madde 1-5 arasında puanlandırılmaktadır. Birinci ve ikinci sorular için sırasıyla gecelik toplam uyku süresi ve uykuya dalma süresi işaretlenmektedir. Üçüncü sorudan itibaren puanlama maddedeki davranışın frekansına göre yapılmaktadır. 1: hiçbir zaman, 2: nadiren (ayda bir veya iki kez ya da daha az), 3: bazen (haftada 1 veya 2 kez), 4: sık sık (haftada 3 veya 5 kez), 5: her zaman (her gün) karşılığına gelmektedir. Toplam puan 26-130

arasındadır. Bruni ve ark. toplam puan için kesme değerini 39 olarak önermiştir [208].Ek-7’de sunulmuştur.

3.6.8. Çocuklar İçin Uyku Kalitesi Ölçeği ve Uyku Değişkenleri Anketi (ÇUK-UD)

Bu ölçek Meijer ve Wittenboer tarafından 2004 yılında geliştirilmiştir [210]. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2016 yılında Önder ve arkadaşları tarafından yapılmıştır [211]. Türkçe form 15 maddeden oluşur. Formun son hali uyku kalitesi, ebeveyn kontrolü, toplam uyku süresi, uyku verimliliği, uyku orta noktasını saptamaktadır. Çocuk bildirimine dayalıdır. Ek-8’de sunulmuştur.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi ve İstatistik Analizler

Analizler Sosyal Bilimler İçin İstatistik Paket Programı (Statistical Program for Social Sciences, SPSS)21.0 sürümü ile yapılmıştır. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov veya Shapiro-Wilks istatistikleri ile değerlendirilmiştir. %95 güven düzeyinde çalışılmıştır. Tanımlayıcı analizlerde kategorik değişkenler için frekans ve yüzde; ölçümler için minimum, maksimum, medyan, ortalama ve standart sapma değerleri hesaplanmıştır. Verilerin araştırma ve kontrol gruplarına göre farklılık gösterme durumu parametrik test varsayımları karşılandığında t testi ile, parametrik test varsayımları karşılanmadığında Mann-Whitney U testi analiz edilmiştir. Cinsiyet ve yaşın kontrol altına alındığında grup içinde karşılaştırmada kovaryans analizi (ANCOVA testi)kullanılmıştır. Grup ile Kategorik değişkenler arasındaki ilişki Ki-kare testi ile analiz edilmiştir. Ölçek puanları ile baş ağrısı arasındaki ilişki spearman korelasyon analizi ile değerlendirilmiştir. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak belirlenmiştir.

4. BULGULAR

4.1. Sosyodemografik Özellikler

Araştırmanın analiz aşamasına 8-16 yaş aralığında 202 katılımcının (102 kişi araştırma grubu ve 100 kişi kontrol grubu) verisi dahil edilmiştir. Tüm katılımcıların yaş ortalaması $13,65 \pm 2,25$ yıl olarak saptanmıştır. Araştırma ve kontrol grupları arasında yaş, kardeş sayısı, baba yaşı, anne yaşı ve aylık bildirilen toplam gelir açısından istatistiksel fark bulunmamıştır (Tablo 4.1).

Tablo 4.1. Araştırma ve kontrol gruplarında genel özellikler-nicel değişkenler

	Araştırma Grubu			Kontrol Grubu			Z	P
	n	Ort. $\pm$ SS	Ortanca (Min - Maks)	n	Ort. $\pm$ SS	Ortanca (Min - Maks)		
Yaş	102	13,51 $\pm$ 2,27	14(9-16)	100	14,15 $\pm$ 2,2	15(8-16)	-1,047	0,295
Kardeş Sayısı	102	2,1 $\pm$ 1,3	2(0-6)	93	1,9 $\pm$ 1,2	2(0-6)	-0,936	0,349
Baba Yaşı	102	45,9 $\pm$ 8,1	45(33-71)	93	45,5 $\pm$ 4,9	45(36-56)	-0,377	0,706
Anne Yaşı	102	42,8 $\pm$ 8,2	41(28-67)	93	41,6 $\pm$ 4,7	42(30-52)	-0,613	0,540
Aylık toplam gelir (TL)	79	5443 $\pm$ 3330	5000 (1300-15000)	89	5675 $\pm$ 3021	4000 (2000-10000)	-0,458	0,647

n: sayı, Ort.:Ortalama, SS:standart sapma, Min: minimum, Maks: maksimum, z: Mann Whitney U test istatistiği

Araştırma grubunda 71 erkek ve 31 kız bulunurken, kontrol grubunda 48 erkek ve 37 kız olduğu tespit edilmiştir. Gruplar arasında cinsiyet dağılımı yönünden istatistiksel fark izlenmemiştir ($p=0,063$). Araştırma grubunda tek ebeveyn ile yaşayanların sıklığı kontrol grubuna göre daha fazla olduğu tespit edilmiştir ($p=0,033$). Anne ve babanın eğitim düzeyi açısından gruplar arasında istatistiksel fark izlenmemiştir ($p=0,053$).Babası ve annesi fiziksel olarak sağlıklı olanların oranı kontrol grubunda daha fazla olarak belirlenmiştir (baba için $p=0,001$;anne için $p=0,009$). Gruplar arasında anne baba arasında akrabalık bulunması açısından istatistiksel farklılık izlenmemiştir (Tablo 4.2).

Tablo 4.2. Araştırma ve kontrol gruplarında sosyodemografik özellikler

		Araştırma Grubu	Kontrol Grubu		
		n (%)	n (%)	X^2	p
Cinsiyet	Erkek	71 (69,6)	48 (56,5)	3,458	0,063
	Kız	31 (30,4)	37 (46,5)		
Akraba Evliliği	Yok	86 (88,7)	64 (85,3)	0,420	0,517
	Var	11 (11,3)	11 (14,7)		
Aile Yapısı	Tek ebeveyn	14 (13,9)	2 (2,5)	6,827	0,033
	Çekirdek	71 (70,3)	72 (91,2)		
	Geniş	16 (15,8)	5 (6,3)		
Anne Eğitim Durumu	İlköğretim	32 (35,5)	25(33,3)	7,738	0,053
	Ortaöğretim	34 (37,8)	26 (34,7)		
	Yükseköğretim	24 (26,7)	24 (32)		
Baba Eğitim Durumu	İlköğretim	29 (32,6)	24 (32,9)	7,595	0,055
	Ortaöğretim	28 (31,4)	20 (27,4)		
	Yükseköğretim	32 (36)	29 (39,7)		
Anne Sağlık Durumu	Kronik Hastalık	6 (9,5)	0 (0)	6,787	0,009
	Sağlıklı	57 (90,5)	68 (100)		
Baba Sağlık Durumu	Kronik Hastalık	11 (17)	0 (0)	14,110	0,001
	Sağlıklı	54 (83)	68 (100)		

n: sayı, X^2 : Ki-kare test istatistiği

Gruplar arasında gebelikte komplikasyon, doğum şekli, doğum zamanı ve doğum komplikasyonu açısından istatistiksel farklılık izlenmemiştir (Tablo 4.3).

Araştırma ve kontrol grupları arasında ebeveynlerin bildirdiği yürüme ve konuşmaya başlama zamanı, tuvalet eğitimini kazanma zamanı ve okula başlama yaşları açısından istatistiksel farklılık izlenmemiştir (Tablo 4.4).

Araştırma ve kontrol grupları arasında el tercihi, okul öncesi eğitim alıp almama durumları, okuma-yazmayı öğrenme zamanları yönünden istatistiksel farklılık izlenmemiştir. Okulda sınıf kaybı olan kişilerin oranı araştırma grubunda istatistiksel olarak daha yüksek bulunmuştur (X^2 :6,604;p=0,01) (Tablo 4.5).

Ailesinde fiziksel hastalık öyküsü bulunanların oranı araştırma grubunda kontrol grubuna göre daha yüksek olarak belirlenmiştir ($p=0,014$). Babasında tanı konmuş baş ağrısı bozukluğu bulunanların oranı araştırma grubunda kontrol grubuna göre daha yüksek bulunmuştur ($p=0,047$). Ailede ruhsal hastalık, annede sık baş ağrısı öyküsü bulunması, babada sık baş ağrısı öyküsü bulunması, kardeşlerden birinde sık baş ağrısı öyküsü bulunması ve kardeşlerden birinde tanı konmuş baş ağrısı öyküsü bulunması, anne baba ve kardeşler dışında ailede bilinen sık baş ağrısı öyküsü ve tanı konmuş baş ağrısı bozukluğu bulunması açısından karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel fark bulunmamıştır (Tablo 4.3).

Tablo 4.3. Araştırma ve kontrol grupları ailelerinde sağlık durumu ve başağrısı ile ilgili özellikler

		Araştırma Grubu	Kontrol Grubu		
		n (%)	n (%)	X^2	p
Ailede fiziksel – tıbbi hastalık	Var	26(%26,3)	10(%11,1)	6,070	0,014
	Yok	73(%73,7)	80(%88,9)		
Ailede ruhsal hastalık	Var	14(%14)	5(%5,5)	2,957	0,086
	Yok	86(%86)	86(%94,5)		
Annede sık başağrısı	Var	36(%36,4)	22(%23,7)	3,095	0,079
	Yok	63(%63,6)	71(%76,3)		
Annenin tanı konmuş başağrısı bozukluğu	Var	26(%26,5)	16(%17,2)	1,906	0,167
	Yok	72(%73,5)	77(%82,8)		
Babada sık başağrısı	Var	13(%13,5)	11(%11,8)	0,018	0,892
	Yok	83(%86,5)	82(%88,2)		
Babanın tanı konmuş başağrısı bozukluğu	Var	8(%8,7)	2(%2,1)	2,757	0,047
	Yok	84(%91,3)	92(%97,9)		
Kardeşlerden birinde sık başağrısı	Var	5(%5,2)	5(%5,4)	0,000	1,000
	Yok	92(%94,8)	87(%94,6)		
Kardeşlerde tanı konmuş başağrısı bozukluğu	Var	5(%5,3)	2(%2,2)	0,529	0,467
	Yok	89(%94,7)	89(%97,8)		
Ailede başka bilinen sık başağrısı	Var	10(%10,1)	4(%4,3)	1,657	0,198
	Yok	89(%89,9)	90(%95,7)		
Ailede başka bilinen tanı konmuş başağrısı bozukluğu	Var	8(%8,1)	4(%4,3)	0,643	0,423
	Yok	91(%91,9)	90(%95,7)		

n: Sayı, X^2 : Ki-kare test istatistiği

Araştırma ve kontrol grupları olumsuz yaşam öyküsü açısından karşılaştırıldığında anne baba ayrılığı ($p<0,01$), bir ebeveyninden 1 aydan uzun süre ayrı kalma ($p<0,01$), 3 aydan uzun süre ebeveynlerden ayrı yaşama ($p=0,007$), aile veya

aile dışı kişiler tarafından şiddetle bağırılması ($p=0,009$), aynı evde alkol ya da madde kullanan biri ile 1 aydan uzun süre yaşama ($p=0,042$) öykülerinin bulunma oranlarının ve ebeveynin çocuğunu etkilediğini düşündüğü başka bir travmatik olay yaşanma oranının araştırma grubunda istatistiksel olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.4).

Tablo 4.4. Araştırma ve kontrol gruplarında ebeveynin bildirdiği olumsuz yaşam olayı öyküsü varlığı

		Araştırma Grubu	Kontrol Grubu		
		n (%)	n (%)	X^2	p
Deprem,sel,fırtına, yangın gibi doğal bir afet	Evet	4(%4,1)	7(%7,8)	0,589	0,443
	Hayır	94(%95,9)	83(%92,2)		
Ciddi bir kaza veya yaralanma	Evet	6(%6,2)	6(%6,7)	0,000	1,000
	Hayır	91(%93,8)	84(%93,3)		
Hastaneye yatmayı gerektirecek kadar önemli bir hastalık	Evet	9(%9,5)	12(%13,3)	0,354	0,552
	Hayır	86(%90,5)	78(%86,7)		
Anne-Baba ayrılığı	Evet	28(%28,6)	3(%3,3)	19,907	<0,001
	Hayır	70(%71,4)	87(%96,7)		
Bir ebeveyninden 1 aydan uzun süre ayrı kalma	Evet	42(%42,9)	15(%16,9)	13,681	<0,001
	Hayır	56(%57,1)	74(%83,1)		
3 aydan uzun süre ebeveynlerden ayrı yaşama	Evet	27(%28,1)	10(%11,2)	7,212	0,007
	Hayır	69(%71,9)	79(%88,8)		
Aile (anne, baba, kardeşler) veya aile dışındaki kişilerden(örneğin arkadaş, öğretmen, komşu, akraba) birinin şiddetle bağırması	Evet	38(%38,8)	18(%20,2)	6,792	0,009
	Hayır	60(%61,2)	71(%79,8)		
Aile (anne, baba, kardeşler) veya aile dışındaki kişilerden(örneğin arkadaş, öğretmen, komşu, akraba) birinin 'salak' 'beceriksiz' 'tipsiz' gibi (ya da buna benzer kötü) sıfatlarla seslenmesi, dışlaması	Evet	32(%32,7)	25(%27,8)	0,322	0,570
	Hayır	66(%67,3)	65(%72,2)		
Aile (anne, baba, kardeşler) veya aile dışındaki kişilerden(örneğin arkadaş, öğretmen, komşu, akraba) birinin vücudunda morartı ya da sıyrık oluşturacak şiddette vurması	Evet	14(%14,1)	6(%6,7)	2,050	0,152
	Hayır	85(%85,9)	84(%93,3)		
Aynı ev içinde alkol ya da madde kullanan biri ile 1 aydan uzun süre yaşamış olması	Evet	7(%7,1)	1(%1,1)	2,840	0,042
	Hayır	91(%92,9)	89(%98,9)		
Beslenme-ısınma-giyim gibi temel ihtiyaçların karşılamasının zora girdiği ailevi bir ekonomik zorluk dönemi	Evet	12(%12)	6(%6,7)	,962	0,327
	Hayır	88(%88)	83(%93,3)		
Çocuğunuzu etkilediğini düşündüğünüz BAŞKA travma (ileri derecede üzücü olay) yaşantısı olması	Evet	22(%23,7)	7(%8,2)	6,654	0,010
	Hayır	71(%76,3)	78(%91,8)		

n: Sayı, X^2 : Ki-kare test istatistiği

4.2. Gruplar Arasında HARDSHIP Anketi Karşılaştırılması

HARDSHIP Anketi'nin Temel Tarama ve Teşhis Soruları'na verilen yanıtlar arasında sadece geçen yıl içerisinde baş ağrısı yaşayan kişilerin oranı araştırma grubunda kontrol grubuna göre daha yüksek bulunmuştur ($p=0,014$). Diğer cevaplar bakımından gruplar arasında istatistiksel farklılık bulunmamıştır (Tablo 4.5).

HARDSHIP Anketi Temel Tarama ve Teşhis Soruları yanıtlarının dağılımı araştırma ve kontrol gruplarındaki kızlar ve erkekler arasında ayrı ayrı karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel anlamlı fark bulunmamıştır.

Tablo 4.5. Araştırma ve Kontrol Gruplarında HARDSHIP Anketi'nin Temel Tarama ve Teşhis Soruları Yanıtlarının Dağılımı

		Araştırma Grubu	Kontrol Grubu	İstatistik	
		n (%)	n (%)	X ²	P
Tarama soruları					
Bugüne kadar hiç baş ağrısı çektin mi?	Hayır	17(%17,5)	28(%28)	3,065	0,080
	Evet	80(%82,5)	72(%72)		
Geçen yıl içerisinde hiç başın ağrıdı mı?	Hayır	25(%25,5)	42(%42)	6,011	0,014
	Evet	73(%74,5)	58(%58)		
Teşhis soruları					
Baş ağrın genellikle ne kadar sürüyor?	1 saatten daha az	37(%46,8)	31 (%49,2)	1,639	0,651
	1-2 saat	27(%34,2)	23(%36,5)		
	2-4 saat	10(%12,7)	4(%6,3)		
	4 saatten fazla	5(%6,3)	5(%7,9)		
Baş ağrın genellikle ne kadar şiddetli oluyor?	Çok kötü değil	46(%59,7)	42(%65,6)	1,574	0,455
	Oldukça kötü	25(%32,5)	15(%23,4)		
	Çok kötü	6(%7,8)	7(%10,9)		
Baş ağrını en iyi hangisi anlatıyor?	Başım zonkluyor ya da içeriden bir şey atıyor sanki	56(%74,7)	40(%64,5)	1,668	0,197
	Kafama birisi bastırıyor gibi	19(%25,3)	22(%35,5)		

Tablo 4.5. (Devamı) Araştırma ve Kontrol Gruplarında HARDSHIP Anketi'nin Temel Tarama ve Teşhis Soruları Yanıtlarının Dağılımı

		Araştırma Grubu	Kontrol Grubu	İstatistik	
		n (%)	n (%)	X ²	P
Baş ağrının genellikle başının tek tarafında mı, ortasında mı yoksa her iki tarafında mı oluyor?	Tek tarafta	17(%22,4)	16(%25,8)	0,760	0,684
	Ortada	26(%34,2)	17(%27,4)		
	İki tarafta da	33(%43,4)	29(%46,8)		
Hareket etmek (yürümek ya da merdivenleri çıkmak) baş ağrısını daha da kötüleştiriyor mu?	Hayır	48(%62,3)	40(%62,5)	0,000	1,000
	Evet	29(%37,7)	24(%37,5)		
Başın ağrıdığı anda hareket etmeye (yürümeye ya da merdivenleri çıkmaya) üşeniyor musun?	Hayır	29(%37,7)	26(%40,6)	0,129	0,720
	Evet	48(%62,3)	38(%59,4)		
Baş ağrının olduğunda kendini hasta gibi hissediyor musun (sanki kusacakmışın gibi)?	Hayır	45(%58,4)	37(%59,7)	0,022	0,883
	Evet	32(%41,6)	25(%40,3)		
Başın ağrıdığı anda gerçekten hasta oluyor musun (kustuğun oluyor mu)?	Hayır	69(%89,6)	57(%90,5)	0,029	0,865
	Evet	8(%10,4)	6(%9,5)		
Başın ağrıdığı anda karanlık bir yerde mi olmak istiyorsun?	Hayır	44(%57,9)	46(%73)	3,451	0,063
	Evet	32(%42,1)	17(%27)		
Başın ağrıdığı anda sessiz bir yerde mi olmak istiyorsun?	Hayır	12(%15,8)	19(%30,2)	3,317	0,069
	Evet	64(%84,2)	44(%69,8)		

HARDSHIP Anketi'nde Baş Ağrısının Son Dönemde Yaşama Etkisine Dair Sorulara verilen yanıtların dağılımına bakıldığında geçen hafta baş ağrısı yaşanan gün ortalamasının araştırma grubunda daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p= 0,045$). Dün baş ağrısı olup olmadığı sorusuna 'evet' yanıtı veren kişilerin oranı araştırma grubunda daha yüksektir ($p= 0,047$). HARSHIP Anketi'nde Baş Ağrısının Son Dönemde Yaşama Etkisi bölümündeki diğer yanıtların dağılımında gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmamıştır (Tablo 4.6).

Ek olarak HARSHIP Anketi'nde baş ağrısının yaşama son 1 haftadır, 4 haftadır ve dün olan etkilerini sorgulayan bölümündeki sorulara verilen yanıtlar

araştırma ve kontrol gruplarında yer alan kızlar ve erkekler arasında ayrı ayrı karşılaştırıldığında istatistiksel anlamlı fark bulunmamıştır.

Tablo 4.6. Araştırma ve Kontrol Gruplarında HARSHIP Anketi'nin Baş Ağrısının Son Dönemde Yaşama Etkisi Sorularına Verilen Yanıtlarının Dağılımı

	Araştırma Grubu		Kontrol Grubu		İstatistik	
	Ort. ± SS	Ortanca (Min - Maks)	Ort. ± SS	Ortanca (Min - Maks)	z	P
Başağrısının son 1 haftadır olan etkisi						
Geçen hafta kaç gün baş ağrın oldu?	1,44±1,6 1	1(0-7)	0,95±1,18	1(0-5)	-2,029	0,045
Geçen hafta kaç gün baş ağrın yüzünden ilaç aldın?	0,57±0,9 6	0(0-4)	0,71±1,35	0(0-5)	0,711	0,478
Başağrısının son 4 haftadır olan etkisi						
Geçtiğimiz dört hafta içinde kaç gün baş ağrın oldu?	4,24±5,0 3	2(0-26)	3,45±4,37	2(0-20)	-,956	,341
Geçtiğimiz dört hafta içinde baş ağrın yüzünden ilaç aldın?	1,81±3,8 1	0(0-22)	1,15±1,96	0(0-10)	-1,246	,216
Geçtiğimiz dört hafta içinde kaç gün baş ağrın yüzünden okula gitmedin?	0,07±0,5 2	0(0-4)	0,03±0,18	0(0-1)	-,472	,638
Geçtiğimiz dört hafta içinde kaç gün baş ağrıları yüzünden okuldan erken ayrıldın?	0,05±0,3 9	0(0-3)	0,02±0,13	0(0-1)	-,632	,528
Geçtiğimiz dört hafta içinde baş ağrıların yüzünden yapmak istediğin şeyleri yapamadın?	2,2±4,83	0(0-28)	1,87±4,76	0(0-28)	-,385	,701
Geçtiğimiz dört hafta içinde başın ağrıdığı için annenin ya da babanın işe gidemediği gün sayısı?	0,21±0,4 2	0(0-1)	0,67±2	0(0-6)	,677	,517
			Araştırma Grubu n (%)	Kontrol Grubu n (%)	X ²	p
Başağrısının son 4 haftadır olan etkisi						
Geçtiğimiz dört hafta içinde başın ağrıdığı için annenin ya da babanın işe gidemediği veya işte zaman kaybettiği oldu mu?	Hayır	69(%89,6)	57(%90,5)	0,060	0,806	
	Evet	8(%10,4)	6(%9,5)			
Başağrısının dün olan etkisi						
Dün baş ağrın oldu mu?	Hayır	48(%68,6)	51(%85)	3,940	0,047	
	Evet	22(%31,4)	9(%15)			
Ne kadar şiddetliydi?	Çok kötü değil	16(%57,1)	16(%84,2)	4,439	0,109	
	Oldukça kötü	9(%32,1)	3(%15,8)			
	Çok kötü	3(%10,7)	0(%0)			
Dün okuldan kaybın oldu mu?	Hayır	41(%97,6)	25(%96,2)	0,000	1,000	
	Evet, erken çıktım	1(%2,4)	1(%3,8)			
	Evet, hiç gitmedim	0(%0)	0(%0)			

HARDSHIP Anketi'nin Baş Ağrısının Geçmiş 4 Haftada Yaşama Genel Etkisi sorularına verilen yanıtların dağılımına bakıldığında gruplar arasında istatistiksel fark bulunmamıştır (Tablo 4.7). Ek olarak HARDSHIP Anketi'nin Baş Ağrısının Geçmiş 4 Haftada Yaşama Genel Etkisi sorularına verilen yanıtları araştırma ve kontrol gruplarında yer alan kızlar ve erkekler arasında ayrı ayrı karşılaştırıldığında gruplar arasında yanıtların dağılımı açısından istatistiksel anlamlı fark bulunmamıştır.

Tablo 4.7. Araştırma ve Kontrol Gruplarında HARDSHIP Anketi'nin Baş Ağrısının Geçmiş 4 Haftada Yaşama Genel Etkisi Sorularına Verilen Yanıtlarının Dağılımı

Geçmiş 4 haftada		Araştırma Grubu n (%)	Kontrol Grubu n (%)	χ^2	p
Başım ağrıyacak diye korktum	Asla	23(%79,3)	21(%87,5)	1,129	0,569
	Bazen	5(%17,2)	3(%12,5)		
	Sık sık	1(%3,4)	0(%0)		
	Her zaman	0(%0)	0(%0)		
Baş ağrılarım yüzünden ailem bazı şeyleri yapmama izin vermedi	Asla	11(%73,3)	10(%66,7)	1,548	0,461
	Bazen	3(%20)	5(%33,3)		
	Sık sık	1(%6,7)	0(%0)		
	Her zaman	0(%0)	0(%0)		
Baş ağrılarım yüzünden konsantre olamadım	Asla	26(%53,1)	22(%51,2)	1,753	0,416
	Bazen	12(%24,5)	15(%34,9)		
	Sık sık	11(%22,4)	6(%14)		
	Her zaman	0(%0)	0(%0)		
Baş ağrılarım yüzünden üzgündüm	Asla	15(%41,7)	22(%68,8)	5,180	0,075
	Bazen	13(%36,1)	7(%21,9)		
	Sık sık	8(%22,2)	3(%9,4)		
	Her zaman	0(%0)	0(%0)		
Baş ağrılarım bana fazla bir sorun yaratmadı	Asla	29(%61,7)	23(%62,2)	0,859	0,835
	Bazen	9(%19,1)	8(%21,6)		
	Sık sık	8(%17)	6(%16,2)		
	Her zaman	1(%2,1)	0(%0)		
Kimsenin başımın ağrıdığını fark etmesini istemedim	Asla	17(%51,5)	14(%63,6)	1,847	0,605
	Bazen	5(%15,2)	4(%18,2)		
	Sık sık	10(%30,3)	4(%18,2)		
	Her zaman	1(%3)	0(%0)		

HARDSHIP Anketi'nin Yaşam Kalitesine dair sorulara verilen yanıtlar değerlendirildiğinde araştırma grubunda geçmiş 4 haftada kendisini hasta hisseden kişilerin oranı araştırma grubunda daha yüksek ($p=0,001$), son 4 haftada yorgun ve bitkin hisseden kişilerin oranı ($p=0,007$), son 4 haftada canı sıkılmış hissedenlerin oranı ($p=0,039$), son 4 haftada kendisini yalnız hissedenlerin oranı ($p=0,030$) ve son 4 haftada kendisini diğer çocuklardan farklı hissedenlerin oranı ($p=0,022$) araştırma grubunda daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.8).

Tablo 4.8. Araştırma ve Kontrol Gruplarında HARDSHIP Anketi'nin Yaşam Kalitesine Dair Sorularına Verilen Yanıtlarının Dağılımı

Geçmiş 4 haftada		Araştırma Grubu n (%)	Kontrol Grubu n (%)	X ²	p
Kendimi hasta hissediyordum	Asla	38(%67,9)	44(%97,8)	14,665	0,001
	Bazen	15(%26,8)	1(%2,2)		
	Sık sık	3(%5,4)	0(%0)		
	Her zaman	0(%0)	0(%0)		
Yorgun ve bitkindim	Asla	45(%61,6)	55(%78,6)	9,836	0,007
	Bazen	12(%16,4)	12(%17,1)		
	Sık sık	16(%21,9)	3(%4,3)		
	Her zaman	0(%0)	0(%0)		
Enerji doluydum	Asla	36(%45,6)	41(%45,1)	0,048	0,976
	Bazen	25(%31,6)	28(%30,8)		
	Sık sık	18(%22,8)	22(%24,2)		
	Her zaman	0(%0)	0(%0)		
Eğlendim ve çok güldüm	Asla	40(%45,5)	43(%45,7)	0,731	0,694
	Bazen	31(%35,2)	37(%39,4)		
	Sık sık	17(%19,3)	14(%14,9)		
	Her zaman	0(%0)	0(%0)		
Canım sıkıldı	Asla	40(%46,5)	59(%65,6)	6,485	0,039
	Bazen	30(%34,9)	20(%22,2)		
	Sık sık	16(%18,6)	11(%12,2)		
	Her zaman	0(%0)	0(%0)		
Kendimi yalnız hissettim	Asla	29(%50,9)	36(%70,6)	7,035	0,030
	Bazen	11(%19,3)	10(%19,6)		
	Sık sık	17(%29,8)	5(%9,8)		
	Her zaman	0(%0)	0(%0)		
Kendimi korkmuş hissediyordum	Asla	37(%74)	19(%86,4)	1,646	0,439
	Bazen	7(%14)	1(%4,5)		
	Sık sık	6(%12)	2(%9,1)		
	Her zaman	0(%0)	0(%0)		

Tablo 4.8. (Devamı) Araştırma ve Kontrol Gruplarında HARSHIP Anketi'nin Yaşam Kalitesine Dair Sorularına Verilen Yanıtlarının Dağılımı

Geçmiş 4 haftada		Araştırma Grubu n (%)	Kontrol Grubu n (%)	X ²	p
Kendimden hoşnuttum	Asla	38(%52,1)	33(%37,1)	3,835	0,147
	Bazen	14(%19,2)	25(%28,1)		
	Sık sık	21(%28,8)	31(%34,8)		
	Her zaman	0(%0)	0(%0)		
Kendimi evde iyi hissediyordum	Asla	24(%27,9)	28(%30,1)	1,401	0,496
	Bazen	32(%37,2)	27(%29)		
	Sık sık	30(%34,9)	38(%40,9)		
	Her zaman	0(%0)	0(%0)		
Arkadaşlarımla iyi geçindim	Asla	22(%24,4)	15(%15,6)	2,268	0,322
	Bazen	32(%35,6)	38(%39,6)		
	Sık sık	36(%40)	43(%44,8)		
	Her zaman	0(%0)	0(%0)		
Kendimi diğer çocuklarda farklı hissettim	Asla	24(%42,9)	33(%68,8)	7,612	0,022
	Bazen	17(%30,4)	6(%12,5)		
	Sık sık	15(%26,8)	9(%18,8)		
	Her zaman	0(%0)	0(%0)		
Okul ödevlerini yapmak zor gelmedi	Asla	37(%55,2)	37(%49,3)	2,017	0,365
	Bazen	9(%13,4)	17(%22,7)		
	Sık sık	21(%31,3)	21(%28)		
	Her zaman	0(%0)	0(%0)		

4.3. Gruplar Arasında Psikiyatrik Ölçek Karşılaştırılması

Depresyon ve anksiyete açısından ÇDÖ ($p<0,001$), ÇDKE ($p<0,001$) ve ÇSKE ($p<0,001$) puanları değerlendirildiğinde ortalama ölçek puanlarının araştırma grubunda anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır. Y-CAD-K'na verilen yanıtların dağılımında karşı gelme ($p=0,005$), bilişsel problemler/dikkatsizlik ($p<0,001$) ve DEHB indeksi ($p=0,003$) alt ölçek puanlarının araştırma grubunda anlamlı olarak yüksek olduğu bulunmuştur. GGA'ya verilen yanıtların dağılımında aşırı hareketlilik ($p=0,015$), davranış sorunları ($p=0,033$), duygusal sorunlar ($p=0,002$) alt ölçek puanları ve toplam güçlük puanı ($p=0,003$) araştırma grubunda daha yüksek saptanmıştır (Tablo 4.9).

Tablo 4.9. Araştırma ve Kontrol Gruplarında Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

	Araştırma Grubu			Kontrol Grubu			İstatistik	
	n	Ort. ± SS	Ortanca(Min - Maks)	n	Ort. ± SS	Ortanca(Min - Maks)	z	P
Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği	98	16,59±9,98	14(2-46)	87	10,14±7,54	9(0-43)	-5,092	<0,001
Çocuk Durumluk Kaygı Envanteri	87	35,95±8,41	34(21-58)	82	31,28±6,9	30(21-56)	-3,936	<0,001
Çocuk Sürekli Kaygı Envanteri	87	39,57±8,32	39(20-56)	85	34,06±7,18	33(21-58)	-4,649	<0,001
Y-CAD-K								
Karşı Gelme	84	7,04±4,57	6(0-18)	92	4,96±4,31	4(0-17)	-2,820	0,005
Bilişsel Problemler / Dikkatsizlik	85	6,16±5,73	5(0-18)	77	3,28±3,44	2(0-12)	-3,704	<0,001
Hiperaktivite	85	3,09±3,63	2(0-15)	87	2,59±3,28	1(0-16)	-0,880	0,380
DEHB İndeksi	90	13,1±9,72	12(0-33)	72	8,74±7,3	7(0-27)	-2,994	0,003
Güçler ve Güçlükler Anketi								
Aşırı Hareketlilik	87	4,55±2,29	4(0-10)	94	3,73±2,2	4(0-10)	-2,449	0,015
Davranış Sorunları	83	2,94±2	2(0-8)	89	2,08±1,99	2(0-8)	-2,124	0,033
Duygusal Sorunlar	82	3,71±2,83	4(0-10)	93	2,33±2,2	2(0-10)	-3,545	0,002
Akran Sorunları	85	3,02±2,04	3(0-9)	92	2,96±1,94	2,5(0-10)	-0,524	0,540
Sosyal Davranış	87	7,52±2,15	8(0-10)	94	7,53±2,68	8(0-10)	0,941	0,135
Toplam GGA Puanı	75	13,65±5,97	14(2-29)	84	11,15±6,29	10(1-30)	-2,562	0,003
n: sayı, Ort.:Ortalama, SS:standart sapma, Min: minimum, Maks:maksimum, z: Mann Whitney U test istatistiği								

ÇUBÖ'ne verilen yanıtlara göre hesaplanan puanların dağılımına göre uykuyu başlatma ve sürdürme sorunu ($p=0,005$), aşırı uykululuk sorunu ($p= 0,046$), toplam uyku sorunları puanları ($p= 0,038$) araştırma grubunda anlamlı olarak yüksektir. Uyku Kalitesi Ölçeği puanı kontrol grubunda anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p<0,001$) (Tablo 4.10).

Tablo 4.10. Araştırma ve Kontrol Gruplarında Çocuklar İçin Uyku Bozuklukları Ölçeği ve Çocuklar İçin Uyku Kalitesi Ölçeği Puanları

	Araştırma Grubu			Kontrol Grubu			İstatistik	
	n	Ort. ± SS	Ortanca (Min - Maks)	n	Ort. ± SS	Ortanca (Min - Maks)	z	P
Çocuklar İçin Uyku Bozuklukları Ölçeği								
Uykuyu Başlatma ve Sürdürme Sorunları	77	15,3±6,36	14(7-31)	70	12,46±4,29	11(7-23)	-2,883	0,005
Uykuda Solunum Sorunları	76	3,92±1,88	3(3-12)	77	3,68±1,28	3(3-9)	-0,945	0,346
Uykudan Uyanma Sorunları	76	4,24±1,88	4(3-14)	78	3,83±1,28	3(3-8)	-1,562	0,120
Uyku Uyanıklık Geçiş Sorunları	73	9,32±3,99	8(6-24)	76	8,84±3,56	7,5(6-24)	-0,769	0,443
Aşırı Uykululuk Sorunları	76	8,14±3,93	7(5-25)	79	7,08±3,09	6(5-18)	-1,529	0,046
Uykuda Aşırı Terleme	76	2,66±1,23	2(2-8)	79	2,8±1,44	2(2-8)	0,647	0,519
Toplam ÇUBÖ Puanı	73	43,36±15,01	40(28-90)	70	38,48±10,42	35(26-68)	-2,099	0,038
Çocuklar İçin Uyku Kalitesi Ölçeği								
Uyku Kalitesi	82	14,1±3,19	14(8-21)	89	11,91±2,28	12(7-17)	-4,639	<0,001
n: sayı, Ort.: Ortalama, SS: standart sapma, Min: minimum, Maks: maksimum, z: Mann Whitney U test istatistiği								

Cinsiyet ve yaş değişkenleri kontrol altına alındığında ÇDÖ, ÇDKE, ÇSKE, Y-CAD-K, GGA, ÇUBÖ ve ÇUK-UD puanları araştırma grubunda anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p<0,050$).

Tablo 4. 11. Cinsiyet ve Yaş Değişkeni Kontrol Altına Alındığında Ölçek Puanları

	Karelerin Toplamı Tip 3	df	Kare ortalaması	F	p	Eta kare
Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği	2018,395	1	2018,395	26,367	<0,001	,121
Çocuk Durumluk Kaygı Envanteri	1041,075	1	1041,075	19,180	<0,001	,104
Çocuk Sürekli Kaygı Envanteri	1083,576	1	1083,576	18,585	<0,001	,100
Yenilenmiş Conners Anababa Derecelendirme Ölçeği Kısa Türkçe Formu						
Karşı Gelme	122,608	1	122,608	6,213	0,014	,042
Bilişsel Problemler Dikkatsizlik	289,116	1	289,116	14,610	<0,001	,093
Hiperaktivite	7,214	1	7,214	0,635	,427	,004
DEHB İndeksi	531,905	1	531,905	7,483	0,007	,053
Güçler ve Güçlükler Anketi						
Aşırı Hareketlilik	26,961	1	26,961	5,325	0,022	,029
Davranış Sorunları	12,065	1	12,065	3,029	0,084	,018
Duygusal Sorunlar	66,617	1	66,617	10,785	0,001	,059
Akran Sorunları	0,586	1	0,586	0,151	0,698	,001
Sosyal Davranış	2,328	1	2,328	0,403	0,526	,002
Toplam GGA Puanı	232,811	1	232,811	6,117	0,014	,038
Çocuklar İçin Uyku Bozuklukları Ölçeği						
Uykuyu Başlatma ve Sürdürme Sorunları	257,638	1	257,638	9,005	0,003	,068
Uykuda Solunum Sorunları	1,602	1	1,602	0,635	0,427	,004
Uykudan Uyanma Sorunları	5,702	1	5,702	2,196	0,140	,014
Uyku Uyanıklık Geçiş Sorunları	9,255	1	9,255	0,646	0,423	,004
Aşırı Uykululuk Sorunları	24,488	1	24,488	1,977	0,162	,013
Uykuda Aşırı Terleme	0,247	1	0,247	0,139	0,710	,001
Toplam ÇUBÖ Puanı	780,098	1	780,098	4,814	0,030	,040
Çocuklar için Uyku Kalitesi Ölçeği	168,990	1	168,990	23,780	<0,001	,139

4.4. Araştırma Grubunda Baş Ağrısı Olan ve Olmayan Gruplar Arasında Psikiyatrik Belirtilerin Karşılaştırmaları

Araştırma grubunda olan kişiler, geçen yıl baş ağrısı şikayeti olma durumuna göre ikiye ayrılmıştır. 73 kişi geçen yıl baş ağrısı şikayeti olduğundan yakınırken 25 kişide baş ağrısı olmamıştır. Gruplar ikiye ayrıldıktan sonra ölçek puanları karşılaştırma analizleri yapılmıştır. Baş ağrısı olan çocuklarda ÇDÖ, ÇDKE ve ÇSKE

puanları anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p < 0,010$). Gruplar arasında Y-CAD-K, GGA, ÇUBÖ ve ÇUK-UD puanları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p > 0,050$). Fakat GGA alt ölçek puanlarından duygusal sorunlar baş ağrısı olan grupta anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır ($p = 0,015$) (Tablo 4.12.).

Tablo 4.12. Araştırma Grubunda Baş Ağrısı Olan ve Olmayanların Ölçekler Açısından Karşılaştırılması

	Baş Ağrısı Olan (n = 73)	Baş Ağrısı Olmayan (n = 25)			
	Ortanca(Min - Maks)		U	z	P
Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği	16 (2-42)	12 (4-24)	521,5	-2,991	0,003
Çocuk Durumluk Kaygı Envanteri	36 (25-58)	30 (21-47)	364,5	-3,384	0,001
Çocuk Sürekli Kaygı Envanteri	41 (23-56)	34 (20-51)	414,5	-2,881	0,004
Y-CAD-K					
Karşı Gelme	5 (0-16)	7 (0-18)	413,5	-1,049	0,294
Bilişsel Problemler / Dikkatsizlik	6 (0-18)	2 (0-17)	461,5	-1,090	0,276
Hiperaktivite	2 (0-14)	2 (0-14)	481,5	-0,856	0,392
DEHB İndeksi	13 (0-33)	8 (0-33)	424,5	-0,792	0,428
Toplam Y-CAD-K Puanı	25 (0-76)	16 (0-75)	234,0	-0,879	0,379
Güçler ve Güçlükler Anketi					
Aşırı Hareketlilik	4 (1-10)	4 (0-8)	576,5	-1,264	0,206
Davranış Sorunları	2 (0-6)	3 (0-8)	631,0	-0,308	0,758
Duygusal Sorunlar	4 (0-10)	3 (0-6)	437,5	-2,421	0,015
Akran Sorunları	3 (0-9)	3 (0-7)	651,5	-0,397	0,691
Sosyal Davranış	8 (0-10)	8 (3-10)	667,0	-0,463	0,644
Toplam GGA Puanı	14 (3-25)	12 (2-23)	442,0	-1,541	0,123
Çocuklar İçin Uyku Bozuklukları Ölçeği					
Uykuyu Başlatma ve Sürdürme Sorunları	14 (8-29)	12 (7-25)	292,5	-0,697	0,486
Uykuda Solunum Sorunları	3 (3-12)	3 (3-6)	536,0	-0,058	0,954
Uykudan Uyanma Sorunları	3 (3-14)	4 (3-5)	512,0	-0,140	0,889
Uyku Uyanıklık Geçiş Sorunları	8 (6-24)	8 (6-14)	400,5	-0,921	0,357
Aşırı Uykululuk Sorunları	7 (5-25)	7 (5-10)	475,0	-0,803	0,422
Uykuda Aşırı Terleme	2 (2-7)	2 (2-4)	516,0	-0,357	0,721
Toplam ÇUBÖ Puanı	41 (28-90)	38 (29-57)	222,0	-0,909	0,363
Çocuklar İçin Uyku Kalitesi ve Uyku Değişkenleri Anketi					
Uyku Kalitesi	14 (8-21)	13 (9-19)	294,0	-0,492	0,622
n: sayı, Min: minimum, Maks:maksimum, U: Mann Whitney U değeri z: Mann Whitney U test istatistiği					

Tüm örnekleme son 1 hafta içinde baş ağrısının olduğu gün sayısı ile ölçek puanları arasında korelasyon analizi yapılmıştır. Son 1 hafta içinde baş ağrısının olduğu gün sayısı ile ÇDÖ, ÇDKE, ÇSKE, GGA – Aşırı hareketlilik, Duygusal sorunlar, akran sorunları, toplam puan, ÇUBÖ - uykuyu başlatma ve sürdürme sorunları, uykuda solunum sorunları, aşırı uykululuk sorunları ve ÇUK-UD - uyku kalitesi puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmışken Y-CAD-K puanları arasında bir ilişki saptanmamıştır (Tablo 4.13.).

Tablo 4.13. Son 1 Hafta İçinde Baş Ağrısının Olduğu Gün Sayısı İle Ölçeklerin Korelasyon Analizleri

	Son 1 hafta içinde baş ağrısının olduğu gün sayısı	
	r_s	P
Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği	0,381	< 0,010
Çocuk Durumluk Kaygı Envanteri	0,369	< 0,010
Çocuk Sürekli Kaygı Envanteri	0,376	< 0,010
Y-CAD-K		
Karşı Gelme	0,114	> 0,050
Bilişsel Problemler / Dikkatsizlik	-0,021	> 0,050
Hiperaktivite	0,006	> 0,050
DEHB İndeksi	-0,043	> 0,050
Toplam Y-CAD-K Puanı	0,020	> 0,050
Güçler ve Güçlükler Anketi		
Aşırı Hareketlilik	0,186	< 0,050
Davranış Sorunları	0,183	> 0,050
Duygusal Sorunlar	0,426	< 0,010
Akran Sorunları	0,208	< 0,050
Sosyal Davranış	-0,103	> 0,050
Toplam GGA Puanı	0,353	< 0,010
Çocuklar İçin Uyku Bozuklukları Ölçeği		
Uykuyu Başlatma ve Sürdürme Sorunları	0,125	< 0,050
Uykuda Solunum Sorunları	-0,198	< 0,050
Uykudan Uyanma Sorunları	0,024	> 0,050
Uyku Uyanıklık Geçiş Sorunları	-0,046	> 0,050
Aşırı Uykululuk Sorunları	0,205	< 0,050
Uykuda Aşırı Terleme	-0,113	> 0,050
Toplam ÇUBÖ Puanı	0,008	> 0,050
Çocuklar İçin Uyku Kalitesi ve Uyku Değişkenleri Anketi		
Uyku Kalitesi	0,309	< 0,010

* r_s = spearman korelasyon katsayısı

5. TARTIŞMA

Araştırmamızda psikiyatrik yakınması olan ve olmayan çocuk ve ergenlerin sosyodemografik özellikleri, baş ağrısı belirtileri, baş ağrısının özellikleri, baş ağrısının günlük hayatı ve yaşam kalitesini etkileme durumu karşılaştırılmıştır.

Psikiyatrik belirtiler depresif belirtiler, kaygı belirtileri, genel psikopatoloji düzeyleri, dikkat eksikliği ve hiperaktivite belirtileri ve uyku sorunları kapsamında incelenmiştir. Psikiyatrik yakınması olan ve olmayan gruplar psikiyatrik belirtiler açısından da karşılaştırılmıştır ve bu karşılaştırmalarda yaş ve cinsiyet değişkeni kontrol edilerek olası karıştırıcı faktörlerin etkisi en aza indirilmiştir. Ayrıca psikiyatrik yakınması olan çocuk ve ergenler, son 1 yıl içinde baş ağrısı şikayeti olanlar ve olmayanlar olarak ikiye ayrılarak psikiyatrik belirtiler açısından tekrar karşılaştırılmıştır. Son olarak son 1 hafta içerisinde baş ağrısı olan gün sayısı ile psikiyatrik belirtiler arasındaki ilişkiler incelenmiştir.

Çalışmamızda sonuçlar genel olarak değerlendirildiğinde psikiyatrik yakınması olan çocuk ve ergenlerin son 1 yılda, son 1 haftada ve son 1 günde daha fazla baş ağrısı şikayeti bildirdikleri gözlenmiştir. Ayrıca psikiyatrik yakınması olanların içinde baş ağrısı yakınması olanların depresif ve kaygı belirtilerinin daha fazla olduğu görülmüş ve baş ağrısı olan günler arttıkça depresif ve kaygı belirtilerinin de arttığı saptanmıştır. Baş ağrısı ile içe yönelim belirtilerinin ilişkili olduğu saptanmıştır.

5.1. Sosyodemografik Özellikler

Çalışmamızda araştırma ve kontrol grubunda yaş, kardeş sayısı, anne yaşı, baba yaşı, aylık ortalama gelir, cinsiyet, akraba evliliği, anne eğitim durumu ve baba eğitim durumu açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır. Gruplar arasından bu değişkenler açısından bir fark olmaması değişkenlerin karıştırıcı etkisinin olmadığını ve grupların diğer değişkenler açısından homojen dağıldığını göstermektedir. Bu nedenle fark bulunmaması istenen bir sonuç olmuştur. Aynı zamanda kontrol grubunu seçerken araştırma grubundaki çocuk ve ergenlerin sosyal çevrelerindeki aynı yaş ve

cinsiyettekileri araştırmaya almanın bir etkisi olarak gruplar arasında bu değişkenler açısından fark olmaması şaşırtıcı bir sonuç olmamıştır. Çünkü literatürde yaş ile psikiyatrik yakınmaların ve belirtilerin belirgin olarak değişkenlik gösterdiği aynı zamanda cinsiyetin de bu ilişkiye önemli bir katkısının olduğu oldukça iyi bilinmektedir. Psikiyatrik yakınma ve belirtilerin değişkenlik göstermesinde bir diğer önemli faktör olan sosyoekonomik düzey parametrelerinden anne-baba eğitim durumu ve aylık ortalama gelir açısından gruplar arası fark olmaması da çalışmanın sonuçlarının genellenebilirliğini arttırmaktadır.

Araştırma grubunda aile yapısı özellikleri incelendiğinde, tek ebeveynli ve geniş ailelerin daha çok olduğu gözlenmiştir. Aile yapısının psikolojik stres ile ilişkili olduğu, özellikle tek ebeveynli ailelerde olumsuz yaşam olaylarına daha fazla maruz kalma sonucunda psikolojik stresin arttığı bilinmektedir [212]. Bu nedenle psikiyatrik yakınma nedeniyle polikliniğe başvuran çocuk ve ergenlerde daha fazla tek ebeveynli aile yapısı olması şaşırtıcı olmamıştır. Gelişmiş batı ülkelerinde geniş ailelerde yaşamının sosyal desteği arttırdığı için psikolojik stres için koruyucu olduğu düşünülürken bizim ülkemizde ayrışma bireyselleşme sorunları, sınırların birbirine geçmesi gibi faktörlerin sonucu kaotik ev ortamı nedeniyle başta anksiyete olmak üzere birçok psikiyatrik belirtinin arttığı düşünülmektedir [213, 214].

Araştırma grubunda anne ve babanın daha fazla oranda kronik hastalığı olduğu gözlenmiştir. Ayrıca araştırma grubunda ailede fiziksel-tıbbi hastalık varlığı ve babanın tanı konmuş baş ağrısı bozukluğu oranları daha yüksek bulunmuştur. Literatürde birçok araştırmada ailedeki kronik hastalıkların, ailenin işlevselliğini bozarak baş etme becerilerini düşürmesi nedeniyle ruh sağlığı için önemli bir risk faktörü olduğu gösterilmiştir [215]. 2014 yılında 2500 gencin değerlendirildiği bir çalışmada ebeveynlerdeki kronik hastalık durumunun gençlerin ruh sağlığını ciddi ölçüde etkilediği ve bu etkinin psikiyatrik hastalık tanısı olan ebeveynlerin çocuklarında daha fazla olduğu saptanmıştır [216]. Hem psikiyatrik hem de psikiyatrik olmayan kronik hastalığı olan ailelerde öncelikle ekonomik olarak zorlukların başladığı, ardından tedavi süreçlerinde yaşanan aksaklıkların kaotik ev ortamına zemin hazırladığı düşünülmektedir. Bu nedenle bu tip ailelerde daha fazla oranda psikiyatrik yakınmanın olması beklenen bir sonuç olacaktır.

Çalışmamızda gruplar arasında perinatal özellikler, gelişim basamakları ve eğitsel süreçler açısından bir fark bulunmamıştır. Bakılan nörogelişimsel faktörlerin birçoğunda fark olmaması karıştırıcı değişken etkisinin olmaması açısından istenen bir sonuçtur çünkü gelişim basamaklarında gerilik olan, erken doğum öyküsü olan veya okumayı geç öğrenen bir çocuğun baş ağrısından bağımsız olarak psikiyatrik belirtilerinin daha fazla olacağı açıktır. Fakat okulda sınıf kaybı araştırma grubunda daha yüksek oranda gözlenmiştir.

Çalışmamızda araştırma grubundaki çocuk ve ergenlerde daha fazla olumsuz yaşam olayı bildirildiği gözlenmiştir. Özellikle anne-baba ayrılığı, ebeveynlerden uzak kalma ve uzak yaşama, aile üyelerinden birinin bağırmaması, aile üyelerinden birinin alkol veya madde kullanması öne çıkan olumsuz yaşam olaylarından olmuştur. Araştırma grubunda tek ebeveynli aile yapısı daha fazlaydı; tek ebeveynli aile yapısı anne-baba ayrılığı ve en az bir ebeveynlerden uzak kalarak yaşamının bir sonucu olarak düşünüldüğünde önemli bir psikolojik stres faktörü olarak görülebilir [212]. Kaotik ev ortamının, aile üyelerinden birinin madde kullanması gibi, psikiyatrik yakınmaları arttırdığı bilinmektedir [212, 216]. Çalışmada psikiyatrik yakınması olan grupta baş ağrısı şikayetinin daha fazla olduğu görülmüştür. Baş ağrısı ile ilgili yapılan araştırmalarda çocukluk çağındaki olumsuz yaşam olaylarının genetik yatkınlıkla beraber ağrı hiperaleji durumu arttırabileceği bildirilmiştir [217, 218].

5.2. Gruplar Arasında HARSHIP Anketi Karşılaştırmaları

Yaşam boyu baş ağrısı yakınması olma durumu araştırma grubunda daha yüksek oranda (%83 vs %72) bildirilse de istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmamıştır. Hem Türkiye’de hem de uluslararası ölçekte yapılan çalışmalarda yaşam boyu baş ağrısı prevalansları %75-80 arasında gözlenmiştir [1, 37] ve çalışmamızın sonuçları ile benzer olduğu görülmektedir. Son 1 yıl içindeki baş ağrısı oranları ise araştırma grubunda belirgin yüksek saptanmıştır (%73 vs. %58). Literatüre benzer şekilde psikiyatrik bozukluklar ile baş ağrısı arasındaki ilişki [98, 99] çalışmamızda da gösterilmiştir, psikiyatrik yakınması olan grupta baş ağrısı şikayeti daha yüksek bulunmuştur. Aynı zamanda son 1 yıl içinde baş ağrısı oranları cinsiyetler arasında anlamlı bir fark oluşturmamıştır. Birincil baş ağrısı (en sık Gerilim tipi baş

ağrısı olanlar) tanısı alan [69, 70] veya somatik belirti olarak baş ağrısı şikayeti olan [164, 167] erişkinlerde ergenlikle beraber kadın cinsiyetin öne çıktığı bilinmektedir. Fakat çocukluk ve yaşlılık döneminde bu farkın daha az olduğu tahmin edilmektedir ve çalışmamızda cinsiyetler arası bir farkın olmaması bu durumla ilişkili olabilir. Çocuk ve ergenlerdeki baş ağrısı ve psikiyatrik komorbiditenin araştırıldığı çalışmalarda fizyolojik, psikolojik ve sosyokültürel faktörlerin cinsiyet etkisini belirlediği ve ergenlik dönemi ile özellikle sosyokültürel faktörlerin kız çocuklarını baş ağrısına daha yatkın hale getirebildiğinden bahsedilmiştir [219, 220]. Sosyokültürel faktörlerden toplumsal cinsiyet rolleri ve beklentileri, cinsiyete özgü kısıtlamalar ve hayat tarzı değişiklikleri aynı zamanda kız ergenlerde daha fazla içe yönelim belirtileri görülmesinde önemli bir etken olarak da bildirilmiştir [221].

HARDSHIP Anketi Teşhis soruları ağrının süresi, şiddeti, niteliği, yeri, arttıran durumlar, eşlik eden belirtiler (fotofobi/fonofobi) ile ilişkilidir ve gruplar arasında bir fark saptanmamıştır. Teşhis soruları ICHD-3'ün birincil baş ağrısı için tanısallık bir kriter oluşturmaktadır. Araştırma grubunda son 1 yıl içerisinde baş ağrısı bildirenlerin teşhis soruları açısından fark gösterememesi mevcut şikayetin birincil baş ağrısı tanısından ziyade somatik belirti olduğunu düşündürmektedir. Araştırma grubunun psikiyatrik yakınması olan çocuk ve ergenlerden oluştuğu düşünülürse somatik belirtilerin de bu grupta daha çok olması şaşırtıcı olmayacaktır.

HARDSHIP Anketi'nde baş ağrısının son dönemde (4 hafta, 1 hafta ve son 1 gün) yaşama etkisi incelendiğinde araştırma grubunun daha yüksek oranlarda son 1 haftada ve son 1 günde baş ağrısı deneyimledikleri gözlenmiştir. Fakat her ne kadar daha fazla baş ağrısı deneyimlense de araştırma grubunda baş ağrıları nedeniyle işlevsellik düzeylerinde bir etkilenme saptanmamıştır. İşlevsellikte bir değişikliğin olmaması birincil baş ağrısı tanısı için önemli bir kriterdir ve işlevselliği etkilemeyen baş ağrıları özellikle psikiyatrik yakınması olan kişilerde psikiyatrik hastalıklara eşlik eden somatik belirtiler olarak düşünülebilir [159].

HARDSHIP Anketi'nde yaşam kalitesine dair sorular değerlendirildiğinde araştırma grubunda belirgin olarak yaşam kalitesinde düşüş görüldüğü, kendilerini daha fazla hasta, yorgun, bitkin, yalnız, diğerlerinden farklı ve sık sık hissettikleri

gözlenmiştir. Anketteki bu sorular baş ağrısı ile ilişkilendirilmemiştir ve genel yaşam kalitesi düzeylerini göstermektedir. Psikiyatrik yakınması olan çocuk ve ergenlerin yaşam kalitesi düzeylerinde düşüş olması beklenen bir bulgu olmuştur. Alan yazında birçok çalışmada ruhsal hastalıkların hayat kalitesi üzerindeki etkisinin çok önemli olduğu gözlenmiş ve kronik fiziksel hastalığa eşlik eden ruhsal hastalıkların yaşam kalitesini daha fazla etkilediği bildirilmiştir [222]. Ayrıca literatürde baş ağrısı ve yalnızlık hissi üzerinde durulmuş, yalnızlık hissinin baş ağrısı ile ilişkili olduğu [223] ve ağrının temel başlatıcı faktörü olduğu düşünülmüştür [224, 225]. Psikiyatrik yakınması olan grupta yalnızlık hissi de daha fazla olabilir.

5.3. Gruplar Arasında Psikiyatrik Ölçek Karşılaştırmaları

Araştırma grubunda depresif belirtilerin, anksiyete belirtilerinin, dikkat eksikliği ve hiperaktivite belirtilerinin, genel davranışsal-duygusal sorunların ve uyku sorunlarının daha fazla olması şaşırtıcı olmamıştır. Grubu oluştururken çocuk ve ergen psikiyatri polikliniğine başvurmuş olmaları ve en az 1 psikiyatrik yakınması olma ihtimalleri düşünüldüğünde bu grupta daha fazla oranda belirti görülmesi de beklenmiştir. Ayrıca bu sonuçlar yaş ve cinsiyet değişkeni kontrole edilerek tekrar analiz edildiğinde de benzer olarak saptanmıştır. Çalışmamızda psikiyatrik yakınması olan grupta daha fazla baş ağrısı şikayeti bildirilmiştir. Psikiyatrik belirti ölçek puanlarının araştırma grubunda fazla olması hem bu gruptaki çocuk ve ergenlerin daha fazla psikiyatrik yakınması olması ile hem de daha fazla baş ağrısı deneyimlemeleri ile ilişkili olabilir. Bu nedenle psikiyatrik yakınması olan grupta baş ağrısı bildirilip bildirilmemesine göre örneklemin ikiye ayrılarak tekrar analizlerin yapılmasının baş ağrısının psikiyatrik belirtiler üzerindeki etkisini incelemek için daha doğru bir yöntem olacağı düşünülmüştür.

5.4. Araştırma Grubunda Baş Ağrısı Olan ve Olmayan Gruplar Arasında Psikiyatrik Belirtilerin Karşılaştırmaları

Psikiyatrik yakınması olan çocuk ve ergenler geçen bir yılda baş ağrısı şikayeti olma durumuna göre iki gruba ayrılmıştır ve geçen bir yılda baş ağrısı şikayeti ve psikiyatrik yakınması olan çocuk ve ergenlerde depresif belirtiler, durumluk ve sürekli

kaygı düzeyleri ve duygusal sorunlar daha yüksek saptanmıştır. Bir gözden geçirme çalışmasında baş ağrısı şikayeti en güçlü olarak majör depresyon ve anksiyete bozuklukları (özellikle panik bozukluk ve özgül fobiler) ile ilişkilendirilmiştir [159]. Ülkemizde yapılan geniş ölçekli bir çalışmada birincil baş ağrısı şikayeti olan çocuklarda psikiyatrik komorbidite oranları %52'lere varan oranlarda bulunmuştur [11]. Anksiyete bozukluğu oranları %37'lerde iken duygudurum bozuklukları oranları %20'lerde gözlenmiştir [11].

Psikolojik stresin de aynı zamanda baş ağrısının ortaya çıkmasını hızlandırdığı veya baş ağrısını arttırdığı düşünülmektedir [226]. Geçmişte baş ağrısı şikayeti olsun olmasın ergenlikte MDB tanısının erişkin dönemdeki baş ağrısını öngördüğü [226], anksiyete bozukluklarının ise migreni öngördüğü saptanmıştır [227]. Bu nedenle psikiyatrik belirti ve bozuklukların, baş ağrısı ile karşılıklı bir ilişkisinin ve ortak risk faktörlerinin olduğu kabul görmüştür [15].

Çalışmamızda araştırma grubunun tamamına bakıldığında son bir haftada baş ağrısı olan gün sayısı ile DEHB belirtileri arasında bir ilişki saptanmamıştır. Aynı zamanda araştırma grubu içinde baş ağrısı olan grupta da son bir haftada baş ağrısı olan gün sayısı ile dikkat eksikliği, hiperaktivite, karşı gelme, davranış sorunları, bilişsel sorunlar ve DEHB indeksi ile ilişkili bulunmamıştır. Alan yazından DEHB ile baş ağrısı arasında son 10 yılda yapılan çalışmalarda pozitif yönde bir ilişki olduğu gösterilse de bu ilişkinin bulunamadığı çalışmalarda anımsanmayacak düzeydedir [194, 195]. DEHB tedavisinde kullanılan psikostimülan ilaçların en sık yan etkisinin baş ağrısı olduğu bilinmektedir, bu nedenle çalışmalarda ilaç kullanmış DEHB tanısı olan çocuk ve ergenlerin değerlendirilmesi en önemli karıştırıcı değişken olarak önümüze çıkmaktadır. Bunun yanı sıra DEHB tanısı alanlarda çocuk ve ergenlik döneminde birçok psikiyatrik komorbiditenin görüldüğü ve özellikle yaş arttıkça depresyon ve anksiyete bozuklukları gibi komorbiditelerin arttığı bilinmektedir. Ek olarak baş ağrısına yatkınlığı artıran en önemli faktörün psikolojik stres olduğu düşünülürse DEHB tanılı çocuklarda birçok nedenle psikolojik stresin arttığı tahmin edilmekte ve bu durumunun baş ağrısı için zemin hazırladığı düşünülmektedir [228]. Çalışmamızda DEHB belirtileri ile baş ağrısı arasındaki ilişkinin gösterilememesinin en önemli nedeni araştırma ve kontrol grubunda psikiyatrik tanı görüşmelerinin

yapılmamasıdır. Eğer araştırma grubunda DEHB tanısı alan çocuk ve ergenler tesadüfi bir şekilde azsa veya çocuk ve ergen psikiyatri polikliniklerinde görülen DEHB prevalansını yansıtmıyorsa baş ağrısı açısından da fark bulunmayacaktır.

Çalışmamızda gruplar arasında uyku ile ilişkili sorunlar ve uyku kalitesi açısından bir fark saptanmamıştır. Baş ağrısı olan kişilerde en sık görülen uyku bozukluğu olarak uykusuzluk (insomnia) bildirilmektedir ve birçok uyku sorunu baş ağrısı ile ilişkilendirilmiştir. Alan yazında uyku sorunlarının baş ağrısına neden olabileceğinden ziyade baş ağrısının sıklığını ve şiddetini arttırdığı üzerinde durulmuştur. Aynı zamanda uyku ile ilişkili sorunların psikiyatrik bozukluklar ile ilişkili olması da uyku ve baş ağrısı arasındaki ilişkide psikiyatrik sorunların en büyük karıştırıcı etkenlerden biri olarak düşünülmüştür [229, 230]. Dolayısıyla psikiyatrik yakınması ve baş ağrısı olan çocuk ve ergenlerde içe yönelim belirtilerinin de yüksek olduğu düşünülürse uyku sorunlarının daha yüksek olması beklenmektedir. Çalışmamızda bu sonucu gösterememizin en önemli sebebi psikiyatrik bozukluk tanımlarının incelenmemesi olabilir. Ayrıca araştırma ve kontrol grubundaki örneklem sayısı yeterli olsa da baş ağrısı olmayan grupta 25 kişinin olması sonuçların genellenebilirliğini etkileyecektir ve psikiyatrik yakınması olan grubun genişletilmesi daha doğru sonuçlar elde edilmesine yardımcı olacaktır. Çünkü son bir haftada baş ağrısı olan gün sayısı ile ölçeklerin korelasyon analiz sonuçları incelendiğinde uykuyu başlatma ve sürdürme sorunları, uykuda solunum sorunları, aşırı uykululuk sorunları ve uyku kalitesi ile baş ağrısı arasında pozitif bir ilişki bulunmuştur. Yapılan korelasyon analizinde psikiyatrik yakınması olan araştırma grubunun hepsi (202 çocuk ve ergen) dahil edilmiştir ve bu nedenle alan yazınla örtüşen sonuçlar gözlenmiş olabilir.

5.5. Çalışmanın Kısıtlılıkları ve Güçlü Yanları

Çalışmamızın en güçlü yanlarından birisi araştırma ve kontrol grupları arasında yaş, cinsiyet ve nörogelişimi etkileyen diğer özellikler açısından farklılıkların olmamasıdır. Bu sayede gruplar arasındaki psikiyatrik belirti ve baş ağrısı farklılıklarının birçok karıştırıcı değişkenden en az olarak etkilenmesi hedeflenmiştir, sonuçların doğru ve genellenebilir olması sağlanmıştır. Aynı zamanda kontrol

grubunun yaş ve cinsiyet açısından eşleştirilmesi, araştırma grubu ile benzer sosyokültürel çevreden seçilmiş olması da sadece baş ağrısı ve psikiyatrik belirtiler arasındaki ilişkiyi değerlendirmemize katkı sağlamıştır.

Çalışmamızın en önemli kısıtlılığı hem baş ağrısının hem de psikiyatrik yakınmaların tanısal olarak değerlendirilmemesidir. Özbildirime dayanan ölçeklerin kesim noktaları çalışma için iyi bir dayanak olsa da klinik bir tanı olarak değerlendirilmemelidir. Bu alanda yapılacak gelecek çalışmalarda psikiyatrik yakınması olan grubun genişletilerek ve psikiyatrik yakınmalar ile baş ağrısı şikayetlerinin tanısal olarak değerlendirilerek tekrarlanması daha tutarlı ve genellenebilir sonuçlar alınmasını sağlayacaktır. Ayrıca baş ağrısı ile psikiyatrik belirti ve bozukluklar arasındaki ilişkide ortak risk faktörlerinin (özellikle genetik faktörler) incelenmesi faydalı olacaktır. Baş ağrısı şikayeti olan kişilerin tanısal olarak hangi tip baş ağrısına sahip olduğunun (Migren, gerilim tipi baş ağrısı, küme tipi baş ağrısı, diğer birincil baş ağrıları) aydınlatılması da ilerleyen çalışmalarda ilişkili psikiyatrik hastalıkları değerlendirmede katkı sağlayacaktır.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Çalışmanın başlangıcındaki hipotezler ve elde edilen bulgular incelendiğinde,

1. Psikiyatrik yakınması olan çocuk ve ergenlerin son 1 yıl içerisinde baş ağrısı yaşama oranları, psikiyatrik yakınması olmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur.
 - a. Psikiyatrik yakınması olan çocuk ve ergenlerin son 1 hafta içerisinde baş ağrısı yaşama oranları, psikiyatrik yakınması olmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur.
 - b. Psikiyatrik yakınması olan çocuk ve ergenlerin son 1 gün içerisinde baş ağrısı yaşama oranları, psikiyatrik yakınması olmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur.
 - c. Psikiyatrik yakınması olan çocuk ve ergenlerin son 4 hafta içinde kendilerini daha fazla hasta hissettikleri, daha fazla yorgun ve bitkin oldukları, canlarının daha fazla sıkıldığı, kendilerini daha fazla yalnız hissettikleri ve kendilerini diğer çocuklardan daha fazla farklı hissettikleri gözlenmiştir.
 - d. Tüm bu bulgular kızlar ve erkekler arasında ayrı ayrı karşılaştırıldığında sonuçların dağılımı açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır.
2. Psikiyatrik yakınması olan çocuk ve ergenlerden son 1 yıl içerisinde baş ağrısı şikayeti olanlarda, olmayanlara göre daha fazla psikiyatrik belirti düzeyleri saptanmıştır.
 - a. Psikiyatrik yakınması olan çocuk ve ergenlerden son 1 yıl içerisinde baş ağrısı şikayeti olanlarda, olmayanlara göre daha fazla depresif belirti gözlenmiştir.
 - b. Psikiyatrik yakınması olan çocuk ve ergenlerden son 1 yıl içerisinde baş ağrısı şikayeti olanlarda, olmayanlara göre daha fazla durumluk ve sürekli kaygı belirtisi gözlenmiştir.

- c. Psikiyatrik yakınması olan çocuk ve ergenlerden son 1 yıl içerisinde baş ağrısı şikayeti olanlarla olmayanlar arasında uyku sorunları ve dikkat eksikliği ve hiperaktivite belirtileri açısından bir fark saptanmamıştır.
3. Psikiyatrik yakınması olan çocuk ve ergenlerde son 1 hafta içerisinde baş ağrısı olan gün sayısı arttıkça içe yönelim belirtileri de artmaktadır.
- a. Psikiyatrik yakınması olan çocuk ve ergenlerde son 1 hafta içerisinde baş ağrısı olan gün sayısı arttıkça depresif belirtiler artmaktadır.
 - b. Psikiyatrik yakınması olan çocuk ve ergenlerde son 1 hafta içerisinde baş ağrısı olan gün sayısı arttıkça kaygı belirtileri artmaktadır.
 - c. Psikiyatrik yakınması olan çocuk ve ergenlerde son 1 hafta içerisinde baş ağrısı olan gün sayısı ile dışa yönelim belirtileri (dikkat eksikliği, hiperaktivite, davranış sorunları) arasında bir ilişki bulunmamıştır.

Bu alanda yapılacak gelecek çalışmalarda psikiyatrik yakınması olan grubun genişletilerek ve psikiyatrik yakınmalar ile baş ağrısı şikayetlerinin tanısal olarak değerlendirilerek tekrarlanması daha tutarlı ve genellenebilir sonuçlar alınmasını sağlayacaktır. Çalışmanın kesitsel olmasından dolayı neden-sonuç ilişkisi kurulamamaktadır; ancak etkilerin karşılıklı olduğu düşünülürse uzunlamasına izlem çalışmaları baş ağrısı ve psikiyatrik belirti ve bozukluklar arasındaki ilişkiyi daha iyi aydınlatacaktır. Ayrıca bu ilişkide birçok ortak risk faktörünün olduğu düşünülmektedir, bu faktörler irdelenebilir ve özellikle genetik etkenlerin ilişkideki yerinin aydınlatılması faydalı olacaktır.

7. KAYNAKLAR

1. Bille, B., Migraine And Tension-Type Headache in Children And Adolescents. 1996, Sage Publications Sage Uk: London, England. P. 80-80.
2. Şentürk, E., Birincil Baş Ağrısı Tanısı Alan Çocukların Ruhsal Değerlendirmesi, Annelerinde Ruhsal Belirti Sıklığının Taranması ve Aile İşlevlerinin İncelenmesi. 2011.
3. Liakopoulou-Kairis, M., et al., Recurrent Abdominal Pain And Headache. European Child & Adolescent Psychiatry, 2002. 11(3): P. 115-122.
4. Erermiş, S., et al., Çocukluk Çağı Baş Ağrılarının Psikososyal Açıdan Değerlendirilmesi. Ege Tıp Dergisi, 2001. 40(1): P. 23-26.
5. Sarioglu, B., et al., Tension-Type Headache in Children: A Clinical Evaluation. Pediatrics International, 2003. 45(2): P. 186-189.
6. Bigal, M.E. and Arruda, M.A. Migraine in The Pediatric Population—Evolving Concepts. Headache: The Journal of Head and Face Pain, 2010. 50(7): P. 1130-1143.
7. Pakalnis, A., J. Gibson, and A. Colvin. Comorbidity of Psychiatric and Behavioral Disorders in Pediatric Migraine. Headache: The Journal of Head and Face Pain, 2005. 45(5): P. 590-596.
8. Vannatta, K., et al., Multiple Perspectives on The Psychological Functioning Of Children With And Without Migraine. Headache: The Journal of Head and Face Pain, 2008. 48(7): P. 994-1004.
9. Powers, S.W., et al., Quality Of Life in Childhood Migraines: Clinical Impact And Comparison To Other Chronic Illnesses. Pediatrics, 2003. 112(1): P. E1-E5.
10. Lewandowski, A.S. and T.M. Palermo, Parent–Teen Interactions as Predictors Of Depressive Symptoms in Adolescents With Headache. Journal of Clinical Psychology in Medical Settings, 2009. 16(4): P. 331-338.

11. Breslau, N., G.C. Davis, and P. Andreski, Migraine, Psychiatric Disorders, And Suicide Attempts: An Epidemiologic Study of Young Adults. *Psychiatry Research*, 1991. 37(1): P. 11-23.
12. Anttila, V., et al., Genetics of Migraine. *Handbook of Clinical Neurology*, 2018. 148: P. 493-503.
13. Anttila, P., et al., Psychiatric Symptoms in Children With Primary Headache. *Journal of The American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 2004. 43(4): P. 412-419.
14. Just, U., et al., Emotional and Behavioural Problems in Children and Adolescents With Primary Headache. *Cephalalgia*, 2003. 23(3): P. 206-213.
15. Antonaci, F., et al., Migraine and Psychiatric Comorbidity: A Review Of Clinical Findings. *The Journal of Headache and Pain*, 2011. 12(2): P. 115-125.
16. Bruijn, J., et al., Quality Of Life in Children With Primary Headache in A General Hospital. *Cephalalgia*, 2009. 29(6): P. 624-630.
17. Öngel, K., Ağrı Tanımı ve Sınıflaması. *Klinik Tıp Aile Hekimliği*, 2017. 9(1): P. 12-14.
18. Öner, N., Ö. Güncan, and G.E. Yolsal, Adolesan ve Çocuklarda Baş Ağrıları. *Sted*, 2003. 12(8): P. 298-300.
19. Kernick, D. And J. Campbell, Measuring The Impact Of Headache In Children: A Critical Review Of The Literature. *Cephalalgia*, 2009. 29(1): P. 3-16.
20. Wöber-Bingöl, Ç., Epidemiology of Migraine and Headache In Children and Adolescents. *Current Pain And Headache Reports*, 2013. 17(6): P. 1-11.
21. Akyol, A., et al., Epidemiology and Clinical Characteristics of Migraine Among School Children in The Menderes Region. *Cephalalgia*, 2007. 27(7): P. 781-787.
22. Vahlquist, B. and G. Hackzell, Migraine of Early Onset: A Study of Thirty One Cases in Which The Disease First, Appeared Between One and Four Years of Age. *Acta Paediatrica*, 1949. 38(1): P. 622-636.

23. Özge, A., et al., The Sensitivity and Specificity of The Case Definition Criteria in Diagnosis of Headache: A School-Based Epidemiological Study of 5562 Children in Mersin. *Cephalalgia*, 2003. 23(2): P. 138-145.
24. Karlı, N., et al., Clinical Characteristics of Tension-Type Headache And Migraine İn Adolescents: A Student-Based Study. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*, 2006. 46(3): P. 399-412.
25. Fearon, P. and M. Hotopf, Relation Between Headache in Childhood And Physical and Psychiatric Symptoms in Adulthood: National Birth Cohort Study. *Bmj*, 2001. 322(7295): P. 1145.
26. Zuckerman, B., J. Stevenson, And V. Bailey, Stomachaches And Headaches in A Community Sample of Preschool Children. *Pediatrics*, 1987. 79(5): P. 677-682.
27. Sillanpää, M., P. Piekkala, and P. Kero, Prevalence of Headache at Preschool Age in An Unselected Child Population. *Cephalalgia*, 1991. 11(5): P. 239-242.
28. Sillanpää, M. and P. Piekkala, Prevalence of Migraine and Other Headaches in Early Puberty. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 1984. 2(1): P. 27-32.
29. Sillanpää, M., Changes in The Prevalence of Migraine And Other Headaches During The First Seven School Years. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*, 1983. 23(1): P. 15-19.
30. Lipton, R.B., J. Maytal, and P. Winner, Epidemiology and Classification of Headache. *Headache in Children and Adolescents*. London: Bc Decker Inc, 2001: P. 1-19.
31. Bugdayci, R., et al., Prevalence and Factors Affecting Headache in Turkish Schoolchildren. *Pediatrics International*, 2005. 47(3): P. 316-322.
32. Guidetti V, Galli F, and Termine C, Headache in Children. *Handbook of Clinical Neurology*, 2011. 101: P. 143-154.
33. Carlsson, J., Prevalence of Headache in Schoolchildren: Relation to Family and School Factors. *Acta Paediatrica*, 1996. 85(6): P. 692-696.

34. Guidetti, V., F. Lucchese, and B. Bellini, Is The Migrainous Female Brain Different? Some New Evidence. *Brain*, 2012. 135(8): P. 2311-2313.
35. Arruda, M.A. and M.E. Bigal, Behavioral And Emotional Symptoms and Primary Headaches in Children: A Population-Based Study. *Cephalalgia*, 2012. 32(15): P. 1093-1100.
36. Çağırıcı, S., İstanbul İlinin Maltepe İlçesindeki Okul Çocuklarında Migren Ve Gerilim Tipi Baş Ağrısı Prevalansı ile Klinik Özellikleri. İstanbul: Kartal Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, 2005.
37. Faruk, E., ve ark., Sivas İli İlköğretim Çocuklarında Başağrısı ve Migren Sıklığı. *Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi*, 2010. 4(2): P. 84-88.
38. Özge, A., Başağrısı Sınıflamalarına Eleştirel Bakış. *Archives Of Neuropsychiatry/Nöropsikiyatri Arşivi*, 2013.
39. Vahlquist, B., Migraine in Children. *International Archives Of Allergy And Immunology*, 1955. 7(4-6): P. 348-355.
40. Hoc, A., Committee On Classification of Headache of The National Institutes of Health (1962) Classification of Headache. *Jama*. 179: P. 717-718.
41. Prensky, A.L. and D. Sommer, Diagnosis and Treatment of Migraine in Children. *Neurology*, 1979. 29(4): P. 506-506.
42. Classification, C.N. Diagnostic Criteria For Headache Disorders, and F. Pain, Headache Classification Committee of The International Headache Society. *Cephalalgia*, 1988. 8(Suppl 7): P. 1-96.
43. Society, H.C.C.O.T.I.H., The International Classification of Headache Disorders, (Beta Version). *Cephalalgia*, 2013. 33(9): P. 629-808.
44. Özge, A., et al., Experts' Opinion About The Primary Headache Diagnostic Criteria Of The Ichd-Beta in Children And Adolescents. *The Journal Of Headache and Pain*, 2017. 18(1): P. 1-9.
45. Bıçakçı, Ş., et al., Başağrısı Tanı ve Tedavi Güncel Yaklaşımlar. İstanbul, Turkey: Galenos Yayınevi, 2018: P. 111-117.

46. Straube, A. and A. Andreou, Primary Headaches During Lifespan. *The Journal of Headache and Pain*, 2019. 20(1): P. 1-14.
47. Öz, A. and A.C. Uğuz, Migren Patogenezinde Oksidatif Strese Duyarlı Trp Kanallarının Roller. *Medical Journal of Suleyman Demirel University*, 2015. 22(4).
48. Kutlu, A., et al., Trigger Factors of Migraine. *Archives of Neuropsychiatry/Noropsikiatri Arsivi*, 2010. 47(1).
49. Yaman, M., M. Demirkıran, and S. Oruç, Migrende Baş ağrısını Tetikleyici ve Kötüleştiren Faktörler. *Düzce Tıp Fakültesi Dergisi*, 2007. 3: P. 9-13.
50. Ertas, M., et al., One-Year Prevalence And The Impact of Migraine and Tension-Type Headache in Turkey: A Nationwide Home-Based Study in Adults. *The Journal of Headache and Pain*, 2012. 13(2): P. 147-157.
51. Kóbor, J., et al., Age-Related Prevalence and Features of Migraine Headache in Hungarian Schoolchildren and Adolescents. *European Journal of Paediatric Neurology*, 2013. 17(6): P. 600-607.
52. Albers, L., et al., Headache in School Children: Is The Prevalence Increasing? *Current Pain And Headache Reports*, 2015. 19(3): P. 1-9.
53. Özge, A., et al., Experts' Opinion About The Pediatric Secondary Headaches Diagnostic Criteria Of The Ichd-3 Beta. *The Journal of Headache and Pain*, 2017. 18(1): P. 1-11.
54. Annequin, D., B. Tourniaire, and H. Massiou, Migraine And Headache in Childhood and Adolescence. *Pediatric Clinics Of North America*, 2000. 47(3): P. 617-631.
55. Karalök, Z.S., A. Güneş, and Z. Öztürk, Çocukluk Çağı Migreni ile Subkortikal Gri Madde Yapılarının İlişkisi. *Akdeniz Tıp Dergisi*, 2020. 6(1): P. 106-111.
56. Charles, A., The Pathophysiology of Migraine: Implications for Clinical Management. *The Lancet Neurology*, 2018. 17(2): P. 174-182.

57. Arnold, M., Headache Classification Committee of The International Headache Society (Ihs) The International Classification of Headache Disorders. Cephalalgia, 2018. 38(1): P. 1-211.
58. Maytal, J., et al., Pediatric Migraine and The International Headache Society (Ihs) Criteria. Neurology, 1997. 48(3): P. 602-607.
59. Abu-Arafeh, I. and M. Callaghan, Short Migraine Attacks Of Less Than 2 H Duration in Children And Adolescents. Cephalalgia, 2004. 24(5): P. 333-338.
60. Eidlitz-Markus, T., et al., Symptoms of Migraine in The Paediatric Population by Age Group. Cephalalgia, 2008. 28(12): P. 1259-1263.
61. Gelfand, A.A., A.C. Reider, and P.J. Goadsby, Cranial Autonomic Symptoms In Pediatric Migraine are The Rule, Not The Exception. Neurology, 2013. 81(5): P. 431-436.
62. Raieli, V., et al., Prevalence of Red Ear Syndrome in Juvenile Primary Headaches. Cephalalgia, 2011. 31(5): P. 597-602.
63. Albers, L., et al., Do Pre-School Episodic Syndromes Predict Migraine in Primary School Children? A Retrospective Cohort Study on Health Care Data. Cephalalgia, 2019. 39(4): P. 497-503.
64. Deonna, T. and D. Martin, Benign Paroxysmal Torticollis in Infancy. Archives Of Disease in Childhood, 1981. 56(12): P. 956.
65. Kostić, M., et al., Benign Paroxysmal Vertigo in Childhood. Collegium Antropologicum, 2012. 36(3): P. 1033-1036.
66. Sakakibara, R., Cyclic Vomiting Syndrome: The Nervous System Has The Guts. 2018, Springer. P. 167-169.
67. Howell, M.J., Parasomnias: An Updated Review. Neurotherapeutics, 2012. 9(4): P. 753-775.
68. Fialho, L.M.N., et al., Sleep Terrors Antecedent is Common in Adolescents With Migraine. Arquivos De Neuro-Psiquiatria, 2013. 71: P. 83-86.

69. Kaniecki, R.G., Tension-Type Headache in The Elderly. Current Treatment Options İn Neurology, 2007. 9(1): P. 31-37.
70. Russell, M.B., et al., Tension-Type Headache İn Adolescents And Adults: A Population Based Study Of 33,764 Twins. European Journal Of Epidemiology, 2006. 21(2): P. 153-160.
71. Stovner, L., et al., The Global Burden of Headache: A Documentation of Headache Prevalence and Disability Worldwide. Cephalalgia, 2007. 27(3): P. 193-210.
72. K, A., Baş Ağrısının Psikiyatrik Yönleri, Eş Tanılı Psikiyatrik Bozukluklar Ve Bedenselleştirmeye Yatkınlık Oluşturan Durumlar, Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi. 2011: Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi.
73. Evans, R.W. and N.T. Mathew, Başağrısı El Kitabı. 2005: Sigma Publishing Danışmanlık Ve Organizasyon.
74. Bolay, H. and T. Dalkara, Birincil Basağrılarının Fizyopatolojisi. Türkiye Klinikleri J Neurol, 2003. 1(2): P. 98-102.
75. Pacheva, I.H., et al., Diagnostic Value of Combinations of Symptoms of Migraine and Tension-Type Headache Included in The Diagnostic Criteria For Children and Adolescents in The International Classification of Headache Disorders 2nd Edition. Folia Medica, 2013. 55(3/4): P. 46.
76. Abu-Arafeh, I. and R. Howells, Primary Headaches in Children Under The Age Of 7 Years. Current Pain And Headache Reports, 2014. 18(3): P. 1-8.
77. Ekblom, K., et al., Lifetime Prevalence and Concordance Risk of Cluster Headache in The Swedish Twin Population. Neurology, 2006. 67(5): P. 798-803.
78. Evers, S., et al., Prevalence of Cluster Headache İn Germany: Results Of The Epidemiological DMKG Study. Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry, 2007. 78(11): P. 1289-1290.
79. Torelli, P., E. Beghi, and G.C. Manzoni, Cluster Headache Prevalence in The Italian General Population. Neurology, 2005. 64(3): P. 469-474.

80. Ekblom, K., et al., Age At Onset and Sex Ratio in Cluster Headache: Observations Over Three Decades. *Cephalalgia*, 2002. 22(2): P. 94-100.
81. Dong, Z., et al., Clinical Profile of Cluster Headaches in China—A Clinic-Based Study. *The Journal of Headache and Pain*, 2013. 14(1): P. 1-10.
82. Mariani, R., et al., Cluster Headache in Childhood: Case Series From A Pediatric Headache Center. *Journal of Child Neurology*, 2014. 29(1): P. 62-65.
83. Taga, A., et al., Childhood-Onset Cluster Headache: Observations From A Personal Case-Series and Review of The Literature. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*, 2018. 58(3): P. 443-454.
84. Fischera, M., K. Anneken, and S. Evers, Old Age of Onset in Cluster-Headache Patients. *Headache*, 2005. 45(5): P. 615.
85. Lampl, C., Childhood-Onset Cluster Headache. *Pediatric Neurology*, 2002. 27(2): P. 138-140.
86. Adler, C., S. Adler, and A. Friedman, A Historical Perspective on Psychiatric Thinking About Headache. *Psychiatric Aspects of Headache*. Baltimore: Williams and Wilkins, 1987: P. 3-21.
87. Karwautz, A., C. Wöber-Bingöl, and C. Wöber, Freud and Migraine: The Beginning of A Psychodynamically Oriented View of Headache A Hundred Years Ago. *Cephalalgia: Historical Section*, 1996. 16(1): P. 22-26.
88. Weiss, E. and O.S. English, *Psychosomatic Medicine; The Clinical Application of Psychopathology To General Medical Problems*. 1949.
89. Alexander, F., *Psychosomatic Medicine: Its Principles and Applications*. 1950.
90. Wolff, H.G., Personality Features and Reactions of Subjects With Migraine. *Archives of Neurology & Psychiatry*, 1937. 37(4): P. 895-921.
91. Simmons, L.W. And H.G. Wolff, *Social Science in Medicine*. 1954.
92. Wolff, H.G., Headache and Other Head Pain, in *Headache and Other Head Pain*. 1948. P. 648-648.
93. Wolff, H., *Stress And Disease*, Springfield, Illinois: C. C Thomas, 1953.

94. Wolff, H., Muscles Of Head and Neck As Sources of Headache and Other Pain. Headache and Other Head Pain, 2nd Ed. New York: Oxford University Press, 1963: P. 582-616.
95. Lake Iıı, A.E., et al., Headache and Psychiatric Comorbidity: Historical Context, Clinical Implications, and Research Relevance. Headache: The Journal of Head and Face Pain, 2005. 45(5): P. 493-506.
96. Çelik Billur, D., H. Arkan, And F. İdiman, Migren Baş Ağrısı Hastalarının Öfke Tarzları ile Mizaç ve Karakter Özellikleri. Klinik Psikiyatri Dergisi, 2010. 13(1): P. 23-35.
97. Penzien, D.B., J.C. Rains, And K.A. Holroyd, Psychological Assessment Of The Recurrent Headache Sufferer. Headache: Diagnosis And Treatment, 1993: P. 39-49.
98. Boardman, H.F., et al., Psychological, Sleep, Lifestyle, And Comorbid Associations With Headache. Headache: The Journal Of Head And Face Pain, 2005. 45(6): P. 657-669.
99. Wang, S.-J. And K.-D. Juang, Psychiatric Comorbidity Of Chronic Daily Headache: Impact, Treatment, Outcome, And Future Studies. Current Pain And Headache Reports, 2002. 6(6): P. 505-510.
100. Karatoprak, E. And S. Yıldız, Migren Tipi Baş Ağrısı Olan Çocuklarda Anksiyete Düzeyi Artmakta Mıdır? Anatolian Clinic The Journal Of Medical Sciences, 2020. 25(1): P. 51-55.
101. Gümüş, Y.Y., N. Çakın Memik, And B. Ağaoğlu, Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocuk Ve Ergenlerde Anksiyete Bozukluğu Eşhastalanımı. Nöro Psikiyatri Arşivi, 2015. 52: P. 185-193.
102. Bernstein, G. And A. Layne, Separation Anxiety Disorder And Other Anxiety Disorders. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook Of Psychiatry. [8th Ed.].(Trans. H Aydın, A Bozkurt). Güneş Kitapevi, 2007: P. 3292-3306.
103. Sadock, B.J., V.A. Sadock, And P. Ruiz, Comprehensive Textbook Of Psychiatry. Vol. 1. 2000: Lippincott Williams & Wilkins Philadelphia.

104. İnal Emiroğlu, F. And B. Baykara, Generalized Anxiety Disorder, Panic Disorder, Specific Phobia, Social Phobia. Çuhadaroğlu Çetin F, Ve Ark. Çocuk Ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 2008: P. 320-329.
105. Cox, A.D., Child And Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook. Edited By Melvin Lewis. London & Baltimore: Williams & Wilkins. 1991. 1282 Pp.£ 107.00. The British Journal Of Psychiatry, 1993. 162(5): P. 722-723.
106. Tamam, L. And M. Demirkol, Anksiyete Bozuklukları. Bütüncül Tıp: Birinci Basamakta Ve Aile Hekimliğinde Güncel Tanı-Tedavi, 2019: P. 1641-1644.
107. Association, A.P., Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders. 2013: American Psychiatric Publishing.
108. Göker, Z., Et al., Çocuk Ve Ergenlerde Anksiyete İle İlişkili Bozuklukların Klinik Ve Demografik Özellikleri: Bir Yıllık Kesitsel Bir Örneklem. Klinik Psikiyatri, 2015. 18(1): P. 7-14.
109. Rockhill, C., Et al., Anxiety Disorders in Children And Adolescents. Current Problems İn Pediatric And Adolescent Health Care, 2010. 40(4): P. 66-99.
110. Beesdo, K., S. Knappe, And D.S. Pine, Anxiety And Anxiety Disorders in Children And Adolescents: Developmental Issues And Implications For DSM-V. Psychiatric Clinics, 2009. 32(3): P. 483-524.
111. Copeland, W.E., Et al., Longitudinal Patterns Of Anxiety From Childhood To Adulthood: The Great Smoky Mountains Study. Journal Of The American Academy Of Child & Adolescent Psychiatry, 2014. 53(1): P. 21-33.
112. Silver, G., T. Shapiro, And B. Milrod, Treatment Of Anxiety in Children And Adolescents: Using Child And Adolescent Anxiety Psychodynamic Psychotherapy. Child And Adolescent Psychiatric Clinics, 2013. 22(1): P. 83-96.
113. Hendriks, S.M., Et al., Disability in Anxiety Disorders. Journal Of Affective Disorders, 2014. 166: P. 227-233.

114. Görker, I., Et al., Çocuk Ve Ergen Psikiyatri Kliniğine Başvuran Ergenlerde Belirti Ve Tanı Dağılımı. Klinik Psikiyatri Dergisi, 2004. 7(2): P. 103-110.
115. Teken, M., M.G. Luş, And Ş.S. Başgöl, Karın Ağrısı Şikayetiyle Hastaneye Başvuran Çocuk Ve Ergenlerde Fiziksel Sebep Bulunanlarla Bulunmayanlar Arasındaki Depresyon, Anksiyete Ve Somatizasyon Değerlerinin Karşılaştırılması. Zeynep Kamil Tıp Bülteni, 2019. 50(2): P. 9-14.
116. Orvaschel, H., M. Hersen, And J. Faust, Handbook Of Conceptualization And Treatment Of Child Psychopathology. 2001: Elsevier.
117. Cartwright-Hatton, S., K. McNicol, And E. Doubleday, Anxiety in A Neglected Population: Prevalence Of Anxiety Disorders in Pre-Adolescent Children. Clinical Psychology Review, 2006. 26(7): P. 817-833.
118. Sungur, M.Z., Fobik Bozukluklar. Psikiyatri Dünyası, 1997. 1(1): P. 5-11.
119. Öst, L.-G., Age Of Onset in Different Phobias. Journal Of Abnormal Psychology, 1987. 96(3): P. 223.
120. King, N.J., P. Muris, And T.H. Ollendick, Childhood Fears And Phobias: Assessment And Treatment. Child And Adolescent Mental Health, 2005. 10(2): P. 50-56.
121. Farrell, L.J., Et al., Virtual Reality One-Session Treatment Of Child-Specific Phobia Of Dogs: A Controlled, Multiple Baseline Case Series. Behavior Therapy, 2021. 52(2): P. 478-491.
122. Kearney, C.A. And W.K. Silverman, A Preliminary Analysis Of A Functional Model Of Assessment And Treatment For School Refusal Behavior. Behavior Modification, 1990. 14(3): P. 340-366.
123. Demir, T., Et al., Çocuklar İçin Sosyal Anksiyete Ölçeğinin Geçerlilik Ve Güvenilirliği. Düşünen Adam, 2000. 13(1): P. 42-48.
124. Demir, G.Ö., Sosyal Fobinin Etiyolojisinin İncelenmesi Amacıyla Gerçekleştirilen Araştırmalara Genel Bir Bakış. Akademik İncelemeler Dergisi, 2009. 4(1): P. 101-123.

125. Ersoy, F., T. Edirne, And T.F. Oğuz, Birinci Basamakta Anksiyete Bozuklukları. Sted, 2003. 12(10): P. 366-369.
126. Durukan, İ., Et al., Çocuk Ve Ergen Psikiyatrisi Polikliniğine Başvuran Hastalarda Tanı Dağılımı. Dusunen Adam: Journal Of Psychiatry & Neurological Sciences, 2011. 24(2).
127. Konkan, R., Et al., Yaygın Anksiyete Bozukluğu-7 (Yab-7) Testi Türkçe Uyarlaması, Geçerlik Ve Güvenirliği. Archives Of Neuropsychiatry/Noropsikiatri Arsivi, 2013. 50(1).
128. Schniering, C.A., J.L. Hudson, And R.M. Rapee, Issues in The Diagnosis And Assessment of Anxiety Disorders in Children and Adolescents. Clinical Psychology Review, 2000. 20(4): P. 453-478.
129. Canino, G., Et al., The DSM-IV Rates of Child and Adolescent Disordersin Puerto Rico: Prevalence, Correlates, Service Use, And The Effects Of İmpairment. Archives Of General Psychiatry, 2004. 61(1): P. 85-93.
130. Perçinel, İ. And K.U. Yazici, Okul Öncesi Dönem Selektif Mutizm Vakalarında Fluoksetin Tedavisi: İki Olgu Eşliğinde Tartışma. Çocuk Ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi, 2014. 21(2): P. 123-130.
131. (Apa), A.P.A., Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders (4th Ed.- Text Revision). 2000, Apb Press, Washington D.C.
132. Kopp, S. And C. Gillberg, Selective Mutism: A Population-Based Study: A Research Note. Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines, 38 (2), 257–262. 1997.
133. Çelik, F.H. And Ç. Hocaoglu, Major Depresif Bozukluk'tanımı, Etyolojisi Ve Epidemiyolojisi: Bir Gözden Geçirme. Çağdaş Tıp Dergisi, 2016. 6(1): P. 51-66.
134. Rihmer, Z. And J. Angst, Duygudurum Bozuklukları: Epidemiyoloji. Aydın H, Bozkurt A,(Çev. Eds). Türkçe: Kaplan & Sadock's Comprehensive Text Book Of Psychiatry, 2007. 8: P. 1575-1582.

135. Işık, E., U. Işık, And Y. Taner, Çocuk, Ergen, Erişkin Ve Yaşlılarda Depresif Ve Bipolar Bozukluklar. Ankara, Rotatıp Kitapevi, 2013.
136. Angst, J., Epidemiology Of Depression. Psychopharmacology, 106 (Suppl), 71–74. 1992.
137. Kessler, R.C., et al., Lifetime And 12-Month Prevalence Of DSM-III-R Psychiatric Disorders in The United States: Results From The National Comorbidity Survey. Archives Of General Psychiatry, 1994. 51(1): P. 8-19.
138. Olchanski, N., et al., The Economic Burden of Treatment-Resistant Depression. Clinical Therapeutics, 2013. 35(4): P. 512-522.
139. Dogan, O., et al., Ruhsal Bozuklukların Epidemiyolojisi. 1. Baskı, Sivas: Dilek Matbaası, 1995: P. 33-37.
140. Kessler, R.C. And E.E. Walters, Epidemiology Of DSM-III-R Major Depression And Minor Depression Among Adolescents And Young Adults In The National Comorbidity Survey. Depression And Anxiety, 1998. 7(1): P. 3-14.
141. Horwath, E., R.S. Cohen, And M.M. Weissman, Epidemiology Of Depressive And Anxiety Disorders. Textbook In Psychiatric Epidemiology, 2002. 2002: P. 389-426.
142. Myer, L., Et al., Common Mental Disorders Among HIV-Infected Individuals In South Africa: Prevalence, Predictors, And Validation Of Brief Psychiatric Rating Scales. AIDS Patient Care And Stds, 2008. 22(2): P. 147-158.
143. McIntosh, E., D. Gillanders, And S. Rodgers, Rumination, Goal Linking, Daily Hassles And Life Events In Major Depression. Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal Of Theory & Practice, 2010. 17(1): P. 33-43.
144. Klose, M. And F. Jacobi, Can Gender Differences in The Prevalence Of Mental Disorders Be Explained By Sociodemographic Factors? Archives Of Women's Mental Health, 2004. 7(2): P. 133-148.

145. Bernaras, E., J. Jaureguizar, And M. Garaigordobil, Child And Adolescent Depression: A Review Of Theories, Evaluation Instruments, Prevention Programs, And Treatments. *Frontiers in Psychology*, 2019. 10: P. 543.
146. Bozukluklarında, D., Çocuk Ve Ergenlerde Duygudurum Bozukluklarında Prognoz Ve Öngörücü Faktörler. *Türkiye Klinikleri J Child Psychiatry-Special Topics*, 2016. 2(1): P. 96-100.
147. Berndt, E.R., Et al., Lost Human Capital From Early-Onset Chronic Depression. *American Journal Of Psychiatry*, 2000. 157(6): P. 940-947.
148. Birmaher, B., C. Arbelaez, And D. Brent, Course And Outcome Of Child And Adolescent Major Depressive Disorder. *Child And Adolescent Psychiatric Clinics*, 2002. 11(3): P. 619-637.
149. Lewis, M.E., *Child And Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook*. 2002: Lippincott Williams & Wilkins Publishers.
150. Özyurt, G. And N. Emiroğlu, Yıkıcı Duygudurum Düzenleyememe Bozukluğunda İrritabilite. *Türk J Child Adolesc Ment Health*, 2019. 26(2): P. 63-7.
151. Axelson, D., Et al., Examining The Proposed Disruptive Mood Dysregulation Disorder Diagnosis in Children in The Longitudinal Assessment Of Manic Symptoms Study. *The Journal Of Clinical Psychiatry*, 2012. 73(10): P. 6867.
152. Copeland, W.E., Et al., Adult Diagnostic And Functional Outcomes Of Dsm-5 Disruptive Mood Dysregulation Disorder. *American Journal Of Psychiatry*, 2014. 171(6): P. 668-674.
153. Nobile, M., Et al., Diagnosis And Treatment Of Dysthymia In Children And Adolescents. *Cns Drugs*, 2003. 17(13): P. 927-946.
154. Bellini, B., Et al., Headache And Comorbidity In Children And Adolescents. *The Journal Of Headache And Pain*, 2013. 14(1): P. 1-11.
155. Pavone, P., Et al., Primary Headaches In Children: Clinical Findings And The Association With Other Conditions. *International Journal Of Immunopathology And Pharmacology*, 2012. 25(4): P. 1083-1091.

156. Breslau, N., Et al., Comorbidity Of Migraine And Depression: İncvestigating Potential Etiology And Prognosis. *Neurology*, 2003. 60(8): P. 1308-1312.
157. Hamelsky, S.W. And R.B. Lipton, Psychiatric Comorbidity Of Migraine. *Headache: The Journal Of Head And Face Pain*, 2006. 46(9): P. 1327-1333.
158. Lipchik, G.L. And D.B. Penzien. Psychiatric Comorbidities İn Patients With Headaches. In *Seminars in Pain Medicine*. 2004. Elsevier.
159. Radat, F. And J. Swendsen, Psychiatric Comorbidity in Migraine: A Review. *Cephalalgia*, 2005. 25(3): P. 165-178.
160. Şentürk, E., Et al., Birincil Baş Ağrısı Tanısı Alan Çocukların Ruhsal Değerlendirmesi, Annelerinde Ruhsal Belirti Sıklığının Taranması Ve Aile İşlevlerinin İncelenmesi. *Medical Research Reports*. 1(3): P. 61-71.
161. Yıldız, H.A., A. Çolak, And M. Yavuz, Ergenlerde Somatik Belirtilerin Gözlerden Zihin Okuma Becerisi Ve Ruhsal Ve Davranışsal Sorunlar İle İlişkisinin İncelenmesi. *Aydın İnsan Ve Toplum Dergisi*. 5(2): P. 157-186.
162. E, K., *Psikiyatri Temel Kitabı*, Ed. G. C. 2007, Ankara: Hekimler Yayın Birliği Yayınevi, 2. Baskı.
163. Shannon, R.A., M.D. Bergren, And A. Matthews, Frequent Visitors: Somatization in School-Age Children And Implications For School Nurses. *The Journal Of School Nursing*, 2010. 26(3): P. 169-182.
164. Kamer, G., Et al., Bir İlköğretim Okulunda Omaha Problem Sınıflandırma Listesine Göre Sağlık Problemleri. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 2008. 10(3): P. 1-14.
165. Karaer Karapıçak, E.Ö., *Panik Bozukluğu, Somatizasyon Bozukluğu ve Hipokondriaziste Sağlık Kaygısı*. 2010.
166. George, L., Et al., *Psychiatric Disorders In America: The Epidemiologic Catchment Area Study*. 1991, New York: Free Press.
167. Hatcher, S., *Somatoform And Factitious Disorders. Review Of Psychiatry*, Volume 20. 2002, Taylor & Francis.

168. Öztürk, M.O., Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 1994, Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
169. Ozenli, Y., Et al., Prevalence And Associated Risk Factors Of Somatization Disorder Among Turkish University Students At An Education Faculty. 2009.
170. Goldberg, D.P. And K. Bridges, Somatic Presentations Of Psychiatric Illness in Primary Care Setting. *Journal Of Psychosomatic Research*, 1988. 32(2): P. 137-144.
171. Escobar, J.I. And G. Canino, Unexplained Physical Complaints: Psychopathology And Epidemiological Correlates. *The British Journal Of Psychiatry*, 1989. 154(S4): P. 24-27.
172. Hollifield, M. And B. Sadock, Somatoform Bozukluklar. H Aydın, A Bozkurt (Çev. Ed.), *Comprehensive Textbook Of Psychiatry*, Sekizinci Baskı, Ankara, Güneş Kitabevi, 2007: P. 1800-1829.
173. Campo, J.V. And G. Fritz, A Management Model For Pediatric Somatization. *Psychosomatics*, 2001. 42(6): P. 467-476.
174. Çetin, F.Ç., Et al., Çocuk Ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı. 2008, Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
175. Egger, H.L., Et al., Somatic Complaints And Psychopathology in Children And Adolescents: Stomach Aches, Musculoskeletal Pains, And Headaches. *Journal Of The American Academy Of Child & Adolescent Psychiatry*, 1999. 38(7): P. 852-860.
176. Karkhanis, D.G. And A. Winsler, Somatization in Children And Adolescents: Practical Implications. *Journal Of Indian Association For Child And Adolescent Mental Health-Issn 0973-1342*, 2016. 12(1): P. 79-115.
177. Vervoort, T., Et al., Catastrophic Thinking About Pain is Independently Associated With Pain Severity, Disability, And Somatic Complaints in School Children And Children With Chronic Pain. *Journal Of Pediatric Psychology*, 2006. 31(7): P. 674-683.

178. Santalahti, P., Et al., Have There Been Changes in Children's Psychosomatic Symptoms? A 10-Year Comparison From Finland. *Pediatrics*, 2005. 115(4): P. E434-E442.
179. Walker, L. S., Garber, J., & Greene, J. W. (1991). Somatization symptoms in pediatric abdominal pain patients: relation to chronicity of abdominal pain and parent somatization. *Journal of abnormal child psychology*, 19(4), 379-394.
180. Garber, J., L.S. Walker, And J. Zeman, Somatization Symptoms in A Community Sample Of Children And Adolescents: Further Validation Of The Children's Somatization Inventory. *Psychological Assessment: A Journal Of Consulting And Clinical Psychology*, 1991. 3(4): P. 588.
181. Campo, J.V. And S.L. Fritsch, Somatization in Children And Adolescents. *Journal Of The American Academy Of Child & Adolescent Psychiatry*, 1994. 33(9): P. 1223-1235.
182. Aksoy, U.M., Nörogelişimsel Bozukluklar: Bir Ağacın Farklı Dalları. *İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Tıp Dergisi*, 2019. 11(Ek): P. 1-4.
183. Thapar, A., M. Cooper, And M. Rutter, Neurodevelopmental Disorders. *Lancet Psychiatry* 4 (4): 339–346. 2017.
184. Mckenzie, K., Et al., Systematic Review Of The Prevalence And Incidence Of İntellectual Disabilities: Current Trends And İssues. *Current Developmental Disorders Reports*, 2016. 3(2): P. 104-115.
185. Demirkaya, S.K., Et al., Nörogelişimsel Psikiyatrik Bozuklukların Doğum Mevsimi İle İlişkisinin İncelenmesi. *Sdü Tıp Fakültesi Dergisi*, 2016. 23(3).
186. Pliszka, S. And A.W.G.O.Q. Issues, Practice Parameter For The Assessment And Treatment Of Children And Adolescents With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal Of The American Academy Of Child & Adolescent Psychiatry*, 2007. 46(7): P. 894-921.
187. Lai, M.-C., M.V. Lombardo, And S. Baron-Cohen, Autism. *Lancet*, 2014. 383: P. 896-910.

188. Kadak, M.T., Otizm Spektrum Bozuklukları-Güncel Bilgilerimiz Neler? Osb, 2019. 12: P. 15.
189. Barger, B.D., J.M. Campbell, And J.D. McDonough, Prevalence And Onset Of Regression Within Autism Spectrum Disorders: A Meta-Analytic Review. Journal Of Autism And Developmental Disorders, 2013. 43(4): P. 817-828.
190. Fombonne, E., The Changing Epidemiology Of Autism. Journal Of Applied Research In Intellectual Disabilities, 2005. 18(4): P. 281-294.
191. Çıray, R.O. And C. Mutlu, Çocukluk Çağındaki Tik Bozuklukları.
192. Cath, D.C., Et al., European Clinical Guidelines For Tourette Syndrome And Other Tic Disorders. Part I: Assessment. European Child & Adolescent Psychiatry, 2011. 20(4): P. 155-171.
193. Knight, T., Et al., Prevalence Of Tic Disorders: A Systematic Review And Meta-Analysis. Pediatric Neurology, 2012. 47(2): P. 77-90.
194. Murphy, T.K., Et al., Practice Parameter For The Assessment And Treatment Of Children And Adolescents With Tic Disorders. Journal Of The American Academy Of Child & Adolescent Psychiatry, 2013. 52(12): P. 1341-1359.
195. Alabaf, S., Et al., Physical Health in Children With Neurodevelopmental Disorders. Journal Of Autism And Developmental Disorders, 2019. 49(1): P. 83-95.
196. Genizi, J., I. Srugo, And N.C. Kerem, The Cross-Ethnic Variations in The Prevalence of Headache And Other Somatic Complaints Among Adolescents In Northern Israel. The Journal Of Headache And Pain, 2013. 14(1): P. 1-6.
197. Parisi, P., Et al., Headache And Attention Deficit And Hyperactivity Disorder In Children: Common Condition With Complex Relation And Disabling Consequences. Epilepsy & Behavior, 2014. 32: P. 72-75.
198. Steiner, T.J., Et al., Diagnosis, Prevalence Estimation And Burden Measurement in Population Surveys Of Headache: Presenting The Hardship Questionnaire. The Journal Of Headache And Pain, 2014. 15(1): P. 1-6.

199. Wöber, C., Et al., Undifferentiated Headache: Broadening The Approach To Headache in Children And Adolescents, With Supporting Evidence From A Nationwide School-Based Cross-Sectional Survey İn Turkey. *The Journal Of Headache And Pain*, 2018. 19(1): P. 1-9.
200. Kovacs, M., Rating Scales To Assess Depression in School-Aged Children. *Acta Paedopsychiatrica: International Journal Of Child & Adolescent Psychiatry*, 1981.
201. Oy, B., Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği Geçerlik Ve Güvenirlik Çalışması. *Türk. Psikiyatri. Dergisi.*, 1991. 2: P. 137-140.
202. Spielberger, C.D., The Measurement Of State And Trait Anxiety: Conceptual And Methodological Issues. *Emotions-Their Parameters And Measurement*, 1975.
203. Ş, Ö., Çocuklar İçin Durumluk Sürekli Kaygı Envanteri'nin Uyarlama, Geçerlik Ve Güvenirlik Çalışması, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. 1993, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü: Ankara.
204. Conners, C.K., Conners' Rating Scales--Revised: Crs-R. 2001: Multi-Health Systems North Tonawanda, Nj.
205. Kaner, S., Ş. Büyüköztürk, And E. Işeri, Conners Anababa Dereceleme Ölçeği-Yenilenmiş Kısa: Türkiye Standardizasyon Çalışması. 2013.
206. Goodman, R., The Strengths And Difficulties Questionnaire: A Research Note. *J Child Psychol Psychiatry*, 1997. 38(5): P. 581-6.
207. Güvenir, T., Et al., Güçler Ve Güçlükler Anketi'nin (Gga) Türkçe Uyarlamasının Psikometrik Özellikleri. *Turkish Journal Of Child And Adolescent Mental Health*, 2008. 15: P. 65-74.
208. Bruni, O., Et al., The Sleep Disturbance Scale For Children (Sdsc) Construct İon And Validation Of An İnstrument To Evaluate Sleep Disturbances İn Childhood And Adolescence. *Journal Of Sleep Research*, 1996. 5(4): P. 251-261.
209. Ağca Bilmenoğlu, S., Çocuklar İçin Uyku Bozuklukları Ölçeği'nin Türkçe Geçerlilik Ve Güvenilirliği. 2019.

210. Meijer, A.M. And G.L. Van Den Wittenboer, The Joint Contribution Of Sleep, Intelligence And Motivation To School Performance. *Personality And Individual Differences*, 2004. 37(1): P. 95-106.
211. Önder, İ., Et al., Psychometric Properties Of Sleep Quality Scale And Sleep Variables Questionnaire in Turkish Student Sample. *International Journal Of Psychology And Educational Studies*, 2016. 3(3): P. 9-21.
212. Avison, W.R., J. Ali, And D. Walters, Family Structure, Stress, And Psychological Distress: A Demonstration Of The Impact Of Differential Exposure. *Journal Of Health And Social Behavior*, 2007. 48(3): P. 301-317.
213. Özbek, A. And V.D. Volkan, Psychiatric Problems Within The Satellite-Extended Families Of Turkey. *American Journal Of Psychotherapy*, 1976. 30(4): P. 576-582.
214. Taylor, R.J., Et al., Extended Family And Friendship Support Networks Are Both Protective And Risk Factors For Major Depressive Disorder, And Depressive Symptoms Among African Americans And Black Caribbeans. *The Journal Of Nervous And Mental Disease*, 2015. 203(2): P. 132.
215. Holmes, A.M. And P. Deb, The Effect Of Chronic Illness On The Psychological Health Of Family Members. *Journal Of Mental Health Policy And Economics*, 2003. 6(1): P. 13-22.
216. Pakenham, K. And S. Cox, The Effects Of Parental Illness And Other Ill Family Members On The Adjustment Of Children. *Annals Of Behavioral Medicine*, 2014. 48(3): P. 424-437.
217. Borsook, D., Et al., Understanding Migraine Through The Lens Of Maladaptive Stress Responses: A Model Disease Of Allostatic Load. *Neuron*, 2012. 73(2): P. 219-234.
218. Kelman, L., The Biological Basis Of Headache. *Expert Review Of Neurotherapeutics*, 2011. 11(3): P. 363-378.
219. Costello, E.J., Et al., The Prevalence Of Potentially Traumatic Events in Childhood And Adolescence. *Journal Of Traumatic Stress: Official Publication*

- Of The International Society For Traumatic Stress Studies, 2002. 15(2): P. 99-112.
220. Rutter, M., A. Caspi, And T.E. Moffitt, Using Sex Differences in Psychopathology To Study Causal Mechanisms: Unifying Issues And Research Strategies. *Journal Of Child Psychology And Psychiatry*, 2003. 44(8): P. 1092-1115.
 221. Asmundson, G.J. And J. Katz, Understanding The Co-Occurrence Of Anxiety Disorders And Chronic Pain: State-Of-The-Art. *Depression And Anxiety*, 2009. 26(10): P. 888-901.
 222. Evans, S., Et al., The Impact Of Mental Illness On Quality Of Life: A Comparison Of Severe Mental Illness, Common Mental Disorder And Healthy Population Samples. *Quality Of Life Research*, 2007. 16(1): P. 17-29.
 223. Løhre, A., The Impact Of Loneliness On Self-Rated Health Symptoms Among Victimized School Children. *Child And Adolescent Psychiatry And Mental Health*, 2012. 6(1): P. 1-7.
 224. Roth-Isigkeit, A., Et al., Pain Among Children And Adolescents: Restrictions in Daily Living And Triggering Factors. *Pediatrics*, 2005. 115(2): P. E152-E162.
 225. Stensland, S.Ø., Et al., Recurrent Headache And Interpersonal Violence in Adolescence: The Roles Of Psychological Distress, Loneliness And Family Cohesion: The Hunt Study. *The Journal Of Headache And Pain*, 2014. 15(1): P. 1-9.
 226. Pine, D.S., P. Cohen, And J. Brook, The Association Between Major Depression And Headache: Results Of A Longitudinal Epidemiologic Study in Youth. *Journal Of Child And Adolescent Psychopharmacology*, 1996. 6(3): P. 153-164.
 227. Waldie, K. And R. Poulton, Physical And Psychological Correlates Of Primary Headache in Young Adulthood: A 26 Year Longitudinal Study. *Journal Of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 2002. 72(1): P. 86-92.

228. Pan, P.-Y., Et al., Headache in ADHD As Comorbidity And A Side Effect Of Medications: A Systematic Review And Meta-Analysis. *Psychological Medicine*, 2021: P. 1-12.
229. Rains, J.C. And J.S. Poceta, Headache And Sleep Disorders: Review And Clinical Implications For Headache Management. *Headache: The Journal Of Head And Face Pain*, 2006. 46(9): P. 1344-1363.
230. Ferini-Strambi, L., A. Galbiati, And R. Combi, Sleep Disorder-Related Headaches. *Neurological Sciences*, 2019. 40(1): P. 107-113.



8. EKLER

Ek-1: Sosyodemografik Bilgi Formu

Olgu ☐

Kontrol ☐

Katılımcı no:
Görüşme Tarihi:

Demografik Bilgi

Cinsiyet E ☐ K ☐

Doğum tarihi:

Kardeş Sayısı:

Ailenin yapısı: Çekirdek ☐ Geniş ☐ A-B ayrı ☐ A-B kaybı ☐

Baba Adı:

Anne Adı:

Yaş:

Yaş:

Eğitimi:

Eğitimi:

İşi:

İşi:

Sağlık Durumu:

Sağlık Durumu:

Ailenin ortalama aylık gelir düzeyi:

Gelişim Öyküsü

- Planlı bir gebelik mi ? Evet ☐ Hayır ☐

- Anne baba arası akrabalık var mı ? Evet ☐ Hayır ☐

- Gebelik/Doğum öncesi sağlık sorunu var mı (döküntülü hastalık, ateşli hastalık, tansiyon, şeker, kalp, röntgen, ilaç, kanama):

Evet ☐Hayır ☐

- Doğum şekli nasıl?

Normal doğum ☐ Sezeyan ☐ Müdahaleli doğum ☐

- Doğum zamanı ? Erken doğum ☐ Zamanında ☐ Geç ☐

- Doğum sonrası tıbbi sorun oldu mu? (morarma, ağlama, sarılık vb.)

Evet ☐ Hayır ☐

- Yürümesi kaç aylıkken oldu?

- Konuşma kaç aylıkken oldu?

- Tuvalet Eğitimi kaç aylıkken oldu?

El tercihi: Sağ ☐ Sol ☐

Okul Öyküsü

- Ana okulu/Kreşe gitti mi? Evet ☐ Hayır ☐

- İlkokula başlama yaşı:

- Okuma-yazmayı ne zaman öğrendi ? Okul öncesi ☐

- 1. Sınıf birinci dönemi ☐ 1. Sınıf ikinci Dönemi ☐ 1. Sınıfta sonra ☐

- Okulda sınıf kaybı oldu mu? Evet ☐ Hayır ☐

- Şu an kaçınıcı sınıfta okuyor ?

- Okul başarısını nasıl tanımlarsınız ? İyi ☐ Orta ☐ Kötü ☐

Tıbbi Öykü

- Bilinen bir hastalığı var mı? Evet ☐

Hayır ☐

- Hiç hastaneye yattı mı? Evet ☐

Hayır ☐

- Sürekli kullandığı bir ilaç var mı? Evet ☐

Hayır ☐

- Daha önce hiç psikiyatrik başvurusu var mı?

Evet ☐ Hayır ☐

- Daha önce hiç psikiyatrik ilaç kullandı mı?

Evet ☐ Hayır ☐

Soygeçmiş Öyküsü

- Ailede fiziksel – tıbbi hastalığı olan var mı?

Evet ☐ Hayır ☐

- Ailede ruhsal hastalığı olan var mı?

Evet ☐ Hayır ☐

-Annede sık başağrısı var mı?

Evet ☐ Hayır ☐

- Annenin tanı konmuş başağrısı bozukluğu var mı (migren vb.)?

Evet ☐ Hayır ☐

-Babada sık başağrısı var mı?

Evet ☐ Hayır ☐

- Babanın tanı konmuş başağrısı bozukluğu var mı (migren vb.)?

Evet ☐ Hayır ☐

-Kardeşlerden birinde sık başağrısı var mı?

Evet ☐ Hayır ☐

- Kardeşlerden tanı konmuş başağrısı bozukluğu var mı (migren vb.)?

Evet ☐ Hayır ☐

-Ailede başka bilinen sık başağrısı olan var mı?

Evet ☐ Hayır ☐

- Ailede başka bilinen tanı konmuş başağrısı bozukluğu olan varmı (migren vb.)?

Evet ☐ Hayır ☐

Olumsuz Yaşam Olavları

Aşağıdaki olumsuz yaşam olaylarından herhangi biri çocuğunuzun başına geldi mi?

	EVET	HAYIR
Deprem,sel,fırtına, yangın gibi doğal bir afet	☐	☐
Ciddi bir kaza veya yaralanma	☐	☐
Hastaneye yatmayı gerektirecek kadar önemli bir hastalık	☐	☐
Anne-Baba ayrılığı	☐	☐
Boşanma	☐	☐
Bir ebeveyninden 1 aydan uzun süre ayrı kalma	☐	☐
3 aydan uzun süre ebeveynlerden ayrı yaşama	☐	☐
Aile (anne, baba, kardeşler) veya aile dışındaki kişilerden(örneğin arkadaş, öğretmen, komşu,akraba) birinin şiddetle bağırması	☐	☐
Aile (anne, baba, kardeşler) veya aile dışındaki kişilerden(örneğin arkadaş, öğretmen, komşu,akraba) birinin 'salak'' ''beceriksiz'' ''tipsiz'' gibi (ya da buna benzer kötü) sıfatlarla seslenmesi, dışlaması	☐	☐
Aile (anne, baba, kardeşler) veya aile dışındaki kişilerden(örneğin arkadaş, öğretmen, komşu,akraba) birinin vücudunda morartı ya da sıyrık oluşturacak şiddette vurması	☐	☐
Aynı ev içinde alkol ya da madde kullanan biri ile 1 aydan uzun süre yaşamış olması	☐	☐
Beslenme-ısınma-giyim gibi temel ihtiyaçların karşılamasının zora girdiği ailevi bir ekonomik zorluk dönemi	☐	☐
Çocuğunuzu etkilediğini düşündüğünüz BAŞKA travma (ileri derecede üzücü olay) yaşantısı olması	☐	☐
Belirtiniz.....		

Ek-2: Baş Ağrısı Sebebiyle Ergenlerin Yaşadıkları Sıkıntılar Anketi

Lifting The Burden

in Official Relations with
the World Health Organization

The Global Campaign against Headache

**Baş ağrısı sebebiyle ergenlerin yaşadıkları sıkıntılar
(Baş ağrısına bağlı kısıtlamalar, yetersizlik, sosyal
etkinliklere katılımda sınırlanma ve engeller)
anketi**

6-17 yaşları arasındaki ergenler için yönlendirilmiş grup anketi

Merkez tanımlayıcı (merkez tarafından doldurulacak)		_____
Okul tanımlayıcı (merkez tarafından doldurulacak)		_____
Sınıf tanımlayıcı (merkez tarafından doldurulacak)		_____
Yanıtlayıcı tanımlayıcı (görüşmecisi tarafından doldurulacak)		_____
1	Bugünün tarihi nedir	____/____/____ gün/ ay / yıl

Seninle ilgili sorular				
2	Kaç yaşındasın?	_____yaşımdayım		
3	Cinsiyetin nedir? (lütfen kutulardan birini işaretle)	erkek ☐	kız ☐	
Tarama soruları				
4	Bugüne kadar hiç baş ağrısı çektin mi? (lütfen kutulardan birini işaretle)	hayır ☐	evet ☐	
5	Geçen yıl içerisinde hiç başın ağrıdı mı? (lütfen kutulardan birini işaretle)	hayır ☐	evet ☐	eğer cevabın hayırsa, doğrudan 33. Soruya geç
Teşhis soruları				
Bu sorular baş ağrının tarifine yöneliktir.				
6	Baş ağrın genellikle ne kadar sürüyor? (lütfen kutulardan birini işaretle)	☐ 1 saatten daha az	☐ 1-2 saat arası	☐ 2-4 saat arası
7	Baş ağrın genellikle ne kadar şiddetli oluyor? (lütfen kutulardan birini işaretle)	☐ Çok kötü değil	☐ Oldukça kötü	☐ Çok kötü
8	Baş ağrını en iyi hangisi anlatıyor? (lütfen sana en yakın gelen seçeneği ve yalnızca tek bir seçeneği işaretle)	☐ Başım zonkluyor ya da içeriden bir şey atıyor sanki (kalp atışı gibi)		☐ Kafama birisi bastırıyor gibi

9	Baş ağrın genellikle başının tek tarafında mı, ortasında mı yoksa her iki tarafında mı oluyor? (lütfen kutulardan birini işaretle)	☐ Tek tarafta	☐ ortada	☐ İki tarafta da
10	Hareket etmek (yürümek ya da merdivenleri çıkmak) baş ağrını daha da kötüleştiriyor mu? (lütfen kutulardan birini işaretle)	hayır ☐		evet ☐
11	Başın ağrıdığı anda hareket etmeye (yürümeye ya da merdivenleri çıkmaya) üşeniyor musun? (lütfen kutulardan birini işaretle)	hayır ☐		evet ☐
12	Baş ağrın olduğunda kendini hasta gibi hissediyor musun (sanki kusacakmışın gibi)? (lütfen kutulardan birini işaretle)	hayır ☐		evet ☐
13	Başın ağrıdığı anda gerçekten hasta oluyor musun (kustuğun oluyor mu)? (lütfen kutulardan birini işaretle)	hayır ☐		evet ☐
14	Başın ağrıdığı anda karanlık bir yerde mi olmak istiyorsun? (lütfen kutulardan birini işaretle)	hayır ☐		evet ☐
15	Başın ağrıdığı anda sessiz bir yerde mi olmak istiyorsun? (lütfen kutulardan birini işaretle)	hayır ☐		evet ☐
Etki soruları				
Bundan sonraki sorular baş ağrının seni ve hayatını nasıl etkilediğine yöneliktir. İlk iki soru geçen hafta ile ilgilidir.				
16	Geçen hafta kaç gün baş ağrın oldu? (lütfen kaç gün ise, 0 ile 7 arasında bir rakam olarak yaz)	_____ gün		

17	Geçen hafta kaç gün baş ağrın yüzünden ilaç aldın? (lütfen kaç gün ise, 0 ile 7 arasında bir rakam olarak yaz)	_____gün
Lütfen aşağıdaki soruları geçtiğimiz dört haftayı göz önüne alarak cevapla		
18	Geçtiğimiz dört hafta içinde kaç gün baş ağrın oldu? (lütfen kaç gün ise 0 ile 28 arasında bir sayı olarak yaz)	_____gün
19	Geçtiğimiz dört hafta içinde baş ağrın yüzünden ilaç aldın? (lütfen kaç gün ise 0 ile 28 arasında bir sayı olarak yaz)	_____gün
20	Geçtiğimiz dört hafta içinde kaç gün baş ağrın yüzünden okula gitmedin? (lütfen kaç gün ise 0 ile 20 arasında bir sayı olarak yaz)	_____gün
21	Geçtiğimiz dört hafta içinde kaç gün baş ağrılarının yüzünden okuldan erken ayrıldın? (lütfen kaç gün ise 0 ile 20 arasında bir sayı olarak yaz)	_____gün
22	Geçtiğimiz dört hafta içinde baş ağrılarının yüzünden yapmak istediğin şeyleri yapamadın? (lütfen kaç gün ise 0 ile 28 arasında bir sayı olarak yaz)	_____gün
23	Geçtiğimiz dört hafta içinde başın ağrıdığı için annenin ya da babanın işe gidemediği veya işte zaman kaybettiği oldu mu? (lütfen kutucuklardan birini işaretle ve eğer cevabın evetse anne/babanın işe gidemediği toplam gün sayısını yaz)	hayır ☐ evet ☐ _____gün
Dün hakkında sorular		
24	Dün baş ağrın oldu mu? (lütfen kutulardan birini işaretle)	hayır ☐ evet ☐ eğer cevabın hayır ise, doğrudan 27. Soruya geç
25	Ne kadar şiddetliydi? (lütfen kutulardan birini işaretle)	☐ ☐ ☐ Çok kötü değil Oldukça kötü Çok kötü

26	Dün okuldan kaybın oldu mu? (lütfen kutulardan birini işaretle)	☐ hayır	☐ Evet, erken çıktım	☐ Evet, hiç gitmedim	
Daha fazla etki soruları					
Lütfen aşağıdaki soruları geçtiğimiz dört haftayı göz önüne alarak cevapla					
27	Başım ağrıyacak diye korktum (lütfen kutulardan birini işaretle)	☐ asla	☐ bazen	☐ Sık sık	☐ Her zaman
28	Baş ağrılarım yüzünden ailem bazı şeyleri yapmama izin vermedi (lütfen kutulardan birini işaretle)	☐ asla	☐ bazen	☐ Sık sık	☐ Her zaman
29	Baş ağrılarım yüzünden konsantre olamadım (lütfen kutulardan birini işaretle)	☐ asla	☐ bazen	☐ Sık sık	☐ Her zaman
30	Baş ağrılarım yüzünden üzgündüm (lütfen kutulardan birini işaretle)	☐ asla	☐ bazen	☐ Sık sık	☐ Her zaman
31	Baş ağrılarım bana fazla bir sorun yaratmadı (lütfen kutulardan birini işaretle)	☐ asla	☐ bazen	☐ Sık sık	☐ Her zaman
32	Kimsenin başımın ağrıdığını fark etmesini istemedim (lütfen kutulardan birini işaretle)	☐ asla	☐ bazen	☐ Sık sık	☐ Her zaman

Aşağıdaki sorular başağrısı çeken ya da çekmeyen **herkes** için düzenlenmiştir.

Yaşam kalitesine dair sorular

Lütfen **geçtiğimiz dört haftayı** nasıl geçirdiğini düşün ve uygun olan kutucuğu işaretle

33	Kendimi hasta hissediyordum (lütfen kutulardan birini işaretle)	☐ asla	☐ bazen	☐ Sık sık	☐ Her zaman
34	Yorgun ve bitkindim (lütfen kutulardan birini işaretle)	☐ asla	☐ bazen	☐ Sık sık	☐ Her zaman
35	Enerji doluydum (lütfen kutulardan birini işaretle)	☐ asla	☐ bazen	☐ Sık sık	☐ Her zaman
36	Eğlendim ve çok güldüm (lütfen kutulardan birini işaretle)	☐ asla	☐ bazen	☐ Sık sık	☐ Her zaman
37	Canım sıkıldı (lütfen kutulardan birini işaretle)	☐ asla	☐ bazen	☐ Sık sık	☐ Her zaman
38	Kendimi yalnız hissettim (lütfen kutulardan birini işaretle)	☐ asla	☐ bazen	☐ Sık sık	☐ Her zaman
39	Kendimi korkmuş hissediyordum (lütfen kutulardan birini işaretle)	☐ asla	☐ bazen	☐ Sık sık	☐ Her zaman
40	Kendimden hoşnuttum (lütfen kutulardan birini işaretle)	☐ asla	☐ bazen	☐ Sık sık	☐ Her zaman

41	Kendimi evde iyi hissediyordum (lütfen kutulardan birini işaretle)	☐ asla	☐ bazen	☐ Sık sık	☐ Her zaman
42	Arkadaşlarımla iyi geçindim (lütfen kutulardan birini işaretle)	☐ asla	☐ bazen	☐ Sık sık	☐ Her zaman
43	Kendimi diğer çocuklardan farklı hissettim (lütfen kutulardan birini işaretle)	☐ asla	☐ bazen	☐ Sık sık	☐ Her zaman
44	Okul ödevlerini yapmak zor gelmedi (lütfen kutulardan birini işaretle)	☐ asla	☐ bazen	☐ Sık sık	☐ Her zaman

Ek-3: Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği

Katılım Numarası:

Tarih:

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

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

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

- T) 1- Birçok arkadaşım var.
2- Birçok arkadaşım var ama daha fazla olmasını hissederdim.
3- Hiç arkadaşım yok.
- U) 1- Okul başarıml iyi.
2- Okul başarıml eskisi kadar iyi değil.
3- Eskiden iyi olduğum derslerden çok başarısızım.
- Ü) 1- Hiçbir zaman diğer çocuklar kadar iyi olamıyorum.
2- Eğer istersem diğer çocuklar kadar iyi olurum.
3- Diğer çocuklar kadar iyiyim.
- V) 1- Kimse beni sevmez.
2- Beni seven insanların olup olmadığından emin değilim.
3- Beni seven insanların olduğundan eminim.
- Y) 1- Bana söyleneni genellikle yaparım.
2- Bana söyleneni çoğu zaman yaparım.
3- Bana söyleneni hiçbir zaman yapmam.
- Z) 1- İnsanlarla iyi geçinirim.
2- İnsanlarla sık sık kavga ederim.
3- İnsanlarla her zaman kavga ederim.

Ek-4: Çocuk Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri

A. ÇOCUK DURUMLUK KAYGI ENVANTERİ

Kızların ve erkeklerin kendilerini anlattıkları bazı cümleler aşağıda verilmiştir. Her cümleyi dikkatle okuyun ve şu anda nasıl hissettiğinize karar verin. Daha sonra sizi en doğru anlatan ifadenin önündeki parantezler arasına (X) işareti koyun. Yanlış veya doğru cevap diye bir şey yok. Herhangi bir cümle üzerinde fazla zaman geçirmeyin. Tam bu anda, bu dakikada nasıl hissettiğinizi en iyi anlatan ifadeyi seçmeyi unutmayın.

1. Kendimi () çok sakın hissediyorum () sakın hissediyorum () sakın hissetmiyorum
2. Kendimi () çok öfkeli hissediyorum () öfkeli hissediyorum () öfkeli hissetmiyorum
3. Kendimi () çok huzurlu hissediyorum () huzurlu hissediyorum () huzurlu hissetmiyorum
4. Kendimi () çok sinirli hissediyorum () sinirli hissediyorum () sinirli hissetmiyorum
5. Kendimi () çok huzursuz hissediyorum () huzursuz hissediyorum () huzursuz hissetmiyorum
6. Kendimi () çok dinlenmiş hissediyorum () dinlenmiş hissediyorum () dinlenmiş hissetmiyorum
7. Kendimi () çok ürkmüş hissediyorum () ürkmüş hissediyorum () ürkmüş hissetmiyorum
8. Kendimi () çok rahatlamış hissediyorum () rahatlamış hissediyorum () rahatlamış hissetmiyorum
9. Kendimi () çok endişeli hissediyorum () endişeli hissediyorum () endişeli hissetmiyorum
10. Kendimi () çok hoşnut hissediyorum () hoşnut hissediyorum () hoşnut hissetmiyorum
11. Kendimi () çok korkmuş hissediyorum () korkmuş hissediyorum () korkmuş hissetmiyorum
12. Kendimi () çok mutlu hissediyorum () mutlu hissediyorum () mutlu hissetmiyorum
13. Kendimden () çok eminim () eminim () emin değilim
14. Kendimi () çok iyi hissediyorum () iyi hissediyorum () iyi hissetmiyorum
15. Kendimi () çok başım dertte hissediyorum () başım dertte hissediyorum () başım dertte hissetmiyorum
16. Bir şeylerin beni () çok rahatsız ettiğini hissediyorum () rahatsız ettiğini hissediyorum () rahatsız ettiğini hissetmiyorum
17. Kendimi () çok keyifli hissediyorum () keyifli hissediyorum () keyifli hissetmiyorum
18. Kendimi () çok dehşete kapılmış hissediyorum () dehşete kapılmış hissediyorum () dehşete kapılmış hissetmiyorum
19. Kafamda () her şeyi çok karmaşık hissediyorum () her şeyi karmaşık hissediyorum () her şeyi karmaşık hissetmiyorum
20. Kendimi () çok neşeli hissediyorum () neşeli hissediyorum () neşeli hissetmiyorum

B. ÇOCUK SÜREKLİ KAYGI ENVANTERİ

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

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

Ek-5: Yenilenmiş Conners Anababa Derecelendirme Ölçeği Kısa Türkçe Formu

Çocuğun adı -----Cinsiyeti: K E(daire içine alınız)

Doğum tarihi -----/-----/----- Yaşı: Sınıfı:

Anne ya da Babanın Adı:----- Bugünün Tarihi: -----/-----/-----

Yönerge: Aşağıda çocukların yaşadıkları yaygın pek çok sorun vardır. Lütfen her bir maddeyi, çocuğunuzun son bir ay içerisindeki davranışlarına göre derecelendiriniz. Her bir madde için kendinize ‘Son bir ay içinde bu sorunun ne kadar görüldüğü’ sorusunu sorunuz ve her madde için en uygun yanıtı yuvarlak içine alınız. Eğer o davranış hiçbir zaman görülüyorsa ya da çok seyrek, nadiren görülüyorsa 0’ı işaretleyiniz. Eğer çok sık görülüyorsa 3 ü işaretleyiniz. Bu ikisi arasında kalan derecelendirmeler için 1’i ya da 2’yi işaretleyiniz. Lütfen bütün maddeleri yanıtlayınız.

		Hiç doğru değil (hiçbir zaman, nadiren)	Biraz doğru (bazen)	Oldukça doğru (çoğu kez, sık sık)	Çok Doğru (pekçok kez,çok sık sık)
1	Dikkatsizdir, dikkati kolayca dağılır.	0	1	2	3
2	Öfkeli ve alıngandır.	0	1	2	3
3	Ev ödevlerini yapmada ya da tamamlamada güçlük çeker.	0	1	2	3
4	Sürekli hareket halindedir ya da bir motor tarafından sürülüyormuş gibi hareket eder.	0	1	2	3
5	Dikkat süresi kısadır.	0	1	2	3
6	Yetişkinlerle tartışır.	0	1	2	3
7	Ürkektir, kolayca korkar.	0	1	2	3
8	Ödevlerini tamamlamayı başaramaz.	0	1	2	3
9	Çarşıda ya da marketlerde alışveriş sırasında kontrolü zordur.	0	1	2	3
10	Evde ya da okulda dağınık ya da düzensizdir.	0	1	2	3
11	Hiddetlenir.	0	1	2	3
12	Ödevlerini yaparken yakından denetlenmesi gerekir.	0	1	2	3
13	Yalnızca gerçekten ilgi duyduğu şeylere dikkatini verir.	0	1	2	3
14	Uygun olmayan ortamlarda aşırı bir şekilde koşuşturur ya da tırmanır.	0	1	2	3
15	Dikkatinin dağınıklığı ya da dikkatinin süresi sorun yaratır.	0	1	2	3
16	Sinirlidir.	0	1	2	3
17	Uzun süreli zihinsel çaba göstermeyi gerektiren görevlerden (okul çalışmaları ya da ev ödevleri gibi) kaçınır, isteksizlik gösterir ya da yapmakta zorlanır.	0	1	2	3
18	Kıpır kıpırdır, huzursuzdur.	0	1	2	3
19	Bir şey yapması için yönergeler verildiğinde dikkati dağılır.	0	1	2	3
20	Yetişkinlerin isteklerine açıkça karşı gelir ya da uymayı reddeder.	0	1	2	3
21	Sınıfta dikkatini toplamada sorunu vardır.	0	1	2	3
22	Sırada beklemekte ya da oyunlarda ve grup etkinliklerinde sıranın kendisine gelmesini beklemekte güçlüğü vardır.	0	1	2	3
23	Sınıfta ya da oturması beklenen diğer durumlarda yerinden kalkar.	0	1	2	3
24	Başkalarını kızdıran şeyleri kasıtlı olarak yapar.	0	1	2	3
25	Yönergeleri izlemez ve okul çalışmalarını, günlük ev işlerini ya da iş yerindeki görevlerini bitiremez (karşı gelme davranışından ya da yönergeleri anlamadığından değil).	0	1	2	3
26	Sakin bir biçimde oyun oynamakta ya da boş zaman etkinliklerine katılmakta güçlük çeker.	0	1	2	3
27	Çabalamaktan çabuk vazgeçer	0	1	2	3

Ek-6: Güçler ve Güçlükler Anketi

Her cümle için, Doğru Değil, Kısmen Doğru, Tamamen Doğru kutularından birini işaretleyiniz. Kesinlikle emin olamıyorsanız ya da size anlamsız görünse de elinizden geldiğince tüm cümleleri yanıtlamanız bize yardımcı olacaktır. Lütfen yanıtlarınızı son 6 ay içindeki durumunuzu göz önüne alarak veriniz.

Adınız:

Kız / Erkek

Doğum Tarihi:

	Doğru Değil	Kısmen Doğru	Kesinlikle Doğru
İnsanlara karşı iyi davranmaya çalışırım. Onların duygularını önemserim.	☐	☐	☐
Uzun süre kıpırdamadan oturamam, huzursuz olurum.	☐	☐	☐
Çok fazla baş ağrım, karın ağrım ya da bulantım olur.	☐	☐	☐
Genellikle başkalarıyla paylaşıyorum (Örn. Yiyeceklerimi, oyunlarımı, kalemimi v.s.).	☐	☐	☐
Çok öfkelenirim ve sıkça kontrolümü kaybederim.	☐	☐	☐
Genellikle kendi başıyım. Genelde yalnız oynarım ya da başkalarıyla birlikte olmaktan kaçınırım.	☐	☐	☐
Genellikle bana söyleneni yaparım.	☐	☐	☐
Çok endişelenirim.	☐	☐	☐
Eğer birisi incinmiş, morali bozulmuş ya da kendini kötü hissediyor ise ona yardım ederim.	☐	☐	☐
Sürekli ellerim ve ayaklarım kıpır kıpırdır, ya da oturduğum yerde kıpırdanıp dururum.	☐	☐	☐
En az bir yakın arkadaşım var.	☐	☐	☐
Çok kavgacıyım. Diğer insanlara istediğimi yaptırabilirim.	☐	☐	☐
Sıkça mutsuz, kederli ya da ağlamaklıyım.	☐	☐	☐
Yaşıtlarım genelde beni sever.	☐	☐	☐
Dikkatim kolayca dağınık, dikkatimi toplamakta güçlük çekerim.	☐	☐	☐
Yeni ortamlarda gerginim. Kendime güvenimi kolayca kaybederim.	☐	☐	☐
Kendimden küçüklere iyi davranırım.	☐	☐	☐
Sıkça hile yapmak ya da yalan söylemekle suçlanırım.	☐	☐	☐
Diğer çocuklar ya da gençler bana takarlar ya da benimle alay ederler.	☐	☐	☐
Sıkça başkalarına (anne baba, öğretmen, çocuklar) yardım etmeye istekli olurum.	☐	☐	☐
Bir şeyi yapmadan önce düşünürüm.	☐	☐	☐
Ev, okul ya da başka bir yerden benim olmayan şeyleri alırım.	☐	☐	☐
Erişkinlerle yaşıtlarımdan daha iyi geçinirim.	☐	☐	☐
Pek çok korkum var. Kolayca ürkerim.	☐	☐	☐
Yaptığım işleri bitiririm. Dikkatim iyidir.	☐	☐	☐

Belirtmek istediğiniz başka düşünce ya da duygunuz var mı?

Ek-7: Çocuklar İçin Uyku Bozuklukları Ölçeği

YÖNERGE: Bu anket doktorunuzun çocuğunuzun uyku-uyanıklık ritmini ve uyku sorunlarını daha iyi anlamasını sağlayacaktır. Bütün soruları yanıtlamaya çalışın; her soruyu çocuğunuzun son 6 aylık dönemdeki durumuna göre cevaplayın. Lütfen soruları ① den ⑤ e kadar daireleri doldurarak veya üzerine çarpı koyarak cevaplandırın. Yardımlarınız için çok teşekkür ederiz.

Cinsiyet:

Yaş:

Tarih:

1. Çocuğunuz çoğunlukla geceleri kaç saat uyur?	① 9-11 saat	② 8-9 saat	③ 7-8 saat	④ 5-7 saat	⑤ 5 saatten az
2. Çocuğunuz yattıktan ne kadar süre sonra uykuya dalar?	① 15 dk'dan az	② 15-30 dk	③ 30-45 dk	④ 45-60 dk	⑤ 60 dk'dan fazla

	⑤ Her zaman (her gün)				
	④ Sık sık (haftada 3 veya 5 kez)				
	③ Bazen (haftada 1 veya 2 kez)				
	② Nadiren (ayda bir veya iki kez ya da daha az)				
	① Hiçbir zaman				
3. Çocuğunuz yatağa isteksizce girer.	①	②	③	④	⑤
4. Çocuğunuz geceleri uykuya dalmakta zorlanır.	①	②	③	④	⑤
5. Çocuğunuz uykuya dalarken kendisini endişeli veya korkmuş hisseder.	①	②	③	④	⑤
6. Çocuğunuz uykuya dalarken irkilir ya da vücudunun bazı bölümlerinde sıçramalar olur.	①	②	③	④	⑤
7. Çocuğunuzun uykuya dalarken sallanma veya kafasını vurma gibi tekrarlayıcı hareketleri vardır.	①	②	③	④	⑤
8. Çocuğunuz uykuya dalarken rüyadaymış gibi canlı sahneler yaşar.	①	②	③	④	⑤
9. Çocuğunuz uykuya dalarken aşırı terler.	①	②	③	④	⑤
10. Çocuğunuz gecede iki defadan fazla uyanır.	①	②	③	④	⑤
11. Çocuğunuz gece yarısı uyanıp tekrar uykuya dalmakta zorlanır.	①	②	③	④	⑤
12. Çocuğunuz uykudayken sık sık bacaklarında seğirme veya silkinmeler olur, gece boyunca sıklıkla pozisyon değiştirir veya yorganını tekmeler.	①	②	③	④	⑤
13. Çocuğunuz gece boyunca nefes almakta zorlanır.	①	②	③	④	⑤
14. Çocuğunuz uykuda güçlükle nefes alır veya nefessiz kalır.	①	②	③	④	⑤
15. Çocuğunuz horlar.	①	②	③	④	⑤
16. Çocuğunuz gece boyunca aşırı terler.	①	②	③	④	⑤
17. Çocuğunuzda uyurgezerlik vardır.	①	②	③	④	⑤
18. Çocuğunuz uykusunda konuşur.	①	②	③	④	⑤
19. Çocuğunuz uykuda dişlerini gıcırdatır.	①	②	③	④	⑤
20. Çocuğunuz uykudan çışık atarak veya afillamış halde uyanır, onunla iletişim kuramazsınız ve ertesi sabah bu olanları hiç hatırlamaz.	①	②	③	④	⑤
21. Çocuğunuz gördüğü kabusları ertesi gün hatırlamaz.	①	②	③	④	⑤
22. Çocuğunuz sabah uyardırmak oldukça zordur.	①	②	③	④	⑤
23. Çocuğunuz sabahları yorgun uyanır.	①	②	③	④	⑤
24. Çocuğunuz sabah uyanırken hareket edemiyormuş gibi hisseder.	①	②	③	④	⑤
25. Çocuğunuz gün içinde uyuklar.	①	②	③	④	⑤
26. Çocuğunuz beklenmedik ortamlarda aniden uyuşakalır.	①	②	③	④	⑤

Uykuyu Başlatma ve Sürdürme Bozuklukları (Madde 1,2,3,4,5,10,11'in puanları toplamı)	
Uykuda Solunum Bozuklukları (Madde 13,14,15'in puanları toplamı)	
Uykudan Uyanma Bozuklukları (Madde 17,20,21'in puanları toplamı)	
Uyku Uyanıklık Geçiş Bozuklukları (Madde 6,7,8,12,18,19'un puanları toplamı)	
Aşırı Uyukluk Bozuklukları (Madde 22,23,24,25,26'nın puanları toplamı)	
Uykuda Aşırı Terleme (Madde 9,16'nın puanları toplamı)	
Toplam Puan (6 faktörün puanları toplamı)	

Ek-8: Uyku Kalitesi Ölçeği ve Uyku Değişkenleri Anketi

Aşağıdaki sorular sizin uyku düzeniniz ve uyku alışkanlıklarınız ile ilgilidir. Lütfen tüm soruları cevaplandırınız.

A. Lütfen aşağıdaki ilk 7 soruyu okula gittiğiniz günleri göz önünde bulundurarak cevaplandırınız.

1. Işıklar söndürülüp yatağa yattığınızda, aşağıdakilerden hangisi genelde sizin için doğrudur? [When you are in bed and the lights are turned off:]
 - a. Hemen uyurum [You fall asleep at once]
 - b. Bir süre uyanık kalırım [You stay awake for a while]
 - c. Uyumam için uzun zaman gereklidir [It takes you a long time to fall asleep]
2. Uyuma sorunu yaşar mısın? [Do you have a troubled sleep?]
 - a. Asla [Never]
 - b. Bazen [Sometimes]
 - c. Nerdeyse her gece [Nearly every night]
3. Bazen geceleri uyanır mısın? [Do you sometimes wake up during the night?]
 - a. Asla [Never]
 - b. Bazen [Sometimes]
 - c. Nerdeyse her gece [Nearly every night]
4. Eğer geceleri uyanıyorsan, aşağıdakilerden hangisi genelde sizin için doğrudur? [If you wake up during the night:]
 - a. Çoğunlukla farkına varmam [Mostly you do not notice]
 - b. Kısa bir süre sonra tekrar uyurum [You fall asleep again soon]
 - c. Tekrar uyumam uzun zaman alır [It takes you a while to fall asleep again]
5. Geceleri iyi uyur musun? [Do you sleep well at night?]
 - a. Hayır [No]
 - b. Bazen [Sometimes]
 - c. Evet, daima [Yes, always]
6. Sabah kalktığında kendini dinlenmiş hisseder misin? [Do you feel rested at awakening?]
 - a. Hayır [No]
 - b. Bazen [Sometimes]
 - c. Evet, daima [Yes, always]
7. Geceleri iyi uyuyamadığın olur mu? [Do you sleep badly?]

- a. Hayır [No]
- b. Bazen [Sometimes]
- c. Evet, daima [Yes]

B. Lütfen aşağıdaki soruların cevaplarını, olabildiğince doğru bir şekilde saat ve dakika olarak yazınız.

8. Yatmaya ne zaman gideceğine karar vermene ailen izin veriyor mu? [Are you allowed to decide for yourself what time you go to bed?]

Evet [Yes] Hayır [No]

9. Okula gittiğin günlerde saat kaçta kalkarsın?..... [What time do you wake up in the morning (on days that you have to go to school)? Please try to describe this as accurately as possible]

10. Okula gittiğin günlerde saat kaçta yatarsın?.....What time do you usually go to bed on the days you have to go to school? Please, try to describe this as accurately as possible]

11. Hafta sonu saat kaçta kalkarsın?..... [What time do you wake up in the weekend? Please try to describe this as accurately as possible]

12. Hafta sonu saat kaçta yatarsın?..... [What time do you go to bed at weekends? Please, try to describe this as accurately as possible]

13. Okula gittiğin günlerde yattığın odanın ışıklarını saat kaçta kapatırsın? [What time do you usually turn off the lights on the days you have to go to school? Please, try to describe this as accurately as possible]

C. Lütfen aşağıdaki soruların cevaplarını dakika olarak yazınız.

14. Odanın ışıklarını kapattıktan sonra uykuya dalman genellikle kaç dakika sürer?.....dakika [How many minutes takes it generally for you to fall asleep after you turned off the lights?]

15. Gece boyunca genellikle yatağında kaç dakika uyanık olarak uzanırsın?.....dakika [How many minutes do you generally lie awake during the night?]