



T.C.
YÜZÜNCÜ YIL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
NÖROLOJİ ANABİLİM DALI

VAN İLİ GENELİNDE BİRİNCİ BASAMAKTA GÖREV YAPAN AİLE
HEKİMLERİNİN BAŞ AĞRISI KONUSUNDA BİLGİ, BECERİ VE
TUTUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Ergin KARAKAYA
UZMANLIK TEZİ

VAN-2017

T.C.
YÜZÜNCÜ YIL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
NÖROLOJİ ANABİLİM DALI

**VAN İLİ GENELİNDE BİRİNCİ BASAMAKTA GÖREV YAPAN AİLE
HEKİMLERİNİN BAŞ AĞRISI KONUSUNDA BİLGİ, BECERİ VE
TUTUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Ergin KARAKAYA

UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI

Doç. Dr. Aysel MİLANLIOĞLU

VAN-2017

TEŞEKKÜR

Öncelikle Tez konusunun seçiminden basılmasına kadar tüm aşamalarda destek, katkı ve yönlendirmelerini esirgemeyen değerli hocam, Anabilim Dalı Başkanımız Doç. Dr. Aysel MİLANLIOĞLU'na,

Uzmanlık eğitimim süresince, deneyimlerini ve bilgi birikimini bizimle paylaşan değerli hocalarım Prof. Dr. Temel TOMBUL'a, Doç. Dr. Refah SAYIN'a, Yrd. Doç. Dr. Vedat ÇİLİNGİR'e, Yrd. Doç. Dr. Abdullah YILGÖR'e, Yrd. Doç. Dr. Aydın ÇAĞAÇ'a,

Birlikte çalışmaktan her zaman onur ve mutluluk duyduğum sevgili asistan doktor arkadaşlarıma,

Uyum içerisinde çalıştığımız Y.Y.Ü. Tıp Fakültesi Nöroloji Kliniği hemşire ve personellerine, EEG ve EMG Laboratuvarı çalışanlarına,

Eğitim hayatım boyunca sevgi ve desteklerini her zaman yanımda hissettiğim, varlıklarından güç aldığım aileme sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Ergin KARAKAYA

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	I
İÇİNDEKİLER	II
TABLO LİSTESİ.....	IV
KISALTMALAR	V
ÖZET	VII
ABSTRACT.....	IX
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Baş Ağrısı Tanı ve Tarihçesi.....	3
2.2. Baş Ağrısı Sınıflandırılması	3
2.3. Migren	6
2.3.1. Migrende Tanı ve Klinik	6
2.3.2. Migren Epidemiyolojisi	9
2.3.3. Migren Etiyopatogenezi.....	9
2.3.4. Migren Tedavisi.....	10
2.4. Gerilim Tipi Baş Ağrısı.....	13
2.4.1. GTBA Tanısı ve Kliniği	13
2.4.2. GTBA Epidemiyolojisi	14
2.4.3. GTBA Patofizyolojisi	14
2.4.4. GTBA Tedavisi.....	15
2.5. Küme Baş Ağrısı	15
2.5.1. Küme Baş Ağrısında Tanım ve Klinik	15
2.5.2. Küme Baş Ağrısı Epidemiyolojisi	16
2.5.3. Küme Baş Ağrısı Patofizyolojisi	17
2.5.4. Küme Baş Ağrısı Tedavisi (66-68).....	17
3. GEREÇ VE YÖNTEM	18
3.1. Örneklem Büyüklüğü	18
3.2. Araştırmanın Tipi	18
3.3. Araştırmada Kullanılan Test ve Ölçekler	19
3.4. İstatiksel Değerlendirme.....	19
4. BULGULAR.....	20
5. TARTIŞMA	28

6. SONUÇ	34
7. KAYNAKLAR	35
8. EKLER.....	43
EK 1- ANKET FORMU.....	43



TABLO LİSTESİ

Tablo 1. Migren tedavisi	11
Tablo 2. Migrende atak şiddeti ve süresine göre kullanılan ilaçlar (43).....	12
Tablo 3. Küme baş ağrısı ve migren baş ağrısının karşılaştırılması (61)	16
Tablo 4. Çalışmaya katılan hekimlerin demografik özellikleri	20
Tablo 5. Hekimlerin baş ağrısı konusunda bilgi ve eğitimleri ile ilgili düşünceleri.....	21
Tablo 6. Baş ağrısı ile ilgili başvuru bilgi kaynakları	21
Tablo 7. Hekimlerin baş ağrısı şikayetiyle gelen hastalarla ilgili tutumları	22
Tablo 8. Haftalık yazılan baş ağrısı reçete sayıları	22
Tablo 9. Katılımcıların migren özellikleri hakkındaki bilgi düzeyleri	23
Tablo 10. Katılımcıların migrenin akut ve profilaksi tedavisi hakkındaki bilgi düzeyleri	24
Tablo 11. Katılımcıların gerilim tipi baş ağrısı özellikleri ve tedavisi hakkındaki bilgi düzeyleri	25
Tablo 12. Katılımcıların küme tipi baş ağrısı özellikleri ve tedavisi hakkındaki bilgi düzeyleri	26
Tablo 13. Katılımcıların primer baş ağrısı tanısı hakkındaki genel tutumları ve bilgi düzeyleri	27

KISALTMALAR

IHS:	Uluslararası baş ağrısı derneği
MA:	Auralı migren
MO:	Aurasız migren
M.Ö:	Milattan önce
M.S:	Milattan sonra
ICHD:	International classification of headache disorders
AHM:	Ailesel hemiplejik migren
KBB:	Kulak burun boğaz
CRP:	C-reaktif protein
NO:	Nitrik oksit
PET:	Pozitron emisyon tomografisi
fMRG:	Fonksiyonel manyetik rezonans görüntüleme
SPECT:	Single pozitron emisyon tomografisi
ASM:	Aile sağlığı merkezi
GTBA:	Gerilim tipi baş ağrısı
BOS:	Beyin omurilik sıvısı
DSÖ:	Dünya sağlık örgütü
KBA:	Küme baş ağrısı
SSRI:	Selektif serotonin gerialım inhibitörleri
SNRI:	Selektif noradrenalin gerialım inhibitörleri
NSAID:	Nonsteroid antiinflamatuvar ilaçlar

GIS:	Gastrointestinal sistem
KKBA:	Kronik küme baş ağrısı
EKBA:	Epizodik küme baş ağrısı
MAOI:	Monoaminooksidaz inhibitörleri
EEG:	Elektroensefalogram
MRI:	Magnetik rezonans görüntüleme



ÖZET

VAN İLİ GENELİNDE BİRİNCİ BASAMAKTA GÖREV YAPAN AİLE HEKİMLERİNİN BAŞ AĞRISI KONUSUNDA BİLGİ, BECERİ VE TUTUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Giriş

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde baş ağrısı şikâyeti ile sıklıkla karşılaşılmaktadır. Primer baş ağrıları sağlık bakım hizmetlerinin sık kullanılmasına ve hastalarda yüksek oranda işgücü kaybına neden olmaktadır. Bu çalışmanın amacı Van ili birinci basamak sağlık hizmetlerinde görev yapan aile hekimlerinin baş ağrıları hakkında bilgi düzeyleri, tutum ve davranışlarının değerlendirilmesidir.

Gereç ve yöntem

Çalışmaya dahil edilen 120 aile hekimi primer baş ağrısı sendromlarından sık görülen baş ağrılarının tanısal özellikleri ve tedavileri hakkında bilgi düzeyleri, tutum ve davranışlarını içeren sorulardan oluşan çalışma anketini doldurmuştur. Çalışma anketi yayınlanan tedavi rehberlerine ve International Headache Society (IHS) tanı kriterlerine uygun bir şekilde hazırlanmıştır.

Bulgular

120 hekimin sadece %4.2'sinin aile hekimliği ihtisası vardı, diğerleri genel pratisyen hekimdi. Hekimlerin %29.2'si baş ağrısı tanı ve tedavisinde bilgi ve tecrübelerini yeterli bulmaktaydı. Katılımcıların %73.3'ü baş ağrısıyla ilgili mezuniyet öncesinde aldıkları eğitimin yetersiz olduğunu düşünmekteydi. Hekimlerin sadece %55'i primer baş ağrıları tanısında anamnezin en önemli tanısal araç olduğunu düşünmekteydi. Hekimler migren tanı ve tedavisi hakkındaki soruların %6.7-47.5'ine, gerilim tipi baş ağrısı sorularının %11.7-40.8'ine, küme tipi baş ağrısı hakkındaki soruların ise %16.7-37.5'ine doğru yanıt vermişti. Hekimlerin %70'i baş ağrısıyla ilişkili düzenli eğitim programlarının olması gerektiğini düşünüyordu. Hekimlerin baş ağrıları hakkında en fazla ihtiyaç duydukları kaynaklar online kaynaklardı (%67.5).

Sonuç

Bu alışma Van ili birinci basamak sağlık hizmetlerinde baş ağrılarına yaklaşımla ilgili önemli bilgiler sağlamış ve bu konuda sürekli eğitimın gerekliliğine ışık tutmuştur.

Anahtar kelimeler: Baş ağrısı, birinci basamak, bilgi, aile hekimleri



ABSTRACT

EVALUATION OF KNOWLEDGE, SKILLS AND ATTITUDES OF FAMILY PHYSICIANS ABOUT HEADACHE IN PRIMARY CARE OF VAN DISTRICT

Introduction

Headache is a common presentation in primary care. Primary headaches cause more disability and necessitate high utilisation of health care. The aim of this study was to investigate the knowledge, skills and attitudes of family physicians about headache in primary care of Van district.

Material and methods

A total of 120 family physicians completed a questionnaire relating to their knowledge, attitude and experience about diagnostic features of common primary headache syndromes and their treatment. The questionnaire was prepared according to IHS diagnostic criteria and published treatment guidelines.

Results

Only 4.2% of 120 physicians had family medicine specialty, the others were general practitioners. 29.2% of the physicians thought that they have sufficient knowledge and experience for diagnosis and treatment of headache. 73.3% of the participants thought that the education they had received before the graduation related to headache was inadequate. Only 55% of physicians thought that anamnesis was the most important diagnostic tool for primary headache. Physicians responded correctly to questions of 6.7-47.5% in the management of migraine, 11.7-40.8% in tension type headache, and 16.7-37.5% in cluster type headache. 70% of physicians stated that they need for regular training programs related to headaches. The resource that physicians most needed for headaches was online source (67.5%).

Conclusion

The study provides important information relating to the management of headache in primary care in Van district and highlights the need for continuing medical education.

Key words: Headache, primary care, knowledge, family physicians

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Baş ağrısı insanlık tarihi boyunca en önde gelen sağlık problemlerinden biri olmuştur. Öyle ki hayatı boyunca hiç baş ağrısı şikâyeti olmamış kişi bulmak güçtür. Hem birinci basamak sağlık hizmetlerinde hem de nöroloji polikliniklerinde sık görülen baş ağrısı şikâyeti, işgücü kaybına neden olması, bireysel ve toplumsal ekonomik kayıplara yol açması ve kişilerin yaşam kalitesini etkilemesi gibi nedenlerle önemli bir sağlık sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır (1).

Baş ağrıları içinde, gerilim tipi baş ağrısı (GTBA) ve migren en sık görülen baş ağrısı tipleridir (2). Migren, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından en fazla kısıtlılık oluşturan hastalıklar arasında kabul edilir (3). GTBA ise en sık görülen birincil baş ağrısı olup, migren gibi, patogenezi henüz tam olarak aydınlatılamamıştır. Ülkemizde migren prevalansı %16,4 iken GTBA için bu rakam %31,7 olarak saptanmıştır (4). Küme baş ağrısı (KBA) sıklığı toplumdan topluma değişmektedir. Dünyadaki sıklığı erkeklerde %0,1 iken, kadınlarda %0,04'tür. Ülkemizde küme baş ağrısının kesin prevalansı bilinmemektedir (5,6). Bu yaygın şikâyete göre baş ağrısı tiplerinin tanınması birinci basamakta büyük önem taşımaktadır. Baş ağrısının tıbbi yardım alma, işgücü kaybı, yaşam kalitesinde düşüş ve tüm bu bireysel ve toplumsal kayıplara yol açtığı düşünülürse durumun bir halk sağlığı sorunu olduğu rahatlıkla söylenebilmektedir.

Son 20 yılda yoğunluk kazanan sağlıkta reform çalışmaları, birinci basamağı daha da ön plana çıkarmıştır (7). Aile hekimliği uzmanlık eğitimi 1980'li yıllarda, birinci basamakta sağlık hizmetlerinde daha nitelikli bir sunum arayışı içerisinde olan ülkemizde tartışılmaya başlanmıştır (8). 2005 yılında ilk olarak Düzce'de uygulanan aile hekimliği uygulaması, 2010 yılından itibaren Türkiye genelinde birinci basamakta uygulanan sistem olmuştur (9). Sürekli yenilenen tıp ve teknolojinin karşısında sağlık hizmetinin temelini oluşturan aile hekimliğinde dinamik eğitim planlamaları ve güncellemeler sürekli ihtiyaç halindedir ve ülkemiz ölçeğinde de bunun gözden geçirildiği çalışmalara acil ihtiyaç duyulmaktadır.

Çalışmamızın amacı, aile hekimlerinin baş ağrısı konusunda bilgi, beceri ve tutumlarının tespit edilmesi ve ortaya çıkan sonuçlar ışığında baş ağrısı konusunda gerekebilecek dinamik eğitim stratejilerinin geliştirilmesinde katkıda bulunabilmektir.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Baş Ağrısı Tanı ve Tarihçesi

Baş ağrısı; özellikle başın üst kısmındaki ağrıya duyarlı yapılardan kaynaklanan, bazen de boyna ve yüze yansıyan hoş olmayan duyumsamayı ifade etmektedir (2).

Tarih öncesi dönemlere ait papirüsler ve tabletlerdeki bulgular, baş ağrısının çok eski zamanlardan beri insanları rahatsız eden önemli bir sağlık sorunu olduğunu göstermektedir. Milattan önce (M.Ö.) 400 yıllarında Hipokrat, hastaların baş ağrısından önce aura benzeri şikâyetlerini tarif etmiş ve kusmayı takiben bir rahatlama evresinden bahsetmiştir (10). Milattan sonra (M.S.) 2. yüzyılda Aretaeus, tek taraflı baş ağrısı ile beraber bulantıya yol açan ve ağrısız dönemleri olan bir hastalık tanımlamış ve bu tanımlamayla migrenin kâşifi olarak kabul edilmiştir (11). İlk kez M.S. 200’lerde Galen tarafından kullanılan “hemicrania” kavramı zamanla evrimleşerek Fransızca kökenli “migraine” kelimesinde kullanım birliğine varılmıştır (12).

2.2. Baş Ağrısı Sınıflandırılması

Baş ağrılarının tanısında pek çok güçlükler mevcuttur. Klinik sınırların çok net olmaması, aynı hastada farklı baş ağrısı tiplerinin bulunabilmesi, laboratuvar ve radyolojik belirteçlerin nonspesifik olması ve patolojik süreçlerinin kesin olarak açıklanamaması gibi nedenlerle primer baş ağrıları, tüm baş ağrıları içinde ayrı bir yere sahiptir.

Normal muayene, laboratuvar ve radyolojik incelemelerin varlığında hastaların verdiği anamnezin güvenilirliği daha da önem kazanır. Belirlenen tanı kriterleri bile hastaların öyküsü ile anlamlı hale gelmektedir (4).

2011’de IHS çatısı altındaki sınıflama komitesi tarafından çalışmaları başlatılan yeni sınıflama (ICHD-III) 2013 yılında yayınlanmıştır (13). Uluslararası baş ağrısı sınıflandırması [International Classification of Headache Disorders-ICHD-III] (2013 beta versiyonu) şöyledir:

A. Primer baş ağrıları

1. Migren

1.1 Aurasız migren

1.2 Auralı migren

1.2.1 Tipik auralı migren

1.2.1.1 Baş ağrılı tipik auralı migren

1.2.1.2 Baş ağrısız tipik auralı migren

1.2.2 Beyin sapı auralı migren

1.2.3 Hemiplejik migren

1.2.3.1 Familiyal hemiplejik migren (FHM)

1.2.3.1.1 Familiyal hemiplejik migren tip 1 (FHM1)

1.2.3.1.2 Familiyal hemiplejik migren tip 2 (FHM2)

1.2.3.1.3 Familiyal hemiplejik migren tip 3 (FHM3)

1.2.3.1.4 Familiyal hemiplejik migren, diğer gen lokusları

1.2.3.2 Sporadik hemiplejik migren

1.2.4 Retinal migren

1.3 Kronik migren

1.4 Migren komplikasyonları

1.4.1 Migren statusu

1.4.2 İnfarkt olmadan kalıcı aura

1.4.3 Migrenöz infarkt

1.4.4 Migren aurasının tetiklediği nöbet

1.5 Olası migren

1.5.1 Aurasız olası migren

1.5.2 Auralı olası migren

1.6 Migrenle ilişkili olabilecek epizodik sendromlar

1.6.1 Tekrar eden gastrointestinal bozukluk

1.6.1.1 Siklik kusma sendromu

1.6.1.2 Abdominal migren

1.6.2 Benign paroksizmal vertigo

1.6.3 Benign paroksizmal tortikollis

2. Gerilim tipi baş ağrısı (GTBA)

2.1 Tekrar etmeyen epizodik gerilim tipi baş ağrısı

2.1.1 Perikraniyal hassasiyet ile ilişkili tekrar etmeyen epizodik gerilim tipi baş ağrısı

2.1.2 Perikraniyal hassasiyet ile ilişkili olmayan tekrar etmeyen epizodik gerilim tipi baş ağrısı

2.2 Tekrar eden epizodik gerilim tipi baş ağrısı

2.2.1 Perikraniyal hassasiyet ile ilişkili tekrar eden epizodik gerilim tipi baş ağrısı

2.2.2 Perikraniyal hassasiyet ile ilişkili olmayan tekrar eden epizodik gerilim tipi baş ağrısı

2.3 Kronik gerilim tipi baş ağrısı

2.3.1 Perikraniyal hassasiyet ile ilişkili kronik gerilim tipi baş ağrısı

2.3.2 Perikraniyal hassasiyet ile ilişkili olmayan kronik gerilim tipi baş ağrısı

2.4 Olası gerilim tipi baş ağrısı

2.4.1 Olası tekrar etmeyen epizodik gerilim tipi baş ağrısı

2.4.2 Olası tekrar eden epizodik gerilim tipi baş ağrısı

2.4.3 Olası kronik gerilim tipi baş ağrısı

3. Trigeminal otonomik sefaljiler (TACs)

3.1 Küme baş ağrısı

3.1.1 Epizodik küme baş ağrısı

3.1.2 Kronik küme baş ağrısı

3.2 Paroksizmal hemikranya

3.2.1 Epizodik paroksizmal hemikranya

3.2.2 Kronik paroksizmal hemikranya

3.3 Kısa süreli tek taraflı nevraljiiform baş ağrısı atakları

3.3.1 Konjonktival sulanma ve göz yaşının eşlik ettiği tek taraflı kısa süreli nevraljiiform baş ağrısı atakları (SUNCT)

3.3.1.1 Epizodik SUNCT

3.3.1.2 Kronik SUNCT

3.3.2 Kraniyal otonomik belirtilerin eşlik ettiği tek taraflı kısa süreli nevraljiform baş ağrısı atakları (SUNA)

3.3.2.1 Epizodik SUNA

3.3.2.2 Kronik SUNA

3.4 Hemikranya kontinua

3.5 Olası trigeminal otonomik sefaljiler

3.5.1 Olası küme baş ağrısı

3.5.2 Olası paroksizmal hemikranya

3.5.3 Olası tek taraflı kısa süreli nevraljiform baş ağrısı atakları

3.5.4 Olası hemikranya kontinua

4. Diğer primer baş ağrısı hastalıkları

4.1 Primer öksürük baş ağrısı

4.2 Primer egzersiz baş ağrısı

4.3 Seksüel aktivite ile ilişkili primer baş ağrısı

4.4 Primer gök gürültüsü baş ağrısı

4.5 Soğuğun tetiklediği baş ağrısı

4.6 Eksternal-baskı baş ağrısı

4.7 Primer saplanıcı baş ağrısı

4.8 Numuler baş ağrısı

4.9 Hipnik baş ağrısı

4.10 Yeni başlayan günlük ısrarlı baş ağrısı

B. Sekonder baş ağrıları

C. Ağrılı kranyal nöropatiler, diğer yüz ağrıları ve diğer baş ağrıları

2.3. Migren

2.3.1. Migrende Tanı ve Klinik

Migren, özgün bir hastalık mı yoksa bir sendrom mu olduğu tartışmalı olan bir baş ağrısıdır. Paroksizmal olarak gelir, sıklıkla tek taraflı ve zonklayıcı özelliktedir, nörolojik ve otonomik semptomlar eşlik eder (14-17) Başka bir deyişle tanısı anamnez

ile konular. Laboratuvar incelemeleri, radyolojik tekniklerin ve ataklar arasında nörolojik muayenenin normal olduğu en sık görülen primer baş ağrılarındandır. Muayene ve gerektiğinde yardımcı incelemeler başka bir hastalığı dışlamak için yapılır.

Migrenin başlangıcı sıklıkla adölesan dönemde olup yaş ilerledikçe görülme sıklığı azalmaktadır. Migren hastasında ağrının şiddeti, yerleşim yeri, süresi ve sıklığı değişkenlik gösterebilmektedir. Ataklara bulantı, kusma, iştahsızlık, fotofobi ve fonofobi sıklıkla eşlik etmektedir. Atakların en önemli özelliklerinden birisi de tekrarlayıcı olmasıdır (18).

Migren atağında prodrom, aura, baş ağrısı, rezolüsyon ve postdrom olmak üzere 5 klinik evre görülebilir.

Prodrom Evresi: Bu evre baş ağrısından saatler veya günler önce başlayıp hastaların yarısından fazlasında görülmektedir (17). Bu evrede, atağın habercisi olan iştahsızlık, aşırı yemek yeme, ishal, kabızlık, yorgunluk, sık idrara çıkma, huzursuzluk, tepkisellik, aşırı duyarlılık, açlık ve susama gibi belirtiler görülebilmektedir (19).

Aura Evresi: Bu evrede yanıp sönen ışık parlamaları (fotopsi), zigzag çizgiler (fortifikasyon spektrumu) ve görme bulanıklığı şeklinde görsel belirtiler, afazi veya hemiparezi şeklinde motor belirtiler, parestezi, hipoestezi ve dokunma duyusuna artmış hassasiyet gibi duyuşal belirtiler görülebilmektedir (19). Aura döneminin 5-60 dakika kadar sürmesi beklenmektedir (20). Auralı migreni olan hastalarda her auradan sonra baş ağrısı görülmeyebilir veya aura her atakta olmayabilir (19).

Baş Ağrısı Evresi: Bu evrede zonklayıcı karakterde, tek taraflı, fiziksel aktiviteyle şiddetlenen ve orta-ağır şiddette baş ağrısı görülmektedir. Ağrının süresi, şiddeti ve eşlik eden semptomlar hastadan hastaya değişebilmektedir (22). Ağrı genellikle 4 saatten uzun ve 72 saatten kısa sürer (21).

Rezolüsyon Evresi: Ağrıdan sonra saatler veya günler süren bu evrede hastalarda bitkinlik, yorgunluk, tedirginlik görülebilmektedir. Baş ağrısının olmadığı bu dönemde hastalar günlük yaşam aktivitelerini yapmakta zorlanabilmektedir (21).

Postdromal Evre: bu dönemde kas ağrıları, diürez değişiklikleri ve yorgunluk gibi bulgular görülebilmektedir (15,16).

ICHD–III sınıflamasına göre aurasız migrenin tanı kriterleri (20)

A. B-D kriterine uyan en az 5 atak görülmesi

B. Baş ağrısının 4–72 saat sürmesi

C. Baş ağrısı ile birlikte aşağıdaki özelliklerden en az ikisi görülür:

-tek taraflı lokalizasyon

-Zonklayıcı vasıfta

-Orta ya da şiddetli ölçekte ağrı görülmesi

-Günlük fiziksel aktivitelerle ağrının şiddetinde artış olması

D. Ağrı ile birlikte aşağıdaki belirtilerden en az biri görülür:

-Bulantı ve / veya kusma görülmesi

-Fotofobi ve fonofobi görülmesi

E. Altta yatan başka bir sebebin bulunamaması

ICHD–III sınıflamasına göre auralı migrenin tanı kriterleri (20)

A. B-D kriterine uyan en az 2 atak görülmesi

B. Aura evresinde aşağıdaki özelliklerden en az birinin görülmesi

- Görsel semptomlar

- Duyusal semptomlar

- Konuşma ve/veya dil bozuklukları

- Motor semptomlar

- Beyin sapı semptomları

- Retinal semptomlar

C. Aşağıdaki özelliklerden en az ikisi görülür:

- En az bir aura semptomunun ≥ 5 dakikada yavaş yavaş gelişmesi ve/veya farklı aura semptomlarının art arda ≥ 5 dakikada oluşması

- Görülen her bir semptomun ≥ 5 ve ≤ 60 dakikada son bulması
- En az bir aura semptomunun tek taraflı görülmesi
- Baş ağrısının aura ile beraber veya aura başladıktan sonra 60 dakika içerisinde başlaması

D. Diğer ICHD-3 kriterlerine uymaması ve geçici iskemik atağın dışlanmış olması

2.3.2. Migren Epidemiyolojisi

Migren genellikle çocukluk veya ergenlik döneminde başlayıp yaş ilerledikçe sıklığı azalan bir hastalık olup en sık 15-40 yaşları arasında görülmektedir (23). Epidemiyolojik çalışmalarda, migren vakalarının yaklaşık %25-30'u auralıdır (24). Türkiye'de yapılan bir prevalans çalışmasında auralı migren oranının %3,5, aurasız migren oranının ise %12,9 olarak saptanmıştır (25).

2.3.3. Migren Etiyopatogenezi

Eski uygarlıklardan beri araştırma konusu olan ve günümüzde bile halen patogenezi aydınlatılamayan bir hastalık olan migrenle ilgili çeşitli teoriler öne sürülmüştür (26). Migrenin birincil nöronal bir süreç olduğu düşünülmektedir. Aşırı uyarılabilir serebral korteks varlığı migrenin altında yatan asıl nedendir (27,28).

Migren, Uluslararası Baş Ağrısı Derneği'ne göre genel olarak kranial kan damarlarının kontraktıl disfonksiyonları, nörojenik inflamasyon ve nöronal depresyon mekanizmalarının rol oynadığı nörovasküler bir bozukluk olarak ifade edilmektedir (29,30). Migren patogenezinin farklı çalışmalarda; vazomotor değişiklikler, sitokinler, nöroinflamatuvar süreçler ve bazı nöropeptitler sorumlu tutulmuştur (28).

Yapılan birçok çalışmada migren patogenezinde; genetik faktörler, immüoglobulinler, lenfosit alt gruplarına ve sitokin profillerindeki değişikliklere odaklanmıştır (31). Yine migren hastalarında görülen bazı immün parametrelerdeki değişiklikler immün disfonksiyon lehine yorumlanmıştır. Sitokinler, immün cevapların şiddeti ve kalitesini modüle etmede çok önemli rol oynarlar. Sitokinler son zamanlarda migren patogeneziyle ilişkilendirilmiş inflamasyonun önemli mediatörlerindendir (32).

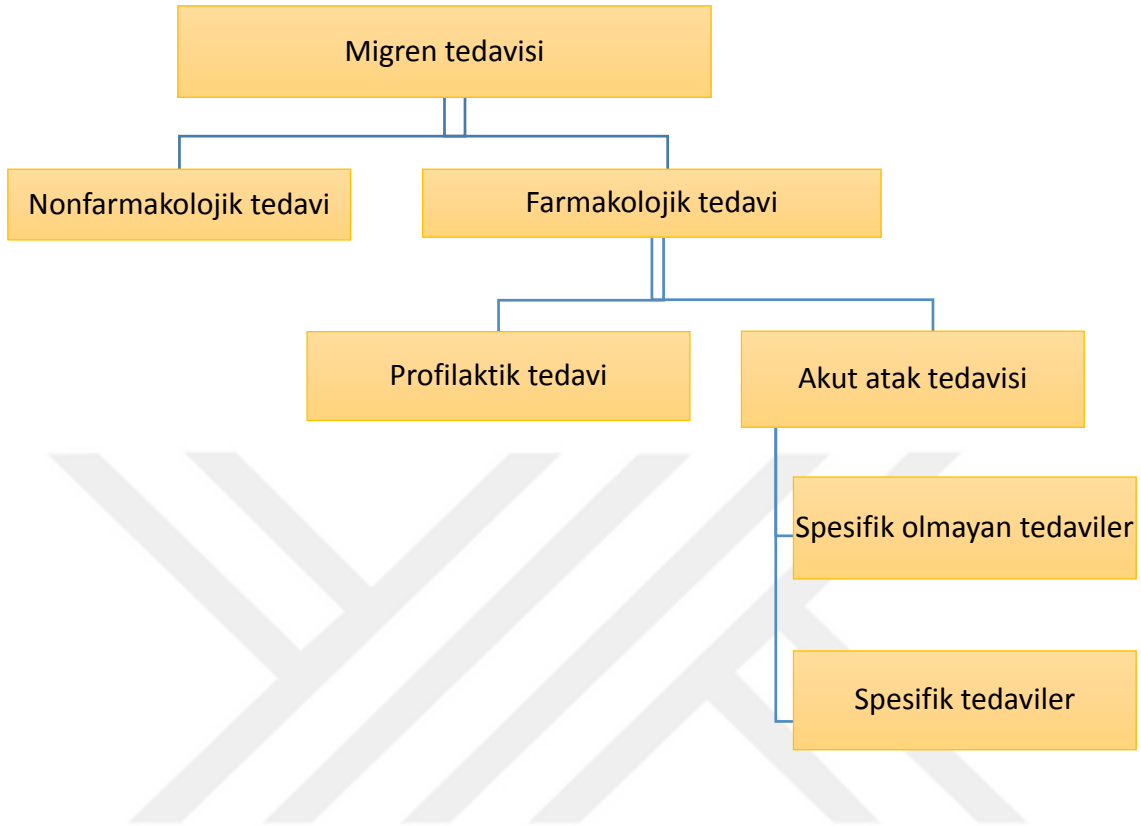
Migrenli hastalarda, sistemik dolaşımında inflamasyonla ilişkili bazı biyokimyasal markırların düzeylerinde değişiklikler bulunmuştur. C-reaktif protein (CRP) bir plazma proteini olup, sistemik inflamasyonun hassas bir göstergesi ve oksidatif hasar belirteçidir (29,33). Farklı çalışmalarda, migrenli hastalarda sağlıklı kontrol grubuna oranla, CRP ve bazı inflamatuvar sitokinlerin düzeyinde artış olduğu gösterilmiştir (34). Oksidatif hasarın da patogeneizde rolü olabileceği konusunda yayınlar mevcuttur. Bir çalışmada; oksidatif hasarın biyokimyasal göstergelerinden lipid peroksidasyon ürünü olan malondialdehitin kan plazma düzeylerinde anlamlı miktarlarda artış tespit edilmiştir (35). Nitrik oksidin (NO), kranial kan damarlarında inflamasyon oluşturarak migren ataklarını başlattığı öne sürülmüştür (36,37). Lipid peroksidasyon ürünleri, serbest radikal reaksiyonları sonucu ve/veya araşidonik asit metabolizmasında oluşurlar ve ağrılı inflamatuvar reaksiyonları başlatabilirler (35).

Migren atağını başlatan olaylar büyük olasılıkla santral orjinli olup ağrı ve eşlik eden otonomik bozukluklar ise vasküler kaynaklıdır. Bu bağlamda migren patogenezinin açıklamaya çalışılan vasküler teori, hipoksik teori ve nöronal teori gibi çeşitli teoriler öne sürülmüştür (38).

2.3.4. Migren Tedavisi

Migrenin kökten bir tedavisi olmadığından mümkün olduğunca migrenli kişinin hayat kalitesinin düşürülmemesi sağlanmalıdır. Hastayı en çok rahatsız eden belirtilere en uygun müdahale düşünölmelidir (39). Migrenin farmakolojik tedavisi akut atak tedavisi ve profilaktik tedavi olmak üzere iki kısımdan oluşmaktadır (40).

Tablo 1. Migren tedavisi



Atak tedavisi

Triptanlar ve ergot türevleri migrene spesifik tedaviler arasında yer alırken, anksiyolitikler, antiemetikler, nonsteroid antiinflamatuvar ilaçlar, analjezikler, steroidler, opioidler ve antiemetikler migrene spesifik olmayan tedavi seçenekleri arasında yer almaktadır (41). Migren atağı sırasında muhtemel oluşan gastrik staz nedeniyle oral alınan ağrı kesicilerin emilimi efektif düzeyde olmadığından öncesinde antiemetik ilaç verilerek gastrik motilite düzenlenmeli ve akabinde ağrı kesici verilmelidir. Metoklopramid veya domperidon gibi antiemetikler alındıktan 20-30 dakika sonra analjezik alınmalıdır.

Migren hastası atak sırasında genellikle hangi ilaçtan fayda gördüğünü dile getirir. Bu nedenle kişiye göre tedavi düzenlenmeli, sık atak geçiren veya atak tedavisine direnç gösteren hastalarda profilaktik tedaviye de başlanmalıdır. Hastaya başlanacak ilacın olası yan etkileri gözden geçirilmeli ve maliyeti düşük tutulmalıdır (42).

Tablo 2. Migrende atak şiddeti ve süresine göre kullanılan ilaçlar (43)

HAFİF MİGREN ATAKLARI
Asetilsalisilikasit (ASA)
İbuprofen
Naproksen Sodyum
Asetaminofen
ORTA ŞİDDETE MİGREN ATAKLARI
5-HİDROKSİTRİPTAMİN RESEPTÖR AGONİSTLERİ SELEKTİF OLANLAR
Sumatriptan
Zolmitriptan
Naratriptan
Eletriptan
5-HİDROKSİTRİPTAMİN RESEPTÖR AGONİSTLERİ NON-SELEKTİF OLANLAR
Dihidroergotamin(DHE)
Ergotamin
AĞIR MİGREN ATAKLARI
Butorphanol
Klorpromazin
Deksametazon
Metilprednisolon
Ketorolak
Meperidin
Metoklorpamid
Proklorperazin
Zolmitriptan
Sumatriptan

Profilaktik tedavi

Sık atak geçiren ya da atak tedavisine dirençli olgularda uygulanmalıdır (41). Verilen ilacın etkinliğini beklemek için 5 hafta kadar beklenmeli ve bu süre sonunda atakların en azından yarıya düşmesi beklenmelidir. Tedaviden fayda görülüyorsa tedavi süresi en az altı aya tamamlanmalı ve dozu azaltılarak kesilmelidir.

Beta blokörler, trisiklik antidepresanlar, kalsiyum kanal blokerleri ve anti epileptik ilaçlar migrenin profilaktik tedavisinde kullanılabilir (44).

- Migren+depresyon olan hastada; SSRI, trisiklik antidepresanlar
- Migren+epilepsi olan hastada valproat veya topiramet
- Migren+hipertansiyon olan hastada beta-bloker veya kalsiyum kanal blokeri
- Migren+aterosklerozu olan hastada aspirin ve/veya kalsiyum kanal blokeri seçilebilir.

2.4. Gerilim Tipi Baş Ağrısı

2.4.1. GTBA Tanısı ve Kliniği

Gerilim tipi baş ağrısı primer baş ağrıları arasında en sık görülen ve sekonder baş ağrıların en sık taklit ettiği baş ağrısı tipidir (19). Ağrı hafif veya orta şiddette, bilateral, baskılayıcı ve sıkıştırıcı karakterde olup fiziksel aktiviteyle artış göstermez. Baş ağrısına bulantı ve kusma eşlik etmez ancak fonofobi veya fotofobiden biri eşlik edebilir (45). Ağrının lokalizasyonu ataktan atağa veya hastadan hastaya değişebilir. Oksipital, parietal, temporal veya frontal alanlardan birinde veya birkaçında birlikte lokalize olabilir. Hastaların %10-20'sinde baş ağrısı tek taraflı görülebilir (46).

GTBA Tanı Kriterleri (2013 Beta Sınıflamasına Göre) (20)

A. B-D kriterlerini karşılayan en az 10 atak görülmesi

Burada baş ağrısının görülme sıklığı; ayda 1 günden az ise seyrek epizodik, 1-14 gün ise sık epizodik, 15 ve daha fazla gün ise kronik gerilim tipi baş ağrısı olarak tanımlanır.

B. Baş ağrısının 30 dakika ile 7 gün arasında sürmesi

C. Aşağıdaki ağrı özelliklerinden en az ikisinin olması:

1. Bilateral lokalizasyon

2. Ağrının sıkıştırıcı veya basıcı tarzda olması

3. Hafif veya orta şiddette olması

4. Baş ağrısı rutin fiziksel aktiviteleri yaparken artmamalı

D. Aşağıdakilerden her ikisi de bulunmalı:

1. Bulantı veya kusma olmamalı (anoreksi olabilir)

2. Fotofobi ve fonofobi ikisi birlikte eşlik etmez ancak biri edebilir

E. Diğer ICHD-III kriterlerine uymaması

2.4.2. GTBA Epidemiyolojisi

Gerilim tipi baş ağrısının erkeklerde prevalansı %32,3-%69 arasında bulunurken kadınlarda bu oran %37,1-%88 arasında bulunmuştur. Yaşam boyu prevalans da %34,8-%78 arasında saptanmıştır (47). Kronik gerilim tipi baş ağrısı %1-%5.6 oranlarında saptanırken sık epizodik gerilim tipi baş ağrısı %24-%43 oranlarında saptanmıştır (47). Yıllık prevalansı %2-3 oranında belirtilen kronik gerilim tipi baş ağrısının toplumun daha büyük bölümünü etkilediği düşünülmektedir (48,49). Türkiye baş ağrısı epidemiyoloji kaynaklarına göre ülkemizde kronik gerilim tipi baş ağrısı prevalansı %3.1, epizodik gerilim tipi baş ağrısı prevalansı da %20-%30 olarak saptanmıştır (50). 20 ile 50 yaşları arasında gerilim tipi baş ağrısı prevalansı da en üst düzeydedir (51).

2.4.3. GTBA Patofizyolojisi

Gerilim tipi baş ağrısının, perikranyal kasların devamlı kontraksiyonuna sekonder geliştiği şeklindeki eski anlayışa kıyasla, anormal nöron duyarlılığı ve ağrı eşliğindeki düşmeye sekonder geliştiği şeklindeki düşünce artık daha ön plandadır. Perikraniyal kaslardan ve kranyal kan damarlarından gelen tüm ağrı ile ilişkili girdileri alan trigeminal kaudal çekirdek, yüz ve baş ağrılarında ağrı duyusunu alan ana çekirdektir. Hem eksitator hem de inhibitör girdiye açık olan bu çekirdeğin, yoğun nöronal aktiviteyle duyarlılığı artabilir (52).

Kronik gerilim tipi baş ağrısında supraspinal fasilitasyon sonucu trigeminal kaudal nükleus aşırı duyarlı hale gelebilir, böylece anti-nosiseptif sistemlerin fonksiyonunda azalma gelişebilir. Migrende damarsal nosiseptörlerde aşırı duyarlılık halinin gelişmesine benzer şekilde, kronik gerilim tipi baş ağrısında da perikraniyal kaslarda ve miyofasiyal nosiseptörlerde aşırı duyarlılık ile giden bir durum söz konusu olabilir. Perikraniyal kas hassasiyeti ile birlikte olmayan kronik gerilim tipi baş ağrısında ise genel bir nosisepsiyon artışı, baş ağrısından sorumlu olabilir.

Akut epizodik gerilim tipi baş ağrısı psikolojik veya fiziksel stres ile gelişebilir. Ağrı modülasyonu bozulmuş kişide zorlanan kaslardan gelen nosisepsiyon artışı ağrı atağını tetikleyebileceği gibi, emosyonel mekanizmalar da endojen antinosiseptif sistemi baskılayabilir ve ağrıyı ortaya çıkarabilir. Anti-nosiseptif sistemin aktivitesinin azalması ve nosiseptif nöronların uzun süre uyarılması kronik gerilim tipi baş ağrısına

yol açabilir. Baş ağrısı gelişmesi kas kontraksiyonundan ziyade perikranyal hassasiyetle ilişkili olabileceği düşünülmüştür (19,53).

2.4.4. GTBA Tedavisi

Akut tedavi (47,51,54)

- Parasetamol
- Aspirin
- İbuprofen
- Naproksen sodyum
- NSAID
- Yardımcı tedaviler olarak stres yönetimi ve fizyoterapi

Profilaktik tedavi (47,54,55)

- Venlafaksin
- Mirtazapin
- Sitalopram
- Amitriptilin
- Diğer trisiklik antidepresanlar
- Yardımcı tedavi yöntemleri olarak stres yönetimi ve fizyoterapi

2.5. Küme Baş Ağrısı

2.5.1. Küme Baş Ağrısında Tanım ve Klinik

Otonom belirtili primer baş ağrıları (trigeminal otonomik baş ağrıları); periyodik, şiddetli baş ağrısı epizotları, kafa çiftlerinin otonom uyarılması ile karakteristik bir dizi baş ağrısı sendromundan oluşur. Küme baş ağrısı (KBA); en sık görülen trigeminal otonom baş ağrısıdır.

Küme baş ağrısı epizotları en sık ilkbahar ve sonbaharda görülen, ana özelliği dönemsellik olan, auranın olmadığı ve ağrının 10-15 dakikada en yüksek düzeye çıktığı en şiddetli primer baş ağrısıdır. Şiddetli ve tek taraflı olan ağrının göz çevresi, şakak, alın veya yanakta hissedilmesi kuraldır. Otonom bulguların eşlik ettiği ağrıya

çoğunlukla aynı tarafta burun dolgunluğu ve konjonktiva kanlanması eşlik eder. Ataklar genellikle 15-180 dakika kadar sürer. Alkol alımı atakları başlatabilir. Küme baş ağrısının damar kökenli diğer primer baş ağrıları gibi trigeminovasküler sistemin uyarılmasıyla ortaya çıktığı düşünülmektedir. Nadir görülen KBA'nın genetik geçişli olduğu konusunda bazı ipuçları vardır (56-60). KBA olarak adlandırılmasının nedeni ağrının kümeler halinde gelmesi yani ağrının hastayı bir dönem yakalamasıdır.

Tablo 3. Küme baş ağrısı ve migren baş ağrısının karşılaştırılması (61)

	Migren	Küme Baş Ağrısı
İnsidans	Kadınlarda daha sık	Erkeklerde daha sık
Atak süresi	4-72 saat	15-180 dakika
Ağrının yeri	Çoğunlukla tek taraflı	Hemen her zaman tek taraflı, göz ardında
Atak sıklığı	Çok değişken; ayda 1-5 atak	Ağrının çok yoğun olduğu dönemler vardır
Atak anında bulantı	Sık	Seyrek
Fotofobi	Belirgin	Çok az
Ağrı şekli	Zonklayıcı	Zonklayıcı, delici, sabit ve sıkıcı olabilir
Aynı tarafta burun tıkanıklığı	Yok	Sık
Aura	Sık	Yok
Ağrı şiddeti	Orta-şiddetli	Genelde çok şiddetli
İzlediği seyir	İleri yaşlarda sıklığı azalır	Belirgin bir kalıba uymaz
Atak sırasında hasta davranışı	Hareket etmek istemezler	Ayakta kalma, etrafta gezinme

2.5.2. Küme Baş Ağrısı Epidemiyolojisi

KBA'nın sıklığı toplumdan topluma değişmektedir. Dünyadaki sıklığı erkeklerde %0,1 ve kadınlarda %0,04'tür. Ülkemizde küme baş ağrısının kesin prevalansı saptanmamıştır. KBA erkeklerde belirgin derecede daha sıktır. Erkek/kadın oranını 4/1, 9/1 ve 16/1 olarak bildiren çalışmalar vardır (62,63).

2.5.3. Küme Baş Ağrısı Patofizyolojisi

Sempatik disfonksiyon (ptozis, miyozis) ile parasempatik uyarı artışı, hastalığın fizyopatolojisinde, sempatik ve parasempatik kranyal sinirler ile oftalmik sinirin kesişim noktası olan kavernöz sinüsün rol oynayabileceğini düşündürmektedir. Kavernöz sinüsün içinde ya da çevresinde oluşan inflamasyonun küme baş ağrısını ortaya çıkarabileceği düşünülmüş ancak manyetik rezonans görüntüleme (MRI) incelemeleri ile kavernöz sinüste patoloji saptanmamıştır. KBA atağındaki akım değişiklikleri trigeminal uyarılmanın epifenomeni olarak yorumlanır. Ağrının periyodik oluşundan hipotalamusun suprakiazmatik bölgesinin sorumlu olabileceği bildirilmiştir. En önemli kanıtlar ise, PET çalışmalarıyla ataklarda ipsilateral ventral hipotalamik gri cevherin, singulat ve insüler korteksin belirgin olarak uyarıldığının saptanmasıdır. Hipotalamusun gri cevherindeki suprakiazmatik nükleus melatoninin ritmik salınımını düzenler. Gündüz vaktinde düşük olan melatonin düzeyi karanlık ve uykuda artış gösterir. Küme periyodlarında melatoninin karakteristik gece piki düşer. KBA'da trigeminovasküler ve trigeminootonomik refleks nispeten baskılanmış değildir ve hipotalamusta anormal etkinlik görülür. Küme baş ağrısında CGRP ve VIP'nin kandaki düzeylerinin artış göstermesi de trigeminal sistem ve kraniyal parasempatik sistemin uyarıldığını düşündürmektedir (64,65).

2.5.4. Küme Baş Ağrısı Tedavisi (66-68)

Küme baş ağrısının etkin tedavisi doğru tanıya bağlıdır. Küme baş ağrısı tedavisinde kullanılacak ilaç; kolay kullanılabilir, hızlı etkili ve ağrıya karşı etkin, minimum dozda olmalıdır.

Akut atak tedavisi

- Oksijen
- Triptanlar
- Ergot alkaloidleri

Profilaktik tedavi

- Metilprednizolon
- Verapamil
- Lityum
- Metiserjid

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Örneklem büyüklüğü

Çalışmanın evrenini Van ili genelinde Sağlık Bakanlığı'na bağlı Aile Sağlığı Merkezlerinde (ASM) görev yapan pratisyen ve uzman aile hekimleri oluşturmaktadır. Van İli genelinde birinci basamak sağlık hizmetlerinde 280 aile hekimi çalışmaktadır. Örneklem büyüklüğünün çalışma evrenin %30'unun üzerinde olması düşünüldükçe 120 seçilmiştir. Çalışma Nisan ve Mayıs 2016 tarihleri arasında, rastgele örnekleme yöntemi ile seçilen 120 aile hekimi ile yüz yüze görüşülerek yapılmıştır. Ulaşılan hekimlerin tamamı çalışmaya katılımı kabul etmiştir. Tüm katılımcıların aydınlatılmış onamları alınmıştır. Çalışma için Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 17.03.2016 tarih ve 05 sayılı kararı ile etik kurul onayı alındı. Çalışmamız Helsinki bildirisine uyumlu bir şekilde gerçekleştirildi.

Katılımcıların çalışmada tarafsızlığı önlemek amacıyla anket formunu kendileri doldurmaları istenmiştir. Formun tamamlanması için 30 dk süre tanınmıştır. Çalışmanın öncesinde katılımcılara çalışma hakkında bilgi verilmiştir. Formu sadece kendi bilgi birikimleriyle doldurmaları istenmiştir. Çalışmanın dahil edilme ve dışlanma kriterleri aşağıda belirtilmiştir.

Çalışmaya dahil edilme kriterleri:

1- Van ilinde birinci basamak sağlık hizmetlerinde görevli aile hekimi olarak çalışmak

Çalışmaya dahil edilmeme kriterleri

1- Birinci basamak haricindeki ikinci veya üçüncü basamak sağlık hizmetlerinde çalışıyor olmak

2- Çalışmaya katılımı kabul etmeme

3.2. Araştırmanın tipi

Araştırma tanımlayıcı tipte epidemiyolojik bir çalışmadır.

3.3. Araştırmada kullanılan test ve ölçekler

Çalışmada hekimlerin genel özellikleri ve primer baş ağrılarına yaklaşımlarını değerlendiren 30 maddeden oluşan bir anket kullanılmıştır. Daha önce aile hekimliğinde baş ağrılarına yaklaşım hakkında bildiğimiz kadarıyla bir çalışma bulunmamaktadır. Bu nedenle çalışmada kullanılan anket araştırmacı tarafından güncel literatür verileri taranarak, uzman görüşü ve literatür destekli oluşturulmuştur. Anket içerisinde; sosyo-demografik özellikleri değerlendiren 3 soru, hekimlerin baş ağrısı hakkındaki eğitim geçmişleri ve eğitim gerekliliği hakkında 5 soru, baş ağrılarına genel yaklaşım hakkında 4 soru, migren özellikleri, sınıflandırması, akut ve profilaksi tedavisi hakkında 8 soru, gerilim tipi baş ağrısı özellikleri ve profilaktik tedavisi hakkında 3 soru, küme baş ağrısı özellikleri, atak ve profilaksi tedavisi hakkında 5 soru, primer baş ağrısı tanı yöntemi hakkında 1 soru, migren, gerilim ve küme tipi baş ağrıları haricindeki primer baş ağrıları hakkında 1 soru yer almaktaydı.

Primer baş ağrıları sınıflandırılması ve özellikleri ile ilgili sorulan sorular International Headache Society 2013 beta sınıflamasına (69) göre hazırlanmıştır. Ağrıların akut veya profilaksi tedavisi ise birinci basamak hekimler için yayınlanan güncel bir kılavuzdan alınmıştır (70). Anket formu ekler bölümünde yer almaktadır (Ek-1).

3.4. İstatiksel değerlendirme

İstatistiksel analizler SPSS versiyon 20.0 paket programı kullanılarak yapılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma şeklinde ifade edilmiştir.

4. BULGULAR

Katılımcıların demografik özellikleri Tablo 4’te özetlenmiştir.

Tablo 4. Çalışmaya katılan hekimlerin demografik özellikleri

Hekimlerin cinsiyetlerine göre dağılımı		
	n	%
Erkek	75	62,5
Kadın	45	37,5
Hekimlerin yaş aralığına göre dağılımı		
	n	%
20-29 arası	48	40
30-39 arası	61	50,8
40-49 arası	9	7,5
50 ve üzeri	2	1,7
Aile hekimliği ihtisası varlığına göre dağılımları		
	n	%
Evet	5	4,2
Hayır	115	95,8
Toplam	120	100

Ankete katılan hekimlerin %29,2’si baş ağrısı tanı ve tedavisi için yeterli bilgi ve deneyime sahip olduğunu ifade ederken %70,8’i sahip olmadığını ifade etmiştir. Hekimlerin %22,5’i göreve başladıktan sonra baş ağrısı ile ilgili eğitim aldığını ifade ederken %77,5’i bu konuda herhangi bir eğitim almadığını ifade etmiştir. Çalışmaya katılan hekimlerin %26,7’si mezuniyet öncesi eğitimlerinde, nöroloji stajı sırasında baş ağrısı ile ilgili aldığı eğitimi yeterli bulurken %73,3’ü aldığı eğitimi yetersiz görmektedir. Hekimlerin %70’i baş ağrısıyla ilgili düzenli eğitim programlarına ihtiyaç olduğunu düşünürken %30’u düşünmemektedir (Tablo 5).

Tablo 5. Hekimlerin baş ağrısı konusunda bilgi ve eğitimleri ile ilgili düşünceleri

Baş ağrısı tanı ve tedavisi için yeterli bilgiye ve deneyime sahip olduğunuzu düşünüyor musunuz?		
	n	%
Evet	35	29,2
Hayır	85	70,8
Görevinize başladıktan sonra baş ağrısı ile ilgili herhangi bir eğitim aldınız mı?		
	n	%
Evet	27	22,5
Hayır	93	77,5
Nöroloji stajı sırasında baş ağrısı ile ilgili aldığınız eğitimin yeterli olduğunu düşünüyor musunuz?		
	n	%
Evet	32	26,7
Hayır	88	73,3
Baş ağrısı ile ilgili düzenli eğitim programlarına ihtiyaç olduğunu düşünüyor musunuz?		
	n	%
Evet	84	70
Hayır	36	30

Katılımcıların baş ağrıları hakkında ihtiyaç duydukları kaynaklar değerlendirildiğinde; ilk sırada %67,5 ile online kaynakların olduğu görüldü. Bunu %18,3 ile nöroloji kitapları, %7,5 ile nöroloji uzmanlarına danışma, %6,7 ile diğer aile hekimlerine danışma izlemekteydi (Tablo 6).

Tablo 6. Baş ağrısı ile ilgili başvuru bilgi kaynakları

İhtiyaç duyduğunuzda baş ağrısı ile ilgili hangi bilgi kaynaklarını kullanıyorsunuz?		
	n	%
Online kaynaklar	81	67,5
Nöroloji kitapları	22	18,3
Nörolog meslektaşınız	9	7,5
Aile hekimi meslektaşınız	8	6,7
Toplam	120	100

Tablo 7. Hekimlerin baş ağrısı şikayetiyle gelen hastalarla ilgili tutumları

İlk kez baş ağrısı tanısı koyduğunuz hastanıza kendiniz mi tedavi başlarsınız yoksa bir üst merkeze mi sevk edersiniz?		
	n	%
Kendim tedaviye başlarım	37	30,8
Nöroloji uzmanına yönlendiririm	35	29,2
Tedaviye başlarım, kontrole nöroloji uzmanına yönlendiririm	25	20,8
Bir kısmına kendim başlarım, bir kısmını da nöroloji uzmanına yönlendiririm	23	19,2
İlk kez baş ağrısı tedavisi başladığınız hastanızı ilaç etkinliği, tedavi süresi ve yan etkileri konusunda bilgilendirir misiniz?		
	n	%
Evet	84	70
Hayır	24	20
Baş ağrısı tedavisinde kullanılan ilaçlar ve yan etkileri ile ilgili yeterli bilgiye sahip değilim	12	10
Baş ağrısı şikâyetiyle gelen hastaya ortalama ne kadar süre ayırıyorsunuz?		
	n	%
1-4 dakika	42	35
5-9 dakika	55	45,8
10-19 dakika	18	15
20 dakika ve üstü	4	4,2
Toplam	120	100

Tablo 8. Haftalık yazılan baş ağrısı reçete sayıları

Haftada ortalama kaç tane hastaya baş ağrısı tedavisi için reçete yazıyorsunuz?		
	n	%
1-9 reçete	41	34,2
10-19 reçete	54	45
20-29 reçete	15	12,5
30 ve üzeri reçete	10	8,3
Toplam	120	100

Çalışmamıza katılan 120 aile hekiminden 57'si migrenin profilaktik tedavisinde başarılı olduğu kabul edilen tedaviye en az 6 ay devam edilmesi gerektiğini düşünmüştür. 8 aile hekimi bilmiyorum cevabını verirken 55 hekimde farklı cevaplar vermiştir.

Migren komplikasyonu ile ilgili sorulan soruya sadece 20 hekim, retinal migrenin migren komplikasyonu olmadığını ifade ederek doğru yanıt vermiştir. 100 hekim bu sorunun cevabını bilememiştir

Ankete katılan 120 aile hekiminden sadece 8 hekim, hemiplejik migrenin migrenle ilişkili olabilecek periyodik sendromlardan olmadığını bilmıştır. 112 hekim bu soruya doğru cevap verememiştir (Tablo 9).

Tablo 9. Katılımcıların migren özellikleri hakkındaki bilgi düzeyleri

Aşağıdakilerden hangisi migren komplikasyonu değildir?		
	n	%
Doğru (retinal migren)	20	16,7
Yanlış (status migrenozus, infarksız ısrarlı aura, migrenöz infarkt, migren aurası ile tetiklenen epilepsi)	100	83,3
Aşağıdakilerden hangisi migrenle ilişkili olabilecek periyodik sendromlardan değildir?		
	n	%
Doğru (Hemiplejik migren)	8	6,7
Yanlış (Abdominal migren, benign paroksizmal tortikollis, benign paroksizmal vertigo, siklik kusma sendromu)	112	93,3
Migrenin profilaktik tedavisinde başarılı olduğu kabul edilen tedaviye en az kaç ay devam edilmelidir?		
	n	%
Doğru (6 ay)	57	47,5
Yanlış (3, 9, 12 ay)	55	45,8
Bilmiyorum	8	6,7

*Doğru; çoktan seçmeli soruların doğru yanıtını ifade etmektedir, yanlış; çoktan seçmeli sorunun yanlış şıklarını ifade etmektedir.

18 hekim migren atak tedavisinde flunarizin verilmeyeceğini bilmıştır. 102 hekim bu sorunun doğru cevabını bilememiştir. 120 aile hekiminden 27'si migrenin profilaktik tedavisinde eletriptanın verilmeyeceğini düşünerek bu soruya doğru cevap verirken 93'ü yanlış şıkları işaretlemiştir. 51 hekim hemiplejik migren atak tedavisinde triptan verilmeyeceğini bilmıştır. 41 hekim yanlış cevap verirken 28 hekim bu konuda bir bilgisi olmadığını ifade etmiştir. Migren durumunda hangi ilacın verilmeyeceği ile ilgili soruya 120 hekimden 43'ü fluoksetin seçeneğini işaretleyerek doğru cevap verirken 77 hekim yanlış cevap vermiştir. Migrenin profilaktik tedavisinde tedavinin başarılı olduğuna karar vermek için en az kaç hafta ilaç kullanılması gerektiği ile ilgili soruya ankete katılan hekimlerin yarısından fazlası yanlış cevap verirken 30 hekim, en

az dört hafta olan doğru seçeneği işaretlemiştir. 18 hekim bu konuda bilgisi olmadığını düşünmüştür (Tablo 10).

Tablo 10. Katılımcıların migrenin akut ve profilaksi tedavisi hakkındaki bilgi düzeyleri

Aşağıdakilerden hangisi migren atak tedavisinde verilmez?		
	n	%
Doğru (Flunarizin)	18	15
Yanlış (Domperidon, metoklopramid, klorpromazin, frovatriptan)	102	85
Aşağıdakilerden hangisi migren profilaksi tedavisinde verilmez?		
	n	%
Doğru (Eletriptan)	27	22.5
Yanlış (Propranolol, Flunarizin ,Amitriptilin, Valproik asit)	93	77.5
Hemiplejik migren atak tedavisinde triptan verilir.		
	n	%
Doğru (Katılmıyorum)	51	42.5
Yanlış (Katılıyorum)	41	34.2
Bilmiyorum	28	23.3
Aşağıdakilerden hangisi migren statusunda verilmez?		
	n	%
Doğru (Fluoksetin)	43	35.8
Yanlış (Deksametazon, Diazepam, Sumatriptan, Metoklopramid)	77	64.2
Migrenin profilaktik tedavisinde tedavinin başarılı olduğuna karar vermek için en az kaç hafta ilaç kullanılmalıdır?		
	n	%
Doğru (4 hafta)	30	25
Yanlış (1, 2, 3 hafta)	72	60
Bilmiyorum	18	15

*Doğru; çoktan seçmeli soruların doğru yanıtını ifade etmektedir, yanlış; çoktan seçmeli sorunun yanlış şıklarını ifade etmektedir.

Ankete katılan 120 hekimden sadece 14'ü gerilim tipi baş ağrısında fiziksel aktiviteyle ağrıda artış olmayacağını düşünüp doğru cevabı verebilmiştir. 106 hekim bu sorunun doğru cevabını bilememiştir.

Çalışmaya katılan hekimlerden 49'u gerilim tipi baş ağrısının profilaktik tedavisinde verilmeyecek ilaçla ilgili olarak flurbiprofen seçeneğini işaretleyerek doğru cevap vermiştir. 71 hekim bu sorunun doğru cevabını bilememiştir.

Gerilim tipi baş ağrısıyla ilgili sorulan son soruda hekimlerin sadece %15,8'i gerilim tipi baş ağrısında kusma olmayacağını düşünerek doğru cevap verebilmiştir.

Hekimlerin büyük kısmı diğer şıkları işaretleyerek bu sorunun doğru cevabını bilememiştir.

Tablo 11. Katılımcıların gerilim tipi baş ağrısı özellikleri ve tedavisi hakkındaki bilgi düzeyleri

Gerilim tipi baş ağrısı ile ilgili hangisi yanlıştır?		
	n	%
Doğru (Fiziksel aktiviteyle artış olur)	14	11,7
Yanlış (Baş ağrısı en az 30 dk sürer, başın iki tarafında da olur, hafif veya orta şiddette ağrı olur, fotofobi veya fonofobi eşlik edebilir)	106	88,3
Aşağıdakilerden hangisi gerilim tipi baş ağrısının profilaktik tedavisinde verilmez?		
	n	%
Doğru (Flurbiprofen)	49	40,8
Yanlış (Amitriptilin, Venlafaksin, Mirtazapin, Fluoksetin)	71	59,2
Gerilim tipi baş ağrısı ile ilgili hangisi yanlıştır?		
	n	%
Doğru (Kusma görülebilir)	19	15,8
Yanlış (Kadınlarda daha sık görülür, en sık görülen formu epizodik olanıdır, tanı için en az 10 atak gerekir, sıkıştırıcı tarzda baş ağrısı olur)	101	84,2

*Doğru; çoktan seçmeli soruların doğru yanıtını ifade etmektedir, yanlış; çoktan seçmeli sorunun yanlış şıklarını ifade etmektedir.

Çalışmaya katılan aile hekimlerinin %16,7'si küme tipi baş ağrısıyla ilgili sorulan ilk soruya ağrı, aynı atak periyodunda taraf değiştirebilir seçeneğinin yanlış olduğunun düşünerek doğru cevap vermişken %83,7'si bu sorunun doğru cevabını bilememiştir.

Küme tipi baş ağrısıyla ilgili sorulan ikinci soruya 120 hekimden 34'ü alkol almanın ağrıyı gidermeyeceğini düşünmüştür. 86 hekim bu sorunun doğru cevabını bilememiştir.

Ankete katılan hekimlerin %37,5'i küme tipi baş ağrısı atağında aura olmaz diye düşünmüştür. %41,7'si aura olur diye düşünürken 25 hekim bu konuda bilgisi olmadığını ifade etmiştir.

Küme tipi baş ağrısının profilaktik tedavisinde hangi tedavinin yapılmayacağı ile ilgili sorulan soruya 34 hekim Maske ile %100 oksijen inhalasyonu seçeneğini

işaretleyerek bu soruya doğru cevap vermiştir. Hekimlerin %71,7'si diğer seçenekleri işaretlemiştir

Ankete katılan 120 hekimden 41 triptanların küme tipi baş ağrısı tedavisinde kullanılabileceğini düşünürken 56 hekim bunun yanlış olduğunu düşünmüştür. 23 hekim bu konuda bilgisi olmadığını ifade etmiştir (Tablo 12).

Tablo 12. Katılımcıların küme tipi baş ağrısı özellikleri ve tedavisi hakkındaki bilgi düzeyleri

Küme baş ağrısı ile ilgili hangisi yanlıştır?		
	n	%
Doğru (Ağrı aynı atak periyodunda taraf değiştirebilir)	20	16,7
Yanlış (en sık görülen trigeminal otonomik sefaljidir, orbital-supraorbital yerleşimlidir, erkeklerde daha sıktır, ağrı 10-15 dk'da en yüksek seviyeye ulaşır)	100	83,3

Küme tipi baş ağrısı ile ilgili hangisi yanlıştır?		
	n	%
Doğru (Alkol almak ağrıyı giderir)	34	28,3
Yanlış (Tanı için en az 5 atak olmalı, ataklar tedavisiz 180 dk sürebilir, miyozis görülebilir, günde 8 atak olabilir)	86	71,7

Küme tipi baş ağrısı atağında aura olmaz.		
	n	%
Doğru (Katılıyorum)	45	37,5
Yanlış (Katılmıyorum)	50	41,7
Bilmiyorum	25	20,8

Aşağıdakilerden hangisi küme tipi baş ağrısı profilaktik tedavisinde verilmez?		
	n	%
Doğru (Maske ile %100 oksijen inhalasyonu)	34	28,3
Yanlış (Topiramet, Kortikosteroidler, Verapamil, Lityum)	86	71,7

Triptanlar küme tipi baş ağrısı atak tedavisinde kullanılabilir.		
	n	%
Doğru (Katılıyorum)	41	34,2
Yanlış (Katılmıyorum)	56	46,7
Bilmiyorum	23	19,2

*Doğru; çoktan seçmeli soruların doğru yanıtını ifade etmektedir, yanlış; çoktan seçmeli sorunun yanlış şıklarını ifade etmektedir.

Ankete katılan hekimlerin yarısından fazlası primer baş ağrısı tanısı koymada en çok yardımcı yöntemin anamnez almak olduğunu düşünürken %39,2'si diğer yöntemleri düşünmüştür. 7 hekim bu konuda bilgisi olmadığını ifade etmiştir.

Migren, gerilim ve küme tipi baş ağrısı dışındaki diğer primer baş ağrısı tanılarını çalışmaya katılan 120 hekimden sadece 9'u bilmmiştir (Tablo 13).

Tablo 13. Katılımcıların primer baş ağrısı tanısı hakkındaki genel tutumları ve bilgi düzeyleri

Primer baş ağrısı tanısı koymada en çok yardımcı olan aşağıdakilerden hangisidir?	n	%
Doğru (Anamnez)	66	55
Yanlış (Fizik muayene, laboratuvar inceleme, radyolojik inceleme)	47	39,2
Bilmiyorum	7	5,8
Migren, gerilim ve küme tipi baş ağrısı dışında bildiğiniz primer baş ağrısı tanılarını yazınız.	n	%
Bilenler	9	7,5
Bilmeyenler	111	92,5

*Doğru; çoktan seçmeli soruların doğru yanıtını ifade etmektedir, yanlış; çoktan seçmeli sorunun yanlış şıklarını ifade etmektedir.

5. TARTIŞMA

Ülkemiz sağlık hizmetlerinin gelişimi ve şekillendirilmesinde, koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin bireylere ulaştırılması doğrultusundaki çalışmalar Cumhuriyetin ilanından günümüze kadar uzanan süreçte hız kazanarak devam etmiştir. Cumhuriyet'in ilanı sonrası Dr. Refik Saydam ülkemizde sağlık hizmetlerinin kurulması ve geliştirilmesinde büyük katkılar sağlamıştır. Umumi Hıfzısihha Kanunu'nda (1930) yer alan sağlık politikaları, sağlık hizmetlerinin planlanması ve programlanması, koruyucu ve tedavi edici hekimliğin yürütülmesi, bulaşıcı hastalıkların önlenmesi, tıp fakültelerine ilginin arttırılmasına yönelik ilkeleri barındırmaktadır (69). Nüfusun çok olduğu yerlerden başlayarak muayene ve tedavi evleri açılmış, koruyucu sağlık hizmetlerinde çalışan hekimler desteklenerek günümüz sağlık programlarının temelleri atılmıştır.

Sağlık hizmetlerindeki gelişmeler özellikle de birinci basamak sağlık hizmetlerinde bütüncül (holistik) ve kapsamlı yaklaşım gerekliliğini doğurmuş ve aile hekimliği ihtiyacı ortaya çıkmıştır. Ülkemizde 2004 yılında pilot uygulama ile aile hekimliğinin temelleri atılmış, sonrasında 2010 yılında tüm illerde uygulanmıştır. Çağdaş aile hekimliği uygulamasında; sağlık hizmetlerinin tüm bireylere coğrafi açıdan dengeli şekilde ulaştırılabilmesi, birinci basamak sağlık hizmetlerinin toplumun katılımını sağlayacak şekilde bireylerin yaşadıkları yerlerde koruyucu, tanı koyucu, tedavi ve rehabilite edici yönleriyle sunulması, topluma kapsamlı ve bütüncül yaklaşım ile hizmet verilmesi amaçlanmıştır (70).

Çağdaş sağlık hizmeti uygulamalarında hizmet sunumu modeli; birinci basamak, ikinci basamak ve üçüncü basamak şeklinde basamaklardan oluşan bir organizasyona sahiptir. Aile hekimliği birinci basamak sağlık hizmetlerinde çok önemli bir yere sahiptir. Bütüncül yaklaşım modeli içerisinde, hastaların çoğu şikayet ve sorununa çözüm bulunabilmektedir. Bu açıdan çalışmamızda aile hekimleri ve nöroloji ihtisaslarının ortak bir sorunu olan baş ağrısında aile hekimlerinin yaklaşımı, tutumu ve bilgi düzeyleri değerlendirilmiştir.

Hastaların aile hekimlerinden yardım istemelerinin en sık nedenlerinden birisi baş ağrısıdır. Baş ağrısı için yaşam boyu prevalans %66 bildirilirken, migren için %14-16, gerilimi tipi baş ağrısı %46-78, küme tipi baş ağrısı için %0.1 - 0.3 bildirilmiştir

(71,72,73). Baş ağrıları yaşam kalitesinde azalmaya neden olmasının yanı sıra toplum için de önemli bir ekonomik yük olduğu her geçen gün daha çok kabul görmektedir. Baş ağrısının işe gelmeme nedenlerinin %20'sini oluşturduğu tahmin edilmektedir (74). Baş ağrısı prevalansının sık oluşu, mevcut sağlık sistemi modelinde birinci basamağa ulaşımın öncelikli olması nedeniyle aile hekimliği baş ağrılarında stratejik bir konumda yer almaktadır.

Çalışmamıza katılan 120 aile hekiminin sadece %4,2'si aile hekimliği ihtisası yapmıştır. Bu nedenle örneklemin çoğununun genel pratisyenlerden oluştuğu düşünülebilir. Aile hekimliği ihtisası yapmayan bireyler, meslek içi eğitim kursları ve tıp fakültesindeki mezuniyet öncesi eğitimleriyle baş ağrısının tanı ve tedavisini planladıkları düşünülebilir. Hekimlerin %77,5'i göreve başladıktan sonra baş ağrısı ile ilgili eğitim almadığını belirtmiştir. Bu durum örneklemin büyük çoğunluğunun mezuniyet öncesi eğitimleriyle yaklaşımda bulduklarına işaret etmektedir. Diğer taraftan beklendiği üzere katılımcıların %70,8'i baş ağrısı tanı ve tedavisinde kendini yeterli görmediğini, %70'si ise baş ağrısı ile ilgili düzenli eğitim programlarına ihtiyaçları olduğunu belirterek baş ağrısı hakkındaki eğitim ve bilgi eksikliği ve bu eksikliklerin giderilmesi gerekliliğini vurgulamıştır. Benzer şekilde, hekimlerin %50'sinden fazlası baş ağrısı için ortalama 10 reçete/hafta'dan fazla reçete yazması, baş ağrısı için başvuruların oldukça sık olduğunu ve konu hakkındaki eksikliklerin daha hızlı bir şekilde düzeltilmesi gerektiğini vurgulamaktadır.

Katılımcıların migrenin atak ve profilaksi tedavileri, migrenle ilişkili komplikasyonlar ve migren statusu ile ilgili sorular yönlendirilmiştir. Katılımcılar migrenle ilişkili sorulara %6,7 – 47,5 oranında doğru yanıt vermiştir. Bu oran gerilim tipi baş ağrısı için %11,7-40,8, küme tipi baş ağrısı için %16,7-37,5 arasındaydı. Fransa'da 49 pratisyen hekimle yapılan bir çalışmada 176 migren hastasının %59,7'sine migren tanısı konulamamış, %11,9'una migren tanısı konulmuş ancak doğru tedavi başlanamamış, %28,4'üne ise hem migren tanısı konulmuş, hem de doğru tedavi planlanmıştır (75). Singapur'da genel pratisyenlerin değerlendirdiği, baş ağrısı olan 584 hastanın incelendiği çalışmada baş ağrısı için altın tanı kriterleri kabul edilen International Headache Society (IHS) tanı kriterleri (76) ve hekimlerin tanıları karşılaştırılmıştır. Migren tanısı IHS tanı kriterlerine göre %38,2, hekimlere göre ise %62 olarak değerlendirilmiş ve çalışmanın sonucunda hekimlerin yaygın kullanılan

veya standartize edilmiş ölçekleri tanı için yeterli düzeyde kullanmadıkları sonucuna varılmıştır (77). Bildirilen bu oranlar çalışmamızla benzer düzeydeydi. Bu sonuçlar birlikte düşünüldüğünde sürekli tıp eğitimi ve meslek içi eğitimlerin önemi ve sürekliliğinin önemi anlaşılmaktadır.

Hekimlerin primer baş ağrıları tedavisindeki bilgileri değerlendirildiğinde, migren tedavisinde %15-42.5, gerilim tipi baş ağrısı tedavisinde %40, küme tipi baş ağrısında %28,3-34,2 oranında doğru yanıt verdiği görülmüştür.

Tanı doğrulukları ve bilgi düzeyleri hakkında bizim oranlarımızdan daha iyi veya daha kötü sonuçlar da bildirilmiştir. Vincent ve ark'ı tarafından yapılan çalışmada hastaların baş ağrısı uzmanına gelmeden önce ne ölçüde doğru tanı aldıkları değerlendirilmiş, migren için doğru tanı oranı %44.9, gerilim tipi baş ağrısı için %6.7, küme tipi baş ağrısı için %26.7 bulunmuştur (78). Birleşik Devletler'de yapılan başka bir çalışmada ise birinci basamakta değerlendirilen 1203 hastada migren dışı primer baş ağrısı ve yeni migren tanıları %94 oranında doğru bulunmuştur (79). Bu çalışmada aynı zamanda migren günlüğünün tanıda belirgin bir yardımı olduğu ifade edilmiştir. Bu farklılıkların nedeni ülkelerin farklı seviyedeki gelişmişlik düzeyleri, sürekli tıp eğitimlerinin kapsam ve uygulama farklılıkları, çalışmamızda kullanılan ölçek içerisindeki bazı soruların daha üst seviye bilgi birikimi gerektirmesi olabilir.

Brezilya'da yapılan bir çalışmada uzmanlık ihtisası nöroloji olmayan ancak birinci basamakta da çalışmayan 91 hekim primer baş ağrıları açısından değerlendirilmiş, hekimlere aurasız migren, kronik gerilim tipi baş ağrısı ve auralı migren vakaları verilerek tanıyı bulmaları istenmiştir. Aurasız migren tanısını hekimlerin sadece %2,2'si doğru yanıtlarken, kronik gerilim tipi baş ağrısında %16,5 doğru yanıt alınırken, auralı migrende %28,6 oranında doğru yanıt alınabilmiştir (80). Çalışmamıza kıyasla düşük kalan bu oranlara dikkat edildiğinde, aile hekimlerinin baş ağrısı bilgi düzeyleri açısından nörologların altında ancak diğer branşların da üstünde konumlandığı düşünülebilir.

Kowacs ve ark'ı tarafından yapılan çalışmada 52 pratisyen hekime migren hakkında sorular yönlendirilmiş, sonrasında 3,5 saat süren bir eğitim verildikten sonra tekrar değerlendirme yapılmıştır. Başlangıç skorları %61,9 olan katılımcıların eğitim sonrasında skorları %74,9'a yükselmiştir (81). Baş ağrısında eğitim programlarının

etkinliğine yönelik yapılan Karlı ve ark'ının çalışmasında 3 genel pratisyen hekim eğitim öncesi 30 hasta, eğitim sonrası 30 hastayı değerlendirmiştir, eğitim öncesinde %56,3 olan tanı doğruluğu iki günlük eğitim sonrasında %81'e yükselmiştir (82). Çalışmamızda hekimlerin büyük çoğunluğu baş ağrısı konusunda kendisini yetersiz görmekte, büyük çoğunluğu mezuniyet sonrası eğitimleri içerisinde baş ağrısı ile ilgili eğitim almadıklarını bildirmekte ve yine hekimlerin büyük bir kısmı farkındalıklarının bir göstergesi olarak baş ağrısı ile ilişkili eğitim almaları gerektiğini düşünmekteydi. Konu hakkında gerekli eğitim düzenlemelerinin yapılması, hekimlere ulaştırılması bu konuda büyük yol alınmasını sağlayacaktır.

Primer baş ağrısı tanı, ayırıcı tanı ve tedavilerine ilişkin verilecek eğitimler sadece tanı doğruluğunu arttırmayacak aynı zamanda prevalansı sık olan bu hastalığa bağlı sosyal, ekonomik ve iş yoğunluğu yükünün de azalmasına katkı sağlayacaktır. Braschinsky ve ark'ı tarafından yakın bir zamanda yapılan çalışmada yaklaşık 12.500 kişinin yaşadığı bir şehirde genel pratisyenler değerlendirilmiş, 2 günlük bir eğitim sonrasında tekrar değerlendirme yapılarak karşılaştırılmıştır. Eğitimin sonrasında hastaların sevk oranlarında azalma, diğer baş ağrısı sendromu şeklinde kodlanan baş ağrısı tanısında azalma, gerilim tipi baş ağrısı tanısında artma izlenmiştir. Tanılardaki spesifikleşmenin yanında eğitim öncesinde ileri tetkik isteme oranı %26'dan %4'e azalırken, tedavi başlama oranı %58'den %81'e artmıştır. Yapılandırılmış eğitim programlarıyla elde edilen olumlu sonuçlar hastalığın yaygın olması düşünüldüğünde daha da önemli olacaktır (83).

Hekimlerin baş ağrısı tanı ve tedavisiyle ilgili tercih ettiği bilgi kaynaklarına açısından değerlendirildiğinde en sık yöntemin online kaynaklar olduğu görülmüştür. Primer baş ağrısı tanısı için IHS kriterleri, baş ağrısı günlüğü, HIT-6 (Headache Impact Test) testi, migren tanısında ID migren ölçeği, MIDAS (Migraine Disability Assessment), baş ağrılarının primer bakım rehberleri gibi tanı kılavuzları oluşturulmuştur (84-87). Mevcut kaynaklara ulaşımının artırılması, günlük pratikte kullanılabilir hale getirilmesi ve güncellenerek ulaşımının yaygınlaştırılması sadece birinci basamak hekimleri için değil tüm hekimlerin tanı doğruluğunu arttırarak iyi hekimlik uygulamalarına katkı sağlayacaktır.

Aile hekimliği başvurularında, en sık nedenlerden birini oluşturan baş ağruları için konsültasyon oranları Birleşmiş Krallık'ta yapılan bir çalışmada yıllık konsültasyon oranı 4.4/100 hasta şeklinde bildirilmiştir (88). Kuzey Amerika'da yapılan çalışmada bu oran %1.5, Avustralya'da yapılan bir çalışmada %1.9, Almanya'da yapılan bir çalışmada 2.6, Hollanda'da yapılan bir çalışmada ise %5.4 olarak bildirilmiştir (89;90;74;91). Başka bir çalışmada ise genel pratisyenlerin nöroloji konsültasyonundaki en sık nedenin baş ağrısı olduğu ifade edilmiştir (92). Çalışmamızda bu bulgularla uyumlu şekilde primer baş ağrısı tanısı konulan hastaların büyük bir kısmının üst merkezlere yönlendirileceği ifade edilmiştir. Her ne kadar hekimlerin bu beyanı gerçek sevk oranını yansıtmasa da gerçek oranların da yüksek olacağını düşündürmektedir. Ancak bu konuda hem baş ağruları tanı ve tedavisinde bilgilendirme hem de üst merkezlere yönlendirme hakkında klinisyenlere yardımcı olabilecek rehberler yayınlanmıştır (84). Ateş, papil ödem, akut glokom gibi kırmızı bayrak semptomları vakit kaybetmeden yönlendirilmesi gerekirken, açıklanamayan fokal bulgular, aşılmadık aura semptomlarının olması ve boyun hareketleriyle şiddetlenmesi gibi durumlarda daha elektif şartlarda konsültasyonun düşünümesi gerektiği belirtilmiştir. Almanya'da genel pratisyenlerin baş ağrısına yaklaşımı hakkında yapılan kalitatif dizayndaki bir çalışmada, hekimlerin en sık sevk etme nedenlerinin eşlik eden nörolojik semptom olması, benign baş ağrısı tanısında şüphenin olması ve muhtemel ilk migren atağı olduğu görülmüştür (93). Benzer şekilde hekimler kırmızı bayrak bulgularının sevk etmede önemli olduğunu belirtirken, tanı doğruluğundan şüphe duymalarının hastaların sevkinde belirleyici olduğunu ifade etmiştir. Bununla birlikte birinci basamak sağlık hizmetlerinin bir kısmında sınırlı sayıda tanısıl test ve tetkikin olması da sevk oranlarının yükselmesine neden olabilir. Thomas ve ark'ı tarafından yapılan çalışmada birinci basamakta kronik baş ağrısı hastaları için bilgisayarlı tomografiye ulaşımın olması durumunda ikinci basamağa sevk oranlarının %86 azaldığı gösterilmiştir.

Çalışmamızın bazı kısıtlılıkları vardı. Bunlardan ilki, elde edilen sonuçlar aile hekimlerinin beyanına dayanmaktaydı. Bu durum primer baş ağrılarının gerçekte hangi oranda doğru tanı aldığını, hangi ölçüde doğru tedavi edildiklerini olduğundan daha az veya daha fazla göstermiş olabilir. Bununla birlikte hekimlere yönlendirilen bilgi düzeyini ölçmek için kullanılan formda yer alan sorular standardize bir ölçek değildi.

İçeriğindeki soruların zorluk dereceleri veya soruların hazırlanış şekilleri hekimlerin daha az oranda doğru yanıt vermelerine neden olmuş olabilir. Ancak sorular güncel literatür bilgilerinden derlenmiş, uzman görüşleri değerlendirilerek hazırlanmıştır. Bir diğer kısıtlılık ise örneklem içerisinde sadece küçük bir kısmın aile hekimliği ihtisası yapmış olmasıydı. Örneklemin büyük çoğunluğu ise genel pratisyenleri temsil etmekteydi. Bu nedenle elde edilen sonuçların daha çok genel pratisyenleri temsil ettiği düşünülebilir. Aile hekimliği ihtisasının yaygınlaşmasıyla birlikte bu konudaki sonuçlar da muhtemelen daha iyi düzeye gelecektir.



6. SONUÇ

Çalışmamızda ilk defa ülkemizdeki birinci basamak sağlık kuruluşlarında çalışan hekimlerin primer baş ağrıları hakkındaki bilgi ve tutumları tanımlayıcı bir çalışma dizaynında değerlendirilmiştir. Birinci basamak hekimlerinin gerilim tipi baş ağrısı, migren ve küme tipi baş ağrısı tanı ve tedavisi hakkındaki bilgi düzeylerinin istenen düzeyde olmadığı, sevk oranlarının yüksek olduğu görülmüştür. Bununla birlikte hekimlerin primer baş ağrısı konusunda kendilerini yeterli bulmadığı, büyük oranda bu konuda eğitim düzeyinin artırılması gerektiği sonucuna ulaşılmıştır. Sağlık uygulamalarında bütüncül yaklaşımın önem kazanması doğrultusunda hekimlerin hastaları daha kapsamlı ve holistik bir yaklaşım içinde değerlendirmeleri gerekmektedir. Düzenlenecek olan eğitimler, eğitimlerin uygun şekilde yapılandırılması, kaynaklara ulaşımın artırılması, sürekli tıp eğitiminin desteklenmesi ile primer baş ağrılarında tanı doğruluğu ve tedavi başarısı artacak, tanı ve ayırıcı tanı için istenen tetkik ve giderler azalacak, hastalık yükü hafifletilerek hastaların yaşam kalitesinde artış sağlanabilecektir.

7. KAYNAKLAR

1. Karlı N, Zarifoğlu M, Erteş M, Saip S, Öztürk V, Neyal M, Siva A, Kansu T, Sarıca Y. Economic impact of primary headaches in Turkey: a university hospital based study: Part II. J Headache Pain, 2006; 7:75–82
2. Ropper HA, Samuels MA, Ed: Emre M. Adams and Victor’s Principles of Neurology, 9.Basım, Ankara: Ayrıntı Basımevi, 2011; 162-188.
3. 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, 2011-2059.
4. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Öğretim Üyeleri, Ed: Öge EA, Başkan B. Nöroloji. İkinci baskı, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi, 2011; 373-393.
5. Russell MB. Epidemiology and genetics of cluster headache. Lancet Neurol 2004; 3: 279-83.
6. Beck E, Sieber WJ, Trejo R. Management of cluster headache. Am Fam Physician 2005;15: 717-24.
7. Başak O, Atay E, Polatlı D. Birinci basamak sağlık hizmetleri ve aile hekimliği: pratisyen hekimlerin yaklaşımları. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi, 2002; 6:36-41.
8. Ünlüoğlu İ. Dünyada ve Türkiye’de aile hekimliğinin gelişimi. Aktüel Tıp Dergisi 2004;9:5-9.
9. Türkiye’de Aile Hekimliği:
http://ailehekimligi.gov.tr/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=54&Itemid=213.
10. Gül S. Migren ağrısının özellikleri ve ağrının bireyin günlük aktiviteleri üzerindeki etkisinin incelenmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Sivas, 2008.
11. İltuş F. Migrende 24 saatlik yaşam kalitesi ölçeğinin Türkiye’deki geçerlilik ve güvenilirliği. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 2007.

12. Demirel H. Migren ve epizodik gerilim tipi baş ağrılarının hematolojik parametrelerle ilişkisi. Zonguldak Karaelmas Üniversitesi, Nöroloji Uzmanlık Tezi, Zonguldak, 2007.
13. Morris Levin, MD, The International Classification of Headache Disorders, 3rd Edition (ICHD III) Headache currents-Clinical review, Changes and Challenges s:1383-1395.
14. Cailliet R: Head and face pain syndromes. F.A. Davis Company. Philadelphia. 1992.
15. Lance JW: Mechanism and management of headache. BH, Oxford 158-175, 1998
16. Olesen J, Hansen P, Welch KMA: The Headaches. Raven Pres. New York, 437-543,1993.
17. Silberstein SD, Lipton RB, Goadsby PJ: Headache in clinical practice. ISIS Medical Media. Oxford. 207-210, 1998.
18. Wöber-Bingöl C, Wöber C, Karwautz A, Auterith A, Serim M, Zeberholz K, Aydinkoc K, Kienbacher C, Wanner C, Wessely P. Clinical features of migraine: a cross-sectional study in patients aged three to sixty-nine. Cephalalgia. 2004; 24(1): 12–17.
19. Silberstein SD, Lipton RB, Goadsby PJ. Second Edition (Ertas M, Akman Demir G), Klinik Uygulamada Bas Agrısı, Aralık 2004.
20. Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. The international classification of headache disorders: 3rd edition. Cephalalgia. 2013; 33: 629-808.
21. Türkiye Klinikleri Nöroloji Cilt:1, Sayı:2, Ağustos 2003
22. Selby G, Lance JW. Observation on 500 cases of migraine and allied vascular headaches. J Neurol Neurosurg Psychiatry 1960; 23: 23-32
23. Peatfield R, Campbell JK: Headaches, 1st edition, Health press LTD. 2002, 20-24

24. Irkeç C: Migren ve İmmun Sistem. Türkiye Klinikleri, Nöroloji 2003, 1(2): 124-126
25. Duran N: Migrenli Vakalarda Akut Atak Sırasında Matriks Metalloproteinaz-3 ve 9 Enzim Aktivitelerinin İncelenmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Sivas 2006.
26. Özbenli T. Migren patogenezi. Ondokuz Mayıs Univ. Tıp Derg.1994; 11(1): 59-66.
27. Silberstein S. Migraine. Lancet 2004,31:381-391
28. Bolay H, Reuter U, Dunn A, Huang Z, Boas D, Moskowitz A. Intrinsic brain activity triggers trigeminal meningeal afferents in a migraine model. Nature Medicine, 2002;8(2):136-42.
29. Goadsby Peter J, Lipton Richard B, Ferrari Michel D. Migraine current understanding and treatment. N Engl J Med. 2002; 346 (4): 257-270
30. Sherifa A. Hamed. The vascular risk associations with migraine: Relation tomigraine susceptibility and progression. J.Atherosclerosis. 2009; 205 (1): 15-22
31. Fidan I, Yüksel S et al. The importance of cytokines, chemokines and nitric oxide in pathophysiology of migraine. J Neuroimmunol 2006; 171: 184 – 188
32. Longoni M, Ferrarese C. Inflammation and excitotoxicity: role in migraine pathogenesis. Neurol Sci 2006; 27: 107–110.
33. Blake G, Ridker P. Novel clinical markers of vascular wall inflammation. Circ Res 2001;89: 763-771
34. Vanmolkot FH, JN de Hoon. Increased C-reactive protein in young adult patients with migraine. Cephalalgia 2007; 27: 843–846
35. Yılmaz G, Sürer H, Üçler S ve ark. Auralı ve aurasız migrende plazma malondialdehit düzeyleri. Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi 2004; 24: 309-315
36. Jes Olesen. Are headache disorders caused by neurobiological mechanisms? Curr Opin Neurol 2006; 19: 277-280

37. Shukla R, Barthwal M.K, Srivastava N et al. Blood nitrite levels in patients with migraine during headache-free period. *Headache* 2001; 41: 475-481
38. Balkan S: Başağrıları. In: Nöroloji Ders Kitabı. Edited by Yaltkaya K, Balkan S, Oğuz Y, 1 edn. Ankara: Palme Yayıncılık; 1994:251-268.
39. Lipton RB, Silberstein SD. Why study the comorbidity of migraine? *Neurology* 1994; 44:4-5
40. Silberstein SD, Lipton RB. Overview of diagnosis and treatment of migraine. *Neurology* 1994; 44: 6-16
41. Silberstein SD, Saper JR, Freitag F. Migraine: diagnosis and treatment. In: Silberstein SD, Lipton RB, Dalessio DJ, eds. *Wolff's Headache and other Head Pain*. 7th ed. New York. Oxford University Press, 2001, 121-237
42. Nobel Medicus 06: cilt 2, sayı 3:8
43. Preyse-philips WE, et al. Guidelines for diagnosis and management of migraine in clinical practice. *Can Med Assoc J* 1997;156:1273-1287
44. Institute for Clinical Systems Improvement Health care guideline, diagnosis and treatment of Headache eleventh edition. <http://www.icsi.org/asset/qwrzng/Headache.pdf> Erişim: 20 Ocak 2014 s: 10
45. Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders: 2nd edition. *Cephalalgia*. 2004;24 (Suppl.1):s. 9-160.
46. Rasmussen, BK. Migraine and tension-type headache in a general population: psychosocial factors. *Int J Epidemiol*. 1992 Dec;21(6): 1138-1143.
47. Coskun O. Gerilim tipi baş ağrısı ve tedavisi. *Türkiye Klinikleri J Neurol-Special Topics* 2008, 1(1):22-6.
48. Karadaş O, Ipekdağ IH, Ulaş UH, Kütükçü Y, Odabaşı Z. Botulinum neuro-toxin type-A in the treatment of chronic tension type headache associated with pericranial tenderness. *Agri*. 2012;24(1):9-14.
49. Ashkenazi A, Silberstein SD. Headache management for the pain specialist. *Reg Anesth Pain Med*. 2004;29(5):462-75.

50. Siva A. Başağrısı Epidemiyolojisi. Türkiye Klinikleri 2003;(1):94-7.
51. Silberstein SD, Lipton RB, Goadsby PJ. Headache In Clinical Practice. (2 Ed). Ox-ford, England: Martin Dunitz, 2002: Part 2: p.69-181.
52. Basbaum AI, Fields HL. Endogenous pain control mechanisms: review and hypothesis. Ann Neurol. 1978 Nov;4(5):451-462.
53. İnan, L.E. Nörolojide Yeni Ufuklar Baş ağrıları. Güneş Tıp Kitabevleri, Ankara 2011;S:15-61.
54. Institue for Clinical Systems Improvement Health care guideline, diagnosis and treatment of Headache eleventh edition <http://www.icsi.org/asset/qwrzng/Headache.pdf> Erişim 20 Ocak 2014 s: 4
55. Bulut S, Berilgen MS, Baran A, Tekatas A, Atmaca M, Mungen B. Venlafaxine versus amitriptyline in the prophylactic treatment of migraine: randomized, double-blind, crossover study. Clin Neurol Neurosurg. 2004;107(1):44-8.
56. May A. The role of imaging in the pathophysiology and diagnosis of headache. Curr Opin Neurol 2005; 18: 293-7.
57. Bussone G, Usai S. Trigeminal autonomic cephalalgias: From pathophysiology to clinical aspects. Neurol Sci 2004; 25 (Suppl 3):74-6.
58. Leone M. Chronic cluster headache: New and emerging treatment options. Curr Pain Headache Rep 2004; 8(5): 347-52.
59. Rozen TD. Cluster headache: Diagnosis and treatment. Curr Pain Headache Rep 2005;9: 135-40.
60. May A, Leone M. Update on cluster headache. Curr Opin Neurol 2003; 16: 333-40.
61. Mc Geeney BE. Cluster headache pharmacotherapy. Am J Ther 2005; 12(4):351-82.
62. Russell MB. Epidemiology and genetics of cluster headache. Lancet Neurol 2004; 3: 279-83.
63. Beck E, Sieber WJ, Trejo R. Management of cluster headache. Am Fam Physician 2005; 15: 717-24.

64. Peres MF. Melatonin, the pineal gland and their implications for headache disorders. *Cephalalgia* 2005; 25(6): 403-11.
65. Smits MG, Nagtegaal JE. Melatonin for cluster headache. *Cephalalgia* 2002; 22(8): 695.
66. Mc Geeney BE. Cluster headache pharmacotherapy. *Am J Ther* 2005; 12(4): 351-82.
67. Diener HC. Sumatriptan in the treatment of cluster headache. *Cephalalgia* 2001; 2 (Suppl 1):16-7.
68. Torelli P, Manzoni GC. Cluster headache symptomatic treatment. *Neurol Sci* 2004; 25 (suppl 3): 19-22.
69. The International Classification of Headache Disorders. 2nd ed. *Cephalalgia* 2004; 24(Suppl 1):24-6.
70. Becker WJ, Findlay T, Moga C, Scott NA, Harstall C, Taenzer P. Guideline for primary care management of headache in adults. *Canadian Family Physician*. 2015;61(8):670-679.
71. 1593 Umumi Hıfzısıhha Kanunu (1930, 6 Mayıs) T. C. Resmi Gazete, 1061.
72. TC Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Kurumu. Retrieved December 14, 2016, from <http://ailehekimligi.gov.tr/aile-hekimlii/tuerkiyedeki-aile-hekimlii.html>.
73. Bigal ME, Lipton RB, Stewart WF. The epidemiology and impact of migraine. *Neurol Neurosci Rep*. 2004;4(2):98–104.
74. Robbins MS, Lipton RB. The epidemiology of primary headache disorders. *Semin Neurol*. 2010;30(2):107–19. Epub 2010 Mar 29.
75. 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*. 2007;27(3):193–210.
76. Latinovic R, Gulliford M, Ridsdale L. Headache and migraine in primary care: consultation, prescription, and referral rates in a large population. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2006;77(3):385–7.

77. De Diego EV, Lanteri-Minet M. Recognition and management of migraine in primary care: influence of functional impact measured by the headache impact test (HIT). *Cephalalgia*. 2005 Mar;25(3):184-90.
78. The International Classification of Headache Disorders. 2nd ed. *Cephalalgia* 2004; 24(Suppl 1):24-6.
79. Khu JV, Siow HC, Ho KH. Headache diagnosis, management and morbidity in the Singapore primary care setting: findings from a general practice survey. *Singapore Med J*. 2008 Oct;49(10):774-9.
80. Vincent MB, Carvalho JJ. Primary headache care delivery by nonspecialists in Brazil. *Cephalalgia* 1999;19:520-524.
81. Tepper SJ, Dahlöf CG, Dowson A, Newman L, Mansbach H, Jones M, Pham B, Webster C, Salonen R. Prevalence and diagnosis of migraine in patients consulting their physician with a complaint of headache: data from the Landmark Study. *Headache*. 2004 Oct;44(9):856.
82. Galdino GS., Albuquerque TP., Alves de Medeiros JL. Cefaléias primárias. Abordagem diagnóstica por médicos não-neurologistas. *Arq Neuropsiquiatr* 2007;65(3-A):681-684.
83. Kowacs P. A., Twardowschy C. A., Piovesan É. J., et al. General practice physician knowledge about headache: evaluation of the municipal continual medical education program. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*. 2009;67(3):595–599.
84. Karli N, Zarifoglu M, Erer S, Pala K, Akis N. The impact of education on the diagnostic accuracy of tension-type headache and migraine: a prospective study. *Cephalalgia* 2007;27:41-45.
85. Braschinsky M, Haldre S, Kals M, et al. Structured education can improve primary-care management of headache: the first empirical evidence, from a controlled interventional study. *The Journal of Headache and Pain*. 2016;17:24.
86. Becker, W. J., Findlay, T., Moga, C., Scott, N. A., Harstall, C., & Taenzer, P. (2015). Guideline for primary care management of headache in adults. *Canadian Family Physician*, 61(8), 670–679.

87. Ertas M, Siva A, Dalkara T, Uzuner N, Dora B, Inan L, et al. Validity and reliability of the Turkish Migraine Disability Assessment (MIDAS) questionnaire. *Headache*, 44(8):786-93 (2004).
88. Jensen R, Tassorelli C, Rossi P, Allena M, Osipova V, Steiner T, et al. A basic diagnostic headache diary (BDHD) is well accepted and useful in the diagnosis of headache. a multicentre European and Latin American study. *Cephalalgia*,31(15):1549-60 (2011).
89. Buse DC, Rupnow MF, Lipton RB. Assessing and managing all aspects of migraine: migraine attacks, migraine-related functional impairment, common comorbidities, and quality of life. *Mayo Clinic proceedings. Mayo Clinic*,84(5):422-35 (2009).
90. Latinovic R, Gulliford M, Ridsdale L. Headache and migraine in primary care: consultation, prescription and referral rates in a large population. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2006;77(3):385–387.
91. Becker L. A., Iverson D. C., Reed F. M., Calonge N., Miller R. S., Freeman W. L. Study of Headache in North America in primary care. *The Journal of the Royal College of General Practitioners*. 1987;37:400–403.
92. Charles J., Ng A., Britt H. Presentations of headache in Australian general practice. *Australian Family Physician*. 2005;34(8):618–619.
93. Frese, T., Druckrey, H., & Sandholzer, H. (2014). Headache in General Practice: Frequency, Management, and Results of Encounter. *International Scholarly Research Notices*, 2014, 169428. <http://doi.org/10.1155/2014/169428>.

8. EKLER

EK 1- ANKET FORMU

ANKET FORMU

Sayın meslektaşım, bu anket Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji AD'da yapılan bir tez çalışması içindir. Çalışmanın amacı baş ağrısı tanı ve tedavisi konusuna dikkat çekmek ve bu konuda eğitim gereksinimi olup olmadığını değerlendirmektir. Bu anketle sizden alınacak bilgiler gizli tutulacaktır. Bu nedenle isim yazmayınız. Lütfen her soru için size uygun seçeneği işaretleyiniz. Soru ile ilgili bir düşünceniz bulunmuyorsa bilmiyorum seçeneğini işaretleyiniz. Katkılarınız için teşekkür ederiz.

YYÜ Tıp Fakültesi Nöroloji

AD

1-Cinsiyetiniz nedir?

- a) Erkek b) Kadın

2-Yaş aralığınızı işaretleyiniz.

- a) 20-29 arası b) 30-39 arası c) 40-49 arası d) 50 ve üstü

3-Aile hekimliği ihtisası yaptınız mı?

- a) Evet b) Hayır

4-Baş ağrısı tanı ve tedavisi için yeterli bilgiye ve deneyime sahip olduğunuzu düşünüyor musunuz?

- a) Evet b) Hayır

5-Görevinize başladıktan sonra baş ağrısı ile ilgili herhangi bir eğitim aldınız mı?

- a) Evet b) Hayır

6-Nöroloji stajı sırasında baş ağrısı ile ilgili aldığınız eğitimin yeterli olduğunu düşünüyor musunuz?

- a) Evet b) Hayır

7-Baş ağrısı ile ilgili düzenli eğitim programlarına ihtiyaç olduğunu düşünüyor musunuz?

- a) Evet b) Hayır

8-İhtiyaç duyduğunuzda baş ağrısı ile ilgili hangi bilgi kaynaklarını kullanıyorsunuz?
(Lütfen en sık başvurduğunuzu işaretleyiniz)

- a) İnternet b) Nöroloji kitapları c) Nörolog meslektaşınız d) Aile hekimi
meslektaşınız

9- İlk kez baş ağrısı tanısı koyduğunuz hastanıza kendiniz mi tedavi başlarsınız yoksa bir üst merkeze mi sevk edersiniz?

- a) Kendim tedavi başlarım
b) Nöroloji uzmanına yönlendiririm
c) Tedavi başlarım, kontrole nöroloji uzmanına yönlendiririm.
d) Bir kısmına kendim tedaviye başlarım, bir kısmını da nöroloji uzmanına yönlendiririm

10-ilk kez baş ağrısı tedavisi başladığınız hastanızı ilaç etkinliği, tedavi süresi ve yan etkileri konusunda bilgilendirir misiniz?

- a) Evet b) Hayır
c) Baş ağrısı tedavisinde kullanılan ilaçlar ve yan etkileri ile ilgili yeterli bilgiye sahip değilim

11-Baş ağrısı şikayetiyle gelen hastaya ortalama ne kadar süre ayırıyorsunuz?

- a) 1-4 dk b) 5-9 dk c) 10-19 dk d) 20 dk ve üstü

12-Haftada ortalama kaç tane hastaya baş ağrısı tedavisi için reçete yazıyorsunuz?

- a) 1-9 b) 10-19 c) 20-29 d) 30 ve üzeri

13-Migrenin profilaktik tedavisinde başarılı olduğu kabul edilen tedaviye en az kaç ay devam edilmelidir?

- a) 3 b) 6 c) 9 d) 12 e) Bilmiyorum

14-Aşağıdakilerden hangisi migren komplikasyonu değildir?

- a) Retinal migren b) Status migrenozus c) İnfarktsız ısrarlı aura
d) Migrenöz infarkt e) Migren aurası ile tetiklenen epilepsi

15-Aşağıdakilerden hangisi migrenle ilişkili olabilecek periyodik sendromlardan değildir?

- a) Abdominal migren b) Benign paroksizmal tortikollis c) Hemiplejik migren
d) Benign paroksizmal vertigo e) Siklik kusma sendromu

16-Aşağıdakilerden hangisi migren atak tedavisinde verilmez?

- a) Domperidon b) Metoklopramid c) Klorpromazin
d) Frovatriptan e) Flunarizin

17-Aşağıdakilerden hangisi migren profilaksi tedavisinde verilmez?

- a) Propranolol b) Flunarizin c) Amitriptilin
d) Valproik asit e) Eletriptan

18- Hemiplejik migren atak tedavisinde triptan verilir.

- a) Katılıyorum b) Katılmıyorum c) Bilmiyorum

19-Aşağıdakilerden hangisi migren durumunda verilmez?

- a) Dekametazon b) Diazepam c) Sumatriptan
d) Fluoksetin e) Metoklopramid

20-Migrenin profilaktik tedavisinde tedavinin başarılı olduğuna karar vermek için en az kaç hafta ilaç kullanılmalıdır?

- a) Bir b) İki c) Üç d) Dört e) Bilmiyorum

21-Gerilim tipi baş ağrısı ile ilgili hangisi yanlıştır?

- a) Baş ağrısı en az 30 dakika sürer
b) Başın iki tarafında olur
c) Fiziksel aktiviteyle ağrıda artış olur
d) Hafif veya orta şiddette ağrı olur
e) Fotofobi veya fonofobi eşlik edebilir

22-Aşağıdakilerden hangisi gerilim tipi baş ağrısının profilaktik tedavisinde verilmez?

- a) Amitriptilin b) Venlafaksin c) Mirtazapin
d) Flurbiprofen e) Fluoksetin

23-Gerilim tipi baş ağrısı ile ilgili hangisi yanlıştır?

- a) Kadınlarda daha sık görülür
b) En sık görülen formu epizodik olanıdır
c) Tanı için en az 10 atak olması gerekir
d) Kusma görülebilir
e) Sıkıştırıcı tarzda baş ağrısı olur

24-Küme baş ağrısı ile ilgili hangisi yanlıştır?

- a) En sık görülen trigeminal otonomik sefaljidir
- b) Orbital- supraorbital yerleşimlidir
- c) Ağrı, aynı atak periyodunda taraf değiştirebilir
- d) Erkeklerde daha çok görülür
- e) Ağrı 10-15 dakikada en yüksek seviyeye ulaşır

25-Küme tipi baş ağrısı ile ilgili hangisi yanlıştır?

- a) Tanı için en az 5 atak olmalı
- b) Alkol almak ağrıyı giderir
- c) Ataklar tedavisiz 180 dakika sürebilir
- d) Miyozis gülebilir
- e) Günde 8 atak olabilir

26-Küme tipi baş ağrısı atağında aura olmaz.

- a) Katılıyorum
- b) Katılmıyorum
- c) Bilmiyorum

27-Aşağıdakilerden hangisi küme tipi baş ağrısı profilaktik tedavisinde verilmez?

- a) Topiramet
- b) Kortikosteroidler
- c) Verapamil
- d) Lityum
- e) Maske ile % 100 oksijen inhalasyonu

28-Triptanlar küme tipi baş ağrısı atak tedavisinde kullanılabilir.

- a) Katılıyorum
- b) Katılmıyorum
- c) Bilmiyorum

29-Primer baş ağrısı tanısı koymada en çok yardımcı olan aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Fizik muayene
- b) Laboratuar inceleme
- c) Radyolojik inceleme
- d) Anamnez
- e) Bilmiyorum

30-Migren, gerilim ve küme tipi baş ağrısı dışında bildiğiniz primer baş ağrısı tanılarını yazınız.

1-

2-

3-

4-

5-

6-

7-

8-

9-

10-

