T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

Tez Yöneticisi
Doç. Dr. H. Nezih DAĞDEVİREN

EDİRNE İLİ MERKEZİNDE YAŞAYAN 18 YAŞ ÜSTÜ POPÜLASYONDA ORTOSTATİK ÖZELLİKLİ BAŞ AĞRISI PREVALANSI

(Uzmanlık Tezi)

Dr. Bülent KANDEMİR

EDİRNE-2010

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimimde ve tez çalışmam boyunca gösterdiği her türlü destek ve yardımlarından dolayı Anabilim Dalı Başkanı ve tez danışmanım Doç. Dr. H. Nezih Dağdeviren'e, yardımlarını ve katkılarını esirgemeyen Yrd. Doç. Dr. Serdar Öztora ve Yrd. Doç. Dr. Ayşe Çaylan' a, TÜTF' nin diğer Anabilim Dallarında görevli hocalarıma, araştırma görevlisi arkadaşlarıma tüm desteklerinden dolayı teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

GİRİŞ VE AMAÇ 1

GENEL BİLGİLER …..... 3

BAŞ AĞRISI PATERNLERİ .....……..... 3

Gerilim Tipi Baş Ağrısı 3

Migren 6

Spontan İntrakraniyal Hipotansiyon (SİH) Baş Ağrısı 8

SPONTAN İNTRAKRANİYAL HİPOTANSİYON SENDROMU 8

Epidemiyolojisi 8

Etiyoloji ve Patogenez 8

Tanı 11

GEREÇ VE YÖNTEMLER 15

BULGULAR 20

TARTIŞMA..... 50

SONUÇLAR 56

ÖZET 58

SUMMARY 59

KAYNAKLAR 60

EKLER

SİMGE VE KISALTMALAR

BOS : Beyin Omurilik Sıvısı

EGTBA : Epizodik Gerilim Tipi Baş Ağrısı

GTBA : Gerilim Tipi Baş Ağrısı

IHS : International Headache Society

İH : İntrakraniyal Hipotansiyon

KGTBA : Kronik Gerilim Tipi Baş Ağrısı

LP : Lumbal Ponksiyon

Mg : Magnezyum

NSAİİ : Nonsteroid Antiinflamatuar İlaçlar

SİH : Spontan İntrakraniyal Hipotansiyon

SSGİ : Selektif Serotonin Geri alım İnhibitörleri

VKİ : Vücut Kitle İndeksi

GİRİŞ VE AMAÇ

Spontan intrakraniyal hipotansiyon (SİH), spontan spinal beyin omurilik sıvısı (BOS) kaçağından kaynaklanan ve nadir görülen bir rahatsızlıktır (1). Teşhis konulması zor bir hastalıktır. Prototip klinik belirtiler, ortostatik baş ağrısı ve BOS basıncıyla nitelendirilmektedir.

Spontan intrakraniyal hipotansiyon, nörolojik literatürde açık bir şekilde tanımlanmasına rağmen, genellikle baş ağrısı tanı ve tedavi incelemelerinde ve dâhiliye literatüründe bahsedilmemiştir (2,3).

Spontan intrakraniyal hipotansiyon ilk olarak 1938 yılında Alman nörolog Georg Schaltenbrand tarafından "aliquorrhoea" olarak tanımlanmıştır (4). Daha sonraları bu tanımın düşük basınç altında olduğu fark edilerek "hypoliquorrhoea" terimi kullanılmaya başlanmıştır (5).

Ortostatik hipotansiyon, bireyin yatar pozisyondan oturur pozisyona geçmesine veya aniden ayağa kalkmasına bağlı olarak gelişen bir semptomdur (6,7).

1950'li yıllardan sonra intrakraniyal hipotansiyon (İH) terimi kullanılmıştır. BOS açılış basınçları her zaman düşük olmadığı için SİH hastalarında BOS hipovolemisi olarak kullanılmıştır. SİH olgularının çoğunluğunda spontan spinal BOS kaçağı tercih edilen bir terim olmaktadır.

Uluslararası Baş Ağrısı Komitesi [International Headache Society (IHS)], İH en önemli belirtisi olan postüral baş ağrısını; dik postürde 15 dakikadan kısa bir sürede ortaya çıkan veya şiddetlenen, yatar pozisyonda da 30 dakikadan daha az sürede hafifleyen veya geçen baş ağrısı olarak tanımlamıştır (8). İH, BOS basıncının 60 mmH2O ve altında olmasından kaynaklanır (8,9). BOS basıncının normal sınırları yaklaşık olarak 60-180 mmH2O'dur (10). Bazı

hastalarda tipik semptomlar görülmesine rağmen, normal BOS basıncı görülmektedir (11-17). Birçok vakada bazı bulgularda semptom süresi ve BOS bulguları arasındaki ilişki tam olarak kanıtlanmamıştır (12,13,15,17,18).

İntrakraniyal hipotansiyonun diğer baş ağrısına sebep olan hastalıklardan farklı belirti, bulgu, tanı ve tedavi yöntemi olması ayrıca dünya üzerinde hastalığın prevalansını saptamaya yönelik toplum kaynaklı saha çalışmalarının yetersizliği sebebiyle Edirne şehir merkezinde ortostatik özellikli baş ağrısı prevalansını saptamaya yönelik bir saha çalışması planladık. Planladığımız bu çalışmada, kullandığımız anketlerin dünya standartlarına uygun olmasına ve anket verilerinin doğru yorumlanmasına dikkat ettik.

GENEL BİLGİLER

Baş ağrısı tüm ağrılar içinde, insanları etkileyen, yaşam boyunca karşılaşma riski yüksek olan bir semptomdur. Baş ağrısı, başta yerleşmiş tüm ağrıları içine alır ama pratikte uygulanması sadece kraniyum yapısının içinde olan rahatsızlıkla sınırlı olduğu belirlenmiştir (19).

Baş ağrısı değişik nedenlerle ortaya çıkan, sık gözlenen bir semptomdur. Baş ağrısı türleri olarak migren, küme baş ağrısı ve Gerilim Tipi Baş Ağrıları (GTBA) gibi primer baş ağrısı türleri bulunmaktadır. En sık karşılaşılan baş ağrısı tipi GTBA'dır. Toplumda %30-40 oranında görülmektedir (20).

1. BAŞ AĞRISI PATERNLERİ

1.1. Gerilim Tipi Baş Ağrısı

Tüm baş ağrısı nedenlerinin arasından gerilim tipi baş ağrısı en sık görülen baş ağrısı tipidir (21). Yapılan araştırmalar sonucunda görülme sıklığı, %30-86 arasında değişmektedir (22-25). Epizodik ve süreğen olarak iki gruba ayrılır (20,26). IHS 2004 sınıflanmasında Epizodik Gerilim Tipi Baş Ağrısı (EGTBA) ve Kronik Gerilim Tipi Baş Ağrısı (KGTBA) formları da eklenmiştir (27). En sık görülen epizodik olanıdır. Kronik gerilim baş ağrısı sıklığı ise %2-4 olarak tespit edilmiştir (23,28). Ortaya çıkma yaşı 20 yaş civarıdır. Bazılarında ise 10 yaşından itibaren başlar.

Cinsiyet açısından bakıldığında, migrende olduğu gibi çok belirgin olmamakla beraber, kadınlarda daha sık görülür (29).

Rasmussen ve ark. (30)'nın yaptıkları çalışmaya göre hastaların %23'ü yılda 8 ila 14 gün arasında ataklara maruz kalırken, %36'sında ayda birkaç atak olduğu tespit edilmiştir. Lavados ve Tenhamm (31), epizodik gerilim tipi baş ağrısının sıklığıyla ilgili yapılan değişik çalışmalarda kadınların %32,7, erkeklerin ise %36'sının her ay için 2 ila 4 arasında ataklar yaşadığı sonucuna ulaşırken, Schwartz ve ark. (32)'nın yaptığı çalışmada hastaların %71,8'inin yılda 30 veya daha fazla atağa maruz kaldığı saptanmıştır.

Gerilim tipi baş ağrısının kaynağının psikojenik olduğu düşünülürken, ICHD sınıflandırmasının ardından yapılan çalışmalarda periferik ağrı mekanizmasının epizodik gerilim tipi baş ağrısında, merkezi ağrı mekanizmasının ise kronik gerilim tipi baş ağrısında önemli roller üstlendikleri belirlenmiştir (33).

Gerilim tipi baş ağrısını tetikleyen faktörler; fiziksel ve psikososyal stres, menstrüasyon, postür bozuklukları, anksiyete, depresyon ve somatoform bozukluklardır (34).

Gerilim tipi baş ağrısının herhangi bir prodrom belirtisi veya aurası yoktur. Ağrı belirtileri; künt, acıyıcı, zonklayıcı olmayan, gerginlik, sıkışma veya basınç hissi şeklinde ve hafif-orta şiddette özelliklerin varlığında klasik GTBA tanısı olarak belirtilebilir (35).

Süreğen GTBA belirtilerine bakıldığında; bilateral lokalizasyon, basınç ağırlık tarzında zonklayıcı değil (künt), hafif veya orta şiddette, yürüme gibi günlük aktivitelerde artmayan ağrı tiplerinden en az ikisinin varlığı, ağrıya bulantı ve kusmanın eşlik etmemesi, fotofobi veya fonofobiden birden fazlasının olmaması, altta yatan sistemik veya nörolojik bir bozukluğun olmamasının en az ikisinin varlığında görülebilir ve bir ayda 15, bir yılda ise 180 günden fazla ağrılı gün olması, bu durumun 6 aydır devam ediyor olması belirgin özelliklerindendir (26).

Klinik bulgularına bakıldığında; miyofasiyal mekanizmalar GTBA patofizyolojisinde önem taşımakta ve perikraniyal miyofasiyal yapılarda hassasiyet en karakteristik klinik bulgularındandır (36,37). Baş ağrısının tetiklenmesinde; perikraniyal kaslardan kaynaklanan noziseptif uyarıların baş ağrısına neden olduğu düşünülmektedir (36).

Gerilim tipi baş ağrısı 30 dakika ile günlerle ifade edilen uzunluklarda sürebilir. Ağrı hafif veya orta şiddette; sıkıştırma, basınç ve künt karakterde tarif edilebilir. Schwartz ve ark. (32)'nın yaptıkları bir çalışmada; hastalardan ağrı şiddetinin 1 ila 10 skalasında derecelendirilmesi istenir, 1-3 hafif, 4-7 orta, 8-10 ağır olarak kabul edilmiş, çalışmanın sonucunda ise hastaların %24,9'u ağrılarının hafif olduğu, %62,2'sinin orta olduğu, %12,8'inin ağır olduğu tespit edilmiştir.

Epizodik GTBA hastalarında baş ağrısı sırasında dolaşımdaki plazma epinefrin, norepinefrin ve dopamin düzeyleri de daha düşük bulunduğu saptanmıştır (34). KGTBA

hastalarında ise, trombosit GABA düzeyleri migren ve sağlıklı kontrollere göre anlamlı yüksek olduğu belirlenmiştir (38).

Gerilim tipi baş ağrısında tedavi iki yönlüdür. İlaç tedavisi ve ilaçsız tedavidir. İlaçlı tedavi, akut ve profilaktik tedavi olarak ikiye ayrılır.

Gerilim tipi baş ağrısı akut tedavisinde; epizodik tipte ağrı atağı sırasında, kronik tipte ise ağrının kötüleştiği dönemlerde uygulanan semptomatik tedavi olarak belirtilir. Tedavide, analjezikler (aspirin, parasetamol, metamizol sodyum) veya nonsteroid antiinflamatuar ilaçlar (ibuprofen, flurbiprofen, naproksen, diklofenak gibi) kullanılmaktadır. Yapılan bir çalışmada gerilim tipi baş ağrısı hastalarının %98'inin analjezik kullandığı, bu analjeziklerin ise %56' sının asetaminofen, %15'inin asetil salisilik asit olduğu sonucu çıkmıştır (39). Son yıllarda yapılan çalışmalarda gerilim tipi başağrısında akut tedavide öncelikle nonsteroid antiinflamatuvar ilaçların (NSAİİ) kullanımında artış olduğu gösterilmiştir Ketorolak, diklofenak veya indometazin, etkili olmasına karşın üzerinde az çalışılan NSAİİ' dir. Periferde kas gevşetici etkisi olan ilaçların ise GTBA'nın tedavisinde olumlu yönde etkisi olduğu belirlenmiştir (40).

Dahlöf ve Jacobs (41) yaptıkları çalışmada, 50 mg ketoprofen, 500 mg ve 1000 mg'lık parasetamol ile plasebo kullanarak gerilim tipi baş ağrısı hastalarının semptomatik tedavisinde ketoprofen ve parasetamol'ün etkilerini karşılaştırmışlar ve sonuçta ketoprofenin parasetamolden daha etkili olduğunu saptamışlardır.

Gerilim tipi baş ağrısında akut tedavide magnezyum (Mg) eksikliğinin baş ağrısı patofizyolojisinde rol oynadığından şüphelenilmektedir. Baş ağrısı ataklarında hastaların %50' sinden fazlasında iyonize Mg düzeylerinin azaldığı bazı çalışmalarda saptanmıştır. Bu hastalara Mg verilmesiyle birlikte akut ağrıda hızlı bir iyileşme olduğu belirlenmiştir (42).

Gerilim tipi baş ağrısı tedavisinde diğer yöntem profilaktik tedavidir. Profilaktik tedavi, trisiklik antidepresan ve selektif seratonin geri alım inhibitörleri (SSGİ) olarak belirlenmiştir. Trisiklik antidepresan olan amitriptilin, kronik miyofasyal ağrıyı içeren değişik kronik ağrı tiplerinin tedavisinde kullanılır. GTBA hastalarında da kullanılan amitriptilin bilinen en yaygın profilaktik ajandır. Profilaktik ajanların, merkezi sinir sistemindeki seratonin ve noradrenalin geri alım inhibisyonunun, ağrının kontrolünde önemli bir rolü olduğuna inanılmaktadır (43).

Selektif serotonin geri alım inhibitörlerinin KGTBA'nın tedavisinde etkili olduğu belirlenmiştir. Bu SSGİ'ler; paroksetin, venlafaksin ve fluoksetindir (44,45). Gerilim tipi baş ağrısının üzerine yapılan çalışmalarda ilaçsız tedavi yöntemlerinin faydalı olduğu saptanmıştır. Linde ve ark. (46) tarafından 2317 kişi üzerinde yapılan çalışmalarda sık gerilim tipi baş ağrısı ve kronik gerilim tipi baş ağrısı tedavisinde nitelikli bir ilaçsız tedavi yönteminin varlığı

bildirilmiştir. Melchart ve ark. (47)'nın yapmış oldukları çalışmada ise plasebo olarak algılanabilecek olan minimal akupunktur (yani etkin olmayan noktalara çok çok ince iğnelerin batırılması) ile tedavi maksatlı akupunktur uygulamalarının birbirine yakın sonuç verdiği belirlenmiştir. Heinz ve ark. (48)'nın yaptıkları çalışmalarda da bazı belirsizliklerle karşılaşılmış ve istatistikî anlamlılık olduğu görülmüştür.

Nishimura ve ark. (49) tarafından, geleneksel Çin tedavisinden yola çıkarak Japonlarca adapte edilen ve Japonya'da resmi olarak kullanılan bir herbal tedavi yöntemi olan Kampo tedavisi ile ilgili bir çalışma yapılmıştır. Buna göre gerilim tipi baş ağrısı hastası olan 13 yaşında bir kıza 11 ay boyunca "saikokaryukotsuboreito" formülü verilmiş, formulün alınmasıyla atakların ve diğer septomların yok olduğu, görülmüştür. 11 aylık tedavi sürecinin ardından geçen 3 yılda ise atakların tekrarlamadığı saptanmıştır.

Vernon ve McDermaid (50)'in epizodik gerilim tipi baş ağrısının şiropraktik tedavisine yönelik yaptıkları çalışma, şiropraktik yöntemlerden bazılarının tedavide etkili olduğu yönünde bulgular sunmaktadır. Çalışmada bulunan en etkili şiropraktik yöntemler: üst servikal bölgeye yapılan manipülasyonlar, üst servikal yumuşak doku terapisi ve boyun germe hareketleridir. Dorso-lomber ve pelvik-omurga terapi modaliteleri ile "sistemler" tekniğinin ise daha az etkili olduğu gözlemlenmiştir.

Gunreben-Stempfle ve ark. (51)'nın yaptığı çalışmalarda, yoğun multidisipliner yaklaşımın gerilim tipi ve migren baş ağrısı tedavisinde oldukça etkili olduğu belirlenmiştir. Sauro ve Becker (52)'in Kanada'da yaptığı çalışmada da benzer bulgular saptanmıştır.

Holroyd ve ark. (53)'nın amitriptilin ve davranışsal terapinin kronik gerilim tipi baş ağrısına etkisi üzerine yaptıkları araştırmada, amitriptilin ve stres yönetimi tekniğinin birleşik olarak kullanılmasının ağrının sıklığı, yoğunluğu ve analjezik tüketimini azalttığı belirlenmiştir.

1.2. Migren

Migren, baş ağrıları içinde en fazla iş gücü kaybına neden olan baş ağrısıdır. Migren türleri auralı ve aurasız olmak üzere iki gruba ayrılır. Migren ağrılarının %70'ini aurasız migren oluşturmaktadır (54).

Migrende baş ağrısı atakların %60'ının ayda bir ya da daha seyrek olduğu, %10' unda ise atakların ayda 5 ve daha fazla olduğu saptanmıştır (55).

Migren genellikle çocukluk ve ergenlik döneminde başlar ve yaş ilerledikçe sıklığı azaldığı görülmektedir. Bazı yapılan çalışmalarda, 13 yaşından önce kız ve erkek çocuklar

arasında migren insidansı arasında fark belirlenmemiştir. Pubertenin başlamasıyla doğurganlık çağındaki kadınlarda prevalansın %15' i geçtiği saptanmıştır (54).

Migren prevalansındaki cinsiyet farklılıklarının nedeni tam olarak anlaşılamamıştır, ancak kadın ve erkek cinsiyeti arasındaki hormonal farklılıklara bağlı olabileceği düşünülmektedir (55).

Stewart ve ark. (56)'nın yaptığı bir çalışmada, migren prevalansının Amerika'da yaşayan Kafkas kökenli kadınlarda (%20,4), Afrikalı (%16,2) ve Asyalı (%9,2) kadınlardan daha yüksek olduğu belirlenmiş ve erkeklerde de benzer bulgular elde edilmiştir. Bu çalışma sonucunda ırksal özelliklere dikkat çekilmiş ve genetik yatkınlık desteklenmiştir.

Migrenin evreleri incelendiğinde; öncül evre, aura evresi, baş ağrısı evresi ve ağrı sonrası evre olarak tanımlanmıştır.

Migrenin öncül evresi belirtileri; nöropsikolojik, sistemik otonom olarak ikiye ayrılmıştır. Nöropsikolojik belirtilere bakıldığında, aşırı duyarlılık, tepkisellik, depresif duygu durumu, öfori, nadiren hiperaktivite, durgunluk, konsantrasyon güçlüğü ve dikkatte azalma, kelime bulma güçlüğü, konuşurken takılma, artmış ışık ses koku duyarlılığı, esneme uyuma isteğidir. Sistemik otonom belirtiler ise ense sertliği, halsizlik, açlık, tatlı yeme isteği, iştah artışı veya iştahsızlık, poliüri, ödem, pollaküri, batın distansiyonu, konstipasyon veya diyaredir (35).

Migrenin aura evresi; baş ağrısı atağından önce çıkan, 4 – 60 dakika arasında süren ve tamamen düzelen, takiben hemen veya 60 dakika içerisinde görülmektedir (37,57). Baş ağrısı evresi; olguların %30'unda başlangıçtan itibaren iki yanlı olarak görülür. Derin uykunun çoğunlukla ağrının kesilmesine yol açtığı belirlenmiştir (58,59).

Migren baş ağrısının, genetik yatkınlığı olan kişilerde endojen, eksojen faktörlerle tetiklenen nöronal vasküler olaylar zinciri sonucu ortaya çıkmaktadır. Migren patofizyolojisinde vasküler teoriden uzaklaşılmış, integre nörovasküler teori benimsenmiştir (60). Nöral olaylar sonucu ağrıya duyarlı yapılarda kan damarlarının dilate olduğu ve daha fazla trigeminal sinir aktivasyonuna ve ağrıya yol açtığı belirlenmiştir (61-63).

Migren hemen hemen her yaşta görülebilir. İlk atak gençlik çağında olmakta ve 40'lı yaşlara kadar hastaların %90'ında ilk atağın geçirildiği saptanmıştır. En sık 25-55 yaşlar arasında görülmektedir (64).

Migren tedavisinde amaç; atakların sıklığının, süresinin ve şiddetinin azaltılması migrenden kaynaklanan kayıpların azaltılması ve yaşam kalitesinin arttırılması, ilaç aşırı kullanımının engellenmesi, migrenliyi normal fonksiyonlarına geri döndürmek, hastanın hastalığı ve tedavisi konusunda bilgilendirilmesini sağlamaktır (65).

1.3. Spontan İntrakraniyal Hipotansiyon Baş ağrısı

1930'lu yıllarda spontan düşük BOS miktarı ilk Alman nörolog Georg Schaltenbrand tarafından "aliquorrhoea" olarak tariflenmiştir (4). Lomber ponksiyon sonucunda BOS örneği elde edilmemesini açıklar. SİH hastalarında BOS açılış basınçları her zaman düşük olmadığı için BOS hipovolemisi de kullanılmaktadır. SİH olgularının tamamı ya da çoğunluğunda spontan spinal BOS kaçağına bağlı geliştiği için spontan spinal BOS kaçağı tercih edilen terimdir.

2. SPONTAN İNTRAKRANİAL HİPOTANSİYON SENDROMU

2.1. Epidemiyoloji

Spontan intrakraniyal hipotansiyonun nadir bir hastalık olduğu düşünülürken, yeni araştırmaların bulguları tam tersine genç ve orta yaşlı bireylerde gelişen baş ağrısının sebebi olduğu belirlenmiştir. Schievink ve ark. (66)'nın yaptığı çalışmada SİH prevalansı 50000' de bir olarak hesaplandığı saptanmıştır. Yakın bir zamanda yapılan bir çalışmada acil servise başvuran hastaların radyolojik bulguları gözden geçirildiği zaman subaraknoid kanama sıklığının yarısı kadar SİH gözlendiği (100000'de 5) saptanmıştır (67). SİH bulguları genellikle 50-60' lı yaşlarda görüldüğü belirlenmiştir. İnsidans en yüksek değere ise 40'lı yaşlarda ulaşmaktadır (66). SİH cinsiyet üzerinden incelendiğinde, kadınlar erkeklerden 1,5:1 oranı ile daha sık etkilenmektedir.

2.2. Etiyoloji Ve Patogenez

Spontan intrakraniyal hipotansiyonun spinal BOS kaçağına bağlı olarak geliştiği kabul edilmektedir. SİH teşhisi zor bir hastalık olduğu için, spinal BOS lokal bir rahatsızlık vermediği sürece gözden kaçabilir.

Spontan intrakraniyal hipotansiyonun başka bir özelliği ise; BOS'un steril spinal epidural venöz pleksus ve perispinal yumuşak doku tarafından absorbe edilmesi sonuncunda menenjit riski artmaktadır.

İntrakraniyal hipotansiyon, klinik ve radyolojik bulguları belirten otore ve rinore olgularında spinal BOS kaçağının da araştırılması uygun olur. Çünkü BOS kaçağının da etkilerinden biri baş ağrısıdır. Spontan spinal BOS kaçağının sebebi tam olarak bilinmemektedir. BOS kaçağının spinal meninkslerdeki zayıflıktan şüphelenilmektedir (68). Cerrahi işlem sırasında dura delikleri, divertikülleri ve normal spinal sinir köklerini çevreleyen duranın tamamen yokluğu saptanabilmektedir (61,62,66).

Vasküler tipte olan baş ağrısı belirtileri olarak; boyun ağrısı, interskapular ağrı, bulantı, kusma, baş dönmesi, horizontal diplopi, işitme değişiklikleri, görme bozuklukları, yüzde uyuşma, üst ekstremitelerde güçsüzlük gibi semptomlardır (6).

İntrakraniyal hipotansiyonun tipik manyetik rezonans görüntüleme bulguları;

a. Subdural sıvı akümülasyonu
b. Pakimeningeal boyanma
c. Venöz konjesyon
d. Hipofiz hiperemisi
e. İntrakraniyal herniasyon olarak sıralanabilir (69-71).

Baş ağrısı, farklı birçok teşhisin konduğu, ayakta tedavisi yapılan yaygın bir problemdir. Özellikle gençlerdeki çoğu baş ağrısı intrakraniyal bir hastalığın sonucu değildir, özellikle baş ağrıları kronikse bunların stres ve vasküler baş ağrıları olduğu düşünülür. En yaygın vasküler baş ağrısı türü yaygın migrendir. Diğer türleri ise klasik migren, küme tipi baş ağrısı, öksürük baş ağrısı, efor baş ağrısı ve post-koital baş ağrılarıdır. Yeni ortaya çıkmış ve akut baş ağrıları bazı ciddi intrakraniyal rahatsızlıkların olabileceğine dikkat çekmektedir. Bu olasılıklar enfeksiyon (menenjit, ensefalit veya beyin apsesi), kanama (subdural, subaraknoid veya intraserebral) ve tümördür (iyi huylu primer beyin tümörü, kötü huylu primer beyin tümörü veya metastatik tümör).

Kronik migren (KM) ve KGTB arasındaki ilişkiyi doğru bir biçimde değerlendirmek için konuyla doğal olarak alakalı iki yönünü ele almamız gerekmektedir. Bunlardan birincisi aurasız migren ve epizodik gerilim tipi baş ağrısı arasındaki bağlantıdır ve ikincisi ise kronik günlük baş ağrılarının (KGB) karakterizasyonudur (72).

Spontan intrakraniyal hipotansiyon temel bir klinik özelliği olan yeni başlamış bir baş ağrısının türüdür. Bu özellik de hasta yattığında hemen etkili bir rahatlık sağlayan, fakat otururken veya ayaktayken tekrarlayan ağrılardır. Baş ağrısının bu özelliği bilinen lomber ponksiyon sonrasında görülen baş ağrısına benzer fakat lomber ponksiyon öyküsü yoktur. Lomber ponksiyon, hekimlerin BOS örneği elde etmek için başvurdukları bir girişimdir. Fakat mevcut pnömosefalusu arttırabileceği ve çok kısa zamanda hastada herniasyona kadar gidebilecek önemli sorunlara yol açabilirler (73).

Lomber ponksiyon yapıldığında kesin bir teşhis için düşük açılış basıncının görülmesi gerekir. Eğer en katı teşhis kriteri izleniyorsa bu basınç BOS basıncı 70 mmH2O hatta belki de 30 mmH2O altında olmalıdır. Gösterilen BOS basıncı doğru bir şekilde yansıttığını doğrulamak için spinal sıvı Valsalva manevrasıyla serbest bir şekilde akmalıdır; eğer bu olmuyorsa o zaman spinal bir blok olabilir veya iğne yanlış yerleştirilmiştir. Stile iğneden

çekildiğinde bir emme sesi duyulabilir ve görüntüleme çalışmaları subaraknoid boşluktaki havayı gösterebilir (7).

Baş ağrısı karakteristik açıdan iki taraflıdır ve arka, holokraniyal veya ön kısımda olmak üzere değişiklik gösterir. İlişkili semptomları arasında baş dönmesi, bulantı, kusma, bulanık görme, fotofobi, boyun tutulması ve boynun fleksiyonu ile ortaya çıkan oksipitoservikal ağrı sayılabilir. Bu karışıklık iki taraflı subdural hematomlara dair kafalarda soru işareti yaratmıştır fakat fokal nörolojik bulgular veya krizler, diğer teşhislerin düşünülmesini gerektirecek biçimde çok fazla belirtilmemiştir (7).

Beyin omurilik sıvısı genellikle normaldir fakat artmış protein (genellikle litre başına 1 gramdan az [100 mg dl başına]) veya anormal sayıda hücre (özellikle eritrositler ve bazen de lökositler) bulunabilir. BOS'da artan miktarda bulunan eritrositler birçok nedenden kaynaklanmaktadır ki bunlar BOS içerisinde eritrositlerin kan sızımıyla birlikte beyin ve omurilik zarlarının kabul edilen kan hücumu, traksiyonla köprü kortikal damarların mekanik bozulması ve bilinmeyen travmatik lomber ponksiyonda özellikle iğneden BOS akışı yavaş olan veya hiç olmayan hastalarda meydana gelebilir (2,74).

Bell ve ark. (2) intrakraniyal hipotansiyon sendromunu beş ayrı gruba ayırmışlardır. Bunlar primer veya spontan intrakraniyal hipotansiyon, post-lomber ponksiyon sonrası kafa yaralanmasını takiben, kraniyotomi sonrası ve ciddi intravasküler hacim kaybına bağlı intrakraniyal hipotansiyondur. Spontan ve kraniyotomi sonrası görülen türü muhtemelen dural yırtılma esnasındaki BOS kaçağından kaynaklanmaktadır. Son türü olan ciddi intravasküler hacim kaybı da, ya vasküler kompartmandaki azalmış intrakraniyal hacimden ya da koroid pleksusun azalmış BOS üretiminden kaynaklanabilir (75).

Spontan intrakraniyal hipotansiyon sendromundaki azalmış intrakraniyal basıncın nedeni bilinmemektedir fakat hiposekresyon, hiperabsorbsiyon veya dural yırtılma esnasındaki sızıntı olmak üzere buna dair üç temel hipotez bulunmaktadır. Schaltenbrand (1938'de bu baş ağrısını ilk tanımlayan kişi) bunun en olası nedeninin, azalmış intrakraniyal basıncın koroid pleksusun azalmış BOS salgılanmasının bir sonucu olduğunu düşünmektedir (76). Bu hipotezin lehine olan belki de en güçlü argüman bazı durumlarda belirtilen persistant BOS ksontokromisi olduğudur (11). Hiperabsorbsiyon hipotezini desteklemek için izotop sisternografi bazı kanıtlar öne sürmüştür fakat bazen de hastalık geçmişi klinik bulgular veya radyonüklit görüntüleme ekstradural BOS kaçağı konseptini desteklemektedir (77-79). Hiçbir teori her bir vakanın tüm özelliklerini açıklayamaz ve en muhtemeli bunun birçok nedeni olan bir sendrom olduğudur.

Spontan spinal BOS kaçağının etyolojisi ve patogenezi multipldir. Örneğin olguların üçte birinde küçük travmaların varlığının belirlendiği ve bunun nedeninde mekanik faktörlerin önemli olduğunu belirtilmektedir (68,80-83).

Spontan spinal BOS kaçağının nedenlerinin başında en önemlisi, bağ dokusu hastalıklarının olduğu birçok çalışmada belirtilmiştir (78,80-85). Yapılan bir çalışmada fizik muayene bulguları sonucunda altta yatan bağ dokusu hastalığına olguların üçte ikisinde rastlandığı saptanmıştır (83).

2.3. Tanı

2004 yılında yayınlanan uluslararası baş ağrısı sınıflamasındaki (ICHD-II) kriterlerin SİH tanısını tam olarak yansıtmadığı belirlenmiştir. SİH'ın birçok radyolojik ve klinik bulguları mevcuttur. Bunun sebebi de olguların tamamında 15 dakika oturma ve ayakta kalma ile ortaya çıkan ortostatik baş ağrısının 72 saat içinde tamamen geçmesinin izlenmemesinden kaynaklanır. İH için radyolojik ve klinik bulgular üzerine yeni tanısal kriterler belirlenmiştir (84).

Tablo 1. Uluslararası baş ağrısı klasifikasyonuna göre intrakraniyal hipotansiyon için tanı kriterleri

A. Aşağıdakilerden en az birini ve kriter D'yi dolduran, yatarken oturma veya ayağa kalkmadan sonra 15 dakika içinde kötüleşen yaygın baş ağrısı:
1. Boyun sertliği
2. Kulak çınlaması
3. İşitme kaybı
4. Fotofobi
5. Bulantı
B. Aşağıdakilerden en az biri:
1. Düşük BOS basıncına ait Magnetik Rezonans bulgusu (örneğin; dural kontrastlanma)
2. BOS kaçağının konvansiyonel myelografi, Bilgisayarlı Tomografi, myelografi veya sisternografi ile gösterilmesi
3. Oturur pozisyonda 60 mmH2O'dan düşük BOS açılış basıncı
C. Lomber ponksiyon veya BOS fistülü anemnezi olmaması
D. Epidural kan yamasından sonra 72 saat içerisinde düzelen baş ağrısı

BOS: Beyin omurilik sıvısı

Tablo 2. İntrakranial hipotansiyon için gözden geçirilmiş tanı kriterleri

A. BOS kaçağının gösterilmesi (örneğin ekstratekal BOS varlığı), veya kriter A doldurulmadıysa
B. İntrakranial hipotansiyonun kraniyal bulguları (örneğin subdural koleksiyon, dural kontrastlanma gibi) ve aşağıdakilerden en az biri:
1. Düşük BOS açılış basıncı (<60 mmH2O)
2. Spinal meningial divertiküller
3. Epidural kan yaması sonrasında semptomlarda azalma, veya kriter A ve B doldurulamadıysa
C. Aşağıdakilerden hepsi veya eğer tipik baş ağrısı mevcut ise en az ikisi:
1. Düşük BOS açılış basıncı (<60 mmH2O)
2. Spinal meningeal divertiküller
3. Epidural kan yaması sonrasında semptomlarda azalma
Semptomların başlangıcında lomber ponksiyon veya travma öyküsü dışlanmalıdır.

BOS: Beyin omurilik sıvısı

Yapılan bir çalışmada; omurilik sıvısı spontan kaçağı ve intrakraniyal hipotansiyonu olduğu belirlenen bir grup ardışık hastaya uygulanmıştır. Aşağıdaki tanı kriterleri geliştirilmiştir (85).

A Kriteri: Spinal görüntülemedeki omurilik sıvısı kaçağının gösterimidir. Görüntüleme yaklaşımı Bilgisayarlı Tomografi (BT) miyelografisini, Manyetik Rezonans (MR) görüntüsünü, MR miyelografisini veya radyonüklit sisternografisini kapsamaktadır ve ekstratekal BOS'un varlığını kanıtlamalıdır. Omurilik sıvısı kaçağı için BT miyelografisinde böbreklerdeki kontrastın erken ortaya çıkışı veya radyonüklit sisternografide mesanede ve böbreklerdeki izotopun erken alımı gibi indirekt bir kanıt teşhis için yeterli değildir.

A kriteri karşılanmadığında B kriteri: Spontan intrakraniyal hipotansiyonun kraniyal MR görüntüleri değişiklikleri ve aşağıdakilerden en az biri: 1) düşük açılış basıncı, 2) spinal meningeal divertikül veya 3) epidural kan yamasından sonra semptomların gelişimi. Pozitif bir MR görüntüsü sonuçları spontan intrakraniyal hipotansiyonun 3 temel MR görüntüsü bulgularından (subdural sıvı birikimi, pakimeningslerin boyanması ve intrakraniyal herniasyon) en az birinin olmayışıyla tanımlanmaktadır. Düşük açılış basıncı ise lateral dekubit pozisyondaki hastanın 60 mmH2O'dan az veya eşit olmasıyla tanımlanır. Spinal meningeal divertikül sinir kökü anormal genişlemesi ile tanımlanmaktadır (sıkça görülen küçük lumbosakral perinöral kistler haricinde).

A ve B kriterleri karşılanmadığı durumda C kriteri: Eğer tipik ortostatik baş ağrıları mevcutsa aşağıdakilerden hepsi veya en az ikisinin varlığı: 1) düşük açılış basıncı, 2) spinal meningeal divertikül ve 3) epidural kan yamasından sonra semptomların gelişmesi.

2.4. Diğer Baş Ağrısı Tipleri:

Klinik olarak baş ağrısı tipleri;

2.4.1 Ortostatik baş ağrısı

2.4.2 Efora bağlı baş ağrısı

2.4.3 Küme baş ağrısı

2.4.1 Ortostatik Baş Ağrısı:

Spontan intrakraniyal hipotansiyon, klinik olarak lomber ponksiyon sonrası oluşan baş ağrısına benzemekte ve ortostatik baş ağrısı ile karakterize edilen nadir görülen bir klinik sendromdur. SİH'in en tipik ve en sık görülen bulgusu ayağa kalktıktan saniyeler veya dakikalar sonra gelişen ortostatik baş ağrısıdır. Yatarak gelişen baş ağrısının düzelmesi daha yaygın görülmekte ve ortalama 30 dakika süre içinde gerçekleşmektedir. Ortostatik

hipotansiyon, bireyin yatar pozisyondan oturur pozisyona geçmesine, aniden ayağa kalkmasına bağlı olarak gelişen fiziksel bir semptom olarak görülür (35). Senkopun yaygın sebebi olan ortostatik hipotansiyon hastalık, sakatlık ve hatta ölüme bile neden olabilen önemli bir risk faktörüdür. Semptomatik veya asemptomatik olarak seyredebilir (85-87).

Yaşlılarda, yaşlılık etkisi ile homeostatik mekanizmanın bozulması ve sempatik sinir sisteminin zayıflaması nedeniyle yaygındır. Özellikle yaşlı bireylerde daha sık görülür ve yaygındır. Yapılan çalışmalarda huzurevlerinde %4-67,9 arasında görülme sıklığı saptanmıştır (86-96).

Baş ağrısı frontotemporale veya daha sıklıkla oksipital bölgelere lokalize olabilmektedir. Her zaman simetrik olmasa bile hiçbir zaman tek taraflı değildir. Hastaların çoğu baş ağrısı gününü hatırlamaktadır. Bu tip baş ağrısı subaraknoid kanamayı akla getirmekte ve serebral anjiografi gibi invazif prosedürlerin uygulanmasına sebep olmaktadır (97).

Ortostatik hipotansiyonun ölüm oranının artmasında da etkili risk faktörü olduğu saptanmıştır (98,75). Baş ağrısının gerçek mekanizması tam olarak bilinmemektedir. Beynin BOS içerisinde yüzerliliğini kaybetmesi nedeni ile aşağıya doğru sarkmasına bağlı ağrıya hassas yapıların, özellikle intrakraniyal ve üst servikal duranın gerilimine bağlı olduğu düşünülmektedir. Ağrıya hassas intrakraniyal venöz yapıların dilatasyonuna da bağlıdır.

2.4.2. Efora Bağlı Baş Ağrısı:

Uzun süre çalışan bireylerde, egzersiz yapan atletlerde sık sık yarışmalara katılan sporcularda görülen bir baş ağrısı tipidir. Zonklayıcı tarzda ve ense, şakaklarda çok şiddetli olan bir ağrı türüdür.

2.4.3. Küme Baş Ağrısı:

Küme baş ağrısı özellikle göz çevresinde alın ve şakakta tek taraflı olarak görülen baş ağrısı tipidir. 20-40 yaş arası erkelerde daha sıklıkla görülür. Tipik özellikleri; ağrı ataklar biçimdedir, uyuduktan sonra 3-5 saat sonra ya da sabah erken saatlerde aynı zamanlı olarak başlar, tek taraflı bir ağrı tipidir, göz çevresinde daha şiddetlidir. Birkaç hafta ile aylar sürebilen krizler şeklindedir. Alkol alımı da atakları tetikler. Küme baş ağrısının vasküler kökenli primer baş ağrılarının trigeminovasküler sistemin uyarılması ile ortaya çıktığı belirlenmiştir (99-103).

GEREÇ VE YÖNTEMLER

Bu araştırma, Edirne ili merkezinde yaşayan 18 yaş üstü popülasyonda ortostatik özellikli baş ağrısı prevalansının belirlenmesi amacıyla planlanmış, tanımlayıcı nitelikte bir araştırmadır.

Araştırma Edirne merkezinde gerçekleşmiştir. Edirne İl Sağlık Müdürlüğü'nden edinilen 2008 yılı ortası nüfus verilerine göre hedef nüfus 159561 kişiden oluşmuştur.

Çalışma evreni Edirne şehir merkezinde yaşayan erişkinlerdir. Evreni temsil edecek örneklem 2008 yılı ortası nüfusa dayanarak belirlenmiştir. Örneklem hazırlandığı sırada hazır olan en son veriler olduğundan 2008 yıl ortası nüfus verileri kullanılmıştır. Edirne Sağlık Müdürlüğü tarafından belirlenen 39 Aile Hekimliği biriminin şehir merkezindeki nüfus ve coğrafi alanları, kümeleri oluşturmaktadır. Nüfusu en az kümeden 7'nin üzerinde katılımcı seçilerek başlanıp, her kümeden nüfuslara göre ağırlıklı sayılarda katılımcı örnekleme dahil edilmiştir. Çalışmaya dâhil edilen kişiler belirlenmiş kümelere ait coğrafi bölgelerden araştırmacı tarafından rastlantısal olarak seçilmiştir. Küme nüfuslarının birbirine yakın olmasına çalışılmıştır.

Çalışma evreni 116033 kişidir. Araştırma örneklemi 1810 kişidir. Örneklem kişi sayısı üzerinden belirlenmiştir ve evrenin %1,55'ini oluşturmaktadır. Çalışmada kullanılan kümelerle bunların örneklemde temsil edilen sayıları Tablo 3'te verilmiştir.

Tablo 3. Edirne şehir merkezindeki 39 Aile Hekimi bölgesinin örnekleminde yer alan birey sayısı

Aile Hekimi Numarası	Cinsiyet	Örneklem	Aile Hekimi Numarası	Cinsiyet	Örneklem
1	**Kadın**	22	**15**	**Kadın**	28
	Erkek	27		**Erkek**	19
2	**Kadın**	25	**16**	**Kadın**	26
	Erkek	27		**Erkek**	22
3	**Kadın**	24	**17**	**Kadın**	26
	Erkek	23		**Erkek**	23
4	**Kadın**	24	**18**	**Kadın**	24
	Erkek	23		**Erkek**	23
5	**Kadın**	25	**19**	**Kadın**	21
	Erkek	28		**Erkek**	22
6	**Kadın**	22	**20**	**Kadın**	18
	Erkek	24		**Erkek**	21
7	**Kadın**	23	**21**	**Kadın**	20
	Erkek	25		**Erkek**	23
8	**Kadın**	22	**22**	**Kadın**	18
	Erkek	26		**Erkek**	22
9	**Kadın**	24	**23**	**Kadın**	20
	Erkek	24		**Erkek**	21
10	**Kadın**	18	**24**	**Kadın**	21
	Erkek	21		**Erkek**	20
11	**Kadın**	23	**25**	**Kadın**	23
	Erkek	24		**Erkek**	24
12	**Kadın**	23	**26**	**Kadın**	25
	Erkek	23		**Erkek**	24
13	**Kadın**	22	**27**	**Kadın**	28
	Erkek	21		**Erkek**	27
14	**Kadın**	25	**28**	**Kadın**	27
	Erkek	23		**Erkek**	22

Tablo 3 (devam). Edirne şehir merkezindeki 39 Aile Hekimi bölgesinin örnekleminde yer alan birey sayısı

Aile Hekimi Numarası	Cinsiyet	Örneklem	Aile Hekimi Numarası	Cinsiyet	Örneklem
29	**Kadın**	22	**35**	**Kadın**	22
	Erkek	22		**Erkek**	25
30	**Kadın**	24	**36**	**Kadın**	21
	Erkek	24		**Erkek**	18
31	**Kadın**	25	**37**	**Kadın**	15
	Erkek	26		**Erkek**	19
32	**Kadın**	27	**38**	**Kadın**	22
	Erkek	27		**Erkek**	22
33	**Kadın**	27	**39**	**Kadın**	27
	Erkek	26		**Erkek**	25
34	**Kadın**	22	**Toplam**	**Kadın**	901
	Erkek	23		**Erkek**	909

Araştırmacı tarafından rastgele seçilen kişilere gerekli açıklama yapıldıktan sonra sözlü onayları istenmiştir. Çalışmaya gönüllü olarak dâhil olmayı kabul eden 18 yaş üstünde tüm erişkinlerle yaşam ya da çalışma yerlerinde yapılan yüz yüze görüşmelerde anketler kendisi ve/veya araştırmacı tarafından doldurulmuş olup gerekli hallerde görüşmeyi tamamlamak için farklı zamanlarda birden fazla ziyaret gerçekleştirilmiştir. Çalışmaya katılmak istemeyenlerin yerine aynı bölgeden başka gönüllüler seçilmiştir.

Anket sorularının ve yönlendirmelerin okunabilirlik ve anlaşılabilirlik özelliklerini belirlemek üzere, Trakya Üniversitesi Hastanesi polikliniklerine çeşitli sebeplerle başvurmuş, çalışma evreni dışından gelen farklı sosyoekonomik düzeylerden 20 kadın ve erkeğe deneme uygulaması yapılmış ve gerekli düzeltmelerden sonra ankete son hali verilmiştir.

Çalışmaya alınan kişilerden yazılı onay alınmamıştır. Gönüllülere sözlü açıklama yapılmış ve soruları yanıtlamaları onay verdiklerinin delili olarak kabul edilmiştir. Başlangıçtaki açıklamaya olumlu yanıt vermelerine rağmen sorular tamamlanmadan devam etmek istemediklerini belirten gönüllüler, çalışmadan çıkarılmış ve yerlerine başka gönüllüler alınmıştır.

Çalışmanın planlama aşaması Nisan-Temmuz 2008 tarihlerinde tamamlanmıştır. Bu sürede çalışma için literatür araştırmaları yapılmış, örneklem seçimi ile ilgili veriler toplanmış ve anketin hazırlanması ile ilgili işler tamamlanmıştır. Temmuz 2009-Aralık 2009 tarihleri arasında 5 ayda veriler toplanmıştır. Aralık 2009-Ocak 2010 tarihlerinde ise verilerin analizi yapılmış ve tez yazılmıştır. Çalışma yaklaşık 22 ay sürmüştür.

Veri Toplama Aracı

Verilerin toplanması amacıyla bu araştırma için araştırmacı tarafından geliştirilen anket formu kullanılmıştır. Anket, katılımcıların sosyodemografik bilgilerini, baş ağrısı muayeneleri hakkındaki bilgi, tutum ve davranışlarını sorgulayan kadınlar için toplam 51 soru, erkekler için toplam 43 soru içermektedir. Anket formunun örneği Ek 1'de gösterilmiştir. Hazırlanan anketin ortostatik baş ağrısı (ayağa kalkınca artan yatınca geçen özellikteki 147. soru) ve ona eşlik eden unutkanlık, uykululuk, denge bozukluğu vb. (148-155 arası sorulardaki bulunan şikâyetlerden herhangi birisi veya daha fazlasının bulunması durumu) ile ilgili soruları araştırmamızda kullandık.

Destek ve İzinler

Bu araştırmada uluslararası etik kurallara uyulmuştur ve Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Yerel Etik Kurulu' ndan etik onay alınmıştır (Ek-2).

İstatistiksel Analiz

Araştırma sonucunda elde edilen veriler gözden geçirilip, SPSS 15.0 istatistik programı kullanılarak uygun istatistiksel analizler yapıldı. İntrakraniyal hipotansiyonun toplumda %3 görülme sıklığı olduğu düşünülerek %1'lik farkla %3 bulmak umuduyla α=0,05 yanılma olasılığı ve power: 0,80 alınarak 1681 kişiye ulaşılması planlanmıştır. Bu sayı AXA507C775506FAN3 seri numaralı STATİSTİCA 7.1 versiyonu ile hesaplanmıştır. Ancak geri dönüşüm az olabileceği hesaplanarak %5 fazlası olan 1810 kişi örnekleme alınmıştır. Sonuçların oluşturulmasında frekans tabloları ve çapraz tablolar için parametrik olmayan testler kullanılmıştır.

Edirne'de yaşayan 18 yaş üstü popülasyonda intrakraniyal hipotansiyonun karakteristik belirtisi olan ortostatik baş ağrısı (ayağa kalkınca artan yatınca geçen özellikteki 147. soru) ve ona eşlik eden unutkanlık, uykululuk, denge bozukluğu vb. (148-155 arası sorulardaki bulunan şikayetlerden herhangi birisi veya daha fazlasının bulunması durumu) prevalansı %3'ler civarındadır.

Araştırmanın sınırlılıkları

Araştırmanın en büyük sınırlılığı sadece Edirne şehir merkezini temsil edebilmesidir. Araştırma evreni çalışma amaçları ile uygun belirlenmiş olsa da bu yoğunluktaki bir çaba ile ülke genelini temsil gücünde çalışma yapılması olağandır.

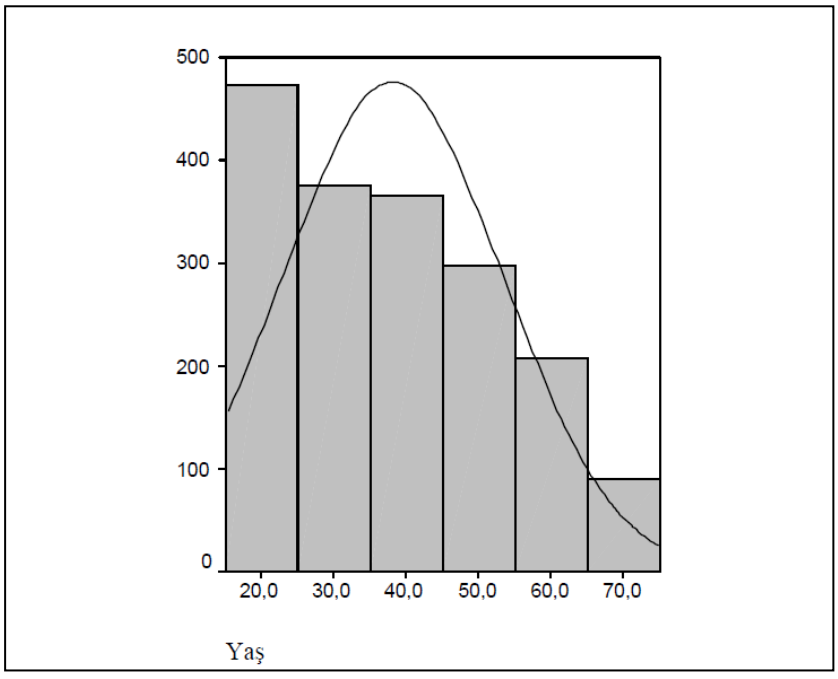
Araştırmada verilerin toplanması, çalışmanın gerektirdiği işgücünün fazlalığı nedeniyle uzun sürmüştür. Bu süre içinde çalışmanın yapıldığı evrende araştırılan veriler açısından bir değişiklik olmayacağı kabulü ile çalışma yürütülmüştür.

BULGULAR

Araştırma sonunda 1810 kişiye ait verilerin analizi yapıldı.

TANIMLAYICI İSTATİSTİKLER

Katılımcıların yaş ortalaması 42,71±15,22'dir. Erişkinlerin yaş dağılımı 20-87 yaş aralığındadır. Çalışmaya katılanların yaş dağılımı Şekil 1'de gösterilmiştir.



Mean=38,1; Std. Dev=15,14; N=1810,00

Şekil 1. Yaş değişkeninin histogram grafiği

Katılımcılarının yaşlarının sınıflandırılması Tablo 4'de gösterilmektedir.

Tablo 4. Yaş sınıflandırması

Yaş	Kişi sayısı (n)	Yüzdesi (%)
20-29 yaş	470	26,0
30-39 yaş	375	20,7
40-49 yaş	367	20,3
50-59 yaş	299	16,5
60-69 yaş	208	11,5
70 yaş ve üzeri	91	5,0
Toplam	1810	100,0

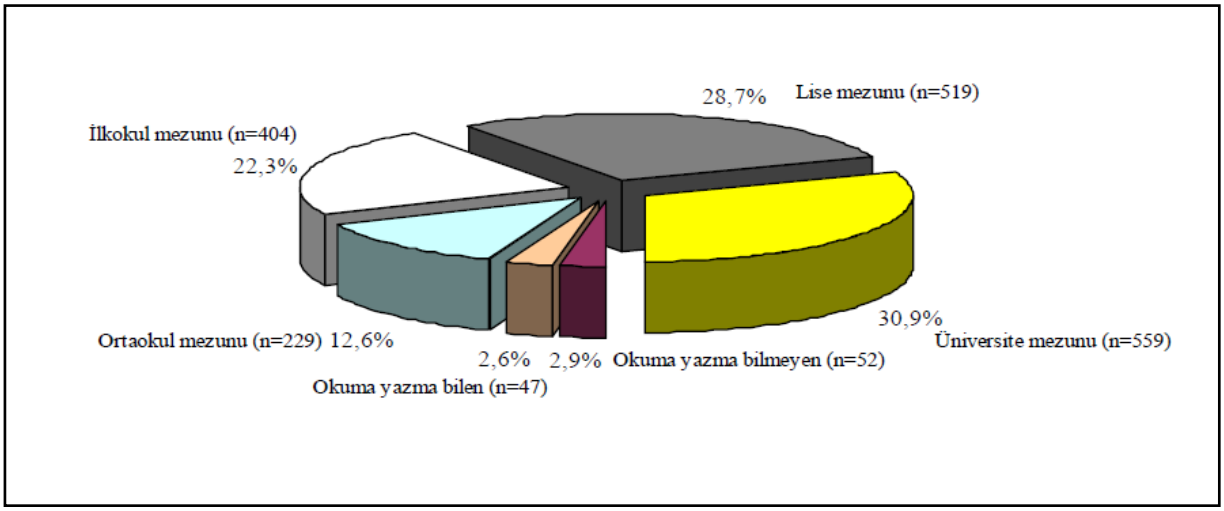
Katılımcıların cinsiyet durumu incelendiğinde (n=1810) bunun %49,8'inin (n=901) kadın, %50,2'sinin (n=909) erkek olduğu tespit edildi.

Katılımcılar arasında herhangi bir sosyal güvenceye sahip olanların oranı %95,5 (n=1728) olarak bulundu. Kişilerin sosyal güvenlik durumları ayrıntıları ile Tablo 5'de gösterilmiştir.

Tablo 5. Katılımcıların sosyal güvenlik durumları

Sağlık güvencesi	Kişi sayısı (n)	Yüzdesi (%)
Emekli Sandığı	644	35,6
SSK/Bağ-Kur	920	50,8
Özel Sigorta	22	1,2
Yeşil Kart	129	7,2
Yok	82	4,5
Diğer	13	0,7
Toplam	1810	100,0

Eğitim durumlarına bakıldığında (n=1810) %2,9'unun (n=52) okuma yazma bilmediği, %2,6'sının (n=47) okuma yazma bildiği ancak ilkokulu bitirmediği belirlendi. %22,3'ünün (n=404) ilkokul, %12,6'sinin (n=229) ortaokul, %28,7'sinin (n=519) lise, %30,9'unun (n=559) üniversite mezunu olduğu saptandı. Katılımcıların eğitim durumu Şekil 2'de gösterilmiştir.



Şekil 2. Katılımcıların eğitim durumları

Katılımcıların meslek dağılımları incelendiğinde (n=1810), %29,1'i (n=526) işsiz, ev hanımı, öğrenci, emekli olduğu saptandı. Katılımcıların meslek gruplarına göre dağılımı Tablo 6'da ayrıntılı olarak gösterilmektedir.

Tablo 6. Katılımcıların meslek dağılımı

Meslek	Kişi sayısı (n)	Yüzdesi (%)
Çalışmıyor	526	29,1
Sağlık çalışanı	127	7,0
Memur	350	19,4
İşçi	187	10,3
Serbest meslek sahibi	178	9,8
Özel sektör	156	8,6
Diğer	286	15,8
Toplam	1810	100,0

Katılımcıların (n=1810) %74,6'sı (n=1351) evli, %17,9'u (n=324) bekâr, %7,5'i (n=135) dul/boşanmış olarak bulundu.

Katılımcıların cinsiyetlerine göre medeni durumları değerlendirildi. Cinsiyete göre medeni durumlar Tablo 7'de gösterilmektedir.

Tablo 7. Cinsiyete göre medeni durumlar

Katılımcıların medeni durumu	Katılımcıların cinsiyet durumu		Toplam
	Kadın	Erkek	
Evli	670 (%74,3)	681 (%74,9)	1351 (%74,6)
Bekâr	143 (%15,9)	181 (%19,9)	324 (%17,9)
Dul/Boşanmış	88 (%9,8)	47 (%5,2)	135 (%7,5)
Toplam	901 (%100)	909 (%100)	1810 (%100)

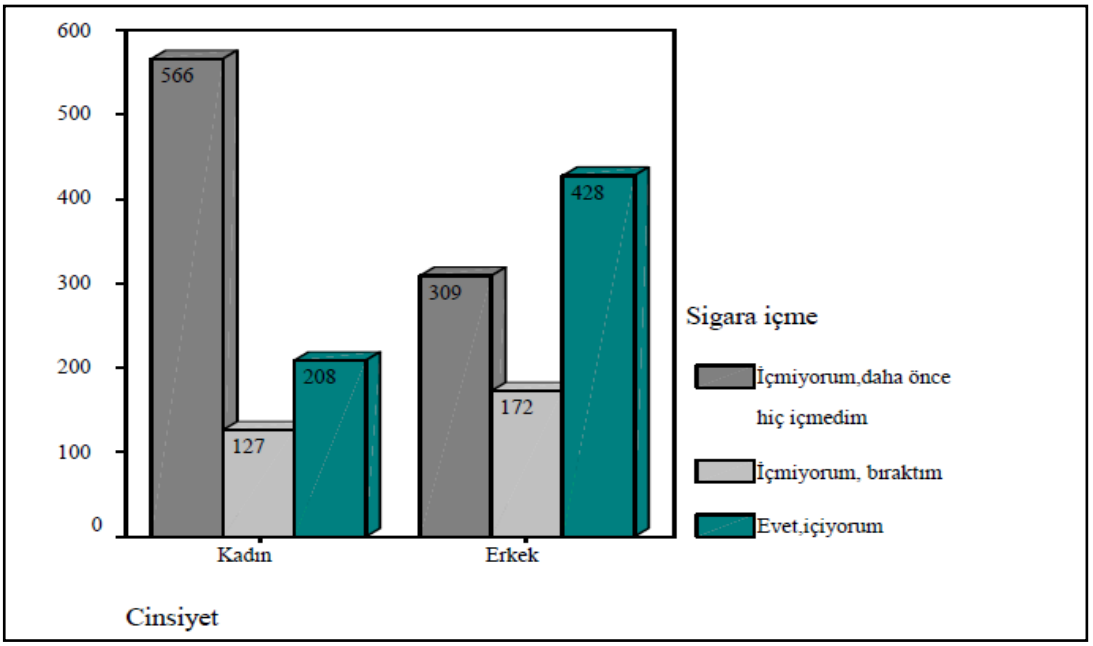
Katılımcıların (n=1810) %74,6'sının (n=1350) çocuğu vardı, çocuk sayısı ortalaması 2,00±0,99'dur. Katılımcıların cinsiyete göre çocuk sayısı Tablo 8'de gösterilmiştir.

Tablo 8. Katılımcıların çocuk sayısı

Katılımcıların cinsiyeti	Çocuk sayısı				Toplam
	1	2	3	4 ve üzeri	
Kadın	242 (%34,5)	307 (%43,8)	106 (%15,1)	46 (%6,6)	701 (%100)
Erkek	203 (%31,3)	289 (%44,5)	107 (%16,5)	50 (%7,7)	649 (%100)
Toplam	445 (%33,0)	596 (%44,1)	213 (%15,8)	96 (%7,1)	1350 (%100)

Sigara ve alkol kullanımı

Katılımcıların (n=1810) sigara kullanım durumları incelendiğinde %48,4'ünün (n=875) hiç sigara içmediği, %16,5'inin (n=299) sigarayı bıraktığı, %35,1'inin (n=636) sigara içtiği tespit edilmiştir. Cinsiyetler açısından incelendiğinde sigara kullanımı erkekler arasında, kadınlara kıyasla daha fazla olarak saptandı (Pearson χ^2=158,326; p<0,001). Katılımcıların cinsiyetlere göre sigara kullanımları Şekil 3'te verilmiştir.



Şekil 3. Katılımcıların cinsiyetlere göre sigara kullanımları

Sigarayı bırakmış ve halen sigara kullanmakta olan katılımcıların (n=935) sigara kullanmaya başlama yaşı ortalaması 18,64±4,52; ortancası 18 (minimum 7, maksimum 60) yıl olarak bulundu. Halen sigara kullanmakta olan katılımcıların (n=636) sigara kullanmaya başlama yaşı ortalaması 18,57±4,64; ortancası 18 (minimum 7, maksimum 60) yıl olarak bulundu. Sigarayı bırakmış olan katılımcıların (n=299) başlama yaşı ortalaması 18,79±4,26; ortancası 18 (minimum 7, maksimum 42) yıl olarak bulundu.

Halen sigara kullanmakta olan katılımcıların (n=636) günlük ortalama içtikleri sigara miktarları 16,65±8,88 ortancası 17,50 (minimum 1, maksimum 60) adet olarak bulundu. Sigarayı bırakmış olan katılımcıların (n=299) 16,36±11,27; ortancası 15 (minimum 1, maksimum 60) adet olarak bulundu.

Fagerström nikotin bağımlılık testinden halen sigara kullanmakta olan katılımcılar ortalama 4,15±2,51 puan almışlardır (en az 0, en çok 10 puan). Erkek katılımcılarda Fagerström testine göre nikotin bağımlılığı, kadınlardan daha yüksek olarak bulundu (Pearson

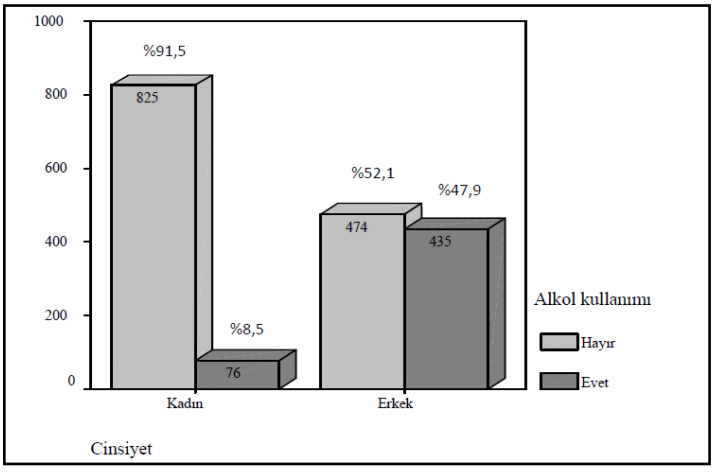
χ^2=66,206; p<0,001). Sigara kullanan katılımcılarımızın (n=636) %58,8'i (n=374) çok az ve az bağımlı bulunmuştur. Halen sigara içenlerde Fagerström nikotin bağımlılık testinin cinsiyetler açısından sonuçları Tablo 9'da gösterilmektedir.

Tablo 9.Cinsiyet açısından halen sigara içenlerde Fagerström nikotin bağımlılık testi sonuçları

Bağımlılık derecesi	Katılımcıların cinsiyeti		Toplam
	Kadın	Erkek	
Çok az bağımlı (0-2 puan)	111 (%53,3)	92 (%21,5)	203 (%31,9)
Az bağımlı (3-4 puan)	35 (%16,8)	136 (%31,8)	171 (%26,9)
Bağımlı (5 puan)	17 (%8,2)	49 (%11,4)	66 (%10,4)
Yüksek bağımlı (6-7 puan)	28 (%13,5)	89 (%20,8)	117 (%18,4)
Çok yüksek bağımlı (8-10 puan)	17 (%8,2)	62 (%14,5)	79 (%12,4)
Toplam	208 (%100)	428 (%100)	636 (%100)

Pearson χ2=66,206; p<0,001.

Katılımcıların (n=1810) alkol kullanım durumları incelendiğinde %71,8'inin (n=1299) alkol kullanmadığı, %28,2'sinin (n=511) alkol kullandığı tespit edilmiştir. Erkekler, kadınlara oranla istatistiksel olarak daha fazla düzenli alkol kullanma alışkanlığına sahipti (Pearson χ^2=347,028; p<0,001). Katılımcıların cinsiyetlere göre alkol kullanımları Şekil 4'de verilmiştir. Sigara kullananların daha fazla düzenli alkol kullanma alışkanlığına sahip oldukları saptanmıştır (Pearson χ^2=227,820; p<0,001).



Şekil 4. Katılımcıların cinsiyetlere göre alkol kullanımları

Alkol kullanan katılımcıların (n=511) CAGE alkol bağımlılık riski testine göre %85,1'inde (n=435) risk olmadığı, %14,9'unda (n=76) alkol kötüye kullanımı ya da bağımlılık riski olduğu saptandı. Alkol kullanan katılımcıların cinsiyetlere göre alkol kötüye kullanımı/bağımlılığı riski Tablo 10'da gösterilmiştir.

Tablo 10. Alkol kullanan katılımcıların cinsiyetlere göre alkol kötüye kullanımı/bağımlılığı riski

Katılımcıların cinsiyeti	Alkol kötüye kullanımı/bağımlılığı		Toplam
	Risk yok	Risk var	
Kadın	74 (%97,4)	2(%2,6)	76(%100)
Erkek	361(%83,0)	74(%17,0)	435(%100)
Toplam	435(%85,1)	76(%14,9)	511(%100)

Pearson $\chi 2$=10,567; p<0,001.

Katılımcıların vücut kitle indeksleri (VKİ) incelendiğinde (n=1810) %2,3'ünün (n=42) düşük kilolu, %42,8'inin (n=774) normal kilolu, %39,0'ının (n=705) fazla kilolu, %12,8'inin (n=231) sınıf I obez, %2,5'inin (n=46) sınıf II obez, %0,7'sinin (n=12) aşırı (sınıf III) obez olduğu bulundu. Kadın katılımcıların VKİ değerleri erkek katılımcılarım VKİ değerlerinden anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır (Pearson χ^2=50,971; p<0,001). Katılımcıların cinsiyetlere göre vücut kitle indeksleri dağılımı Tablo 11'de gösterilmiştir.

Tablo 11. Katılımcıların cinsiyetlere göre vücut kitle indeksi dağılımı

Cinsiyet	Vücut kitle indeksi sınıflaması (kg/m2)						Toplam
	<18,5	18,5-24,9	25-29,9	30-34,9	35-39,9	40	
Kadın	31 (%3,4)	404 (%44,8)	290 (%32,2)	133 (%14,8)	34 (%3,8)	9 (%1,0)	901 (%100)
Erkek	11 (%1,2)	370 (%40,7)	415 (%45,7)	98 (%10,8)	12 (%1,3)	3 (%0,3)	909 (%100)
Toplam	42 (%2,3)	774 (%42,8)	705 (%39,0)	231 (%12,8)	46 (%2,4)	12 (%0,7)	1810 (%100)

Pearson $\chi 2$=50,971; p<0,001.

Katılımcıların (n=1810), kronik hastalığa sahip olma durumlarına göre yapılan incelemede, %40,6'sının (n=734) en az bir kronik hastalığa sahip olduğu, %59,4'ünün (n=1076) kronik bir hastalığı olmadığı kendi ifadelerine göre tespit edilmiştir.

Katılımcıların kronik hastalık öyküsü incelendiğinde %16,9'unda (n=306) hipertansiyon, %6,8'inde (n=123) mide/barsak/karaciğer hastalığı, %6,5'inde (n=117) diabetes mellitus, %5,6'sında (n=101) hiperlipidemi, %5,4'ünde (n=98) bir eklem hastalığı, %4,5'inde (n=82) bir psikiyatrik hastalık, %4'ünde (n=73) kalp hastalığı, %4'ünde (n=73) solunum hastalığı, %1,2'sinde (n=22) kanser ve %7,5'inde (n=136) bu kategoriler altında sınıflandırılmayan diğer hastalıklardan biri olduğu öğrenildi. Tablo 12'de katılımcıların kronik hastalık öyküsüne ait verileri gösterilmiştir.

Tablo 12. Katılımcılarda kronik hastalık öyküsü

Hastalık	Hayır		Evet	
	Kişi sayısı (n)	Yüzdesi (%)	Kişi sayısı (n)	Yüzdesi (%)
Hipertansiyon	1504	83,1	306	16,9
Diyabet	1693	93,5	117	6,5
Hiperlipidemi	1709	94,4	101	5,6
Kalp hastalığı	1737	96,0	73	4,0
Solunum hastalığı	1737	96,0	73	4,0
Mide/barsak/karaciğer hastalığı	1687	93,2	123	6,8
Eklem hastalığı	1712	94,6	98	5,4
Kanser	1788	98,8	22	1,2
Psikiyatrik hastalık	1728	95,5	82	4,5
Diğer	1674	92,5	136	7,5

Kronik hastalığı olan katılımcıların (n=734) %22,2'si (n=163) hastalıkları ile ilgili ilaç kullanmazken;%77,8'i (n=571) hastalıkları ile ilgili en az bir ilaç kullanmaktaydı.

ORTOSTATİK BAŞ AĞRISI VE BUNA EŞLİK EDEN SEMPTOMLARIN ANALİZİ

Araştırmaya katılan bireylerin baş ağrılarının ortostatik özellikte olma durumu ile yaş durumu arasındaki ilişki incelendiğinde; baş ağrılarının ortostatik özellikte olmayanların %26,2'sinin 20-29 yaş arasında olduğu, baş ağrılarının ortostatik özellikte olanların %27,8'inin 20-29 yaş arasında olduğu belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan bireylerin baş ağrıları bazen ortostatik karakterde olmakla birlikte ortostatik olmayan baş ağrılarının olma durumu ile yaş durumu arasındaki ilişki incelendiğinde; baş ağrıları bazen ortostatik karakterde olmakla birlikte ortostatik olmayan baş ağrıları olmayanların %25,6'sının 20-29 yaş arasında olduğu, baş ağrıları bazen ortostatik karakterde olmakla birlikte ortostatik olmayan baş ağrıları olanların %28,9'unun 20-29 yaş arasında olduğu belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan bireylerin ortostatik baş ağrısı dışında başka şikâyetleri olma durumu ile yaş durumu arasındaki ilişki incelendiğinde; ortostatik baş ağrısı dışında başka şikâyetleri olmayanların %25,9'unun 20-29 yaş arasında olduğu, ortostatik baş ağrısı dışında başka şikâyetleri olanların %29,8'unun 20-29 yaş arasında olduğu belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan bireylerin ayağa kalkınca kulakta çınlama ve uğultu hissi olma durumu ile yaş dağılımı arasındaki ilişki incelendiğinde; ayağa kalkınca kulakta çınlama ve uğultu hissi olmayanların %26,2'unun 20-29 yaş arasında olduğu, ayağa kalkınca kulakta çınlama ve uğultu hissi olanların %26,8'inin 20-29 yaş arasında olduğu belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan bireylerin ayağa kalkınca işitmede azalma olma durumu ile yaş durumu arasındaki ilişki incelendiğinde; ayağa kalkınca işitmede azalma olmayanların %26,4'ünün 20-29 yaş arasında olduğu, ayağa kalkınca işitmede azalma olanların %25,7'sinin 20-29 yaş arasında olduğu belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan bireylerin ayağa kalkınca kollarda karıncalanma ve uyuşukluk şikâyeti olma durumu ile yaş dağılımı arasındaki ilişki incelendiğinde; ayağa kalkınca kollarda karıncalanma ve uyuşukluk şikâyeti olmayanların %26,1'inin 20-29 yaş arasında olduğu, ayağa kalkınca kollarda karıncalanma ve uyuşukluk şikâyeti olanların %29,0'unun 20-29 yaş arasında olduğu belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan bireylerin ayağa kalkınca çift görme şikâyeti olma durumu ile yaş dağılımı arasındaki ilişki incelendiğinde; ayağa kalkınca çift görme şikâyeti olmayanların %26,2'sinin 20-29 yaş arasında olduğu, ayağa kalkınca çift görme şikâyeti olanların %30,1'inin 20-29 yaş arasında olduğu belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan bireylerin ayağa kalkınca unutkanlık ve uykululuk şikâyetleri

olma durumu ile yaş durumu arasındaki ilişki incelendiğinde; ayağa kalkınca unutkanlık ve uykululuk şikâyetleri olmayanların %25,6'sının 20-29 yaş arasında olduğu, ayağa kalkınca unutkanlık ve uykululuk şikâyetleri olanların %35,2'sinin 20-29 yaş arasında olduğu belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan bireylerin ayağa kalkınca dengesizlik şikâyeti olma durumu ile yaş durumu arasındaki ilişki incelendiğinde; ayağa kalkınca dengesizlik şikâyeti olmayanların %25,9'unun 20-29 yaş arasında olduğu, ayağa kalkınca dengesizlik şikâyeti olanların %30,6'sının 20-29 yaş arasında olduğu belirlenmiştir.

Araştırma sonucunda ayağa kalkınca çift görme şikâyeti olma durumu, ayağa kalkınca unutkanlık ve uykululuk şikâyetleri olma durumu ile yaş durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

Araştırma sonucunda baş ağrılarının ortostatik özellikte olma durumu, ortostatik baş ağrısı dışında başka şikâyetleri olma durumu, ayağa kalkınca kulakta çınlama ve uğultu hissi olma durumu, kalkınca işitmede azalma olma durumu, ayağa kalkınca kollarda karıncalanma ve uyuşukluk şikâyeti olma durumu, ayağa kalkınca dengesizlik şikâyeti olma durumu, baş ağrıları bazen ortostatik karakterde olmakla birlikte ortostatik olmayan baş ağrılarının olma durumu ile yaş durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

Ortostatik baş ağrısı ve buna bağlı semptomların yaş gruplarına göre analizi Tablo 13'te verilmiştir.

Tablo 13. Katılımcıların ortostatik baş ağrısı ve buna eşlik eden semptomların yaş durumuna göre analizi

		Yaş dağılımı												Toplam		p
		20-29 yaş arası		30-39 yaş arası		40-49 yaş arası		50-59 yaş arası		60-69 yaş arası		70 yaş ve üzeri				
Tüm baş ağrıların ortostatik özellikte olma durumu	Hayır	418	26,2	337	21,1	309	19,3	260	16,3	184	11,5	90	5,6	1598	100,0	0,133
	Evet	35	27,8	25	19,8	32	25,4	22	17,5	11	8,7	1	,8	126	100,0	
Bazen başağrıları ortostatik karakterde olmakla birlikte ortostatik olmayan başağrılarının olma durumu	Hayır	364	25,6	296	20,8	275	19,3	243	17,1	167	11,7	78	5,5	1423	100,0	0,271
	Evet	86	28,9	66	22,1	66	22,1	39	13,1	28	9,4	13	4,4	298	100,0	
Ortostatik baş ağrısı dışında başka şikayetleriniz olma durumu	Hayır	397	25,9	321	21,0	301	19,6	263	17,2	173	11,3	77	5,0	1532	100,0	0,152
	Evet	57	29,8	41	21,5	41	21,5	18	9,4	22	11,5	12	6,3	191	100,0	
Ayağa kalkınca kulakta çınlama ve uğultu hissi olma durumu	Hayır	395	26,2	315	20,9	289	19,2	256	17,0	170	11,3	81	5,4	1506	100,0	0,235
	Evet	59	26,8	47	21,4	54	24,5	25	11,4	25	11,4	10	4,5	220	100,0	
Ayağa kalkınca işitmede azalma olma durumu	Hayır	426	26,4	345	21,4	321	19,9	263	16,3	178	11,0	80	5,0	1613	100,0	0,145
	Evet	29	25,7	17	15,0	21	18,6	18	15,9	17	15,0	11	9,7	113	100,0	
Ayağa kalkınca kollarda karıncalanma ve uyuşukluk şikayeti olma durumu	Hayır	417	26,1	339	21,3	311	19,5	265	16,6	182	11,4	81	5,1	1595	100,0	0,369
	Evet	38	29,0	23	17,6	31	23,7	16	12,2	13	9,9	10	7,6	131	100,0	
Ayağa kalkınca çift görme şikayeti olma durumu	Hayır	427	26,2	350	21,5	318	19,5	265	16,2	183	11,2	88	5,4	1631	100,0	0,196
	Evet	28	30,1	12	12,9	24	25,8	15	16,1	12	12,9	2	2,2	93	100,0	
Ayağa kalkınca unutkanlık ve uykululuk şikayetleri olma durum	Hayır	410	25,6	337	21,1	313	19,6	266	16,6	182	11,4	91	5,7	1599	100,0	0,016*
	Evet	45	35,2	24	18,8	30	23,4	16	12,5	13	10,2	0	,0	128	100,0	
Ayağa kalkınca dengesizlik şikayeti olma durumu	Hayır	399	25,9	324	21,0	302	19,6	257	16,7	176	11,4	85	5,5	1543	100,0	0,430
	Evet	57	30,6	38	20,4	41	22,0	25	13,4	19	10,2	6	3,2	186	100,0	

Pearson $\chi 2=10,567$, *$p<0,05$.

Araştırmaya katılan bireylerin baş ağrılarının ortostatik özellikte olma durumu ile cinsiyet durumu arasındaki ilişki incelendiğinde; baş ağrılarının ortostatik özellikte olmayanların %51,8'inin erkek olduğu, baş ağrılarının ortostatik özellikte olanların %65,9'unun kadın olduğu belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan bireylerin baş ağrılarının bazen ortostatik karakterde olmakla birlikte ortostatik olmayan baş ağrılarının olma durumu ile cinsiyet durumu arasındaki ilişki incelendiğinde; baş ağrılarının bazen ortostatik karakterde olmakla birlikte ortostatik olmayan baş ağrıları olmayanların %53,3'ünün erkek olduğu, baş ağrılarının bazen ortostatik karakterde olmakla birlikte ortostatik olmayan baş ağrıları olanların %62,1'inin kadın olduğu belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan bireylerin ortostatik baş ağrısı dışında başka şikâyetleri olma durumu ile cinsiyet durumu arasındaki ilişki incelendiğinde; ortostatik baş ağrısı dışında başka şikâyetleri olmayanların %50,3'ünün erkek olduğu, ortostatik baş ağrısı dışında başka şikâyetleri olanların %51,3'ünün erkek olduğu belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan bireylerin ayağa kalkınca kulakta çınlama ve uğultu hissi olma durumu ile cinsiyet durumu arasındaki ilişki incelendiğinde; ayağa kalkınca kulakta çınlama ve uğultu hissi olmayanların %51,4'ünün erkek olduğu, ayağa kalkınca kulakta çınlama ve uğultu hissi olanların %55,5'inin kadın olduğu belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan bireylerin ayağa kalkınca işitmede azalma olma durumu ile cinsiyet durumu arasındaki ilişki incelendiğinde; ayağa kalkınca işitmede azalma olmayanların %50,2'sinin erkek olduğu, ayağa kalkınca işitmede azalma olanların %54'ünün erkek olduğu belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan bireylerin ayağa kalkınca kollarda karıncalanma ve uyuşukluk şikâyeti olma durumu ile cinsiyet durumu arasındaki ilişki incelendiğinde; ayağa kalkınca kollarda karıncalanma ve uyuşukluk şikâyeti olmayanların %51,2'sinin erkek olduğu, ayağa kalkınca kollarda karıncalanma ve uyuşukluk şikâyeti olanların %58'inin kadın olduğu belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan bireylerin ayağa kalkınca çift görme şikâyeti olma durumu ile cinsiyet durumu arasındaki ilişki incelendiğinde; ayağa kalkınca çift görme şikâyeti olmayanların %51,6'sının erkek olduğu, ayağa kalkınca çift görme şikâyeti olanların %67,7'sinin kadın olduğu belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan bireylerin ayağa kalkınca unutkanlık ve uykululuk şikâyetleri olma durumu ile cinsiyet durumu arasındaki ilişki incelendiğinde; ayağa kalkınca unutkanlık ve uykululuk şikâyetleri olmayanların %52,3'ünün erkek olduğu, ayağa kalkınca unutkanlık

ve uykululuk şikâyetleri olanların %73,4'ünün kadın olduğu belirlenmiştir.

Araştırma sonucunda baş ağrılarının ortostatik özellikte olma durumu, baş ağrılarının bazen ortostatik karakterde olmakla birlikte ortostatik olmayan baş ağrılarının olma durumu, ayağa kalkınca kollarda karıncalanma ve uyuşukluk şikâyeti olma durumu, ayağa kalkınca çift görme şikâyeti olma durumu, ayağa kalkınca unutkanlık ve uykululuk şikâyetleri olma durumu ile cinsiyet durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$, $p<0,01$).

Araştırma sonucunda ortostatik baş ağrısı dışında başka şikâyetleri olma durumu, ayağa kalkınca kulakta çınlama ve uğultu hissi olma durumu, ayağa kalkınca işitmede azalma olma durumu ile cinsiyet durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

Ortostatik baş ağrısı ve buna bağlı semptomların cinsiyete göre analizi Tablo 14'te verilmiştir.

Tablo 14. Katılımcıların ortostatik baş ağrısı ve buna eşlik eden semptomların cinsiyet durumuna göre analizi

		Cinsiyet durumu				Toplam		P
		Kadın		Erkek				
		N	%	N	%	N	%	
Tüm baş ağrıların ortostatik özellikte olma durumu	Hayır	771	48,2	827	51,8	1598	100,0	0,001**
	Evet	83	65,9	43	34,1	126	100,0	
Bazen başağrıları ortostatik karakterde olmakla birlikte ortostatik olmayan başağrılarının olma durumu	Hayır	665	46,7	758	53,3	1423	100,0	0,001**
	Evet	185	62,1	113	37,9	298	191	
Ortostatik baş ağrısı dışında başka şikayetleriniz olma durumu	Hayır	762	49,7	770	50,3	1532	100,0	0,818
	Evet	93	48,7	98	51,3	191	100,0	
Ayağa kalkınca kulakta çınlama ve uğultu hissi olma durumu	Hayır	732	48,6	774	51,4	1506	100,0	0,061
	Evet	122	55,5	98	44,5	220	100,0	
Ayağa kalkınca işitmede azalma olma durumu	Hayır	803	49,8	810	50,2	1613	100,0	0,496
	Evet	52	46,0	61	54,0	113	100,0	
Ayağa kalkınca kollarda karıncalanma ve uyuşukluk şikayeti olma durumu	Hayır	778	48,8	817	51,2	1595	100,0	0,046*
	Evet	76	58,0	55	42,0	131	100,0	
Ayağa kalkınca çift görme şikayeti olma durumu	Hayır	790	48,4	841	51,6	1631	100,0	0,001**
	Evet	63	67,7	30	32,3	93	100,0	
Ayağa kalkınca unutkanlık ve uykululuk şikayetleri olma durumu	Hayır	762	47,7	837	52,3	1599	100,0	0,001**
	Evet	94	73,4	34	26,6	128	100,0	
Ayağa kalkınca dengesizlik şikayeti olma durumu	Hayır	725	47,0	818	53,0	1543	100,0	0,001**
	Evet	131	70,4	55	29,6	186	100,0	

Pearson $\chi 2=10,567$*p<0,05, **p<0,01.

Araştırmaya katılan bireylerin baş ağrılarının ortostatik özellikte olma durumu ile eğitim durumu arasındaki ilişki incelendiğinde; baş ağrılarının ortostatik özellikte olmayanların %30,9'unun üniversite mezunu olduğu, baş ağrılarının ortostatik özellikte olanların %33,3'ünün ilkokul mezunu olduğu belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan bireylerin baş ağrılarının bazen ortostatik karakterde olmakla birlikte ortostatik olmayan baş ağrılarının olma durumu ile eğitim durumu arasındaki ilişki incelendiğinde; baş ağrılarının bazen ortostatik karakterde olmakla birlikte ortostatik olmayan baş ağrılarının olmayanların %29,2'sinin üniversite mezunu olduğu, baş ağrılarının bazen ortostatik karakterde olmakla birlikte ortostatik olmayan baş ağrıları olanların %38,3'ünün

üniversite mezunu olduğu belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan bireylerin ortostatik baş ağrısı dışında başka şikâyetleri olma durumu ile eğitim durumu arasındaki ilişki incelendiğinde; ortostatik baş ağrısı dışında başka şikâyetleri olmayanların %30,4'ünün üniversite mezunu olduğu, ortostatik baş ağrısı dışında başka şikâyetleri olanların %33,5'inin üniversite mezunu olduğu belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan bireylerin ayağa kalkınca kulakta çınlama ve uğultu hissi olma durumu ile eğitim durumu arasındaki ilişki incelendiğinde; ayağa kalkınca kulakta çınlama ve uğultu hissi olmayanların %31,3'ünün üniversite mezunu olduğu, ayağa kalkınca kulakta çınlama ve uğultu hissi olanların %29,1'inin lise mezunu olduğu belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan bireylerin ayağa kalkınca işitmede azalma olma durumu ile eğitim durumu arasındaki ilişki incelendiğinde; ayağa kalkınca işitmede azalma olmayanların %31,4'ünün üniversite mezunu olduğu, ayağa kalkınca işitmede azalma olanların %38,9'unun ilkokul mezunu olduğu belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan bireylerin ayağa kalkınca kollarda karıncalanma ve uyuşukluk şikâyeti olma durumu ile eğitim durumu arasındaki ilişki incelendiğinde; ayağa kalkınca kollarda karıncalanma ve uyuşukluk şikâyeti olmayanların %31,3'ünün üniversite mezunu olduğu, ayağa kalkınca kollarda karıncalanma ve uyuşukluk şikâyeti olanların %35,1'inin ilkokul mezunu olduğu belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan bireylerin ayağa kalkınca çift görme şikâyeti olma durumu ile eğitim durumu arasındaki ilişki incelendiğinde; ayağa kalkınca çift görme şikâyeti olmayanların %31,3'ünün üniversite mezunu olduğu, ayağa kalkınca çift görme şikâyeti olanların %41,9'unun ilkokul mezunu olduğu belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan bireylerin ayağa kalkınca unutkanlık ve uykululuk şikâyetleri olma durumu ile eğitim durumu arasındaki ilişki incelendiğinde; ayağa kalkınca unutkanlık ve uykululuk şikâyetleri olmayanların %31,1'inin üniversite mezunu olduğu, ayağa kalkınca unutkanlık ve uykululuk şikâyetleri olanların %34,4'ünün ilkokul mezunu olduğu belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan bireylerin ayağa kalkınca dengesizlik şikâyeti olma durumu ile eğitim durumu arasındaki ilişki incelendiğinde; ayağa kalkınca dengesizlik şikâyeti olmayanların %30,5'inin üniversite mezunu olduğu, ayağa kalkınca dengesizlik şikâyeti olanların %32,3'ünün üniversite mezunu olduğu saptanmıştır.

Araştırma sonucunda baş ağrılarının bazen ortostatik karakterde olmakla birlikte ortostatik olmayan baş ağrılarının olma durumu, ortostatik baş ağrısı dışında başka şikâyetleri olma durumu, ayağa kalkınca kulakta çınlama ve uğultu hissi olma durumu, ayağa kalkınca

işitmede azalma olma durumu, ayağa kalkınca kollarda karıncalanma ve uyuşukluk şikâyeti olma durumu, ayağa kalkınca çift görme şikâyeti olma durumu, ayağa kalkınca unutkanlık ve uykululuk şikâyetleri olma durumu, ayağa kalkınca dengesizlik şikâyeti olma durumu ile eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

Araştırma sonucunda baş ağrılarının ortostatik özellikte olma durumu ile eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).

Ortostatik baş ağrısı ve buna bağlı semptomların eğitim durumuna göre analizi Tablo 15'te verilmiştir.

Araştırmaya katılan bireylerin baş ağrılarının ortostatik özellikte olma durumu ile meslek durumu arasındaki ilişki incelendiğinde; baş ağrılarının ortostatik özellikte olmayanların %28,5'inin çalışmadığı, baş ağrılarının ortostatik özellikte olanların %35,7'inin çalışmadığı belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan bireylerin baş ağrılarının bazen ortostatik karakterde olmakla birlikte ortostatik olmayan baş ağrılarının olma durumu ile meslek durumu arasındaki ilişki incelendiğinde; baş ağrılarının bazen ortostatik karakterde olmakla birlikte ortostatik olmayan baş ağrıları olmayanların %29,1'inin çalışmadığı, baş ağrılarının bazen ortostatik karakterde olmakla birlikte ortostatik olmayan baş ağrıları olanların %28,2'sinin çalışmadığı belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan bireylerin ortostatik baş ağrısı dışında başka şikâyetleri olma durumu ile meslek durumu arasındaki ilişki incelendiğinde; ortostatik baş ağrısı dışında başka şikâyetleri olmayanların %29'unun çalışmadığı, ortostatik baş ağrısı dışında başka şikâyetleri olanların %29,3'ünün çalışmadığı belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan bireylerin ayağa kalkınca kulakta çınlama ve uğultu hissi olma durumu ile meslek durumu arasındaki ilişki incelendiğinde; ayağa kalkınca kulakta çınlama ve uğultu hissi olmayanların %28,4'ünün çalışmadığı, ayağa kalkınca kulakta çınlama ve uğultu hissi olanların %33,6'sının çalışmadığı belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan bireylerin ayağa kalkınca işitmede azalma olma durumu ile meslek durumu arasındaki ilişki incelendiğinde; ayağa kalkınca işitmede azalma olmayanların %28,9'unun çalışmadığı, ayağa kalkınca işitmede azalma olanların %31'inin çalışmadığı belirlenmiştir.

Tablo 15. Katılımcıların ortostatik baş ağrısı ve buna eşlik eden semptomların eğitim durumuna göre analizi

		Eğitim durumu												Toplam		p
		Okur yazar değil		Okur-yazar		İlkokul		Ortaokul		Lise		Üniversite				
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%			
Tüm baş ağrıların ortostatik özellikte olma durumu	Hayır	49	3,1	42	2,6	346	21,7	208	13,0	459	28,7	494	30,9	1598	100,0	0,060
	Evet	3	2,4	1	,8	42	33,3	12	9,5	33	26,2	35	27,8	126	100,0	
Bazen başağrıları ortostatik karakterde olmakla birlikte ortostatik olmayan başağrılarının olma durumu	Hayır	48	3,4	37	2,6	327	23,0	191	13,4	404	28,4	416	29,2	1423	100,0	0,007*
	Evet	4	1,3	6	2,0	61	20,5	25	8,4	88	29,5	114	38,3	298	100,0	
Ortostatik baş ağrısı dışında başka şikayetleriniz olma durumu	Hayır	49	3,2	41	2,7	337	22,0	207	13,5	433	28,3	465	30,4	1532	100,0	0,041*
	Evet	3	1,6	2	1,0	50	26,2	13	6,8	59	30,9	64	33,5	191	100,0	
Ayağa kalkınca kulakta çınlama ve uğultu hissi olma durumu	Hayır	49	3,3	41	2,7	323	21,4	193	12,8	429	28,5	471	31,3	1506	100,0	0,050*
	Evet	3	1,4	2	,9	64	29,1	28	12,7	64	29,1	59	26,8	220	100,0	
Ayağa kalkınca işitmede azalma olma durumu	Hayır	51	3,2	41	2,5	342	21,2	211	13,1	462	28,6	506	31,4	1613	100,0	0,001*
	Evet	1	,9	2	1,8	44	38,9	10	8,8	32	28,3	24	21,2	113	100,0	
Ayağa kalkınca kollarda karıncalanma ve uyuşukluk şikayeti olma durumu	Hayır	51	3,2	42	2,6	341	21,4	201	12,6	460	28,8	500	31,3	1595	100,0	0,002*
	Evet	1	,8	1	,8	46	35,1	20	15,3	34	26,0	29	22,1	131	100,0	
Ayağa kalkınca çift görme şikayeti olma durumu	Hayır	52	3,2	42	2,6	347	21,3	210	12,9	470	28,8	510	31,3	1631	100,0	0,000*
	Evet	0	,0	1	1,1	39	41,9	11	11,8	24	25,8	18	19,4	93	100,0	
Ayağa kalkınca unutkanlık ve uykululuk şikayetleri olma durum	Hayır	52	3,3	43	2,7	343	21,5	200	12,5	464	29,0	497	31,1	1599	100,0	0,001*
	Evet	0	,0	0	,0	44	34,4	21	16,4	30	23,4	33	25,8	128	100,0	
Ayağa kalkınca dengesizlik şikayeti olma durumu	Hayır	52	3,4	43	2,8	338	21,9	195	12,6	445	28,8	470	30,5	1543	100,0	0,016*
	Evet	0	,0	0	,0	50	26,9	26	14,0	50	26,9	60	32,3	186	100,0	

Pearson $\chi 2=10,567^{*}p<0,05$.

Araştırmaya katılan bireylerin ayağa kalkınca kollarda karıncalanma ve uyuşukluk şikâyeti olma durumu ile meslek durumu arasındaki ilişki incelendiğinde; ayağa kalkınca kollarda karıncalanma ve uyuşukluk şikâyeti olmayanların %28,5'inin çalışmadığı, ayağa kalkınca kollarda karıncalanma ve uyuşukluk şikâyeti olanların %35,9'unun çalışmadığı belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan bireylerin ayağa kalkınca çift görme şikâyeti olma durumu ile meslek durumu arasındaki ilişki incelendiğinde; ayağa kalkınca çift görme şikâyeti olmayanların %28,2'sinin çalışmadığı, ayağa kalkınca çift görme şikâyeti olanların %43'ünün çalışmadığı belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan bireylerin ayağa kalkınca unutkanlık ve uykululuk şikâyetleri olma durumu ile meslek durumu arasındaki ilişki incelendiğinde; ayağa kalkınca unutkanlık ve uykululuk şikâyetleri olmayanların %28,2'sinin çalışmadığı, ayağa kalkınca unutkanlık ve uykululuk şikâyetleri olanların %39,8'sinin çalışmadığı belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan bireylerin ayağa kalkınca dengesizlik şikâyeti olma durumu ile meslek durumu arasındaki ilişki incelendiğinde; ayağa kalkınca dengesizlik şikâyeti olmayanların %28,6'sının çalışmadığı, ayağa kalkınca dengesizlik şikâyeti olanların %32,8'inin çalışmadığı belirlenmiştir.

Araştırma sonucunda baş ağrılarının bazen ortostatik karakterde olmakla birlikte ortostatik olmayan baş ağrılarının olma durumu, ortostatik baş ağrısı dışında başka şikâyetleri olma durumu, kalkınca kollarda karıncalanma ve uyuşukluk şikâyeti olma durumu, ayağa kalkınca çift görme şikâyeti olma durumu ile meslek durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

Araştırma sonucunda baş ağrılarının ortostatik özellikte olma durumu, ayağa kalkınca kulakta çınlama ve uğultu hissi olma durumu, ayağa kalkınca işitmede azalma olma durumu, ayağa kalkınca unutkanlık ve uykululuk şikâyetleri olma durumu, ayağa kalkınca dengesizlik şikâyeti olma durumu ile meslek durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

Ortostatik baş ağrısı ve buna bağlı semptomların mesleki durumuna göre analizi Tablo 16'da verilmiştir.

Tablo 16. Katılımcıların ortostatik baş ağrısı ve buna eşlik eden semptomların meslek durumuna göre analizi

		Meslek durumu														Toplam		p
		Çalışmıyor		Sağlık çalışanı		Memur		İşçi		Serbest		Özel sektör		Diğer				
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Tüm baş ağrıların ortostatik özellikte olma durumu	Hayır	455	28,5	115	7,2	301	18,8	168	10,5	163	10,2	137	8,6	259	16,2	1598	100,0	0,543
	Evet	45	35,7	9	7,1	24	19,0	8	6,3	11	8,7	12	9,5	17	13,5	126	100,0	
Bazen başağrıları ortostatik karakterde olmakla birlikte ortostatik olmayan başağrılarının olma durumu	Hayır	414	29,1	88	6,2	272	19,1	145	10,2	157	11,0	117	8,2	230	16,2	1423	100,0	0,001*
	Evet	84	28,2	36	12,1	54	18,1	31	10,4	16	5,4	32	10,7	45	15,1	298	100,0	
Ortostatik baş ağrısı dışında başka şikayetleriniz olma durumu	Hayır	445	29,0	104	6,8	293	19,1	161	10,5	160	10,4	121	7,9	248	16,2	1532	100,0	0,013*
	Evet	56	29,3	20	10,5	32	16,8	15	7,9	14	7,3	28	14,7	26	13,6	191	100,0	
Ayağa kalkınca kulakta çınlama ve uğultu hissi olma durumu	Hayır	427	28,4	111	7,4	290	19,3	156	10,4	157	10,4	123	8,2	242	16,1	1506	100,0	0,317
	Evet	74	33,6	13	5,9	37	16,8	20	9,1	17	7,7	25	11,4	34	15,5	220	100,0	
Ayağa kalkınca işitmede azalma olma durumu	Hayır	466	28,9	119	7,4	312	19,3	167	10,4	160	9,9	137	8,5	252	15,6	1613	100,0	0,322
	Evet	35	31,0	5	4,4	15	13,3	9	8,0	13	11,5	12	10,6	24	21,2	113	100,0	
Ayağa kalkınca kollarda karıncalanma ve uyuşukluk şikayeti olma durumu	Hayır	454	28,5	116	7,3	314	19,7	163	10,2	162	10,2	130	8,2	256	16,1	1595	100,0	0,040*
	Evet	47	35,9	8	6,1	13	9,9	13	9,9	12	9,2	18	13,7	20	15,3	131	100,0	
Ayağa kalkınca çift görme şikayeti olma durumu	Hayır	460	28,2	119	7,3	318	19,5	169	10,4	165	10,1	141	8,6	259	15,9	1631	100,0	0,037*
	Evet	40	43,0	5	5,4	8	8,6	7	7,5	9	9,7	8	8,6	16	17,2	93	100,0	
Ayağa kalkınca unutkanlık ve uykululuk şikayetleri olma durum	Hayır	451	28,2	116	7,3	310	19,4	166	10,4	162	10,1	138	8,6	256	16,0	1599	100,0	0,169
	Evet	51	39,8	8	6,3	17	13,3	10	7,8	11	8,6	11	8,6	20	15,6	128	100,0	
Ayağa kalkınca dengesizlik şikayeti olma durumu	Hayır	441	28,6	107	6,9	296	19,2	161	10,4	156	10,1	133	8,6	249	16,1	1543	100,0	0,738
	Evet	61	32,8	17	9,1	31	16,7	16	8,6	18	9,7	16	8,6	27	14,5	186	100,0	

Pearson $\chi 2=10,567^{*}p<0,05$.

Araştırmaya katılan bireylerin baş ağrılarının ortostatik özellikte olma durumu ile VKİ değerleri arasındaki ilişki incelendiğinde; baş ağrılarının ortostatik özellikte olmayanların %42,8'inin VKİ değerinin 18,6-24,9 arasında olduğu, baş ağrılarının ortostatik özellikte olanların %40,8'inin VKİ değerinin 25-29,9 arasında olduğu belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan bireylerin baş ağrılarının bazen ortostatik karakterde olmakla birlikte ortostatik olmayan baş ağrıları olma durumu ile VKİ değerleri arasındaki ilişki incelendiğinde; baş ağrılarının bazen ortostatik karakterde olmakla birlikte ortostatik olmayan baş ağrıları olmayanların %42,5'inin VKİ değerinin 18,6-24,9 arasında olduğu, baş ağrılarının bazen ortostatik karakterde olmakla birlikte ortostatik olmayan baş ağrıları olanların %41,6'sının VKİ değerinin 18,6-24,9 arasında olduğu belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan bireylerin ortostatik baş ağrısı dışında başka şikâyetleri olma durumu ile VKİ değerleri arasındaki ilişki incelendiğinde; ortostatik baş ağrısı dışında başka şikâyetleri olmayanların %42,7'sinin VKİ değerinin 18,6-24,9 arasında olduğu, ortostatik baş ağrısı dışında başka şikâyetleri olanların %40,9'unun VKİ değerlerinin 25-29,9 arasında olduğu belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan bireylerin ayağa kalkınca kulakta çınlama ve uğultu hissi olma durumu ile VKİ değerleri arasındaki ilişki incelendiğinde; ayağa kalkınca kulakta çınlama ve uğultu hissi olmayanların %42,6'sının VKİ değerlerinin 18,6-24,9 arasında olduğu, ayağa kalkınca kulakta çınlama ve uğultu hissi olanların %42,1'inin VKİ değerlerinin 18,6-24,9 arasında olduğu belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan bireylerin ayağa kalkınca işitmede azalma olma durumu ile VKİ değerleri arasındaki ilişki incelendiğinde; ayağa kalkınca işitmede azalma olmayanların %42,5'inin VKİ değerlerinin 18,6-24,9 arasında olduğu, ayağa kalkınca işitmede azalma olanların %42,9'unun VKİ değerlerinin 18,6-24,9 arasında olduğu belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan bireylerin ayağa kalkınca kollarda karıncalanma ve uyuşukluk şikâyeti olma durumu ile VKİ değerleri arasındaki ilişki incelendiğinde; ayağa kalkınca kollarda karıncalanma ve uyuşukluk şikâyeti olmayanların %42,7'sinin VKİ değerlerinin 18,6-24,9 arasında olduğu, ayağa kalkınca kollarda karıncalanma ve uyuşukluk şikâyeti olanların %40,6'sının VKİ değerlerinin 18,6-24,9 arasında olduğu belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan bireylerin ayağa kalkınca çift görme şikâyeti olma durumu ile VKİ değerleri arasındaki ilişki incelendiğinde; ayağa kalkınca çift görme şikâyeti olmayanların %43,1'inin VKİ değerlerinin 18,6-24,9 arasında olduğu, ayağa kalkınca çift görme şikâyeti olanların %38'inin VKİ değerlerinin 25-29,9 arasında olduğu belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan bireylerin ayağa kalkınca unutkanlık ve uykululuk şikâyetleri olma durumu ile VKİ değerleri arasındaki ilişki incelendiğinde; ayağa kalkınca unutkanlık ve uykululuk şikâyetleri olmayanların %42,4'ünün VKİ değerlerinin 18,6-24,9 arasında olduğu, ayağa kalkınca unutkanlık ve uykululuk şikâyetleri olanların %44'ünün VKİ değerlerinin 18,6-24,9 arasında olduğu belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan bireylerin ayağa kalkınca dengesizlik şikâyeti olma durumu ile VKİ değerleri arasındaki ilişki incelendiğinde; ayağa kalkınca dengesizlik şikâyeti olmayanların %42,4'ünün VKİ değerlerinin 18,6-24,9 arasında olduğu, ayağa kalkınca dengesizlik şikâyeti olanların %43,7'sinin VKİ değerlerinin 18,6-24,9 arasında olduğu belirlenmiştir.

Araştırma sonucunda baş ağrılarının ortostatik özellikte olma durumu, baş ağrılarının bazen ortostatik karakterde olmakla birlikte ortostatik olmayan baş ağrıları olma durumu, ortostatik baş ağrısı dışında başka şikâyetleri olma durumu, ayağa kalkınca kulakta çınlama ve uğultu hissi olma durumu, ayağa kalkınca işitmede azalma olma durumu, ayağa kalkınca kollarda karıncalanma ve uyuşukluk şikâyeti olma durumu, ayağa kalkınca çift görme şikâyeti olma durumu, ayağa kalkınca unutkanlık ve uykululuk şikâyetleri olma durumu, ayağa kalkınca dengesizlik şikâyeti olma durumu ile VKİ değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

Ortostatik baş ağrısı ve buna bağlı semptomların VKİ durumlarına göre analizi Tablo 17'de verilmiştir.

Araştırmaya katılan bireylerin baş ağrılarının ortostatik özellikte olma durumu ile sigara içme durumu arasındaki ilişki incelendiğinde; baş ağrılarının ortostatik özellikte olmayanların %48,7'sinin sigara içmediği ve daha önce de hiç içmeyenlerin olduğu, baş ağrılarının ortostatik özellikte olanların %44,4'ünün sigara içmediği ve daha önce de hiç içmeyenlerin olduğu belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan bireylerin baş ağrılarının bazen ortostatik karakterde olmakla birlikte ortostatik olmayan baş ağrıları olma durumu ile sigara içme durumu arasındaki ilişki incelendiğinde; baş ağrılarının bazen ortostatik karakterde olmakla birlikte ortostatik olmayan baş ağrıları olmayanların %49,8'inin sigara içmediği ve daha öncede hiç içmeyenlerin olduğu, baş ağrılarının bazen ortostatik karakterde olmakla birlikte ortostatik olmayan baş ağrıları olanların %41,6'sının sigara içmediği ve daha önce de hiç içmeyenlerin olduğu belirlenmiştir.

Tablo 17. Katılımcıların ortostatik baş ağrısı ve buna eşlik eden semptomların VKİ değerlerine göre analizi

		VKİ değerleri												Toplam		p
		<18,5		18,6-24,9		25-29,9		30-34,9		35-39,9		>40				
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%			
Tüm baş ağrıların ortostatik özellikte olma durumu	Hayır	39	2,5	670	42,8	608	38,8	199	12,7	41	2,6	10	,6	1567	100,0	0,721
	Evet	3	2,4	47	37,6	51	40,8	21	16,8	2	1,6	1	,8	125	100,0	
Bazen başağrıları ortostatik karakterde olmakla birlikte ortostatik olmayan başağrılarının olma durumu	Hayır	31	2,2	594	42,5	552	39,5	177	12,7	36	2,6	8	,6	1398	100,0	0,464
	Evet	11	3,8	121	41,6	106	36,4	43	14,8	7	2,4	3	1,0	291	100,0	
Ortostatik baş ağrısı dışında başka şikayetleriniz olma durumu	Hayır	36	2,4	642	42,7	582	38,7	197	13,1	37	2,5	11	,7	1505	100,0	0,748
	Evet	6	3,2	75	40,3	76	40,9	23	12,4	6	3,2	0	,0	186	100,0	
Ayağa kalkınca kulakta çınlama ve uğultu hissi olma durumu	Hayır	36	2,4	630	42,6	574	38,8	194	13,1	33	2,2	11	,7	1478	100,0	0,292
	Evet	6	2,8	91	42,1	83	38,4	26	12,0	10	4,6	0	,0	216	100,0	
Ayağa kalkınca işitmede azalma olma durumu	Hayır	41	2,6	672	42,5	615	38,9	204	12,9	39	2,5	11	,7	1582	100,0	0,751
	Evet	1	,9	48	42,9	43	38,4	16	14,3	4	3,6	0	,0	112	100,0	
Ayağa kalkınca kollarda karıncalanma ve uyuşukluk şikayeti olma durumu	Hayır	40	2,6	668	42,7	614	39,2	197	12,6	36	2,3	11	,7	1566	100,0	0,090
	Evet	2	1,6	52	40,6	44	34,4	23	18,0	7	5,5	0	,0	128	100,0	
Ayağa kalkınca çift görme şikayeti olma durumu	Hayır	39	2,4	689	43,1	621	38,8	201	12,6	39	2,4	11	,7	1600	100,0	0,140
	Evet	3	3,3	31	33,7	35	38,0	19	20,7	4	4,3	0	,0	92	100,0	
Ayağa kalkınca unutkanlık ve uykululuk şikayetleri olma durum	Hayır	37	2,4	665	42,4	619	39,4	201	12,8	37	2,4	11	,7	1570	100,0	0,214
	Evet	5	4,0	55	44,0	40	32,0	19	15,2	6	4,8	0	,0	125	100,0	
Ayağa kalkınca dengesizlik şikayeti olma durumu	Hayır	33	2,2	642	42,4	596	39,4	196	12,9	36	2,4	11	,7	1514	100,0	0,121
	Evet	9	4,9	80	43,7	63	34,4	24	13,1	7	3,8	0	,0	183	100,0	

Pearson $\chi 2=10,567$ *$p<0,05$.

Araştırmaya katılan bireylerin ortostatik baş ağrısı dışında başka şikâyetleri olma durumu ile sigara içme durumu arasındaki ilişki incelendiğinde; ortostatik baş ağrısı dışında başka şikâyetleri olmayanların %49,5'inin sigara içmediği ve daha öncede hiç içmeyenlerin olduğu, ortostatik baş ağrısı dışında başka şikâyetleri olanların %40,3'ünün sigara içtiği belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan bireylerin ayağa kalkınca kulakta çınlama ve uğultu hissi olma durumu ile sigara içme durumu arasındaki ilişki incelendiğinde; ayağa kalkınca kulakta çınlama ve uğultu hissi olmayanların %49,3'ünün sigara içmediği ve daha önce de hiç içmeyenlerin olduğu, ayağa kalkınca kulakta çınlama ve uğultu hissi olanların %41,4'ünün sigara kullandığı belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan bireylerin ayağa kalkınca işitmede azalma olma durumu ile sigara içme durumu arasındaki ilişki incelendiğinde; ayağa kalkınca işitmede azalma olmayanların %48,9'unun sigara içmediği ve daha öncede hiç içmeyenlerin olduğu, ayağa kalkınca işitmede azalma olanların %42,5'inin sigara kullandığı belirlenmiştir.

Araştırma sonucunda bireylerin ayağa kalkınca işitmede azalma olma durumu ile sigara içme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan bireylerin ayağa kalkınca kollarda karıncalanma ve uyuşukluk şikâyeti olma durumu ile sigara içme durumu arasındaki ilişki incelendiğinde; ayağa kalkınca kollarda karıncalanma ve uyuşukluk şikâyeti olmayanların %49,2'sinin sigara içmediği ve daha öncede hiç içmeyenlerin olduğu, ayağa kalkınca kollarda karıncalanma ve uyuşukluk şikâyeti olanların %47,3'ünün sigara içtiği belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan bireylerin ayağa kalkınca çift görme şikâyeti olma durumu ile sigara içme durumu arasındaki ilişki incelendiğinde; ayağa kalkınca çift görme şikâyeti olmayanların %48,4'ünün sigara içmediği ve daha önce de hiç içmeyenlerin olduğu, ayağa kalkınca çift görme şikâyeti olanların %44,1'inin sigara içmediği ve daha önce de hiç içmeyenlerin olduğu belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan bireylerin ayağa kalkınca unutkanlık ve uykululuk şikâyetleri olma durumu ile sigara içme durumu arasındaki ilişki incelendiğinde; ayağa kalkınca unutkanlık ve uykululuk şikâyetleri olmayanların %48,7'sinin sigara içmediği ve daha önce de hiç içmeyenlerin olduğu, ayağa kalkınca unutkanlık ve uykululuk şikâyetleri olanların %43,8'inin sigara içmediği ve daha önce de hiç içmeyenlerin olduğu belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan bireylerin ayağa kalkınca dengesizlik şikâyeti olma durumu ile sigara içme durumu arasındaki ilişki incelendiğinde; ayağa kalkınca dengesizlik şikâyeti

olmayanların %48,9'unun sigara içmediği ve daha öncede hiç içmeyenlerin olduğu, ayağa kalkınca dengesizlik şikâyeti olanların %43,5'inin sigara içmediği ve daha önce de hiç içmeyenlerin olduğu belirlenmiştir.

Araştırma sonucunda baş ağrılarının bazen ortostatik karakterde olmakla birlikte ortostatik olmayan baş ağrıları olma durumu, ortostatik baş ağrısı dışında başka şikâyetleri olma durumu, ayağa kalkınca işitmede azalma olma durumu, ayağa kalkınca kollarda karıncalanma ve uyuşukluk şikâyeti olma durumu ile sigara içme durumu arasında istatistiksel olarak ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Ayağa kalkınca kulakta çınlama ve uğultu hissi olma durumu, ayağa kalkınca çift görme şikâyeti olma durumu, kalkınca unutkanlık ve uykululuk şikâyetleri olma durumu, ayağa kalkınca dengesizlik şikâyeti olma durumu ile sigara içme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

Ortostatik baş ağrısı ve buna bağlı semptomların sigara içme durumuna göre analizi Tablo 18'de verilmiştir.

Araştırmaya katılan bireylerin tüm baş ağrılarının ortostatik özellikte olma durumu ile alkol kullanma durumu arasındaki ilişki incelendiğinde; baş ağrılarının ortostatik özellikte olmayanların %71,1'inin alkol kullanmadığı, baş ağrılarının ortostatik özellikte olanların %79,4'ünün alkol kullanmadığı belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan bireylerin baş ağrılarının bazen ortostatik karakterde olmakla birlikte ortostatik olmayan baş ağrılarının olma durumu ile alkol kullanma durumu arasındaki ilişki incelendiğinde; baş ağrılarının bazen ortostatik karakterde olmakla birlikte ortostatik olmayan baş ağrıları olmayanların %71,7'sinin alkol kullanmadığı, baş ağrılarının bazen ortostatik karakterde olmakla birlikte ortostatik olmayan baş ağrıları olanların %71,5'inin alkol kullanmadığı belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan bireylerin ortostatik baş ağrısı dışında başka şikâyetlerin olma durumu ile alkol kullanma arasındaki ilişki incelendiğinde; ortostatik baş ağrısı dışında başka şikâyetleri olmayanların %72,5'inin alkol kullanmadığı, ortostatik baş ağrısı dışında başka şikâyetleri olanların %65,4'ünün alkol kullanmadığı belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan bireylerin ayağa kalkınca kulakta çınlama ve uğultu hissi olma durumu ile alkol kullanma durumu arasındaki ilişki incelendiğinde; ayağa kalkınca kulakta çınlama ve uğultu hissi olmayanların %71,6'sının alkol kullanmadığı, ayağa kalkınca kulakta çınlama ve uğultu hissi olanların %71,8'inin alkol kullanmadığı belirlenmiştir.

Tablo 18. Katılımcıların ortostatik baş ağrısı ve buna eşlik eden semptomların sigara kullanma durumuna göre analizi

		Sigara içme durumu						Toplam		p
		İçmiyorum, daha önce hiç içmedim		İçmiyorum bıraktım		Evet içiyorum				
		N	%	N	%	N	%	N	%	
Tüm baş ağrıların ortostatik özellikte olma durumu	Hayır	778	48,7	262	16,4	558	34,9	1598	100,0	0,602
	Evet	56	44,4	24	19,0	46	36,5	126	100,0	
Bazen başağrıları ortostatik karakterde olmakla birlikte ortostatik olmayan başağrılarının olma durumu	Hayır	709	49,8	223	15,7	491	34,5	1423	100,0	0,015*
	Evet	124	41,6	63	21,1	111	37,2	298	100,0	
Ortostatik baş ağrısı dışında başka şikayetleriniz olma durumu	Hayır	759	49,5	247	16,1	526	34,3	1532	100,0	0,026*
	Evet	75	39,3	39	20,4	77	40,3	191	100,0	
Ayağa kalkınca kulakta çınlama ve uğultu hissi olma durumu	Hayır	743	49,3	248	16,5	515	34,2	1506	100,0	0,067
	Evet	91	41,4	38	17,3	91	41,4	220	100,0	
Ayağa kalkınca işitmede azalma olma durumu	Hayır	789	48,9	266	16,5	558	34,6	1613	100,0	0,152
	Evet	45	39,8	20	17,7	48	42,5	113	100,0	
Ayağa kalkınca kollarda karıncalanma ve uyuşukluk şikayeti olma durumu	Hayır	784	49,2	266	16,7	545	34,2	1595	100,0	0,008*
	Evet	49	37,4	20	15,3	62	47,3	131	100,0	
Ayağa kalkınca çift görme şikayeti olma durumu	Hayır	790	48,4	268	16,4	573	35,1	1631	100,0	0,654
	Evet	41	44,1	18	19,4	34	36,6	93	100,0	
Ayağa kalkınca unutkanlık ve uykululuk şikayetleri olma durum	Hayır	778	48,7	269	16,8	552	34,5	1599	100,0	0,143
	Evet	56	43,8	17	13,3	55	43,0	128	100,0	
Ayağa kalkınca dengesizlik şikayeti olma durumu	Hayır	754	48,9	249	16,1	540	35,0	1543	100,0	0,286
	Evet	81	43,5	37	19,9	68	36,6	186	100,0	

Pearson $\chi 2=10,567$, *$p<0,05$.

Araştırmaya katılan bireylerin ayağa kalkınca işitme azalma olma durumu ile alkol kullanma durumu arasındaki ilişki incelendiğinde; ayağa kalkınca işitmede azalma olmayanların %72'sinin alkol kullanmadıkları, ayağa kalkınca işitmede azalma olanların %68,1'inin alkol kullandığı belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan bireylerin ayağa kalkınca kollarda karıncalanma ve uyuşukluk şikâyeti olma durumu ile alkol kullanma durumu arasındaki ilişki incelendiğinde; ayağa kalkınca kollarda karıncalanma ve uyuşukluk şikâyeti olmayanların %71,7'sinin alkol kullanmadığı, ayağa kalkınca kollarda karıncalanma ve uyuşukluk şikâyeti olanların %71,8'inin alkol kullanmadığı belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan bireylerin ayağa kalkınca çift görme şikâyeti olma durumu ile alkol kullanma arasındaki ilişki incelendiğinde; ayağa kalkınca çift görme şikâyeti olmayanların %71,2'sinin alkol kullanmadığı, ayağa kalkınca çift görme şikâyeti olanların %78,5'inin alkol kullanmadığı belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan bireylerin ayağa kalkınca unutkanlık ve uykululuk şikâyetleri olma durumu ile alkol kullanma durumu arasındaki ilişki incelendiğinde; ayağa kalkınca unutkanlık ve uykululuk şikâyetleri olmayanların %71,2'sinin alkol kullanmadığı, ayağa kalkınca unutkanlık ve uykululuk şikâyetleri olanların %78,1'inin alkol kullanmadığı belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan bireylerin ayağa kalkınca dengesizlik şikâyeti olma durumu ile alkol kullanma durumu arasındaki ilişki incelendiğinde; ayağa kalkınca dengesizlik şikâyeti olmayanların %71'inin alkol kullanmadığı, ayağa kalkınca dengesizlik şikâyeti olanların %78'inin alkol kullanmadığı belirlenmiştir.

Araştırmamız sonucunda; baş ağrılarının ortostatik özellikte olma durumu, baş ağrılarının bazen ortostatik karakterde olmakla birlikte ortostatik olmayan baş ağrıları olma durumu, ortostatik baş ağrısı dışında başka şikâyetlerin olma durumu, ayağa kalkınca dengesizlik şikâyeti olma durumu ile alkol kullanma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Ayağa kalkınca kulakta çınlama ve uğultu hissi olma durumu, ayağa kalkınca işitmede azalma olma durumu, ayağa kalkınca kollarda karıncalanma ve uyuşukluk şikâyeti olma durumu, ayağa kalkınca çift görme şikâyeti olma durumu, ayağa kalkınca unutkanlık ve uykululuk şikâyetleri olma durumu ile alkol kullanma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Ortostatik baş ağrısı ve buna bağlı semptomların alkol kullanma durumuna göre analizi Tablo 19'da verilmiştir.

Araştırmaya katılan bireylerin baş ağrılarının ortostatik özellikte olma durumu ile kronik hastalığı olma durumu arasındaki ilişki incelendiğinde; baş ağrılarının ortostatik özellikte olmayanların %60,1'inin kronik hastalığı olmadığı, baş ağrılarının ortostatik özellikte olanların %60,3'ünün kronik hastalığı olmadığı belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan bireylerin baş ağrıları bazen ortostatik karakterde olmakla birlikte ortostatik olmayan baş ağrılarının olma durumu ile kronik hastalığı olma durumu arasındaki ilişki incelendiğinde; başağrıları bazen ortostatik karakterde olmakla birlikte ortostatik olmayan başağrılarının olmayanların %60,4'ünün kronik hastalığı olmadığı, baş ağrıları bazen ortostatik karakterde olmakla birlikte ortostatik olmayan baş ağrıları olanların %58,4'ünün kronik hastalığı olmadığı belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan bireylerin ortostatik baş ağrısı dışında başka şikâyetleri olma durumu ile kronik hastalığı olma durumu arasındaki ilişki incelendiğinde; ortostatik baş ağrısı dışında başka şikâyetleri olmayanların %61,2'sinin kronik hastalığı olduğu, ortostatik baş ağrısı dışında başka şikâyetleri olanların %52,9'unun kronik hastalığı olduğu belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan bireylerin ayağa kalkınca kulakta çınlanma ve uğultu hissi olma durumu ile kronik hastalığı olma durumu arasındaki ilişki incelendiğinde; ayağa kalkınca kulakta çınlanma ve uğultu hissi olmayanların %61,6'sının kronik hastalığı olmadığı, ayağa kalkınca kulakta çınlanma ve uğultu hissi olanların %51,4'ünün kronik hastalığı olmadığı belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan bireylerin, ayağa kalkınca işitmede azalma olma durumu ile kronik hastalığı olma durumu arasındaki ilişki incelendiğinde; ayağa kalkınca işitmede azalma olmayanların %61,1'inin kronik hastalığı olmadığı, ayağa kalkınca işitmede azalma olanların %52,2'sinin kronik hastalığı olduğu belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan bireylerin, ayağa kalkınca kollarda karıncalanma ve uyuşukluk şikâyeti olma durumu ile kronik hastalığı olma durumu arasındaki ilişki incelendiğinde; ayağa kalkınca kollarda karıncalanma ve uyuşukluk şikâyeti olmayanların %61,3'ünün kronik hastalığı olmadığı, ayağa kalkınca kollarda karıncalanma ve uyuşukluk şikâyeti olanların %52,7'sinin kronik hastalığı olduğu belirlenmiştir.

Tablo 19. Katılımcıların ortostatik baş ağrısı ve buna eşlik eden semptomların alkol kullanma durumuna göre analizi

		Alkol kullanma durumu				Toplam		P
		Hayır		Evet				
		N	%	N	%	N	%	
Tüm baş ağrıların ortostatik özellikte olma durumu	Hayır	1136	71,1	462	28,9	1598	100,0	0,047
	Evet	100	79,4	26	20,6	126	100,0	
Bazen başağrıları ortostatik karakterde olmakla birlikte ortostatik olmayan başağrılarının olma durumu	Hayır	1020	71,7	403	28,3	1423	100,0	0,994
	Evet	213	71,5	85	28,5	298	100,0	
Ortostatik baş ağrısı dışında başka şikayetleriniz olma durumu	Hayır	1111	72,5	421	27,5	1532	100,0	0,041*
	Evet	125	65,4	66	34,6	191	100,0	
Ayağa kalkınca kulakta çınlama ve uğultu hissi olma durumu	Hayır	1079	71,6	427	28,4	1506	100,0	0,958
	Evet	158	71,8	62	28,2	220	100,0	
Ayağa kalkınca işitmede azalma olma durumu	Hayır	1161	72,0	452	28,0	1613	100,0	0,381
	Evet	77	68,1	36	31,9	113	100,0	
Ayağa kalkınca kollarda karıncalanma ve uyuşukluk şikayeti olma durumu	Hayır	1143	71,7	452	28,3	1595	100,0	0,982
	Evet	94	71,8	37	28,2	131	100,0	
Ayağa kalkınca çift görme şikayeti olma durumu	Hayır	1162	71,2	469	28,8	1631	100,0	0,131
	Evet	73	78,5	20	21,5	93	100,0	
Ayağa kalkınca unutkanlık ve uykululuk şikayetleri olma durum	Hayır	1138	71,2	461	28,8	1599	100,0	0,093
	Evet	100	78,1	28	21,9	128	100,0	
Ayağa kalkınca dengesizlik şikayeti olma durumu	Hayır	1095	71,0	448	29,0	1543	100,0	0,045*
	Evet	145	78,0	41	22,0	186	100,0	

Pearson $\chi 2=10,567$ *$p<0,05$.

Araştırmaya katılan bireylerin ayağa kalkınca çift görme şikâyeti olma durumu ile kronik hastalığı olma durumu arasındaki ilişki incelendiğinde; ayağa kalkınca çift görme şikâyeti olmayanların %61'inin kronik hastalığı olmadığı, ayağa kalkınca çift görme şikâyeti olanların %52,7'sinde kronik hastalığı olduğu belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan bireylerin ayağa kalkınca unutkanlık ve uykululuk şikâyetleri olma durumu ile kronik hastalığı olma durumu arasındaki ilişki incelendiğinde; ayağa kalkınca unutkanlık ve uykululuk şikâyetleri olmayanların %60,7'sinin kronik hastalığı olmadığı, ayağa kalkınca unutkanlık ve uykululuk şikâyetleri olanların %53,9'unun kronik hastalığı olmadığı belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan bireylerin ayağa kalkınca dengesizlik şikâyeti olma durumu ile kronik hastalığı olma durumu arasındaki ilişki incelendiğinde; ayağa kalkınca dengesizlik şikâyeti olmayanları %60,9'unun kronik hastalığı olmadığı, ayağa kalkınca dengesizlik şikâyeti olanların %54,3'ünün kronik hastalığı olmadığı belirlenmiştir.

Araştırma sonucunda ortostatik baş ağrısı dışında başka şikâyetleri olma durumu, ayağa kalkınca kulakta çınlama ve uğultu hissi olma durumu, ayağa kalkınca işitmede azalma olma durumu, ayağa kalkınca kollarda karıncalanma ve uyuşukluk şikâyeti olma durumu, ayağa kalkınca çift görme şikâyeti olma durumu ile kronik hastalığı olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

Araştırma sonucunda baş ağrılarının ortostatik özellikte olma durumu, baş ağrıları bazen ortostatik karakterde olmakla birlikte ortostatik olmayan baş ağrılarının olma durumu, ayağa kalkınca unutkanlık ve uykululuk şikâyetleri olma durumu, ayağa kalkınca dengesizlik şikâyeti olma durumu ile kronik hastalığı olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

Ortostatik baş ağrısı ve buna bağlı semptomların kronik hastalığı olma durumuna göre analizi Tablo 20'de verilmiştir.

Tablo 20. Katılımcıların ortostatik baş ağrısı ve buna eşlik eden semptomların kronik hastalığı olma durumuna göre analizi

		Kronik hastalığı olma durumu				Toplam		P
		Evet		Hayır				
		N	%	N	%	N	%	
Tüm baş ağrıların ortostatik özellikte olma durumu	Hayır	638	39,9	960	60,1	1598	100,0	1,000
	Evet	50	39,7	76	60,3	126	100,0	
Bazen başağrıları ortostatik karakterde olmakla birlikte ortostatik olmayan başağrılarının olma durumu	Hayır	563	39,6	860	60,4	1423	100,0	0,516
	Evet	124	41,6	174	58,4	298	100,0	
Ortostatik baş ağrısı dışında başka şikayetleriniz olma durumu	Hayır	594	38,8	938	61,2	1532	100,0	0,028*
	Evet	90	47,1	101	52,9	191	100,0	
Ayağa kalkınca kulakta çınlama ve uğultu hissi olma durumu	Hayır	579	38,4	927	61,6	1506	100,0	0,005*
	Evet	107	48,6	113	51,4	220	100,0	
Ayağa kalkınca işitmede azalma olma durumu	Hayır	628	38,9	985	61,1	1613	100,0	0,007*
	Evet	59	52,2	54	47,8	113	100,0	
Ayağa kalkınca kollarda karıncalanma ve uyuşukluk şikayeti olma durumu	Hayır	618	38,7	977	61,3	1595	100,0	0,002*
	Evet	69	52,7	62	47,3	131	100,0	
Ayağa kalkınca çift görme şikayeti olma durumu	Hayır	636	39,0	995	61,0	1631	100,0	0,012*
	Evet	49	52,7	44	47,3	93	100,0	
Ayağa kalkınca unutkanlık ve uykululuk şikayetleri olma durum	Hayır	629	39,3	970	60,7	1599	100,0	0,133
	Evet	59	46,1	69	53,9	128	100,0	
Ayağa kalkınca dengesizlik şikayeti olma durumu	Hayır	603	39,1	940	60,9	1543	100,0	0,096
	Evet	85	45,7	101	54,3	186	100,0	

Pearson $\chi 2=10,567$, *p<0,05.

TARTIŞMA

Çalışmamızda alkol durumu ile ortostatik baş ağrısı ve etki eden diğer belirtileri açısından etkisi incelenmiştir. Baş ağrılarının ortostatik özellikte olanların %79,4'ünün alkol kullanmadığı, başağrılarının bazen ortostatik karakterde olmakla birlikte ortostatik olmayan baş ağrıları olanların %71,5'inin alkol kullanmadığı, ortostatik baş ağrısı dışında başka şikayetleri olanların %65,4'ünün alkol kullanmadığı, ayağa kalkınca işitmede azalma olanların %68,1'inin alkol kullandığı, ayağa kalkınca kollarda karıncalanma ve uyuşukluk şikayeti olanların %71,8'inin alkol kullanmadığı, ayağa kalkınca çift görme şikayeti olanların %78,5'inin alkol kullanmadığı, ayağa kalkınca unutkanlık ve uykululuk şikayetleri olanların %78,1'inin alkol kullanmadığı, ayağa kalkınca dengesizlik şikayeti olanların %78'inin alkol kullanmadığı saptanmıştır. Araştırmaya katılan bireylerden ortostatik baş ağrısına sahip olanların alkol kullanmadıkları belirlenmiştir.

Çalışmamızda sigara kullanımı ile ortostatik baş ağrısı ve etki eden diğer belirtileri açısından etkisi incelenmiştir. Baş ağrılarının ortostatik özellikte olanların %44,4'ünün sigara içmediği ve daha öncede hiç içmeyenlerin olduğu, başağrılarının bazen ortostatik karakterde olmakla birlikte ortostatik olmayan başağrıları olanların %41,6'sının sigara içmediği ve daha öncede hiç içmeyenlerin olduğu, ayağa kalkınca kulakta çınlama ve uğultu hissi olanların %41,4'ünün sigara kullandığı, ayağa kalkınca işitmede azalma olanların %42,5'inin sigara kullandığı, ayağa kalkınca kollarda karıncalanma ve uyuşukluk şikayeti olanların %47,3'ünün sigara içtiği, ayağa kalkınca çift görme şikayeti olanların %44,1'inin sigara içmediği ve daha öncede hiç içmeyenlerin olduğu, ayağa kalkınca unutkanlık ve uykululuk şikayetleri olanların %43,8'inin sigara içmediği ve daha once de hiç içmeyenlerin olduğu, ayağa kalkınca dengesizlik şikayeti olanların %43,5'inin sigara

içmediği ve daha öncede hiç içmeyenlerin olduğu saptanmıştır. Ortostatik baş ağrısına sahip bireylerin büyük çoğunluğunun sigara kullanmadığı belirlenmiştir.

Çalışmamızda VKİ değerleri ile ortostatik baş ağrısı ve etki eden diğer belirtileri açısından etkisi incelenmiştir. Baş ağrılarının ortostatik özellikte olanların %40,8'inin VKİ değerinin 25-29,9 arasında olduğu, başağrılarının bazen ortostatik karakterde olmakla birlikte ortostatik olmayan başağrıları olanların %41,6'sının VKİ değerinin 18,6-24,9 arasında olduğu, ortostatik baş ağrısı dışında başka şikayetleri olanların %40,9'unun VKİ değerlerinin 25-29,9 arasında olduğu, ayağa kalkınca kulakta çınlama ve uğultu hissi olanların %42,1'inin VKİ değerlerinin 18,6-24,9 arasında olduğu, ayağa kalkınca işitmede azalma olanların %42,9'unun VKİ değerlerinin 18,6-24,9 arasında olduğu, ayağa kalkınca kollarda karıncalanma ve uyuşukluk şikayeti olanların %40,6'sının VKİ değerlerinin 18,6-24,9 arasında olduğu, ayağa kalkınca çift görme şikayeti olanların %38'inin VKİ değerlerinin 25-29,9 arasında olduğu, ayağa kalkınca unutkanlık ve uykululuk şikayetleri olanların %44'ünün VKİ değerlerinin 18,6-24,9 arasında olduğu, ayağa kalkınca dengesizlik şikayeti olanların %43,7'sinin VKİ değerlerinin 18,6-24,9 arasında olduğu belirlenmiştir. Araştırmaya katılan bireylerde ortostatik baş ağrısına sahip olanların VKİ değerlerinin normal olduğu saptanmıştır. Bazı yapılan çalışmalarda, VKİ indeksi ve alkol alımının ortostatik hipotansiyona neden olduğu saptanmıştır (104-108).

Çalışmamızda kronik hastalığı ile ortostatik baş ağrısı ve etki eden diğer belirtileri açısından etkisi incelenmiştir. Baş ağrılarının ortostatik özellikte olanların %60,3'ünün kronik hastalığı olmadığı, başağrıları bazen ortostatik karakterde olmakla birlikte ortostatik olmayan başağrılarının olanların %58,4'ünün kronik hastalığı olmadığı, ortostatik baş ağrısı dışında başka şikayetleri olanların %52,9'unun kronik hastalığı olduğu, ayağa kalkınca kulakta çınlanma ve uğultu hissi olanların %51,4'ünün kronik hastalığı olmadığı, ayağa kalkınca işitmede azalma olanların %52,2'sinin kronik hastalığı olduğu, ayağa kalkınca kollarda karıncalanma ve uyuşukluk şikayeti olanların %52,7'sinin kronik hastalığı olduğu, ayağa kalkınca çift görme şikayeti olanların %52,7'sinde kronik hastalığı olduğu, ayağa kalkınca unutkanlık ve uykululuk şikayetleri olanların %53,9'unun kronik hastalığı olmadığı, ayağa kalkınca dengesizlik şikayeti olanların %54,3'ünün kronik hastalığı olmadığı saptanmıştır. Sonuçta araştırmaya katılan bireylerin ortostatik baş ağrısı saptananlarda kronik hastalığın etkisi olmadığı saptanmıştır.

Çalışmamızda eğitim durumu ile ortostatik baş ağrısı ve etki eden diğer belirtileri açısından etkisi incelenmiştir. Baş ağrılarının ortostatik özellikte olanların %33,3'ünün ilkokul mezunu olduğu, başağrılarının bazen ortostatik karakterde olmakla birlikte ortostatik

olmayan başağrılarının olanların %38,3'ünün üniversite mezunu olduğu, ortostatik baş ağrısı dışında başka şikayetleri olanların %33,5'inin üniversite mezunu olduğu, ayağa kalkınca kulakta çınlama ve uğultu hissi olanların %29,1'inin lise mezunu olduğu, ayağa kalkınca işitmede azalma olanların %38,9'unun ilkokul mezunu olduğu, ayağa kalkınca kollarda karıncalanma ve uyuşukluk şikayeti olanların %35,1'inin ilkokul mezunu olduğu, ayağa kalkınca çift görme şikayeti olanların %41,9'unun ilkokul mezunu olduğu, ayağa kalkınca unutkanlık ve uykululuk şikayetleri olanların %34,4'ünün ilkokul mezunu olduğu, ayağa kalkınca dengesizlik şikayeti olanların %32,3'ünün üniversite mezunu olduğu belirlenmiştir. Çalışma sonucunda ortostatik baş ağrısı saptanan bireylerin çoğunluğunun eğitim seviyesinin düşük olduğu, bireylerin ortostatik baş ağrısının tedavisi hakkında bilgi sahibi olmamasının hastalığı tetiklediği görülmektedir.

Araştırmamız sonucunda cinsiyet durumu ile ortostatik baş ağrısı ve etki eden diğer belirtileri açısından etkisi incelenmiştir. Baş ağrılarının ortostatik özellikte olanların %65,9'unun kadın olduğu, baş ağrılarının bazen ortostatik karakterde olmakla birlikte ortostatik olmayan baş ağrılarının olanların %62,1'inin kadın olduğu, ortostatik baş ağrısı dışında başka şikayetleri olanların %51,3'ünün erkek olduğu, ayağa kalkınca kulakta çınlama ve uğultu hissi olanların %55,5'inin kadın olduğu, ayağa kalkınca işitmede azalma olanların %54'ünün erkek olduğu, ayağa kalkınca kollarda karıncalanma ve uyuşukluk şikayeti olanların %58'inin kadın olduğu, ayağa kalkınca çift görme şikayeti olanların %67,7'sinin kadın olduğu, ayağa kalkınca unutkanlık ve uykululuk şikayetleri olanların %73,4'ünün kadın olduğu saptanmıştır. Ortostatik baş ağrısı tanısı konulan bireylerin büyük çoğunluğunun kadın olduğu görülmektedir.

Çalışmamızda meslek durumu ile ortostatik baş ağrısı ve etki eden diğer belirtileri açısından etkisi incelenmiştir. baş ağrılarının ortostatik özellikte olanların %35,7'inin çalışmadığı, başağrılarının bazen ortostatik karakterde olmakla birlikte ortostatik olmayan baş ağrılarının olanların %28,2'sinin çalışmadığı, ortostatik baş ağrısı dışında başka şikayetleri olanların %29,3'ünün çalışmadığı, ayağa kalkınca kulakta çınlama ve uğultu hissi olanların %33,6'sının çalışmadığı, ayağa kalkınca işitmede azalma olanların %31'inin çalışmadığı, ayağa kalkınca kollarda karıncalanma ve uyuşukluk şikayeti olanların %35,9'unun çalışmadığı, ayağa kalkınca çift görme şikayeti olanların %43'ünün çalışmadığı, ayağa kalkınca unutkanlık ve uykululuk şikayetleri olanların %39,8'sinin çalışmadığı saptanmıştır. Ortostatik baş ağrısı tanısı konulan bireylerin çoğunluğunun bir iş sahibi olmadığı yani çalışmadığı görülmektedir. Bu durumda bireylerin çalışmadığı ve işsiz olmasının yarattığı stresin hastalığı tetiklediği düşünülmektedir.

Araştırmamıza katılan bireylerin, yaş dağılımı ile ortostatik baş ağrısı ve etki eden diğer belirtileri açısından etkisi incelenmiştir. Baş ağrılarının ortostatik özellikte olanların %51,6'sının 40 yaş ve altında olduğu, baş ağrıları bazen ortostatik karakterde olmakla birlikte ortostatik olmayan başağrılarının olanların %53'ünün 40 yaş ve altında olduğu, ortostatik baş ağrısı dışında başka şikayetleri olanların %52,9'unun 40 yaş altında olduğu, ayağa kalkınca kulakta çınlama ve uğultu hissi olanların %51,8'inin 40 yaş ve altında olduğu, ayağa kalkınca işitmede azalma olanların %44,2'sinin 40 yaş ve altında olduğu, ayağa kalkınca kollarda karıncalanma ve uyuşukluk şikayeti olanların %47,3'ünün 40 yaş ve altında olduğu, ayağa kalkınca çift görme şikayeti olanların %46,2'sinin 40 yaş ve altında olduğu, ayağa kalkınca unutkanlık ve uykululuk şikayetleri olanların %57'sinin 40 yaş ve altında olduğu, ayağa kalkınca dengesizlik şikayeti olanların %54,3'ünün 40 yaş ve altında olduğu belirlenmiştir. Ortostatik baş ağrısı tanısının genellikle 40 yaş ve altı bireylerde konulduğu saptanmıştır. Sahni ve ark. (107)'nın ve Sclater ve ark. (108)'nın yaptıkları çalışmada ortostatik baş ağrısı görünme sıklığı 65-69 arasında %14,8 iken; 85 ve daha üzeri yaşlarda %26 olarak saptanmıştır. Çalışmamızın sonucu ile tezat bir çalışmadır.

Kronik ağır ilerleyen baş ağrısı, aralıklarla gelen mide bulantısı ve konum değişikliğinden bağımsız olarak kusma problemleri yaşayan bir hasta dışında tüm hastaların tipik ortostatik baş ağrıları olduğu görülmüştür (109). Diğer klinik belirtiler ise bulantı, ensede ağrı, kusma, interskapular bölgede ağrı, baş vertigo, tinnitus, nistagmus, kulakta dolgunluk hissi ve bulanık görmedir. Başvurular öncesinde semptomların ortalama süresi 19 gündü (2 ila 39) (104). Park ve ark. (109)'nın yaptığı çalışma sonucunda, SİH hastaları, bulantı, kusma, ensede ağrı, interskapular bölgede ağrı, bulanık görme, baş dönmesi, nistagmus, kulakta dolgunluk hissi, fotofobi ve fonofobi dâhil olarak postural değişiklikli baş ağrısının yanı sıra çeşitli semptomlar sergilemişlerdir. SİH hastalarında baş ağrısının postural olmayabileceği hatta bulunmadığı belirtilmiştir (9,110,111).

Mea ve ark. (112)'nın yaptığı çalışmada; tedaviye tepkileri ölçülebilir 83 hastanın klinik özelliklerinin analizi, MR bulguları ve sonuçları bunların dört gruba ayrılabileceğini göstermiştir.

A Grubunda; bu hastalardan hiç birinde baş ağrısı hikayesi bulunmamaktadır. Baş ağrısı zaman içinde yavaş yavaş artmıştır, orta şiddettedir, oturur pozisyonda veya ayaktayken kötüleşmiştir, başın tamamını kapsamıştır ve ense sertliği, tinnitus, hipoakuzi, fotofobi veya bulantı gibi etkilerden en az biri görülmüştür. Serebral MR tüm vakalarda; intrakraniyal herniasyon, dural boyanma veya subdural sıvı akümülasyonundan en az birini ortaya koymuştur. Bazı vakalardaki diğer belirtiler venöz konjesyon ve hipofiz

hiperemisidir. Hastaların hiçbirinde başlangıçtan itibaren 12 aydan fazla süren MR bulgularına veya semptomlara rastlanmamıştır.

B Grubunda; bu gruptakilerin otururken veya ayaktayken kötüleşen şiddetli, akut başlangıçlı baş ağrıları vardır ve ense sertliği, tinnitus, hipoakuzi, fotofobi veya bulantı gibi etkilerden en az biri görülmüştür. Tüm vakalarda serebral MR subdural sıvı akümülasyonunu ortaya koymuştur. Semptomlar iki hastada aynı anda diğerinde ise epidural kan yamasından sonra kesilmiştir. Semptomların başlangıcı ile kesin rezolüsyon arasındaki ortalama süre 8 ay olmuştur (1 ila 11ay arası). Semptomların başlangıcı ile teşhis arasında geçen ortalama süre ise 4 aydır (2 ila 8 ay arası). Bu hastaların hiçbirinin baş ağrısı geçmişi yoktur.

C Grubu; bu grup içerisindeki altı hastada yarı devamlı ve daha az şiddetli, oturur pozisyonda veya ayaktayken kötüleşen baş ağrısı kendini göstermiştir. Hastaların dördünün baş ağrısı geçmişi vardır. Tüm vakalarda ense sertliği, tinnitus, hipoakuzi, fotofobi veya bulantı gibi etkilerden en az biri görülmüştür. A grubundaki hastalarla kıyaslandığında, C grubu hastalarının daha belirsiz ve hafif semptomları vardır. Biri hariç hepsinde serebral MR tipik SİH belirtileri göstermiştir. Klinik süreç, gelişim dönemlerini takip eden semptomların kötüleştiği dönemlerle karakterize edilmiştir fakat izlem süresi boyunca (ortalama 52 ay; 24 ila 108 ay arası) tedaviye bakmaksızın (altı kişide tıbbi; üçünde epidural kan yaması) baş ağrısı tamamıyla geçmemiştir. Hiçbirinde MR görüntüsü tamamıyla çözüme kavuşmamıştır. Semptomların başlangıcı ile teşhis arasında geçen ortalama süre 12 ay olmuştur (2 ila 36 ay arası).

D Grubu; bu hastaların beşinin baş ağrısı geçmişi vardır. On dördünün ortostatik baş ağrısı bulunmaktadır ve on kişide de ense sertliği, tinnitus, hipoakuzi, fotofobi veya bulantı gibi eşlik eden semptomlardan en az biri görülmüştür. On kişide nörolojik inceleme değiştirilmiştir (baş dönmesi, görme bozukluğu, kognitif bozukluk, kraniyal sinir hasarı, serebellar semptomlar). On altısının tipik MR bulguları olduğu görülmüştür. Semptomların başlangıcı ile teşhis arasında geçen ortalama süre 10 aydır (2 ila 25 ay arası). On hastaya kan yaması uygulanmıştır ve sekizi de sadece tıbbi tedavi görmüştür. 18 vakada da semptomlar giderilmiş ve yaklaşık 33 ay içerisinde (14 ila 60 ay) MR normalleşir.

Araştırma sonucunda ayağa kalkınca çift görme şikayeti olma durumu, ayağa kalkınca unutkanlık ve uykululuk şikayetleri olma durumu ile yaş durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Çift görme ve unutkanlık, uykululuk şikayetleri her ne kadar SİH'da görülse de sadece bu hastalığa özgü bir şikayet değildir. Lokal göz hastalıkları ve diğer intrakraniyal hadiseler ile demans durumlarında gözükebilmektedir. Ayrıca ortostatik baş ağrısı kadar SİH 'a spesifik bir belirti değildir.

Araştırma sonucunda baş ağrılarının ortostatik özellikte olma durumu, başağrılarının bazen ortostatik karakterde olmakla birlikte ortostatik olmayan başağrılarının olma durumu, ayağa kalkınca kollarda karıncalanma ve uyuşukluk şikayeti olma durumu, ayağa kalkınca çift görme şikayeti olma durumu, ayağa kalkınca unutkanlık ve uykululuk şikayetleri olma durumu ile cinsiyet durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$, $p<0,01$). Yani kadın cinsiyette daha fazla gözükmektedir. Schievink ve ark. (67)'nın yaptığı çalışmada SİH prevalansı 50000'de bir olarak hesaplandığı saptanmıştır. Yakın bir zamanda yapılan bir çalışmada acil servise başvuran hastaların radyolojik bulguları gözden geçirildiği zaman subaraknoid kanama sıklığının yarısı kadar SİH gözlendiği (100000'de 5) saptanmıştır (67). SİH bulguları genellikle 50-60'lı yaşlarda görüldüğü belirlenmiştir. İnsidans en yüksek değere ise 40'lı yaşlarda ulaşmaktadır (66). SİH cinsiyet üzerinden incelendiğinde, kadınlar erkeklerden 1,5:1 oranı ile daha sık etkilenmektedir. Dolayısıyla bizim araştırmamızla korele olarak 40'lı yaşlardaki kadınlarda ortostatik baş ağrısını ve buna eşlik eden semptomları daha fazla görmekteyiz. Bunun nedeni kadınlara toplum içinde ki rolleri itibariyle yaşadıkları psikolojik stress, histerik, konversif yapıları ile doğum ve sonrasındaki hormonal değişiklere bağlı olduğunu düşünmekteyiz. Dolayısıyla "power" analizi %3 saptamamıza rağmen, %7 gibi yüksek bir ortostatik baş ağrısı insidansı olmasını kadın cinsiyete bağlamaktayız.

Araştırma sonucunda baş ağrılarının ortostatik özellikte olma durumu ile kronik hastalığı olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$). Halbuki spontan spinal BOS kaçağının nedenlerinin başında en önemlisi, bağ dokusu hastalıklarının olduğu birçok çalışmada belirtilmiştir (78,80-84). Yapılan bir çalışmada fizik muayene bulguları sonucunda altta yatan bağ dokusu hastalığına olguların üçte ikisinde rastlandığı saptanmıştır (83). Bunun sebebi bizim araştırmamızda kronik hastalık olarak saptadığımız rahatsızlıklar içinde konnektif bağ dokusu hastalıklarının yok denecek kadar az olmasıdır.

SONUÇLAR

Trakya Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı olarak yürüttüğümüz çalışmamızda ulaştığımız sonuçlar aşağıda özetlenmiştir. Buna göre;

1. Çalışmamızda; alkol kullanma durumu ile ortostatik özellikte başağrılarının olma durumu, baş ağrılarının bazen ortostatik karakterde olmakla birlikte ortostatik olmayan baş ağrıları olma durumu, ortostatik baş ağrısı dışında başka şikayetlerin olma durumu, ayağa kalkınca dengesizlik şikayeti olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).
2. Araştırmamızda, sigara içme durumu ile ortostatik baş ağrısı dışında başka şikayetleri olma durumu, ayağa kalkınca işitmede azalma olma durumu, ayağa kalkınca kollarda karıncalanma ve uyuşukluk şikayeti olma durumu arasında istatistiksel olarak ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).
3. Çalışmamızda kronik hastalığı olma durumu ile ortostatik baş ağrısı dışında başka şikayetleri olma durumu, ayağa kalkınca kulakta çınlanma ve uğultu hissi olma durumu, ayağa kalkınca işitmede azalma olma durumu, ayağa kalkınca kollarda karıncalanma ve uyuşukluk şikayeti olma durumu, ayağa kalkınca çift görme şikayeti olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).
4. Araştırma sonucunda eğitim durumu ile baş ağrılarının bazen ortostatik karakterde olmakla birlikte ortostatik olmayan baş ağrılarının olma durumu, ortostatik baş ağrısı dışında başka şikayetleri olma durumu, ayağa kalkınca kulakta çınlama ve uğultu hissi olma durumu, ayağa kalkınca işitmede azalma olma durumu, ayağa kalkınca kollarda karıncalanma ve uyuşukluk şikayeti olma durumu, ayağa kalkınca çift görme şikayeti olma durumu, ayağa

kalkınca unutkanlık ve uykululuk şikayetleri olma durumu, ayağa kalkınca dengesizlik şikayeti olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

5. Çalışmamızda cinsiyet ile baş ağrılarının ortostatik özellikte olma durumu, baş ağrılarının bazen ortostatik karakterde olmakla birlikte ortostatik olmayan baş ağrılarının olma durumu, ayağa kalkınca kollarda karıncalanma ve uyuşukluk şikayeti olma durumu, ayağa kalkınca çift görme şikayeti olma durumu, ayağa kalkınca unutkanlık ve uykululuk şikayetleri olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

6. Araştırma sonucunda meslek sahibi olma durumu ile baş ağrılarının bazen ortostatik karakterde olmakla birlikte ortostatik olmayan baş ağrılarının olma durumu, ortostatik baş ağrısı dışında başka şikayetleri olma durumu, kalkınca kollarda karıncalanma ve uyuşukluk şikayeti olma durumu, ayağa kalkınca çift görme şikayeti olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

7. Araştırma sonucunda yaş durumu ile ayağa kalkınca çift görme şikayeti olma durumu, ayağa kalkınca unutkanlık ve uykululuk şikayetleri olma durumu, baş ağrıları bazen ortostatik karakterde olmakla birlikte ortostatik olmayan baş ağrılarının olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

ÖZET

Aile hekimlerinin toplumda en sık karşılaştığı sağlık sorunlarının ilk sıralarında yer alan baş ağrısı tiplerinden biri de ortostatik özellikli baş ağrısıdır. Uluslararası ve ulusal düzeyde ortostatik özellikli baş ağrısı hakkında yapılmış toplum kaynaklı çalışmalar yetersizdir. Bundan dolayı Edirne'de yaşayan 18 yaş üstü popülasyonda ortostatik baş ağrısı prevalansını saptamak amacıyla bir saha çalışması planladık.

Bu araştırma, Edirne şehir merkezindeki 18 yaş üzerindeki popülasyonda intrakraniyal hipotansiyon prevalansının belirlenmesi amacıyla 1810 (909 erkek, 901 kadın) katılımcı üzerinde yapılmış tanımlayıcı ve kesitsel nitelikte bir araştırmadır. Seçilen örneklemin tüm evreni temsil etmesine dikkat edildi.

Katılımcıların %29,1'inin çalışmadığı, %19,3'ünün memur olduğu, %15,8'inin diğer meslek gruplarından olduğu, %10,3'ünün işçi olduğu, %9,8'inin serbest çalıştığı, %8,6'sının özel sektörde çalıştığı, %7'sinin sağlık çalışanı olduğu saptanmıştır.

Çalışmamızda; baş ağrılarının ortostatik özellikte olma durumu, bazen ortostatik karakterde olmakla birlikte ortostatik olmayan baş ağrıları olma durumu, ortostatik baş ağrısı dışında başka şikayetlerin olma durumu, ayağa kalkınca dengesizlik şikayeti olma durumu ile alkol kullanma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

Sonuç olarak; aile hekiminin baş ağrısı olan her hastaya ağrı kesici yazması doğru olmamakla beraber, ön tanı ve ayırıcı tanıları düşünebilmesi gerekir. Bu araştırmayla ortostatik özellikli baş ağrısına spesifik semptomların sıklığını belirleyerek hekimlerin doğru teşhisle hastaların sevkini yapabilmeyi ve gereksiz ağrı kesici kullanımını azaltmayı amaçladık.

Anahtar kelimeler: Ortostatik özellikli baş ağrısı, Aile Hekimi, Edirne

THE PREVALENCE OF ORTHOSTATIC HEADACHE OVER 18 YEARS OF AGE IN EDIRNE

SUMMARY

One of the distinctive diagnoses of headache which is seen as a common health problem by family physicians in society is orthostatic headache. International and national society-oriented studies on orthostatic headache are inadequate. Therefore, we planned a field work with the purpose of determining orthostatic headache prevalence in population above the age of 18 living in Edirne city.

This research is a descriptive and cross-sectional study made on 1810 participants (909 men, 901 women) with the purpose of determining the orthostatic headache prevalence in population above the age of 18 and living in Edirne city centre. It was paid attention that selected sample complied with all population.

It was determined that 29.1% of the participants were unemployed; 19.3% of them were civil servants; 15.8% was from other occupational groups; 10.3% was worker; 9.8% was self employed persons; 8.6% worked in private sector; 7% was medical staff.

In our study, it was ascertained that there was a significant relation in statistical terms between the condition of headache's being orthostatic, the situation of sometimes being orthostatic but not always being orthostatic for headaches, being other complaints apart from orthostatic headaches, imbalance in standing position and alcohol usage ($p<0,05$).

As a result, it is wrong for a family physician to prescribe medication for each patient who has headaches. Besides he should consider pre-diagnoses and differential diagnoses. We aimed at decreasing unnecessary usage of painkillers, being able to refer patients with true diagnosis by determining the frequency of specific symptoms of orthostatic headache.

Keywords: Orthostatic headache, family physician, Edirne

KAYNAKLAR

1. Schievink WI. Spontaneous spinal cerebrospinal fluid leaks and intracranial hypotension. JAMA 2006;295(19):2286–96.

2. Bell WE, Joynt RJ, Sah AL. Low spinal fluid pressure syndromes. Neurology (Minneap) 1960;10:512-21.

3. Siberstein SD. Treatment of headache in primary care practice. Am J Med 1984;77:65-72.

4. Schaltenbrand G. Neuere Anschauungen zur Pathophysiologie der Liquorzirkulation. Zentralbl Neurochir 1938; 3:290–300.

5. Lindquist T, Moberg E. Spontaneous hypoliquorrea. Acta Med Scand 1949;132:556-61.

6. Ejaz AA, Haley WE, Wasiluk A, Meschia JF, Fitzpatrick PM. Characteristics of 100 consecutive patients presenting with orthostatic hypotension. Mayo Clinic Proceedings 2004;79(7):890-4.

7. Gibbons CH, Freeman R. Orthostatic dyspnea: a neglected symptom of orthostatic hypotension. Clinical Autonomic Research 2005;15:40-4.

8. Marcelis J, Silberstein SD. Spontaneous low cerebrospinal fluid pressure headache. Headache 1990;30:192–6.

9. Fishman RA, Dillon WP. Dural enhancement and cerebral displacement secondary to intracranial hypotension. Neurol 1993;43:609–11.

10. Miller JD. Volume and pressure in the craniospinal axis. Clinical Neurosurgery, 1975; 22, 76–105.

11. Chung SJ, Kim JS, Lee MC. Cerebral spinal sıvısı hipovolemi sendromu: klinik ve görüntüleme özellikleri ve sonuç. Nöroloji 2000;55(9):1321–7.

12. Kong DS, Park K, Nam DH, Lee JI, Kim ES, Kim JS et al. Atypical spontaneous intracranial hypotension (SIH) with nonorthostatic headache. Headache 2007;47:199-203.

13. Miyazawa K, Shiga Y, Hasegawa T, Endoh M, Okita N, Higano S et al. CSF hypovolemia vs intracranial hypotension in "spontaneous intracranial hypotension syndrome". Neurology 2003;60:941-7.

14. Mokri B. Spontaneous cerebrospinal fluid leaks: from intracranial hypotension to cerebrospinal fluid hypovolemia-evolusion of a concept. Mayo Clin Proc 1999;74: 1113-23.

15. Mokri B, Piepgras DG, Miller GM. Syndrome of Orthostatic Headaches and Diffuse Pachymeningeal Gadolinium Enhacement. Mayo Clinic Proc 1997;72:400-13.

16. Mokri B, Hunter SF, Atkinson JL, Piepgras DG. Orthostatic headaches caused by CSF leak but with normal CSF pressures. Neurology 1998; 51: 786-90.

17. Schievink WI, Meyer FB, Atkinson JL, Mokri B. Spontaneous spinal cerebrospinal fluid leaks and intracranial hypotension. Journal of Neurosurgery, 1996;84(4):598–605.

18. Rando TA, Fishman RA. Spontaneous intracranial hypotension: Report of two cases and review of the literature. Neurology, 1992;42 (3 Pt 1):481–7.

19. Ropper AH, Brown RH. Headache and Other Craniofacial Pains.In: Adam's and Victor's Principles of Neurology. 8th ed. US, McGraw- Hill, 2005:144-67.

20. Göksan B. Gerilim bas ağrıları. İÜ. Cerrahpasa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri; Baş, Boyun, Bel ağrıları Sempozyum Dizisi no:30 2002; 69-72.

21. Silberstein SD, Lipton RB, Goadsby P. Klinik Uygulamada Baş Ağrısı; Çeviri editörü: Mustafa Ertas. Yelkovan yayıncılık p:113-20 2. baskı 2004.

22. 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: 193–210.

23. Rasmussen BK, Jensen R, Schroll M, Olesen J. Epidemiology of headache in a general population-a prevalence study. J Clin Epidemiol 1991; 44: 1147–57.

24. Ulrich V, Russell MB, Jensen R. A comparison of tension-type headache in migraineurs and in non- migraineurs: a population-based study. Pain Oct 1996;67(2-3):501-6.

25. Ewans RW, Mathew N. Başağrısı El kitabı. Türkçe çeviri editörü M. Ertas, N. K. Ertas. Seçkin Kitabevi 2005:1-55.

26. Saip S. Primer Baş Ağrıları. Nörolog olmayanlar için nöroloji. İ.Ü.Cerrahpasa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Yayınları, İstanbul, No:42. 2005;35-62.

27. Headache Classification Commitee of the International Headache Society 2003. The International Classification of Headache Disorders. Cephalalgia Vol.24, Supp.1, 2004.

28. Lyngberg AC, Rasmussen BK, Jorgensen T, Jensen R. Has the prevalence of migraine and tension-type headache changed over a 12-year period? A Danish population survey. Eur J Epidemiol 2005;20:243–9.

29. Silberstein SD, Lipton RB, Goadsby PJ. Klinik Uygulamada Baş Ağrısı Türkçe Çeviri Editörü Ertas M. Yelkovan yayıncılık 2002;1-113.

30. Rasmussen BK, Jensen R, Schroll M, Olesen J. Epidemiology of headache in a general population: a prevalence study. J Clin Epidemiol 1991;44:1147-57.

31. Lavados PM, Tenhamm E. Epidemiology of tension-type headache in Santiago, Chile: a prevalence study. Cephalalgia 1998;18:552-8.

32. Schwartz BS, Stewart WF, Simon D, Lipton RB. Epidemiology of tension-type headache. JAMA 1998;279(5):381-3.

33. Newman L, Levin ML. Comprehensive Review of Headache Medicine. New York: Oxford University Press, 2008:83.

34. Demirel H. Migren Ve Epizodik Gerilim Tipi Baş Ağrılarının Hematolojik Parametreler İle İlişkisi (tez). Zonguldak: Karaelmas Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2007.

35. Siva A, Ertaş M, Saip S, Göksan B. İ.Ü.Cerrahpasa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Baş, Boyun, Bel Ağrıları. Sempozyum dizisi. A.Siva, M. Hancı (Editörler). No:30 Mayıs 2002:39-70.

36. İnan LE. Gerilim Tip Başağrıları. T Klin J Neur 2003;1(2):127-133.

37. Ad Hoc Committee on Classification of headache of NINDB. JAMA 1962;179:127-8.

38. Kowa H, Shimomura T, Takahashi K. Platelet gama aminobutyric acid levels in migraine and tension type headache. Headache 1992;32:229-32.

39. Forward SP, McGrath PJ, MacKinnon D, Brown TL, Swann J. Medication patterns of recurrent headache sufferers: a community study. Cephalagia 1998;18:146-51.

40. Mathew NT, Schoenen J. The Headaches. 2nd ed. Philedelphia: Lipincott Williams&Wilkins, 2000. p.661-6.

41. Dahlöf CG, Jacobs LD. Ketoprofen, paracetamol and placebo in the treatment of episodic tension-type headache. Cephalalgia 1996;16(2):117-23.

42. Guidetti V, Silanpaa M, Russell G, Winner P. Headache And Migraine in Childhood and Adollescense. 1st ed. London: Martin Dunitz Ltd, 2002:150.

43. Bendtsen L, Jensen R, Olesen J. A non-selective (amitriptyline), but not a selective (citalopram), serotonin reuptake inhibitor is effective in the prophylactic treatment of chronic tension-type headache. J Neurol Neurosurg Psychiatry 1996;61(3):285-90.

44. Langemark M, Olesen J. Sulpiride and paroxetine in the treatment of chronic tension-type headache: an explanatory double-blind trial. Headache. 1994;34:20-4.

45. Adelman LC, Adelman JU, von Seggern R, Mannix LK. Venlafaxine extended release (XR) for the prophylaxis of migraine and tension-type headache: a retrospective study in a clinical setting. Headache 2000;40:572-80.

46. Linde K, Allais G, Brinkhaus B, Manheimer E, Vickers A, White AR. Acupuncture for tension-type headache. Cochrane Database of Systematic Reviews 2009;2:134.

47. Melchart D, Thormaehlen J, Hager S, Liao J, Linde K, Weidenhammer W. Acupuncture versus placebo versus sumatriptan for early treatment of migraine attacks: a randomized controlled trial. J Intern Med 2003;253(2):181-8.

48. Heinze EGJr, Frame B, Fine G. Restless legs and orthostatic hypotension in primary amyloidosis. Arch Neurol 1967;16(5):497-500.

49. Nishimuro K, Watanabe K, Toyoma H. Complete recovery from tension-type headache through Kampo medicine. J Altern Complement Med 2009;15(7):799-801.

50. Vernon H, Mc Dermaid C. Chiropractic management of episodic tension-type headache: a survey of clinical specialists. J Can Chiropr Assoc 1998;42(4):209-15.

51. Gunreben-Stempfle BN, Griessinger E, Lang B, Muehlhans R, Sittl K Ulrich. Effectiveness of an intensive multidisciplinary headache treatment program. Headache 2009;49(7):990-1000.

52. Sauro KM, Becker WJ. Multidisciplinary treatment for headache in the Canadian healthcare setting, The Canadian J Neurol Sc 2008;35(1):46-56.

53. Holroyd KA, Labus JS, O'Donnell FJ, Cordingley GE. Treating chronic tension-type headache not responding to amitriptyline hydrochloride with paroxetine hydrochloride: a pilot evaluation. Headache 2003;43(9):999-1004.

54. Ewans RW, Mathew N. Başağrısı El kitabı. Türkçe çeviri editörü M. Ertas, NK. Ertas. Seçkin Kitabevi 2005:1-55.

55. Silberstein SD, Lipton RB, Goadsby PJ. Türkçe Çeviri Editörleri: M.Ertaş, G.Akman-Demir. Klinik Uygulamada Başağrısı. İkinci Baskı, İstanbul: Yelkovan yayıncılık; 2004: 1-113.

56. Stewart WF, Lipton RB, Liberman J. Variation in migraine prevalence by race. Neurology 1996; 47:52-9.

57. International Headache Society. Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgia and facial pain.Cephalalgia 1988;8:1-96.

58. Welch KMA, Nagesh V, Aurora SK, Gelman N. Periaqueductal gray matter dysfunction in migraine. Cause or burden of illness? Headache 2001;41:629-37.

59. Arregui A, Leon-Velards F, Cebrera J. Migraine, polycysthemia and chronic mountain sickness. Cephalalgia 1994;14:339-41.

60. Moskowitz MA. Neurogenic versus vascular mechanisms of sumatriptan and ergot alkaloids in migraine. Trend Pharmacol Sci 1992;13(8):307-11.

61. Bolay H, Reuter U, Dunn Ak, Huang Z, Boas Da, Moskowitz MA. Intrinsic brain activity triggers trigeminal meningeal afferents in a migraine model. Nature Med 2002;8(2):136-42.

62. Iadecola C. From CSD to headache: a long and winding road. Nature Med 2002;8(2):110-12.

63. Goadsby PJ, Lipton RB, Ferrari MD. Migraine--current understanding and management. N Engl J Med 2002;346(4):257-70.

64. Lipton RB, Stewart WF, Von Korff M. Burden of migraine: societal costs and therapeutic opportunities. Neurology 1997;48(Suppl 3):4-9.

65. Seren KR. Migrenli Hastalarda Vestibüler Duyarlılık (tez). Konya: Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi; 2007.

66. Schievink WI, Morreale VM, Atkinson JLD, Meyer FB, Piepgras DG, Ebersold MJ. Surgical treatment of spontaneous spinal cerebrospinal fluid leaks. J Neurosurg 1998;88:243–6.

67. Schievink WI, Maya MM, Moser F, Tourje J, Torbati J, Torbati S. Frequency of spontaneous intracranial hypotension in the emergency department. J Headache Pain 2007; 8:325–8.

68. Albayram S, Tuzgen S, Gunduz A, Kilic F, Bas A. Spontaneous intracranial hypotension after labor without spinal intervention. Eur J Neurol 2008 Jan;15(1):91-3.

69. Mokri B. Syndrome of cerebral spinal fluid hypovolemia: clinical and imaging features and outcome. Neurology 2001;56:1607-8.

70. Schievink WI, Reimer R, Folger WN. Surgical treatment of spontaneous intracranial hypotension associated with a spinal arachnoid diverticulum [case report]. J Neurosurg 1994; 80:736–9.

71. Schievink WI, Jacques L. Recurrent spontaneous spinal cerebrospinal fluid leak associated with 'nude nerve root' syndrome: case report. Neurosurgery 2003;53:1216–8.

72. Manzoni GC, Torelli P. Chronic migraine and chronic tension-type headache: are they the same or different? Neurol Sci 2009; 30:881-4.

73. Erol FS, Özveren MF, Topsakal C. Travmatik beyin omirilik sıvısı fistülünde lomber ponksiyon sonrası basınçlı pnömosefalus: olgu sunumu. Türk Nöroşirürji Dergisi, Elazığ, 2000;10:221-3.

74. Teng P, Papatheodoru C. Primary cerebrospinal fluid hypotension. Bull Los Angeles Neurol Soc 1968; 33:121-8.

75. Tse H.F, Siu C.W, Tsang V, Yu C, Park E, Bornzin G et al. Blood pressure response to transition from supine to standing posture using an orthostatic response algorithm. Pace 2005;28 Suppl 1:242-5.

76. Lee DC, Jeun SS, Ryu KS, Lee TK, Lee KS, Son BC. Clinical analysis of spontaneous intracranial hypotension. J Korean Neurosug Soc 2002;31:558-63.

77. Mokri B, Hunter SF, Atkinson JL, Piepgras DG. Orthostatic headaches caused by CSF leak but with normal CSF pressures. Neurology 1998;51:786-90.

78. Mokri B, Atkinson JL, Dodick DW, Miller GM, Piepgras DG. Absent pachymeningeal gadolinium enhancement on cranial MRI despite symptomatic CSF leak. Neurology 1999; 53:402-4.

79. Mokri B, Atkinson JL, Piepgras DG. Absent headache despite CSF Volume depletion (intracranial hypotension).Neurology 2000;55:1722-4.

80. Schievink WI. Spontaneous spinal cerebrospinal fluid leaks. Neurosurg Focus 2000;9:1–9.

81. Schievink WI, Louy C. Precipitating factors of spontaneous spinal CSF leaks and intracranial hypotension. Neurology 2007;69:700–2.

82. Prasad S, El-Haddad G, Zhuang H, Khella S. Intracranial hypotension following chiropractic spinal manipulation. Headache 2006; 46:1456–8.

83. Schievink WI, Louy C. Precipitating factors of spontaneous spinal CSF leaks and intracranial hypotension. Neurology 2007; 69:700–2.

84. Schievink WI, Gordon OK, Tourje J. Connective tissue disorders with spontaneous spinal cerebrospinal fluid leaks and intracranial hypotension: a prospective study. Neurosurgery 2004; 54:65–70.

85. Lahrmann H, Cortelli P, Hilz M, Mathias CJ, Struhal W, Tassinari M. EFNS guidelines on the diagnosis and management of orthostatic hypotension. 2006; 13:930-6.

86. Oldenburg O, Kribben A, Baumgart D, Philipp T, Erbel R, Cohen MV. Treatment of orthostatic hypotension. Curr Opin Pharmacology 2002;2:740-7.

87. Sahni M, Lowenthal DT, Meuleman J. A clinical, physiology and pharmacology evaluation of orthostatic hypotension in the elderly. International Urology and Nephrology 2005;37:669-74.

88. Bragg F, Kumar NP. Orthostatic hypotension in an octogenarianan unusual presentation. Age and Ageing 2005;34:307-9.

89. Hajjar I. Postural blood pressure changes and orthostatic hypotension in the elderly patient. Drugs Aging 2005;22(1):55-68.

90. Low PA, Singer W. Management of neurogenic orthostatic hypotension: an update. Lancet Neurology 2008;7:451-8.

91. Mauer MS, Cohen S, Cheng H. The degree and timing of orthostatic blood pressure changes in relation to falls in nursing home residents. J Am Med Directors Ass 2004;5:233-8.

92. Passant U, Warkentin S, Gustafson L. Ortostatic hypotension and low blood pressure in organic dementia: a study of prevalence and related clinical characteristics. International Journal of Geriatric Psychiatry 1997;12:395-403.

93. Poon IO, Braun U. High prevalence of orthostatic hypotension and its correlation with potentially causative medications among elderly veterans. Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics 2005;30:173-8.

94. Schrezenmaier C, Gehrking JA, Hines SM, Low PA, Benrud-Larson LM, Sandroni P. Evaluation of orthostatic hypotension: relationship of a new self-report instrument to laboratory-based measures. Mayo Clinic Proceedings 2005; 80(39):330-4.

95. Tabara Y, Kohara K, Azechi T, Ohnishi M, Ueki S, Yano H et al. Effects of time standing up on orthostatic blood pressure change in the elderly: the J-SHIPP study. Geriatr Gerontol Int 2005;5:254-8.

96. Weiss A, Beloosesky Y, Kornowski R, Yalov A, Grinblat J, Grossman R. Influence of orthostatic hypotension on mortality among patients discharged from on acute geriatric ward. J Gen Intern Med 2006;21:602-6.

97. Schievink WI, Wijdicks EFM, Meyer FB, Sonntag VK. Spontaneous intracranial hypotension mimicking aneurismal subarachnoid hemorrhage. Neurosurgery 2001;48:513-6.

98. Iwanczyk L, Weintraub NT, Rubenstein LZ. Orthostatic hypotension in the nursing home setting. J Am Med Directors Ass 2005;7:163-7.

99. May A. The role of imaging in the pathophysiology and diagnosis of headache. Curr Opin Neurol 2005; 18: 293-7.

100. Bussone G, Usai S. Trigeminal autonomic cephalalgias: from pathophysiology to clinical aspects. Neurol Sci 2004; 25 (Suppl 3):74-6.

101. Leone M. Chronic cluster headache: new and emerging treatment options. Curr Pain Headache Rep 2004; 8(5): 347-52.

102. Rozen TD. Cluster headache: diagnosis and treatment. Curr Pain Headache Rep 2005; 9: 135-40.

103. May A, Leone M. Update on cluster headache. Curr Opin Neurol 2003; 16: 333-40.

104. Atli T, Keven K. Orthostatic hypotension in healthy elderly. Archives of Gerontology and Geriatrics 2006;43(3):313-17.

105. Mathias CJ, Young TM. Water drinking in the management of orthostatic intolerance due to orthostatic hypotension, vasovagal syncope and the postural tachycardia syndrome. European Journal of Neurology 2004;11:613-9.

106. Poon IO, Braun U. High prevalence of orthostatic hypotension and its correlation with potentially causative medications among elderly veterans. Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics 2005;30:173-8.

107. Sahni M, Lowenthal DT, Meuleman J. A clinical, physiology and pharmacology evaluation of orthostatic hypotension in the elderly. International Urology and Nephrology 2005;37:669-74.

108. Sclater A, Alagiakrishnan K. Orthostatic hypotension: a primary care primer for assessment and treatment. Geriatrics 2004;59(8):22-7.

109. Park ES, Kim E. Spontaneous intracranial hypotension: clinical presentation, imaging features and treatment. J Korean Neurosung Soc 2009; 45:1-4.

110. Caviness VS, Phil D, O'Brien P. Headache. N Engl J Med 1980;302:446-50.

111. Peters KS. Headache-diagnosis and effective management. West J Med 1984;140:957-60.

112. Mea E, Chiapparini L, Savoiardo M, Franzini A, Bussone G, Leone M. Clinical features and outcomes in spotaneous intracranial hypotension: a survey of 90 consecutive patients. Neurol Sci 2009; 30: 811-3.

EKLER

Ek 1.

EDİRNE İLİ MERKEZİNDE YAŞAYAN 18 YAŞ ÜSTÜ POPÜLASYONDA ORTOSTATİK ÖZELLİKLİ BAŞAĞRISI PREVALANSI

Tıpta Uzmanlık Tezi

Dr. Bülent KANDEMİR
TÜTF Aile Hekimliği AD.

Danışman: Doç.Dr.Nezih DAĞDEVİREN

Sayın katılımcı;

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı olarak "Edirne ili merkezinde yaşayan 18 yaş üstü popülasyonda intrakraniyal hipotansiyon prevalansı' nı ölçme amacıyla hazırladığımız bu anketi doldurmanızı rica ediyoruz. Çalışmaya katılmak zorunlu olmayıp katılıp katılmamaktan dolayı herhangi bir ödül ya da ceza ile karşılaşmayacaksınız. Vermiş olduğunuz bilgiler yalnızca bilimsel araştırma amacıyla kullanılacak olup, hiçbir şekilde kimlik bilgilerinizle ilişkilendirilmeyecek ve tamamen gizli tutulacaktır.

ERKEK ANKETİ

1. **Adı Soyadı:**
2. **Ev Adresi:**
3. **Telefon No:**
4. **Doğum Tarihi:** 19.....
5. **Boy:**
6. **Kilo:**
7. **Sağlık Güvencesi:**
   1. Emekli Sandığı 2. SSK/ Bağ-Kur 3. Özel sigorta
   4. Yeşil Kart 5. Yok 6. Diğer
8. **Eğitim Durumu:**
   1. Okur-yazar değil 2. Okur-yazar 3. İlkokul
   4. Ortaokul 5. Lise 6. Universite
9. **Mesleği/İşi:**
   0. Çalışmıyor 1. Sağlık çalışanı 2. Memur
   3. İşçi 4. Serbest 5. Özel sektör
   6. Diğer
10. **Medeni Durumu:**
    1. Evli 2. Bekar 3. Boşanmış 4. Dul 5. Ayrı yaşıyor

(Evli değilseniz 16. soruya geçiniz.)

11. **Kaç Yaşında Evlendiniz:** .....yaş
12. **Kaç Kez Evlendiniz:** .....
13. **Evlilik Şekli:** 1. ☐ Anlaşarak 2.☐ Görücü usulü
14. **Çocuğunuz var mı?** 0.☐ Hayır 1.☐ Evet
15. **Evet ise, yaşayan çocuk sayısı?** .....
16. **Herhangi bir kronik hastalığınız var mı?**
    0. Hayır 1. Hipertansiyon 2.Diyabet 3. Hiperkolesterolemi
    4. Kalp Hast. 5. Solunum Hast. 6. Mide/barsak/Karaciğer Hast
    7. Eklem Hast. 8. Kanser 9. Psikiyatrik Hast. 10. Diğer.....
17. **Halen bu hastalığınız ile ilgili bir ilaç kullanıyormusunuz?**
    0. ☐ Hayır 1.☐ Evet
18. **Hareket etmekle baş ağrınız artar mı?**
    0. ☐ Hayır 1. ☐ Evet
19. **Evet ise, ne sıklıkta?** 1.☐ Her zaman 2.☐ Bazen

20. Sırt üstü dinlendikten 15 dakika sonra baş ağrınızın geçtiği olur mu?
0. ☐ Hayır 1. ☐ Evet

21. Ayağa kalktıktan 15 dakika sonra baş ağrınız tekrar başlar mı?
0. ☐ Hayır 1. ☐ Evet

22. Tüm baş ağrılarınız ayağa kalkınca artıp yatınca geçen özellikte midir?
0. ☐ Hayır 1. ☐ Evet

23. Bazen başağrıları ayağa kalkınca artan yatınca geçen karakterde olmakla birlikte pozisyonla ilişkisi olmayan başağrılarım da olmaktadır?
0. ☐ Hayır 1. ☐ Evet

24. Ayağa kalkınca artan baş ağrısı dışında başka şikayetleriniz oluyor mu?
0. ☐ Hayır 1. ☐ Evet

25. Ayağa kalkınca kulakta çınlama ve uğultu hissi oluyor mu?
0. ☐ Hayır 1. ☐ Evet

26. Ayağa kalkınca işitmede azalma oluyor mu?
0. ☐ Hayır 1. ☐ Evet

27. Ayağa kalkınca kollarda karıncalanma ve uyuşukluk şikayeti oluyor mu?
0. ☐ Hayır 1. ☐ Evet

28. Ayağa kalkınca çift görme şikayeti oluyor mu?
0. ☐ Hayır 1. ☐ Evet

29. Ayağa kalkınca unutkanlık ve uykululuk şikayetleri artıyor mu?
0. ☐ Hayır 1. ☐ Evet

30. Ayağa kalkınca dengesizlik şikayeti oluyor mu?
0. ☐ Hayır 1. ☐ Evet

31. Sigara içiyor musunuz?
0. ☐ İçmiyorum, daha önce hiç içmedim.
1. ☐ İçmiyorum, bıraktım. 2. ☐ Evet, içiyorum.

32. Başlama yaşı: ..... **Bırakma Yaşı:** .....

33. Günde ortalama kaç sigara içiyorsunuz/ içerdiniz? .....adet

34. Sabah ilk sigarayı uyandıktan ne kadar sonra içersiniz?
0. 61 dk ve üstü 1. 31-60 dk içinde
2. 6-30 dk içinde 3. İlk 5dk içinde

35. Sigara içmenin yasak olduğu bölgelerde içmeden durmakta zorlanıyormusunuz?
0. ☐ Hayır 1. ☐ Evet

36. Uyanmayı izleyen ilk saatlerde günün diğer saatlerine göre daha sık mı sigara içersiniz?

0. ☐ Hayır 1. ☐ Evet

37. Günün çoğunu yatakta geçirecek kadar hasta olsanız yine de sigara içermisiniz?

0. ☐ Hayır 1. ☐ Evet

38. Gün boyu içtiğiniz sigaralardan vazgeçilmesi en zor olan hangisidir?

0. ☐ Sabah ilk içtiğim sigara 1. ☐ Diğer herhangi biri

39. Alkollü içki kullanıyormusunuz?

0. ☐ Hayır 1. ☐ Evet

40. Hiç içkiyi kesmeyi düşündünüz mü?

0. ☐ Hayır 1. ☐ Evet

41. İçki içtiğinizden dolayı sizi eleştirdikleri için insanlara insanlara kızdığınız oldu mu?

0. ☐ Hayır 1. ☐ Evet

42. İçki içtiğinizden dolayı kendinizi kötü ya da suçlu hissettiniz mi?

0. ☐ Hayır 1. ☐ Evet

43. Sinirlerinizi yatıştırmak için veya akşamdan kalmanın etkilerini ortadan kaldırmak için sabah ilk iş olarak alkol aldığınız oldu mu?

0. ☐ Hayır 1. ☐ Evet

KADIN ANKETİ

1. **Adı Soyadı:**
2. **Ev Adresi:**
3. **Telefon No:**
4. **Doğum Tarihi:** 19.....
5. **Boy:**
6. **Kilo:**
7. **Sağlık Güvencesi:**
   1. Emekli Sandığı 2. SSK/ Bağ-Kur 3. Özel sigorta
   4. Yeşil Kart 5. Yok 6. Diğer
8. **Eğitim Durumu:**
   1. Okur-yazar değil 2. Okur-yazar 3. İlkokul
   4. Ortaokul 5. Lise 6. Universite
9. **Mesleği/İşi:**
   0. Çalışmıyor 1. Sağlık çalışanı 2. Memur
   3. İşçi 4. Serbest 5. Özel sektör
   6. Diğer
10. **Medeni Durumu:**
    1. Evli 2. Bekar 3. Boşanmış 4. Dul 5. Ayrı yaşıyor

(Evli değilseniz 24. soruya geçiniz.)

11. **Kaç Yaşında Evlendiniz:** .....yaş
12. **Kaç Kez Evlendiniz: .....**
13. **Evlilik Şekli:** 1. ☐ Anlaşarak 2.☐ Görücü usulü
14. **Çocuğunuz var mı?** 0.☐ Hayır 1.☐ Evet
15. **Evet ise, yaşayan çocuk sayısı? .....**
16. **İlk doğumunuzu kaç yaşında yaptınız:** .....yaş
17. **Toplam gebelik sayısı**
    0☐ 0 1☐ 1 2☐ 2 3☐ 3 4☐ 4 ve daha fazla
18. **Toplam doğum sayısı**
    0☐ 0 1☐ 1 2☐ 2 3☐ 3 4☐ 4 ve daha fazla
19. **İlk adet yaşınız:** .....yaş
20. **Hala adet görüyormusunuz?**
    1. ☐ Evet 2.☐Hayır menapozdayım 3.☐ Hayır hamileyim/lohusayım
21. **Kaç yaşında menopoza girdiniz?** .....yaş

22. Menapoza ne şekilde girdiniz?

1. ☐ Kendiliğimden 2. ☐ Rahim ve yumurtalığım ameliyat ile alındıktan sonra

23. Menapoza girdikten sonra hormon hapları kullandınız mı?

1. ☐ Evet, bıraktım 2. ☐ Evet, hala kullanıyorum 0. ☐ Hayır

24. Herhangi bir kronik hastalığınız var mı?

0. Hayır 1. Hipertansiyon 2.Diyabet 3. Hiperkolesterolemi
4. Kalp Hast. 5. Solunum Hast. 6. Mide/barsak/Karaciğer Hast
7. Eklem Hast. 8. Kanser 9. Psikiyatrik Hast. 10. Diğer.....

25. Halen bu hastalığınız ile ilgili bir ilaç kullanıyormusunuz?

0. ☐ Hayır 1. ☐ Evet

26. Hareket etmekle baş ağrınız artar mı?

0. ☐ Hayır 1. ☐ Evet

27. Evet ise, ne sıklıkta? 1. ☐ Her zaman 2. ☐ Bazen

28. Sırt üstü dinlendikten 15 dakika sonra baş ağrınızın geçtiği olur mu?

0. ☐ Hayır 1. ☐ Evet

29. Ayağa kalktıktan 15 dakika sonra baş ağrınız tekrar başlar mı?

0. ☐ Hayır 1. ☐ Evet

30. Tüm baş ağrılarınız ayağa kalkınca artıp yatınca geçen özellikte midir?

0. ☐ Hayır 1. ☐ Evet

31. Bazen başağrıları ayağa kalkınca artan yatınca geçen karakterde olmakla birlikte pozisyonla ilişkisi olmayan başağrılarım da olmaktadır?

0. ☐ Hayır 1. ☐ Evet

32. Ayağa kalkınca artan baş ağrısı dışında başka şikayetleriniz oluyor mu?

0. ☐ Hayır 1. ☐ Evet

33. Ayağa kalkınca kulakta çınlama ve uğultu hissi oluyor mu?

0. ☐ Hayır 1. ☐ Evet

34. Ayağa kalkınca işitmede azalma oluyor mu?

0. ☐ Hayır 1. ☐ Evet

35. Ayağa kalkınca kollarda karıncalanma ve uyuşukluk şikayeti oluyor mu?

0. ☐ Hayır 1. ☐ Evet

36. Ayağa kalkınca çift görme şikayeti oluyor mu?

0. ☐ Hayır 1. ☐ Evet

37. Ayağa kalkınca unutkanlık ve uykululuk şikayetleri artıyor mu?

0. ☐ Hayır 1. ☐ Evet

38. Ayağa kalkınca dengesizlik şikayeti oluyor mu?

0. ☐ Hayır 1. ☐ Evet

39. Sigara içiyor musunuz?

0. ☐ İçmiyorum, daha önce hiç içmedim.
1. ☐ İçmiyorum, bıraktım. 2. ☐ Evet, içiyorum.

40. Başlama yaşı: ..... **Bırakma Yaşı:** .....

41. Günde ortalama kaç sigara içiyorsunuz/ içerdiniz? .....adet

42. Sabah ilk sigarayı uyandıktan ne kadar sonra içersiniz?

0. 61 dk ve üstü 1. 31-60 dk içinde
2. 6-30 dk içinde 3. İlk 5dk içinde

43. Sigara içmenin yasak olduğu bölgelerde içmeden durmakta zorlanıyormusunuz?

0. ☐ Hayır 1. ☐ Evet

44. Uyanmayı izleyen ilk saatlerde günün diğer saatlerine göre daha sık mı sigara içersiniz?

0. ☐ Hayır 1. ☐ Evet

45. Günün çoğunu yatakta geçirecek kadar hasta olsanız yine de sigara içermisiniz?

0. ☐ Hayır 1. ☐ Evet

46. Gün boyu içtiğiniz sigaralardan vazgeçilmesi en zor olan hangisidir?

0. ☐ Sabah ilk içtiğim sigara 1. ☐ Diğer herhangi biri

47. Alkollü içki kullanıyor musunuz?

0. ☐ Hayır 1. ☐ Evet

48. Hiç içkiyi kesmeyi düşündünüz mü?

0. ☐ Hayır 1. ☐ Evet

49. İçki içtiğinizden dolayı sizi eleştirdikleri için insanlara insanlara kızdığınız oldu mu?

0. ☐ Hayır 1. ☐ Evet

50. İçki içtiğinizden dolayı kendinizi kötü ya da suçlu hissettiniz mi?

0. ☐ Hayır 1. ☐ Evet

51. Sinirlerinizi yatıştırmak için veya akşamdan kalmanın etkilerini ortadan kaldırmak için sabah ilk iş olarak alkol aldığınız oldu mu?

0. ☐ Hayır 1. ☐ Evet

Ek 2.

T.C. TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
BİLİMSEL ARAŞTIRMA DEĞERLENDİRME KOMİSYONU
Edirne, Türkiye

ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAYIBAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU	TÜTFEK 2010/33	
	PROTOKOL ADI	Edirne İli Merkezinde Yaşayan 18 Yaş Üstü Popülasyonda İntrakraniyal Hipotansiyon Prevelansı	
	SORUMLU ARAŞTIRICI ÜNVANI / ADI	Doç. Dr. H. Nezih DAĞDEVİREN	
	ARAŞTIRMA MERKEZİ		
	DESTEKLEYİCİ		
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	☒ Tek Merkez ☐ Ulusal	☐ Çok Merkez ☐ Uluslararası

KARAR BİLGİLERİ	**Karar No: 05/ 04** **Tarih: 07.09.2010**
	Üniversitemiz Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalında Görevli Doç. Dr. H. Nezih DAĞDEVİREN'in sorumluluğunda yapılması planlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen Arş. Gör. Dr. Bülent KANDEMİR'in tez çalışmasının araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, **araştırmaya ilişkin giderlerin gönüllüye ve/veya bağlı buiunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödetilmediği koşullarda** gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel standartlar açısından sakınca bulunmadığına mevcudun oy birliği ile karar verilmiştir.

DEĞERLENDİRME KOMİSYONU BİLGİLERİ	
ÇALIŞMA ESASI	Helsinki Bildirgesi, Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu, TÜBADK Yönergesi

ÜYELER

Ünvan/Ad/ Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki(*)	Katılım (**)	İmza
Prof. Dr. Cem UZUN Başkan	KBB	T.Ü.T.F KBB A.D	E	E☐ H☒	E☒ H☐	
Doç. Dr. Ümit N. BAŞRAN Başkan Yardımcısı	Çocuk Cerrahisi	T.Ü.T.F Çocuk Cerrahisi A.D	E	E☐ H☒	E☒ H☐	
Yrd. Doç. Dr. Esin KARLIKAYA Raportör	Tıp Tarihi ve Deontoloji	T.Ü.T.F Tıp Tarihi ve Etik A.D	K	E☐ H☒	E☒ H☐	
Doç. Dr. H. Nezih DAĞDEVİREN Üye	Aile Hekimliği	T.Ü.T.F. Aile Hekimliği A.D.	E	E☒ H☐	E☐ H☒	
Doç. Dr. Tunç KUTOĞLU Üye	Anatomi	T.Ü.T.F. Anatomi AD	E	E☐ H☒	E☒ H☐	
Doç. Dr. Necdet SÜT Üye	Biyoistatistik	T.Ü.T.F. Biyoistatistik A.D.	E	E☐ H☒	E☒ H☐	
Doç. Dr. Ülfet VATANSEVER ÖZBEK Üye	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F. Çocuk Sağ. ve Hastalıkları A.D.	K	E☐ H☒	E☒ H☐	
Doç. Dr. Hasan ÜMİT Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	E	E☐ H☐	E☐ H☐	
Doç. Dr. Ufuk USTA Üye	Patoloji	T.Ü.T.F. Patoloji A.D.	E	E☐ H☒	E☒ H☐	
Yrd. Doç. Dr. Ayşe ÇAYLAN Üye	Aile Hekimliği	T.Ü.T.F. Aile Hekimliği A.D.	K	E☐ H☒	E☒ H☐	
Yrd. Doç. Dr. Hilmi TOZKIR Üye	Tıbbi Biyoloji	T.Ü.T.F. Tıbbi Biyoloji A.D.	E	E☐ H☒	E☒ H☐	

*Araştırma ile ilişki
**Toplantıda Bulunma

Doç. Dr. H. Nezih DAĞDEVİREN
Dekan V.

T.C. TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
BİLİMSEL ARAŞTIRMA DEĞERLENDİRME KOMİSYONU
Edirne, Türkiye

ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAYIBAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU	TÜTFEK 2010/33	
	PROTOKOL ADI	Edirne İli Merkezinde Yaşayan 18 Yaş Üstü Popülasyonda İntrakraniyal Hipotansiyon Prevelansı	
	SORUMLU ARAŞTIRICI ÜNVANI / ADI	Doç. Dr. H. Nezih DAĞDEVİREN	
	ARAŞTIRMA MERKEZİ		
	DESTEKLEYİCİ		
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	☒ Tek Merkez ☐ Ulusal	☐ Çok Merkez ☐ Uluslararası

KARAR BİLGİLERİ	**Karar No: 07/11** **Tarih: 04.10.2010**
	Üniversitemiz Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalında Görevli Doç. Dr. H. Nezih DAĞDEVİREN'in sorumluluğunda yapılması planlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen Arş. Gör. Dr. Bülent KANDEMİR'in tez çalışmasının araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, **araştırmaya ilişkin giderlerin gönüllüye ve/veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödetilmediği koşullarda** çalışmanın isminin **"Edirne İli Merkezinde Yaşayan 18 Yaş Üstü Popülasyonda Ortostatik Özellikli Başağrısı Prevelansı"** olarak değiştirilmesinde sakınca bulunmadığına mevcudun oy birliği ile karar verilmiştir.

DEĞERLENDİRME KOMİSYONU BİLGİLERİ

ÇALIŞMA ESASI	Helsinki Bildirgesi, Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu, TÜBADK Yönergesi

ÜYELER

Ünvan/Ad/ Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki(*)	Katılım (**)	İmza
Prof. Dr. Cem UZUN Başkan	KBB	T.Ü.T.F KBB A.D	E	E☐ H☒	E☒ H☐	
Doç. Dr. Ümit N. BAŞRAN Başkan Yardımcısı	Çocuk Cerrahisi	T.Ü.T.F Çocuk Cerrahisi A.D	E	E☐ H☒	E☒ H☐	
Yrd. Doç. Dr. Esin KARLIKAYA Raportör	Tıp Tarihi ve Deontoloji	T.Ü.T.F Tıp Tarihi ve Etik A.D	K	E☐ H☒	E☒ H☐	
Doç. Dr. H. Nezih DAĞDEVİREN Üye	Aile Hekimliği	T.Ü.T.F. Aile Hekimliği A.D.	E	E☒ H☐	E☐ H☒	
Doç. Dr. Tunç KUTOĞLU Üye	Anatomi	T.Ü.T.F. Anatomi AD	E	E☐ H☒	E☒ H☐	
Doç. Dr. Necdet SÜT Üye	Biyoistatistik	T.Ü.T.F. Biyoistatistik A.D.	E	E☐ H☐	E☒ H☐	
Doç. Dr. Ülfet VATANSEVER ÖZBEK Üye	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F. Çocuk Sağ. ve Hastalıkları A.D.	K	E☐ H☐	E☐ H☐	
Doç. Dr. Hasan ÜMİT Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	E	E☐ H☐	E☐ H☐	
Doç. Dr. Ufuk USTA Üye	Patoloji	T.Ü T.F. Patoloji A.D.	E	E☐ H☐	E☐ H☐	İzinli
Yrd. Doç. Dr. Ayşe ÇAYLAN Üye	Aile Hekimliği	T.Ü.T.F. Aile Hekimliği A.D.	K	E☐ H☒	E☒ H☐	
Yrd. Doç. Dr. Hilmi TOZKIR Üye	Tıbbi Biyoloji	T.Ü.T.F. Tıbbi Biyoloji A.D.	E	E☐ H☐	E☐ H☐	

*Araştırma ile ilişki
**Toplantıda Bulunma

Prof. Dr. Murat DİLMENGİL
Dekan