

**T.C.**  
**KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ**  
**TIP FAKÜLTESİ**

**KOCAELİ İLİ 65 YAŞ VE ÜSTÜ GRUBUNDA TEKRARLAYAN BAŞ AĞRISI  
PREVALANSI İLE BAŞ AĞRILARININ NEDEN OLDUĞU YAŞAM KALİTESİ  
VE SOSYAL KAYIPLARIN BELİRLENMESİ**

**Dr. Gönül REŞADİYELİ**

**AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**TIPTA UZMANLIK TEZİ**

**2017**

**T.C.**  
**KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ**  
**TIP FAKÜLTESİ**

**KOCAELİ İLİ 65 YAŞ VE ÜSTÜ GRUBUNDA TEKRARLAYAN BAŞ AĞRISI  
PREVALANSI İLE BAŞ AĞRILARININ NEDEN OLDUĞU YAŞAM KALİTESİ  
VE SOSYAL KAYIPLARIN BELİRLENMESİ**

**Dr. . Gönül REŞADİYELİ**

**Tez Danışmanı**

**Doç. Dr. T. Müge ALVUR**

**Anabilim Dalı Başkanı**

**Doç. Dr. T. Müge ALVUR**

**2017**

## TEŐEKKÖRLER

Bilgi ve deneyimlerinden örnek aldığım ve asistanı olmaktan gurur duyduğum sevgili hocam Doç. Dr. T. Müge Alvur'a, zamanla kardeş gibi olduğum, tüm üzüntü ve sevinçlerimi paylaştığım asistan arkadaşlarıma; bana sevgisini ve desteğini esirgemeyen sevgili eşim Caner Hikmet Koyuncu'ya, hayatım boyunca sevgilerini ve desteklerini her zaman hissettiğim canım aileme,

Sonsuz teşekkürlerimle...

Dr.Gönül Reşadiyeli

<b>İÇİNDEKİLER.....</b>	<b>i</b>
<b>TABLOLAR DİZİNİ.....</b>	<b>ii</b>
<b>ŞEKİLLER DİZİNİ.....</b>	<b>iii</b>
<b>SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....</b>	<b>iv</b>
<b>1.AMAÇ VE KAPSAM.....</b>	<b>1</b>
<b>2. GENEL BİLGİLER.....</b>	<b>3</b>
<b>2.1. Baş ağrısı</b>	
2.1.1. Baş Ağrısı Tanımı.....	11
2.1.2. Baş Ağrısı Tarihçesi.....	11
2.1.3. Baş Ağrısı Epidemiyolojisi.....	12
2.1.4. Baş Ağrılarının Sınıflandırılması.....	15
2.1.4.1. Migren.....	17
2.1.4.1.1. Migrenin Patofizyolojisi.....	17
2.1.4.1.2. Migrenin Kliniği.....	19
2.1.4.1.3. Migrenin Tedavisi.....	21
2.1.4.2. Gerilim Tipi Baş Ağrısı (GTBA).....	26
2.1.4.2.1. GTBA'nın Patofizyolojisi.....	26
2.1.4.2.2. GTBA'nın Kliniği.....	27
2.1.4.2.3. GTBA'nın Tedavisi.....	27
2.1.4.3. İkincil Baş Ağrıları.....	28
2.1.4.3.1. Travma.....	29
2.1.4.3.2. Kranial veya vasküler bozukluklarla ilişkilendirilen baş ağrısı.....	29
2.1.4.3.3. Temporal Arterit.....	29
2.1.4.3.4. Hipnik Baş Ağrısı (Uyku Baş Ağrısı).....	30
2.1.4.4. Yaşlılarda Baş Ağrısı.....	30
<b>2.2. Yaşam Kalitesi Kavramı.....</b>	<b>33</b>
<b>3. GEREÇ VE YÖNTEM.....</b>	<b>37</b>
<b>3.1. Evren ve Örneklem.....</b>	<b>37</b>
<b>3.2. Veri Toplama Araçları.....</b>	<b>37</b>
3.2.1. Anket Formu.....	38
3.2.2. HARSHIP Anketi.....	39
<b>3.3. Verilerin Değerlendirilmesi.....</b>	<b>40</b>
<b>4. BULGULAR.....</b>	<b>41</b>
<b>5. TARTIŞMA.....</b>	<b>55</b>

<b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>	<b>57</b>
<b>7. ÖZET.....</b>	<b>59</b>
<b>8.ABSTRACT.....</b>	<b>61</b>
<b>9.EKLER.....</b>	<b>62</b>
<b>10.KAYNAKLAR.....</b>	<b>106</b>



## TABLolar DİZİNİ

<b>Tablo 1:</b> Atak Tedavisinde Kullanılan Migrene Özgü Olmayan İlaçlar .....	23
<b>Tablo 2:</b> Atak Tedavisinde Sık Kullanılan Migrene Özgü İlaçlar .....	24
<b>Tablo 3:</b> Migren Profleksisinde İlaç Seçimi .....	25
<b>Tablo 4:</b> 2004 Uluslararası başağrısı sınıflamasına göre sekonder başağrıları.....	28
<b>Tablo 5:</b> Araştırmaya Katılan Kişilerin Sosyodemografik Özellikleri (n:165).....	41
<b>Tablo 6 :</b> Obezite ve 1 Yıllık Baş Ağrısı Süresi.....	42
<b>Tablo 7 :</b> Bir Yıllık Baş Ağrısı Sürelerinin Kronik Hastalıklar İle İlişkisi.....	42
<b>Tablo 8:</b> Araştırmaya Katılan Kişilerin Sürekli Kullandığı İlaçların Özellikleri.....	43
<b>Tablo 9:</b> Yıllık baş ağrısı günlerinin cinsiyete göre dağılımı.....	43
<b>Tablo 10 :</b> Bir Yıllık Baş Ağrısı Sürelerinin HT,DM ve HL Birlikteliği İle İlişkisi.....	44
<b>Tablo 11 :</b> Bir Yıllık Baş Ağrısı Sürelerinin HT,DM ve HL Birlikteliği Ve Yaş Ortalaması İlişkisi .....	44
<b>Tablo 12:</b> Bir Yıllık Baş Ağrısı Sürelerinin HT,DM ve HL Birlikteliği Olmayanlar İle İlişkisi.....	44
<b>Tablo 13:</b> Bir Yıllık Baş Ağrısı Sürelerinin HT,DM ve HL Birlikteliği Olmayanlar Ve Yaş Ortalaması İlişkisi .....	44
<b>Tablo 14:</b> Bir Yıllık Baş Ağrısı Sürelerinin Diğer Kronik Hastalıklar İle İlişkisi.....	44
<b>Tablo 15:</b> Bir Yıllık Baş Ağrısı Sürelerinin Kronik Hastalıklar İle İlişkisi.....	47
<b>Tablo 16:</b> Bir Yıllık Baş Ağrısı Sürelerinin HT,DM ve HL Birlikteliği İle İlişkisi.....	47
<b>Tablo 17:</b> Bir Yıllık Baş Ağrısı Sürelerinin HT,DM ve HL Birlikteliği Ve Yaş Ortalaması İlişkisi .....	47
<b>Tablo 18 :</b> Bir Yıllık Baş Ağrısı Sürelerinin HT,DM ve HL Birlikteliği Olmayanlar İle İlişkisi.....	47
<b>Tablo 19 :</b> Bir Yıllık Baş Ağrısı Sürelerinin HT,DM ve HL Birlikteliği Olmayanlar Ve Yaş Ortalaması İlişkisi .....	48
<b>Tablo 20 :</b> Bir Yıllık Baş Ağrısı Sürelerinin Diğer Kronik Hastalıklar İle İlişkisi.....	48
<b>Tablo 21 :</b> Son 3 ayda baş ağrısı nedeni ile iş-güç ve sosyal hayat kaybı gün sayıları....	49
<b>Tablo 22 :</b> Son 30 günde baş ağrısı olma durumuna göre yaşam kalitesi bulguları.....	50

<b>Tablo 23 :</b> Erkek katılımcıların son 30 günde baş ağrısı olma durumuna göre yaşam kalitesi durumu.....	51
<b>Tablo 24 :</b> Kadın katılımcıların son 30 günde baş ağrısı olma durumuna göre yaşam kalitesi durumu.....	52
<b>Tablo 25a :</b> Baş Ağrılarından Kurtulmak İçin Aylık Harcama İstekliliğinin Değerlendirilmesi.....	53
<b>Tablo 25b:</b> Baş Ağrılarından Kurtulmak İçin Aylık Harcama İstekliliğinin Değerlendirilmesi.....	54







## ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Baş Ağrısı Nedeni İle Profesyonel Destek Amaçlı Başvuru Sayısı

Şekil 2. Baş Ağrısı Nedeni İle Yapılan Tetkik Sayıları

Şekil 3 : Çalışmamıza katılan baş ağrısı olan kişilerin sayısı ve tanıları



## SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

<b>AHM</b>	Ailesel Hemiplejik Migren
<b>BOS</b>	Beyin Omurilik Sıvısı
<b>DSÖ</b>	Dünya Sağlık Örgütü
<b>EEG</b>	Elektroensefalografi
<b>ER</b>	Emosyonel Rol
<b>fMRI</b>	Fonksiyonel Manyetik Rezonans Görüntüleme
<b>FF</b>	Fiziksel Fonksiyonellik
<b>GTBA</b>	Gerilim Tipi Baş Ağrısı
<b>GIS</b>	Gastrointestinal Sistem
<b>GS</b>	Genel Sağlık
<b>IHS</b>	Uluslararası Baş Ağrısı Derneği (International Headache Society)
<b>ICHD</b>	Uluslararası Baş Ağrısı Sınıflaması (International Classification of Headache Disorders)
<b>İAKB</b>	İlaç Aşırı Kullanımı Baş ağrısı
<b>M.Ö.</b>	Milattan Önce
<b>MSEP</b>	Minor Semptom Değerlendirme Ölçeği (Minor Symptoms Evaluation)
<b>MSQoL</b>	Migrene Spesifik Yaşam Kalitesi Ölçeği (Migraine Specific Quality of Life)
<b>MS</b>	Mental Sağlık
<b>M.S.</b>	Milattan Sonra
<b>NSAİ</b>	Non-Steroid Anti-İnflamatuar
<b>PET</b>	Pozitron Emisyon Tomografi
<b>PAQLQ</b>	Pediyatrik Astım Yaşam Kalitesi Ölçeği (Pediatric Asthma Quality of Life Questionnaire)
<b>SPECT</b>	Single Photon Emission Computed Tomography
<b>SİYK</b>	Sağlığa İlişkin Yaşam Kalitesi
<b>SNRI</b>	Serotonin Noradrenalin Reuptake İnhibitörü
<b>SSRI</b>	Selektif Serotonin Reuptake İnhibitörü
<b>SF-36</b>	Kısa Form-36 (Short Form-36)

<b>SIP</b>	Hastalık Etki Profili (Sickness Impact Profile)
<b>SF</b>	Sosyal Fonksiyonellik
<b>SS</b>	Standart Sapma
<b>TNC</b>	Trigeminal Nucleus Caudalis
<b>VAS</b>	Görsel Analog Skala (Visual Analog Scale)
<b>WHOQOL</b>	Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (World Health Organisation Quality of Life Questionnaire)



## 1.AMAÇ VE KAPSAM:

Dünyada ve ülkemizde yaşlı nüfusu hızla artmaktadır. Nüfusu hızla artan yaşlı popülasyonunda ağrı yaygın görülen ve yaşam kalitesini etkileyen önemli bir sağlık sorunudur. Yaşlılarda en sık görülen ağrı tiplerinden biri baş ağrısıdır. Baş ağrısı, genel toplumda da en sık görülen semptomlardan biridir. (1,2)

Amerikan Migren çalışma grubunun yaptığı bir araştırmada 65 yaş üstü migren prevalansının kadınlarda %7 , erkeklerde %3,5 olarak saptamışlardır. (3)

Pascual ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada; baş ağrısı şikayeti ile nöroloji polikliniğine başvuran 65 yaş ve üzerindeki bireylerin % 63'ünün kadın olduğu ve en fazla gerilim tipi baş ağrısı (% 43), idiyopatik trigeminal nevralji (% 19) ve sekonder baş ağrısı(%15) (serebrovasküler hastalık, temporal arterit, intrakraniyal tümör gibi) tanısı aldığı belirtilmektedir. (4)

Yaşlılarda baş ağrısının yönetiminde , yaşla beraber baş ağrısı prevalansının ve nedenlerinin genel popülasyona göre farklılık gösterdiğinin göz önünde bulundurulması gerekir .(5)

Yaşlılarda sekonder baş ağrıları daha sık iken gençlerde primer baş ağrılarının daha sık görülmektedir. Sekonder baş ağrıları yaşlı popülasyonda görülen tüm baş ağrılarının yaklaşık 1/3'ünü oluşturur.(6) Yaşlı bireylerde ağrının yanı sıra karmaşık ve birçok sosyal, tıbbi ve psikolojik sorunlar birlikte görülebilir. (1)

Son yıllarda ülkemizde yapılan sınırlı sayıda çalışmada,GTBA ve migren başta olmak üzere, baş ağrılarının bireysel ve toplumsal yükü incelenirken doğrudan ve dolaylı etkiler açısından ciddi sonuçlara ulaşılmıştır. Üretkenlik kaybı ve yaşam kalitesinde düşüş, bireysel ve toplumsal ekonomik yük, işgücü/okul günü kaybı gibi kavramların öne çıktığı bu incelemelerle tahminlerin ötesinde bir sorunla karşı karşıya kaldığımızı anlıyoruz. (7)

Bizim bu çalışmamızda ki amacımız HARDSHIP (Headache-attributed restriction, disability, social handicap and impaired participation ) anketi kullanarak 65 yaş üstü bireylerde tekrarlayan baş ağrısının sıklığını, baş ağrısının karakteristiğini, sosyo-demografik özelliklerini, yaşam kalitesine etkisini ve sosyal hayattaki kayıplarını tespit etmeyi amaçladık. (8,9)



## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Baş ağrısı

#### 2.1.1. Baş Ağrısı Tanımı

Baş ağrısı, baştaki ağrıya duyarlı yapıların çeşitli etmenlerle etkilenmesi sonucunda ortaya çıkan, bazen de boyun ve yüzde yansıyan hoş olmayan duyumsamayı ifade eder. (10) Nörologların ve diğer hekimlerin pratiğinde baş ağrısı, en sık karşılaşılan şikayettir.

#### 2.1.2. Baş Ağrısı Tarihçesi

Baş ağrısı çok eski çağlardan beri bilinen ve toplumun geniş bir kısmını etkileyen bir sorundur.

Milattan önce (MÖ) 7000’li yıllardan kalan insan kafataslarında, “trepanasyon” adı verilen ve bir cisimle kafatasının delindiği bir işlemin uygulandığına dair bulunan izlerin baş ağrısı tedavisi nedeniyle yapıldığı düşünülmektedir. Hipokrat (MÖ 460), migreni sıklıkla sağ gözde gelişen ışık parlamasını takiben şakaklarda başlayan ve sonrasında tüm baş ve ense bölgesine yayılan şiddetli ağrı olarak tanımlamış; baş ağrısının egzersiz veya cinsel ilişki ile tetiklenebileceğine ve kusmanın baş ağrısını kısmen dindirebileceğine inanmıştır (12).

MS 80 yılında Kapadokyalı Arateus migren tanımını “sadece yüzün tek tarafını tutan baş ağrısı ile beraber bulantıya yol açan bir hastalık ” şeklinde yapmasıyla migrenin kaşifi olarak kabul edilmektedir (13).

Galen’in MS 200 yılında tek taraflı baş ağrısı için kullandığı Yunanca Hemikrania terimi sonra eski İngilizcede ‘Megrim’e dönüştürülmüş ve Fransızca migren olarak kesinleşmiştir. (14).

18. yüzyıl ikinci yarısında Fothergill migrenin tipik görsel aurasını veya migreni tanımlarken ilk kez güçlendirme tayfı (fortification spectrum) terimini kullanmıştır. Yarım ay üzerine dizili izlenimi veren tırtıklı kenarlar veya zigzag/kırık çizgiler gibi şekilsel özellik taşıyan karışık tipte görsel varsanılar olduğunu ifade etmiş, migrenin klasik görsel aurasını tarif etmiştir (15).

1796 da Darwin baş ağrıları ve migrenden kurtulabilmek için hastanın hareket merkezine kafası gelmek üzere yatırılıp santrifüje tabi tutulması gerektiğini böylece kanın beyinden vücudun diğer organlarına zorunlu olarak iletilerek baş ağrısının geçeceğini öne sürmüş ve

150 yıl sonra Harold G. Wolff ve Graham vasküler teoriyi öne sürmüştür. 1944'te Leao kortikal yayılan depresyondan ve nöral teoriden bahsetmiştir (15).

Bu hızlı ve önemli gelişmeler, ortak bir terminoloji ihtiyacını doğurmuş ve baş ağrılarının ilk modern sınıflaması 1962'deki Ad-Hoc Komitesi'nce yapılmıştır. Gelişen nörobilimler ışığında, bu sınıflamadaki yetersizlikler, 1988 yılında Uluslararası Baş ağrısı Derneği (IHS) tarafından yenilenen sınıflama ile kısmen giderilmiştir (16).

Son olarak yine IHS tarafından 2004'te gözden geçirilerek bazı yeni tanımlanan baş ağrılarının da dâhil edilmesiyle şu anki halini alan baş ağrısı sınıflaması ve tanı kriterleri, nörologlarının ve tüm diğer hekimlerin kullanımına sunulmuştur (16).

### **2.1.3. Baş Ağrısı Epidemiyolojisi**

Baş ağrısı insanları hekime götüren en sık ağrı çeşitlerinden biridir. Baş ağrısı sık görülmesi ve kişilerin sosyal aktivitelerini ve çalışmalarını bozucu etkisinin olabilmesi nedeniyle kişiyi ve toplumu ekonomik olarak olumsuz yönde etkilemekte ve önemli düzeyde engel yaratmaktadır. Gerilim tipi baş ağrısı (GTBA) migrene kıyasla daha az yüke neden olsa da, migrenden daha sık görülmesi nedeniyle topluma getirdiği toplam sosyal yükün migrenden fazla olduğu belirtilmektedir (17).

Erişkin popülasyonda baş ağrısı prevalansı %46'dır. Gerilim tipi baş ağrısı ve migren, erişkinleri en sık etkileyen (sırasıyla %42, %11) baş ağrısı tipleridir. Dünya popülasyonunun yaklaşık %3'ünün, hayatının bir döneminde 15 günden fazla süren, kronik baş ağrısından etkilenmiş olduğu gözlenmiştir (29). Baş ağrısı evrensel bir belirtidir ve erkeklerin %95'i, kadınların %99'unun, hayatları boyunca en az bir kez baş ağrısı atağı geçirdiği kabul edilmektedir (22). Baş ağrısının hafif düzeyde, kısa sürelerle, her gün bile olabileceği göz önüne alındığında ise oran %30-90'lara çıkmaktadır (30, 31).

En sık görülen yakınmalardan biri olan tekrarlayıcı baş ağrıları, kronik primer baş ağrısı belirtileri arasında sayılmasına karşın oftalmolojik problemler, sinüzit, diş hastalıkları, infeksiyonlar, beyin tümörleri, serebral hemoraji ve menenjit de baş ağrısı şeklinde ilk belirtisini verebilmektedir. "Benign" özellikteki bir baş ağrısı şiddetli olabilirken, "malign"

özelliğindeki bir baş ağrısı hafif seyredebilmekte, bu nedenlerle de baş ağrısı olan birçok hasta, ciddi bir hastalık veya yaşamı tehdit eden bir durum olup olmadığı konusunda endişelenmektedir. Bu yüzden her klinisyenin, baş ağrısı tanı ve tedavisi hakkında bilgi sahibi olması gerekmektedir (32).

Dünya Sağlık Örgütü'nün yeti yitimi nedenleri sıralamasında, baş ağrısı bozuklukları her iki cinsiyet için de en sık rastlanan on neden arasında yer almaktadır. Kadınlar için ise yeti yitimine yol açan ilk beş neden arasındadır (17).

Baş ağrısının ve en yaygın alt türlerinin dünya çapındaki yaygınlığı hakkında bilinenlere açıklayıcı bir güncelleme sağlamak ve dünyadaki baş ağrısı yükünü hesaplamak için gereken popülasyon temelli verileri elde etmek için yapılan bir çalışmada gerilim-tipi baş ağrısına bağlı yeti yitiminin migrene bağlı olandan daha fazla olduğu gösterilmektedir.

Baş ağrısı nedeniyle işe gidememe üzerine Amerika'da yapılan popülasyon-temelli bir çalışmada hem kronik hem epizodik gerilim tipi baş ağrısı nedeniyle çok sayıda işe gidilemeyen gün olduğu bildirilmiştir (18). Avrupa'daki benzer bir çalışmada gerilim tipi baş ağrısı nedeniyle işe gidilemeyen gün sayısının migren nedeniyle olanlardan üç kat fazla olduğu gösterilmiştir (19).

Primer baş ağrılarında gerilim tipi baş ağrısı toplum çalışmalarında en sık rastlanılanıdır (20). Öte yandan baş ağrısı yakınması nedeniyle tıbbi yardım için yapılan başvurularda en sık rastlanan primer baş ağrısı migrendir (21).

Primer baş ağrıları sekonder baş ağrılarına göre daha sık görülmektedir. Primer ve sekonder baş ağrılarının çoğu kadınlarda daha sık görülmektedir (22).

Rasmussen ve arkadaşlarının 1991 yılında baş ağrısı bozukluklarının toplumdaki dağılımını incelemek için kişisel klinik değerlendirme yoluyla temsil gücü yüksek bir çevre örnekleminde ICHD tanı kriterleri kullanılarak yaptığı çalışmada bütün primer baş ağrılarının yaşam boyu prevalansı gerilim tipi baş ağrısı için % 78, migren için % 16 bulunmuştur (22). Aynı çalışmada erkeklerde yaşam boyu prevalans herhangi bir baş ağrısı için % 93, migren için % 8, gerilim tipi baş ağrısı için % 69; kadınlarda yaşam boyu prevalansı herhangi bir baş ağrısı için % 99, migren için % 25, gerilim tipi baş ağrısı için % 88 bulunmuştur (22).



Migren prevalansı yaş ve cinsiyete göre değişmektedir. Migren genel popülasyonun %10'undan fazlasını etkileyen bir baş ağrısı türüdür. Yapılan bir prevalans çalışmasında erişkin kadınlarda %12-24, erkeklerde %5-12 oranında görüldüğü saptanmıştır. Kadınlarda %21,8, erkeklerde %10,9 olarak saptanmıştır (23).

Migrenin ülkemizde en sık görüldüğü yaş grubu 30-39 olarak bulunmuştur. Prevalans 40 yaşına kadar artmaktadır (22,24). Ülkemizde gerçekleştirilen çok merkezli bir baş ağrısı epidemiyolojisi çalışmasında, 15-55 yaş grubunda migren prevalansı %16.4 olarak bulunmuş olup bu oran kadınlar için %21.8, erkekler için %10.9'dur. Bu değerler göreceli olarak yüksek izlenimi vermekle birlikte yakın zamanda batıda yapılmış çalışmalar ile uyumludur. (11) Amerikan migren çalışmasında migren sıklığının gelir düzeyi arttıkça azalma eğiliminde olduğu bildirilmiştir (25). Ancak Türkiye'de yapılan prevalans çalışmasında sosyoekonomik düzey ile migren sıklığı arasında önemli bir fark bulunamamıştır (26).

Gerilim tipi baş ağrısının kesin prevalansı bilinmemektedir; çünkü hastalar yalnızca yakınmaları yaşam tarzlarını bozacak şekilde sıklaşır veya kronikleşirse doktora başvururlardır (15). Prevalansı ağrı sıklığı ve şiddetine göre değişkenlik göstermektedir. Çalışmalar genel toplumda % 30-78 arasında farklı yaşam boyu prevalans dağılımı göstermiştir (15). Batı ülkelerinde bir yıllık gerilim tipi baş ağrısı prevalans oranları kadınlarda % 34-86, erkeklerde % 28-63 arasında değişmektedir (22,27). Batıda yapılan çalışmalar GTBA sıklığının toplumda epizodik tipte % 60'lara kadar çıktığını, hatta aştığını, kronik tipte ise % 4'ü aşmadığını göstermektedir (17,25).

Danimarka'da yapılan 12 yıllık izlem çalışmasında kadın/erkek oranı 2,6/1 olarak tespit edilmiştir (28). Schwartz ve arkadaşları tarafından epizodik gerilim tipi baş ağrısı sıklığının eğitim düzeyi ile doğru orantılı arttığı saptanmıştır (19).

#### **2.1.4. Baş Ağrılarının Sınıflandırılması**

Klinik sınırların çok net olmaması, bir hastada birden çok farklı tipte baş ağrısı olması, laboratuvar ve radyolojik belirteçlerin tanı koyucu nitelikte olmaması ve patolojik süreçlerin kesin olarak açıklanamaması sebepleri dolayısıyla özellikle birincil baş ağrılarında tanı koymak oldukça zor olabilmektedir.

Fizik muayene laboratuvar ve radyolojik incelemeler varlığında hastadan alınan öykünün güvenilirliği daha da önem kazanmaktadır. Belirlenen tanı kriterleriyle birlikte hastanın öyküsü tanı için yeterli olabilir.(12)

2004 yılında tekrar gözden geçirilerek sunulan IHS sınıflamasına göre baş ağrıları üç ana başlıkta ve ondört alt kategoride toplanmıştır.(13,14)

Uluslararası Baş Ağrısı Sınıflaması (International Classification of Headache-ICHD II 2004) şöyledir:

##### **A. Birincil Baş Ağrıları**

##### **1. Migren**

###### **1.1. Aurasız Migren**

###### **1.2. Auralı Migren**

###### **1.2.1 Özgün Auralı Migren**

###### **1.2.2 Özgün Auralı, Migrene Benzemeyen Baş ağrısı**

###### **1.2.3 Baş ağrısız Özgün Aura**

###### **1.2.4 Ailesel Hemiplejik Migren (AHM)**

###### **1.2.5 Sporadik Hemiplejik Migren**

###### **1.2.6 Baziler Migren**

##### **1.3. Migrenin Yaygın Öncülleri Olabilecek Çocukluk Çağının Periyodik Sendromları**

###### **1.3.1 Tekrarlayıcı Kusma**

1.3.2 Abdominal Migren

1.3.3 Çocukluk Çağının İyi Huylu, Ataklarla Giden Baş Dönmesi

1.4. Retinal migren

1.5. Migren komplikasyonları

1.5.1 Süregen Migren

1.5.2 Migren Statusu

1.5.3 İskemi Olmaksızın Dirençli Aura

1.5.4 Migrene Bağlı İnfarktlar

1.5.5 Migrene Bağlı Epileptik Nöbetler

1.6. Olası migren

1.6.1 Olası Aurasız Migren

1.6.2 Olası Auralı Migren

1.6.3 Olası Süregen Migren

2. GTBA

2.1. Sık Olmayan Epizodik GTBA

2.1.1 Perikraniyal Kasların Bozukluğu ile İlişkili Sık Olmayan Epizodik GTBA

2.1.2 Perikraniyal Kasların Bozukluğu Olmaksızın Sık Olmayan Epizodik GTBA

2.2. Sık Epizodik GTBA

2.2.1 Perikraniyal Kasların Bozukluğu ile İlişkili Sık Epizodik GTBA

2.2.2 Perikraniyal Kasların Bozukluğu Olmaksızın Sık Epizodik GTBA

2.3. Süregen GTBA

2.3.1 Perikraniyal Kasların Bozukluğu ile İlişkili Süregen GTBA

2.3.2 Perikraniyal Kasların Bozukluğu Olmaksızın Süregen GTBA

## 2.4. Olası GTBA

### 2.4.1 Olası Sık Olmayan Epizodik GTBA

### 2.4.2 Olası Sık Olan Epizodik GTBA

### 2.4.3 Olası Sürengen GTBA

## 3. Küme ve Diğer Trigeminal Otonomik Baş Ağrıları

## 4. Diğer Birincil Baş Ağrıları

### B. İkincil Baş Ağrıları

### C. Kranial Nevraljiler, Santral ve Birincil Fasiyal Ağrı ve Diğer Baş Ağrıları

## 2.1.4.1. Migren

### 2.1.4.1.1. Migrenin Patofizyolojisi

Migrenin epidemiyolojisinin, genetiğinin, patofizyolojisinin, farmakolojisinin büyük oranda belirlenmesine karşın bugüne kadar öne sürülen hiçbir teori migrenin tüm evrelerini açıklayamamıştır.(15)

Migrenin vasküler kökenli olabileceği 17. yüzyılda Willis tarafından öne sürülmüşse de nörojenik teorileri tümüyle dışlayamamış ve bu tartışma günümüze kadar gelmiştir.(16)

Günümüzde ise atakların oluşmasının beynin aşırı duyarlı olması veya diğer bir deyişle uyarılma eşiğinin düşmesi ile ilişkili olabileceği ve büyük ihtimalle beyin sapındaki bazı yapıların bu süreci başlattığı öne sürülen yaklaşım kabul görmektedir. Bununla ilgili yapılan PET (Positron Emission Tomography) ve fMRI (functional Magnetic Resonance Imaging) görüntüleme yöntemleriyle beyin sapı yapılarının ataklarla ilgili bir jeneratör görevi üstlendiğine dair bulgulara ulaşılmıştır.(17,18)

Lokus seruleus ve raphe çekirdekleri beyin kan akımının düzenlenmesini sağlarken, kortikal eksitabilitiyi de etkileyebilmekte ve endojen ağrı mekanizmalarını kontrol etmektedir. Trigemino-vasküler sistemin bu yapıların da etkisiyle bir şekilde ağrı mekanizmasında etkili olduğu öne sürülmektedir.(12) Bu aşırı uyarılabilir serebral korteks; migrenin kökeninde de yer almaktadır. Bu aşırı duyarlılığı açıklayabilecek patofizyolojik

teorilerden en önemlileri; mitokondrial defekt, magnezyum eksikliği ve iyon kanal anomalileridir.(17)

1944'te Leao kortikal yayılan depresyon teorisi ile korteks boyunca yayılan inhibisyon dalgasında söz etmiştir. Migren aurasını en iyi açıklayan kortikal yayılan depresyon olsa da bu durumu sadece iskemi ile izah etmek mümkün gözükmemektedir.(19)

Yapılan araştırmalar sonucunda bulunan kanıtlar şu üç mekanizma üzerinde yoğunlaşmaktadır: Ekstrakranial vazodilatasyon, ekstrakranial nörojenik inflamasyon ve santral ağrı yollarındaki azalmış inhibisyon.(17,20)

Aura döneminde serebral vazokonstrüksiyon geliştiği ve baş ağrısı döneminde serebral kanlanmanın arttığı kuramı bir çok çalışma ile desteklenmiştir, ancak vazokonstrüksiyon-vazodilatasyon modelinin aura ve baş ağrısı dönemlerini tam olarak tanımlayamadığı, fMRI, PET ve SPECT (Single Photon Emission Computed Tomography) gibi yeni tekniklerle gösterilmiştir.(17-19)

Periakvaduktal gri maddedeki P/Q tipi kalsiyum kanallarının blokajı ile trigeminal nükleus kaudalis te aktivasyon meydana gelmektedir. Buna ek olarak kortikal yayılan depresyon ile trigeminal vasküler nosiseptörler direk olarak da uyarılabilmektedir. Bu durum kortikal ve beyin sapına ait patolojilerin nasıl trigeminal aktivasyon yaptığını açıklayabilir. Trigeminal vasküler nosiseptörlerden salınan nöropeptidler yoluyla ortaya çıkan steril nörojenik inflamasyon da trigeminal nükleus kaudalisi uyarmaktadır.(12,15,17)

Serotoninin büyük damarlarda vazokonstrüksiyon, arteriollerde ise vazodilatasyon yapması ve üriner metaboliti olan 5-HIAA (5-Hidroksi İndol Asetik Asit) nın migren atağı sırasında idrarda artışı gibi kanıtlar; migren patogenezinde etkin bir mediator olduğunu düşündürmektedir. 5-HT-1B/D reseptörlerini selektif olarak etkileyen Sumatriptan'ın bulunuşu da bu kanaatin bir sonucu ve ispatı olmuştur.(17)

Önceden beri öne sürülen migrenin kalıtsal yönünün olduğu teorisi özellikle son zamanlarda ikiz çalışmaları ile desteklenmiştir.(21) Bu amaçla yapılan çalışmalarla kalsiyum kanalı (CACNA1A), Na/K-ATPaz pompası (ATP1A2) ve sodyum kanalı (SCN1A) ile ilgili mutasyonlar gösterilerek bir migren formu olan Ailesel Hemiplejik Migren'in (AHM) otozomal dominant olarak kalıtıldığı gösterilmiştir.(22) Yapılan genetik çalışmalar migrenin kalıtsal yönünün Mendelyan Patern ile izah edilemeyecek kadar

karışık olduğunu göstermiştir. Bu nedenle son dönemlerde; migren fenotipiyle genetik bağlantı analizleri üzerinde yoğunlaşmaya başlanmıştır.(12,15,17,21,23)

Sonuç olarak genetik olarak yatkın olan kişilerde biyolojik, psikolojik ve çevresel etmenlerle tetiklenen migren ataklarından; düşük serebral uyarı eşiği sorumlu tutulmaktadır. Beyin sapı nörovasküler mekanizmalarının aracılığıyla oluşan atakların, bu eşiğin giderek yükselmesi ile sonlanacağı ileri sürülmektedir. Bütün bu karışık modeller çeşitli zorluklar nedeniyle şu ana kadar migrenin tüm evrelerinin patogenezi açıklayamamaktadır fakat genetik çalışmalar ve ileri görüntüleme yöntemlerinin gelişmesi ümit vericidir.

#### **2.1.4.1.2. Migrenin Kliniği**

Migren, sık görülen, kalıtsal yönü olan, çoğunlukla ergenlik ve genç yetişkinlik çağlarında ortaya çıkan, yaş ve gebelik ile azalma eğilimi gösteren, periyodik, genellikle 4-24 saat süren tek taraflı zonklayıcı baş ağrısı olarak tariflenebilen bir hastalık olarak tanımlanabilir.(17)

Migren baş ağrısı orta veya ağır şiddette olup bireyin yaşam kalitesini olumsuz etkileyerek günlük yaşamının kısıtlanmasına neden olur.(24,25) Baş ağrısı çoğunlukla sabahları ve günün ilerleyen saatlerinde ortaya çıkar, tek taraflı pulsatil ağrı ataklar arasında ve hatta aynı atakta bile taraf değiştirebilir.(17,26)

Bulantı, kusma, ışığa karşı hassasiyet (fotofobi), sese karşı hassasiyet (fonofobi) gibi semptomlar baş ağrısına eşlik edebilir. Baş hareketleri ve egzersizle artma eğiliminde olması nedeniyle hastalar genellikle loş ve sessiz bir odada dinlenerek rahatlamaya çalışır.(12,15,17)

Tanı ve tedavi açısından önemli olması sebebiyle migren ataklarını tetikleyen faktörlerin belirlenmesi önemlidir. Migrene spesifik olmayan tetikleyici faktörler arasında yetersiz ya da fazla uyku, stress, açlık, yorgunluk, menstruasyon, bazı ilaçlar (nitrogliserin, sildenafil, dipiridamol gibi) sayılabilir. Migren için daha spesifik olanlar ise; bazı fiziksel uyaranlar (ışık, ses, koku, rüzgar, sigara) ve bazı gıdalar (en fazla çikolata olmak üzere, peynir, turunçgiller, kırmızı şarap gibi mayalı ve alkollü içkiler, monosodyum glutamat, nitrat ve aspartat içeren gıdalar) olarak öne çıkmaktadır.(15,17,26)

Migrenin iki temel formu olan auralı ve aurasız migren görülme oranı 1:5 tir. Auralı migrende en çok görsel aura tariflenmekle birlikte; motor belirtiler, konuşma ve dengeye dair bozukluklarda tariflenmektedir.(12)

Geniş çaplı araştırmalar, gözlemler ve tanımlamalara rağmen migrene özel tanımlayıcı laboratuvar veya görüntüleme bulgusu yoktur. Başka bir deyişle migren tanısı koymak için iyi alınmış bir öykü tüm incelemelerden daha anlamlı olmaktadır. Diğer klinik ve laboratuvar incelemeler ise ikincil baş ağrısı etiyojisini dışlamak amacıyla kullanılabilir.(13,18,27)

Bir çok çalışmada sessiz serebral infarktlarla migrenin birlikteliği gösterilmiştir. Özellikle auralı migreni olan genç kadınlarda iskemi riskinin altı kata kadar artmış olduğu düşünülürse; bu kişiler oral kontrasepsiyon ve sigara gibi ek predispozan faktörler konusunda uyarılmalıdır.(28–30)

Migrenin, ataklar ve bu ataklar arasında normal süreleri de içeren bir döngüsü vardır. Atakların getirdiği yüke ek olarak ataksız dönemdeki; baş ağrısı atağının tekrar ne zaman geleceği endişesini yaşamak ve migreni tetikleyen şeylerden kaçınarak yaşama zorunluluğu gibi faktörler, kişinin yaşam kalitesini olumsuz şekilde etkilemektedir.(31,32)

Migren atakları; prodrom dönemi, varsa aura dönemi, ardından baş ağrısı dönemi ve en sonda postdrom dönemi olmak üzere dönemlere ayrılabilir. Bu evreler ataktan atağa ve kişiden kişiye değişiklik gösterebilir.(12,17)

### **Prodrom Dönemi:**

Hastaların yaklaşık %15-70 kadarında baş ağrısı başlamadan önceki saatler/günler içerisinde bazı duygusal, bilişsel ve otonomik semptomlar gözlemlendiği belirtilmiştir. Bu dönemde depresif duygudurum, durgunluk, aşırı duyarlılık, öfori, dikkat azalması, kelime bulmada güçlük, koku hassasiyeti artışı, esneme, halsizlik, tatlı yeme isteği, iştah azalması yada artışı, şişkinlik hissi, kabızlık veya ishal görülebilmektedir.

### **Aura Dönemi:**

Migren baş ağrısından önce veya baş ağrısı ile birlikte gözlenen nörolojik belirtileri ifade eder. 5-20 dakika kadar süren duygusal, motor, konuşma veya beyin sapı işlevlerine dair bozukluklar şeklindeki belirtiler genelde 60 dakikayı geçmez. Aura; her auralı migren

tanısı almış hastada bile her atakta görülmeyebilir. En çok pozitif görsel belirtiler yanıp sönen ışık parlamaları(fotopsia) gibi veya şekilli complex görsel halusinasyonlar (teicopsia, fortification spectra) ve görme alanındaki kısmi/tam görme defektleriyle seyreden negative görsel belirtiler tarif edilmektedir. Bazı hastalarda “Alice Harikalar Diyarında Sendromu” olarak adlandırılan; cisimlerin şekil-büyüklik algısındaki bozulmayı ifade eden görsel illüzyonlar tarifledikleri saptanmıştır.(17)

Konuşma bozuklukları, vertigo, hemiparezi gibi aura belirtileri bazen iskemik atak veya epileptik belirtilerle karışabilmektedir. Ama auranın yayılma hızının 20-60 dakika gibi yavaş olmasıyla iskemik atak ve epilepsiden ayırt edilebilir.(12,15)

### **Baş Ağrısı Dönemi:**

Baş ağrısı dönemi çoğunlukla 4-24 saat arası sürer. Karakter olarak pulsatildir. Başın bir tarafında görülür ve orta-ağır şiddetlidir. Süresi, niteliği, yeri, şiddeti; ataktan atağa ve hatta aynı atak sırasında bile değişiklik gösterebilir. Başlangıçtan sonraki birkaç saat zonklayıcı ve çok şiddetliken sonra künt vasıflı ve orta şiddette olabilir. Hastaların yarısına yakını ortalama ayda bir veya iki kez atak geçirir ve az bir hasta grubunda ise baş ağrısı başın hep aynı tarafında hissedilir.

Ağrıyla birlikte genellikle bulantı, kusma, fotofobi, fonofobi, burun tıkanıklığı, bulanık veya çift görme, çarpıntı, terleme, sinirlilik, halsizlik, solukluk, sık idrara çıkma, kabızlık veya ishal ve ense sertliği gibi belirtiler görülebilir. Hareket, ışık ve gürültü ağrıyı artırırken, karanlık ve sessiz ortam, başı sıkıştırma ve soğuk uygulama ağrıyı azaltmaktadır.(12,17)

### **Postdrom Dönemi:**

Bu dönemde ağrı azalarak kaybolur ve belirgin bir rahatlama gözlenir. Acıkma, idrara çıkma isteği belirir, ayrıca yorgunluk ve tükenmişlik hissi olabileceği gibi yenilenmişlik hissi ve öforide görülebilir.(17)

#### **2.1.4.1.3. Migrenin Tedavisi**

Mevcut bilgiler ışığında migrenin patofizyolojisi tam olarak aydınlatılmadığı için şu anki tedaviler daha çok semptomlara yönelik olmaktadır. Tedavi yaklaşımları; ilaçla tedavi ve ilaç dışı tedavi yöntemleri olmak üzere gruplandırılabilir.(13)



Tetikleyici faktörlerden kaçınma (diyet, ilaçlar, çevresel etmenler gibi) egzersiz, düzenli uyku ve beslenme, çeşitli gevşeme teknikleri, kognitif-davranışsal terapiler, nörobiyofeedback ve akupunktur gibi yöntemler ilaç dışı tedavi seçeneği altında sıralanabilir.(33,34)

İlaçla tedavi migrende atakların tedavisi ve profilaktik tedaviden oluşmaktadır.(35)

### **Atakların tedavisi:**

Hafif, orta ve ağır şiddetli atakların tedavisinde kullanılan ilaçlarda farklılık göstermektedir. Hafif ataklarda kullanılan ilaçlar basit analjezikler'dir (Parasetamol, Asetil Salisilik Asit gibi). Orta şiddetli atakların tedavisinde kafeinle kombine analjezikler veya NSAİ (NonSteroid Anti İnflamatuar) ilaçlar (Etodolak, Naproksen, İbuprofen gibi) kullanılmaktadır. Ağır şiddetteki migren ataklarında ise migrene spesifik olan triptanlar veya ergotamine türevleri kullanılmaktadır. 5-HT<sub>1B/5-HT<sub>1D</sub></sub> agonisti serotoninerjik etkili triptanlar; ergotamin türevlerinin uzun dönem vasküler yan etkileri nedeniyle daha fazla tercih edilmektedir.

İlaç tedavisi; atağın süresi, şiddeti, eşlik eden semptomlar ve tıbbi durumlar ile hastaların tercihleri de göz önünde bulundurularak düzenlenmelidir. (Tablo 1 ve 2) Opioidlerin ve steroidlerin atak tedavisinde kullanımı günümüzde pek kabul görmemektedir.(12) Analjezik ve triptanlara eklenmek suretiyle antiemetik olarak Domperidon veya Metoklopramid kullanılması, atak tedavisinin etkinliğini artırdığı belirtilmektedir.(17,36)

Klorpromazin 10 mg IV (intravenöz) kullanımı atakların tedavisinde diğer bir seçenek olmasıyla beraber hipotansiyon ve istemsiz hareketler yan etkileri açısından dikkat edilmelidir. (17)Magnezyum sülfat'ın 1 mg IV infüzyonunun bazı hastalarda etkili olduğu ileri sürülmüştür.

**Tablo 1: Atak Tedavisinde Kullanılan Migrene Özgü Olmayan İlaçlar(12,17)**

<b>İlaç</b>	<b>Doz (mg/gün)</b>	<b>Yan Etkiler</b>	<b>Kontrendikasyonlar</b>	<b>Uygun Ek Tıbbi Durum</b>
<b>Asetil Salisilik Asit</b>	500-1000	GIS yan etkileri, kanama diyatezi	Peptik ülser, kanama diyatezi, gebelik son üç ay	Koroner arter hastalığı, Geçici iskemik atak
<b>Parasetamol</b>	500-1000	Nadiren cilt/karaciğer bozuklukları	Karaciğer/Böbrek yetmezliği	Gebelik
<b>Diklofenak</b>	50-100	GIS yan etkileri	Karaciğer/Böbrek yetmezliği, Peptik ülser	Artrit ve diğer ağrılı durumlar
<b>Naproksen</b>	550-1100	GIS yan etkileri, hematüri, ödem	Peptik ülser, Kanama diyatezi	Artrit ve diğer ağrılı durumlar
<b>Ketoprofen</b>	50-100	GIS yan etkileri	Karaciğer/Böbrek yetmezliği, Peptik ülser	Romatizmal hastalıklar, dismenore
<b>Flurbiprofen</b>	100-300	GIS yan etkileri	Karaciğer/Böbrek yetmezliği, Peptik ülser	Romatizmal hastalıklar, dismenore
<b>İbuprofen</b>	200-800	GIS yan etkileri	Karaciğer/Böbrek yetmezliği, Peptik ülser	Romatizmal hastalıklar, dismenore
<b>Metamizol</b>	1000	Hipotansiyon, pansitopeni, GIS yan etkileri	Porfiri, kan diskrazileri, glukoz6-fosfat dehidrogenaz eksikliği	--

**Tablo 2: Atak Tedavisinde Sık Kullanılan Migrene Özgü İlaçlar (12,17)**

İlaç	Uygulama şekli	Doz (mg/gün)	Ortak Yan Etkiler	Ortak Kontrendikasyonlar
<b>Eletriptan</b>	Oral	40-80	Ateş basması, halsizlik,	Baziler tip migren,
<b>Sumatriptan</b>	Oral, Nazal, Subkutan	50-100 / 2040 / 6-12	sersemlik, baş dönmesi,	Hemiplejik migren, Serebrovaskuler hastalık, Periferik arter hastalığı,
<b>Frovatriptan</b>	Oral	2,5-5	bulantı, ağız kuruluğu,	Prinzmetal anjina,
<b>Naratriptan</b>	Oral	2,5-5	göğüste sıkıntı hissi Not:	Kontrolsüz hipertansiyon,
<b>Rizatriptan</b>	Oral	10-30	Bunlara ek olarak nazal formlar tat duyusunu bozabilir,	Gebelik Not: Bunlara ek olarak nazal formlar nezle-grip ve sinüzitte de kontrendikedir
<b>Zolmitriptan</b>	Oral, Nazal	2,5-5 / 2,5-10	subkutan formda ise enjeksiyon yerinde lokal reaksiyonlar görülebilir.	

Dört saatten kısa aralıklarla oluşan veya 72 saatten uzun süren migren atakları, migren statusu olarak kabul edilmektedir. Status tedavisi için steroidlere ek olarak antiepileptik, nöroleptik, antiemetik veya magnezyum gibi IV seçeneklerden uygun kombinasyonla hastaya göre tedavi şekli oluşturulur. Günde dört defa verilen 20 mg 'lık prednizolon tedavisi, birkaç günde azaltılarak kesildiğinde status için etkin bir uygulama yöntemi olabilir.(12,17)

### **Proflaktik tedavi:**

Proflaktik tedavi endikasyonları olarak; 48 saatten uzun süren atak, ayda üç'ten fazla atak, dayanılmaz şiddette ağrılar ve hemiplejik/baziler migren sayılabilir. Migrene eşlik eden tıbbi durumlar proflaktik ilaç seçiminde temel rol oynar (Tablo 3).

Proflaksi amacıyla en sık kullanılan ilaç grupları: beta blokerler (propranolol, metoprolol ve nebivolol gibi), antidepresanlar (amitriptilin ve diğer trisiklikler, sertralin gibi SSRI'lar ve venlafaksin gibi SNRI'lar), kalsiyum kanal blokerleri (flunarizin, verapamil gibi) ve antiepileptikler'dir (valproik asit, topiramet, lamotrijin, gabapentin).(12,15,17,37)

Proflakside denenilen Riboflavin (Schoenen ve ark., 1998), Magnezyum (Mauskop ve ark., 1998) ve Botulinum toksinİ enjeksiyonu (Silberstein ve ark., 2000) ile ilgili veriler henüz netlik kazanmamıştır.(17)

**Tablo 3: Migren Proflaksisinde İlaç Seçimi (12,17)**

<b>Migrene eşlik eden tıbbi durum</b>	<b>Proflaktik ajan</b>	<b>Uygunluk</b>
<b>Hipertansiyon</b>	Beta bloker	+
	Kalsiyum kanal blokeri	+
<b>Anjina</b>	Kalsiyum kanal blokeri	+
<b>Stres</b>	Beta bloker	+
<b>Depresyon</b>	Antidepresan	+
	Beta bloker	-
<b>İnsomnia</b>	Trisiklik antidepresan	+
<b>Epilepsi</b>	Valproat, Topiramet	+
	Trisiklik antidepresan	-

<b>Obezite</b>	Topiramet Valproat, Flunarizin, Trisiklik antidepresan	+ -
<b>Astım</b>	Beta bloker	-
<b>Reynaud fenomeni</b>	Beta bloker	-
<b>İleri yaş</b>	Trisiklik antidepresan	-
<b>Dikkat gerektiren iş</b>	Trisiklik antidepresan, Topiramet	-
<b>Karaciğer hastalığı</b>	Valproat	-
<b>Glokom</b>	Topiramet	-
<b>Böbrek taşı</b>	Topiramet	-

#### **2.1.4.2. Gerilim Tipi Baş Ağrısı(GTBA)**

##### **2.1.4.2.1. GTBA'nın Patofizyolojisi**

Önceleri gerilim tipi baş ağrısının perikraniyal kasların anormal kasılmasının bir sonucu olduğu düşünülmüşse de yapılan Elektromiyografi ve Botulinum toksin çalışmaları ile bu varsayımdan vazgeçilmiştir. Ağrının perikraniyal kaslardaki bu gerginliğin direkt sonucu olmadığını vurgulamak amacıyla IHS 2004 sınıflamasında gerilim baş ağrısı terimi yerine gerilim tipi baş ağrısı terimi kullanılmaya başlanılmıştır.(17,38)

Fiziksel ve psişik stresle, perikraniyal kaslarda nosiseptif uyarılma ve endojen antinosiseptif baskılanma sonucu trigeminal kaudal nükleusta duyarlılaşma meydana gelir. Bu da migrendeki gibi trigeminovaskuler mekanizma ile baş ağrısına yol açar ve migren ile GTBA arasında gözlenebilen semptomatik benzerliği açıklar.(13,20,33,39)

#### **2.1.4.2.2. GTBA'nın Kliniği**

En sık görülen birincil baş ağrısı gerilim tipi baş ağrısıdır. Yıllık prevalans ülkemizde %30 gibi yüksek düzeylerde olsa da göreceli olarak hafif bir tablo olduğu için bu oran polikliniklere fazla yansımamaktadır.(12,17)

Ortalama başlangıç yaşı 20'dir ve kadınlarda daha sık görülmektedir.(15) Nitelik olarak hafif veya orta şiddette, genellikle çift taraflı, künt veya sıkıştırıcı vasıflı bir baş ağrısıdır. Ağrıya genellikle bulantı eşlik etmez ve hastalar ışıktan rahatsız olmazlar. Nadiren de olsa tek taraflı, zonklayıcı ve fonofobi veya fotofobiden birinin eşlik ettiği hastalar da mevcuttur.(15,17)

IHS 2004 sınıflamasına göre gerilim tipi baş ağrısının dört formu vardır; bunlar: seyrek epizodik GTBA, sık epizodik GTBA, kronik epizodik GTBA ve olası epizodik GTBA'dır. Ayda bir günden az ise seyrek epizodik GTBA, ayda 1-15 gün arası görülen GTBA varsa sık epizodik GTBA, üç ay boyunca ayda 15 gün veya daha fazla ise kronik epizodik GTBA'dan söz edilir.(40)

#### **2.1.4.2.3. GTBA'nın Tedavisi**

Gerilim tipi baş ağrısının atak tedavisinde parasetamol gibi basit analjezikler ve NSAİ'ler genellikle yeterlidir. Ancak bu ilaçların aşırı kullanımı konusunda hastalar uyarılmalıdır.(17)

Kronik GTBA proflaksisinde ana ilaç grubunu antidepresanlar oluşturur. Bu gruptaki en etkin ajan olan Amitriptilin'in ağız kuruluğu, taşikardi, sersemlik, nöbet, idrar retansiyonu ve kalpte ileti bloğu gibi yan etkileri nedeniyle özellikle yaşlı ve obezlerde sınırlı kullanıma sahiptir. SSRI'ların ise (Fluoksetin, Paroksetin, Sertralin, Sitalopram ve essitalopram gibi) yan etkileri nispeten daha nadir gözlendiğinden GTBA proflaksisinde kullanımları yaygındır.(13,33)

İlaç dışı tedavi seçenekleri arasında stresle başa çıkma ve gevşeme teknikleri ile çeşitli egzersizler sayılabilir.

.

### 2.1.4.3. İkincil Baş Ağrıları

İleri yaş grubunda da çok çeşitli nedenlere bağlı sekonder baş ağrısı ortaya çıkabilir. Sekonder baş ağrıları ortalama % 10 oranında görülürler, acil servise başvuruların % 1.6'sını, nörolojik acile başvurunun % 37'sini oluşturur, % 5 yaşamı tehdit eden neden vardır.(41)

Sekonder baş ağrıları; etyolojik faktör olarak bir organik bozuklukla ve tanıda koşul olarak zamansal ilişki içinde olan baş ağrılarıdır. Organik bozukluk ile baş ağrısı arasında uzun zaman aralığı varsa neden olarak gösterilemez. Ayrıca daha önce mevcut baş ağrısı organik bir nedenle artıyor olsa sekonder baş ağrısı olarak isimlendirilemez. Bazen bu ayırımı yapmak zor olabilir. Örneğin daha önceleri migren tipi baş ağrısı tanısı olan bir hastada yıllar sonra ortaya konulan yavaş ilerleyici A-V malformasyon veya menenjiom gibi bir patoloji bu ayırımı isimlendirme de güçlüğüne yol açabilir. Ancak operasyon sonrası baş ağrısında iyileşme durumunda bir ilişkiden bahsetmek mümkün olabilir (42)

Baş ve/veya boyun travmasına bağlı baş ağrısı
Kraniyal veya servikal vasküler bozukluklarla ilişkilendirilen baş ağrısı
Non-vasküler intrakraniyal bozukluklarla ilişkilendirilen baş ağrısı
Madde veya yoksunluğu ile ilişkilendirilen baş ağrısı
İnfeksiyon ile ilişkilendirilen baş ağrısı
Homöostasis bozuklukları ile ilişkilendirilen baş ağrısı
Baş, boyun, gözler, kulaklar, burun, sinüsler, dişler, ağız veya diğer kraniyal veya fasiyal yapıların bozuklukları ile ilişkilendirilen baş veya yüz ağrıları
Psikiyatrik bozukluklarla ilişkilendirilen baş ağrısı
Kraniyal nevrалjiler ve yüz ağrılarının santral nedenleri

**Tablo 4:** 2004 Uluslararası baş ağrısı sınıflamasına göre sekonder baş ağrıları(42)

#### **2.1.4.3.1. Travma**

Travma sonrası baş ağrısı akut olarak yedi gün içinde ortaya çıkar üç ayda düzelir, üç ay üzerinde kronik ağrılar ortaya çıkabilir. Yaşlılarda travmaya bağlı kronik subdural hematoma baş ağrısı sık görülür. İlerleyici ağrı, bilişsel bozukluk, hafif nörolojik bulgularda akla gelmelidir. Beyin kraniyotomi ameliyatlarından sonra akut veya kronik formda baş ağrıları görülebilir. Posterior fossa işlemlerinde özellikle akustik nörinomlar için yapılan suboksipital kraniyotomilerde ağrı daha fazla görülür. (41)

Travma sonrası kronik baş ağrıları tedaviye dirençli olabilir. İlaç aşırı kullanım baş ağrısı ve gerilim tipi baş ağrısına, depresyon ve anksiyeteye dikkat edilmelidir. Psikoterapi, davranışsal terapiler yanı sıra, antidepressanlar, antiepileptikler (valproik asit, gabapentin, pregabalin, topiramate) tedavide kullanılabilir. (41)

#### **2.1.4.3.2. Kraniyal veya servikal vasküler bozukluklarla ilişkilendirilen baş ağrısı**

Serebral venöz tromboz, hastaların çoğunda baş ağrısı ile ilk bulgusunu vermektedir. Diğer bulguları papilödem, bilinç bulanıklığı, nöbetler veya fokal nörolojik defisitlerdir. Hastaların dörtte biri yalnızca baş ağrısı ile prezente olmaktadır. Serebral venöz tromboz tanısı MR venografi ile konur, BBT ve beyin MR görüntüleme ise varsa eşlik eden enfarkt veya beyin ödemi gösterir. Tedavide antikoagülasyon, diüretik ve antikonvülzanlar kullanılır. (42)

İskemik inme ve transient iskemik atak hastalarının %40'ında baş ağrısı, tabloya eşlik etmektedir. Hemorajik inmede ise her zaman baş ağrısı eşlik eder. İntrakraniyal tümörlerde meydana gelen baş ağrısı migren, gerilim tipi baş ağrısı veya nadiren küme baş ağrısını taklit edebilir (42).

#### **2.1.4.3.3. Temporal Arterit**

Temporal Arterit; diğer adıyla dev hücreli arterit, başlıca orta boy arterleri etkileyen bir sistemik vaskülitir. Belirti ve bulguları arasında baş ağrısı dışında, görme kaybı, halsizlik, kilo kaybı ve miyaljiler yer alır. Yeni ortaya çıkan baş ağrısı bulunan veya baş ağrısı paterninde belirgin bir değişiklik tanımlayan yaşlı bir hastada mutlaka bu tanı akla gelmelidir. En belirgin bulgusu olan baş ağrısı, olguların %70-90'ında mevcuttur ve üçte



birinde de ilk belirtidir. Aralıklı veya sürekli olabilir; tipik olarak şakaklarda lokalize, zonklayıcı bir ağrıdır.(43)

Aspirin, NSAİ veya sistemik steroid kullanan hastalarda eritrosit sedimentasyon hızı düşerek

yalancı negatif sonuç verebilir. Temporal arter biyopsisi tanıda altın standarttır ve mümkünse steroid tedavisinin başlanmasından sonra en geç 48 saat içinde yapılmalıdır. (43)

#### **2.1.4.3.4. Hipnik Baş Ağrısı (Uyku Baş Ağrısı)**

Yalnızca uykuda ortaya çıkar ve hastayı uyandırır. 50 yaşından sonra ortaya çıkar. Yaygın veya tek taraflı, hafif veya orta şiddetli, künt ve bir saatten kısa sürelidir. (15-60 dak) Ayda 15 kez veya daha fazla sıklıktadır. Otonomik semptomlar eşlik etmez. Serebral organik patolojiler dışlanmalıdır. (43)

#### **2.1.4.4. Yaşlılarda Baş Ağrısı**

Yaşlılığı temel alan çalışmaların çoğunda yaşlılık tanımı ve sınıflamasında fizyolojik boyutu ele alınmaktadır. Kronolojik olarak yaşlanma da 65 yaş üstü olarak kabul edilmiştir. Dünya Sağlık Örgütü psikogeriatric yaşlılık dönemini 65 yaş ve üstünü yaşlı, 85 yaş ve üzerini çok yaşlı olarak tanımlamıştır. Gerontolojistler ise yaşlılığı 65-74 yaş arası genç yaşlı, 75-84 yaş arasını orta yaşlı ve 85 yaş üzerini ileri yaşlılık (ihtiyarlık) devri olarak sınıflamışlardır.(44)

Baş ağrısı prevalansı, 45-50 yaşındaki zirve prevalansı takiben yaşlanma ile azalır. (44)

Yeni başlayan başağrısı nedenlerinin araştırıldığı bir çalışmada, 65 yaş ve üstü 193 hastada, %43 ile gerilim tipi başağrısı, %19 ile trigeminal nevralji en sık görülen baş ağrısı nedenleri olarak saptanmıştır . Sadece bir hastada, baş ağrısı özelliklerinin migren kriterlerini karşıladığı gözlenmiş; hastaların %15'inde ise baş ağrılarının inme, temporal arterit veya intrakraniyal neoplasma bağlı “sekonder başağrıları” şeklinde ortaya çıktığı gözlenmiştir.(45)

Migren, kadınlarda menapozdan sonra çoğunlukla sonlanır. Erkeklerde de yaşla birlikte sıklığı azalır ancak kadınlarda 3: 1 oranında azalma olurken erkeklerde bu oran 2: 1'e iner . İlerleyen yaşla birlikte aurasız migren ataklarının süre, yoğunluk ve sıklığında progresif bir azalma meydana gelir ve çoğu vakada bu tarz ağrılar tamamen yok olur . Migren ataklarının sadece %2'si 50 yaşından sonra ilk defa başlamaktadır. Geç başlangıçlı (late-life) yakınmalar, 65 yaş üstü auralı migren hastalarının %75'inde ortaya çıkmaktadır ve parsiyel epilepsi, arteriyovenöz malformasyon, vasküler göz hastalıkları, emboli ve karotid stenoz ile vaskülitlerden ayırt edilmesi gerekmektedir Duyusal belirtilerin ilerleyici artışı, 15 dakikadan uzun sürmesi, bir bulgudan diğerine hızlı geçişin olması ve birden fazla stereotipik epizod varlığı, belirtilen atağın TIA'dan ayırımını gerektirir.(45)

Bir çalışmada kronik günlük başağrısı sıklığı, yaşlılarda %47. 1, gençlerde %28. 4 saptanarak, genç hastalara kıyasla yaşlı hastalarda daha sık görüldüğü raporlanmıştır . Epizodik ve kronik küme başağrısı olan 554 hastanın değerlendirildiği bir çalışmada 50 yaş üzeri başlangıç, kadınlarda %16. 7, erkeklerde %8. 7 bulunmuştur . Başka bir çalışmada klasik trigeminal nevraljinin insidansı, 20-30 yaş grubunda 4/10 000, 60-70 yaş grubunda ise 20/100 000 olarak bildirilmiştir .(45)

Trigeminal nevraljilerin %90'ının 40 yaş üzerinde görülüşü, daha genç yaşlarda gelişen trigeminal nevraljide ise genellikle altta yatan multipl skleroz, intrakranial kitle veya infeksiyon gibi durumlar olduğu belirtilmektedir .(45)

Elli yaş üzerinde küme başağrısı, çok az görülmektedir . Geç başlangıçlı küme başağrısında, özellikle atipik özellikler eşlik ediyorsa, küme başağrısının nadir ikincil nedenlerini dışlamak için beyin MR görüntülemesi uygulanmalıdır .Bu ikincil nedenler arasında internal karotid arter diseksiyonu, intrakavernöz karotid arterde psödoanevrizma,

anterior komünikan, karotid veya baziller arter anevrizması, orta serebral arter veya oksipital lobda arteriovenöz malformasyon, yüksek servikal menenjiom, tek taraflı servikal kord veya lateral medüler enfarkt, pituiter adenom, sfenoid kemikte menengioma, maksiller sinüste yabancı cisim, orbitosfenoidal asperjilloz, orbital miyozit sayılabilir.(44)

Henüz geriatric popülasyonda görülen başağrıların tedavisi ile ilgili kılavuzlar oluşturulmamıştır. Akut tedavide NSAID kullanımı, bu yaşlarda böbrek fonksiyon bozukluğu olasılığı arttığı için sınırlıdır. Bu nedenlerle prokloperazin veya akatizi gibi ekstrapiramidal yan etkilerine dikkat edilerek metoklorperamid uygun tedavi seçenekleri olabilir . (44)

Genel olarak bu yaşlarda semptomatik tedavide ilk seçenek parasetamol, ikinci seçenek NSAID'lardır. Triptan ve kombinasyon tedavilerinden olası kardiyak yan etkiler göz önünde bulundurularak kaçınılması gerektiği belirtilmektedir. Profilaksiste, ilk seçenek topiramid ve valproik asit, ikinci seçenek, propranolol, kalsiyum antagonistleri ve sartanlar olarak belirtilmektedir. Nortriptilin'in dikkatle kullanılması ve amitriptilinden olabildiğince kaçınılması önerilmektedir. Tedavide non-farmakolojik ajanlar olarak magnezyum, riboflavin ve koenzim Q preparatları kullanılabilir. Hem semptomatik hem profilaktik tedavi uygulamalarında, ilaçların düşük dozda başlanması, yavaş titre edilmesi, böbrek ve karaciğer fonksiyonlarının yakın takibi ile tedaviye devam edilmesi önerilmektedir . (45)

Migren tedavisi yaşlı hastalarda, migren tedavisinde kullanılan preparatlar hastaların kronik hastalıkları nedeniyle alınan diğer ilaçlarla etkileceğinden zor olabilmektedir. Triptan kullanımı yaşlılarda kontrendike değildir. Ancak asemptomatik de olsa geriatric hastalarda koroner arter hastalığı riski yüksek olduğundan, böyle bir sorun tanımlanmamış olanlarda bile, triptan kullanımı öncesi "stres testi" uygulanmalıdır . Akut medikasyonun, ileri yaş hastalarda genç hastalardan daha etkili olabileceği bildirilmiştir . (45)

Geriatric grupta, profilaktik tedavide de dikkatli olunması gerekmektedir. Çoğu ilacın yarı ömrü uzun olabileceği için titrasyon yavaş uygulanmalıdır. İleri yaş grubu, ilaç yan etkilerine daha duyarlı olduğundan başlangıç dozu düşük tutulmalıdır . Hem semptomatik

başağruları hem de depresyonu olan ileri yaş hastaların, daha fazla somatik yakınmalarının olabildiği gözlenmiştir. Bu nedenle başka bir neden bulunamayan baş ağrısı varlığında, bu yaş grubunda depresyon olasılığının yüksek olduğu göz önünde bulundurulmalıdır. Bu durumda geriatrik popülasyonda SSRI gibi antidepresanların, trisiklik antidepresanlardan daha güvenli ve daha etkili olabileceği dikkate alınmalıdır .(46)

Henüz geriatrik popülasyonda görülen başağrılarının tedavisi ile ilgili kılavuzlar oluşturulmamıştır. Akut tedavide NSAID kullanımı, bu yaşlarda böbrek fonksiyon bozukluğu olasılığı arttığı için sınırlıdır. Bu nedenlerle proklorbenazin veya akatizi gibi ekstrapiramidal yan etkilerine dikkat edilerek metoklorperamid uygun tedavi seçenekleri olabilir . Genel olarak bu yaşlarda semptomatik tedavide ilk seçenek parasetamol, ikinci seçenek NSAID'lardır. Triptan ve kombinasyon tedavilerinden olası kardiyak yan etkiler göz önünde bulundurularak kaçınılması gerektiği belirtilmektedir. (41)

Profilakside, ilk seçenek topiramet ve valproik asit, ikinci seçenek, propranolol, kalsiyum antagonistleri ve sartanlar olarak belirtilmektedir. Nortriptilin'in dikkatle kullanılması ve amitriptilinden olabildiğince kaçınılması önerilmektedir. Tedavide non-farmakolojik ajanlar olarak magnezyum, riboflavin ve koenzim Q preparatları kullanılabilir. Hem semptomatik hem profilaktik tedavi uygulamalarında, ilaçların düşük dozda başlanması, yavaş titre edilmesi, böbrek ve karaciğer fonksiyonlarının yakın takibi ile tedaviye devam edilmesi önerilmektedir . (45)

## **2.2. Yaşam Kalitesi Kavramı**

Yaşam kalitesi kavramının bu zamana kadar tam olarak tanımı yapılamasa da genel bir tanımlama ile bireyin yaşamıyla ilgili olan tüm iç ve dış etmenlere dair bir iyilik halini belirttiği kabul edilir. İç etmenlerden en önemlisi sağlıktır ve sağlığa ilişkin yaşam kalitesinin (SİYK) ölçeklendirilebilmesine yönelik pek çok çalışma yapılmaktadır.(47)

Bireyin fiziksel, ruhsal, genel sağlık algısı ve çeşitli rollerdeki performans ve katılımı gibi bileşenleri kapsayan SİYK kavramı, yararlı ve tatminkar bir yaşam sürme yetisi olarak da özetlenebilir. SİYK değişik jenerik ve spesifik ölçeklerle değerlendirilebilir. Spesifik ölçekler daha çok tedavi öncesi ve sonrasının değerlendirilmesinde hassastır. Ancak

jenerik ölçekler, farklı hasta gruplarını ve farklı hastalıkları kıyaslamada daha kullanışlıdır. Jenerik ölçeklerden Minor Symptoms Evaluation (MSEP) ve Short Form-36 (SF-36) en fazla kullanılanlardır.

Migraine Specific Quality of Life (MSQoL) ve 24 Saatlik MSQoL ise en fazla kullanılan spesifik ölçeklerdir.(48)

Bireyin fiziksel sağlık, psikolojik durum ve sosyal ilişkilerden etkilenen yaşamsal duruma dair algılarının ifadesi olması nedeniyle SİYK kavramını ölçeklendirme zor olabilir.(49)

Sağlık durumunun değerlendirilmesinde fizik ve klinik muayenenin ötesindeki günlük aktiviteler, kendine bakabilme ve aktif iş hayatında çalışabilme gibi sosyal etkenleri dikkate alan ölçeklerin ilk örneği 1947 yılında önerilen Karnofsky Performans Ölçeği'dir. Kişinin sağlık durumunu 0 (ölüm) ile 100 (hastalık belirtisi yok) arasında skorlayan ve klinisyen tarafından değerlendirilen bu basit ölçeğin arkasından izleyen yıllarda, fonksiyon yeterliliği ve günlük yaşam aktivitelerini değerlendiren (örneğin Barthel indeksi) bir çok ölçek geliştirilmiştir. Geliştirilen bu ilk ölçekler halen bazı kaynaklarda yaşam kalitesi ölçekleri olarak tanımlansalar da, şu anda kullanımda olan ölçekler ile karşılaştırıldığında sağlıklı olma durumunu bütünsel olarak değerlendirmekten uzaktırlar.(50)

Hastalık Etki Profili (Sickness Impact Profile) ya da Nottingham Sağlık Profili gibi sağlığı göreceli olarak daha bütünsel algılayan ve fiziksel fonksiyon görebilmenin yanı sıra stres, yaşamdan haz alma ve psikolojik bulguları da kapsayan ölçeklerin geliştirilip kullanılmaya başlanması 1970'li yılların sonlarına doğru olmuştur. İlk defa 1976 yılında tanımlanan ve meme kanseri hastalarında kullanılan Görsel Analog Ölçeği (Visual Analogue Scale – VAS), şu anda da yaygın olarak kullanılmaktadır. Bu ölçek termometre benzeri dikey bir çizgi üzerinde “en iyi” ve “en kötü” olarak tanımlanan sağlık durumlarının gösterir. Hastalardan kendi sağlık durumlarını bu ölçek üzerinde işaretlemeleri istenir.(50)

Yukarıda belirtilen çalışmalar, sonraki yaşam kalitesi araştırmalarının temelini oluşturmuş, üretilen kuramsal modeller doğrultusunda çok sayıda yeni araştırma ölçeği önerilmiştir.

Ware ve arkadaşları 1988 yılında, önceki ölçekleri de sentezleyerek, bugün 50'den fazla ülkede çevirileri yapıp kullanılan, SF-36 ölçeğini geliştirmiştir.(49)

Fitzpatrick ve ark. yaşam kalitesi ölçeklerindeki ortak noktaları şöyle gruplandırılmıştır:  
(51)

- Fiziksel performans
- Emosyonel performans

Rol performansı

- Sosyal performans
- Ağrı ve diğer semptomlar

Bu ölçeklerin tıptaki kullanım amaçlarını da:

- Bireysel psikososyal takip
- Sağlık hizmetlerinin ve tedavi sonuçlarının değerlendirilmesi
- Klinik çalışmalar
- Ekonomi ve planlama analizleri olarak sıralanmışlardır.

SİYK değerlendirilmesinde kullanılan ölçekler, jenerik ve hastalığa spesifik olmak üzere iki grupta toplanabilir. Jenerik ölçekler, geniş kapsamlı olup toplumlar ve hastalıklar arasında kıyaslamalara uygun ölçeklerdir. Jenerik ölçeklerin en yaygın kullanılanları:

- Hastalık Etki Ölçeği (Sickness Impact Profile-SIP)
- Nottingham Sağlık Profili (Nottingham Health Profile)
- McMaster Sağlık İndeksi (McMaster Health Questionnaire)
- Minor Symptoms Evaluation (MSEP)
- Esenlik İndeksi (Index of Wellbeing)
- DSÖ Yaşam Kalitesi Ölçeği (World Health Organisation Quality of Life-

WHOQoL)

- Kısa Form-36 (Short Form-36)

Hastalığa spesifik ölçekler ise belli bir durumun yaşam kalitesine etkisini incelemede daha hassastırlar. Örneğin Pediatrik Astım Yaşam Kalitesi Anketi (PAQLQ).(50)

Ortalama yaşam süresinin artması ile beraber kronik hastalıklara maruziyet de artmıştır. Bu artış, SİYK düzeyini de olumsuz etkilemiş ve araştırmacıların bu konuya yoğun ilgi göstermesini sağlamıştır.(52)



### 3. GEREÇ VE YÖNTEM

#### 3.1. Evren ve Örneklem

Çalışmamıza Nisan 2016-Eylül 2016 tarihleri arasında Kocaeli ili; İzmit, Başiskele ve Derince ilçelerinde haftada bir gün Aile Sağlığı Merkezleri'ne kayıtlı kişiler evreninde yapmayı planladık Çalışmaya alınma kriterlerini karşılayan ve çalışmamıza katılmayı kabul eden toplam 200 kişiye ulaştık.

Türkçe'si "Baş Ağrısına Atfedilmiş Kısıtlılık, Engellilik, Sosyal Yetersizlik ve Bozulmuş Katılım" olan HARDSHIP (Headache-Attributed Restriction, Disability, Social Handicap and Impaired Participation) anketinin 65 yaş üstü kişiler için revize ettiğimiz formunu yüzyüze görüşerek doldurduk.

Çalışmamızda 'Tekrarlayan Baş Ağrısını Araştıran, Tiplendiren Ve Sosyal Kayıpları Değerlendiren' HARDSHIP anket formu kullanıldı. Anket formunun bir örneği 3.Ek'de sunulmuştur. Bu verilere dayanılarak toplam 200 biyolojik ilgisiz kişiye ulaşıldı. Sonuç olarak 200 adet form değerlendirmeye alınmıştır.

Çalışmaya; ek hastalığı olmayan ve çalışmaya uyum sağlayabilen, psikiyatrik bir problemi olmayan ve işitme –konuşma problemi bulunmayan kişiler alınmıştır.

#### ETİK KURUL ONAYI VE İZİNLER

Kocaeli Valiliği Halk Sağlığı Müdürlüğünden 11.05.2016 tarihinde şu şekilde araştırma talebi izni alınmıştır (EK 2)

#### 3.2. Veri Toplama Araçları

Çalışma için Kocaeli ili; İzmit, Başiskele ve Derince ilçelerinde Aile Sağlığı Merkezleri'ne (ASM) gidildi. ASM'nin sorumlu hekimi ve ASM'deki hemşirelerle görüşülerek Sağlık Bakanlığı'ndan alınan çalışma izin belgesi ile ASM'de çalışma yapılabilmesi için gerekli olanakların sağlanması konusunda kendilerinin yardım ve katkıları istendi. ASM'ye gelmiş olan hastalar ve uygun olan çalışanlara yapılan çalışma hakkında ilgi verildi, çalışmaya katılmaya gönüllü olan ve şartları karşılayan kişilere aydınlatılmış onamları sözel olarak alındıktan sonra o an uygun olan bir poliklinik



muayene odasında yüz yüze görüşme yöntemi ile gebelere göre düzenlediğimiz HARDSHIP anket formu (Ek 3) uygulandı. Çalışmaya katılmayı kabul edenler dağıtılan anket formunun ilk sayfasında yer alan aydınlatma bilgisini okuduktan sonra anket formuna devam ettiler. (Ek 3 Sayfa 1) Her görüşme yaklaşık olarak 25 – 30 dakika kadar sürdü.

### **3.2.1. Anket Formu**

Baş ağrısına karşı küresel bir kampanya başlatan sivil toplum örgütü Lifting The Burden (LTB) tarafından geliştirilen HARDSHIP anketinin Türkçe'ye çevirisi kullanılmıştır. Kampanyanın amacı baş ağrısının oluşturduğu yükü, kayıpları belirlemek ve azaltmaktır.(16,53,54)

Anket dört bölümden oluşmakta olup toplam 94 soru mevcuttur. Bu bölümler sırası ile:

- a) Kişisel, demografik ve genel sağlık verilerin bulunduğu bölüm
- b) Baş ağrısı tipleri ve ilaç tedavisi ile ilişkili bölüm
- c) Yaşam kalitesi ve baş ağrısı ile ilişkili yaşanan kayıpların değerlendirildiği bölüm: WHOQoL – 8 soru seti, HALT indeksi Sosyal kayıpları (iş/okul engeli, ikili ilişkilerdeki kayıpları v.b)
- d) Sosyodemografik statü ve etkin tedavi için ödeme istekliliğinin değerlendirildiği bölüm.

Son bir yıl içinde baş ağrısı yaşadığını ifade eden katılımcılar daha sonra ICHD-2'e göre algoritma (55) izlenerek tanıya çevrilmiş, kesin migren, kesin GTBA veya olası migren, olası GTBA olarak belirtilmiştir. Birden fazla baş ağrısı tipi tanımlayanlarda subjektif olarak en rahatsız edici olan baş ağrısı tipine odaklanması istenmiştir.

Baş ağrısının oluşturduğu yük üç alanda değerlendirilmiş: HALT indeksi (56) ile baş ağrısına bağlı kayıp zamanlar (iş, ev, sosyal yaşam), WHOQoL – 8 soru seti (57) ile baş ağrısının kişinin yaşam kalitesi üzerindeki etkisi, (WTP) soruları ile sağlık hizmetinden yararlanma, ödeme isteği tespit edilmiştir.(58)

### 3.2.2. HARDSHIP Anketi

Lifting The Burden (LTB), İngiltere’de DSÖ ile resmi ilişkili bir sivil toplum örgütü olup baş ağrısına karşı küresel bir kampanya başlatmışlardır, bu kampanyanın temel amacı baş ağrısının oluşturduğu yükü belirlemek ve azaltmaktır.(16,53,54)

Bu küresel kampanya ile ilgili Gürcistan (59), Hindistan (60), Çin (61), Rusya (62), Pakistan (63), Ethiopia, Guatemala, Nepal, Suudi Arabistan, Zambiya (64), Fas, Mısır, Peru ve Sirilanka ve Eurolight projesine destek sağlayan 10 ülkede (65) toplum temelli çalışmalarda migren ve gerilim tipi baş ağrısı gibi yaygınlığı, özürüllüğü ve tedavi edilebilirliği açısından halk sağlığı için öneme sahip olan birincil baş ağrılarına ve ayrıca ilaç aşırı kullanım baş ağrısına odaklanılmıştır.(55)İlaç aşırı kullanımına bağlı baş ağrısının eklenmesinin nedeni bu tip baş ağrılarının birincil baş ağrısı bozukluklarının çoğunlukla kötü tedavisi sonucunda ortaya çıktığı anlayışıdır.(66)

Bu çalışmaların planlanması sırasında Lifting The Burden iştirakçileri standart bir protokol ve anket enstrümanları geliştirmişlerdir. Yaptıkları çalışmaları ampirik olarak pek çok dilde test etmişler ve geçerlilik çalışmaları yapmışlardır.(61–63) HARDSHIP anketi ICHD kriterlerine uygun olarak hazırlanmıştır.(67)

HARDSHIP anketi 65 yaş ve üstü için yeniden düzenlenen formunun soru yoğunluğu şu şekildedir; baş ağrısı ile ilgili semptom yükünün sorgulandığı sorular 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 28, 29-32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44 ve 45 sorularında ele alınmıştır. Soru 46-52 ve 67-70 de baş ağrısına bağlı kayıp zaman (HALT) ve üretkenlik ölçekleri yer almaktadır.(56)

Önceki gün baş ağrısı (etkin HALT-1) (HARDSHIP 42-53 soruları) hatırlanmaya dair ortaya çıkacak sorunları önlemektedir. Sadece bu modülü kullanarak çalışma yapmak için örneklem sayısının çok büyük olması gerekmektedir. Ancak önceden ayarlanmamış bir yüz yüze görüşme dışında kullanılmamalıdır.

Ataklar arası yüklerin nedeni baş ağrısı ataklarının nahos olmasıdır. (HARDSHIP 72-74) Sık atak yaşayanlar bir sonrakini yaşamakla ilgili kaygı yaşamaya yatkındır ve /veya yaşam tarzlarından ödün vererek olası tetikleyicileri önlemeye çalışır. HARSHIP soru 90-97 WHOQoL-8 (68) ve Uk ONS 2012 anketinden (69)subjektif iyilik üzerine 98-101 numaralı 4 soru yer almaktadır.

Baş ağrısının toplam yükü (HARDSHIP 58-66) yaşam boyu süresince deneyimlenen ağrıların birikimiyle oluşacağından hayatın ileri dönemlerine kadar tam olarak değerlendirilemez İnsanların baş ağrısından kurtulmak için gönüllü olarak ne kadar para verebilecekleri (HARDSHIP 67. soru) ile sorgulanmıştır.

Kişinin kendi dışındakiler üzerine yüklediği yük HARDSHIP 75-79 sorularında yer almaktadır.

HARDSHIP 53-58 soruları ile sağlık bakım kaynaklarının kullanımı sorgulanmaktadır. 66-70. sorular işe gidememe yada işte etkinliğin azalması sorularıdır. HARDSHIP anketinde yer alan tanı amaçlı sorulara göre baş ağrısı için tanısal algoritma kullanılmıştır.( Ek 4) (54)

### 3.3. Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmamızda; parametrik ve parametrik olmayan veriler için uygun istatistiksel yöntemler kullanılmıştır. Veriler değerlendirilirken tanımlayıcı istatistik olarak ortalama, ortanca, standart sapma (ss) değerlerine bakıldı (ortalama  $\pm$  ss), verilerin yüzde değerleri belirtildi. Elde edilen veriler SPSS 20,0 programı kullanılarak bilgisayar ortamında değerlendirildi, tanımlayıcı tablolar bu program yardımıyla oluşturuldu.

İstatistiksel anlamlılık sınırı olarak  $p < 0,005$  değeri kabul edildi. Çalışmamızda, istatistik değerlendirmede kullanılmak üzere veriler şu şekilde gruplandırılmıştır: Eğitim düzeyi (8 yıl ve altı:0; 9-12 yıl:1; 13 yıl ve üstü:2), Vücut Kitle İndeksi (25 ve üzeri:1; 25 altı:0) çalışma durumu (çalışıyor:1; diğer:0), vücut kitle indeksi (30 ve üzeri:1; 30 altı: 0). Ailenin aylık geliri Aralık 2016 için Türkiye İstatistik Kurumu tarafından yoksulluk sınırı olarak belirtilen 4665 TL sınır alınarak gruplandırıldı ( $\leq 4665$  TL:0;  $>4665$  TL:1).(70)

#### 4. BULGULAR

##### 4.1. Sosyodemografik Veriler

Çalışmamız Kocaeli ili İzmit merkez ilçesinde Nisan 2016-Eylül 2016 tarihleri arasında Aile hekimliği merkezlerinde yapıldı. Çalışmaya alınan 200 kişinin yaş ortalaması  $71,25 \pm 6,38$  olup, yaş aralığı 65-91 olarak saptandı. Katılanların % 55'i (n=110) erkek % 45 i(n=90) kadındı..

**Tablo 5** : Araştırmaya katılan katılımcıların sosyodemografik özellikleri.

Cinsiyet		N(%)
	Kadın	90 (45)
Erkek	110(55)	
Medeni durum	Bekar/Boşanmış/Dul	75(37,5)
	Evli	125(62,5)
Eğitim durumu	≤8 yıl	166(83)
	9-12 yıl	29(14,5)
	≥13 yıl	5(2,5)
Çalışma durumu	Çalışıyor	14(7)
	Diğer(işsiz,emekli,öğrenci,ev hanımı)	186(93)
VKI	≥26	120(60)
	<26	79(39,5)
Bel çevresi	E≤102 cm, K≤88 cm	141(70,5)
	E>102 cm ,K>88 cm	57(28,5)

İstatistik değerlendirmede kullanılmak üzere veriler şu şekilde gruplandırılmıştır: Cinsiyet(kadın:1; erkek:0) , medeni durum (bekar/boşanmış/dul:0; evli:1) , eğitim düzeyi

(8 yıl ve altı:0; 9-12 yıl:1; 13 yıl ve üstü:2) , çalışma durumu (çalışıyor:1; diğer:0), vücut kitle indeksi (26 ve üzeri:1;26 altı:0) , bel çevresi (erkeklerde <102 cm:0; kadınlarda< 88 cm:0). Ailenin aylık geliri Aralık 2016 ayı için Türkiye İstatistik Kurumu tarafından yoksulluk sınırı olarak belirtilen 4665 TL sınır alınarak gruplandırıldı ( $\leq 4665$  TL:0;  $>4665$  TL:1).

Medeni durum, çalışma durumu, eğitim durumu ve aylık gelir düzeylerine göre gruplar arasında bir yıllık baş ağrısı prevalansı karşılaştırıldığında, çalışan ve diğer grupları arasında anlamlı fark bulunmuştur. (diğer grubunda çalışanlara göre fazla)

Vücut Kitle İndeksi (VKİ)			n	Yüzdeler
	<26	Kadın	33	36,6
		Erkek	46	42,2
	$\geq 26$	Kadın	57	63,3
		Erkek	63	57,8
Bel Çevresi, cm	$K \leq 88$	Kadın	50	55,6
		Erkek	92	84,4
	$E \leq 102$	Kadın	40	44,4
		Erkek	17	15,6

**Tablo 7 : Bir Yıllık Baş Ağrısı Sürelerinin Kronik Hastalıklar İle İlişkisi**

	Hipertansiyon	Tip 2 DM	Hiperlipidemi
Kadın	66	43	18
Erkek	72	53	19

Katılımcıların 25 tanesinde hipertansiyon,diyabetes mellitus ve hiperlipidemi hastalıkları beraber seyretmekteydi.Olası metabolik sendromlu katılımcıların 11'i(%5,5) erkek, 14'ü(%7) kadındı.

**Tablo 8 :** Araştırmaya Katılan Kişilerin Sürekli Kullandığı İlaçların Özellikleri.

	Antihipertansif İlaçlar	Antidiyabetik İlaçlar	Hipolipidemik İlaçlar	Antiepileptik İlaçlar	Diğer
Kadın	62	36	18	3	52
Erkek	68	44	20	4	69

**Tablo 9 :** Yıllık baş ağrısı günlerinin cinsiyete göre dağılımı.

Cinsiyet	Ortanca	En düşük	En yüksek	Yüzdeler		P değeri
				25	75	
Kadın	36	12	120	24	63	0.847
Erkek	36	12	360	24	48	

#### 4.2.Baş Ağrısı Ve Etkileri Ile İlgili Veriler

Çalışmamıza alınanların 199'u son bir yılda en az bir kez baş ağrısı yaşadıklarını belirtmişlerdir. Kaba 1-yıllık baş ağrısı prevalansı %99,5 olarak hesaplandı. Yaş ortalamaları 71,25±6,38 yıl idi.

Önceki gün baş ağrısı, katılımcıların 7'si (%2,5) tarafından belirtilmiştir.56 kişi son 30 günde toplam 210 gün baş ağrısı yaşadıklarını ifade etmişlerdir.

Kaba bir yıllık baş ağrısı prevalansı ve bildirilen baş ağrısı sıklığı kullanılarak yapılan tahmini nokta prevalans %6,32 (tahmini önceki gün baş ağrısı sıklığı) olarak hesaplanmıştır.

**Tablo 10:** Bir Yıllık Baş Ağrısı Sürelerinin HT,DM ve HL Birlikteliği İle İlişkisi

	n	Medyan	En küçük	En büyük	Yüzdeler
Erkek	11	0	0	1	(0-1)
Kadın	14	0	0	1	(0-0)

**Tablo 11:** Bir Yıllık Baş Ağrısı Sürelerinin HT,DM ve HL Birlikteliği Ve Yaş Ortalaması İlişkisi

Erkek Yaş Ortalaması (En Küçük – En Büyük)	Kadın Yaş Ortalaması (En Küçük – En Büyük)
70,3±5,4 (65-81)	70,6±6,8 (65-84)

**Tablo 12:** Bir Yıllık Baş Ağrısı Sürelerinin HT,DM ve HL Birlikteliği Olmayanlar İle İlişkisi

	n	medyan	En küçük	En büyük	Yüzdeler
Erkek	99	0	0	1	(0-1)
Kadın	76	0	0	1	(0-1)

**Tablo 13:** Bir Yıllık Baş Ağrısı Sürelerinin HT,DM ve HL Birlikteliği Olmayanlar Ve Yaş Ortalaması İlişkisi

Erkek Yaş Ortalaması (En Küçük – En Büyük)	Kadın Yaş Ortalaması (En Küçük – En Büyük)
71,0±5,8 (65-90)	71,9±7,2 (65-91)

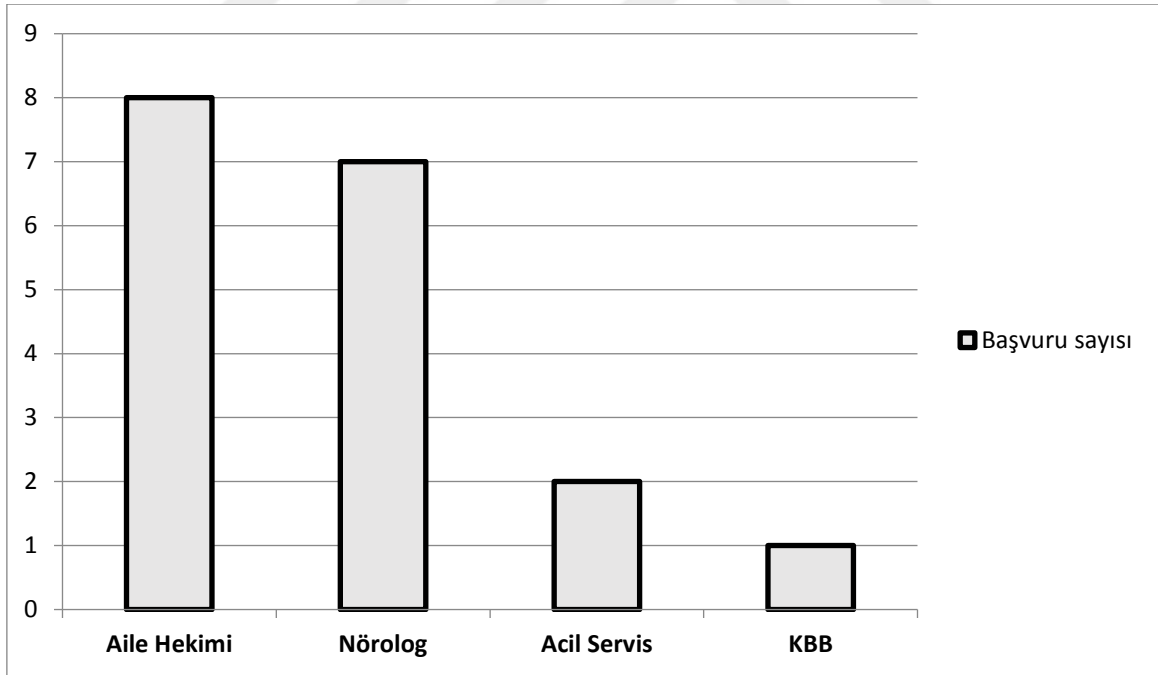
**Tablo 14:** Bir Yıllık Baş Ağrısı Sürelerinin Diğer Kronik Hastalıklar İle İlişkisi

	KAH	KOAH	Malignite	Astım	Kalp Yetmezliği	Diğer
Kadın	9	3	1	7	2	18
Erkek	13	10	7	5	4	23

Katılımcılardan 8 kişi onkoloji hastasıydı. Kolon kanseri tanılı 1 kadın bulunmaktadır. Erkek katılımcıların 3'ü akciğer kanseri; diğerleri Kaposi Sarkomu, Kolon kanseri ve Kronik Lenfositik Lösemi tanılıydı.

Baş ağrısı konusunda sağlık çalışanlarından yardım alma sayısına bakıldığında 43 kişinin hiç kimseden yardım almadığı sadece kendi düşüncesi ile ilaç kullanmaya başladığı bulunmuştur.

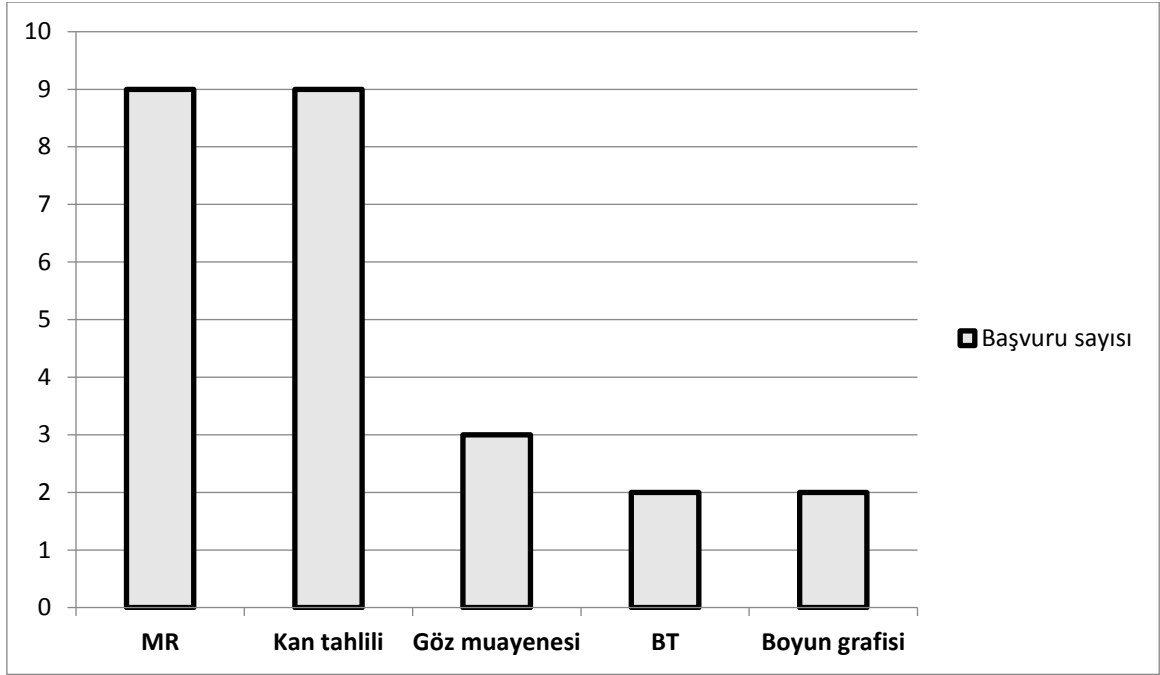
Hangi sağlık çalışanlarından kaç kişinin yardım aldığı grafikte verilmiştir. (Şekil 1 )



**Şekil 1 :** Sağlık çalışanlarından destek alan kişi sayısı.

Baş ağrısının ayırıcı tanısında sıklıkla kullanılan bazı tetkikler ve bu tetkiklerden yararlanan kişi sayısı grafikte verilmiştir.

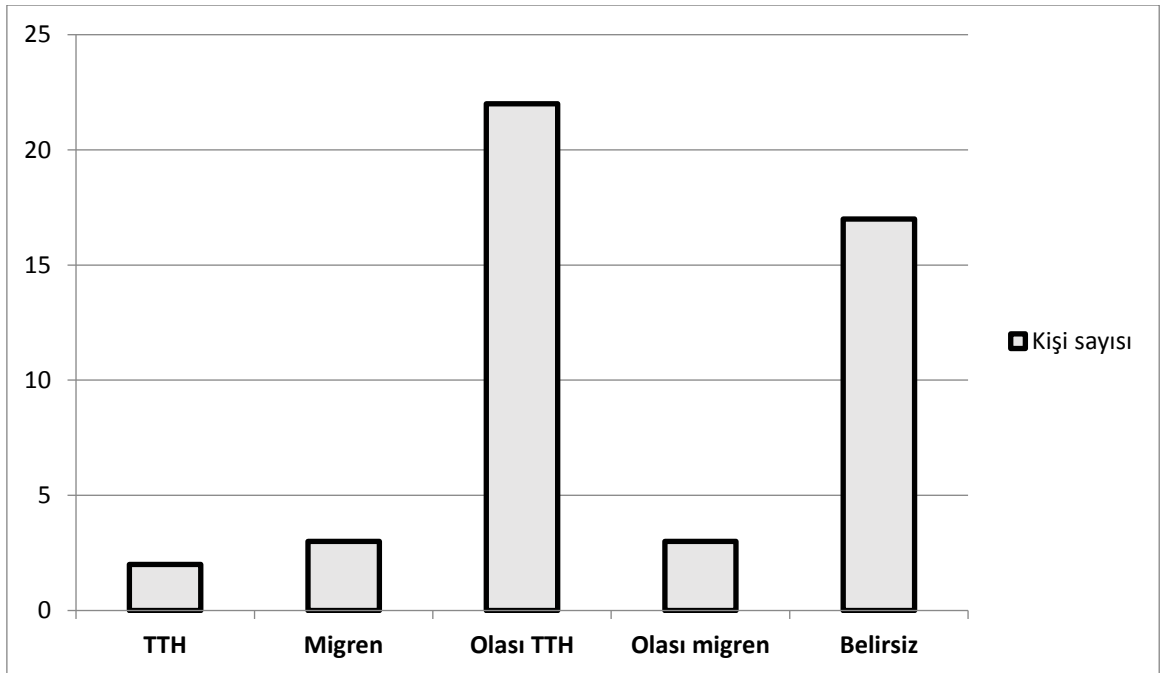




**Şekil 2 :Tetkik yaptıran birey sayısı.**

Katılımcıların baş ağrısı nedeniyle yaptırdıkları bazı tetkikler ve bu tetkiklerden yararlanan kişi sayısına baktığımızda MR'ın Bilgisayarlı tomografiye oranla daha fazla kullanıldığını söyleyebiliriz.(Şekil 2).

Çalışmamıza katılan baş ağrısı olan kişilerin sayısı ve tanıları şekil 3' de gösterilmiştir.



**Tablo 15 :** Bir Yıllık Baş Ağrısı Sürelerinin Kronik Hastalıklar İle İlişkisi

	Hipertansiyon	Tip 2 DM	Hiperlipidemi
Kadın	66	43	18
Erkek	72	53	19

Katılımcıların 25 tanesinde hipertansiyon,diyabetes mellitus ve hiperlipidemi hastalıkları beraber seyretmekteydi.Olası metabolik sendromlu katılımcıların 11'i(%5,5) erkek, 14'ü(%7) kadındı.

**Tablo 16:** Bir Yıllık Baş Ağrısı Sürelerinin HT,DM ve HL Birlikteliği İle İlişkisi

	n	medyan	En küçük	En büyük	Yüzdellik
Erkek	11	0	0	1	(0-1)
Kadın	14	0	0	1	(0-0)

**Tablo 17:** Bir Yıllık Baş Ağrısı Sürelerinin HT,DM ve HL Birlikteliği Ve Yaş Ortalaması İlişkisi

Erkek Yaş Ortalaması (En Küçük – En Büyük)	Kadın Yaş Ortalaması (En Küçük – En Büyük)
70,3±5,4 (65-81)	70,6±6,8 (65-84)

**Tablo 18:** Bir Yıllık Baş Ağrısı Sürelerinin HT,DM ve HL Birlikteliği Olmayanlar İle İlişkisi

	n	medyan	En küçük	En büyük	Yüzdellik
Erkek	99	0	0	1	(0-1)
Kadın	76	0	0	1	(0-1)

**Tablo 19:** Bir Yıllık Baş Ağrısı Sürelerinin HT,DM ve HL Birlikteliği Olmayanlar Ve Yaş Ortalaması İlişkisi

Erkek Yaş Ortalaması (En Küçük – En Büyük)	Kadın Yaş Ortalaması (En Küçük – En Büyük)
71,0±5,8 (65-90)	71,9±7,2 (65-91)

**Tablo 20:** Bir Yıllık Baş Ağrısı Sürelerinin Diğer Kronik Hastalıklar İle İlişkisi

	KAH	KOAH	Malignite	Astım	Kalp Yetmezliği	Diğer
Kadın	9	3	1	7	2	18
Erkek	13	10	7	5	4	23

Katılımcılardan 8 kişi onkoloji hastasıydı. Kolon kanseri tanılı 1 kadın bulunmaktadır. Erkek katılımcıların 3'ü akciğer kanseri; diğerleri Kaposi Sarkomu, kolon kanseri ve Kronik Lenfositik Lösemi tanılıydı.

#### 4.3. Yaşam Kalitesi Ve Baş Ağrısı İle İlişkili Yaşanan Kayıpların Değerlendirildiği Bölüm

Baş ağrısının toplumdaki kayıplarını değerlendirmede kullanılan parametrelerden biri olan HALT indeksinin baş ağrısına bağlı son 3 ayda kaç gün işe gidememe, ev işi yapamama ve sosyal etkinliklere katılamama şeklindeki kayıplarına bakıldığında, İş HALT-90 (son 3 ayda Baş Ağrısı nedeniyle tam gün işe gitmeme) toplam 4 gündü ve bu süre 3 kişi tarafından dile getirilmişti; ev işi HALT-90 (son 3 ayda baş ağrısı nedeniyle tam gün ev işi yapamama) toplam 8 gün olup 2 kişi tarafından belirtilmişti; sosyal HALT-90 (son 3 ayda baş ağrısı nedeniyle tam gün aile, sosyal hayat ya da hobileri ile ilgilenememe) toplam 17 gün olup 6 kişi tarafından bildirilmiştir. Son 3 ayda işte, ev işinde ve sosyal hayattaki kaybedilen gün sayısı üç gruba ayrılarak karşılaştırıldı (0-15, 16-30, 31-60). Buna göre kaybedilen gün sürelerinin büyük çoğunluğu 15 günü aşmamaktadır (Tablo 21).

**Tablo 21:** Son 3 ayda baş ağrısı nedeni ile iş-güç ve sosyal hayat kaybı gün sayıları.

	<b>0-15</b>	<b>16-30</b>	<b>31-60</b>
<b>İş HALT-90, n</b>	4	0	0
<b>Ev İş HALT-90, n</b>	8	0	0
<b>Sosyal HALT-90, n</b>	17	0	0

Önceki gün baş ağrısı olan 7 kişinin 4'ü erkek 3'ü kadın olup katılımcıların 1'i tüm gün baş ağrısı tanımlamış, 1'i ağrısı çok kötü, 4'ü kötü, 2'si çok kötü değil şeklinde tanımladı, baş ağrısının süresi 1 saat idi.

Önceki gün baş ağrısı olup olmamasına göre çalışma grubu ikiye ayrıldığında önceki gün baş ağrısı olan grup "dün kendinizi ne kadar mutlu hissettiniz" sorusunu 10 üzerinden ortalama  $5,42 \pm 3,14$  puanla değerlendirmişler. Bu değer dün Baş ağrısı olmayanla gruba göre anlamlı olarak düşüktür ( $6,96 \pm 3,41$ ,  $p < 0,001$ )

**Tablo 22:** Son 30 günde baş ağrısı olma durumuna göre yaşam kalitesi bulguları.

SORU (Alınabilecek En düşük-Alınabilecek En Yüksek Puan)	Tanı		
	Baş Ağrısı Var (n:55)	Baş Ağrısı Yok (n:144)	P
WHOQO1 Sizce yaşam kalitesiniz nasıl? (1-5)	3,65±0,67	3,47±0,55	0,62
WHOQO2 Sağlığınızdan ne kadar memnunsunuz? (1-5)	3,67±0,72	3,52±0,62	0,16
WHOQO3 Günlük işlerinizi yapma yeteneğinizden ne kadar memnunsunuz? (1-5)	3,72±0,62	3,61±0,58	0,21
WHOQO4 Kendinizden ne kadar memnunsunuz? (1-5)	3,72±0,65	3,63±0,57	0,35
WHOQO5 Kişisel ilişkilerinizden ne kadar memnunsunuz? (1-5)	3,70±0,62	3,67±0,57	0,70
WHOQO6 Yaşadığınız yerin durumundan/koşullarından ne kadar memnunsunuz? (1-5)	3,94±0,52	3,68±0,60	0,00
WHOQO7 Günlük yaşamınız için yetecek kadar enerjiniz var mı? (1-5)	3,61±0,68	3,47±0,66	0,17
WHOQO8 İhtiyaçlarınızı karşılayacak kadar paranız var mı? (1-5)	4,52±5,45	3,55±0,65	0,19
WHOQO9 Bugünlerde hayatınızdan ne kadar memnunsunuz? (0-10)	7,87±1,10	7,54±1,00	0,03
WHOQO10 Hayatınızda yaptığınız şeylerin ne kadar değerli olduğunu düşünüyorsunuz? (0-10)	7,90±0,90	7,51±1,00	0,00
WHOQO11 Dün kendinizi ne kadar mutlu hissettiniz? (0-10)	7,89±1,11	7,50±1,00	0,24
WHOQO12 Dün ne kadar endişeli hissettiniz? (0-10)	2,96±0,98	2,93±1,19	0,88

**Tablo 23:** Erkek katılımcıların son 30 günde baş ağrısı olma durumuna göre yaşam kalitesi durumu.

SORU (Alınabilecek En düşük-Alınabilecek En Yüksek Puan)	Tanı		
	Baş Ağrısı Var (n:29)	Baş Ağrısı Yok (n:80)	P
WHOQO1 Sizce yaşam kalitesiniz nasıl? (1-5)	3,6±0,62	3,5±0,6	0,50
WHOQO2 Sağlığınızdan ne kadar memnunsunuz? (1-5)	3,58±0,77	3,5±0,65	0,56
WHOQO3 Günlük işlerinizi yapma yeteneğinizden ne kadar memnunsunuz? (1-5)	3,75±0,57	3,58±0,58	0,17
WHOQO4 Kendinizden ne kadar memnunsunuz? (1-5)	3,68±0,60	3,62±0,58	0,61
WHOQO5 Kişisel ilişkilerinizden ne kadar memnunsunuz? (1-5)	3,72±0,59	3,67±0,59	0,70
WHOQO6 Yaşadığınız yerin durumundan/koşullarından ne kadar memnunsunuz? (1-5)	4,00±0,46	3,68±0,64	0,00
WHOQO7 Günlük yaşamınız için yeterli kadar enerjiniz var mı? (1-5)	3,62±0,67	3,45±0,67	0,24
WHOQO8 İhtiyaçlarınızı karşılayacak kadar paranız var mı? (1-5)	3,82±0,65	3,51±0,65	0,02
WHOQO9 Bugünlerde hayatınızdan ne kadar memnunsunuz? (0-10)	7,79±1,26	7,57±0,93	0,33
WHOQO10 Hayatınızda yaptığınız şeylerin ne kadar değerli olduğunu düşünüyorsunuz? (0-10)	7,96±0,90	7,51±1,00	0,03
WHOQO11 Dün kendinizi ne kadar mutlu hissettiniz? (0-10)	7,86±1,24	7,52±1,00	0,14
WHOQO12 Dün ne kadar endişeli hissettiniz? (0-10)	2,86±1,00	2,95±1,22	0,72

**Tablo 24:** Kadın katılımcıların son 30 günde baş ağrısı olma durumuna göre yaşam kalitesi durumu.

SORU (Alınabilecek En düşük-Alınabilecek En Yüksek Puan)	Tanı		
	Baş Ağrısı Var (n:26)	Baş Ağrısı Yok (n:64)	P
WHOQO1 Sizce yaşam kalitesiniz nasıl? (1-5)	3,73±0,72	3,45±0,53	0,09
WHOQO2 Sağlığınızdan ne kadar memnunsunuz? (1-5)	3,76±0,65	3,56±0,58	0,14
WHOQO3 Günlük işlerinizi yapma yeteneğinizden ne kadar memnunsunuz? (1-5)	3,69±0,67	3,64±0,57	0,71
WHOQO4 Kendinizden ne kadar memnunsunuz? (1-5)	3,76±0,71	3,65±0,56	0,43
WHOQO5 Kişisel ilişkilerinizden ne kadar memnunsunuz? (1-5)	3,69±0,67	3,67±0,56	0,88
WHOQO6 Yaşadığınız yerin durumundan/koşullarından ne kadar memnunsunuz? (1-5)	3,88±0,58	3,68±0,55	0,13
WHOQO7 Günlük yaşamınız için yetecek kadar enerjiniz var mı? (1-5)	3,61±0,69	3,50±0,66	0,46
WHOQO8 İhtiyaçlarınızı karşılayacak kadar paranız var mı? (1-5)	5,30±7,91	3,60±0,65	0,28
WHOQO9 Bugünlerde hayatınızdan ne kadar memnunsunuz? (0-10)	7,96±0,91	7,51±0,87	0,03
WHOQO10 Hayatınızda yaptığınız şeylerin ne kadar değerli olduğunu düşünüyorsunuz? (0-10)	7,84±0,92	7,51±0,83	0,10
WHOQO11 Dün kendinizi ne kadar mutlu hissettiniz? (0-10)	7,92±0,97	7,46±0,89	0,03
WHOQO12 Dün ne kadar endişeli hissettiniz? (0-10)	3,07±1,05	2,92±1,17	0,56

Yaşam kalitesi sorularından elde edilen puanların cinsiyetle korelasyonuna bakıldığında tüm değerler 0,05'ten büyüktü.

#### 4.4 Etkin Tedavi İçin Ödeme İstekliliğinin Değerlendirildiği Bölüm.

**Tablo 25a** : Baş Ağrılarında Kurtulmak İçin Aylık Harcama İstekliliğinin Değerlendirilmesi.

	Aylık Harcanacak Para (TL)				p
	1-10 n:14 (%25,4)	1-30 n:18 (%32,7)	31-50 n:12 (%21,8)	50 ve üstü n:11 (%20)	
Yaş Ortalaması (Yıl)	71,57±6,4	68,8±4,6	68,25±2,3	69,1±4,5	0,294
BMI (kg/m <sup>2</sup> )	28,2±3,0	28,9±5,0	27,9±4,2	27,2±3,9	0,804



**Tablo 25b:** Baş Ağrılarında Kurtulmak İçin Aylık Harcama İstekliliğinin Değerlendirilmesi.

		Aylık Harcanacak Para (TL)			
		1-10 n:14 (%)	1-30 n:18 (%)	31-50 n:12 (%)	50 ve üstü n:11 (%)
Cinsiyet	Erkek	6 (%20,6)	7 (%24,1)	8 (%27,5)	8 (%27,5)
	Kadın	8 (%30,7)	11 (%42,3)	4 (%15,3)	3 (%11,5)
Baş Ağrısı Şiddeti	Kötü değil	8 (%38)	3 (%14,2)	5 (%23,8)	5 (%23,8)
	Kötü	8 (%24,2)	14 (%42,4)	6 (%18,1)	5 (%15,1)
	Çok kötü	0 (%0)	1 (%33,3)	1 (%33,3)	1 (%33,3)
Baş Ağrısı Tipi	Zonklayıcı	8 (%25,8)	12 (%38,7)	6 (%19,3)	5 (%16,1)
	Baskılayıcı	6 (%25)	6 (%25)	6 (%25)	6 (%25)
Baş Ağrısı Tek Taraflı mı?	Evet	9 (%25,7)	11 (%31,4)	7 (%20)	8 (%22,8)
	Hayır	5 (%25)	7 (%35)	5 (%25)	3 (%15)

## 5. TARTIŞMA

Yaptığımız bu çalışma ile HARDSHIP anketi kullanarak sosyodemografik özellikleri genel popülasyonunki ile benzer özellikler taşıyan 65 yaş veüzerinde 200 katılımcıya ulaştık. Hayat boyu baş ağrısı prevalansı % 99,5 olarak saptandı. Bu oran Rusya'da yapılan benzer bir çalışmada %95 olarak saptanmıştır. (71)

Baş ağrısı epidemiyolojisine yönelik genç ve orta yaş popülasyonu kapsayan kaliteli birçok çalışma yapılmış olmasına karşın, geritrik yaş grubunu inceleyen çalışma sayısının az olduğu dikkati çekmektedir: Mei-Ling ve arkadaşlarının yaptığı bir epidemiyolojik çalışmada, 65 yaş üstü hastalarda primer baş ağrısı oranı %81,6; sekonder baş ağrısı oranı ise % 14,9 olarak b, (72). Benzer yaş grubunu inceleyen Pascual ve arkadaşlarının çalışmasında erkek hasta oranı %37, kadın hasta oranı ise %63 olarak belirlenmiştir (73).

Biz çalışmamızda, geriatrik yaş grubunda primer başağrısı prevalansını %81.1; sekonder baş ağrısı prevalansını ise %18.9 olarak belirledik; erkek hasta oranı %55, kadın hasta oranı %45 idi.

Gerilim tipi baş ağrılarının 65 yaş üstü 193 hastada incelendiği başka bir çalışmada oran %43.0 olarak belirlenmiştir (73); bu oran bizim çalışmamızda saptanan olası gerilim tipi baş ağrısı oranı (%46,8) benzerlik göstermektedir. Başka bir çalışmada ise gerilim tipi baş ağrısı oranı %27, migren oranı %15 olarak saptanmıştır (74). Geriatrik grubun değerlendirildiği çalışmaların çoğunda, gerilim tipi baş ağrısı prevalansının, genç popülasyona göre daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Bunun, ileri yaş hastalarda servikal osteoartrit, depresyon ve/veya depresyon ile ilişkili hastalıklar ve uyku bozukluklarının görülme sıklığının artmış olmasıyla ilişkilendirilebileceği öne sürülmüştür (74). Geriatrik grupta, vasküler hastalıklar, intrakraniyal kitle, trigeminal nevraljiye ikincil başağrıları ve primer öksürük baş ağrısının gençlere oranla daha sık görüldüğü birçok çalışmada gözlenmiştir (73). Pascual ve arkadaşlarının çalışmasında 65 yaş üstü 193 hastada iskemik inme, temporal arterit ve intrakraniyal kitleye bağlı başağrısı oranı, 65 yaş altı hastalara göre belirgin yüksek (%15) bulunmuştur. Bizim çalışmamızda da olası sekonder baş ağrısı olarak değerlendirilebilecek-ölçekle tanı koyamadığımız- katılımcı oranı %11 (n=22) olarak bulunmuştur.

C. Lisotto ve arkadaşlarının çalışmasında servikal patolojiye bağlı başağrısı %26.2, temporal arterite bağlı başağrısı %7.1, intrakraniyal kitleye bağlı başağrısı %2.4

oranlarında bildirilmiştir. Başka bir çalışmada servikal patolojiye bağlı baş ağrısı %18.2, temporal arterite bağlı baş ağrısı %18.2, intrakraniyal kitleye bağlı baş ağrısı %12.1 oranlarında belirlenmiştir (76). Baş ağrısı ile başvuran geriatric hastalarda temporal arterit, iki ayrı çalışmada daha benzer oranlarda bildirilmiştir (73,74). Hagen ve arkadaşlarının çalışmasında baş ağrısı ile iskemik inme, koroner kalp hastalığı, hipertansiyon, diyabetes mellitus arasında anlamlı bir ilişkili saptanmamıştır (77). Bizim çalışmamızda da diyabetes mellitus, hipertansiyon, hiperlipidemi v.b. kronik hastalıkların varlığı ile baş ağrısı korelasyonu olmadığını bulduk (Tablo 7).

Baş ağrısı olan katılımcılardan yaşça daha genç olanlar daha yaşlı olanlarla karşılaştırıldıklarında kendilerini daha mutlu hissettiklerini belirtmişlerdir. Yaş ve yaşam kalitesi parametreleri arasında negatif korelasyon görüldü; yaşça küçük olan baş ağrılı katılımcılar yaşam kalitesi ölçeğindeki pek çok soruya yaşı büyük olanlara kıyasla daha yüksek puan vermişlerdir.

Baş ağrısı etyolojisine yönelik ileri değerlendirmelerin yapılabilmesi için beyin MR görüntüleme, özellikle geriatric grupta baş ağrılarının sekonder nedenlere bağlı olarak görülebilme sıklığı arttığı için önem kazanmaktadır. Bizim çalışmamızda da en çok tercih edilen görüntüleme yöntemi MR (%0,36) olmuştur.

Çalışmamızın bulgularına göre, geriatric grupta sekonder baş ağrılarının sıklığında bir artış olmasına karşın, primer baş ağrılarının hala hastaları daha fazla etkilediği görülmüştür. Hem primer, hem de sekonder baş ağrılarının, kadınlarda erkeklerden daha fazla görüldüğü izlenmiştir. Risk faktörlerine göre bir değerlendirme yapıldığında, istatistiki olarak cinsiyet açısından bir fark olmadığı gözlenmiştir.

Primer baş ağrıları değerlendirildiğinde en sık, gerilim tipi baş ağrısı, migren görüldüğü belirlenmiştir.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Kocaeli ili İzmit ilçesinde 65 yaş ve üstü grubunda HARDSHIP anket formu kullanarak tekrarlayan baş ağrısı sıklığını, baş ağrısının karakteristiğini, sosyo-demografik özellikleri, yaşam kalitesine etkisini ve sosyal hayattaki kayıpları hesaplamayı bu çalışmada amaçladık. Erişkinlere yönelik daha iyi bireysel ve toplumsal sağlık hizmeti sunmamızı sağlayacak analizler yapabileceğimizi düşündüğümüz çalışmanın sonuçları şu şekilde özetlenebilir.

1. Geriatrik olarak sınıflanabilecek bir popülasyonda yaptığımız baş ağrısı sıklığı ve baş ağrısına bağlı kayıpların saptanması için kullandığımız HARDSHIP ölçeği ile koyduğumuz tanıları diğer toplumlarda yapılan klinisyen tanılarının bulunduğu benzer çalışmalar ile karşılaştırdığımızda gördüğümüz benzer sıklıklar HARDSHIP ölçeğinin birinci basamakta tanı koymak amacı ile kullanılabileceğini göstermektedir.
2. Katılımcılarda 40 yaş ve üzerinde daha az baş ağrısı görülmektedir. Baş ağrısı süresi 40 yaş altı erkeklerde daha azdır.
3. Bir yıllık baş ağrısı süreleri ile vücut kitle indeksi ve bel çevresi arasında anlamlı fark yoktur.
4. Katılımcıların çoğunluğu baş ağrıları için hiçbir sağlık çalışanından destek almadan ilaç kullanmıştır.
5. Baş ağrısı nedeni ile en çok Aile Hekimleri'nden destek istenmiştir.(Migrende ikinci en sık başvuru alan hekim grubu)
6. Baş ağrısının tanısında katılımcılara en çok MR tetkikinin yapıldığı bulunmuştur (sırası ile MR, kan tahlili, göz muayenesi,BT, boyun filmi).
7. İş/okul, ev işi, sosyal hayatlarında ki baş ağrısı nedeni ile kaybedilen gün süreleri 15 günü aşmamaktadır.
8. Baş ağrılı gün sayısı arttıkça kişilerin memnuniyetsizlik oranları artmaktadır.
9. Kişilerin iş, ev işi, sosyal hayattaki baş ağrısına bağlı kayıplarının ortalamaları arttıkça yaşam kalitesi azalmıştır.
10. Katılımcılara baş ağrılarının karakteri sorulduğunda zonklayıcı tipte ağrının sıkıştırıcı tipte ağrıdan fazla olduğunu belirledik.

11. Katılımcılara yaşadıkları yerlerde memnuniyet durumları soruldu ama nerde yaşadıklarını sormadık.

Baş ağrısı toplumda sık rastlanmaktadır. Çalışmamızda belirttiğimiz gibi Aile Hekimleri bu tür hastalarla en çok karşılaşan hekimler olduğundan doğru tanı, etkin tedavi ve yönlendirmelerle bu tür baş ağrılarının toplumdaki kısıtlılığı ve oluşturduğu sosyo-ekonomik yük engellenebilir.



## 7. ÖZET

### **KOCAELİ İLİ 65 YAŞ VE ÜSTÜ GRUBUNDA TEKRARLAYAN BAŞ AĞRISI PREVALANSI İLE BAŞ AĞRILARININ NEDEN OLDUĞU YAŞAM KALİTESİ VE SOSYAL KAYIPLARIN BELİRLENMESİ**

**Amaç:** Bu çalışmada Kocaeli ili İzmit ilçesi Aile Sağlığı Merkezlerine (ASM) gelen 65 yaş ve üstü kişilerde HARDSHIP ( Headache-attributed restriction, disability, social, handicap and impaired participation ) anket formu kullanarak tekrarlayan baş ağrısının sıklığı, baş ağrısının karakteristiği, sosyo-demografik özellikleri, yaşam kalitesine etkisi ve sosyal kayıpların belirlenmesi amaçlanmıştır.

**Gereç ve Yöntem:** Çalışmaya merkez İzmit Aile Sağlığı Merkezine başvuran 65 yaş ve üstü 200 kişi alındı. Katılımcılara tekrarlayan baş ağrısını araştıran, tiplendiren ve sosyal kayıpları değerlendiren HARDSHIP anket formu uygulandı.

Anket dört bölümden oluşmakta olup toplam 94 soru mevcuttur. Bu bölümler sırası ile:

- a) Kişisel, demografik ve genel sağlık verilerin bulunduğu bölüm
- b) Baş ağrısı tipleri ve ilaç tedavisi ile ilişkili bölüm
- c) Yaşam kalitesi ve baş ağrısı ile ilişkili yaşanan kayıpların değerlendirildiği bölüm: WHOQoL – 8 soru seti, HALT indeksi Sosyal kayıpları (iş/okul engeli, ikili ilişkilerdeki kayıpları v.b)
- d) Sosyodemografik statü ve etkin tedavi için ödeme istekliliğinin değerlendirildiği bölüm.

**Bulgular:** Çalışmamıza katılanların kaba bir yıllık baş ağrısı prevalansı %87,3; kaba bir yıllık baş ağrısı prevalansı ve bildirilen baş ağrısı sıklığı kullanılarak yapılan tahmini nokta prevalans %6,32 (tahmini önceki gün baş ağrısı sıklığı) olarak hesaplanmıştır. Baş ağrısı özellikle yaş ilerledikçe yaşam kalitesi ile negative korlasyon göstermektedir. Önceki gün baş ağrısı olup olmamasına göre çalışma grubu ikiye ayrıldığında önceki gün baş ağrısı olan grup "dün kendinizi ne kadar mutlu

hissettiniz" sorusunu 10 üzerinden ortalama  $5,42 \pm 3,14$  puanla değerlendirmişler. Bu değer dñn Baş ağrısı olmayanla gruba gñre anlamlı olarak dñřüktür ( $6,96 \pm 3,41$ ,  $p < 0,001$ ).

**Sonuç:** Çalışmamızın da gñsterdięi gibi baş ağrısı yaşam kalitesini bozan ve iş/ sosyal kayıplara neden olan ðnemli bir halk sağlığı sorunudur. En çok Aile hekimlerinden destek istediklerinden, bu bireylerin doğru tanı, etkin tedavi almaları sadece o bireye değil toplumada büyük fayda sağlayacaktır. HARRDSHIP anketi birinci basamakta baş ağrısı ile başvuran hastalara tanı koymak amacı ile kullanılabilir.



## 8. ABSTRACT

### ASSESEMENT OF RECURRENT HEADACHE PREVALANCE, AND RELATED QUALITY OF LIFE AND SOCIAL LOSS 65 AND ABOVE GROUP IN KOCAELI PROVINCE

**Aim:** In this study we aimed to assess the frequency of recurrent headache, related quality of life and social loss 65 and above group who enrolled family Health Centers in izmit/Kocaeli province center.

**Material and Methods:** HARDSHIP questionnaire was used to gather data from 2000 adults who gave Their informed consents. The questionnaire has four parts:

- a) Personal and demographic and the part that general health data included,
- b)Headache types and medical therapy data,
- c)Quality of life and loss due to headache data,
- d)socio-demographic status and wish to pay for effective therapy data.

**Results:** Crude headache prevalance and point prevalance were calculated as 87,3 %. And 6.32 %, respectively. Headache indicates negative correlation with life quality especially while getting old.

When the group is divided into two according to whether they had headache on previous or not, one behalf who had headache on previous day assessed the question of ‘How much they felt happy themselves yesterday’ as approximately  $5,42 \pm 3,14$  points out of 10 points. This value is significantly lower than who had not headache on previously. ( $6,96 \pm 3,41$ ,  $p < 0,001$ ).

**Conclusion:** This study showed-once more- that headache is an important public health problem that impaires quality of life, causes work/social loss. The most frequently attended medical professionals were family physicians, This is important to have accurate diagnoses and access effective therapeutical means in terms of public benefit. HARDSHIP questionnaire can be used in the primary care health service to diagnose the illnesses of the sick people suffering from headache.

**Key words:** Headache, HARDSHIP, Prevalance, Quality of life, Social loss



## 9. EKLER

### 9.1. Ek 1. Baş Ağrısı Tanı Kriterleri:

#### 1. Baş Ağrılarının Tanı Kriterleri

**1.1. Aurasız Migren (Yaygın Migren, Hemikraniya Simpleks):** Ataklar şeklinde ortaya çıkan, 4-72 saat süren, genellikle tek taraflı, zonklayıcı, orta veya şiddetli, günlük bedensel hareketlerle artış gösteren, fotofobi, fonofobi, bulantı ve kusmanın eşlik ettiği tekrarlayıcı bir baş ağrısı hastalığıdır.

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

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

C. Baş ağrısı atakları aşağıdaki özelliklerden en az ikisini taşımaktadır:

1. Tek taraflı
2. Zonklayıcı özellikte
3. Orta ya da ağır şiddetli
4. Günlük bedensel hareketlerle şiddetlenme (yürümek, merdiven çıkmak gibi)

D. Baş ağrısı sırasında aşağıdakilerden en az birisi bulunmalıdır:

1. Bulantı ve /veya kusma
2. Fotofobi ve fonofobi

E. Başka bir organik hastalık işareti olmamalı

**1.2. Auralı Migren (Klasik Migren, Oftalmik, Hemiparestezik, Hemiplejik ya da Afazik Migren):** Geri dönüşümlü fokal nörolojik belirtilerin, 5-20 dakikadan uzun ve 60 dakikadan kısa sürdüğü, tekrarlayıcı ataklarla karakterize baş ağrısı hastalığıdır. Aura belirtilerini genellikle aurasız migren tipi baş ağrısı izler.

A. B kriterlerini dolduran en az 2 atak olmalı

B. Aşağıdaki 4 özellikten en az 3 tanesi olmalı:

1. Bir ya da daha fazla sayıda, tümüyle geri dönüşümlü ve fokal serebral kortikal ve/veya beyin sapı fonksiyon bozukluğuna işaret eden aura belirtilerinin olması

2. Dört dakikadan daha uzun sürede yavaş yavaş gelişen en az 1 aura belirtisi ya da 2 veya daha fazla sayıda birbiri ardısıra gelişen belirtiler

3. Aura belirtileri 60 dakikadan uzun sürmemeli

4. Baş ağrısı, aurayı takiben 60 dakika içinde gelişmeli (baş ağrısı aura olmadan önce veya aura ile birlikte başlamış olabilir)

C. Organik hastalık işareti olmamalı

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

A. B-D kriterlerini tamamen dolduran en az 2 atak olmalı

B. Kasgücü kaybı olmaksızın aura aşağıdaki özelliklerden en az birisini taşımalı:

1. Tamamen geri dönüşümlü pozitif (ışık titremeleri, noktalar/çizgiler) ve/veya negatif (görme kaybı) özellikleri içeren görsel belirtiler

2. Tamamen geri dönüşümlü pozitif (iğnelenme/karınalanma hissi) ve/veya negatif (uyuşukluk) özellikleri içeren duysal belirtiler

3. Tamamen geri dönüşümlü disfazik konuşma bozukluğu

C. Aşağıdakilerden en az 2 tanesi olmalı:

1. Homonim görsel belirtiler ve/veya tek yanlı duysal belirtiler

2. Beş dakika veya daha fazla sürede gelişen en az bir aura belirtisi ve/veya daha fazla sürede ard arda gelişen farklı aura belirtileri

3. Her belirti 5-60 dakika sürmeli

D. Aura sırasında veya aurayı izleyen 60 dakika içinde aurasız migren için olan tüm B-D kriterlerini taşıyan baş ağrısı

E. Başka bir organik hastalık işareti olmamalı

**1.4. Özgün Auralı, Migrene Benzemeyen Baş ağrısı:** Özgün aura, görsel ve/veya duysal ve/veya konuşma ile ilgili belirtilerden oluşur. Baş ağrısı aurasız migren tanı kriterlerini taşımaz.

A. B-D kriterlerini tamamen dolduran en az 2 atak olmalı

B. Kasgücü kaybı olmaksızın aura aşağıdaki özelliklerden en az birisini taşımalı:

1. Tamamen geri dönüşümlü pozitif (ışık titremeleri, noktalar/çizgiler) ve/veya negatif (görme kaybı) özellikleri içeren görsel belirtiler

2. Tamamen geri dönüşümlü pozitif (iğnelenme/karınalanma hissi) ve/veya negatif (uyuşukluk) özellikleri içeren duyuşal belirtiler

3. Tamamen geri dönüşümlü disfazik konuşma bozukluğu

C. Aşağıdakilerden en az 2 tanesi olmalı:

1. Homonim görsel belirtiler ve/veya tek yanlı duyuşal belirtiler

2. Beş dakika veya daha fazla sürede gelişen en az bir aura belirtisi ve/veya daha fazla sürede ard arda gelişen farklı aura belirtileri

3. Her belirti 5-60 dakika sürmeli

D. Aura sırasında veya aurayı izleyen 60 dakika içinde aurasız migren için olan tüm B-D kriterlerini taşımayan baş ağrısı E. Başka bir organik hastalık işareti olmamalı

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

**1.6. AHM:** Kas gücü kaybı şeklinde aurası olan migren baş ağrısıdır. En az bir tane birinci veya ikinci derece yakınlarında motor güçsüzlük şeklinde aurası olan migren baş ağrısının bulunması bu tanıyı düşündürmelidir. AHM'de ataklarda bilinç bozukluğu, konfüzyon, ateş, beyin omurilik sıvısında (BOS) pleositoz bulunabilir. Hafif bir kafa

travmasıyla tetiklenebilir. %50'sinde süregen ilerleyici serebellar ataksi migren ataklarından bağımsız olarak görülebilir. AHM sıklıkla baziler tipte belirti verir.

A. B-C' yi karşılayan en az 2 atak

B. Aura olarak tamamen düzelen motor güçsüzlüğün ve aşağıdakilerden en az birinin olması

1. Tamamen geri dönüşümlü görsel bulgular
2. Tamamen geri dönüşümlü duyuşal belirtiler
3. Tamamen geri dönüşümlü disfazik konuşma bozukluğu

C. Aşğıdakilerden en az 2'si:

1. En az bir aura belirtisinin 5 dakika veya daha uzun sürede gelişmesi ve/veya farklı aura belirtilerinin 5 dakika veya daha uzun sürede gelişmesi
2. Her bir aura belirtisi 5 dakikadan 24 saate kadar sonlanır
3. Aurasız migren kriterlerini karşılayan baş ağrısının aura sırasında veya auradan sonraki 60 dakika içinde başlaması

D. 1. veya 2. derece yakınlarında en az bir tane A-E kriterlerine uyan birinin bulunması

E. Başka bir hastalıkla ilişkili olmaması

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

A. B-C' yi karşılayan en az 2 atak

B. Aura olarak tamamen düzelen motor güçsüzlüğün ve aşğıdakilerden en az birinin olması:

1. Tamamen geri dönüşümlü pozitif (ışık titremeleri, noktalar/çizgiler) ve/veya negatif (görme kaybı) özellikleri içeren görsel belirtiler
2. Tamamen geri dönüşümlü pozitif (iğnelenme/karınçalanma hissi) ve/veya negatif (uyuşukluk) özellikleri içeren duyuşal belirtiler
3. Tamamen geri dönüşümlü disfazik konuşma bozukluğu

C. Aşğıdakilerden en az 2'si:

1. Beş dakika veya daha fazla sürede gelişen en az bir aura belirtisi ve/veya 5 dakika veya daha fazla sürede ard arda gelişen farklı aura belirtileri

2. Her belirti 5 dakikadan uzun, 24 saatten kısa sürmeli

3. Aura sırasında veya aurayı izleyen 60 dakika içinde aurasız migren için olan tüm B-D kriterlerini taşıyan baş ağrısı

D. Birinci ya da ikinci derece akrabalarda A-E kriterlerinin tamamını taşıyan ataklar olmamalı

E. Başka bir organik hastalık işareti olmamalı

### **1.8. Baziler-Tip Migren (Baziler Arter Migreni):** Baziler migren diyebilmek

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

A. B-D' yi karşılayan en az 2 atak

B. Kasgücü kaybı olmaksızın aura aşağıdaki tamamen geri dönüşümlü belirtilerin en az 2 tanesini içermeli:

1. Dizartri

2. Vertigo

3. Tinnitus

4. İşitme kaybı

5. Diplopi

6. Her iki gözde temporal ve nazal görme alanlarını içeren belirtiler

7. Ataksi

8. Bilinç düzeyinde bozulma

9. Eş zamanlı iki yanlı pareteziler

C. Aşağıdakilerden en az bir tanesi olmalı:

1. Beş dakika veya daha fazla sürede gelişen en az bir aura belirtisi ve/veya 5 dakika

veya daha fazla sürede art arda gelişen farklı aura belirtileri

2. Her belirti 5-60 dakika sürmeli

E. Başka bir organik hastalık işareti olmamalı

**1.9. Tekrarlayıcı Kusmalar:** Tekrarlayan bulantı ve kusma atakları vardır. Bu

ataklar birbirinin aynısıdır. Atak sırasında halsizlik ve yorgunluk vardır. Ataklar arasında çocuk normaldir. Tespit edilebilen herhangi bir gastrointestinal sistem (GIS) hastalığı yoktur.

A. B ve D'ye uyan en az 5 atak

B. Tekrarlayan ataklar, yoğun bulantı ve kusma 1 saat-5 gün devam eder.

C. Ataklardaki kusma en az saatte 4 kez olur ve 1 saat sürer.

D. Ataksız dönemde normaldir.

E. Başka bir hastalığa bağlı değildir.

**1.10. Abdominal Migren:** İdiyopatik tekrarlayan bir bozukluktur. 1-72 saat süren karın ağrısı vardır. Ağrı orta-ağır şiddettedir ve vazomotor belirtilerle, bulantı ve kusma ile ilişkilidir. GIS veya renal hastalık öyküsü yoktur.

A. B-D'yi karşılayan en az 5 atak olmalı,

B. 1-72 saat süren karın ağrısı

C. Karın ağrısı aşağıdaki özelliklerden tümünü karşılamalı:

1. Orta hatta, göbek etrafında yerleşim,

2. Künt vasıflı,

3. Orta-ağır şiddetli.

D. Ağrı sırasında aşağıdakilerden en az 2'sinin olması:

1. İştahsızlık,

2. Bulantı,

3. Kusma,

#### 4. Solukluk.

E. Başka bir hastalığa bağlı değildir.

**1.11. Çocukluk Döneminin İyi Huylu, Ataklarla Giden Baş Dönmesi:** Kısa süreli baş dönmesi atakları olur. Uyarıcı belirtiler yoktur. Kendiliğinden geçer. Bazı ataklarda baş ağrısı ile birlikte ilişkili olarak nistagmus veya kusma görülebilir.

A. B-D'yi karşılayan en az 5 atak

B. Dakikalar veya saatler içinde kendiliğinden geçen çoklu ağır baş dönmesi atakları

C. Nörolojik muayene, odiyometrik testler ve vestibuler fonksiyonlar ataklar arasında normaldir

D. Elektroensefalogram (EEG) normaldir.

E. Başka bir hastalığa bağlı değildir.

**1.12. Retinal Migren:** Tekrarlayan ataklar şeklinde monoküler görsel bozukluk (skotom, körlük) ve eşlik eden migren baş ağrısı vardır.

A. B-D'yi karşılayan en az iki atak

B. Atak sırasında tamamen geri dönüşümlü olan monoküler görsel olayların (sintilasyonlar, skotomlar, körlük vb.) olması (muayene veya hastanın atak sırasında mevcut

durumu çizmesi ile doğrulanan),

C. Aurasız migren kriterlerini karşılayan baş ağrısının aura sırasında ya da 60 dakika içinde başlaması,

D. Normal oftalmolojik muayene,

E. Başka bir hastalığa bağlı değildir.

**1.13. Süregen Migren:** İlaç aşırı kullanımının bulunmadığı, ayda 15 ya da daha fazla gün olan, toplam 3 aydan fazla olan migren baş ağrısıdır. Son 3 ay için ayda 15 gün ve daha

fazla süre için aurasız migren kriterlerinden C ve D'nin karşılanması, başka bir hastalığa bağlı olmaması tanı kriterleridir.

**1.14. Migren Statusu:** 72 saatten uzun süren ve işten düşüren migren atağının olması

A. Hastadaki mevcut baş ağrısı atağı aurasız migren kriterlerini süre haricinde karşılar.

B. Baş ağrısında aşağıdakilerden ikisinin olması:

1. 72 saatten uzun sürmesi

2. Ağır şiddette olması

C. Başka bir hastalığa bağlı değildir.

**1.15. İskemi Olmaksızın Dirençli Aura:** 1 haftadan uzun süren aura belirtileri

vardır.

**1.16. Migrene Bağlı İnfarkt:** Bir yada daha fazla migren aurası iskemik beyin lezyonu ile ilişkilidir. Görüntüleme ilgili bölgede infarkt alanı tespit edilir. 60 dakikanın üzerinde seyreden auralı tek atak dışında tüm ağrıları auralı migrene uyar.

**1.17. Migrene Bağlı Epileptik Nöbet:** Migren aurası tarafından tetiklenen

nöbettir. Burada migren aurası sırasında ya da sonrasındaki 1 saat içinde nöbet vardır.

**1.18 Olası Migren (Migrenöz Bozukluk):** Baş ağrısı ve/veya atağı migren tanı kriterlerinden biri dışında diğerlerini karşılıyorsa olası migren adı verilir.

**1.19. Olası Aurasız Migren:**

A. Aurasız migren için A-D tanı kriterlerinin biri dışında tümünü karşılayan ataklar

B. Başka bir organik bozuklukla ilişkili olmamalı

**1.20. Olası Auralı Migren:**

A. Auralı migren veya onun herhangi bir alt formu için A-D tanı kriterlerinin biri dışında tümünü karşılayan ataklar

B. Başka bir organik bozuklukla ilişkili olmamalı



**1.21. Sık Olmayan Epizodik GTBA:** Dakikalar-günler süren baş ağrısı atakları vardır. Ağrı iki taraflı, basınç ya da sıkıştırıcı vasıflı ve hafif-orta şiddetlidir. Günlük bedensel hareketlerle şiddetlenmez. Bulantı yoktur. Fotofobi ya da fonofobi olabilir. GTBA en sık görülen baş ağrısı tipidir. GTBA gerek sıklık, gerekse şiddet bakımından çok değişkenlik göstererek; nadir ve kısa baş ağrısı ataklarından, sık ve genellikle sürekli olan kısıtlayıcı baş ağrılarına kadar her şekilde karşımıza çıkabilir.

A. B-D'yi tam karşılayan ayda 1 günden az (<12 gün/yıl) olan en az 10 atak

B. Baş ağrısı 30 dk-7 günde sonlanacak

C. Aşağıdakilerden en az 2 tanesinin olması:

1. İki taraflı yerleşim
2. Basınç/sıkıştırıcı vasıflı
3. Hafif-orta şiddetli
4. Günlük bedensel hareketlerle kötüleşmez

D. Aşağıdakilerden 2'sinin olması:

1. Bulantı ya da kusmanın olmaması
2. Fotofobi ya da fonofobinin birden fazlasının olmaması E. Başka bir organik bozuklukla ilişkili olmamalı

**1.22. Perikraniyal Kasların Bozukluğu ile İlişkili Sık Olmayan Epizodik GTBA:**

A. Sık olmayan epizodik GTBA için A-E kriterlerinin olması

B. Manuel olarak muayenede perikranial hassasiyetin olması

**1.23. Perikraniyal Kasların Bozukluğu Olmaksızın Sık Olmayan Epizodik GTBA:**

A. Sık olmayan epizodik GTBA için A-E kriterlerinin olması

B. Manuel olarak muayenede perikranial hassasiyetin olmaması

**1.24. Sık Epizodik GTBA:**

A.  $\geq 1$  ve  $< 15$  gün/ay en az 10 baş ağrısı atağı, en az 3 ay boyunca ( $\geq 12$  ve  $< 180$  gün/yıl) olmalıdır ve B-D tam olarak karşılanmalıdır.

B. Baş ağrısı 30 dk-7 günde sonlanır.

C. Aşağıdakilerden en az 2 tanesinin olması:

1. İki taraflı yerleşim
2. Basınç/sıkıştırıcı vasıflı
3. Hafif-orta şiddetli
4. Günlük bedensel hareketlerle kötüleşmeme

D. Aşağıdakilerden 2'sinin olması:

1. Bulantı ya da kusmanın olmaması
  2. Fotofobi ya da fonofobinin birden fazlasının olmaması
- E. Başka bir organik bozuklukla ilişkili olmamalı

### **1.25. Süregen GTBA:**

A. Son 3 ayda ayda  $\geq 15$  gün baş ağrısı atağı olması ( $\geq 180$  gün/yıl) ve B-D tam olarak karşılanmalıdır.

B. Baş ağrısı saatler içinde sonlanır ya da süreğendir.

C. Aşağıdakilerden en az 2'sinin olması:

1. İki taraflı yerleşim
2. Basınç/sıkıştırıcı vasıflı
3. Hafif-orta şiddetli
4. Günlük bedensel hareketlerle kötüleşmeme

D. Aşağıdakilerden 2'sinin olması:

1. Hafif bulantı ya da fotofobi ya da fonofobiden bir tanesi
  2. Orta ya da ağır bulantı ya da kusma
- E. Başka bir hastalığa bağlı değildir.

### 1.26. Olası GTBA:

A. Sık olmayan veya sık epizodik GTBA'nın, süregen GTBA'nın A-D tanı kriterlerinin biri dışında hepsini karşılayan baş ağrısı atakları

B. Aurasız migren için tanı kriterlerini tam doldurmayan ataklar

### 9.2. Ek 2: Klinik Araştırma Etik Kurul Değerlendirme Formu ve İzin Formu:





T.C.  
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ

GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR  
ETİK KURULU



ETİK KURULUN ADI	Kocaeli Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
ADRES	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Ara Kat 41380 Umuttepe Yerleşkesi /KOCAELİ
TELEFON	0262 303 74 50
FAKS	0262 303 74 63
E-POSTA	etikkurul@kocaeli.edu.tr

Başvuru Bilgileri	Araştırmannın Açık Adı	Kocaeli ili merkez nüfusu 65 yaş üstü grubunda tekrarlayan baş ağrısı prevalansı ile baş ağrıların neden olduğu yaşam kalitesi ve sosyal kayıpların belirlenmesi			
	Araştırma Proje Numarası	GOKAEK 2016/43			
	Koordinatörün Ünvanı/Adı/Soyadı	Doç. Dr. Müge Alvur			
	Koordinatörün Uzmanlık Alanı	Aile Hekimliği			
	Sorumlu Araştırmacı Ünvanı/Adı/Soyadı	Araş. Gör. Dr. Gönül Reşadiyeli			
	Sorumlu Araştırmacının Uzmanlık Alanı	Aile Hekimliği			
	Araştırma Merkezi	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği ABD			
	Destekleyici				
	Araştırmannın Türü	Uzmanlık Tezi			
Araştırmaya Katılan Merkezler	Tek Merkezli <input checked="" type="checkbox"/>	Çok Merkezli <input type="checkbox"/>	Ulusal <input checked="" type="checkbox"/>	Uluslararası <input type="checkbox"/>	

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Açıklama
	Başvuru dilekçesi			
	Başvuru formu			
	Araştırma protokolü			
	Olgu Rapor Formu			
	Anket formu			
	Biyolojik Materyal Transfer Formu			
	Aydınlatılmış Onam Formu			
	Araştırma Bütçesi			
	Literatür örneği			
	Taahhütname			
	İzin Belgeleri			
	Biyolojik Materyal Transfer Anlaşması			
	Özgeçmişler			
	Sigorta			
	Değişiklik Bilgi Formu			
	Proje Sonuç Formu			

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:	Proje No: KÜ GOKAEK 2016/43	Tarih : ....././2016
	Doç. Dr. Müge Alvir sorumluluğunda yapılan ve yukarıda bilgileri verilen araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan Etik Kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.		

**ETİK KURUL BİLGİLERİ**

ÇALIŞMA ESASI	Hasta Hakları Yönetmeliği (01.08.1998/23420), 8 Mayıs 2014 tarih ve 26994 sayılı Resmi Gazetede ilan edilen Hasta Hakları Yönetmeliği'nde Değişiklik Yapılmasına dair Yönetmelik, Helsinki Bildirgesi (2013), İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu (Kasım 2015), Biyotıp Araştırmalarına İlişkin İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesine Ek Protokolün Onaylanmasının Uygun Bulunduğuna Dair Kanun (10 Mart 2011/6212), Biyoloji ve Tıbbın Uygulanması Bakımından İnsan Hakları ve İnsan Haysiyetinin Korunması Sözleşmesi; İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi (4 Nisan 1997), Ek Madde -10 (6 Nisan 2011, 6225) Resmi Gazetede 13.04.2013 tarih ve 28617 sayılı ile yayınlanan Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, 25 Haziran 2014 tarih ve 29041 sayılı Resmi Gazetede ilan edilen İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik
---------------	--

**ETİK KURUL BAŞKANI UNVANI/ADI/SOYADI: PROF. DR. KADİR BABAĞLU**

**ETİK KURUL ÜYELERİ**

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişkisi		Katılım *		İmza
PROF. DR. KADİR BABAĞLU BAŞKAN	ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI	KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
YRD. DOÇ. DR. ASLIHAN AKPINAR RAPORTÖR	TIP TARİHİ VE ETİK	KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
DOÇ. DR. YUSUFHAN YAZIR ÜYE	HİSTOLOJİ&EMB RİYOLOJİ&KÖK HÜCRE	KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
DOÇ. DR. SELCEN GÖÇMEZ ÜYE	FARMAKOLOJİ	KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
DOÇ. DR. HALUK EMRE ÖZEL ÜYE	DİŞ HEKİMİ	KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
PROF. DR. İ ERDEM OKAY	GENEL CERREAHİ	KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
DOÇ. DR. ÖZLEM YILDIZ GÜNDOĞDU ÜYE	ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI	KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
DOÇ. DR. CANAN BAYDEMİR ÜYE	İSTATİSTİK	KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
YRD. DOÇ. DR. CEYLA ERALDEMİR ÜYE	BİYOKİMYA	KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

\* :Toplantıda Bulunma



T.C.  
**KOCAELİ VALİLİĞİ**  
**Halk Sağlığı Müdürlüğü**

KOCAELİ HALK SAĞLIĞI MÜDÜRLÜĞÜ  
KOCAELİ TOPLUM SAĞLIĞI HİZMETLERİ ŞUBE  
MÜDÜRLÜĞÜ  
11.03.2016 16:30 - 15096744 / 663.08 / 232  
00023634824

**Sayı** : 15096744/663.08  
**Konu** : Araştırma Talebi

**KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ**  
(Dahili Tıp Bilimleri Bölümü Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı)

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda görev yapmakta olan Araştırma Görevlisi Dr.Gönül REŞADİYELİ tarafından Doç.Dr.T.Müge ALVUR danışmanlığında İlimiz İzmit ilçesindeki tüm aile sağlığı merkezlerinde aile hekimliğine kayıtlı 65 yaş ve üzeri grubunda tekrarlayan baş ağrısı prevelansı ile baş ağrılarının neden olduğu yaşam kalitesi ve sosyal kayıpların belirlenmesine yönelik araştırma talebi komisyonumuzca değerlendirilerek uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi arz ederim.

Dr.Sabri MEDİŞOĞLU  
İl Halk Sağlığı Müdür  
Yardımcısı

Körfez Mah.Eski Ankara Karayolu Cad.No:129 İZMİT

Faks No:0 262 324 56 30

e-Posta:emine.ozen@saglik.gov.tr İnt.Adresi: Ebe E.ÖZEN 0 262 300 64 62

kocaeli.sos@saglik.gov.tr

Bilgi için:Emine ÖZEN

Unvan:EBE

Telefon No:

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 8b49d0ac-5dba-40de-823e-d784ee255902 kodu ile erişebilirsiniz.

9.3. Ek 3: HARDSHIP Anket Formunun 65 yaş üstü grubunda uygulanmış formu:

## ***Lifting The Burden***

Dünya Sağlık Örgütü ile Resmi ilişkili olarak

**Baş Ağrısına Karşı Küresel Kampanya**

### **Baş Ağrısına atfedilmiş kısıtlılık, engellilik, sosyal yetersizlik ve bozulmuş katılım soru formu (HARDSHIP)**

**Sağlıklılar ya da eğitilmiş görüşmeciler tarafından toplum örneklemelerine uygulamak için**

Tekrarlayan baş ağrısı sık görülen bir rahatsızlıktır. Bu baş ağrısının tiplendirilmesi; takibi ve tedavisi açısından oldukça önemlidir. Hangi tip baş ağrısı olduğunu belirlemek kolay değildir. Bu gibi anketler baş ağrısının tiplendirilmesinde faydalıdır. HARSHIP bu amaçla yapılmış bir ankettir. Bu anketin orijinal dili İngilizcedir. Bu çalışmanın amacı HARSHIP tekrarlayan baş ağrısı araştırma ve tiplendirme anketinin Türkçeye kazandırılmasıdır. Siz bu çalışmaya Kocaeli ilindeki 65 yaş üstü olan kişiler arasından rastgele seçildiniz. Bu çalışmaya katılmanız gönüllülük esasına dayanmaktadır. Araştırmaya katılmayı kabul etmeniz bu çalışma için son derece faydalı olacaktır. Araştırmanın herhangi bir aşamasında çalışmadan ayrılmak istediğinizi beyan edebilirsiniz. Çalışmaya katılmanız durumunda ekte yer alan anket sorularını cevaplamanızı istiyoruz. Çalışmadan elde edilen kimlik bilgileriniz de dahil olmak üzere diğer tüm bilgiler sorumlu araştırmacılar tarafından saklı tutulacak ve sadece araştırmanın bilimsel sonuçlarının yayınlanması amacıyla kullanılacaktır. Bu anketin ön sonuçları sizin tekrarlayan baş ağrısı şikayetiniz olduğunu gösterirse çalışmanın ikinci aşaması olarak Prof. Dr. Macit Selekler (Nöroloji Anabilim Dalı) tarafından size belirtilecek bir zamanda görüşme ve muayeneler yapılacaktır. Bu görüşme ve muayene sonrasında eğer gerekiyorsa sorununuza yönelik tedavi ve takip programı oluşturulacaktır. Bu araştırma ile ilgili karşılaşılabileceğiniz her türlü soru ve sorunla ilgili olarak Doç. Dr. Müge Alvir (Aile Hekimliği Anabilim Dalı - 303 7410) ile görüşebilirsiniz.

**Katılımınız için teşekkür ederiz**

#### **Katılımcı tanımlayıcısı**

(görüşmeci tarafından doldurulacaktır)

<b>1</b>	Bugünün tarihini giriniz	___/___/___
----------	--------------------------	-------------

## Demografik Sorular

2	Cinsiyetiniz nedir? (Lütfen bir kutu işaretleyin)	erkek <input type="checkbox"/> kadın <input type="checkbox"/>
2a	Sürekli ilaç kullanmanızı ya da takip edilmenizi gerektiren hastalığınız var mı?	Hayır <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Yüksek tansiyon <input type="checkbox"/> Şeker <input type="checkbox"/> Yüksek kolesterol <input type="checkbox"/> Nöbet(havale)-Sara(epilepsi) <input type="checkbox"/> Migren <input type="checkbox"/> Diğer: _____
2b	Sürekli kullandığınız ilaçlar nelerdir?	
3	Kaç yaşındasınız?	_____ yaşındayım

## Sosyal duruma ait sorular

4	Medeni durum nedir? (Lütfen bir kutu işaretleyin)	<input type="checkbox"/> bekar <input type="checkbox"/> evli <input type="checkbox"/> dul <input type="checkbox"/> ayrı yaşıyor ya da boşanmış
---	--	--



5	Aynı evde birlikte yaşadığınız biri var mı? (bir kutu işaretleyin)  (aynı evde birlikte yaşanan kişi kocanız, karınız, evli olmadığınız kız ya da erkek arkadaşınız olabilir)	Hayır <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/>
6	Size en uygun olan durum hangisidir? (sadece bir kutuyu işaretleyiniz)	<input type="checkbox"/> <b>çalışıyorum ya da kendi işim</b> (soru 7'ye geçin)  <input type="checkbox"/> <b>ev işleri yapıyorum ya da ev hanımıyım</b> (soru 8'e geçin) <input type="checkbox"/> <b>işsiz</b> (soru 8'e geçin) <input type="checkbox"/> <b>emekli</b> (soru 8'e geçin)
7	Yandakilerden hangisi işinizi en iyi tanımlar? (lütfen yalnızca bir kutu işaretleyin)	Profesyonel <input type="checkbox"/> Yarı profesyonel <input type="checkbox"/> Usta <input type="checkbox"/> Kalfa <input type="checkbox"/> Vasıfsız işçi <input type="checkbox"/>
8	Hanenin yıllık toplam geliri kaç liradır?	_____ TL
9	Toplam kaç yıl tam zamanlı eğitim aldınız? (okul veya yüksek öğrenim yıllarının hepsini yazınız)	_____ yıl

### Tarama soruları

10	<b>Hayatınız boyunca</b> hiç başınız ağrıdı mı? (bir kutuyu işaretleyin)	Hayır <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/>
11	Son 12 ay içerisinde düşüp başınızı çarptınız mı?	Hayır <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/>
12	Bununla ilgili görüntüleme yapıldı mı?	Hayır <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/>
12a	Tıbbi müdahale yapıldı mı?Neler yapıldı?	Bilgisayarlı tomografi ile beyin taraması <input type="checkbox"/> MRI beyin taraması <input type="checkbox"/> Boyun filmleri <input type="checkbox"/> Diğer:

13	Son 12 ay içerisinde hiç başınız ağrıdı mı? (bir kutuyu işaretleyin)	Hayır <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> (Cevabınız 'Hayır' ise soru 80 e geçiniz)
14	Son 30 gün içinde toplam kaç gün baş ağrısı hissettiniz? (lütfen 0 ile 30 arasında gün sayısı yazın)	_____ gün (15 ile 30 gün arası ise soru 15 e ilerleyiniz; daha az ise soru 19 a geçiniz)

### "Günlük" baş ağrısı soruları

Son bir ay içinde 15 gün veya daha fazla baş ağrısı hissettiğinizi söylediniz. Lütfen bu ağrılarınızı düşünerek cevap veriniz.

15	Bu baş ağrıları genellikle ne kadar sürer? (lütfen dakika ya da saatin sayısının girin ya da kutuyu işaretleyin)	___ dakika ya da ___ saat <input type="checkbox"/> hiç geçmez
16	Bu baş ağrılarının tedavisi için herhangi bir ilaç alıyorsunuz? (Lütfen bir kutu işaretleyin) (Baş ağrısını önlemek için kullanılan günlük ilaçlar değil başınız ağrıdığı anda kullandığınız ilaçlar)	Hayır <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> (Cevabınız 'Hayır' ise soru 19 a geçiniz)
17	Bu baş ağrılarının tedavisi için en çok hangi ilacı kullanırsınız? ve bu amaçla kullandığınız diğer ilaçlar nelerdir? (eğer başka yoksa, "yok" yazabilirsiniz) (yalnızca baş ağrısı için aldığınız tedavileri yazınız)	en çok kullandığınız ilaç:  diğer ilaçlar:
18	Bu ilaçları son 30 günde toplam kaç gün kullandınız? (lütfen 0 ile 30 arasında gün sayısı yazın)	___ gün

#### "En rahatsız edici baş ağrısı" soruları

Bu sorular yaşantınıza en çok etki eden baş ağrıları ile ilgilidir. Bu baş ağrısı az önce tarif ettiğiniz baş ağrısı ile aynı olabilir ya da birden fazla tipte baş ağrısı yaşıyorsanız farklı bir baş ağrısı da olabilir.

19	Lütfen baş ağrılarınız hakkında düşününüz. Sizce bu ağrılar tek tip mi oluyor, yoksa birden fazla tipte mi? (lütfen bir kutu işaretleyin)	Bir <input type="checkbox"/> Birden fazla <input type="checkbox"/>
----	--	--

\*Bir\* cevabını verdiyseniz; sonraki sorular, bu baş ağrısına tanı koymak içindir. Lütfen **soru 20'den** başlayınız.

\*Birden fazla\* cevabını verdiyseniz; lütfen sizi en çok rahatsız eden baş ağrısı tipine odaklanın (yaşantınızı en çok etkileyen).

Takip eden sorular bu baş ağrısına tanı koymak için hazırlanmıştır.

Lütfen **soru 20 den** başlayınız

## Tanı amaçlı sorular

20	Ne sıklıkla bu tip baş ağrısı hissedersiniz? (kutucuğu işaretleyiniz ya da bir ay içinde veya bir yıl içinde kaç gün olduğunu yazınız )	<input type="checkbox"/> her gün      _____ gün/ay      _____ gün/yıl
21	Bu tip baş ağrısı genelde ne kadar sürer? (dakika, saat ya da gün sayısını yazın ya da kutucuğu işaretleyiniz) (Eğer baş ağrısı uyku sırasında geçiyorsa, baş ağrısını geçiren uyku süresini de ekleyiniz)	___ dakika, ___ saat ya da ___ gün  <input type="checkbox"/> hiç geçmez
22	Son sorudaki zaman genellikle ilaçla mı yoksa ilaçsız mı geçer? (lütfen bir kutu işaretleyin)	ilaç ile <input type="checkbox"/> ilaçsız <input type="checkbox"/> (Eğer "ilaçsız", cevabını verdiyseniz soru 24 e geçiniz)
23	Eğer ilaç almasaydınız; kaç saat sürebilirdi? (dakika, saat ya da gün sayısını yazın)	___ dakika, ___ saat ya da ___ gün
24	Genellikle bu baş ağrısı ne kadar kötü olur? (lütfen bir kutu işaretleyin)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> kötü değil      kötü      çok kötü
25	Baş ağrısını tanımlamak için birçok yol vardır, fakat en çok zonklayıcı veya baskılı/sıkıştırıcıdır. Sizi en fazla rahatsız eden baş ağrısını en iyi hangisi tanımlar? (lütfen bir kutu işaretleyin)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> zonklayıcı veya nabız tarzında      baskılı, sıkıştırıcı (kalp atışı ile uyumlu olarak değişen)      veya gerilme
26	Sizi en fazla rahatsız eden baş ağrısı genelde başınızın bir tarafında mı olur? (lütfen bir kutu işaretleyin)	Hayır <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/>
27	Egzersiz yapmak (yürümek ,merdiven çıkmak gibi) bu ağrınızı kötüleştirir mi?	Hayır <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/>

	(lütfen bir kutu işaretleyin)	
28	Bu tip başağrınızı düşündüğünüzde, günlük işlerinizi yapma kapasitenizi nasıl etkiliyor? (lütfen bir kutu işaretleyin)	<input type="checkbox"/> normal bir şekilde yapıyorum <input type="checkbox"/> bazen yapamıyorum <input type="checkbox"/> hiçbirşey yapamıyorum
29	Bu tip başağrısı ile birlikte, genelde bulantı (kusacakmış gibi olduğunuzu) hisseder misiniz? (lütfen bir kutu işaretleyin)	Hayır <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/>

30	Bu tip başağrısı ile , genelde kumar mısınız? (lütfen bir kutu işaretleyin)	Hayır <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/>
31	Bu tip başağrısı hissettiğinizde, gün ışığı ya da ışık sizi rahatsız eder mi? Diğer bir deyişle karanlığı tercih eder misiniz.? (lütfen bir kutu işaretleyin)	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Emin değilim <input type="checkbox"/> Evet (bu soruda parlak ışık değil normal ışık belirtilmektedir)
32	Bu tip başağrısı hissettiğinizde, ses sizi rahatsız eder mi? Diğer bir deyişle sessiz ortamı tercih eder misiniz? (lütfen bir kutu işaretleyin)	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Emin değilim <input type="checkbox"/> Evet (bu soruda yüksek değil normal ses düzeyi belirtilmektedir)
33	Profesyonel biri tarafından bu başağrınızın tanısı konuldu mu? (lütfen bir kutu işaretleyin ve, cevabınız evetse, tanıyı yazınız)	Hayır <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> <b>Evet cevabını verdiyseniz tanıyı yazınız:</b>

Sonraki sorular bir önceki gün hakkında olacaktır (bu anketi yapmadan önceki gün).  
Cevaplarınızın bir önceki güne ait olması diğer günlere ait olmaması çok önemlidir.

**Bir önceki gün(dün) hakkındaki sorular**

34	Dün baş ağrısı hissettiniz mi? (lütfen bir kutu işaretleyin)	Hayır <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> (Cevabınız hayır ise soru 46 ya geçin)
35	Bu baş ağrısı yukarıda tanımladığınız tipte bir baş ağrısı mı? (lütfen bir kutu işaretleyin)	Hayır <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/>
36	Lütfen dünkü baş ağrınız hakkında düşünün. Ne kadar sürmüştü? (tüm gün boyunca -uyandıığınızdan yatağa girmenize kadar-sürdüyse kutucuğu işaretleyin, ya da 1-24 saat arası bir süre girin)	tüm gün <input type="checkbox"/>  ya da _____ saat
37	Dünkü baş ağrısı ne kadar kötüydü? (lütfen bir kutu işaretleyin)	<input type="checkbox"/> Çok kötü değil <input type="checkbox"/> Kötü <input type="checkbox"/> Çok kötü
38	Eğer dün baş ağrınız olmasaydı, neler yapmak istediğiniz hakkında düşününüz. Yapmak istediklerinizin ne kadarını gerçekleştirdiniz? (lütfen bir kutu işaretleyin)	<input type="checkbox"/> hiçbirini <input type="checkbox"/> yarısından azını <input type="checkbox"/> yarısından fazlasını <input type="checkbox"/> tamamını

39	Dün işgünü müydü? (lütfen bir kutu işaretleyin)	Hayır <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> (Cevabınız hayır ise soru 43 e geçiniz)
40	Baş ağrınız yüzünden, dün işinizi aksattınız mı? (lütfen bir kutucuğu işaretleyin ya da süre girin)	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> gecikme, gün içinde izin isteme veya erken ayrılma (lütfen toplam kaybınızı girin): _____ saat <input type="checkbox"/> tüm gün kaybı (soru 42 ye geçiniz)

41	Dün baş ağrınız varken işte kaldıysanız, işinizin ne kadarını yapabildiniz? (lütfen bir kutu işaretleyin)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> hiç iş yarısından azını yarısından tamamını yaptım yapamadım yaptım fazlasını yaptım (soru 43 e geçiniz )												
42	Kalan işlerinizi bugün veya daha sonra telafi edebilecek misiniz? (lütfen bir kutu işaretleyin)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hayır Kısmen Evet												
43	Lütfen eğer dün baş ağrınız olmasaydı yapacağınız ev işleri veya genel işler hakkında düşünün. Ne kadarını yapabildiniz? (lütfen bir kutu işaretleyin)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hiçbir şey yarısından azını yarısından tamamını yaptım yapamadım fazlasını												
44	Lütfen eğer dün baş ağrınız olmasaydı yapacağınız eğlence ve sosyal aktiviteler hakkında düşünün. Ne kadarını yapabildiniz? (lütfen bir kutu işaretleyin)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hiçbir şey yarısından azını yarısından tamamını yaptım yapamadım fazlasını												
45	Dünkü baş ağrınız için nasıl bir tedavi uyguladınız?  Bir şey yapmamışsanız kutucuğu işaretleyin; aksi takdirde, dün baş ağrısı için aldığınız ilaçları yazın, ve kaç kez aldığınızı belirtin.	hiçbir şey yapmadım <input type="checkbox"/>  İlaçların listesi: (Lütfen sadece başağrısı için aldığınız ilaçları yazın) <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 80%; border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="width: 20%; text-align: center;">Kaç kez aldınız</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="text-align: center;">_____</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="text-align: center;">_____</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="text-align: center;">_____</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="text-align: center;">_____</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="text-align: center;">_____</td> </tr> </table>		Kaç kez aldınız		_____		_____		_____		_____		_____
	Kaç kez aldınız													
	_____													
	_____													
	_____													
	_____													
	_____													

### Sağlık soruları

Sonraki sorular baş ağrısı olan insanlara ne kadar sağlık bakımı gerektiğini öğrenmemiz için sorulmuştur.





Bir çok farklı ilaç başağrısını tedavide başarılı olabilir .

Bazıları reçete ile alınırken bazıları reçetesiz de alınabilir.

Lütfen yandaki listeye bakın.

Geçen ay içinde yandakilerden hangilerini kullandınız?

Geçen ay boyunca hiç kullanmamışsanız kutucuğu işaretleyin; aksi takdirde, geçen ay boyunca hangi ilacı kaç gün kullandığınızı yazınız

hiç kullanmadım

almotriptan (**Almogran**) \_\_\_\_ gün

eletriptan (**Relpax**) \_\_\_\_ gün

frovatriptan (**Migrex, Newart**) \_\_\_\_ gün

naratriptan (**Naramig**) \_\_\_\_ gün

rizatriptan (**Maxalt**) \_\_\_\_ gün

sumatriptan (**Imigran, Sumatran**) \_\_\_\_ gün

zolmitriptan (**Zomig, Gravis**) \_\_\_\_ gün

ergotamine (**Cafergot, Bellergal**) \_\_\_\_ gün

domperidone (**Motilium, Motis**) \_\_\_\_ gün

metoclopramide (**Metpamid**) \_\_\_\_ gün

acetylsalicylic acid (**aspirin, sedergine**) \_\_\_\_ gün

diclofenac (**Voltaren, Diclomec, Dikloron**) \_\_\_\_ gün

ibuprofen (**Nurofen, Brufen, Dolorin**) \_\_\_\_ gün

ketoprofen (**Profenid**) \_\_\_\_ gün

mefenamic acid (**Ponstan, Rolan, Roladol**) \_\_\_\_ gün

naproxen (**Naprosyn, Apranax, Oprax, Seroksen**) \_\_\_\_ gün

paracetamol (**Geralgine, Parol, Vermidon, Minoset**) \_\_\_\_ gün

tolfenamic acid (**Tolfenak**) \_\_\_\_ gün

**Diğer ilaçlar:**

<b>46</b> (devam)	Geçen ay <b>baş ağrısını tedavi için</b> kullandığınız başka ilaç var mı?  Lütfen kullandığınız ilaçların adını giriniz ve, her biri için,geçen ay ilacı kullandığınız gün sayısını belirtiniz.	<b>ilaç ismi:</b> (diğer rahatsızlıklar için alınanlar hariç)  _____ _____ _____ _____ _____ _____	<b>gün sayısı</b>  _____ _____ _____ _____ _____ _____
<b>47</b>	<b>Baş ağrısını önleyen</b> ilaçlar genellikle günlük kullanılır. Şu an kullanıyor musunuz?  Lütfen ismi giriniz ve her birini ne zamandır kullanıyorsunuz, belirtiniz.	<b>ilaç ismi:</b>  _____ _____ _____	<b>ne zamandır?</b>  _____ _____ _____
<b>47a</b>	<b>Baş ağrısı</b> dışında ağrıyan yeriniz var mı?  Varsa hangi bölgeler?	<b>Kas ve eklem ağrıları</b> <input type="checkbox"/>  <b>Göğüs ağrısı</b> <input type="checkbox"/>  <b>Karın ağrısı</b> <input type="checkbox"/>	

		<b>Diğer:</b>	
<b>47b</b>	<b>Baş ağrısı dışında ağrıyan yerleriniz için sürekli kullandığınız ilaçlar neler?</b>	<b>ilaç ismi:</b> _____ _____ _____	<b>gün sayısı</b> _____ _____ _____

<p>48</p>	<p>Çoğu insan baş ağrısını kendisi tedavi eder, bazıları profesyonel desteğe ihtiyaç duyar.</p> <p>Geçen yıl içinde profesyonel bir tavsiye aldınız mı? Kimden, ve kaç kez?</p> <p>(lütfen tavsiye aldığınız tüm kişileri kutucuklarda işaretleyin, işaretlediğiniz her kutucuk için, geçen yıl kaç kez olduğunu belirtin).</p>	<p>Hiç kimse/ sadece ben <input type="checkbox"/></p> <p>Hemşire <input type="checkbox"/> ____ defa</p> <p>fizik tedavi ile uğraşanlar (fizyoterapist, osteopath, masör) <input type="checkbox"/> ____ defa</p> <p>Anestezi uzmanı <input type="checkbox"/> ____ defa</p> <p>birinci basamak doktoru (Aile hekimi) <input type="checkbox"/> ____ defa</p> <p>baş ağrısı uzmanı (Nöroloji /Asabiye) <input type="checkbox"/> ____ defa</p> <p>kulak burun boğaz doktoru <input type="checkbox"/> ____ defa</p> <p>göz doktoru <input type="checkbox"/> ____ defa</p> <p>acil servis doktoru <input type="checkbox"/> ____ defa</p> <p>diğer (lütfen uzmanlık alanını belirtiniz): _____</p>
<p>49</p>	<p>Baş ağrısı olan çoğu insanı ayrıca araştırmaya gerek yoktur, fakat bazılarında testler yapılır.</p> <p>Baş ağrınızdan dolayı, geçen yıl içinde hiç test yaptırdınız mı? (yaptırdığınız testlerin hepsini işaretleyebilirsiniz)</p>	<p>MRI beyin taraması <input type="checkbox"/> ____ defa</p> <p>Bilgisayarlı tomografi ile beyin taraması <input type="checkbox"/> ____ defa</p> <p>Boyun filimleri <input type="checkbox"/> ____ defa</p> <p>Göz testleri (gözlük için) <input type="checkbox"/> ____ defa</p> <p>Kan testleri <input type="checkbox"/> ____ defa</p>

<p>50</p>	<p>Baş ağrınızdan dolayı, geçen yıl içinde hiç <b>hastanede yattınız mı?</b></p> <p>(lütfen bir kutu işaretleyin, cevabınız evetse kaç gün olduğunu belirtin)</p>	<p>Hayır <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/></p> <p><b>toplam yatış süresi ____gün</b></p>
-----------	---	---

## Etki soruları

Gelecek sorular baş ağrısının hayatınızdaki etkileri hakkındadır.

51	Baş ağrılarınız kariyerinizi engelledi mi? (lütfen <b>baş ağrınıza bağlı olan</b> bütün seçenekleri işaretleyiniz)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
		hayır	evet, başarımda azdı	evet, herhangi bir girişimde bulunmadım	evet, erken bıraktım.			
52	Baş ağrılarınızın kariyerinizde daha az başarılı olmanıza neden olduğuna inanıyor musunuz ? (lütfen <b>baş ağrınıza bağlı olan</b> bütün seçenekleri işaretleyiniz) (bu soru size uygun değilse hayır kutusunu işaretleyip <b>soru 54 e</b> geçiniz)	Hayır <input type="checkbox"/>	evet, daha az iyiydim <input type="checkbox"/>	evet, daha az girişimde bulundum <input type="checkbox"/>	evet, daha kolay işleri aldım <input type="checkbox"/>	evet, uzun dönem hastalık izini aldım <input type="checkbox"/>	evet, erken emekli olmama neden oldu <input type="checkbox"/>	evet, engelli maaşı alıyorum <input type="checkbox"/>
53	Baş ağrılarınız kazancınızı etkiledi mi? (lütfen bir kutu işaretleyin)	Hayır <input type="checkbox"/>	Evet <input type="checkbox"/>					
54	İş sahibi ve çalışma arkadaşlarınız baş ağrılarınızı anlayıp kabul ettiğini düşünüyor musunuz? (lütfen bir kutu işaretleyin)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
		hayır	kısmen	evet, tamamen				
55	Aileniz ve arkadaşlarınız baş ağrılarınızı anlayıp kabul ettiklerini düşünüyor musunuz? (lütfen bir kutu işaretleyin)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
		hayır	kısmen	evet, tamamen				
56	İnsanlara baş ağrılarınız olduğunu söylemekten çekiniyor musunuz? (lütfen bir kutu işaretleyin)	Hayır <input type="checkbox"/>	Evet <input type="checkbox"/>					

57	Baş ağrınızı tedavi etmek için harcadığınız bütün gayreti düşündüğünüzde, baş ağrınızı kontrol altında tutmayı ne düzeyde başarabiliyorsunuz? (lütfen bir kutu işaretleyin)	<input type="checkbox"/> hiç değil	<input type="checkbox"/> biraz	<input type="checkbox"/> çok iyi	<input type="checkbox"/> tamamen
Bundan sonraki sorular baş ağrısı yüzünden kaybedilen zaman hakkındadır.					
58	Son üç ayda baş ağrılarınız yüzünden kaç gün işe gidemediniz? (lütfen <b>tam gün</b> boyunca gitmediğiniz günleri belirtiniz)	_____			
59	Son üç ayda baş ağrılarınız yüzünden işte kaç gün boyunca genelde yaptığınız işin yarısından azını yapabildiniz? (lütfen cevaplarken, 58. soruda saydığınız okul ya da işe gitmediğiniz günleri saymayınız.)	_____			
60	Son üç ayda kaç gün baş ağrılarınız yüzünden hiç ev işi yapamadınız? (lütfen bütün gün boyunca çalışmadığınız zamanı yazınız)	_____			
61	Son üç ayda kaç gün boyunca baş ağrılarınız nedeniyle genelde yaptığınız ev işinin yarısından daha azını yapabildiniz? (lütfen cevaplarken, 60. soruda saydığınız tüm gün çalışmadığınız günleri saymayınız.)	_____			
62	Son üç ayda kaç gün baş ağrılarınız nedeniyle aile, sosyal hayat ya da hobilerinizle ilgilenemediniz? (lütfen gün sayısını yazınız)	_____			
Gelecek sorular atak geçirmediğiniz zamanlarda bile atakların hayatınızı ne kadar etkilediğini belirlemek amaçlıdır. Lütfen ağrınızın olmadığı son günleri iyi düşünün (bugünü saymadan).					
63	En son baş ağrınız üzerinden kaç gün geçti? (başınızın ağrıdığı son seferden sonra <b>ağrısız geçirdiğiniz gün ya da hafta sayısını</b> yazınız, veya kutuyu işaretledikten sonra soru 67'ye geçiniz) (dün başınız hiç ağrımadıysa 1 gün olarak belirtiniz)	_____ gün	_____ hafta	<input type="checkbox"/> hatırlamıyorum	

64	<b>Ağrısız geçirdiğiniz günlerde, sonraki baş ağrısı ataklarınız nedeni ile endişelenip kaygılandınız mı?</b> (lütfen bir kutu işaretleyin)	Hayır <input type="checkbox"/>	Evet <input type="checkbox"/>	
65	<b>Ağrısız geçirdiğiniz günlerde, başınız ağrımasın diye yapmadığınız ya da yapamadığınız bir şey oldu mu?</b> (lütfen bir kutu işaretleyin)	Hayır <input type="checkbox"/>	Evet <input type="checkbox"/>	
66	<b>Ağrısız geçirdiğiniz günlerde, kendinizi baş ağrısı ile alakalı tüm şikayetlerden kurtulmuş hissettiniz mi?</b> (lütfen bir kutu işaretleyin)	Hayır <input type="checkbox"/>	Evet <input type="checkbox"/>	
<p>Aşağıdaki soru tedavi için para vermeye isteklilik hakkındadır.</p> <p>Düşünün ki satın alabileceğiniz bir tedavi var. Alırsanız baş ağrılarınız artık hiç rahatsız etmeyecek. Her ay bunun için ne kadar parayı gözden çıkarırdınız?</p>				
67	Baş ağrılarınızdan kurtulmak için bir ayda ne kadar para harcamayı göze alabilirsiniz?	_____ TL		
<p>Önümüzdeki üç soru baş ağrısının ilişkilerinize, aşk hayatınıza ve aile planlama tercihlerinize etkileri hakkındadır.</p> <p>Sizin durumunuza uymayan soruları HAYIR olarak işaretleyiniz.</p>				
68	Son üç ayda, baş ağrılarınız evlilik hayatınızda zorlanmalara neden oldu mu? (lütfen bir kutu işaretleyiniz)	Hayır <input type="checkbox"/>	Evet <input type="checkbox"/>	
69	Baş ağrılarınız uzun dönem ilişkinizi ya da birlikteliğinizi bitirmenize neden oldu mu? (lütfen bir kutu işaretleyiniz)	<input type="checkbox"/> hayır	<input type="checkbox"/> evet, geçici olarak	<input type="checkbox"/> evet, tamamen

<b>70</b>	Baş ağrılarınız <b>aile planlamasına</b> bağlı olarak yaptığınız tercihleri etkiliyor mu? (lütfen bir kutuyu işaretleyiniz <b>baş ağrılarınıza bağlı olan</b> bir seçeneği işaretleyiniz)	Hayır <input type="checkbox"/> evet, daha az çocuğum oldu <input type="checkbox"/> evet, çocuk yapmaktan sakındım <input type="checkbox"/> evet, gebe kalmamı zorlaştırdı <input type="checkbox"/> evet, doğum kontrol hapı kullanmaktan kaçındım <input type="checkbox"/>
-----------	--	--

Önümüzdeki iki soru okula giden çocuğu olan insanlar içindir.

Eğer okula giden çocuğunuz yoksa, soru 73'e geçiniz.

<b>71</b>	Son üç ay içinde, baş ağrılarınız bir ya da daha çok çocuğunuzun ya da torununuzun okula gidememesine neden oldu mu? (lütfen bir kutuyu işaretleyiniz ve okula devamsızlık yapılan günlerin tahminen kaç gün olduğunu yazınız)	Hayır <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> devamsız günlerin sayısı _____
<b>72</b>	Son üç ayda, baş ağrılarınız kendi çocuklarınızla ya da torunlarınızla ilgilenmenizi engellediği oldu mu? (lütfen bir kutuyu işaretleyiniz)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ayda birden evet, ayda bir ya da evet, haftada bir ya evet, daha az daha fazla da birden fazla her gün

Önümüzdeki iki grup soru aynı evde birlikte yaşayan kişiler içindir.

(Birlikte yaşanan kişi karı, koca, nikahsız bay ya da bayan arkadaşınız olabilir)

Eğer birilikte yaşadığınız bir kişi yoksa **soru 80'ye** geçiniz.

<b>73</b>	Son üç ayda, baş ağrılarınız birlikte yaşadığınız kişinin işe gidememesine neden oldu mu?	Hayır <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/>
-----------	---	--



74	Son üç ayda, baş ağrılarınız birlikte yaşadığınız kişinin sosyal davetlere katılmamasına neden oldu mu? (lütfen bir kutuyu işaretleyiniz, eğer evet ise toplam kaç davet olduğunu yazınız)	Hayır <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> toplam davet sayısı ____
----	---	--

Önümüzdeki beş soru birlikte yaşadığınız kişi hakkındadır. Birlikte yaşadığınız kişinin baş ağrısı olup olmadığını, varsa hayatınızı nasıl etkilediğini bilmek istiyoruz.  
Eğer şu an biriyle birlikte yaşamıyorsanız, lütfen soru 80'ye geçiniz.

75	Geçen yıl birlikte yaşadığınız kişinin baş ağrısı oldu mu? (lütfen bir kutuyu işaretleyiniz)	Hayır <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> (hayır ise soru 80'ye geçiniz)
----	---	--

76	Son 30 gün içinde, kaç gün boyunca baş ağrısı oldu? (0 ve 30 arasında günleri giriniz)	_____ gün
----	--	-----------

77	Son üç ay içerisinde, birlikte yaşadığınız kişinin baş ağrıları sizin işe gidememenize neden oldu mu? (lütfen bir kutuyu işaretleyiniz, eğer evet ise toplam gün sayısını yazınız)	Hayır <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> toplam gün sayısı ____
----	---	--

78	Son üç ayda, partnerinizin baş ağrıları nedeniyle sosyal davetlere katılmadığınız oldu mu? (lütfen bir kutuyu işaretleyiniz, eğer evet ise toplam kaç davet olduğunu yazınız)	Hayır <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> toplam davet sayısı ____
----	--	--

79	Son üç ayda, birlikte yaşadığınız kişinin baş ağrıları aşk hayatınızda zorluklara neden oldu mu? (lütfen bir kutuyu işaretleyiniz)	Hayır <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/>
----	---	--

Önümüzdeki dört soru serisi geneldir, baş ağrısı olsun olmasın **herkes** tarafından cevaplanabilir.

#### Vücut kitle indeksi soruları

Bu sorulara cevaplarınız egzersiz düzeyinin göstergesi olacaktır.

80	Kaç kilosunuz?	_____ kg
----	----------------	----------

<b>81</b>	Boyunuz kaç santimetre?	_____ cm
<b>82</b>	Bel çevreniz kaç santimetre? (göbek deliğiniz hizasından ölçerek yanıtlayınız)	_____ cm



### Yaşam kalitesi soruları (WHOQoL-8)

Aşağıdaki sekiz soru Dünya Sağlık Örgütü tarafından geliştirilmiştir, baş ağrısı olsun ya da olmasın herkes cevaplayabilir. Baş ağrısı olan olmayanları karşılaştırmamızı sağlayacaktır.

Bu sorular, sağlık ya da hayatın diğer alanlarındaki yaşam kaliteniz hakkında nasıl hissettiğinizi sormaktadır. Her sorunun beş cevap seçeneği vardır.

**Lütfen cevaplarken size en uygun gelen cevabın karşılığı olan sayıyı daire içine alarak cevaplayın.** Eğer cevapta kararsızsanız aklınıza gelen seçenek genellikle en iyi olandır. Lütfen standartlarınızı, zevklerinizi ve endişelerinizi aklınızda bulundurun. Hayatınızdaki **son 4 haftayı** cevaplamamızı istiyoruz.

		Çok kötü	Biraz kötü	Ne iyi, ne de kötü	Oldukça iyi
<b>83</b>	Yaşam kalitenizi nasıl buluyorsunuz?	1	2	3	4
		Hiç hoşnut değil	Çok az hoşnut	Ne hoşnut ne de değil	Epeyce hoşnut
<b>84</b>	Sağlığınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4
<b>85</b>	Günlük işlerinizi yapma yeteneğinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4
<b>86</b>	Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4
<b>87</b>	Kişisel ilişkilerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4
<b>88</b>	Yaşadığınız yer durumundan/ koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4

	Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamıyla
--	-----	--------	---------------	-------	-----------

Günlük yaşamınız için yeterli gücünüz kuvvetiniz var mı?	1	2	3	4	
İhtiyaçlarınızı karşılayacak kadar paranız var mı?	1	2	3	4	

### Genel iyilik hali soruları

Dört soru hayatınız hakkında nasıl hissettiğinizi sormaktadır. Lütfen her birini 0 ile 10 arasında bir değer ile yanıtlayınız; **0 "hiç" 10 "tamamen iyidir"** demektir.

Bugünlerde hayatınızdan ne kadar memnunsunuz? (lütfen her birini 0 ile 10 arasında bir değer ile yanıtlayınız, 0 "hiç memnun değilim" ve 10 "tamamen memnunum" demektir.)	(0-10 arasında)
Hayatınızda yaptığınız şeylerin ne kadar değerli olduğunu düşünüyorsunuz? (lütfen her birini 0 ile 10 arasında bir değer ile yanıtlayınız, 0 "hiç değerli değil", 10 "tamamen değerli" demektir.)	(0-10 arasında)
Dün kendinizi ne kadar mutlu hissettiniz? (lütfen her birini 0 ile 10 arasında bir değer ile yanıtlayınız, 0 "hiç mutlu değildim", 10 "tamamen mutluydum")	(0-10 arasında)
Dün ne kadar endişeli hissettiniz? (lütfen her birini 0 ile 10 arasında bir değer ile yanıtlayınız, 0 "hiç endişeli değildim", 10 "tamamen endişeliydim")	(0-10 arasında)

**Testimiz tamamlanmıştır. Zaman ayırdığınız için çok teşekkür ederiz.**



#### 9.4. Ek 4: Tanı algoritması

##### *Lifting The Burden*

Dünya Sağlık Örgütü ile Resmi birliktelik içinde

**Baş ağrısına karşı küresel hareket**

**HARDSHIP anketinde yer alan tanı amaçlı sorulara göre**

**baş ağrısı için tanısal algoritma**

HARDSHIP anketinde yer alan tanı amaçlı sorulara, rahatsızlık veren her bir baş ağrısı tipi için, katılımcının verdiği yanıtlar bu algortimada ayrı ayrı değerlendirilmelidir.

Algoritma her vaka için baştan başlayarak uygulanmalıdır.

**Buradan başlayın:**

<b>Elle değerlendirmede dikkat edin</b>	<b>HARDSHIP sorusu</b>	<b>Yanıt</b>	<b>Değer</b>	<b>Değerlendirme</b>
	14	Baş ağrısı $\geq 15$ gün/ay	0	Migren algoritması ile devam
			1	Aşağıya devam edin
	18	Akut ilaç kullanımını $\geq 10$ gün/ay	0	İlaç aşırı kullanımına bağlı baş ağrısı (MOH); son tanı için elle devam edin
			1	Olası MOH; son tanı için elle devam edin

Migren algoritması	HARDSHIP sorusu	Yanıt	Değer	1. ara puanı hesaplayın	2. ara puanı hesaplayın	Son puan ve tanı
B	21/23	< 4 saat	0			0
		> 3 gün (72 saat)	0			0
		$\geq 4$ saat ve $\leq 3$ gün (72 saat)	1			1
C	24	Kötü değil	0	$24+25+26+27 \geq 2$ $24+25+26+27 < 2$		1 0
		Kötü	1			
		Çok kötü	1			
	25	Zonklayıcı/nabız tarzında evet	1			
		Baskılı/sıkıştırıcı/gerilme evet	0			
	26	Tek taraf	1			
		İki taraf	0			
	27	Egzersizle kötüleşme evet/hayır	1/0			
D	37	Bulantı evet/hayır	1/0	$B+K \geq 1$ : 1	b/k+foto/fono $\geq 1$ b/k+foto/fono = 0	1 0
	38	Kusma evet/hayır	1/0	$B+K = 0$ : 0		
	39	Fotofobi evet/hayır	1/0	Foto+Fono = 2: 1		
	40	Fonofobi evet/hayır	1/0	Foto+Fono $\leq 1$ : 0		

B+C+D = 3	<b>Migren</b>
B+C+D < 3	Migren değil, go to <b>GBA algoritması ile devam edin</b>

GBA algoritması	HARDSHI P sorusu	Yanıt	Değer	1. ara puanı hesaplayın	2. ara puanı hesaplayın	Son puan ve tanı
B	21/23	< ½ saat	0			0
		> 7 gün	0			0
		≥ ½ saat ve ≤ 7 gün (168 gün)	1			1
C	24	Kötü değil	1	24+25+26 +27 ≥ 2 24+25+26 +27 < 2		1 0
		Kötü	1			
		Çok kötü	0			
	25	Zonklayıcı/nabız tarzında evet	0			
		Baskılı/sıkıştırıcı/gerilme evet	1			
	26	Tek taraf	0			



		İki taraf	1			
	27	Egzersizle kötüleşme evet/hayır	0/1			
D	29	Bulantı evet/hayır	1/0	B+K $\geq$ 1: 0	b/k+foto/fono = 2 b/k+foto/fono < 2	1 0
	30	Kusma evet/hayır	1/0	B+K = 0: 1		
	31	Fotofobi evet/hayır	1/0	Foto+Fono $\leq$ 1: 1		
	32	Fonofobi evet/hayır	1/0	Foto+Fono = 2: 0		
B+C+D = 3			<b>GBA</b>			
B+C+D < 3			GBA değil, <b>olası migren algoritmasına</b> gidin			

Olası migren algoritması	HARDSHIP sorusu	Yanıt	Değer	1. ara puanı hesaplayın	2. ara puanı hesaplayın	Son puan ve tanı
B	21/23	< 4 saat	0			0
		> 3 gün (72 saat)	0			0
		$\geq$ 4 saat ve $\leq$ 3 gün (72 saat)	1			1

C	24	Kötü değil	0	24+25+26+ 27 ≥ 2 24+25+26+ 27 < 2		1 0
		Kötü	1			
		Çok kötü	1			
	25	Zonklayıcı/nabız tarzında evet	1			
		Baskılı/sıkıştırıcı/gerilme evet	0			
	26	Tek taraf	1			
		İki taraf	0			
	27	Egzersizle kötüleşme evet/hayır	1/0			
D	29	Bulantı evet/hayır	1/0	B+K ≥ 1: 1	b/k+foto/fono ≥ 1 b/k+foto/fono < 1	1 0
	30	Kusma evet/hayır	1/0	B+K < 1: 0		
	31	Fotofobi evet/hayır	1/0	Foto+Fono = 2: 1		
	32	Fonofobi evet/hayır	1/0	Foto+Fono ≤ 1: 0		
B+C+D = 2			<b>Olası migren</b>			
B+C+D < 2			Olası migren değil, go to <b>olası GBA algortimasına</b> gidin			

Olası GBA algortiması	HARDSHIP sorusu	Yanıt	Değer	1. ara puanı hesaplayın	2. ara puanı hesaplayın	Son puan ve tanı
B	21/23	< ½ saat	0			0
		> 7 gün	0			0
		≥ ½ saat ve ≤ 7 gün (168 saat)	1			1
C	24	Kötü değil	1	24+25+26+ 27 ≥ 2 24+25+26+ 27 < 2		1 0
		Kötü	1			
		Çok kötü	0			
	25	Zonklayıcı/nabız tarzında evet	0			
		Baskılı/sıkıştırıcı/ge rilme evet	1			
	26	Tek taraf	0			
		İki taraf	1			
27	Egzersizle kötüleşme evet/hayır	0/1				
D	29	Bulantı evet/hayır	1/0	B+K ≥ 1: 0	b/k+foto/f	1
	30	Kusma evet/hayır	1/0	B+K = 0: 1	ono = 2	0

	31	Fotofobi evet/hayır	1/0	Foto+Fono	b/k+foto/f	
	32	Fonofobi evet/hayır	1/0	≤ 1: 1 Foto+Fono = 2: 0	ono < 2	
B+C+D = 2			<b>Olası GBA</b>			
B+C+D < 2			Olası GBA değil, <b>tanımlanamayan baş ağrısı</b>			

Katılımcı tarafından rahatsızlık veren başka bir tipte baş ağrısı tanımlanmışsa algoritmayı tekrarlayın.

## 10. KAYNAKLAR

1. Tanriverdi G, Okanlı A, Çetin H, Özyazicioğlu N, Sezgin H, Kararman HÖ ve ark. Yaşlı popülasyonunda ağrı. Turk J Geriatrics 2009; 12:190-197.
2. Yıldız A, Erol S, Ergün A. Bir huzurevinde kalan yaşlılarda ağrı ve depresyon riski. Turk J Geriatrics 2009; 12:156-164.
3. Stewart WF, Lipton RB, Celentano DD, Reed ML. Prevalence of migraine headache in the United States. Relation to age, income, race, and other sociodemographic factors. JAMA. 1992 Jan 1;267(1):64-9.
4. Pascual J, Berciano J. Experience in the diagnosis of headaches that start in elderly people. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 1994 Oct;57(10):1255-7.
5. Karaali F, Savrun M, Saip S. İleri yaş başağrıları. Cerrahpaşa Tıp Derg 2001; 32:86-90.
6. Kaniecki RG. Tension-type headache in the elderly. Curr Pain Headache Rep. 2006 Dec;10(6):448-53.
7. Karlı N, Zarifoğlu M, Ertafş M, Saip S, Oztürk V, Biçakçı S, et al. Economic impact of primary headaches in Turkey: a university hospital based study: part II. J Headache Pain. 2006 Apr;7(2):75-82.
8. Steiner TJ. Lifting The Burden: the global campaign to reduce the burden of headache worldwide. J Headache Pain. 2005 Oct;6(5):373-7.
9. Steiner TJ, Gururaj G, Andrée C, Katsarava Z, Ayzenberg I, Yu S-Y, et al. Diagnosis, prevalence estimation and burden measurement in population surveys of headache: presenting the HARSHIP questionnaire. J Headache Pain. 2014;15(1):3.
10. Ropper HA, Samuels MA, Ed: Emre M. Adams and Victor's Principles of Neurology, 9. Basım, Ankara: Ayrıntı Basımevi, 2011; 162-188.
11. Siva A. Baş Ağrısı Epidemiyolojisi [Internet]. 2002 [cited 2017 Jul 12]. Available from: <http://www.ctf.edu.tr/stek/pdfs/30/3001AS.pdf>
12. Gül S. Migren ağrısının özellikleri ve ağrının bireyin günlük aktiviteleri üzerindeki etkisinin incelenmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Sivas, 2008.
13. Türk Nöroloji Derneği Baş Ağrısı Çalışma Grubu, Ed: Erdemoğlu AK, Baş ağrısı tanı ve tedavi rehberi 2011; güncellenmiş şekli. Ankara, 2011.
14. IHS - International Headache Society» Table of contents [Internet]. [cited 2017 Mar 16]. Available from: [http://www.ihs-klassifikation.de/en/02\\_klassifikation/01\\_inhalt/](http://www.ihs-klassifikation.de/en/02_klassifikation/01_inhalt/)

15. Ropper HA, Samuels MA, Ed: Emre M. Adams and Victor's Principles of Neurology, 9.Basım, Ankara: Ayrıntı Basımevi, 2011; 162-188.
16. Stovner L, Hagen K, Jensen R, Katsarava Z, Lipton R, Scher A, et al. The global burden of headache: a documentation of headache prevalence and disability worldwide. *Cephalalgia Int J Headache*. 2007 Mar;27(3):193–210.
17. Bradley WG, Daroff BR, Fenichel GM, Jankovic J, Ed: Tan E, Özdemir SE. *Neurology in Clinical Practice*. 5. Baskı, Ankara: Kalkan Matbaacılık, 2008; 134-210.
18. Friberg L, Sandrini G, Jänig W, Jensen R, Russell D, Sand T, et al. Clinical and para-clinical tests in the routine examination of headache patients. *Funct Neurol*. 2000;15 Suppl 3:82–5.
19. Migren Ve Kortikal Yayılan Depresyon [Ağrı] [Internet]. [cited 2017 Mar 18]. Available from: <http://www.journalagent.com/z4/vi.asp?pdire=agri&plng=tur&un=AGRI-19480>
20. İrkeç C, Batur HZ, Aksoy Ö, Doğanay H. Gerilim baş ağrısı ve migren patogenezinin nöroimmunolojik yaklaşım. *Türk Nöroloji Dergisi* 2006; Cilt: 12 Sayı: 2 Sayfa: 129-133.
21. Baykan B. Baş ağrısı ve genetik. *Türk Nöroloji Dergisi* 2006; Cilt: 12 Sayı: 4 Sayfa: 253-268.
22. Özön AÖ, Sümer MM. Bir hemiplejik migren olgusu. *Turk Norol Derg* 2009; 15: 199-203.
23. Kuzudişli S. Migrenli hastalarda RHO-kinaz ROCK2 gen polimorfizminin yeri. Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Uzmanlık Tezi, Gaziantep, 2010.
24. Demirel H. Migren ve epizodik gerilim tipi baş ağrılarının hematolojik parametrelerle ilişkisi. Zonguldak Karaelmas Üniversitesi, Nöroloji Uzmanlık Tezi, Zonguldak, 2007.
25. Patrick DL, Hurst BC, Hughes J. Further Development and Testing of the Migraine-Specific Quality of Life (MSQOL) Measure. *Headache J Head Face Pain*. 2000 Jul 1;40(7):550–60.
26. İltuş F. Migrende 24 saatlik yaşam kalitesi ölçeğinin Türkiye'deki geçerlilik ve güvenilirliği. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 2007.
27. Ramadan NM, Silberstein SD, Freiteg FG, Gilbrt TT, Frishberg BM, US Headache Consortium. Evidence-based guidelines for migraine headache in the primary care setting: pharmacological management for prevention of migraine.
28. Över F, Bıçakçı Ş, Sarıca Y, Sertdemir Y. Beyaz cevher lezyonları ve migren. *Türk Nörol Derg*. Yıl: 2007; Cilt: 13 Sayı: 3 201-206.
29. Öcal R, Can U, Verdi H, Ataç FB, Özbek N, Kaya Y. Migrenli olgularda faktör V Leiden, protrombin G20210A ve Metilentetrahidrofolat redüktaz C677T mutasyon sıklığı. *Turk Norol Derg* 2010; 16: 171-176.

30. Kurth T, Chabriat H, Bousser M-G. Migraine and stroke: a complex association with clinical implications. *Lancet Neurol*. 2012 Jan;11(1):92–100.
31. Freitag FG. The cycle of migraine: patients' quality of life during and between migraine attacks. *Clin Ther*. 2007 May;29(5):939–49.
32. 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 Jun 1;11(3):247–53.
33. Group Health Cooperative. Migraine and tension headache diagnosis and treatment guideline. 1999–2011 Group Health Cooperative.
34. Stokes DA, Lappin MS. Neurofeedback and biofeedback with 37 migraineurs: a clinical outcome study. *Behav Brain Funct*. 2010;6:9.
35. Zarifoğlu M, Siva A, Öztürk V, Baykan B, Karlı N, Özge A, Selekler M, Erdemoğlu AK. Migren baş ağrısı tedavi klavuzu. 2008.
36. Karlı N, Zarifoğlu M, Ertafş M, Saip S, Öztürk V, Bıçakçı Ş, et al. Economic impact of primary headaches in Turkey: a university hospital based study: part II. *J Headache Pain*. 2006 Apr 1;7(2):75–82.
37. Eyigurbuz T, Bilge S, Aykac S, Celebi A, Cınar SM. Koruyucu tedavi olarak Flunarizin veya Propranolol kullanan migrenli hastalarda major depresif bozukluk sıklığı ve yaşam kalitesi. *JAREM* 2011; 1: 33-7.
38. Söylemez G. Erişkinlerde epizodik gerilim tipi baş ağrısı tedavisinde hızlı etkili lornoksikamin randomize, çift kör, placebo kontrollü etkililik çalışması. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2009.
39. Karwautz A, Wöber C, Lang T, Böck A, Wagner-Ennsgraber C, Vesely C, et al. Psychosocial Factors in Children and Adolescents with Migraine and Tension-Type Headache: A Controlled Study and Review of the Literature. *Cephalalgia*. 1999 Jan 1;19(1):32–43.
40. Sağlam S. Gerilim tipi baş ağrısı olan hastalarla fibromiyalji sendromlu hastaların ve kontrol grubunun serum adrenomedullin ve kalsitonin gen ilişkili peptid düzeylerinin karşılaştırılması. Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Uzmanlık Tezi, Gaziantep, 2008.
41. Ucler S. İleri yaş baş ağrıları. 2013;53–9.
42. Zarifoğlu M. Sekonder Baş ağrıları. *Türkiye Klin Nöroloji Derg*. 2003;1(2):110–5.
43. Prof. Dr. Deniz Suna Erdinçler PDTB. Klinik Gelişim Geriatri. Vol. 25.
44. Hakan YAVUZER TB. Yaşlılık ve Yaşlılık Epidemiyolojisi.

45. Yıldırım İ. Başağrısı Yakınması İle Başvuran Geriatri Yaş Grubu Hastaların 3. Uluslar Arası Başağrısı Sınıflandırma Ölçeğine Göre Retrospektif Olarak Değerlendirilmesi [Internet]. 2014 [cited 2017 Mar 2]. Available from: <http://dspace.baskent.edu.tr:8080/handle/11727/1788>
46. Tanriverdi GOMÜ Sağlık Yüksek Okulu, Hemşirelik, Çanakkale, Türkiye, Korkut MOMÜ Sağlık Yüksek Okulu, Hemşirelik, Çanakkale, Türkiye, Okanlı AAÜ Erzurum Sağlık Yüksek Okulu, Hemşirelik Bölümü, Erzurum, Türkiye, Çetin HMÜ Sağlık Yüksekokulu, Mersin, Türkiye, Özyazicioğlu NUÜ Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik, Bursa, Türkiye, Sezgin HOMÜ Sağlık Yüksek Okulu, Hemşirelik, Çanakkale, Türkiye, et al. Yaşlı popülasyonunda ağrı. *Pain Elder Popul.* 2009;12(4):190.
47. Bilir N, Özcebe H, Aslan D, Subaşı N. Van ilinde 15 yaş üzeri erkeklerde SF-36 ile yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Turk Klin J Med Sci.* 2005;(25):663–8.
48. Tfelt-Hansen P, Pascual J, Ramadan N, Dahlöf C, D’Amico D, Diener H-C, et al. Guidelines for controlled trials of drugs in migraine: third edition. A guide for investigators. *Cephalalgia Int J Headache.* 2012 Jan;32(1):6–38.
49. van Suijlekom HA, Lamé I, Stomp-van den Berg SGM, Kessels AGH, Weber WEJ. Quality of life of patients with cervicogenic headache: a comparison with control subjects and patients with migraine or tension-type headache. *Headache.* 2003 Dec;43(10):1034–41.
50. Yaşam kalitesi. 2006; Available from: [http://www.ozetkitap.com/yasam\\_kalitesi.pdf](http://www.ozetkitap.com/yasam_kalitesi.pdf)
51. Fitzpatrick R, Fletcher A, Gore S, Jones D, Spiegelhalter D, Cox D. Quality of life measures in health care. I: Applications and issues in assessment. *BMJ.* 1992 Oct 31;305(6861):1074–7.
52. Bussone G, Usai S, Grazzi L, Rigamonti A, Solari A, D’Amico D. Disability and quality of life in different primary headaches: results from Italian studies. *Neurol Sci Off J Ital Neurol Soc Ital Soc Clin Neurophysiol.* 2004 Oct;25 Suppl 3:S105-107.
53. Steiner TJ, World Headache Alliance. Lifting the burden: The global campaign against headache. *Lancet Neurol.* 2004 Apr;3(4):204–5.
54. Steiner TJ, Gururaj G, Andrée C, Katsarava Z, Ayzenberg I, Yu S-Y, et al. Diagnosis, prevalence estimation and burden measurement in population surveys of headache: presenting the HARSHIP questionnaire. *J Headache Pain.* 2014 Jan 8;15(1):3.
55. Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders: 2nd edition. *Cephalalgia Int J Headache.* 2004;24 Suppl 1:9–160.
56. JHP\_Aids\_for\_management.pdf [Internet]. [cited 2017 May 7]. Available from: [http://www.l-t-b.org/assets/37/AD337C98-9DA7-2DE7-FB4AB61454AAA3AE\\_document/JHP\\_Aids\\_for\\_management.pdf](http://www.l-t-b.org/assets/37/AD337C98-9DA7-2DE7-FB4AB61454AAA3AE_document/JHP_Aids_for_management.pdf)



57. Schmidt S, Mühlhan H, Power M. The EUROHIS-QOL 8-item index: psychometric results of a cross-cultural field study. *Eur J Public Health*. 2006 Aug;16(4):420–8.
58. Frew EJ, Wolstenholme JL, Whynes DK. Comparing willingness-to-pay: bidding game format versus open-ended and payment scale formats. *Health Policy*. 2004 Jun 1;68(3):289–98.
59. Katsarava Z, Kukava M, Mirvelashvili E, Tavadze A, Dzagnidze A, Djibuti M, et al. A pilot methodological validation study for a population-based survey of the prevalences of migraine, tension-type headache and chronic daily headache in the country of Georgia. *J Headache Pain*. 2007 Apr 1;8(2):77–82.
60. Rao GN, Kulkarni GB, Gururaj G, Rajesh K, Subbakrishna DK, Steiner TJ, et al. The burden of headache disorders in India: methodology and questionnaire validation for a community-based survey in Karnataka State. *J Headache Pain*. 2012 Oct;13(7):543–50.
61. Yu S-Y, Cao X-T, Zhao G, Yang X-S, Qiao X-Y, Fang Y-N, et al. The burden of headache in China: validation of diagnostic questionnaire for a population-based survey. *J Headache Pain*. 2011 Apr 1;12(2):141–6.
62. Ayzenberg I, Katsarava Z, Mathalikov R, Chernysh M, Osipova V, Tabeeva G, et al. The burden of headache in Russia: validation of the diagnostic questionnaire in a population-based sample. *Eur J Neurol*. 2011 Mar 1;18(3):454–9.
63. Herekar AD, Herekar AA, Ahmad A, Uqaili UL, Ahmed B, Effendi J, et al. The burden of headache disorders in Pakistan: methodology of a population-based nationwide study, and questionnaire validation. *J Headache Pain*. 2013;14(1):73.
64. Mbewe E, Zairemtshama P, Paul R, Birbeck GL, Steiner TJ. The burden of primary headache disorders in Zambia: national estimates from a population-based door-to-door survey. *J Headache Pain* [Internet]. 2015 Apr 29 [cited 2017 May 10];16. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4420759/>
65. André C, Stovner LJ, Steiner TJ, Barré J, Katsarava Z, Lainez JM, et al. The Eurolight project: the impact of primary headache disorders in Europe. Description of methods. *J Headache Pain*. 2011 Oct 1;12(5):541–9.
66. Linde M, Gustavsson A, Stovner LJ, Steiner TJ, Barré J, Katsarava Z, et al. The cost of headache disorders in Europe: the Eurolight project. *Eur J Neurol*. 2012 May;19(5):703–11.
67. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS). The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (beta version). *Cephalalgia Int J Headache*. 2013 Jul;33(9):629–808.
68. da Rocha NS, Power MJ, Bushnell DM, Fleck MP. The EUROHIS-QOL 8-item index: comparative psychometric properties to its parent WHOQOL-BREF. *Value Health J Int Soc Pharmacoeconomics Outcomes Res*. 2012 May;15(3):449–57.

69. [ARCHIVED CONTENT] UK Government Web Archive – The National Archives [Internet]. [cited 2017 May 7]. Available from:  
<http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20160105160709/http://www.ons.gov.uk/ons/rel/wellbeing/measuring-subjective-wellbeing-in-the-uk/first-annual-ons-experimental-subjective-well-being-results/first-ons-annual-experimental-subjective-well-being-results.html>
70. Türkiye İstatistik Kurumu [Internet]. [cited 2017 May 10]. Available from:  
<http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=6365>
71. Morrison DP. Occupational stress in migraine--is weekend headache a myth or reality? *Cephalalgia Int J Headache*. 1990 Aug;10(4):189–93.
72. Tai M-LS, Jivanadham JS, Tan CT, Sharma VK. Primary headache in the elderly in South-East Asia. *J Headache Pain*. 2012 Jun;13(4):291–7.
73. Pascual J, Berciano J. Experience in the diagnosis of headaches that start in elderly people. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1994 Oct;57(10):1255–7.
74. Sirven JI, Malamut BL. *Clinical Neurology of the Older Adult*. Lippincott Williams & Wilkins; 2008. 662 p.
75. Goadsby PJ, Lipton RB. A review of paroxysmal hemicranias, SUNCT syndrome and other short-lasting headaches with autonomic feature, including new cases. *Brain J Neurol*. 1997 Jan;120 ( Pt 1):193–209.
76. Lisotto C, Mainardi F, Maggioni F, Dainese F, Zanchin G. Headache in the elderly: a clinical study. *J Headache Pain*. 2004 Apr 1;5(1):36–41.
77. Hagen K, Stovner L, Vatten L, Holmen J, Zwart J, Bovim G. Blood pressure and risk of headache: a prospective study of 22 685 adults in Norway. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2002 Apr;72(4):463–6.
78. Robbins MS, Lipton RB. Management of headache in the elderly. *Drugs Aging*. 2010 May;27(5):377–98.
79. Bendtsen L, Jensen R, Olesen J. A non-selective (amitriptyline), but not a selective (citalopram), serotonin reuptake inhibitor is effective in the prophylactic treatment of chronic tension-type headache. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1996 Sep;61(3):285–90.