



T.C. Slık Bakanlığı
İSTANBUL PROF. DR. CEMİL TAŞCIOğLU ŞEHİR HASTANESİ
AİLE HEKİMLİğİ KLİNİğİ

AİLE HEKİMLİğİ UZMANLIK ÖğRENCİLERİNİN İLAÇ AŞIRI
KULLANIM BAŞAğRISI KONUSUNDAKİ BİLGİ, TUTUM,
DAVRANIŞLARI

Dr. Ali Murat YILMAZ

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL, 2022



T.C. SAğLIK BAKANLIğI
İSTANBUL PROF. DR. CEMİL TAŞCIOğLU ŞEHİR HASTANESİ
AİLE HEKİMLİğİ KLİNİğİ

AİLE HEKİMLİğİ UZMANLIK ÖğRENCİLERİNİN İLAÇ AŞIRI
KULLANIM BAŞ AğRISI KONUSUNDAKİ BİLGİ, TUTUM,
DAVRANIŞLARI

Dr. Ali Murat YILMAZ

TEZ DANIŞMANI: Prof. Dr. Seçil ARICA

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL, 2022

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince bilgi ve tecrübelerinden faydalandığım, tez hazırlık süresince desteğini esirgemeyen Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanımız değerli hocam Prof. Dr. Seçil ARICA'ya,

Tez hazırlık sürecime katkılarından dolayı sevgili uzmanımız Uzm. Dr. Feyzanur ÖZEL ERDEM'e,

Desteğini esirgemeyen, her zaman samimiyet ve dostlukla yanımda olan değerli acil ve aile hekimliği asistan arkadaşlarıma,

Her zaman yanımda olan uzmanlık eğitimim boyunca desteğini her zaman hissettiğim biricik eşim hayat arkadaşım Ayşe EREN YILMAZ'a

En içten duygularıyla teşekkür ediyorum.

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	i
İÇİNDEKİLER	ii
KISALTMALAR	iv
TABLO VE ŞEKİL LİSTESİ	v
ÖZET	vii
KNOWLEDGE, ATTITUDE, BEHAVIOR AND SOLUTION SUGGESTIONS OF FAMILY MEDICINE SPECIALTY STUDENTS ABOUT DRUG OVERUSE HEADACHES	ix
ABSTRACT.....	ix
1.GİRİŞ VE AMAÇ	12
2.GENEL BİLGİLER	12
2.1 İlaç Aşırı Kullanım Baş Ağrısı	12
2.1.1 Tanım ve Tarihçe.....	12
2.1.2 Sınıflama.....	13
2.1.3 Epidemiyoloji	15
2.1.4 Risk Faktörleri	16
2.1.5 Klinik Özellikler	18
2.1.6 Patofizyoloji	19
2.1.7 Ayırıcı Tanı	20
2.1.8 Tedavi.....	20
3.GEREÇ VE YÖNTEM	22
3.1. Hasta Seçimi ve Çalışma Tasarımı.....	22
3.2. İstatistiksel Yöntem.....	23
4.BULGULAR.....	24
5. TARTIŞMA	35
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	38
KAYNAKLAR	39
EKLER.....	46

EK-1 ETİK KURUL ONAY BELGESİ ÖRNEĞİ	46
EK-2 ANKET FORMU.....	50
ÖZGEÇMİŞ	54



KISALTMALAR

İAKB: İlaç aşırı kullanım baş ağrısı

ICHD: Baş ağrısının uluslararası klasifikasyonu

IHS: Uluslararası baş ağrısı derneği

GTB: Gerilim tipi baş ağrısı

NSAİ: Non-steroid anti inflamatuvarlar



TABLO VE ŞEKİL LİSTESİ

Tablo 1. İlaç aşırı kullanım baş ağrısı sınıflandırma kriterleri.....	25
Tablo 2. İlaç aşırı kullanım baş ağrısı tanı kriterleri	25
Tablo 3. İlaç aşırı kullanım baş ağrısı ilaç tipleri ve kullanım süreleri	27
Tablo 4. Katılımcıların yaş ve mesleki sürelerinin istatistiksel değerlendirilmesi	28
Tablo 5. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri	29
Tablo 6. Katılımcıların aile hekimliği asistanlık süresince nöroloji rotasyonu ve baş ağrısı ile alakalı seminer ve baş ağrısı ile ilişkili özellikleri	30
Tablo 7. Katılımcıların toplam bilgi puanları	31
Tablo 8. Katılımcıların bilgi sorularına verdikleri yanıtlar 1	31
Tablo 9. Katılımcıların bilgi sorularına verdikleri yanıtlar 2	32
Tablo 10. Katılımcıların bilgi sorularına verdikleri yanıtlar 3	33
Tablo 11. Katılımcıların bilgi sorularına verdikleri yanıtlar 4	33
Tablo 12. Katılımcıların bilgi sorularına verdikleri yanıtlar 5	33
Tablo 13. Katılımcıların bilgi sorularına verdikleri yanıtlar 6	34
Tablo 14. Katılımcıların bilgi sorularına verdikleri yanıtlar 7	35
Tablo 15. Katılımcıların bilgi sorularına verdikleri yanıtlar 8	36
Tablo 16. Katılımcıların bilgi sorularına verdikleri yanıtlar 9	37
Tablo 17. Katılımcıların sosyodemografik ve mesleki özellikleri ile toplam bilgi puanları.....	38
Tablo 18. Katılımcıların asistanlık süresince nöroloji rotasyonu ve baş ağrısı ile alakalı seminer aldıklarına dair veriler	39
Tablo 19. Katılımcıların yaş, mesleki süreleri ile toplam bilgi puanlarının karşılaştırılması	40
Şekil 1 Katılımcıların asistanlık durumları	15
Şekil 4. Katılımcıların aile hekimliği asistanlık süreleri.....	27



ÖZET

AMAÇ

Aile hekimliğine poliklinik başvuru sebepleri arasında baş ağrısı şikayeti en sık görülen nedenlerden birisidir. Migren veya gerilim tipi baş ağrısı hastaları, ağrı kesen ilaçların uzun süreli kullanımı ile alakalı ilaç aşırı kullanım baş ağrısı gelişebilmektedir.

Çalışma aile hekimliği asistanları arasında ilaç aşırı kullanım baş ağrısıyla ilgili bilgi düzeyi, davranış ve tutumlarını değerlendirmek ve farkındalığı yükseltmeyi gaye edinmiştir.

GEREÇ VE YÖNTEM

Kesitsel-tanımlayıcı tipte bir anket çalışması olan çalışmamız, İstanbul'da eğitim gören 200 aile hekimliği uzmanlık öğrencisini kapsamaktadır. Toplam 18 sorudan oluşan anketimizde, katılımcıların sosyodemografik özellikleri, ilaç aşırı kullanım baş ağrısı hakkındaki tutum ve davranışları ile bilgi düzeyleri sorgulandı. Çalışmada elde edilen veriler SPSS statistics 21 programında analiz edilmiştir ve $p<0.05$ anlamlı kabul edilmiştir.

BULGULAR

Katılımcıların yaş ortalaması $28,45 \pm 1,70$, mesleki süre ortalaması ise $3,32 \pm 1,43$ yıl idi. Katılımcıların %46'sı asistanlık süresi boyunca baş ağrısı ile alakalı eğitim semineri aldığını, %58'i aile hekimliği asistanlık süresi boyunca nöroloji rotasyonu aldığını, %13'ü ise meslek hayatında daha önce ilaç aşırı kullanım baş ağrısı hastalığını tanı koyduğu veya tanı konulmasını gözlemlediğini belirtmiştir. Katılımcıların bilgi sorularından aldıkları puan ortalaması $19.2 \pm 6,38$ olarak bulundu. 26 puan üzerinden, 13 ve daha üstü puan alan katılımcıların bilgi düzeyi yeterli kabul edildi ve bu oran %73.5 olarak bulundu. Katılımcılardan nöroloji rotasyonu alanların veya baş ağrısı ile alakalı seminere katılmış olanların toplam bilgi puanları istatistiksel anlamlı düzeyde daha yüksekti ($p < 0,05$).

SONUÇ

Bu çalışmada, birinci basamak sağlık hizmeti sunucuları olacak olan aile hekimliği uzmanlık öğrencileri arasında, ilaç aşırı kullanım baş ağrısı hastalığına ilişkin bilgi düzeyi nöroloji rotasyonu alanlar ile baş ağrısı konulu seminer alanların nöroloji rotasyonu almayanlar veya baş ağrısı konulu seminer almayan kişilere göre anlamlı derecede yüksek olduğu gözlemlendi. Hastalara gerektiğinde ağrı kesici ilaçları kullanımını tavsiye etmek veya yanlış kullanımları önlemek için, aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinin ilaç aşırı kullanım baş ağrısı hastalığı hakkında güncel bilgilere sahip olması sağlanmalıdır.

ANAHTAR SÖZCÜKLER

Aile Hekimliği, Bilgi düzeyi, İlaç aşırı kullanım baş ağrısı

KNOWLEDGE, ATTITUDE, BEHAVIOR AND SOLUTION SUGGESTIONS OF FAMILY MEDICINE SPECIALTY STUDENTS ABOUT DRUG OVERUSE HEADACHES

ABSTRACT

OBJECTIVE

Among the reasons for applying to a family medicine outpatient clinic, a headache complaint is one of the most common Dec.

Patients with migraine or tension headaches may develop headaches due to excessive use of medications related to long-term use of pain medications.

The study aims to evaluate the knowledge, savings and movement related to drug overuse headache among family medicine assistants and to raise awareness Dec

MATERIALS AND METHODS

Our study, which is a cross-sectional descriptive survey study, includes 220 family medicine specialty students studying in Istanbul. In our survey consisting of a total of 18 questions, the sociodemographic characteristics of the participants, their attitudes and behaviors about drug overuse headaches, and their level of knowledge were questioned. The data obtained in the study were analyzed in the SPSS statistics 21 program and $p < 0.05$ was considered significant.

RESULTS

The average age of the participants was 28.45 ± 1.70 years and the mean professional period was 3.32 ± 1.43 years. 46% of the participants stated that they received training seminars related to headache during the assistantship period, 58% received neurology rotation during the family medicine residency period, and 13% stated that they had diagnosed or observed the diagnosis of drug overuse headache disease earlier in their professional life. The average score of the participants from the information questions was found to be 19.2 ± 6.38 . The knowledge level of the participants who scored 13 and above out of 26 points was considered sufficient and this rate was found to be 73.5%.

The total knowledge scores of the participants who participated in the seminar related to neurology rotation foreheads or headaches were statistically significantly higher ($p < 0.05$).

CONCLUSION

In this study, it was observed that among the family medicine specialty students who will be primary health care providers, the level of knowledge about drug overuse headache disease was significantly higher than those who received neurology rotation and those who received seminars on headache compared to those who did not receive neurology rotation or headache seminars. In order to advise patients to use pain medications when necessary or to prevent misuse, students of family medicine specialties should be provided with up-to-date knowledge about drug overuse headache disease.

KEYWORDS

Family Medicine, Knowledge, Headache due to excessive use of the drug



1.GİRİŞ VE AMAÇ

Baş ağrısı şikâyeti aile hekimliği poliklinik başvuru sebepleri arasında en önemli yere sahip semptomlardan birisidir. Birincil ve ikincil olarak iki ana başlıkta sınıflandırılmaktadır. Birincil baş ağrısına sahip hastalarda, ağrı kesici ilaçların sık kullanımına bağlı ikincil baş ağrısı bölümünde yer alan ‘İlaç Aşırı Kullanımı Baş Ağrısı’ (İAKB) meydana gelebilir. İlaçlara erişimin kolaylaşmasıyla ağrı kesici ilaçların düzenli ve sık kullanılmasıyla İAKB sıklığı giderek yükselmektedir.

Analjezik amaçlı alınan ilaçların yoğun olarak kullanıldığında baş ağrısını arttırabilmesi oldukça ilginç, uzun yıllar önce tanınmakla birlikte genelde ihmal edilen ve hasta eğitime çok önem verilmesini gerektiren bir durum olarak dikkat çekmektedir.

Aile hekimlerinin, birinci basamakta çalışan hekimler olarak, yanlış kullanımları önlemek için hastaları bu konuda bilgilendirilmesi önemlidir. Çalışma, tüm bunlar göz önünde bulundurularak, aile hekimliği asistanlarının İlaç Aşırı Kullanım Baş Ağrısı hakkındaki bilgi, tutum ve davranışlarını değerlendirmek ve farkındalıklarını artırmak amaçlı planlanmıştır

2.GENEL BİLGİLER

2.1 İlaç Aşırı Kullanım Baş Ağrısı

2.1.1 Tanım ve Tarihçe

İlaçların aşırı kullanımından kaynaklanan baş ağrısına (İAKB), birincil baş ağrısı şikayeti olan bireylerde ergot türleri, triptan türleri, ağrı kesen veya opioid benzeri fazla alımıyla ilgili ortaya çıkan baş ağrıların süregelen hale gelmesi, ayda 15 günden fazla olacak şekilde meydana gelmesidir.

1988 de ilk defa Baş Ağrısının Uluslararası klasifikasyonu-1 (ICHD-1, International Classification of Headache Disorders) açıklandı ve ‘ Madde süregelen alımı ile maruz kalınmasıyla açığa çıkacak baş ağrısı’ tanımlanmıştır(6). 2004 senesinde ICHD-2 klasifikasyonunda, baş ağrısına yol açan ilaçları uzun ve düzenli şekilde alımının önemini göstermek ile yan tesir yaparak baş ağrısına yol açan diğer ilaçlarından dolayı meydana gelecek baş ağrısını belirtmek için “Aşırı ilaç alımına bağlı Baş Ağrısı” şeklinde düzenlenmiştir. (8). 2006 tanı kriterlerinde senesinde baş ağrısında düzelme şartı çıkartılmıştır (1). ICHD 3 en son olarak 2018’de güncellenmiştir. (2).

Türkiye’de 2008 senesinde ev tabanlı baş ağrısı sıklık araştırmasında 18-65 yaş aralığında halktaki sık ilaç alım oranı %2,1 saptanmıştır, “migren” teşhislielerde %8,2, “gerilim baş ağrısı” teşhislielerde %1,9 saptanmıştır.

2.1.2 Sınıflama

2018’de Uluslararası Baş Ağrısı Cemiyeti (IHS)’nce hazırlanan klasifikasyonda, ICHD-3 şeklinde adlandırılmıştır (Tablo I). Hazırlanan klasifikasyonda İAKB olarak adlandırılmıştır; öncesinde birincil baş ağrısı hastalarının sürekli ilaç kullanımıyla yakınmaların çoğalması, yeni biçimde baş ağrısının meydana getirmesiyle isimlendirilmiştir, teşhis unsurları tablo II’deki gibi şekillendirmiştir. (12). Kullanılan farmasötik çeşitliliği İAKB’nı gruplandırmıştır.

Baş ağrısı yakınmasıyla gelen kişiler, ilaçların düzenli alımı sonlandırılmadan yapılan önleyici tedaviye genellikle beklenen yanıt alınamaz ve bu yüzden tanınmaları önemlidir. (13).

Tablo-I.İAKB sınıflaması (IHS 2018, ICHD-3 versiyon) (12)

8.2 İlaç Aşırı Kullanımı Baş Ağrısı
8.2.1 Ergotamin Aşırı Kullanımı Baş Ağrısı
8.2.2 Triptan Aşırı Kullanımı Baş Ağrısı
8.2.3 Basit Analjezik Aşırı Kullanımı Baş Ağrısı
8.2.3.1 Parasetamol (asetaminofen) Aşırı Kullanımı Baş Ağrısı
8.2.3.2 Non-steroid Antiinflamatuvar İlaçlar (NSAİİ) Aşırı Kullanımı Baş Ağrısı
8.2.3.2.1 Asetilsalisilik Asit Aşırı Kullanımı Baş Ağrısı
8.2.3.3 Diğer Non-steroid Antiinflamatuvar İlaçlar (NSAİİ) Aşırı Kullanımı Baş Ağrısı
8.2.4 Opioid Aşırı Kullanımı Baş Ağrısı
8.2.5 Kombinasyon analjezik Aşırı Kullanımı Baş Ağrısı
8.2.6. Çoklu İlaç Sınıflarının Aşırı Kullanımına Bağlı Baş Ağrısı
8.2.7 Belirlenemeyen Çoklu İlaç Sınıflarının Aşırı Kullanımına Bağlı Baş Ağrısı
8.2.8 Diğer İlaçların Aşırı Kullanımına Bağlı Baş Ağrısı

Tablo-II.İAKB Tanı Kriterleri (IHS 2018, ICHD-3 versiyon) (12)

<u>A.Önceden</u> baş ağrısı tanılı hastada ayda ≥ 15 gün baş ağrısı olması
B. Baş ağrısının akut ve/veya semptomatik tedavisinde kullanılan bir veya birden çok ilacın düzenli olarak 3 ayın üzerinde <u>kullanılması</u> : 1.Ergo, triptan, opioidler ya da kombine analjeziklerin ayda ≥ 10 gün kullanılması 2.Basit analjeziklerin ayda ≥ 15 gün kullanılması 3. Baş ağrısının akut ve/veya semptomatik tedavisinde kullanılan ilaçların kombinasyonunun ayda ≥ 10 gün kullanılması
C. Baş ağrısının başka bir nedenle açıklanamaması

2.1.3 Epidemiyoloji

İAKB hayat standartlarını düşüren, sağlık ağına önemli ölçüde negatif yansıyan, kamusal düzene iktisadi olarak olumsuz yansıyan ciddi bir sağlık meselesidir. (1). Epidemiyolojik araştırmalar gelişmiş medeniyetlerde baş ağrısına yönelik analjezik alımının yoğun bulunduğu, araştırmaya katılımcıların %1-3'ünün her gün, %7'sinin haftada en az bir defa analjezi ihtiyacı için farmasötik aldığını ve katılımcıların içinde İAKB sık olma durumu %1-2 olarak saptanmıştır (6).

İAKB çoğunlukla orta yaş çağında ve kadınlarda yoğun seyredilmekle birlikte diğer yaş gruplarında da fark edilmesinin ehemmiyeti çoğalmaktadır. İAKB Türkiye'de nöroloji kliniğine baş ağrısı şikayetiyle müracaat eden kişilerin %4 denli rastlanılmaktadır (14). Ağrı kesici ve migren ilaçlarının kullanımı yahut ihtiyaç fazlası kullanımı da antropolojik ve iktisadi etmenlere gereğince farklılık arz etmektedir. Dünyada çok rastlanılan ihtiyaç fazlası kullanımı ilaçlar basit ağrı kesici ilaçlardır (29-31). Triptan kümesi ilaçların ihtiyaç fazlası kullanımı ise görece seyrek, başlıca gelişmiş ülkelerde görece fazla meydana gelmektedir (18, 23, 32). Ve giderek iktisadi gelişmiş toplumlarda triptan türevi ilaç kullanımında artım olduğu sezilmektedir (16). Türkiye'de migren hastalığı ilaç alımında %19,3'la basit analjezikler, triptan türevleri %2,9'la tercih edilmektedir . Türkiye'de migren rahatsızlığı bulunan hastaların %8,2'sinde İAKB geliştiği farkedilmiştir. Yalnızca basit ağrı kesen ilaçlar alan migrenlilerin %4,8'inde İAKB vuku bulurken, ergot türevleri veya triptan türevi alan migrenli kişilerde ise %3,3 rastlanılmıştır (23).

2.1.4 Risk Faktörleri

İAKB ağrı kesici ilaçların düzenli ve fazla kullanımı sonucu gelişmesidir. Gerilim çeşidi baş ağrısı (GTB) yahut migreni mevcut olan kişilerde İAKB ortaya çıkma hususunda kalıtsal hadiselerin önemli etki oynadığı tahmin edilmektedir. İAKB çoğunlukla migren hastalığı ile GTB bulunan kişilerde belirlenmiştir (2, 33).

İlaç aşırı kullanımına bağlı baş ağrısı hastalığının ortaya çıkmasının ihtimali, ferdi özelliklere bağlı kaynaklanır. Opioid barındıran ilaçlar ile çeşitli karışım ağrı kesiciler yüksek derece ihtimal barındırırken; triptanlar daha az risk barındırırken ve steroid içermeyen inflamasyon önleyiciler (NSAID'ler) ise en az risk ihtiva eder.

Farklı hastalıkların mesela artrit gibi fazla miktar ile çok zaman ağrı kesen ilaç alanlarda İAKB insidansında yükselme gözlenmemiştir, antrparantez ilgi fark edilen öteki mevzu bahsi geçen hastalarda İAKB gelişen vakalarda özgeçmişlerinde migren bulunduğudur (34, 35). Küme tipi baş ağrısı olanlarda da özgeçmişlerinde migren hastalığı mevcut bulunanlar dışında mütemadiyen triptan almalarına karşın İAKB sınırlı miktarda ortaya çıkmaktadır (36). İAKB ortaya çıkmasında en önemli riziko etmeni ilaçları devamlı almaktır. Çeşitli ağrı kesicilerin sürekli alımı baş ağrısının gelişmesine sebep olmaktadır. Lakin neden birtakım ilaçlarla daha yüksek olasılıkla ortaya çıktığı netleştirilememiştir. Yapılan çalışmalar kafeinin İAKB ortaya çıkmasında orta düzeyde risk barındırdığı görülmektedir(37). Depresyon ve anksiyete benzeri eşik edici ruhsal rahatsızlıklarda riski yükselmektedir. (38, 39).

Türkiye’de triptan türevi barındıran ilaçların nöroloji uzmanlarınca reçete edilmesi neticesiyle, triptanın alımıyla ilişki İAKB’nin gelişmiş ülkelere kıyasla az ortaya çıkmaktadır.

İAKB ortaya çıkmasıyla bağlantılı olarak değinilebilecek öteki risk etmenleri; obezite, tütün maruziyeti, pasif yaşama biçimi, alt düzey gelire sahip olma olarak sıralanabilir(42)



2.1.5 Klinik Özellikler

İAKB teşhis kriterleri, nihayetinde ICHD-3 şekliyle duyurulmuştur. Bu tutumda; özgeçmişlerinde baş ağrısı bulunan kişilerde ayda minimum 15 gün ağrıların devam etmesi, acı kesici amacıyla alınan farmasötiklerin 3 aydan fazla alınması ile baş ağrısının diğer nedenlerle tanımlanamaması faktörleri İAKB teşhisi olarak adlandırılmaktadır. Alınan ilaç çeşidiyle İAKB tipleri belirlenmiştir (12).(Tablo III)

Tablo-III: İAKB’de ilaç tipleri ve kullanım süreleri (IHS 2018) (12)

İlaç Tipi	Kullanım Süresi
Ergotamin	≥10 gün/ay, en az 3 ay süresince
Triptan	≥10 gün/ay, en az 3 ay süresince
ASA	≥15 gün/ay, en az 3 ay süresince
NSAİİ	≥15 gün/ay, en az 3 ay süresince
Asetaminofen/Parasetamol	≥10 gün/ay, en az 3 ay süresince
Opioid	≥10 gün/ay, en az 3 ay süresince
Kombinasyon analjezikler	≥10 gün/ay, en az 3 ay süresince
Çoklu ilaç kullanımı	≥10 gün/ay, en az 3 ay süresince

İAKB ortaya çıkmasında en sık gözlemlenen durum şöyledir: Öncesinde aralıklı gözlenen ataklar sıklaşır, ayrıca devam eden süreçte atak tedavilerine alınan yanıt düşer, öncesine kıyasla daha geç, daha yetersiz cevap oluşturur, baş ağrılarında değişik genellikle farkedilir, saçlı ciltte hassasiyet mevcutsa atak haricinde de ortaya çıkabilir (interiktal allodini), ağrılar önceki gücünü değiştirebilir ve misal olarak migren şikayetleri giderek gerilim benzeri rahatsızlıkları gösterebilir. Ağrılardaki ilaç alımıyla meydana gelen bu değişim “migren dönüşümü” isimlendirilir. Ağrılarının süregelen hale gelmesiyle yorgunluk, çöküntü hali, unutkanlık birlikte görülebilir. Ergotların sık alımı söz konusu ise buna çarpıntı, vücut periferinde soluklaşma ve soğuklukta beraber görülebilir.

2.1.6 Patofizyoloji

İAKB patofizyolojisi net belirlenememiştir (57).

Kalıtımsal etmenler, biyodavranışsal etmenler, merkezi ile periferik duyulanım, kortikal dağılan baskılanma, nörotransmitter düzeyindeki dalgalanma, trigeminovasküler yapı uyarımı İAKB patofizyolojisinde önemli etmenlerdir(1).

İAKB ihtimali, ailesinde İAKB bulunanlarda üç misli fazladır (47).

Alınan farmasötiğin çeşidiyle alakalı olarak olasılıkla değişik mekanizmalar söz konusudur. (32)

Onkolojik ağrı veya eklem ağrıyla analjezi kullananlarda İAKB gözlenmez. Birincil baş ağrısı sebeplerinin mevcudiyeti, İAKB'nin ortaya çıkmasına ön şarttır.

2.1.7 Ayırıcı Tanı

Süregelen baş ağrısına meydan verebilecek sorunlar, İAKB'yle ayırıcı adlandırmaya girmektedir. Baş ağrısı şikayetiyle gelen kişilerde ikincil ağrıdan şüphelendirilen şikayet ile bulguların gözden geçirilmesi önerilir.

Ayırıcı tanıda primer ya da sekonder baş ağrısı sebepleri sayılabilir.

Bunun dışında ayırıcı tanıda öncelikle düşünülmesi gereken hastalıklar:

- İntrakranial hipertansiyon
- İntrakranial hipotansiyon
- Ansefalopati
- İntrakranial neoplazm

2.1.8 Tedavi

İAKB tedavide ön basamağı hasta ile refakatçi bilgilendirilmesi ehemmiyetlidir. Araştırmalar İAKB için hasta bilgilendirilmesinin faydalı olacağı belirtilmiştir (84).

Çalışmalar İAKB’de multidisipliner çalışmanın faydalı olacağı ayrıca tekrarlama ihtimalini düşüreceğini bildirmektedir (16, 85).

Kronik baş ağrıları olan hastaların profilaktik ilaç kullanmaları tedavi başarısını artırır. Tedavi etkilerinin ortaya çıkabilmesi için, genellikle 3-6 haftaya ihtiyaç vardır.

Çalışmalar İAKB’de BotulinumtoksinA’nın baş ağrısı yoğunluğu ile şiddetinde azalma saptanmıştır(26).

Sonuç olarak İAKB giderek sıklığı artan, kısıtlılığa yol açan ve daha büyük sorunlara yol açabilecek bir kronik baş ağrısıdır. Şu an için dünya üzerindeki migren ve gerilim tipi baş ağrılarını izleyerek en sık 3. baş ağrısı tipi olması ve iyatrojenik kökeni önemlidir. Bu hastalığın bilinmesi, öncelikle gelişmesinin önlenmesi açısından, eğer gelişti ise de erkenden tanınarak tedavisinin yapılması açısından önem taşımaktadır. Tüm kronik hastalıklarda olduğu gibi İAKB’nın da kişiye ve ülkelere mali yükü giderek artmaktadır. Hastaların çok yönlü olarak ele alınarak komorbid hastalıklarının da tedavi edilmesi hem tedavi şansını arttıracak hem de nüks riskini azaltacaktır.

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Hasta Seçimi ve Çalışma Tasarımı

06.06.2022 tarihinde E-48670771-514.99 sayı ile İstanbul Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan Etik Kurul onayı alınmıştır

Anket çalışmasının 07.07.2022 – 07.08.2022 tarihleri arasında 1 aylık zaman diliminde Kesitsel ve tanımlayıcı olarak planlanmış olup, TC Sağlık Bakanlığı Prof.Dr.Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi, SBÜ Gaziosmanpaşa Eğitim ve Araştırma Hastanesi, SBÜ Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve SBÜ Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Uzmanlık Öğrencilerine çalışmaya katılmayı kabul ettiklerine dair onamları alındıktan sonra anketi yüz yüze yapmak planlanmış olup mevcut şartlardan dolayı klinik şeflerinden e-mail adresleri temin edilerek Google Formlar üzerinden online anket olarak uygulanmıştır.

İlk 8 soru; yaş, cinsiyet, meslekte çalışma süresi, asistanlık süresi, nöroloji rotasyonu alıp almama gibi soruları içermekte olup, ilaç aşırı kullanım baş ağrısı tanı, klinik özellikler ve tedaviyi 26 soruluk anketimiz aile hekimliği uzmanlık öğrencilerine amaçsal örneklem yöntemiyle seçilerek uygulanacaktır. Bilgi düzeyi anketin içeriği; ilaç aşırı kullanım baş ağrısı tanı klinik özellikleri ve ayırıcı tanıyı sorgulayan soruları içermektedir. Katılımcıların cinsiyet, meslekte geçirilen yıl, nöroloji rotasyonu alma, eğitim alma gibi faktörlerin, bilgi düzeyi algı ve davranışları arasındaki ilişki değerlendirilecektir. Anketimiz kesitsel-tanımlayıcı tipte bir anket çalışmasıdır.

Örneklemin Büyüklüğü, çalışma yapılacak olan Aile Hekimliği ABD Uzmanlık öğrencilerinin sayısı yaklaşık olarak 380 olup, %95 güven aralığında ve $\pm 5\%$ sapma ile örnekleme alınması gereken kişi sayısı minimum 194 kişidir. (Formül: $(n_1 = Z^2 * p * (1-p)/ME^2)$)

3.2. İstatistiksel Yöntem

Araştırmada bulguları değerlendirdiğimiz SPSS 21 (Statistical Package for the Social Sciences, version 21) programında istatistiksel amaçla faydalanıldı. Dağılım normalini Kolmogorov Smirnov Testi çalışıldı. İsimlendirici veriler sayısal değişkenlikleri standart sapma, maksimum, minumum, ortalama; kategorik değişkenleri ise yüzde ile sayı şeklinde sunuldu. Nicel verileri karşılaştırılmada Mann Whitney U testinde, Kruskal Wallis testinde ayrıca Spearman Korelasyon Analiz testinden faydalanıldı. Anlamlı olarak kabul edilecek değer $p < 0,05$ di.



4.BULGULAR

Çalışmaya katılan hekimlerin yaş ortalaması $28,45 \pm 1,70$, mesleki süreleri ortalaması ise $3,35 \pm 1,43$ olarak saptandı.

Tablo 4. Katılımcıların yaş ve mesleki sürelerinin istatistiksel değerlendirilmesi

	N	Min.	Maks.	Ort.	Std. Sapma
Yaş	200	24	38	28.45	1.70
Meslekteki yılı	200	1,0	12	3.32	1.43

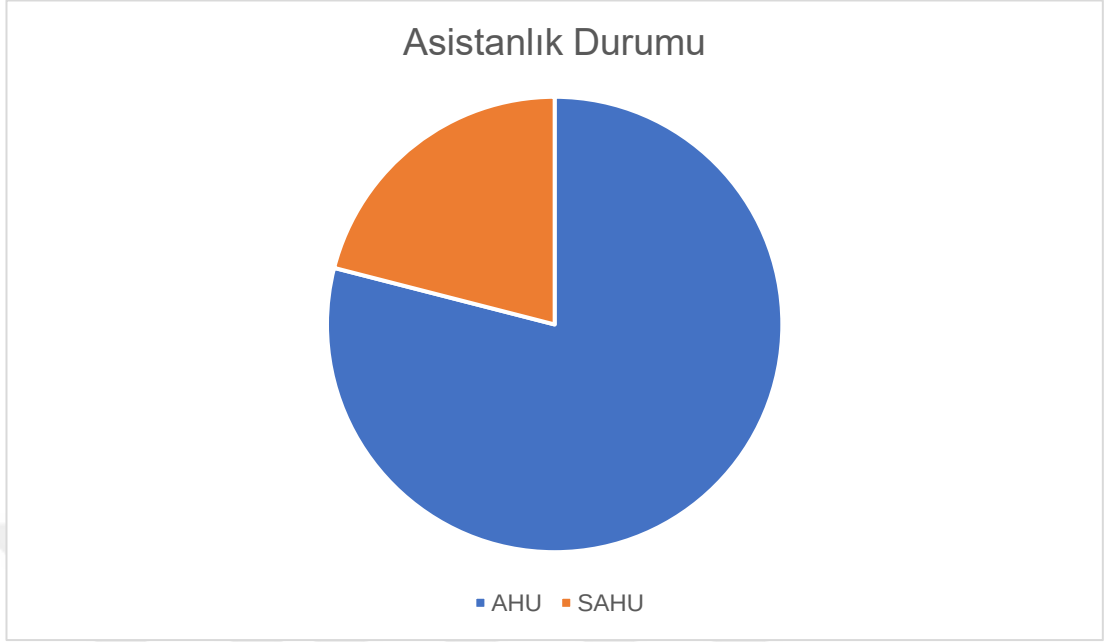
Çalışmaya dahil olan asistan doktorların %53.50'ü (n=107) kadındı.

Tablo 5. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri

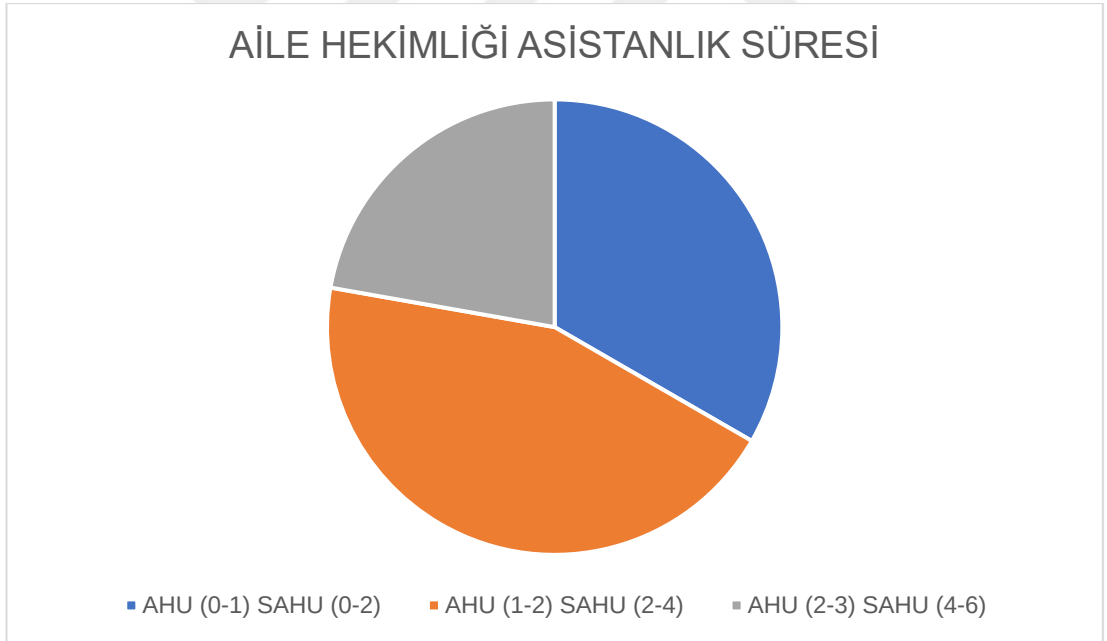
		N	%
Cinsiyet	Kadın	107	53.50%
	Erkek	93	46.50%

Katılımcı doktorların %79.0'ı Aile Hekimliği Uzmanlığında tam zamanıyla asistandı.

Katılımcı asistan doktorların %32.5 i asistanlığının 0-1(sahu için 0-2) yılında, %46.5i asistanlığının 1-2(sahu için 2-4)incü yılında ve katılımcı asistan doktorların %21 i asistanlığın 2-3 (sahu için 4-6)üncü yılındaydı



Şekil 1. Katılımcıların asistanlık durumlarının incelenmesi



Şekil 2. Katılımcıların aile hekimliğindeki asistanlık süreleri

Asistanlık boyunca nöroloji seçmeli rotasyonunu alanların oranı %58, baş ağrısına yaklaşım ile ilgili eğitime katılma oranı %46,50 olarak saptandı. İlaç aşırı

kullanım baş ağrısı (iakb) tanısı koyup tedavi etme veya tanı konulmasını gözlemleme oranı %13'tü.

Tablo 6. Katılımcıların asistanlık süreçlerinde nöroloji rotasyonu ve baş ağrısı ile ilişkili özellikleri

		N	%
Aile hekimliği asistanlığınız süresince nöroloji rotasyonu aldınız mı?	Evet	116	58,00
	Hayır	84	42,00
Aile hekimliği asistanlığınız süresince baş ağrısına yaklaşım ile alakalı bir eğitim/ seminer vs aldınız mı?	Evet	93	46,50
	Hayır	107	53,50
İlaç aşırı kullanım baş ağrısı (iakb) tanısı koyup tedavi ettiniz mi? (veya tanı konulmasını gözlediniz mi?)	Evet	26	13,00
	Hayır	174	87,00

Katılımcıların bilgi sorularından aldıkları puan ortalaması $19,02 \pm 6,38$ olarak belirlendi.

Tablo 7. Katılımcıların toplam bilgi puanları

	Min.	Maks.	Medyan	Ort.	St. Sapma
Toplam puan	0	26	21	19,02	6,38

Katılımcı asistan hekimlerimizin bilgi sorularına verdikleri yanıtlar tablolarda gösterilmiştir.

Tablo 8. Katılımcıların bilgi sorularına verdikleri yanıtlar-1

		N	%
Aşağıdaki primer baş ağrısı hastalıklarının hangisinde ilaç aşırı kullanım baş ağrısı sıklığı daha fazladır?	Gerilim tipi baş ağrısı	27	13,50
	Migren*	147	73,50
	Fikrim yok	26	13,00

* Doğru yanıt

Tablo 9. Katılımcıların bilgi sorularına verdikleri yanıtlar-2

İlaç aşırı kullanım baş ağrısı gelişim paterni hakkında size en uygun yanıtı işaretleyiniz	Katılıyorum		Katılmıyorum		Fikrim yok	
	N	%	N	%	N	%
Epizodik ataklar giderek sıklaşır	184*	92,00	9	4,50	7	3,50
Ataklara yanıt azalır öncelerine göre daha geç ve zayıf yanıt oluşur	192*	96,00	7	3,50	1	0,50
Baş ağrı paterninde değişim gözlenebilir	148*	74,00	43	21,50	9	4,50
Ağrılar eski şiddetini yitirebilir, tipik migren ağrıları gerilim tipi ağrıları andırabilir (migren transformasyonu)	40*	20,00	92	46,00	68	34,00
Saçlı deri allodinisi varsa atak aralarında olmaya başlayabilir (interikt alallodini)	30*	15,00	95	47,50	75	37,50
Ağrıların kronikleşmesi ile birlikte genel halsizlik yorgunluk dikkat eksikliği unutkanlık sık eşlikçilerdir	125*	62,50	49	24,50	26	13,00

* Doğru yanıt

Tablo 10. Katılımcıların bilgi sorularına verdikleri yanıtlar-3

İlaç aşırı kullanım baş ağrısı sizce hangi ilaçlar yol açabilir?	Olabilir		Olmaz		Fikrim yok	
	N	%	N	%	N	%
Basit ağrı kesiciler	91*	45,73	85	42,71	23	11,56
Kombine ağrıkesiciler (basit ağrıkesiciler kodein veya kafeinli kombinasyonları)	128*	64,00	70	35,00	2	1,00
Opioidler	160*	80,00	39	19,50	1	0,50
Ergotaminler	189*	94,50	10	5,00	1	0,50
Triptanlar	194*	97,00	6	3,00	0	0,00
Tek grup olarak aşırı sık olmasa da farklı gruptaki ilaçların aşırı sık kullanımı sonucu da gelişebilir	132*	66,00	50	25,00	18	9,00

* Doğru yanıt

Tablo 11. Katılımcıların bilgi sorularına verdikleri yanıtlar-4

		N	%
Hangi ilaçların aşırı kullanımı söz konusu	Ergo türevleri*	64	32,00
ise buna taşikardi ekstremite uçlarında	Triptan türevleri	82	41,00
soluklaşma ve üşüme eşlik edebilir	Fikrim Yok	54	27,00
İlaç aşırı kullanım baş ağrısının seyri her	Katılıyorum*	161	80,50
zaman değilse bile aşırı kullanım	Katılmıyorum	34	17,00
durdurulduktan sonra ağrılar azalır, eski	Fikrim yok	5	2,50
düzenine döner			

* Doğru yanıt

Tablo 12. Katılımcıların bilgi sorularına verdikleri yanıtlar-5

İlaç aşırı kullanım baş ağrısı tanı kriterleri hakkında. <u>size en uygun yanıtı işaretleyiniz.</u>		N	%
Öncesinde bir primer baş ağrısı hastalığı	Katılıyorum*	176	88,00
olan hastada ayda 15 gün veya daha fazla baş	Katılmıyorum	20	10,00
ağrısı	Fikrim yok	4	2,00
Baş ağrısının akut ve/veya semptomatik	Olabilir*	176	88,00
tedavisi için kullanılabilen bir veya birden	Olmaz	20	10,00
çok ilacın 3aydan daha uzun süre düzenli	Fikrim yok	4	2,00
kullanımı			

* Doğru yanıt

Tablo 13. Katılımcıların bilgi sorularına verdikleri yanıtlar-6

		N	%
Sizce kafein kullanımı ile İlaç aşırı kullanım baş ağrısı yol açma açısından size en uygun yanıtı işaretleyiniz.	Kafein: Günde 200 mg'ın üzerinde kafein alımı ilaç aşırı kullanımı riskini artırır*	134	67,00
	Kafein: Günde 1000 mg'ın üzerinde kafein alımı ilaç aşırı kullanımı riskini artırır	40	20,00
	Fikrim yok	26	13,00

* Doğru yanıt

Tablo 14. Katılımcıların bilgi sorularına verdikleri yanıtlar-7

İlaç Aşırı Kullanım Baş ağrısından Kaçınmak için nelere dikkat edilebilir?	Katılıyorum		Katılmıyorum		Fikrim yok	
	N	%	N	%	N	%
Atakları bir günden uzun süren hastalarda başlangıçta spesifik ilaç önermek atak ilacı alınan gün sayısını azaltacak ve bu da ilaç aşırı kullanımını önleyecektir.]	181*	90,50	15	7,50	4	2,00
[2 profilaksi. <u>ataklar</u> sık ise daha fazla artış göstermeden etkin profilaksi başlanmalıdır.]	181*	90,50	15	7,50	4	2,00
[İlaçlar dışında önemli bir konu da hastanın ağır ve ilaç günlüğü tutmasına özendirilmesi, böylece atakların sıklaşmasının fark edilmesi sağlanmalıdır.]	181*	90,50	15	7,50	4	2,00

* Doğru yanıt

Tablo 15. Katılımcıların bilgi sorularına verdikleri yanıtlar-8

İlaç aşırı kullanım baş ağrısı tedavisinde ana prensipler hakkında, size en uygun yanıtı işaretleyiniz.	Katılıyorum		Katılmıyorum		Fikrim yok	
	N	%	N	%	N	%
[Aşırı kullanılan ilacın kesilmesi onun yerine aşırı ilaç kullanımına sebep verecek başka ilaç kullanılmaması]	180*	90,91	16	8,08	2	1,01
[Profilaktik tedavinin oluşturulması]	182*	91,00	16	8,00	2	1,00
[Şiddetli baş ağrısı atakları için sınırlı sayıda kullanmak koşuluyla uygun atak ilacı belirlenmesi]	182*	91,00	16	8,00	2	1,00

* Doğru yanıt

Tablo 16. Katılımcıların bilgi sorularına verdikleri yanıtlar-9

İlaç aşırı kullanım baş ağrısı hastalığı tedavisinde botulinum toksini kullanımı hakkında, size en uygun yanıtı işaretleyiniz.	Katılıyorum		Katılmıyorum		Fikrim yok	
	N	%	N	%	N	%
Üç ay ara ile en az dört kez enjeksiyon önerilmekte olup ilk enjeksiyondan 3 ay sonraki ikinci enjeksiyonda daha yüksek etkinlik gözlenmiştir.]	124*	62,00	26	13,00	50	25,00
[Botulinum toksin enjeksiyonu ile birlikte profilaksi tedavisi paralel olarak sürdürülebilir.]	122*	61,31	24	12,06	53	26,63

* Doğru yanıt

Katılımcılardan kadın cinsiyet ve tam zamanlı aile hekimliği asistanı olanların toplam puanı istatistiksel anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır. Aile hekimliği asistanlığındaki süresi 1-2 yıl (SAHU 2-4) ve 2-3 yıl (SAHU 4-6) olanların puanı 0-1 yıl (SAHU 0-2) olanlara kıyasla anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ($p<0,05$).

Tablo 17. Katılımcıların sosyodemografik ve mesleki özellikleri ile toplam bilgi puanlarının karşılaştırılması

		Toplam puan					p
		Min.	Maks.	Medyan	Ort.	St. Sapma	
Cinsiyet	Kadın	0	26	23	21,32	4,58	0,000*
	Erkek	0	26	17	17,02	7,04	
Aile Hekimliği asistanlık durumu	Tam zamanlı aile hekimliği asistanlığı	0	26	23	19,71	6,44	0,000*
	Sözleşmeli aile hekimliği uzmanlık eğitimi	0	24	18	16,43	5,47	
Aile hekimliği asistanlığında kaçınıcı yılınız	0-1 (SAHU 0-2)	0	24	16	14,63	5,65	0,000*
	1-2 (SAHU 2-4)	0	26	23	21,94	4,50	
	2-3 (SAHU 4-6)	1	26	23	19,36	7,24	

^aMann Whitney U Test * $p < 0,01$

^bKruskall Wallis Test

Çalışmaya katılanlardan nöroloji rotasyonu yapanların, baş ağrısına yaklaşım ile alakalı eğitim alanların ve iakb tanısı koyup tedavi eden ya da tanı konulmasını gözlemleyenlerin bilgi puanı istatistiksel anlamlı düzeyde daha yüksek saptanmıştır ($p < 0,05$).

Tablo 18. Katılımcıların asistanlık süreçlerinde nöroloji rotasyonu ve baş ağrısı ile ilişkili özellikleri ile toplam bilgi puanlarının karşılaştırılması

		Toplam puan					p
		Min.	Maks.	Medyan	Ort.	St. Sapma	
Aile hekimliği asistanlığınız süresince nöroloji rotasyonu aldınız mı?	Evet	1	26	24	22,09	4,99	=0,000*
	Hayır	0	24	17	14,79	5,65	
Aile hekimliği asistanlığınız süresince baş ağrısına yaklaşım ile alakalı bir eğitim/ seminer vs aldınız mı?	Evet	19	26	24	23,75	1,54	=0,000*
	Hayır	0	25	17	14,91	6,14	
İlaç aşırı kullanım baş ağrısı (iakb) tanısı koyup tedavi ettiniz mi?	Evet	19	26	24	23,92	1,52	=0,000*
(veya tanı konulmasını gözlediniz mi?)	Hayır	0	26	20	18,29	6,51	

^aMann Whitney U Test

* $p < 0,01$

Katılımcıların yaş ve meslekteki süreleri ile bilgi puanları arasındaki korelasyon analizinde zayıf düzeyde, pozitif yönlü istatistiksel anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0,05$).

Tablo 19. Katılımcıların yaş ve mesleki süreleri ile toplam bilgi puanlarının karşılaştırılması

		Toplam puan	
Spearman's rho	Yaş	r	0,350
		p	0,000*
		N	200
	Meslekteki yıl	r	0,327
		p	0,000*
		N	200

^a*Spearman Test* * $p<0,01$

5. TARTIŞMA

Çalışmamız TC SBÜ Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesiyle, TC SBÜ Hamidiye Etfal Şişli EAH, TC SBÜ Haydarpaşa EAH ile TC SBÜ Gaziosmanpaşa EAH’de eğitim alan 200 uzmanlık öğrencisini dahil edilmiştir. Çalışmamızın sebebiyle uyumlu şekilde yapılmış özgün olan sorularla, katılımcıların ilaç aşırı kullanımından kaynaklanan baş ağrısıyla alakalı bilgi düzeyi, davranış ve tutumları değerlendirilmiştir. Çalışmamızda 26 puan üzerinden, 14 ve daha üstü puan alan katılımcıların bilgi düzeyi yeterli kabul edildi ve bu oran %73,5 olarak bulundu. Katılımcıların bilgi sorularından aldıkları puan ortalaması da 19.02 ± 3.33 olarak bulundu (100 puan üzerinden ortalama yaklaşık 73 puan) ve bilgi düzeyi yüksek kabul edildi.

İlaç aşırı kullanımından kaynaklanan baş ağrısı özellikle birinci basamakta çalışan aile hekimliği asistanları tarafından fark edilmesi çok önemlidir. Hekimler arasındaki, ilaç aşırı kullanımıyla alakalı bilgi boşlukları, uygun olmayan hasta danışmanlığına, tedavide bozulmaya ve olumsuz tıbbi sonuçlara yol açabilir.

Literatürde ilaç aşırı kullanımından kaynaklanan baş ağrısı ile alakalı, hekimlere yönelik bilgi düzeyi ölçümü amacıyla yapılan çalışma sayısı oldukça azdır.

Aljunaid ve ark.’nın, Suudi Arabistan’ın Cidde şehrinde yaptığı kesitsel, tanımlayıcı çalışmada, birinci basamak sağlık hizmeti sunan hekimler arasındaki kronik migren tanı ve tedavisine ilişkin bilgi ve farkındalık düzeyi zayıftı. Genç doktorlar (23-35 yaş), lisans mezunları, pratisyen hekimler ve ≤ 5 yıllık deneyime sahip olanlar akranlarından daha düşük puan aldı. 6-10 yıllık klinik deneyime sahip doktorlar, daha az deneyimli birinci basamakta sağlık hizmeti sunan hekimlerden bağımsız olarak daha bilgiliydi (11). Bizim çalışmamızda da bilgi düzeyi nöroloji rotasyonu alan ve veya baş ağrısı konulu seminer alanlarda yüksek olarak sonuçlandı. Aljunaid ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada birinci basamakta sağlık hizmeti sunan hekimlerin yarısından azı (%45,6), aşırı ilaç kullanımının kronik migren hastalarında önemli bir konu olduğunu kabul etmiştir. Bu nedenle, hastaların taramasını iyileştirmek ve opioid kullanımı gibi gereksiz tedavi artışlarını önlemek için birinci basamakta çalışan hekimlerimiz arasında aşırı ilaç kullanımı riski konusunda farkındalık oluşturulmalıdır. (11). Bizim çalışmamıza katılan hekimlerin

%73 ü migren hastalığının ilaç aşırı kullanım baş ağrısı için en önemli primer baş ağrısı sebebi olduğunu doğru yanıtlamıştır.

Gültekin ve ark.'nın, Kayseri sınırlarındaki birinci basamakta çalışan hekimler arasında yaptığı birinci basamakta migren farkındalığı anketinde, doğru migren tanısı koyma oranı gayet düşük bulundu(%10.5), ayrıca yapılan çalışmada kendini konu hakkında yetersiz olarak değerlendirenlerin %80,8'inin migren ve baş ağrısı konusunda eğitim almak istediğini ifade ettiği belirlendi. (61). Bizim çalışmamızda ilaç aşırı kullanım baş ağrısı hakkındaki tüm sorular için analiz edilen bilgi düzeyi ortalama puanı 100 üzerinden yaklaşık 73 olarak sonuçlanmasına kıyasla, bu oran nöroloji rotasyonu alanlar veya baş ağrısı hakkında eğitim alan kişilerde daha yüksek olarak saptandı.

Dabilgu ve ark., Burkina Faso'da yaptığı çalışmada, birinci basamakta görev alan pratisyen hekimlerin migren konusunda yeterli bilgi düzeyine sahip(%80) olarak saptandı. Bu durum tıp eğitimleri sırasında nöroloji rotasyonu almaları ile açıklanmıştır. (93). Bizim çalışmamızda bilgi sorularının ortalama yaklaşık %73,5'i doğru yanıtlanmıştır. Bu oran asistanlık eğitimi süresince nöroloji rotasyonu alanlar ve veya baş ağrısı ile alakalı eğitim alanlarda daha yüksek olarak saptanmıştır.

Silva ve ark. , Curitiba Brezilya'da yaptığı çalışmada, acil serviste baş ağrısı yönetimi başlıklı çalışmada acil serviste çalışan hekimlerin baş ağrısı konusundaki bilgileri yeterliydi(%68). Bizim çalışmamızda da birinci basamakta ilaç aşırı kullanım baş ağrısı ile alakalı bilgi düzeyi %73.5 ile yeterli olarak saptanmıştır. Silva ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada nörolojik hasta bakımını iyileştirmek için hastanelerin yapılarını güçlendirmenin yanı sıra periyodik sürekli eğitim programları yürütme önerilmiştir. Bizim çalışmamızda da baş ağrısı ile alakalı seminer alan kişilerde bilgi düzeyi seminer almayan kişilere göre anlamlı olarak daha yüksekti.

Minen ve ark., Amerika Birleşik devletlerinin, NYU tıp merkezli çalışmada katılımcıların migren prevalansının farkında olduklarını ancak yönetimin detayları hakkında belirsiz olduklarını ortaya koydu. migren hastalarına bakan birinci basamakta çalışan hekimlere karar desteği ve eğitim sağlamanın yenilikçi yollarına odaklanması tavsiye edilmiştir. Bizim çalışmamızda da baş ağrısı konulu seminer

alan katılımcıların seminer almayan katılımcılara göre bilgi düzeyi anlamlı derecede daha yüksek saptanılmıştır.

Birinci basamakta çalışan hekimlere başvuru şikayetleri arasında önemli yere sahip olan baş ağrısı şikayetinin ayırıcı tanısında önemli yere sahip olan ilaç aşırı kullanım baş ağrısı hastalığının farkındalığının artması hem halk sağlığı açısından hem de ülke ekonomisine katkı sağlamaktadır. Aile hekimliği asistanlarının, ilaç aşırı kullanım baş ağrısı hastalığı hakkında bilgi düzeyi tutum ve davranışlarını sorguladığımız çalışmamızda bilgi düzeyi katılımcılarımız arasında nöroloji rotasyonu alanlar ile baş ağrısı konusunda seminere katılanlar ile nöroloji rotasyonu almayanlar ve baş ağrısı konusunda seminere katılmayanlara göre anlamlı derecede yüksek çıkmıştır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada, birinci basamak sağlık hizmeti sunucuları olacak olan aile hekimliği uzmanlık öğrencileri arasındaki, ilaç aşırı kullanım baş ağrısı hastalığına ilişkin bilgi düzeyinin yüksek olduğu gözlemlendi. Bu, tıp fakültesi ve tıpta uzmanlık eğitim müfredatında baş ağrısı konulu seminerler veya derslerin eklenmesiyle ve tıp fakültesinde nöroloji stajı alınması veya aile hekimliği asistanlığı eğitimde seçmeli nöroloji rotasyonu alınmasıyla açıklanabilir, bu bilgi düzeyinin yüksekliğinin korunması veya daha da artırılmasında eğitim müfredatının güncellenmesine ve mezuniyet sonrası eğitimlere ihtiyaç olduğu söylenebilir.

Çalışmamız, aile hekimliği uzmanlığı yapmak üzere eğitim alan hekimlerin ilaç aşırı duyarlılık baş ağrısı hastalığı hakkındaki farkındalık düzeyini göstermesi açısından faydalıdır. Katılımcı sayısının nispeten az olması ve başvuru formu bir seçim yanlılığı oluşturabilir, çünkü muhtemelen, nörolojide kendi zorluklarının farkında olanlar teste katılmayı reddeder gönüllü hizmete dayalı bu anketi yalnızca konuyla ilgili uygulayıcıların yanıtladığını düşünebiliriz, böylece gerçek bilgi eksiklikleri hafife alınabilir. Bu durum çalışmamızı kısıtlı hale getirmiştir. ayrıca sadece aile hekimliği asistanlarına anket uygulanması ve dolayısıyla birinci basamakta çalışan tüm hekimler hakkında değerlendirme yapılamamasıdır. Bir diğer kısıtlama anketin görüşme sırasında aile hekimliği asistan hekimleri tarafından yazılı olarak doldurulması istenmiştir. Bu yöntem, o sırada katılımcıların hatırlama verimliliğinde belirli boşluklara neden olabilir. Bir başka kısıtlamada, çalışmamız bölgesel bir çalışmadır, bu nedenle tüm ülkedeki aile hekimliği bölümü asistan hekimlerinin ilaç aşırı kullanım baş ağrısı hakkındaki kabiliyetini kapsamlı bir şekilde yansıtamaz. gönüllü hizmete dayalı bu anketi yalnızca konuyla ilgilenen uygulayıcıların yanıtladığını düşünebiliriz.

Birinci basamakta çalışan hekimlere başvuru şikayetleri arasında önemli yere sahip olan baş ağrısı şikayeti ayırıcı tanısında önemli yere sahip olan ilaç aşırı kullanım baş ağrısı hastalığının farkındalığının artması hem halk sağlığı açısından hem de ülke ekonomisine katkı sağlamaktadır.

KAYNAKLAR

- [1] Alstadhaug KB, Ofte HK, Kristoffersen ES. Preventing and treating medication overuse headache. *Pain Pep* 2017;2:e612.
- [2] Chiang CC, Schwedt TJ, Wang SJ, Dodick DW. Treatment of medication-overuse headache: A systematic review. *Cephalalgia* 2016;36:371-386. doi: 10.1177/0333102415593088. Epub 2015 Jun 29.
- [3] Diener HC, Holle D, Solbach K, Gaul C. Medication-overuse headache: risk factors, pathophysiology and management. *Nat Rev Neurol* 2016;12:575-583. doi: 10.1038/nrneurol.2016.124. Epub 2016 Sep 12.
- [4] Diener HC, Katsarava Z, Limmroth V. Headache attributed to a substance or its withdrawal. *Handb Clin Neurol* 2010;97:5895-99. doi: 10.1016/S0072-9752(10)97051-6.
- [5] Ertas M, Baykan B, Orhan EK, Zarifoglu M, Karli N, et al. One-year prevalence and the impact of migraine and tension-type headache in Turkey: a nationwide home-based study in adults. *J Headache Pain* 2012;13:147-157. doi: 10.1007/s10194-011-0414-5. Epub 2012 Jan 14.
- [6] Giamberardino MA, Mitsikostas DD, Martelletti P. Update on Medication-Overuse Headache and Its Treatment. *Curr Treat Options Neurol* 2015;17:368. doi: 10.1007/s11940-015-0368-z.
- [7] Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS) The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition *Cephalalgia* 2018;38:1-211.
- [8] Lipton RB. Risk Factors for and Management of Medication-Overuse Headache. *Continuum (Minneapolis)* 2015; 21:1118-1131.
- [9] Srikiatkachorn A, le Grand SM, Supornsilpchai W, Storer RJ. Pathophysiology of medication overuse headache--an update. *Headache* 2014;54:204-210
- [10] Evers S, Marziniak M. Clinical features, pathophysiology, and treatment of medicationoveruse headache. *The Lancet Neurology*. 2010;9(4):391-401.
- [11] Colas R, Munoz P, Temprano R, Gomez C, Pascual J. Chronic daily headache with analgesic overuse Epidemiology and impact on quality of life. *Neurology*. 2004;62(8):1338-42.
- [12] Diener H-C, Limmroth V. Medication-overuse headache: a worldwide problem. *The Lancet Neurology*. 2004;3(8):475-83
- [13] Friedman AP, Finley KH, Graham JR, Kunkle EC, Ostfeld AM, Wolff HG. A classification of headache Ad Hoc Committee on Classification of Headache. *Neurology*. 1962;12(5):378-.
- [14] Scholz E, Diener H, Geiselhart S, Wilkinson M. Drug-induced headache: does a critical dosage exist. *Drug-induced headache Berlin: Springer-Verlag*. 1988:29-43.

- [15] Society HCCotIH. Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facial pain. *Cephalalgia*. 1988;8:1-96.
- [16] Silberstein SD, Lipton RB, Solomon S, Mathew NT. Classification of Daily and Near-Daily Headaches: Proposed Revisions to the IHS Criteria. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*. 1994;34(1):1-7.
- [17] Society HCSotIH. The international classification of headache disorders. *Cephalalgia: an international journal of headache*. 2004;24:9.
- [18] Silberstein S, Olesen J, Bousser MG, Diener HC, Dodick D, First M, et al. The International Classification of Headache Disorders, (ICHD-II)—revision of criteria for 8.2 Medication-overuse headache. *Cephalalgia*. 2005;25(6):460-5.
- [19] Olesen J, Bousser MG, Diener HC, Dodick D, First M, Goadsby P, et al. New appendix criteria open for a broader concept of chronic migraine. *Cephalalgia*. 2006;26(6):742-6.
- [20] Olesen J, Steiner T, Bousser MG, Diener HC, Dodick D, First M, et al. Proposals for new standardized general diagnostic criteria for the secondary headaches. *Cephalalgia*. 2009;29(12):1331-6.
- [21] Society HCCotIH. The international classification of headache disorders, (beta version). *Cephalalgia*. 2013;33(9):629-808.
- [22] Diener HC, Dodick DW, Goadsby P, Bigal M, Bussone G, Silberstein S, et al. Utility of topiramate for the treatment of patients with chronic migraine in the presence or absence of acute medication overuse. *Cephalalgia*. 2009;29(10):1021-7.
- [23] Schwarz A, Faber U, Glaeske G, Keller F, Offermann G, Pommer W, et al. Analgesics consumption and analgesic-induced nephropathies in West Germany. *Das Öffentliche Gesundheitswesen*. 1985;47(7):298-300.
- [24] Gutzwiller F, Zemp E. Der Analgetikakonsum in der Bevölkerung und socioökonomische Aspekte des Analgetikaabusus. *Das Analgetikasyndrom* Stuttgart: Thieme. 1986;197.
- [25] Katsarava Z, Obermann M. Medication overuse headache. *Topics in Pain Management*. 2013;29(2):1-7.
- [26] Westergaard ML, Hansen EH, Glümer C, Olesen J, Jensen RH. Definitions of medicationoveruse headache in population-based studies and their implications on prevalence estimates: A systematic review. *Cephalalgia*. 2014;34(6):409-25.
- [27] Ayzenberg I, Katsarava Z, Sborowski A, Chernysh M, Osipova V, Tabeeva G, et al. The prevalence of primary headache disorders in Russia: a countrywide survey. *Cephalalgia*. 2012;32(5):373-81.
- [28] Shahbeigi S, Fereshtehnejad S-M, Mohammadi N, Golmakani MM, Tadayyon S, Jalilzadeh G, et al. Epidemiology of headaches in Tehran urban area: a population-based crosssectional study in district 8, year 2010. *Neurological Sciences*. 2013;34(7):1157-66.
- [29] Queiroz L, Peres M, Kowacs F, Piovesan E, Ciciarelli M, Souza J, et al. Chronic daily headache in Brazil: a nationwide population-based study. *Cephalalgia*. 2008;28(12):1264-9

- [30] Baykan B, Ertas M, Karli N, Akat-Aktas S, Uzunkaya O, Zarifoglu M, et al. The burden of headache in neurology outpatient clinics in Turkey. *Pain Practice*. 2007;7(4):313-23.
- [31] KENDİR Aİ, BECKMANN Y, SEÇİL Y, ERYAŞAR G, BAŞOĞLU M. İlaç Aşırı Kullanım Baş Ağrısı Klinik ve Tedavi Özellikleri. *Türkiye Klinikleri Journal of Neurology*. 2009;4(3):122-7.
- [32] Ertas M, Baykan B, Orhan EK, Zarifoglu M, Karli N, Saip S, et al. One-year prevalence and the impact of migraine and tension-type headache in Turkey: a nationwide home-based study in adults. *The journal of headache and pain*. 2012;13(2):147-57. [33] Godlee F, Jane S, Harvey M. Wakefield's article linking MMR vaccine and autism was fraudulent. 2011.
- [34] Straube A, Pfaffenrath V, Ladwig KH, Meisinger C, Hoffmann W, Fendrich K, et al. Prevalence of chronic migraine and medication overuse headache in Germany—the German DMKG headache study. *Cephalalgia*. 2009.
- [35] Linde M, Stovner LJ, Zwart J-A, Hagen K. Time trends in the prevalence of headache disorders. *The Nord-Trøndelag Health Studies (HUNT 2 and HUNT 3)*. *Cephalalgia*. 2011;31(5):585-96.
- [36] Wang S-J, Fuh J-L, Lu S-R, Juang K-D. Chronic daily headache in adolescents Prevalence, impact, and medication overuse. *Neurology*. 2006;66(2):193-7.
- [37] Lu S, Fuh J, Chen W, Juang K, Wang S. Chronic daily headache in Taipei, Taiwan: prevalence, follow-up and outcome predictors. *Cephalalgia*. 2001;21(10):980-6.
- [38] Muzina DJ, Chen W, Bowlin SJ. A large pharmacy claims-based descriptive analysis of patients with migraine and associated pharmacologic treatment patterns. *Neuropsychiatric disease and treatment*. 2011;7:663.
- [39] Jonsson P, Linde M, Hensing G, Hedenrud T. Sociodemographic differences in medication use, health-care contacts and sickness absence among individuals with medicationoveruse headache. *The journal of headache and pain*. 2012;13(4):281-90.
- [40] Lucas C, Auray J-P, Gaudin A, Dartigues J, Duru G, Henry P, et al. Use and misuse of triptans in France: data from the GRIM2000 population survey. *Cephalalgia*. 2004;24(3):197-205
- [41] Paemeleire K, Bahra A, Evers S, Matharu M, Goadsby PJ. Medication-overuse headache in patients with cluster headache. *Neurology*. 2006;67(1):109-13 JAMA..
- [42] Scher AI, Stewart WF, Lipton RB. Caffeine as a risk factor for chronic daily headache A population-based study. *Neurology*. 2004;63(11):2022-7.
- [43] Kavuk I, Weimar C, Kim B, Gueneyli G, Araz M, Klieser E, et al. One-year prevalence and socio-cultural aspects of chronic headache in Turkish immigrants and German natives. *Cephalalgia*. 2006;26(10):1177-81. [44] Larson HJ, de Figueiredo A, Xiaohong Z, Schulz WS, Verger P, Johnston IG, Cook AR, Jones NS. The State of Vaccine Confidence 2016: Global Insights through a 67-country Survey.
- [45] Bigal ME, Liberman JN, Lipton RB. Obesity and migraine A population study. *Neurology*. 2006;66(4):545-50.

- [46] Cevoli S, Sancisi E, Grimaldi D, Pierangeli G, Zanigni S, Nicodemo M, et al. Family history for chronic headache and drug overuse as a risk factor for headache chronification. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*. 2009;49(3):412-8.
- [47] da Silva Jr A, Costa EC, Gomes JB, Leite FM, Gomez RS, Vasconcelos LP, et al. Chronic Headache and Comorbidities: A Two-Phase, Population-Based, Cross-Sectional Study. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*. 2010;50(8):1306-12.
- [48] Grande RB, Aaseth K, Benth JŠ, Gulbrandsen P, Russell MB, Lundqvist C. The Severity of Dependence Scale detects people with medication overuse: the Akershus study of chronic headache. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*. 2009;80(7):784-9.
- [49] Bigal ME, Serrano D, Buse D, Scher A, Stewart WF, Lipton RB. Acute migraine medications and evolution from episodic to chronic migraine: a longitudinal population-based study. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*. 2008;48(8):1157-68..
- [50] Meskunas CA, Tepper SJ, Rapoport AM, Sheftell FD, Bigal ME. Medications Associated with Probable Medication Overuse Headache Reported in a Tertiary Care Headache Center Over a 15-Year Period. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*. 2006;46(5):766-72.
- [51] Zwart J-A, Dyb G, Hagen K, Svebak S, Stovner L, Holmen J. Analgesic overuse among subjects with headache, neck, and low-back pain. *Neurology*. 2004;62(9):1540-4..
- [52] Pisanu C, Caproni S, Congiu D, Cupini LM, Squassina A, Patrinos GP, et al. HDAC3 role in medication consumption in medication overuse headache patients: a pilot study. *Human genomics*. 2015;9(1):30.
- [53] Saper J, Hamel R, Lake A. Medication overuse headache (MOH) is a biobehavioural disorder. *Cephalalgia*. 2005;25(7):545-6.
- [54] Tepper SJ. Medication-overuse headache. *COnTInUUM: Lifelong Learning in neurology*. 2012;18(4, Headache):807-22.
- [55] Tassorelli C, Jensen R, Allena M, De Icco R, Sances G, Katsarava Z, et al. A consensus protocol for the management of medication-overuse headache: Evaluation in a multicentric, multinational study. *Cephalalgia*. 2014;34(9):645-55.
- [56] Aljunaid MA, Jamal HH, Mubarak AA, Bardisi W. Levels and determinants of knowledge about chronic migraine diagnosis and management among primary health-care physicians in ministry of health, Jeddah 2019. *J Family Med Prim Care*. 2020 May 31;9(5):2324-2331. doi: 10.4103/jfmpc.jfmpc_266_20. PMID: 32754496; PMCID: PMC7380749.
- [57] Gültekin M, Balci E, İsmail LOĞULLARI S, Yetkin F, Baydemir R, Erdoğan F, Mırza M, Özge A. Awareness of Migraine Among Primary Care Physicians in Turkey: A Regional Study. *Noro Psikiyatr Ars*. 2018 Dec;55(4):354-357. doi: 10.5152/npa.2016.19228. Epub 2018 Jul 6. PMID: 30622393; PMCID: PMC6300837.
- [58] Dabilgou AA, Dravé A, Kyelem JMA, Zoma A, Napon C, Millogo A, Karfo K, Kaboré J. Knowledge, Attitudes, and Management of General Practitioners of the Hospital Districts of Ouagadougou about Migraine (Burkina Faso). *Pain Res Manag*. 2021 Nov 18;2021:9327363.

doi: 10.1155/2021/9327363. PMID: 34840637; PMCID: PMC8616706.

- [59] Moraes E Silva M, Schultze ACB, Cavalheiro BP, Meyer LF, Franchetti JA, Mercer PBS, Witt MCZ. Profile and generalist physician knowledge about neurology in emergency department: headache management. *Arq Neuropsiquiatr*. 2020 Jan;78(1):44-49. doi: 10.1590/0004-282X20190198. PMID: 32074193.
- [60] Minen MT, Loder E, Tishler L, Silbersweig D. Migraine diagnosis and treatment: A knowledge and needs assessment among primary care providers. *Cephalalgia*. 2016 Apr;36(4):358-70. doi: 10.1177/0333102415593086. Epub 2015 Jun 29. PMID: 26122646.
- [61] Dowson AJ, Dodick DW, Limmroth V. Medication overuse headache in patients with primary headache disorders. *CNS drugs*. 2005;19(6):483-97



