

İlk basamak sağlık merkezi'ne başvuran erişkin hastalarda baş ağrısının özellikleri ve etkili olabilecek etmenlerin belirlenmesi

Determination of headache features and related possible effective factors in adults admitted to Primary health-care center

Süber Dikici¹, Davut Baltacı², Aylin Yılmaz², Sultan Sayı², İsmail Hamdi Kara²

¹ Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji AD, Düzce, Türkiye

² Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD, Düzce, Türkiye

Geliş Tarihi / Received: 16.09.2011, Kabul Tarihi / Accepted: 23.12.2011

ÖZET

Amaç: Çalışmada; birinci basamakta Aile Sağlığı Merkezine başvuran erişkin hastalarda baş ağrısının özellikleri ve tedavide kullanılan yöntemlerin belirlenmesi amaçlandı.

Gereç ve yöntem: Düzce İli birinci basamak sağlık merkezlerinde yapılan, kesitsel tipteki bu araştırmada, 18-72 yaş grubu erişkin olgulara sosyodemografik faktörler ve baş ağrısının özelliklerine ilişkin bir anket uygulandı. Baş ağrısının tanısı için Uluslararası Başağrısı Topluğunun kriterleri kullanıldı.

Bulgular: Çalışma, yaş ortalaması 38,3±5,1 yıl olan, 38 erkek, 59 kadın olan ardışık 97 olguda gerçekleştirildi. Baş ağrısı başlangıç yaşı ortalaması, erkeklerde 22,2±10,8 yıl, kadınlarda 25,3±11,9 yıl (p>0,05), baş ağrısı süresi erkeklerde ortalama 6,4±8,0 saat, kadınlarda 7,9±10,3 saat saptanmıştır. Baş ağrısına karşı ilaç kullanma süresi ortalaması erkeklerde 11,1±9,5 yıl, kadınlarda 7,9±8,5 yıl olarak bulundu. Erkek ve kadın olgularda, Migren Yeti Yitimi Değerlendirme Ölçeği (MIDAS) skorları farklı bulunmadı (4,6±5,6 ve 4,9±8,4; p>0,05) Olguların çoğu lise ve üzeri eğitime sahipti. Evli olgular çoğunlukta idi. Baş ağrısı en fazla zonklayıcı tipteydi. Sıklıkla bu, ses duyarlılığı ile ilişkiliydi. Olguların %54,6' sı doktora gitmeden ilaç kullanmışlardı ve uyguladıkları yöntem çoğunlukla etkiliydi. En sık kullanılan ilaçlar non-steroid anti-enflamatuar ilaçlar ve parasetamol olup, birçok olguda bu ilaçlar ikili ya da üçlü kombinasyonlar halinde kullanılıyordu.

Sonuç: Baş ağrısının, her iki cinsiyette de ikinci on yılın başlarında başladığı, MIDAS skorlarının orta düzeyde olup, farklılık göstermediği, ancak kadın olgular, lise ve üzeri olgular ile evli olguların çoğunlukta olduğu belirlendi. Olguların çoğunun doktora gitmeden, birçok farklı veya aynı grupta yer alan ağrı kesiciyi kontrolsüz olarak kullandıkları görüldü.

Anahtar kelimeler: Baş ağrısı, sıklık, ağrı kesici, MIDAS skorları, birinci basamak.

ABSTRACT

Objectives: The aim of this study was to determine treatment modalities and features of headache in adult patients admitted to Family Health Center (FHC) in primary care.

Materials and methods: In this cross-sectional study, which was performed in FHCs in Düzce, A survey regarding sociodemographic factors and headache features was applied to the adults aged of 18-72 years-old. The International Headache Society criteria were used for diagnosis of headache.

Results: The study was performed with 97 (39.2% male, 60.8% female) subjects mean age 38.3±5.1 (18-72) years. Average age of onset was 22.2±10.8 years in males and 25.3±11.9 years in females (p>0.05). The mean duration of headache in males and females were 6.4±8.0 hours and 7.9±10.3 hours (p>0.05) respectively. Duration of drug use for headache was 11.1±9.5 years in males and 7.9±8.5 years in females (p=0.04). No significant difference was found in Migraine Disability Assessment (MIDAS) scores between two genders. Majority of participations had high school and upper education and married. Headache was mostly in a throbbing pattern and frequently associated with phonophobia (62.9%). The participants had used drugs without prescription by physician (54.6%). The most frequently used drugs were non-steroidal anti-inflammatory drugs and paracetamol, frequently in a combination of two or three analgesics.

Conclusion: Headache started at the second decade for both genders, MIDAS scores was moderate and did not show any differences, whereas females, subjects with high school and upper education and married ones were more frequent. Majority of patients received more than two analgesic drugs without prescription.

Key words: Headache, frequency, analgesic, MIDAS scores, primary care.

Yazışma Adresi /Correspondence: Dr. Süber Dikici

Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji AD, Düzce, Türkiye Email: suberdikici@gmail.com
Copyright © Dicle Tıp Dergisi 2012, Her hakkı saklıdır / All rights reserved

GİRİŞ

Ağrı (pain); latince poena (ceza, intikam, işken-ce) sözcüğünden gelmekte olup, Uluslararası Ağrı Araştırmaları Teşkilatı (IASP) ağrıyı; vücudun herhangi bir yerinden kaynaklanan, gerçek ya da olası bir doku hasarı ile birlikte bulunan, hastanın geçmişteki deneyimleriyle ilgili, sensoryal veya emosyonel hoş olmayan bir duygu olarak tanımlamaktadır.^{1,2} Ağrı olayı; ağrının duyulması (duyusal), algılanması (kognitif) ve ağrıya yanıt (afektif) komponentlerini içerir. Ağrının kaba şekilde algılanması hipotalamusta, tam algılanması ise parietal kortekste olur. Ağrı duyulduğunda, her biri koruyucu amaçlı istemli veya istemsiz motor yanıtlar oluşur.³

Baş ağrısı, yaygın olarak görülen bir bulgu olup, birinci basamakta hekimlerin en sık karşılaştıkları ve doğal olarak hastaların kendileri ve yakınlarının da en çok etkilendiği sağlık sorunlarından birisidir. Baş ağrılarının önemli bir bölümü migren ve gerilim tipi baş ağrısı özelliğinde olan süregen (kronik) ağrılardır. Bu baş ağrıları kişiyi, yaşamının önemli bir bölümünde hem ağrı özelliği ile hem de ağrının dolaylı ve dolaysız sonuçları ile etkileyebilmektedir. Öte yandan kimi zaman depresyon ve diğer bazı psikiyatrik olaylar da bu tür ağrılara, ya da var olanların sıklaşmalarına neden olabilmektedir. Baş ağrılarına yönelik epidemiyolojik çalışmalar bu ağrılarının sıklığını ve yayılımını, etkilendikleri çeşitli yaş, cinsiyet, ırk, sosyoekonomik durum ve diğer etkenleri değerlendirerek, ağrının mekanizmasına, özelliklerine ve tedavisine yönelik anlayışımızın geliştirilmesine yaramaktadır.⁴

Erişkinlerde baş ağrısı üzerine daha önceki epidemiyolojik çalışmalar migren üzerine odaklanmıştır. Erişkinlerde migren, yüksek prevalanslı ve sosyal etkileri olan bir hastalıktır. Migrenin, birincil baş ağrıları içinde en yaygın neden olduğu, iş devamsızlığı ve diğer günlük aktivitelerdeki yetersizliğin en önemli nedeni olduğu belirtilmektedir. Toplumdaki prevalans, tanımlama ölçütlerine bağlı olarak çok fazla değişiklik göstermektedir.⁵ Migren bireyin hayat kalitesi ve iş gücünü düşüren, prevalans ve insidansı yüksek olan bir hastalıktır. Toplum için önemli ekonomik bir yük oluşturur. Bundan dolayı koruyucu hekimlik ve kısa sürede etkin tedavi önem kazanmaktadır.^{6,7}

Bu nedenle topluma özgü profilin ve değişkenlerin iyi bilinmesi gerekmektedir. Türkiye’de

değişik zamanlarda ve farklı araştırmalarda baş ağrılı hastaların klinik özellikleri ve sosyodemografik profili bildirilmiştir.^{8,9,10} 1988 yılında Uluslararası Baş ağrısı Derneği (IHS) Sınıflama Komitesi tarafından baş ağrılarının kriterleri belirlenmiştir. Böylelikle genel popülasyondaki baş ağrısı prevalansı ile ilgili çalışmalarda, farklı tanı ölçütlerinden kaynaklanan çeşitlilikler ortadan kalkmış ve sonuçlar benzer duruma gelmiştir.¹¹

Bu çalışmanın amacı, Düzce İl merkezinde Birinci Basamakta saptanan baş ağrısı tipleri ve özellikleri ile başağrılı olguların sosyodemografik ve klinik özelliklerini popülasyona dayalı olarak yüz yüze görüşme yöntemiyle ortaya koymaktır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Kesitsel tipteki bu araştırma, Düzce İli Merkez, Topluluk ve Konuralp Bölgesindeki üç farklı Aile Sağlığı Merkezinde (ASM) 18-72 yaş grubu erişkin olgularda gerçekleştirildi. Çalışma için dışlama kriteri alınmadı. Çalışmaya baş ağrısı nedeni ile ASM’ye başvuran ve çalışmaya katılmayı kabul eden ardışık hastalar alındı. ASM’lere başvuran ve baş ağrısı bulunan ardışık 97 kişiye 1 aylık dönemde ulaşıldı. Olgularımızın hepsi kent merkezinde ikamet etmekteydi.

Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji ve Aile Hekimliği Anabilim Dallarından birer öğretim üyesi ve 2 öğretim elemanı yönetiminde 6 intern öğrenci tarafından yüz yüze görüşme yöntemiyle uygulanan anket, sosyodemografik özelliklerin yanı sıra, baş ağrısının süresi, sıklığı, biçimi, yeri, zamanı vb. özellikleri, eşlik eden belirtileri, olguların baş ağrısıyla baş etmede uyguladıkları yöntemleri, kullandıkları ilaçları, Migren Yeti Yitimi Değerlendirme Ölçeği (MİDAS) kriterlerini, 0-10 arasında değişen bir likert ölçeği ile baş ağrılarının şiddetini sorgulamaktaydı. Baş ağrısının değerlendirilmesi Uluslararası Başağrısı Topluluğu’nun (International Headach Society-IHS) tanı ölçütlerine göre yapıldı.²

İstatistiksel Analizlerde, SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 11.5 PC programı kullanıldı. İki bağımsız grubun karşılaştırılması Student T test ile yapıldı. Kategorik değişkenlerin analizinde Ki-kare testi (ve/veya Fisher’s exact test) kullanıldı. Sonuçlar Ortalama±SD olarak verildi. P < 0,05 değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

BULGULAR

Çalışma, yaş ortalaması $38,3 \pm 5,1$ (18-72) yıl olan, 38'i (%39,2) erkek, 59'u (%60,8) kadın olan, toplam 97 olguda gerçekleştirildi. Baş ağrısının başlangıç yaşı ortalaması $24,1 \pm 11,5$ (18-50) yıl, baş ağrısının süresi ortalama $7,5 \pm 9,6$ (1-48) saat, baş ağrısına karşı ilaç kullanma süresi ortalama $9,2 \pm 8,9$ (1-40) yıldır. Baş ağrısının başlangıç yaşı ortalaması erkeklerde $22,2 \pm 10,8$ yıl, kadınlarda $25,3 \pm 11,9$ yıl ($p > 0,05$), baş ağrısının süresi erkeklerde ortalama $6,4 \pm 8,0$ saat, kadınlarda $7,9 \pm 10,3$ saat ($p > 0,05$) bulundu. Baş ağrısına karşı ilaç kullanma süresi ortalaması erkeklerde $11,1 \pm 9,5$ yıl iken, kadınlarda $7,9 \pm 8,5$ yıl ($p = 0,04$) olarak bulundu. Erkek ve kadın olgularda, MIDAS skorları farklı değildi (Tablo 1).

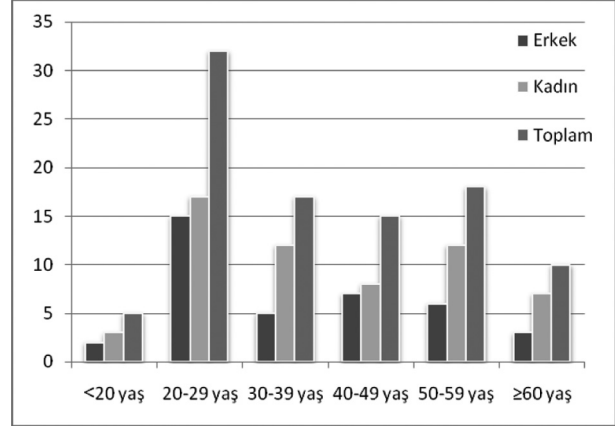
Tablo 1. Olguların cinsiyete göre demografik özellikleri

Parametre	Erkek (n = 38)	Kadın (n = 59)	P
Yaş (yıl)	$37,1 \pm 14,3$	$39,1 \pm 15,6$	$>0,05$
Başlangıç yaşı (yıl)	$22,2 \pm 10,8$	$25,3 \pm 11,9$	$>0,05$
Baş ağrısı süresi (saat)	$6,4 \pm 8,0$	$7,9 \pm 10,3$	$>0,05$
Son 3 ayda kaç gün	$6,1 \pm 6,2$	$7,0 \pm 6,7$	$>0,05$
İlaç kullanma süresi (yıl)	$11,1 \pm 9,5$	$7,9 \pm 8,5$	0,04
MIDAS skor	$4,6 \pm 5,6$	$4,9 \pm 8,4$	$>0,05$
Ağrı şiddeti	$5,3 \pm 1,9$	$5,2 \pm 1,8$	$>0,05$

Olguların %28,9'i ev hanımı (n = 28), %21,7'si memur (n = 21) olup, çoğu lise ve üzeri (n = 57, %58,8) eğitime sahipti. Evli olgular (n = 54, %55,7) çoğunlukta idi (Tablo 2). Baş ağrısı en fazla zonklayıcı (32 kişi, %33,0) tarzda olup, en çok ses (61 kişi, %62,9), fizik aktivite (37 kişi, %38,1) ve ışık duyarlılığı (34 kişi, %35,1) ile birlikte bulunmaktaydı (Tablo 3). Olguların %54,6'sı baş ağrısı için doktora gitmeden ilaç kullandıklarını (53 kişi, $p < 0,0001$) ve uyguladıkları yöntemin de çoğunlukla (57 kişi, %58,8, $p < 0,0001$) etkili olduğunu bildirdiler. Olguların kullandığı doğal yöntemler incelendiğinde, en sık kullanılan yöntemlerin bitkisel çay, dinlenmek ve uyumak olduğu belirlendi (Tablo 4).

Olgularımızın %50,1'i 20-29 yaş ve 30-39 yaş (49 olgu) aralıklarındaydı (Şekil 1). En sık kullanılan ilaçlar tek başına NSAİ (25 kişi, %25,8) ve parasetamol (20 kişi, %20,6) idi, ancak olguların

birçoğu bu ilaçları ikili, üçlü kombinasyonlar halinde de kullanıyordu (Şekil 2).



Şekil 1. Olguların cinsiyete göre yaş aralığı dağılımı

Tablo 2. Olguların cinsiyete göre sosyodemografik özellikleri

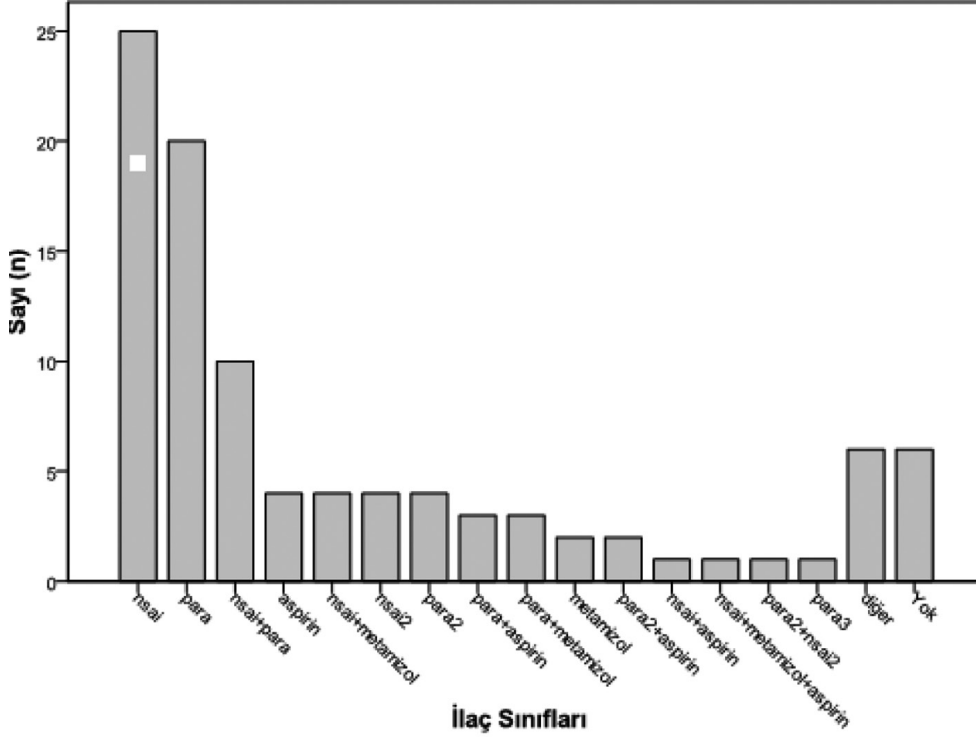
Parametre	Erkek (n = 38)	Kadın (n = 59)	P
Medeni durum			
Evli	20 (52,6)	34 (57,6)	$>0,05$
Bekar	14 (36,8)	20 (33,9)	
Dul	4 (10,6)	5 (8,5)	
Meslek			
Ev hanımı	-	28 (47,5)	$<0,001$
Memur	11 (29,0)	10 (16,9)	
Öğrenci	6 (15,8)	9 (15,2)	
Serbest	9 (23,7)	3 (5,1)	
Emekli	4 (10,5)	2 (3,4)	
Beden işçisi	3 (7,8)	3 (5,1)	
Diğer	5 (13,2)	4 (6,8)	
Eğitim			
Okur-yazar	-	9 (15,3)	0,015
İlköğretim	10 (26,3)	21 (35,6)	
Lise	19 (50,0)	15 (25,4)	
Yükseköğretim	9 (23,7)	14 (23,7)	
Spor			
Yapar	10 (26,3)	5 (8,5)	0,028
Yapmaz	24 (63,2)	52 (88,1)	
Bazen	4 (10,5)	2 (3,4)	

Tablo 3. Olguların baş ağrısı ile birlikte bulunan semptom ve bulgular

Baş ağrısı ile ilişkili	n	%	p
Ses hassasiyeti			
Var	61	62,9	<0,001
Bazen	12	12,4	
Yok	24	24,7	
Fizik aktivite			
Var	37	38,1	0,014
Bazen	19	19,6	
Yok	41	42,3	
Işık hassasiyeti			
Var	34	35,1	< 0,001
Bazen	13	13,4	
Yok	50	51,6	
Koku hassasiyeti			
Var	26	26,8	<0,001
Bazen	6	6,2	
Yok	65	67,0	
İştahsızlık			
Var	22	22,7	<0,001
Bazen	20	20,6	
Yok	55	56,7	
Bulantı			
Var	15	15,5	<0,001
Bazen	11	11,3	
Yok	71	73,2	
Kusma			
Var	9	9,3	<0,001
Bazen	3	3,1	
Yok	85	87,6	
Toplam	97	100	

Tablo 4. Olguların baş ağrısı ve kullandığı ilaçların özellikleri

	n	%	p
Baş ağrısının özelliği			
Zonklayıcı	32	33,0	<0,001
Sıkıştırıcı, batıcı, kesici	21	21,6	
Sızlama, yanma	9	9,3	
Kısmi, lokalize	9	9,3	
Diğer	26	26,8	
Baş ağrısı sıklığı			
Çok Sık	5	5,2	<0,001
Sık	31	32,0	
Nadir	37	38,1	
Çok nadir	24	24,7	
Baş ağrısının süresi			
1 saat	53	54,6	<0,001
2-4 saat	17	17,5	
5-11 saat	5	5,2	
>12 saat	22	22,7	
Tedavi yöntemi			
Doktora giderim	14	14,4	<0,001
İlaç kullanırım	50	51,6	
Doğal yöntemler	30	30,9	
İlaç ve Doğal yöntemler	3	3,1	
Kullandığı ağrı kesici (n)			
Yok	6	6,2	<0,001
1 ilaç	57	58,7	
2 ilaç	28	28,9	
3 ilaç	6	6,2	
Tedavi yararlı			
Çoğunlukla	57	58,7	<0,001
Az	29	29,9	
Hiç	3	3,1	
Yanıt yok	8	8,3	
Toplam	97	100	



Şekil 2. Olguların baş ağrısı için kullandığı ilaçlar.

*nsai: non-steroidal anti-inflamatuar ilaç, para: parasetamol,

**Aynı ilaçtan günde birden fazla ilaç kullanımı sayısal olarak gösterilmiştir. nsai 2: günde 2 kez ve ya 2 adet nsai alımı, para2: günde 2 kez ve ya 2 adet parasetamol alımı

TARTIŞMA

Baş ağrısının sıklığının belirlenmesi için alana dayalı çalışmaların birçoğu, farklı veri toplama yöntemleri kullanılarak yapılmıştır. Bu çalışmalardan elde edilen prevalans rakamları arasında çok büyük farklılıklar mevcuttur. Daha önce yapılan bazı migren prevalans çalışmalarının sonuçları %1,3 ile %33 arasında değişmektedir. Bu farklılık muhtemelen çalışmalar arasındaki yöntemlerin ve seçilen grupların değişik olmasından (örneğin vakalar arasındaki sosyo-ekonomik farklılıklar, kullanılan tanı kriterleri, baş ağrısının standardizasyonu) kaynaklanmaktadır. Tüm prevalans çalışmaları ve klinik deneyimler migrenin kadınlarda daha sık olduğunu göstermiştir (erkek-kadın oranı 1:2-3). Bu fark muhtemelen kadınlardaki hormonların farklılığından kaynaklanmaktadır. Migren, sıklıkla ikinci ve üçüncü dekadlarda ortaya çıkar. Artan yaş ile prevalans azalma gösterir.⁸⁻¹²

Aygül ve ark.⁹'nın Erzurum ve çevresinden gelen migrenli hastaların sosyodemografik özel-

liklerini belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada; 120 migren hastasında, erkek/kadın oranı 1:5'ti. Yaş ortalaması $32,2 \pm 10,7$ olan, olguların 23'ünde (%19,2) auralı migren, 97'sinde (%80,8) aurasız migren saptanmıştır. Kadınların 19'u (%19) auralı, 81'i (%81) aurasız; erkeklerin 4'ü (%20) auralı, 16'sı (%80) aurasız migren tanısı almıştır. Kadınlarda, migrenin menarşdan sonra artışında üreme ile ilgili hormonların başlatıcı bir faktör olduğunu düşündürmektedir.^{9,13}

Bizim çalışmamızda da tüm prevalans çalışmalarında olduğu gibi (erkek/kadın oranı = 38/59), kadın hakimiyeti vardır. Olgularımızın çoğunluğu da önceki çalışmalarda olduğu gibi en sık 20-29 yaş ve 30-39 yaş (49 olgu, %50,1) aralıklarındadır (Şekil 1). Bizim çalışmamızda, diğer bir pik de 50-59 yaş aralığında (18 olgu, %18,6) görülmüştür.

Ülkemizde yapılan alan veya poliklinik tabanlı çalışmalarda da benzer şekilde kadın oranı yüksek olarak bildirilmektedir. Bu oranın yüksekliği kadınların baş ağrısıyla doktora daha sık başvurdukları şeklinde açıklanmaktadır. Bununla birlikte kadınlara

rın ağrıya daha duyarlı oldukları ve daha fazla cevap verdikleri şeklinde görüşler de ileri sürülmektedir.⁸⁻¹² Aygül ve ark.⁹'nın Erzurum ve çevresinde yaptıkları çalışmada, baş ağrısı başlama yaşının ort. $23,12 \pm 9,5$ (6-57) yaşlar arasında değişmekte olduğu, erkeklerde ort. $21,8 \pm 10,4$; kadınlarda ort. $23,3 \pm 9,4$ yaşlarda başladığı tespit edilmiştir.

Bizim çalışmamızda da, baş ağrısının başlangıç yaşı ortalaması genel olarak $24,1 \pm 11,5$ (18-50) yıldır. Baş ağrısının başlangıç yaşı ortalaması erkeklerde $22,2 \pm 10,8$ yıl, kadınlarda $25,3 \pm 11,9$ yıl ($p > 0,05$), baş ağrısının süresi erkeklerde ortalama $6,4 \pm 8,0$ saat, kadınlarda $7,9 \pm 10,3$ saat ($p > 0,05$) olarak saptanmıştır. Baş ağrısına karşı ilaç kullanma süresi ortalaması erkeklerde $11,1 \pm 9,5$ yıl iken, kadınlarda $7,9 \pm 8,5$ yıl ($p = 0,04$) olarak bulundu (Tablo 1).

Aygül ve ark.⁹'nın çalışmasında olguların yüksek oranda (%80) şehir merkezinden geldikleri görüldü. Kırsal / kentsel alan oranı: 1/4'tü. Yaklaşık yarıya yakını (%46,7) 11 yıl ve üzerinde eğitim aldıkları öğrenildi. Hastaların büyük kısmı evli (%70,8) ve bunların içinde de çoğunluğu ev hanımları (%49,2) teşkil ediyordu. %80'i düşük veya orta gelir düzeyine sahipti. Olgularının yaklaşık yarısı ev hanımıydı. Bunun sebebini, bölgelerindeki kadınların büyük kısmının ev hanımı olmasına bağlamışlardır. Eski inanışların aksine son yıllardaki çalışmalarda, migren prevelansının gelirle ters bir ilişkisinin olduğu öne sürülmüştür.^{6,13,14} Stewart ve ark.⁶'larının çalışmalarında düşük gelir düzeyiyle migren prevelansı arasında güçlü bir ilişki bulunmuştur. Özellikle 30-49 yaş arası düşük gelirli kadınların yüksek risk altında olduklarını bildirmişlerdir. Martin ve ark.¹³ çalışmasında migrenli gruplar kendi içinde ayrı ayrı karşılaştırıldığında kadınlar ve kırsal kesimde ikamet edenlerde migren baş ağrısı özelliklerinin çok benzer olduğu ileri sürülmüştür. Ülkemizde yapılan poliklinik tabanlı çalışmalarda benzer oranlar verilmekte ve alan tabanlı bir çalışmada da migren baş ağrısının evli, yüksek okul mezunu ve kentsel alanda yaşayan kadınlar da istatistiki olarak anlamlı yüksek tespit edildiği bildirilmektedir.^{9,15,16,17} Bizim çalışmamızda da, Aygül ve ark.⁹'nın çalışmasında olduğu gibi, olguların çoğu ev hanımı (%28,9) ve memurdu (%21,7). Olgularımızın hepsi kent merkezinde ikamet etmekteydi ve çoğu lise ve üzeri (%58,8) eğitime sahipti. Evli olgular (%55,7) çoğunlukta idi (Tablo 2).

Migren baş ağrılarının yaklaşık %75'ini aurasız migren oluşturmaktadır. Olguların yaklaşık üçte birinde baş ağrısından önce bir auranın görüldüğü değişik yayınlarda bildirilmektedir. En sık vizüel aura görülür, sonra sırayla duysal, afazik ve motor aura görülür, bunlar izole olarak nadiren ortaya çıkar. %99'u vizüel auraya eşlik eder.^{15,16,18} Baziller migrende auralı migrenin bir subtipi olup beyinsapı veya oksipital loplardan kaynak alan en az 2 aura semptomuyla karakterizedir.¹⁹ Aygül ve ark.⁹'nın çalışmasında da, vizüel aura en yüksek (%68) sıklıkta görülürken, sonra sırasıyla vizüel-duysal (%24), saf duysal ve vizüel-vertijenöz aura tespit edilmiştir.

Migrende baş ağrısına otonomik bulguların eşlik etmesi sık gözlenir.²⁰ Bizim çalışmamızda, baş ağrısı en fazla zonklayıcı (%33,0) tarzda olup, en çok ses (%62,9), fizik aktivite (%38,1) ve ışık duyarlılığı (%35,1) ile birlikte bulunmaktaydı (Tablo 3). Olgular, baş ağrısı için çoğunlukla doktora gitmeden ilaç kullandıklarını (%54,6; $p < 0,0001$) ve uyguladıkları yöntemin de çoğunlukla (%58,8; $p < 0,0001$) etkili olduğunu bildirdiler (Tablo 4). En sık kullanılan ilaçlar tek başına NSAI (%25,8) ve parasetamol (%20,6) idi, ancak olguların birçoğu bu ilaçları ikili, üçlü kombinasyonlar halinde de kullanıyordu (Şekil 2). Olguların kullandığı doğal yöntemler incelendiğinde en sık kullanılan yöntemlerin bitkisel çay kullanmak, dinlenmek ve uyumak olduğu belirlendi.

Çoklu ilaç kullanımında ilaçların yan etki ve etkileşimleri de var olan patolojileri etkilemektedir. Eş zamanlı iki farklı ilacı birlikte alan kişilerde istenmeyen ilaç etkileşimi olasılığı %13 iken, dört ilaçta %38, aynı anda yedi ve daha fazla ilaç reçete edildiğinde ise bu olasılık %82'ye çıkmaktadır.²¹ Her görüşmede ilaçlar gözden geçirilmeli, reçetesiz satılan ve bitkisel ilaçlar sorgulanmalı, bütün değişiklikler hastayla tartışılmalıdır. Hastalardan sağlık kuruluşuna gelirken kullandıkları bütün ilaçları getirmelerini istemek önerilen bir yöntemdir.²² Mevcut durumda endikasyonu olmayan bir ilaç saptanırsa kesilmelidir. Tedavi rejimi basit olmalı, ilaç sayısı mümkün olduğunca sınırlandırılmalıdır. Mümkünse günde bir kez kullanılacak ilaçlar seçilmeli, seçenek varsa ilaç dışı tedavi düşünülmeli, mümkünse istenmeyen etkilerin tedavisi için yeni bir ilaç başlanmamalıdır.²³

Ülkemizde ağrı kesici kullanımının %12,0 ile en çok kullanılan ikinci ilaç grubu iken; dünyada

ilk beşte yer almamaktadır.²⁴ Toplum olarak çok rahat ağrı kesici kullanma alışkanlığımızın olduğunu gözlemlemekteyiz. Ülkemizde bu konudaki mevcut sorunları değerlendirdiğimizde sağlık hizmetlerinin sunumunda gereksiz ve yanlış reçete yazma oranlarının çok fazla olması, topluma yönelik bilgilendirme ve eğitimin yetersiz kalması, toplumda gereksiz yere ve israf düzeyinde ilaç kullanma ve bulundurma alışkanlığının yerleşmiş olmasını sayabiliriz. Ayrıca eczaneler genelinde gereksiz ilaç kullanımını teşvik ettiği düşünülen “mal fazlası” uygulamasının varlığı konunun farklı bir ticari boyutunu göstermektedir. Akılcı ilaç kullanımı eğitimlerinin hem hekimler hem de eczacılar için gerek mezuniyet öncesi gerekse mezuniyet sonrası yeterli düzeyde olmaması toplumda yoğun ağrı kesici kullanımının nedenleri arasında olduğunu söyleyebiliriz.

Sonuç olarak; baş ağrısının, her iki cinsiyette de ikinci on yılın başlarında başladığı, MİDAS skorlarının orta düzeyde olup, farklılık göstermediği, ancak kadın olgular, lise ve üzeri olgular ile evli olguların çoğunlukta olduğu belirlendi. Olguların çoğunun doktora gitmeden, birçok farklı veya aynı grupta yer alan ağrı kesiciyi kontrolsüz olarak kullandıkları için, birinci basamakta akılcı ilaç kullanımı eğitimlerinin hem hekimlere, hem de hastalara verilmesine gereksinim olduğu kanısına varıldı.

Teşekkür

İntern Doktorlar, Hilal Demir, Mehmet Fehim Doğru, Selin Göksu, Ahmet Fırat, Elif İlknur Ekici ve Mehmet Harun Deler'e çalışmada göstermiş oldukları çabalar için teşekkür ederiz.

KAYNAKLAR

1. Raj PP. Ağrı taksonomisi. In: Erdine S. (ed). Ağrı.1.Baskı. İstanbul, Nobel kitabevi; 2002:12-9.
2. Headache Classification Committee of the International Headache Society. Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facial pain. *Cephalalgia* 1998; 8 (suppl 7):1-96.
3. Kayhan Z. Ağrı Klinik Anestezi; İstanbul, Nobel Kitabevi; 2004:922-54.
4. Siva A. Baş Ağrısı Epidemiyolojisi Baş, Boyun, Bel Ağrıları Sempozyum Dizisi. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri 2002;30(1):9-14.
5. Aslantaş D, Metintaş S, Ünsal A, Kalyoncu C. Eskişehir kırsal kesim öğrencilerinde baş ağrısı sıklığı ve etkileyen etmenler *STED* 2007;16(1):1-6.

6. Stewart WF, Lipton RB, Celantano DD, Reed ML. Prevalence of migraine headache in the United States: Relation to age, income, race and other sociodemographic factors. *JAMA* 1992;267(1):64-70.
7. De Lissovoy G, Lazarus SS. The economic cost of migraine; present state of knowledge. *Neurology* 1994; 44 (suppl 4):556-62.
8. Türk Baş ağrısı Epidemiyoloji Çalışma Grubu. Headache Screening Survey. İstanbul; Piar-Gallup, Marketing Research Co, 1997:1-53.
9. Aygül R, Deniz O, Güzelcik M, Aslan Ş. Migrenli hastaların sosyodemografik profili. *MJAU* 2001;33(1):91-6.
10. Mavioğlu H, Karaca S, Yılmaz H, Korkmaz H, Artuğ R, Selçuki D. Baş ağrısı poliklinik hastalarının demografik ve klinik profili. *Düşünen Adam* 2000;2(1):110-15.
11. Lülecı A. Maltepe ilçesi doğurganlık çağındaki kadınlarda migren prevalansının araştırılması. Dr Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nöroloji Kliniği. Uzmanlık Tezi. Yöneticisi: Türk Börü Ü, İstanbul, 2004.
12. Yücel Y. Migren baş ağrısında tanı ve tedavi yaklaşımları. *Dicle Tıp Dergisi* 2008;35(3):281-86.
13. Martin BC, Dorfman JH, McMillan CA. Prevalence of migraine headache and association with sex, age, race, and rural/urban residence: a population-based study of Georgia Medicaid recipients. *Clin Ther* 1994;16(5):854-72.
14. Lipton RB, Stewart WF, Diamond S, Diamond ML, Reed M. Prevalence and burden of migraine in the United States: data from the American Migraine Study II. *Headache* 2001;41(7):646-57.
15. Mathew NT. Migraine. In: Evans RW, Mathew NT, eds. *Handbook of Headache*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2000: 22-60.
16. Russell MB, Fenger K, Olesen J. The family history of migraine. Direct versus indirect information. *Cephalalgia* 1996;16(3):156-60.
17. Bener A, Uduman SA, Qassimi EM, et al. Genetic and Environmental factors associated with migraine in schoolchildren. *Headache* 2000;40(2):152-7.
18. Smetana GW. The Diagnostic value of historical features in primary headache syndromes a comprehensive review. *Arch Intern Med* 2000;160(18):2729-37.
19. Ferrari MD. Migraine. *The Lancet* 1998;351(9108):1043-51.
20. Milanhoğlu A, Tombul T, Sayın R. Migrenlilerdeki semptomatik deri cevapları. *J Clin Exp Invest* 2011;2(1):16-21.
21. Gallagher P. Inappropriate prescribing in the elderly. *J Clin Pharmacy Therapeutics* 2007;32(2):113-21.
22. Fulton MM, Allen ER. Polypharmacy in the elderly: a literature review. *J Am Acad Nurse Pract* 2005;17(4):123- 32.
23. Yarış F, Dikici MF. Yaşlılarda ilaç kullanımı: düşük dozda başlayalım, yavaş yavaş artıralım. *Aile Hekimliği Dergisi* 2008;2(2). <http://www.ailehekimligidergisi.org/>
24. Akdağ R. Akılcı ilaç kullanımı. Sağlık Bakanlığı. <http://www.saglik.gov.tr/>