

T.C.
ZONGULDAK BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
NÖROLOJİ ANABİLİM DALI

**KRONİK GÜNLÜK BAŞ AĞRISI VE İLAÇ AŞIRI KULLANIM BAŞ
AĞRISI HASTALARINDA RİSK FAKTÖRLERİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

DR. GÜLCAN TAŞÇATAN

TIPTA UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI
PROF. DR. HÜSEYİN TUĞRUL ATASOY

ZONGULDAK

2021

T.C.
ZONGULDAK BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
NÖROLOJİ ANABİLİM DALI

**KRONİK GÜNLÜK BAŞ AĞRISI VE İLAÇ AŞIRI KULLANIM BAŞ
AĞRISI HASTALARINDA RİSK FAKTÖRLERİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

DR. GÜLCAN TAŞÇATAN

TIPTA UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI
PROF. DR. HÜSEYİN TUĞRUL ATASOY

ZONGULDAK

2021

ÖNSÖZ

Uzmanlık eğitimim süresince bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım Nöroloji Anabilim Dalı Başkanı ve aynı zamanda tez danışmanım olan kıymetli hocam Prof.Dr.H.Tuğrul ATASOY'a ;

Bu süreçte hem tıbbi alanda bilgi ve tecrübelerini paylaşan hem de desteklerini her zaman hissettiğim değerli hocalarım Doç.Dr.Bilge PİRİ ÇINAR, Dr.Öğr.Üyesi Esra ACIMAN DEMİREL, Dr.Öğr.Üyesi Mustafa AÇIKGÖZ ve Dr.Öğr.Üyesi Ulufer ÇELEBİ'ye ;

Tezimin her aşamasında yardımını esirgemeyen Dr.Öğr.Üyesi Vildan ÇAKIR KARDEŞ'e ve biyoistatistik aşamasındaki değerli katkıları için Dr.Öğr.Üyesi Bilgehan AÇIKGÖZ'e,

EEG ve EMG laboratuvarlarında bilgi ve tecrübelerini paylaşan sevgili teknisyenlerimiz Elif YILDIZ ve Yüksel ISLAK'a;

Uzmanlık eğitimim süresince bana yardımcı olan sevgili sekreterlerimiz Makbule ÇAKICI ve Sibel GÜRSU DAĞLI'ya;

Birlikte çalışma fırsatı bulduğum tüm asistan arkadaşlarıma;

Hayatım boyunca her an varlıklarını yanımda hissettiğim ve her aşamada bana en büyük desteği veren sevgili aileme;

Hayatıma girdiği andan itibaren sevgi ve desteğini esirgemeyen, her an yanımda olan sevgili eşim İsmail TAŞÇATAN'a sonsuz teşekkürler..

ZONGULDAK, 2021

Dr.Gülcan TAŞÇATAN

ÖZET

Gülcan TAŞÇATAN, Kronik Günlük Baş Ağrısı ve İlaç Aşırı Kullanım Baş Ağrısı Hastalarında Risk Faktörlerinin Değerlendirilmesi, Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi, 2021

Amaç: Bu çalışmada; kronik günlük baş ağrısı, ilaç aşırı kullanım baş ağrısı, epizodik migren ve epizodik gerilim tipi baş ağrısı hastalarında alkol/ kafein/ nikotin kullanımı, yeme tutumu gibi baş ağrısında kronikleşmeyi ve ilaç aşırı kullanımını tetikleyebilecek olası risk faktörleri ile yaşam kalitesi, günlük fiziksel aktivite düzeyi ve hastalık algısının değerlendirilmesi ve hastalık alt gruplarında karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Gereç ve yöntem: 1 Ocak 2020 - 1 Aralık 2020 tarihleri arasında Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Nöroloji Polikliniği'ne baş ağrısı yakınması ile başvuran hastalar, baş ağrısı alt tipi belirlenmesi açısından öykü ve klinik muayene ile değerlendirilmiştir. İlk değerlendirmenin ardından, epizodik migren, epizodik gerilim tipi baş ağrısı (GTBA), kronik günlük baş ağrısı (KGBA) ve ilaç aşırı kullanım baş ağrısı (İAKB) tanısı alan toplam 150 hasta çalışmaya dâhil edilmiştir. Hastaların demografik özellikleri, kafein/nikotin/alkol tüketimleri sosyodemografik veri formuna kaydedilmiştir. Çalışma grubunun ağrı şiddeti Görsel Analog Ölçeği (Visual Analogue Scale-VAS) kullanılarak, fiziksel aktivite durumu Uluslararası Fiziksel Aktivite Ölçeği formları kullanılarak değerlendirilmiştir. Yaşam kalitesi ve hastalığın yarattığı durumu değerlendirmek için SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Hastalık Algısı Ölçeği kullanılmıştır. Anksiyete, depresyon ve yeme bozuklukları durumu Beck Anksiyete Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği ve Yeme Tutumu Ölçeği ile incelenmiştir. Ayrıca eşlik eden psikiyatrik eş tanı varlığı, psikiyatri uzmanı tarafından DSM-IV Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme-Klinik Versiyonu (SCID-I) kullanılarak hastalarla yüz yüze görüşme yapılmıştır.

Bulgular: Çalışmaya 81 migren (27 epizodik migren, 22 kronik migren, 32 ilaç aşırı kullanımı olan migren), 69 GTBA (24 epizodik GTBA, 21 kronik GTBA, 24 ilaç aşırı kullanımı olan GTBA) tanılı hasta dahil edilmiştir. Bu hastaların 119'u kadın, 31'i erkek cinsiyete sahipti. Migren baş ağrısı tanılı hastaların ortalama yaşı $38,3 \pm 11,5$ iken GTBA tanılı hastaların ortalama yaşı $46,9 \pm 15,0$ idi. Migren grubunda ağrı şiddetini ölçen VAS

değeri GTBA grubundan anlamlı derecede yüksek ve atak sırasındaki ortalama ağrı süresi de anlamlı daha uzun bulundu. Kronik migren (KGBAm) hastalarında ortalama VAS değeri, kronik gerilim tipi baş ağrısı (KGBAg) hastalarına göre daha yüksek bulundu. Bununla birlikte KGBAg tanıılı hastaların ortalama ağrı sıklığının, KGBAm tanıılı hastalardan daha sık olduğu bulundu. Ortalama beden kitle indeksi GTBA grubunda migren tanıılı hasta grubuna göre anlamlı derecede daha yüksek bulundu. Hem Migren ve GTBA grubunu hem de bu grupların alt gruplarını karşılaştırdığımızda; günlük kafein tüketimi, sigara kullanımı, alkol tüketimi ve günlük fiziksel aktivite süresi açısından anlamlı bir fark saptanmadı. Ayrıca gruplar arasında Yeme Tutumu Testi ve Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği puanları arasında da bir farklılık saptanmadı. Hastalar Hastalık Algısı Ölçeği puanlarına göre değerlendirildiğinde; hastalık tipi ortalama puanı ve psikolojik nedenler ortalama puanı, GTBA alt grupları arasında KGBAg grubunda en yüksek değerde bulundu. Migren hastalarında alt gruplar içinde Hastalık Algısı Ölçeği'nde risk ile ilgili nedenlerin ortalama puanı, ilaç aşırı kullanımı olan migren (İAKBm) hastalarında en yüksek bulundu. Ayrıca Hastalık Algısı Ölçeği'nde psikolojik nedenler ortalama puanı ilaç aşırı kullanımı olan gerilim tipi baş ağrısı (İAKBg) hastalarında da İAKBm hastalarına göre anlamlı derecede daha yüksek bulundu. Migren ve GTBA hastaları alt grupları incelendiğinde; SF-36 ölçeğinde KGBAm ve İAKBm alt gruplarında sadece vücut ağrısında kötüleşme anlamlı iken, KGBAg ve İAKBg alt gruplarında fiziksel rol güçlüğü, enerji, duygusal iyilik hali, vücut ağrısı ve genel sağlık algısında kötüleşme anlamlı bulundu. SF-36 ölçeği fiziksel rol güçlüğü alt grubu ortalama puanı, İAKBg hastalarında İAKBm hastalarına göre daha düşük bulundu.

Sonuçlar: Çalışmamızda, migren grubuna göre GTBA grubunda psikososyal etkenlerin, hastalığın kronikleşmesi ve ilaç aşırı kullanımının ortaya çıkmasında daha etkin olduğu görüşünü destekler bulgular elde edilmiştir. Ayrıca bu çalışmadaki verilere göre; migrenin kendi başına bir İAKB etkeni olduğu, kronik baş ağrısı çeken hastalarda ilaç aşırı kullanımı bir şekilde madde bağımlılığında görülen anksiyolitik etki sonucu anksiyete ve depresyon puanlarında kısmi düşüşe neden olabileceği ve kronik baş ağrısının fiziki, sosyal, maddi ve psikolojik etkilerinde kısmi düzelme etkisi yaratabileceği de düşünülmektedir.

Anahtar kelimeler: *Bağımlılık, Gerilim tipi baş ağrısı, İlaç aşırı kullanım baş ağrısı, Kronik günlük baş ağrısı, Migren.*

ABSTRACT

Gülcan TAŞÇATAN, Evaluation of Risk Factors in Patients with Chronic Daily Headache and Medication Overuse Headache, Zonguldak Bülent Ecevit University Faculty of Medicine, Department of Neurology, Specialization Thesis in Medicine, 2021

Purpose: The aim of this study is to assess and compare the quality of life, daily physical activity level and perception of illness in patients with chronic daily headache, drug overuse headache, episodic migraine and episodic tension-type headache across disease subgroups with respect to possible risk factors such as alcohol/ caffeine/ nicotine use, eating attitude, which may trigger chronic headache and medication overuse.

Materials and methods: Patients who applied to Zonguldak Bülent Ecevit University Health Application and Research Center Neurology Outpatient Clinic between January 1, 2020 and December 1, 2020 with a complaint of headache were evaluated with respect to their history and clinical examination in terms of headache subtype. After the initial evaluation, a total of 150 patients diagnosed with episodic migraine, episodic tension-type headache (TTH), chronic daily headache (CDH) and medication overuse headache (MOH) were included in the study. The demographic characteristics of the patients and their caffeine/nicotine/alcohol consumption were recorded in the sociodemographic data form. The pain intensity of the study group was evaluated using the Visual Analogue Scale (VAS), and the physical activity status was evaluated using the International Physical Activity Questionnaire (Short) forms. The SF-36 Quality of Life Scale and the Illness Perception Questionnaire were used to evaluate the quality of life and the condition created by the disease. Anxiety, depression and eating disorders were evaluated with Beck Anxiety Inventory, Beck Depression Inventory, Eating Disorder Examination Questionnaire and Eating Attitude Test. In addition, a face-to-face interview was conducted with the patients by a psychiatrist using the Structured Clinical Interview-Clinical Version for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I) with comorbid psychiatric comorbidity.

Results: The study included 81 patients with migraine (27 episodic migraine, 22 chronic migraine, 32 chronic migraine with medication overuse), 69 patients with TTH (24 episodic

TTH, 21 chronic TTH, 24 chronic TTH with medication overuse). Of these patients, 119 were female and 31 were male. The mean age of patients with migraine headache was 38.3 ± 11.5 , while the mean age of patients with TTH was 46.9 ± 15.0 years. The VAS value, which measures the severity of pain in the migraine group, was found to be significantly higher than that of the TTH group, and the mean duration of pain during the attack was also significantly longer. The mean VAS value was found to be higher in chronic migraine (CDHm) patients when compared to chronic tension-type headache (CDHtth) patients. On the other hand, it was found that the mean pain frequency of patients with CDHtth was more frequent than in patients with CDHm. The mean body mass index was found to be significantly higher in the TTH group than in the migraine patient group. As for the comparison the migraine and TTH groups and the subgroups of these groups; there was no significant difference in terms of daily caffeine consumption, smoking, alcohol consumption and daily physical activity duration. In addition, no difference was found between the Eating Attitude Test and Eating Disorder Examination Questionnaire scores between the groups. When the patients were evaluated according to their Illness Perception Questionnaire scores; disease type mean score and psychological causes mean score were found to be the highest in the CDHtth group among TTH subgroups. Among the subgroups of migraine patients, the mean score of risk-related causes in the Illness Perception Questionnaire was found to be the highest in chronic migraine with medication overuse (MOHm). In addition, the mean score of psychological causes in the Illness Perception Questionnaire was found to be significantly higher in patients with chronic tension-type headache with medication overuse (MOHtth) compared to patients with MOHm. When the subgroups of migraine and TTH patients were examined on the SF-36 scale, only worsening of body pain was significant in CDHm and MOHm subgroups, whereas worsening in physical role difficulty, energy, emotional well-being, body pain, and general health perception was significant in CDHtth and MOHtth subgroups. The mean score of the SF-36 scale physical role difficulty subgroup was found to be lower in MOHtth patients than MOHm patients.

Conclusions: In our study, findings supporting the view that psychosocial factors are more effective in the chronicity of the disease and the emergence of medication overuse in the TTH group compared to the migraine group were obtained. The data further points that migraine is a factor in MOH on its own. Lastly, drug overuse in patients with chronic headache may somehow cause a partial decrease in anxiety and depression scores as a result

of the anxiolytic effect seen in substance addiction, and may create a partial improvement in the physical, social, financial and psychological effects of chronic headache.

Keywords: *Addiction, Tension-type headache, Medication overuse headache, Chronic daily headache, Migraine.*



İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
ÖNSÖZ	iii
ÖZET.....	iv

ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	ix
SİMGELER VE KISALTMALAR	xii
TABLolar DİZİNİ	xiv
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Migren	3
2.1.1. Klinik	3
2.1.2. Risk faktörleri	4
2.1.3. Epidemiyoloji	4
2.1.4. Patofizyoloji.....	5
2.1.5. Tanı kriterleri	6
2.1.5.1. Aurasız migren	6
2.1.5.2. Auralı migren	6
2.1.5.3.Kronik migren	7
2.1.6.Tedavi	8
2.1.6.1.Akut migren atak tedavisi	8
2.1.6.2 Profilaktik migren tedavisi	10
2.2.Gerilim tipi baş ağrısı	11
2.2.1. Klinik	11
2.2.2. Risk faktörleri	12
2.2.3. Epidemiyoloji	12
2.2.4. Patofizyoloji.....	12
2.2.5. Tanı kriterleri	13
2.2.5.1.Seyrek epizodik gerilim tipi baş ağrısı.....	13
2.2.5.2.Sık epizodik gerilim tipi baş ağrısı.....	14
2.2.5.3.Kronik gerilim tipi baş ağrısı.....	14
2.2.6. Tedavi	15
2.2.6.1.Akut atak tedavisi	15
2.2.6.2.Profilaktik tedavi	16
2.3. İlaç aşırı kullanım baş ağrısı	16
2.3.1. Klinik	16

2.3.2. Risk faktörleri	17
2.3.3. Epidemiyoloji	18
2.3.4. Patofizyoloji.....	18
2.3.5. Tanı kriterleri	19
2.3.6. Tedavi	20
3. GEREÇ VE YÖNTEM	21
3.1. Çalışma Popülasyonu	21
3.1.1. Çalışma grubunun çalışmaya dahil edilme ölçütleri	21
3.1.2. Çalışma grubunun çalışmadan dışlanma ölçütleri.....	21
3.2. Çalışma Tasarımı	22
3.3. Görsel Analog Ölçeği (VAS)	22
3.4. Beck Anksiyete Ölçeği	23
3.5. Beck Depresyon Ölçeği.....	23
3.6.Yeme Tutumu Ölçeği-40.....	24
3.7. Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği	24
3.8. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği.....	25
3.9. Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi Kısa Formu.....	25
3.10.Hastalık Algısı Ölçeği.....	26
3.11.DSM-IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme-KlinikVersiyonu (SCID-I).....	27
3.12.İstatistiksel Analiz.....	28
4. BULGULAR	29
5. TARTIŞMA	60
6. KAYNAKLAR	71
7. EKLER	84
Ek 1: Etik Kurul Karar Belgesi.....	81
Ek 2: Demografik ve Klinik Veri Formu.....	82
Ek 3: Beck Anksiyete Ölçeği	86
Ek 4: Beck Depresyon Ölçeği.....	87
Ek 5: Yeme Tutumu Ölçeği-40.....	88
Ek 6: Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği	89

Ek 7: SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği.....	92
Ek 8: Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi Kısa Formu.....	93
Ek 9: Hastalık Algısı Ölçeği.....	94



SİMGELER VE KISALTMALAR

Simge/ Kısaltmalar	Açıklamalar
ABD	Amerika Birleşik Devletleri
ACE	Anjiotensin dönüştürücü enzim
ASA	Asetilsalisilik asit
BDÖ	Beck Depresyon Ölçeği
BDNF	Beyin kaynaklı nörotrofik faktör
COMT	Katekol- O - metiltransferaz
Dk	Dakika
GTBA	Gerilim tipi baş ağrısı
ICHD-3	Uluslararası Baş Ağrısı Sınıflaması
İAKBgt	İlaç aşırı kullanımı olan gerilim tipi baş ağrısı
İAKBm	İlaç aşırı kullanımı olan migren baş ağrısı
KGBagt	Kronik gerilim tipi baş ağrısı
KGBAm	Kronik migren baş ağrısı
MET	Kilogram başına tüketilen oksijen miktarı
MRG	Manyetik rezonans görüntüleme
NSAİİ	Non-steroid antiinflamatuvar ilaçlar
SCID-I	DSM-IV Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme-Klinik Versiyonu
SDS	Bağımlılık ölçeği
SERT	Serotonin taşıyıcı gen
VAS	Görsel analog ölçeği

Vb.	Ve benzeri
YBDÖ	Yeme bozukluğu değerlendirme ölçeği
PET	Pozitron emisyon tomografi



TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo Numarası	Tablonun Başlığı	Sayfa No
1	Çalışma Grubu	29
2	Hastalık Alt Gruplarına Göre Eğitim Düzeylerinin Dağılımı	31
3	Migren Hastalarının Alt Gruplarında Eğitim Düzeylerinin Karşılaştırması	32
4	GTBA Hastalarının Alt Gruplarında Eğitim Düzeylerinin Karşılaştırması	32
5	Hastalık Alt Gruplarına Göre Yaş, Hastalık Süresi, VAS değeri, Ağrı Sıklığı ve Ağrı Süresinin Karşılaştırması	33
6	Epizodik Migren ve Epizodik GTBA Tanılı Hastaların Yaş, Hastalık Süresi, VAS değeri, Ağrı Sıklığı ve Ağrı Süresinin Karşılaştırması	34
7	KGBAm ve KGBAgT Tanılı Hastaların Yaş, Hastalık Süresi, VAS değeri, Ağrı Sıklığı ve Ağrı Süresinin Karşılaştırması	34
8	İAKBm ve İAKBgT Tanılı Hastaların Yaş, Hastalık Süresi, VAS değeri, Ağrı Sıklığı ve Ağrı Süresinin Karşılaştırması	35
9	Migren ve GTBA Tanılı Hastalarda Kafein ve Çay Tüketiminin Karşılaştırması	36
10	Migren ve GTBA Tanılı Hastalarda Egzersiz Süresi, Fiziksel Aktivite Ölçeği, Beden Kitle İndeksi Değerlerinin Karşılaştırması	36
11	Migren ve GTBA Tanılı Hastalarda Beck Anksiyete Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeğinin Karşılaştırması	37
12	Migren ve GTBA Tanılı Hastalarda SF-36 Ölçeğinin Alt Gruplarının Karşılaştırması	38
13	Migren ve GTBA Tanılı Hastalarda Hastalık Algısı Ölçeğinin Alt Gruplarının Karşılaştırması	39
14	Migren Hastalarının Alt Gruplarında Kafein ve Çay Tüketiminin Karşılaştırması	39
15	Migren Hastalarının Alt Gruplarında Egzersiz Süresi, Fiziksel Aktivite Ölçeği, Beden Kitle İndeksi Testlerinin Karşılaştırması	40
16	Migren Hastalarının Alt Gruplarında Beck Anksiyete Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeğinin Karşılaştırması	40

17	Migren Hastalarının Alt Gruplarında SF-36 Ölçeğinin Alt Gruplarının Karşılaştırması	41
18	Migren Hastalarının Alt Gruplarında Hastalık Algısı Ölçeğinin Alt Gruplarının Karşılaştırması	42
19	GTBA Tanılı Hastaların Alt Gruplarında Kafein ve Çay Tüketiminin Karşılaştırması	43
20	GTBA Tanılı Hastaların Alt Gruplarında Egzersiz Süresi, Fiziksel Aktivite Ölçeği, Beden Kitle İndeksi Testlerinin Karşılaştırması	42
21	GTBA Tanılı Hastaların Alt Gruplarında Beck Anksiyete Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeğinin Karşılaştırması	44
22	GTBA Tanılı Hastaların Alt Gruplarında SF-36 Ölçeğinin Alt Gruplarının Karşılaştırması	44
23	GTBA Tanılı Hastaların Alt Gruplarında Hastalık Algısı Ölçeğinin Alt Gruplarının Karşılaştırması	45
24	Epizodik Migren ve Epizodik GTBA Tanılı Hastaların Kafein ve Çay Tüketim Miktarlarının Karşılaştırması	46
25	Epizodik Migren ve Epizodik GTBA Tanılı Hastaların Egzersiz Süresi, Fiziksel Aktivite Ölçeği, Beden Kitle İndeksi Testlerinin Karşılaştırması	46
26	Epizodik Migren ve Epizodik GTBA Tanılı Hastaların Beck Anksiyete Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeğinin Karşılaştırması	47
27	Epizodik Migren ve Epizodik GTBA Tanılı Hastaların SF-36 Ölçeğinin Alt Gruplarının Karşılaştırması	47
28	Epizodik Migren ve Epizodik GTBA Tanılı Hastaların Hastalık Algısı Ölçeğinin Alt Gruplarının Karşılaştırması	48
29	KGBAm ve KGBAgT Tanılı Hastaların Kafein ve Çay Tüketim Miktarlarının Karşılaştırması	48
30	KGBAm ve KGBAgT Tanılı Hastaların Egzersiz Süresi, Fiziksel Aktivite Ölçeği, Beden Kitle İndeksi Testlerinin Karşılaştırması	49
31	KGBAm ve KGBAgT Tanılı Hastaların Beck Anksiyete Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeğinin Karşılaştırması	49
32	KGBAm ve KGBAgT Tanılı Hastaların SF-36 Ölçeğinin Alt Gruplarının Karşılaştırması	50

33	KGBAm ve KGBAgT Tanılı Hastaların Hastalık Algısı Ölçeğinin Alt Gruplarının Karşılaştırması	51
34	İAKBm ve İAKBgT Tanılı Hastaların Kafein ve Çay Tüketim Miktarlarının Karşılaştırması	51
35	İAKBm ve İAKBgT Tanılı Hastaların Egzersiz Süresi, Fiziksel Aktivite Ölçeği, Beden Kitle İndeksi Testlerinin Karşılaştırması	52
36	İAKBm ve İAKBgT Tanılı Hastaların Beck Anksiyete Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeğinin Karşılaştırması	52
37	İAKBm ve İAKBgT Tanılı Hastaların SF-36 Ölçeğinin Alt Gruplarının Karşılaştırması	53
38	İAKBm ve İAKBgT Tanılı Hastaların Hastalık Algısı Ölçeğinin Alt Gruplarının Karşılaştırması	54
39	SCID-I ile Değerlendirme Sonucuna Göre Psikiyatrik Tanıların Dağılımı	55
40	Hastalık Alt Gruplarına Göre Depresif Bozukluklar Grubu, Anksiyete Bozuklukları Grubu ve Diğer Tanılar Açısından Hastaların Sınıflandırılması	56
41	Migren Alt Gruplarına Göre Depresif Bozukluklar ve Anksiyete Bozuklukları Açısından Hastaların Sınıflandırılması	57
42	GTBA Tanılı Hastaların Alt Gruplarına Göre Depresif Bozukluklar ve Anksiyete Bozuklukları Açısından Hastaların Sınıflandırılması	57
43	Epizodik Migren ve Epizodik Gerilim Tipi Baş Ağrısı Tanılı Hastaların Depresif Bozukluklar ve Anksiyete Bozuklukları Açısından Karşılaştırması	58
44	KGBAm ve KGBAgT Tanılı Hastaların Depresif Bozukluklar ve Anksiyete Bozuklukları Açısından Karşılaştırması	58
45	İAKBm ve İAKBgT Tanılı Hastaların Depresif Bozukluklar ve Anksiyete Bozuklukları Açısından Karşılaştırması	59

1. GİRİŞ

Baş ağrısı şikâyeti yaşam kalitesini etkileyip kısıtlılık yarattığı için nöroloji polikliniğine başvuru nedenleri arasında ilk sırada yer almaktadır (1). Baş ağrıları Uluslararası Baş Ağrısı Sınıflamasına (ICHD-3) göre birincil ve ikincil baş ağrıları olarak iki ana gruba ayrılmaktadır (2). Birincil baş ağrıları migren, gerilim tipi baş ağrısı, trigeminal otonomik baş ağrıları ve diğer birincil baş ağrıları olmak üzere dört alt gruba ayrılmaktadır. Baş ağrısı şikâyetinin en az üç ay süre ile ayın yarısından fazlasında görülmesi ise kronik günlük baş ağrısı olarak adlandırılmaktadır (3). Kronik migren ya da kronik gerilim tipi baş ağrısı gibi birincil baş ağrıları veya kronik küme baş ağrısı, yeni günlük kalıcı baş ağrısı gibi ikincil baş ağrıları kronik günlük baş ağrısına neden olabilir (3).

Genellikle gerilim tipi baş ağrısı ya da migreni tedavi edebilmek için kullanılan ilaçların fazla alınmasının sebep olduğu ilaç aşırı kullanım baş ağrısı (medication-overuse headache) ise ikincil baş ağrısı olarak ICHD-3 sınıflamasında 8. Bölüm olan “Bir madde kullanımı veya kesilmesine bağlı baş ağrısı” başlığı içinde 2. maddede sınıflandırılmıştır (4).

Dünya nüfusunun %46’sı aktif olarak baş ağrısı yaşamakta ve bu sıklık gerilim tipi baş ağrısı için %42 iken, migren için %11 ve kronik günlük baş ağrısı için %3’tür (5). En sık görülen kronik baş ağrısı bozukluklarından biri olan ilaç aşırı kullanım baş ağrısı prevalansı ise %1-2’dir (6,7).

Birincil baş ağrılarında, atak ilacının geç alınması ya da etkinliği iyi olmayan ilaç kullanımı nedeni ile atak tedavilerinin etkin şekilde yapılamamasının, ilaç aşırı kullanım baş ağrısı için risk oluşturduğu bilinmektedir (8) Ayrıca birincil baş ağrıları ile birlikteliği sık görülen anksiyete ve duygudurum bozukluklarının da ilaç aşırı kullanımı için risk etkeni olduğunu bildiren çalışmalar mevcuttur (9). Ayrıca ilaç aşırı kullanım baş ağrısının gelişmesinde; baş ağrısı sıklığının başlangıçta ayda 7-14 gün arasında olması, 50 yaşın altında olma, stres, hareketsizlik, yüksek beden kitle indeksi (BKİ), sigara kullanımı, sosyoekonomik düzeyin düşük olması gibi risk etmenleri anlamlı bulunmuştur (7,10–13). Ailede ilaç aşırı kullanım ya da madde kötüye kullanımı olan bireylerin olması ve günlük kafein tüketimin günde 200 miligramı geçmesi de ilaç aşırı kullanım riskini arttırmaktadır (14).

Biz alışmamızda epizodik migren, epizodik gerilim tipi baş ağrısı, kronik günlük baş ağrısı ve ilaç aşırı kullanım baş ağrısı hasta gruplarında baş ağrısının kronikleşmesinde ve aşırı ilaç alımında etken olabilecek yaşam kalitesi, günlük fiziksel aktivite düzeyi ve hastalık algısı ile alkol, kafein, nikotin kullanımı ve yeme tutumu davranışlarını değerlendirmeyi ve hasta gruplarını bu parametreler temelinde karşılaştırmayı amaçladık.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Migren

2.1.1. Klinik

Migren, etiyolojisinde genetik ve çevresel faktörlerin yer aldığı; baş ağrısı ve ağrıya farklı bulguların eşlik ettiği nörovasküler bir hastalıktır (15). Engellilik yaratan ilk on hastalık içinde olduğu bildirilmiştir (15,16). Migren baş ağrısı ataklar halinde görülür ve migren atağı dört klinik dönemden oluşmaktadır, bunlar; prodromal dönem, aura, ağrı ve postdromal dönemdir (16).

Ağrının başlamasından iki gün ya da saatler önce sistemik otonom bulgular ya da nöropsikolojik belirtilerin görüldüğü dönem prodromal dönem olarak adlandırılır (16). Halsizlik, yorgunluk, uyku hali, depresif duygu durum ya da öfori, esneme, odaklanmada güçlük, açlık hissi, iştah artışı, tatlı yeme isteği, çok su içme, idrara sık çıkma, kabızlık ya da ishal, ensede sertlik bu dönemde görülebilen çeşitli bulgulardır (17).

Migren atağının aura dönemi hastaların %15 ile 20'sinde görülür (17). Aura ağrıdan 5-20 dakika önce ortaya çıkan görsel, motor, lisan, duysal ve / veya beyin sapı ile ilgili bulgulardan oluşur ve bu bulgular yaklaşık bir saat içinde kaybolur (17,18). Homonim görsel bozukluklar, konuşma bozuklukları, tek taraflı parestezi ya da pareziler sık görülen aura bulguları arasındadır (16). Aura her baş ağrısı döneminde görülmeyebileceği gibi baş ağrısı olmadan tek başına da görülebilir (16,18).

Migren baş ağrısının tipik özelliği başın bir yarısında görülmesidir ancak ağrılar başın tamamında da görülebilir (16,18). Frontotemporal ve periorbital bölgede görülen zonklayıcı vasıflı ağrı ve buna eşlik eden bulantı ve/ veya kusma, fotofobi, fonofobi, osmofobi migren ağrısı için tipiktir (19). Migren ağrısının diğer bir karakteristik özelliği ise hareket ile ağrının şiddetlenmesidir (18). Migren baş ağrısına otonom bulgular eşlik edebildiği gibi yüze, saça dokunmakla oluşan allodini olarak tanımlanan yanma, acıma hissi de eşlik edebilir (16). Migren baş ağrısı genellikle ataklar şeklinde görülür ve 4-72 saat arasında sonlanır (18). Ağrı şiddeti ise orta- şiddetli olarak hastalar tarafından

derecelendirilmektedir (17). Bir hastaya migren tanısı koyabilmek için Uluslararası Baş Ağrısı Sınıflaması (ICHD-3)'na göre bu ağrı ataklarının en az beş kez görülmesi gereklidir aksi takdirde semptomatik migren benzeri ağrılardan ayırt etmek güçleşebilir (17).

Postdrom dönem kişinin şikâyetlerinin azalarak kendini iyi hissetmeye başladığı dönem olarak adlandırılır ve bu döneme yorgunluk, halsizlik eşlik edebilir (16). Ayrıca bu dönemde iştah artışı, tatlı yeme isteği ve idrara sık çıkma da görülebilir (16).

Migren atağı sırasında bu klinik dönemlerden bir veya birkaçı görülebilir; bu atakların süresi ve şiddeti ise her atak döneminde değişiklik gösterebilir (16).

2.1.2. Risk faktörleri

Migren etiyolojisinde çeşitli genetik ve çevresel etkenler yer alır (16). Östrojen düzeyindeki değişimler (adet dönemi, doğum kontrol ilaçları kullanmak, hormon yerine koyma tedavisi vb.), bazı gıdalar (çikolata, alkollü içecekler vb.), bazı kokular, uyku düzenindeki değişiklikler, stres, yeme düzenindeki değişiklikler, hava ve basınç değişiklikleri migren atakları için tetikleyici olabilmektedir (16,20). Epizodik migreni olan hastaların yılda %2,5'u ise zaman içinde kronik migrene dönüşür (21). Düşük eğitim düzeyi, stres, depresyon, obezite, akut migren tedavisi için fazla ilaç kullanımı ya da akut migrenin yetersiz tedavi edilmesi, epizodik migrenin kronik migrene dönüşmesine yol açabilir (7,22).

2.1.3. Epidemiyoloji

Migrenin yaşam boyu prevalansı yapılan çalışmalarda %2,6–21,7 gibi geniş bir aralıkta bildirilmiştir (23). Coğrafi özellikler ve genetik faktörlerden etkilenen migren baş ağrısı, batı toplumlarında doğu toplumlarına göre daha yüksek oranda görülmüştür (16). Yine daha önceki çalışmalarda siyah ırkta migren sıklığının arttığı, Asya kökenli bireylerde sıklığın azaldığı sonucuna varılmıştır (16). Yapılan çalışmalarda migren kadınlarda erkeklere göre daha yüksek oranda bildirilmiştir; bu fark iki ile üç kata varabilmektedir (24).

Ayrıca cinsiyet farkı hastalığın tekrarlama riskini, atak süresini, özürllülük oranı ve tedavi süresini de etkilemektedir (24).

2.1.4. Patofizyoloji

Hipotalamusun etkilenmesi ile ortaya çıkan vücut ısını regüle etmede güçlük, irritasyon, uyku hali gibi durumlar; dopaminerjik çekirdeklerin etkilenmesi ile görülen bulantı, esneme; serotonerjik çekirdeklerin etkilenmesi ile görülen ruh hali değişiklikleri, uyku değişiklikleri migrenin prodromal döneminde görülen belirtilerdir ve bu da bize prodromal dönemde beyinin birçok farklı bölgesinin etkilendiğini göstermektedir (16). Son yıllarda hızla gelişen nörogörüntüleme teknikleri de bu dönemde hipotalamusta önemli aktivite değişiklikleri olduğunu göstermektedir (25). Pozitron emisyon tomografi (PET) incelemesinde oksipital kortekste artmış aktivite olduğu gösterilmiş ve bunun fotosensitivite ile ilişkili olabileceği, beyin sapındaki artmış aktivitenin ise bulantı ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür (15).

Migrenin aura dönemi ise tuttuğu kortikal bölgeye göre bulgu veren kortikal yayılan depolarizasyon ile açıklanmıştır (26). Bu yayılan kortikal depolarizasyon nöron ve glia hücrelerini etkileyen ve 2-6 mm hızında gri cevherde ilerleyen bir depolarizasyon ve eşlik eden nöronal aktivitede depresyon dalgasıdır. Bu süreç duysal, motor, görsel vb. auralara neden olmaktadır (26).

Migren ağrısının patofizyolojisinde ise nöronal, vasküler ve trigeminovasküler teoriler gibi çeşitli teoriler ortaya atılmıştır (25). Ekstrakranial arterlerin genişlemesinin esas mekanizma olduğu vazodilatasyon teorisi artık kabul görmezken; günümüzde kabul gören esas migren teorisi trigeminovasküler teoridir (16). Bu teoriye göre trigeminal sinir aktive olur ve perivasküler trigeminal sinir uçlarından kalsitonin gen ilişkili peptid, P maddesi ve nitrik oksit gibi nöropeptidler salınarak dural inflamasyon meydana gelir (16). İnflamasyonu takiben dural ve pial damarlar genişler, ekstrasvazasyon gelişir (16). Böylelikle sinirler sensitize olur ve nöropeptidler daha çok salınarak ağrı oluşur (16).

Migren patofizyolojisinde genetik faktörlerin de rol aldığı düşünülmektedir ve şu ana kadar bununla ilişkili yapılan çalışmalarda 38 genomik lokus tanımlanmıştır (15).

2.1.5. Tanı kriterleri

2.1.5.1. Aurasız migren:

- A. Geçmişte, B ve D kriterlerini dolduran en az 5 atak geçirmiş olmak
- B. Baş ağrısı ataklarının 4-72 saat sürmesi (tedavisiz veya başarısız tedavi girişimi)
- C. Baş ağrısının aşağıdaki özelliklerden en azından 2 ve fazlasını içermesi
 - 1. Tek taraflı yerleşim
 - 2. Zonklayıcı karakter
 - 3. Orta ve şiddetli ağrı
 - 4. Rutin fizik aktivitelerle ağrının şiddetlenmesi ve aktivitelerden kaçınma
- D. Ağrıya aşağıdaki semptomlardan 1 veya fazlasının eşlik etmesi
 - 1. Bulantı ve / veya kusma
 - 2. Fotofobi ve fonofobi
- E. Altta yatan başka bir durum hastalığının olmaması

2.1.5.2. Auralı migren:

- A. B ve C kriterlerini içeren en az iki atak
- B. Tam düzelen aşağıdaki aura semptomlarından bir veya daha fazlası
 - 1. Görsel
 - 2. Duysal
 - 3. Konuşma ve / veya lisan
 - 4. Motor

5. Beyin sapı

6. Retinal

C. Aşağıdaki altı özellikten en az üçü

1. En az bir aura semptomunun 5 dakika veya daha uzun sürede ortaya çıkması

2. İki veya daha fazla aura semptomu birbiri ardı sıra görülebilir

3. Her bir aura semptomu 5-60 dakikada biter

4. En az bir aura semptomu unilateraldir

5. En az bir aura semptomu pozitif bulgu içerir

6. Aura 60 dakika içinde başlayan baş ağrısı ile birlikte olabilir

D. Başka bir ICHD-3 tanısı ile daha iyi açıklanamaz

2.1.5.3. Kronik migren:

A. Migren veya gerilim tipi baş ağrısı benzeri, 3 aydan uzun süre boyunca ayda 15 veya daha çok gün olan, B ve C kriterlerine uyan baş ağrısı

B. Aurasız migren için B-D kriterlerini ve / veya auralı migren için B-C kriterlerini karşılayan en az 5 atak

C. 3 aydan uzun süreyle, ayda en az 8 gün aşağıdaki özelliklerden herhangi birine uyması

1. Aurasız migren kriterleri

2. Auralı migren kriterleri

3. Hasta tarafından başlangıçta migren olduğunun düşünülmesi ve triptan veya ergot türevleri ile iyileşmesi

D. Başka bir ICHD-3 tanısı ile daha iyi açıklanamaz

2.1.6. Tedavi

Migren tedavisinde ilk basamak tüm tedavilerde olduğu gibi hastayı hastalığı konusunda ve tedavi hedefi hakkında bilgilendirmektir (18). İkinci basamaksa migren tetikleyicilerini sorgulamak ve onlardan kaçınılması gerektiğini belirtmektir (18). Ayrıca gevşeme teknikleri, davranışsal terapi, egzersiz ve biofeedback uygulamalarının da atak sıklığını azalttığı konusunda bilgilendirme yapılmalıdır (18). Bu önlemlere rağmen migren atağı gelişirse farmakolojik tedavi devreye girmektedir.

2.1.6.1. Akut migren atak tedavisi

Akut atak tedavisinde amaç ağrının şiddetini ve süresini azaltmak mümkünse ağrıyı sonlandırmaktır (26). Uluslararası Baş Ağrısı Birliği tarafından ağrının 2 saat içinde sonlanması ve 24-48 saat süreyle ağrının ve eşlik eden bulguların tekrarlamaması ağrı tedavisi için hedef olarak gösterilmiştir (26). Farmakolojik tedavinin, santral sensitizasyon/allodini gelişmeden önce ağrının başlangıcında verildiği zaman başarı şansının daha yüksek olduğu gösterilmiştir (26).

Migren atak tedavisinde migrene özgül olan ve olmayan ilaçlar vardır. Migrene özgül olmayan ilaçlar; basit analjezikler, kombine analjezikler, non-steroid antiinflatuvar ilaçlar (NSAİİ), narkotik analjezikler ve antiemetikler olarak sınıflandırılabilir (18). Migrene özgül ilaçlar ise triptanlar ve ergot alkaloidlerdir (27).

Basamaklı tedavide ilk olarak basit analjezikler; sonrasında kombine analjezikler ya da NSAİİ'ler tercih edilmelidir (26). Şiddetli ağrılarda ise ilk seçenek olarak triptanlar tercih edilebilir (26,28).

Asetilsalisilik asit (ASA), metamizol, asetaminofen (parasetamol) özellikle hafif migren ataklarında etkili olan sık kullanılan basit analjezik ajanlardır (18). Bu ajanlar tek başlarına ya da kafein/antiemetik ilaçla kombine şekilde kullanılabilirler (26). Ancak kombine preparatlar etkinliklerinin az oluşu, tolerans gelişmesi, kolay ulaşılabilmesi ve öforiye neden olmaları nedeni ile ilaç aşırı kullanımına yol açabilmektedir; bu nedenle dikkatli kullanılmalıdır (26).

Metoklopramid, domperidon, proklorperazin gibi antiemetik ve prokinetik ilaçlar özellikle bulantı kusmanın eşlik ettiği migren ataklarında hem bulantı kusmayı azaltmak hem de gastrointestinal sistem hareketlerini hızlandırarak diğer analjeziklerin emilimini hızlandırarak etkinliğini arttırmak için diğer analjeziklerle birlikte kullanılabilir (18,26).

Tramadol, morfin, meperidin gibi narkotik analjezikler migrene özgül ilaçların kontrendike olduğu hastalarda akut atak tedavisinde veya migren statusunda kullanılabilir ancak bağımlılık riski yüksek olduğu için rutin migren tedavisinde tercih edilmez (1,18,28).

Akut migren tedavisinde 1926 yılında kullanılmaya başlanan ergot alkaloidleri tüm serotonin reseptörleri (5HT_{1A}, 5HT_{1B}, 5HT_{1D}, 5HT_{1F}, 5HT₂), alfa adrenerjik ve dopaminerjik reseptörler üzerine etkilidir; bu nedenle yan etkileri ve bağımlılık yapıcı etkileri fazladır (18,26). Ancak ucuz olmaları ve etkileri uzun süreli olduğu için rekürrensi daha iyi önlemleri nedeniyle sık kullanılmaktadırlar (18). Vazokonstriktör etkisi olan bu ilaçlar koroner arter hastalığı, hipertansiyon, periferik damar hastalığı, böbrek ve karaciğer hastalığı olanlarda kontrendikedir (18,28). Ayrıca uykusuzluk, kas krampları, bulantı, kusma gibi yan etkiler görülebilir (18). Dihidroergotaminin intravenöz, intramusküler ve nazal formları varken ergotamin tartaratın sadece oral formu vardır (26).

Selektif 5HT_{1B/1D} agonistleri olan triptanlar orta ve şiddetli migren tedavisinde etkilidirler (26). Triptanlar seçici serotonin agonisti oldukları için yan etkileri ergot alkaloidlerine göre daha azdır (18). İlk kez 1991 yılında akut migren tedavisinde kullanılan sumatriptan bu grubun ilk ilacı iken diğer triptanlar ikinci kuşak olarak adlandırılırlar (18). Triptanların farmokokinetik özellikleri birbirinden farklı olduğu için etkinlikleri de birbirinden farklıdır (18,26). Bu nedenle bir hasta triptan grubu bir ilaçtan fayda görmezse farklı bir triptan grubu ilaç ya da farklı bir uygulama yolu denenmelidir (26,27). Koroner arter hastalığı riski yüksek olan ya da hipertansiyonu olan hastalarda triptanlar kontrendikedir (26). Auralı migrende, triptanın aura döneminde kullanılmasında sakınca olmasa da, ağrı başladığında alınması etkinlik açısından daha iyi bulunmuştur (28).

2.1.6.2. Profilaktik migren tedavisi

Şiddetli atak sayısı ayda 2 den çok ise, 3 gün süren ve şiddetli eşlik eden belirtilerin olduğu tek atak var ise, migrene özgül ilaçlar haftada 2 den fazla alınıyorsa, atak tedavisine yeterli yanıt alınamıyorsa ya da atak tedavisinde kullanılan ilaçlar kontrendike ise, komplikasyonlu ataklar (hemiplejik migren, migrenöz enfarkt vb.) varsa profilaktik tedavi başlanmalıdır (18). Tedavi etkinlik hedefi, atakların sıklığını %50 oranında azaltmaktır (26). İlaçlar hastanın cinsiyeti, yaşı, ek hastalıkları, hamilelik durumu dikkate alınarak etki - yan etki profili göz önünde bulundurularak seçilmelidir (18,26). İlaçlar düşük dozda başlanıp etkin doza çıkılmalıdır ve etkinlik için 2 ay tedavi, en az 6 ay süre ile kullanılmalıdır (20).

Migren profilaktik tedavisinde ilk kullanılan ilaç serotonin agonisti olan metiserjittir. Ancak uzun süreli kullanımda pulmoner, perikardiyel, retroperitoneal fibrozis yapması nedeni ile günümüzde pek kullanılmamaktadır; günümüzde en sık beta blokör ajanlar tercih edilmektedir (17). Beta blokör ajanların hepsinin migren tedavisinde yeri olmasına karşın propranolol, timolol ve metoprolol etkinliklerinin yüksek olması ve yan etkilerinin düşük olması nedeni ile en sık tercih edilen ajanlardır (16,18,20). Doku oksijenini arttırarak, vazodilatasyonu inhibe ederek, membran stabilizasyonu sağlayarak, platelet adezyon ve agregasyonunu azaltarak etki ettikleri düşünülmektedir (18). Astımı olan kişilerde kullanılması kontrendikedir (18). Ayrıca diyabeti, hipertroidisi, tirotoksikozu olanlar ve periferik vasküler hastalıkları olanlarda ise dikkatli kullanılmalıdır (17).

Flunarazin, verapamil ve diltiazem gibi kalsiyum kanal blöörleri de migren profilaksi tedavisinde sık kullanılan ajanlardır (17). Özellikle ailesel hemiplejik migren ve baziller tip migren de tercih edilmektedir (17). Astım, anjina, hipertansiyonu olan hastalarda kullanılabilmektedirler (17).

Epilepsi, bipolar bozukluk, nöropatik ağrı, anksiyete gibi eşlik eden hastalıklar olduğunda antiepileptik ajanlar migren profilaksi tedavisinde tercih edilen ajanlardır (17). Valproik asit ve topiramet ise en etkin olan ve en sık kullanılan antiepileptik ajanlardır (16,18,20).

Antiserotonin ajan olan siproheptadin ise özellikle çocuklarda migren profilaksisinde kullanılmaktadır (17).

Onabotulinum toksin A'nın ağrı sıklığını azalttığı ve iki ile üç aylık zaman arasında önleyici etkiye sahip olduğu gösterilmiştir (18,26).

Antidepresan ajanlar da migren profilaksi tedavisinde tercih edilmekte olup en sık kullanılan ve etkinliği en iyi olan ajan trisiklik antidepresan grubunda yer alan amitriptilin'dir (18,20). Kilo alma, kabızlık, sedasyon gibi yan etkilere yol açabileceği için bazı hastalar tarafından tolere edilememektedir (16,18).

Serotonin geri alım inhibitörü grubu ilaçların ise migren üzerinde tedavi edici etkisi az olup etkinliği en fazla olan ilaç venlafaksin'dir (16,20). Kan basıncının yükseltebileceği için bu ilacın hipertansiyonu olan hastalarda kullanımı kontrendikedir (18).

2.2. Gerilim tipi baş ağrısı

2.2.1. Klinik

Birincil baş ağrıları arasında en sık görülen gerilim tipi baş ağrısı, genellikle iki taraflı görülmekle birlikte hastaların %10 ile %20'sinde tek taraflı da görülebilir (29,30). Künt, sıkıştırıcı, ağırlık hissi, basınç hissi şeklinde ağrı tipiktir (16,27,30,31). Ağrı genellikle orta şiddettedir ve süresi 30 dakika ile 7 gün arasındadır (16,30,31). Fotofobi ve fonofobi nadiren görülür (32). Bulantı, kusma ve fiziksel aktivite ile ağrı şiddetinde kötüleşme görülmez (30,31). Frontal, parietal, temporal, oksipital bölgelerin bir veya birkaçında görülebilir ancak en sık temporal bölgede yerleşir ve atak sırasında yer değişimi sık görülür (16,30). Muayenede perikranial kaslarda hassasiyet görülebilir, boyun ve çene ağrısı eşlik edebilir (16,30).

Sık epizodik atak geçiren hastaların baş ağrısı %5-16 arasında kronikleşebilir (30). Bekâr olmak, uygunun düzensiz olması, gerilim tipi baş ağrısının kronik olması ve migren ağrısı ile birlikteliği prognozu kötüleştiren faktörlerdir (30).

2.2.2. Risk faktörleri

Yapılan çalışmalarda hastaların %40'ında ailelerinde de baş ağrısı görüldüğü için özellikle kronik gerilim tipi baş ağrısında genetik nedenlerin rol aldığı düşünülmüştür

(16,30). Stres, duygu durum bozuklukları, depresyon, kaygı bozuklukları, beslenme, uyku ve egzersiz düzenindeki bozukluklar, artmış kafein tüketimi ya da bunun aniden kesilmesi, az su tüketilmesi, adet dönemindeki bozukluklar, hava durumundaki değişiklikler, iş hayatındaki stresin, bu baş ağrılarını tetiklediği yapılan çalışmalarda gösterilmiştir (30,33).

2.2.3. Epidemiyoloji

Gerilim tipi baş ağrısının yaşam boyu prevalansı %44-86 iken, Türkiye’de yapılan bir epidemiyoloji çalışmasında bir yıldaki epizodik gerilim tipi baş ağrısı prevalansı %20-30, kronik gerilim tipi baş ağrısı prevalansı %3,1 olarak tespit edilmiştir (30,31,34). Eskiden stres baş ağrısı, psikojenik baş ağrısı, sıradan baş ağrısı, kas kasılması baş ağrısı, psikomyojenik baş ağrısı, idiyopatik baş ağrısı gibi isimler alan gerilim tipi baş ağrısı sıklıkla yirmili yaşlarda ortaya çıkmakta, otuz ve kırklı yaşlarda en yüksek prevalansa ulaşmakta ve sıklığı yaş ilerledikçe azalmaktadır (30). Cinsiyet farklılığı, migren hastalarındaki kadar belirgin olmasa da gerilim tipi baş ağrısı da kadınlarda erkeklere göre daha sık görülmektedir (35). Tıbbi tedaviye ihtiyaç duyma oranı daha düşük olduğu için migren hastalarına göre hastaneye başvurma oranları daha düşüktür (31).

2.2.4. Patofizyoloji

Gerilim tipi baş ağrısı çok etkenli bir hastalık olmakla beraber epizodik olanlarda çevresel, kronik olanlarda genetik faktörler ön plandadır (36). Genetik geçiş için belli bir kromozom bölgesi bildirilmemekle beraber geçiş heterojendir ve kronik gerilim tipi baş ağrısı hastalarının birinci derece akrabalarında risk normal popülasyona göre 3 kat artmıştır (37). Stresle gerilim tipi baş ağrısının arttığı, depresyon ve anksiyete tanısı olan kronik gerilim tipi baş ağrısı bulunan hastalarda santral nosiseptif yollarda duyarlılaşmanın arttığı daha önceki çalışmalarda gösterilmiştir (38). Periferik faktörler arasında kranial bölgedeki kas ve tendonlardaki artmış hassasiyet yer almaktadır (36). Kas gerginliğinin artmasının nedeni tam bilinmese de çizgili kaslardaki damarların çevresindeki nosiseptörler ile fasya ve

eklem tendonlarındaki nosiseptörlerden ağrının kaynaklandığı düşünülmektedir (39). Endorfin, serotonin, norepinefrin düzeyindeki eksiklikler ise santral mekanizmada rol oynamaktadır (16). Myofasiyal dokulardan yayılan uyarılar ise kaudal trigeminal nükleus ve üst servikal sinirlerde duyarlılaşmaya yol açarak ağrı oluşmasına neden olur (31). Bu santral duyarlılaşma periferik mekanizmalarla birlikte kronik gerilim tipi baş ağrısı gelişiminde rol oynamaktadır.

2.2.5. Tanı kriterleri

2.2.5.1. Seyrek epizodik gerilim tipi baş ağrısı

A. Ayda bir günden seyrek (yılda 12 günden az) ortaya çıkan ve B - D kriterlerine uyan en az 10 atak

B. Otuz dakikadan 7 güne kadar süren baş ağrısı

C. Baş ağrısının aşağıdaki özelliklerden en az ikisine sahip olması:

1. Bilateral yerleşim
2. Sıkıştırıcı / basıcı (zonklayıcı olmayan)
3. Hafif ve / veya orta şiddet
4. Yürüme veya merdiven çıkma gibi günlük fiziksel aktivitelerle şiddetlenmemesi

D. Aşağıdakilerden her ikisinin bulunması:

1. Bulantı veya kusmanın olmaması (iştahsızlık olabilir)
2. Fotofobi veya fonofobiden sadece birinin olması

E. Baş ağrısının başka bir bozukluğa bağlanamaması

2.2.5.2. Sık epizodik gerilim tipi baş ağrısı

A. En az üç aydan beri, ayda bir gün veya daha sık, ancak 15 günden az ortaya çıkan (yılda 12 gün veya daha fazla ve yılda 180 günden az) ve B-D kriterlerini karşılayan en az 10 atak

B. Otuz dakikadan 7 güne kadar süren baş ağrısı

C. Baş ağrısının aşağıdaki özelliklerden en az ikisine sahip olması:

1. Bilateral yerleşim
2. Sıkıştırıcı / basıcı (zonklayıcı olmayan)
3. Hafif veya orta şiddet
4. Yürüme veya merdiven çıkma gibi günlük fiziksel aktivitelerle şiddetlenmemesi

D. Aşağıdakilerden her ikisinin bulunması:

1. Bulantı veya kusmanın olmaması (iştahsızlık olabilir)
2. Fotofobi veya fonofobiden sadece birinin olması

E. Baş ağrısının başka bir bozukluğa bağlanamaması

2.2.5.3. Kronik gerilim tipi baş ağrısı

A. En az üç aydan beri, ayda ortalama 15 gün veya daha sık ortaya çıkan (yılda 180 gün veya daha fazla) ve B –D kriterlerine uyan baş ağrısı

B. Baş ağrısının saatler sürmesi veya sürekli olması

C. Baş ağrısının aşağıdaki özelliklerden en az ikisine sahip olması:

1. Bilateral yerleşim
2. Sıkıştırıcı / basıcı (zonklayıcı olmayan nitelik)
3. Hafif veya orta şiddet
4. Yürüme veya merdiven çıkma gibi günlük fiziksel aktivitelerde şiddetlenmemesi

D. Aşağıdakilerden her ikisinin bulunması:

1. Fotofobi, fonofobi veya hafif bulantılardan sadece birinin olması

2. Orta düzeyde veya şiddetli bulantının ve kusmanın olmaması

E. Baş ağrısının başka bir bozukluğa bağlanamaması

2.2.6. Tedavi

Seyrek epizodik gerilim tipi baş ağrısında hastalar pek tedavi ihtiyacı duymamakla beraber atak tedavisi kullanılabilir (31). Sık epizodik gerilim tipi baş ağrısı grubunda atak tedavisi, ihtiyaç halinde profilaksi tedavisi kullanılmakla beraber, kronik gerilim tipi baş ağrısı grubunda profilaktik tedaviye ihtiyaç duyulmaktadır (31).

İlaç dışı tedaviler yeterli kanıt olmasa da tedavi seçeneği olarak kullanılmaktadır ve plasebo etkisi nedeni ile bazı hastalar bu tedavilerden yarar görmektedir (31). Bilişsel davranışçı tedavi ve biofeedback tedavisinin etkili olduğuna dair çalışmalar mevcuttur (27,31).

2.2.6.1. Akut atak tedavisi

Birinci basamak tedavi seçeneği olarak basit analjeziklerden parasetamol, aspirin ve asetaminofen ve NSAİİ grubundan; ibuprofen, naproksen, diklofenak potasyum sıkça kullanılan ajanlardır (27,30,31). Bu ajanları kullanırken analjezik aşırı kullanım baş ağrısına yol açmamak için haftada iki günden fazla tedavi alınmaması konusunda hastalar bilgilendirilmelidir (30,31).

Basit analjezikler ve NSAİİ'lere yanıtız baş ağrılarında kafein, kodein içeren kombine analjezikler ikinci basamak tedavi seçeneği olarak kullanılabilirler (30,31).

Kas gevşetici ilaçların, triptan ve opioidlerin etkinliği düşük olup, bağımlılık yapma yan etkilerinden dolayı gerilim baş ağrısı tedavisinde kullanılmaları önerilmemektedir (30,31).

2.2.6.2. Profilaktik tedavi

Baş ağrısı süresi dört saatten uzunsa, haftanın iki gününden fazla baş ağrısı görülüyorsa, baş ağrıları günlük yaşamda fonksiyonelliği etkiliyorsa, atak tedavisinde kullanılan ilaçlar yan etki yaptıysa ve / veya kontrendike ise ya da atak tedavisinde kullanılan ilaçlar analjezik aşırı kullanım baş ağrısına yol açabilecek şekilde fazla sayıda kullanılıyorsa profilaktik tedaviye geçilmesi önerilmektedir (16,30,31). Bu hastalarda ilaçla birlikte ilaç dışı tedavilerin de kullanılması ve ayrıca ilaç seçiminde eşlik eden komorbid durumların dikkate alınması tavsiye edilir (40).

Amitriptilin profilaktik tedavide ilk seçenek iken mirtazapin ve venlafaksin ikinci seçenek, klomipramin ve maprotilin üçüncü seçenek olarak kullanılabilen ilaçlardır (30,31). Bu ilaçların en az altı ay süre ile kullanılması tavsiye edilmektedir (16,30,31).

2.3. İlaç aşırı kullanım baş ağrısı

2.3.1. Klinik

İlaç aşırı kullanım baş ağrısı, ilk kez 1951 yılında migreni ve gerilim tipi baş ağrısı olan hastalarda ergo alkaloidlerinin çok kullanılması sonucunda görülen kronik baş ağrısı olarak tanımlandığı için ‘ergotamin baş ağrısı’ olarak adlandırılmıştır (8). Basit ve kombine analjezikler ve opioid kullanan hastalarda da benzer baş ağrıları tanımlanmıştır (41). Bu ağrılar uluslararası baş ağrısı sınıflamasında önce ‘kronik madde kullanımlarının veya maruziyetinin indüklediği baş ağrıları’ olarak adlandırılmış, daha sonra 2004 yılındaki sınıflandırmada ‘ilaç aşırı kullanım baş ağrısı’ olarak adlandırılmıştır (42). Son sınıflamada ise basit analjezik, kombine analjezik, ergotamin, triptan, opioid gibi ilaçların çok kullanılması ile birincil baş ağrılarının kötüleşmesi ya da yeni özellikte baş ağrılarının ortaya çıkması olarak tanımlanmıştır (43). Bu ağrılar belirtilen ilaçların tek başına fazla kullanılması ile ortaya çıkabildiği gibi birden fazla ilacın toplamda fazla sayıda kullanılması ile de ortaya çıkabilir (14). ICHD-3’e göre bu baş ağrıları; ergotamin, triptan, opioid dışı

analjezik, opioid, kombinasyon analjezik aşırı kullanım baş ağrısı ve her biri aşırı olmayan fakat farklı sınıflardan birden çok ilacın aşırı kullanım baş ağrısı, farklı ilaç sınıflarına ait birden çok ilacın tam belirlenemeyen aşırı kullanım baş ağrısı, başka ilaç aşırı kullanım baş ağrısı olarak sınıflandırılmıştır.

İlaç aşırı kullanım baş ağrısının kliniğinde mevcut birincil baş ağrısının tipi ve sık kullanılan ilacın çeşidi belirleyici olmaktadır (44). Kombinasyon analjezikleri, triptan ve opioid kullananlarda basit analjezik kullananlara göre ilaç aşırı kullanım baş ağrısı gelişme riski daha yüksektir (45).

Hastaların mevcut birincil baş ağrısı ataklarının sıklaşması ile atak tedavisine verdikleri yanıtlar zamanla azalmaya başlar ve bu dönemde birincil baş ağrısının özellikleri değişmeye başlar (7,14). Örneğin ataklar tek taraflı ise tüm başa yayılmaya başlar ya da zonklayıcı vasıflı olan ağrı sıkıştırıcı vasıflı ağrıya dönüşür; allodini önceleri atak sırasında görülürken sürekli görülür hale gelebilir ve baş ağrısı kronikleştiği için yorgunluk, halsizlik, dikkati toplamada güçlük, unutkanlık görülebilir (14). Taşikardi, el ve ayaklarda üşüme ve solukluk ergotamin aşırı kullanımında görülebilir (14).

Depresyon ve kaygı bozukluğu ilaç aşırı kullanım baş ağrısının en sık birlikte görüldüğü hastalıklardır (10,44). Ayrıca bu hastalarda ilaç kullanımına tolerans ya da kontrol kaybı gibi bağımlılık benzeri özellikler görülmektedir (46).

2.3.2. Risk faktörleri

Özellikle migren baş ağrısı başta olmak üzere birincil baş ağrılarının, atak ilacının geç alınması ya da etkinliği iyi olmayan ilaç kullanımı nedeni ile atak tedavilerinin etkin şekilde yapılamaması, ilaç aşırı kullanım baş ağrısı için risk oluşturmaktadır (8). Yapılan bir çalışmada; ilaç aşırı kullanım baş ağrısı için en önemli risk faktörü olarak migren gösterilmiştir (7,46). Ayrıca baş ağrısı sıklığının başlangıçta ayda 7-14 gün arasında olması, 50 yaşın altında olma, stres, hareketsizlik, yüksek BKİ, sigara kullanımı, sosyoekonomik düzeyin düşük olması da ilaç aşırı kullanım baş ağrısının gelişmesi açısından risk etmenleri arasında sayılmıştır (7,10,12,46). Ailede ilaç aşırı kullanım ya da madde kötüye kullanımı

olan bireylerin olması da risk faktörleri arasındadır (47). Kafein tüketimin günde 200 miligramı geçmesi de ilaç aşırı kullanım riskini arttırmaktadır (14).

2.3.3. Epidemiyoloji

İlaç aşırı kullanım baş ağrısının bir yılda görülme sıklığı yapılan çalışmalarda %1 olarak bildirilmiştir (8,14,41). Baş ağrısı hastalarının Avrupa ülkelerinde %30'unun, ABD' de ise %50'sinin ilaç aşırı kullanım baş ağrısına sahip olduğu tespit edilmiştir (41). Diğer baş ağrılarına göre daha çok fonksiyonel kayba yol açan ve bu nedenle hastaneye başvuru oranı daha yüksek olan ilaç aşırı kullanım baş ağrısının yıllık maliyeti, Avrupa'da yapılan bir çalışmada migren ve gerilim tipi baş ağrısı tedavi maliyetlerinden sırası ile 3 ve 10 kat daha yüksek bulunmuştur (48). Migren baş ağrısı olan hastalarda daha çok oranda ilaç aşırı kullanım baş ağrısı gelişmektedir (14). Bu baş ağrılarınin kadınlarda daha sık görülmesi de migren baş ağrılarınin da kadınlarda daha çok görülmesi ile ilişkilendirilebilir (8). Ortalama görülme yaşı 45'tir ve ergenlik döneminde daha az sıklıkta görülür (8). Parasetamol sık kullanılan basit analjezik ajan iken, NSAİİ ve triptan kullanımı son yıllarda artmış, ergot alkaloidlerinin kullanımı ise azalmıştır (49).

2.3.4. Patofizyoloji

İlaç aşırı kullanım baş ağrılarınin patofizyolojisi net açıklanamamış olup ilaçların fazla alınması ile beraber trigeminal sistem ve kortekste nöronların uyarılabilirliğinin arttığı ve böylelikle kortikal yayılan depresyon ile santral ve periferik duyarlılaşmanın artabileceği ileri sürülmüştür (14). Ayrıca bazı çalışmalarda genetik faktörlerin rol alabileceği; dopaminerjik, serotonerjik, endokannabinoid sistemdeki değişikliklerin bu baş ağrılarında etkisi olabileceği belirtilmiştir (50). Nöral plastisitede rol alan ve bağımlılık oluşmasına katkıda bulunan ACE (anjiotensin dönüştürücü enzim); santral ağrı duyarlılığında rolü olan BDNF (beyin kaynaklı nörotrofik faktör); yine ağrı modülasyonunda rolü olan COMT (katekol-O-metiltransferaz); nöropsikiyatrik bozukluklarda rolü olan, başarısız ilaç bırakma

tedavisi ve ilaç bırakma sonrası artmış nüks riski ile ilişkili bulunan SERT (serotonin transporter) gen polimorfizmleri ilaç aşırı kullanım baş ağrısı ile ilişkilendirilmiş olan genetik risk faktörleridir (44).

Substantia nigra ve ventral tegmental alanda fonksiyonel MRG’de aktivite azalması, ventromedial prefrontal kortekste aktivitede artma olduğu tespit edilmiştir (51). Ayrıca ağrı yolları içerisinde yer alan talamus, anterior singulat girus, orbitofrontal korteks, sağ inferior parietal lob ve insulada 18-florodeoksiglukoz-PET incelemesinde azalmış metabolizma olduğu da yapılan bir çalışmada gösterilmiştir (52).

2.3.5. Tanı kriterleri

- A. Öncesinde bir birincil baş ağrısı hastalığı olan hastalarda ayda 15 gün veya daha fazla baş ağrısı
- B. Baş ağrısının akut ve / veya semptomatik tedavisi için kullanılabilen bir veya birden çok ilacın 3 aydan daha uzun süre düzenli kullanımı
- C. Başka bir ICHD-3 tanısını daha iyi karşılamaması

ICHD-3’e göre opioid dışı analjezik aşırı kullanım baş ağrısı (parasetamol, NSAİİ, asetilsalisilik asit) için ilaç kullanım sayısının ayda 15 gün veya daha çok; ergotamin, triptan, opioid, kombinasyon analjezik aşırı kullanım baş ağrısı, her biri aşırı olmayan fakat farklı sınıflardan birden çok ilacın aşırı kullanımı baş ağrısı, farklı ilaç sınıflarına ait birden çok ilacın tam belirlenemeyen aşırı kullanımı baş ağrısı ve başka ilaç aşırı kullanım baş ağrısı için ayda 10 gün veya daha çok olması gereklidir.

2.3.6. Tedavi

İlaç aşırı kullanım baş ağrısı tedavisi konusunda net bir tedavi protokolü olmamasına rağmen genel görüş eğitim, ilacın kesilmesi ve detoksifikasyon, baş ağrısı profilaksisi şeklinde tedavinin yapılmasıdır (53).

Hastalar öncelikle risk faktörleri konusunda ve ilaç aşırı kullanımının sonuçları konusunda bilgilendirilmelidir (8). Tedavi sürecinin başlangıcında ağrıların kötüleşebileceği ve tedavi amacının ağrıların tamamen geçmesi değil, öncelikle ağrıların sıklığı ve şiddetinde azalma ile birlikte tedavi yanıtında artma olduğu hastalara anlatılmalıdır (14).

Hastalar bilgilendirildikten sonra analjezik kullanımının kesilmesi gerekmektedir; bu süreçte hızlı ilaç kesimi ya da yavaş ilaç kesimi protokolü tercih edilebilir ancak yapılan çalışmalarda ilacın ani kesilmesinin daha etkili olduğu belirtilmiştir (8,14). Triptan aşırı kullanım baş ağrısı ilaç kesilmesine en iyi yanıtı verirken opioid aşırı kullanım baş ağrısının ilaç kesimine verdiği yanıt en düşük orandadır (14).

Yavaş ilaç kesiminde, kullanılan ilaç ve kafein 5 haftalık bir süreçte azaltılarak kesilir ve eş zamanlı profilaksi tedavisi düşük dozlarda başlanılarak artırılır (14). Hızlı ilaç kesiminde ise kullanılan ilaç birden kesilir ve köprü tedavisi ile profilaksi tedavisi eş zamanlı başlanır (14). Köprü tedavisinde prednizolone, NSAİİ, triptan ve metoklopramid 6-10 gün süre ile kullanılabilir (14). Bu süreçte atak olursa en fazla haftada iki gün olacak şekilde triptan ilk tercih olmakla beraber atak ilacı kullanılabilir (8,14).

Profilaksi tedavisinde ise beta blokör ajanlar, valproat, topiramat, amitriptilin tedavi seçenekleri arasındadır; etki ve yan etki profili göz önünde bulundurularak hastaya özgü tedavi seçimi yapılmalıdır (14). Onabotulinium A; migren ve ilaç aşırı kullanım baş ağrılarında etkin bulunmuş olup, 6 ayda aylık baş ağrısı gününü yarıya yakın oranda azaltmıştır (8).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Çalışma Popülasyonu

Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Nöroloji Polikliniği'ne baş ağrısı yakınması ile başvuran hastalar baş ağrısı alt tipi belirlenmesi açısından öykü ve klinik muayene ile değerlendirildikten sonra, migren ve gerilim tipi baş ağrısı grupları ile her iki grupta epizodik, kronik günlük baş ağrısı, ilaç aşırı kullanım baş ağrısı olan alt grupları karşılaştırdık. Toplam 150 kişi çalışmaya dahil edildi. Hastalara çalışmanın özellikleri ayrıntılı olarak anlatıldı ve çalışmaya katılmayı kabul edenlerden imzalı onam formu alındı. Çalışmanın etik onayı Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 19.02.2020 tarihinde alınmıştır. Aşağıda çalışmamızda hastaların dahil edilme ve dışlanma ölçütleri belirtilmiştir.

3.1.1. Çalışma grubunun çalışmaya dahil edilme ölçütleri

- Nöroloji polikliniğine migren ve gerilim tipi baş ağrısı yakınması ile başvurusu
- 18 yaşında veya daha büyük olma
- Bilgilerini verebilecek bilişsel düzeye sahip olma
- Çalışmaya katılmayı kabul etme

3.1.2. Çalışma grubunun çalışmadan dışlanma ölçütleri

- İntrakraniyel kitle tanısı olması
- 18 yaşından küçük olma
- Ölçekleri doldurabilecek zihinsel yetiye sahip olmama
- Çalışmaya katılmayı kabul etmeme

3.2. Çalışma Tasarımı

Çalışmaya dahil edilen katılımcıların nörolojik muayenesi yapılarak alkol, kafein, nikotin kullanım miktarlarının da sorgulandığı sosyodemografik veri formu dolduruldu. Ağrı

şiddetini değerlendirmek için Görsel Analog Ölçeği (VAS) kullanıldı. Eşlik eden depresyon, anksiyete ve yeme bozuklukları gibi psikiyatrik hastalıkları tespit edebilmek için Beck Depresyon Ölçeği ve Beck Anksiyete Ölçeği, Yeme Tutumu Ölçeği-40 ve Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği testleri hekim eşliğinde dolduruldu. Yaşam kalitesini değerlendirmek için Yaşam Kalitesi Ölçeği-Short Form (SF-36) ölçeği, fiziksel hareketliliğin sınıflandırılması için ise Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi kullanıldı. Hastalık Algısı Ölçeği de hekim eşliğinde dolduruldu. Aynı zamanda eşlik eden psikiyatrik hastalık tanısını daha iyi değerlendirebilmek için hastalar ile psikiyatri hekimi tarafından DSM-IV'e Göre Yapılandırılmış Klinik Görüşme Çizelgesi (SCID-I) kullanılarak psikiyatrik görüşme yapıldı. Yapılan testler, muayene ve tetkiklerin hiçbiri invazif değildi ve katılımcılarda herhangi bir fiziksel rahatsızlık oluşturmamıştır.

3.3. Görsel Analog Ölçeği (VAS)

Görsel analog ölçeği, sayısal olarak ölçülemeyen çeşitli öznel verileri sayısal olarak değerlendirilebilmek için sosyal, davranış bilimleri ve çeşitli klinik olayları değerlendirmede kullanılmaktadır (54). 100 milimetrelilik bir çizgi üzerine, çizginin her iki ucunda değerlendirilecek değerin iki uç birimi yerleştirilir ve hastadan kendi durumunun bu çizgi üzerinde nerede olduğunu sözel olarak, işaretleyerek ya da göstererek belirtmesi istenir (55). Bunu değerlendirmek için hastadan 0 (duyu yok)'dan 10 (hissedilebilecek en güçlü duyu)'a kadar durumuna uyan bir rakam söylemesi de istenebilir. Uygulama kolaylığı olduğu için ve nicel bir değerlendirme sağladığı için bu ölçek sıkça kullanılmaktadır.

3.4. Beck Anksiyete Ölçeği

Beck Anksiyete Ölçeği'nde bireylerin yaşadığı anksiyete belirtileri 21 kategoride incelenir. Bireyler her kategoriye 0 (hiç yok) ile 3 (çok sık) arasında bir puan vererek anksiyete belirtilerinin şiddetini belirtir. Toplam puan 0 ile 63 arasındadır. Toplam puanın

0-9 arasında olması normal, 10-18 arasında olması hafif- orta düzeyde anksiyete, 19-29 arasında olması orta-şiddetli düzeyde anksiyete, 30-63 arasında olması ise şiddetli düzeyde anksiyete olarak sınıflandırılmıştır (56). Bu ölçekte toplam puanın yüksek olması anksiyetenin şiddetinin arttığını göstermektedir.

Bu ölçeğin ülkemizdeki geçerlik ve güvenirlik çalışması 1998 yılında Ulusoy, Şahin ve Erkman tarafından yapılmıştır (57). Baş ağrısı hastalarında depresyon, anksiyete bozuklukları sık eşlikçiler olduğu için biz de çalışmamızda eşlik edebilecek psikiyatrik hastalıkları değerlendirmede yol gösterici olması açısından Beck Anksiyete Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeğini uyguladık.

3.5. Beck Depresyon Ölçeği

Beck ve arkadaşları tarafından 1961 yılında geliştirilen Beck Depression Inventory (BDI) 1978’de BDI-IA7 ve 1996 yılında BDI-II olarak tekrar düzenlenmiştir (58). BDI-IA7’de yer alan beden algısı bozukluğu, kilo kaybı, iş gücü kaybı ve fiziksel meşguliyet ile ilgili maddeler; BDI-II’de enerji kaybı, gerginlik, değersizlik ve dikkati toplamada güçlük maddeleri ile değiştirilmiştir (58). Son hali ile Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) 1989 yılında Hisli tarafından dilimize çevrilerek geçerlilik ve güvenirliği yapılmıştır (59). Bu ölçeğin amacı depresyon belirtilerinin şiddetini ölçmektir (57).

Bu ölçekte her biri 4 seçenekten oluşan ruhsal durum ile ilgili 21 soru yer almaktadır. Hastalar son 2 haftayı dikkate alarak kendilerine en yakın cevabı işaretler ve bu cevaplar 0 (depresyon ile ilgili olumlu ifadeler) ile 3 (depresyon ile ilgili olumsuz ifadeler) arasında puanlanır. Toplam puan 0 ile 63 arasında bir değerdir (60). Kesme noktası Türkiye versiyonu için 17 olarak belirtilmiştir (59).

3.6. Yeme Tutumu Ölçeği-40

Yeme bozukluğu olanları belirlemek ve anoreksiya nevroza belirtilerini ölçmek için 11 yaş üzerindeki kişilerde uygulanabilen Yeme Tutumu Ölçeği (Eating Attitude Test-EAT), 1979 yılında Garner ve Garfinkel tarafından oluşturulmuştur (61). Diyet, zayıflık ile aşırı uğraş ve sosyal kaygı ile ilgili 35 madde ve beş seçenekten oluşan ölçek zamanla geliştirilerek son halini almıştır (62). Şu anda kullanılmakta olan ölçek 40 maddeden oluşmakta ve her bir madde “daima, çok sık, sık sık, bazen, nadiren, hiçbir zaman” seçenekleri ile hastalar tarafından yanıtlanmaktadır (63).

Ölçekte 1, 18, 19, 23, 27, 39 numaralı maddeler bazen seçeneği; 1 puan, nadiren seçeneği; 2 puan, hiçbir zaman seçeneği; 3 puan, diğer seçenekler; 0 puan olacak şekilde puanlanır. Ayrıca 1, 18, 19, 23, 27, 39 numaralı maddeler dışındaki tüm maddeler ise daima seçeneği; 3 puan, çok sık seçeneği; 2 puan, sık sık seçeneği; 1 puan, diğer seçenekler; 0 puan olacak şekilde puanlanır. Diyet yapma, yiyecek ile aşırı uğraşma, kusma ve laksatif kullanımı, yemek yeme hızı, gizlice yemek yeme, kilo almak için yapılan sosyal baskı, beden algısı ile ilgili soruların sorulduğu ölçeğin kesim puanı 30 olarak kabul edilmiştir (63). Yeme Tutumu Testi-40 ölçeğinden 30 puan ve üzerinde alan kişiler “ yeme davranışı bozukluğuna yatkın” olarak değerlendirilmektedir.

Yeme Tutumu Testi, 1985 yılında Dr. Orhan Doğan tarafından türkçeye çevrilmiş olup, testin ülkemizdeki geçerlik ve güvenirlik çalışması 1989 yılında Savaşır ve Erol tarafından yapılmıştır (62).

3.7. Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği

Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği (Eating Disorder Examination Questionnaire- EDE-Q), yeme bozukluklarının değerlendirilmesi ve tespiti için 1994 yılında Fairburn ve Beglin tarafından geliştirilmiştir, 41 maddeden oluşmaktadır (64,65).

Bizim bu çalışmada kullandığımız Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği’nin 6. sürümü 28 maddeden oluşmaktadır. 13 ile 18 arasındaki maddeler son 28 gün içindeki yeme bozukluğu ile ilgili davranışların (aşırı yeme, laksatif kullanımı, kendini kusturma, egzersiz) sıklığını sorgulamaktadır ancak bu sayılar alt ölçek gruplarının puanlarına katkı sağlamazlar (66). Bunun dışındaki maddeler ise genel olarak 0 ile 6 arasında puan alacak şekilde

katılımcılar tarafından puanlanır. Bu maddeler kısıtlama, beden kaygısı, yeme kaygısı ve kilo kaygısı olmak üzere 4 alt grupta değerlendirilmektedir (67).

1, 2, 3, 4 ve 5. maddelerin puanı toplanıp beşe bölünerek kısıtlama ile ilgili puan elde edilir. 7, 9, 19, 20 ve 21. maddelerin puanları toplanıp beşe bölünerek yeme ile ilgili endişelere ait puan hesaplanır. 6, 8, 10, 11, 23, 26, 27 ve 28 maddelerin puanı toplanıp sekize bölünerek beden şekli ile ilişkili puan elde edilir. 8, 12, 22, 24 ve 25. maddeler toplanıp beşe bölünerek ise kilo endişesi ile ilgili puan elde edilir. Bu dört alt grubun puanları toplanıp dörde bölünerek ise toplam puan elde edilir. Toplam puan ve alt ölçek puanlarının her biri için kesme değeri 4 olarak belirlenmiştir (66).

3.8. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği

SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği 1987 yılında Ware tarafından geliştirilmiş sağlık durumunu 8 alt başlıkta değerlendiren 36 maddeden oluşan bir ölçektir (68). Bu alt başlıklar fiziksel fonksiyon, fiziksel ve duygusal nedenlerle oluşan kısıtlanma, duygusal iyilik hali, vücut ağrısı, genel sağlık algısı, yorgunluk/enerji, sosyal fonksiyonu değerlendiren sorulardan oluşmaktadır (69). Hastalar bu sorulara kendi sağlık durumlarına uygun olacak şekilde cevap vermektedir. Ölçekte her bir alt grup için puanlama ayrı olarak hesaplanmakta ve her bir alt grup puanı 0 ile 100 arasında değişmektedir. 100 puan iyi sağlık durumunu gösterirken 0 puan kötü sağlık durumunu göstermektedir (69). Bu ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması ise Koçyiğit ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (70).

3.9. Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi Kısa Formu

Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi, Dr. Micheal Booth tarafından 1996 yılında geliştirilen anket temel alınarak ve üzerinde değişiklikler yapılarak 1998 yılında Fiziksel Aktivite Değerlendirme Grubu tarafından geliştirilmiştir (71,72). Bu anketin kısa ve uzun olmak üzere iki formu bulunmaktadır. Bizim çalışmamızda fiziksel aktivite düzeyi değerlendirmesi için yedi sorudan oluşan Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi Kısa Formu kullanıldı. Bu formda hastaların son 1 hafta içinde şiddetli güç gerektiren faaliyetleri (ağır kaldırma, kazma, aerobik, basketbol, futbol, hızlı bisiklet çevirme gibi) ve orta dereceli bedensel güç gerektiren aktiviteleri (hafif yük taşıma, normal hızda bisiklet çevirme, halk

oyunları, dans, bowling, tenis gibi) kaç gün yaptığı sorulur. Ayrıca son 1 haftada en az 10 dakika yürüdüğü gün sayısı ve oturarak geçirdiği süre sorgulanır. Bazal metabolik hıza göre MET değeri (kilogram başına tüketilen oksijen miktarı), gün sayısı ve fiziksel aktivite süresi çarpılarak MET-dk/hafta olarak bir değer elde edilir (73,74). Toplam fiziksel aktivite skoru 600 MET-dk/haftanın altında olanlar fiziksel olarak inaktif, 600-3000 MET- dk/hafta olanlar minimal aktif, > 3000 MET-dk/hafta değerine sahip olanlar ise çok aktif olarak sınıflandırılmıştır (73). Bu anketin Türkiye’deki geçerlik ve güvenirlik çalışması ise Sağlam ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (75).

3.10. Hastalık Algısı Ölçeği

Her insanın yaşam deneyimi, inançları, bilgileri ve gereksinimleri birbirinden farklı olduğu için hastalık deneyimleri de birbirinden farklı olur. Bu hastalık durumunun bilişsel görünümünü değerlendirmek için Weinmann ve arkadaşları tarafından 1996 yılında Hastalık Algısı Ölçeği geliştirilmiştir (76). 2002 yılında ise Moss-Morris ve arkadaşları tarafından tekrar düzenlenmiştir (77). Bizim çalışmamızda Hastalık Algısı Ölçeği’nin yeniden düzenlenmiş şekli kullanılmıştır. Bu ölçekte hastalık tipi, hastalık hakkındaki görüşler ve hastalık nedenleri üç ayrı grup şeklinde incelenmektedir.

Hastalık tipi bölümünde, hastalığın başlangıcından itibaren yaşadıkları belirtiler ve bu belirtilen hastalıkları ile ilgili olup olmadığı hastalara sorulur. Bu bölümde sorgulanan belirtiler ağrı, boğazda yanma, bulantı, soluk almada güçlük, kilo kaybı, yorgunluk, eklem sertliği, gözlerde yanma, hırıltılı solunum, baş ağrıları, mide yakınmaları, uyku güçlükleri, sersemlik hissi ve güç kaybıdır. Hastalar her belirtiyi hastalığın başlangıcından itibaren yaşıyor yaşımadığı ve hastalığı ile ilgili olup olmadığını değerlendirecek şekilde “evet ya da hayır” şeklinde yanıt verir.

Hastalık hakkındaki görüşler bölümünde ise süre, sonuçlar, kişisel kontrol, tedavi kontrolü, hastalığı anlayabilme, döngüsel süre ve duygusal temsillerin incelendiği yedi bölümden oluşur ve toplamda 38 soru yer alır. Hastalar bu soruların hepsini “kesinlikle böyle düşünüyorum, böyle düşünmüyorum, kararsızım, böyle düşünüyorum, kesinlikle böyle düşünüyorum” seçeneklerine göre cevaplar. Süre bölümünde akut, kronik ve döngüsel olarak gruplanabilecek hastaların hastalığın süresi ile ilgili algıları değerlendirilir. Sonuçlar bölümünde hastalığın ciddiyeti, hastaların yaşamları üzerine hastalıklarının fiziki, sosyal,

maddi, psikolojik etkileri sorulur. Kişisel kontrol bölümünde hastaların hastalıklarını kontrol edebilme algıları değerlendirilir. Tedavi kontrolü bölümünde hastaların tedavilerinin onları iyileştirip iyileştirmeyeceğine olan inançları sorgulanır. Hastalığı anlayabilme bölümünde hastalıklarını anlama durumu değerlendirilir. Duygusal temsiller bölümünde ise hastalığın kendi üzerlerindeki üzüntü, öfke, kaygı, korku, endişe gibi etkileri araştırılır.

Hastalık nedenleri bölümünde 18 maddeden oluşan olası risk etmeninin hastaların hastalıklarına neden olup olamayacakları sorulur ve “kesinlikle böyle düşünüyorum, böyle düşünmüyorum, kararsızım, böyle düşünüyorum, kesinlikle böyle düşünüyorum” seçeneklerine göre cevaplamaları istenir. Bu risk etmenleri psikolojik (stres, aile problemleri, aşırı çalışma, duygusal durum vb.), risk etkenleri (kalıtsal, diyet, yaşlanma, alkol, sigara vb.), bağışıklık (mikrop, çevre kirliliği, vücut direncinin azalması) ve kaza (şans, yaralanma) olarak dört grupta sınıflandırılmaktadır. Ayrıca niteliksel değerlendirme için hastalardan hastalıklarına neden olduklarını düşündükleri en önemli 3 nedeni yazmaları istenir.

Hastalık Algısı Ölçeği’nin ülkemizdeki geçerlik ve güvenilirlik çalışması 2007 yılında Kocaman ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (78).

3.11. DSM-IV Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme-Klinik Versiyonu (SCID-I)

Psikiyatrik bozuklukların tanısını koyabilmek için Amerika Birleşik Devletleri tarafından geliştirilen Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) tanı ölçütlerinden tüm dünyada sıkça faydalanılmaktadır. Zaman içerisinde tanı koymada güvenilir bir yöntem oluşturmak, çalışmalarda kullanılması için ortak dil oluşturmak, tanı koymadaki öznel yönleri en aza indirmek için sık kullanılan tanı ölçütleri için yapılandırılmış görüşme yöntemlerine ihtiyaç duyulmuş ve sık kullanılan tanı ölçütleri için yapılandırılmış görüşme yöntemleri geliştirilmiştir. DSM-III-R, DSM tanı ölçütlerinden ilk yapılandırılmış görüşme yöntemi geliştirilen formudur (79). DSM’nin dördüncü baskısı çıktıktan sonra Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Görüşme, First ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (80). Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması ise 1999 yılında Özkürçügil ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (81).

3.12. İstatistiksel Analiz

Veriler bilgisayar ortamına aktarılarak RStudio 1.4 programı ile değerlendirilmiştir. Verilerin normal dağılıma uygunlukları Shapiro-Wilk testi ile değerlendirilmiş, tanımlayıcı istatistikler sayı (n), yüzde (%), ortalama $\pm$ standart sapma (Ort $\pm$ ss) şeklinde sunulmuştur. Kategorik yapıdaki verilerin analizinde Pearson Ki-Kare testi, Fisher'in kesin testi, Yates düzeltmeli Ki-kare testi kullanılmıştır. Sayısal değişkenlerin analizinde Student's t-test, Kruskal-Wallis varyans analizi, Mann Whitney U testi kullanılmıştır. $p<0,05$ anlamlı kabul edilmiştir.

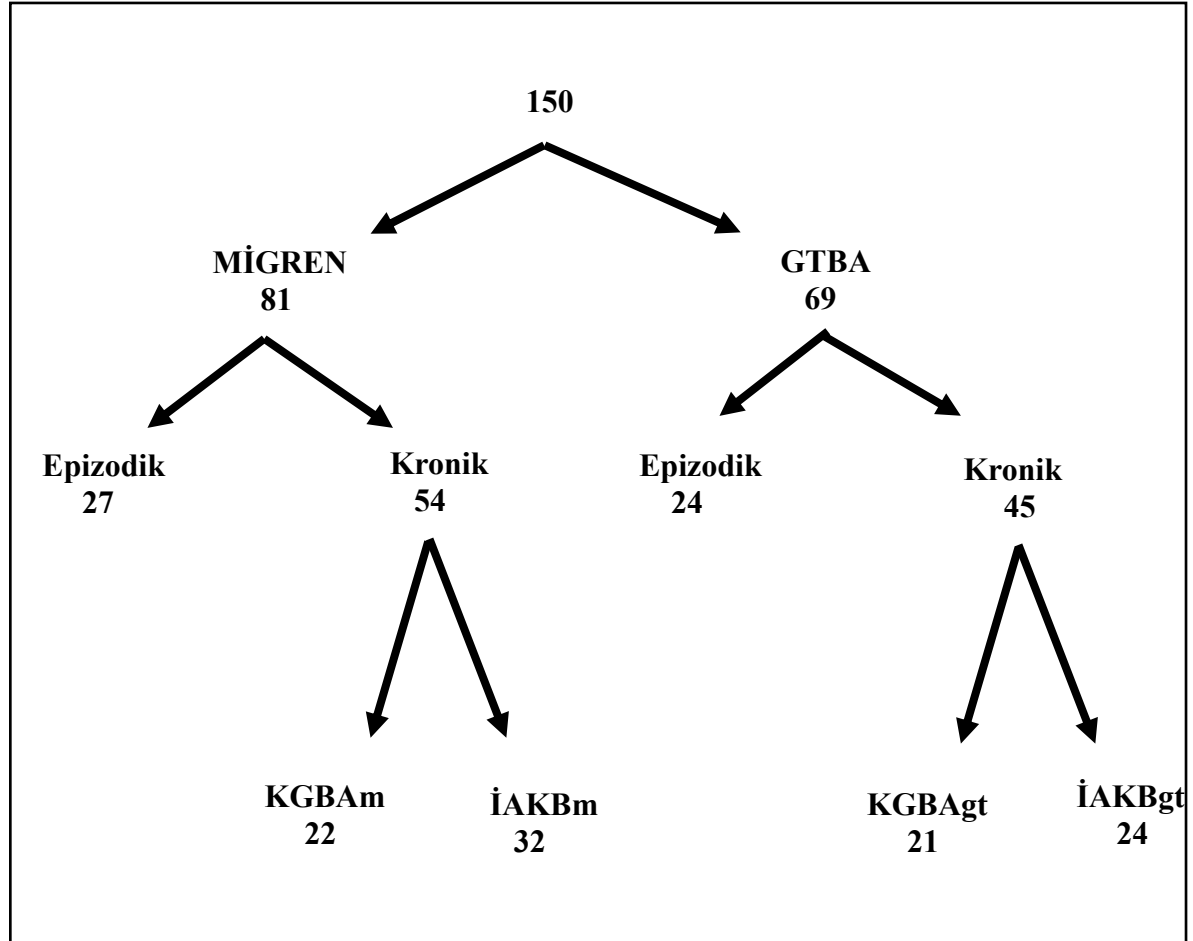


4. BULGULAR

Çalışmaya 81'i migren baş ağrısı ve 69'u gerilim tipi baş ağrısı tanısı alan 150 hasta dahil edildi. Çalışmaya dahil edilen 81 migren hastasının 27'si epizodik tipte baş ağrısına sahipken, 22'si kronik günlük baş ağrısı (KGBAm), 32'si ise ilaç aşırı kullanım baş ağrısına (İAKBm) sahipti. GTBA tanılı hastaların ise 24'ü epizodik GTBA, 21'i kronik günlük baş

ağrısı (KGBAg_t) ve 24'ü ilaç aşırı kullanım baş ağrısına (İAKBg_t) sahipti. Çalışmaya dahil edilen hastaların baş ağrısı alt tiplerine göre dağılımı Tablo 1'de gösterildi.

Tablo 1: Çalışma Grubu



GTBA: Gerilim tipi baş ağrısı

KGBAm: Kronik migren baş ağrısı

KGBAg_t: Kronik gerilim tipi baş ağrısı

İAKBm: İlaç aşırı kullanımı olan migren baş ağrısı

İAKBg_t: İlaç aşırı kullanımı olan gerilim tipi baş ağrısı

Migren baş ağrısı tanısı alanların % 85,2'si (n=69) kadın, %14,8'i (n=12) erkek

cinsiyete sahipti. Gerilim tipi baş ağrısı tanısı alan hastaların ise %72,5'u kadın (n=50), %27,5'u erkek (n=19) cinsiyete sahipti. Kadın ve erkeklerin baş ağrısı sıklığında anlamlı fark saptanmadı (p=0,086). Migren baş ağrısı tanılı hastaların ortalama yaşı $38,3 \pm 11,5$ iken gerilim tipi baş ağrısı tanılı hastaların ortalama yaşı $46,9 \pm 15,0$ idi. Gerilim tipi baş ağrısı tanılı hastaların ortalama yaşı migren baş ağrısı tanılı hastalara göre daha yüksek bulundu ve bu fark istatistiksel açıdan anlamlıydı (p=0,001). Hastalık süresi, migren baş ağrısı tanılı hastalarda ortalama $128 \pm 121,1$ ay iken, gerilim tipi baş ağrısı tanılı hastalarda ortalama 90

$\pm 104,4$ ay bulundu ve migren hastalarında hastalık süresi istatistiksel olarak anlamlı biçimde uzun saptandı ($p=0,042$). Hastalar ağrı şiddetleri açısından değerlendirildiğinde ortalama VAS değeri; migren hastalarında 8,1 iken gerilim tipi baş ağrısı tanılı hastalarda 7,2 bulundu ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($p=0,001$). Bir ayda görülen baş ağrısı sıklığı, gerilim tipi baş ağrısı tanılı hastalarda migren baş ağrısı tanılı hastalara göre daha yüksek bulundu ancak bu farklılık istatistiksel açıdan anlamlı değildi ($p=0,369$). Baş ağrısı atağı sırasındaki ortalama ağrı süresi migren tanılı hastalarda gerilim tipi baş ağrısı (GTBA) tanılı hastalara göre daha yüksekti ve bu farklılık istatistiksel açıdan anlamlı idi ($p=0,004$).

Seksen bir migren hastasının 8'i öğrenci iken, 26'sı çalışıyor, 47'si ise çalışmıyordu. GTBA tanılı hastaların ise 3'ü öğrenci iken 20'si çalışıyor, 46'sı çalışmıyordu. Baş ağrısı tiplerine göre değerlendirildiğinde öğrenci, çalışan ve çalışmayanlar arasında anlamlı farklılık yoktu ($p=0,347$).

Migren tanılı hastaların %27,2'si ($n=22$) üniversite ve üzeri düzeyde eğitim görmüşken, bu oran gerilim tipi baş ağrısı tanısı olanlarda %11,6 ($n=8$) bulundu ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı idi ($p=0,030$).

Migren ve gerilim tipi baş ağrısı alt gruplarında eğitim düzeylerinin dağılımı Tablo 2'de gösterilmiştir.

Tablo 2: Hastalık Alt Gruplarına Göre Eğitim Düzeylerinin Dağılımı

	Migren (n=81)			Gerilim Tipi Baş Ağrısı (n=69)		
Tip	Epizodik (n=27)	KGBAm (n=22)	İAKBm (n=32)	Epizodik (n=24)	KGBAgt (n=21)	İAKBgt (n=24)
Okuryazar değil	0	0	0	3	1	3
Okuryazar	1	0	2	1	1	1
İlkokul	11	8	13	8	9	14

Ortaokul	1	2	1	0	1	0
Lise	8	4	8	8	7	4
Üniversite	6	7	8	3	2	2
Yüksek lisans/ doktora	0	1	0	1	0	0

Hasta ve eğitim durumu alt gruplarındaki hasta sayısının azlığı bazı alt gruplarda hiç olgu olmaması nedeniyle istatistiksel değerlendirme yapabilmek için migren ve GTBA grupları kendi içlerinde epizodik ve kronik alt gruplar şeklinde birleştirilmiştir. Ayrıca yine aynı nedenle eğitim durumu da 0-8 yıl ve 8 ve üstü yıl eğitim şeklinde iki grup altında birleştirilmiştir.

Eğitim durumu açısından migren hastaları 0-8 yıl eğitim alanlar (düşük eğitim grubu) ile 8 yıldan fazla eğitim alanlar (yüksek eğitim grubu) olarak ikiye ayrıldı. KGBAm + İAKBm baş ağrısı olan hastalar (Kronik baş ağrılı migren grubu, n=54) ile epizodik migrenli hastalar (n=27) birbirleri ile eğitim durumu açısından karşılaştırıldı. Arada anlamlı bir fark bulunmadı (Tablo 3).

Tablo 3: Migren Hastalarının Alt Gruplarında Eğitim Düzeylerinin Karşılaştırması

	Epizodik Migren Grubu (n=27)	Kronik Baş Ağrılı Migren Grubu (n=54)	p Değeri
Düşük eğitim grubu	13	26	>0,999
Yüksek eğitim grubu	14	28	

Aynı şekilde GTBA hastaları da KGBAgt + İAKBgt hasta grubu (n=45) ile epizodik gerilim tipi baş ağrısı hasta grubu (n=24) eğitim durumu açısından düşük eğitim grubu ve yüksek eğitim grubu olarak karşılaştırıldığında arada anlamlı bir fark bulunmadı (Tablo 4).

Tablo 4: GTBA Hastalarının Alt Gruplarında Eğitim Düzeylerinin Karşılaştırması

	Epizodik GTBA Grubu (n=24)	Kronik Baş Ağrılı GTBA Grubu (n=45)	p Değeri
Düşük eğitim grubu	12	30	0,275
Yüksek eğitim grubu	12	15	

Medeni duruma göre baş ağrısı tipleri değerlendirildiğinde; migren hastalarının %72,8'i (n=59) evli iken, gerilim tipi baş ağrısı hastalarının %82,6'sı (n=57) evli idi ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildi (p=0,219).

Migren tipi baş ağrısı hastaları alt gruplarına göre değerlendirildiğinde; ağrı sıklığında alt gruplar arasında anlamlı fark varken; yaş, hastalık süresi, VAS değeri, ağrı süresinde anlamlı fark görülmedi. GTBA tanılı hastalarda ise alt gruplar arasında hastalık süresi, VAS değeri, ağrı sıklığı ve ağrı süresinde anlamlı fark varken yaşa göre değerlendirmede anlamlı fark görülmedi. Alt gruplara ait sayısal veriler Tablo 5'de gösterildi.

Tablo 5: Hastalık Alt Gruplarına Göre Yaş, Hastalık Süresi, VAS değeri, Ağrı Sıklığı ve Ağrı Süresinin Karşılaştırması

	Migren (n=81)				Gerilim Tipi Baş Ağrısı (n=69)			
Tip	Epizodik (n=27)	KGBAm (n=22)	İAKBm (n=32)	p Değeri	Epizodik (n=24)	KGBAgt (n=21)	İAKBgt (n=24)	p Değeri

Yaş	38,92 ± 11,14	37,18 ± 12,04	38,65 ± 11,67	0,963	48,45 ± 16,36	42,57 ± 16,36	49,16 ± 13,94	0,488
Hastalık süresi	110,55 ± 95,38	104,31 ± 121,20	159,46 ± 136,70	0,295	64,54 ± 100,74	97,90 ± 134,66	109,50 ± 72,28	0,016
VAS	7,88 ± 1,55	8,40 ± 1,59	8,09 ± 1,57	0,386	5,87 ± 1,87	7,52 ± 1,32	8,33 ± 0,86	<0,001
Ağrı sıklığı	3,25 ± 0,76	5,22 ± 0,42	5,34 ± 1,03	<0,001	3,37 ± 1,24	5,61 ± 0,49	5,41 ± 0,71	<0,001
Ağrı süresi	4,07 ± 0,82	4,04 ± 0,72	4,00 ± 0,76	0,907	3,16 ± 0,86	3,80 ± 1,16	3,87 ± 0,85	0,019

Epizodik migren ve epizodik gerilim tipi baş ağrısı tanıları olan hastalar karşılaştırıldığında; epizodik GTBA tanısı bulunan hastaların ortalama yaşı, epizodik migren tanısı bulunan hastalara göre daha yüksek bulundu ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($p=0,046$). Ortalama hastalık süresi, VAS değeri, ağrı süresi epizodik migren hastalarında epizodik GTBA tanılı hastalara göre daha yüksek bulundu ve bu farklar da istatistiksel olarak anlamlıydı. Epizodik GTBA tanılı hastalarda ağrı sıklığı ortalaması, epizodik migren tanılı hastalara göre daha yüksek bulundu ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p=0,365$) (Tablo 6).

Tablo 6: Epizodik Migren ve Epizodik GTBA Tanılı Hastaların Yaş, Hastalık Süresi, VAS değeri, Ağrı Sıklığı ve Ağrı Süresinin Karşılaştırması

	Epizodik Migren (n=27)	Epizodik GTBA (n=24)	p Değeri
Yaş	21,92	30,24	0,046
Hastalık süresi	30,96	20,84	0,014

VAS	32,27	19,48	0,002
Ağrı sıklığı	24,31	27,76	0,365
Ağrı süresi	33,02	18,70	<0,001

Kronik günlük baş ağrısı olan migren (KGBAm) hastalarının ortalama VAS değeri, kronik günlük baş ağrısı olan GTBA (KGBAgT) tanılı hastalara göre daha yüksek bulundu ve bu fark istatistiksel açıdan anlamlıydı ($p=0,025$). KGBAgT tanılı hastaların ortalama ağrı sıklığı KGBAm tanılı hastalardan daha yüksek bulundu ve bu fark da istatistiksel açıdan anlamlıydı ($p=0,010$). Ortalama hastalık süresi ve ağrı süresi, KGBAm hastalarında daha yüksekti ancak bu fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı. KGBAgT tanılı hastaların ortalama yaşı, KGBAm hastalarından daha yüksekti ancak bu fark istatistiksel açıdan anlamlı değildi ($p=0,189$) (Tablo 7).

Tablo 7: KGBAm ve KGBAgT Tanılı Hastaların Yaş, Hastalık Süresi, VAS değeri, Ağrı Sıklığı ve Ağrı Süresinin Karşılaştırması

	KGBAm (n=22)	KGBAgT (n=21)	p Değeri
Yaş	19,55	24,57	0,189
Hastalık süresi	23,30	20,64	0,487
VAS	26,07	17,74	0,025
Ağrı sıklığı	17,89	26,31	0,010
Ağrı süresi	22,89	21,07	0,618

İlaç aşırı kullanım baş ağrısı olan GTBA (İAKBgT) tanılı hastaların ortalama yaşı, ilaç aşırı kullanımı olan migren (İAKBm) tanılı hastalardan daha yüksek bulundu ve bu fark istatistiksel açıdan anlamlıydı ($p=0,004$). İAKBm ve İAKBgT tanılı hastalar ortalama hastalık süresi, VAS değeri, ağrı sıklığı ve ağrı süresi açısından karşılaştırıldığında; aralarındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı. Bu karşılaştırmaya ait sayısal veriler Tablo 8’de gösterildi.

Tablo 8: İAKBm ve İAKBgt Tanılı Hastaların Yaş, Hastalık Süresi, VAS değeri, Ağrı Sıklığı ve Ağrı Süresinin Karşılaştırması

	İAKBm (n=32)	İAKBgt (n=24)	p Değeri
Yaş	23,08	35,73	0,004
Hastalık süresi	30,52	25,81	0,284
VAS	28,22	28,88	0,876
Ağrı sıklığı	28,16	28,96	0,842
Ağrı süresi	29,30	27,44	0,643

Migren hastalarının %40,7'si (n=33) sigara kullanıyor iken, GTBA tanılı hastaların %30,4'ü (n=21) sigara kullanıyordu ve bu fark istatistiksel açıdan anlamlı değildi (p=0,254). Migren hastalarının %7,4'ü (n=6) alkol kullanıyor iken GTBA tanılı hastaların %4,3'ü (n=3) alkol kullanıyordu ve bu fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı (p=0,508).

Migren hastalarında haftalık ortalama kafein tüketimi daha fazla iken, GTBA tanılı hastalarda haftalık ortalama çay tüketimi daha fazla bulunmuştur ancak bu farklılık istatistiksel açıdan anlamlı değildi (Tablo 9).

Tablo 9: Migren ve GTBA Tanılı Hastalarda Kafein ve Çay Tüketiminin Karşılaştırması

	Migren (n=81)	GTBA (n=69)	p Değeri
Kafein tüketimi	6,03	4,42	0,212
Çay Tüketimi	37,24	38,24	0,835

Günlük ortalama egzersiz süresi ve fiziksel aktivite ölçeği puanı migren hastalarında daha yüksek olup bu fark da istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı. GTBA tanılı hastaların ortalama BKİ, migren tanılı hastalardan daha yüksek değerde idi ve bu fark istatistiksel açıdan anlamlı idi ($p=0,011$). Yeme tutumu testlerinde ise iki grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark görülmedi ($p=0,096$) (Tablo 10).

Tablo 10: Migren ve GTBA Tanılı Hastalarda Egzersiz Süresi, Fiziksel Aktivite Ölçeği, Beden Kitle İndeksi Değerlerinin Karşılaştırması

	Migren (n=81)	GTBA (n=69)	p Değeri
Egzersiz Süresi	15,92	15,21	0,870
Fiziksel Aktivite Ölçeği	1,45	1,31	0,124
Beden Kitle İndeksi	25,55	27,98	0,011

Yeme Tutumu Testi'nde migren hastalarının %11,1'i (n=9) kesme değerini aşmış iken, GTBA hastalarının %7,2'si (n=5) kesme değerini aşmış idi ve bu farklılık istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı ($p=0,575$).

Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği (YBDÖ)'nde toplam puan, kısıtlama, beden kaygısı, yeme kaygısı ve kilo kaygısı olmak üzere toplam 5 alt grup mevcuttu. YBDÖ toplam puanı, GTBA tanılı hastalarda kesme değerini aşmamış iken migren hastalarının %6,2'sinde (n=5) kesme değerinin üstünde bulundu ancak bu fark istatistiksel açıdan anlamlı değildi ($p=0,062$). YBDÖ kısıtlama alt grubu, çalışmaya dahil edilen hastaların sadece 1 tanesinde kesme değerinin üzerinde idi ve bu hasta migren tanısına sahipti ancak istatistiksel açıdan migren ve GTBA tanılı hastalar arasında anlamlı farklılık yoktu ($p=1,000$). Migren hastalarının %4,9'unda (n=4), GTBA hastalarının ise %4,3'ünde (n=3) YBDÖ yeme kaygısı alt grubunda kesme değerinin üzerinde puanlar elde edildi, bu fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı ($p=1,000$). Migren hastalarının %4,9'unda (n=4), GTBA hastalarının ise %1,4'ünde (n=1) YBDÖ beden kaygısı grubunda kesme değerinin üzerinde puanlar elde edildi, bu fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı ($p=0,375$). Kilo kaygısı alt grubunda ise sadece migren hastalarının %3,7'sinde (n=3) kesme değerinin üzerinde puan elde edildi ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p=0,250$).

Beck Anksiyete Ölçeği ortalama puanı migren hastalarında yüksek iken Beck Depresyon Ölçeği ortalama puanı, GTBA hastalarında yüksek bulundu ancak bu farklılıklar istatistiksel açıdan anlamlı değildi (Tablo 11).

Tablo 11: Migren ve GTBA Tanılı Hastalarda Beck Anksiyete Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeğinin Karşılaştırması

	Migren (n=81)	GTBA (n=69)	p Değeri
Beck Anksiyete Ölçeği	13,42	12,09	0,397
Beck Depresyon Ölçeği	9,81	10,71	0,520

Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36)'nde 8 alt grup değerlendirilmektedir. Migren ve GTBA tanılı hastalarda fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, duygusal rol güçlüğü, enerji, duygusal iyilik hali, sosyal işlevsellik, vücut ağrısı ve genel sağlık algısının değerlendirildiği bu 8 alt grupta bulunan farklılıklar istatistiksel açıdan anlamlı değildi. Bu değerlendirmeye ait ayrıntılı bilgi Tablo 12'de gösterildi.



Tablo 12: Migren ve GTBA Tanılı Hastalarda SF-36 Ölçeğinin Alt Gruplarının Karşılaştırması

	Migren (n=81)	GTBA (n=69)	p Değeri
Fiziksel fonksiyon	74,13	69,63	0,282
Fiziksel rol güçlüğü	48,33	38,11	0,129
Duygusal rol güçlüğü	54,29	50,23	0,577
Enerji/ canlılık	43,39	45,94	0,423
Duygusal iyilik hali	55,92	54,14	0,553
Sosyal işlevsellik	55,40	57,68	0,567
Vücut ağrısı	40,83	44,63	0,289

Genel sağlık algısı	49,50	48,62	0,785
----------------------------	-------	-------	-------

Hastalık algısı ölçeğinde hastalık tipi, süresi, sonuçları, kişisel kontrol, tedavi kontrolü, hastalığı anlama, döngüsel süre, duygusal temsiller, psikolojik nedenler, risk ile ilgili nedenler, bağışıklık ile ilgili ve kaza ile ilgili nedenlerin incelendiği toplamda 13 alt grup yer almaktadır. Migren ve GTBA tanılı hastalarda bu alt gruplarda bulunan farklılıklar istatistiksel açıdan anlamlı değildi. Hastalık Algısı Ölçeği alt gruplarına ait ayrıntılı bilgiler Tablo 13’de gösterildi.

Tablo 13: Migren ve GTBA Tanılı Hastalarda Hastalık Algısı Ölçeğinin Alt Gruplarının Karşılaştırması

	Migren (n=81)	GTBA (n=69)	p Değeri
Hastalık tipi	6,45	6,50	0,907
Hastalık süresi	15,39	15,44	0,954
Hastalık sonuçları	17,72	16,60	0,161
Kişisel kontrol	18,28	17,82	0,635
Tedavi kontrolü	21,30	20,46	0,330
Hastalığı anlama	17,07	15,62	0,121
Döngüsel süre	13,80	14,50	0,272

Duygusal temsiller	20,30	20,91	0,570
Psikolojik nedenler	17,77	19,49	0,063
Risk ile ilgili nedenler	13,50	14,13	0,428
Bağıışıklık ile ilgili nedenler	6,40	6,71	0,495
Kaza ile ilgili nedenler	3,14	3,17	0,931

Kafein ve çay tüketimi açısından migren hastaları kendi arasında değerlendirildiğinde alt gruplar arasındaki farklılık istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı; sayısal veriler Tablo 14’de gösterildi.

Tablo 14: Migren Hastalarının Alt Gruplarında Kafein ve Çay Tüketiminin Karşılaştırması

	Migren (n=81)			
Tip	Epizodik (n=27)	KGBAm (n=22)	İAKBm (n=32)	p Değeri
Kafein Tüketimi	4,48 ± 5,82	6,04 ± 8,62	7,34 ± 10,80	0,466
Çay Tüketimi	38,88 ± 27,61	35,63 ± 29,76	36,96 ± 32,40	0,930

Epizodik, kronik günlük baş ağrısı ve ilaç aşırı kullanım baş ağrısı olan migren hastaları kendi arasında değerlendirildiğinde egzersiz süresi, fiziksel aktivite ölçeği ve beden kitle indeksi değerlendirmelerindeki farklılıklar istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı (Tablo 15).

Tablo 15: Migren Hastalarının Alt Gruplarında Egzersiz Süresi, Fiziksel Aktivite Ölçeği, Beden Kitle İndeksi Testlerinin Karşılaştırması

	Migren (n=81)			
Tip	Epizodik (n=27)	KGBAm (n=22)	İAKBm (n=32)	p Değeri
Egzersiz Süresi	17,59 ± 36,19	20,90 ± 25,43	11,09 ± 24,68	0,452

Fiziksel Aktivite Ölçeği	1,44 ± 0,57	1,45 ± 0,50	1,46 ± 0,59	0,988
Beden Kitle İndeksi	24,58 ± 4,36	25,63 ± 3,87	26,31 ± 5,90	0,406

Beck Anksiyete ve Beck Depresyon Ölçeği ortalama değeri, migren hastaları alt grupları arasında en yüksek kronik günlük baş ağrısı olanlarda görülmüş olup bu fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı (Tablo 16).

Tablo 16: Migren Hastalarının Alt Gruplarında Beck Anksiyete Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeğinin Karşılaştırması

	Migren (n=81)			
Tip	Epizodik (n=27)	KGBAm (n=22)	İAKBm (n=32)	p Değeri
Beck Anksiyete Ölçeği	12,15 ± 10,59	14,41 ± 10,74	13,81 ± 9,39	0,714
Beck Depresyon Ölçeği	7,89 ± 6,27	11,50 ± 11,24	10,28 ± 8,06	0,319

Epizodik migren hastalarının SF 36 ölçeğinin vücut ağrısı ile ilgili ortalama puanı, KGBAm ve İAKBm hastalarından daha yüksek bulundu ve bu farklılık istatistiksel açıdan anlamlı idi (p=0,018). SF- 36 ölçeğinin diğer alt gruplarında migren hastalarında alt gruplar arasındaki farklılıklar istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı (Tablo 17).

Tablo 17: Migren Hastalarının Alt Gruplarında SF-36 Ölçeğinin Alt Gruplarının Karşılaştırması

	Migren (n=81)			
Tip	Epizodik (n=27)	KGBAm (n=22)	İAKBm (n=32)	p Değeri
Fiziksel fonksiyon	81,48 ± 14,92	72,04 ± 19,00	69,37 ± 25,36	0,076
Fiziksel rol güçlüğü	58,88 ± 36,93	43,18 ± 41,67	42,96 ± 39,77	0,240

Duygusal rol güçlüğü	66,65 ± 41,34	46,92 ± 43,23	48,94 ± 43,15	0,186
Enerji/ canlılık	47,59 ± 20,91	42,04 ± 25,52	40,78 ± 14,70	0,410
Duygusal iyilik hali	58,51 ± 16,79	53,31 ± 21,49	55,53 ± 15,80	0,591
Sosyal işlevsellik	60,92 ± 19,89	58,40 ± 30,50	48,67 ± 26,06	0,157
Vücut ağrısı	49,90 ± 24,82	39,54 ± 20,23	34,06 ± 17,57	0,018
Genel sağlık algısı	54,25 ± 22,26	49,54 ± 20,81	45,46 ± 17,33	0,250

Hastalık Algısı Ölçeği alt grupları migren hastaları arasında değerlendirildiğinde hastalık süresi bölümünün ortalama puanı İAKBm hastalarında en yüksek bulundu ve bu farklılık istatistiksel açıdan anlamlı idi ($p=0,048$). Hastalık Algısı Ölçeği'nde nedenler sorgulandığında risk ile ilgili nedenlerin ortalama puanı, İAKBm hastalarında en yüksek bulundu ve bu farklılık istatistiksel açıdan anlamlı idi ($p=0,005$). Migren hastaları arasındaki Hastalık Algısı Ölçeği'nin diğer alt gruplarındaki farklılıklar istatistiksel açıdan anlamlı değildi (Tablo 18).

Tablo 18: Migren Hastalarının Alt Gruplarında Hastalık Algısı Ölçeğinin Alt Gruplarının Karşılaştırması

	Migren (n=81)			
Tip	Epizodik (n=27)	KGBAm (n=22)	İAKBm (n=32)	p Değeri
Hastalık tipi	6,14 ± 2,81	6,63 ± 2,42	6,59 ± 2,25	0,733
Hastalık süresi	13,11 ± 5,72	16,18 ± 6,16	16,78 ± 5,72	0,048
Hastalık sonuçları	15,85 ± 4,49	18,54 ± 5,00	18,75 ± 5,02	0,053

Kişisel kontrol	18,88 ± 5,06	18,50 ± 6,26	17,62 ± 6,05	0,693
Tedavi kontrolü	22,11 ± 5,06	20,86 ± 6,08	20,93 ± 5,90	0,669
Hastalığı anlama	17,85 ± 4,49	14,90 ± 6,19	17,90 ± 5,16	0,084
Döngüsel süre	13,66 ± 3,05	13,50 ± 4,20	14,12 ± 3,89	0,811
Duygusal temsiller	19,11 ± 6,22	21,36 ± 7,95	20,59 ± 5,81	0,472
Psikolojik nedenler	17,81 ± 6,15	17,95 ± 5,34	17,62 ± 6,18	0,980
Risk ile ilgili nedenler	12,14 ± 3,87	12,45 ± 4,44	15,37 ± 3,96	0,005
Bağışıklık ile ilgili nedenler	6,03 ± 2,57	6,36 ± 2,64	6,75 ± 2,85	0,602
Kaza ile ilgili nedenler	2,88 ± 1,42	3,00 ± 1,74	3,46 ± 1,48	0,313

Kafein ve çay tüketimi açısından GTBA tanısı olan hastalar kendi arasında değerlendirildiğinde çay ve kafein tüketimi en çok İAKBgt tanılı hastalarda görüldü ancak bu farklılık istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı; sayısal veriler Tablo 19’da gösterildi.

Tablo 19: GTBA Tanılı Hastaların Alt Gruplarında Kafein ve Çay Tüketiminin Karşılaştırması

	GTBA (n=69)			
Tip	Epizodik (n=24)	KGBagt (n=21)	İAKBgt (n=24)	p Değeri
Kafein Tüketimi	4,95 ± 6,23	3,14 ± 4,66	5,00 ± 8,35	0,577
Çay Tüketimi	34,70 ± 23,03	37,66 ± 24,69	42,29 ± 36,31	0,657

GTBA tanısı olan hastalar arasında ortalama egzersiz süresi ve fiziksel aktivite ölçeği, epizodik grupta daha yüksek bulunmuşken ortalama beden kitle indeksi İAKBgt tanılı hastalarda daha yüksek bulundu ancak bu farklılıklar istatistiksel açıdan anlamlı değildi; sayısal veriler Tablo 20’de gösterildi.

Tablo 20: GTBA Tanılı Hastaların Alt Gruplarında Egzersiz Süresi, Fiziksel Aktivite Ölçeği, Beden Kitle İndeksi Testlerinin Karşılaştırması

	GTBA (n=69)			
Tip	Epizodik (n=24)	KGBAg (n=21)	İAKBgt (n=24)	p Değeri
Egzersiz Süresi	19,37 ± 26,71	10,00 ± 19,74	15,62 ± 21,43	0,396
Fiziksel Aktivite Ölçeği	1,37 ± 0,57	1,19 ± 0,40	1,37 ± 0,49	0,375
Beden Kitle İndeksi	26,86 ± 5,17	26,31 ± 4,13	30,57 ± 8,87	0,058

Ortalama Beck Anksiyete Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeği değerleri GTBA tanılı hastalar arasında KGBAg tanılı grupta en yüksek bulundu ve bu farklılıklar istatistiksel açıdan anlamlı idi (Tablo 21).

Tablo 21: GTBA Tanılı Hastaların Alt Gruplarında Beck Anksiyete Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeğinin Karşılaştırması

	GTBA (n=69)			
Tip	Epizodik (n=24)	KGBAg (n=21)	İAKBgt (n=24)	p Değeri
Beck Anksiyete Ölçeği	8,92 ± 7,03	17,81 ± 11,22	10,25 ± 5,81	0,001
Beck Depresyon Ölçeği	7,21 ± 7,83	14,95 ± 9,98	10,50 ± 5,38	0,006

Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36)’nin alt grupları GTBA olan hastalar arasında değerlendirildiğinde; epizodik grupta ortalama fiziksel rol güçlüğü, enerji, duygusal iyilik

hali, vücut ağrısı ve genel sağlık algısı puanları daha yüksek bulundu ve bu farklılıklar istatistiksel açıdan anlamlı bulundu (Tablo 22).

Tablo 22: GTBA Tanılı Hastaların Alt Gruplarında SF-36 Ölçeğinin Alt Gruplarının Karşılaştırması

	GTBA (n=69)			
Tip	Epizodik (n=24)	KGBAgt (n=21)	İAKBgt (n=24)	p Değeri
Fiziksel fonksiyon	73,12 ± 31,37	76,19 ± 22,46	60,41 ± 29,22	0,138
Fiziksel rol güçlüğü	52,70 ± 45,10	41,19 ± 42,77	20,83 ± 33,51	0,028
Duygusal rol güçlüğü	63,87 ± 43,86	53,96 ± 47,69	33,32 ± 42,84	0,062
Enerji/ canlılık	56,04 ± 15,60	38,80 ± 19,67	42,08 ± 15,73	0,002
Duygusal iyilik hali	66,00 ± 12,31	41,52 ± 19,45	53,33 ± 16,75	<0,001
Sosyal işlevsellik	59,68 ± 22,71	58,57 ± 24,18	54,89 ± 20,79	0,746
Vücut ağrısı	60,93 ± 19,88	40,00 ± 20,29	32,39 ± 14,36	<0,001
Genel sağlık algısı	60,20 ± 15,49	46,66 ± 19,83	38,75 ± 16,16	<0,001

Hastalık Algısı Ölçeği'nde hastalık tipi ortalama puanı ve psikolojik nedenler ortalama puanı, KGBAgt tanılı grupta en yüksek değerde iken hastalık sonuçları ortalama puanı İAKBgt tanılı grupta en yüksek değerde bulundu ve bu farklılıklar istatistiksel açıdan anlamlı olarak değerlendirildi (Tablo 23).

Tablo 23: GTBA Tanılı Hastaların Alt Gruplarında Hastalık Algısı Ölçeğinin Alt Gruplarının Karşılaştırması

	GTBA (n=69)			
Tip	Epizodik (n=24)	KGBAgt (n=21)	İAKBgt (n=24)	p Değeri
Hastalık tipi	4,91 ± 3,03	7,47 ± 2,40	7,25 ± 2,26	0,002

Hastalık süresi	14,25 ± 5,37	15,52 ± 5,79	16,58 ± 4,71	0,317
Hastalık sonuçları	15,12 ± 4,96	15,57 ± 4,01	19,00 ± 4,22	0,007
Kişisel kontrol	16,37 ± 5,93	18,61 ± 6,27	18,58 ± 5,86	0,348
Tedavi kontrolü	20,75 ± 5,79	21,28 ± 4,41	19,45 ± 3,96	0,422
Hastalığı anlama	14,16 ± 7,13	17,28 ± 4,99	15,62 ± 5,51	0,227
Döngüsel süre	15,16 ± 4,69	13,61 ± 4,12	14,62 ± 3,51	0,455
Duygusal temsiller	20,54 ± 6,57	19,04 ± 7,05	22,91 ± 5,10	0,119
Psikolojik nedenler	17,37 ± 6,00	20,80 ± 4,66	20,45 ± 4,21	0,044
Risk ile ilgili nedenler	13,12 ± 5,36	14,04 ± 6,71	15,20 ± 3,64	0,403
Bağışıklık ile ilgili nedenler	6,58 ± 2,82	6,47 ± 3,04	7,04 ± 2,36	0,759
Kaza ile ilgili nedenler	2,87 ± 2,30	3,52 ± 2,31	3,16 ± 1,68	0,593

Ortalama kafein tüketim miktarı epizodik gerilim tipi baş ağrısı bulunan hastalarda yüksek iken, ortalama çay tüketimi epizodik migren hastalarında daha yüksek bulundu ancak bu farklılıklar istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı (Tablo 24).

Tablo 24: Epizodik Migren ve Epizodik GTBA Tanılı Hastaların Kafein ve Çay Tüketim Miktarlarının Karşılaştırması

	Epizodik Migren (n=27)	Epizodik GTBA (n=24)	p Değeri
Kafein tüketimi	24,90	27,14	0,566
Çay Tüketimi	27,73	24,20	0,392

Epizodik migren ve epizodik gerilim tipi aş ağrısı hastaları birbiriyle karşılaştırıldığında egzersiz süreleri, fiziksel aktivite ölçeği ve beden kitle indeksleri arasındaki farklılıklar istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı (Tablo 25).

Tablo 25: Epizodik Migren ve Epizodik GTBA Tanılı Hastaların Egzersiz Süresi, Fiziksel Aktivite Ölçeği, Beden Kitle İndeksi Testlerinin Karşılaştırması

	Epizodik Migren (n=27)	Epizodik GTBA (n=24)	p Değeri
Egzersiz Süresi	25,69	26,32	0,864
Fiziksel Aktivite Ölçeği	26,29	25,70	0,867
Beden Kitle İndeksi	22,25	29,90	0,066

Ortalama Beck Anksiyete Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeği puanları epizodik migren tanılı hastalarda epizodik GTBA tanılı hastalara göre daha yüksek bulundu ancak bu farklılıklar istatistiksel açıdan anlamlı değildi (Tablo 26).

Tablo 26: Epizodik Migren ve Epizodik GTBA Tanılı Hastaların Beck Anksiyete Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeğinin Karşılaştırması

	Epizodik Migren (n=27)	Epizodik GTBA (n=24)	p Değeri
Beck Anksiyete Ölçeği	27,15	24,80	0,571
Beck Depresyon Ölçeği	27,79	24,14	0,380

Epizodik migren ve epizodik GTBA hastalarının SF-36 testi alt gruplarındaki farklılıklar istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı (Tablo 27).

Tablo 27: Epizodik Migren ve Epizodik GTBA Tanılı Hastaların SF-36 Ölçeğinin Alt Gruplarının Karşılaştırması

	Epizodik Migren (n=27)	Epizodik GTBA (n=24)	p Değeri
Fiziksel fonksiyon	26,46	25,52	0,819
Fiziksel rol güçlüğü	26,04	25,96	0,984
Duygusal rol güçlüğü	25,92	26,08	0,967
Enerji/ canlılık	23,67	28,42	0,252
Duygusal iyilik hali	23,62	28,48	0,239
Sosyal işlevsellik	26,13	25,86	0,946
Vücut ağrısı	23,12	29,00	0,153
Genel sağlık algısı	24,92	27,12	0,596

Epizodik migren ve epizodik GTBA hastalarının Hastalık Algısı Ölçeği alt gruplarındaki farklılıklar istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı (Tablo 28).

Tablo 28: Epizodik Migren ve Epizodik GTBA Tanılı Hastaların Hastalık Algısı Ölçeğinin Alt Gruplarının Karşılaştırması

	Epizodik Migren (n=27)	Epizodik GTBA (n=24)	p Değeri
Hastalık tipi	28,87	23,02	0,157
Hastalık süresi	25,71	26,30	0,887
Hastalık sonuçları	27,81	24,12	0,374
Kişisel kontrol	28,77	23,12	0,173
Tedavi kontrolü	26,29	25,70	0,887
Hastalığı anlama	29,87	21,98	0,057
Döngüsel süre	23,75	28,34	0,264
Duygusal temsiller	25,17	26,86	0,684

Psikolojik nedenler	27,50	24,44	0,462
Risk ile ilgili nedenler	26,15	25,84	0,939
Bağıışıklık ile ilgili nedenler	24,71	27,34	0,519
Kaza ile ilgili nedenler	28,00	23,92	0,200

Ortalama kafein tüketim miktarı KGBAm tanılı hastalarda yüksek iken, ortalama çay tüketimi KGBAg t tanılı hastalarda daha yüksek bulundu ancak bu farklılıklar istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı (Tablo 29).

Tablo 29: KGBAm ve KGBAg t Tanılı Hastaların Kafein ve ay Tüketim Miktarlarının Karşılaştırması

	KGBAm (n=22)	KGBAg t (n=21)	p Değeri
Kafein tüketimi	24,09	19,81	0,232
ay Tüketimi	21,14	22,90	0,642

KGBAm tanılı hastaların ortalama egzersiz süresi ve fiziksel aktivite puanları KGBAg t tanılı hastalara göre daha yüksek iken, ortalama beden kitle indeksi daha düşük bulundu ancak bu farklılıklar istatistiksel açıdan anlamlı değildi (Tablo 30).

Tablo 30: KGBAm ve KGBAg t Tanılı Hastaların Egzersiz Süresi, Fiziksel Aktivite Ölçeği, Beden Kitle İndeksi Testlerinin Karşılaştırması

	KGBAm (n=22)	KGBAg t (n=21)	p Değeri
Egzersiz Süresi	24,70	19,17	0,093
Fiziksel Aktivite Ölçeği	24,77	19,10	0,068
Beden Kitle İndeksi	20,25	23,83	0,350

Ortalama Beck Anksiyete Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeği puanları, KGBAgt tanılı hastalarda KGBAm tanılı hastalara göre daha yüksek bulundu ancak bu farklılıklar istatistiksel açıdan anlamlı değildi (Tablo 31).

Tablo 31: KGBAm ve KGBAgt Tanılı Hastaların Beck Anksiyete Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeğinin Karşılaştırması

	KGBAm (n=22)	KGBAgt (n=21)	p Değeri
Beck Anksiyete Ölçeği	19,98	24,12	0,279
Beck Depresyon Ölçeği	19,18	24,95	0,131

KGBAm ve KGBAgt tanılı hastalarının SF-36 testi alt gruplarındaki farklılıklar istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı (Tablo 32).

Tablo 32: KGBAm ve KGBAgt Tanılı Hastaların SF-36 Ölçeğinin Alt Gruplarının Karşılaştırması

	KGBAm (n=22)	KGBAgt (n=21)	p Değeri
Fiziksel fonksiyon	20,05	24,05	0,294
Fiziksel rol güçlüğü	22,39	21,60	0,829
Duygusal rol güçlüğü	21,02	23,02	0,579
Enerji/ canlılık	22,43	21,55	0,817
Duygusal iyilik hali	24,95	18,90	0,113
Sosyal işlevsellik	22,23	21,76	0,902
Vücut ağrısı	21,82	22,19	0,921
Genel sağlık algısı	22,70	21,26	0,705

Hastalık Algısı Ölçeği hastalık sonuçları bölümünde KGBAm tanılı hastaların ortalama puanı, KGBAgt tanılı hastalardan daha yüksek geldi ve bu farklılık istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı ($p=0,020$) (Tablo 33).

Tablo 33: KGBAm ve KGBAgt Tanılı Hastaların Hastalık Algısı Ölçeğinin Alt Gruplarının Karşılaştırması

	KGBAm (n=22)	KGBAgt (n=21)	p Değeri
Hastalık tipi	20,20	23,88	0,332
Hastalık süresi	22,75	21,21	0,685
Hastalık sonuçları	26,32	17,48	0,020
Kişisel kontrol	22,18	21,81	0,922
Tedavi kontrolü	21,39	22,64	0,742
Hastalığı anlama	19,93	24,17	0,265
Döngüsel süre	21,61	22,40	0,835
Duygusal temsiller	24,16	19,74	0,246
Psikolojik nedenler	19,45	24,67	0,172

Risk ile ilgili nedenler	20,89	23,17	0,550
Bağıışıklık ile ilgili nedenler	22,20	21,79	0,911
Kaza ile ilgili nedenler	20,50	23,57	0,363

Ortalama kafein tüketimi İAKBm tanılı hastalarda yüksek iken, ortalama çay tüketimi İAKBgt tanılı hastalarda yüksek bulundu ancak bu farklılıklar istatistiksel açıdan anlamlı değildi (Tablo 34).

Tablo 34: İAKBm ve İAKBgt Tanılı Hastaların Kafein ve ay Tüketim Miktarlarının Karşılaştırması

	İAKBm (n=32)	İAKBgt (n=24)	p Değeri
Kafein tüketimi	30,17	26,27	0,343
ay Tüketimi	27,66	29,63	0,653

İAKBm ve İAKBgt tanılı hastalar ortalama egzersiz süresi, fiziksel aktivite ölçeği değeri açısından karşılaştırıldığında elde edilen farklılıklar istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı ayrıntılı sayısal veriler Tablo 35’ te gösterildi. Ortalama beden kitle indeksi değeri ise İAKBgt tanılı hastalarda, İAKBm tanılı hastalara göre daha yüksek bulundu ve bu farklılık istatistiksel açıdan anlamlı idi ($p=0,049$).

Tablo 35: İAKBm ve İAKBgt Tanılı Hastaların Egzersiz Süresi, Fiziksel Aktivite Ölçeği, Beden Kitle İndeksi Testlerinin Karşılaştırması

	İAKBm(n=32)	İAKBgt (n=24)	p Değeri
Egzersiz Süresi	26,53	31,13	0,207
Fiziksel Aktivite Ölçeği	28,92	27,94	0,793
Beden Kitle İndeksi	24,78	33,46	0,049

Ortalama Beck Anksiyete Ölçeği puanı İAKBm hastalarında daha yüksek iken, ortalama Beck Depresyon Ölçeği puanları İAKBgt hastalarında daha yüksek elde edildi ancak bu farklılıklar istatistiksel açıdan anlamlı değildi (Tablo 36).

Tablo 36: : İAKBm ve İAKBgt Tanılı Hastaların Beck Anksiyete Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeğinin Karşılaştırması

	İAKBm (n=32)	İAKBgt (n=24)	p Değeri
Beck Anksiyete Ölçeği	30,48	25,85	0,291
Beck Depresyon Ölçeği	27,02	30,48	0,430

Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36) fiziksel rol güçlüğü alt grubunun ortalama puanı, İAKBm tanılı hastalarda İAKBgt tanılı hastalara göre daha yüksek bulundu ve bu fark istatistiksel açıdan anlamlı idi ($p=0,036$). Her iki grup arasında SF-36 Ölçeği'nin diğer alt grupları arasındaki farklılıklar istatistiksel açıdan anlamlı değildi (Tablo 37).

Tablo 37: İAKBm ve İAKBgt Tanılı Hastaların SF-36 Ölçeğinin Alt Gruplarının Karşılaştırması

	İAKBm (n=32)	İAKBgt (n=24)	p Değeri
Fiziksel fonksiyon	30,58	25,73	0,269
Fiziksel rol güçlüğü	32,20	23,56	0,036
Duygusal rol güçlüğü	30,95	25,23	0,168
Enerji/ canlılık	27,83	29,40	0,720
Duygusal iyilik hali	29,59	27,04	0,561
Sosyal işlevsellik	26,22	31,54	0,220
Vücut ağrısı	28,52	28,48	0,993
Genel sağlık algısı	31,30	24,77	0,136

Hastalık Algısı Ölçeği'nde psikolojik nedenler ortalama puanı, İAKBgt tanılı hastalarda İAKBm tanılı hastalara göre daha yüksek bulundu ve bu farklılık istatistiksel açıdan anlamlı idi ($p=0,041$). Diğer alt gruplardaki farklılıklar istatistiksel açıdan anlamlı değildi (Tablo 38).

Tablo 38: İAKBm ve İAKBgt Tanılı Hastaların Hastalık Algısı Ölçeğinin Alt Gruplarının Karşılaştırması

	İAKBm (n=32)	İAKBgt (n=24)	p Değeri
Hastalık tipi	27,13	30,33	0,462
Hastalık süresi	29,27	27,48	0,682
Hastalık sonuçları	28,92	27,94	0,822
Kişisel kontrol	27,95	29,23	0,771
Tedavi kontrolü	31,33	24,73	0,131
Hastalığı anlama	31,52	24,48	0,107
Döngüsel süre	26,97	30,54	0,412
Duygusal temsiller	25,53	32,46	0,114
Psikolojik nedenler	24,66	33,63	0,041

Risk ile ilgili nedenler	28,55	28,44	0,980
Bağıışıklık ile ilgili nedenler	26,88	30,67	0,383
Kaza ile ilgili nedenler	30,48	25,85	0,271

Çalışmaya dahil edilen hastalara eşlik eden psikiyatrik eş tanı mevcutsa, belirlemek amacıyla psikiyatri uzmanı tarafından DSM-IV Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme-Klinik Versiyonu (SCID-I) kullanılarak görüşme yapılması planlandı. 150 hastadan 103 hasta (%68,66) psikiyatrik görüşme yapılmasını kabul etti. 103 hastanın 59'unda (%57,28) eşlik eden psikiyatrik hastalık saptandı. 16 epizodik migren tanılı hastadan 11'inde (%68,75), 16 KGBAm tanılı hastanın 6'sında (%37,50), 21 İAKBm hastasının 14'ünde (%66,66), 18 epizodik GTBA hastasının 5'inde (%27,77), 15 KGBAgst hastasının 11'inde (%73,33), 17 İAKBgst hastasının 12'sinde (%70,58) yapılan görüşme sonucunda eşlik eden psikiyatrik hastalık tanısı tespit edildi. Hastalık alt gruplarına göre tespit edilen tanılarla ilgili ayrıntılı bilgi Tablo 39'da gösterildi. 20 hastada birden fazla psikiyatrik hastalık tanısı tespit edildi.

Tablo 39: SCID-I ile Değerlendirme Sonucuna Göre Psikiyatrik Tanıların Dağılımı

	Epizodik Migren (n=16)	KGBAm (n=16)	İAKBm (n=21)	Epizodik GTBA (n=18)	KGBAgst (n=15)	İAKBgst (n=17)
Distimik Bozukluk	1				1	
Depresif belirtilerle giden uyum bozukluğu	3	2	4	1	4	3
Genel tıbbi duruma bağlı duygudurum bozukluğu						1
Major Depresif Bozukluk	2	2	2	1	5	2
Anksiyete ile giden uyum bozukluğu			1	1		3
Genel tıbbi duruma bağlı anksiyete bozukluğu			1	1		
Yaygın anksiyete bozukluğu	1	1	1		2	

Panik bozukluğu	6	1	2	1		2
Post travmatik stres bozukluğu	3	1	3	1	1	1
Obsesif kompulsif bozukluk	1	2	1		1	1
Fobiler	1	1	2			
Bipolar I bozukluğu		1	1			1
Şizofreni						1
Somatoform bozukluk					1	

DSM-IV Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme-Klinik Versiyonu kullanılarak elde edilen tanılar 3 alt gruba ayrıldı. Distimik bozukluk, major depresif bozukluk, depresif belirtiler ile giden uyum bozukluğu, genel tıbbi duruma bağlı duygudurum bozukluğu tanıları depresif bozukluklar grubuna dahil edildi. Anksiyete ile giden uyum bozukluğu, yaygın anksiyete bozukluğu, genel tıbbi duruma bağlı anksiyete bozukluğu, panik bozukluğu, post travmatik stres bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk, özgül fobi, sosyal fobi tanıları anksiyete bozuklukları grubuna dahil edildi. Bipolar I bozukluğu, şizofreni ve somatoform bozukluk tanıları ise diğer tanılar olarak sınıflandırıldı. Hastalık alt gruplarına göre hastaların aldığı tanılar Tablo 40'ta gösterildi.

Tablo 40: Hastalık Alt Gruplarına Göre Depresif Bozukluklar Grubu, Anksiyete Bozuklukları Grubu ve Diğer Tanılar Açısından Hastaların Sınıflandırılması

	Epizodik Migren (n=16)	KGBAm (n=16)	İAKBm (n=21)	Epizodik GTBA (n=18)	KGBAg (n=15)	İAKBg (n=17)
Depresif Bozukluklar Grubu	6	4	8	2	9	6
Anksiyete Bozuklukları Grubu	10	4	10	3	4	6

Diğer (bipolar I bozukluğu, şizofreni, somatoform bozukluk)		1	1		1	2
---	--	---	---	--	---	---

Yüzüç hastanın 35'inde (%33,98) depresif bozukluklar tanısı, 37'sinde anksiyete bozuklukları tanısı (%35,92), 5'inde (%4,85) ise bipolar I bozukluğu, şizofreni ve somatoform bozukluğun yer aldığı diğer tanılar tespit edildi.

Migren tanılı hastalar kendi aralarında değerlendirildi. Depresif bozukluklar ve anksiyete bozuklukları arasında fark incelendiğinde; migren alt grupları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmadı ($p=0,498$) (Tablo 41).

Tablo 41: Migren Alt Gruplarına Göre Depresif Bozukluklar ve Anksiyete Bozuklukları Açısından Hastaların Sınıflandırılması

	Depresif Bozukluklar	Anksiyete Bozuklukları	Toplam
Epizodik Migren	1 (%14,28)	5 (%38,46)	6
KGBAm	2 (%28,57)	2 (%15,38)	4
İAKBm	4 (%57,14)	6 (%46,15)	10
Toplam	7	13	

Gerilim tipi baş ağrısı tanılı hastalar kendi aralarında değerlendirildi. Depresif bozukluklar ve anksiyete bozuklukları arasında fark incelendiğinde; GTBA alt grupları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmadı ($p=0,304$) (Tablo 42).

Tablo 42: GTBA Tanılı Hastaların Alt Gruplarına Göre Depresif Bozukluklar ve Anksiyete Bozuklukları Açısından Hastaların Sınıflandırılması

	Depresif Bozukluklar	Anksiyete Bozuklukları	Toplam
Epizodik GTBA	2 (%14,28)	3 (%30,00)	5
KGBagt	7 (%50,00)	2 (%20,00)	9
İAKBg	5 (%35,71)	5 (%50,00)	10
Toplam	14	10	

Epizodik migren ve epizodik GTBA tanılı hastalar birbiriyle karşılaştırıldığında; depresif bozukluklar ve anksiyete bozuklukları tanıları arasında gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmadı ($p=0,848$) (Tablo 43).

Tablo 43: Epizodik Migren ve Epizodik Gerilim Tipi Baş Ağrısı Tanılı Hastaların Depresif Bozukluklar ve Anksiyete Bozuklukları Açısından Karşılaştırması

	Depresif Bozukluklar	Anksiyete Bozuklukları	Toplam
Epizodik Migren	1 (%33,33)	5 (%62,50)	6
Epizodik GTBA	2 (%66,66)	3 (%37,50)	5
Toplam	3	8	

Kronik günlük baş ağrısı olan migren ve GTBA tanılı hastalar depresif bozukluklar ve anksiyete bozuklukları tanıları açısından birbiriyle karşılaştırıldığında; gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmadı ($p=0,707$) (Tablo 44).

Tablo 44: KGBAm ve KGBAgT Tanılı Hastaların Depresif Bozukluklar ve Anksiyete Bozuklukları Açısından Karşılaştırması

	Depresif Bozukluklar	Anksiyete Bozuklukları	Toplam
KGBAm	2 (%22,22)	2 (%50,00)	4
KGBAgT	7 (%77,77)	2 (%50,00)	9
Toplam	9	4	

İlaç aşırı kullanım baş ağrısı olan migren ve GTBA tanılı hastalar depresif bozukluklar ve anksiyete bozuklukları tanıları açısından birbiriyle karşılaştırıldığında; gruplar arasındaki farklılık istatistiksel açıdan anlamlı değildi ($p>0,999$) (Tablo 45).

Tablo 45: İAKBm ve İAKBgT Tanılı Hastaların Depresif Bozukluklar ve Anksiyete Bozuklukları Açısından Karşılaştırması

	Depresif Bozukluklar	Anksiyete Bozuklukları	Toplam
İAKBm	4 (%44,44)	6 (%54,54)	10
İAKBgT	5 (%55,55)	5 (%45,45)	10
Toplam	9	11	



5. TARTIŞMA

İlaç aşırı kullanımı baş ağrısı son sınıflamada basit analjezik, kombine analjezik, ergotamin, triptan, opioid gibi ilaçların çok kullanılması ile birincil baş ağrılarının kötüleşmesi ya da yeni özellikte baş ağrılarının ortaya çıkması olarak tanımlanmıştır (43). İAKB belirtilen ilaçların tek başına fazla kullanılması ile ortaya çıkabildiği gibi birden fazla ilacın toplamda fazla sayıda kullanılması ile de ortaya çıkabilir (14). Ancak ilaç aşırı kullanım baş ağrısının kliniğinde mevcut birincil baş ağrısının tipi ve sık kullanılan ilacın çeşidi özellikle belirleyici olmaktadır (44). Kombinasyon analjezikleri, triptan ve opioid kullananlarda basit analjezik kullananlara göre risk daha yüksektir (45).

Ayrıca yapılan çalışmalarda düşük sosyoekonomik durum, eğitim seviyesinin düşük olması da İAKB'nin gelişmesini kolaylaştıran diğer etmenler arasında belirtilmiştir (10,82).

İlaç aşırı kullanım baş ağrısının en sık birlikte görüldüğü hastalıklar olarak depresyon ve kaygı bozukluğu öne çıkmaktadır (10,44). Ayrıca bu hastalarda ilaç kullanımına tolerans ya da kontrol kaybı gibi bağımlılık benzeri özellikler görülmektedir (46). Ailede ilaç aşırı kullanım ya da madde kötüye kullanımı olan bireylerin olması da risk faktörleri arasındadır (47). Bağımlılığı inceleyen anket sonuçlarının değerlendirildiği bir çalışmada İAKB hastalarında daha yüksek oranda bağımlılık skorları saptandığı bildirilmiştir (83). Ayrıca birincil baş ağrısı tipleri açısından bakıldığında migrenin İAKB gelişimi için güçlü bir risk faktörü olduğu bildirilmiştir (11).

İlaç aşırı kullanım baş ağrısı gelişimi öncesi hastaların %80'inde birincil baş ağrısı olarak migren saptanırken, geri kalan grubun büyük çoğunluğunda epizodik gerilim tipi baş ağrısı, çok ender olarak da post-travmatik baş ağrısı saptanmıştır (84). Daha önce değinildiği gibi migren İAKB gelişimi açısından güçlü bir risk faktörü olarak değerlendirilmiştir. Epizodik migrenlilerin yılda %2,5'u kronik migrene dönüşür (21). Kronikleşmede düşük eğitim düzeyi, stres, depresyon, obezite, akut migren tedavisi için fazla ilaç kullanmak ya da akut migrenin yetersiz tedavi edilmesi rol oynamaktadır (7,22).

Migren baş ağrısının tanı ölçütlerine de yansıyan tipik baş ağrısı karakterleri gerilim tip baş ağrısı ile karşılaştırıldığında bazı klinik özellikler öne çıkmaktadır. Migren ağrısının GTBA atağındaki ağrıya göre daha şiddetli olma eğilimi, süresinin 4-72 saat arası sürmesi ve kişide tekrarlayan atakların çoğunlukla aynı süreye sahip olması, migren atağı esnasında eşlik eden bulguların daha yoğun olması, ağrı öncesi ve sonrası prodrom ve postdrom bulguların eşlik etmesi ve özellikle de ağrı atağının fiziksel aktivite ile şiddetlenmesi ve bunun sonucu olarak fiziksel aktiviteyi kısıtlaması, hastanın yaşam kalitesinin daha fazla düşmesine neden olmaktadır. İki ağrı türünün arasındaki bu farklar migren hastalarının daha sık ve daha yoğun tedavi ihtiyacı duymasında ve sonucunda daha fazla ilaç kullanmalarına neden olmaktadır.

Migren ve GTBA hastalarında klinik özellikleri karşılaştıran çalışmalarda olduğu gibi biz de çalışmamızda benzer bulgular elde ettik. Migren grubumuzda ağrı şiddetini ölçen VAS değeri GTBA grubundan anlamlı derecede yüksek ve atak sırasındaki ortalama ağrı süresi de anlamlı olarak daha uzun bulundu (VAS 8,1 ile VAS 7,2 ve atak süresi 4,03 ile 3,60). Ayrıca KGBAm hastalarında ortalama VAS değeri, KGBAgı tanımlı hastalara göre

anlamli olarak daha yuiksek bulundu. Buna karşın KGBAg tani lı hastaların ortalama ağrı sıklığı KGBAm tani lı hastalardan daha sık bulundu ve bu fark istatistiksel a cıdan anlamlıydı.

Migren grubu kendi i cinde epizodik migren, KGBAm ve İAKBm alt grupları olarak ağrı sıklığı a cısından karşılaştırıldığında; beklenildiği gibi KGBAm ve İAKBm grubunda epizodik migren grubuna göre ağrı sıklığı daha yuiksek bulundu. Ağrı şiddeti a cısından alt gruplar arasında fark bulunmadı. Buna karşın GTBA grubunda epizodik, KGBAg t ve İAKBg t alt grupları kendi i cinde karşılaştırıldığında hastalık süresi, ağrı şiddeti (VAS değeri), ağrı sıklığı ve ağrı süresinde anlamli fark saptandı. Epizodik GTBA da bu değerler en düşük oranda iken İAKBg t grubunda ise en yuiksek değere ulaşıyordu. Sadece ağrı sıklığı KGBAg t tani lı hastalarda İAKBg t tani lı hastalara göre daha yuiksek bulundu.

Migren tipik olarak ge c çocukluk ve adölesan yaş grubunda başlama eğiliminde iken GTBA 20'li yaşlarda başlama eğilimindedir. Bu başlangı c yaşındaki farklılık çalışmamızda bulduğumuz GTBA hastalarının ortalama yaşlarının daha yuiksek olması buna karşın hastalık süresinin ise migren hasta grubunda daha uzun olmasını a cıklayabilir. Ayrıca İAKBg t tani lı hastaların ortalama yaşı da İAKBm tani lı hastalardan anlamli derecede daha yuiksek bulundu. Yine alışmamızda literatürle uyumlu olarak migren grubundaki hastaların eğitim düzeyinin GTBA hasta grubuna göre daha yuiksek olduğu bulundu. Çalışmamızda hem migren hem de GTBA alt gruplarını kronikleşme ve eğitim durumu a cısından değerlendirdik. Migren grubunda kronik baş ağrısı olan migrenliler (KGBAm + İAKBm baş ağrısı olan hastalar) ile epizodik migrenli hastalar arasında eğitim durumu arasında bir fark saptanmadı. Benzer şekilde gerilim tip baş ağrılı hastalarda da kronik baş ağrısı olanlar ile epizodik baş ağrısı olanlar arasında bir fark saptanmadı.

Son dönem çalışmalarda baş ağrısı sıklığının başlangı cta ayda 7-14 gün arasında olması, hastanın 50 yaşının altında olması, stres, hareketsizlik, yuiksek beden kitle indeksi, sigara kullanımı da ila c aşırı kullanım baş ağrısının gelişmesi a cısından risk faktörleri arasında sayılmıştır (12,46). Kafein tüketimin günde 200 miligramı ge cmesi de ila c aşırı kullanım riskini arttırdığı bildirilmiştir (14). Çalışmamızda İAKB'de daha önceden bilinen etkenlerin yanı sıra fiziksel aktivite, yuiksek beden kitle indeksi, sigara kullanımı, kafein kullanımı incelendi. Migren ve GTBA grubunu ve bu grupların alt gruplarını karşılaştırdığımızda günlük kafein tüketimi, sigara kullanımı, alkol tüketimi ve günlük fiziksel aktivite süresi a cısından anlamli bir fark bulunmadı. Ayrıca gruplar arasında Yeme

Tutumu Testi ve Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği puanları arasında da bir farklılık saptanmadı. Çalışmamızda elde ettiğimiz bu bulgu az sayıda da olsa literatürdeki bulgularla uyumlu değildi. Bu farkın hasta sayımızın düşük olmasından kaynaklanıyor olabileceği düşünülmüştür. Çalışmamızda; İAKBm ve İAKBgt hasta grupları sırasıyla 32 ve 24 hastadan oluşmakta idi. Literatürde yapılan çalışmalarda belirtildiği gibi İAKB hasta grubunun çok büyük çoğunluğu (yaklaşık %80) migrenden dönüşmektedir ve migren baş ağrısı başlı başına kendisi ilaç aşırı kullanımı gelişmesi için risk faktörüdür. İAKB grubunda sigara, kafein, alkol tüketimi ve günlük fiziksel aktivitedeki azalmayı risk faktörü olarak saptayan çalışmalar ise yüksek hasta sayısı ile gerçekleştirilmiştir ve bu çalışmada İAKB hasta grubunda birincil baş ağrısı olarak daha yüksek oranda migrenden dönüşen İAKB hastası mevcuttur (11). Sigara kullanımını İAKB için risk faktörü olarak saptayan çalışma da daha yüksek hasta sayısı ile gerçekleştirilmiş olup bu çalışmada yalnızca migren hastaları dahil edilmiştir (13). Çalışmamız yaşanan Covid-19 pandemisi döneminde yapıldığından, bu süreç boyunca günlük hayatta yaşanan zorunlu kısıtlılıklar alt gruplar arasındaki incelediğimiz faktörler üzerine etki etmiş olabilir. Bu süreçte insanları sokağa çıkmaları, seyahat etmeleri, spor salonları gibi yerleri kullanmaları kısıtlanmıştır. Bu kısıtlılıklar fiziksel aktivite açısından hasta alt gruplarındaki bireylerin benzer aktivite sürelerini bildirmelerine neden olmuş olabilir. Uzun dönem süren kısıtlamalar yine hastaların kapalı alanlarda geçirdikleri sürenin artmasına ve yaşanan pandemi stresi ile birlikte madde kullanımının (sigara, alkol ve kafein gibi) ve gıda alımının artmasına neden olmuş olabilir. Yine dolayısı ile hasta grupları muayene sırasında benzer tüketim miktarlarını bildirmiş olabilirler. Örneğin daha fazla egzersiz yapan ve daha az kafein veya alkol tüketen epizodik baş ağrılı hastalar da kısıtlamalar nedeniyle daha az egzersiz yapmış olabilir, yaşanan kısıtlamalar ve pandeminin getirdiği stres nedeni ile daha fazla kafein veya alkol tüketimine başvurmuş olabilirler. Bu konu ile ilgili yapılan çalışmalarda da benzer bulgular gösterilmiştir. Fransa ve İspanya’da yapılan iki çalışmada Covid-19 pandemisinin getirdiği kısıtlılıkların bireylerin günlük fiziksel aktivitelerini azalttığı sonucuna ulaşılmıştır (85,86). İspanya’da yapılan çalışmada yürüme süresinin %58,2 oranında azaldığı, sedanter zamanın ise %23,8 arttığı tespit edilmiştir (85). Pandemi sürecindeki kısıtlılıkların diyet alışkanlıklarını değiştirdiği ve obezite oranlarını arttırdığı da tespit edilen bir diğer bulgudur (87). Yine yapılan çalışmalarda Covid-19 pandemisinin ve bu süreçteki kısıtlamaların anksiyeteyi %8,3 ile %49,7 arasında, depresyonu ise %14,6 ile %47,2 oranında arttırdığı

saptanmıştır (88,89). Avusturalya, Amerika Birleşik Devletleri gibi çeşitli ülkelerde pandemi sürecindeki alkol satışlarının daha önceki zamanlara göre arttığı bildirilmiştir (87).

Belirtilen faktörler ilaç aşırı kullanımını tetikleyebileceği gibi birincil baş ağrısının kronikleşmesi de kendi başına hastanın mevcut stresinin artmasına, günlük aktivitesinin azalmasına ve artan anksiyete düzeyi nedeni ile artmış sigara, alkol veya kafein tüketimine neden olabilir. Bu iki yönlü ilişkinin geniş hasta gruplarında yapılacak uzun dönem çalışmalar ile ortaya konmasına ihtiyaç olduğu görüşündeyiz. Ayrıca tüm bu risk faktörlerinden bağımsız olarak şu an dikkatlerden kaçan başka faktörler de hem kronikleşmeye hem de ilaç aşırı kullanımına neden oluyor olabilir. Bazı genetik faktörlerin baş ağrısı hastalarında aşırı ilaç kullanımına veya tedavi sonrası relapsın artmasına neden olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur. Homozigot D/D ACE polimorfizminin İAKB süresi ile pozitif korelasyon gösterdiği (90), Val66Met BDNF polimorfizminin de analjezik alım miktarını öngördüğü bildirilmiştir (91). Ayrıca SLC6A4 (serotonin taşıyıcısı SERT'i kodlayan gen) varyantı taşıyıcısı olanların tedavi sonrası 12 ay içinde İAKB'nın tekrarlama risklerinin yüksek ve prognozlarının daha kötü olduğu bildirilmiştir (92). Genelde dikkatlerden kaçan bir diğer faktör ise aile öyküsüdür. Aile öyküsü kronikleşme ve bağımlılık ile ilgili tıbbi konularda özellikle göz önüne alınmalıdır. İAKB baş ağrısı aile öyküsü veya diğer madde kullanımı öyküsü olan baş ağrısı hastalarında İAKB geliştirme riskinin yüksek olduğu bildirilmiştir (93). Bu faktörler göz önüne alınarak ileride yapılacak karşılaştırmalı hasta çalışmalarının şu ana değin yapılan çalışmalarda elde edilen farklı sonuçları açıklayabileceğini düşünüyoruz.

Çalışmamızda ortalama beden kitle indeksi GTBA grubunda, migren tanılı hasta grubuna göre anlamlı derecede daha yüksek bulundu. Gruplar arası farklılık incelendiğinde ise beden kitle indeksi değeri İAKBgt tanılı hastalarda, İAKBm tanılı hastalara göre yüksek bulunmuştur. Literatürde obezite ve migren ilişkisini gösteren çalışmalar ağırlıktadır. Ancak obezite ve birincil baş ağrıları ilişkisi ve obezitenin baş ağrı tiplerinde kronikleşmeye neden oluşu ile ilgili karşıt bulgular da mevcuttur. Obez hasta grubunda birincil baş ağrılarının yaygın olduğu en sık görülen ağrı tipinin ise migren olduğu bildirilmiştir (94). Ayrıca obez hastaların %12,2'sinde kronik günlük baş ağrısı (kronik migren ve kronik gerilim tipi baş ağrısı) mevcut olduğu da saptanmıştır. Bu bulgular sonucu hipotalamusun, obezite ve baş ağrısı patofizyolojisini ilişkilendiren birincil bölge olabileceği iddiası üzerinde durulmuştur. Yapılan çalışmalarda obezitenin kronik migren için bir risk faktörü olduğu saptanmıştır (95–

97). Ancak bu çalışmalarda kronik gerilim tipi baş ağrısı ile obezite ilişkilendirilememiştir. Obezitenin migren ile ilişkisi hakkında çok fazla veri varken gerilim tip baş ağrısı ve obezite ilişkisi üzerine daha az kanıt vardır ve bu bulgular migren hastalarında olduğu kadar net değildir. Ancak çocukluk çağı grubunda yapılan bir çalışmada kronik gerilim tipi baş ağrısı olan hasta grubunun genel popülasyona göre daha obez olduğu saptanmıştır (98). Bu çalışmada elde edilen bulgular, ilaç aşırı kullanımı veya kronik migreni olan çocuklarda aşırı kilo görülme sıklığının artmadığını göstermiştir. Çalışmanın verileri, kronik migren ve obezite arasında daha yakın bir bağlantı olduğunu, ancak kronik gerilim tipi baş ağrısı ile bu tip bir ilişkinin saptanamadığını bildiren yetişkin baş ağrısı gruplarında yapılmış olan çalışmalarla çelişmektedir. Bizim bulgularımız da literatürün genel bulguları ile çelişmektedir. Biz GTBA grubunda migrene göre; alt gruplarda da İAKBg grubunda İAKBm grubuna göre vücut kitle indeksini anlamlı derecede yüksek bulduk. Öncelikle GTBA grubunun yaş ortalaması daha yüksek olduğu için bu fark, artan yaşla metabolizmanın yavaşlaması ve hareketin azalması sonucu beden kitle indeksinde görülen artışa bağlı olabilir. Çalışmamızda halen sürmekte olan Covid-19 pandemisi nedeniyle amaçladığımız hasta sayısına ulaşamamış olmamız ve bu nedenle hasta gruplarında sayıların az olması da bulgularımızdaki farklılıklara neden olmuş olabilir.

Çalışmamızda Hastalık Algısı Ölçeği'nde psikolojik nedenler ortalama puanı İAKBg hastalarında İAKBm hastalarına göre anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur. Ancak depresyon ve anksiyete puanları migren ve GTBA hastaları arasında anlamlı farklılık göstermemiştir. Sadece Beck Anksiyete Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeği değerleri GTBA tanılı hastalar arasında KGBAg olan grupta epizodik GTBA ve İAKBg alt gruplarına göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. KGBAm grubunun Beck Anksiyete Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeği skorları da İAKBm grubuna göre daha yüksek bulunmuştur ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Yapılan bir çalışmada somatik ve psikolojik anksiyete düzeyleri hem kronik migren hem de kronik gerilim tipi baş ağrısı olan alt gruplarda ilaç aşırı kullanımı olan migrenli ve gerilim tipi baş ağrılı hasta gruplarından daha yüksek bulunmuştur. Yazarlar bu bulgunun ya İAKB hastalarına ait özel bir durum olabileceği ya da bağımlı olunan ilaç alımının hastada anksiyolitik etkiye bulunabileceği şeklinde iki hipotez ile açıklanabileceğini belirtmişlerdir. Bu çalışmadaki sonuçlara göre ister migrenden isterse de gerilim tipi baş ağrısından dönüşmüş olsun kronik baş ağrısı çeken hastaların baş ağrısını ve neden olduğu somatik ve psikolojik anksiyeteyi kısmen azaltan

aşırı analjezik kullanımının bu sonuca yol açmış olabileceği düşünülmüştür. Ancak bu konuya özelleşmiş geniş hasta sayılı çalışmalarla bu görüşün desteklenmesi uygun olacaktır.

Çalışmaya dahil edilen hastaların tümü ile SCID-I değerlendirmesi yüz yüze görüşme ile yapılamamıştır. Bunda en önemli etken ise halen sürmekte olan Covid-19 pandemisinin hastane başvurularını ve poliklinik çalışmalarını kısıtlamış olmasıdır. Sadece 103 hastamıza yüz yüze görüşme ile SCID-I uygulanabilmiştir. SCID-I değerlendirmesi sonucu saptanan psikiyatrik eş tanılar açısından migren ve GTBA hasta grupları arasında bir fark bulunmamıştır. GTBA ve migren alt grupları karşılıklı karşılaştırıldıklarında da anlamlı bir farklılık yine saptanmamıştır.

Çalışmamızda SF-36 ile değerlendirilen yaşam kalitesi açısından tanı gruplarını karşılaştırdığımızda; migren ve GTBA grupları arasında bir fark bulamadık. Ancak epizodik migren hasta grubunda vücut ağrısı ortalama puanı KGBAm ve İAKBm hastalarından anlamlı olarak daha yüksek bulundu. Bu bulgu epizodik migrenli hastaların diğer migrenli hastalara göre daha az vücut ağrısı çektiklerini ve bu ağrıların yaşam kalitelerini daha az etkilediğini göstermektedir. GTBA hastalarında da epizodik GTBA alt grubunun ortalama fiziksel rol güçlüğü, enerji, duygusal iyilik hali, vücut ağrısı ve genel sağlık algısı puanları KGBAg ve İAKBg alt gruplarından daha yüksek bulunmuştur. Bu bulgu epizodik GTBA alt grubu hastalarının diğer alt gruplara göre yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğunu göstermektedir. Bu bulgular, hem GTBA hem de migren hastalarında oluşan kronikleşmenin daha önce de birçok kez saptandığı gibi yaşam kalitesini düşürdüğünü göstermektedir. Bizim çalışmamızda migren grubundaki kronikleşme sadece vücut ağrısında kötüleşmenin anlamlı olduğunu gösterirken, GTBA grubundaki kronikleşmenin fiziksel rol güçlüğü, enerji, duygusal iyilik hali, vücut ağrısı ve genel sağlık algısında kötüleşmeye neden olduğunu göstermiştir.

Yaşam kalitesi ölçeğinde fiziksel rol güçlüğü alt grubu ortalama puanını, İAKBm hastalarında İAKBg hastalarına göre daha yüksek bulduk. Bu bulgu günlük veya iş yaşamında mevcut hastalığın yarattığı güçlükler açısından İAKBg hastalarının İAKBm hastalarına göre daha fazla zorluk yaşadığını göstermektedir.

Çalışmamızda SF-36'nın duygusal iyilik hali alt boyutu değerlendirilmiştir. Sadece gerilim tip baş ağrısı alt grupları kendi içinde karşılaştırıldığında; epizodik grubun duygusal iyilik hali alt boyutu puanlarını KGBAg ve İAKBg alt gruplarından daha iyi olduğunu

bulduk. Ancak migren ve GTBA grupları arasında bu açıdan bir fark bulamadık. Bu açıdan literatürde yapılan çalışmaların çoğunluğunda, migren grubunun hem diğer baş ağrısı grupları hem de kontrol grubuna göre daha düşük duygusal iyilik hali puanlarına sahip oldukları bildirilmiştir (99,100). Ancak Wang ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada ise GTBA grubunun hem migren hem de kontrol grubundan daha düşük puan aldıklarını rapor edilmiştir (101). Ülkemizde Sönmezler A ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada ise bizim bulgumuzla uyumlu şekilde duygusal iyilik hali alt boyutu puanları karşılaştırıldığında; migren ve GTBA grupları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (102). Migren ve GTBA hastaları karşılaştırıldığında duygusal iyilik hali alt boyutu puanlarında elde edilen bu farklı sonuçlar, Sönmezler A. ve arkadaşları'nın çalışmasında belirttikleri gibi SF-36 duygusal iyilik hali alt boyutu sorgusunun ve buna yönelik algının sosyokültürel farklılıklar açısından net bir şekilde standartize edilememiş olabileceği görüşünü akla getirmektedir.

Hastalık Algısı Ölçeğinde hastalık tipi ortalama puanı ve psikolojik nedenler ortalama puanı, GTBA alt grupları içinde KGBAg t grubunda en yüksek değerde iken hastalık sonuçları ortalama puanı İAKBg t olan grupta en yüksek değerde bulunmuştur. Bu bulgu, KGBAg t hastalarının yaygın ağrı/semptomlarını (bulantı, yorgunluk, mide yakınması, uyku güçlüğü, eklem sertliği, baş ağrısı, kilo kaybı, gözlerde yanma gibi) mevcut var olan baş ağrılarına bağladıklarını ve mevcut baş ağrılarını daha çok psikolojik nedenlere bağladıklarını göstermektedir. Buna karşın İAKBg t hastalarında KGBAg t hastalarına göre mevcut hastalığın fiziki, sosyal, maddi ve psikolojik etkileri daha düşük bildirilmiştir.

Hastalık Algısı Ölçeği hastalık sonuçları bölümünde elde edilen ortalama puanlar, KGBAm hastalarında KGBAg t hastalarına göre daha yüksek bulunmuştur. Bu bulgu ise KGBAg t tanılı hastalarda fiziki, sosyal, maddi ve psikolojik etkilerin KGBAm tanılı hastalara göre daha yüksek olduğunu göstermektedir.

Hastalık Algısı Ölçeğinde hastalık nedenleri yanıtları migren hasta grubunda alt gruplar içinde karşılaştırıldığında; risk ile ilgili nedenlerin ortalama puanı İAKBm hastalarında en yüksek bulunmuştur. Yine çalışmamızda; migren alt grupları arasında Ölçeği hastalık süresi bölümü puanlarının İAKBm hastalarında en yüksek olduğu bulunmuştur. Bu bulgular migrenlilerde ilaç aşırı kullanımının ağrının kronikleşmesi ile ilgili olduğunu göstermektedir.

Çalışmamızda; migren grubuna göre GTBA grubunda psikososyal etkenlerin kronikleşme ve ilaç aşırı kullanımında daha etkin olduğu görüşünü destekler bulgular elde edilmiştir. GTBA alt grupları Hastalık Algısı Ölçeği puanlarına göre değerlendirildiğinde; hastalık tipi ortalama puanı ve psikolojik nedenler ortalama puanı KGBAgT grubunda en yüksek değerde bulunmuştur. Benzer bir bulgu migren alt grupları arasında da gözlenmemiştir. Ayrıca KGBAgT hastalarının yaygın ağrı/semptomlarını (bulantı, yorgunluk, mide yakınması, uyku güçlüğü, eklem sertliği, baş ağrısı, kilo kaybı, gözlerde yanma gibi), mevcut var olan baş ağrılarına bağladıklarını ve mevcut baş ağrılarını daha çok psikolojik nedenlere bağladıklarını göstermektedir. Hastalık sonuçları bölümünde elde edilen ortalama puanlar, KGBAgT hastalarında fiziki, sosyal, maddi ve psikolojik etkilerin KGBAm hastalarına göre daha yüksek olduğunu göstermiştir. Ayrıca çalışmamızda Hastalık Algısı Ölçeği'nde psikolojik nedenler ortalama puanı, İAKBgT hastalarında İAKBm hastalarına göre anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur. Bu bulguya göre İAKBgT hastaları İAKBm hastalarına göre mevcut baş ağrısını psikolojik nedenlere daha çok bağlamaktadır.

Çalışmamızda SF-36 ölçeği bulgularını migren ve GTBA hastaları alt gruplarında değerlendirdiğimizde; KGBAm ve İAKBm alt gruplarında sadece vücut ağrısında kötüleşme anlamlı iken, KGBAgT ve İAKBgT alt gruplarında fiziksel rol güçlüğü, enerji, duygusal iyilik hali, vücut ağrısı ve genel sağlık algısında kötüleşme anlamlı bulunmuştur. Yine SF-36 ölçeği fiziksel rol güçlüğü alt grubu ortalama puanı değerlendirildiğinde; elde edilen bulgu günlük veya iş yaşamında mevcut hastalığın yarattığı güçlükler açısından İAKBgT hastalarının İAKBm hastalarına göre daha fazla zorluk yaşadığını göstermektedir.

Çalışmamızda elde edilen bulguların desteklediğini düşündüğümüz bir diğer görüş ise; migrenin kendi başına bir İAKB etkeni olmasıdır. Migren grubumuzda ağrı şiddetini ölçen VAS değeri, GTBA grubundan anlamlı derecede yüksek ve atak sırasındaki ortalama ağrı süresi de anlamlı daha uzun bulundu. Ayrıca, KGBAm hastalarında ortalama VAS değeri de KGBAgT hastalarına göre daha yüksek bulundu. Buna karşın KGBAgT tanılı hastaların ortalama ağrı sıklığının KGBAm tanılı hastalardan daha sık olduğu bulundu. Hastalık Algısı Ölçeği puanları değerlendirildiğinde ise; migren hastalarında alt gruplar içinde risk ile ilgili nedenlerin ortalama puanı İAKBm hastalarında en yüksek bulunmuştur. Yine migren alt grupları arasında hastalık süresi bölümü puanlarının da İAKBm hastalarında en yüksek olduğu görüldü. Benzer bir bulgu GTBA grubunda/alt gruplarında izlenmedi.

Elde ettiğimiz bulgular arasından üzerinde durulmaya değer bir diğer bulgu ise Beck Anksiyete Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeği puanlarının, KGBAgıt olan grupta epizodik GTBA ve İAKBgıt alt gruplarına göre anlamlı derecede yüksek bulunmasıdır. Migrenli hastaların alt gruplarında da KGBAm grubunun anksiyete ve depresyon skorları İAKBm grubuna göre daha yüksek bulundu ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı. Yine çalışmamızda Hastalık Algısı Ölçeği bulgularına göre hastalık sonuçları ortalama puanı İAKBgıt olan grupta en yüksek değerde bulunmuştur. Bu bulgu, İAKBgıt hastalarında KGBAgıt hastalarına göre mevcut hastalığın fiziki, sosyal maddi ve psikolojik etkilerinin daha düşük olduğu anlamına gelmektedir. Kronik baş ağrısı çeken hastalarda ilaç aşırı kullanımının bir şekilde madde bağımlılığında görülen anksiyolitik etki sonucu anksiyete ve depresyon puanlarında kısmi düşüşe neden olduğu ve kronik baş ağrısının fiziki, sosyal, maddi ve psikolojik etkilerinde kısmi düzelme etkisi yarattığı görüşünü akla getirmektedir. Ancak bu halen oldukça spekülâtif bir yorumdur. Yüksek hasta sayısı ve bağımlılık ölçeği (SDS) gibi daha ayrıntılı inceleme yöntem ve ölçütleri ile bu verilerin tekrar ihtiyatla değerlendirilmesi gerektiğini düşünüyoruz.

Çalışmamızın belirli kısıtlılıkları mevcuttur. En önemli kısıtlılıklardan biri; daha önce de bahsettiğimiz gibi çalışma döneminde yaşanan Covid-19 pandemisi nedeniyle pandemi hastanesi olarak tanımlanan hastanemizde planladığımız hasta sayısına ulaşmamamızdır. Ayrıca pandemi döneminde yaşanan günlük ve sosyal hayata ilişkin zorunlu kısıtlamaların kimi dolaylı etkilerinin de (daha az egzersiz veya daha çok sigara/kahve/gıda tüketimi gibi) araştırmayı hedeflediğimiz faktörleri etkilemiş olabileceği düşüncesindeyiz. Alt grup karşılaştırmalarında hasta sayılarının az olması da diğer kısıtlayıcı etmenlerden biridir. Bu nedenle, kronikleşme ve ilaç aşırı kullanımında etken olacağını düşündüğümüz bazı faktörlerin etkinliğinin ortaya çıkaramamış olabileceği düşünülmüştür. Yine pandemi sürecinde hastaların yüz yüze yapılan SCID-I görüşmelerine katılmak istememesi çalışmamızın bir diğer eskikliği olarak düşünülmüştür.

Kronikleşme ve ilaç aşırı kullanımında etken olabilecek sigara, alkol, kafein tüketimi gibi faktörleri incelerken kullandığımız Hastalık Algısı ve SF-36 Ölçekleri dışında SDS'nin, Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği olmadığı için kullanamamış olmamız çalışmamızın bir diğer önemli eksikliğidir. Epizodik ağrıları olan hastaların, aşırı ilaç kullanımı baş ağrısına dönüşmesi ve bu baş ağrısı tedavisinde bazı hastaların prognozlarına etki eden genetik faktörlerin de incelenememiş olması da kısıtlılıklardan biri olarak düşünülmüştür. Ayrıca en

önemli kısıtlılıklarımızdan bir diğeri ise İAKB hastalarının aile öykülerinin hem İAKB hem de diğ er madde kullanımları açısından çalışmaya dahil edememiş olmamızdır. Pandemi süreci hastaların aile bireylerine ulaşmamız açısından büyük bir engel oluşturduğu düşünülmüştür.

Çalışmamız sürecinde edindiğimiz deneyim ve elde ettiğimiz veriler bundan sonra yapılabilcek çalışmalara yönelik  n g r lerde bulunmamıza yardımcı olmuştur. Öncelikle epizodik baş ağrılarında kronikleşme ve ilaç aşırı kullanımı nedenleri gibi çok etkenli tıbbi sorunlar incelenirken hem olgu hem de kontrol grubu sayılarının yüksek tutulması en önemli husustur. Yine bu alanda ileride yapılması planlanan çalışmalarda hastaların aile bireylerindeki hem benzer hastalık öykülerini hem de incelenen etkenler açısından risk durumlarını göz önüne alıp, incelemeye bu parametrelerin dahil edilmesi gereklidir. Özellikle ilaç aşırı kullanımı olan hastalarda bağımlılık  l eği gibi ölçeklerin kullanılması ayrıca hastalar ile sadece ölçekler değil, yüz yüze klinik görüşme yapılarak bağımlılığın değerlendirilmesi önemlidir. Son olarak hastaların hem bağımlılık hem de tedavi sürecini etkileyebilecek genetik faktörlerinin de göz önüne alınıp çalışmaya dahil edilmesi yeni veriler ışığında daha aydınlatıcı olacaktır.

6. KAYNAKLAR

1. İdiman F. Başağrılarında Son Kırk Yıl. In: Bıçakcı Ş., Öztürk M. , Üçler S. Karlı N. SA, editor. Baş Ağrısı Tanı ve Tedavi Güncel Yaklaşımlar. 2015. p. 9–22.
2. The International Classification of Headache Disorders 3rd edition (ICHD-3) [Internet].
3. Murinova N, Krashin D. Chronic Daily Headache. Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America. 2015; 26: 375–89.
4. Munksgaard SB, Madsen SK, Wienecke T. Treatment of medication overuse headache—A review. Acta Neurol Scand. 2019;139: 405–14.
5. Stovner LJ, Hagen K, Jensen R, Katsarava Z, Lipton RB, Scher AI, et al. The global burden of headache: A documentation of headache prevalence and disability worldwide. Cephalalgia. 2007; 27: 193–210.
6. Kristoffersen ES, Lundqvist C. Medication-overuse headache: Epidemiology, diagnosis and treatment. Therapeutic Advances in Drug Safety. 2014;5 : 87–99.
7. Atasoy HT, Unal AE, Atasoy N, Emre U, Sumer M. Low income and education levels may cause medication overuse and chronicity in migraine patients. Headache. 2005;

45: 25–31.

8. Gökçay F. İlaç Aşırı Kullanım Baş Ağrısı Tanı ve Tedavisi. Türkiye Klinikleri Nöroloji - Özel Konular. 2018; 11: 8–84.
9. Autret A, Roux S, Rimbaux-Lepage S, Valade D, Debiais S, Group the WMS. Psychopathology and quality of life burden in chronic daily headache: influence of migraine symptoms. J Headache Pain. 2010; 11: 247-253.
10. Atasoy HT, Atasoy N, Unal AE, Emre U, Sumer M. Psychiatric comorbidity in medication overuse headache patients with pre-existing headache type of episodic tension-type headache. Eur J Pain. 2005; 9: 285-91.
11. Hagen K, Linde M, Steiner TJ, Stovner LJ, Zwart JA. Risk factors for medication-overuse headache: An 11-year follow-up study. The Nord-Trøndelag Health Studies. Pain. 2012; 153: 56–61.
12. Diener HC, Dodick D, Evers S, Holle D, Jensen RH, Lipton RB, et al. Pathophysiology, prevention, and treatment of medication overuse headache. The Lancet Neurology. 2019; 18: 891–902.
13. Schwedt TJ, Alam A, Reed ML, Fanning KM, Munjal S, Buse DC, et al. Factors associated with acute medication overuse in people with migraine: results from the 2017 migraine in America symptoms and treatment (MAST) study. J Headache Pain. 2018; 19: 38.
14. Ertaş M. İlaç Aşırı Kullanım Baş ağrısı. In: Bıçakçı Ş., Öztürk M., Üçler S., Karlı N. SA, editor. Baş Ağrısı Tanı ve Tedavi Güncel Yaklaşımlar. 2018. p. 228–37.
15. Charles A. The pathophysiology of migraine: implications for clinical management. The Lancet Neurology. 2018; 17: 174–82.
16. Öge E. Nöroloji Temel Kitabı. Nöroloji Temel Kitabı. 2014. 441–445 p.
17. Öztürk M. Migren-Atak ve Profiaktik Tedavi. In: Bıçakçı Ş., Öztürk M., Üçler S., Karlı N. SA, editor. Baş Ağrısı Tanı ve Tedavi Güncel Yaklaşımlar. 2018. p. 51–66.
18. İdiman F. Migren Baş Ağrısı, Tipleri, Tanı ve Tedavi. Türkiye Klinikleri Nöroloji - Özel Konular. 2018; 11: 28–42.

19. Shi X, Di W, Wieczorek A. Basic and Clinical Advances in the Diagnosis and Management of Migraine. Hindawi Limited; 2020; 8958143: 2.
20. Ha H, Gonzalez A, Rosa S. Migraine Headache Prophylaxis. American Family Physician. 2019; 99: 17-24.
21. Burch RC, Buse DC, Lipton RB. Migraine: Epidemiology, Burden, and Comorbidity. Neurologic Clinics. 2019; 37: 631–49.
22. May A, Schulte LH. Chronic migraine: Risk factors, mechanisms and treatment. Nature Reviews Neurology. 2016; 12: 455–64.
23. Yeh WZ, Blizzard L, Taylor B V. What is the actual prevalence of migraine? Brain and Behavior. 2018; 8: e00950.
24. Vetvik KG, MacGregor EA. Sex differences in the epidemiology, clinical features, and pathophysiology of migraine. The Lancet Neurology. 2017; 16: 76-87.
25. Nagata E. Recent advances in the elucidation of migraine pathophysiology. Clinical Neurology. 2020; 60: 20–26.
26. Erdener Ş.E., Dalkara T. Fiziopatoloji Temelinde Migren Tedavisi. In: Bıçakçı Ş., Öztürk M., Üçler S., Karlı N., Siva A., editor. Baş Ağrısı Tanı ve Tedavi Güncel Yaklaşımlar. 2018. p. 33–50.
27. Ropper HA, Samuels MA EEM. Adams and Victor's Principles of Neurology. 9 Basım. 2011;(Ankara:Ayrıntı Basımevi):162–88.
28. Mayans L, Walling A. Acute Migraine Headache: Treatment Strategies. American Family Physician. 2018; 97: 243-251 .
29. Do TP, Heldarskard GF, Kolding LT, Hvedstrup J, Schytz HW. Myofascial trigger points in migraine and tension-type headache. The journal of headache and pain. 2018; 19: 84.
30. Selçuki D, AK AK. Gerilim Tipi Baş Ağrısı Tipleri, Tanı ve Tedavisi. Türkiye Klinikleri Nöroloji - Özel Konular. 2018; 11: 43–65.
31. Zarifoğlu M. ÖT. Gerilim Tipi Baş ağrısı. In: Bıçakçı Ş., Öztürk M., Üçler S., Karlı N. SA, editor. Baş Ağrısı Tanı ve Tedavi Güncel Yaklaşımlar. 2018. p. 111–7.

32. Jensen RH. Tension-Type Headache – The Normal and Most Prevalent Headache. *Headache*. 2018; 58: 339- 45.
33. Wöber C, Holzhammer J, Zeitlhofer J, Wessely P, Wöber-Bingöl Ç. Trigger factors of migraine and tension-type headache: Experience and knowledge of the patients. *J Headache Pain*. 2006; 7: 188–95.
34. Ertas M, Baykan B, Kocasoy Orhan E, Zarifoglu M, Karli N, Saip S, et al. One-year prevalence and the impact of migraine and tension-type headache in Turkey: a nationwide home-based study in adults. *J Headache Pain*. 2012; 13: 147–57.
35. 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.
36. Üçler S. Migren ve Gerilim Tipi Baş Ağrılarında Patofizyoloji. *Türkiye Klinikleri Nöroloji - Özel Konular*. 2018; 11: 21–7.
37. Russell MB. Genetics of tension-type headache. *Journal of Headache and Pain*. 2007; 8: 71–6.
38. Janke EA, Holroyd KA, Romanek K. Depression increases onset of tension-type headache following laboratory stress. *Pain*. 2004; 111: 230–8.
39. Ashina S, Bendtsen L, Ashina M. Pathophysiology of tension-type headache. *Current Pain and Headache Reports*. 2005; 9: 415–22.
40. Bendtsen L, Bigal ME, Cerbo R, Diener HC, Holroyd K, Lampl C, et al. Guidelines for controlled trials of drugs in tension-type headache: Second edition. *Cephalalgia*. 2010; 30: 1–16.
41. Evers S, Marziniak M. Clinical features, pathophysiology, and treatment of medication-overuse headache. *The Lancet Neurology*. 2010; 9: 391–401.
42. Olesen J. The international classification of headache disorders. 2nd edition (ICHD-II). *Revue Neurologique*. 2005; 161: 689–691.
43. Olesen J, Bes A, Kunkel R, Lance JW, Nappi G, Pfaffenrath V, et al. The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (beta version). *Cephalalgia*. 2013;

- 33: 629–808.
44. Diener HC, Holle D, Solbach K, Gaul C. Medication-overuse headache: Risk factors, pathophysiology and management. *Nature Reviews Neurology*. 2016; 12: 575–83.
 45. Limmroth V, Katsarava Z, Fritsche G, Przywara S, Diener HC. Features of medication overuse headache following overuse of different acute headache drugs. *Neurology*. 2002; 59: 1011–4.
 46. Chen PK, Wang SJ. Medication Overuse and Medication Overuse Headache: Risk Factors, Comorbidities, Associated Burdens and Nonpharmacologic and Pharmacologic Treatment Approaches. *Current Pain and Headache Reports*. 2019; 23.
 47. Cevoli S, Sancisi E, Grimaldi D, Pierangeli G, Zanigni S, Nicodemo M, et al. Family history for chronic headache and drug overuse as a risk factor for headache chronification. *Headache*. 2009; 49: 412–8.
 48. Linde M, Gustavsson A, Stovner LJ, Steiner TJ, Barré J, Katsarava Z, et al. The cost of headache disorders in Europe: The Eurolight project. *European Journal of Neurology*. 2012; 19: 703–11.
 49. Meskunas CA, Tepper SJ, Rapoport AM, Sheftell FD, Bigal ME. Medications associated with probable medication overuse headache reported in a tertiary care headache center over a 15-year period. *Headache*. 2006; 46: 766–72.
 50. Cargnin S, Viana M, Sances G, Tassorelli C, Terrazzino S. A systematic review and critical appraisal of gene polymorphism association studies in medication-overuse headache. *Cephalalgia*. 2018; 38: 1361–73.
 51. Ferraro S, Grazi L, Muffatti R, Nava S, Ghielmetti F, Bertolino N, et al. In medication-overuse headache, fMRI shows long-lasting dysfunction in midbrain areas. *Headache*. 2012; 52: 1520–34.
 52. Fumal A, Laureys S, Di Clemente L, Boly M, Bohotin V, Vandenheede M, et al. Orbitofrontal cortex involvement in chronic analgesic-overuse headache evolving from episodic migraine. *Brain*. 2006; 129: 543–50.

53. Vos T, Barber RM, Bell B, Bertozzi-Villa A, Biryukov S, Bolliger I, et al. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990-2013: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet*. 2015; 386: 743–800.
54. Wewers ME, Lowe NK. A critical review of visual analogue scales in the measurement of clinical phenomena. *Res Nurs Health*. 1990; 13: 227–36.
55. Türk Nöroşirürji Derneği-Spinal ve Periferik Sinir Cerrahisi Grubu.
56. Julian LJ. Measures of anxiety: State-Trait Anxiety Inventory (STAI), Beck Anxiety Inventory (BAI), and Hospital Anxiety and Depression Scale-Anxiety (HADS-A). *Arthritis Care and Research*. 2011; 63: 467-72.
57. Arslan H, Mergen H, Mergen BE, Arslan E, Ayyıldız Ü. Eğitim Fakültesi Öğrencilerinin Depresyon, Anksiyete ve Benlik Saygısı Puanlarının Farklı Değişkenler Açısından Değerlendirilmesi. *Medical Sciences*. 2016; 11: 1–13.
58. Wang YP, Gorenstein C. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory-II: A comprehensive review. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2013; 35: 416–31.
59. Demirci K, Akgönül M, Akpınar A. Relationship of smartphone use severity with sleep quality, depression, and anxiety in university students. *Journal of Behavioral Addictions*. 2015; 4: 85–92.
60. Martin CR, McPherson A. A narrative review of the Beck Depression Inventory (BDI) and implications for its use in an alcohol-dependent population. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2010; 17: 19–30.
61. Rivas T, Franco K, Bersabé R, Montiel CB. Spanish version of the eating attitudes test 40: Dimensionality, reliability, convergent and criterion validity. *The Spanish Journal of Psychology*. 2013; 16.
62. Savaşır I, Neşe Erol. Yeme tutum testi: Anoreksia nervosa belirtiler indeksi. *Journal of Psychology*. 1989; 7: 19–25.
63. Garner DM, Garfinkel PE. The Eating Attitudes Test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*. 1979; 9: 273–9.

64. Yucel B, Polat A, Ikiz T, Dugor BP, Yavuz AE, Berk OS. The Turkish version of the eating disorder examination questionnaire: Reliability and validity in adolescents. *European Eating Disorder Review*. 2011; 19: 509–11.
65. Luce KH, Crowther JH. The reliability of the Eating Disorder Examination - Self-Report Questionnaire Version (EDE-Q). *International Journal of Eating Disorders*. 1999; 25: 349–51.
66. Mond JM, Hay PJ, Rodgers B, Owen C. Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q): Norms for young adult women. *Behaviour Research and Therapy*. 2006; 44: 53–62.
67. Quick VM, Byrd-Bredbenner C. Eating Disorders Examination Questionnaire (EDE-Q): Norms for US college students. *Eating and Weight Disorders*. 2013; 18: 29–35.
68. Koçyiğit H. Reliability and validity of the Turkish version of short form-36 (SF-36) : a study in a group of patients with rheumatic diseases. *Turk J Drugs Ther*. 1999; 12:102–6.
69. Koçyiğit H, Aydemir Ö, Fişek G, Ölmez N. Reliability and Validity of the Turkish Version of Short Form-36 (SF-36). *Turk J Drugs Ther*. 1999; 2.
70. Kaya BB, İçağasıoğlu A, Makalesi A. Reliability and validity of the Turkish version of short form 36 (SF-36) in patients with rheumatoid arthritis. *Journal Surgical and Medicine*. 2018; 2: 11–6.
71. Lavelle G, Noorkoiv M, Theis N, Korff T, Kilbride C, Baltzopoulos V, et al. Validity of the International Physical Activity Questionnaire Short Form (IPAQ-SF) as a measure of physical activity (PA) in young people with cerebral palsy: A cross-sectional study. *Physiother (United Kingdom)*. 2020; 107: 209–15.
72. Elbasan B, Düzgün İ. Fiziksel Aktivite Skalaları-Kanıtı Dayalı Fiziksel Aktivite. *Türkiye Klinikleri Physiotherapy and Rehabilitation - Spec Top*. 2016; 2: 36–9.
73. Erdoğan M., Certel Z., Güvenç A. Masa Başı Çalışanlarda Fiziksel Aktivite Düzeyi: Obezite ve Diğer Özelliklere Göre İncelenmesi (Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Örneği). *Spor Hekimliği Dergisi*. 2011; 46: 97-107.

74. Saridi M, Filippopoulou T, Tzitzikos G, Sarafis P, Souliotis K, Karakatsani D. Correlating physical activity and quality of life of healthcare workers. *BMC Research Notes*. 2019; 12: 208.
75. Saglam M, Arikan H, Savci S, Inal-Ince D, Bosnak-Guclu M, Karabulut E, et al. International physical activity questionnaire: Reliability and validity of the Turkish version. *Perceptual and Motor Skills* . 2010; 111: 278–84.
76. Weinman J, Petrie KJ, Moss-Morris R, Horne R. The illness perception questionnaire: A new method for assessing the cognitive representation of illness. *Psychology and Health*. 1996; 11: 431–45.
77. Moss-Morris R, Weinman J, Petrie K, Horne R, Cameron L, Buick D. The revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R). *Psychology and Health*. 2002; 17: 1–16.
78. Kocaman N, Özkan M, Armay Z, Özkan S. The reliability and the validity study of Turkish adaptation of the revised Illness Perception Questionnaire. *Alpha Psychiatry*. 2007; 8: 271-280.
79. Segal DL, Hersen M, Van Hasselt VB. Reliability of the structured clinical interview for DSM-III-R: An evaluative review. *Comprehensive Psychiatry*. 1994; 35: 316–27.
80. Ventura J, Liberman RP, Green MF, Shaner A, Mintz J. Training and quality assurance with the structured clinical interview for DSM-IV (SCID-I/P). *Psychiatry Research*. 1998; 79: 163–73.
81. Özkürkçügil A, Ademir Ö, Yıldız M, Danacı Esen A. Structured clinical interview for DSM-IV axis I disorders -clinical version (SCID-CV) in Turkish version: Study of reliability. *İlaç ve Tedavi Dergisi*. 1999; 4: 233-236.
82. Cheung V, Amoozegar F , Dilli E. Medication overuse headache. *Current Neurology and Neuroscience Reports*. 2015; 15: 1–8.
83. Grande RB, Aaseth K , Saltyte Benth J, Gulbrandsen P ,Russel MB , Lundqvist C. The Severity of Dependence Scale detects people with medication overuse: the Akershus study of chronic headache. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry* . 2009; 80: 784–9.

84. Diener HC, Antonaci F, Braschinsky M, Evers S, Jensen R, Lainez M et al. European Academy of Neurology guideline on the management of medication-overuse headache. *European Journal of Neurology*. 2020; 27: 1102–16.
85. Castañeda-Babarro A, Arbillaga-Etxarri A, Gutiérrez-Santamaria B, Coca A. Impact of COVID-19 confinement on the time and intensity of physical activity in the Spanish population. *Research Square*. 2020;1.
86. Luc, Barth N, Guyot J, Hupin D, Celarier T, Bongue B. Impact of Home Quarantine on Physical Activity Among Older Adults Living at Home During the COVID-19 Pandemic: Qualitative Interview Study. *JMIR Aging*. 2020; 3: e19007.
87. Arora T, Grey I. Health behaviour changes during COVID-19 and the potential consequences: A mini-review. *Journal of Health Psychology*. 2020; 25: 1155–63.
88. Losada-Baltar A, Jiménez-Gonzalo L, Gallego-Alberto L, Pedroso-Chaparro M del S, Fernandes-Pires J, Márquez-González M. “We’re staying at home”. Association of self-perceptions of aging, personal and family resources and loneliness with psychological distress during the lock-down period of COVID-19. *The Journals of Gerontol. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*. 2021; 76: E10–6.
89. Lei L, Huang X, Zhang S, Yang J, Yang L, Xu M. Comparison of Prevalence and Associated Factors of Anxiety and Depression Among People Affected by versus People Unaffected by Quarantine During the COVID-19 Epidemic in Southwestern China. *Medical Science Monitor*. 2020; 26: e924609.
90. Di Lorenzo C, Coppola G, Curra A, Grieco G, Santorelli FM, Lepre C et al. Cortical response to somatosensory stimulation in medication overuse headache patients is influenced by angiotensin converting enzyme (ACE) I/D genetic polymorphism. *Cephalalgia*. 2012; 32: 1189–97.
91. Di Lorenzo C, Di Lorenzo G, Sances G, Ghiotto N, Guaschino E, Grieco GS, et al. Drug consumption in medication overuse headache is influenced by brain-derived neurotrophic factor Val66Met polymorphism. *J Headache Pain* 2009; 10: 349–55.
92. Cargnin S, Viana M, Ghiotto N, Bianchi M, Sances G, Tassorelli C et al. Functional polymorphisms in COMT and SLC6A4 genes influence the prognosis of patients with

- medication overuse headache after withdrawal therapy. *European Journal of Neurology*. 2014; 21: 989–95.
93. Cevoli S, Mochi M, Scapoli C, Marzocchi N, Pierangeli G, Pini LA et al. A genetic association study of dopamine metabolism-related genes and chronic headache with drug abuse. *European Journal of Neurology*. 2006; 13: 1009–13.
 94. Peres MFP, Lerário DDG, Garrido AB, Zukerman E. Primary headaches in obese patients. *Arquivos de Neuropsiquiatria*. 2005; 63: 931–3.
 95. Huang Q, Yu H, Zhang N, Guo B, Feng C, Wang S, et al. Body Mass Index and Primary Headache: A Hospital-Based Study in China. *Hindawi*. 2019: 4630490.
 96. Kalil GZ, Recober A, Hoang-Tienor A, Bridget Zimmerman M, Haynes WG, Pierce GL. Higher augmentation index is associated with tension-type headache and migraine in middle-aged/older humans with obesity. *Obesity (Silver Spring)*. 2016; 24: 865–70.
 97. Bigal ME, Lipton RB. Obesity is a risk factor for transformed migraine but not chronic tension-type headache. *Neurology*. 2006; 67: 252–7.
 98. Pakalnis A, Kring D. Chronic Daily Headache, Medication Overuse, and Obesity in Children and Adolescents. *Jornal of Child Neurology*. 2012; 27: 577.
 99. Raggi A, Leonardi M, Bussone G, D'Amico D. Value and utility of disease-specific and generic instruments for assessing disability in patients with migraine, and their relationships with health-related quality of life. *Neurological Sciences*. 2011; 32: 387–92.
 100. Suijelekom van HA, Lame I, Stomp-van den Berg SG, Kessels AG, Webwe WE. Quality of life of patients with cervicogenic headache: a comparison with control subjects and patients with migraine or tension-type headache. *Headache*. 2003; 43: 1034–41.
 101. Wang SJ, Fuh JL, Lu SR, Juang KD. Quality of life differs among headache diagnoses: analysis of SF-36 survey in 901 headache patients. *Pain*. 2001; 89: 285–92.

102. Sönmezler A, Ünal İ, Yoldaş TK. Migren ve Gerilim Tipi Baş Ağrısının Sağlığa İlişkin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkileri. Cukurova Medical Journal. 2013; 38: 374–81.

7.EKLER

Ek 1: Etik Kurul Karar Belgesi





T.C.
ZONGULDAK BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar
Etik Kurul Başkanlığı

TOPLANTI TARİHİ : 19/02/2020
TOPLANTI NO : 2020/04

KARARLAR :

- 2- Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı Başkanlığı'nın "Kronik Günlük Baş Ağrısı ve İlaç Aşırı Kullanım Baş Ağrısı Hastalarında Risk Faktörlerinin Değerlendirilmesi" konulu çalışmasının Etik Kurul İlkelerine uygun olduğuna,

Oy birliği ile karar verilmiştir.

A S L I G İ B İ D İ R

Prof. Dr. Günnur ÖZBAKİŞ DENGİZ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanı

DEMOGRAFIK VE KLİNİK VERİ FORMU

ADI SOYADI:

DOSYA NO:

CİNSİYET: Kadın ☐ Erkek ☐

YAŞ:

YAŞADIGI YER:

UYGULAMA TARİHİ: / /

TELEFON:

E-POSTA:

EGİTİM DURUMU: Okur-yazar ☐ İlkokul ☐ Ortaokul-Lise ☐ Üniversite ☐ Yüksek lisans ☐

MEDENİ DURUMU: Bekâr ☐ Evli ☐ Boşanmış ☐ Ayrı yaşıyor ☐ Dul ☐

MESLEK: Çalışmıyor ☐ Ev hanımı ☐ Memur ☐ İşçi ☐ Serbest ☐ Öğrenci ☐ Emekli ☐ Diğer ☐

COCUGU: Var ☐ Yok ☐

TANI: Migren ☐ GTBA ☐ İlaç aşırı kullanım baş ağrısı ☐

Konulan Tanının Alt Tipi:

0.Aurasız migren

1.Auralı migren

2. ~~Epizodik~~ migren

3. Kronik migren

4. ~~Epizodik~~ gerilim tipi baş ağrısı

5. Kronik gerilim tipi baş ağrısı

6.İlaç aşırı kullanım baş ağrısı

1-Baş ağrısı sorununuz ne zamandır var? (ilk ataktan bu yana geçen süre):

2-Aşağıdaki ifadelerden hangisi, baş ağrılarınızın sıklığını tanımlamak için uygundur?

0. Hiç olmadı
1. Yılda birkaç kez
2. Ayda birden az
3. Ayda bir-üç kez
4. Haftada bir iki kez
5. Haftada üç veya daha fazla
6. Hemen hemen her gün

3-Baş ağrılarının şiddetini derecelendirecek olursanız, aşağıdaki ifadelerden hangisini işaretlersiniz? (VAS)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(0-1) Baş ağrısı yok.

(2-3) Çok az ağrı – sadece dikkatimi onun üzerine yönelttiğimde fark edebiliyorum.

(4-5) Hafif ağrı - çoğu zaman baş ağrım göz ardı edebiliyorum.

(6-7) Ağrılı – başım ağrmasına rağmen, yaptığım işe devam edebiliyorum.

(8-9) Çok ağrılı – baş ağrım konsantrasyonumu güçleştiriyor, sadece basit işleri yapabiliyorum.

(10) Şiddetli ağrı – başım o kadar ağrıyor ki, hiçbir şey yapamıyorum.

4-Baş ağrılarınızın ortalama süresi nedir?

0. 1 dakikadan kısa
1. 1 - 5 dakika
2. 6 - 30 dakika
3. 30 dakika – 3 saat
4. 3 – 24 saat
5. 24 saatten uzun

5- Baş ağrılarınız nedeniyle daha önce herhangi bir tedavi aldınız mı?

Evet ☐ Hayır ☐

→ EVET ise; Daha önce alınan tedaviler ve süreleri:

0. Basit analjezikler

1. Kombine analjezikler

2. Nsai

3. Triptanlar

4. Ergotamin

→ Bu tedavinin/tedavilerin baş ağrınıza yönelik etkisini nasıl değerlendirirsiniz?

0. Çok etkili oldu (baş ağrım tamamen geçti)

1. Etkili oldu (sıklığı azaldı)

2. Orta düzeyde etkili oldu (en azından ayağa kalkabiliyorum)

3. Etkili olmadı

5- Şimdiye kadar herhangi bir psikolojik/psikiyatrik yardım aldınız mı?

Evet ☐ Hayır ☐

EVET ise,

Ne zaman?

Kullanmış/Kullanmakta olduğunuz ilaçlar nelerdir? Süresi (ay ve yıl olarak):

6- Mevcut hastalıklar veya geçirmiş olduğunuz hastalıklar ve ameliyatlar nelerdir?

7- Sürekli kullandığınız ilaçlar nelerdir?

8- Sigara kullanıyor musunuz?

0.Kullanmıyorum

1.Günde 1 paketten az

2.Günde 1 paketten fazla

9.Alkol kullanıyor musunuz?

0.Kullanmıyorum

1.Kullanıyorum

10.Günlük alkol tüketim miktarı nedir?

11.Günlük kafein tüketim miktarı nedir?

Türk kahvesi

Filtre kahve

Çay

Ek 3: Beck Anksiyete Ölçeği

İSİM:

TARİH:

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin **BUGÜN DAHİL SON BİR HAFTADIR** sizi ne kadar rahatsız ettiğini yandaki uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz.

	Hiç	Hafif Düzeyde <i>Beni pek Etkilemedi</i>	Orta Düzeyde <i>Hoş değildi ama Katlanabildim</i>	Ciddi Düzeyde <i>Dayanmakta çok zorlandım</i>
1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karıncalanma				
2. Sıcak/ateş basmaları				
3. Bacaklarda halsizlik, titreme				
4. Gevşeyememe				
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu				
6. Baş dönmesi veya sersemlik				
7. Kalp çarpıntısı				
8. Dengeyi kaybetme duygusu				
9. Dehşete kapılma				
10. Sinirlilik				
11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu				
12. Ellerde titreme				
13. Titreklik				
14. Kontrolü kaybetme korkusu				
15. Nefes almada güçlük				
16. Ölüm korkusu				
17. Korkuya kapılma				
18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi				
19. Baygınlık				
20. Yüzün kızarması				
21. Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan)				

Ek 4: Beck Depresyon Ölçeği

Hastanın Soyadı, Adı:.....

Tarih:.....

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

- | | | | |
|----|--|----|---|
| 1 | (0) Üzgün ve sıkıntılı değilim.
(1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
(2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
(3) O kadar üzgün ve sıkıntılıyım ki, artık dayanamıyorum. | 12 | (0) Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum.
(1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
(2) Eskiye kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum.
(3) Artık hiçbir konuda karar veremiyorum. |
| 2 | (0) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.
(1) Gelecek için karamsarım.
(2) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
(3) Gelecek hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor. | 13 | (0) Her zamankinden farklı göründüğümü sanmıyorum.
(1) Aynada kendime her zamankinden kötü görünüyorum.
(2) Aynaya baktığımda kendimi yaşlanmış ve çirkinleşmiş buluyorum.
(3) Kendimi çok çirkin buluyorum. |
| 3 | (0) Kendimi başarısız biri olarak görmüyorum.
(1) Başkalarından daha başarısız olduğumu hissediyorum.
(2) Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğumu görüyorum.
(3) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum. | 14 | (0) Eskisi kadar iyi iş güç yapabiliyorum.
(1) Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor.
(2) Ufacık bir iş bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum.
(3) Artık hiçbir iş yapamıyorum. |
| 4 | (0) Herşeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
(1) Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum.
(2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
(3) Herşeyden sıkılıyorum. | 15 | (0) Uykum her zamanki gibi.
(1) Eskisi gibi uyuyamıyorum.
(2) Her zamankinden 1-2 saat önce uyanıyorum ve kolay kolay tekrar uykuya dalamıyorum.
(3) Sabahları çok erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum. |
| 5 | (0) Kendimi herhangi bir biçimde suçlu hissetmiyorum.
(1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
(2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
(3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum. | 16 | (0) Kendimi her zamankinden yorgun hissetmiyorum.
(1) Eskiye oranla daha çabuk yoruluyorum.
(2) Her şey beni yoruyor.
(3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum. |
| 6 | (0) Kendimden memnunum.
(1) Kendimden pek memnun değilim.
(2) Kendime kızgınım.
(3) Kendimden nefrete ediyorum. | 17 | (0) İştahım her zamanki gibi.
(1) Eskisinden daha iştahsızım.
(2) İştahım çok azaldı.
(3) Hiçbir şey yiyemiyorum. |
| 7 | (0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
(1) Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğumu düşünmüyorum.
(2) Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum.
(3) Herşeyi yanlış yapıyormuşum gibi geliyor ve hep kendimi kabahat buluyorum. | 18 | (0) Son zamanlarda zayıflamadım.
(1) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 2 Kg verdim.
(2) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 4 Kg verdim.
(3) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 6 Kg verdim. |
| 8 | (0) Kendimi öldürmek gibi düşüncülerim yok.
(1) Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum.
(2) Kendimi öldürmek isterdim.
(3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm. | 19 | (0) Sağlığım ile ilgili kaygılarım yok.
(1) Ağrılar, mide sancıları, kabızlık gibi şikayetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor.
(2) Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafamı başka şeylere vermekte zorlanıyorum.
(3) Sağlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, başka hiçbir şey düşünemiyorum. |
| 9 | (0) İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor.
(1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
(2) Çoğu zaman ağlıyorum.
(3) Eskiden ağlayabiliyordum ama şimdi istesem de ağlayamıyorum. | 20 | (0) Sekse karşı ilgisizim herhangi bir değişiklik yok.
(1) Eskisine oranla seксе ilgisizim az.
(2) Cinsel isteğim çok azaldı.
(3) Hiç cinsel istek duymuyorum. |
| 10 | (0) Her zaman olduğumdan daha canı sıkın ve sinirli değilim.
(1) Eskisine oranla daha kolay canım sıkılıyor ve kızıyorum.
(2) Herşey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum.
(3) Canımı sıkın şeylere bile artık kızamıyorum. | 21 | (0) Cezalandırılması gereken şeyler yaptığımı sanmıyorum.
(1) Yaptıklarımın dolaylı cezalandırılabilceğimi düşünüyorum.
(2) Cezamı çekmeyi bekliyorum.
(3) Sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor. |
| 11 | (0) Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğimi kaybetmedim.
(1) Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum.
(2) Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor.
(3) Artık çevremde hiçkimseyi istemiyorum. | | |

Toplam BECK-D skoru:.....

Ek 5: Yeme Tutumu Ölçeği-40

Bu anket sizin yeme alışkanlıklarınızla ilgilidir. Lütfen her bir soruyu dikkatlice okuyunuz ve size uygun gelen kutunun içine **X** işareti koyunuz. Örneğin; “**Çikolata yemek hoşuma gider**” cümlesini okudunuz. Çikolata yemek hiç hoşunuza gitmiyorsa “**hiçbir zaman**” yazılı kutunun içine **X** işareti koyunuz, her zaman hoşunuza gidiyorsa “**daima**”nın altına **X** işaretleyiniz.

SORULAR	Daima	Çok sık	Sık sık	Bazen	Nadiren	Hiçbir zaman
1. Başkaları ile birlikte yemek yemekten hoşlanırım.						
2. Başkaları için yemek pişiririm, fakat pişirdiğim yemeği yemem.						
3. Yemekten önce sıkıntılı olurum.						
4. Şişmanlamaktan ödüm kopar.						
5. Acıktığımda yemek yememeye çalışırım.						
6. Aklım fikrim yemektir.						
7. Yemek yemeyi durduramadığım zamanlar oldu.						
8. Yiyeceğimi küçük küçük parçalara bölerim.						
9. Yediğim yiyeceğin kalorisini bilirim.						
10. Ekmek, patates, pirinç gibi yüksek kalorili yiyeceklerden kaçınırım.						
11. Yemeklerden sonra şişkinlik hissedirim.						
12. Ailem fazla yememi bekler.						
13. Yemek yedikten sonra kusarım.						
14. Yemek yedikten sonra aşırı suçluluk duyarım.						
15. Tek düşüncem daha zayıf olmaktır.						
16. Aldığım kalorileri yakmak için yorulana kadar egzersiz yaparım.						
17. Günde birkaç kere tartılırım.						
18. Vücudumu saran dar elbiselerden hoşlanırım.						
19. Et yemekten hoşlanırım.						
20. Sabahları erken uyanırım.						
21. Günlerce aynı yemeği yerim.						
22. Egzersiz yaptığımda harcadığım kalorileri hesaplarım.						
23. Adetlerim düzenlidir. (Yalnızca kızlar cevaplandırarak)						
24. Başkaları çok zayıf olduğumu düşünür.						
25. Şişmanlayacağım (vücudumun yağ toplayacağı) düşüncesi zihnimi meşgul eder.						
26. Yemeklerimi yemek, başkalarınınkinden daha uzun sürer.						
27. Lokantada yemek yemeyi severim.						
28. Müshil kullanırım						
29. Şekerli yiyeceklerden kaçınırım.						
30. Diyet (perhiz) yemekleri yerim.						
31. Yaşamımı yiyeceğin kontrol ettiğini düşünürüm.						
32. Yiyecek konusunda kendimi denetleyebilirim.						
33. Yemek konusunda başkalarının bana baskı yaptığını düşünürüm.						
34. Yiyeceklerle ilgili düşünceler çok zamanımı alır.						
35. Kabızlıktan yakınırım.						
36. Tatlı yedikten sonra rahatsız olurum.						
37. Diyet (perhiz) yaparım.						
38. Midemin boş olmasından hoşlanırım.						
39. Şekerli, yağlı yiyecekleri denemekten hoşlanırım.						
40. Yemeklerden sonra içimden kusmak gelir.						

Ek 6: Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği

Aşağıdaki sorular sadece son 4 hafta ile ilgilidir. Lütfen her soruyu dikkatlice okuyunuz ve tüm soruları yanıtlayınız. Teşekkür ederiz.

1'den 12'ye kadar olan sorular: Lütfen sağdaki uygun olan sayıyı yuvarlak içine alınız. Soruların sadece son dört haftayı içerdiğini (28 gün) unutmayınız.

	Son 28 günün kaçında...	Hiçbiri	1-5 gün	6-12 gün	13-15 gün	16-22 gün	23-27 gün	Her gün
1	Kilonuzu ya da bedeninizin şeklini değiştirmek amacıyla yiyecek miktarınızı kasıtlı olarak sınırlandırmaya çalıştınız? (Başarılı olup olmadığınız önemli değildir.)	0	1	2	3	4	5	6
2	Bedeninizin şeklini ya da kilonuzu değiştirmek amacıyla uzun bir süre (uyanık olduğunuz 8 saat boyunca ya da daha fazla bir süre için) hiçbir şey yemediniz?	0	1	2	3	4	5	6
3	Bedeninizin şeklini ya da kilonuzu değiştirmek amacıyla hoşlandığınız yiyecekleri beslenme düzeninizden çıkarmaya çalıştınız? (Başarılı olup olmadığınız önemli değildir.)	0	1	2	3	4	5	6
4	Bedeninizin şeklini ya da kilonuzu değiştirmek amacıyla yemenizle ilgili (örn. kalori sınırlandırması) belli kurallara uymaya çalıştınız? (Başarılı olup olmadığınız önemli değildir.)	0	1	2	3	4	5	6
5	Bedeninizin şeklini ya da kilonuzu etkilemek amacıyla boş bir mideye sahip olmak için belirgin bir arzu duydunuz?	0	1	2	3	4	5	6
6	Tamamen düz bir karına sahip olmak için belirgin bir arzu duydunuz?	0	1	2	3	4	5	6
7	Yiyecek, yemek yeme ya da kalorilerle ilgili düşünme, ilgilendiğiniz konulara (örn. çalışma, bir konuşmayı takip etme ya da okuma) yoğunlaşmanızı çok zorlaştırdı?	0	1	2	3	4	5	6
8	Bedeninizin şekli ve kiloyla ilgili düşünme, ilgilendiğiniz konulara (örn. işinize, bir konuşmayı takip etmenize ya da okumanıza) yoğunlaşmanızı çok zorlaştırdı?	0	1	2	3	4	5	6
9	Yemek yemeyle ilgili kontrolü kaybetmekten belirgin biçimde korktunuz?	0	1	2	3	4	5	6

	Son 28 günün kaçında...	Hiçbiri	1-5 gün	6-12 gün	13-15 gün	16-22 gün	23-27 gün	Her gün
10	Kilo alabileceğinizden belirgin bir biçimde korkunuz?	0	1	2	3	4	5	6
11	Kendinizi şişman hissettiniz?	0	1	2	3	4	5	6
12	Kilo vermek için güçlü bir arzunuz oldu?	0	1	2	3	4	5	6

13'ten 18'e kadar olan sorular: Lütfen sağdaki boşluğa uygun sayıyı yazınız. Soruların yalnızca son dört haftaya yönelik olduklarını (28 güne) hatırlayınız.

	Son dört hafta içinde (28 gün)...	
13	Son 28 gün içinde, kaç kere, başka insanların alışılmadık miktarda fazla (şartlara göre) olarak tanımlayacakları biçimde yemek yediniz?	
14	Bu süre içinde kaç kere yemek yemenizle ilgili kontrolü kaybetme hissine kapıldınız (yediğiniz sırada) ?	
15	Son 28 günün kaç GÜNÜNDE aşırı yemek yeme nöbetleri ortaya çıktı (örn. Alışılmadık miktarda fazla yemek yediğiniz ve o sırada kontrolü kaybettiğiniz duygusunu yaşadınız)?	
16	Son 28 gün içinde, bedeninizin şekli ya da kilonuzu kontrol amacıyla, kaç kere kendinizi kusturdunuz?	
17	Son 28 gün içinde, bedeninizin şekli ya da kilonuzu kontrol amacıyla, kaç kere müshil (bağırsak çalıştırıcı) kullandınız?	
18	Son 28 gün içinde, kilonuzu, bedeninizin şeklini ya da yağ miktarınızı kontrol etmek, kalorileri yakmak amacıyla, kaç kere "kendinizi kaybedercesine" ya da "saplantılı" biçimde egzersiz yaptınız?	

19'dan 21'e kadar olan sorular: Lütfen uygun sayıyı yuvarlak içine alınız. Lütfen bu sorular için "tıkınırcasına yeme" teriminin, mevcut koşullarda başkalarına göre alışılmadık miktarda ve kontrolü kaybetme duygusuyla beraber fazla yemeyi ifade ettiğini göz önünde bulundurunuz.

19	Son 28 gün içinde, kaç kere gizlice (örn. Saklanarak) yemek yediniz? (Tıkınırcasına yeme durumlarını saymayınız.)	Hiçbiri	1-5 gün	6-12 gün	13-15 gün	16-22 gün	23-27 gün	Her gün
		0	1	2	3	4	5	6

20-	Yemek yediğiniz zaman bedeninizin şeklini ya da kilonuzu etkilediği için ne oranda kendinizi suçlu hissettiniz (hata yaptığınızı hissettiniz)? (Tıkınırcasına yemek yeme durumlarını saymayınız.)	Hiçbir zaman	Nadiren	Yarıdan az	Yarı yarıya	Yarıdan fazla	Çoğu zaman	Her zaman
		0	1	2	3	4	5	6
21-	Son 28 gün içinde, başkalarının sizi yemek yerken görmesiyle ilgili ne kadar endişelendiniz? (Tıkınırcasına yemek durumlarını saymayınız.)	Hiç		Biraz		Orta		Önemli
		0	1	2	3	4	5	6

22'den 28'e kadar olan sorular: Lütfen sağda uygun bulduğunuz sayıyı yuvarlak içine alınız. Soruların yalnızca son dört haftaya yönelik olduklarını (28 güne) hatırlayınız.

		Hiç		Biraz		Orta		Önemli
22-	<u>Kilonuz</u> , kişi olarak kendiniz hakkında düşüncenizi ve yargınızı etkiledi mi?	0	1	2	3	4	5	6
23-	<u>Bedeninizin şekli</u> , kendiniz hakkındaki düşüncenizi (yargınızı) etkiledi mi?	0	1	2	3	4	5	6
24-	Önümüzdeki dört hafta boyunca, haftada 1 kez tartılmanız istense (ne daha sık ne daha seyrek), bu sizi ne kadar üzerdi ?	0	1	2	3	4	5	6
25-	<u>Kilonuzdan</u> ne derece memnun değilsiniz ?	0	1	2	3	4	5	6
26-	<u>Bedeninizin şeklinden</u> ne derece memnun değilsiniz?	0	1	2	3	4	5	6
27-	Bedeninizi görmekten ne kadar rahatsız oluyorsunuz (örn. Aynada, mağazanın camında, soyunurken, banyo ya da duş yaparken)?	0	1	2	3	4	5	6
28-	<u>Başkalarının</u> bedeninizin şeklini görmesinden ne derece rahatsız oluyorsunuz?	0	1	2	3	4	5	6

Şu andaki kilonuz nedir? (Lütfen en yakın tahmini yapınız)

Boyunuz ne kadar? (Lütfen en yakın tahmini yapınız)

Kadınlara : Geçtiğimiz üç-dört aylık dönemde hiç aybaşı (regl) olmadığınız oldu mu?.....

Aksama olduysa kaç tane?.....

Bu nedenle ilaç kullanıyor musunuz?.....

Ek 7: SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği

SF-36 (Kısa Form 36)

Hastanın Adı Soyadı: _____ Tarih: ____/____/____

Aşağıdaki sorular sizin kendi sağlığınız hakkındaki görüşünüzü, kendinizi nasıl hissettiğinizi ve günlük aktivitelerinizi ne kadar yerine getirebildiğinizi öğrenmek amacıyla. Size en uygun yanıtı verin.

B1

1) Genel olarak sağlığınız için aşağıdakilerden hangisini söyleyebilirsiniz?

Mükemmel ☐₁ Çok iyi ☐₂ İyi ☐₃ Orta ☐₄ Kötü ☐₅

B2

2) Bir yıl öncesi ile karşılaştığınızda şu anki genel sağlık durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?

Bir yıl öncesinden ☐₁ Çok daha iyi ☐₂ Biraz iyi ☐₃ Hemen hemen aynı ☐₄ Biraz daha kötü ☐₅ Çok daha kötü ☐₆

Aşağıdaki sorular bir gün içinde yapabileceğiniz işlerle (aktivitelerle) ilgilidir. Sağlığınız bu aktiviteleri kısıtlıyor mu? Eğer kısıtlıyorsa, ne kadar?

B3

	Evet, Çok Kısıtlı	Evet, Biraz Kısıtlı	Hayır, Hiç Kısıtlı Değil
3) Koşmak, ağır kaldırmak, ağır sporlara katılmak gibi ağır etkinlikler	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃
4) Bir masayı çekmek, elektrik süpürgesini itmek ve ağır olmayan sporları yapmak gibi orta dereceli etkinlikler	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃
5) Market poşetlerini kaldırmak veya taşımak	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃
6) Birkaç kat merdiven çıkmak	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃
7) Bir kat merdiven çıkmak	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃
8) Eğilmek, diz çökmek, çömelmek, diz çökmek	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃
9) Bir kilometreden fazla yürümek	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃
10) Birkaç yüz metre yürümek	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃
11) Yüz metre yürümek	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃
12) Kendi başına banyo yapmak ve giyinmek	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃

Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınızın sonucu olarak, işiniz veya diğer günlük etkinliklerinizde, aşağıdaki sorunlardan biriyle karşılaştınız mı?

B4

	Evet	Hayır
13) Çalışma yaşamınızda veya diğer aktivitelerinizde geçirdiğiniz zamanı kısalttınız mı?	☐ ₁	☐ ₂
14) Arzu ettiğinizden daha az şeyi mi tamamlayabildiniz?	☐ ₁	☐ ₂
15) Çalışma veya diğer yaptığınız işlerin çeşidinde kısıtlama yaptınız mı?	☐ ₁	☐ ₂
16) Çalışma yaşamınızda veya diğer aktivitelerinizi yapmakta güçlük çektiniz mi? (Aşırı efor - çaba sarf ettiniz mi?)	☐ ₁	☐ ₂

Son 4 hafta boyunca, duygusal sorunlarınızın (örneğin çökkünlük veya kaygı) sonucu olarak işiniz veya diğer günlük etkinliklerinizle ilgili aşağıdaki sorunlarla karşılaştınız mı?

B5

	Evet	Hayır
17) Çalışma yaşamınızda veya diğer aktivitelerinizde geçirdiğiniz zamanı kısalttınız mı?	☐ ₁	☐ ₂
18) Arzu ettiğinizden daha az işi mi tamamlayabildiniz?	☐ ₁	☐ ₂
19) İşinizle veya diğer aktivitelerinizle ilgili işleri her zamanki kadar dikkat vererek yapamadınız mı?	☐ ₁	☐ ₂

Ek 8: Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi Kısa Formu

Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi (Kısa)

International Physical Activity Questionnaire (Short)

Hastanın Adı Soyadı: _____ Tarih: ____/____/____

İnsanların günlük yaşayış içinde yaptıkları fiziksel aktiviteler hakkında bilgi edinmek istiyoruz. Aşağıda son 7 gün içinde fiziksel olarak harcanan zaman hakkında sorular bulunmaktadır. Lütfen, kendinizi çok hareketli bir kişi olarak görmesiniz bile her soruyu cevaplayın. Ev ve bahçe işlerinizi, işyerinde yaptığınız aktiviteleri, bir yerden bir yere gitmek için yaptıklarınızı, boş zamanlarınızda yaptığınız egzersiz veya spor gibi aktiviteleri düşünün. Son 7 gün içinde 10 dakika veya üstünde süren, nefesinizi hızlandıran, kuvvet gerektiren tüm yoğun faaliyetleri göz önünde bulundurun.

1

Son bir hafta içinde kaç gün ağır kaldırma, kazma, aerobik, basketbol, futbol veya hızlı bisiklet çevirme gibi şiddetli bedensel güç gerektiren faaliyetlerden yaptınız?

☐ Şiddetli fiziksel aktivite yapmadım. (3. Soruya Geçiniz 🏹)

Haftada _____ gün

2

Bu günlerin birinde şiddetli fiziksel aktivite yaparak genellikle ne kadar zaman harcadınız?

☐ Bilmiyorum/Emin değilim

Günde _____ dakika

Günde _____ saat

Geçen bir hafta içinde yaptığınız orta dereceli fiziksel aktiviteleri düşünün. Bunlar 10 dakika veya daha uzun süren, orta derece fiziksel güç gerektiren ve normalden biraz sık nefes almaya neden olan aktivitelerdir.

3

Son bir hafta içinde kaç gün hafif yük taşıma, normal hızda bisiklet çevirme, halk oyunları, dans, bowling veya tenis gibi orta dereceli bedensel güç gerektiren faaliyetlerden yaptınız? (Yürüme hariç.)

☐ Orta dereceli fiziksel aktivite yapmadım. (5. Soruya Geçiniz 🏹)

Haftada _____ gün

4

Bu günlerin birinde orta dereceli fiziksel aktivite yaparak genellikle ne kadar zaman harcadınız?

☐ Bilmiyorum/Emin değilim

Günde _____ dakika

Günde _____ saat

Geçen bir hafta içinde yürüyerek geçirdiğiniz zamanı düşünün. Bu; işyerinde, evde, bir yerden bir yere ulaşım amacıyla veya sadece dinlenme, spor, egzersiz veya hobi amacıyla yaptığınız yürüyüş olabilir.

5

Geçen 7 gün içerisinde, bir seferde en az 10 dakika yürüdüğünüz gün sayısı kaçtır?

☐ Yürümedim. (7. Soruya Geçiniz 🏹)

Haftada _____ gün

6

Bu günlerden birinde yürüyerek genellikle ne kadar zaman geçirdiniz?

☐ Bilmiyorum/Emin değilim

Günde _____ dakika

Günde _____ saat

Son soru, son bir hafta içinde oturarak geçirdiğiniz zamanlarla ilgilidir. İşte, evde, çalışırken ya da dinlenirken geçirdiğiniz zamanlar dahildir. Bu masanızda, arkadaşınızı ziyaret ederken, okurken, otururken veya yatarak televizyon seyrettiğinizde oturarak geçirdiğiniz zamanları kapsamaktadır.

7

Son bir hafta içinde günde oturarak ne kadar zaman harcadınız?

☐ Bilmiyorum/Emin değilim

Günde _____ dakika

Günde _____ saat

Ek 9: Hastalık Algısı Ölçeği

HASTALIK ALGISI ÖLÇEĞİ

İsim:

Tarih:

HASTALIĞINIZ HAKKINDA SİZİN GÖRÜŞLERİNİZ

Aşağıda hastalığınızın başlangıcından bu yana yaşadığınız belirtilerin bir listesi verilmiştir. Lütfen sizde var olanlarda evet olmayanlarda hayır seçeneğini yuvarlak içine alınız. Ayrıca, bu belirtilerin hastalığınızla ilgili olup olmadığı hakkındaki düşüncenizi aynı şekilde daire içine alarak belirtiniz.

	<i>Hastalığınızın başlangıcından bu yana bu belirtiyi yaşadım</i>		<i>Bu belirti hastalığınızla ilgili</i>	
	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Ağrı				
Boğazda yanma				
Bulantı				
Soluk almada güçlük				
Kilo kaybı				
Yorgunluk				
Eklem sertliği				
Gözlerde yanma				
Hırıltılı soluma				
Baş ağrıları				
Mide yakınmaları				
Uyku güçlükleri				
Sersemlik hissi				
Güç kaybı				

18. Hastalığım zamanla iyileşecek					
19. Hastalığının iyileşmesi için yapılabilecek çok az şey var					
20. Tedavim hastalığımı iyileşmesinde etkili olacak					
21. Hastalığının olumsuz etkileri tedavim ile ortadan kalkabilir					
22. Tedavim hastalığımı kontrol edebilir					
23. Benim durumuma hiçbir şey yardım edemez					
24. Hastalığının belirtileri beni şaşırtıyor					
25. Hastalığım bana anlamsız geliyor					
26. Hastalığımı anlamıyorum					
27. Hastalığıma hiçbir anlam veremiyorum					
28. Hastalığımı gayet net anlayabiliyorum					
29. Hastalığının belirtileri güden güne farklılık gösteriyor					
30. Hastalığının belirtileri bazen var bezen yok					
31. Hastalığım önceden bilinemez (öngörülemez)					
32. Hastalığının daha iyi olduğu ve daha kötü olduğu dönemleri oluyor					
33. Hastalığımı düşündüğüm zaman çökkün oluyorum					
34. Hastalığımı düşündüğüm zaman üzgün oluyorum					
35. Hastalığım beni öfkeli yapıyor					
36. Hastalığım beni endişelendirmiyor					
37. Bu hastalık beni kaygılandırıyor					
38. Hastalığım beni korkutuyor					

HASTALIĞIMIN NEDENLERİ

Sizce hastalığınızın 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					
Kalıtsal (irsi)					
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.

