

**DOKUZ EYLÜL
ÜNİVERSİTESİ TIP
FAKÜLTESİ
ACİL TIP ANABİLİM DALI**



**ACİL SERVİSE BAŞ AĞRISI YAKINMASI İLE BAŞVURAN
HASTALARDA DEPRESYON SIKLIĞININ VE DEPRESYON
ÖNGÖRÜ ÖZELLİKLERİNİN SAPTANMASI**

DR. BURCU POYRAZ

UZMANLIK TEZİ

İZMİR-2018

**DOKUZ EYLÜL
ÜNİVERSİTESİ TIP
FAKÜLTESİ
ACİL TIP ANABİLİM DALI**



**ACİL SERVİSE BAŞ AĞRISI YAKINMASI İLE BAŞVURAN
HASTALARDA DEPRESYON SIKLIĞININ VE DEPRESYON
ÖNGÖRÜ ÖZELLİKLERİNİN SAPTANMASI**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Burcu Poyraz

Tez Danışmanı

Prof. Dr. Sedat Yanturalı

TEŞEKKÜRLER

Hayatımın her döneminde, her konuda koşulsuz sevgi ve fedakârlıkla yanımda olan ve beni şartsız seven, güvenen, desteklerini hep hissettiğim aileme,

Hayatımı anlamlı kılan, kendimi tanımamı sağlayıp beni tamamlayan, gözlerine bakınca dünyanın aslında çok da kötü bir yer olmadığını bana düşündürten, umut ve sevginin aslında her şey olduğunu öğreten, masumlukları ve yaptıklarıyla hayata dair gerçekleri bana gösteren, en kıymetlilerim, oğlum Rüzgâr ve kızım Doğa'ya;

Tıp fakültesine başladığım ilk gün ‘Özenle uygulanan her meslek kutsaldır. Hekimlik mesleği ise tanrısalıdır. Çünkü hekimlik; ulu tanrının en gelişmiş eseri olan insanın, yapısının bozulan düzenini onarma mesleğidir. Bu yönüyle hekimlere tanrı çırakları diyebiliriz. Hanımlar beyler sizler tanrı çıraklarıdır.’ sözüyle bizleri yücelten, mesleki farkındalığımızı geliştiren, deontoloji ve tıp etiği konusunda bizleri birleştiren ve eğiten, çok saygı değer, rahmet ve özlemle andığım Yard. Doc. Dr. Ratıp Kazancıgil’e

Tez çalışma sürecim dâhil, tüm acil tıp asistanlığım boyunca, destek ve güvenini her zaman hissettiğim, bilgi ve tecrübelerini benimle paylaşan, koşullar ne olursa olsun adil davranan, iyi bir hekim olmanın yanı sıra, nitelikli bir insan olma yolunda da rehberlik eden, tez danışmanım Prof. Dr. Sedat Yanturalı'ya,

Uzmanlık eğitimim sürecinde, acil hekimi olarak disiplini, çalışma azmi ve hasta yaklaşımı ile örnek aldığım, bilgi ve tecrübelerini esirgemeyen, öğretmek için çabalayan ve bunların ötesinde karşılaştığım sorunlarla başa çıkmamda her zaman yardımcı olan anabilim dalı başkanımız Prof. Dr. Ersin Aksay'a,

Hekimlik becerilerini öğretmenin ötesinde her zaman güler yüzlü, esprili ve anlayışlı tavrının yanı sıra, karşısındaki insanın i ini gören ve onu önemseyen, destekleyen Doç. Dr. Neşe  . Oray'a,

Acil tıp uzmanlığını ve değerini onun yaptıklarını gördüğümde anladığım, zek sı ve hayat görüşüne her zaman imrendiğim ve meslek aşkına hayran olduğum Doç. Dr. Başak Bayram'a,

Hayata karşı duruşu, disiplini ve akıl almaz zek sıyla hayatımın her döneminde bana yol göstermesine ihtiyaç duyduğum ve hekimlik misyonunu örnek aldığım Yard. Doç. Dr. Rıdvan Atilla'ya,

İnsani değerleri yüksek olan ve iyi bir hekim olmanın yanında iyi bir insan olabilme yolunda yol gösteren, her zaman nazik ve anlayışlı bir yaklaşımda olan Prof. Dr.Gürkan Ersoy'a,

Her zaman ana , şefkatli, güler yüzlü, yargılamadan seven, koruyan, destek olan ve tecrübeleriyle hayatıma anlam katan canım ablam Berrin  zeken'e

Kurduğumuz andan itibaren hayatıma neşe katan, güven veren kızlar grubumuz üyelerine; farklı bakış açısı ve dostluğuyla her zaman yanımda olan Dr. R. Sinem Ceylan'a, her daim bakımlı, hep güler yüzlü, görünce içimi a an, ısıtan sarışın Dr. Selen   me 'ye, bana hep güven veren, hayatımın kritik dönemlerinde sessizce yanımda olduğunu bildiğim Dr. Duygu Tokgöz'e, kendine has gülüşü ile anlattığım sorunları hafifleten Dr. Zeynep Ertürk'e, birlikte olmaktan hep keyif aldığım Dr. İrem O. G. Yılmaz'a, anti depresan olarak dünyaya geldiğini düşündüğüm Dr. A. Elif Ulstaoğlu'na, acil nöbetlerinin talihsizi ama bir o kadar da merhametlisi Dr. Özlem Bayrak'a

Hayatımın son bir yılını güzelleştiren, beni benden daha fazla düşünen ve hep yanımda olan Dr. Yekta anıl G ll 'ye

Kimse mağdur olmasın diye nöbet listesi yazarken kendine acımasız, adaletli olan ve hayatımda önemli bir yere sahip sevgili baş asistanım Dr. Emre şancı'ya ve adını tek tek yazamadığım her zaman omuz omuza çalıştığım, tezim için çaba gösteren, beni yalnız bırakmayan Dr. Hakan Selçuk ve Dr. Coşkun Kahraman başta olmak üzere tüm acil servis asistan hekim arkadaşlarıma,

Asistanlık eğitimim süresinde birlikte çalıştığım, eğitimime ve hayatıma önemli katkıları olan tüm doktor arkadaşlarıma; bu zorlu süreçte birlikte çalıştığımız tüm acil servis hemşire, personel ve sekreterlerine,

Acil serviste güvenliğimizi sağlayan, her zaman yanımızda olan güvenlik görevlileri ve polis memuru arkadaşlarıma,

Yıllar boyunca saygı ve sevgisiyle her zaman yanımda olan, gözüme bakınca ne olduğunu anlayan, içtenliğiyle gerçek dostluğun varlığına inandıran Ömer Demirci'ye,

Her zaman iyi ilişkilerimizin olduğu, küçük sohbetlerle hayatıma anlam katan paramediklerimize; özellikler hasta olduğumda, nöbette bana pekmezli çay yapıp, cebime fındık, ceviz koyacak kadar beni önemseyen paramedik Temel abime,

Eğitim sürecim boyunca onlardan çok şey öğrendiğim üzerimde tartışmasız çok büyük emekleri olan tüm kıdemlilerime,

Çok teşekkür eder, sevgilerimi sunarım..

İÇİNDEKİLER

TABLolar	III
KISALTMALAR	IV
I- ÖZET	1
II- SUMMARY	3
III- GİRİŞ	6
Araştırmanın Amacı	7
Araştırmanın Önemi	7
IV- GENEL BİLGİLER	8
Baş ağrısı	8
Epidemiyoloji:	8
Baş ağrısı tarihçesi	9
Baş Ağrısı Etiyolojisi ve Patofizyolojisi	10
Baş ağrısı sınıflaması:	11
Migren	12
Gerilim Tipi Baş Ağrısı	13
Küme Baş Ağrısı	15
Paroksizmal Hemikranya	16
İlaç Aşırı Kullanımı Baş Ağrısı	19
Psikiyatrik bozukluğa bağlanan baş ağrısı	20
Baş Ağrısı ve Psikiyatrik Bozukluklar	20
Depresyon	21
Türkiyede klinikte kullanılan depresyon ölçekleri	27
Beck Depresyon Ölçeği:	29
Vizüel Analog Skala	30
V- GEREÇ VE YÖNTEM	32
Çalışmaya Dâhil Etme Kriterleri:	32
Çalışmadan Dışlama Kriterleri	32
Tanı araçları ve ölçekler	33
Veri kayıt ve değerlendirme formu	33
Beck Depresyon Ölçeği	33
Vizüel Analog Skala	33
Aydınlatılmış Onam Formu	33

Verilerin Toplanması.....	33
İstatistiksel Veri Analizi.....	34
VI- BULGULAR	35
VII- TARTIŞMA.....	51
VIII- SONUÇ	57
IX- KAYNAKLAR.....	58
X. EK-1. VERİ KAYIT VE DEĞERLENDİRME FORMU	65
XI. EK-2.VİZÜEL ANALOG SKALA.....	66
XII. EK-3.BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ.....	67
XIII. EK-4. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU	69
XIV. EK-5. ETİK KURUL ONAM FORMU	70



I. TABLOLAR

Tablo 1. Sekonder baş ağrıları	18
Tablo 2. Türkiye’de kullanılan depresyon ölçekleri.....	28
Tablo 3. Beck depresyon ölçeğine göre depresyon oranları	35
Tablo 4. Cinsiyet ile depresyon arasındaki ilişki.....	36
Tablo 5. Cinsiyet ile Beck Puan arasındaki ilişki	36
Tablo 6. Yaş ile Beck Puan arasındaki ilişki	36
Tablo 7. Öğrenim durumu ile depresyon arasındaki ilişki	37
Tablo 8. Meslek ile depresyon arasındaki ilişki	37
Tablo 9. Medeni hal ile depresyon arasındaki ilişki	38
Tablo 10. Ağrı tipi ile depresyon arasındaki ilişki	38
Tablo 11. Ağrı karakteri ile depresyon arasındaki ilişki	39
Tablo 12. Ağrı süresi ile depresyon arasındaki ilişki	39
Tablo 13. Acil servise başvuru sıklığı ile depresyon arasındaki ilişki	40
Tablo 14. Ağrı kesici kullanım sıklığı ile depresyon arasındaki ilişki	40
Tablo 15. Ağrının başlangıç zamanı.....	41
Tablo 16. Acil servise başvuru zamanı.....	41
Tablo 17. Ağrı kesiciye yanıt ile depresyon ilişkisi	42
Tablo 18. Ek hastalık olmasının depresyon ile ilişkisi	42
Tablo 19. Ek hastalıkların depresyon ile ilişkisi.....	43
Tablo 20. Baş Ağrısını Tetikleyen Faktör Varlığı ile depresyon ilişkisi.....	43
Tablo 21. Baş ağrısını tetikleyen faktörler ile depresyon ilişkisi	44
Tablo 22. Baş ağrısına eşlik eden semptom varlığı ile depresyon ilişkisi.....	44
Tablo 23. Uyku problemi ile depresyon ilişkisi	45
Tablo 24. Son bir ayda anti depresan anti psikotik kullanımı ile depresyon ilişkisi	45
Tablo 25. Başka bir psikiyatrik hastalık öyküsü ile depresyon ilişkisi	46
Tablo 26. Psikiyatrik hastalıklarla depresyon ilişkisi	46
Tablo 27. Öz kıyım öyküsü ile depresyon ilişkisi	47
Tablo 28. VAS azalma miktarı ile depresyon ilişkisi	47
Tablo:29. Depresyon öngörü özellikleri-1	48
Tablo:30. Depresyon öngörü özellikleri-2	49
Tablo:31. Depresyon öngörü özellikleri-3	50
Tablo:32. Depresyon öngörü özellikleri-4	50

II. KISALTMALAR

BDÖ	: Beck Depresyon Ölçeği
VAS	: Vizüel Analog Skala
ICHD II	: International Classification of Headache Disorders II
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
IHS	: Uluslararası Baş Ağrısı Cemiyeti
OKB	:Obsesif Kompulsif Bozukluk
GTBA	:Gerilim Tipi Baş Ağrısı

I- ÖZET

ACİL SERVİSE BAŞ AĞRISI YAKINMASI İLE BAŞVURAN HASTALARDA DEPRESYON SIKLIĞININ VE DEPRESYON ÖNGÖRÜ ÖZELLİKLERİNİN SAPTANMASI

Burcu Poyraz, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

Giriş ve Amaç:

Acil servise baş ağrısı ile başvuran hastalarda, depresyon görülme sıklığının, normal popülasyona göre daha yüksek olduğu düşünülmektedir. Bu çalışma ile Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Erişkin Acil Servis'e baş ağrısı şikâyeti ile başvuran hastalarda, depresyon sıklığının ve depresyon öngörü özelliklerinin incelenmesi amaçlandı.

Gereç ve Yöntem:

Bu çalışma, 01/12/2017 – 01/03/2018 tarihleri arasında Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Erişkin Acil Servis birimine, baş ağrısı yakınması ile başvuran ve araştırma kriterlerini karşılayan hastalar ile ileriye dönük, kesitsel olarak yapılmıştır. Hastalar ile ilgili verilerin toplanması için, veri kayıt ve değerlendirme formu, Vizüel Analog Skala (VAS), Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) kullanılmıştır. Ölçek, hasta tarafından kendini değerlendirme yöntemi ile yapılmıştır. Hastalarda, cinsiyet, yaş, öğrenim durumu, medeni hal, meslek, ağrı tipi, karakteri, süresi, acil servise başvuru sıklığı, ağrı kesici ilaç kullanım sıklığı, ağrının başlangıç zamanı ile acile başvuru zamanı, ağrı kesicilere yanıt, ek hastalık olması, baş ağrısını tetikleyen faktör varlığı, baş ağrısına eşlik eden semptom varlığı, uyku probleminin olması, son bir ayda psikiyatrik ilaç kullanım öyküsü, başka bir psikiyatrik hastalık varlığı ve öz kıyım öyküsü ile depresyon arasındaki ilişki incelenmiştir. İlişkiler %95 güven aralığında değerlendirilip, $p<0,05$ istatistiksel anlamlılık düzeyi olarak kabul edilmiştir. Tüm istatistiksel analizler SPSS 22.0 Windows bilgisayar programı ile tanımlayıcı istatistik yapılarak belirlenmiştir.

Bulgular:

Çalışmaya dahil edilen yaşları 18-85 arasında değişen 273 hastanın %56'sı kadın %44'ü erkek olup, yaş ortalaması $35,6 \pm 12,6$ yılı. Baş ağrısı yakınması olan hastalarda depresyon oranı %56 saptandı. Bunlardan % 8,4'ü (n=23) şiddetli, % 17,6'sı (n=48) orta, % 30'u (n=82) hafif derecede depresyondaydı. Depresyonda olan bireylerin yaş ortalaması $37,0 \pm 13,8$ yılı. Kadınların % 60,8'inde (n=93) , erkeklerin ise % 50'sinde (n=60) depresyon saptandı. Bireylerin cinsiyet, öğrenim durumları, medeni halleri ve meslekleri ile depresyon sıklığı arasında anlamlı istatistiksel fark saptanmadı. Ağrısı 24 saate kadar uzayan bireylerdeki depresyon sıklığı, ağrısı 1 saat ve 6 saat sürenlere göre artmış bulundu. (% 78,0' e karşın %53,3 ve %50,0 p:0,019) Baş ağrısı tipi, karakteri, başlangıç zamanı ve acil servise başvuru zamanı ile depresyon sıklığı arasında anlamlı istatistiksel fark saptanmadı. Her gün ağrı kesici ilaç kullananlarda, gün aşırı ve ayda birkaç kez kullanan ya da hiç kullanmayanlara göre depresyon sıklığı yüksek bulundu. (% 72,2'ye karşın % 59,9, % 45,0 ve %60,2 p:0,023) Acil servise baş ağrısı şikâyeti ile 1-3/hafta sıklığında başvuranlarda depresyon oranı, 1-3/ay veya daha nadir sıklıkta başvuranlara göre yüksek bulundu. (% 82,6' ya karşın % 53,6 p:0,007) Baş ağrılı bireylerde, ek hastalık olanlarda, olmayan gruba göre anlamlı olarak yüksek depresyon oranı saptandı. (% 63,6' ya karşın % 47,7 p:0,008) Hipertansiyonu olan bireylerde depresyon görülme oranı, migren ve diğer ek hastalıkları olanlara göre daha yüksek bulundu. (% 69,2'ye karşın %65,5 ve %59,3 p:0,048) Baş ağrısına eşlik eden semptom varlığı ile depresyon arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı. Uyku problemi olan bireylerde depresyon oranı, olmayanlara oranla anlamlı derecede yüksek bulundu. (% 68,8'e karşın % 49,4 p:0,002) Son bir ayda anti depresan-anti psikotik ilaç kullanımı olmayanlarda, olanlara göre depresyon oranı yüksek saptandı. (% 88,2'ye karşın %11,8 p: 0,02) Başka bir psikiyatrik hastalık öyküsü olanlarda depresyon oranı, olmayanlara göre yüksek saptandı. (% 91,7'ye karşın % 52,6 p <0,001) Depresyonda olan bireylerde VAS miktarında azalma, olmayanlara göre anlamlı olarak düşük bulundu. (p<0,001)

Sonuç:

Biz bu çalışmada, baş ağrısı ile acil servise başvuran bireyler arasında, baş ağrısı uzun süren, baş ağrısı ile acil servise sık başvuran, tedaviye yanıtı az olan hasta grubunda depresyonunu daha sık eşlik ettiğini saptadık. Bunun dışında ayrıca başka psikiyatrik hastalık ve hipertansiyon öyküsü, uyku problemi olan ve son bir ayda psikiyatrik ilaç kullanmamış olanlarda depresyon oranının arttığını bulduk.

Anahtar Kelimeler: Acil tıp, Baş ağrısı, Depresyon

II- SUMMARY

ESTABLISHING THE FREQUENCY OF DEPRESSION AND THE FORESIGHTED CHARACTERISTICS OF DEPRESSION AMONG THE PATIENTS ADMITTED TO THE EMERGENCY DEPARTMENT WITH THE COMPLAINT OF HEADACHE

INTRODUCTION AND THE OBJECTIVE:

It is believed that the incidence of depression is higher among the patients who admitted to the emergency department with the complaint of headache compared to normal population. Here in this study, we aimed to establish the frequency of depression and the foresighted characteristics of depression among the patients admitted to the University of Dokuz Eylül, School of Medicine, and department of adult emergency medicine with the complaint of headache.

MATERIALS AND METHODS:

This study was carried out prospectively and cross-sectionally among the patients with the complaint of headache and meeting the criteria of the study, in the University of Dokuz Eylül, School of Medicine, department of adult emergency medicine, between December 01, 2017 and March 01, 2018. Data recording and evaluation form, “visual analog scale”, and the “Beck’s depression inventory” were used for the collection of patients data. The scale was realized by the patient him or herself with self-determination method.

Among the patients with headache, sex, age, level of education, marital status, occupation, type of pain, characteristic of pain, duration of pain, the frequency of admission to emergency department, the frequency of using painkiller drugs, the time of onset of pain and the time of emergent admission with pain, the response to painkillers, the additional diseases, the relationship between the presence of factors that trigger the onset of headache, sleeping problems, psychiatric drug use in the last month, the presence of another psychiatric illness, and self-hash story and depression were all examined. Relation between criteria was evaluated at 95% confidence interval and accepted as $p < 0,05$ statistical significance level. All statistical analyzes were performed with SPSS 22.0 (SPSS Inc.) program.

RESULTS:

Totally, 273 patients, with the mean age of 18-85 was participated in our study and while 56 % of them was female, the rest was male (44%). The rate of depression was detected as 56 %, among the 273 patients who participated in the study. While, 8,4 % (n=23) of them were severe depression, 17,6 % (n=48) was moderate-severe and 30 % (n=82) of them were mild depression. The average age of depressed individuals was 37 ± 13.8 years. Depression was detected in 60.8 % (n= 93) of the women and 50 % (n=60) of the males. No statistically significant difference was detected on behalf of educational status, marital status, job, frequency of depression among the individuals. The frequency of depression among the patients in whom the pain lasts up to 24 hours was found to be increased compared to lasts up 1 hour or 6 hours.. (% 78,0 versus % 53,3 and % 50,0 p:0,019) No statistically significant difference was detected between type of headache, time of onset, emergency department admission time and frequency of depression. People who used painkiller medication every day had a higher prevalence of depression than those who used it on alternate days or several times a month or never (% 72,7 versus %59,6, %45,0 and %60,2 p:0,023). The rate of depression was higher among the patients who admitted to emergency department 1-3 times a compared to patients who admitted with the frequency of 1-3 / month or less (82,6 versus % 53,6 p:0,007). Additional disease in individuals with headache there was a significantly higher rate of depression compared to non-group. (% 63,6 versus % 47,7 p: 0,008) The rate of depression in individuals with hypertension was found to be higher than migraine and other comorbid diseases. (% 69,2 versus % 65,5 and % 59,3 p:0,048) Rates of depression in individuals with sleep problems were significantly higher than those without sleep problems. (% 68,8 versus % 49,4 p:0,002) The depression rate was higher in the last month than in those who did not use anti-depressant-antipsychotic medication. (%88,2 versus %11,8 p: 0,02) The rates of depression in those with other psychiatric illness stories were higher than those without.(% 91,7 versus %52,6 p<0,001) VAS in depressed individuals was found to be significantly lower than those without (p<0,001).

CONCLUSION:

In this study, we investigated the relationship between the headache and the individuals who applied to the emergency service, depression in those who had long headache, frequent emergency services with the same complaints, less treatment response, other psychiatric

illnesses, additional illnesses, sleep problems and those who did not use psychiatric drugs in the last month we found that the ratio increased. When assessing patients with headache, these predictive characteristics of depression should be considered. Patients showing these characteristics should be directed to psychiatric outpatient clinics for diagnosis and treatment of depression.

Key Words: Emergency medicine, Headache, Depression

III- GİRİŞ

Baş ağrısı, toplumun büyük bir kısmını etkilemesi, iş gücü kaybına yol açması, bazen de hayatı tehdit eden bir hastalığın habercisi olarak ortaya çıkabilmesi nedeniyle üzerinde durulması gereken bir belirtidir. Baş ağrısının sınıflandırılması, tanısı ve tedavisi açısından birincil ve ikincil tiplerinin ayırt edilmesi önemlidir. Baş ağrılarının %90'a yakını birincil baş ağrılarıdır. Birincil baş ağrısında organik bir neden belirlenmez ve bu durum olasılıkla merkezi sinir sistemindeki intrinsek fizyolojik olaylarla ilişkilidir. İkincil baş ağrılarında ise organik nedenler söz konusudur. Ağrı, patolojik sürecin belirtilerinden biridir.¹

İlaç aşırı kullanım baş ağrıları, ülkemiz gibi bilinçsiz ilaç tüketiminin yaygın olduğu ülkelerde önemli bir sorundur. Analjezik amaçlı alınan ilaçların yoğun olarak kullanılması, baş ağrısını arttıran ve genellikle ihmal edilen bir durumdur. Bu konuda hasta eğitime önem verilmesi gerekmektedir. Aşırı ilaç kullanımı, depresyon ve anksiyete gibi psikiyatrik hastalıklarda artmaktadır.²

Depresyon, mutsuzluk, ilgi ve istek kaybı, suçluluk duyguları, benlik saygısında azalma, uyku veya iştahta bozulma ve konsantrasyon kaybı gibi özelliklerin görüldüğü sık görülen bir mental bozukluktur. Kişinin günlük yaşamla başa çıkabilmesini önemli oranda engeller. En ağır formu, intihara neden olabilir.³

Son yıllarda yapılan çalışmalar, baş ağrısı ve depresyon arasında çift yönlü bir ilişki olabileceğini ortaya koymuştur. Psikolojik ve psikiyatrik etmenlerin baş ağrısıyla ilişkisi çeşitli yönlerden değerlendirilmiştir. Psikolojik etmenler baş ağrısına yatkınlık yaratıyor ve bir baş ağrısı atağını tetikleyebilir. Atağın süresini ve şiddetini arttırabilir. Baş ağrısının kendisi, bir psikiyatrik bozukluğun görünümü olarak da karşımıza çıkabilir.⁴

Bu konuda yapılan araştırmaların ortak noktası, organik bulgularla yeterli olarak açıklanamayan bedensel belirtilerin var olmasıdır. Yapılan epidemiyolojik çalışmalarda, bu tür belirtilerin görülme sıklığının yüksek olduğu belirtilmiştir.⁵ Ruhsal sıkıntının bir ifadesi olabilen bedensel belirtiler, hekimler tarafından tanınmadığında ya da yanlış yorumlandığında, gereksiz tetkik ve yanlış tedavilere neden olabilmektedir.⁶ Baş ağrısının psikiyatrik hastalıklarla ilişkisi mevcutsa, tedavi hedefinin baş ağrısının kesilmesinden çok, tablonun bir bütün olarak değerlendirilip, tedavi edilmesi gerekmektedir.⁷

Çok sayıda epidemiyolojik çalışma ve toplum çalışmasında baş ağrısı olan hastalarda, genel popülasyona kıyasla psikiyatrik bozuklukların (depresyon ve anksiyete gibi) daha sık görüldüğü ve psikopatoloji görülme oranının arttığı gösterilmiştir.⁸

Depresyonun acil serviste tanınması kolay değildir. Hasta keder, isteksizlik duygularını tanıyamayabilir ya da bunları söylemekten utandığı, bu belirtilerin ciddiye alınmayacağı ve alay edileceği endişesi ile hekime bedensel yakınmalar ile başvurabilir. Baş ağrısı, çarpıntı, bulantı hissi gibi semptomlarla üzüntülerini, yaşamdan tat almadıklarını anlatmaya çalışabilirler. Depresyon, hastalarda öz kıyım düşüncesi ve eylemine sebep olabilir. Acil servise başvuran borderline kişilik bozukluğu vakalarında yapılan araştırmada, vakaların %60'ın da ciddi baş ağrısı yakınması bulunmuştur.⁹

Nimnuan ve arkadaşları yaptığı bir çalışmada, baş ağrısı şikâyeti ile üçüncü basamak sağlık kuruluşuna başvuran hastalarda, depresyon ve anksiyete prevalans oranlarının, sırasıyla% 29.2 ve% 9.7 olduğunu bulmuştur.¹⁰ Verri ve arkadaşlarının çalışmasında, süregelen günlük baş ağrısı hastalarının %90'ında psikiyatrik komorbidite saptanmıştır.¹¹ Yapılan çok merkezli bir çalışmada, baş ağrısı olan hastalarda depresyon riskinin artmasının yanı sıra, bu hasta grubunda uyku kalitesinde bozulma, yorgunluk, iştah azalması, sinirlilik gibi belirtilerin arttığı gözlemlenmiştir. Depresyonun yüksek çıktığı grupta diğer gruba göre baş ağrısının süresinin de daha uzun olduğu saptanmıştır.¹² İlaç aşırı kullanımı ile ilgili yapılan bir çalışmada, aşırı ilaç kullanımı olan hastalarda depresyon oranı yüksek bulunmuştur. Ve bu hasta grubunun, normal olan gruba göre tedaviye daha dirençli olduğu saptanmıştır.¹³

Psikiyatrik rahatsızlıklar, hekimler tarafından sorgulanmadığında, hastalar kendileri ruhsal sıkıntılarını ifade edememekte ve bunun sonucunda da tedavileri zorlaşmaktadır.

Araştırmanın Amacı

Bu araştırmada, Dokuz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Erişkin Acil Servis birimine, baş ağrısı şikâyeti ile başvuran bireylerde depresyon sıklığının ve depresyonun öngörülen özelliklerinin incelenmesi amaçlandı.

Araştırmanın Önemi

Baş ağrısı ve depresyon arasındaki ilişki ile ilgili pek çok literatür çalışmasına rastlandı. Ancak acil servise başvuran baş ağrılı hastalarda depresyon sıklığına ve depresyonun öngörülen özelliklerine yönelik değerlendirme yapılan bir çalışmaya rastlanmadı. Bu çalışma ile, farklı araştırma bulgularına katkı sağlanacağı, hekimlerin tanı ve tedavi pratiklerini zenginleştireceği amaçlandı. Ayrıca depresyonun acil servislerde erken tanınması ve tedaviye yönlendirilmesi ile aşırı ilaç kullanımı ve öz kıyımın azalacağı düşünüldü.

IV- GENEL BİLGİLER

Acil servislere sık başvuru nedeni olan baş ağrısına, depresyonun eşlik ettiği durumları tanımlamak güçtür. Hekimler sorgulamadıkça hastalar, duygu durumları ve ruh halleriyle ilgili bilgi vermekten çekinirler. Bir çok çalışmada, psikiyatrik bozukluklar ile baş ağrısı arasında çift yönlü bir ilişki olduğu kanıtlandı. Epidemiyolojik çalışmalar, nörolojik hastalıklar ile özellikle baş ağrısı ve depresyon arasında bir ilişki olduğunu tanımlamıştır.¹⁴ Paylaşılan biyolojik yollar, norepinefrin ve serotonin nörotransmitterleri, ağrı ve depresyon arasındaki ilişkiyi açıklamaya yardımcı olmaktadır. Umutsuzluk ve tekrarlayan ağrılar nedeniyle oluşan stres bir başka olası faktör olarak belirtilmiştir.¹⁵

Baş ağrısı

Uluslararası Ağrı Çalışmaları Birliği'ne göre ağrı, “mevcut ya da potansiyel doku hasarı ile ilişkili olarak tarif edilen, hoş olmayan, duysal ve duygusal bir deneyimdir.”¹⁶

Baş ağrısı, insanların en sık yaşadığı ağrı türlerinden birisidir. Değişik formları bulunan ve değişen düzeylerde ağrıya yol açabilen bir sorundur. Nüfusun büyük bölümünü etkileyerek rahatsızlığa, günlük aktivitelerin kısıtlanmasına ve iş gücü kaybına neden olacak düzeyde ağrı oluşabilir.¹⁷ Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), baş ağrısı yükünü azaltmak için küresel kampanya adı altında bir çalışma başlatmıştır. DSÖ verilerine göre, baş ağrısı, en fazla iş gücü kaybına neden olan ilk 20 hastalığın içindedir.¹⁸ Baş ağrısı nedeniyle iş gücünde azalma üzerine Amerika’da yapılan bir çalışmada, hem kronik hem epizodik gerilim tipi baş ağrısı nedeniyle çok sayıda işe gidilemeyen gün olduğu bildirilmiştir.¹⁹ Avrupa’daki benzer bir çalışmada, gerilim tipi baş ağrısı nedeniyle işe gidilemeyen gün sayısının, migren nedeniyle olanlardan üç kat fazla olduğu gösterilmiştir.²⁰

Epidemiyoloji:

Baş ağrısı ABD’de acil servislere en sık başvuru nedenleri arasında dördüncü sıradadır. Tüm acil servis başvuru nedenlerinin % 4’den fazlasını oluşturur. Çoğunluğu benign primer baş ağrıları olup % 3,8’i ciddi ve ya sekonder patolojilere bağlıdır. Ülkemiz için şikâyet nedenli başvuruları değerlendiren bir çalışmaya rastlanmamış olup tüm acil servis başvurularının yaklaşık % 2’sinin migren tanısı aldığı bildirilmiştir.²¹

Primer baş ağrılarında gerilim tipi baş ağrısı, toplum çalışmalarında en sık rastlanılanıdır.²² Baş ağrısı yakınması nedeniyle yapılan başvurularda en sık rastlanan primer baş ağrısı migrendir.²³ Primer baş ağrıları, sekonder baş ağrılarına göre daha sık görülmektedir. Baş ağrıları kadınlarda daha sık görülmektedir.¹ Rasmussen ve arkadaşlarının 1991 yılında baş ağrısı bozukluklarının toplumdaki dağılımını incelemek için klinik değerlendirme yoluyla ICHD tanı kriterleri kullanılarak yaptığı çalışmada, bütün primer baş ağrılarının yaşam boyu prevalansı, gerilim tipi baş ağrısı için % 78, migren için % 16 bulunmuştur. Aynı çalışmada erkeklerde yaşam boyu prevalans herhangi bir baş ağrısı için % 93, migren için % 8, gerilim tipi baş ağrısı için % 69; kadınlarda yaşam boyu prevalansı herhangi bir baş ağrısı için % 99, migren için % 25, gerilim tipi baş ağrısı için % 88 bulunmuştur.²⁴

Baş ağrısı tarihçesi

Baş ağrısı çok eski çağlardan beri bilinen ve toplumun geniş bir kısmını etkileyen bir sorundur. Milattan önce (MÖ) 7000’li yıllardan kalan insan kafataslarında, “trepanasyon” adı verilen ve bir cisimle kafatasının delindiği bir işlemin uygulandığına dair bulunan izlerin, baş ağrısı tedavisi nedeniyle yapıldığı düşünülmektedir.²⁵ Baş ağrısı ile ilgili yayınlanmış en eski kaynak MÖ 3000’li yıllarda baş ağrısını tanımlayan Sümer epik şiiridir.

Gözü hasta demez ki ‘Hasta gözlüyüm’

Başı hasta demez ki ‘Hasta başlıyım’²⁶

MÖ 2500’den kalma tıbbi belgelere dayandığı söylenen ve MÖ 1200’den kalan eski Mısır baş ağrısı reçetesi olan “Ebers Papirüsü” migren, nevralji ve saplanıcı baş ağrılarını tanımlamaktadır. Hipokrat (MÖ 460), migreni sıklıkla sağ gözde gelişen ışık parlamasını takiben şakaklarda başlayan ve sonrasında tüm baş ve ense bölgesine yayılan şiddetli ağrı olarak tanımlamıştır. Baş ağrısının egzersiz veya cinsel ilişki ile tetiklenebileceğine ve kusmanın baş ağrısını kısmen dindirebileceğine inanmıştır. Platon zihnin vücutla fazla meşgul olmasının baş ağrısını tetikleyebileceğine inanmış ve zihinsel uğraşlarla baş ağrısı arasındaki ilişkiye dikkat çekmiştir.²⁵

MS 215-300 yıllarında Cornelius Celsus baş ağrısını tetikleyen şarap içme, hazımsızlık, soğuk, sıcak ya da güneş gibi etkenlerden bahsetmiştir. MS 80 yılında Kapadokyalı Arateus migren tanımını “sadece yüzün tek tarafını tutan baş ağrısı” şeklinde yapmasıyla migrenin kaşifi olarak kabul edilmektedir.²⁴ Galen’in MS 200 yılında tek taraflı baş ağrısı için kullandığı Yunanca Hemikrania terimi, eski İngilizcede ‘Megrim’e dönüştürülmüş ve Fransızca migren olarak kesinleşmiştir.²⁵

MS 980-1037 yıllarında yaşayan İbn-i Sina “doktor hastanın baş ağrısını geçiremiyorsa, hastalığın nedenini hastanın iç dünyasında aramak gerekir” diyerek baş ağrısında ruhsal etmenlere dikkat çekmiştir.²⁵

Timothy Bright 1586’da ‘‘Melankoli Tedavisi’’ başlıklı yazısında ‘melankolik mayi dalakta durur ve buharı ile kalbi rahatsız eder ve beyine vardığında hayale feci şekilleri getirir’ diyerek günümüzde vizüel aura denilen belirtiyi tarif etmiştir. Öte yandan bu tanımlama ruhsal durum ile migren arasındaki ilişkiye ait bir gözlemi de ifade etmektedir.²⁵

1783 yılında Tisso bir supraorbital nevraljiye bağladığı migreni, sıradan baş ağrısından ayırmıştır. Sonraki yıllarda DuBois Reymond, Mollendorf ve Eulenburg migren için farklı damarsal kuramlar öne sürmüşlerdir.²⁵

1796 da Charles Darwin’in büyükbabası Erasmus Darwin, baş ağrıları ve migrenden kurtulabilmek için hastanın hareket merkezine kafası gelmek üzere yatırılıp santrifüje tabi tutulması gerektiğini, böylece kanın beyinden vücudun diğer organlarına zorunlu olarak iletilerek baş ağrısının geçeceğini öne sürmüş ve 150 yıl sonra bu yöntemin Harold G. Wolff tarafından uygulanmasında başarılı sonuçlar alınmıştır.²⁵

1814’de James Ware baş ağrısı olmadan da vizüel aura görülebileceğini tanımlamış ve bunları sinek uçuşması (muscae volitantes) olarak adlandırmıştır. Bu tanımlama sonraları Tissot tarafından “migren metastazları” olarak adlandırılmış olup günümüzde migren ekivalanları (migren eşdeğeri) olarak bilinmektedir.²⁶

1900’lü yıllarda migrenin hipofizde ortaya çıkan şişmenin trigeminel sinir üzerine baskı yapmasından kaynaklandığı, baş ağrılarının interventriküler foramende aralıklı olarak ortaya çıkan blokajdan kaynaklandığı şeklinde hipotezler de öne sürülmüştür.²⁵

Baş Ağrısı Etiyolojisi ve Patofizyolojisi

Primer baş ağrılarında açıklanabilir belli bir neden bulunmamaktadır. Etiyolojiye yönelik kesin bir bilgi yoktur. Ortaya çıkış şekilleri farklılıklar göstermekte olup, tek bir mekanizma ile anlaşılması güçtür. Bununla birlikte, baş ağrısının ortaya çıkışı; intrakraniyal veya ekstrakraniyal ağrıya duyarlı yapıların, fiziksel ve kimyasal nedenlerle etkilenmesi sonucunda olmaktadır. Ağrıya duyarlı ekstrakraniyal yapılar; cilt, cilt altı dokusu, kaslar, mukoz membranlar, dişler ve bazı büyük damarlardır. Ağrıya duyarlı intrakraniyal yapılar ise; venöz sinüsler, sinüslere dökülen venler, dura mater, beyin tabanındaki arterler ve periosttur. Beynin kendisi, duramaterin büyük bölümü, endodima ve koroid pleksus ise ağrıya duyarsızdır.²⁷

Baş ağrısı sınıflaması:

Baş ağrısı pek çok nedene bağlı olarak oluşabilir. Doğru tanı ve tedaviye ulaşmak için sistematik bir sınıflama gereklidir.

Baş ağrıları için ortak dil oluşturma çabası ilk kez 1955'te Vahlquist tarafından önerilen migren tanı ölçütleri ile başlamıştır. 1962'de "National Institute of Health" adı altında toplanan "Ad-Hoc" komitesi, baş ağrısı bozukluklarına ait bir sınıflama yayınlamıştır. 1979'da Pinsky ve Sommer tarafından önerilen migren tanı ölçütleri yayınlanmıştır. 1982'de kurulan Dünya Baş ağrısı Cemiyeti (IHS) çatısı altında kurulan sınıflama alt komitesi tarafından 1988'de yayınlanan Baş Ağrısı Bozukluklarının Uluslararası Sınıflaması (ICHD-I) ise, ilk ciddi çalışma olmuştur.²⁸ 1993 yılında, yeni sınıflama çalışmaları başlatılmış ancak 1999'da faaliyete geçebilen komisyon, çalışmasını 2002 yılında tamamlamış ve 2004 yılında Cephalalgia dergisinde yayınlanmıştır.²⁹ 2011'de toplanan IHS çatısı altındaki yeni sınıflama komitesi, Dünya sağlık örgütü tarafından geliştirilen bir çalışma programı ile yeni sınıflama (ICHD-III) çalışmalarını başlatmıştır. Önceki sınıflamalardan farklı olarak, genişletilmiş taslak (beta versiyonu) şekli 2013 yılında yayınlanmıştır.³⁰

Primer Baş Ağrıları

1. Migren
 - a. Aurasız migren
 - b. Auralı migren
 - c. Çocukluk çağı periyodik sendromları
 - d. Retinal migren
 - e. Migren komplikasyonları
2. Gerilim baş ağrısı
 - a. Epizodik gerilim baş ağrısı
 - b. Kronik gerilim baş ağrısı
3. Küme baş ağrısı ve diğer trigeminal otonomik baş ağrıları
 - a. Epizodik küme baş ağrısı
 - b. Kronik küme baş ağrısı
 - c. Epizodik paroksizmal hemikranya
 - d. Kronik paroksizmal hemikranya
 - e. Konjunktival kanlanma ve yaşarmalı kısa süreli tek yanlı nevraljiform baş ağrısı atakları
4. Diğer primer baş ağrıları

Sekonder baş ağrıları

1. Baş ve/veya boyun travmasına bağlanan baş ağrısı
2. Kraniyal ya da servikal damarsal bozukluklara bağlanan baş ağrısı
3. Damarsal olmayan kafa içi bozukluklara bağlanan baş ağrısı
4. Bir maddeye ya da bunun bırakılmasına bağlanan baş ağrısı
 - a. İlaç aşırı kullanımı baş ağrısı
 - b. Diğer madde kullanımına bağlı baş ağrıları
5. Enfeksiyona bağlanan baş ağrısı
6. Homeostaz bozukluğuna bağlanan baş ağrısı
7. Kraniyal yapıların bozukluklarına (gözler, kulaklar, sinüsler, dişler) bağlanan baş ağrıları

Diğer baş ağrıları

1. Trigeminal nevralji
2. Glossofaringeal nevralji
3. Oksipital nevralji
4. Yüz ağrısı

Migren

Tanım

Migren, 4-72 saat süren ataklar halinde kendini gösteren, yineleyici baş ağrısı bozukluğudur. Tek yanlı yerleşim, zonklayıcı nitelik, orta veya şiddetli düzeyde ağrının günlük fiziksel aktiviteyle artışı, bulantı, fotofobi ve ya fonofobi ile birliktelik tipik özellikleridir.¹⁷

Epidemiyoloji:

Ülkemizde yapılan bir epidemiyoloji araştırmasında, 15-55 yaş grubunda migren prevalansı % 16,4 saptanmış olup, bu oran kadınlar için % 21,8, erkekler için % 10,9 bulunmuştur. Marmara, Orta Anadolu ve Karadeniz bölgelerinde prevalans % 11,4-% 14,7 arasındayken, Ege, Akdeniz, Doğu ve Güneydoğu Anadolu bölgelerinde % 20,6-% 24 gibi değerlere ulaşmaktadır.³¹ 2005 yılında yine Türkiye’de yapılan bir çalışmada, nöroloji polikliniğine ayaktan başvuran hastaların 1/3’ünün baş ağrısı yakınmasıyla başvurduğu ve tüm hastalar içindeki migren prevalansının % 24,9 olduğu saptanmıştır.³²

Tanı kriterleri

- A. B-D kriterlerine uyan en az 5 atak
- B. 4-72 saat süren baş ağrısı atakları (tedavi edilmemiş veya başarısız tedavi edilmiş)
- C. Baş ağrısı aşağıdaki özelliklerden en az ikisine sahiptir:
 - 1. Tek taraflı yerleşim
 - 2. Zonklayıcı nitelik
 - 3. Orta veya şiddetli ağrı
 - 4. Günlük fiziksel aktiviteyle (yürüme veya merdiven çıkma gibi) artış ya da onlardan kaçınmaya neden olma
- D. Baş ağrısı sırasında aşağıdakilerden en az biri vardır:
 - 1. Bulantı ve/veya kusma
 - 2. Fotofobi ve fonofobi
- E. Baş ağrısının başka bir bozukluğa bağlanamaması.²⁹

Patofizyoloji

Migren atağı, olasılıkla hipotalamik veya kortikal mekanizmalar yoluyla tetiklenmektedir. Ağrıya duyarlı intrakranyal yapılar, dura mater ve kan damarlarının trigeminal innervasyonu, ağrı uyaranlarının trigeminal ganglion yoluyla trigeminal nukleusa taşınmasını sağlar. Nukleus, medulladan C2'ye doğru uzanır ve talamusa lifler yollar. Kan damarları ve nöronlardaki serotonin reseptörleri vazokonstriksiyona ve presinaptik inhibisyona aracılık ederek CGRP'nin vazodilatör ve inflamatuvar etkilerini antogonize eder.²⁹ Migren aurasının en iyi açıklaması, beynin arka tarafından başlayan ve öne doğru ilerleyen kortikal nöronal depresyonun yaygınlaşmasıdır. Kortikal nöronal depresyonun yaygınlaşmasında, potasyumun hareketi ve uyarıcı bir aminoasit olan glutamatın salınımı temel rol oynar. Auralı migren olgularında, kortikal nöronal depresyonun ilerleme yönüne uygun biçimde, kanlanmada azalma olduğu da gösterilmiştir.³³

Gerilim Tipi Baş Ağrısı

Tanım

Gerilim Tipi Baş Ağrısı (GTBA) sosyo-ekonomik etkileri fazla olan baş ağrısı tiplerindendir. Gerilim baş ağrısı tipik olarak bilateral yerleşim gösterir, sıkıştırıcı veya basıcı niteliktedir. Günlük fiziksel aktiviteyle artmaz. Ayda 15 günden az ağrılı günü olan hastalar epizodik,

ayda 15 gün veya daha fazla ağrılı günü olan hastalar kronik gerilim baş ağrısı olarak tanımlanır.²⁹ Depresyon, anksiyete veya her ikisi birlikte GTBA'ya eşlik edebilir ve baş ağrılarını arttırabilir.³⁴

Epidemiyoloji:

Gerilim Tipi Baş Ağrısı'nın hayat boyu prevalansı % 34,8-% 78 arasında belirtilmiştir. Bu oran kadınlarda % 37,1-% 88 arasında iken, erkeklerde % 32,3-% 69 olarak tespit edilmiştir. Yapılan çalışmalarda, batı ülkelerindeki yıllık prevalans oranları kadınlarda % 34 ile % 86 arasında iken erkeklerde % 28 ile % 63 arasında bulunmuştur.³⁵

Türkiye baş ağrısı epidemiyoloji verilerine göre; Türkiye'de GTBA prevalans oranları epizodik GTBA için % 20-% 30, kronik GTBA için % 3,1 olarak bulunmuştur. GTBA prevalansı 20 ile 50 yaşları arasında en yüksek düzeydedir.³¹

Tanı kriterleri

- A. En az üç aydır ortalama 15 gün veya daha çok ortaya çıkan ve B-D kriterlerine uyan baş ağrısı
- B. Baş ağrısının saatler sürmesi veya sürekli olması
- C. Baş ağrısı aşağıdaki özelliklerden en az ikisine sahiptir:
 - 1. Bilateral yerleşim
 - 2. Sıkıştırıcı/basıcı (zonklayıcı olmayan) nitelik
 - 3. Hafif veya orta şiddet
 - 4. Yürüme ya da merdiven çıkma gibi günlük fiziksel aktiviteyle şiddetlenme olmaması
- D. Aşağıdakilerden her ikisi de bulunmalıdır:
 - 1. Fotofobi, fonofobi veya hafif bulantıdan sadece biri
 - 2. Bulantı ve kusmanın olmaması
- E. Baş ağrısının başka bir bozukluğa bağlanamaması²⁹

Patofizyoloji

GTBA'da ağrının periferik mekanizmalardan mı yoksa merkezi sinir sisteminden mi kaynaklandığı halen tartışma konusudur. Myofasial mekanizmalar GTBA patofizyolojisinde önemli yer tutar ve perikranial miyofasial yapılardaki hassasiyet en karakteristik bulgudur.³⁶ GTBA'da perikranial kaslarda hassasiyet fiziksel veya psikolojik stresle ortaya çıkabilir. Bu hassasiyete bağlı olarak kaslarda noisepsiyon artışı ağrı modülasyonu bozulmuş bir kişide atağı tetikleyebilir. Emosyonel mekanizmalar da endojen antinosiseptif sistemi baskılayabilmektedir. Gerilim tipi baş ağrılı hastalarda, anksiyete ve depresyon daha çok birlikte görülür.³⁷

Küme Baş Ağrısı

Tanım

Küme baş ağrısı orbital, supraorbital veya temporal alanlarda, kesinlikle tek taraflı, 15-180 dakika süren şiddetli ağrı ile tanınır. Ağrı sıklığı, küme döneminde gün aşırı bir kezden günde 8 defaya kadar değişir. Ataklar sırasında, ağrı tarafında konjunktivada kanlanma, göz yaşarması, nazal konjesyon, burun akıntısı, alın ve yüzde terleme, miyozis, göz kapağında düşme ve göz kapağı ödemi görülebilir.³⁸

Epidemiyoloji:

Nadir karşılaşılan bu primer baş ağrısı ile ilgili epidemiyolojik çalışmalar sınırlı olup, bildirilen prevalans değerleri % 0.1-0.4 arasında değişmektedir. Erkeklerde daha sık görülmekte olup, erkek/kadın oranı 5/1-2 olarak kaydedilmektedir.³⁹

Tanı kriterleri

A. B-D kriterlerine uyan en az 5 atak

B. Şiddetli ya da çok şiddetli, tedavisiz 15-180 dakika süren, unilateral, orbital, supraorbital ve/veya temporal ağrı

C. Baş ağrısına aşağıdakilerden en az biri eşlik eder:

1. Aynı tarafta konjunktival kanlanma ve/veya göz yaşarması
 2. Aynı tarafta nazal konjesyon ve/veya burun akıntısı
 3. Aynı tarafta göz kapağı ödemi
 4. Aynı taraf alın ve yüz yarısında terleme
 5. Aynı tarafta miyozis ve/veya pitozis
 6. Huzursuzluk veya ajitasyonun varlığı
- D. Atakların sıklığı gün aşırı birden günde 8'e kadar değişir.
- E. Başka bir bozukluğa bağlanamaması³⁰

Patofizyoloji

Ağrıların, biyolojik saatin özelliklerini yansıtacak biçimde sirkadyen ritm göstermesi, suprakiazmatik bölgenin etkilendiğini düşündürür. PET görüntüleme çalışmalarının, küme baş ağrısı atağı sırasında, posterior hipotalamusta gri maddede tek taraflı aktivasyonu ortaya koyması, hipotalamusun küme baş ağrısı üretim yeri olduğu görüşünü desteklemektedir.³⁷

Paroksismal Hemikranya

Tanım

Paroksismal hemikranya'da görülen ağrı, eşlik eden belirti ve bulgular, küme baş ağrısına benzer özellikler gösterir. Paroksismal hemikranya ağrıları daha kısa sürelidir ve daha sık gelir. Daha çok kadınlarda görülür.¹⁷

Tanı kriterleri

A.B-D kriterlerine uyan en az 20 atak

B. Tek yanlı, orbital, supraorbital veya temporal, 2-30 dakika süren, şiddetli ağrı atakları

C. Baş ağrısına aşağıdakilerden en az biri eşlik eder:

1.Aynı tarafta konjunktival kanlanma ve/veya göz yaşarması

2.Aynı tarafta nazal konjesyon ve/veya burun akıntısı

3.Aynı tarafta göz kapağı ödemi

4.Aynı taraf alın ve yüz yarısında terleme

5.Aynı tarafta miyozis ve/veya pitozis

D. Ağrılı dönemin yarısından fazlasında atak sıklığı günde 5'in üzerindedir; ancak daha az sıklık gösteren dönemler olabilir.

E. Ataklar, tedavi edici indometasin dozu ile tamamen önlenir.

F. Başka bir bozukluğa bağlanamaması²⁹

Patofizyoloji

Paroksizmal hemikranyanın patofizyolojisi belirsizdir. Kronik paroksizmal hemikranyada, katekolaminlerin ve beta endorfinin salgılanmasında değişiklikler görülür.¹⁷

Tablo 1. Sekonder Baş Ağrıları

Damar hastalığıyla ilgili durumlar	Subaraknoid kanama, İskemik inme İntraserebral kanama, Serebral venöz tromboz, Diseksiyon
Damar dışı intrakranyal bozukluklar	İntrakranyal hipotansiyon İntrakranyal hipertansiyon
Madde kullanımı ve kesilmeleri	İlaç aşırı kullanımı Karbon monoksit intoksikasyonu Kafein kesilmesi
Homeostaz bozukluğu	Arteriyel hipertansiyon Uyku apnesi
Göz hastalıkları	Akut glokom Şaşılık Oküler inflamatuvar bozukluk
Psikiyatrik hastalıklar	Somatizasyon bozukluğu Psikotik bozukluk
Travma Beyin tümörleri Santral sinir sistemi enfeksiyonları Sinüzit ve nazal hastalıklar Eklampsi	

İlaç Aşırı Kullanımı Baş Ağrısı

Tanım

Sık baş ağrısı çeken hastaların, basit analjezikler, ergotamin veya triptanları aşırı kullanmalarına bağlı olarak ortaya çıkan günlük baş ağrılarıdır. Aşırı analjezik ya da spesifik migren ilaçları kullanan hastalar, önleyici tedaviye dirençli duruma gelirler.⁴⁰

Epidemiyoloji:

Epidemiyolojik çalışmalar genel popülasyonda kronik baş ağrısına eşlik eden ilaç aşırı kullanımı prevalansının % 1-2 olduğunu ortaya koymuştur. Ülkemizde erişkinler arasında yapılan bir çalışmada ise bu oran kadınlarda % 2,2, erkeklerde % 0,6 olarak saptanmıştır. İlaç aşırı kullanım baş ağrısı, genellikle orta yaşta ve kadınlarda sık görülmektedir. Ülkemizde nöroloji polikliniklerine baş ağrısı ile gelen hastaların % 4 kadarında ilaç aşırı kullanımına rastlanmaktadır.³¹

Tanı kriterleri

- A. Önceden baş ağrısı olan bir hastada, ayda 15 gün veya daha çok baş ağrısının olması
- B. Üç aydan uzun bir süre için, baş ağrısı tedavisinde kullanılan ilaçlardan bir veya birden çoğunun düzenli olarak aşırı kullanımı
 - Düzenli olarak 3 aydan fazla bir süre için; >10 gün/ay ergotamin, triptanlar, opioidler veya kombine analjeziklerin kullanımı
 - Düzenli olarak 3 aydan fazla bir süre için; 15>gün/ay basit analjeziklerin kullanımı
 - Düzenli olarak 3 aydan fazla bir süre için; ergotamine, triptanlar, analjezikler ve/veya opioidlerin herhangi birinin kullanımı
- C. Baş ağrısının başka bir nedene bağlanamaması
- D. Aşırı ilaç kullanımı sırasında gelişen ya da kötüleşen baş ağrısının olması²⁹

Patofizyoloji

İlaç aşırı kullanımı baş ağrısı, aşırı kullanılan ilacın tükenmesine bağlı bir tür tepki (rebound) baş ağrısıdır. Patofizyolojisi henüz bilinmemektedir. Santral sensitizasyonun önemli rol oynadığına dair kanıtlar bulunmuştur.⁴¹

Psikiyatrik bozukluğa bağlanan baş ağrısı

Tanı ölçütleri:

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

Birinci eksen psikiyatrik hastalıklar, genellikle ağrı ile ilişkili olarak sınıflandırmalarda yer almaktadır; ikinci ekseninde yer alan psikiyatrik hastalıkların baş ağrısı ile ilişkisi daha az incelenmiştir. Ancak bu durumun, baş ağrısı tedavisini belirgin şekilde zorlaştırdığı düşünülmektedir.⁴² Acil servise müracaat eden borderline kişilik bozukluğu vakalarının %60' ın da ciddi baş ağrısı yakınması bulunmuştur.⁴³

Baş Ağrısı ve Psikiyatrik Bozukluklar

Çok sayıda epidemiyolojik ve toplum çalışmasında rekürren baş ağrısı hastalarında genel popülasyona kıyasla psikiyatrik bozuklukların (depresyon ve anksiyete gibi) daha sık görüldüğü ve psikopatoloji görülme oranının arttığı ve klinik popülasyonlarda, olduğundan fazla temsil edildiği gösterilmiştir.⁴² Psikolojik semptomlarında artma olan hastaların tıbbi yardım arama eğiliminin daha yüksek olduğunu gösteren yayınlar da bulunmaktadır.

Psikiyatrik

komorbidite, sıklıkla baş ağrısı tedavisini zorlaştırmakta ve baş ağrısı tedavisi için kötü prognoza işaret etmektedir.⁴²

1988’de yapılan Uluslararası Baş Ağrısı Bozuklukları Sınıflamasında, gerilim tipi baş ağrısının ruhsal hastalık ya da stres gibi faktörlere bağlı olarak ortaya çıkabileceği belirtilmiş, psikiyatrik bozukluklardaki baş ağrısı sınıflamada yer almamıştır. Ancak 2004 yılında yayımlanan ikinci Uluslararası Baş Ağrısı Bozuklukları Sınıflamasında, psikiyatrik bozukluğa bağlanan baş ağrısı, sekonder baş ağrıları başlığı altında sınıflamaya eklenmiştir. Bu sınıflamada, baş ağrısı ile kendisini gösterebilen somatizasyon bozukluğu ve psikotik bozukluğa bağlı baş ağrısı kriterleri sınıflamaya eklenmiştir. Ancak baş ağrısıyla psikiyatrik bozukluklar arasındaki ilişkiye yönelik araştırmaları arttırmak ve geçerliliğinin sınanması için major depresif bozukluğa, panik bozukluğa, yaygın anksiyete bozukluğuna, farklılaşmamış somatoform bozukluğa, sosyal fobiye, ayrılık anksiyetesi bozukluğuna ve travma sonrası stres bozukluğuna bağlanan baş ağrısı kriterleri tanımlanmıştır. ⁴⁴

Psikiyatrik hastalıklara bağlanan baş ağrısı tanısı, yalnızca psikiyatrik bozukluğun kendiliğinden düzelmesi ya da tedaviden sonra iyileşmesinin ardından ağrının azalması veya kaybolması ile kesinleşmektedir. Bu durum gerçekleşmemişse olası psikiyatrik hastalığa bağlanan baş ağrısı tanısı konmaktadır. ⁴⁴

Depresyon

Tanım

Depresyon sözcüğü, çeşitli psikolojik rahatsızlıkların bir belirtisi anlamında kullanılabilirken, klinik depresyon tanımı, major depresif bozukluk ve distimiye içeren bir hastalık grubunu temsil etmektedir. Ataklarla ya da kronik gidiş gösteren bir psikiyatrik rahatsızlık olan depresyonda; süregelen ve yaygın bir üzüntü veya mutsuzluk hali, günlük etkinliklerden keyif alamama, iç sıkıntısı ve bunlara eşlik eden olumsuz düşünme, enerjinin azalması/yokluğu, konsantrasyon güçlüğü, iştah ve uyku düzeninde meydana gelen değişiklikler sonucunda işlevsellikte bozulma vardır. Depresyonun klinik görünümü yaşa, cinsiyete ve kültürel altyapıya göre farklı olabilir. ⁴⁵

Depresyon tarihçesi

Duygu durum bozuklukları hakkında bilinenlerin çoğu, melankoli ve mani terimlerini ilk kez kullanan ve bunların birbiriyle ilişkisine dikkat çeken eski Yunan ve Romalı hekimler tarafından tanımlanmıştır. Hipokrat (MÖ 460-357) melankoliyi “iştahsızlık, ümitsizlik, uykusuzluk, çabuk sinirlenme ve huzursuzluk hali” olarak tanımlamıştır. Yunan hekimler,

hastalığın melankolik bir mizaç temelinde ortaya çıktığına ve Satürn gezegeninin etkisiyle dalaktan salgılanan kara safranın beyni etkilemesinin duygu durumunda kararmaya yol açtığına inanmışlardır. Yunanlıların tanımladığı depresyonun klinik belirtileri ve melankoliye yatkın mizacın yansımaları DSM-IV-TR’de distimik bozukluğu olan bir kişide bulunan depresif letarji, kendini yeme ve daimi bir hüznün hali olarak tanımlanmıştır. Galen’e göre (MS 131-201) melankoli, “ korku ve depresyon, hayattan memnun olmama ve tüm insanlardan nefret etme” hali olarak tanımlanmıştır. Roma’lı olan Aurelianus, bundan birkaç yüzyıl sonramelankolide görülen saldırganlık (ve bunun öz kısımla bağlantısı) üzerinde durmuş ve hastalıkta görülebilecek sanrılar özellikleri vurgulamıştır.⁴⁶

Melankoli ile ilgili Yunanca belgelerin çoğu günümüze İbn-i Sina ve İshak İbn-i İmran’ın belgeleri ile ulaşmıştır. İbn-i Sina, melankolide öfke ve huzursuzluk varsa, bunun hastalığın manik yapıda olduğuna işaret ettiğini ve saldırganlıkla birlikte görülen bu tür belirtiler ve bulguların melankoliden maniye kayıdığının habercisi olarak gözlemlemiştir. İshak İbn-i İmran, melankoli hakkındaki bilgileri özetlerken, genetik etkenlerle (babanın sperminin zarar görmüş olması nedeni ile doğum öncesi yaralanma), özel mizaç türleri nedeniyle ortaya çıkan aşırı zihinsel yorgunluğun ve sonucunda uyku ve uyanıklıktaki doğru ritimlerin bozulmasının melankoli ile ilişkili olduğunu belirtmiştir.⁴⁶

Modern çağa gelindiğinde, duygu durum bozuklukları ile ilgili ilk İngilizce metnin 1621’de Robert Burton’un yazdığı “Melankolinin Anatomisi” olduğu bilinmektedir.⁴⁵ Burton, günümüzde yaygın olarak kabul görülenin aksine, depresyonun erkeklerde kadınlardan daha sık görüldüğü görüldüğünü savunuyordu.⁴⁶

Fransız psikiyatr Jean-Phillippe Esquirol (1840), depresyonun çoğu türünün ve bağlantılı paranoid psikozların temelinde birincil olarak bir duygu durum bozukluğu olduğunu öne süren ilk psikiyatrdır. Aaron Beck, olumsuz çizgideki düşüncelerin klinik depresyonun işareti olduğunu öne sürmüştür. Buna göre, hastalar kendilerini çaresiz hissetmekte, çoğu olayı kendisine karşı olarak yorumlamakta ve gelecekte umudu kesmektedirler. Kraepelin’e (1856-1926) göre, klinik depresyonda ana patoloji duygu durumunda çökkünlük ve fiziksel ve zihinsel süreçlerde yavaşlamadır.⁴⁶

Adolf Meyer (1866-1950), psikobioloji kelimesini kullanarak depresyon ve diğer mental hastalıkların gelişiminde hem psikolojik hem de biyolojik etkenlerin katkısının olabileceğini vurgulamıştır. Meyer biyolojik bir çağrışımı olmadığından depresyon (çökkünlük, aşağıya çökme) terimini, melankoliye tercih etmiştir. Depresif bozukluğun kalıtsal olduğuna inanmıştır. Günümüzdeki psikiyatrik düşünce ve araştırmalarının en önemli uğraşlarından biri

olan biyoloji ve psikolojiyi birleştirmeye çalışan psikobiyolojik görüş, Meyer'e çok şey borçludur.⁴⁶

Klasik dönemlerden 20. yüzyıl başlarına kadar geçen dönemde duygu durum bozukluklarıyla ilgili anlayış doğaüstü açıklamalardan doğal açıklamalara; indirgeyici üniter teorilerden bütünleyici teorilere ve düalizmden psikobiyolojiye kaymıştır. Birbiriyle rekabet eden teorik bakış açılarının türettiği yeni yaklaşımlar depresif bozuklukların farklı yönlerini anlamak için modeller üretmişlerdir. Sigmund Freud'un öğrencisi Karl Abraham varsayımına göre, içe yönelen öfkenin amacı; depresif hastanın bağımlılık ve sevgi ihtiyacını hüsrana uğratan sevgi nesnesini cezalandırmaktır.⁴⁷

Beck, depresif görünümüm objektif değil irrasyonel olduğu üzerinde durmuştur; hastanın aklına kişiliğini deprese eden umutsuzluk temaları içeren karakteristik otomatik düşünceler gelir; bu düşünceler duygu durumla uyumlu olduğundan depresif bireyler bunu inanılır bulur. Depresif düşünceler yalnızca acı vermez, aynı zamanda bireylerin işlevselliğini de sekteye uğratır. Olumsuz düşüncelere bağlı olan işlevsellik kaybı, hastanın yaşamında daha fazla yanlış giden şeye neden olur, bu da hastanın yetersizlik düşüncelerini pekiştirir.⁴⁸

Epidemiyoloji:

Türkiye'deki epidemiyolojik çalışmaları gözden geçiren Küey ve Güleç (1993)'in tespit ettiği sonuçlara göre; toplum içinde klinik düzeyde depresyon prevalansı % 10 civarındadır. Depresyonun somatik belirtileri yaklaşık olarak % 20, suçluluk duyguları gibi ruhsal belirtileri ise daha düşük (yaklaşık % 10) prevalans hızlarına sahiptir. Hastaların yaklaşık üçte birinde depresyon kronikleşmiştir.⁴⁷

Bütün araştırmalarda depresyonun kadınlarda erkeklere göre iki kez daha fazla görüldüğü ortaya çıkmıştır. Cinsiyetler arası farklar her yaş grubunda mevcut olmakla birlikte gençlerde ve orta yaşlı grupta daha belirgindir. Cinsiyetler arasındaki bu farklılıkların sebebi kesin olarak bilinmemektedir. Muhtemel sebepler arasında ilk akla gelen endokrin sistemdir. Ancak sadece postpartum ve premenstrüel dönemlerde depresyon riskinin arttığı, menapoz dönemi için böyle bir riskin söz konusu olmadığı ortaya konulmuştur. Depresyon için başlangıç yaşı ortalama 40'tır. Vakaların büyük çoğunluğunda başlangıç yaşı 20 ila 50 arasındadır. Araştırmaların çoğu çocuklarda ve yaşlılarda depresyonun görülme ihtimalinin düşük olduğunu ileri sürmüştür. Depresyon için 65 yaş üzerinde % 1.7; 75 yaş üzerinde % 3.2; 79

yaş üzerinde % 0.5; primer depresyon için % 1.8; sekonder depresyon için % 1.9 gibi oldukça düşük prevalans hızları bildirilmektedir. Ancak son yapılan araştırmalarda özellikle sosyokültürel yapının değişimine bağlı olarak yaşlılardaki depresyonun arttığı gözlenmektedir. Yine son zamanlarda, depresyonun 20 yaş altında eskiye göre daha sık görüldüğü gözlenmektedir. Depresyon kadınlarda 35-45 yaşları arasında, erkeklerde 55-70 yaşları arasında pik yapmaktadır.⁴⁹

Klinik Tanı

Duygu durum değişikliği depresyonun en temel ögesi olarak kabul edilir. Tanımlamanın odak noktasını daha çok çökkün duygu durum ve azalan keyif alma kapasitesi (anhedoni) oluşturmaktadır. Hastalığın daha hafif formunu yaşayan hastalar, tipik olarak muayenede yaşadıkları keder ve üzüntüyü reddedebilirler ve onun yerine baş ağrısı, epigastrik ağrı gibi fiziksel yakınmaları olduğunu iletebilirler. Anhedoni ve ilgi kaybını değerlendirirken hastanın eskiden yapmaktan hoşlandığı eğlenceli işlerden vazgeçtiği gözlemlenir. Tablonun hafif olduğu durumlarda yaşama karşı ilginin azalmasından, şiddetli olduğu durumlarda ise her şeye karşı ilginin azalması ve kaybindan söz edilir.⁶⁶ Şiddetli depresyon hastaları, diğer kişilerden duygusal olarak uzaklaştıklarından yakınırılar. Duygusal tepkilerin körelmesi, eskiden hastaların yaşamlarına anlam katan değer ve inançların kaybına yol açacak kadar yaygın olabilir.⁴⁶

Depresyondaki psikomotor değişiklikler, duygusal aktivitenin motor dışavurumundaki anormalliklerden oluşur. Psikomotor ajitasyon (baskılı konuşma, huzursuzluk, elleri ovuşturma) daha sık görünen bir belirti olmasına karşın psikomotor retardasyona göre hastalığa spesifikliğı azdır. DSM-IV-TR'de daha kolay gözlemlenebilen nesnel belirtilere veya retardasyonun fiziksel yönlerine önem verilmektedir. Daniel Widlocher ve arkadaşları tarafından geliştirilen Salpetiere Retardasyon Ölçeği'nde, spontan hareketlerde azalma, üzgün bakışların eşlik ettiği çökkün postür, aşırı yorgunluk, konuşmanın akıcılığında azalma ve yanıt verme süresinde artış, zaman çok yavaş geçiyormuş veya durmuş gibi hissetme, konsantrasyon azalması ve unutkanlık, genellikle hoş olmayan birkaç konu üzerinde durma ve kararsızlık gibi belirtilere özel önem verilmektedir.⁴⁹

Depresyondaki bilişsel tablo, depresif duygu durum ve davranışı anlamayı sağlayan, kişinin kendisi, çevresi ve geleceğı hakkındaki olumsuz değerlendirmeleri içerir. Kusurlu düşünce kalıpları kliniğe şu şekilde yansır:

- 1) Yoksunluk ve kayıp fikirleri
- 2) Azalmış özsaygı ve özgüven
- 3) Kendi kendine sitem etme ve patolojik suçluluk
- 4) Savunmasızlık, umutsuzluk ve kötümserlik

5) Tekrarlayan intihar ve ölüm düşünceleri

Depresif kişilerin başka bir alt grubunda, iştah, uykuda artış bazen cinsel istekte de artış ve duygudurumun akşamları daha çökkün olması gibi tam tersi bir durum görülür, bu belirtilere atipik belirtiler denir.⁴⁹

Tanısal Sınıflandırma

Bugünkü uygulamada depresyonun klinik tanısı DSM-IV-TR ve ICD-10 ölçütleri dikkate alınarak konulmaktadır. Dünyada yaygın olarak kullanılan bu iki sistemin tanı için önemsediği belirtiler büyük ölçüde birbiriyle uyuşmakla birlikte, vurgu yaptıkları farklı belirtiler de vardır. Depresyonun bilişsel belirtilerinden olan “konsantrasyon bozukluğu ve kararsızlık” DSM sisteminde önemsenirken, ICD sistemi bilişsel belirtilerden” dikkat azalmasını” vurgulamış ve konsantrasyon bozukluğu yerine “ dikkatini toparlayamamayı” tercih etmiştir. “Geleceğe yönelik karamsarlık ve güvensizlik” de ICD sisteminin önemli vurgularındandır. DSM-IV-TR duygu durum bozuklukları sınıflandırması klinik çeşitlilik içerir. Bu çeşitlilik içinde en belirgin ayırım iki uçlu duygu durum bozukluğu ve depresyon arasındadır. İki uçlu duygu durum bozukluğu kendi içinde geniş bir dağılım gösterir. Benzer şekilde depresif bozukluklar da şiddetli psikotik hastalık dönemlerini, melankoliyi, atipik özellikli hastalık dönemlerini ve distimik bozukluğu kapsar.⁵⁰

Majör Depresif Bozukluk İçin DSM-IV Tanı Ölçütleri

A. İki haftalık bir dönem sırasında, daha önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olması ile birlikte aşağıdaki semptomlardan beşinin (ya da daha fazlasının) bulunmuş olması; semptomlardan en az birinin ya depresif duygu durum ya ilgi kaybı ya da artık zevk alamama olması gerekir.

Not: Açıkça genel tıbbi bir duruma bağlı olan ya da duygu duruma uygun olmayan hezeyan ya da halüsinasyon semptomlarını katmayınız.

(1) Hastanın kendisinin bildirmesi (örneğin, kendisini üzgün ya da boşlukta hisseder) ya da başkalarının gözlemesi (örneğin, ağlamaklı bir görünümü vardır) ile belirli, hemen her gün yaklaşık gün boyu süren depresif duygu durum.

Not: Çocuklarda ve ergenlerde iritabl duygu durum bulunabilir.

(2) Hemen her gün, yaklaşık gün boyu süren, tüm etkinliklere karşı ilgide belirgin azalma ya da artık bunlardan eskisi gibi zevk alamıyor olma (hastanın kendisinin bildirmesi ya da başkalarının gözleniyor olması ile belirlendiği üzere)

(3) Perhizde değilken önemli derecede kilo kaybı ya da kilo alımının olması (örneğin, ayda, vücut kilosunun % 5' inden fazlası olmak üzere ya da hemen her gün iştahın azalmış ya da artmış olması)

Not: Çocuklarda, beklenen kilo alımının olmaması.

(4) Hemen her gün, insomnia (uykusuzluk) ya da hipersomnia (aşırı uyku) olması

(5) Hemen her gün, psikomotor ajitasyon ya da retardasyonun olması (sadece huzursuzluk ya da ağırlaştığı duygularının olduğunun bildirilmesi yeterli değildir, bunların başkalarının da gözleniyor olması gerekir)

(6) Hemen her gün, yorgunluk-bitkinlik ya da enerji kaybının olması

(7) Hemen her gün, değersizlik, aşırı ya da uygun olmayan suçluluk duygularının (hezeyan düzeyinde olabilir) olması (sadece hasta olmaktan ötürü kendini kınama ya da suçluluk duyma olarak değil)

(8) Hemen her gün, düşünme ya da düşüncelerini belirli bir konu üzerinde yoğunlaştırma yetisinde azalma ya da kararsızlık (ya hastanın kendisi söyler ya da başkaları bunu gözlemiştir)

(9) Yineleyen ölüm düşünceleri (sadece ölmekten korkma olarak değil), özgül bir tasarı kurmaksızın yineleyen intihar etme düşünceleri, intihar girişimi ya da intihar etmek üzere özgül bir tasarının olması

B. Bu semptomlar bir karma dönemin tanı ölçütlerini karşılamamaktadır.

C. Bu semptomlar klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur.

D. Bu semptomlar bir madde kullanımının(örneğin, kötüye kullanılabilen bir ilaç) ya da genel tıbbi bir durumun (örneğin, hipotiroidizm) doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

E. Bu semptomlar yasla daha iyi açıklanamaz, yani sevilen birinin yitilmesinden sonra bu semptomlar 2 aydan daha uzun sürer ya da bu semptomlar, belirgin bir işlevsel bozulma, değersizlik düşünceleriyle hastalık düzeyinde uğraşıp durma, intihar düşünceleri, psikotik semptomlar ya da psikomotor retardasyonla belirlenir.⁵⁰

TÜRKİYEDE KLİNİKTE KULLANILAN DEPRESYON ÖLÇEKLERİ

Psikolojik testlerin kökeni antik Çin ve klasik Yunan medeniyetlerine kadar uzanır.⁵¹ Batı'da ise psikolojik testlere ilişkin ilk izler 19. Yüzyılın ortalarında Almanya ve Büyük Britanya kaynaklarında görülmektedir.⁵² Ölçeklerin kullanımına ilişkin gereksinim, yöntem ve amaçlar zaman içinde değişim göstermiş, daha sezgisel ve kişisel olandan, daha bilimsel ve nesnel olana doğru yer değişmiştir. En başta daha genel amaçlar (tanı koyma, sınıflandırma) ön planda iken, günümüzde üzerinde durulan, daha duyarlı bilgiler sağlayabilecek ölçeklerin kullanılmasıdır.⁵³

Psikolojik değerlendirme ölçekleri hastanın psişik, davranışsal özelliklerini ve bireysel veya toplumsal ilişkilerini sayısal olarak ifade etmeye ve karşılaştırma yapmaya yarar sağlar. Pratikte sıklıkla tarama, tanı koyma, hastalığın şiddetini ve bu şiddetin tedaviyle değişimini belirleme amacıyla kullanılır.⁵⁴

Tablo 2. Türkiye’de kullanılan depresyon ölçekleri

Ölçek adı	Ölçek türü	Uygulanacak grup	Uygulayıcının niteliği	Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik makalesi
Beck depresyon ölçeği (BDO)	Kendini değerlendirme	Sağlıklı ve psikiyatrik hasta grupları	Özel eğitim gerektirmez	Hisli N. Beck Depresyon Ölçeği’nin üniversite öğrencileri için geçerliği, güvenilirliği. Psikoloji Dergisi 1989;23:3-13, Tegin B. Depresyonda bilişsel bozukluklar: Beck modeline göre bir inceleme. Yayımlanmamış doktora tezi. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara. 1980
Zung depresyon ölçeği (ZDO)	Kendini değerlendirme	Depresif bozukluk tanısı konan hastalar	Özel eğitim gerektirmez	Ceyhan B, Akça F. Zung Depresyon Ölçeğinin Geçerlik ve Güvenirliği Üzerine Bir Çalışma. VIII. Ulusal Psikoloji Kongresi Bilimsel Çalışmaları Türk Psikologlar Derneği Yayınları. 1994:20-6
Geriatrik depresyon ölçeği (GDO)	Kendini değerlendirme	60 yaş ve üzerinde belirgin işitme güçlüğü, orta-ağır demans olmayan kişiler	Özel eğitim gerektirmez	Ertan T, Eker E, Şar V. Geriatrik depresyon ölçeğinin Türk yaşlı nüfusundaki geçerlilik ve güvenilirliği, Nöropsikiyatri Arşivi 1997;3-4:62-71.
Edinburgh doğum sonrası depresyon ölçeği (EDSDO)	Kendini değerlendirme	Doğum sonrası dönemdeki kadınlar	Özel eğitim gerektirmez	Engindeniz AN, Küley L, Kültür S. Edinburgh doğum sonrası depresyon ölçeği Türkçe formu geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. Bahar Sempozyumları 1 Kitabı. Ankara: Psikiyatri Derneği Yayınları; 1996. s51-2.
Hastane anksiyete ve depresyon ölçeği (HAD)	Kendini değerlendirme	Toplam ve hastane örneklerinde	Özel eğitim gerektirmez	Aydemir O, Güvenir T, Küley L, Kültür S. Hastane anksiyete ve depresyon ölçeği Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği. Türk Psikiyatri Dergisi 1997;8:280-7.
Çocuklar için depresyon ölçeği (ÇDO)	Kendini değerlendirme	9-13 yaş çocuklarına	Özel eğitim gerektirmez	Öy B. Çocuklar için depresyon ölçeği: Geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Türk Psikiyatri Dergisi 1991;2:132-6

Hamilton depresyon derecelendirme ölçeği (HAM-D)	Klinisyenin değerlendirdiği	Depresif belirtileri olan kişiler	Psikopatoloji bilgisi gerekmektedir	Akdemir A, Orsel SD, Dağ I, Türkcanar H, İcan N, Ozbay H. Hamilton depresyon derecelendirme ölçeğinin geçerliliği-güvenilirliği ve klinikte kullanımı. Psikiyatri Psikoloji ve Psikofarmakoloji Dergisi 1996; 4(4):251-259
Montgomery-Asberg depresyon derecelendirme ölçeği (MADDO)	Klinisyenin değerlendirdiği	Majör depresif bozukluk tanısı alan hastalar	Psikopatoloji bilgisi gerekmektedir	Torun F, Onder E, Torun SD, Tural U, Şişmanlar ŞG. Montgomery-Asberg Depresyon Derecelendirme Ölçeği Türkçe Formunun Geçerlik ve Güvenilirliği. 3P Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi 2002; 10:319-30
Calgary şizofrenide depresyon ölçeği (CŞDÖ)	Klinisyenin değerlendirdiği	Şizofreni ve psikotik bozukluğu olan hasta grubu	Psikopatoloji bilgisi gerekmektedir	Aydemir O, Danacı EA, Deveci A, İçelli I. Calgary Şizofrenide Depresyon Ölçeği Türkçe uyarı, özgüllüğü ve duyarlılığı. Nöropsikiyatri Arşivi 2000;37:210-3.
Cornell demansta depresyon ölçeği (CDDÖ)	Klinisyenin değerlendirdiği	Demanstaki hastaları	Psikopatoloji bilgisi gerekmektedir	Arıuk T, Karadağ F, Oğuzhanoglu N, Oğuzhanoglu A. Cornell Demansta Depresyon Ölçeği'nin Türkçe Yaşlı Toplumda Geçerlik ve Güvenilirliği. Türk Psikiyatri Dergisi 2003;14:263-71.

Beck Depresyon Ölçeği:

Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Beck ve ark. tarafından adolesan ve erişkinlerde depresyonun davranışsal bulgularını ölçmek amacıyla 1961 yılında geliştirilmiştir.⁵⁴ Depresyonun şiddetini ölçmek, tedavi ile olan değişimleri izleyebilmek ve hastalığı tanımlayabilmek amacıyla tasarlanmıştır. BDÖ'deki maddeler asıl olarak depresyonlu hastaların psikoanalitik tedavileri sonucunda yapılan gözlemlere dayanmaktadır. Depresyona özgü davranışlar ve semptomlar bir dizi cümle ile tanımlanmıştır. Her bir cümleye sayı olarak 0-3 arasında numara verilmiştir. Yirmi bir maddeden oluşmaktadır ve maddeler hafif formdan şiddetli forma doğru sıralanmıştır. Hastalardan şimdiki durumlarını en iyi tanımlayan ifadeyi işaretlemeleri istenmekte ve sonuç maddelerin toplamı ile elde edilmektedir. 1978 yılında ölçeğin tümü revize edilerek şiddeti tanımlayan duplikasyonlar ayıklanmış ve hastaların bugünü de kapsayacak biçimde son bir haftalık durumlarını işaretlemeleri istenmiştir.⁵⁵

Ölçeğin orijinali, klinisyenin yüksek sesle hastaya okuması şeklinde tasarlanmış iken, ölçek daha sonra kendini değerlendirme ölçeği olarak uygulanmaya başlanmıştır. Şiddet olarak; 0-9= Minimal, 10-16= Hafif, 17-29= Orta, 30-63= Şiddetli, şeklinde yorumlanmaktadır.⁵⁵

Ölçeği doldurmak yaklaşık 15 dakika sürmektedir. Ancak bu süre hastanın eğitim düzeyine göre değişebilir. Ayrıca, ciddi obsesyonu olan hastalarda uygulama daha da uzun sürebilir. Ölçeğin geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır. Tegin (1980) tarafından üniversite öğrencileri üzerinde iki yarım test (split-half) ve test-tekrar test yöntemi ile yapılan çalışmada güvenirlik katsayıları sırasıyla $r=.78$ ve $r=.65$ olarak bulunmuştur. BDÖ ile diğer depresyon ölçekleri arasındaki korelasyon oldukça yüksektir.⁵⁶

BDÖ'nin avantajları, hastanın kendisi tarafından doldurulması, basit bir dile sahip olması ve skorlamanın kolay olmasıdır. Dezavantajları ise; yaşlılarda, düşük eğitim düzeyinde ve eşlik eden psikiyatrik bozuklukların varlığında, olduğundan yüksek skorların işaretlendiğinin bildirilmiş olmasıdır.⁵⁶

Vizüel Analog Skala

Çoğunlukla 10 cm uzunluğunda yatay ya da dikey, ağrı yok ile başlayıp dayanılmaz ağrı var ile biten bir hattır. Bu hat sadece düz bir hat olabileceği gibi, eşit aralıklar halinde bölünmüş ya da ağrı tanımlamada, hat üzerine konulan ağrı tanımlama kelimelerine de sahip olabilir. VAS ve basit tanımlayıcı ölçeklerin duyarlılık ve seçiciliklerini karşılaştırmak amacıyla yaptığı çalışmada; VAS'nın orta şiddette ağrıyı tanımlamada daha duyarlı olduğu, ancak seçicilik yönünden iki ölçek arasında fark bulunmadığı, her iki ölçeğin de seçici olduğu belirlenmiştir (Eti-Aslan 1998). Ağrı şiddetinin değerlendirmesinde diğer yöntemlere göre VAS'nın duyarlılığının yüksek olduğu saptanmıştır. Eti-Aslan'ın postoperatif ağrı değerlendirmesinde VAS ve basit tanımlayıcı ölçeklerin duyarlılık ve seçiciliklerini karşılaştırmak amacıyla yaptığı çalışmada; VAS'nin orta şiddette ağrıyı tanımlamada daha duyarlı olduğu, ancak seçicilik yönünden iki ölçek arasında fark bulunmadığı, her iki ölçeğin de seçici olduğu belirlenmiştir (Eti-Aslan 1998). VAS tedavi etkilerine karar vermede başarılı bir yöntem olmuştur.

VAS kullanmanın avantajları;

- Ağrı şiddetinin değerlendirilmesinde diğer yöntemlerle yapılan karşılıklı değerlendirmeler sonucunda VAS'nın uygun bir yöntem olduğu saptanmıştır.
- Hastalar bu yöntemi kolay anlaşılır ve kolay uygulanır olarak tanımlamışlardır.
- VAS ile değerlendirmelerde düzenli bir dağılım gerçekleştirilir.
- Ölçüm yeniden yapılabilir.⁵⁷

VAS kullanmanın dezavantajları;

- Hastalar işaretlemeyi rastgele yapabilir.
- Hastaların yorgun ya da işbirliği yapamaz durumda olması VAS'nın yeterli değerlendirilmesini engelleyebilir.
- Ağrı değerlendirilmesinin yapıldığı zamanın seçilmesi de yanılgılara neden olabilir. Bu nedenle düzenli aralıklarla değerlendirme yapılmalıdır.
- Değerlendirme ve kayıtların aynı skala üzerinde yapılması sonraki ağrı şiddetinin değerlendirilmesinde etkileyici olabilmektedir.⁵⁷

V- GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışmamız prospektif (ileriye yönelik) kesitsel bir çalışma olup Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Erişkin Acil Servisi'nde gerçekleştirildi. Çalışmaya Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu onayı (23/11/2017 tarih ve 2017/27-24 karar numarası, Ek 5) alındıktan sonra başlandı.

Çalışmaya 01/12/2017 - 01/03/2018 tarihleri arasında Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi erişkin acil servise baş ağrısı yakınması ile başvuran ve çalışmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan hastalar dahil edildi.

Çalışmaya Dâhil Etme Kriterleri:

18 yaş üstü baş ağrısı yakınması olması

Okuma yazma bilmesi

Aydınlatılmış gönüllü onam formu imzalaması

Çalışmadan Dışlama Kriterleri:

Kafa Travması

1 hafta içerisinde olan akut kafa travmasına bağlı baş ağrısı

Son 3 ay içerisindeki kronik kafa travmalarına bağlı baş ağrısı

Organik Kafa içi patoloji olması

Tümör,

Kanama,

İskemi,

Enfeksiyon

Okuma yazma bilmemesi

Aydınlatılmış gönüllü onam formu imzalamaması

Tanı araçları ve ölçekler:

Veri kayıt ve değerlendirme formu:

Hastaların demografik özelliklerini, fiziksel ve ruhsal sağlık durumlarını ve ağrı özelliklerini tanımlamak amacıyla oluşturulmuş bir formdur.(Ek 1) Çalışmaya dâhil olma kriterlerini taşıyan hastaların bilgileri, doktoru tarafından, kendisinden veya yakınından yazılı onamları alınarak veri kayıt formuna kayıt edildi.

Beck Depresyon Ölçeği:

Acil servise baş ağrısı ile başvuran bireylere tedavileri bittikten sonra Beck Depresyon Ölçeği uygulandı. Ölçek hastaların kendini değerlendirmesi şeklinde yapıldı. (Ek 3)

Vizüel Analog Skala:

Acil servise baş ağrısı yakınması ile gelen bireylere başvuru sırasında ve tedaviden 1 saat sonra VAS uygulandı. Ağrı şiddetlerindeki değişim değerlendirildi. (Ek 2)

Aydınlatılmış Onam Formu:

Acil servise baş ağrısı yakınması ile gelen bireylerden çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul ettiklerine dair yazılı onam alındı. (Ek 4)

Verilerin Toplanması

Çalışmaya, 01.12.2017 – 01.03.2018 tarihleri arasında, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Erişkin Acil Servis birimine ‘baş ağrısı’ yakınması ile başvuran ve araştırma kriterlerini karşılayan ardışık tüm hastalar dahil edildi. Baş ağrısı ile başvuran hastalara doktoru tarafından nörolojik muayene yapıldı. Hastalar Uluslararası Baş Ağrısı Cemiyeti (ICHD 2013) tanı kriterlerine göre, ağrı tipi açısından değerlendirildi. Hastalar cinsiyet, yaş, meslek, baş ağrısı tipi, karakteri, süresi, acil servise başvuru sıklığı, ağrı kesici ilaç kullanımı ve sıklığı, ek hastalık varlığı, ağrının başlangıç zamanı, acil servise başvuru zamanı, baş ağrısını tetikleyen faktör varlığı, baş ağrısına eşlik eden semptom varlığı, ağrı kesiciye yanıt, uyku problemi olması, son bir ayda anti depresan-anti psikotik ilaç kullanımı, öz kırım öyküsü ve başka bir psikiyatrik hastalık öyküsü sorgulanarak, veri kayıt ve

değerlendirme formuna kaydedildi. Çalışma hastanın doktoru tarafından yüz yüze görüşülerek yapıldı. Vizüel Analog Skala (VAS) ile ilk başvuru sırasındaki ve tedavi sonrası 1. saatte baş ağrısı şiddeti değerlendirildi. Hastalarda depresyon olup olmadığına, Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) uygulanarak karar verildi.

İstatistiksel Veri Analizi

Çalışmadan elde edilen veriler “Statistical Package for Social Sciences for Windows 22.0” adlı standart programa kaydedildi. Araştırmada kategorik verilerin tanımlayıcı istatistikleri sayı ve yüzde ile sürekli değişkenlerin tanımlayıcı istatistikleri ortalama, standart sapma, en düşük ve en yüksek değerleri ile sunulmuştur. Kategorik değişkenler arasındaki farklar ki-kare testi ile değerlendirildi. İlişkiler %95 güven aralığında değerlendirilip, $p < 0,05$ istatistiksel anlamlılık düzeyi olarak kabul edildi.

VI- BULGULAR

Acil servise çalışma tarihleri arasında baş ağrısı yakınması ile 1078 hasta başvurdu. Bu hastalardan 15'i kafa travması, 5'i intrakraniyal hemoraji, 2'si sinus ven trombozu, 3' ü beyin tümörü, 6'sı beyin tomografide iskemik bulgular, 1'i santral sinir sistemi enfeksiyonu, 14'ü tedaviyi terk etmesi nedeniyle çalışmaya dâhil edilmedi. Araştırma kriterlerini karşılayan ve yazılı aydunlatılmış onam formunu imzalayan 273 (%25,3) hasta çalışmaya dahil edildi. Çalışmaya katılmak istemeyen 759 hasta çalışmaya dâhil edilmedi. Hastaların % 56,0 'sında Beck Depresyon Ölçeğine göre depresyon saptandı.

Sosyodemografik Özellikler

Çalışmada, acil servise baş ağrısı yakınması ile başvuran 273 birey incelendi. Bireylerin % 56'sı (n=153) kadın, % 44'ü (n=120) erkekti. Çalışmaya katılan bireylerin yaş aralığı 18-85 yıldı. Ortalama yaş ise $35,6 \pm 12,6$ yıl olarak bulundu. Erkeklerin yaş ortalaması $31,7 \pm 11,1$ iken kadınların yaş ortalaması $38,6 \pm 12,9$ idi.

Çalışmaya katılanların % 17,9'u (n=49) ilkokul, % 10,6'sı (n=29) ortaokul, % 34,1'i (n=93) lise, % 37,4'ü (n=102) üniversite düzeyinde olduğu gözlemlendi.

Çalışmaya katılan bireyler meslek grupları açısından incelendiğinde; % 24,5'i (n=67) ev hanımı, % 15'i (n=41) serbest meslek sahibi, % 30,8'i (n=84) devlet memuru, % 5,9'u (n=16) işsiz, % 5,9'u (n=16) emekli, % 12,5'i (n=34) öğrenci, % 5,5'i (n=15) özel sektörde çalışıyordu.

Bireyler medeni hal durumlarına göre gruplandırıldığında; %59,3'ü (n=162) evli, %34,8'i (n=95) bekâr, %5,9'u (n=16) olduğu görüldü.

Tablo 3. Beck depresyon ölçeğine göre depresyon oranları

	N	%
Normal	120	44,0
Hafif Depresyon	82	30,0
Orta Depresyon	48	17,6
Şiddetli Depresyon	23	8,4
Toplam	273	100,0

Çalışmaya katılan toplam 273 bireyin % 44'ü (n=120) Beck Depresyon Ölçeğine göre normal, % 30'u (n=82) hafif depresyonda, % 17,6'sı (n=48) orta derecede depresyonda, % 8,4'ü (n=23) şiddetli depresyonda saptandı.

Tablo 4. Cinsiyet ile depresyon arasındaki ilişki

		Depresyon			
		Yok		Var	
		N	%	N	%
Cinsiyet	Kadın	60	39,2	93	60,8
	Erkek	60	50,0	60	50,0

Kadınların % 60,8'inde (n=93) , erkeklerin ise % 50'sinde (n=60) depresyon saptandı. İki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamadı. (χ^2 : 3,175 p:0,075)

Tablo 5. Cinsiyet ile Beck Depresyon Ölçeği Puan arasındaki ilişki

	Cinsiyet	N	Ortalama	Std. sapma
BDÖ Puan	Kadın	153	13,3	9,5
	Erkek	120	13,1	11,2

Beck Depresyon Ölçeği puan sonuçlarımıza göre, kadın ve erkeklerin aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı fark yoktur.(t testi değeri 0,044 p: 0,840)

Tablo 6. Yaş ile Beck Depresyon Ölçeği Puan arasındaki ilişki

	Depresyon	N	Ortalama	Std. sapma
Yaş	Yok	120	33,8	10,7
	Var	153	37,0	13,8

Beck Depresyon Ölçeği sonuçlarımıza göre, depresyonda olmayan bireylerin yaş ortalaması $33,8 \pm 10,7$ yıl iken, depresyonu olan bireylerin yaş ortalaması $37,0 \pm 13,8$ yıldır. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. (t testi değeri: -2,117, p: 0,035)

Tablo 7. Öğrenim durumu ile depresyon arasındaki ilişki

		Depresyon			
		Yok		Var	
		N	%	N	%
Öğrenim Durumu	İlk-orta	30	38,5	48	61,5
	Lise ve üzeri	90	46,2	105	53,8

Çalışmaya katılan, ilk ve ortaokul düzeyinde öğrenim durumu olan olan bireylerin % 61,5'inde (n=48) depresyon varken, lise ve üniversite düzeyinde öğrenim durumu olan bireylerin % 52,8'inde (n=105) depresyon saptandı. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı. (χ^2 : 1,338 p:0,075)

Tablo 8. Meslek ile depresyon arasındaki ilişki

		Depresyon			
		Yok		Var	
		N	%	N	%
Meslek	Ev hanımı	26	38,8	41	61,2
	Serbest meslek	16	39,0	25	61,0
	Devlet memuru	45	53,6	39	46,4
	İşsiz	7	43,8	9	56,3
	Emekli	4	25,0	12	75,0
	Öğrenci	15	44,1	19	55,9
	Özel sektör	7	46,7	8	53,3

Çalışmaya katılan bireylerin meslekleri ve depresyon arasındaki ilişkisi incelendiğinde; ev hanımlarının % 61,2'sinde (n=41), serbest meslek ile uğraşanların % 61'inde (n=25), devlet memuru olanların % 46,4'ünde (n=39), işsiz olan bireylerin % 56,3'ünde (n=9), emekli olanların % 75'inde (n=12), öğrencilerin % 55,9'unda (n=19), özel sektörde çalışanların % 53,3'ünde (n=8) depresyon olduğu saptandı. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı. (χ^2 : 6,658 p:0,354)

Tablo 9. Medeni hal ile depresyon arasındaki ilişki

		Depresyon			
		Yok		Var	
		N	%	N	%
Medeni Hal	Evli	70	43,2	92	56,8
	Bekâr	44	46,3	51	53,7
	Boşanmış	6	37,5	10	62,5

Çalışmaya katılan bireylerin depresyon açısından medeni hal durumu incelendiğinde; evli bireylerin %56,8'inde (n=92), bekâr bireylerin %53,7'sinde (n=51), boşanmış olan bireylerin %62,5'inde (n=10) depresyon saptandı. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamadı. (ki kare test değeri: 0,522 p:0,77)

Tablo 10. Ağrı tipi ile depresyon arasındaki ilişki

		Depresyon			
		Yok		Var	
		N	%	N	%
Ağrı Tipi	Migren	36	38,7	57	61,3
	Gerilim	39	44,8	48	55,2
	Küme	10	50,0	10	50,0
	Diğer	35	47,9	38	52,1

Çalışmaya katılan bireyler baş ağrısı tipleri ile depresyon sıklığı açısından incelendi. Migren tipi baş ağrısı ile başvuran hastaların % 61,3'ünde (n=57), gerilim tipi baş ağrısı ile başvuranların % 55,2'sinde (n=48), küme tipi baş ağrısı ile başvuranların % 50'sinde (n=10), diğer baş ağrısı tipi ile başvuranların % 52,1'inde (n=38) depresyon saptandı. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı. (χ^2 : 1,834 p:0,608)

Tablo 11. Ağrı karakteri ile depresyon arasındaki ilişki

		Depresyon			
		Yok		Var	
		N	%	N	%
Ağrı Karakteri	Ani	60	43,8	77	56,2
	Persistan	35	43,2	46	56,8
	Progresif	25	45,5	30	54,5

Çalışmaya katılan baş ağrılı hastalar Uluslararası Baş ağrısı Derneği (IHS) Sınıflamasına göre ani, persistan ve progresif baş ağrısı olarak gruplandırıldı. Bireylerin % 50,2'si (n=137) ani, % 29,7'si (n=81) persistan, % 20,1'i (n=55) progresif karakterde baş ağrısı mevcuttu. Ani başlangıçlı baş ağrısı olanların % 56,2'sinde (n=77), persistan baş ağrısı olanların % 56,8'inde (n=46), progresif baş ağrısı olanların % 54,5'inde (n=30) depresyon saptandı. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı. (χ^2 : 0,07 p:0,96)

Tablo 12. Ağrı süresi ile depresyon arasındaki ilişki

		Depresyon			
		Yok		Var	
		N	%	N	%
Ağrı Süresi	1 saat	28	46,7	32	53,3
	6 saat	58	50,0	58	50,0
	24 saat	9	22,0	32	78,0

Çalışmaya katılan baş ağrılı bireylerin ağrı süreleri ile depresyon sıklığı arasındaki ilişki incelendiğinde; 1 saatlik baş ağrısı ile başvuranların % 53,3'ünde (n=32), 6 saatlik baş ağrısı ile başvuranların % 50'sinde (n=58), 24 saate uzayan baş ağrısı ile başvuranların % 78'inde (n=32), 24 saat üzeri süreyle başvuranların % 55,4'ünde (n=31) depresyon saptandı. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu. (χ^2 : 9,96 p:0,019)

Tablo 13. Acil servise başvuru sıklığı ile depresyon arasındaki ilişki

		Depresyon			
		Yok		Var	
		N	%	N	%
Acile Başvuru Sıklığı	1-3/hafta	4	17,4	19	82,6
	1-3/ay veya daha nadir	116	46,4	134	53,6

Çalışmaya katılan bireylerin baş ağrısı nedeniyle acil servise başvuru sıklığı ile depresyon oranı arasındaki ilişki incelendiğinde; 1-3/hafta sıklığında başvuranların % 82,6'sında (n=19), 1-3/ay veya daha nadir sıklıkta başvuranların ise % 53,6'sında (n=134) depresyon saptandı. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı. (χ^2 : 7,19 p:0,007)

Tablo 14. Ağrı kesici kullanım sıklığı ile depresyon arasındaki ilişki

		Depresyon			
		Yok		Var	
		N	%	N	%
Ağrı Kesici Kullanım Sıklığı	Her gün	9	27,3	24	72,7
	Gün aşırı	19	40,4	28	59,6
	Ayda birkaç kez	55	55,0	45	45,0
	Yok	37	39,8	56	60,2

Çalışmaya katılan baş ağrılı bireyler ağrı kesici kullanım sıklığı açısından değerlendirildi. Her gün ağrı kesici ilaç kullananların % 72,7'sinde (n=24), günde birkaç kez ilaç kullananların % 59,6'sında (n=28), ayda birkaç kez ağrı ilaç kullananların % 45'inde (n=45) depresyon saptandı. Ağrı kesici ilaç kullanmayan bireylerin % 60,2'sinde (n=56) depresyon vardı. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı. (χ^2 : 9,574 p:0,023)

Tablo 15. Ağrının başlangıç zamanı

		Depresyon			
		Yok		Var	
		N	%	N	%
Ağrının Başlangıç Zamanı	Sabah	30	36,1	53	63,9
	Gün içerisinde	49	47,6	54	52,4
	Akşam saatleri	41	47,1	46	52,9

Çalışmaya katılan bireyler arasında, baş ağrısı sabah başlayan bireylerin % 63,9'unda (n=53), öğle saatlerinde başlayanların % 52,4'ünde (n=54), akşam saatlerinde başlayanların % 52,9'unda (n=46) depresyon saptandı. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamadı. (χ^2 : 2,958 p:0,228)

Tablo 16. Acil servise başvuru zamanı

		Depresyon			
		Yok		Var	
		N	%	N	%
Acile Başvuru Zamanı	Sabah	16	40,0	24	60,0
	Gün içerisinde	30	43,5	39	56,5
	Akşam saatleri	74	45,1	90	54,9

Çalışmaya katılan bireylerin acil servise başvuru zamanları ile depresyon ilişkisi incelendiğinde; sabah başvuranların % 60'ında (n=24), gün içerisinde başvuranların % 56,5'inde, akşam saatlerinde başvuranların % 54,9'unda (n=90) depresyon saptandı. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı. (χ^2 : 0,351 p:0,839)

Tablo 17. Ağrı kesiciye yanıt ile depresyon ilişkisi

		Depresyon			
		Yok		Var	
		N	%	N	%
Ağrı Kesiciye Yanıt	Az	34	39,5	52	60,5
	Orta	51	47,7	56	52,3
	Çok	35	43,8	45	56,3

Çalışmaya katılan bireyler kendi kullandıkları ağrı kesici ilaçlara aldıkları yanıt açısından değerlendirildi. Ağrı kesici ilaca az yanıt aldığını belirten bireylerin % 60,5'inde (n=52), orta düzeyde yanıt aldığını belirtenlerin % 52,3'ünde (n=56), çok yanıt aldığını belirtenlerin % 56,3'ünde (n=45) depresyon saptandı. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı. (χ^2 : 1,281 p:0,52)

Tablo 18. Ek hastalık olmasının depresyon ile ilişkisi

		Depresyon			
		Yok		Var	
		N	%	N	%
Ek Hastalık	Var	52	36,4	91	63,6
Varlığı	Yok	68	52,3	62	47,7

Çalışmaya katılan bireylerin % 52,4'ünde (n=143) ek bir hastalık varken, % 47,6'sında(n=130) ek bir hastalık yoktu. Ek hastalığı olanların % 63,6'sında (n=91), ek hastalığı olmayanların % 47,7'sinde (n=62) depresyon saptandı. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu. (ki kare test değeri: 7,027 p:0,008)

Tablo 19. Ek hastalıklar ile depresyon ilişkisi

		Depresyon			
		Yok		Var	
		N	%	N	%
Ek Hastalık	Hipertansiyon	8	30,8	18	69,2
	Migren	20	34,5	38	65,5
	Diğer	24	40,7	35	59,3
	Yok	68	52,3	62	47,7

Çalışmaya katılan bireylerden hipertansiyonu olanlardan % 69,2'sinde (n=18), migreni olanların % 65,5'inde (n=38), başka ek hastalığı olanların % 59,3'ünde (n=35) depresyon saptandı. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı. (χ^2 : 7,88 p:0,048)

Tablo 20. Baş ağrısını tetikleyen faktör varlığı ile depresyon ilişkisi

			Depresyon			
			Yok		Var	
			N	%	N	%
Baş Ağrısı Tetikleyen	Var		48	39,7	73	60,3
Faktör Varlığı	Yok		72	47,4	80	52,6

Çalışmaya katılan bireylerin baş ağrısını tetikleyen faktörler ile depresyon arasındaki ilişki incelendiğinde; baş ağrısını tetikleyen faktör varlığı ile depresyon görülme oranı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı. (χ^2 :1,621 p:0,203)

Tablo 21. Baş ağrısını tetikleyen faktörler ile depresyon ilişkisi

		Depresyon			
		Yok		Var	
		N	%	N	%
Baş ağrısını tetikleyen faktörler	Ses	7	50,0	7	50,0
	Işık	1	10,0	9	90,0
	Stres	15	38,5	24	61,5
	Diğer	25	43,1	33	56,9
	Yok	72	47,4	80	52,6

Çalışmaya katılan bireylerin baş ağrısını tetikleyen faktörleri ile depresyon oranları arasındaki ilişki incelendiğinde; baş ağrısını tetikleyen faktör ile depresyon görülme oranı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı.(χ^2 :6,102 p:0,192)

Tablo 22. Baş ağrısına eşlik eden semptom varlığı ile depresyon ilişkisi

			Depresyon			
			Yok		Var	
Eşlik eden semptomlar			N	%	N	%
Bulantı	+		44	39,3	68	60,7
	-		76	47,2	85	52,8
Kusma	+		13	41,9	18	58,1
	-		107	44,2	135	55,8
Baş dönmesi	+		12	35,3	22	64,7
	-		108	45,2	131	54,8
İştahsızlık	+		9	37,5	15	62,5
	-		111	44,6	138	55,4
Diğer	+		13	56,5	10	43,5
	-		107	42,8	143	57,2

Çalışmaya katılan bireylerin baş ağrılarına eşlik eden semptomları ile depresyon arasındaki ilişki incelendiğinde, herhangi bir semptom varlığı ile depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı. (χ^2 :0,003 p:0,960)

Tablo 23. Uyku problemi ile depresyon ilişkisi

		Depresyon			
		Yok		Var	
		N	%	N	%
Uyku Problemi	Var	29	31,2	64	68,8
	Yok	91	50,6	89	49,4

Çalışmaya katılan bireyler uyku problemi olması ile depresyon sıklığı arasındaki ilişki açısından incelendi. Uyku problemi olan bireylerin % 68,8'inde (n=64), uyku problemi olmayanların % 49,4'ünde (n=89) depresyon saptandı. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı. (χ^2 : 9,342 p: 0,002)

Tablo 24. Son bir ayda anti depresan anti psikotik kullanımı ile depresyon ilişkisi

		Son Bir Ayda Antidepresan-antipsikotik ilaç kullanım öyküsü			
		Var		Yok	
		N	%	N	%
Depresyon	Yok	5	4,2	115	95,8
	Var	18	11,8	135	88,2

Çalışmaya katılan bireylerde, depresyon olmayan grupta psikiyatrik ilaç kullanımı % 4,2 (n=5) iken, depresyonu olan bireylerde ilaç kullanımı % 11,8'dir (n=18). Depresyonu olan bireylerin %88,2'si tedavi almamaktadır. İki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu. (χ^2 : 5,03 p:0,02)

Tablo 25. Başka bir psikiyatrik hastalık öyküsü ile depresyon ilişkisi

		Depresyon			
		Yok		Var	
		N	%	N	%
Psikiyatrik Hastalık Öyküsü	Var	2	8,3	22	91,7
	Yok	118	47,4	131	52,6

Çalışmaya katılan bireyler arasında, başka bir psikiyatrik hastalık öyküsü olanların % 91,7'sinde (n=22), olmayanların % 52,6'sında (n=131) depresyon saptandı. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu. (χ^2 : 13,55 p <0,001) Acil servise baş ağrısı şikâyeti ile başvuran bireyler arasında, başka bir psikiyatrik hastalık öyküsü olanlarda, olmayanlara göre depresyon oranı yüksek saptandı.

Tablo 26. Psikiyatrik hastalıklarla depresyon ilişkisi

		Depresyon			
		Yok		Var	
		N	%	N	%
Başka bir psikiyatrik hastalık öyküsü	Bipolar	1	50,0	1	50,0
	Şizofreni	0	0,0	0	0,0
	OKB	0	0,0	2	100,0
	Panik Bozukluk	0	0,0	7	100,0
	Fobik Bozukluk	0	0,0	0	0,0
	Yaygın Anksiyete Bozukluğu	1	7,7	12	92,3
	Yok	118	47,4	131	52,6

OKB:Obsesif kompulsif bozukluk

Çalışmaya katılan bireylerin % 0,7'sinde (n=2) bipolar duygu durum bozukluğu, % 0,7'sinde(n=2) OKB, % 2,6'sında (n=7) panik bozukluk, % 4,8'inde (n=13) yaygın anksiyete bozukluğu saptandı. Bipolar duygu durum bozukluğu olanların % 50'sinde (n=1), OKB olan bireylerin % 100'ünde (n=2), panik bozukluk olanların % 100'ünde (n=7), yaygın anksiyete bozukluğu olanların % 92,3'ünde (n=12) depresyon saptandı. Hasta sayısı yetersiz olduğu için istatistiksel analiz yapılamadı.

Tablo 27. Öz kıyım öyküsü ile depresyon ilişkisi

		Depresyon			
		Yok		Var	
		N	%	N	%
Öz kıyım Öyküsü	Var	1	33,3	2	66,7
	Yok	119	44,1	151	55,9

Çalışmaya katılan bireylerin yalnızca % 1,1’inde (n=3) öz kıyım öyküsü mevcuttu. Öz kıyım öyküsü olan bireylerin % 66,7’sinde (n=2) depresyon saptandı. Hasta sayısı yetersiz olduğu için istatistiksel analiz yapılamadı.

Tablo 28. VAS azalma miktarı ile depresyon ilişkisi

	Depresyon			
		N	Ortalama	Std. Sapma
VAS 0-VAS 1 fark	Yok	120	3,87	2,041
(VAS azalma miktarı)	Var	153	2,85	2,136

VAS: Vizüel Analog Skala

Çalışmaya katılan bireyler arasında, depresyonda olanların VAS skalasındaki azalma miktarı ortalama $2,85 \pm 2,136$ iken, depresyonda olmayanlarda azalma miktarı ortalama $3,87 \pm 2,041$ olarak bulundu. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu. (t testi: 3,981, $p<0,001$) Depresyonda olan bireylerde ağrı kesiciye yanıtın daha az olduğu görüldü.

Tablo:29. Depresyon öngörü özellikleri-1

	Depresyon oranı	p	odss ratio
Cinsiyet			
Kadın	% 60,8	0,075	1,5 (0,9-2,5)
Erkek	% 50,0		referans
Öğrenim durumu			
İlk-orta	% 61,5	0,075	1,3 (0,8-2,3)
Lise ve üzeri	% 53,8		referans
Meslek			
Ev hanımı	% 61,2	0,35	
Serbest meslek	% 61,0		
Devlet memuru	% 46,4		
İşsiz	% 56,3		
Emekli	% 75,0		
Öğrenci	% 55,9		
Özel sektör	%53,3		
Medeni hal			
Evli	% 56,8	0,77	1,1 (0,6-1,8)
Bekâr	% 53,7		referans
Boşanmış	% 62,5		1,4 (0,4-4,2)
Ağrı Tipi			
Migren	% 61,3	0,6	
Gerilim	% 55,2		1,5 (0,6-4,1)
Küme	% 50,0		1,2 (0,4-3,2)
Diğer	% 52,1		referans
Ağrı Karakteri			
Ani	% 56,2	0,9	1,0 (0,5-2,0)
Persistan	% 56,8		1,0 (0,5-2,1)
Progresif	% 54,5		referans
Ağrı süresi			
1 saat	% 53,3	0,01 *	1,1 (0,6-2,1)
6 saat	% 50,0		referans
24 saat	%78,0		3,5* (1,5-8,1)
Acil servise başvuru sıklığı			
1-3/hafta	% 82,6	0,007 *	4,1* (1,3-12,4)
1-3/ay ve daha nadir	% 53,6		referans

Tablo:30. Depresyon öngörü özellikleri-2

	Depresyon oranı	p	odds ratio
Ağrı kesici kullanım sıklığı			
Her gün	% 72,7	0,02 *	3,2* (1,3-7,7)
Günaşırı	% 59,6		1,8 (0,8-3,6)
Ayda birkaç kez	%45,0		referans
Yok	% 60,2		
Ağrının başlangıç zamanı			
Sabah	% 63,9	0,22	1,6 (0,8-2,8)
Gün içerisinde	% 52,4		referans
Akşam saatleri	% 52,9		
Acil servise başvuru zamanı			
Sabah	% 60,0	0,83	1,2 (0,6-2,4)
Gün içerisinde	% 56,5		1,0 (0,6-1,8)
Akşam saatleri	% 54,9		referans
Kendi kullandığı ağrı kesiciye yanıt			
Az	% 60,5	0,52	1,3 (0,7-2,4)
Orta	% 52,3		referans
Çok	% 56,3		1,1 (0,6-2,0)
Ek Hastalık			
Var	% 63,6	0,008 *	1,9* (1,1-3,1)
Yok	%47,7		referans
Ek Hastalıklar			
Hipertansiyon	% 69,2	0,04 *	1,5 (0,5-4,1)
Migren	%65,5		
Diğer	% 59,3		
Baş ağrısını tetikleyen faktör			
Var	% 60,3	0,2	1,3 (0,8-2,2)
Yok	%52,6		referans
Uyku problemi			
Var	% 68,8	0,002 *	2,2* (1,3-3,8)
Yok	% 49,4		

Tablo:31. Depresyon öngörü özellikleri-3

	Depresyon oranı	p	odds ratio
Son bir ayda psikiyatrik ilaç kullanımı			
Var	% 78,3	0,02*	3,0* (1,1-8,5)
Yok	% 54,0		referans
Başka psikiyatrik hastalık öyküsü			
Var	% 91,7	<0,001 *	9,9* (2,2-43,0)
Yok	% 52,6		referans
Öz kıyım öyküsü			
Var	% 66,7	1	1,5 (0,1-17,5)
Yok	% 55,6		referans

Tablo:32. Depresyon öngörü özellikleri-4

	Depresyon		
	Yok	Var	p
VAS azalma miktarı	3,87 ±2,041	2,85 ±2,136	<0,001 *
Yaş ortalaması	33,8 ± 10,7 yıl	37 ± 13,8 yıl	0,035 *

VAS: Vizüel Analoog Skala

VII- TARTIŞMA

Çalışmamıza katılan baş ağrılı bireyler, BDÖ ile depresyon açısından değerlendirildiğinde, % 8,4'ü şiddetli, % 17,6'sı orta derecede, %30'u hafif derecede depresyonda bulundu. Çalışmaya katılan bireylerin % 56'sında depresyon saptandı. 2017 yılında, baş ağrısı olan 250 birey ile yapılan bir çalışmada, bireyler benzer şekilde BDÖ ile değerlendirildi ve depresyon oranı bizim çalışmamıza benzer bir şekilde % 61,2 bulundu.⁵⁸ Nöroloji kliniklerinde yapılan çok merkezli bir çalışmada, baş ağrısı şikayeti ile başvuran hastalarda, baş ağrısının nedeni ya da komplikasyonu olarak depresyon oranı % 19,7, anksiyete oranı % 13,7 saptandı.⁵⁹ Marlow ve arkadaşlarının yaptığı başka bir vaka kontrol çalışmasında, birinci basamakta tek şikayeti baş ağrısı olan hastaların %32 sinde majör depresyon saptandı. Bu çalışma bizim çalışmamızda olduğu gibi, kendini değerlendirme testi şeklindeki depresyon ölçekleri kullanılarak yapıldı.⁶⁰ Çalışmamızda olduğu gibi, yapılan benzer çalışmalarda da baş ağrılı bireylerdeki depresyon oranının yüksek saptanması, baş ağrısı ve depresyon arasındaki çift yönlü ilişkiyi desteklemektedir.

Çalışmamıza katılan baş ağrılı bireyler, cinsiyet farkı ile depresyon ilişkisi açısından incelendi. Çalışmamızda, gruplar arasında anlamlı istatistiksel fark bulunamadı. Depresyonda görülen cinsiyet farklılıklarını araştıran, Susan Nolen-Hoeksema ve ark.'nın 1999'da 1100 hasta ile yapmış oldukları araştırmada, kadınların erkeklere oranla daha fazla kronik zorlanma yaşadıkları, kendi yaşamları üzerinde daha az hâkimiyet sahibi oldukları ve strese daha fazla yanıt verdikleri sonucu bildirilmiştir. Erkeklerin psikolojik sorunlarını, kadınların düşük sosyal statü ve güçleri üzerine yönelttiklerini, dolayısıyla kadınların daha fazla olumsuz yaşam deneyimine maruz kaldıklarını belirtti. Kadınların daha az para kazandıklarını, meslekleri olmasa dahi evde tam zamanlı çalışıyor olduklarını ve bu koşullar arasına sıkışıp kaldıklarını, ayrıca ev ve aile ilişkilerinde değer görmeme duygusunun kadınlarda daha yoğun olduğunu ve bu durumun depresyona eğilimli bir tablo yarattığını ifade etmişlerdir.⁶¹ Baş ağrısı ve cinsiyet ile depresyon sıklığı arasındaki ilişki üzerine yapılmış bir çalışmada kadınlarda depresyon oranı yüksek bulunmuştu. Aynı çalışmada depresyonda olan kadınların çoğunluğu bekâr iken, depresyondaki erkeklerin çoğunluğunun ise evli olduğu saptanmıştı.⁵⁸ Bizim çalışmamızda, bireylerin eğitim durumları, medeni halleri ve meslekleri ile depresyon oranları arasında anlamlı istatistiksel fark bulunamadı. Ancak boşanmış olan bireylerdeki depresyon oranı, evli ya da bekâr bireylere oranla yüksek saptandı. Kişiler depresyonda olmaları nedeniyle boşanıyor ya da boşandıkları için depresyona giriyor olabilirler. Bu

konuda net bir literatür bulgusuna rastlamadık. Bu durumda neden sonuç ilişkisine dair kesin bir şey söylemek mümkün değildir. Weissman ve ark.'nın 1996'da dünya genelinde 44600 kişi ile yaptıkları epidemiyoloji çalışmasında, medeni durum ile depresyon oranları merkezlere göre büyük değişkenlikler göstermekle birlikte, ayrılmış ve boşanmış kişilerde, evli kişilere göre majör depresyon riskinin 2-4 kat yükselmiş olduğu bildirildi.⁶² Maier ve ark.'nın 1999'da dünya genelinde 25 900 kişi ile yaptıkları epidemiyolojik sürvi çalışmasında kadın/erkek arasında depresyon riski açısından cinsiyet farkı ile sosyal belirleyicilerin etkileri incelendiğinde, çalışan, evlenmemiş ve çocuksuz grupta, çalışmayan, evli ve çocuklu grup arasında anlamlı derecede fark olduğu saptandı.⁶³ Ülkemizdeki araştırmalarda, 65 yaşın üzerindeki yaşlarda, kadın olmanın; dul olmanın ve günlük yaşam aktivitelerinde başkalarına bağımlı olmanın depresyon riskini arttırdığı bulundu.⁶⁴

Çalışmamızda, meslek grupları arasında, depresyon riski açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamakla birlikte, emekli bireylerin depresyon oranı, diğer meslek gruplarına göre yüksek bulundu. Lorant ve ark.'nın 2007'de yayınladıkları 7 senelik longitudinal toplum çalışmasında, düşük sosyoekonomik düzey ile depresyon prevalansı arasında bir ilişki olduğu ve depresyonun başlamasından çok sürmesine etki ettiği bildirildi. Bu çalışmada, maddi sorunlar, yoksulluk gibi zorlukların depresif belirtilerin ortaya çıkış riskini ve sıklıkla majör depresyonun ortaya çıkış riskini arttırdığı raporlandı. Birlikte yaşanan kişiyle yaşamayı bırakmanın da depresyon riskini arttırdığı belirtildi. Ancak işsizlik durumundaki değişikliğin, depresyon riskine etkisinin olmadığı saptandı.⁶⁵

Çalışmamızda, depresyon saptanan ve saptanmayan bireylerin yaş ortalamaları arasında anlamlı olarak fark vardı. Depresyon saptanan bireylerin yaş ortalaması $37 \pm 13,8$ yıl iken, normal olan bireylerin yaş ortalaması $33,8 \pm 10,7$ yıldır. (t testi değeri: -2,117, p: 0,035) 2016'da Kore'de yapılan bir çalışmada, gerilim tipi baş ağrısı ve depresyonu olan bireyler arasında, yaş ve eğitim durumu açısından anlamlı fark saptanmamıştı.⁶⁶

Mitsikostas ve Thomas, baş ağrısının süresi ve sıklığı ile artan oranda bir depresyon ilişkisi olduğunu raporlamışlardı.⁶⁷ Zwart ve arkadaşları da, baş ağrısının sıklığı ile depresyon arasında güçlü bir bağ olduğunu göstermişti.⁶⁸ Depresyonun komorbidite olarak saptandığı baş ağrılı hastalarda, ağrının daha şiddetli bir yoğunluğa ulaştığı,⁶⁹ daha uzun süreli⁷⁰ ve daha fazla tekrarlayan atakların olduğu bulunmuştu.⁷¹ Bizim çalışmamızda da, ağrı süresi 24 saate kadar uzayan bireylerde, baş ağrısı daha kısa sürelerle göre depresyon oranı anlamlı olarak yüksek bulundu. Katılımcıların acil servise başvuru sıklığını değerlendirdiğimizde ise, acil servise baş ağrısı yakınması ile sık başvuran hasta grubunun (1-3/hafta), 1-3/ay ve daha nadir

başvuranlara göre anlamlı derecede yüksek oranda depresyonda olduğu saptandı. Baş ağrısı nedeniyle acil servise sık başvuruları olan, baş ağrısı uzun süren ve tekrarlama eğiliminde olan bireylerde, depresyon riskinin yüksek olduğu sonucuna ulaşıldı. Avustralya’da yapılan prospektif, çok merkezli bir çalışmada, kronik baş ağrısı olan bireylerin, epizodik ağrısı olanlara göre daha fazla acil servislere ve birinci basamak hekimlerine başvurduğu saptandı. Kronik migren hastalarının, epizodik baş ağrısı olanlara göre, hayat kalitesinde daha fazla düşme ve daha fazla ilaç kullanımı olduğu bulundu. Aynı çalışmada, kronik ağrısı olanlarda ve ilaç aşırı kullanımı olanlarda depresyon oranı, epizodik ağrısı olanlara göre daha yüksek bulundu.⁷²

Çalışmamızda, baş ağrısının tipi, karakteri ve ağrının başlangıç zamanı ile depresyon sıklığı arasında anlamlı istatistiksel bir fark saptamamakla birlikte, migren tipi baş ağrısı ile başvuranların daha depresif olduğunu gördük. Bizim çalışmamıza benzer kriterlerde yapılmış olan başka bir çalışmada, gerilim tipi baş ağrısı ile başvuranlarda depresyon oranını, migren ve küme tipi baş ağrısına göre yüksek bulmuşlardı.⁵⁸ 10 farklı ülkeyi içine alarak, baş ağrısında psikiyatrik komorbidite ile ilgili, çok merkezli yapılan bir çalışmada, migren tipi baş ağrısında anksiyete oranı % 19, depresyon oranı % 7, her ikisinin birlikteliği % 5 oranında bulunmuştu. Aynı çalışmada, ilaç aşırı kullanımı varsa anksiyete oranı %39, depresyon oranının % 17’ye yükseldiği raporlanmıştı.⁷³ Ek olarak bir çok çalışmada, migreni olanlarda psikiyatrik komorbidite olma riskinin 2 ila 4 kat arttığı belirtilirken, daha az sayıda çalışmada da gerilim tipi baş ağrısının da riski arttığı saptanmıştı.⁷⁴ Çin’de yapılan bir çalışmada, 65 yaş üzeri bireylerde, gerilim tipi baş ağrısının, depresyon ve ilaç aşırı kullanım riskini artırdığı belirtilmişti.⁷⁵ 2016’da Kore’de yapılan başka bir çalışmada, gerilim tipi baş ağrısı olanlarda, olmayanlara oranla depresyon oranı yüksek saptanmıştı. Aynı çalışmada, gerilim tipi baş ağrılı hastalar arasında anksiyete sıklığı, depresyon sıklığından yüksek bulunmuştu.⁷⁶ 2016’da yayınlanan bir başka çalışmaya göre, küme tipi baş ağrısı olan bireylerde depresyon oranının, kontrol grubuna göre 3 kat fazla olduğu bulundu. Bu hasta grubunda uyku problemlerinin de olduğu rapor edildi.⁷⁷ Önceki çalışmalarda, migren ile depresyon arasında ilişki olduğuna dair kanıtlar bulunurken; konuyla ilgili çalışma sayısı arttıkça, migren olmayan baş ağrısı türleri ile depresyon arasında da ilişki olduğu saptandı.

Çalışmamızda, her gün ağrı kesici kullanımı olan baş ağrılı bireylerde, gün aşırı ya da daha nadir kullananlara göre depresyon oranlarının yüksek olduğu bulundu. Yapılan bir çalışmada, kronik baş ağrısı olan hastaların yaklaşık olarak %0,7 ile % 1,7’sinde ilaç aşırı kullanımı mevcut olup, bu durum anksiyete ve depresyonla ilişkili bulundu.⁷⁸ Ülkemizde, kronik baş ağrısı olan erişkinler arasında yapılan bir çalışmada, aşırı ilaç kullanım oranı kadınlarda %

2,2, erkeklerde % 0,6 olarak saptandı.⁷⁹ İlaç aşırı kullanımı ile ilgili yapılan bir çalışmada, aşırı ilaç kullanımı olan hastalarda depresyon oranı yüksek bulundu ve bu hasta grubunun normal olan gruba göre tedaviye daha dirençli olduğu saptandı. Baş ağrısının psikiyatrik hastalıklarla ilişkisi varsa ve tedaviye dirençliyse; ilaç aşırı kullanımı açısından da risk artmaktadır.⁸⁰

Çalışmamıza katılan bireylerin, acil serviste yapılan ağrı kesiciye verdiği yanıtı değerlendirmek için kullandığımız VAS skoru miktarında azalma değerlendirildiğinde, depresyonda olan bireylerin VAS skorunda azalma miktarının depresyonda olmayanlara göre anlamlı olarak daha düşük olduğunu saptadık. Depresyonu olan bireylerin tedaviye yanıtının daha az olduğunu düşündük. Kronik baş ağrısı olan bireylerle yapılan bir çalışmada, depresyonu olup olmadığından bağımsız olarak tedavilerine anti depresan eklenen grupta iyileşmenin, sadece analjezik veriklen gruba göre daha iyi olduğu saptandı.⁸¹

Uyku kalitesinde bozulma, tekrarlayan baş ağrılarına sebep olur ve bu da depresyona neden olabilir. Cui-Bai wei ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, uyku kalitesi bozuk olan baş ağrılı hastalarda depresyon oranı anlamlı derecede yüksek bulundu.⁵⁹ Bizim çalışmamızda da, baş ağrılı bireyler arasında uyku problemi olanlarda, olmayanlara göre depresyon oranının anlamlı ölçüde yüksek olduğu saptandı. Uyku problemi, baş ağrısına sebep olabileceği gibi baş ağrısı da uyku düzeninin bozulmasına yol açabilmektedir. Bu çift yönlü ilişki de, depresyon açısından risk oluşturmaktadır.

2016'da American Academy of Neurology'de yayınlanan bir çalışmada, kronik baş ağrılı hastalarda, var olan depresyonu olanların, kayda değer ölçüde depresyon açısından tanı almadığı ve yetersiz tedavi edildiği saptandı.⁸² Bizim çalışmamızda da, baş ağrılı bireyler arasında depresyonu olan bireylerin % 88,2'sinin herhangi bir tedavi almadığı saptandı. Bu da bu hasta grubunun tanı almadığı ya da yetersiz tedavi edildiği yönündeki çalışmaları desteklemektedir. Çalışmamızda, bireylerin öz geçmişinde herhangi bir psikiyatrik hastalık öyküsü olanların, olmayanlara oranla anlamlı ölçüde depresyon sıklığının yüksek olduğunu saptadık. Bir çalışmada, depresyon ilk atak olarak başvuran hastaların %68 inde baş ağrısı şikâyeti mevcut olup, pek çok hasta, psikiyatrik rahatsızlıkları sürecince baş ağrılarının olduğunu bildirmiştir. Psikiyatrik komorbidite, sıklıkla baş ağrısı tedavisini zorlaştırmakta ve baş ağrısı tedavisi için kötü prognoza işaret etmektedir.⁴¹ Depresyon ve ağrı arasındaki ilişki üzerine yapılan bir çalışmada, primer sebebi olmayan vücut ağrıları (baş ağrısı, boyun ağrısı, kas ağrısı, karın ağrısı) ve depresyonu olan bireyler incelendi. Ağrısı olan bireylerde depresyon oranı yüksek saptandı. Depresyonu olan bireylerde ise ağrının süresi, şiddeti

artmış, tedaviye yanıt ise azalmış olarak bulundu. Depresyonu olmayan bireylerin tedaviye yanıtları daha iyi ve taburculukları depresyonda olan bireylere göre daha kısa sürede oldu. Depresyon ve ağrı birlikteliğinin klinik olarak kötü sonlanımı olduğu belirtildi.⁸³

2016'da American Academy of neurology de yayınlanan bir çalışmada, kronik baş ağrısı olan hastaların daha sık öz kıyım düşüncesinin olduğu raporlandı.⁸² Biz çalışmamızda, katılımcıların öz kıyım düşüncesi olup olmadığını sorgulamadık. Öz geçmişinde öz kıyım öyküsü olan hastalarda depresyon oranını % 66,7 bulduk. Ancak öz kıyım öyküsü olan hasta sayısı az olduğu için istatistiksel bir değerlendirme yapamadık. Yapılan bir çalışmada, psikiyatrik hastalığı ile birlikte kronik baş ağrısı olanlarda öz kıyım düşüncesi, baş ağrısı olmayanlara göre yüksek bulunmuştu.⁸⁴

Depresyon birçok medikal hastalığın oluşumuna katkıda bulunmakta ya da mevcut bir hastalığı kötüleştirmektedir. Çalışmamızda baş ağrısı olan bireylerde ek hastalığı olanların, olmayanlara oranla depresyon sıklığının anlamlı olarak daha yüksek olduğunu saptadık. Hipertansiyonu olan bireylerde depresyon oranı, migren ve diğer ek hastalıklara göre daha yüksek bulundu. Bu konuyla ilgili yapılmış olan bir çalışmada, depresyondaki anormal sinir fonksiyonu, artmış sempatik aktivite ve zayıflamış vagal fonksiyonun, hipertansiyonla ilişkisi olduğu belirtildi.⁸⁵ Bu bulgular doğrultusunda, mevcut hastalıklar ve depresyon arasında da çift yönlü bir ilişki olabileceği düşünüldü.

Araştırmanın kısıtlılıkları

Acil servislerin kalabalık ve gürültülü bir ortam olması, ölçeği uygulamayı zorlaştırmıştır. Hastaların sakin bir ortamda, birebir görüşme ile depresyon tanısının konulmasının daha sağlıklı olacağını düşünüyoruz. Ölçeği uygulamanın ortalama 10-15 dakika sürmesi, bazı hastaların çalışmaya katılmak istememesine sebep olmuştur. Kendini değerlendirme şeklindeki ölçeklerle kesin depresyon tanısı koymak mümkün değildir. Çalışmada kontrol grubunun olmaması önemli bir kısıtlılık faktörüdür. Farklı şikâyetlerle gelen hastalarda da depresyon oranı incelenmiş olsaydı, daha geniş bir hasta grubunda kıyaslama yapılabilirdi.

Gelecek çalışmalar için öneriler:

Bizim çalışmamızın bir kontrol grubu yoktu. Baş ağrısı dışında herhangi bir şikâyetle acil servise başvuran hastalarda, depresyon sıklığını ve öngörü özelliklerini de araştırmış olsaydık,

daha net bilgiler sunabilirdik. Yine bu çalışma, çok merkezli yapılsaydı ve daha geniş bir hasta popülasyonu içerseydi, oldukça kapsamlı bir çalışma olurdu. Kendini değerlendirme şeklinde yapılan ölçekler ile depresyonun kesin tanısını koyamadığımız için, uygulama sonrası psikiyatri takibine giren hastaların, uzun dönem izlenmesi ve karşılaştırılması bu konuda daha ayrıntılı ve güvenilir bilgi sağlanmasına olanak sağlayacaktır.



VIII- SONUÇ

Baş ağrısı ile acil servise başvuran bireyler arasında, baş ağrısı uzun süren, her gün ağrı kesici ilaç kullanan, aynı şikâyetle acil servise sık başvuran ve tedaviye yanıtı az olan hastalarda depresyon oranını yüksek saptadık. Başka bir psikiyatrik hastalık öyküsü, ek hastalığı, uyku problemi olan ve son bir ayda psikiyatrik ilaç kullanmamış olanlarda da depresyon oranının arttığını bulduk.



IX- KAYNAKLAR

1. Bradley WG, Daroff RB, Fenichel GM, et al. Neurology in clinical practice Türkçe 5. Baskı. Tan E, Özdamar SE. (çeviri editörleri). Veri Medikal Yayıncılık. Baş ve yüz Ağrıları. Çevik IÜ. 2008; 263- 269
2. Hagen K, Linde M, Steiner TJ, Stovner LJ, Zwart JA. Risk factors for medication-overuse headache: an 11-year follow-up study. The Nord- Trondelag Health Studies. Pain 2012; 153:56-61.
3. Akiskal HS. Affective Disorders: Clinical Features: In Saddock BJ, Saddock VA. Comprehensive Textbook of Psychiatry. Eighth Ed. 2007;1611-1652.
4. Doksat M.K, Yazar S.A. Baş Ağrıları ve Psikiyatri, İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi sürekli tıp eğitimi etkinlikleri, Baş, boyun, bel ağrıları sempozyum dizisi No: 30, Mayıs 2002; s:77.
5. De Gucht V, Fischler B. Somatization: A critical review of conceptual and methodological issues. Psychosomatics, 2002;43:1-9.
6. Kirmayer LJ. Cultural variations in the clinical presentation of depression and anxiety: implication for diagnosis and treatment. J Clin Psychiatry. 2001; 62:22-8.
7. Merikangas KR, Merikangas JR, Angst J. Headache syndromes and psychiatric disorders: associations and familial transmission. J Psychiat Res. 1993; 27:197-210.
8. Lake A.E, Rains J.C, Penzien D.B, Lipchik G.L. Headache and psychiatric comorbidity: historical context, clinical implications, and research relevance. Headache, 2005; 45:493-506.
9. Saper JR, Lake AE. Borderline personality disorder and the chronic headache patient: review and management recommendations. Headache 2002; 42: 663-674.
10. Nimnuan C, Asawavichienjinda T, Srikiatkachorn A. Potential risk factors for psychiatric disorders in patients with headache. Headache 2012; 52:90-98.
11. Verri AP, Proietti Cecchini A, Galli C, Granella F, Sandrini G, Nappi G. Psychiatric comorbidity in chronic daily headache. Cephalgia:an international journal of headache, 1998;18:45-49.
12. Wei CB, Jia JP, Wang F, Zhou AH, Zuo XM, Chu CB. Overlap between Headache, Depression, and Anxiety in General Neurological Clinics: A Cross-sectional Study. Chin Med J. 2016;129:1394-1399.

13. Kristoffersen ES, Grande RB, Aaseth K, et al. Medication-overuse headache detoxification reduces headache disability-the Akershus study of chronic headache. *European journal of neurology*. 2018;10:1-8.
14. Bulloch AG, Fiest KM, Williams JV, et al. Depression: common disorder across a broad spectrum of neurological conditions: a cross-sectional nationally representative survey. *Gen Hosp Psychiatry*. 2015;37:507–512.
15. Dersh J, Polatin PB, Gatchel RJ. Chronic pain and psychopathology: Research findings and theoretical considerations. *Psychosom Med*. 2002;64:773-786.
16. Merskey H. Classification of chronic pain. In: Merskey H and Bogduk N, editors. 2nd ed. IASP Task Force on Taxonomy, IASP Press, Seattle, WA, 1994; 209-214.
17. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS). The international classification of headache disorders (beta version). *Cephalalgia*. 2013;33:629-635.
18. World Health Organization. The World Health Report 2001. Geneva: WHO, 2001; 19–45.
19. Schwartz BS, Stewart WF, Simon D, et al. Epidemiology of tension-type headache. *JAMA*, 1998; 279: 381–383.
20. Rasmussen BK, Jensen R, Olesen J. Impact of headache on sickness absence and utilisation of medical services. A Danish population study. *J. Epidemiol Community Health*, 1992; 46: 443-446.
21. Yılmaz M, Gurger M, Ateşçelik M et al. Meteorologic parameters and migraine headache: ED study. *Am J Emerg Med* 2015;33:409-413.
22. Rasmussen BK. Epidemiology of headache. *Cephalalgia*. 1995 Feb; 15: 45–68.
23. Tepper SJ, Dahlof CG, Dowson A. Prevalence and diagnosis of migraine in patients consulting their physician with a complaint of headache: data from the Landmark Study. *Headache*, 2004; 44: 856–864.
24. Rasmussen BK, Jensen R, Schroll M. Epidemiology Of Headache In A General Population-A Prevalence Study. *J Clin Epidemiol*, 1991, 44: 1147-1157.
25. Silberstein SD, Lipton RB, Goadsby PJ. Primer baş ağrısı bozuklukları. Klinik uygulamada baş ağrısı (Türkçe baskının editörleri: Ertaş M, Demir GA.). İstanbul Yelkovan Yayıncılık. 2004;1:69-165.
26. Zayas V. On headache tablets: headache incontations from. *Medicine & Healty Rhode Island*. 2007; 90: 46-47.

27. Bradley WG, Daroff RB, Fenichel GM, et al. Neurology in clinical practice Türkçe. 5. Baskı. Tan E, Özdamar SE. (çeviri editörleri). Veri Medikal Yayıncılık, 2008. Baş ve yüz ağrıları. Çevik İÜ. s: 263- 269.
28. Ozge A. Clinical Evaluation of Headache Classifications. Nöropsikiyatri arşivi. 2013; 50:8-13.
29. Olesen J, Bousser MG, Diener H, Dodick D, First M, Goadsby P, et all. The International Classification of Headache Disorders: 2nd edition.(ICHD-II) Cephalalgia.2004; 24:9-160.
30. Coo D, Wilbrink LA, Haan J, Ferrari MD, Terwindt GM. Evaluation of the new ICHD-III beta cluster headache criteria. Cephalalgia. 2016; 36:547-551.
31. Siva A. Baş ağrısı Epidemiyolojisi. Türkiye Klinikleri 2003; 2: 94-97.
32. Baykan B, Ertas M, Karli N, Akat-Aktas S, Uzunkaya O, Zarifoglu M, Siva A, Saip S. MIRA-Neurology Study Group. The Burden of Headache in Neurology Outpatient Clinics in Turkey. Pain Pract 2007; 7:313-323.
33. Ropper AH, Brown RH. Çeviri: Emre M, Şahin G. Adams and Victor's Principles of Neurology. 8. Baskı, Ankara, Güneş Kitabevi, 2006;144-167.
34. De Benedittis G, Lorenzetti A, Pieri A. The role of stressful life events in the onset of chronic primary headache. Pain. 1990;40:65-75.
35. Silberstein SD, Lipton RB, Goadsby PJ. Headache In Clinical Practice. (2 Ed). Oxford, England: Martin Dunitz, 2002; 2: 69-181.
36. Coskun O. Gerilim tipi baş ağrısı ve tedavisi. Turkiye Klinikleri J Neurol-Special Topics. 2008; 1:22-6.
37. Bendtsen L, Jensen R. Tension-type headache: the most common, but also the most neglected, headache disorder. Curr Opin Neurol. 2006 Jun;19:305-309.
38. May A. Cluster Headache: Pathogenesis, diagnosis and management. Lancet 2005; 366: 843-855.
39. Hayran O, Zarifoğlu M, Siva A. Baş ağrısı epidemiyolojisi. Ağrı. 2000; 181 – 183.
40. Colas R, Munoz P, Temprano R, Gómez C, Pascual J. Chronic daily headache with analgesic overuse: epidemiology and impact on quality of life. Neurology. 2004; 62:1338-1342.

41. Perrotta A, Serrao M, Sandrini G, Burstein R, Sances G, Rossi P, Bartolo M, Pierelli F, Nappi G. Sensitisation of spinal cord pain processing in medication overuse headache involves supraspinal pain control. *Cephalalgia* 2010; 30:272-284.
42. Lake A.E, Rains J.C, Penzien D.B, Lipchik G.L. Headache and psychiatric comorbidity historical context, clinical implications, and research relevance. *Headache*, 2005; 45: 493-506
43. Saper JR, Lake AE. Borderline personality disorder and the chronic headache patient: review and management recommendations. *Headache* 2002; 42: 663-674.
44. Zarifoğlu M. Sekonder baş ağrıları. *Türkiye Klinikleri Journal of Neurology*. 2003; 1:110-115.
45. Kuehner C. Gender differences in unipolar depression: an update of epidemiological findings and possible explanations. *Acta Psychiatr Scand* 2003;108: 163-174.
46. Akiskal HS. Affective Disorders: Clinical Features: In Saddock BJ, Saddock VA. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Eighth Ed. 2007; 1559-1652.
47. Salokangas RKR, Vaahtera K, Pacriev S, et al. Gender differences in depressive symptoms. An artefact caused by measurement instruments. *Journal of Affective Disorders*. 2002; 68: 215-220.
48. Young E, Korszun A. Sex, trauma, stress hormones and depression. *Molecular Psychiatry* 2010;15: 23-28.
49. Widlöcher D. *Revue Française de Psychanalyse*. 2002; 66:409-422.
50. Amerikan Psikiyatri Birliği: *Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Yeniden Gözden Geçirilmiş Dördüncü Baskı (DSM-IV-TR)*, (Çev. E. Köroğlu), Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2001;495-508.
51. Öner N. *Türkiye'de Kullanılan Psikolojik Testler Bir Başvuru Kaynağı*. 3. Baskı. İstanbul Boğaziçi Üniversitesi Yayınları; 1997; 13-20
52. Jackson C. *Understanding Psychological Testing*. Britanya: Martston Book Services Limited; 1996;25-31.
53. Aydemir Ö, Köroğlu E. *Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler*. 4. Baskı. Ankara: HYB Basın Yayın; 2009;21-30.
54. Kılınç S, Torun F. *Türkiye'de Klinikte Kullanılan Depresyon Değerlendirme Ölçekleri*. *Dirim Tıp Gazetesi*. 2011;1:39-47.
55. Steer RA, Cavalieri TA, Leonard DM, Beck AT. Use of Beck Depression Inventory for primary care to screen for major depression disorders. *Gen Hosp Psychiatry*. 1999;21:106-110.

56. Hisli N. Beck Depresyon Envanteri'nin Üniversite Öğrencileri için Geçerliği, Güvenirliği. Psikoloji Dergisi 1989;7:3-13.
57. Eti-Aslan F. Postoperatif ağrı değerlendirmesinde görsel kıyaslama ve basit tanımlayıcı ölçeklerin duyarlılık ve seçiciliklerinin karşılaştırılması. VI. Ulusal Hemşirelik Kongresi, Ankara, 1998;178-186.
58. E.Suljic, A.Mehicevic. Correlation between the type of headache and depression in relation to gender. Journal of the Neurological Sciences. 2017; 381:939-940.
59. CuiBai Wei1, Jian Ping Jia, Fen Wang, et al.Overlap between Headache, Depression, and Anxiety in General Neurological Clinics: A Cross sectional Study. Chin Med J 2016;129:1394-9.
60. Marlow RA, Kegowicz CL, Starkey KN. Prevalence of depression symptoms in outpatients with a complaint of headache. J Am Board Fam Med. 2009;22:633-637.
61. Nolen-Hoeksema S, Larson J, Grayson C. Explaining the gender difference in depressive symptoms. Journal of Personality and Social Psychology 1999;77: 1061-1072.
62. Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, et al. Cross-National Epidemiology of Major Depression and Bipolar Disorder. JAMA. 1996; 276: 293-299.
63. Maier W, Gansicke M, Gater R, et al. Journal of Affective Disorders. 1999; 53:241-528.
64. Küey L, Güleç C. Depresyonun Epidemiyolojisi. Depresyon Monografıları Serisi, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1993; 2:53-68.
65. Lorant V, Croux C, Weich S, et al. Depression and socio-economic risk factors: 7-year longitudinal population study. British Journal of Psychiatry. 2007; 190: 293- 298.
66. Tae-Jin Song, Soo-Jin Cho, Won-Joo Kim, et al. Anxiety and Depression in Tension-Type Headache: A Population-Based Study. Plos one. 2016;11:610-618.
67. Mitsikostas DD, Thomas AM. Comorbidity of headache and depressive disorders. Cephalalgia. 1999;19:211-217.
68. Zwart JA, Dyb G, Hagen K, Odegard KJ, Dahl AA, Bovim G, et al. Depression and anxiety disorders associated with headache frequency. The Nord-Trondelag health study. Eur J Neurol. 2003;10:147-152.
69. Berry JK, Drummond PD. Does attachment anxiety increase vulnerability to headache. J Psychosom Res. 2014;76:113-120.
70. Scher AI, Lipton RB, Stewart W. Risk factors for chronic daily headache. Curr Pain Headache Rep. 2002;6:486-491.

71. Blaauw BA, Dyb G, Hagen K, Holmen TL, Linde M, Wentzel LT, et al. Anxiety, depression and behavioral problems among adolescents with recurrent headache: The young HUNT study. *J Headache Pain*. 2014;15:38-42.
72. Karin Z, Colette A, Anita L, Gregor B, Christian Lampl, et al. Prevalence, management and burden of episodic and chronic headaches: a cross-sectional multicentre study in eight Austrian headache centres. *J Headache Pain*. 2015; 16:46-49.
73. Christian L, Hallie T, Cristina T, Zaza K, et al. Headache, depression and anxiety: associations in the Eurolight project. *The Journal of Headache and Pain*. 2016;17:59-65.
74. Merikangas KR, Stevens DE, Angst J. Psychopathology and headache syndromes in the community. *Headache*. 1994; 34:17-22.
75. Wang SJ, Fuh JL, Lu SR, Liu CY, Hsu LC, Wang PN, Liu HC. Chronic daily headache in Chinese elderly: prevalence, risk factors, and biannual follow-up. *Neurology*. 2000;54:314-319.
76. Song T, Cho S, Kim W, Yang KI, Yun C, Chu MK. Anxiety and Depression in Tension-Type Headache: A Population-Based Study. *Plos One*. 2016;10:1371-78.
77. Louter MA, Wilbrink LA, Haan J, Wan Zwet EW, et al. Cluster headache and depression. *American Academy of Neurology*, 2016; 87:1899-1906.
78. Evers S, Marziniak M. Clinical features, pathophysiology, and treatment of medication-overuse headache. *Lancet Neurol* 2010; 9: 391-401.
79. Ertas M, Baykan B, Orhan EK, Zarifoglu M, Karli N, Saip S, Onal AE, Siva A. One-year prevalence and the impact of migraine and tension-type headache in Turkey: a nationwide home-based study in adults. *J Headache Pain* 2012; 13:147-157.
80. Hagen K, Linde M, Steiner TJ, Stovner LJ, Zwart JA. Risk factors for medication-overuse headache: an 11-year follow-up study. *The NordTrondelag Health Studies. Pain* 2012; 153:56-61.
81. Tomkins GE, Jackson J, Malley P, Balden E, Santorono JE. Treatment of chronic headache with antidepressants: a meta-analysis. *The American Journal of Medicine*. 2001;111:54-63.
82. Louter MA, Wilbrink LA, Haan J, van Zwet EW, et al. Cluster headache and depression. *Neurology*, 2016; 87:1899-1906.
83. Bair JM, Robinson RL, Katon W, et al. Depression and Pain Comorbidity. A literature Review. *Arch Intern Med*. 2003;163:2433-2445.

84. Wang SJ, Juang KD, Fuh J, Shiang L. Psychiatric comorbidity and suicide risk in adolescents with chronic daily headache. *American Academy of Neurology*. 2017; 68:1468-1473.
85. Scalco AZ, Zavaloni M, Azul JB, Neto FL. Hypertension and depression. *Clinics*. 2005; 60:225-226.



X. EK-1. VERİ KAYIT VE DEĞERLENDİRME FORMU

- ☐ Yaş : ☐ Öğrenim durumu:
☐ Cinsiyet : ☐ Meslek:
☐ Boy : ☐ Evli ☐ Bekâr
☐ Kilo:

Ağrının tipi:

- ☐ Migren ☐ Gerilim ☐ Küme ☐ Diğer

Ağrı karakteri:

- ☐ Ani ☐ Persistan ☐ Progresif

Ağrının Süresi:

- ☐ 1 sa. ☐ 6 sa. ☐ 24 sa. ☐ >24 sa.

Acil servise başvuru sıklığı:

- ☐ 1-3 / haf ☐ 1-3 / ay ☐ 1-3 / yıl ☐ <1/yıl

Ek semptom varlığı:

- ☐ Bulantı ☐ Kusma ☐ Baş dönmesi ☐ İştahsızlık ☐ Diğer
☐ Yok

Ağrının başlangıç zamanı:

- ☐ Sabah ☐ Gün içerisinde ☐ Akşam saatleri

Acil servise başvuru zamanı:

- ☐ Sabah ☐ Öğle saatleri ☐ Akşam saatleri

Baş ağrısını tetikleyen etken varlığı:

- ☐ Var... ☐ Yok

Ağrı kesici kullanımı:

- ☐ Var ☐ yok

Ağrı kesici kullanım sıklığı:

- ☐ Her gün ☐ Gün aşırı ☐ Ayda birkaç kez

Ağrı kesiciye yanıt:

- ☐ Çok az ☐ Az ☐ Orta ☐ İyi ☐ Çok iyi

Uyku problemi:

- ☐ Var ☐ Yok

Ek hastalık

- ☐ Hipertansiyon ☐ Migren ☐ Diğer

Suicid öyküsü

- ☐ Var ☐ Yok

Son bir ayda antidepresan- antipsikotik ilaç kullanım öyküsü:

- ☐ Evet ☐ Hayır

Baska bir psikiyatrik hastalık öyküsü

- ☐ Evet ☐ Hayır

XI. EK-2.VİZÜEL ANALOG SKALA

☐ İsim-Soy isim :

☐ Yaş :

☐ Cinsiyet :

0. Saat

A	B	C	D	E	F				
									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Şekil 1. VAS değerlendirme şablonu

1. Saat

A	B	C	D	E	F				
									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Şekil 1. VAS değerlendirme şablonu

XII. EK-3.BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ

BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ

Hastanın Soyadı, Adı:.....

Tarih:.....

Bu form son bir (1) hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğinizi araştırmaya yönelik 21 maddeden oluşmaktadır. Her maddenin karşısındaki dört cevabı dikkatlice okuduktan sonra, size en çok uyan, yani sizin durumunuzu en iyi anlatanı işaretlemeniz gerekmektedir. Bilimsel katkı ve yardımlarınız için sonsuz teşekkürler.

- | | | | |
|---|---|----|--|
| 1 | (0) Üzgün ve sıkıntılı değilim.
(1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
(2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
(3) O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum. | 7 | (0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
(1) Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğunu düşünmüyorum.
(2) Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum.
(3) Her şeyi yanlış yapıyormuşum gibi geliyor ve hep kendimde kabahat buluyorum. |
| 2 | (0)Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.
(1) Gelecek hakkında karamsarım.
(2) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
(3) Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor. | 8 | (0) Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
(1) Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum.
(2) Kendimi öldürmek isterdim.
(3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm |
| 3 | (0) Kendimi başarısız biri olarak görmüyorum.
(1) Başkalarından daha başarısız olduğumu hissediyorum.
(2) Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
(3) Kendimi tümüyle başarısız biri olarak görüyorum. | 9 | (0) İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor.
(1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
(2) Çoğu zaman ağlıyorum.
(3) Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum. |
| 4 | (0) Her şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
(1) Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum.
(2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
(3) Her şeyden sıkılıyorum. | 10 | (0) Her zaman olduğumdan daha canı sıkın ve sinirli değilim.
(1) Eskisine kıyasla daha kolay canım sıkılıyor ve kızıyorum.
(2) Her şey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum.
(3) Canımı sıkın şeylere bile artık kızamıyorum. |
| 5 | (0) Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.
(1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
(2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
(3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum. | 11 | (0) Başkaları ile görüşme, konuşma isteğimi kaybetmedim.
(1) Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum.
(2) Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor.
(3) Artık çevremde hiç kimseyi istemiyorum. |
| 6 | (0) Kendimden memnunum.
(1) Kendimden pek memnun değilim.
(2) Kendime kızgınım.
(3) Kendimden nefret ediyorum. | | |

- 12 (0) Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum.
(1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
(2) Eskiye kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum.
(3) Artık hiçbir konuda karar veremiyorum.

- 13 (0). Her zamankinden farklı göründüğümü sanmıyorum.
(1) Aynada kendime her zamankinden kötü görünüyorum.
(2) Aynaya baktığımda kendimi yaşlanmış ve çirkinleşmiş buluyorum.
(3) Kendimi çok çirkin buluyorum.

- 14 (0) Eskisi kadar iyi iş güç yapabiliyorum.
(1) Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor.
(2) Ufacık bir işi bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum.
(3) Artık hiçbir iş yapamıyorum.

- 15 (0) Uyku her zamanki gibi.
(1) Eskisi gibi uyuyamıyorum.
(2) Her zamankinden 1-2 saat önce uyanıyorum ve kolay kolay tekrar uykuya dalamıyorum.
(3) Sabahları çok erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum.

- 16 (0) Kendimi her zamankinden yorgun hissetmiyorum.
(1) Eskiye oranla daha çabuk yoruluyorum.
(2) Her şey beni yoruyor.
(3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum.

- 17 (0) İştahım her zamanki gibi.
(1) Eskisinden daha iştahsızım.
(2) İştahım çok azaldı.
(3) Hiçbir şey yiyemiyorum.

- 18 (0) Son zamanlarda zayıflamadım.
(1) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 2 Kg verdim.
(2) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 4 Kg verdim.
(3) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 6 Kg verdim.

- 19 (0) Sağlığım ile ilgili kaygılarım yok.
(1) Ağrılar, mide sancıları, kabızlık gibi şikâyetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor.
(2) Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafamı başka şeylere vermekte zorlanıyorum.
(3) Sağlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, başka hiçbir şey düşünemiyorum.

- 20 (0) Sekse karşı ilgimde herhangi bir değişiklik yok.
(1) Eskisine oranla sekse ilgim az.
(2) Cinsel isteğim çok azaldı.
(3) Hiç cinsel istek duymuyorum.

- 21 (0) Cezalandırılması gereken şeyler yaptığımı sanmıyorum.
(1) Yaptıklarımın dolaylı cezalandırılabilceğimi düşünüyorum.
(2) Cezamı çekmeyi bekliyorum.
(3) Sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor.

Puan	
0-9	Normal düzeyi
10-18	Hafif düzeyde depresyon
19-29	Orta düzeyde depresyon
30-63	Şiddetli depresyon

XIII. EK-4. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Bu araştırmanın amacı Dokuz Eylül Hastanesi Erişkin Acil Serviste hastalığınız nedeniyle siz ve sizin gibi baş ağrısı şikâyeti ile başvuran hastalarda yapacağımız klinik değerlendirmenin yeni uygulamalar katıp katmayacağını araştırmaktır. Çalışma boyunca size normalde yapılanlar dışında ek bir test yapılmayacak, fazladan bir kan ya da örnek alınmayacaktır. Bu çalışmada sizden alınan bilgiler ve normal tedavi sürecinizde oraya çıkan sonuçlar kullanılarak kaydedilecektir. Bunun dışında ek bir girişim (kan alma gibi) ya da tetkik yapılmayacaktır. Bu çalışmada sizin için herhangi bir risk söz konusu değildir. Size verilecek ilaç dozu, yapılacak girişimler, tedavi süresi bu çalışmadan etkilenmeyecektir. Bu çalışmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacak ve sizden hiçbir ücret istenmeyecektir. Çalışmada elde edilecek değerler bu çalışma dışında herhangi bir değerlendirme veya amaç için kullanılmayacaktır.

Açıklamayı Yapan Dr. Adı Soyadı:

Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

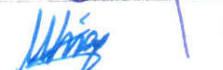
Katılımcının Adı ve Soyadı:

İMZA

Tanıklık Edenin Adı ve Soyadı

İMZA

XIV. EK-5. ETİK KURUL ONAM FORMU

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2017/27-24	Tarih:23.11.2017				
	Prof.Dr.Sedat YANTURALI'nın sorumlusu olduğu "Acil Servise Baş Ağrısı Yakınması ile Başvuran Hastalarda Depresyon Sıklığının ve Öngörülen Özelliklerinin Saptanması" isimli klinik araştırmaya ait başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, etik açıdan çalışmanın gerçekleştirilmesinin uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.					
ETİK KURUL BİLGİLERİ						
ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu					
ETİK KURUL ÜYELERİ						
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsi yet	Araştırma ile ilişkili mi?		İmza
Prof.Dr.Banu ÖNVURAL (Başkan)	Tıbbi Biyokimya	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Ş.Reyhan UÇKU (Başkan Yardımcısı)	Halk Sağlığı	DEU Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D.	Kadın	E ☐	H ☒	Katılamadı
Prof.Dr.Nejat SARIOSMANOĞLU	Kalp Damar Cerrahisi	DEU Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Sevmeç ERASLAN	Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	Katılamadı
Prof.Dr.Ayşe Aydan ÖZKÜTÜK	Tıbbi Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Müge KIRAY	Fizyoloji	DEU Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Sevda ÖZKARDEŞLER	Anesteziyoloji	DEU Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon A.D.	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Sülen SARIOĞLU	Patoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Patoloji A.D.	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Bilge KARA	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	DEU Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Sefa KIZILDAĞ	Tıbbi Biyoloji ve Genetik	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyoloji ve Genetik A.D.	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Ayhan ABACI	Pediyatrik Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları	DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	Katılamadı
Doç.Dr.M.Aylin ARICI	Tıbbi Farmakoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Murat BEKTAŞ	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	DEU Hemşirelik Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	Erkek	E ☐	H ☒	
Uzm.Dr.Ahmet Can BİLGIN	Hukuk	DEU Tıp Tarihi ve Etik A.D.	Erkek	E ☐	H ☒	
Mehmet Erhan ÖZKUL	Sağlık mensubu olmayan üye	D.E.U Tıp Fakültesi İdari Mali İşler	Erkek	E ☐	H ☒	