

## RESEARCH ARTICLE

**BİRİNCİL BAŞ AĞRISI TANISI ALAN ÇOCUKLARIN RUHSAL DEĞERLENDİRMESİ, ANNELERİNDE RUHSAL BELİRTİ SIKLIĞININ TARANMASI VE AİLE İŞLEVLERİNİN İNCELENMESİ****Ekrem ŞENTÜRK<sup>1</sup>**  **Mahmut Cem TARAKÇIOĞLU<sup>2</sup>**  **Bülent KARA<sup>1</sup>**  **Işık KARAKAYA<sup>1</sup>** 

1 Uzm. Dr., Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kocaeli

2 Uzm. Dr., Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

3 Prof. Dr., Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Nörolojisi Bilim dalı

4 Prof. Dr., Bilgi Üniversitesi Psikoloji Fakültesi, İstanbul

**ÖZET**

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

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

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

**Tartışma:** Çalışmamızın sonucunda birincil baş ağrısı tanısı alan çocuk ve ergenlerin ruhsal açıdan etkilendikleri, her ne kadar kesitsel desenli bir çalışma olsa da, özellikle GTBA için psiko-sosyal risk etkenlerinin önemli bir yeri olduğu düşünülmüştür.

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

**ABSTRACT**

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

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

**Cite this article as:** Şentürk E, Tarakçıoğlu MC, Kara B, Karakaya I. Birincil Baş Ağrısı Tanısı Alan Çocukların Ruhsal Değerlendirmesi, Annelerinde Ruhsal Belirti Sıklığının Taranması ve Aile İşlevlerinin İncelenmesi. Medical Research Reports 2018; 1(3):61-71

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

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

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

## GİRİŞ

Ağrı, yaygın, sıkıntı verici, hoşla gitmeyen bir yaşantı olarak tarif edilen tedavi edilebilir bir sorundur [1]. Ağrının somatik, duygusal, davranışsal ve bilişsel olmak üzere dört bileşeni vardır. Ağrının algılanması, tanımlanması ve ağrıya gösterilen tepki bireyseldir. Bu durum hastanın değerlendirilmesinde fiziksel, sosyal, çevresel ve psikolojik etmenlerin göz önünde bulundurulmasını gerektirir [2]. Isıkgeit ve arkadaşlarının 749 okul çağı çocuğunu değerlendirdikleri bir çalışmada katılımcıların %83.3'ü son üç ay içinde en az bir kez ağrı yakınmasının olduğunu belirtmiştir [3]. Aynı çalışmada ağrı yakınması olan çocuklar ağrı nedeni ile uyku ve iştah sorunlarının olduğunu, günlük aktivitelerini gerçekleştirmekte zorlandıklarını, okula gidemediklerini ve keyif aldıkları etkinliklere katılamadıklarını ifade etmişlerdir.

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

Birincil baş ağrısı tanısı alan erişkinlerle yapılan çalışmalarda duygudurum bozuklukları, anksiyete bozuklukları ve somatoform bozukluk tanılarının migren ya da gerilim tipi baş ağrısı tanısı olanlarda normal kontrollere göre daha sık saptandığı bildirilmektedir [8-10]. Aynı zamanda duygudurum bozuklukları ve anksiyetebozukluklarında da organik bir nedene bağlı olmayan baş ağrısı, baş dönmesi, bulantı, karın ve sırt ağrısı gibi bedensel yakınmalara sık rastlanılır ve çoğu zaman bu bozukluklarda hekime başvuru nedeni bedensel yakınmalardır [11]. Migren ya da gerilim tipi baş ağrısı tanısı alan çocuk ve ergenlerle yapılan çalışmalarda da erişkinlerle yapılan çalışmalardaki sonuçlara benzer

şekilde depresyon ve anksiyete belirtilerinin normal kontrollere göre daha sık olduğu saptanmıştır [12-15].

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

Birincil baş ağrısı olan çocukların aile özelliklerini inceleyen yayınlarda anne ve babalarda baş ağrısı, anksiyete ve duygudurum bozukluklarının sıklığının kontrollere göre arttığı bildirilmiştir [19,20]. Ailesel genetik bir yatkınlıkla birlikte çocukların erken dönemlerdeki model alma ve öğrenme süreçlerinin de bu durum üzerinde etkili olduğu belirtilmektedir [11]. Baş ağrısı yakınması olan çocuklarda ebeveynlerden birinin ölümü ya da boşanma gibi yaşamsal olayların daha sık olduğu, özellikle gerilim tipi baş ağrısı [GTBA] tanısı alanların ailelerinde aile bireylerinin kendilerini daha az mutlu hissettikleri ve anne babaların daha fazla ilişki sorunu yaşadıkları bildirilmektedir [21-24].

Bu çalışmada birincil baş ağrısı tanısı alan çocuklarda, migren ve GTBA ile ruhsal bozukluklar arasındaki ilişkinin araştırılması hedeflenmiştir. Migren ya da gerilim tipi baş ağrısı tanısı alan çocuklar ile kontrol grubu arasında ruhsal bozukluk sıklığı açısından farklılık olup olmadığı, bakım verenlerinde [anne] ruhsal belirti sıklığı açısından farklılık olup olmadığı ve aile içi ilişkilerinin, eşlik eden ruhsal belirtilerle ilişkisinin olup olmadığı araştırılması amaçlanmıştır.

## METOD

### Katılımcıların Seçimi

#### Migren ve GTBA Grubunun Seçimi

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

Örneklem grubu için çalışmadan çıkarılma ölçütleri:

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

#### Kontrol Grubunun Seçimi

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

Kontrol grubu için çalışmadan çıkarılma ölçütleri:

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

### Yöntem

Çalışmaya davet edilen çocuklar ve aileleri araştırmacı tarafından çalışma ile ilgili bilgilendirilerek çalışmaya katılmayı kabul ettiklerine dair yazılı

onamları alındı [Kocaeli Üniversitesi Etik Kurulu onay no: 2011/10]. Çalışmaya alınan migren, GTBA ve kontrol gruplarındaki çocukların sosyodemografik özellikleri araştırmacı tarafından hazırlanan "Sosyodemografik Bilgi Formu" kullanılarak değerlendirildi. Araştırmacı tarafından tüm çocuklar ve ebeveynlerine "Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli Türkçe Uyarlaması" [ÇDŞG-ŞY-T] uygulanarak eşlik eden ruhsal bozukluklar belirlendi. Yapılan görüşmede hastaların ÇDŞG-ŞY-T ile taranamayan tanılarını araştırmacının DSM- IV tanı ölçütlerine dayalı klinik görüşmesi ile değerlendirildi.

Her çocuğa araştırmacı tarafından öz bildirim ölçekleri olan "Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği [ÇDÖ], Çocuklar İçin Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri [ÇDSKE], Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği [ÇYKÖ], Coopersmith Benlik Saygısı Ölçeği Çocuk Formu [BSÖ]" ve annelerine de 'Belirti Tarama Listesi [SCL- 90-R] ve Aile Değerlendirme Ölçeği [ADÖ] doldurtuldu.

### Gereçler

#### Sosyodemografik Bilgi Formu

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

#### Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli-Türkçe Uyarlaması [ÇDŞG-ŞY-T]

Çocuk ve ergenlerde kullanılan yapılandırılmış ya da yarı yapılandırılmış görüşme ölçeklerinden biri olan Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi' Öğrenme güçlüğü, gelişimsel bozukluklar ve negatif semptomlu şizofreni dışında birçok ruhsal hastalığı taramaktadır[25]. ÇDŞG-ŞY-T'nin geçerlik ve güvenilirliği 2004 yılında Gökler ve arkadaşları tarafından yapılmıştır [26].

#### Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği [ÇDÖ]

Çocukluk çağındaki depresyonu araştırmada en sık kullanılan ölçeklerden biri olan ÇDÖ, Kovacs tarafından geliştirilmiştir [27]. 6-17 yaşları arasındaki çocuk ve ergenlere uygulanabilen, 27 maddelik bir ölçektir. Her madde belirtinin şiddetine göre 0, 1 ya da 2 puan alır. En üst puan 54'tür. Kesim puanı 19 olarak önerilmektedir. Ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik çalışması Öy tarafından yapılmıştır [28].

#### Çocuklar İçin Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri [ÇDSKE]

Spielberger tarafından geliştirilmiş olan bu ölçeğin durumluk ve sürekli kaygı için 20'şer soruluk

iki alt ölçeği bulunmaktadır [29]. Her madde belirtinin şiddetine göre 1, 2 ya da 3 olarak puanlanmaktadır. Durumluk kaygı; bireyin belirli bir zamanda, belirli şartlar dahilinde hissettiği kaygıyı tanımlamakta ve dış etkenlere göre değişim gösterebilmektedir. Sürekli kaygı ise bireyin genel olarak ne hissettiğini tanımlamakta ve bireyin genel olarak anksiyeteye yatkınlığını yansıtmaktadır. Çalışmada, ölçeğin durumluk ve sürekli kaygıyı araştıran iki bölümünden, durumluk anksiyete ölçeği kullanılmamış, yalnızca sürekli anksiyeteye ilişkin form kullanılmıştır. Ölçeğin ülkemizdeki geçerlik ve güvenilirlik çalışması Özusta tarafından yapılmıştır [30].

### Coopersmith Benlik Saygısı Ölçeği-Çocuk Formu [BSO]

Coopersmith tarafından geliştirilen 57 maddelik bir öz bildirim ölçeğidir [31]. Ülkemizde geçerlik ve güvenilirlik çalışması Güçray tarafından yapılmıştır [32].

### Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği [ÇİYKÖ]:

ÇİYKÖ 2-18 yaşları arasındaki çocuk ve ergenlerin sağlıkla ilgili yaşam kalitelerini ölçmek için Varni ve arkadaşları tarafından yaklaşık 15 yıllık çalışma sonucu 1999 yılında geliştirilmiş bir yaşam kalitesi ölçeğidir [33]. ÇİYKÖ fiziksel sağlık, duygusal işlevsellik ve sosyal işlevsellik alanlarını sorgulamaktadır. Bunun yanında okul işlevselliği de sorgulanmaktadır. Puanlama 3 alanda yapılmaktadır. İlk olarak ölçek toplam puanı [ÖTP], ikinci olarak fiziksel sağlık toplam puanı [FSTP], üçüncü olarak duygusal, sosyal ve okul işlevselliğini değerlendiren madde puanlarının hesaplanmasından oluşan psikososyal sağlık toplam puanı [PSTP] hesaplanmaktadır [34]. ÇİYKÖ toplam puanı ne kadar yüksek ise, sağlıkla ilgili yaşam kalitesi de o kadar iyi algılanmaktadır [105]. Ülkemizde geçerlik ve güvenilirlik çalışması Memik ve arkadaşları tarafından yapılmıştır [35].

### Belirti Tarama Listesi [SCL-90-R]

Deragotis tarafından 1977 yılında son haline getirilen bu test bir kendini değerlendirme ölçeğidir [36]. Test 5 dereceli, Likert tipi cevaplanan 90 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin 9 ayrı belirti grubunu yansıtan alt ölçekleri bulunmaktadır: somatizasyon, obsesif kompulsif belirtiler, kişilerarası duyarlılık, depresyon, anksiyete, düşmanlık, fobik anksiyete, paranoid düşünce, psikotizm ve bu ölçeklere girmeyen maddelerden oluşan ek ölçek. Her alt ölçeğin puan ortalamalarının yanı sıra, Genel belirti düzeyi, Pozitif belirti toplamı, Pozitif belirti düzeyi de hesaplanmaktadır. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması 1991 yılında Dağ tarafından yapılmıştır [37].

### Aile Değerlendirme Ölçeği [ADÖ]:

Epstein tarafından geliştirilmiş ve Bulut tarafından ülkemize uyarlanmıştır [38,39]. Problem

çözme, iletişim, roller, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterme, davranış kontrolü ve genel fonksiyonlar adı altında 7 alt ölçekten oluşan ADÖ 60 maddedir. Ölçek "Aynen katılıyorum" 1 puan ile "Hiç katılmıyorum" 4 puan arasında değişen 4 seçenek üzerinden puanlanmaktadır. 12 yaş üzerindeki tüm aile üyelerine ve deneyin kendisine aile işlevlerini değerlendirmek amacıyla uygulanabilmektedir [40].

### Verilerin İstatistiksel Analizi

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

Tablo 1. Çalışmaya katılan primer başağrısı olan çocukların cinsiyet oranları ve psikiyatrik bozukluk tanıları

	Migren (n=30) N (%)	GTBA (n=31) N (%)	Kontrol (n=30) N (%)	$\chi^2$	p
<b>Cinsiyet</b>					
Kız	17 (56.7)	22 (71)	18 (60)	1.465	0.481
Erkek	13 (43.3)	9 (29)	12 (40)		
<b>Psikiyatrik tanıları</b>					
Anksiyete Bozuklukları var	11 (36.7)	9 (29)	2 (6.7)	7.969	<b>0.019</b>
Anksiyete Bozuklukları yok	19 (63.3)	22 (71)	28 (93.3)		
Duygudurum Bozuklukları var	1 (3.3)	6 (19.4)	0 (0)	9.241	<b>0.010</b>
Duygudurum Bozuklukları yok	29 (96.7)	25 (80.6)	30 (100)		
Yıkıcı Davranış Bozuklukları Var	4 (13.3)	10 (32.3)	3 (10)	5.815	0.055
Yıkıcı Davranış Bozuklukları Yok	26 (86.7)	21 (67.7)	27 (90)		

Tablo 2. Çalışmaya katılan primer başağrısı olan çocukların ebeveynlerinin sosyodemografik bilgileri

	Migren N (%)	GTBA N (%)	Kontrol N (%)	$\chi^2$	p
<b>Ebeveynler</b>					
Anne İlköğretim düzeyi	23 (76.7)	27 (87.1)	21 (70)	2.647	0.266
Anne Lise veya üstü eğitim düzeyi	7 (23.3)	4 (12.9)	9 (30)		
Anne Çalışıyor	27 (90)	24 (77.4)	25 (83.3)	1.754	0.416
Anne Çalışmıyor	3 (10)	7 (22.6)	5 (16.7)		
Baba İlköğretim düzeyi	18 (60)	19 (61.3)	18 (60)	0.798	0.981
Baba Lise veya üstü eğitim düzeyi	12 (40)	12 (38.7)	12 (40)		
<b>Ebeveyn psikiyatrik başvuru</b>					
Anne Psikiyatrik başvuru var	7 (23.3)	14 (45.2)	4 (13.3)	8.136	<b>0.017</b>
Anne Psikiyatrik başvuru yok	23 (76.7)	17 (54.8)	26 (86.7)		
Baba Psikiyatrik başvuru var	0 (0)	4 (12.9)	0 (0)	5.291	0.071
Baba Psikiyatrik başvuru yok	30 (100)	27 (87.1)	30 (100)		
<b>Ebeveyn Fiziksel Hastalık</b>					
Anne Fiziksel Hastalık var	17 (56.7)	14 (45.2)	11 (36.7)	2.433	0.296
Anne Fiziksel Hastalık yok	13 (43.3)	17 (54.8)	19 (63.3)		
Baba Fiziksel Hastalık var	9 (30)	6 (19.4)	6 (20)	1.212	0.546
Baba Fiziksel Hastalık yok	21 (70)	25 (80.6)	24 (80)		



## BULGULAR

Çalışmaya katılan çocukların yaşları 8-17 yaş arasında değişmektedir. Çalışmaya katılan çocuk ve ergenlere ait sosyodemografik veri özellikleri Tablo 1'de gösterilmiştir. Migren grubundaki çocukların yaş ortalaması  $11.93 \pm 2.25$ , GTBA grubundaki çocukların yaş ortalaması  $13.55 \pm 2.55$ , kontrol grubundaki çocukların ise  $12.47 \pm 2.16$  olarak bulunmuştur. Migren ve GTBA grubundaki çocukların yaş ortalamaları arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur [ $p=0.009$ ]. Gruplar arasında cinsiyet dağılımında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.

Çalışmaya katılan grupların aile özellikleri incelendiğinde anne yaş ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır [ $p=0.544$ ] ancak babaların yaş ortalamaları arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur [ $p=0.014$ ]. Farklılığın migren ve GTBA grubundaki çocukların babalarının yaş ortalamalarından kaynaklandığı saptanmıştır [ $p=0.020$ ]. Araştırmaya katılan annelerin psikiyatrik başvuru öyküsüne bakıldığında gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur [ $p < 0.05$ ]. GTBA/kontrol grubu arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlıyken [ $p=0.006$ ], GTBA/migren [ $p=0.073$ ] ve migren/kontrol grubu arasındaki [ $p=0.317$ ] farklılık anlamlı değildir. Babaların psikiyatrik başvuru öyküsü açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır [Tablo 2].

### Araştırmaya Katılan Çocukların Ruhsal Değerlendirmeleri

Migren, GTBA ve kontrol grubundaki çocuklarda ruhsal bozukluk tanısı sıklığı karşılaştırıldığında gruplar arasındaki farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu [ $p=0.013$ ] bulunmuştur [Tablo 1]. Gruplar ikili olarak kendi aralarında karşılaştırıldıklarında migren/GTBA arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmazken [ $p=0.517$ ], migren/kontrol [ $p=0.024$ ] ve GTBA/kontrol [ $p=0.004$ ] grupları arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Çalışmaya katılan çocuk ve ergenlerde saptanan ruhsal hastalıklar karşılaştırıldığında anksiyete bozukluğu tanısı açısından gruplar arasında farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu, farkın migren/kontrol [ $p=0.005$ ] ve GTBA/kontrol [ $p=0.023$ ] gruplarından kaynaklandığı saptanmıştır. Duygudurum bozuklukları gruplar arasında karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılığın olduğu ve farkın GTBA/kontrol [ $p=0.024$ ] gruplarından kaynaklandığı saptanmıştır. Yıkıcı davranış bozuklukları sıklığı gruplar arasında istatistiksel açıdan farklılık göstermemektedir [Tablo 1].

Çalışmaya katılan çocukların özbeğitirim

ölçeklerinin farklılığın puan ortalamaları karşılaştırıldığında ise ÇDÖ puan ortalamaları açısından gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak [ $p=0.010$ ] anlamlı bulunmuş olup, farklılığın GTBA/kontrol grubu [ $p=0.007$ ] ve migren/kontrol grubundan kaynaklandığı [ $p=0.014$ ] saptanmıştır [Tablo 3]. ÇDSKE puan ortalamaları karşılaştırıldığında ise Gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş olup [ $p=0.001$ ], farklılığın GTBA/kontrol grubu [ $p=0.006$ ] ve migren/kontrol grubundan kaynaklandığı [ $p=0.005$ ] bulunmuştur. BSÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında ise gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş olup [ $p<0.001$ ], GTBA/kontrol [ $p<0.001$ ] ve migren/kontrol grubundan [ $p=0.001$ ] kaynaklanmaktadır. Çocuklarda yaşam kalitesi değerlendirildiğinde ÇYKÖ [çocuk] fiziksel sağlık toplam puanları gruplar arasında karşılaştırıldığında farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu [ $p<0.001$ ], gruplar kendi aralarında karşılaştırıldıklarında farklılığın migren/kontrol [ $p=0.003$ ] ve GTBA/kontrol [ $p=0.002$ ] gruplarından kaynaklandığı, migren/GTBA grupları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı [ $p=0.997$ ] olmadığı saptanmıştır. ÇYKÖ [çocuk] psikososyal sağlık toplam puanları arasındaki farklılık da istatistiksel olarak anlamlı [ $p<0.001$ ] olup, farklılık migren/kontrol [ $p<0.001$ ] ve GTBA/kontrol [ $p<0.001$ ] gruplarından kaynaklanmaktadır. ÇYKÖ [çocuk] toplam puanları arasındaki farklılık migren/kontrol [ $p<0.001$ ] ve GTBA/kontrol [ $p<0.001$ ] gruplarından kaynaklanmaktadır. ÇYKÖ [ebeveyn] fiziksel sağlık toplam puanları gruplar arasında karşılaştırıldığında farklılığın migren/kontrol [ $p<0.001$ ] ve GTBA/kontrol [ $p<0.001$ ] gruplarından kaynaklandığı saptanmıştır [Tablo 14]. ÇYKÖ psikososyal sağlık toplam puanları gruplar arasında karşılaştırıldığında farklılık migren/kontrol [ $p<0.001$ ] ve GTBA/kontrol [ $p=0.002$ ] gruplarından kaynaklanmaktadır. ÇYKÖ toplam puanları arasındaki farklılık migren/kontrol [ $p<0.001$ ] ve GTBA/kontrol [ $p<0.001$ ] gruplarından kaynaklanmaktadır.

Çalışmaya katılan çocukların çocukların annelerinin SCL-90-R puan ortalamaları karşılaştırıldığında Genel belirti düzeyi [GBD] puan ortalamaları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık [ $p=0.030$ ] olduğu bulunmuştur. GTBA/kontrol grubundaki fark istatistiksel olarak anlamlıyken [ $p=0.003$ ], migren/GTBA [ $p=0.194$ ] ve migren/kontrol [ $p=0.241$ ] gruplarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Pozitif belirti düzeyi [PBD] puan ortalamaları da gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık [ $p=0.001$ ] göstermektedir. GTBA/kontrol grubundaki fark istatistiksel olarak anlamlı [ $p=0.001$ ] iken, GTBA/migren [ $p=0.205$ ] ve migren/kontrol [ $p=0.111$ ] gruplarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 3 Çalışmaya katılan çocukların öz bildirim ölçeklerinin puan ortalamaları karşılaştırması

	Migren (n=30)	GTBA (n=31)	Kontrol (n=30)	p
	Ort (SD)	Ort (SD)	Ort (SD)	
<b>ÇDÖ puanı</b>	12.00 (7.05)	13.38 (7.22)	8.06 (5.42)	<b>p=0.010*</b>
<b>ÇDSKE puanı</b>	38.73 (7.11)	38.61 (8.29)	32.46 (6.10)	<b>p=0.001**</b>
<b>BSÖ puanı</b>	36.83 (9.02)	34.83 (9.11)	43.96 (6.80)	<b>p&lt;0.001*</b>
<b>Yaşam Kalitesi (Çocuk formu)</b>				
<b>Fiziksel İşlevsellik</b>	62.32 (19.95)	61.99 (18.10)	78.46 (14.18)	<b>p&lt;0.001*</b>
<b>Psikososyal İşlevsellik</b>	63.92 (17.44)	68.28 (14.52)	82.10 (9.60)	<b>p&lt;0.001*</b>
<b>Toplam işlevsellik</b>	63.23 (15.84)	65.87 (14.72)	81.71 (8.66)	<b>p&lt;0.001*</b>
<b>Yaşam Kalitesi (Ebeveyn formu)</b>				
<b>Fiziksel İşlevsellik</b>	57.22 (21.14)	59.81 (16.06)	80.97 (14.02)	<b>p&lt;0.001**</b>
<b>Psikososyal İşlevsellik</b>	62.21 (17.05)	65.89 (18.38)	80.65 (12.22)	<b>p=0.002*</b>
<b>Toplam işlevsellik</b>	61.06 (16.67)	63.85 (16.14)	80.97 (14.02)	<b>p&lt;0.001**</b>

\* Kruskal Wallis \*\* One Way ANOVA. ÇDÖ: Çocuklar için Depresyon Ölçeği, ÇDSKE: Çocuklar için Durumluk Sürekli Kaygı Envanteri, BSÖ: Benlik Saygısı Ölçeği

Pozitif belirti toplamı [PBT] değerleri gruplar arasında farklılık göstermemektedir. SCL-90-R alt ölçek puan ortalamaları Tablo 4'te gösterilmiştir.

### Aile İşlevlerinin Değerlendirilmesi

Migren, GTBA ve kontrol gruplarının Aile Değerlendirme Ölçeği alt ölçek puan ortalamaları karşılaştırıldığında Problem çözme alt ölçek puan ortalamaları açısından gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı [ $p=0.011$ ] bulunmuştur [tablo 5]. Gruplar kendi aralarında karşılaştırıldıklarında GTBA/kontrol grubundaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı iken [ $p=0.003$ ], migren/kontrol [ $p=0.172$ ] ve migren/GTBA [ $p=0.103$ ] arasındaki farklılık anlamlı düzeyde değildir. Roller alt- ölçek puan ortalamaları karşılaştırıldığında ise gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı olup, farklılık GTBA/kontrol gruplarından [ $p=0.002$ ] kaynaklanmaktadır. İletişim alt- ölçek puan ortalamaları karşılaştırıldığında ise Gruplar kendi aralarında karşılaştırıldıklarında farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ve farkın GTBA/kontrol gruplarındaki farklılıktan kaynaklandığı bulunmuştur [ $p=0.017$ ]. Duygusal Tepki Verebilme alt- ölçek puan ortalamaları karşılaştırıldığında ise Gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı olup, farklılık GTBA/kontrol grupları arasındaki farktan kaynaklanmaktadır [ $p=0.016$ ]. Gereken ilgiyi Gösterme alt- ölçek puan ortalamaları karşılaştırıldığında ise Bu alt ölçektek farklılığın da GTBA/kontrol grupları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı [ $p=0.002$ ] olmasından kaynaklandığı saptanmıştır. Davranış Kontrolü alt- ölçek puan ortalamaları karşılaştırıldığında ise Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır. Genel İşlevler alt-ölçek puan ortalamaları karşılaştırıldığında ise Gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş olup [ $p=0.007$ ], farklılığın migren/kontrol [ $p=0.013$ ] ve GTBA/kontrol [ $p=0.004$ ] gruplarından kaynaklandığı saptanmıştır [Tablo 5].

Tablo 4 Çalışmaya katılan çocukların annelerinin SCL-90 ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması

SCL-90-R	Migren	GTBA	Kontrol	p
	Ort (SD)	Ort (SD)	Ort (SD)	
<b>Genel belirti düzeyi</b>	0.98 (0.35)	1.18 (0.53)	0.79 (0.36)	0.030*
<b>Pozitif belirti düzeyi</b>	1.81 (0.40)	2.00 (0.45)	1.59 (0.37)	0.001*
<b>Pozitif belirti toplamı</b>	49.70 (2.72)	52.37 (3.37)	44.73 (3.53)	0.278**
<b>SCL-90-R Alt Ölçek Puanları</b>				
<b>OKB</b>	1.12 (0.09)	1.45 (0.12)	1.03 (0.08)	0.550**
<b>KAD</b>	1.07 (0.10)	1.37 (0.14)	0.98 (0.04)	0.124**
<b>Depresyon</b>	0.98 (0.98)	1.43 (0.71)	0.88 (0.59)	0.010*
<b>Anksiyete</b>	0.93 (0.50)	1.00 (0.58)	0.66 (0.48)	0.036*
<b>Düşmanlık</b>	0.85 (0.67)	1.06 (0.61)	0.64 (0.47)	0.029**
<b>Fobi</b>	0.51 (0.37)	0.67 (0.63)	0.42 (0.38)	0.500**
<b>Paranoid düşünce</b>	1.03 (0.66)	1.10 (0.61)	0.75 (0.51)	0.089**
<b>Psikotizm</b>	0.62 (0.43)	0.75 (0.60)	0.46 (0.41)	0.121**
<b>Ek Skala</b>	1.19 (0.52)	1.29 (0.72)	1.05 (0.53)	0.288*

## TARTIŞMA

Birincil baş ağrıları hem bireyi, hem ailesini hem de toplumu etkileyen önemli bir halk sağlığı sorunudur [40]. Ruhsal eşhastalanım varlığının, birincil baş ağrısının süregelenleşmesine yol açan önemli bir risk etkeni olduğu bilinmektedir [14]. Birincil baş ağrısı ve ruhsal hastalıkların birlikte görüldüğü bireylerde yalnız baş ağrısı olanlara göre, olağan günlük aktivitelere katılım azalmakta, yaşam kalitesi daha fazla bozulmakta, daha fazla sağlık yardımı başvurusu olmakta ve tedaviden yarar görme oranları düşmektedir [41]. Birincil baş ağrıları ömür boyu sürebilen hastalıklar olduğu ve çoğu yetişkinin baş ağrısı yakınmasının çocukluktan itibaren başladığını belirttikleri göz önünde bulundurulduğunda çocukluk çağı baş ağrılarının önemi ortaya çıkmaktadır.

Yazın incelendiğinde birçok toplum ve klinik örneklemli çalışmada çocuk ve ergenlerde baş ağrısı ve psikopatoloji arasındaki ilişkinin araştırılmış olduğu, yapılan çalışmalarda ruhsal işlevleri değerlendirmek için çeşitli ölçeklerin kullanıldığı görülmüştür. Bu çalışmalarda birincil baş ağrısı tanısı alan hastalarda ruhsal bozuklukların sık eşlik ettiği, kaygı düzeyinin ve depresif belirtilerin arttığı, benlik saygılarının azaldığı, yaşam kalitelerinin ve aile işlevlerinin bozulduğu gösterilmiştir [12,42-47,48,49]. Bizim çalışmamızda ise birincil baş ağrısı tanısı alan çocuk ve ergenlerin DSM-IV tanı ölçütlerini içeren yapılandırılmış bir görüşmeyle ruhsal bozukluk eşhastalanım oranlarının araştırılması, aile işlevlerinin değerlendirilmesi, annelerinde ruhsal belirti sıklığının saptanması ve migren, GTBA ve kontrol grupları arasında bu veriler açısından farklılık olup olmadığının incelenmesi amaçlanmıştır.

Çalışmamızda Migren grubunun yaş ortalaması, GTBA grubuna göre daha düşük bulunmuştur.

Tablo 5 Çalışmaya katılan çocukların Aile Değerlendirme Ölçeği puan ortalamaları

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

\*One Way ANOVA \*\*Kruskal Wallis

Migren tipi baş ağrısı orta/ağır şiddette olup, günlük fiziksel aktiviteleri kısıtlamaktadır ve bulantı, kusma, fotofobi, fonofobi, aura gibi belirtiler sıklıkla eşlik etmektedir [50-52]. Öte yandan GTBA'da ağrının, hafif/orta şiddette olması, genellikle günlük aktivitelerin gerçekleştirilmesini engellememesi, bulantı, kusma gibi eşlik eden belirtilerin daha az olması doktora başvuruyu azaltmakta ya da geciktirebilmektedir [53, 52,55,56]. Örneklem grubumuzun klinik temelli olması nedeniyle gruplar arasında yaş farklılığının ortaya çıkmış olabileceği düşünülmüştür. Puberte öncesi tekrarlayan baş ağrısı yakınması kız ve erkeklerde benzer oranlarda görülürken, puberte sonrası kız cinsiyet oranı baskın hale gelmektedir [56]. Özellikle puberte ile birlikte ortaya çıkan hormonal değişikliklerin bu farklılığa neden olduğu ileri sürülmektedir [56]. Bu çalışmada özellikle GTBA grubundaki hastaların yaş ortalamasının yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı olmasa da kız cinsiyetin ağırlıklı olmasının yazın bilgisiyle uyumlu olduğu düşünülmüştür.

Yazın incelendiğinde tekrarlayan baş ağrısı yakınması olan çocukların ailelerinin sosyodemografik özelliklerini değerlendiren çalışmalarda elde edilen sonuçların tartışmalı olduğu görülmekle birlikte çocuk ve ergenlerde düşük sosyoekonomik düzeye sahip bir ailede yaşıyor olmanın tekrarlayan baş ağrısı yakınması için bir risk etkeni olduğunu bildiren çalışmalar bulunmaktadır [21,58-61]. Anne babanın eğitim düzeyinin düşük olması [58,59], babanın çalışmıyor olması [58,59], evde yaşayan kişi sayısının fazla olması [60], sadece bir ebeveynle yaşıyor olmak [21,59], ekonomik olarak sıkıntı içinde olmak [61] gibi sorunlar tekrarlayan baş ağrısı yakınması olan çocuklarda kontrol grubuna göre daha sık görülmektedir. Bizim çalışmamızda

veynlerin eğitim düzeyi, anne babaların çalışma durumu, evde yaşayan kişi ve kardeş sayısı, aile yapısı ve anne babalarda fiziksel hastalık sıklığı açısından gruplar karşılaştırıldıklarında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. GTBA grubundaki annelerde psikiyatrik başvurunun kontrol grubundaki annelere göre anlamlı düzeyde daha fazla olduğu görülmüştür. Babalarda psikiyatrik başvuru sıklığı açısından gruplar arasında istatistiksel olarak bir farklılık yoktur. GTBA tanısı alan çocuk ve ergenlerde aile içi ilişkilerin ve aile işlevlerinin değerlendirildiği çalışmalarda aile üyelerinin kendilerini daha az mutlu hissettikleri, anne babalarının ilişki sorunlarının daha belirgin olduğu ve anne baba ayrılığının daha sık yaşandığı görülmüştür [21,23]. Bizim çalışmamızda da yazın bilgisiyle uyumlu olarak GTBA grubunda, migren ve kontrol gruplarına göre anne baba ayrılığının daha sık olduğu, anne ve babalarının ruhsal sorunlar nedeniyle daha fazla psikiyatrik yardım arayışı içinde oldukları saptanmıştır.

Birincil baş ağrısı tanısı alan çocuklarda DSM'nin belirlediği tanı ölçütleri temel alınarak yapılan az sayıda çalışmada eşlik eden ruhsal bozukluk tanısı sıklığının arttığı gösterilmiştir [42-44]. Yapılandırılmış klinik görüşme ölçeği ÇDŞG-ŞY-T kullanılarak değerlendirilen Migren tanısı alan çocuk ve ergenlerin %43.3'ünde, GTBA grubunda %51.6'sında ve kontrol grubunda %16.7'sinde en az bir ruhsal hastalık tanısı saptanmıştır. DSM tanı ölçütleri kullanılarak yapılan çalışmalardaki sonuçlara benzer şekilde bizim çalışmamızda da migren ve GTBA gruplarında ruhsal bozukluk eşhastalanım oranlarının ve anksiyete bozukluğu tanısının, kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı biçimde yüksek olduğu bulunmuştur. Duygudurum bozuklukları ise yalnızca GTBA tanısı alan çocuk ve ergenlerde yüksek bulunmuştur. Yazın incelendiğinde depresif belirtilerin gelişiminin, GTBA ya da migren atağının sıklığı, süresi, şiddeti ve auranın eşlik edip etmemesi [migren için] ile ilişkili olduğu görülmektedir [12].

Depresif bozuklukların çocuk ve ergenlerde yaşla birlikte artış gösterdiği [63], puberte öncesi kız ve erkeklerde benzer oranda görülürken puberte ile birlikte kız cinsiyette daha fazla görüldüğü [64,65], ailede depresif bozukluk öyküsünün olmasının [65] çocuklarda riski arttırdığı bilinmektedir. Bu çalışmada GTBA grubundaki çocuklarda yaş ortalamalarının yüksek, kız cinsiyetin baskın ve anne babalarının psikiyatrik başvuru öyküsünün daha sık olduğu görülmektedir. Tersine migren grubunda yaş ortalamasının daha düşük, kız ve erkek cinsiyet farkının daha az olduğu bulunmuştur. Ayrıca depresif bozuklukların etyolojisinde olumsuz yaşam olayları

[boşanma, ölüm gibi], aile işlevlerinin bozuk olması gibi psikososyal risk etkenlerinin önemli bir yer tuttuğu bilinmektedir. Bizim çalışmamızda da GTBA grubunda psikososyal risk etkenlerinin daha belirgin olduğu saptanmıştır.

Tekrarlayan baş ağrısı yakınmasının irritabilite, kolay incinebilirlik, sık tartışma gibi karşıt olma karşı gelme belirtilerinin ortaya çıkışını kolaylaştırdığı düşünülmektedir [66]. Çalışmamızda literatürün aksine yıkıcı davranış bozuklukları görülme sıklığı açısından kontrol grubu ile karşılaştırıldığında bir farklılık saptanmamıştır. Bizim çalışmamızda DSM tanı ölçütleri kullanılarak davranış sorunları yerine davranış bozukluklarının sıklığının araştırılmış olmasının bu sonuca neden olmuş olabileceği düşünülmüştür.

Birincil baş ağrısı tanısı alan çocuk ve ergenlerde kaygı, depresyon, somatizasyon belirtilerinin ve davranış sorunlarının kontrollere göre arttığı bildirilmektedir [12,46,47]. Örneklem grubumuzda depresyon ve kaygı puanlarının kontrol grubuna göre yüksek, benlik saygısı puanlarının ise düşük olduğu saptanmıştır. Bu bulgular da bu alanda daha önce yapılan birçok çalışmayla uyumlu görünmektedir [12,46,47]. Özellikle ÇDÖ'ye göre depresyon düzeyinin migren ve GTBA grupları arasında farklılık göstermemesi, migren tanısı alanlarda ise kontrol grubuna göre yüksek bulunması yazın bilgisiyle uyumludur. Bu sonuç, bizim çalışmamızda da migren tanısı alan çocuk ve ergenlerde de depresif belirtilerin düzeyinin arttığını, ancak depresif bir bozukluğun tanı ölçütlerini karşılayacak düzeyde olmadığını düşündürmüştür.

Tekrarlayan baş ağrısı yakınması okula gidememe, ders başarısında düşme, akran ilişkisi geliştirmekte zorlanma, sosyal geri çekilme, günlük fiziksel aktivitelerin sürdürülmesini zorlaştırma ve ebeveynin iş gücü kaybı gibi zorluklara neden olarak çocuk ya da ergenin yaşam kalitesini kötüleştirmektedir [17,18]. Çalışmamıza katılan tüm çocuk ve ergenlerde Yaşam Kalitesi incelendiğinde çocuk ve ebeveynlerin, hem fiziksel sağlık hemde psikososyal sağlık açısından migren ve GTBA gruplarında kontrol grubuna göre daha düşük kalitede olduğunu bildirmiştir. Bizim çalışmamızda elde edilen bu sonuçlar, birincil baş ağrısı tanısı alan çocuk ve ergenlerin yaşam kalitelerinin değerlendirildiği diğer çalışmaların sonuçlarıyla tutarlılık göstermektedir [17,18,48].

### **Annelerin Ruhsal Özellikleri**

Çalışmaya dahil edilen çocuk ve ergenlerin

annelerinde ruhsal sorunlar incelendiğinde yalnızca GTBA grubundaki annelerde ruhsal sorunların istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Bu sonuç, psikiyatrik yardım arayışının GTBA grubundaki annelerde yüksek bulunmasıyla uyumlu görünmektedir ve psikososyal risk etkenlerinin GTBA'nın etyolojisinde önemli bir yere sahip olduğu görüşünü destekler nitelikte olduğu düşünülmüştür [66-67]. SCL-90-R alt ölçek puanları incelendiğinde somatizasyon puanları migren ve GTBA gruplarındaki annelerde kontrol grubundaki annelere göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Bu sonuç, bedensel yakınmaları olan çocukların ebeveynlerinde de bedensel belirti sıklığının arttığını belirten çalışmaların sonuçlarıyla uyumlu görünmektedir [68,69,70]. Depresyon alt ölçeği değerlendirildiğinde depresif belirti düzeyinin GTBA grubundaki annelerde daha yüksek olduğu görülmüştür. Ayrıca kaygı düzeyinin de GTBA grubunda istatistiksel olarak anlamlılık düzeyine ulaşmasa da daha yüksek olduğu bulunmuştur. Ebeveynlerde kaygı düzeylerinin yüksek olması, depresif belirtilerin ve bedensel yakınmaların sık görülmesi, çocuklarda baş ağrısının süregelenleşmesine yol açabilen etkenler olarak gösterilmektedir [71,72]. Bizim çalışmamızın sonuçlarına göre, GTBA tanısı alan çocuk ve ergenlerin baş ağrısının süregelenleşmesi açısından daha yüksek riske sahip oldukları düşünülmüştür.

### **Aile İşlevleri**

Epstein, sağlıklı aileleri, sorunlarını bir araya gelerek çözebilen, birbirlerine duygusal olarak bağlı ve özgürlüklerini önlemeyecek şekilde ilgili, herkesin kendinden beklenen rolü etkili bir biçimde yerine getirebildiği, aralarında rahat, dolaysız bir iletişim bulunan, işlevlerini yerine getirebilen aileler olarak tanımlamaktadır [39].

Yazın incelendiğinde tekrarlayan baş ağrısı yakınması olan çocukların aile işlevlerinin Aile Değerlendirme Ölçeği ile değerlendirildiği bir çalışmada GTBA tanısı alan grupta kontrol grubuna göre davranış kontrolü ve genel işlevler alt ölçek puanlarında anlamlı bozulma görülmüştür [42]. Antilla ve arkadaşlarının çalışmasında alt ölçeklerden sadece genel işlevler değerlendirilmiş ve migren ve GTBA gruplarında kontrol grubuna göre aile işlevleri daha sağlıklı bulunmuştur [13]. Birincil baş ağrısı tanısı alan 30 çocuk ve ergenin değerlendirildiği bir çalışmada yoğun aile içi çatışmaların ve kötü aile işlevlerinin depresif belirtilerle yakından ilişkili olduğu gösterilmiştir [49]. Aynı ölçeğin kullanıldığı bir başka çalışmada da birincil baş ağrısı tanısı alan çocuk ve ergenlerin özerklikleri kısıtlı ve karar alıp uygulama yetileri zayıf ise baş ağrısı ile ilişkili daha fazla zorluk yaşadıkları saptanmıştır [73]. Aile işlevlerini farklı ölçeklerle değerlendiren çalışmalarda da tekrarlayan ağrı yakınması olan çocukların aileleri



sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığında aile işlevlerinin daha kötü olduğu bildirilmektedir [74,75]. Stres hem migren hem de GTBA'da baş ağrısını başlatan önemli bir tetikleyici etkidir. Özellikle aile içi yaşanan sorunların ve çatışmaların, çocuk ve ergenlerde strese neden olarak baş ağrısını tetikleyebildiği bilinmektedir [13]. Bizim çalışmamızda, problem çözme, roller, iletişim, duygusal tepki verebilme ve gereken ilgiyi gösterme alt ölçekleri puan ortalamalarına bakıldığında GTBA grubundaki ailelerin işlevselliğindeki bozulmanın anlamlı düzeyde fazla olduğu bulunmuştur. Genel işlevleri değerlendiren alt ölçekte ise, her iki baş ağrısı grubunda kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde bozulma olduğu görülmüştür.

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

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

## SONUÇ

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

Sonuç olarak bu çalışmadan elde edilen bulguların birincil baş ağrısı tanısı alan çocuk ve ergenlerin ruhsal açıdan etkilendikleri, özellikle GTBA etyolojisinde psikososyal risk faktörlerinin daha etkili olduğu yönündeki yazın bilgisini destekler nitelikte olduğu düşünülmüştür. Çalışmamızda, migren ve GTBA tanısı alan çocuk ve ergenlerde ruhsal eşhastalanım oranlarının arttığı, migren grubunda en sık eşlik eden bozuklukların anksiyete

bozuklukları, GTBA grubunda ise anksiyete bozuklukları ve depresif bozukluklar olduğu, hastaların kendilerini değerlendirdikleri öz bildirim ölçeklerinde depresyon ve kaygı puanlarının sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldıklarında yükseldiği, benlik saygısı puanlarının ise düştüğü saptanmıştır.

## Maddi Destek ve Çıkar İlişkisi

Çalışmayı maddi olarak destekleyen kişi/kuruluş yoktur ve yazarların herhangi bir çıkar dayalı ilişkisi bulunmamaktadır.

## KAYNAKLAR

1. Merskey H, Bogduk N ve ark. Classification of chronic pain. Descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. Prepared by the International Association for the Study of Pain, Subcommittee on Taxonomy. Pain Suppl. 1986; 3:1-226.
2. Babacan A. Ağrı ve Tedavisinde Nöropsikiyatrik Yaklaşımlar. Işık E, ed.
3. Psikiyatrik Belirtili Bedensel Bozukluklar Kitabı içinde. İstanbul 2010; 24:501-524.
4. Roth-Isigkeit A, Thyen U, Stoven H ve ark. Pain among children and adolescents: restrictions in daily living and triggering factors. Pediatrics 2005; 115[2]:152-62.
5. Ozge A, Termine C, Antonaci F ve ark. Overview of diagnosis and management of paediatric headache. Part I: diagnosis. J Headache Pain 2011; 12:13-23.
6. Hervig KB, Heinrich M, Morris L. Headache in German children and adolescents: a population-based epidemiological study. Cephalalgia 2007; 27[6]:519-527.
7. Arruda MA, Guidetti V, Galli F ve ark. Primary headaches in childhood a population based study. Cephalalgia 2010; 30:1056-64.
8. Zwart JA, Dyb G, Holmen TL ve ark. The prevalence of migraine and tension-type headaches among adolescents in Norway. The Nord-Trøndelag Health Study [Head-HUNT-Youth], a large population-based study. Cephalalgia 2004; 24:373-9.
9. Breslau N, Davis GC. Migraine, major depression and panic disorder: A prospective epidemiologic study of young adults. Cephalalgia 1992; 12:85-90.
10. Pompili M, Di Cosimo D, Innamorati M ve ark. Psychiatric comorbidity in patients with chronic daily headache and migraine: a selective overview including personality traits and suicide risk. J Headache Pain 2009; 10:283-290.
11. Wang SJ, Juang KD. Psychiatric comorbidity of chronic daily headache: impact, treatment, outcome, and future studies. Curr Pain Headache Rep 2002; 6:515-510.
12. Hollifield MA. Somatoform Bozukluklar. Sadock B, Sadock V ed. Comprehensive Textbook of Psychiatry Türkçe Çeviri içinde. Ankara: Güneş Kitabevi. 2007; 15:1800-1828.
13. Egger HL, Angold A, Costello EJ. Headaches and psychopathology in children and adolescents. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1998; 37:951-958.
14. Anttila P, Sourander A, Metsähonkala L ve ark. Psychiatric symptoms in children with primary headache. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2004; 43[4]:412-419.
15. Guidetti V, Galli F, Fabrizi P ve ark. Headache and psychiatric comorbidity: Clinical aspects and outcome in an 8-year follow-up study. Cephalalgia 1998; 18:455-462.

16. Just U, Oelkers R, Bender S ve ark. Emotional and behavioural problems in children and adolescents with primary headache. *Cephalalgia* 2003; 23[3]:206-213.
17. Antonaci F, Nappi G, Galli F ve ark. Migraine and psychiatric comorbidity: A review of clinical findings. *J Headache Pain* 2011; 12:115-125.
18. Bruijn J, Arts WF, Duivenvoorden H ve ark. Quality of life in children with primary headache in a general hospital. *Cephalalgia* 2009; 29:624-634.
19. Nodari E, Battistella PA, Naccarella C ve ark. Quality of life in young Italian patients with primary headache. *Headache* 2002; 42:268-74.
20. Merikangas KR, Merikangas JR, Angst J. Headache syndromes and psychiatric disorders: Association and familial transmission. *J Psychiatr Res.* 1993; 27[2]:197-210.
21. Galli F, Canzano L, Scalisi TG ve ark. Psychiatric disorders and headache familial recurrence: A study on 200 children and their parents. *J Headache Pain* 2009; 10:187-197.
22. Larsson B. The role of psychological, health-behavioural and medical factors in adolescent headache. *Dev Med Child Neurol* 1988; 30:616-25.
23. Kaiser RS. Depression in adolescent headache patients. *Headache* 1992; 32:340-4.
24. Aromaa M, Sillanpää M, Rautava P ve ark. Pain experience of children with headache and their families: A controlled study. *Pediatrics* 2000; 106:270-275.
25. Kaufman J, Birmaher B, Brent D. Schedule for affective disorders and schizophrenia for school age children-present and lifetime version [K-SADS-PL] initial reliability and validity data. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997; 36:980-988.
26. Gökler B, Ünal F, Pehlivan Türk B. Okul çağı çocukları için duygulanım bozuklukları ve şizofreni görüşme çizelgesi şimdi ve yaşam boyu şekli - Türkçe uyarlamasının geçerlik ve güvenilirliği. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi* 2004; 11:109-116.
27. Kovacks, M. Rating scales to assess depression in school-aged children. *Acta Paedopsychiat* 1981; 46:305-313.
28. Öy B. Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği: Geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1991; 2:132-136.
29. Spielberger CD. The measurement of state and trait anxiety: Conceptual and methodological issues. *Monogr* 1976; 2:713-715.
30. Özusta Ş. Çocuklar İçin Durumluk Sürekli Kaygı Envanteri'nin uyarılma, geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 1993.
31. Coopersmith S. The antecedents of self-esteem. WH Freeman [ed], San Francisco, Freeman Press, 1967.
32. Güçray S. Çocuk yuvasında ve ailesi yanında kalan 9-11 yaş çocukların öz saygı gelişimini etkileyen bazı faktörler. Yayınlanmamış Doktora Tezi, HÜSBE PDR ABD, Ankara, 1989.
33. Varni JW, Seid M, Rode AC. The PedsQL: The measurement model for the Pediatric Quality of Life Inventory. *Medical Care* 1999; 37:126-139.
34. Varni JW, Seid M, Kurtin PS. PedsQL 4.0: Reliability and validity of the Pediatric Quality of Life Inventory version 4.0 generic core scales in healthy and patient populations. *Medical Care* 2001; 39:800-812.
35. Memik NC, Ağaoğlu B, Coşkun A, Üneri OS, Karakaya I. Çocuklar için yaşam kalitesi ölçeğinin 13-18 yaş ergen formunun geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2007; 18:353-363.
36. Derogatis, LR. SCL-90: Administration, scoring, and procedure manual-I for the revised version. Baltimore, 1977.
37. Dağ İ. Belirti Tarama Listesi [SCL-90-R]'nin üniversite öğrencileri için güvenilirliği ve geçerliği. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1991; 2[1]:5-12.
38. Epstein NB, Bolwin LM, Bishop DS. The Mc Master Family Assesment Device. *J Marital Fam Ther* 1983; 9[2]:171-180.
39. Bulut I. Aile Değerlendirme Ölçeği El Kitabı. Ankara: Özgüzel Matbaası 1990.
40. Antonaci F, Nappi G, Galli F ve ark. Migraine and psychiatric comorbidity: A review of clinical findings. *J Headache Pain* 2011; 12:115-125.
41. Jette N, Patten S, Williams J ve ark. Comorbidity of migraine and psychiatric disorders: A national population-based study. *Headache* 2008; 48:501-516.
42. Liakopoulou K, Alifieraki T, Protagora D ve ark. Recurrent abdominal pain and headache. Psychopathology, life events and family functioning. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2002; 11:115-122.
43. Erermiş S, Büküşoğlu N, Tütüncüoğlu S ve ark. Çocukluk çağı baş ağrılarının psikososyal açıdan değerlendirilmesi. *Ege Tıp Dergisi* 2001; 40[1]:23-26.
44. Sarioğlu B, Erhan E, Serdaroğlu G ve ark. Tension-type headache in children: A clinical evaluation. *Pediatrics International* 2003; 45:186-189.
45. Bigal ME, Arruda MA. Migraine in the pediatric population evolving concept. *Headache* 2010; 50:1130-1143.
46. Pakalnis A, Gibson J, Colvin A. Comorbidity of psychiatric and behavioral disorders in pediatric migraine. *Headache* 2005; 45[5]: 590-596.
47. Vannatta K, Getzoff EA, Powers SW ve ark. Multiple perspectives on the psychological functioning of children with and without migraine. *Headache* 2008; 48[7]:994-1004.
48. Powers SW, Patton SR, Hommel KA, Hershey AD. Quality of life in childhood migraines: Clinical impact and comparison to other chronic illnesses. *Pediatrics* 2003; 112:1-5.
49. Lewandowski SA, Palermo MT. Parent teen interactions as predictors of depressive symptoms in adolescents with headache. *J Clin Psychol Med Settings* 2009; 16:331-338.
50. Lewis DW. Toward the definition of childhood migraine. *Curr Opin Pediatr.* 2004; 16[6]:628-36.
51. Winner P. Childhood periodic syndromes and migraine. *Curr Pain Headache Rep.* 2004; 9[3]:197-201.
52. Rothner DA, Menkes JH. Headaches and nonepileptic episodic disorders. Menkes JH, ed. *Child Neurology* 7. Edition. Lippincott Williams & Wilkins 2006; 15:943-968.
53. Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society The International Classification of Headache Disorders. 2nd edition. *Cephalalgia* 2004; 24:16-151.
54. Özkan M. Çocukluk çağı migren ve gerilim tipi baş ağrısında EEG'nin ayırıcı tanıdaki önemi: Eşlik eden voltaj supresyonu ve diğer EEG değişikliklerinin araştırılması. Yayınlanmamış doktora tezi, 2008.
55. Antilla P. Tension-type headache in childhood and adolescence. *Lancet Neurol* 2006; 5:268-7.
56. Silberstein SD. The role of sex hormones in headache. *Neurology* 1992; 42[3]:37-42.
57. Karwautz A, Wöber C, Lang T ve ark. Psychosocial factors in children and adolescents with migraine and

- tension-type headache: A controlled study and review of the literature. *Cephalalgia* 1999; 19:32-43.
58. Metsahonkala L, Sillanpaa M, Tuominen J. Social environment and headache in 8 to 9 year old children: a follow up study. *Headache* 1998; 38:222-228.
59. Bugdayci R, Ozge A, Sasmaz T ve ark. Prevalance and factors affecting headache in Turkish schoolchildren. *Pediatrics International* 2005; 47:316-322.
60. Sillanpaa M, Piekkela P, Kero P. Prevalence of headache at preschool age in an unselected child population. *Cephalalgia* 1991; 11:239-242.
61. Ostberg V, Alfvén G, Hjern A. Living conditions and psychosomatic complaints in Swedish schoolchildren. *Acta Paediatrica* 2006; 95:929-934.
62. Wang SJ, Fuh JL, Juang KD ve ark. Migraine and suicidal ideation in adolescents aged 13 to 15 years. *Neurology* 2009; 72:1148-1152.
63. Angold A, Worthman CW. Puberty onset of gender differences in rates of depression: A developmental, epidemiological, and neuroendocrine perspective. *J Affect Disord* 1993; 29:145-158.
64. Hoffman J, Baldwin S, Cerbone F. Onset of major depressive disorder among adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2003; 42:217-224.
65. Leech SL, Larkby CA, Day R ve ark. Predictors and correlates of high levels of depression and anxiety symptoms among children at age 10. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2006; 45:223-230.
66. Jensen R. Pathophysiological mechanisms of tension-type headache: A review of epidemiological and experimental studies. *Cephalalgia* 1999; 19:602-21.
67. Abu-Arafeh I. Chronic tension-type headache in children and adolescents. *Cephalalgia* 2001; 21:830-36.
68. Fearon P, Hotopf M. Relation between headache in childhood and physical and psychiatric symptoms in adulthood: National birth cohort study. *BMJ* 2001; 322:1-6.
69. Osborne RB, Hatcher JW, Richtsmeier AJ. The role of social modeling in unexplained pediatric pain. *J Pediatr Psychol* 1999; 14:43-61.
70. Terre L, Ghiselli W. A developmental perspective on family risk factors in somatization. *J Psychosom Res*. 1997; 42:197-208.
71. Aroma M, Sillanpaa M, Rautava P ve ark. Pain experience of children with headache and their families: A controlled study. *Pediatrics* 2000; 106:270-275.
72. Crowell MD, Heller BR ve ark. Modeling and reinforcement of the sick role during childhood predicts adult illness behavior. *Psychosomatic Medicine* 1994; 56:541-550.
73. Palermo TM, Putnam J, Armstrong G ve ark. Adolescent autonomy and family functioning are associated with headache related disability. *Clin J Pain* 2007; 23:458-465.
74. Logan DE, Scharff L. Relationships between family and parent characteristics and functional abilities in children with recurrent pain syndroms: An investigation of moderating effects on the pathway from pain to disability. *J Pediatr Psychol* 2005; 30:698-707.
75. Smith KB, Chambers CT. Psychological and family functioning among children of parents with recurrent headaches. *J Pain* 2006; 9:635-643.