

T.C
BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
NÖROLOJİ ANABİLİM DALI

**BAŞAĞRISI HASTALARINDA HASTALIK ALGISI,
BU HASTALARDA TAMAMLAYICI VE ALTERNATİF TEDAVİ
YÖNTEMLERİNİN YERİ**

Dr. Osman KORUCU

TIPTA UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI
Prof.Dr. Hüseyin Tuğrul ATASOY

ZONGULDAK

2013

T.C
BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
NÖROLOJİ ANABİLİM DALI

**BAŞAĞRISI HASTALARINDA HASTALIK ALGISI,
BU HASTALARDA TAMAMLAYICI VE ALTERNATİF TEDAVİ
YÖNTEMLERİNİN YERİ**

Dr. Osman KORUCU

TIPTA UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI
Prof.Dr. Hüseyin Tuğrul ATASOY

ZONGULDAK

2013

TEZ ONAY TUTANAĞI

Tezin Teslim Edildiği Üniversite/Fakülte: Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi

Tez Başlığı : Başağrısı Hastalarında Hastalık Algısı, Bu Hastalarda Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Yöntemlerinin Yeri

Tez Yazarı : Arş. Gör. Dr. Osman KORUCU

Tez Savunma Tarihi: 15/05/2013

Tez Danışmanı : Prof. Dr. H. Tuğrul ATASOY

Prof. Dr. H. Tuğrul ATASOY
Jüri Başkanı

Prof. Dr. Ayhan ÖZTÜRK
Üye

Doç. Dr. Nida Fatma TAŞCILAR
Üye

Doç. Dr. Nuray ATASOY
Üye

Doç. Dr. Taner BAYRAKTAROĞLU
Üye

UYGUNDUR

21/06/2013

Prof. Dr. Mustafa AYDIN
Dekan

ÖNSÖZ

Tez çalışmalarım ve uzmanlık eğitimime olan katkılarından dolayı Anabilim dalı başkanımız ve tez danışmanım Prof. Dr. H.Tuğrul ATASOY'a, Anabilim Dalı Öğretim üyeleri Doç. Dr. Ufuk EMRE'ye, Doç. Dr. Nida Fatma TAŞCILAR'a ve Yrd. Doç. Dr. Banu Özen BARUT'a teşekkür ederim.

Eğitimimin ilk yıllarında çalışma şansı bulduğum Doç. Dr. Aysun ÜNAL'a uzmanlık eğitimime olan katkılarından dolayı teşekkür ederim.

Psikiyatri rotasyonum sırasındaki katkılarından dolayı Doç. Dr. Nuray ATASOY'a, Doç. Dr. Levent ATİK'e, Yrd. Doç. Dr. Özge SARAÇLI'ya ve asistan arkadaşlarıma teşekkür ederim.

İç Hastalıkları rotasyonum sırasındaki katkılarından dolayı tüm hocalarıma ve asistan arkadaşlarıma teşekkür ederim. Biyoistatistik çalışmalarındaki desteklerinden dolayı Mustafa Çağatay BÜYÜKUYSAL ve Füzuran KÖKTÜRK'e ayrıca teşekkür ederim.

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Nörolojisindeki rotasyonum sırasında çalıştığım hocalarıma ve asistan arkadaşlarıma teşekkür ederim.

Asistanlığım süresince birlikte çalışmaktan büyük keyif duyduğum Nöroloji bölümündeki tüm asistan arkadaşlarıma teşekkür ederim.

Klinik nörofizyoloji eğitimim sırasında ENMG ve EEG laboratuvarımızda birlikte keyifle çalıştığım, sevgili teknisyen arkadaşlarım Yüksel ISLAK ve Elif KILIÇARSLAN'a,

Nöroloji servisinde ve yoğun bakım ünitesinde bizlerle omuz omuza ve özveri ile çalışan tüm hemşire arkadaşlarıma ve yardımcı personellerimize teşekkür ederim.

Hayatım boyunca beni her konuda destekleyen ve hep yanımda olan anneme, babama ve kardeşlerime,

Bugüne kadar her konuda benden yardım ve desteğini esirgemeyen sevgili eşim Aysu AKBAŞ KORUCU'ya sonsuz teşekkür ederim.

Dr.Osman KORUCU
ZONGULDAK, 2013

ÖZET

Korucu O, Başağrsı Hastalarında Hastalık Algısı, Bu Hastalarda Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Yöntemlerinin Yeri, Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Tezi, Zonguldak, 2013.

Dünyada artan sıklıkta baş ağrsında tamamlayıcı ve alternatif tedavi (TAT) yöntemleri kullanımına yönelik çalışmalar yapılmakta ve hastaların bu tedaviye başvurma nedenleri araştırılmaktadır. Hastaların TAT'ye başvurmaya neden olarak hastaların hastalık algılarındaki farklılıklar bir etken olabilir. Ülkemizde baş ağrsında TAT kullanım oranını ve baş ağrsı hastalarında hastalık algısını araştıran çalışma bilgilerimiz dâhilinde bulunmamaktadır. Bu nedenle bu çalışma baş ağrsı epidemiyolojisi, hastaların sosyodemografik özellikleri, baş ağrsı hastalarında TAT kullanımı ve bu hastalarda hastalık algısına yönelik olarak planlandı. Çalışmaya Şubat 2012 tarihinden sonra nöroloji polikliniğine baş ağrsı nedeni başvuran ve çalışmaya katılmayı kabul eden 211 hasta alındı. Tanı için, Uluslararası baş ağrsı topluluğu [İnternational Headache Society(IHS)] 2004 yılı baş ağrsı tanı ölçütleri kullanıldı. Hastaların değerlendirilmesinde Baş Ağrsı Sorgulama Formu, Hastalık Algısı Ölçeği ve Tamamlayıcı-Alternatif Tedavi Kullanım Sorgusu formu kullanıldı. Verilerin istatistiksel analizinde Shapiro Wilk testi, iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi, Mann Whitney U testi, Kruskal Wallis testi, Yates düzeltmeli ki-kare ve Fisher kesin ki-kare testleri kullanıldı. Anlamlılık sınırı $p<0,05$ olarak kabul edildi. Baş ağrsı hastalarında % 26,1 oranında TAT kullanımı saptanırken, kronik baş ağrsı çekenlerin daha fazla TAT kullanımına başvurduğu bulundu ($p= 0,60$). TAT kullanan grubun yaşı kullanmayan gruba göre daha düşük bulundu ($p= 0,033$). TAT kullanımı işsiz, öğrenci, tam gün çalışan gruplarında diğer meslek gruplarına göre ($p= 0,042$), bekârlarda (boşanmış dâhil) evlilere oranla ($p= 0,026$) ve eğitim düzeyi yüksek olanlar da düşük olanlara oranla göre ($p= 0,009$) daha fazlaydı. Hastaların en sık TAT kullanım nedeni 'bu tedavinin baş ağrsını etkili şekilde tedavi ettiğine inanmak' olarak bulunurken, bu tedaviden memnuniyet oranı % 55 olarak bulundu. 'Tavsiye kaynağını' hastaların % 64'ü kendisi olarak gösterdi. Hastalık algısı ölçeğindeki 'sonuçlar' ve 'hastalığını anlayabilme' alt-testlerinde lise ve

üniversite gruplarının ilkokul grubuna göre daha net bilinç düzeyine sahip olduğu ve hastalığını daha iyi anlayabildiği görüldü ($p<0,05$).

Sonuç olarak bu alanda ilk ve başlangıç niteliği taşıyan çalışmamızda bekâr ya da dul yalnız yaşayan ve eğitim düzeyi yüksek bir hasta uzun dönem etkin tedavi edilememiş baş ağrısı çekiyorsa TAT kullanımına daha yüksek oranda adaydır. Bu hasta grubunda baş ağrısının erken ve etkin tedavisi, tedavinin hastaya ayrıntılı anlatılması özellikle önem kazanmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Baş ağrısı, tamamlayıcı ve alternatif tedavi, hastalık algısı

ABSTRACT

Korucu O. The Perception of Illness and the Importance of Complementary and Alternative Treatments on the Patients Suffering from Headaches, Zonguldak Bülent Ecevit University Medical Faculty, Neurology Thesis, 2013

Studies are made on using complementary and alternative treatment (CAT) techniques on increasing headache case in the world and the reasons why patients consult on this treatment. One of the reasons can be the difference in the way patients feel the illness. The rate of using CAT for headache in our country and studies on the perception of headache patients are not within our research. Therefore, this study considered epidemiology, socio-demographic features of patients, using CAT for headache patients and their perception of illness. The participants were 211 patients who came to hospital and suffering from headache and accepted to participate in the study following February 2012. For diagnosis, the measurements of International Headache Society (IHS) in 2004 were used. Headache Investigation Questionnaire, Test of Illness Perception and Complementary Technique of Alternative Treatment Investigation Questionnaire were used for evaluation of patients. For data analysis Shapiro Wilk Test, the test for significance in the difference between two averages, Mann Whitney U Test, Kruskal Wallis Test, Yates corrective x-square and Fisher x-square tests were applied. The significance rate was determined as $p < 0,05$. It was found out that patients who suffer from headache chronically use CAT more often than regular headache patients using CAT 26,1% ($p = 0,60$). The group using CAT came out to be older than the group not using it. Unemployed, student and full-time employees ($p = 0,033$), single ones including divorced ($p = 0,026$), and the ones with higher education used CAT more than other occupational fields ($p = 0,042$), married people ($p = 0,026$) and the ones with lower education ($p = 0,009$), relatively. The most frequent reason to use CAT was “I believe that it heals the headache in the best way”, and the satisfaction rate was found %55. 64% of the patients showed themselves as “source of advice”. In the sub-tests of “results” and “understanding the illness” in Illness Perception Questionnaire, it was revealed that high school and university degree groups are more conscious and more able to understand the illness than the primary school degree group ($p < 0,05$).

In conclusion, the patient who is single or divorced and live alone, and having higher education are more tend to use CAT if he's suffering from long-term untreated headache. In this patient group, it is essential to explain the early and effective treatment of headache to the patient in detail.

Keywords: Headache, complementary and alternative medicine, perception of illness

İÇİNDEKİLER

Sayfa

ÖNSÖZ.....	iii
ÖZET.....	iv
ABSTRACT.....	vi
İÇİNDEKİLER.....	viii
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	x
TABLO DİZİNİ	xi
GRAFİK DİZİNİ.....	xii
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Baş Ağrısı Sınıflama ve Tanısı.....	3
2.2. Migren	5
2.2.1. Migren Tanımı ve Epidemiyolojisi.....	5
2.2.2. Migren Klinik Özellikleri	6
2.2.3. Migrenin Patofizyolojisi	8
2.2.4. Migrende Tanı.....	11
2.2.5. Migrende Tedavi	15
2.3. Gerilim Tipi Baş Ağrısı.....	17
2.3.1. Gerilim Tipi Baş Ağrısının Tanımı ve Epidemiyolojisi	17
2.3.2. Gerilim Tipi Baş Ağrısının Klinik Özellikleri	19
2.3.3. Gerilim Tipi Baş Ağrısının Patofizyolojisi	20
2.3.4. Gerilim Tipi Baş Ağrısı Tanı Kriterleri (IHS 2004) (23).....	22
2.3.5. Gerilim Tipi Baş Ağrısı Tedavisi.....	24
2.4. Küme Baş Ağrısı ve Diğer Trigeminal Otonomik Sefalaljiler	25
2.4.1. Küme Baş Ağrısı Tanımı ve Epidemiyolojisi	25
2.4.2. Küme baş ağrısı Klinik Özellikleri	26
2.4.3. Küme Baş Ağrısı Patofizyolojisi	27
2.4.4. Küme Baş Ağrısı Tanısı.....	28
2.4.5. Küme Baş Ağrısı Tanı Kriterleri (IHS 2004) (23).....	29
2.4.6. Paroksizmal Hemikranya	29

2.4.7. SUNCT Sendromu (Konjuktival kızarıklık ve göz yaşarmasının eşlik ettiği unilateral nevraljiform kısa süreli ağrılar)	30
2.5. Diğer Primer Baş Ağrıları	31
2.6. Sekonder Baş Ağrıları	31
2.6.1. İlaç aşırısı kullanımı baş ağrısı	34
2.6.2. Kronik günlük baş ağrısı (KGB)	35
2.6.3. Servikojenik Baş Ağrısı	36
2.7. Baş ağrısı Hastalarında Alternatif Tedavi Yöntemleri	36
2.7.1. Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi	36
2.7.2. Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Yöntemlerinin Sınıflaması	38
2.7.3. Baş ağrısı hastalarında tamamlayıcı ve alternatif tedavi.....	39
2.8. Baş Ağrısı Hastalarında Hastalık Algısı ve Değerlendirilmesi	40
2.8.1. Hastalık Algısı	40
2.8.2. Hastalık Algısının Değerlendirilmesi	41
3. GEREÇ VE YÖNTEM	43
3.1. Çalışmanın Uygulama Yeri ve Özellikleri	43
3.3. Verilerin İstatistiksel Analizi.....	44
4. BULGULAR	45
4.1. Hastaların Sosyodemografik Özellikleri, Baş Ağrısı Tipleri ve Özellikleri	45
4.2. TAT Kullanan ve Kullanmayan Hastaların Karşılaştırılması	49
4.3. Baş Ağrısı Hastalarında Hastalık Algısı.....	54
5. TARTIŞMA	57
6. SONUÇLAR	68
Ek 1. Etik Kurul Onayı	91
Ek 2. Baş Ağrısı Sorgulama Formu, Baş ağrısı Hastalık Algısı Ölçeği ve Tamamlayıcı-alternatif Tedavi Kullanım Sorgusu formu	92
Ek 3. Gönüllü Olur Formu.....	105

SİMGELER VE KISALTMALAR

IHS	: Uluslararası Başağrısı Topluluğu
VAS	: Visuel analog skalası
KDD	: Kortikal depresyon dalgası
TCN	: Trigeminal kaudal nükleus
KGİP	: Kalsitonin gen ilişkili peptid
NO	: Nitrik oksit
PET	: Pozitron emisyon tomografi
BKA	: Beyin kan akımı
AHM	: Ailesel hemiplejik migren
NSAİ	: Non steroid anti inflamatuvar
5-HT	: 5-Hidroksi triptamin
GTBA	: Gerilim tipi baş ağrısı
EGTBA	: Epizodik gerilim tipi baş ağrısı
İAKBA	: İlaç aşırı kullanımı baş ağrısı
TSA	: Trisiklik antidepresan
TOS	: Trigeminal otonomik sefalji
MRG	: Manyetik rezorans görüntüleme
KGB	: Kronik günlük baş ağrısı
TAT	: Tamamlayıcı ve alternatif tıp
HAÖ	: Hastalık Algısı Ölçeği

TABLO DİZİNİ

<u>Tablo</u>	<u>Sayfa</u>
Tablo 1. Uluslararası Baş ağrısı Topluluğu (IHS) 2004 sınıflama sisteminde primer baş ağrısı bozuklukları.....	4
Tablo 2. Silberstein ve Lipton'un transörme migren tanı kriterleri	14
Tablo 3. Uluslararası Baş ağrısı Topluluğu (IHS) 2004 Sınıflama Sisteminde Sekonder Baş ağrısı Bozuklukları	32
Tablo 4. Tamamlayıcı ve alternatif tıp sınıflaması	38
Tablo 5. Baş Ağrısı Gruplarının Cinsiyetlere Göre Dağılım Sayı ve Yüzdeleri.....	45
Tablo 6. Çocuk Sayıları Ortalaması	47
Tablo 7. Hastaların Eğitim Düzeyleri	47
Tablo 8. Baş Ağrısı Süresi, Tipi ile Atak Süresi, Atak Sıklığı ve VAS Değerleri	48
Tablo 9. TAT Kullanan ve Kullanmayan Hastaların VAS Değeri, Yaş, Atak Sıklığı ve Atak Süreleri	49
Tablo 10. TAT Kullanan ve Kullanmayan Hastaların Cinsiyet, Baş Ağrı Tipi, Medeni Durumu, Meslek ve Eğitim Düzeylerinin Dağılımı.....	50
Tablo 11. TAT Grubu Hastaların Tedaviyi Kullanma Sıklığı, Baş Ağrısı Tipi ve Yaş Ortalaması	51
Tablo 12. TAT Grubundaki Hastaların Alternatif Tedavi Sırasında Tıbbi Tedaviyi Bırakma ve Alternatif Tedaviden Fayda Görme Oranları.....	51
Tablo 13. Alternatif Tedavi Alanların Kullanma Sıklığının Eğitim ve Mesleğe Göre Dağılımı.....	52
Tablo 14. TAT Tedavisi Alırken Medikal Tedavi Almayan (N:7) ya da Tedaviyi Bırakanların (N:1) Baş Ağrısı Tipi, Tat Tedavisinin Baş Ağrısına Etkisi ve Hastaların Tatmin Düzeyleri	53

GRAFİK DİZİNİ

Grafik

Sayfa

Grafik 1. Hastaların Mesleklerine Göre Sayısal Dağılımı	46
Grafik 2. Baş Ağrısı Tipi ve Medeni Durum Karşılaştırması	47

1. GİRİŞ

Baş ağrıları ve özellikle migren en önemli hekime başvuru ve iş gücü kaybı nedenleri arasındadır (1). Migrenlilerde daha belirgin olmak üzere hem migrenlilerde hem de gerilim tip baş ağrısı (GTBA) olanlarda günlük yaşam aktiviteleri ve iş kapasitelerinde belirgin düşüş yaşandığı bilinmektedir. Ancak yine de migren hastalarının % 40'ı, GTBA olanların ise % 80'den fazlası baş ağrısı nedeniyle doktora başvurmamaktadır (1, 2). Ülkemizde baş ağrısı nedeniyle doktora başvuru oranı % 38,9 olarak saptanmıştır. Baş ağrısı nedeniyle doktora başvuru oranı migren hastalarında % 47,1 iken epizodik GTBA (EGTBA) hastalarında bu oran % 26,8 bulunmuştur. Baş ağrısı nedeniyle kadınların % 46,1'i erkeklerin % 30,1'i doktora başvurmaktadır (3).

Baş ağrısı sırasında ağrı kesici kullanımı % 85,7 olup, bunların ancak % 33,6'sı bu tedavinin bir doktor tarafından verildiğini, % 11,4'ü aldıkları ilacın bir eczane ve % 32,7'si başka bir baş ağrılı kişi tarafından önerildiğini, % 29,6'sı ise doğrudan kendilerinin seçtiklerini belirtmişlerdir (3).

Ayrıca baş ağrısı hastalarının önemli kısmı kullanılan konvansiyonel tedavilerin dışında tamamlayıcı ve alternatif tedaviler de kullanmaktadır (4-7). İngilterede yapılan bir çalışmada baş ağrısı hastalarının % 32'si tamamlayıcı ve alternatif tedavi olarak ortalama 3 farklı tedavi kullandığı saptanmıştır. Birleşik Krallık bünyesinde yapılmış olan çalışmalarda, erişkin nüfusta tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanım prevalansının % 20-28 arasında olduğu ve bu nüfusun % 47'sinin hayatının herhangi bir döneminde en az bir kez tamamlayıcı ve alternatif tedavilere başvurduğunu ortaya çıkarmıştır (8,9). Komplementer ve alternatif tedavilere başvurma için en yaygın karşılaşılan sebep, % 48 oranında konvansiyonel sebeplerin hepsini denedikten sonra son nokta olması olarak tespit edilmiştir (10).

Benzer çalışmalar İtalya, Almanya, Avusturya ve Amerikada' da yapılmıştır (4-7). Günlük pratiğimizden ülkemizdeki baş ağrısı hastalarının da doktora başvurmayıp alternatif tedaviye başvurmasının yaygın olduğunu biliyoruz.

Hastalık durumunun bilişsel görünümü hastalık algısı olarak adlandırılır. Kişilerin dış dünyadaki olayları açıklamak ve öngörmek için oluşturduğu bilişsel

modellere benzer şekilde hastalarda hastalıklarının belirtileriyle ilgili olarak benzer modelleri geliştirirler (11,12).

Hastalık algısı ve hastalık sonucu ilişkisine yönelik yapılan araştırmalarda, hastalık gidişinin iyi olması yüksek içsel kontrol algısı ile ilişkili bulunmuş ve bu sonuçlar fiziksel hastalığı olan kişilerin uygun tedavisi için hastalığa verdikleri önemi anlamının gerekliliğini ortaya koymuştur (13, 14). Bu durumun önemine rağmen hastaların hastalıklarıyla ve hastalıklarının semptomlarıyla ilgili görüşleri nadiren sorgulanmaktadır. Bazende hastalar hastalıklarıyla ilgili inanışlarını paylaşmak istememektedirler (15).

Çalışmamızda HAÖ kullanılarak başağrısı hastalarının kendileri ve hastalıklarına yönelik algıları incelenmiştir. HAÖ 'nin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi, Onkoloji Enstitüsünde yapılmış ve 2007 yılında yayınlanmıştır (16).

Çalışmamızın amacı ülkemizdeki baş ağrısı hastalarında hastalık algısı ile hastalarda tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlerinin yerini belirlemektir. Bu tür tedavileri kullanan baş ağrısı hastalarının sosyodemografik özellikleri, bu tedavileri kullanma nedenleri, bu tedaviye ve hastalıklarına bakışları ortaya konmaya çalışılmıştır. Bilginiz dâhilinde bu tür bir çalışma ülkemizdeki baş ağrısı hastaları için ilk olma özelliği taşımaktadır.

2. GENEL BİLGİLER

Baş ağrısı, sıklığı, toplumun büyük bölümünü etkilemesi ve bazende hayati tehlikeye neden olabilecek hastalıkların belirtisi olması nedeniyle üzerinde önemle durulması gereken bir belirtidir (17).

Baş ağrısı insanoğlunu uygarlığın erken dönemlerinden bu yana etkilemiştir. Baş ağrısı ile ilişkili tarihi ve bilimsel kaynakların genellikle migren hakkında olduğu dikkati çekmektedir. Migren terimi ilk kez Galen'in milattan sonra yaklaşık 200 yılında kullandığı Yunanca hemicrania kelimesinden türetilmiştir. Migrenin diğer sık görülen baş ağrılarından ayrımı ilk kez 1783' de Tisso tarafından yapılmış ve supraorbital nevralji olarak isimlendirilmiştir. Takip eden yüzyılda Du Bois Reymond, Mollendorf ve Eulenburg migren için farklı vasküler teoriler öne sürmüşlerdir. Liveing 1873'de migren hakkında ilk monografi yazmış ve migrenin nöral teorisini ortaya koymuştur. Sorunu "sinir fırtınaları" olarak adlandırdığı otonom sinir sistemindeki bozukluklara bağlamıştır (2).

Baş ağrısının etyolojisine yönelik hipotezler 1900 yılında Deyl ve Spitzer tarafından öne sürülmüştür (18). John Graham ve Harold Wolff 1930 yılında vasküler teoriyi tanımlamıştır. Bu teoride aura belirtileri intrakraniyal arterlerde vazokonstriksiyona; baş ağrısı ise eksternal ve internal karotis arterin dallarında aşırı genişlemeye bağlanmıştır (19).

Ergotaminin kan damarlarında vazokonstrüksiyon yaparak etkisini gösterdiği 1938 yılında gösterilmiş ve bu durum migrenin vasküler teorisi için bir kanıt olarak kullanılmıştır (2). Leao tarafından 1944 yılında ve takip eden süreçte Olesen ile Lauritzen tarafından nörojenik teori öne sürülmüştür (20).

2.1. Baş Ağrısı Sınıflama ve Tanısı

Baş ağrıları ilk olarak 1962 yılında Ad-Hoc Committee tarafından sınıflandırılmıştır (21). Takip eden dönemde bu sınıflamanın da yetersiz kalması üzerine 1988 yılında IHS tarafından tüm baş ağrılarını içeren sınıflama ve tanı ölçütleri yayınlanmıştır (22). Ancak bu sınıflama da sadece bazı baş ağrılarını tanımlamakta ve yeni

tanımlanan baş ağrılarını kapsamakta yetersiz kaldığı için 2004 yılında IHS tarafından yeni bir sınıflama yapılmıştır (23).

Bu sınıflama komitesi belirti ve etyolojilerine göre baş ağrılarını A, B, C olmak üzere 3 bölüm ve bu bölümlere dağıtılmış toplam 14 ayrı grupta toplamıştır (24).

Tablo 1. Uluslararası Başağrısı Topluluğu (IHS) 2004 sınıflama sisteminde primer başağrısı bozuklukları (23)

1. <u>Migren</u> 1.1. Aurasız migren 1.2. Auralı migren (nonmigren başağrılı ve başağrısız aura, ailesel ve sporadik hemiplejik migren ve baziler tip migren gibi alt grupları vardır) 1.3. Sıklıkla migren öncülü olan çocukluk çağı periyodik sendromları (sıklık kusmalar, abdominal migren, çocukluk çağıının iyi huylu paroksizmal vertigosu gibi alt grupları vardır) 1.4. Retinal migren 1.5. Migren komplikasyonları (kronik migren, status migrenozus, ısrarlı aura, migrenöz infarkt, migrenin tetiklediği nöbet gibi alt grupları vardır) 1.6. Olası migren (Olası aurasız migren, Olası kronik migren olmak üzere 2 tipi vardır)
2. <u>Gerilim tipi başağrısı</u> (perikranyal duyarlılığın eşlik ettiği ve etmediği tipler) 2.1. Seyrek epizodik gerilim tipi başağrısı 2.2. Sık epizodik gerilim tipi başağrısı 2.3. Kronik gerilim tipi başağrısı 2.4. Olası gerilim tipi başağrısı (Olası sık olmayan epizodik gerilim-tipi baş ağrısı, Olası sık epizodik gerilim-tipi baş ağrısı, Olası kronik gerilim-tipi baş ağrısı)
3. <u>Küme başağrısı ve kronik paroksizmal hemikranya</u> 3.1. Küme başağrısı 3.2. Paroksizmal hemikranya (epizodik ve kronik) 3.3. Konjunktival kanlanma ve yaşarmalı kısa süreli tek yanlı nevralfiform başağrısı (SUNCT) 3.4. Olası trigeminal otonomik başağrısı (Olası küme baş ağrısı, Olası paroksizmal hemikrania, Olası SUNCT)
4. <u>Diğer primer başağrıları</u> 4.1. Primer saplanıcı başağrısı 4.2. Primer öksürük başağrısı 4.3. Primer egzersiz başağrısı 4.4. Cinsel etkinliğe eşlik eden primer başağrısı (preorgazmik, orgazmik) 4.5. Hipnik başağrısı 4.6. Primer gökgürültüsü başağrısı 4.7. Süreğen yarım başağrısı (Hemikranya kontinua) 4.8. Yeni günlük ısrarlı başağrısı

2.2. Migren

2.2.1. Migren Tanımı ve Epidemiyolojisi

Migren yaygın, çok faktörlü nörovasküler bir beyin bozukluğudur. Tipik olarak iş gücü kaybına neden olan tekrarlayıcı baş ağrısı atakları ve otonomik sinir sistemi disfonksiyonu ile ilişkili belirtilerle tanımlanmaktadır (aurasız migren); hastaların üçte birinden fazlasında ataklara aynı zamanda geçici fokal nörolojik aura belirtileri de eşlik eder (auralı migren) (23).

Migren birincil baş ağrıları içinde en fazla iş gücü kaybına neden olan baş ağrısıdır (25). Migrenlilerin yaklaşık % 60'ında ataklar ayda bir ya da daha seyrek olurken, % 10'unda ataklar ayda 5 veya daha fazladır (2).

Batı dünyasında IHS kriterleri uygulandığında, migrenin 1 yıllık prevalansı erkekler de % 6-9, kadınlar da % 15-17 bulunmuştur (26). Ülkemizde yapılan baş ağrısı epidemiyolojisi çalışmasında, 15-55 yaş grubunda migren prevalansı % 16,4 olarak bulunmuştur, bu oran kadınlarda % 21,8, erkeklerde % 10,9 olarak saptanmıştır. Migren her yaşta görülebilsede en sık orta yaş grubunda görülür (27). Migrenlilerin ¼'ünü auralı migrenliler oluşturur (28).

Migren prevalansındaki cinsiyet farklılıklarının nedeni anlaşılamamıştır, ancak kadın ve erkek cinsiyet arasındaki hormonal farklılıklara bağlı olabileceği düşünülmektedir (2).

Migren genellikle çocukluk veya ergenlik döneminde başlar ve yaş ilerledikçe sıklığı azalır. Yapılan çalışmalarda, 13 yaşından önce kız ve erkek çocuklar arasında migren insidansı açısından fark bulunamamıştır. Pubertenin başlamasıyla kadınlarda insidansın arttığı, doğurganlık çağındaki kadınlarda prevalansın % 15'i geçtiği saptanmıştır (25).

Bazı çalışmalar eğitim ve sosyo-ekonomik düzeyi düşük kişilerde migren prevalansını daha yüksek bulurken (29), sosyoekonomik durum arasında herhangi bir ilişkinin bulunmadığı çalışmalar da mevcuttur (30). Stewart WF ve ark.'ları migren prevalansını Amerika'da yaşayan Kafkas kökenli kadınlarda % 20,4 olarak saptamışlardır. Bu oran Afrikalı (% 16,2) ve Asyalı (% 9,2) kadınlardan daha

yüksektir. Erkeklerde de benzer bulgular elde edilmiştir. Bu çalışma irksal özelliklere ve genetik yatkınlığa dikkat çekmiştir (31).

Migren tipi baş ağrısına toplumda sık rastlanması, baş ağrılarının günlük yaşam kalitesini bozması, işgücü kaybına neden olması, tanı ve tedavideki eksikliklerin neden olduğu gereksiz ilaç harcamaları migren ile ilgili çalışmalarda vurgulanan toplumsal açıdan önemli sosyal ve ekonomik sorunlardır (25).

2.2.2. Migren Klinik Özellikleri

Geleneksel olarak migren atağının 5 evresi olduğu kabul edilir. Bunlar: haberci evre (prodrom), aura, baş ağrısı evresi, ağrının bitişi ve ağrı sonrası evre (postrom)' dir. Bununla birlikte bu evrelerin hepsi bir arada görülmeyebilir. Aura dışındaki diğer evrelerin başlangıç ve bitişi de belirgin olmayabilir (26).

Haberci Evre(Prodrom): Baş ağrısından saatler veya günler önce başlayan bu evrede belirtilerden hipotalamusun sorumlu olabileceği düşünülmektedir ve bu evre migren hastalarının % 59-63'ünde görülmektedir (2, 17, 26, 32).

Bu dönem iştah değişikliği (acıkma, susama), duyu-durum değişikliği (depresyon, öfori, huzursuzluk), bilişsel fonksiyonlarda değişiklikler görülebilir. Migrenin öncül evresinde görülebilecek başlıca belirtiler şunlardır (33) ;

Nöro-psikolojik belirtiler

- Aşırı duyarlılık, tepkisellik, depresif duyu durumu
- Öfori, nadiren hiperaktivite
- Durgunluk/donukluk, konsantrasyon güçlüğü ve dikkatte azalma,
- Kelime bulma güçlüğü, konuşurken takılma
- Işık-ses-koku duyarlılığında artış
- Esneme, uyuma isteği

Sistemik / Otonom belirtiler

- Ense sertliği
- Halsizlik
- Açlık, tatlı yeme isteği, iştah artışı veya iştahsızlık
- Aşırı su içme, vücutta su tutulması, sık idrara çıkma
- Karında şişlik hissi, kabızlık veya ishal

Aura Evresi:

Migren aurası, migren atağı öncesinde veya atak sırasında görülen fokal nörolojik bulgulardır. Aura genellikle ağrının hemen öncesinde veya ağrıyla aynı zamanda başlar, ancak ağrının başlamasından sonra da nadiren aura başlayabilir. Tipik aura, bir veya daha fazla geri dönüşümlü fokal nörolojik semptomlar görülmesi ve bu semptomların 5-20 dakika içinde adım adım gelişip her bir semptomun 60 dakikadan kısa sürmesi şeklindedir (23). Auranın bitişini takiben 60 dakika içinde aurasız migrendekine benzeyen baş ağrısı başlar. Auralı migrenli hastaların çoğunda aurasız migren atakları da görülür. Daha seyrek olarak aurayı takip eden başağrısı migrenöz özellikler taşımayabilir veya aurayı takiben başağrısı hiç görülmeyebilir (23).

Aura nadiren baş ağrısıyla birlikte başlayabilir ve 60 dakikadan uzun sürebilir. En sık görülen aura görsel auradır. Seyrek olarak duysal, motor belirtiler, konuşma bozukluğu, oftalmopleji, beyin sapı işlev bozukluğu gibi auralar olabilir ve bunlara görsel bulgular eşlik edebilir (17).

Baş Ağrısı Evresi:

Migren başağrısı çocuklarda genellikle bilateral, erişkinlerin % 80-84'ün de ise unilateraldir. Ağrı genellikle enseden başlar, daha sonra frontotemporal bölgeye yerleşir. Zonklayıcı baş ağrısı vardır ve hastaların % 78-82'sinde fiziksel aktivite ile şiddetlenir (23, 26, 32).

Baş ağrısı hastaların % 20 kadarında hep aynı taraftadır. Atak sırasında ağrı başın bir yarısından diğer yarısına veya enseden omuza yayılabilir. Hastalar ağrı sırasında karanlık sessiz bir odada yatmayı tercih ederler. Hastaların çoğu ağrı sırasında veya sonrasında kafa derisinde hassasiyet tanımlarlar. Migrenlilerin % 40'ın da ataklar arası dönemde idiyopatik saplanıcı başağrısı görülür (32). Fotofobi ve fonofobi hastaların % 93-97'sinde görülür. Bulantı ve/veya kusma kadınlarda daha sıktır ve atakların % 66-70'inde görülür (26).

Baş ağrısı sıklıkla hastalar sabah uyandıklarında hafif şiddette başlar ve takiben saatler içinde adım adım şiddetlenir ve pik şiddete ulaşır. Fakat baş ağrısı günün herhangi bir saatinde de başlayabilir (26). Ağrı şiddeti orta veya ileri derecededir. Visuel analog skalasına (VAS) göre 7-8 şiddetindedir. Ağrı tedavi verilmezse genellikle 4-72 saat sürer (34, 35).

Düzelme Evresi:

Baş ağrısının maksimum şiddeti genellikle saatler içinde azalır ve sonunda ağrı sonlanır. Çoğu zaman uyku sırasında ağrı geçer. Ortalama atak süresi, adölesan ve genç erişkinler de genellikle bir günden kısa, erişkin kadınlar da ise daha uzundur. Tamamen geçtikten sonra ağrı genellikle tekrarlar. Ağrısız dönem 24 saatten kısa sürdüğünde, araştırmacılar bunu genellikle, ağrının aynı ve tek atak içinde aşırı dalgalanması olarak kabul etmektedirler. Ağrı sonrası bile hastalar sıklıkla fotofobi, allodini gibi nöral hipereksitabilite işaretleri tanımlarlar. Ağrı sonrası evrede esas yakınma ise mental yorgunluk gibi bilişsel zorluklardır (26). İritabilite, kayıtsızlık, yorgunluk yakınmaları ağrı sonrası evrede de görülebilir (32).

2.2.3. Migrenin Patofizyolojisi

Migren patogeneze yönelik yapılan araştırmalar sonucunda baş ağrısının temel mekanizmaları aydınlatılabilmiş ve trigeminovasküler sistem ile ağrıya eşlik eden periferik mekanizmalar önemli ölçüde tanımlanmıştır. Fonksiyonel görüntüleme yöntemleriyle migren ağrısı sırasındaki beyin sapı aktivasyonu gösterilmiştir. Ayrıca genetik ve nörofizyolojik incelemelerle nörotransmitter salınımında kritik rol alan iyon kanalı mutasyonları saptanmıştır (36). Migrenin birincil nöronal bir süreç olduğu düşünülmektedir (37,38).

Migren baş ağrısında nöronal aktivasyona ikincil olarak vasküler değişiklikler görülmektedir. Serebral korteksin aşırı uyarılabilirliği söz konusudur. Birçok gen üzerindeki etkiler de nöronların iyon kanallarında (özellikle kalsiyum iyon kanalları) bozukluklara neden olmaktadır. Aşırı uyarılabilir serebral kortekste iç veya dış faktörlerle nöronal depolarizasyon tetiklenmekte ve sonuçta ortaya çıkan yayılan kortikal depresyon dalgası (KDD) migrende aura ve trigeminovasküler sistemin aktivasyonundan sorumlu tutulmaktadır (2).

KDD, 3-5 mm/dakika hızla kortekste yayılan nöronal ve glial depolarizasyon dalgası olup görsel aurayla ilişkilidir. Bu olay, aura sırasında tek taraflı oksipital lobdan yayılan nöronal ve glial bir eksitasyon dalgasıdır. KDD sırasında ekstrasellüler iyon ve nörotransmitterlerde geçici artış ve hiperemi,

ardından uzun süreli beyin kan akımı (BKA) ve nöronal uyarılabilirlikte azalma görüldüğü belirtilmiştir (39).

Birincil baş ağrıları ve özellikle de migren baş ağrısı patogenezi anlamak için başın ağrı duyusunu taşıyan trigeminal siniri ve vasküler innervasyonu iyi bilmek önemlidir. Trigeminal sinir oftalmik dalı aracılığıyla pia, araknoid ve dura materdeki damarları, intrakraniyal damarların proksimalini yoğun bir biçimde innerve etmektedir. Trigeminal aksonların ve ağrı duyusunu algılayan reseptörlerin damar çevresindeki yerleşimi nedeniyle meninksler ve büyük damarlar ağrıya duyarlı olduğu halde trigeminal innervasyondan yoksun olan beyin parankimi ağrı duyusuna hassas değildir (40, 41).

Küçük çaplı trigeminal sinir liflerinin bir kısmı aksonal dallanma nedeniyle hem pia-araknoid (orta serebral arter) hem de dural damarları (orta meningeal arter) innerve etmektedir (42, 43).

Trigeminal sinirin periferik aksonlarının aktivasyonu ağrı duyusunu trigeminal gangliona ulaştırır. Trigeminal ganglionlara ulaşan ağrı duyusu da trigeminal sinirin santral aksonları aracılığıyla, sinirin ikinci nöronlarının bulunduğu ve C2 seviyesinden bulbusa kadar uzanan trigeminal kaudal nükleusa (TCN) iletilir. Periferik trigeminal aksonların aktivasyonu bir yandan da antidromik olarak içerdği nöropeptitlerin [Kalsitonin gen ilişkili peptid (KGİP), substance P, nörokinin A] perivasküler alana salınmasıyla vazodilatasyon, kan akımı artışı ve protein ekstrasvazyonuna, yani nörojenik inflamasyona neden olur. Bu vazodilatasyon ve ödem perivasküler trigeminal aksonların daha fazla uyarılmasına ve beyin sapındaki trigeminal nükleusta c-fos ekspresyonuna yol açarak daha fazla ağrıya yol açmaktadır (44, 45).

Günümüzde migren modellerinde nörojenik inflamasyonun varlığı gösterilmiştir ve tedavide kullanılan triptanlarla nörojenik inflamasyon bloke edilebilmektedir. Ataklar arasında KGİP düzeylerinin yüksek bulunması da periferik trigeminal aktivasyonun bir göstergesidir. Ağrının TCN'tan ön beyin bölgelerine iletilmesi sırasında beyin sapındaki çoklu sinaptik bağlantıları nedeniyle superior salivator nükleus uyarılmakta, ganglion pterigopalatinum ve ganglion otikum aracılığı ile parasempatik aktivasyon ve bu yolla da vazodilatasyon oluşmaktadır (46, 47).

Nitrik oksit (NO)' in migren patogeneğinde potent bir vazodilatatör ve haberci olduğu, kraniyal damarlarda nörojenik inflamasyonun başlaması, devam ettirilmesi (48) ve perivasküler sinir sonlarında KGİP salınımına yol açmada önemli rol oynadığı belirtilmektedir. Ayrıca intravenöz (i.v) uygulanan NO sentetaz inhibitörlerinin akut atakta kullanımı ile ilgili çalışmalar da mevcuttur (49).

Beyin sapının atağın erken evresinde rolü olduğuna işaret eden bulgular vardır; migren atağı sırasında pozitron emisyon tomografi (PET) ile dorsal ponsta aktivite görülmüştür ve bu aktivite, baş ağrısı, fotofobi ve fonofobinin başarılı tedavisinden sonra da devam etmiştir (26). Buna dayanarak beyin sapının migrenin jeneratörü olabileceği öne sürülmüştür. Trigeminoasküler nosiseptif uyarıların düzenlenmesinde lokus seruleus ve dorsal rafe çekirdekleri gibi aminojik beyin sapı çekirdeklerinin önemli rol oynadığı görüntüleme çalışmalarıyla gösterilmiştir (50). Yapılan çalışmalarda bu yapılardan mezansefalon dorsal rafe çekirdeğinin uyarılması deney hayvanlarında BKA' nı artırırken lokus seruleusun uyarılması BKA' nı özellikle en belirgin şekilde oksipital kortekste azaltmıştır ve eş zamanlı olarak ekstraserebral damarlarda vazodilatasyona yol açtığı görülmüştür (2).

Trigeminoasküler sistemin etkilemesiyle de ağrının ortaya çıkabileceği düşünülmektedir. Ancak başka bazı ağrılı durumlarda da aynı beyin sapı bölgelerinde aktivasyonun gözlenmesi söz konusu bölgelerin migrene ne kadar özgül olduğunun sorgulanmasına neden olmaktadır. Saptanan beyin sapı aktivasyonunun ağrının modülasyonu ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir (16).

Auralı migren, glutamat ve muhtemel aspartat gibi eksitatör aminoasitleri içine alan bir nöronal aşırı uyarılabilirlikle ilişkilidir. Beyin magnezyum konsantrasyonunda azalmanın yayılan depresyondan ve nöronal aşırı duyarılılaşmadan sorumlu olabilecek N-metil D aspartat (NMDA) reseptörünün cevaplılığını arttırabileceği düşünülmüştür (2).

Genetik epidemiyoloji çalışmalarda, aurasız migrenlinin birinci dereceden akrabalarında risk 1,9 kat artmışken, auralı migren riskinin 4 kat artmış olması, auralı migrende kalıtsal etkinin daha güçlü olduğunu düşündürmektedir (51).

Auralı migrenin en ağır formunu oluşturan otozomal dominant geçiş gösteren ailesel hemiplejik migren (AHM) gibi homojen alt grupların genetik incelemesi hastalığın patogeneğine ait çok önemli verilerin saptanmasına yol

açmıştır. AHM hastalarının yarısında 19. kromozomda yer alan nöronal P/Q tipi kalsiyum kanallarının alt ünitesini kodlayan CACNA1A geninde missense mutasyon mevcuttur. Son zamanlarda ikinci AHM gen (AHM2) mutasyonu 1. kromozomda (1q23) Na/K ATPaz geninde saptanmıştır (52). Başka kanal patolojilerinin de migren patofizyolojisinde yeri olabileceği düşünülmektedir (2).

Özetle genetik yatkınlığı olan kişilerde iç ve dış uyaranların tetiklemesi ve normalde duyuşal girdiyi düzenleyen beyin sapı mekanizmalarının fonksiyon bozukluğu sonucunda migren ağrısının ortaya çıktığı düşünülmektedir.

2.2.4. Migrende Tanı

Migren tanısında ağrının detaylı hikâyesi en önemli yeri tutar. Çünkü migrende muayene bulguları ve laboratuvar incelemeleri normaldir (19). Laboratuvar ve görüntüleme yöntemleri genellikle sekonder nedenleri dışlamak için kullanılır (2).

Baş ağrısındaki tanı kriterleri, klinikte tanıya varmaktan çok, bilimsel araştırmalarda hasta grupları alınırken bunların tanısında bir standardizasyona gitmek için geliştirilmiştir. Bu kriterler klinik pratikte hasta değerlendirilirken yardımcı olmakla birlikte, birçok olguda hastanın çok farklı tipte ve “bilinen kriterlerle” açıklanamayan bir baş ağrısı olduğu gözlenecektir. Sonuçta tanının hekimin bilgi ve klinik tecrübesine bağlı olduğu unutulmamalıdır (19).

Migrenli hastaların $\frac{1}{4}$ 'ünde ataklar halinde gelen baş ağrısı, aşırı ilaç kullanımı, diğer arttırıcı etkenler veya eşlik eden diğer durumlar nedeniyle zaman içinde sıklaşıp günlük veya gün aşırı gelen baş ağrısı karakterine dönüşebilir.

2.2.4.1. Migren Tanı Kriterleri (IHS 2004) (23)

A. Birincil Baş Ağrıları

1.Migren

1.1. Aurasız migren

1.2. Auralı migren

1.2.1 Özgün auralı migren

1.2.2 Özgün auralı, migrene benzemeyen baş ağrısı

1.2.3 Baş ağrısız özgün aura

1.2.4 Ailesel hemiplejik migren (AHM)

1.2.5 Sporadik hemiplejik migren

1.2.6 Baziler migren

1.3. Migrenin yaygın öncülleri olabilecek çocukluk çağının periyodik sendromları

1.3.1 Tekrarlayıcı kusma

1.3.2 Abdominal migren

1.3.3 Çocukluk çağının iyi huylu, ataklarla giden baş dönmesi

1.4. Retinal migren

1.5. Migren komplikasyonları

1.5.1 Süregen migren

1.5.2 Migren statusu

1.5.3 İskemi olmaksızın dirençli aura

1.5.4 Migrene bağlı infarktlar

1.5.5 Migrene bağlı epileptik nöbetler

1.6. Olası migren

1.6.1 Olası aurasız migren

1.6.2 Olası auralı migren

1.6.3 Olası süregen migren

1.1. Aurasız Migren (Yaygın Migren, Hemikraniya Simpleks)

Tanım: 4-72 saat süren ataklar şeklinde ortaya çıkan, genellikle tek taraflı, zonklayıcı, orta veya şiddetli, günlük bedensel hareketlerle artış gösteren, fotofobi, fonofobi, bulantı ve kusmanın eşlik ettiği tekrarlayıcı bir baş ağrısı hastalığıdır.

Tanı Ölçütleri:

A. B-D ölçütlerine uyan en az 5 atak varlığı

B. 4-72 saat süren baş ağrısı atakları (tedavi edilmiş olsun ya da olmasın)

C. Baş ağrısı atakları aşağıdaki özelliklerden en az ikisini taşımalıdır.

1. Tek taraflı

2. Zonklayıcı özellikte

3. Orta ya da ağır şiddetli
 4. Günlük bedensel hareketlerle şiddetlenme
- D. Baş ağrısı sırasında aşağıdakilerden en az birisi bulunmalıdır
1. Bulantı ve/veya kusma
 2. Fotofobi ve fonofobi
- E. Başka bir organik hastalık işareti olmamalı

1.2. Auralı Migren (Klasik, Oftalmik, Hemiparestezik, Hemiplejik ya da Afazik Migren): Tanım: 5-20 dakika içinde gelişen ve 60 dakikadan kısa süren, geri dönüşümlü fokal nörolojik belirtilerden oluşan ataklar şeklinde olan yineleyici bozukluktur. Aura belirtilerini genellikle aurasız migren tipi baş ağrısı izler. Daha az sıklıkla baş ağrısı migren özellikleri içermez veya hiç yoktur.

1.2.1. Özgün Auralı Migren: Tanım: Özgün aura, görsel ve/veya duysal ve/veya konuşma ile ilgili belirtilerden oluşur.

1.2.2. Özgün Auralı, Migrene Benzemeyen Baş Ağrısı: Tanım: Özgün aura, görsel ve/veya duysal ve/veya konuşma ile ilgili belirtilerden oluşur. Baş ağrısı aurasız migren tanı ölçütlerini taşımaz.

1.2.3. Baş Ağrısız Özgün Aura: Tanım: Burada baş ağrısı hiç olmaz ya da auradan sonra 60 dakika içinde başlamaz. 40 yaşından sonra, negatif görsel belirtiler, çok uzun veya çok kısa sürüyorsa önce diğer nedenleri araştırmak gereklidir.

1.2.4. Ailesel Hemiplejik Migren (AHM): Tanım: Kas gücü kaybı şeklinde aurası olan migren baş ağrısıdır. En az bir tane birinci veya ikinci derece yakınlarında motor güçsüzlük şeklinde aurası olan migren baş ağrısının bulunması bu tanıyı düşündürmelidir. AHM'de ataklarda bilinç bozukluğu, konfüzyon, ateş, BOS'da pleositoz bulunabilir. % 50'sinde süregen ilerleyici serebellar ataksi migren ataklarından bağımsız olarak görülebilir. AHM sıklıkla baziler tipte belirti verir.

1.2.5. Sporadik Hemiplejik Migren: Tanım: Hastada kas gücü kaybı ile birlikte olan auralı migren atağı görülürken birinci derece ya da ikinci derece akrabalarında kas gücü kaybıyla giden auralı migren öyküsü bulunmamalıdır.

1.2.6. Baziler-Migren (Baziler Arter Migreni): Tanımı: Baziler migren diyebilmek için, motor zaaf olmaksızın her iki oksipital hemisferden ve/veya beyin sapından kaynaklanan aura belirtilerini (dizartri, vertigo, tinnitus, işitme kaybı, diplopi, her iki gözde temporal ve nazal görme alanlarını içeren görsel belirtiler, ataksi, bilinç düzeyinde bozulma, eş zamanlı iki yanlı paresteziler) içeren migren atağı olmalıdır.

1.5. Migren komplikasyonları

1.5.1 Süregen migren [Kronik migren(transforme migren)]:Kronik migren, IHS baş ağrısı sınıflamasında migren komplikasyonları başlığı altında sınıflanmıştır. IHS sınıflamasına göre; üç aydan uzun süreyle, ayda en az 15 gün olan aurasız migren baş ağrıları varlığında, ilaç aşırı kullanımı yoksa kronik migren tanısı konabilir (23). Hastaların % 90'ında 2.-3. dekatta başlayan aurasız migren öyküsü vardır. Çoğu kadın olan bu hastaların migren atak sıklığı zamanla artarken eşlikçi semptomların sıklık ve şiddeti zamanla azalır (53, 54).

IHS sınıflamasının kronik migren hastalarını tanımlamada yetersiz kaldığı düşüncesiyle Silberstein ve Lipton önceden tanımladıkları “transforme migren” tanı kriterlerini güncelleştirmişlerdir (55).

Tablo 2. Silberstein ve Lipton'un transforme migren tanı kriterleri (55)

- | |
|--|
| <p>A. En az bir aydır, hergün veya hemen hergün olan (ayda ≥ 15 gün) baş ağrıları</p> <p>B. Tedavi edilmediği müddetçe ortalama baş ağrısı süresinin >4 saat olması</p> <p>C. Aşağıdakilerden en az birisi olmalı</p> <ol style="list-style-type: none">1. IHS kriterlerini karşılayan epizodik migren öyküsü2. Öyküde, en az 3 aydır, başağrısı sıklığında giderek artma ile migrenöz özelliklerin şiddetinde giderek azalma3. Süresi dışında, herhangi bir zamanda, IHS migren kriterlerini karşılayan baş ağrısı <p>D. Yeni günlük süregen baş ağrısı ve hemikraniya kontinua kriterlerini karşılamaması</p> <p>E. Başka bir hastalığa bağlı olmaması</p> |
|--|

Tekrarlayan migren ataklarının, duyarlı kişilerde trigeminal ağrı yollarının kronik santral desensitizasyonuna neden olduğu düşünülmektedir. Özellikle opioidlerin aşırı kullanımının santral ağrı yollarını duyarlılaştırdığı düşünülmektedir (56).

2.2.5. Migrende Tedavi

Migren tedavisi farmakolojik tedavi ve farmakolojik olmayan tedavi olmak üzere iki kısımdan oluşmaktadır. Farmakolojik tedavi ise akut atak tedavisi ve profilaksi olarak iki kısımdan oluşmaktadır. Akut atak tedavisinin amacı atağı sonlandırmak, profilaksi tedavisinin amacı ise atak sıklık ve şiddetini azaltmaktır (28).

Farmakolojik olmayan tedavide hastalara düzenli egzersiz, düzenli beslenme ve yeterince uyuma ve rutin günlük aktivitelerine devam etmeleri önerilir (28). Akut atakta karanlık ve sessiz bir odada yatmaları önerilir (32). Bazı hastalara gevşeme, biofeedback, bilişsel davranışçı terapi önerilebilir (28).

2.2.5.1. Migrende akut atak tedavisi

Ağrı kesici ve NSAİ (Non steroid anti inflamatuvar) ilaçlar erken dönemde ilk sıra atak tedavisi olup, yüksek doz kullanılır. Aspirin, parasetamol, diklofenak, ibuprofen, flurbiprofen, naproksen, piroksikam, tolfenamik asit gibi NSAİ ilaçlar çalışmalarda plasebodan üstün bulunmuşlardır (57).

Migrende sık görülen bulantı tedavisi için metoklopramid, domperidon, proklorperazin önerilir. Metoklopramid ve domperidon prokinetik etkiye de sahip olduğundan atak esnasındaki gastrik stazi da düzeltir (26).

Eğer hastanın atakları basit analjeziklere ve antiemetiklere cevap vermiyorsa migren atak tedavisine spesifik olan tedavi seçeneklerinden triptanlara başlanmalıdır (26). Triptanlar 5-hidroksitriptamin1 (5-HT₁) reseptör agonistleridir. Antimigren etkisi, nörojenik inflamasyonun merkezi sinir sisteminde ve trigeminal sinirde reseptöre bağlı nöral yol üzerinden bloke edilmesiyle gerçekleşir. Baş ağrısı başlamadan veya aurada kullanıldıklarında etkisizdirler. İlk olarak sumatriptan

kullanılmıştır ve 6 mg subkutan formun plasebo kontrollü pek çok çalışma da bir saatte atağın geçmesini sağlamada çok etkin olduğu gösterilmiştir (58).

Ülkemizde bulunan diğer triptanlar eletriptan, zolmitriptan, frovatriptan, naratriptan ve rizatriptandır. Yurtdışında almotriptan da mevcuttur. Triptanlar vazokonstriktör özellikleri nedeniyle iskemik kardiyak, serebrovasküler, periferik vasküler hastalığı olanlarda, kontrolsüz hipertansif hastalarda, reynaud hastalığı olanlarda, gebelerde ve laktasyonda kontrendikedir. Ayrıca monoamin oksidaz inhibitörleri ve ergo türevleriyle yakın zaman aralığında kullanılmamalıdır (59).

Triptanların kullanımından sonra diğer spesifik tedavi grubu olan ergo türevlerinin kullanımı azalmış ancak bazı hastaların bu ilaçlara daha iyi yanıt vermeleri nedeniyle hala kullanılmaktadırlar. Rebound baş ağrısı veya ergotizmi önlemek için ayda en fazla 10 gün kullanılmaları önerilir. Kontrendikasyonları triptanlara benzer ve etkinlikleriyle ilgili kanıtlar tutarsızdır. Tfelt-Hansen ve arkadaşlarının yaptığı bir derleme çalışmasında, yedi çalışmada plasebodan üstün, üç çalışmada plasebodan iyi olmadığı bulunmuştur (60). Atak tedavisinde opioidlerde kullanılabilir (28).

2.2.5.2. Migrende profilaktik tedavi

Profilaktik tedavi epizodik, kısa ve uzun süreli olarak yapılabilir. Epizodik profilaksi hastada örneğin egzersiz veya seksüel aktivite gibi atak tetikleyicileri varsa yapılır, hastaya sadece tetikleyici aktivite öncesi ilaç alması söylenir. Kısa süreli profilakside ise örneğin hastanın ağrısı menstrüasyon döneminde ortaya çıkıyorsa bu dönem başlamadan hemen önce ve bu dönem devam ettiği sürece ilaç tedavisi verilir (32).

Amerikan Nöroloji Akademisi tarafından önerilen profilaktik tedavi endikasyonları sık baş ağrısı olması, akut tedaviye rağmen aktiviteyi engelleyen rekürren migren varlığı, maliyet, hasta tercihi, kalıcı nörolojik sekele yol açabilecek hemiplejik migren, baziler migren veya uzamış auralı migren türlerinin olmasıdır (57). Profilaktik tedavide bazı antikonvülzanlar, beta blokürler, kalsiyum kanal blokürleri, antidepresanlar, serotonin antagonistleri, botulinum toksin tip A, NSAİD ve lityum kullanılmaktadır (61).

Migren hastasında eş zamanlı epilepsi, bipolar bozukluk ve anksiyete varlığında antikonvülzanlar iyi bir seçenektir. Karaciğer hastalığı, kanama diyeti, nefrolitiazis, obezite varlığında dikkatli olmak gerekir (61). Sodyum valproatın migrende etkili olduğu gösterilmiştir ve titrasyona göre doz ayarlanmalıdır (62). Topiramet migrende kullanılan yeni ilaçlardır ve kilo sorunu olanlarda iyi bir tercihtir (63). Ayrıca gabapentin, levetirasetam, zonisamid, lamotrijin gibi ajanlar da kullanılmaktadır (64).

Hipertansiyon, anjina, anksiyetesi olan hastalarda migren profilaksisinde beta blokörler tercih edilir. Ancak astım, depresyon, bradikardi, hipotansiyon, tip 1 Diyabetes Mellitus, Reynaud hastalığı, konjestif kalp yetmezliği ve uzamış aura varlığında dikkatli olunmalıdır (61).

Beta blokörler arasında sadece propranolol ve timololün migren profilaksisinde etkisi ile ilgili A düzey kanıt vardır. Diğer beta blokörler migren profilaksisinde B düzey kanıta sahiptir (28).

GTBA, depresyon ve anksiyete bozukluğu olanlarda migren varlığında antidepresanlar özellikle amitriptilin tercih edilirken, beta blokörlere dirençli hastalarda kalsiyum kanal blokörleri tercih edilir. Kalsiyum kanal blokörlerinin kullanımı ile ilgili en çok kanıt flunarizin kullanımıyla ilgilidir. Bunların dışında serotonin antagonistleri ve botulinum toksini tip A diğer tedavi seçenekleridir (57).

2.2.5.3. Migrende tamamlayıcı ve alternatif tedavi

Alternatif tedavilerin kullanımından ilgili bölümde detaylı olarak bahsedilecektir.

2.3. Gerilim Tipi Baş Ağrısı

2.3.1. Gerilim Tipi Baş Ağrısının Tanımı ve Epidemiyolojisi

Primer baş ağrıları arasında ise en sık karşımıza çıkan baş ağrısı tipi gerilim tipi baş ağrısıdır. Kas kasılmaları baş ağrısı, stres baş ağrısı, sıradan baş ağrısı, esansiyel baş ağrısı, psikojenik baş ağrısı GTBA için daha önce kullanılan terimlerdir (23).

GTBA'nın yaşam boyu prevalansı % 34,8-78 arasında bildirilmiştir. Bu oran kadınlarda % 37,1-88 arasında iken erkeklerde % 32,3-69 olarak tespit edilmiştir (65, 66). Sık epizodik GTBA'ya % 24-43, kronik GTBA'ya ise % 1-5,6 oranlarında rastlanılmaktadır (67). GTBA için bir yıllık prevalans ise % 18-23 arasında belirtilmiştir (68, 69). Türkiye'de yapılan 8-16 yaş grubu ile 7-21 yaş grubu arasında iki çalışmada GTBA prevalansı sırasıyla % 24,7 (70) ve % 20,4 (71) olarak bildirilmiştir. İleri yaşta ise 1 yıllık prevalans % 16-44,5 iken (72, 73) , Köseoğlu ve ark.'larının Kayseri ilinde 1146 kadında yaptıkları çalışmada % 18,8 oranında bildirilmiştir (74). Stovner ve ark.'nın derlemelerinde GTBA oranı % 42 ve kronik GTBA oranıysa % 3 olarak saptanmıştır (75).

GTBA'nın yaşam boyu yaygınlığı % 89'a ulaşmaktadır (76) , fakat insanların büyük bölümü ayda 1 gün ya da daha az GTBA yaşamaktadırlar ve artık bu kişilerin ağrısı sık olmayan EGTBA olarak sınıflandırılabilir (23).

Epidemiyolojik çalışmalarda ortalama başlangıç yaşı 20-30 olarak belirtilmiştir. Her iki cinsiyette de 20-39 yaşları arasında artan ağrı prevalansı, yaş ilerledikçe azalır (77). Kadınlarda erkeklere oranla biraz daha sık görülür. Erkek kadın oranı 4/5 bulunmuştur (24).

GTBA'nın epizodik ve kronik olmak üzere iki alt gruba ayrılması 1988'deki ilk sınıflamada yer almıştır. Son 2004 sınıflamasında EGTBA seyrek ve sık EGTBA adıyla ikinci bir alt sınıfa ayrılmıştır (78).

Epizodik GTBA ve kronik GTBA ayrımı ayın yarısından azını veya yarısından fazlasını başağrısı ile geçirme durumu ile ilişkilendirilmiştir. Sık görülmeyen epizodik GTBA'da ise ortalama her ay bir günden az süren en az 10 atak varken, sık görülen epizodik gerilim tipi baş ağrısında en az 3 ay boyunca ayda 1 veya daha fazla ancak 15 günden az süren en az 10 atak olarak belirlenmiştir (23).

Menstrüasyon, çevresel ve psikolojik faktörler, psikiyatrik bozukluklar, alkol ve beslenme baş ağrısını tetikleyen sık karşılaşılan nedenlerdendir (79-81).

GTBA nedeniyle hastaların % 18'i normal aktiviteyi bırakmak zorunda kalırken, % 44'ü aktivitelerinde kısıtlanma yaşamaktadır. Bu kısıtlanmaya rağmen, migren hastalarının % 40'ı, GTBA hastalarının ise % 80'den fazlası baş ağrısı nedeniyle doktora başvurmamaktadır (2).

Son zamanlarda yapılan bir çalışma sık GTBA olan hastalarda işe gitmeme oranlarının migrenli kişilere göre daha yüksek olduğunu ortaya koymuştur (76).

Sık epizodik GTBA olan hastalar kronik GTBA açısından da risk altında olabilir. Baş ağrısı sıklığının artması ve epizodik baş ağrısının kronikleşmesine transformasyon adı verilir. Ergotamin ve/veya analjezik aşırı kullanımı transformasyona yol açan en sık etkindir (46).

Her ne kadar GTBA daha çok dış faktörlere bağlansa da, çalışmalar kronik GTBA'sın da ailesel yatkınlığın rolüne dair veriler sunmaktadır. Russel ve ark.'nın, kronik GTBA olan hastaların birinci dereceden akrabalarında ve eşlerindeki sıklığını inceledikleri çalışmada, bir yıl boyunca, birinci dereceden akrabalarda rölatif risk 3,2 iken, eşlerdeki rölatif risk 1,2 bulunmuştur. Eşler, genetik risk faktörlerini paylaşmamasına rağmen aynı çevresel ortamı paylaştığından, bu bulgular genetik faktörlerin varlığını destekler niteliktedir (82).

2.3.2. Gerilim Tipi Baş Ağrısının Klinik Özellikleri

Uluslararası Baş Ağrısı Derneği sınıflaması gerilim tipi baş ağrısını migrenden ayırmıştır. Öncül belirtiler ya da nörolojik aura semptomları GTBA'da oluşmaz (78).

Baş ağrısı 30 dakikadan 7 güne kadar sürebilir ki bu durum kronik GTBA'da devamlı hal alabilir. Çift taraflı yerleşme eğiliminde, baskılayıcı/sıkıştırıcı vasıftadır. Ağrı çok şiddetli değildir, hafif veya orta şiddette olur ve yürüme veya merdiven çıkma gibi rutin fiziksel aktivitelerden etkilenmez (23, 83, 84).

İştahsızlık olabilir ancak mide bulantısı ve kusmanın olmaması, fotofobi ve fonofobiden birinden fazlasının da bulunmaması gerekir (23). Atak sırasında sıklıkla lokalizasyon değişebilir. Frontal ve temporal yerleşim oksipital yerleşimden daha sıktır. Bazı hastalarda boyun ve çene ağrısı, temporomandibüler eklemlerle ilgili ciddi sorunlar görülebilir. Tek taraflı baş ağrısı hastaların % 10-20'sinde olabilir (2).

Kafa derisi hassasiyeti migren ve GTBA hastalarında, baş ağrısı sırasında baş ağrısız kontrollere göre daha sıktır ve günlerce devam edebilir (46).

Tetikleyici faktörler GTBA'da migrene göre daha az belirgin ve seyrektr. Uykusuzluk en sık tetikleyici faktördür. Uykusuzluk normal sağlıklı popülasyonun % 39'unda GTBA'nı tetiklemiştir (78).

GTBA için herhangi bir tanı testi yoktur. Sekonder organik baş ağrısı tipleri sıklıkla GTBA'nı taklit eden belirtiler gösterebilirler. GTBA için herhangi bir tanı testi olmadığı için GTBA tanı kriterlerine uyan bir hasta değerlendirilirken klinisyen altta yatan organik nedenlere yönelik atipik bulgular ve nörolojik muayene açısından dikkatli olmalıdır (85, 86).

2.3.3. Gerilim Tipi Baş Ağrısının Patofizyolojisi

GTBA patogenezi henüz anlaşılamamıştır (84, 87, 88). Epizodik GTBA'nın periferik ağrı mekanizmalarına bağlı olabileceği, buna karşın kronik GTBA'da merkezi nosiseptif mekanizmaların önemli rolü olduğu düşünülmektedir (83). Gösterilen en belirgin klinik bulgu perikranial dokuların palpasyonu ile artmış hassasiyetidir (87, 89, 90).

Ayrıca ağrı eşiği basınç seviyesi kontrol grubuna göre kronik GTBA'lı hastalarda düşük olarak bulunmuştur (87, 91).

Baş ağrısının tetiklenmesinde perikraniyal kaslardan kaynaklanan nosiseptif uyarıların rolü olduğu düşünülmektedir. Periferik nosiseptör, servikal trigeminal kaudal nükleus veya supraspinal nöron düzeyinde sistemin duyarlılaşması ya da supraspinal yapılardan inen anti-nosiseptif aktivitenin azalmasının miyofasial ağrı ve hassasiyete yol açan muhtemel nedenler olduğu düşünülmektedir (46, 92).

Miyofasial ağrının kesin mekanizması bilinmemektedir. Lokal iskemi, mekanik uyarı, kimyasal mediyatörler, metabolizma veya mikro-dolaşımda bozukluk gibi çeşitli nedenler A ve C liflerini uyarıp duyarlı hale getirmektedir (93).

Uzun süreli sabit veya tekrarlayıcı aktivite sonrası perikraniyal kaslarda hassas noktaların ve GTBA'nın gelişebildiği bilinmektedir. Bu mekanizmaları açığa çıkarmak için yapılan bir çalışmada GTBA olan kişilerde sabit bir egzersiz sırasında hassas noktalarda laktat düzeyinde belirgin değişiklik olmaksızın kan akımında azalma saptanmıştır. Bu bulgu artmış santral duyarlılaşma ve ikincil olarak artmış sempatik girdiye bağlanmıştır (46).

Gerilim baş ağrısının fizyopatolojisinde boyun ve yüz kasları önem taşırken, migrende beyin damarlarında ve meningeal ağrı duyusunu taşıyan reseptörlerde aktivasyon ön plana çıkmaktadır. Santral ve periferik mekanizmaların önceliği hastadan hastaya veya bir hastada zaman içinde değişebilir. Tekrarlayıcı baş

ağrısında periferik etkenler rol oynarken, süreğen baş ağrılarında büyük olasılıkla ağrının supraspinal işlenmesinde ortaya çıkan değişiklikler etkili olmaktadır (46, 92).

Sık baş ağrısı olan GTBA hastalarında depresyon varlığı, laboratuvar şartlarında yapılan bir stres testi esnasında ve testi takiben baş ağrısı oluşmasına yatkınlığı artırdığı gösterilmiştir ve indüklenen bu baş ağrısı perikranial kas hassasiyetinde artış ile birlikte olmuştur. Bunun sonucunda araştırmacılar, depresyonun var olan merkezi sensitizasyonu artırmış olabileceğini öne sürmüşlerdir (94).

GTBA hastalarında miyofasiyal ağrı hassasiyetinde artışın, inflamatuvar mediyatörlerin salınımı ile ilişkili olabileceği ve bu inflamatuvar mediyatörlerin periferik duyuşal aferentlerde eksitasyon ve sensitizasyona neden olabileceği üzerinde de durulmuştur (95, 96).

Bu hipoteze zıt bir görüş içeren başka bir çalışmada Kronik GTBA'lı hastalarda inflamatuvar mediyatörler ve metabolitlerin in-vivo interstisyel konsantrasyonları normal bulunmuştur (97). Aynı çalışmacılar (98) miyofasiyal nosiseptörlerden glutamat salınımının deneysel olarak indüklenmiş kas ağrısı ve hassasiyette yer almadığını göstermiştir.

Serotonin, bradikinin, potasyum iyonları iskelet kası nosiseptörleri için etkili kimyasal uyarıcılardır (93).

Mork ve ark. (99) trapezius kasına endojen maddelerin bir kombinasyonunu infüze etmişler ve sık epizodik GTBA'lı hastaların sağlıklı kontrollere göre daha çok ağrı hissettiklerini göstermişlerdir. Birlikte yapılan psikofiziksel ölçümler hastalarda görülen kas hipersensitivitesinden miyofasiyal duyuşal afferentlerin periferik sensitizasyonun sorumlu olduğunu göstermiştir.

NO sağlayıcı gliseril trinitrat'ın kronik GTBA hastalarında sağlıklı kontrollere oranla daha fazla baş ağrısına yol açtığı saptanmıştır (100). Plasebo kontrollü bir çalışmada NO sentetaz inhibitörü kronik GTBA'nı anlamlı olarak azaltmış ve bu durum ağrıda NO oluşumunun rolü olabileceğini düşündürmüştür (93).

5-Hidroksi triptamin (5-HT) ile yapılan çalışmaların sonuçları çelişkilidir. Ancak migrendekinin aksine 5-HT döngüsü artmıştır. Plazma ve plateletlerdeki 5-HT konsantrasyonu epizodik GTBA'lı hastalarda artmış gözükmele birlikte periferideki 5-HT metabolizması normal gözükmemektedir (101). Serotonerjik disfonksiyonun

nosiseptif yolların santral sensitizasyonuna neden olarak, GTBA'nın kronik GTBA'na dönüşümüne yol açabileceği bildirilmiştir (96).

KGİP trigeminovasküler sistemi aktif hale getiren nörotransmitterdir. Kronik GTBA'lı hastalarda KİGP plazma konsatrasyonunda ağrısız ve ağrılı dönemlerde herhangi bir değişiklik tespit edilememişken pulsatil ağrısı olan kronik GTBA'lı hastalarda KGİP plazma düzeyi interiktal dönemde yüksek bulunmuştur (101). Substans P, Nöropeptid Y, vazoaktif intestinal peptid plazma konsantrasyonlarında kronik GTBA'sı olan hastalarla sağlıklı kontroller arasında farklı bulunmamıştır (101).

2.3.4. Gerilim Tip Baş Ağrısı Tanı Kriterleri (IHS 2004) (23)

A. Birincil Baş Ağrıları

2.1 Sık Olmayan Epizodik Gerilim Baş Ağrıları (EGTBA)

2.1.1 Perikraniyal Kasların Bozukluğu ile İlişkili Sık Olmayan EGTBA

2.1.2 Perikraniyal Kasların Bozukluğu Olmaksızın Sık Olmayan EGTBA

2.2. Sık EGTBA

2.2.1 Perikraniyal Kasların Bozukluğu ile İlişkili Sık EGTBA

2.2.2 Perikraniyal Kasların Bozukluğu Olmaksızın Sık EGTBA

2.3. Süregen Gerilim Baş Ağrısı (SGTBA)

2.3.1 Perikraniyal Kasların Bozukluğu ile İlişkili SGTBA

2.3.2 Perikraniyal Kasların Bozukluğu Olmaksızın SGTBA

2.4. Olası Gerilim Baş Ağrısı

2.4.1 Olası Sık Olmayan Epizodik GTBA

2.4.2 Olası Sık Olan Epizodik GTBA

2.4.3 Olası Süregen GTBA

2. Epizodik Gerilim Baş Ağrıları (EGTBA): Tanım: Dakikalar-günler süren baş ağrısı atakları vardır. Ağrı iki taraflıdır. Basınç veya sıkıştırıcı vasıflı ve hafif-orta şiddetlidir. Günlük bedensel hareketlerle şiddetlenmez. Bulantı yoktur. Fotofobi ya da fonofobi olabilir.

2.1. Sık Olmayan Epizodik GTBA

Tam Ölçütleri

- A. B-D' yi tam karşılayan ayda 1 günden az (<12 gün/yıl) olan en az 10 atak
- B. Baş ağrısı ataklarının 30 dk- 7 gün arasında sürmesi
- C. Aşağıdakilerden en az 2 tanesinin olması:
 - 1. İki taraflı yerleşim
 - 2. Basınc/sıkıştırıcı vasıflı
 - 3. Hafif-orta şiddetli
 - 4. Günlük bedensel hareketlerle artmayan ağrı
- D. Aşağıdakilerden 2 tanesinin olması
 - 1. Bulantı ya da kusmanın olmaması
 - 2. Fotofobi ya da fonofobiden birden fazlasının olmaması
- E. Başka bir organik bozuklukla ilişkili olmamalı

2.2. Sık Epizodik GTBA: Baş ağrısı atakları, ≥ 1 ve <15 gün/ayda en az 10 baş ağrısı atağı, en az 3 ay boyunca (≥ 12 ve <180 gün/yıl) olmalı, Sık Olmayan Epizodik GTBA'sında belirtilen B-D kriterlerini tam olarak karşılamalıdır.

2.3. Süreğen GTBA

Tam Ölçütleri

- A. Son 3 ay boyunca ayda ≥ 15 gün baş ağrısı atağı olması (≥ 180 gün/yıl) ve B-D tam olarak karşılanmalıdır
- B. Baş ağrısı saatler içinde sonlanır ya da süreğendir
- C. Aşağıdakilerden en az 2 tanesinin olması
 - 1. İki taraflı yerleşim
 - 2. Basınc/sıkıştırıcı vasıflı
 - 3. Hafif-orta şiddetli
 - 4. Günlük bedensel hareketlerle kötüleşmeme
- D. Aşağıdakilerden 2'sinin olması
 - 1. Hafif bulantı ya da fotofobi ya da fonofobiden bir tanesi

2. Ya orta ya da ağır bulantı ya da kusma

E. Başka bir hastalığa bağlı değildir

2.4. Olası GTBA

Tam Ölçütleri

A. 2.1. Sık olmayan veya 2.2. Sık EGTBA' nın, 2.3. Süreğen GTBA'nın A-D tanı ölçütlerinden biri dışında hepsini karşılayan baş ağrısı atakları

B. 1,1. Aurasız migren için tanı ölçütlerini tam doldurmayan ataklar

2.3.5. Gerilim Tipi Baş Ağrısı Tedavisi

GTBA tedavisi farmakolojik ve farmakolojik olmayan tedavi olarak ikiye ayrılır. Farmakolojik olmayan tedavilerden gevşeme egzersizleri, akupunktur, biyofeedback, hipnoz ve fizik tedavi yöntemlerinden bazı hastalar fayda görebilir (83). Ancak bu yöntemlerin etkinlikleri konusunda yeterli bilimsel kanıt yoktur (102).

Farmakolojik GTBA tedavisi ise akut ve profilaktik GTBA tedavisi olarak ikiye ayrılır.

Akut semptom tedavisinde sıklıkla analjezikler kullanılır. En sık kullanılan analjezikler parasetamol, aspirin ve non-steroid antiinflatuarlardır (103, 104). Bu ilaçların sık kullanımı İAKBA(İlaç aşırı kullanımı baş ağrısı) gelişmesine veya gastrik yan etkilere neden olabilir (84, 105, 106).

Trisiklik antidepresan (TSA)'lar GTBA profilaktik tedavisinde sık kullanılır, serotonin ve noradrenalinin santral sinir sisteminde geri emilimini inhibe ederek etki gösterdiği düşünülmektedir. Amitriptilinin özellikle kronik GTBA'da ağrı süre ve sıklığını azalttığı saptanmıştır. Diğer TSA'ların etkinliğine dair yeterli kanıt yoktur (84, 102, 105, 107).

TSA'ların bilinen yan etkileri kilo alımı, ortostatik hipotansiyon, sersemlik, sedasyon, bulanık görme, ağız kuruluğu, konstipasyon, kardiyotoksiste, ilaç etkileşimleri ve yüksek dozda kullanıma bağlı ölümdür (105).

Mirtazapin ile yapılan küçük bir çalışma mirtazapinin GTBA süresi ve sıklığını azalttığını göstermiştir (108). Serotonin-norepinefrin geri alım inhibitörü

olan venlafaksin GTBA tedavisinde etkili bulunmuş ancak geniş çalışmalara ihtiyaç duyulduğu vurgulanmıştır (105).

GTBA tedavisi için selektif serotonin geri alım inhibitörleri ile yapılan çalışmalarda tedavi etkinliği açısından yeterli kanıt elde edilememiştir. Diğer seçenek olan botulinum toksini kronik GTBA tedavisinde etkili bulunmamıştır (102).

2.4. Küme Baş Ağrısı ve Diğer Trigeminal Otonomik Sefalaljiler

2.4.1. Küme Baş Ağrısı Tanımı ve Epidemiyolojisi

Migren ve gerilim tipi baş ağrısına göre çok daha az sıklıkta rastlanan küme ve diğer trigeminal otonomik baş ağrılarının klinik özellikleri ve tedavi yaklaşımları farklılık göstermektedir (109).

Trigeminal otonomik sefalji (TOS)'ler tek taraflı baş ağrısı ile aynı tarafta belirgin göz yaşarması, konjunktival kızarıklık ya da nazal yakınmalar gibi kranial otonomik özelliklerle birliktelik gösteren birincil baş ağrısı bozukluklarıdır (110, 111).

TOS grubunda küme baş ağrısı, paroksizmal hemikrania ve kısa süreli tek taraflı nevralji tarzında baş ağrısı atakları ile konjunktival enjeksiyon ve göz yaşarması kranial otonomik özellikler (SUNCTSUNA) adı verilen baş ağrıları yer alır. "Hemikrania continua"nın bu gruba dâhil edilmesi tartışmalıdır (23).

Küme baş ağrısı 300 yılı aşkın süredir bilinmektedir. İlk kez 1641 yılında Nicolas Tulp tarafından bir hastada kısmen tarif edilmiş, daha sonra 1745 yılında Gernard Van Swieten ilk kez epizodik küme başağrılı hasta tanımlamıştır (109).

Harris 1925 yılında İngiliz literatüründe ilk küme başağrısı olgusunu 'migrainous neuralgia' olarak bildirmiştir. 1939'da Horton ve arkadaşları yeni bir vasküler başağrısı sendromu olarak küme baş ağrısını tanımlamıştır. Horner sendromu ve erkek dominansı dışındaki tüm özelliklerinden söz etmişlerdir. Kunkle ise 1952 yılında küme paternini tanımlamıştır (109).

İlk tanımlanmasından küme paterninin tanımlanmasına kadar geçen sürede silier nevralji, sfenopalatin ganglion nevraljisi, Bing'in eritroprosopaljisi, başın eritromelaljisi, hemikrania angioparalitika, Harris'in migrenöz nevraljisi, Gradner'in petrozal nevraljisi, otonomik sefalalji, kronik nevraljiiform hemikranya, histaminik

sefalalji, horton başağrısı, haris-horton hastalığı ve horton'un histaminik sefaljisi gibi isimlerle adlandırılmıştır (109).

Küme baş ağrısı görülme prevalansı toplumlara, yıllara ve çalışma dizaynlarına göre farklılıklar göstermektedir. Amerika'da % 0,4, İsveç'te % 0.09, San Marino'da % 0.07, İngiltere'de % 0,1 oranlar bildirilirken, Sjaastad ve ark. 1 yıllık toplum tabanlı çalışmalarında % 0,3, Ekbom ve ark. yaşam boyu prevelansı % 0,2 bildirmişlerdir. Genel görülme prevalansı % 0,1-0,4 olarak bildirilmiştir. Kadın/erkek oranı 1-2/5 'dir. 1960'lı yıllardaki oranlara göre 1990'lı yıllarda küme baş ağrısının kadınlarda görülme sıklığının arttığını gösteren çalışmalar mevcuttur (112, 113).

Hastaların çoğunda başağrısı 20-30'lu yaşlarda başlamaktadır (114). Ailesel özellik % 3-4 oranında saptanmıştır. Sigara içme, kafa travması ve aile hikâyesi olanlarda görülme sıklığı artabilmektedir (112, 113). Ancak sigaranın bırakılması ile küme baş ağrısının doğal seyrinde değişiklik olmaz (114).

2.4.2. Küme baş ağrısı Klinik Özellikleri

IHS 2004 tanı kriterlerinde tanımlanan küme baş ağrısı (23), epizodik veya kronik formlarda, çoğunlukla erkeklerde ortaya çıkan primer başağrılarından biridir. Olguların % 80-90'ı epizodik formda, % 10-20 kronik formda bildirilmiştir (115-117).

Alışılmış başlangıç yaşı 20'li yaşların sonu ile 30'lu yaşların başlangıcıdır (109). Epizodik formdan, kronik forma dönüşme olasılığı % 18 iken, kronik formdan epizodik forma dönüş daha nadirdir. Küme baş ağrısı periyodları başlangıçta daha düzenli iken sonraki yıllarda daha düzensiz aralıklarla ortaya çıkar. Ağrı periyodları 2-12 hafta arası değişse de genellikle 4-6 hafta sürer. Remisyon süreleri ortalama 6 ay-2 yıl arasındadır (115).

Küme periyodları aynı hastada yılın aynı ayında, aynı mevsiminde (ilkbahar ve sonbaharda) ya da hep aynı aralarla ortaya çıkar (109). Ancak küme periyodlarının mevsimsel değişimden bağımsız olduğunu iddia eden yayınlar da mevcuttur (115, 116).

Küme süresince ağrı atakları günaşırı birden, günde 8 atağa kadar değişebilmektedir. Küme atakları genellikle günün hep aynı saatinde 'çalar saat gibi'

gelir. Genelde sabah ve gece uyuduktan 1-3 saat sonra uykunun ilk REM döneminde hastayı uyandırır (109).

Küme baş ağrısı dayanılmaz şiddette, delici, oyucu, daha nadir zonklayıcı olarak tanımlanır. Süresi 15-180 dakikadır, % 75 oranında 60 dakika altında ağrı olabilir. Ağrının belirleyici özelliği unilateral olmasıdır; göz, göz çevresi, alın ve şakaklarda hissedilir, % 70 ağrı göz çevresinde hissedilir (115).

Çoğunlukla ağrı hep aynı tarafta olmakla birlikte, % 15-18 bir sonraki ağrı periyodunda, % 5-14 aynı periyod içinde taraf değişebilmektedir (115, 116). Aynı tarafta ağrıya eşlik eden ve tanı için mutlaka bir tanesinin olması gereken otonomik bulgulardan sıklık sırasıyla en fazla gözde yaşarma-kızarma, burun tıkanıklığı, burun akıntısı olup, parsiyel Horner sendromu % 16-84 oranında ağrıya eşlik etmekte, nadiren kalıcı olabilmektedir. Otonomik bulgular nadiren bilateralde olabilmektedir. Işık (% 5-72) ve ses hassasiyeti (% 12), bulantı (% 40) ve nadiren kusma görülebilmektedir (115).

Ayrıca bradikardi, hipertansiyon, mide asit sekresyonunda artış saptanabilir. Hastaların % 3'ünde otonomik bulgular görülmeyebilir (118, 119).

Ağrı atağı sırasında hastalar migren hastalarının aksine istirahatle duramaz, sürekli dolaşır, 'volta atar', kafasını biryerlere vurur ve ajitedir. Hastayı intihara götürebilecek kadar şiddetli bir ağrıdır (109). Alkol, nitrogliserin ve histamin ağrı periyodunda ağrıyı tetikleyebilir (119).

2.4.3. Küme Baş Ağrısı Patofiziolojisi

Küme baş ağrısının patogenezi tamamen anlaşılamamıştır. Ağrının oluşmasına trigeminal yolların aktivasyonunun aracılık ettiği, otonomik belirtilerin sempatik işlev bozukluğu ve parasempatik taşma sonucu olduğu düşünülmektedir (120).

İpsilateral lakrimasyon ve rinore kraniyal parasempatik sistemin, pitozis ve miyozis ipsilateral sempatik sistemin etkilendiğini gösterir (114). Periyodisite ise SSS döngü mekanizmalarında olasılıkla hipotalamik fonksiyon bozukluğunun sonucunda bir eksiklik olduğunu düşündürmektedir (120).

PET çalışmaları ile nitrogliserin kullanılarak provoke edilen küme baş ağrısında aynı taraflı ventral hipotalamik gri cevherde aktivasyon gösterilmiştir. Bu

bulgunun küme baş ağrısına spesifik olduğu düşünülmektedir. Benzer aktivasyon SUNCT sendromu hastalarında da görülmüştür (114).

Hipotalamik tutulumun belirtisi olarak küme periyodu sırasında plazma testesteron, lüteinizan hormon, kortizol, melatonin, prolaktin, folikül stimulan hormon, büyüme hormonu ve tiroid stimulan hormon düzeyindeki değişiklikler gösterilmiştir (114).

Trigeminovasküler sistemin küme baş ağrısında aktivasyonu KGIP'in atak sırasında kraniyal venöz sirkülasyonda belirgin artışı ile gösterilmiştir. Ayrıca parasempatik aktivasyona kanıt olarak başağrısı atağı sırasında kraniyal venöz kanda parasempatik nöropeptid olan vasoaktif intestinal nöropeptidte belirgin artış gösterilmiştir (120).

Trigeminal, sempatik ve parasempatik liflerin birlikte seyrettiği kavernoöz karotid arter sahası etyopatogeneizde olası etkilenen yer olarak ileri sürülmüş, ancak PET çalışmalarında aynı tarafta daha fazla olmak üzere bilateral kavernoöz sinüs bölgesinde aktivasyon gösterilmiştir. Manyetik rezonans görüntüleme (MRG)'de ise bu bölgede kesin patolojik değişiklikler izlenmemiştir. Orbital flebografi çalışmalarında kavernoöz sinüs bölgesinde venöz çıkış obstrüksiyonu gösterimli ancak bu durum küme baş ağrısına spesifik bulunmamıştır. Bu nedenle akım değişikliklerinin küme baş ağrısı oluşumunda temel olmadığı düşünülmüştür (114).

Küme baş ağrısında kanıtlanmış genetik defekt söz konusu değildir, ancak yapılan çalışmalarda saptanan bulgular ve bazı ailelerde normal populasyondan daha yoğun gözlenmesi kanıtlanmasa da genetik yatkınlık olabileceğini düşündürmüştür. Olasılıkla küme baş ağrısında genetik ve çevresel faktörlerin her ikisinde önemli olduğu patofizyolojisinde multifaktöriyel bir durum söz konusudur (109).

2.4.4. Küme Baş Ağrısı Tanısı

Küme baş ağrısının tipik özellikleri olmasına rağmen ayırıcı tanıda bu kliniği taklit edebilecek sekonder sebepler, migren, hipnik baş ağrısı ve diğer trigeminootonomik sefaljiler ayırıcı tanıda akılda tutulmalıdır (121). Küme başağrısı trigemino-otonomik sefaljiler grubuna üye primer baş ağrısıdır. Diğer trigemino-otonomik sefaljilerin tedavileri genellikle farklı olduğundan, küme baş ağrısından ayırtdilmelidir (120).

Küme baş ağrısı tanısı konmadan önce sekonder ağrı sebepleri ekarte edilmelidir. Atipik özellikler içeren öykü, parsiyel Horner sendromu dışındaki anormal nörolojik muayene bulguları sekonder sebepleri düşündürmelidir. Çeşitli enfeksiyonlar ve intrakranial tümörler ve damarsal patolojilerde sekonder küme baş ağrıları bildirilmiştir (122).

2.4.5. Küme Baş Ağrısı Tanı Kriterleri (IHS 2004) (23)

- A.** B-D ölçütlerini dolduran en az 5 atak
- B.** Şiddetli veya çok şiddetli, tedavi edilmezse, 15–180 dk. süren tek taraflı, orbital, supraorbital ve/veya temporal ağrı
- C.** Baş ağrısına aşağıdakilerden en az biri eşlik eder
 - 1. Aynı taraflı konjunktival kanlanma ve/veya lakrimasyon
 - 2. Aynı taraflı nazal konjesyon ve/veya burun akıntısı
 - 3. Aynı taraflı göz kapağı ödemi
 - 4. Aynı taraflı alın ve yüzde terleme
 - 5. Aynı taraflı miyozis ve/veya pitozis
 - 6. Huzursuzluk ve ajitasyon hissi
- D.** Ataklar günde 1 defadan günde sekize kadar sıklık gösterir
- E.** Alta yatan başka bir bozukluğun olmaması

2.4.6. Paroksizmal Hemikranya

Paroksizmal Hemikranya nadir görülen baş ağrısıdır. Prevelansı yaklaşık 1/50000'dir. Ağrı sıklığı, süresi ve indometazine kesin yanıt alınması ile küme baş ağrısı ve SUNCT sendromundan ayrılır (123).

Genellikle erişkin dönemde (sıklıkla 3. dekada) başlamaktadır, bunun yanında birkaç tane pediatrik vaka da bildirilmiştir (124). Küme baş ağrısından farklı olarak erkek/kadın oranı 1/3'dür (110, 125). Remisyon süresine göre epizodik ve kronik olarak tanımlanmış olan paroksizmal hemikranya % 20 epizodik, % 80 kronik formdadır (123).

Epizodik ve kronik paroksizmal hemikranya ayrımı zamansal profilleri ile ilişkilidir. Kronik paroksizmal hemikranya 24 saatlik periyod boyunca ortaya çıkan multipl, belirgin ataklar şeklinde hergün olur. Epizodik paroksizmal hemikranya ise remisyon periyodları ile ayrılan atak dönemleri ile karakterizedir. Epizodik formda atak süresi 2 hafta-5 ay, remisyon süresi ortalama 1-36 ay arasındadır (120). Ağrı sıklığı günlük ortalama 5-14 kez olur, ancak günde 1-40 arası ağrı sıklığı da olabilmektedir (125). Ağrı süresi 2-30 dakika arasındadır (123). Küme baş ağrısından farklı olarak gece ağrıları sık görülmez, ataklar gün boyunca düzenli olarak ortaya çıkar (125).

Ağrı tek taraflı, zonklayıcı, saplayıcı, keskin veya oyucu karakterdedir. Genelde oftalmik sinir alanına lokalizedir. Orbital, temporal bölgeleri veya kulağın üst veya arkasında da görülebilir. Nadiren ense ve ipsilateral omuza yayılabilir (123).

Paroksizmal hemikrania, semptomatik olarak görülebilir ve bu nedenler uygun tanı yöntemleri ile mutlaka dışlanmalıdır. Ayrıca paroksizmal hemikranya diğer primer baş ağrıları ile beraber de görülebilir (126).

2.4.7. SUNCT Sendromu (Konjunktival kızarıklık ve göz yaşarmasının eşlik ettiği unilateral nevralfiform kısa süreli ağrılar)

Sık tekrarlayan, 5-240 saniye kadar süren, tek taraflı orbital, supraorbital veya temporal yerleşimli, zonklayıcı, saplayıcı ve batıcı karakterde ağrı ile karakterize nadir rastlanan primer baş ağrısıdır (123).

İlk olarak 1978 yılında, daha ayrıntılı olarak 1989 yılında Sjaastad ve ark. tarafından tanımlanmıştır. İngilizce literatürde 2006 yılına kadar 82 vaka yayınlanmışken, Cohen ve ark 2006 yılında 10 yılda tanımladıkları 52 hasta yayınlamışlardır. Prevalans ve insidansı tam olarak bilinmemektedir (127-129).

Başlangıç yaşı ortalama 50'dir, ancak az sayıda geç başlangıçlı olgu da bildirilmiştir, en yaşlısı 88 yaşındadır (130). Erkeklerde daha sık görülür. E/K oranı 2,1'dir (128).

Ağrı atakları sıklıkla gündüz olur (128) orta şiddette ve şiddetlidir. Tüm hastalarda ağrı ile aynı tarafta gözde yaşarma ve kızarma ağrıya eşlik ederken, burun akıntısı ve tıkanıklığı % 67 oranında bildirilmiştir (115). Ağrı yüze dokunma, yüz

yıkama, yemek yeme, tıraş olma, konuşma, öksürme ve boyun hareketleri ile tetiklenebilir (110, 128, 129, 131).

SUNCT düzelme ve kötüleşme dönemleri olan epizodik bir hastalıktır. Her bir semptomatik periyod günler aylar sürebilir. Hasta bir yılda 1-2 ağrılı periyod yaşayabilir (110, 128, 129). Remisyon süresi 1 hafta- 8,5 yıl arası değişebilmektedir. Ayırıcı tanıda sekonder sebebler dışlanmalıdır. Tanı için her hastaya beyin MRG çekilmeli ve pitüiter testler yapılmalıdır (132).

Bu ağrıya kranial otonomik belirtilerin eşlik ettiği form, SUNA (Short lasting Unilateral Neuralgiform headache attacks with cranial Autonomic Symptoms) sendromu olarak adlandırılmış ve SUNCT'ın alt grubu olabileceği belirtilmiştir

2.5. Diğer Primer Baş Ağrıları

Bu seyrek rastlanan baş ağrısı formlarının bazılarında akut başlangıç olabileceğinden sekonder baş ağrıları ile karışabilir. İyi alınan anamnez, dikkatli fizik ve nörolojik muayene ve nörogörüntüleme ile sekonder baş ağrıları mutlaka dışlanmalıdır (23). Bu baş ağrısı grubu içinde primer saplanıcı, primer öksürük, primer egzersiz baş ağrısı, cinsel etkinliğe eşlik eden primer baş ağrısı (preorgazmik, orgazmik), hipnik baş ağrısı, primer gökgürültüsü baş ağrısı, süregelen yarım baş ağrısı (Hemikranya continua) ve yeni günlük ısrarlı baş ağrısı yer alır.

Hasta grubu içinde diğer primer baş ağrısı olan hasta olmadığından bu grup baş ağrılarından ayrıntılı bahsedilmemiştir.

2.6. Sekonder Baş Ağrıları

Çok çeşitli patolojileri bağlı gelişen ve aşağıda IHS 2004 sınıflaması verilen sekonder baş ağrılarının tüm baş ağrıları içinde görülme sıklığı % 10 civarındadır (24).

**Tablo 3. Uluslararası Başağrısı Topluluğu (IHS) 2004 Sınıflama Sisteminde
Sekonder Başağrısı Bozuklukları (23)**

5. <u>Kafa travması ile ilişkili baş ağrısı</u> 5.1. Travma sonrası akut baş ağrısı 5.2. Travma sonrası kronik baş ağrısı 5.3. Kamçı darbesi tipi yaralanmaya bağlanan akut baş ağrısı (whiplash: ani ivmelenme/ yavaşlama travması) 5.4. Kamçı darbesi tipi yaralanmaya bağlanan kronik baş ağrısı 5.5. Travmatik intrakranyal hematoma bağlı baş ağrısı 5.6. Diğer baş ve/veya boyun travmasına bağlanan baş ağrısı 5.7. Kranyotomi sonrası baş ağrısı
6. <u>Kranyal ya da servikal damarsal hastalıklara bağlanan baş ağrısı</u> 6.1. İskemik inme ya da geçici iskemik atağa bağlanan baş ağrısı 6.2. Travmatik olmayan kafa içi kanamaya bağlanan baş ağrısı 6.3. Yırtılmamış damarsal malformasyona bağlanan baş ağrısı 6.4. Arterite bağlanan baş ağrısı 6.5. Karotis ya da vertebral arter ağrısı (diseksiyon ve girişim sonrası) 6.6. Beyin ven trombozuna bağlanan baş ağrısı 6.7. Diğer kafa içi damarsal bozukluğa bağlanan baş ağrısı (CADASIL, MELAS vb)
7. <u>Damar-dışı intrakranyal hastalıklarla ilişkili baş ağrısı</u> 7.1. Beyin omurilik sıvısı (BOS) basınç yüksekliğine bağlanan baş ağrısı 7.2. Düşük beyin omurilik sıvısı basıncına bağlanan baş ağrısı 7.3. Enfeksiyon olmayan inflamatuvar hastalığa bağlanan baş ağrısı 7.4. İntrakranyal neoplazmalara bağlanan baş ağrısı 7.5. İntratekal enjeksiyonlara bağlı baş ağrısı 7.6. Epileptik nöbetlere bağlanan baş ağrısı 7.7. Chiari malformasyon tip 1e bağlanan baş ağrısı 7.8. Geçici başağrısı ve BOS lenfositozlu nörolojik defisit sendromu (HaNDL) 7.9. Diğer damarsal olmayan kafaiçi bozukluklarına bağlanan baş ağrısı
8. <u>Madde kullanımı veya yoksunluğu ile ilişkili baş ağrısı</u> 8.1. Akut madde kullanımı ile ilişkili baş ağrısı 8.2. İlaç aşırı kullanımı baş ağrısı (İAKBA) 8.3. Kronik ilaç kullanımına bağlanan bir ters olay olarak baş ağrısı 8.4. Madde kesilmesine bağlanan baş ağrısı
9. <u>İnfeksiyona bağlanan baş ağrısı</u> 9.1. Kafa içi enfeksiyona bağlanan baş ağrısı 9.2. Sistemik enfeksiyona bağlanan baş ağrısı

9.3. HIV/AIDS'e bağlanan baş ağrısı
9.4. İnfeksiyon sonrası kronik baş ağrısı
10. <u>Homeostaz bozukluğuna bağlanan baş ağrısı</u>
10.1. Hipoksi ve /veya hiperkapniye bağlanan baş ağrısı
10.2. Dializ baş ağrısı
10.3. Arteriyel hipertansiyona bağlanan baş ağrısı
10.4. Hipotiroidizme bağlanan baş ağrısı
10.5. Açlığa bağlanan baş ağrısı
10.6. Kardiak baş ağrısı ve diğer
10.7. Diğer homeostazis bozukluğuna bağlanan baş ağrısı (etyolojiyi belirleyen kod)
11. <u>Kafatası, boyun, gözler, kulaklar, burun, sinüsler, dişler, ağız veya diğer yüz ve kafa yapılarına bağlanan baş ağrısı veya yüz ağrısı</u>
11.1. Kafa kemiği bozukluğuna bağlanan baş ağrısı
11.2. Boyun hastalıklarına bağlanan baş ağrısı (Servikojenik baş ağrısı v.s)
11.3. Göz bozukluğuna bağlanan baş ağrısı
11.4. Kulak bozukluğuna bağlanan baş ağrısı
11.5. Rinosinüzite bağlanan baş ağrısı
11.6. Dişler, çene veya ilişkili yapıların bozukluğuna bağlanan baş ağrısı
11.7. Temporomandibüler eklem hastalığına bağlanan baş ağrısı veya yüz ağrısı ve diğer
11.8. Kranium, boyun, gözler, kulaklar, sinüsler, dişler, ağız ya da diğer yüz veya servikal yapıların diğer bozukluklarına bağlanan baş ağrısı (etyolojiyi belirleyen kod)
12. <u>Psikiyatrik hastalıklara bağlanan baş ağrısı</u>
12.1. Somatizasyon bozukluğuna bağlanan baş ağrısı
12.2. Psikotik bozukluğa bağlanan baş ağrısı
13. <u>BÖLÜM C: Kranyal nevraljiler ve yüz ağrısının santral nedenleri</u>
13.1. Trigeminal nevralji
13.2. Glossofaringeal nevralji
13.3. Nervus intermedius nevraljisi
13.4. Superior laringeal nevralji
13.5. Nazosilier nevralji
13.6. Supraorbital nevralji
13.7. Diğer terminal dal nevraljileri
13.8. Oksipital nevralji
13.9. Boyun-dil sendromu
13.10. Dıştan bası baş ağrısı
13.11. Soğuk uyarısı baş ağrısı
13.12. Kranyal sinirlerin veya üst servikal köklerin yapısal lezyonlar tarafından kompresyonu, irritasyonu veya distorsiyonu

13.13. Optik nörit
13.14. Oküler diyabetik nöropati
13.15. Herpes zostere bağlanan baş veya yüz ağrısı
13.16. Tolosa-Hunt sendromu
13.17. Oftalmoplejik migren
13.18. Yüz ağrısının santral nedenleri
14. <u>Diğer bas ağrısı, kraniyal nevralji, santral ya da birincil yüz ağrısı</u>
14.1. Baska yerde sınıflanmamış baş ağrısı
14.2. Belirtilmemiş baş ağrısı

2.6.1. İlaç aşırı kullanımı baş ağrısı

Genellikle analjezik, opioid, ergotamin ve triptanların aşırı kullanılmasına bağlı gelişen, sık rastlanan bir baş ağrısı durumudur. Yapılan çalışmalarda baş ağrısı ilaçlarının aşırı kullanımıyla ilişkili kronik günlük baş ağrısı olan hastaların genel popülasyonun % 1-2'sini oluşturdukları saptanmıştır (133).

Klinik tabloda ayda 15 gün ya da daha fazla migren veya GTBA karışımı baş ağrısı görülür. İAKBA tanısı için en az 3 ay boyunca ayda 15 gün ve daha fazla analjezik kullanımı gereklidir. EGTBA ilaç aşırı kullanımı ile kronik hale dönüşebilir. Bu hastalarda ilaç aşırı kullanımı önlenmeden profilaktik tedavi başlanırsa başarı sağlanamaz. Çünkü bu dönemde hasta profilaktik tedaviye cevapsızdır. İlaç kesimi sonrası 2 ayda klinik düzelme beklenir (134).

Zeeberg ve ark.'ları Danimarka Baş ağrısı Merkezine İAKBA nedeni başvuran 216 hastayı prospektif incelemişler ve bu hastaların % 21'inde migren, % 33'ünde GTBA, % 43 'ünde migren+GTBA ve % 14'ünde diğer tip baş ağrıları saptamışlardır. Ortalama baş ağrısı süresi 17 yıl olan bu hastaların en sık kullandıkları ilaç grubu % 42 kombine analjezikler, % 28 basit analjezikler, % 20 triptanlar ve daha düşük oranlarda opioid ve ergotamin preparatları olarak bildirilmiştir (135).

Yapılan çalışmalarda migren, GTBA'na sahip olmak ve düşük sosyoekonomik düzey İAKBA için risk faktörü olarak bulunmuştur (136-138).

Patogenezinde en sık üstünde durulan mekanizma İAKBA'nın aynı migren gibi santral sensitizasyonla ortaya çıktığıdır. Trigemino-vasküler yolaktaki aşırı duyarlı nöronların tekrarlayan aktivasyonu; nücleus caudalis'de bulunan nosiseptif

nöronlarda biyolojik ve fonksiyonel değişiklikler yapabilir. Bu durumda ateşlenme eşiğinin düşmesine, uyarının hızla yayılmasına ve klinikte izlenen kutanöz allodiniye neden olur (139). Serotonin-aracılı ağrı-kontrol sisteminin baskılanması da santral duyarlılığı arttırabilir (140).

PET ile yapılan başka bir çalışmada İAKBA bulunan hastalarda ağrı-işleyen beyin bölgelerinde hipometabolize alanlar tespit edilmiş ve bu hipometabolize alanların, ilaç kesiminden sonraki 3 hafta içinde normale döndüğü görülmüştür (141).

2.6.2. Kronik günlük baş ağrısı (KGB)

En az üç aydır devam eden ve ayda 15 günden fazla olan baş ağrıları KGB olarak tanımlanmaktadır. ABD’de genel popülasyonda % 3-5, baş ağrısı polikliniklerine başvuranlarda % 70-80 oranında hergün veya hemen hergün baş ağrısı olduğu bildirilmiştir (133, 142, 143).

KGB risk faktörleri; obezite, haftada birden çok baş ağrısı atakları, kafein, analjezik, ergo ve triptan gibi ilaçların ayda 10 günden fazla kullanılmasıdır (143, 144). Kadınlarda ve düşük sosyoekonomik düzeydeki kişilerde daha sık görülür.

KGB; birçok primer ve sekonder kronik baş ağrısını içerir (53, 54, 143). Primer KGB tanısı koyabilmek için öncesinde mutlaka sekonder kronik baş ağrısı nedenlerinin dışlanması gerekir.

Yapılan çalışmalarda en sık saptanan KGB nedenleri; transforme veya kronik migren ve ilaç kötüye kullanım baş ağrılarıdır (143). Popülasyon tabanlı çalışmalarda en sık görülen kronik baş ağrısı ise kronik GTBA’dır.

Küme baş ağrısı, paroksizmal hemikrania, SUNCT, hemikraniya kontinua, yeni günlük süregelen baş ağrısı, idyopatik saplanma baş ağrısı ve hipnik baş ağrısı seyrek olarak KGB nedeni olabilen diğer primer baş ağrılarındanır (53).

Sekonder KGB nedenleri arasında ise vasküler bozukluklarla ilgili baş ağrısı, vasküler olmayan intrakraniyal hastalıklarla ilgili baş ağrıları, miyofasiyal ağrılar ve uyku bozukluklarıyla ilgili baş ağrıları sayılabilir (53).

Baş ağrısı polikliniklerine başvuran KGB’li hastaların yaklaşık % 80’inde semptomatik ağrı kesicilerin aşırı kullanımı saptanmıştır (143).

2.6.3. Servikojenik Baş Ağrısı

Birçok neden servikojenik baş ağrısına yol açabilir. Boyun veya kafa arkasında yer alan sinir, ganglion, sinir kökü, unkovertebral eklem, disk, kemik, periost, kas, ligament veya venöz pakeler servikojenik baş ağrısı nedeni olabilir. Üst servikal patolojilerin yanı sıra orta ve alt servikal patolojilerde servikojenik baş ağrısı nedeni olabilir (145-147).

Sajaastad tarafından Norveç'te yapılan çalışmada prevalans % 4,1, kadın/erkek oranı 0.71 olarak saptanmıştır (148). Erişkin yaşlarda ve özellikle 8. dekattan sonra sıklığı artmaktadır. Whiplash travma, diş tedavilerindeki gibi uzun süren uygunsuz pozisyonlar baş ağrısını tetikleyebilir (145, 146).

Servikojenik baş ağrısı tek taraflıdır ve taraf değiştirmez. Tipik ağrı başın arka kısmından ve boyundan başlar, kulak üzerinden zigomatik alana kadar yayılabilir. Genelde sıkıştırıcı bazen ise zonklayıcı karakterdedir. Ağrı nedenli hareket kısıtlılığı yaparak günlük yaşamı kısıtlayabilir (145, 146, 149, 150).

Baş ağrısının en önemli özelliği mekanik olarak presipite edilmesidir. GON bölgesine mekanik bası ile atak başlatılabilir. Ağrı saniyeler veya 30 dakika sonra başlar. Atak birkaç günle birkaç hafta sürebilir, ancak interiktal dönem ağrısız olmayabilir. Migrenden daha seyrek olarak bulantı, kusma, fotofobi ve fonofobi görülebilir (148).

2.7. Baş ağrısı Hastalarında Alternatif Tedavi Yöntemleri

2.7.1. Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi

‘Tamamlayıcı ve alternatif tıp ’ (TAT, complementary and alternative medicine, CAM) terimi, geleneksel tıp içinde yer almayan, çeşitli tıp sistemleri, ürünleri ve uygulamalarını tanımlamak amacıyla kullanılmaktadır (151, 152).

Alternatif tedaviler geleneksel tedavinin yerine kullanılır, ancak tamamlayıcı tıp tedavileri geleneksel tıp tedavileriyle beraber kullanılır (153, 154). Geleneksel tıp bilim kurallarına ve bilimsel yöntemlerin kullanılmasına dayanır, bu nedenle kanıta dayalı tıp olarakta adlandırılır (155).

Yapılan araştırmalar Asya, Afrika, Latin Amerika ve Orta Doğu lkelerinde halkın % 70-95'inin birinci basamak koruyucu ve tedavi edici uygulama olarak, özellikle bitkisel ürünler başta olmak üzere, TAT yöntemlerini kullandıklarını göstermiştir. Endüstrileşmiş lkelerden Fransa, Almanya, İtalya ve Kanada'da, nüfusun % 70-90'ının TAT kullandıkları bildirilmektedir (156).

Gelişmiş ülkelerde, geleneksel tedaviler ve TAT uygulamalarının yaygınlığını araştıran DSÖ'nin yayınladığı raporda, yaşamları boyunca en az bir defa geleneksel tedavi yöntemlerini kullanan kişilerin yüzdesi Avustralya'da % 48, Belçika'da % 31, Kanada'da % 70, Fransa'da % 49, Amerika'da ise % 42 olarak saptanmıştır (157).

Uluslararası istatistiksel verilere göre alternatif tıbbı yılda harcanan para oldukça yüksek miktarlardadır (156). Ülkemizde de alternatif tıp kullanımında artış olduğu bildirilmektedir (158, 159, 160). Bu tür tedavinin en yaygın olan ve en hızlı gelişen bölümünü, bitkisel kökenli ürünler oluşturmaktadır (161).

TAT uygulamaları arasında önemli oranda kullanılan bitkiler ve bitkisel ürünlerin, doğal oldukları için tamamen güvenilir olduğu inancı tamamen yanlıştır (161). Bu duruma iyi bir örnek iki farklı bitkisel ürün kullanan bir kişide görülen kurşun zehirlenmesinin bu bitkilerin içerdiği yüksek oranda kurşuna bağlı olduğunun saptanmasıdır (162).

Türkiye'de TAT kullanımı bitki kullanımından dinsel yöntemlere kadar çok geniş bir yelpazede olmaktadır (163). Türkiye'de gerçekleştirilen TAT uygulamalarında, genel olarak bitkiler veya bitkisel ürünlerin daha sık kullanıldığı bildirilmektedir (159, 160, 164).

Vitamin ve antioksidan maddeler kullanımı ile yoga, meditasyon, biyoenerji, akupunktur, aroma terapi ve dua uygulamaları da kullanılan diğer yöntemler arasında yer almaktadır (159, 164).

Türkiye'de özellikle kanser başta olmak üzere astım, KOAH, eklem hastalıkları, böbrek hastalıkları, yara tedavisi ve diyabet gibi hastalıklarda TAT uygulamaları konusunda yapılmış birçok araştırma bulunmaktadır (159, 165-169).

2.7.2. Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Yöntemlerinin Sınıflaması

Tamamlayıcı ve alternatif tıp uygulamaları alt grupları

TAT kullanımının yaygın kullanılması nedeniyle, Amerikan Hükümeti Ulusal Sağlık Enstitüleri [The US Government National Institutes for Health (NIH)] 1998 yılında, araştırmalar yapmak ve TAT konusunda tavsiyelerde bulunmak ve rehberlik etmek için "Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp için Amerikan Ulusal Sağlık Merkezi"ni [The US National Institutes of Health Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM)] kurdu. NCCAM, tarafından TAT'ler 5 kategori altında sınıflandırılmıştır (170). (Tablo 4)

Tablo 4. Tamamlayıcı ve alternatif tıp sınıflaması

1) Alternatif Tıp Sistemleri

Günümüz batı tıbbından bağımsız olarak ortaya çıkan geleneksel doğu tıbbıdır. Batı tıbbında da benzer sistemler geliştirilmiştir.

Ayurvedik Tıp, Geleneksel Çin Tıbbı, Geleneksel Tibet Tıbbı gibi geleneksel doğu tıp sistemlerini ve Homeopati, Naturopati gibi batıda gelişen sistemleri içerir.

2) Zihin-Beden Tıbbı

Zihinle uğraşarak beden sağlığını etkilemeyi hedefler.

Sanat Terapisi (Art Therapy), Biyo-geridönüş (Biofeedback), Meditasyon, NLP (Neuro Linguistic Programming), Rahatlama, Maneviyatçılık (Spirituality), Yoga.

3) Biyoloji Bazlı Terapiler

Bitkiler, vitaminler, diyetler ve diğer doğal ürünleri kullanır.

4) Manipülatif ve Beden Bazlı Yöntemler

Bedenin manipüle veya hareket ettirilmesine dayanır

Şiropatik, Osteopati, Kraniosakral terapi, Masaj, Alexander tekniği.

5) Enerji Terapileri

a) Biyo-elektromanyetik Terapiler

Mıknatıslar, değişken ya da doğrudan akım alanları.

b) Biyo-alan Terapileri

Akupunktur, Akupresür, Biyoenerji, Qi Gung, Refleksoloji, Reiki, Shiatsu, Tai Chi.

2.7.3. Başağrısı hastalarında tamamlayıcı ve alternatif tedavi

Baş ağrıları yaygın görülmekte, morbiditelere yol açıp toplum açısından önemli kayıplara sebep olmaktadır (75). Konvansiyonel farmakolojik tedavilere ilaveten baş ağrısı şikâyeti bulunanlar TAT tedavilerini deneyebilirler (4-7, 171).

İtalyan baş ağrısı kliniklerine başvuruda bulunan hastalarda TAT kullanımına dair çalışmalar, hastaların % 29-40'ının TAT tedavilerine başvurduğunu göstermişken (5, 6, 171), Alman ve Avusturya kaynaklı çalışmalar, bir baş ağrısı kliniğine başvurmuş olan hastaların % 81,7'sinin TAT kullandığını ortaya çıkarmıştır (7). Ayrıca Amerika'da yapılan bir çalışma, baş ağrısı kliniğine başvuran hastaların % 85'inde TAT kullanımının olduğu gösterilmiştir (4).

Bazı TAT uygulamaları hakkında bilimsel veriler mevcut olmasına rağmen iyi planlanmış çalışmalarla etkinlik ve güvenilirliğinin kanıtlanması gerekmektedir (172). Bu tedavilerden akupunktur, biyofeedback ve gevşeme egzersizlerinin etkinliğine dair kanıtlar diğer TAT'lere göre ön plana çıkmaktadır (173).

Akupunkturun baş ağrısını azalttığı kesin kanıtı tam olarak gösterilememesine rağmen randomize kontrollü çalışmalarda plasebodan üstün olduğu gösterilmiştir (173). Diener ve ark. yaptıkları çalışmada migren için, 6 haftanın üzerinde verilen akupunktur tedavisinin, ilaçlarla en az 6 ay boyunca verilen standart tıbbi profilaksi kadar etkili olduğunu göstermişlerdir (174). GTBA için verilen 6 haftadan uzun süren akupunktur tedavisinin başağrısı gün sayısını azalttığı yapılan çalışmalarda gösterilmiştir (175).

Biyofeedback normalde biliçli olarak kontrol edemediğimiz vücut ısı ve kas gerginliği gibi bedensel faaliyetlerimizi kontrol altına alabilmemizi öğrenmeyi sağlar (173). Biyofeedback'in hem migren (176) hem de GTBA (177)'nin tedavisinde uzun dönemde yararları kanıtlanmıştır. Biyofeedback'in yararlarının 5 yıla kadar kalıcı olduğu görülmüştür (178). Gevşeme egzersizleride migren ve GTBA'da faydalı olabilir (173).

Bilgilerimiz dâhilinde Türkiye'de nöroloji kliniklerine baş ağrısı nedeni başvurdada bulunan hastalarda TAT kullanımına dair herhangi bir yayın yapılmış değildir. Elbette diğer ülkelerde yapılmış olan çalışmalara dayandırılacak tahminler yürütülebilir, ancak, Avrupa çapında yürütülmüş olan bir kanser çalışması, CAM

kullanımı açısından ülkeler arasında geniş çaplı (% 15-73) farklılıklar olduğunu ortaya çıkarmıştır (179).

2.8. Baş Ağrısı Hastalarında Hastalık Algısı ve Değerlendirilmesi

2.8.1. Hastalık Algısı

Hastalık deneyimi kişiden kişiye farklılık göstermektedir ve bu farkı hastanın kişisel bilgi ve deneyimleri, inançları, değerleri ve gereksinimleri belirler. Kişiler hastalıklarını bu faktörlere göre açıklamaya çalışırlar. Hastalık durumunun bilişsel görünümü hastalık algısı olarak adlandırılır. Kişilerin dış dünyadaki olayları açıklamak ve öngörmek için oluşturduğu bilişsel modellere benzer şekilde hastalarda hastalıklarının belirtileriyle ilgili olarak benzer modelleri geliştirirler (11, 12).

Hastaların hastalıklarıyla ilgili algılarının değişimi tedaviye yanıtta değişimin yanı sıra hastalığa verilen duygusal yanıt ve tedaviye uyum gibi davranışları da etkiler (16).

Hastalık algısı ve hastalık sonucu ilişkisine yönelik yapılan araştırmalara göre, hastalık gidişinin iyi olması yüksek içsel kontrol algısı ile ilişkili bulunmuş ve bu sonuçlar fiziksel hastalığı olan kişilerin optimum tedavisi için hastalığa verdikleri önemi anlamının gerekliliğini ortaya koymuştur (13, 14).

Bu durumun önemine rağmen hastaların hastalıklarıyla ve hastalıklarının semptomlarıyla ilgili görüşleri nadiren sorgulanmaktadır. Bazen de hastalar hastalıklarıyla ilgili inanışlarını paylaşmak istememektedirler (15). Aynı durumda bile hastadan hastaya rahatsızlığın değişkenliğine yönelik yapılan çalışmalar hastaların rahatsızlıklarıyla ilgili kendi ifadelerini ve modellerini geliştirdiklerini göstermektedir (12).

Leventhal ve ark. bu bilişsel modellerden kendini denetleme kuramını geliştirmişlerdir (180, 181). Bu kurama göre kişiler somut ve soyut kaynaklı bilgilerin rehberliğinde zihinlerinde hastalık ve yaşamı tehdit eden durumlarla ilgili şemalar oluştururlar. Hastaların hastalığının belirtileri, süresi ve sonuçları ile ilgili kendi düşünceleri olan bu bilişsel modeller, tedavi ve durumun kontrolü ile ilgili inançları da içermektedir (180, 182, 183).

Hastalık algısının osteoartrit hastalarında öz-yönetimi etkilediği, meme kanseri hastalarında tedaviye verilen psikososyal tepkiyi belirlediği ve diyabetli hastalarda yaşam kalitesinin ruhsal alanıyla ilgili olduğu saptanmıştır (184-186). Aynı zamanda hastalık algısı astım ve hemofili hastalarında ilaca uyumun ve miyokard enfarktüsü hastalarında yaşam kalitesinin belirleyicisi olduğu bulunmuştur (187-189).

KGB hastalarında yapılan bir çalışmada hastalık algısı, hayat kalitesi ve baş ağrısı hastalarındaki kafa karışıklığı değerlendirilmiştir. KGB hastalarında HAÖ ile hastalardaki kafa karışıklığı arasındaki ilişkiyi değerlendiren bu çalışmada kafa karışıklığı fazla olan hastalarda HAÖ'ne göre hayat kalitesi düşük bulunmuş ve depresyon, intihar düşünceleri daha fazla saptanmıştır (190).

Bu veriler etkin hastalık tedavisinde hastalık algısının önemini ve tedavi verenlerin hastalarının hastalıklarıyla ilgili algısını öğrenmenin önemine işaret etmektedir.

2.8.2. Hastalık Algısının Değerlendirilmesi

Hastalık algısının hastanın tedavi uyumunda, yaşam kalitesinde ve tedaviye verilen psikososyal tepkide belirleyici olduğu bilinmektedir (185, 187-189).

Hastalık algısını ölçmek için kullanılan HAÖ (IPQ-Illness Perception Questionnaire) 1996 yılında Weinmann ve ark. tarafından geliştirilmiştir (12). Moss-Morris ve ark. tarafından 2002 yılında revize edilmiştir (191). Türkçeye uyarlama, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Kocaman ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (16).

Bu çalışmada HAÖ'nin yenilenmiş formu kullanılmıştır. HAÖ; hastalık tipi, hastalık hakkındaki görüşleri ve hastalık nedenleri olmak üzere üç boyuttan oluşmaktadır.

Hastalık tipi boyutu: Sık görülen 14 hastalık belirtisini (ağrı, boğazda yanma, bulantı, soluk almada güçlük, kilo kaybı, yorgunluk, eklem sertliği, gözlerde yanma, hırıltılı soluma, baş ağrısı, mide yakınmaları, sersemlik hissi, uyku güçlüğü, güç kaybı) içermektedir. Bu belirtilerin her biri için kişiye önce, 'hastalığın başlangıcından bu yana yaşayıp yaşamadığı', daha sonra 'bu belirtiyi hastalığıyla ilgili görüp görmediği' sorulmaktadır. Bu boyut, her belirti için iki soruya da

evet/hayır biçiminde yanıt verilecek biçimde düzenlenmiştir. İkinci sorudaki evet yanıtlarının toplamı hastalık tipi boyutunun değerlendirme sonucunu oluşturmaktadır (16). Bu çalışma başağrısı ile ilgili olduğundan bu bölümdeki başağrısı seçeneği çalışmadan çıkarılmıştır.

Hastalık hakkındaki görüşleri boyutu: Otuz sekiz maddelik ve 5’li Likert tipi ölçüm (Kesinlikle böyle düşünmüyorum, böyle düşünmüyorum, kararsızım, böyle düşünüyorum, kesinlikle böyle düşünüyorum) kullanılmıştır. Bu boyut yedi alt ölçeği içermektedir. Bunlar süre (akut/kronik), sonuçlar, kişisel kontrol, tedavi kontrolü, hastalığı anlayabilme, süre (döngüsel) ve duygusal temsiller olarak isimlendirilmiştir. Süre alt ölçekleri, kişinin hastalığının süresiyle ilişkili algılarını araştırır ve akut, kronik, döngüsel olarak gruplanır. Sonuçlar alt ölçeği, kişinin hastalığının şiddetine, fiziksel, sosyal ve psikolojik işlevselliğine olası etkileriyle ilgili inançlarını araştırır. Kişisel kontrol, kişinin hastalığının süresi, seyri ve tedavisi üzerindeki iç kontrol algısını araştırır. Tedavi kontrolü, kişinin, uygulanan tedavinin etkinliği hakkındaki inançlarını araştırır. Hastalığı anlayabilme, kişinin hastalığını ne kadar kavradığını araştırır. Duygusal temsiller, kişinin hastalığıyla ilgili hissettiklerini araştırır (16).

Hastalık nedenleri boyutu: Hastalıkların oluşumundaki olası nedenleri içeren 18 maddeden oluşur. 5’li Likert tipi ölçüm kullanılır. Bu boyut, kişinin hastalığının olası nedenleri hakkındaki düşüncelerini araştırır ve dört alt ölçek içerir. Bunlar, psikolojik atıflar (örn; stres ya da endişe, aile problemleri, kişilik özellikleri), risk etkenleri (ör., kalıtsal, sigara, alkol kullanımı, yaşlanma), bağışıklık (ör. Mikrop ya da virüs, vücut direncimin az olması), kaza veya şansır (ör. Kaza, yaralanma, kötü talih vb.). Ölçeğin sonunda niteliksel değerlendirme için kişinin hastalığının en önemli nedenleri olarak gördüğü üç etkeni yazması da istenmektedir (16).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Çalışmanın Uygulama Yeri ve Özellikleri

Araştırmamız Helsinki deklarasyonu kararlarına, hasta hakları yönetmeliğine ve etik kurallara uygun olarak, yerel etik kurul olan Bülent Ecevit Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Etik kurulunun 27.02.2012 tarih ve 2012/03-1 nolu toplantı kararında alınan onay sonrası başlamıştır (Ek 1).

Bu prospektif çalışmaya Şubat 2012 tarihinden sonra nöroloji polikliniğine baş ağrısı nedeni başvuran primer ve sekonder baş ağrısı olan hastalar dâhil edilmiştir. Çalışmaya eğitim durumu en az okur-yazar olan, 18 yaş üstünde, primer ve sekonder baş ağrısı nedeni nöroloji polikliniğine başvuran ve çalışmaya katılmayı kabul eden 211 hasta dâhil edilmiştir.

Hastaların klinik değerlendirilmesinde Baş Ağrısı Sorgulama Formu, Baş ağrısı Hastalık Algısı Ölçeği (HAÖ) ve Tamamlayıcı-alternatif Tedavi Kullanım Sorgusu formu kullanılmıştır (Ek 2). Çalışmaya katılan tüm hastalardan yazılı onay formu alınmıştır (Ek 3).

3.2.Hasta Değerlendirme Formu

Baş ağrısı sorgulaması kliniğimizde kullanılan Baş Ağrısı Sorgulama Formu kullanılarak değerlendirilmiştir. Baş ağrısı tipleri IHS 2004 tanı kriterlerine göre sınıflandırılmıştır (23). Hastalık algısını değerlendirmek için Kocaman ve ark. tarafından Türkçeye uyarlanan, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılan HAÖ kullanılmıştır (16). HAÖ’de kimlik boyutunda sorulan baş ağrısı sorusu çalışma baş ağrısı hastalarında yapıldığından çalışmadan çıkarılmıştır.

Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Kullanım Sorgusu formu Birleşik Krallıkta yapılan bu konudaki bir çalışmadan dilimize ve kullanılan değişik kültürel tamamlayıcı tedavi çeşitlerine göre küçük uyarlamalar yapılarak oluşturulmuştur (10).

3.3. Verilerin İstatistiksel Analizi

Çalışmanın istatistiksel analizleri SPSS 13,0 paket programı ile yapılmıştır. Ölçümle belirtilen sürekli değişkenler ortalama, standart sapma, medyan, minimum ve maksimum değerleriyle kategorik değer alan değişkenler frekans ve yüzde ile belirtilmiştir. Sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro Wilk testi ile incelenmiştir. Normal dağılım gösteren değişkenlerin 2 grup karşılaştırmalarında iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi kullanılmıştır. Normal dağılım göstermeyen değişkenlerin 2 grup karşılaştırmalarında Mann Whitney U testi, 3 ve daha fazla grup karşılaştırmalarında Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Kategorik değişkenlerin grup karşılaştırmalarında Yates düzeltmeli ki-kare ve Fisher kesin ki-kare testleri kullanılmıştır. Çalışmadaki tüm istatistiksel analizlerde p değeri 0,05'in altındaki karşılaştırmalar istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

4.1. Hastaların Sosyodemografik Özellikleri, Baş Ağrısı Tipleri ve Özellikleri

Çalışmaya katılan 211 baş ağrısı hastasından 39'unda (% 18,4) migren, 139'unda(% 65,8) GTBA ve 23'ünde (% 10,9) migren+GTBA mevcuttu. 10 (% 4,7) hastada ise diğer baş ağrısı gruplarından biri mevcuttu. Diğer grubundaki hastaların 6'sı İAKBA, 2'si sinüzit dışında herhangi bir başka neden bulunamayan, biri servikojenik baş ağrısı ve biri de küme baş ağrısı idi. Hastaların 167'si kadın (% 79,1) ve 44'ü erkekti (% 20,9). Bu hastalardan 55'i (% 26,1) alternatif tedavi kullanıyor, 156'sı (% 73,9) alternatif tedavi kullanmıyordu.

Baş ağrısı gruplarının cinsiyetlere göre dağılım sayı ve yüzdeleri Tablo 5'te verilmiştir.

Tablo 5. Baş Ağrısı Gruplarının Cinsiyetlere Göre Dağılım Sayı ve Yüzdeleri

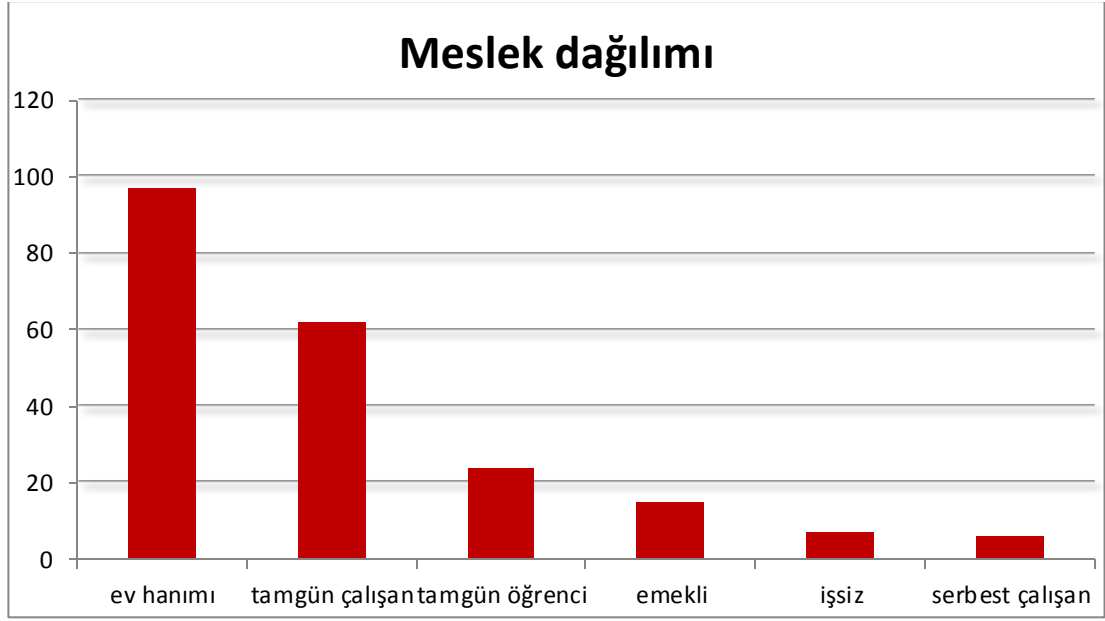
Baş Ağrısı Tipi	Cinsiyet		Toplam
	Erkek	Kadın	
Migren	5 % 2,3	34 % 16,1	39 % 18,4
GTBA	34 % 16,1	105 % 49,7	139 % 65,8
Migren+GTBA	3 % 1,4	20 % 9,5	23 % 10,9
Diğer	2 % 1	8 % 3,7	10 % 4,7
Toplam	44 % 20,9	167 % 79,1	211 % 100

Hastaların yaş ortalaması $36,81 \pm 12,7$ (18-77 arasında) idi. Migren hastalarının yaş ortalaması $34,21 \pm 12,09$, GTBA hastalarının $37,79 \pm 13,21$, migren+GTBA

35,43±11,88 ve diğer grubunun yaş ortalaması 36,50±8,74 bulundu. Gruplar arasında yaş dağılımı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu (p= 0,522).

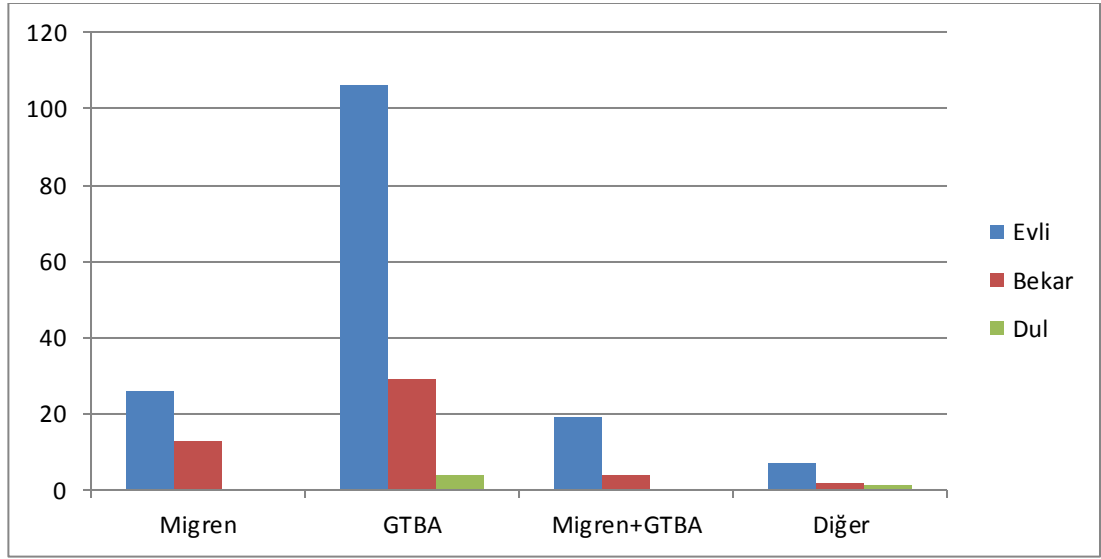
Hastaların meslek dağılımında ise 97 ev hanımı (% 46), 62 tamgün çalışan (% 29,4), 24 tam gün öğrenci (% 11,4), 15 emekli (% 7,1) , 7 işsiz (% 3,3) ve 6 serbest çalışan (% 2,8) vardı. (Grafik 1).

Grafik 1. Hastaların Mesleklerine Göre Sayısal Dağılımı



Medeni durum sorgulamasında 158 hastanın evli (% 74,9), 48 hastanın bekâr (% 22,7) ve 5 hastanın dul (% 2,4) olduğu belirlendi. Hastaların baş ağrısı tipi ve medeni durum karşılaştırması Grafik 2’de verilmiştir.

Grafik 2. Baş Ağrısı Tipi ve Medeni Durum Karşılaştırması



Çocuk sayısına göre dağılımda evli ve dul hastaların çocuk sayıları ortalaması Tablo 6’da verilmiştir.

Tablo 6. Çocuk Sayıları Ortalaması

Çocuk sayısı	0	1	2	3	4	5	6	7	Toplam Hasta Sayısı
Hasta sayısı	23	33	59	24	11	9	3	1	163

Eğitim durumuna göre sınıflamada hastaların eğitim düzeyleri Tablo 7’de gösterilmiştir.

Tablo 7. Hastaların Eğitim Düzeyleri

Eğitim düzeyi	Hasta sayısı	Hasta yüzdesi
Okuryazar değil	5	2,4
İlkokul	84	39,8
Ortaokul	21	10,0
Lise	46	21,8
Üniversite	55	26,0
Toplam	211	100

Baş ağrısı süresi, tipi ile atak süresi, atak sıklığı ve VAS dört baş ağrısı grubunda değerlendirildi. (Tablo 8)

Tablo 8. Baş Ağrısı Süresi, Tipi ile Atak Süresi, Atak Sıklığı ve VAS Değerleri

Baş ağrısı tipi	Baş ağrısı süresi/yıl	Atak süresi/saat	Atak sıklığı/yıl	VAS
Migren	5,76 ± 4,78	23,64 ± 28,32	75,41 ± 95,61	8,1 ± 1,56
GTBA	3,58 ± 4,7	18,83 ± 31,67	236,24 ± 332,46	7,13 ± 1,92
Migren+GTBA	6,3 ± 6,1	12,26 ± 9,23	200,13 ± 143,72	8,48 ± 1,5
Diğer	6,4 ± 6,68	16,8 ± 14,84	209,9 ± 164,53	8,6 ± 0,84

Migren ve GTBA kıyaslandığında migrende atak sıklığı GTBA'ya göre daha az iken ($p= 0,0001$), atak süresi daha uzun ($p= 0,011$) ve VAS puanı daha yüksekti. ($p= 0,006$). Migren ile migren+GTBA grubu kıyaslandığında atak sıklığı migren+GTBA grubunda daha fazla iken ($p= 0,0001$) , atak süresi ($p= 0,066$) ve VAS ($p= 0,351$) açısından anlamlı fark yoktu. Migrenle diğer grubu kıyaslandığında diğer grubunda atak sıklığı migrene göre daha fazlaydı ($p= 0,006$). Baş ağrısı atak süresi ($p= 0,582$) ve VAS ($p= 0,398$) açısından bu iki grup arasında anlamlı fark yoktu. GTBA ile migren+GTBA grupları arasında sadece VAS açısından fark vardı ($p= 0,002$) ve migren+GTBA grubunda VAS daha yüksekti. Atak sıklığı ($p= 0,95$) ve atak süresi ($p= 0,65$) açısından fark yoktu. GTBA ve diğer grubu arasında atak süresi ($p= 0,32$) ve atak sıklığı ($p= 0,97$) açısından anlamlı fark yoktu. Fakat diğer grubunda VAS daha yüksekti ve istatistik olarak anlamlıydı ($p= 0,014$). Migren+GTBA ve diğer grubu arasında atak süresi ($p= 0,49$) , atak sıklığı ($p= 0,98$) ve VAS ($p= 0,98$) açısından fark yoktu.

Hastalardan biri 1982 yılından bu yana baş ağrısı çekmekteydi. 14 hasta 2009'dan, 21 hasta 2010'dan, 42 hastada 2011 yılındanberi baş ağrısı çekiyordu. 74 hastanın baş ağrısı şikâyeti 2012 yılında başlamıştı.

Baş ağrısı tipi ile yaş, çocuk sayısı, cinsiyet, eğitim, medeni durum ve meslek arasında ilişki yoktu($p>0,05$).

4.2. TAT Kullanan ve Kullanmayan Hastaların Karşılaştırılması

TAT kullanan grubun yaşı kullanmayan gruba göre daha düşük bulundu ($p= 0,033$). Ancak cinsiyet açısından 2 grup arasında istatistiksel fark yoktu ($p= 0,125$). Alternatif tedavi kullanan ve kullanmayan hastalar arasında süre olarak daha uzun baş ağrısı çekenler alternatif tedaviyi daha çok kullanıyordu ($p= 0,6$). Atak sıklığı açısından iki grup arasında fark bulunamadı ($p= 0,89$).

İşsiz ve öğrenci grubu alternatif tedaviyi daha fazla kullanıyordu. Tam gün çalışan grubunda da bu 2 gruba göre daha az olmakla birlikte diğer meslek gruplarına göre daha fazla alternatif tedavi kullanılıyordu ($p= 0,042$). Bekâr (dul grubu dâhil) grubu evlilerden daha fazla alternatif tedavi kullanıyordu ($p= 0,026$). Eğitim seviyesi üniversite olanlarda alternatif tedavi kullanımı daha fazlaydı ($p= 0,009$).

Baş ağrısı tipi ($p= 0,673$) ve çocuk sayısı ($p= 0,328$) ile alternatif tedavi kullanımı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu.

TAT kullanan ve kullanmayanların VAS değeri, yaş, atak sıklığı ve atak süresi Tablo 9’da, cinsiyet, baş ağrısı tipi, medeni durum, meslek ve eğitim düzeyleri Tablo 10’da gösterilmiştir.

Tablo 9. TAT Kullanan ve Kullanmayan Hastaların VAS Değeri, Yaş, Atak Sıklığı ve Atak Süreleri

	TAT Kullananlar	TAT Kullanmayanlar	P
Yaş	31±12,74	36±12,57	0,033
Atak Sıklığı	106,95/yıl	105,66/yıl	0,89
Atak Süresi	109,64 saat	104,72 saat	0,6
VAS	8±1,76	8±1,9	0,792

Tablo 10. TAT Kullanan ve Kullanmayan Hastaların Cinsiyet, Baş Ağrı Tipi, Medeni Durumu, Meslek ve Eğitim Düzeylerinin Dağılımı

		TAT Kullananlar	TAT Kullanmayanlar	p
Cinsiyet	Kadın	48	119	0,12
	Erkek	7	37	
Baş ağrısı tipi	Migren	13	26	0,67 3
	GTBA	33	106	
	Migren+GTBA	6	17	
	Diğer	3	7	
Medeni durum	Evli	34	124	0,02 6
	Bekâr	18	30	
	Dul	3	2	
Meslek	Yarım gün çalışan	0	0	0,04 2
	Tam gün çalışan	20	42	
	Serbest çalışan	0	6	
	İşsiz	3	4	
	Öğrenci	10	14	
	Emekli	2	13	
	Ev hanımı	20	77	
	Daimi hasta-malûl	0	0	
Eğitim durumu	Okuryazar değil	1	4	0,00 9
	İlkokul	12	72	
	Ortaokul	4	17	
	Lise	15	31	
	Üniversite	23	32	

Alternatif tedaviyi kullanan (TAT grubu) hastaların (n=55) özellikleri

Alternatif tedaviyi kullanan (TAT grubu) 55 hastanın tedaviyi kullanma sıklığı, baş ağrısı tipi ve yaş ortalaması Tablo 11’ de, alternatif tedavi sırasında tıbbi tedaviyi bırakma ve alternatif tedaviden fayda görme oranları Tablo 12’ de ve

alternatif tedavi alanların kullanma sıklığının eğitim ve mesleğe göre dağılımı Tablo 13’ de verilmiştir.

Tablo 11. TAT Grubu Hastaların Tedaviyi Kullanma Sıklığı, Baş Ağrısı Tipi ve Yaş Ortalaması

Baş ağrısı tipi n (%)		Alternatif tedavi kullanımı			Toplam
		Bir kez	Arasıra	Düzenli	
	Migren	1	8	4	13 (% 23,6)
	GTBA		27	6	33 (% 60)
	Migren+GTBA	1	4	1	6 (% 10,9)
	Diğer		2	1	3 (% 5,5)
Hasta sayısı		2	41	12	55 (% 100)
Yaş ortalaması		34,51±13,6	33,67±10,14	33,95±12,74	
En düşük yaş		18	20	18	
En yüksek yaş		70	58	70	

Tablo 12. TAT Grubundaki Hastaların Alternatif Tedavi Sırasında Tıbbi Tedaviyi Bırakma ve Alternatif Tedaviden Fayda Görme Oranları

Alternatif tedavi baş ağrınıza nasıl etki etti	Alternatif tedavi sırasında tıbbi tedaviyi bırakma			Toplam %
	Evet	Hayır	Tedavimi almadım	
Büyük ölçüde azalttı	0	2	0	2 (% 3,6)
Azalttı	1	24	4	29 (% 52,7)
Aynı kaldı	0	17	3	20 (% 36,4)
Arttı	0	2	0	2 (% 3,6)
Büyük ölçüde arttı	0	2	0	2 (% 3,6)

Tablo 13. Alternatif Tedavi Alanların Kullanma Sıklığının Eğitim ve Mesleğe Göre Dağılımı

Eğitim	Meslek	Alternatif tedavi kullanma sıklığı			Toplam
		Bir kez	Ara sıra	Düzenli	
Okur-yazar değil	Ev hanımı			1	1
İlkokul	Tamgün çalışan			1	1
	Emekli		1		1
	Ev hanımı	1	8	1	10
Ortaokul	İşsiz		1		1
	Ev hanımı		3		3
Lise	Tamgün çalışan		4	2	6
	Tamgün öğrenci		2		2
	Emekli			1	1
	Ev hanımı		5	1	6
Üniversite	Tamgün çalışan		10	3	13
	İşsiz		2		2
	Tamgün öğrenci	1	5	2	8
Toplam		2	41	12	55

TAT kullanan hastaların TAT tedavisinden tatmin oranı baş ağrısı tipine göre değerlendirildi. TAT kullanan 13 migren hastasından 9'u tedaviden tatmin olduğunu söylerken, 2 hasta tatmin olmamış ve 2 hasta ise kararsızdı. Yine TAT kullanan 33 GTBA hastasından 16'sı tedaviden tatmin olduğunu söylerken, 10 hasta tatmin olmamış ve 7 hasta ise kararsızdı. Migren+GTBA grubunda ise 3 hasta TAT tedavisinden tatmin olmuş, 2 hasta tatmin olmamış ve 1 hasta kararsızdı.

Tablo 14. TAT Tedavisi Alırken Medikal Tedavi Almayan (N:7) ya da Tedaviyi Bırakanların (N:1) Baş Ağrısı Tipi, Tat Tedavisinin Baş Ağrısına Etkisi ve Hastaların Tatmin Düzeyleri

Hasta sırası	Baş ağrısı tipi	TAT tedavisinden tatmin	TAT baş ağrısına nasıl etki etti
1.Hasta	GTBA	Tatmin olmuş	Azaldı
2.Hasta	GTBA	Kararsız	Aynı kaldı
3.Hasta	GTBA	Tatmin oldum	Aynı kaldı
4.Hasta	GTBA	Tatmin olmadım	Azalttı
5.Hasta	GTBA	Kararsız	Azalttı
6.Hasta	GTBA	Tatmin olmadım	Aynı kaldı
7.Hasta	Migren	Tatmin olmadım	Azalttı
8.Hasta	Küme baş ağrısı	Kararsız	Azalttı

Sık kullanılan alternatif tedavilerden bitkisel tedavi, vitaminler/beslenme desteği, masaj terapisi, egzersiz, halk ilaçları, kendi kendine yetme/destek grubu, soğuk ve diğer grubundaki alternatif tedaviler ile baş ağrısı tipi arasında ilişki yoktu ($p>0,05$). Hastaların baş ağrısı ile baş etmede kullandıkları liste dışı diğer yöntemler arasında başını bağlama en sık kullanılırken, nadir olarak başa patates sarma ve sıcak duş kullanılmaktaydı. Alternatif tedavi kullanan hastalara bu tedaviyi neden kullandıkları sorulduğunda bu 55 hastanın 35'i baş ağrısını bu tedavinin etkili şekilde tedavi ettiğine inandığından, 9'u son çare olarak, 6'sı doktor tavsiyesi, 5'i ise geleneksel tıbbi tedaviden memnun olmadığından kullandığını belirtti. Alternatif tedavi kullanan hastaların 7'si bu tedaviden çok tatmin olmuş, 23'ü tatmin olmuş, 11'i kararsız, 11'i tatmin olmamış, 3 hasta ise hiç tatmin olmamıştı. Kullanılan alternatif tedavi 2 hastanın baş ağrısını büyük ölçüde azaltmış, 29 hastanın baş ağrısı azalmış, 20 hastanın baş ağrısı aynı kalmış, 2 hastanın baş ağrısı artmış ve 2 hastanın baş ağrısında büyük ölçüde artmıştı. Bu hastaların 37'si bu tedaviyi kullandığını doktora anlatmış, 18'i anlatmamıştı. Bu 18 kişinin 16'sı “doktor/hemşire sormadı” derken 2'si “doktor/hemşirenin bilmesi önemli değildi” diye cevap verdi. Baş ağrısı

tipi ile alternatif tedaviyi doktor/hemşireye anlatma konusunda gruplar arası fark yoktu ($p= 0,39$).

TAT grubunda bu tedaviyi alırken 47 kişi verilen medikal tedavisine aynen devam etmiş, 1 kişi tedavisini bırakmış, 7 kişi ise verilen tıbbi tedaviyi almamış.

Alternatif tedavi kullanan ve kullanmayanlar arasında baş ağrısı atak süresi, atak sıklığı ve VAS arasında ilişki yoktu ($p>0,05$). Alternatif tedavi kullananlarda analjezik kullanımı biraz daha fazla idi ($p= 0,048$), ancak ilaç çeşidi olarak fark yoktu. Alternatif tedavi kullanan ve kullanmayan grubunda en fazla kullanılan ağrı kesici parasetamoldü.

4.3. Baş Ağrısı Hastalarında Hastalık Algısı

HAÖ’de yer alan 38 soru ile değerlendirilen “hastalık hakkındaki görüşleri” testi, yedi alt ölçeği içermektedir. Bu alt ölçekler süre (akut/kronik), sonuçlar, kişisel kontrol, tedavi kontrolü, hastalığı anlayabilme, süre (döngüsel) ve duygusal temsiller olarak isimlendirilmiştir.

Çalışmamızda, HAÖ “hastalık hakkındaki görüşleri” testi eğitim durumuna göre değerlendirildi. Bu değerlendirmede sonuçlar ve hastalığı anlayabilme açısından gruplar arasında fark varken diğer alt ölçekler arasında fark yoktu. Anlamlı çıkan gruplar arasında yapılan ikili istatistik değerlendirmede ilkökul-ortaokul, ortaokul-lise, ortaokul-üniversite ve lise-üniversite grupları arasında istatistiksel anlamlı fark yoktu. Ancak ilkökul-lise grubu arasında sonuçlar ($p= 0,01$) ve hastalığı anlayabilme açısından lise grubu daha iyiydi ($p= 0,0001$). İlkokul-üniversite grubu arasında sonuçlar ($p= 0,007$) ve hastalığı anlayabilme ($p= 0,0001$) üniversite grubunda daha iyiydi.

“Hastalık hakkındaki görüşler” ile baş ağrısı tipi kıyaslandı. Diğer grubu kişisel kontrolün kendinde daha az olduğunu düşünüyordu ($p= 0,003$). Bu grup dışındaki diğer üç baş ağrısı grubunda kişisel kontrol açısından fark yoktu ($p>0,05$). Hastalık hakkındaki görüşler kısmındaki süre migren, migren+GTBA ve GTBA ile kıyaslandığında migren ve migren+GTBA grubu daha yüksek puan aldı, puan yükseldikçe baş ağrısı daha uzun sürmekte idi ($p= 0,0001$). “Hastalık hakkındaki görüşler” TAT kullanan ve kullanmayan baş ağrısı hasta grupları arasında karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0,05$).

HAÖ 'deki "hastalık nedenleri boyutu" testi; olası nedenleri içeren 18 maddeden oluşur. Kişinin hastalığının olası nedenleri hakkındaki düşüncelerini araştırır ve dört alt ölçek içerir. Bunlar, psikolojik atıflar (ör. Stres ya da endişe, aile problemleri, kişilik özellikleri), risk etkenleri (ör. Kalıtsal, sigara, alkol kullanımı, yaşlanma), bağışıklık (ör. Mikrop ya da virüs, vücut direncimin az olması), kaza veya şanstır (ör. Kaza, yaralanma, kötü talih vb.).

HAÖ 'deki "hastalık nedenleri boyutu" değerlendirilmesinde, eğitim durumuna göre gruplar arasında anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$). "Hastalık nedenleri boyutu" baş ağrısı tipi ve alternatif tedavi kullanımı açısından kıyaslandığında, bu gruplar ile baş ağrısı tipi ve alternatif tedavi kullanımı açısından anlamlı fark yoktu ($p>0,05$).

"Hastalık nedenleri boyutu" ölçeğinin sonunda niteliksel değerlendirme için kişinin hastalığının en önemli nedenleri olarak gördüğü üç etkeni yazması da istenmektedir. Hastalarımız baş ağrısına neden olarak ilk seçeneğe sıklık sırasına göre stres, yorgunluk, aile problemleri, 2.seçeneğe sıklık sırasına göre stres, aile problemleri, kişilik özelliklerim ve 3.seçeneğe sıklık sırasına göre duygusal durumum, aile problemleri, kişilik özelliklerim cevabını verdi.

"Hastalık tipi boyutu" sık görülen 14 hastalık belirtisini (ağrı, boğazda yanma, bulantı, soluk almada güçlük, kilo kaybı, yorgunluk, eklem sertliği, gözlerde yanma, hırıltılı soluma, başağrısı, mide yakınmaları, sersemlik hissi, uyku güçlüğü, güç kaybı) içermektedir. Bu belirtilerin her biri için kişiye önce, 'hastalığın başlangıcından bu yana yaşayıp yaşamadığı', daha sonra 'bu belirtiyi hastalığıyla ilgili görüp görmediği' sorulmaktadır.

HAÖ "hastalık tipi boyutunun" değerlendirilmesinde alternatif tedavi kullanan ve kullanmayan gruplarda en sık görülen ve baş ağrısı ile en sık ilişkili olduğu düşünülen belirtiler sersemlik hissi ve yorgunluktu. Alternatif tedavi kullananlarda en az görülen belirti hırıltılı soluma, baş ağrıları ile en az ilişkili belirti soluk almada güçlüktü. Alternatif tedavi kullanmayanlarda ise en az yaşanan ve baş ağrıları ile en az ilişki kurdukları belirti kilo kaybıydı. Hastalık tipi boyutunun baş ağrısı tipine göre değerlendirilmesinde baş ağrısı başlangıcından bu yana bulantı GTBA'da diğer baş ağrısı gruplarına göre daha az görülmüştü. Gözlerde yanma baş ağrısı başlangıcından bu yana migren ve GTBA'da daha az ama migren+GTBA ve

diğer baş ağrısı grubunda daha fazla görüldü. Mide yakınmaları da baş ağrısı diğer grubunda baş ağrısı başlangıcından bu yana daha fazla görülmüştü. Sersemlik hissi migren+GTBA ve diğer baş ağrısı kategorisinde baş ağrısı başlangıcından bu yana diğer 2 kategoriye göre biraz daha fazla idi.

5. TARTIŞMA

Baş ağrısında TAT kullanımına yönelik çalışmalar artan sıklıkta yapılmaktadır (4-7). Ancak ülkemizde baş ağrısı epidemiyoloji çalışmaları yapılmasına rağmen bu hastalarda TAT kullanımı ile ilgili yapılan çalışma bilginiz dâhilinde bulunmamaktadır. Günlük pratiğimizden ülkemizde baş ağrısı hastalarında TAT kullanımının yaygın olduğunu biliyoruz. Araştırmamızda baş ağrısı hastalarında ağrıya ait özellikler ile sosyodemografik özelliklerin hangilerinin TAT kullanımı ile ilgili olabileceğini araştırdık.

Ayrıca baş ağrısı hastalarının modern tıbbi tedaviler dışında alternatif tedavi yardımı aramasına hastalık algılarındaki farklılıklar neden olabilir. Ancak bu konu bildiğimiz kadarı ile daha önce incelenmemiştir. Bu nedenle bu çalışma baş ağrısı epidemiyolojisi, hastaların sosyodemografik özellikleri, baş ağrısı hastalarında TAT kullanımı ve bu hastalarda hastalık algısına yönelik olarak planlanmıştır.

Baş ağrısı hastalarının önemli bir kısmının Batı ülkelerinde dahi doktora başvurmadığı bilinen bir gerçektir. Bizim çalışmamız da dâhil olmak üzere daha önce baş ağrısı hastalarında TAT kullanımına yönelik yapılan tüm çalışmalar baş ağrısı kliniklerine başvuran hastalarda yapılmıştır. Bu nedenle genel toplumda baş ağrısı şikâyeti olanlar arasında TAT kullanımının gerçekte ne oranda olduğunu bilemiyoruz. Ayrıca bu az sayıdaki çalışma yöntem ve düzenlenme biçimi açısından birbirlerinden önemli farklılıklar içermektedir. Örneğin bizim çalışmamızda dâhil toplam altı çalışmada baş ağrısı tiplerine göre TAT kullanımı ve etkinliği incelenmiştir. Yine hastaların meslekleri ile TAT kullanımı ilişkisi yalnızca üç çalışmada incelenmiş. Ancak yapılan çalışmaların ortak bulgusu baş ağrısı nedeniyle doktora başvuran baş ağrısı nüfusunda dahi büyük oranda TAT kullanımı olduğu yönündedir. Bu az sayıdaki çalışma ayrıca TAT kullanan hastaların kullandıkları yöntemden memnun olduklarını da göstermektedir. Çalışmamızın özeline dönersek bildiğimiz kadarı ile çalışmamız ülkemizde baş ağrısı hastalarında TAT kullanımının incelendiği ilk araştırmadır. Baş ağrısı nedeniyle kliniğimize başvuran ve çalışmaya dâhil olan 211 hastanın 55'inin (% 26) TAT kullandığını saptadık. Bu diğer çalışmalara göre nispeten düşük bir oran olduğundan olumlu bir bulgudur. TAT kullanımı olan hastaların daha uzun süredir, kronik baş ağrısı çektiklerini saptadık, ki bu diğer çalışmalarında üzerinde hemfikir

olduğu bir bulgudur. TAT kullanan hastalarımızın eğitim düzeyleri kullanmayanlara göre yüksekti. Hastalarımızın kullandığı TAT yöntemleri arasında sağlığı tehdit eden risk oluşturan bir yöntem bildirilmemesi de olumlu bir bulgudur.

Konvansiyonel farmakolojik tedavilere ilaveten baş ağrısı şikâyeti bulunanların TAT tedavilerini denedikleri çalışmalarla ortaya konmuştur (4-7, 171). İtalyan baş ağrısı kliniklerine başvuruda bulunan hastalarda TAT kullanımına dair çalışmalar, hastaların % 29-40'ının TAT tedavilerine başvurduğunu göstermiştir (5, 6, 171). İngilterede yapılan bir çalışmada baş ağrısı hastalarının % 32'sinin komplementer ve alternatif tedavi olarak ortalama 3 farklı tedavi kullandığı saptanmıştır (10). Birleşik Krallık bünyesinde yapılmış olan çalışmalarda, erişkin nüfusta tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanım prevalansının % 20-28 arasında olduğu ve bu nüfusun % 47'sinin hayatının herhangi bir döneminde en az bir kez tamamlayıcı ve alternatif tedavilere başvurduğunu ortaya çıkarmıştır (8, 9). Almanya ve Avusturya'da yapılan bir çalışmada, bir baş ağrısı kliniğine başvuran hastaların % 81,7'sinin TAT kullandığı saptanmıştır (7). Amerika'da yapılan çalışmada ise baş ağrısı kliniğine başvuruda bulunmuş olan hastaların % 85 oranında TAT kullanımına sahip olduğu gösterilmiştir (4). Çalışmamızda ise polikliniğimize başvuran baş ağrısı hastalarından % 26,1'inin alternatif tedavi kullandığını saptadık. Sonuçlarımız yine bir Akdeniz ülkesi olan İtalya'da elde edilen oranlarla benzerdir. Orta Avrupa ve Kuzey Amerika'da ağrı kesicilere ulaşımın reçeteye bağlı olması bizde ise bu ilaçlara daha rahat ulaşılabilmesi hastaların baş ağrılarını dindirmek için TAT kullanmak yerine reçetesiz ağrı kesici kullanımı tercih etmeleri ile açıklanabilir. Yine Orta Avrupa ve Kuzey Amerika'da sevk zincirinin daha katı uygulanması, birincil baş ağrılarının çoğunluğunun birinci basamakta tedavi edilmesi, özelleşmiş baş ağrısı kliniklerine daha uzun süredir baş ağrısı çeken ve daha önce uygulanan tedavilerden daha az yanıt alan hastaların oransal olarak daha fazla başvurmasına neden olabilir. Bu özelleşmiş baş ağrısı kliniklerine gelen hastalar arasında TAT kullanan hastaların daha yüksek oranda olması daha anlaşılabilir. Ülkemizde sevk zincirinin olmaması ve sosyal güvenlik kurumunun ödeme politikası nedeniyle özelleşmiş polikliniklerde değil genel nöroloji polikliniklerinde baş ağrısı takibinin yapılıyor olması genel baş ağrısı hastaları arasında TAT kullanan hasta oranının nispeten düşük olmasına neden olmuş olabilir.

Kronik baş ağrısı olanların TAT tedavisini daha çok kullandığı bildirilmiştir (7). Bizim çalışmamızda da kronik baş ağrısı çekenler daha fazla TAT' ye başvuruyordu. Yapılan çalışmalar baş ağrısı süresi daha uzun, atak sıklık ve şiddeti daha fazla olan hastalarda TAT kullanımının daha fazla olduğunu göstermiştir (5-7, 171, 192). Ancak bizim çalışmamızda TAT kullanan ve kullanmayanlar arasında atak süresi, atak sıklığı ve VAS arasında ilişki bulunamadı. Ayrıca baş ağrısı tipi açısından TAT kullananlar ile kullanmayanlar arasında bir farklılık bulamadık. Benzer şekilde Gaul ve ark.'nın çalışmasında baş ağrısı tipi açısından TAT kullanan ve kullanmayan gruplar arasında fark bulunamamıştır (7).

TAT tedavisine başvurma konusunda en yaygın karşılaşılan sebep konvansiyonel tedavilerin hepsini denedikten sonra son çare olarak görülmesi bulunmuştur (7, 10, 193, 194). Çalışmamızda TAT kullanımına en sık başvuru nedeni olarak, bu tedavinin baş ağrısını etkili şekilde tedavi ettiğine inanmak olduğu bulundu (n:35/55). Diğer nedenler ise şöyle sıralanıyordu; 9 hasta son çare olarak; 6 hasta doktor tavsiyesi nedeniyle; 5 hasta ise geleneksel tıbbi tedaviden memnun olmadığından TAT kullandığını belirtti.

Baş ağrısı olan hastaların hangi özelliklerinin TAT kullanımında etken olduğu konusu oldukça tartışmalıdır. Meslek açısından yalnızca bir çalışmada TAT kullanımı; çalışanlarda çalışmayanlara göre daha fazla bulunurken (10), başka bir çalışma TAT kullanımını açısından meslek grupları arasında fark bulamamıştır (171). Kimi çalışmalarda eğitim durumu ile TAT kullanımı arasında ilişki bulunamazken (5, 7, 171) bir çalışmada (195) eğitim seviyesi yüksek olanlarda TAT kullanımının daha fazla olduğu bildirilmiştir. TAT kullanımı ile cinsiyet arasında (5, 7, 171) ilişki saptanamazken, bir çalışmada (195) TAT kullanımının erkeklerde daha fazla olduğu saptanmıştır. Medeni durum ile TAT kullanımı arasında fark saptanmamıştır (5, 171). TAT kullananların yaş ortalamasını daha yüksek bulmuşlar (7, 195) ancak iki çalışmada (5, 171) TAT kullanımı ile yaş arasında fark bulunamamıştır. Diğer iki farklı çalışmada da (7, 196) baş ağrısı tipi ile TAT kullanımı arasında ilişki saptanmamıştır.

TAT kullanım sıklığı ile baş ağrısı sıklığı ve şiddetiyle ilişkili çalışmalarda elde edilen sonuçlar tartışmalıdır. Yapılan bir çalışmada TAT kullanım sıklığı ile baş ağrısı sıklığı ve şiddeti ilişkisiz bulunmuştur (171). Diğer bir çalışmada baş ağrısı

şiddeti daha fazla olanlar TAT tedavisini daha çok kullanıyormuş (195) buna karşın bir diğer çalışmada ise baş ağrısı şiddeti daha düşük olanların daha fazla TAT kullandığı bildirilmiştir (7). Baş ağrısı atak süresi ile TAT kullanımı arasında ilişki bulunmazken kronik baş ağrısı çeken hastaların daha çok TAT kullandıkları bildirilmiştir (5-7, 171). Bu çalışmalardan Amerika’da yapılan bir çalışmada hispaniklerde, siyah ırkta, yabancı ülkede doğanlarda, hipertansiyonu olanlarda, fiziksel aktivitesi düşük olanlarda ve anksiyete öyküsü olanlarda daha fazla TAT kullanımı olduğu bulunmuştur (195).

Gaul ve ark.’nın çalışmasında ise baş ağrısına bağlı dizabilite açısından TAT kullanan ve kullanmayan grubu arasında fark bulunmamıştır (7). Bu çalışmaların bize aktardıkları sonuçlar dikkate alındığında baş ağrısı hastalarında TAT kullanım nedenlerini henüz tam olarak anlamaktan uzak olduğumuz görülmektedir. Çalışmalarda özellikle sorunun maddi boyutu üzerinde odaklanılmıştır. Çalışmaların geneli incelendiğinde herbir çalışmada TAT kullanımı açısından farklı sosyodemografik etkenler üzerinde durulduğu dikkati çekmektedir.

Buna ilaveten çalışmalarda ele alınan sosyodemografik değişkenlerin herbiri açısından çalışmalarda farklı ve çelişkili sonuçlar bildirilmektedir. Ayrıca bu çalışmaların çoğunluğunda baş ağrısı hastaları TAT kullanımı olan ve olmayan şeklinde ayrılarak geniş kapsamda sosyo-demografik veriler açısından gruplar arasında fark olup olmadığı araştırılmamıştır. Böyle olunca zaten az sayıda yapılan çalışmalardan elde edilen sonuçlar ile yoruma gitmek ve bulgularımızı kıyaslamak oldukça zor olmaktadır.

Çalışmamızda TAT kullanan ve kullanmayan gruplar arasında cinsiyet dağılımı açısından bir fark bulamadık. TAT kullanan grubun yaşı kullanmayan gruba göre daha düşük bulundu. Bu bulgumuz TAT kullananların daha yaşlı bulunduğu iki çalışma (7, 195) ve TAT kullanan ve kullanmayan gruplar arasında fark bulunmayan iki çalışma (5, 171) ile çelişmekteydi. Yine yapılan çalışmaların (5, 171) aksine çalışmamızda bekâr (boşanmış dâhil) grubu evlilere oranla daha fazla TAT kullanmaktaydı. Buna karşın önceki bir çalışmayla (195) benzer şekilde bizim çalışmamızda da eğitim seviyesi yüksek üniversite grubunda TAT kullanımı daha fazlaydı. Meslek grupları açısından değerlendirildiğinde ise; işsiz, öğrenci ve tam gün çalışan gruplarında TAT kullanımı diğer meslek gruplarına göre anlamlı derecede yüksek bulundu. Çalışmamızın bulgularına göre bir baş ağrısı hastası; uzun süreli

kronik baş ağrısı çekiyorsa, yalnız yaşıyorsa (bekâr veya dul), eğitim seviyesi yüksekse ve meslek olarak işsiz, öğrenci veya tam gün çalışan grubunda ise TAT kullanma olasılığı daha yüksek bulundu.

Çalışmamızda en sık kullanılan alternatif tedaviler; bitkisel tedavi, vitaminler/beslenme desteği, masaj terapisi, egzersiz, halk ilaçları, kendi kendine yetme/destek grubu ve soğuk uygulama olarak bulundu. Bununla beraber çalışmamızda liste dışı diğer yöntemler arasında başını bağlama en sık kullanılırken, nadir olarak başa patates sarma ve sıcak duş kullanılmaktaydı. Baş ağrısı hastalarında yapılan çalışmalarda; masaj, akupunktur, bitkisel tedavi, egzersiz ve vitamin/nutrisyonel destek uygulamalarının en sık kullanılan TAT uygulamaları olduğu bildirilmiştir (4-7, 171). Çalışmamızda elde ettiğimiz sonuç literatürdeki çalışmaların bulguları ile benzerlik göstermektedir. Şöyle ki, kullanılan tedaviler oldukça geniş bir çeşitlilik göstermekte ve birbirlerine benzemektedir.

Baş ağrısı hastalarının başvurdukları TAT yöntemlerini kimin tavsiyesi ile kullanmaya başladıklarını sorguladığımızda, hastalarımızın % 64'ü tavsiye kaynağı kişi olarak kendisini gösterdi. Bu yanıtı veren grupta yer alanlar, kullandığı yöntemi 'bir yerlerden duyduğu ve sonrasında kendi kararı ile uygulamaya başladığı' yorumunu sıklıkla yapmaktadır. TAT kullanan hastaların % 16'sı ise son çare olarak TAT kullanmaya başladığını ifade etmiştir. Bir ilginç bulgu da TAT kullanan hastaların % 11'inin doktor tavsiyesi ile TAT kullanmaya başladıklarını belirtmiş olmalarıdır. TAT kullanmaya doktor tavsiyesi ile başladığını söyleyen grubu hariç tutarsak diğer hastaların aslında TAT önerisini kimden aldığını kesin olarak söylemedikleri anlaşılmaktadır. Yapılan çalışmalarda bizim çalışmamızdan farklı olarak en yaygın karşılaşılan TAT kullanım tavsiyesi kaynakları arkadaşlar veya akrabalar olduğu bulunmuştur (5, 6, 197, 198). Çalışmamızda doktor tavsiyesi olarak TAT kullanan 6 hastadan 2'si vitamin/beslenme desteği, 2'si egzersiz, biri masaj diğer hastada soğuk kullanılmaktaydı. Migren tanısı olan ve doktor tavsiyesi olarak TAT kullanan 3 hasta egzersiz, soğuk ve vitamin/beslenme desteği alıyorken, GTBA tanısı olan 2 hasta masaj ve egzersiz kullanıyordu. GTBA ile ilaç aşırı kullanım baş ağrısı olan bir hasta ise TAT olarak vitamin/beslenme desteği alıyordu. Doktor önerisi ile TAT kullandığını söyleyen bu hastalara tanıları da göz önüne alarak daha yakından baktığımızda doktorların hastalara yaptığı önerilerin çoğunluğunun daha anlaşılabilir öneriler olduğu

görülmektedir. Bunun önemli nedenlerinden birisi başağrısı ile uğraşan önemli kimi bilim insanlarının bilimsel kitaplarında alternatif tedavilere yer vermesidir. Örneğin Amerikan ekolünün önde gelen isimlerinden Evans R.E. ve Mathew N.T.’nin birlikte yazdıkları “Başağrısı El Kitabı” başlıklı eserde TAT kullanımı ile ilgili bilgiler bulunmaktadır (199). Mathew eski Uluslararası Başağrısı Derneği ve yine eski Amerikan Başağrısı Derneği başkanı olarak başağrısı çalışma alanında çok önemli bir isimdir. Kitabın 18. Bölümü “Hastaların Başvurabileceği Birimler, Eğitim Materyalleri ve Alternatif Tedaviler” başlığını taşımaktadır. Bu bölümde akupunktur, aromaterapi, biyofeedback, kiropraksi, bitkisel tıp, hipnoz, masaj, meditasyon, osteopati, yoga ve orogresif rahatlama tekniklerine yer verilmiştir. Ayrıca diyet düzenlenmesi açısından yiyecek ve içeceklerin kafein miktarları verilmiştir. Avrupa ekolü ise TAT kullanımına daha mesafelidir. Yine de Silberstein, Lipton ve Goadsby’nin birlikte yazdıkları “Klinik Uygulamada Baş Ağrısı” başlıklı kitapta da yer yer alternatif tedavi kullanımı ile ilgili bilgiler de verilmektedir. Örneğin bu kitapta ‘Migren: Tanı ve Tedavi’ başlıklı bölümde ‘Feverfew’ isimli bitki (*Tanacetum parthenium*) ile ilgili kısa bir bilgi verilmiş ve bu bitki ile ilgili daha çok çalışmaya gereksinim olduğu belirtilmiştir. Yine bu satırların devamında riboflavin ile ilgili migrende faydalı bulunduğu ilişkin bir çalışmanın bulgularına yer verilmiştir (200). Ayrıca kitabın ‘Gerilim Tipi Baş Ağrısı: Tanı ve Tedavi’ başlıklı bölümünde gerilim tipi baş ağrılarında uygulanan biyofeedback, gevşeme teknikleri, masaj, kiropraksi gibi yöntemlere ve bunlardan sağlanan fayda düzeylerine yer verilmiştir (201). Baş ağrısı öyküsünde ağrının baş-boyun çevresine uygulanan masajdan fayda görmesi GTBA tanısı lehine yorumlanmaktadır. GTBA tanısı ile takip edilen hastalara günümüz tıbbında da sıklıkla masaj ve egzersiz önerilmektedir. Her iki yöntem de GTBA hastaları tarafından sıklıkla fayda gördükleri uygulamalar arasında gösterilmektedir. Egzersiz de günümüzde özellikle medya aracılığıyla sağlıklı bireylere olduğu kadar baş ağrıları da dâhil birçok hastalıkta sıklıkla önerilmektedir. Atak sırasında baş bölgesine soğuk uygulamanın migrende etkin olduğu yine tıbbi şirketler tarafından son dönemde sıklıkla dile getirilmektedir. Biri migren diğeri GTBA+ilaç aşırı kullanım baş ağrısı olan iki hastamızda doktor tavsiyesi ile kullanılan vitamin/beslenme desteği diğerlerine nazaran daha sorunlu gözükmektedir. Vitamin/beslenme desteği ise ne yazık ki son yıllarda çok suistimal edilen ve tıbbi kanıta dayalı olmadan yetkisiz kişiler başta olmak

üzere birçok kişi ve kurumun sıklıkla her derde deva şeklinde topluma dayattığı tedavi önerileri arasında yer almaktadır.

Çalışmamızda TAT grubundaki hastaların kullandıkları tedaviden memnun olanların oranı % 55 olarak bulundu. Kullandığı TAT tedavisinin etkinliği ve tatmin ediciliği konusunda hastaların % 20'si kararsız olduğunu belirtirken, hastaların % 25'i ise kullandığı tedaviden tatmin olmadığını belirtti. Buna karşın baş ağrılarındaki değişim incelendiğinde hastaların % 56'sının baş ağrısının azaldığı, % 36'sının baş ağrısının aynı kaldığı ve % 8'inin baş ağrısının ise arttığı saptanmıştır. Bu bulguyu diğer bir başka bulgu ile birlikte yorumlamamız gerekir. Şöyle ki; TAT grubunda TAT kullanımı sırasında 47 kişi doktor tarafından verilen tıbbi tedavisine aynen devam etmiş, 1 kişi tedavisini bırakmış, 7 kişi ise verilen tıbbi tedaviyi hiç almamıştı. Aslında hastaların % 85'i doktorunun önerdiği tıbbi tedaviyi kullanmıştır. TAT kullanımı sırasında önerilen tıbbi tedaviyi kullanmayan 8 hastaya baktığımızda; baş ağrısındaki değişim sorulduğunda ise 3 hasta ağrısının aynı kaldığını 5 hasta ise ağrısının azaldığını belirtmiştir. Ancak tedaviden duyulan tatmin düzeyi sorulduğunda ise 3 hasta TAT tedavisinden tatmin olmadığını belirtirken 3 hasta kararsız olduğunu 2 hasta ise TAT tedavisinden tatmin olduğunu belirttiği görülmektedir. TAT tedavisi ile ağrılarının azaldığını ve bu tedaviden tatmin olduğunu söyleyen tek bir hasta bulunmaktadır. TAT kullanan hastalardaki baş ağrılarındaki azalma oranı ve dolayısıyla da nispi yüksek memnuniyet oranı kullanılan tıbbi tedavinin bir sonucu olabilir. Ayrıca bu bulgu hastaların TAT kullansalar dahi büyük oranda yine modern tıbbın önerdiği tedaviyi kullanmaya devam ettiğini göstermektedir. İngiltere'de yapılan bir çalışmada 25 hastanın yalnızca 2'si (% 8) verilen medikal tedavisini TAT kullanımı sırasında bırakmıştır (10).

Önceki çalışmalara baktığımızda TAT kullanımından fayda görme açısından yine farklılık gösteren sonuçların bildirildiğini görmekteyiz. Bir grup çalışmada bizimkine benzer şekilde TAT kullanan hastaların önemli bir kısmı fayda gördüklerini belirtmiştir. Rossi ve ark.'larının yaptıkları çalışmalarda hastaların % 45'inin TAT' nin farmakolojik tedaviye göre daha etkin olduğunu düşündüğü için, % 20'sinin ise TAT' nin yan etkisinin daha az olduğunu düşündüğünden kullandığını saptamışlardır (5, 6, 171). Vukovic ve ark.'ları migrenlilerin % 30'u, GTBA olanların % 60'ı ile GTBA ve migreni olanların % 41'inin TAT' den fayda gördüğünü belirtmişlerdir (196). TAT

kullanan hastalar arasında en yüksek iyilik hali bildiren çalışma ise İngiltere'den bildirilmiştir. Bu çalışmada (10) TAT kullanıcıları tarafından algılanmış fayda oranı % 60 olurken, kullanıcılardan hiçbiri TAT tedavisinin baş ağrısında kötüleşmeye yol açtığı algısına sahip değildi. Bu çalışmada doktordan ümidini kesenlerin % 67'si TAT kullanmıştır. Von Peter ve ark.'ları (4) tarafından gerçekleştirilmiş olan Amerikan çalışmasında İngiltere'de yapılan çalışmaya benzer fayda oranı bulunmuştur.

Buna karşın TAT kullanımının sağladığı yararı oldukça düşük gösteren çalışmalar da mevcuttur. ABD' de yapılan bir çalışmada TAT kullanan hastaların sadece % 5'inde baş ağrısı semptomlarının gerilediği rapor edilmiştir (195). Amerika'da yapılan diğer bir çalışmada hem TAT hem de medikal tedavi kullanan hastaların % 39'unun TAT' nin daha etkin olduğuna inandıkları bulunmuştur (202).

Çalışmamızda, TAT kullanan hastaların TAT tedavisinden tatmin oranı baş ağrısı tipine göre değerlendirildiğinde; TAT kullanan 13 migren hastasından 9'u (% 70) tedaviden tatmin olduğunu söylerken, 2 (% 15) hasta tatmin olmamış ve 2 (% 15) hasta ise kararsızdı. Yine TAT kullanan 33 GTBA hastasından 16'sı (% 49) tedaviden tatmin olduğunu söylerken, 10 (% 30) hasta tatmin olmamış ve 7 (% 21) hasta ise kararsızdı. Migren ve GTBA birlikteliği olan grupta ise 3 (% 50) hasta TAT tedavisinden tatmin olmuş, 2 (% 33) hasta tatmin olmamış ve 1 (% 17) hasta kararsızdı. Literatürde ise TAT kullanan hastalar baş ağrısı tiplerine göre sınıflandırıldığında ise migrenli hastaların TAT kullanımından fayda görme oranı oldukça düşük olduğu dikkati çekmektedir. Rossi ve ark.'ları yaptıkları çalışmalarda TAT tedavisinin migrende fayda sağlamadığını saptamışlardır, bu hastaların % 73,1'i TAT tedavisinden fayda görmemiştir. GTBA ve küme baş ağrısı için TAT kullanan hastalarda da tedavi yanıtları tatmin edici bulunmamıştır (5, 6, 171). Rossi ve ark.'nın çalışmasında (5) migren hastalarının atak şiddeti çalışmamızdaki migren hastalarının VAS değerlerine daha yakinken, atak sıklığının bizim migren grubumuzdaki atak sıklığından daha fazla olduğu göze çarpmaktadır. En belirgin farklılık ise hastalık süresidir. Bizim migren hastalarımızın ortalama hastalık süresi, Rossi ve ark.'nın çalışmasındaki migrenlilerin ortalama hastalık süresine göre oldukça kısadır. Benzer şekilde 2006 yılında Rossi ve ark.'nın yaptığı çalışmada (6) yer alan kronik GTBA hastalarının atak şiddeti bizim çalışmamızdaki GTBA hastalarının ortalama VAS değerlerine benzerken, atak sıklığı ve ortalama hastalık süresinin bizim

çalışmamızdaki hastalardan daha yüksek olduğu görülmektedir. Burada vurgulamamız gereken önemli bir nokta Rossi ve ark.'nın bu çalışmasında yalnızca kronik tip GTBA'lar çalışmaya dâhil edilmiştir. Biz ise tüm baş ağrısı hastalarını dâhil ettiğimiz çalışmamızda GTBA grubuna hem epizodik hem de kronik formda olan hastaları dâhil ettik. Bu iki çalışmada incelenen migren ve GTBA hastalarının bizim hastalarımıza göre daha uzun süredir baş ağrısı çektikleri ve atak sıklıklarının daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu iki çalışma ile bizim çalışmamızda yer alan hastaların hastalık süreleri ve atak sıklıkları arasındaki farklılıklar, TAT kullanmından fayda görenlerin oranlarının değişken olmasına yol açmış olabilir. Ayrıca çalışmalar arasında izlenen farklılıklar, seçilen TAT etkinliğinin kaydedilmesindeki farklılıklara da bağlı olabilir.

Bizim çalışmamızda TAT kullananların 1/3'ü bu tedaviyi kullandığını doktor veya hemşireye bildirmezken buna sebep olarak % 89 oranında doktor veya hemşirenin herhangi bir soru yöneltmemiş olmasını göstermişlerdir. Hastaların % 11'i ise doktor/hemşirenin bilmesinin önemli olmadığını düşünüyordu. Yapılan bir çalışmada (10) TAT kullanıcılarının % 42'si bu kullanımı doktor veya hemşireye bildirmezken, buna sebep olarak % 80 oranında olumsuz tepki alma korkusu veya anlayış eksikliği değil, doktor veya hemşirenin herhangi bir soru yöneltmemiş olmasını ileri sürmekteydi. Buradan çıkarılabilecek en önemli sonuç baş ağrısı hastalarının kullandıkları tedavilerle ilgili öykünün hem ülkemizde hem de diğer ülkelerde yeterince ayrıntılı değerlendirilmediğidir. Rossi ve ark.'ları (5, 6, 171) yaptıkları çalışmalarda hastaların % 60'ının alternatif tedavi kullandığını doktora söylemediğini saptamışlardır. Hastalara TAT kullanımını niye anlatmadıkları sorulduğunda hastaların % 37'si doktor sormadı derken, % 50'si doktorun bilmesine gerek yoktu diye cevap vermişler (5). Wells ve ark.'larının yaptıkları bir çalışmada migren ve diğer baş ağrısı tipleri olan hastalar baş ağrısı olmayanlara göre daha fazla TAT kullandıklarını belirtmişler ve hastaların % 50'sinden fazlası doktorlarına bu tedaviyi kullandıklarından bahsetmemişlerdir(195). Bizim hasta grubumuzda diğer çalışmalara kıyasla hastaların daha fazla oranda TAT kullanımını doktora bildirdiği dikkati çekmektedir. Bunun en önemli nedenlerinden birisi de şüphesiz hastalarımız arasında geleneksel tedavilere karşı yaygın olan olumlu bakış açısı olabilir.

Çalışmamızda TAT kullananlarda analjezik kullanımı biraz daha fazlaydı, ancak ilaç çeşidi olarak fark yoktu. TAT kullanan ve kullanmayan grupta en fazla

kullanılan ağrı kesici parasetamoldü. Diğer çalışmalarda bu konu irdelenmemiştir. Bu bulgu da TAT kullanan hastaların önceki tıbbi tedavilerinin etkin düzeyde olmaması ile uyumlu olabilir. Bu hastalar daha fazla oranda analjezik kullanımı arayışına girmektedir.

HAÖ kanser, atopik dermatit, hafif beyin hasarı, depresyon, fibromyalji, böbrek hastalığı ve HT gibi birçok çalışmada kullanılmıştır (203-211). Ülkemizde onkoloji, HT, böbrek yetmezliği ve DM hastalarında hastalık algısına yönelik çalışmalar yayınlanmıştır (13, 15, 212, 213). Bununla birlikte ülkemizde baş ağrısı hastalarında hastalık algısına yönelik çalışma da bilgimiz dâhilinde mevcut değildir.

Kronik hastalıklarda hastalık süresi uzadıkça hastalıktan etkilenme ve hastalık algısı değişimi yapılan çalışmalarla gösterilmiştir (12, 14, 214). Baş ağrısı hastalarında yapılan çalışmada ise hastaların hastalıkları ile ilgili endişelerinin olduğu ve bu endişeleri nedeniyle baş ağrılarının arttığı saptanmıştır (215).

Baş ağrısı hastalarında bizim çalışmamıza benzer olarak bu tür bir çalışma Türkiye’de yapılmamıştır. Çalışmamızda baş ağrısı tipi, TAT kullanımı ve eğitim durumuna göre kişinin hastalığının olası nedenleri hakkındaki düşüncelerini araştıran ‘hastalık nedenleri boyutu’ değerlendirildiğinde gruplar arasında anlamlı fark saptanmadı.

Hastalık tipi boyutunun değerlendirilmesinde TAT kullanan ve kullanmayan gruplarda benzer şekilde en sık görülen ve baş ağrısı ile ilişkili olduğu düşünülen belirtiler sersemlik hissi ve yorgunluktu. HAÖ’nin diğer alt ölçeklerinde TAT kullanan ve kullanmayan baş ağrısı hasta grupları arasında anlamlı bir farklılık saptanmadı.

Ayrıca TAT kullanan ve kullanmayan hasta gruplarını karşılaştırdığımızda gruplar arasında saptadığımız farklılıklar ile tüm hasta grubunda baş ağrısı tiplerine göre hastalık algısında saptadığımız farklılıkları birlikte yorumladık. Hasta grubu tüm olarak değerlendirildiğinde ‘sonuçlar’ ve ‘hastalığı anlayabilme’ alt-testlerinde ilkökul ve lise grupları karşılaştırıldığında lise grubunun hastalığının sonuçları ile ilgili daha kesin ve net bir bilinç düzeyine sahip olduğu ve hastalığını daha iyi anlayabildiği görüldü. Benzer farklılık üniversite grubu ile ilkökul grubu karşılaştırıldığında da üniversite grubu lehine anlamlı bulundu. Bu bulguyu eğitim düzeyi yüksek hastalarda TAT kullanımının daha yüksek olduğu yolundaki bulgumuzla bir arada değerlendirmek gerektiği düşüncesindeyiz. Şöyle ki eğitim düzeyi yüksek hastaya

yapılan yetersiz açıklama bu gruptaki hastaların kendi hastalık kontrollerini kendi ellerine alıp TAT kullanımına daha kolay karar verebildikleri anlamına gelebilir. Bu açıdan bakınca baş ağrısı hastalarına hastalıkları ile ilgili tatminkâr düzeyde açıklama yapmak daha da önemli hale gelmektedir.

‘Hastalık hakkındaki görüşler’ alt-testindeki ‘süre’; migren, migren+GTBA ve GTBA grupları arasında karşılaştırıldığında migren ve migren+GTBA gruplarında hastalar kendi baş ağrılarının daha kronik nitelikte (uzun süreli) olacağı görüşünde oldukları bulundu. Hastalığın kronik süreçte olmasının TAT kullanımını arttırdığını bulduk. Yine iki bulguyu bir arada yorumlamaya çalışalım. Migren ve GTBA ile birliktelik gösteren migren hastalarında kendi hastalıklarına ait kronisite algısının daha yoğun olduğu dikkate alınarak, migren hastalarında daha kısa sürede daha etkin tedavinin özellikle önemli olduğunu söyleyebiliriz.

‘Hastalık hakkındaki görüşler’ alt-testinde baş ağrısı tipi grupları karşılaştırıldığında ‘diğer’ grubu (servikojenik baş ağrısı, küme baş ağrısı, İAKBA) kişisel kontrolün kendinde daha az olduğunu düşünüyordu ancak diğer üç baş ağrısı grubunda kişisel kontrol açısından fark bulunamadı. Diğer grubundaki hasta sayımızın azlığı nedeniyle kesin bir yorum yapmamızın güç olduğunu düşünüyoruz. Ancak literatürü incelediğimizde daha önce yapılan bir çalışmada kişisel kontrol ve tedavi kontrolü arasında düşük korelasyon bulunurken (205) yapılan diğer çalışmalarda kişisel kontrol-tedavi kontrolü ve duygusal temsiller-sonuçlar arasında yüksek korelasyon bulunduğunu görmekteyiz (206, 207, 212). Bu nedenle diğer grubuna giren ve nispeten migren ve GTBA’na kıyasla az rastlanılan baş ağrılarında yine daha kısa sürede daha etkin tedavi ile hastanın düşük olan kişisel kontrol algısının tedavi kontrolünü olumsuz etkilemesinin önüne geçilebileceği ve bu grup hastalarda hastalık algısına yönelik daha büyük hasta sayılarını içeren çalışmalara gereksinim olduğunu söyleyebiliriz.

6. SONUÇLAR

- 1-Çalışmaya alınan baş ağrısı hastalarının % 26,1'inin TAT kullandığı saptandı.
 - 2-Kronik baş ağrısı çekenler daha fazla TAT kullanımına başvuruyordu.
 - 3-TAT kullanan ve kullanmayanlar arasında cinsiyet dağılımı, atak süresi, atak sıklığı ve VAS arasında ilişki bulunmadı.
 - 4-Baş ağrısı tipi açısından TAT kullananlar ile kullanmayanlar arasında bir farklılık saptanmadı.
 - 5-Bekâr (boşanmış dâhil) grubu evlilere oranla daha fazla TAT kullanmaktaydı.
 - 6-TAT kullanan grubun yaşı kullanmayan gruba göre daha düşük bulundu.
 - 7-Bildirilen en sık TAT kullanımı nedeni olarak, 'bu tedavinin baş ağrısını etkili şekilde tedavi ettiğine inanmak' olduğu bulundu.
 - 8-TAT kullanan hastaların kullandıkları tedaviden memnuniyet oranı % 55 olarak bulundu.
 - 9-Meslek grupları açısından; işsiz, öğrenci ve tam gün çalışan gruplarında TAT kullanımı diğer meslek gruplarına göre daha yüksek bulundu.
 - 10- En sık kullanılan alternatif tedavilerin; bitkisel tedavi, vitaminler/beslenme desteği, masaj terapisi, egzersiz, halk ilaçları, kendi kendine yetme/destek grubu ve soğuk uygulama olduğu bulundu.
 - 11- TAT hastalarının % 64'ü tavsiye kaynağı kişi olarak kendisini gösterdi.
 - 12-Baş ağrısı hastaları tüm olarak değerlendirildiğinde 'sonuçlar' ve 'hastalığını anlayabilme' alt-testlerinde lise ve üniversite gruplarının hastalığının sonuçları ile ilgili ilkökul grubuna göre daha kesin ve net bir bilinç düzeyine sahip olduğu ve hastalığını daha iyi anlayabildiği görüldü.
 - 13-Baş ağrısı tipi, TAT kullanımı ve eğitim durumuna göre kişinin hastalığının olası nedenleri hakkındaki düşüncelerini araştıran 'hastalık nedenleri boyutu' değerlendirildiğinde anlamlı ilişki bulunmadı.
 - 14-HAÖ'nin diğer alt ölçeklerinde TAT kullanan ve kullanmayanlar arasında farklılık saptanmadı.
- Özetle bu alanda ilk olan ve başlangıç niteliğini taşıyan çalışmamız klinik günlük uygulamada bize şu uyarılarda bulunmaktadır. Eğer bekâr ya da dul yalnız yaşayan ve eğitim düzeyi yüksek bir hasta uzun dönemli etkin tedavi edilememiş baş ağrısı

ekiyorsa TAT kullanımına başvurma olasılığı yüksektir. TAT kullanımını düşürmede en etkili nlem baş ağrısının kronisite kazanmaması amacıyla erken dönemde yapılan doğru tanı ve etkin tedavidir.

7. KAYNAKLAR

1. İ.Ü.Cerrahpasa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Baş, Boyun, Bel Ağrıları. Sempozyum dizisi No:30 Mayıs 2002:9-14.
2. Silberstein SD, Lipton RB, Goadsby PJ. “Klinik uygulamada Baş Ağrısı” Türkçe Çeviri Editörü Ertas M. s. 1-113, Yelkovan Yay. İstanbul, 2004.
3. İ.Ü.Cerrahpasa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. Baş Ağrıları-Baş Dönmeleri Sempozyumu.10-11 Aralık 1998, İstanbul, s. 11-4.
4. von Peter S, Ting W, Scrivani S, et al. Survey on the use of complementary and alternative medicine among patients with headache syndromes. Cephalalgia 2002; 22:395-400.
5. Rossi P, Di Lorenzo G, Malpezzi MG, Faroni J, Cesarino F, Di Lorenzo C, Nappi G. Prevalence, pattern and predictors of use of complementary and alternative medicine (CAM) in migraine patients attending a headache clinic in Italy. Cephalalgia 2005;25:493-506.
6. Rossi P, DiLorenzo G, Faroni J, Malpezzi MG, Cesarino F, Nappi G. Use of complementary and alternative medicine by patients with chronic tension-type headache: results of a headache clinic survey. Headache 2006;46:622-31.
7. Gaul C, Eismann R, Schmidt T, et al. Use of complementary and alternative medicine in patients suffering from primary headache disorders. Cephalalgia 2009;29:1069-78.
8. Ernst E, White A. The BBC survey of complementary medicine use in the UK. Complement Ther Med 2000;8:32-6.
9. Thomas KJ, Nicholl JP, Coleman P. Use and expenditure on complementary medicine in England: a population based survey. Complement TherMed 2001;9:2-11.

10. Lambert TD, Morrison KE, Edwards J, Clarke CE. The use of complementary and alternative medicine by patients attending a UK headache clinic. *Complement TherMed* (2010) 18, 128-34.
11. Browne GB, Byrne C, Roberts J, Streiner D, Fitch M, Corey P, et al. The meaning of illness questionnaire: Reliability and validity. *Nurs Res* 1988; 37:368-73.
12. Weinman J, Petrie KJ, Moss-Morris R, Horne R. The Illness Perception Questionnaire: A new method for assessing the cognitive representation of illness. *Psychol Health* 1996; 11:431-45.
13. Özkan S. Psiko-Onkoloji. Hastalık Algısı ve Kanser. İstanbul. 2007;59-70.
14. Scharloo M, Kaptein AA, et al. Illness perceptions, coping and functioning in patients with rheumatoid arthritis, chronic obstructive pulmonary disease and psoriasis. *J. Psychosom Res* 1998; 44: 573-85.
15. Acehan İ. Hipertansiyon kontrolünde hastalık algısı ve grup görüşmelerinin etkisi. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile hekimliği Uzmanlık tezi, Adana, 2010.
16. Kocaman N. Hastalık Algısı Ölçeği'nin Türkçe Uyarlamasının Geçerlilik ve Güvenirliliği. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2007; 8:271-280.
17. Türkiye Klinikleri Nöroloji Dergisi Baş Ağrıları Özel Sayısı. Sayı Editörü: Prof. Dr. Okay Vural Cilt:1, Sayı:2, Ağustos 2003:94-130.
18. Bille B. Migraine in school children. *Acta Paed. Scand.* 1962;51 (suppl 136):3-151.
19. Rowland LP. Merritt's textbook of neurology. 9th ed. Philadelphia, Williams & Wilkins. 1995;839.
20. Adams RD, Victor M. Principles of neurology. 7th edition. Mc Graw Hill International Editions. 2001, Chapter 10, 175-204.
21. Ad Hoc Committee on Classification of headache of NINDB. *JAMA* 1962; 179:127-8.

22. International Headache Society. Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgia and facial pain. *Cephalalgia* 1988;8:1-96.
23. Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders. 2nd edition. *Cephalalgia* 2004; 24 (Suppl 1):1-160.
24. Nörolojide yeni ufuklar –Baş ağrıları. Editör: Levent Ertuğrul İnan, Güneş Tıp Kitabevleri Basım Yılı:2011 Bölüm:2 Sayfa:15-32
25. Ewans RW, Mathew N. Bas ağrısı El kitabı. Türkçe çeviri editörü M.Ertaş, N. K. Ertaş 2005:1-55.
26. Linde M. Migraine: a review and future directions for treatment. *Acta Neurol Scand* 2006; 114:71-83.
27. Siva A. Baş ağrısı Epidemiyolojisi. Editör: Erdine S. Ağrı, Üçüncü Baskı, Nobel Tıp Kitabevleri, 2007. p.235-39.
28. Türkiye Klinikleri Nöroloji Dergisi Baş Ağrıları Özel Sayısı. Sayı Editörü: Prof. Dr. Nermin MUTLUER Cilt:1, Sayı:1, 2008:10-21.
29. Atasoy HT, Ünal AE, Atasoy N, Emre U, Sümer M. Low income and education levels may cause medication overuse and chronicity in migraine patients. *Headache* 2005;45:25-31.
30. Hasvold T, Johnsen R, Forde OH. Non-migrainous headache, neck or shoulder pain and migraine differences in association with background factors in a city population. *Scand J Prim Health Care* 1996;14:92-9.
31. Stewart WF, Lipton RB, Liberman J. Variation in migraine prevalence by race. *Neurology* 1996; 47:52-9.
32. Silberstein SD, Sapel JR, Freitag FG. Migraine: diagnosis and treatment. Wolff's headache. In: Silberstein SD, Lipton RB, Dalessio DJ, eds. 7th ed. Oxford university pres. 2001. p.201-37.

33. İ.Ü.Cerrahpasa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Bas, Boyun, Bel Ağrıları. Sempozyum dizisi No:30 Mayıs 2002: 39-70.
34. Welch KMA, Nagesh V, Aurora SK, Gelman N. Periaqueductal gray matter dysfunction in migraine. Cause or burden of illness? Headache 2001;41:629-37.
35. Arregui A, Leon-Velards F, Cebreira J. Migraine, polycythemia and chronic mountain sickness. Cephalalgia 1994;14:339-41.
36. Aydın FG. Migrenli hastalarda paranasal anatomik sinonasal varyasyonların normal populasyonla karşılaştırılması. T.C Sağlık Bakanlığı Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kulak Burun Boğaz Kliniği. Uzmanlık Tezi, İstanbul,2009.
37. Lewis DW., Toward the definition of childhood migraine, Curr Opin Pediatr 2004;16:628-36.
38. Silberstein S. Migraine. Lancet 2004;31:381-91.
39. Sanchez-del-Rio M, Reuter U. Migraine Aura. Curr Opin Neurol. 2004; 17:289-293.
40. Strassman AM, Lewy D. Response properties of dural nociceptors in relation to headache. J Neurophysiology 2006; 95(3): 1298-1306.
41. Ray, BS & Wolff, HG. Experimental studies on headache: pain sensitive structures of the head and their significance in headache. Arch Surg 1940; 41,813-56.
42. Mayberg M, Langer RS, Zervas NT,& Moskowitz MA. Perivascular meningeal projections from cat trigeminal ganglia: possible pathway for vascular headaches in man. Science 1981;213,228-30.
43. Feindel W, Penfield W. McNaughton F. The tentorial nerves and localization of intracranial pain in man. Neurology 1960;10,555-63(Abstract).
44. Moskowitz MA. Neurogenic versus vascular mechanisms of sumatriptan and ergot alkaloids in migraine. Trends Pharmacol Sci 1992; 13:307-11.

45. Buzzi MG, Moskowitz MA. The antimigraine drug, sumatriptan (GR43175), selectively blocks neurogenic plasma extravasation from blood vessels in duramater. *Br J Pharmacol* 1990;99:202-6.
46. Türkiye Klinikleri Nöroloji Dergisi Baş Ağrılar Özel Sayısı. Sayı Editörü: Prof Dr. Okay Vural Cilt:1, Sayı:2, Ağustos 2003:94-130.
47. Bolay H, Reuter U, Dunn A, Huang Z, Boas D, Moskowitz A. Intrinsic brain activity triggers trigeminal meningeal afferents in a migraine model. *Nature Medicine*, 2002; 8 (2): 136-42.
48. Olesen J, Jansen-Olesen I. Nitric oxide mechanisms in migraine. *Pathol Biol (Paris)*. 2000 Sep;48(7):648-57.
49. Mulero V, Brock JH. Regulation of Iron Metabolism in Murine J774 Macrophages: Role of Nitric Oxide-Dependent and Independent Pathways Following Activation With Gamma Interferon and Lipopolysaccharide. *Blood* 1999; 94: 2383-89.
50. Da Silva AF, Granziera C, Tuch DS, Snyder J, Vincent M, Hadjikhani N. Interictal alterations of the trigeminal somatosensory pathway and periaqueductal gray matter in migraine. *Neuroreport* 2007 Mar 5;18(4):301-5.
51. Russel MB, Olesen J. Increased familial risk and evidence of genetic factor in migraine. *Br Med J* 1995; 311:541-4.
52. De fusco M, Marconni R, Silvestori L. Halpo Infucciency of ATP1A2: encoding the Na/K pump alpha 2 subunits associated with familial hemiplegic migraine type 2. *Nat Genet* 2003;33:192-6.
53. Maizels M. The patient with daily headaches. *Am Fam Physician* 2004;70:2299-306.
54. Silberstein SD. Chronic daily headache. *JAOA* 2005;105: S 23-9.
55. Silberstein SD, Lipton RB, Sliwinski M. Classification of daily and near-daily headaches:field trial of revised IHS criteria. *Neurology* 1996;47:871-5.

56. Cevoli S, Sancisi E, Pierangeli G, Grimaldi D, Zanigni S, Nicodemo M, et al. Chronic daily headache: risk factors and pathogenetic considerations. *Neurol Sci* 2006;27: S168-73.
57. Ramadan NM, Silberstein SD, Freitag FG, et al. Evidence-based guidelines for migraine headache in the primary care setting: Pharmacological management for prevention of migraine. U.S. Headache Consortium. Available at: [www/aan.com/professional/practice](http://www.aan.com/professional/practice). Accessed August 2007.
58. Yücel Y. Migren Baş Ağrısında Tanı Ve Tedavi Yaklaşımları. *Dicle Tıp Dergisi*, 2008; Cilt:35, Sayı:4, s:281-6.
59. Dodick D, Lipton RB, Martin V. et al. Triptan Cardiovascular Safety Expert Panel. Consensus statement: cardiovascular safety profile of triptans (5-HT agonists) in the acute treatment of migraine. *Headache* 2004;44:414-25.
60. Tfelt-Hansen P, Saxena PR, Dahlöf C, et al. Ergotamine in the acute treatment of migraine: a review and European consensus. *Brain* 2000;123:9-18.
61. Silberstein SD. Practice parameter: evidence-based guidelines for migraine headache (an evidence-based review): report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology* 2000;55:754-62.
62. Cronicle E, Mulleners W. Anticonvulsant drugs migraine prophylaxis. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2004;3:CD003226.
63. Bussone G, Usai S, D'Amico D. Topiramate in migraine prophylaxis: data from a pooled analysis and open-label extension study. *Neurol Sci* 2006;27:159-63.
64. Johnson RT, Griffin JW, McArthur JC. Troost BT. Çeviri: Bakar M. Current Therapy in Neurologic Diseases, Ankara, Günes Tıp Kitabevleri, 2007, 67-70.
65. Zivadinov R, Wilhelm K, Sepic-Grahovac D, et al. Migraine and tension type headache in Croatia: a population-based survey of precipitating factors. *Cephalalgia* 2003;23:336-43.

66. Rasmussen BK, Jensen R, Schroll M, Olesen J. Epidemiology of headache in a general population a prevalence study. *Journal of Clinical Epidemiology* 1991;44:1147-57.
67. Svensson P. Muscle pain in the head: overlap between temporomandibular disorders and tension-type headaches. *Curr Opin Neurol* 2007;20:320-5.
68. Zwart JA, Dyb G, Stovner LJ, Sand T, Holmen TL. The validity of 'recognition-based' headache diagnosis in adolescents. Data from the Nord-Trondelag Health Study 1995-97, Head-HUNT-Youth. *Cephalalgia* 2003;23:223-9.
69. Laurell K, Larsson B, Eeg-Olofsson O. Prevalence of headache in Swedish schoolchildren, with a focus on tension type headache. *Cephalalgia* 2004;24:380-8.
70. Özge A, Buğdaycı R, Şaşmaz T, et al. The sensitivity and specificity of the case definition criteria in diagnosis of headache: a schoolbased epidemiological study of 5562 children in Mersin. *Cephalalgia* 2003;23:138-45.
71. Kaynak FN, Dönmez S, Tüzün U. Epidemiological and clinical characteristics with psychosocial aspects of tension type headache in Turkish college students. *Cephalalgia* 2004;24:669-74.
72. Prencipe M, Casini AR, Ferretti C, et al. Prevalence of headache in an elderly population: attack frequency, disability, and use of medication. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2001;70:377-81.
73. Camarda R, Monastero R. Prevalence of primary headache in Italian elderly: preliminary data from the Zabut Aging Project. *Neurological Science* 2003;24 (suppl 2):122-4.
74. Köseoğlu E, Nacar M, Talaslıoğlu A, Çetinkaya F. Epidemiological and clinical characteristics of migraine and tension type headache in 1146 females in Kayseri Turkey. *Cephalalgia* 2003;23:381-8.

75. Stovner LJ, Hagen K, Jensen R et al. The global burden of headache: a documentation of headache prevalence and disability worldwide. *Cephalalgia* 2007;27:193-210.
76. Lyngberg AC, Rasmussen BK, Jorgensen T, Jensen R. Has the prevalence of migraine and tension-type headache changed over a 12-year period? A Danish population survey. *Eur J Epidemiol* 2005; 20:243-9.
77. Nörolojide yeni ufuklar –Baş ağrıları. Editör: Levent Ertuğrul İnan, Güneş Tıp Kitabevleri Basım Yılı:2011 Bölüm:2 Sayfa:63-79.
78. Levent Ertuğrul İnan. BAŞAĞRISI- Tanıdan Tedaviye Güncel Yaklaşımlar. s:54-72, Veri Medikal Yayıncılık, İstanbul, 2009.
79. Beghi E, Allais G, Cortelli P, et al. Headache and anxiety-depressive disorder comorbidity: the HADAS study. *Neurol Sci* 2007;28:217-9.
80. Arjona A, Rubi-Callejon J, Guardado-Santervas P, Serrano-Castro P, Olivares J. Menstrual tension type headache: evidence for its existence. *Headache*2007;47:100-3.
81. Wober C, Holzhammer J, Zeitlhofer J, Wessely P, Wober-Bingol C. Trigger factors of migraine and tension type headache: experience and knowledge of the patients. *J Headache Pain* 2006;7:188-95.
82. Russel MB, Iselius L, Ostergaard S et al. İnheritance of chronic tension type headache investigated by complex segregation analysis. *Hum Genet* 1998; 102: 138-40.
83. Mathew NT. Gerilim tipi baş ağrısı ve çeşitli birincil baş ağrısı bozuklukları. In: Evans RW, Mathew NT, eds. Baş ağrısı el kitabı. 2.baskı. Philadelphia: Lipincott Williams & Wilkins;2005. p.139-44.
84. Bendtsen L, Jensen R. Tension type headache: the most common, but also the most neglected, headache disorder. *Curr Opin Neurol* 2006; 19:305-9.
85. Ashkenazi A, Silberstein SD. Headache management for the pain specialist. *Reg Anesth Pain Med* 2004; 29: 462-75.

86. Forsyth PA, Posner JB. Intracranial neoplasms. In: Olesen J, Tfelt-Hansen P, Welch KMA, eds. The headaches. 2nd edition. New York: Raven Press 2000; 849-61.
87. Buchgreitz L, Lyngberg AC, Bendtsen L, Jensen R. Increased prevalence of tension type headache over a 12-year period is related to increased pain sensitivity. A population study. *Cephalalgia* 2006;27:145-52.
88. Fernandez-de-las Peñas C, Cuadrado ML, Arendt-Nielsen L, Simons DG, Pareja JA. Myofascial trigger points and sensitization: an updated pain model for tension-type headache. *Cephalalgia* 2007;27:383-93.
89. Bendtsen L. Central sensitization in tension type headache-possible pathophysiological mechanisms. *Cephalalgia* 2000;20:486-508.
90. Jensen R, Rasmussen BK, Pedersen B, Olesen J. Muscle tenderness and pressure pain thresholds in headache. A population study. *Pain* 1992;52:193-9.
91. Jensen R, Rasmussen BK, Pedersen B, Lous I, Olesen J. Cephalic muscle tenderness and pressure pain threshold in a general population. *Pain* 1992;48:197-203.
92. Jensen R. Pathophysiological mechanisms of tension type headache: a review of epidemiological and experimental study. *Cephalalgia* 1999;19(6):602-21.
93. Ashina M, Bendtsen L, Jensen R, Olesen J. Nitric oxide induced headache in patient with chronic tension-type headache. *Brain* 2000;123:1830-7.
94. Janke EA, Holroyd KA, Romanek K. Depression increases onset of tension type headache following laboratory stress. *Pain* 2004; 111:230-8.
95. Bendtsen L, Treede RD. Sensitization of myofascial pain pathways in tension type headaches. In: Olesen J, Goadsby PJ, Ramadan N, et al., editors. The Headaches, 3rd edn. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005. pp. 635-39.
96. Ashina S, Bendtsen L, Ashina M. Pathophysiology of tension-type headache. *Curr Pain Headache Rep* 2005; 9:415-22.

97. Ashina M, Stallknecht B, Bendtsen L, et al. Tender points are not sites of ongoing inflammation - in vivo evidence in patients with chronic tension-type headache. *Cephalalgia* 2003; 23:109-116.
98. Ashina M, Jorgensen M, Stallknecht B, et al. No release of interstitial glutamate in experimental human model of muscle pain. *Eur J Pain* 2005; 9:337-43.
99. Ashina S, Babenko L, Jensen R, et al. Increased muscular and cutaneous pain sensitivity in cephalic region in patients with chronic tension-type headache. *Eur J Neurol* 2005; 12:543-9.
100. Ashina M, Bendtsen L, Jensen R. Possible mechanisms of action of nitric oxide synthase inhibitors in chronic tension-type headache. *Brain* 1999;122:1629-35.
101. Nörolojide yeni ufuklar –Başagrıları. Editör: Levent Ertugrul İnan, Güneş Tıp Kitabevleri Basım Yılı:2011 Bölüm:4 s: 63-80.
102. Silver N. Headache (chronic tension type). *American Family Physician* 2007;76:1-4.
103. Jensen R, Olesen J. Tension type headache:an update on mechanisms and treatment. *Curr Opin Neurol* 2000;13:285-9.
104. Stillman MJ. Pharmacotherapy of tension type headache. *Curr Pain Headache Rep* 2002;6:408-13.
105. Zissis NP, Harmoussi S, Vlaikidis N et al. A randomized, doubled blind, placebo-controlled study of venlafaxine XR in out-patients with tension type headache. *Cephalalgia* 2007;27:315-24.
106. Prior MJ, Cooper KM, May LG, Bowden DL. Efficacy and safety of acetaminophen and naproxen in the treatment of tension type headache. A randomized, doubled blind, placebo-controlled trial. *Cephalalgia* 2002;22:740-8.
107. Lenaerts ME. Pharmacoprophylaxis of tension type headache. *Curr pain Headache Rep* 2005;9:442-7.

108. Bendtsen L, Jensen R. Mirtazapine is effective in the prophylactic treatment of chronic tension type headache. *Neurology* 2004;62:1706-11.
109. Nörolojide yeni ufuklar –Başagrıları. Editör: Levent Ertugrul İnan, Güneş Tıp Kitabevleri Basım Yılı:2011 Bölüm:5 s: 81-96.
110. Goadsby PJ, Lipton RB. A review of paroxysmal hemicranias, SUNCT syndrome and other short-lasting headaches with autonomic features,including new cases. *Brain* 1997; 120:193–209.
111. Goadsby PJ, Cohen AS, Matharu MS. Trigeminal autonomic cephalalgias: diagnosis and treatment. *Curr Neurol Neurosci Rep* 2007; 7:117–25.
112. Goadsby PJ, Hansen PT. Cluster Headache: Introduction and Epidemiology. In: Olesen J, Goadsby PJ, Ramadan NM, Hansen PT, Welch KMA, eds. *The Headaches*. 3rd ed. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins 2006. p.743-5.
113. Balasubramaniam R, Klasser GD. Trigeminal authonomic cephalalgias. Part 1 cluster headache Oral surgery, Oral medicine, Oral pathology, Oral radiology and Endodontology 2007;104:345-58.
114. Levent Ertuğrul İnan. BAŞAĞRISI- Tanıdan Tedaviye Güncel Yaklaşımlar. Sayfa:72-85, Veri Medikal Yayıncılık, İstanbul 2009.
115. Rozen, Todd D. Trigeminal authonomic cephalalgias. *American Acedemy of Neurology* 2006. p.170-93.
116. Black DF, Bordini CA, Russell D. Symptomatology of Cluster Headache. In: Olesen J, Goadsby PJ, Ramadan NM, Hansen PT, Welch KMA, eds. *The Headaches*.3rd ed. Philadelphia, Lippincott Williams and Wilkins 2006. p.789-96.
117. Favier I, Haan J, Ferrari MD. Chronic cluster headache: a review. *J Headache Pain* 2005;6: 3-9.
118. Schurks M, Kurt T, Jesus J, Roskopf D, Diener HC. Cluster hedache clinic presentation, lifestyle features and medical treatment.*Headache* 2006;46:1246-54.

119. Lance JW, Goadsby PJ. Cluster headache and related conditions, Mechanism and Management of Headache 6th ed. Oxford, Butterworth-Heinemann 1998:176-205.
120. Bradley WG, Daroff RB, Fenichel GM, Jankovic J. Neurology in Clinical Practice Türkçe(Çev. Ed: Tan E, Özdamar SE) s:2046-49, Veri Medikal Yayıncılık, Ankara 2008-Beşinci baskı
121. Matharu MS, Goadsby PJ. Trigeminal autonomic cephalalgias. J. Neurol Neurosurg. Psychiatry 2002;72 (Suppl 2); ii19-ii26.
122. Silberstein SD, Lipton RB, Goadsby PJ, Trigeminal otonomik sefaljiler I, Türkçe editörler Ertaş M, Demir GA, Klinik Uygulamada Baş ağrısı, 1. Baskı Yelkovan yayıncılık 2004. p.147-64.
123. Nörolojide yeni ufuklar –Baş ağrıları. Editör: Levent Ertugrul İnan, Güneş Tıp Kitabevleri Basım Yılı:2011 Bölüm:6 Sayfa:97-114.
124. Lewis DW, Gozso YF, Avner MT. The ‘other’ primary headaches in children and adolescents. Pediatr Neurol 2005; 33:303-13.
125. Boes CJ, Vincent M, Russell D. Paroxysmal Hemicrania. In: Olesen J, Goadsby PJ, Ramadan NM, Hansen PT, Welch KMA, eds. The Headaches. 3rd ed. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins 2006. p.815-22.
126. Silberstein SD, Saper JR, Freitag FG. Migraine: diagnosis and treatment. In; Silberstein SD, Lipton RB, D'Alessio DJ, eds. Wolff's Headache and Other Head Pain. 7th ed. New York, NY: Oxford University Press; 2001:121-237.
127. Guidotti M, Mauri M. A case of short-lasting unilateral neuralgiform headache with conjunctival injection and tearing (SUNCT). Discussion of clinical features and differential diagnosis. J Headache Pain 2005;6:469-70.
128. Matharu MS, Goadsby PJ, sudden Unilateral neuralgiform pain with Conjunctival Injection and Tearing, In: Olesen J, Goadsby PJ, Ramadan NM, Hansen PT, Welch KMA, eds. The Headaches, 3rd ed. Philadelphia, Lippincott Williams&Wilkins 2006. p.823-30.

129. Cohen AS, Mathuru MS, Goadsby PJ, Shortlasting unilateral neuralgiform headache attacks with conjunctival injection and tearing (SUNCT) or cranial autonomic features (SUNA)-a prospective clinical study of SUNCT and SUNA. *Brain* 2006;129:2746-60.
130. Vikelis M, Xifaras M, Mitsikostas DD. SUNCT syndrome in the elderly. *Cephalalgia* 2005; 25:1091-2.
131. Pareja JA, Sjaastad O, SUNCT syndrome, a clinical review. *Headache* 1997;37:195-202.
132. Gutierrez- Garcia JM. SUNCT syndrome responsive to lamotrijine. *Headache* 2002; 42:823-5.
133. Castillo J, Munoz P, Guitera V, Pascual J. Epidemiology of chronic daily headache in the general population. *Headache* 1999;39:190-6.
134. Levent Ertuğrul İnan. BAŞAĞRISI- Tandan Tedaviye Güncel Yaklaşımlar. s:107, Veri Medikal Yayıncılık, İstanbul, 2009.
135. Zeeberg P, Olesen J, Jensen R, Probable medication- overuse headache: the effect of a 2-month drug-free period. *Neurology* 2006;66:1894-8.
136. Lance F, Parkes C, Wilkinson M. Does analgesic abuse cause headaches de novo? *Headache* 1988;28:61-2.
137. Bahra A, Walsh M, Menon S, Goadsby PJ. Does chronic daily headache arise de novo in association with regular use of analgesics? *Headache* 2003;43:179-90.
138. Kavuk I, Weimar C. One-year prevalence and socio-cultural aspects of chronic headache in Turkish immigrants and German natives. *Cephalalgia* 2006;26:1177-81.
139. Silberstein SD. Migraine pathophysiology and its implications. *Cephalalgia* 2004;24(Suppl 2) 2-7.
140. Boes CJ, Black DF, Dodick DW. Pathophysiology and management of transformed migraine and medication overuse headache. *Semin Neurol* 2006;26:232-41.

141. Fumal A, Laurey S et al. Orbitofrontal cortex involvement in chronic analgesic-overuse headache evolving from episodic migraine. *Brain* 2006;129:543-50.
142. Scher AI, Stewart WF, Liberman J, Lipton RB, Prevalence of frequent headache in a population sample. *Headache* 1998;38:497-506.
143. Dodick DW. Chronic daily headache. *N Engl J Med* 2006;354:158-65.
144. Scher AI; Stewart WF, Ricci JA, Lipton RB. Factors associated with the onset and remission of chronic daily headache in a populationbased study. *Pain* 2003;106:81-9.
145. Bovim G. Cervicogenic headache. Studies on clinical, anatomical and differential diagnostic factors. Thesis. Trondheim: Tapir, 1993.
146. Sjaastad O, Bono G. The state of the art. *In*: Sjaastad O, Fredriksen TA, Bono G, Nappi G, eds. Cervicogenic headache. Basic concepts. London: Smith-Gordon, 2003;137-44.
147. Diener HC, Kaminski M, Stappert G, Stolke D, Schoch B. Lower cervical disc prolapse may cause cervicogenic headache prospective study in patients undergoing surgery. *Cephalalgia* 2007;27:1050-4.
148. Sjaastad O, Bakketeig LS. Prevalence of cervicogenic headache: Vaga study of headache epidemiology. *Acta Neurol Scand* 2008 Mar;117(3):173-80. Epub 2007 Nov 20.
149. Sjaastad O, Fredriksen TA, Pfaffenrath V. Cervicogenic headache: Diagnostic criteria. *Headache* 1990;30: 725-6.
150. Sjaastad O, Fredriksen TA, Pfaffenrath V. Cervicogenic headache: Diagnostic criteria. *Headache* 1998; 38:442-5.
151. What is complementary and alternative medicine? National Center for Complementary and Alternative Medicine, National Institutes of Health. Erişim: 15 şubat 2012. <http://nccam.nih.gov/health/whatiscom>.

152. McCarty, R, L., Weber, W, J., Loots, B., Breuner, C, C., Stoep, A, V.,Manhart, L. ve diğeri. (2010). Complementary and alternative medicine use and quality of life in pediatric diabetes. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 16, 165-73.
153. Dokken, D. ve Sydnor-Greenberg, N. (2000). Exploring complementary and alternative medicine in pediatrics: parents and professionals working together for new understanding. *Pediatric Nursing*, 26, 1-15.
154. Gooneratne, N. S. (2008). Complementary and alternative medicine for sleep disturbances in older adults. *Clinics in Geriatric Medicine*, 24, 121-8.
155. Muslu, G, K. ve Öztürk, C. (2008). Tamamlayıcı ve alternatif tedaviler ve çocuklarda kullanımı. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 51, 62-7.
156. Lu, Y., Hernandez, P., Abegunde, D. ve Edejar, T. (2011). The World Medicines Situation 2011. *Medicine Expenditures* (3. bs.). Geneva:WHO Press. s:1-32.
157. World Health Organization. (31 March 2003). Traditional Medicine Report (Rapor no: A56/18). Geneva: World Health Organization. s:1-4.
158. Arykan, D., Sivrikaya, S, K. ve Olgun, N. (2008). Complementary and alternative medicine use in children with type I diabetes mellitus in Erzurum, Turkey. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 2136-44.
159. Ceylan, S., Azal, Ö., Taşlipinar, A., Türker, T., Açikel, C. H. ve Gulec, M.(2009). Complementary and alternative medicine use among Turkish diabetes patients. *Complementary Therapies in Medicine*, 17, 78-83.
160. Durmaz Akyol, A. ve Öz, B. (2011). The use of complementary and alternative medicine by patients with cancer: In Turkey. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 17, 230-4.
161. Robinson, M, M. ve Zhang, X. (2011). The World Medicines Situation Traditional Medicines: Global Situation, Issues and Challenges. Geneva: WHO Press. s:1-12.

162. Dunbabin. D, W., Tallis, G, A., Popplewell, P, Y, ve Lee, R, A. (1992).Lead poisoning from Indian herbal medicine (Ayurveda). Medical Journal of Australia, 157, 835-6.
163. Türkdoğan, O. (1991). K lt r ve Sağlık Hastalık Sistemi (Culture and Health System). İstanbul: MEB yayınları, s. 145-7.
164. Haliloğlu, B., İřė ven, P., Yıldız, M., Arslanoğlu, İ. ve Erg ven, M.(2011). Complementary and alternative medicine in children with type 1 diabetes mellitus. Journal of Clinical Research in Pediatric Endocrinology, 3, 139-143.
165. Ceylan, S., Hamzaoğlu, O., K m rc , S., Beyan, C. ve Ya  n. A. (2002). Survey of the use of complementary and alternative medicine among Turkish cancer patients. Complementary Therapies in Medicine,10, 94-99.
166. Iş khan, V., K m rc , S., Ozet, A., Arpacı, F., Ozturk, B., Balbay, O. ve diğerleri. (2005). The status of alternative treatment in cancer patients in Turkey. Cancer Nursing, 28, 355-62.
167. Akinci, A, C., Zengin, N., Yıldız, H., Sener, E. ve Gunaydin, B. (2011). The complementary and alternative medicine use among asthma and chronic obstructive pulmonary disease patients in the southern region of Turkey. International Journal of Nursing Practice, 17, 571-82.
168. Akyol, A, D., Yildirim, Y., Toker, E. ve Yavuz, B. (2011). The use of complementary and alternative medicine among chronic renal failure patients. Journal of Clinical Nursing, 20, 1035-43.)
169. Tumen, I., S ntar, I., Keleş, H. ve K peli Akko , E. (2012). A therapeutic approach for wound healing by using essential oils of cupressus and juniperus species growing in Turkey. Hindawi Publishing Corporation Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine Volume 2012, Article ID 728281, 7 pages doi:10.1155/2012/728281.

170. Yıldız İ. Kanser hastalarında tamamlayıcı-alternatif tedavi kullanımı. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç hastalıkları Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2006.
171. Rossi P,Torelli P,Di Lorenzo C,et al.Use of complementary and alternative medicine by patients with cluster headache: results of a multi-centre headache clinic survey. *Complement Ther Med* 2008;16:220-7.
172. Moquin, B., Blackman, M. R., Mitty, E. ve Flores, S. (2009). Complementary and alternative medicine (CAM). *Geriatric Nursing*, 30,196-203.
173. Mauskop A. Nonmedication, Alternative, and Complementary Treatments for Migraine. *Continuum Lifelong Learning Neurol* 2012;18(4):796–806.
174. Diener HC,Kronfeld K, Boewing G, Lungenhausen M,Maier C,Molsberger A, et al. Efficacy of acupuncture for the prophylaxis of migraine: a multicentre randomised controlled clinical trial.*Lancet Neurol* 2006;5:310-16.
175. Endres HG,Bowing G,Diener HC, Lange S,Maier C,Molsberger A, et al. Acupuncture for tension-type headache: a multicentre,sham-controlled, patient and observer-blinded,randomised trial.*J Headache Pain* 2007;8:306-14
176. Nestoriuc Y, Martin A. Efficacy of biofeedback for migraine: a meta-analysis.*Pain* 2007;128(1-2):111-27.
177. Nestoriuc Y, Rief W, Martin A. Meta-analysis of biofeedback for tension-type headache: efficacy, specificity, and treatment moderators. *J Consult Clin Psychol* 2008; 76(3):379-96.
178. Blanchard EB, Appelbaum KA, Guarnieri P, et al. Five year prospective follow-up on the treatment of chronic headache with biofeedback and/or relaxation. *Headache* 1987;27(10):580-3.
179. Molassiotis A,Fernandez-Ortega P,Pud D,et al.Use of complementary and alternative medicine in cancer patients:a European survey. *Ann Oncol* 2005;16:655-63.

180. Leventhal H, Nerenz DR, Steele DJ. Illness representations and coping with health threats. A Baum, SE Taylor, JE Singer (eds), *Handbook of Psychology and Health*, fourth ed., Hillsdale, NJ, Erlbaum, 1984, p.219-252.
181. Leventhal H, Benyamini Y, Brownlee S, Diefenbach MA, Leventhal EA, Patrick-Miller L, et al. Illness representations: Theoretical foundations. KJ Petrie, J Weinman (eds), *Perceptions of Health and Illness: Current Research and Applications*, Amsterdam, Harwood Academic Publishers, 1997, p.19-45.
182. Leventhal H, Leventhal EA, Contrada RJ. Selfregulation, health and behaviour: A perceptual-cognitive approach. *Psychol Health* 1989;13:717-34.
183. Leventhal H, Diefenbach M, Leventhal EA. Illness cognitions: Using common sense to understand treatment adherence. *Cognit Ther Res* 1992; 16:143-63.
184. Hampson SE, Glasgow RE, Zeiss AM. Personal models of osteoarthritis and their relation to self management activities and quality of life. *J Behav Med* 1994; 17: 143-58.
185. Buick DL. Illness representations and breast cancer: Coping with radiation and chemotherapy. KJ Petrie, J Weinman (eds), *Perceptions of Health and Illness: Current Research and Applications*, Amsterdam, Harwood Academic Pub. 1997, p.379-409.
186. Paschalides C, Wearden AJ, Dunkerley R, Bundy C, Davies R, Dickens CM. The associations of anxiety, depression and personal illness representations with glycaemic control and health-related quality of life in patients with type 2 diabetes mellitus. *J Psychosom Res* 2004; 57:557-64.
187. Petrie KJ, Weinman J, Sharpe N, Buckley J. Role of patients' view of their illness in predicting return to work and functioning after myocardial infarction: longitudinal study. *Br Med J* 1996;312:1191-4.
188. Jessop DC, Rutter DR. Adherence to asthma medication: the role of illness representations. *Psychol Health* 2003; 18:595-612.

189. Llewellyn CD, Miners AH, Lee CA, Harrington C, Weinman J. The illness perceptions and treatment beliefs of individuals with severe haemophilia and their role in adherence to home treatment. *Psychol Health* 2003; 18:185-200.
190. De Filippis S, Erbuto D, Gentili F et al. Mental turmoil, suicide risk, illness perception, and temperament, and their impact on quality of life in chronic daily headache. *J Headache Pain* (2008) 9:349–57.
191. Moss-Morris, R., Weinman, J., Petrie, K. J., Horne, R., Cameron, L. D., & Buick, L. (2002). The revised illness perception questionnaire (IPQ-R). *Psychology and Health*, 17, 1–16.
192. Metcalfe A, Williams J, McChesney J, Patten SB, Jetté N. Use of complementary and alternative medicine by those with a chronic disease and the general population – Results of a national population-based survey. *BMC Complement Altern Med*. 2010; Oct 18;10:58. doi: 10.1186/1472-6882-10-58.
193. Verhoef MJ, Balneaves LG, Boon HS, Vroegindewey A. Reasons for and characteristics associated with complementary and alternative medicine use among adult cancer patients: a systematic review. *Integr Cancer Ther* 2005;4:274-86.
194. Shaw A, Thompson EA, Sharp D. Complementary therapy use by patients and parents of children with asthma and the implications for NHS care: a qualitative study. *BMC Health* 2006;6:76.
195. Wells RE, MD, MPH; Bertisch SM, MD, MPH; Buettner C, MD, MPH et al. Complementary and Alternative Medicine Use Among Adults With Migraines/Severe Headaches. *Headache* 2011;51:1087-97.
196. Vukovic V, Plavec D, Huzjan AL, Budisic M, Demarin V. Treatment of migraine and tension-type headache in Croatia. *J Headache Pain*. 2010;11:227-34.
197. Thomas K, Coleman P. Use of complementary or alternative medicine in a general population in Great Britain. Results from the National Omnibus survey. *J Public Health* 2004;26: 152-7.

198. Artus M, Croft P, Lewis M. The use of CAM and conventional treatments among primary care consultants with chronic musculo skeletal pain BMC. Fam Pract 2007;8:26.
199. Evans R.E., Mathew N.T. ‘Baş ağrısı El Kitabı’ Türkçe Çeviri Editörü Ertas M. s. 378-87, ikinci basım, Lippincot Williams & Wilkins. İstanbul, 2005.
200. Silberstein SD, Lipton RB, Goadsby PJ. “Klinik uygulamada Baş Ağrısı” Türkçe Çeviri Editörü Ertas M. s. 69-112, Yelkovan Yay. İstanbul, 2004.
201. Silberstein SD, Lipton RB, Goadsby PJ. “Klinik uygulamada Baş Ağrısı” Türkçe Çeviri Editörü Ertas M. s. 113-28, Yelkovan Yay. İstanbul, 2004.
202. Kozak S, Gantenbein AR, Isler H, et al. Nosology and treatment of primary headache in a Swiss headache clinic. J Headache Pain. 2005;6:121-7.
203. Hagger MS, Orbell S: A confirmatory factor analysis of the revised illness perception questionnaire (IPQ-R) in a cervical screening context. Psych Health 2005, 20:161-73.
204. Wittkowski A, Richards HL, Williams J, Main CJ: Factor analysis of the revised illness perception questionnaire in adults with atopic dermatitis. Psychol Health Med 2008, 13:346-59.
205. Snell DL, Siegert RJ, Hay-Smith EJ, Surgenor LJ.: An examination of the factor structure of the Revised Illness Perception Questionnaire modified for adults with mild traumatic brain injury. Brain Inj. 2010;24(13-14):1595-605.
206. Chen SL, Tsai JC, Lee WL: Psychometric validation of the Chinese version of the illness perception questionnaire-revised for patients with hypertension. J Adv Nurs 2008, 64:524-34.
207. Cabassa LJ, Lagomasino IT, Dwight-Johnson M, Hansen MC, Xie B: Measuring Latinos’ perceptions of depression: a confirmatory factor analysis of the illness perception questionnaire. Cultur Divers Ethnic Minor Psychol 2008, 14:377-84.

208. van Ittersum MW, van Wilgen CP, Hilberdink WK, et al.: Illness perceptions in patients with fibromyalgia. *Patient Educ Couns*. 2009 Jan;74(1):53-60.
209. Giannousi Z, Manaras I, Georgoulas V, Samonis G.: Illness perceptions in Greek patients with cancer: a validation of the Revised-Illness Perception Questionnaire. *Psychooncology*. 2010 Jan;19(1):85-92.
210. Dempster M, McCorry NK: The factor structure of the revised illness perception questionnaire in a population of oesophageal cancer survivors. *Psychooncology* 2012, 21:524-30.
211. Chilcot J, Norton S, Wellsted D, Farrington K: The factor structure of the revised illness perception questionnaire (IPQ-R) in end-stage renal disease patients. *Psychol Health Med* 2012, 17:578-88.
212. Yılmaz Karabulutlu E, Okanlı A. Hemodiyaliz hastalarında hastalık algısının değerlendirilmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2011; 14: 4.
213. Uysal Y, Akpınar E. Tip 2 Diyabetli Hastalarda Hastalık Algısı ve Depresyon. *Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2013; 38(1): 31-40.
214. Scharloo M, Kaptein AA, Schlösser M, Pouwels H, Bel EH, Rabe KF, Wouters EF.: Illness perceptions and quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *J Asthma*. 2007 Sep;44(7):575-81.
215. Goldstein LH, Seed PT, Clark LV, Dowson AJ, Jenkins LM, Ridsdale L.: Predictors of outcome in patients consulting their general practitioners for headache: a prospective study. *Psychol Health*. 2011 Jun;26(6):751-64.

8. EKLER

Ek 1. Etik Kurul Onayı



T.C.
ZONGULDAK KARAELMASÜNİVERSİTESİ
Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı

TOPLANTI TARİHİ : 21/02/2012
TOPLANTI NO : 2012/03

KARARLAR :

- 1- ZKÜ Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı öğretim üyesi Prof. Dr. H. Tuğrul ATASOY'un sorumluluğunda yapılacak olan 2012-01-21/02 Protokol no'lu "Baş ağrısı Hastalarında Hastalık Algısı, Bu Hastalarda Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Yöntemlerinin Yeri" konulu çalışmasının; Etik Kurallara uygunluğuna,

Oy birliği ile karar verilmiştir.

A S L I G İ B İ D İ R

Doç.Dr. Banu DOĞAN GÜN
Z.K.Ü. Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanı

**Ek 2. Baş Ağrısı Sorgulama Formu, Baş ağrısı Hastalık Algısı Ölçeği ve
Tamamlayıcı-alternatif Tedavi Kullanım Sorgusu formu**

BAŞ AĞRISI DEĞERLENDİRME FORMU

Hasta no: Yaş: Cinsiyet: Meslek:
Medeni Durumu: Çocuk sayısı: Eğitim durumu: Tel:
1-NE KADAR ZAMANDIR BAŞAĞRINIZ VAR?AY VEYAYIL

AŞAĞIDAKİ SORULAR İÇİN YALNIZ TEK BİR CEVAP VERİNİZ

2-BAŞAĞRINIZ GENELLİKLE HANGİ SIKLIKTA GELİR?

- ☐ Her gün ☐ Haftada birkaç kere
☐ Ayda birkaç kere ☐ Senede birkaç kere

3-BAŞAĞRILARINIZ GENELDE NE KADAR SÜRER?

- ☐ Birkaç saniye/dakika ☐ 30 dakikadan az ☐ 30 dakika/ 3 saat ☐ 3-6 saat
☐ 6-12 saat ☐ 12-24 saat ☐ 1-2 gün ☐ 1 hafta

4-AĞRINIZ GENELLİKLE NE ZAMAN BAŞLAR?

- ☐ Sabah kalkınca ☐ Gündüz ☐ Gece ☐ Zamanı belli değil

5-BAŞAĞRISI SEBEBİYLE UYKUDAN UYANIRMISINIZ?

- ☐ Evet ☐ Hayır

6-BAŞAĞRINIZ GENELLİKLE NEREDEN BAŞLAR?

- ☐ Şakak ☐ Alın ☐ Başın sol tarafından
☐ Tepe ☐ Başın arkası ☐ Başın sağ tarafından
☐ Ense ☐ Göz
☐ Yüz ☐ Değişik yerlerden

7-BAŞAĞRISI GENELLİKLE;

- ☐ Günlük iş ve gücümü etkilemez
☐ Bazen günlük iş ve gücümü etkiler
☐ Sıklıkla iş ve gücümü etkiler
☐ Hiçbir zaman iş yapamam, yatırır

8-BAŞAĞRISI GENELLİKLE;

- ☐ Aniden başlar ☐ Yavaş yavaş başlar ☐ Bazen aniden bazen yavaş yavaş başlar

9- BAŞAĞRISI GENELLİKLE;

- ☐ Tek taraflıdır (yarım sağ-sol) ☐ Bazen sağdan, bazen sol taraftandır
☐ Her zaman tüm baş ağrır ☐ Baş ve yüz beraber ağrır
☐ Yalnız yüzüm ağrır ☐ Dolaşır
☐ Diğer

10- BAŞAĞRISI GENELLİKLE NE ŞEKİLDEDİR

- ☐ Zonklama şeklindedir ☐ Cendere ile sıkıştırılmış gibidir
☐ Kafam patlayacak gibidir ☐ Beynim akacak gibidir
☐ Bıçak batar gibidir ☐ Kafama basılıyor (basınç) gibidir
☐ Başka

11-AĞRININ GELECEĞİNİ AĞRI BAŞLAMADAN ÖNCE ANLARMISINIZ?

- ☐ Evet ☐ Hayır

12-YUKARIDAKİ SORU İÇİN CEVABINIZ EVET İSE AĞRININ GELECEĞİNİ AĞRI BAŞLAMADAN 5-60 DAKİKA ÖNCE NASIL ANLARSINIZ? (BİRDEN FAZLA CEVAP OLABİLİR)

- ☐ Karanlık nokta görürüm
☐ Gözümün önünde zigzag çizgiler görürüm
☐ Görme bozukluğu olur
☐ Kulak çınlaması olur
☐ Yüzümde uyuşukluk, keçeleşme olur
☐ Başka

13-AĞRI SIRASINDA BULANTINIZ OLURMU? ☐ Evet ☐ Hayır

14-AĞRI SIRASINDA KUSMA OLURMU? ☐ Evet ☐ Hayır

15-**YALNIZ KADIN HASTALAR** İÇİN; ADET ÖNCESİ VEYA ADET SONRASINDA BAŞAĞRINIZ OLURMU?

() Evet Evet ise adetın kaçmıcı günü: () Hayır

16-AŞAĞIDAKİLERDEN HANGİSİ VEYA HANGİLERİ **BAŞAĞRINIZI BAŞLATIR** VEYA ŞİDDETLENDİRİR? (BİRDEN FAZLA CEVAP)

- | | |
|----------------------------|---|
| () Sıkıntı, üzüntü, stres | () Aşırı yorgunluk |
| () Aşırı heyecan | () Alkol |
| () Dondurma, soğuk su | () Çikolata, çerez, peynir, salam, sosis |
| () Açlık | () Aşırı uyku veya uykusuzluk |
| () Aşırı sıcak veya soğuk | () Güneş veya parlak ışık |
| () Boyun hareketleri | () Diğer |

17-**BAŞAĞRISI SIRASINDA** AŞAĞIDAKİ BELİRTİLERDEN HANGİSİ VEYA HANGİLERİ OLUR?

- | | | |
|--|----------------------------------|---------------------------|
| () Bulantı | () Kusma | () İştahsızlık |
| () Çift görme | () Görme bozukluğu | () Kokudan rahatsız olma |
| () Işıktan rahatsız olma | () Sesten rahatsız olma | () Baş dönmesi |
| () Kulak çınlaması | | |
| () Gözde kızarıklık-sulanma | () Alın ve yüzde terleme | () Burun tıkanıklığı |
| () Burun akıntısı | () Göz bebeklerinde küçülme | |
| () Göz kapağında veya yüzde şişme | | |
| () Yüzde kızarıklık veya solukluk | () Kafa derisinde acıma sızlama | |
| () Kollarda uyuşukluk ve güç kaybı | () Ense sertliği, ense ağrısı | |
| () Çene hareketlerinde ağrı duyulması | | |

18-SON BİR SENE İÇİNDE BAŞAĞRISI SEBEBİYLE İŞE GİTMEDİĞİNİZ VEYA RAPOR ALDIĞINIZ OLDUMU?

() Evet () Hayır

19- BAŞAĞRISI NEDENİYLE SIK SIK AĞRI KESİCİ (ASİRİN, NOVALGİN, PAROL, VERMİDON, DİĞER) KULLANDINIZ MI?

() Evet Evet ise hangileri: () Hayır

20-CEVABINIZ EVET İSE ORTALAMA OLARAK AYDA KAÇ TANE KULLANIYORSUNUZ?

☐ Ayda birkaç tane ☐ Ayda 5-10 tane ☐ Ayda 10-19 tane

☐ Ayda 20-29 tane ☐ Ayda 30 taneden fazla

22-BAŞAĞRISI NEDENİYLE DAHA ÖNCE HİÇ DOKTORA GİTTİNİZ Mİ?

☐ Evet ☐ Hayır

23-DOKTORA GİTTİĞİNİZDE NE TEŞHİS KONULDU?

☐ Migren ☐ Gerilim ☐ Sinüzit
☐ Sinirsel ☐ Boyun kireçlenmesi ☐ Demet (Cluster) başağrısı
☐ Teşhis konulmadı ☐ Diğer

24-VERİLEN TEDAVİYİ MUNTAZAM UYGULADINIZ MI?

☐ Evet ☐ Hayır

25-YAPILAN TEDAVİDEN NE KADAR FAYDA GÖRDÜNÜZ

☐ Hiçbir faydası olmadı ☐ Az
☐ Orta ☐ Çok
☐ Baş ağrım tamamen iyileşti

26- BAŞAĞRISI DIŞINDA BAŞKA BİR HASTALIĞINIZ/ŞİKAYETİNİZ VAR MI?

(Birden fazla cevap olabilir)

☐ Mide rahatsızlığı ☐ Kalp şikayeti ☐ Sinirsel bozukluk
☐ Uykusuzluk ☐ Romatizma ☐ Guatr
☐ Yüksek Tansiyon ☐ Şeker hastalığı (Diabet) ☐ Kolesterol Yüksekliği
☐ Horlama ☐ Diş Gıcırdatma

Baş ağrısı yılı: Baş ağrısı süresi: Atak sıklığı:

Baş ağrısı şiddeti (VAS):

(Baş ağrınıza aşağıdaki skalaya göre 0-10 arası puan verin)

Ağrı yok Dayanılmaz ağrı

0 **10**

HASTALIK ALGISI ÖLÇEĞİ

Hasta No: **Cinsiyet:** **Yaş:** **Tarih:**

BAŞ AĞRINIZ HAKKINDA SİZİN GÖRÜŞLERİNİZ

Aşağıda baş ağrınızın başlangıcından bu yana yaşadığınız belirtilerin bir listesi verilmiştir.

Lütfen sizde var olanlarda evet olmayanlarda hayır seçeneğini yuvarlak içine alınız. Ayrıca bu belirtilerin baş ağrınızla ilgili olup olmadığı hakkındaki düşüncenizi aynı şekilde daire içine alarak belirtiniz.

Baş ağrımın başlangıcından bu yana bu belirtiyi yaşadım / Bu belirti baş ağrıyla ilgili

Ağrı	Evet Hayır -----	Evet Hayır
Boğazda yanma	Evet Hayır -----	Evet Hayır
Bulantı	Evet Hayır -----	Evet Hayır
Soluk almada güçlük	Evet Hayır -----	Evet Hayır
Kilo kaybı	Evet Hayır -----	Evet Hayır
Yorgunluk	Evet Hayır -----	Evet Hayır
Eklem sertliği	Evet Hayır -----	Evet Hayır
Gözlerde yanma	Evet Hayır -----	Evet Hayır
Hırıltılı soluma	Evet Hayır -----	Evet Hayır
Mide yakınmaları	Evet Hayır -----	Evet Hayır
Uyku güçlükleri	Evet Hayır -----	Evet Hayır
Sersemlik hissi	Evet Hayır -----	Evet Hayır
Güç kaybı	Evet Hayır -----	Evet Hayır

Şu anki baş ağrınızla ilgili görüşlerinizi öğrenmek istiyoruz.

Her bir cümleyi okuyup katılıp katılmadığınızla ilgili düşüncenizi uygun kutuya (X) işareti koyunuz.

- 1: Kesinlikle böyle düşünmüyorum 4. Böyle düşünüyorum
2. Böyle düşünmüyorum 5. Kesinlikle böyle düşünüyorum
3. Kararsızım

HASTALIK HAKKINDAKİ GÖRÜŞLER

HASTALIK HAKKINDAKİ GÖRÜŞLER	1	2	3	4	5
1. Baş ağrım kısa sürecek					
2. Baş ağrım muhtemelen geçici olmaktan çok kalıcı					
3. Baş ağrım uzun sürecek					
4. Baş ağrım çabuk geçecek					
5. Yaşamımın geri kalan süresini bu baş ağrısıyla geçireceğimi düşünüyorum					
6. Ciddi bir hastalığım var					
7. Baş ağrımın yaşamımın üzerinde ciddi etkileri var					
8. Baş ağrım yaşamımı çok fazla etkilemiyor					
9. Baş ağrım diğer insanların bana bakış açılarını ciddi olarak etkiliyor					
10. Baş ağrımın ciddi maddi sonuçları var					
11. Baş ağrım yakınlarıma da zorluk yaratıyor					
12. Belirtilerimi kontrol etmek için yapabileceğim çok şey var					
13. Yaptığım şeyler baş ağrımın iyiye ya da kötüye gidişinde belirleyici olabilir					
14. Baş ağrımın seyri bana bağlı					
15. Yaptığım hiçbir şey baş ağrımı etkileyemez					
16. Baş ağrımı etkileyebilme gücüm var					
17. Yaptıklarım baş ağrımın sonucunu etkilemeyecek					
18. Baş ağrım zamanla iyileşecek					
19. Baş ağrımın iyileşmesi için yapılabilecek çok az şey var					

20. Tedavim baş ağrımın iyileşmesinde etkili olacak					
21. Baş ağrımın olumsuz etkileri tedavim ile ortadan kalkabilir					
22. Tedavim baş ağrımı kontrol edebilir					
23. Benim durumuma hiçbir şey yardım edemez					
24. Baş ağrımın belirtileri beni şaşırtıyor					
25. Baş ağrım bana anlamsız geliyor					
26. Baş ağrımı anlamıyorum					
27. Baş ağrım hiçbir anlam veremiyorum					
28. Baş ağrımı gayet net anlayabiliyorum					
29. Baş ağrımın belirtileri günden güne farklılık gösteriyor					
30. Baş ağrım bazen var bazen yok					
31. Baş ağrım önceden bilinemez (öngörülemez)					
32. Baş ağrımın daha iyi olduğu ve daha kötü olduğu dönemleri oluyor					
33. Baş ağrımı düşündüğüm zaman çökkün oluyorum					
34. Baş ağrımı düşündüğüm zaman üzgün oluyorum					
35. Baş ağrım beni öfkeli yapıyor					
36. Baş ağrım beni endişelendirmiyor					
37. Baş ağrım beni kaygılandırıyor					
38. Baş ağrım beni korkutuyor					

BAŞ AĞRIMIN NEDENLERİ

Sizce baş ağrınızın nedeni nedir?

Herkes farklı olduğu için bu sorunun doğru bir cevabı yoktur.

Aşağıda hastalığınızın olası nedenlerinin bir listesi verilmiştir.

Lütfen her bir nedeni okuyup o nedenin hastalığınıza yol açıp açmadığı ile ilgili düşüncenizi uygun kutuya (X) işareti koyarak belirtiniz.

- 1: Kesinlikle böyle düşünmüyorum 4. Böyle düşünüyorum
 2. Böyle düşünmüyorum 5. Kesinlikle böyle düşünüyorum
 3. Kararsızım

OLASI NEDENLER	1	2	3	4	5
Stres ya da endişe					
Kalitsal (ırsi)					
Bir mikrop ya da virüs					
Diyet -yemek alışkanlıkları					
Şans ya da kötü talih					
Geçmişimdeki kötü tıbbi bakım					
Çevre kirliliği					
Kendi davranışım					
Benim tutumum, örneğin yaşamım hakkında olumsuz düşünmem					
Aile problemleri					
Aşırı çalışma					
Duygusal durumum, örneğin; kendimi kötü, yalnız, gergin ya da boşlukta hissetmem					
Yaşlanma					
Alkol					
Sigara içme					
Kaza ya da yaralanma					
Kişilik özelliklerim					
Vücut direncimin azalması					

Lütfen aşağıya hastalığınıza neden olduğunu düşündüğünüz üç faktörü önem sırasına göre yazınız. Yukarıdaki tablodan seçebilirsiniz ya da sizin düşündüğünüz nedenleri yazabilirsiniz.

Bana göre en önemli nedenler:

- 1.
- 2.
- 3.

Armay, Z.. (2006). Reliability and Validity Study of the Turkish version of Illness Perception Questionnaire-R. Istanbul University, Institute of Health Science, Preventive Oncology Department, Unpublished Masters Thesis. Istanbul.

Contact: zeyneparmay@psikiyatriktip.com

Tel:+902122740444

Fax: :+902122740444

**Baş ağrısı olan hastalarda Tamamlayıcı ve Alternatif tedavi kullanımı
sorgulama formu**

Çalışma Hasta No: Yaş: Cinsiyet: E / K

Eğitim Düzeyi:

a-Okur-Yazar değil b-Okur-Yazar c-İlkokul d-Ortaokul e-Lise f-Üniversite

Mesleki durum:

- | | |
|------------------------|---------------------|
| 1-part-time(yarım gün) | 5-Tam gün öğrenci |
| 2-full-time(tam gün) | 6-Emekli |
| 3-Serbest çalışan | 7-Ev hanımı |
| 4-İşsiz | 8-Daimi hasta-malul |

Din:

Etnisite:

Sorgu Formu

1-Baş ağrısı çekilen yıl sayısı

2-Baş ağrısı için doktora ilk başvuru yılı

3-Baş ağrısı şiddet derecesi (VAS)

3a-) Baş ağrısı nedeni doktora başvuru sayısı(yılda)

a) 1-10 b)11-20 c)21-40 d) 40 dan fazla

3b-) Baş ağrısıyla geçen her bir ay için gün sayısı (son 3 ay ortalaması)

a) 5 den az b) 5-10 c)11-14 d)15-20 e)20 den fazla f) hergün

4- baş ağrısı nedeni

- a- Hiçbir tıbbi tedavi almadım
- b- Reçetesiz ve tezgâh altı onaysız ilaç kullandım
- c- Reçeteli ve reçetesiz ilaç kullandım
- d- Sadece reçeteli ilaç kullandım

5- Baş ağrısı için kullanılan tamamlayıcı ve alternatif tedaviler (Baş ağrınız için tamamlayıcı yâda alternatif tedavi (ilaç dışı) kullanıyorsanız aşağıdaki uygun seçeneği işaretleyiniz. Kullandığınız tedavi listede yok ise aşağıdaki diğer alternatif tedaviler kısmına yazınız)

Tedavi şekli

- 1-bitkisel tedavi
- 2-vitaminler/beslenme desteği
- 3-spesifik diyet/detoksifikasyon/perhiz
- 4-kiropraktik
- 5-masaj terapisi
- 6-alexander tekniği
- 7-akupresür ve şiyatsu
- 8-akupunktur
- 9-egzersiz
- 10-osteopati
- 11-kreniyosakral terapi
- 12-refleksoloji
- 13-yoga
- 14-homeopati
- 15-iridoloji
- 16-oksijen/ozon tedavisi
- 17-halk ilaçları
- 18-renk/dans/müzik tedavisi
- 19-aromaterapi
- 20-hipnoz
- 21-kendi kendine yetme/destek grubu
- 22-meditasyon
- 23-reiki
- 24-enerji/ruhsal iyileşme
- 25-soğuk

Kullanılan diğer alternatif tedaviler;

- 1-
- 2-
- 3-

Yukarıdaki sorularda yer alan veya sizin kullanıp da tabloda yer almayan kullandığınız tedavi varsa aşağıdaki soruları cevaplayınız

Tamamlayıcı-alternatif tedavi hakkındaki aşağıdaki sorulardan size uygun cevabı işaretleyiniz?

1-Sizce bu tedavi bedava mı? a- Evet b- Hayır

2-Bu tedaviyi kullandım? a- Bir kez b- Ara sıra c- Düzenli

3-Bu tedaviyi kim tavsiye etti?

a-Doktor b-Hemşire c-Arkadaş/akraba d-Kendi kendine tavsiye

4-Kullanılan tedaviyikullandım.

a-Doktordan yardım istemeden önce

b-Doktordan yardım istedikten sonra

c-Doktordan yardımla aynı zamanda

5-Bu tedaviyi kullanma nedeniniz nedir?

a-Bu tedavinin baş ağrısını etkili şekilde tedavi ettiğine inanıyorum

b-Son çare olarak önerilen bütün geleneksel tedavileri kullandıktan sonra denedim

c-Doktor tavsiyesi olarak denedim

d-Geleneksel tıbbi tedavilerden memnun olmadığım için denedim

6-Tedaviden tatmin oldunuz mu?

a-Çok tatmin oldum b-Tatmin olmadım c-kararsızım

d-Tatmin olmadım e-Hiç tatmin olmadım

7-Tedavi baş ağrınıza nasıl etki etti.. sıklık ve/veya yoğunluğu azaldı mı?

a-Büyük ölçüde azalttı d-Çoğalttı

b-Azalttı e-Büyük ölçüde çoğalttı

c-Aynı kaldı

8-Hemşirenize veya doktorunuza bu tedaviyi kullandığınızı anlattınız mı?

a-Evet (cevabınız evetse 9. soruya yanıt vermeyiniz)

b-Hayır

9-Eğer bu tedaviyi kullandığınızı anlatmadıysanız neden anlatmadınız?

a-Doktor-hemşire hiç sormadı

b-Doktorun veya hemşirenin bilmesi önemli değildi

c-Ne doktorun ne de hemşirenin işi değil

d-Doktor hemşire anlamazdı

10-Siz bu tedaviyi denerken, baş ağrınız için doktorunuz tarafından verilen herhangi bir tedaviyi durdurdunuz mu?

a- Evet b- Hayır c- Hiç almadım

Ek 3. Gönüllü Olur Formu

ZONGULDAK KARAEMLAS ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Sayın

Sizi ZKÜ Tıp Fakültesi Hastanesi Nöroloji Polikliniğinde yürütülen “Baş ağrısı hastalarında hastalık algısı, bu hastalarda tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlerinin yeri” başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın niçin ve nasıl yapılacağını, bu araştırmanın gönüllü katılımcılara getireceği olası faydaları, riskleri ve rahatsızlıklarını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. İsterseniz bu bilgileri aileniz, yakınlarınız ve/veya doktorunuzla tartışınız. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz. Katılmayı kabul ettiğiniz takdirde, gerekli yerleri siz, doktorunuz ve kuruluş görevlisi bir tanık tarafından doldurup imzalanmış bu formun bir kopyası saklamanız için size verilecektir.

Araştırmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan çıkma hakkında sahipsiniz. Her iki durumda da bir ceza veya hakkınız olan yararların kaybı kesinlikle söz konusu olmayacaktır.

Araştırma Sorumlusu
(Adı-Soyadı-Ünvanı-imza)

Katılma ve Çıkma:

Bu araştırmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama veya herhangi bir anda çalışmadan çıkma hakkına sahiptir. Ayrıca sorumlu araştırmacı gerek duyarsa sizi çalışma dışı bırakabilir. Çalışmaya katılmama, çalışmadan çıkma veya çıkarılma durumlarında bir ceza veya tedaviniz ve klinik izleminizde hakkınız olan yararların kaybı kesinlikle söz konusu olmayacaktır.

Gizlilik:

İzleyiciler, yoklama yapan kişiler, Etik Kurul, Bakanlık ve diğer ilgili sağlık otoritelerinin tıbbi kayıtlarınıza doğrudan erişimleri bulunabilmektedir; ancak kimlik bilgileriniz kesinlikle gizli tutulacaktır ve bu çalışmadan elde edilen bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır.

Herhangi bir zararlanma durumunda yükümlülük/sorumluluk:

Araştırmaya bağlı bir zarar söz konusu olduğunda, bu durumun tedavisi sorumlu araştırmacı tarafından yapılacaktır. Bu çalışma başağrısı hastalarında anket çalışması olup girişimsel işlem uygulanmayacaktır.

Araştırmanın Amacı:

Baş ağrısı nedeni Nöroloji polikliniğine başvuran hastalara anket verilerek ülkemizdeki baş ağrısı nedeni alternatif tedavi kullanımının yaygınlığı, hangi tedavilerin daha sık tercih edildiği, bu tedavileri tercih nedeni ve hastaların hastalık algısı değerlendirilecektir.

İzlenecek Olan Yöntem ve Yapılacak İşlemler:

(İzlenecek olan yöntem ve yapılacak bütün işlemler -invazif olsun veya olmasın- açık ve anlaşılır bir şekilde belirtilmeli, kan, idrar gibi hasta materyallerinin kullanıldığı çalışmalarda, bu örneklerin alınma sıklığı ve miktarları, alınma şekli, bu işlemlere bağlı olarak ortaya çıkabilecek olumsuzluklar veya riskler mutlaka yazılmalıdır)

Baş ağrısı nedeni Nöroloji polikliniğine başvuran hastalara anket verilerek baş ağrısı nedeni alternatif tedavi kullanımı ve hastalık algısı değerlendirilecektir.

Araştırmanın Yapılacağı Yer : ZKÜ Nöroloji Polikliniğine başvuran hastalar çalışmaya alınacaktır

Araştırmaya Katılan Araştırmacılar: Prof.Dr.Hüseyin Tuğrul ATASOY, Araş.Gör.Dr.Osman KORUCU

Araştırmanın Süresi:Yok

Katılması Beklenen Gönüllü Sayısı: 200

Size Getirebileceği Olası Faydalar: Hastalığı ve hastalık algısı hakkında bilgi ve içgörüsü artar

(Gönüllülerin çalışmaya katılmasını teşvik edecek veya yönlendirecek ifadelerden kaçınılmalıdır)

Size Getirebileceği Ek Risk ve Rahatsızlıklar: Yok

(Gönüllünün başına gelebilecek, makul olarak öngörülebilir her türlü risk ve rahatsızlık (örneğin ağrı, enfeksiyon riski, tedavideki olası başarısızlık vb) açıkça belirtilmelidir. Minimal riskten fazla bir riski bulunan araştırmalarda bunun nasıl giderileceği veya tedavi edileceği açıkça belirtilmelidir.)

Masraflar:

(Bu bölümde çalışma masraflarının hangi kaynaktan karşılanacağı belirtilmelidir.)

Bu çalışmanın masrafları araştırmacılar tarafından karşılanacaktır.Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır.

İletişim Kurulacak Kişi(ler):

Araştırma hakkında, kendi haklarınız hakkında veya araştırmayla ilgili daha fazla bilgi temin edebilmeniz veya meydana gelebilecek herhangi bir olumsuz durum için günün 24 saatinde 03722612804 nolu telefondan Dr.Osman KORUCU 'ya ulaşabilirsiniz.

Araştırma konusuyla ilgili ve araştırmaya katılmaya devam etme isteğini etkileyebilecek yeni bilgiler elde edildiğinde siz veya yasal temsilcisinin zamanında bilgilendirilebileceksiniz

Ben,.....[gönüllünün adı, soyadı (kendi el yazısı ile)]

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen hekim tarafından yapıldı. Katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. Çalışma hakkında soru sorma ve tartışma imkanı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilceğimi ve kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi ve araştırmadan ayrıldığım zaman mevcut tedavimin olumsuz yönde etkilenmeyeceğini biliyorum.

Bu koşullarda;

- Söz konusu Klinik Araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı (çocuğumun/vasimin bu çalışmaya katılmasını) kabul ediyorum.
- Gerek duyulursa kişisel bilgilerime mevzuatta belirtilen kişi/kurum/kuruluşların erişebilmesine,
- Çalışmada elde edilen bilgilerin (*kimlik bilgilerim gizli kalmak koşulu ile*) yayın için kullanılma, arşivleme ve eğer gerek duyulursa bilimsel katkı amacı ile ülkemiz dışına aktarılmasına olur veriyorum.

“Baş ağrısı hastalarında hastalık algısı, bu hastalarda tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlerinin yeri” çalışması kapsamında alınan biyolojik örneklerimin (kan, idrar vb.); (Gönüllü tarafından uygun olan şık işaretlenmelidir) : Bu çalışmada biyolojik örnek alınmayacaktır

- Sadece yukarıda bahsi geçen çalışmada kullanılmasına izin veriyorum
- İleride yapılması planlanan tüm çalışmalarda kullanılmasına izin veriyorum.
- Hiçbir koşulda kullanılmasına izin vermiyorum.

Gönüllünün (Kendi el yazısı ile)

Adı-Soyadı:

İmzası:

Adresi:

(varsa Telefon No, Faks No):

Tarih (gün/ay/yıl): / /

Velayet veya Vesayet Altında Bulunanlar İçin

Veli veya Vasisinin (kendi el yazısı ile)

Adı Soyadı:

İmzası:

Adresi:

Varsa Telefon No, Faks No:

Tarih (gün/ay/yıl): ... / /

Onay Alma İşlemine Başından Sonuna Kadar Tanıklık Eden Kuruluş Görevlisinin

Adı-Soyadı:

İmzası:

Görevi:

Tarih (gün/ay/yıl): / /

Açıklamaları Yapan Kişinin

Adı-Soyadı:

İmzası:

Tarih (gün/ay/yıl): / /

NOT: Bu formun bir kopyası gönüllüde kalacak, diğer kopyası ise hasta dosyasına yerleştirilecektir. Hasta dosyası veya protokol numarası olmayan sağlıklı gönüllülerden alınacak onam formunun bir kopyası mutlaka sorumlu araştırmacı tarafından saklanacaktır.