

**T.C. HALIÇ ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ  
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI  
KLİNİK PSİKOLOJİ  
PROGRAMI**

**BAŞ AĞRISI VE BAŞ DÖNMESİ ŞİKÂyetLERİ İLE  
NÖROLOJİ POLİKLİNİĞİNE  
BAŞVURAN HASTALARIN ANKSİYETE  
RİSK DÜZEYLERİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Hazırlayan  
Gamze KARABULUT**

**Danışmanı  
Yrd. Doç. Dr. Ayşegül YETKİN**

**İstanbul – 2017**

**T.C. HALIÇ ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ  
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI  
KLİNİK PSİKOLOJİ  
PROGRAMI**

**BAŞ AĞRISI VE BAŞ DÖNMESİ ŞİKÂyetLERİ İLE  
NÖROLOJİ POLİKLİNİĞİNE  
BAŞVURAN HASTALARIN ANKSİYETE  
RİSK DÜZEYLERİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Hazırlayan  
Gamze KARABULUT**

**Danışmanı  
Yrd. Doç. Dr. Ayşegül YETKİN**

**İstanbul – 2017**

T.C.  
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Psikoloji.....Anabilim/Anasanat Dalı Klinik Psikoloji Programı Tezli Yüksek Lisans  
öğrencisi .....Çamze Karabulut..... tarafından hazırlanan  
“ Bas Ağrısı ve Baş Dönmesi Şikayetleri ile Nöroloji  
Polikliniğine Başvuran Hastaların Anksiyete Risk Düzeyleri  
adlı bu çalışma jürimizce Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Sınav Tarihi : 16.01.2018

( Jüri Üyesinin Ünvanı, Adı, Soyadı ve Kurumu ) :

Jüri Üyesi: Yrd. Doç. Dr. Ayşe Nil YETKİN

Danışman: Halice Üniv. Eğitim Bilimleri ASD/ABD Öğr. Üyesi

Jüri Üyesi: Yrd. Doç. Dr. Ayilla TEKİN

Halice Üniv. Psikoloji ASD/ ABD Öğr. Üyesi

Jüri Üyesi: Yrd. Doç. Dr. Ali DAVİ

Beğlent Üniv. Psikoloji ASD/ ABD Öğr. Üyesi

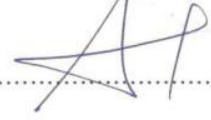
Jüri Üyesi: .....

.....Üniv. .... ASD/ ABD Öğr. Üyesi (Yedek)

Jüri Üyesi: .....

.....Üniv. .... ASD/ ABD Öğr. Üyesi (Yedek)

İmzası :







## ÖNSÖZ

Tez çalışmamda özverili yaklaşımıyla, samimiyeti ve güler yüzüyle, güven verici destekleyici tutumu ile motivasyonumu sağlayan Sevgili Danışmanım Yrd. Doç. Dr. Ayşegül YETKİN'e teşekkürlerimi sunuyorum.

Araştırmamı Medilife Hastanesi'nde yapmama izin veren, Yüksek lisans yapmamı destekleyen, Yönetim Kurulu Başkanı Osman DENİZ'e çok teşekkür ederim.

Tez konusunun, içeriğin planlanması, tıbbi bilgileri ile yol gösteren çalışmamda büyük katkısı olan, hastalarını yönlendirerek veri toplamama yardımcı olan, kaynak konusunda yardımını esirgemeyen, yalnızca akademik olarak değil varlığı, arkadaşlığı ile bu süreçte her konuda hep yanımda olan; çalışma arkadaşım, sevgili ablam Medilife Hastanesi Nöroloji Uzmanı Ayşe ESER'e bütün katkıları için minnettarım. Sen olmasaydın bu tezi bu kadar kolay, hızlı ve rahat oluşturamazdım. Seninle tanıştığım için kendimi çok şanslı hissediyor ve çalışmaktan büyük mutluluk duyuyorum. Her şey için çok teşekkür ederim.

Verilerimi toplamamda en büyük katkısı olan, büyük bir motivasyonla bana yardımcı olan dinamik, güler yüzlü, çalışkan tutumuyla sevdiğimiz, sevgili Nöroloji asistanımız Gülay CABBAR'a özverili çalışması için çok teşekkür ederim. Sen olmasaydın kısıtlı zamanda bu kadar çok data toplayamazdım. Yine verileri toplamamda yardımcı olan bütün Medilife çalışanlarına ve çalışmama dâhil olan Medilife Nöroloji hastalarına teşekkürlerimi sunuyorum.

Çalışmamın İngilizce özeti konusunda büyük katkısı olan, yardımını esirgemeyen sevgili arkadaşım Dr. Orkida MALİLE'ye, çalışmama değerli bilgisiyle, yardım severliği, bu zor süreçte arkadaşlığı, samimiyeti ile yanımda olan Psikolog arkadaşım Ajda EKİNCİ'ye çok teşekkür ederim. Hem tez çalışmama katkıda bulunması, hem güler yüzüyle, arkadaşlığı ile motivasyonumu sağlayan, destekleyen, işe girdiğimden günden beri hep yanımda olan canım arkadaşım Diyetisyen Perihan KOCA ÇELİKDELEN'e çok teşekkür ederim. Yardım istediğimde tüm çabası ile elinden geleni yapmaya çalışan ekibimizin ayrılan parçası, eski çalışma arkadaşım Dr. Fahir ŞENCAN'a çok teşekkür ederim.

Son olarak sabrı, anlayışı, güler yüzü ile bana her zaman destek olan canım annem Zekiye KARABULUT'a, diğer yüksek lisansımda olduğu gibi kaynakçama katkıda bulunan, sevgili babam Ercan KARABULUT'a sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

İstanbul, 2017

# İÇİNDEKİLER

	Sayfa No.
<b>KISALTMALAR</b> .....	II
<b>TABLOLİSTESİ</b> .....	III
<b>ÖZET</b> .....	IV
<b>ABSTRACT</b> .....	V
<b>1.GİRİŞ</b> .....	1
1.1. Problem.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	1
1.3. Araştırmanın Önemi.....	1
1.4. Hipotezler.....	2
1.5. Sınırlılıklar ve Sayılıtlar.....	2-3
<b>2. Kuramsal Bilgiler</b> .....	3
2.1. Ağrı.....	3-4
2.2. Baş Ağrısı.....	4
2.2.1. Migrenin Genel Özellikleri.....	4-5
2.2.1.2. Migrenin Tetikleyicileri ve Risk Faktörleri.....	5-6
2.2.2. Gerilim Tipi Baş Ağrısı Özellikleri ve Risk Faktörleri.....	6-7
2.2.2.1. Gerilim Tipi Baş Ağrısı Alt Tipleri.....	7-8
2.3. Baş Dönmesi ve Vertigo.....	8-9
2.4 Anksiyete.....	9-10
2.4.1. Anksiyete Bozukluklarının Etiyolojisi.....	10-11
2.4.2. Anksiyete Bozuklukları Özellikleri ve DSM – V Tanı Kriterleri.....	11-12
2.4.2.1. Yaygın Anksiyete Bozukluğu.....	12
2.4.2.1.2. Yaygın Anksiyete Bozukluğu DSM – V Tanı Kriteri.....	12
2.4.2.2. Panik Bozukluk.....	13
2.4.2.2.1. Panik Bozukluk DSM – V Tanı Kriteri.....	13-14
2.4.2.3. Başka Bir Sağlık Durumuna Bağlı Kaygı Bozukluğu.....	14
2.4.2.3.1. Sağlık Durumuna Bağlı Kaygı Bozukluğu DSM – V Tanı Kriteri.....	14
2.5. Ağrının Psikolojik Yönü ve Anksiyete ile İlişkisi.....	15-16

2.6. Psikojen Baş Dönmesi ve Anksiyete ile İlişkisi.....	16-17
2.7. Ülkemizde Baş Ağrısı, Baş Dönmesi ve Psikiyatri İlişkisi Araştırmaları...17-18	
2.8. Yurt Dışında Baş Ağrısı, Baş Dönmesi ve Psikiyatri İlişkisi Araştırmalar..18-20	
<b>2. YÖNTEM.....</b>	<b>21</b>
2.1. Araştırmanın Modeli.....	21
2.2. Araştırmanın Evren ve Örneklemi.....	21
2.3. Veri Toplama Araçları.....	21
2.3.1. Kişisel Bilgi Çizelgesi.....	22
2.3.2. Wong – Baker Ağrı Skalası .....	22
2.3.3. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği.....	22-23
2.4. Verilerin Toplanması.....	23
2.5. Verilerin Analizi.....	23
2.6. Verilerin Analiz Yöntemi.....	23-25
<b>3. BULGULAR.....</b>	<b>26</b>
3.1. Demografik ve Kişisel Öykü Özellikleri.....	26-27
3.2. Baş Ağrısı Özellikleri.....	28
3.2.1. Baş Ağrısı ile İlişkili Faktörler.....	28-29
3.2.2. Ağrı Şiddeti Özellikleri.....	29
3.3. Baş Dönmesi Özellikleri.....	30
3.3.1. Baş Dönmesi ile İlişkili Faktörler.....	30-31
3.4. Anksiyete ve Depresyon Belirtileri.....	31
3.4.1. Anksiyete Belirtileri.....	31-33
3.4.2. Depresif Belirtiler.....	33-34
3.5. Baş Ağrısı ve Anksiyete İlişkisi.....	34-36
3.6. Baş Dönmesi ve Anksiyete İlişkisi.....	36-38
<b>4. TARTIŞMA.....</b>	<b>39-44</b>
<b>5. SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>	<b>45</b>
5.1. Sonuç.....	45
5.2. Öneriler.....	46-48
<b>6. KAYNAKLAR.....</b>	<b>49-56</b>
<b>7. EKLER.....</b>	<b>57-63</b>
<b>8. ÖZGEÇMİŞ.....</b>	<b>64</b>

## KISALTMALAR

- APA** : American Psychological Association
- AKT** : Aktaran
- GTB** : Gerilim Tipi Baş Ağrısı
- İHS** : Uluslararası Baş Ağrısı Derneği (International Headache of Society)
- ORT** : Ortalama
- SS** : Standart Sapma

## TABLO LİSTESİ

	<b>Sayfa No.</b>
Tablo 1.1 :Demografik Bilgilere Yönelik Betimsel İstatistik.....	27
Tablo 2.1 : Wong-baker Ağrı Skalası.....	29
Tablo 3.1 : Anksiyete Soruları.....	32
Tablo 3.2 : Anksiyetenin Baş ağrısı ile İlişisini Gösteren Varyans Sonuçları.....	35
Tablo 3.3 : Anksiyete Toplamı ile Ağrı Şiddeti arasındaki ilişki.....	36
Tablo 4.1 : Depresyon Soruları.....	33
Tablo 5.1 : Baş dönmesi ve Cinsiyet arasındaki ilişki.....	37



## GENEL BİLGİLER

Adı ve Soyadı : Gamze KARABULUT  
Anabilim Dalı : Psikoloji  
Programı : Klinik Psikoloji  
Tez Danışmanı : Yrd. Doç. Dr. Ayşegül YETKİN  
Tez Türü ve Tarihi : Yüksek Lisans – Ocak 2017

### BAŞ AĞRISI VE BAŞ DÖNMESİ ŞİKÂyetLERİ İLE NÖROLOJİ POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN HASTALARIN ANKSİYETE RİSK DÜZEYLERİ

#### ÖZET

Baş ağrısı ve baş dönmesi semptomları toplumumuzda çok sık görülmektedir. Bu belirtiler organik bir nedene bağlı olarak gelişebileceği gibi anksiyete gibi psikiyatrik bir sebeple de oluşabilmektedir. Önleyici çalışmaların yapılması ile anksiyete riskleri azalacaktır. Bu çalışmanın amacı, baş ağrısı ve baş dönmesi şikâyetleri ile anksiyete ilişkisini inceleyerek risk düzeylerini belirlemektir. Araştırma, Bağcılar Medilife Hastanesi Nöroloji Polikliniği'ne başvuran 92 kişiyi kapsamaktadır. Katılımcıların baş ağrısı şiddeti, Wong – baker ağrı skalası ile değerlendirilmiştir. Anksiyete ve depresif belirti düzeyleri, Hastane Anksiyete ve Depresyon ölçeği ile belirlenmiştir. Katılımcıların yarısından fazlasının (%53) anksiyete belirti düzeyleri, kesme puanı olan 10'a eşit ya da 10'un üzerindedir. Çalışmamızda çeşitli risk faktörleri bulundu. Ağrı şiddeti ile anksiyete belirti şiddeti arasında orta düzey anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Biraz şiddetli, şiddetli ve çok şiddetli ağrısı olan kişilerde anksiyete belirti düzeyi daha yüksektir. Ağrı arttıkça anksiyete şiddeti de artmaktadır. Ağrı bildiren 36-45 yaş aralığındaki kişiler anksiyete geliştirme eğilimindedirler. Psikojen ya da beyin kaynaklı baş dönmesi tanısı, ağrı ve baş dönmesi durumunda ilaç kullanım süresi anksiyete açısından risk faktörüdür. İstatistiksel olarak anlamlı bulunmasa da; gerilim tipi baş ağrısı tanısı almak, kadın olmak risk açısından yordayıcıdır. Bu çalışmada cinsiyet, yaş, medeni durum, çalışma durumu, eğitim gibi faktörlerin baş ağrısı ya da baş dönmesi ile ilişkili istatistiksel olarak anlamlı anksiyete risk faktörü olmadığı bulunmuştur. Bu durum örneklem grubunun sosyo-kültürel yapısı, örneklemin erkek ve kadın dağılımı (kadın; 72, erkek; 20), eşlik eden psikolojik tablonun varlığı gibi sebepler gösterilebilir. Sonuç olarak, organik nedenle olsun ya da olmasın baş ağrısının ve baş dönmesinin anksiyete ile ilişkili olduğunun saptanmış olması psikolojik tedavinin gerekliliğini göstermektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Baş ağrısı, Baş dönmesi, Anksiyete, Anksiyete Risk Etmenleri, Baş ağrısı ve anksiyete, Baş dönmesi ve Anksiyete.

## GENERAL KNOWLEDGE

Name and Surname : Gamze KARABULUT  
Field : Psychology  
Program : ClinicalPsychology  
Supervisor : Yrd. Doç. Dr. Ayşegül YETKİN  
Degree Awarded and Date : Master, January 2017

### ANXIETY RİSC LEVEL IN PATİENTS WITH SUFFERİNG FROM HEADACHE AND DİZZİNESS

#### ABSTRACT

Headache and dizziness are often seen in our population. These symptoms may be related either to organic or psychiatric disorders. Preventive studies lowers the risc of anxiety manifestation. The aim of this research is to observe if there is any corelation between headache dizziness and anxiety, and to define the risc level of anxiety that leads to these symptoms. 92 outbound patients followed by Neurology Department in Bağcılar Medilife Hospital were involved in this study. The level of headache was measured using Wong - Baker pain scale. Anxiety and depressive sings expression intensity was measured using Hospital Anxiety and Depression Scale. In more than half of the participitants (53%) the anxiety sings expression score was equal or more than 10, which is also threshold score value of the scale.several risc factors were detected. Correlation between headache intensity and anxiety sings expression intensity was of medium importance of statistical significance. Anxiety level was higher in patients who manifested light, middle and high intensity of headache. Anxiety sings manifest increased with incresing intensity of headache. People aged from 36 to 45 who experience headache are proned to develop anxiety. Diagnosis of dizziness related to neorological or psychogenic disorders and longevity of medical treatment for headache and dizziness are accepted as risc factors for anxiety. In spite of not being statistically significant diagnosis of tension type headache and female gender is predictive for anxiety. In this study we found that factors like gender, age, education, working or martial status are not a risc for anxiety related to headache and dizziness. This finding may be related to male/female ratio ( male 25, female 72), primary pschycologic disorder or sociocultural aspect of the sample group used in our study. Weather the cause of headache and dizzinines is organic or not, studies have proven their correlation to anxiety, and that is an significant reason why these patient should be supported by psychological treatment.

**Anahtar Kelimeler:** Headache, dizziness, anxiety, risc level of anxiety, corelation between headache dizziness and anxiety.

# 1. GİRİŞ

Bu bölümün ilk aşamasında araştırmanın problemine, amacına, önemine, hipotezlerine ve sınırlılıklarına yer verilecektir. İkinci aşamasında ise kurumsal çerçeveden söz edilecektir.

## 1.1. Problem

Bu araştırmanın problemi, Baş ağrısı ve baş dönmesi belirtilerinin anksiyete risk düzeyleri nelerdir? şeklinde oluşturulmuştur.

## 1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı baş ağrısı ve baş dönmesi şikayetleriyle nöroloji polikliniğine başvuran hastaların anksiyete risk düzeylerinin incelenmesi hedeflenmektedir.

## 1.3. Araştırmanın Önemi

Bu çalışmada, baş ağrısı ve baş dönmesi semptomu olanların anksiyete riskleri hakkında bilgi verilecektir. Toplumda oldukça sık görülen, baş ağrısı ve baş dönmesi semptomlarının geniş bir yelpazesi vardır. Baş ağrısı ve baş dönmesi, yaşam kalitesini ve işlevselliği bozmaktadır. Hastalığın ortaya çıkışı, seyri ve sonlanması için uygun tedavinin planlanması önemlidir. Poliklinikte sık gözlemlendiğimiz panik bozuklukta atak sırasında gelişen taşikardi semptomunun baskılanması için ritim bozukluğu ilaçlarının kullanılması ilaç yükünü arttırmakta ve genel tablonun tedavisi yerine semptom odaklı tedavi verilmiş olunacaktır. Bu durumda diğer semptomların devam ettiği ve kalıcı bir tedavinin oluşturulmadığı gözlemlenmektedir. Tüm semptomların ortadan kalkmaması ise, kişinin çaresizlik hissetmesine ve hem hastalık şikayetlerinin artmasına hem de psikolojik tablo gelişecek ya da artacaktır.

#### **1.4. Hipotezler**

Aşağıdaki hipotezler sıranmıştır:

1. Baş ağrısı semptomları olanlar anksiyete belirtileri de gösterirler.
2. Baş ağrısı şiddeti arttıkça anksiyete belirti şiddeti de artmaktadır.
3. Gerilim tipi baş ağrısı olan hastalarda, Migren baş ağrısı olanlara göre daha yüksek anksiyete belirtileri vardır.
4. Kısa sürede baş ağrısı gelişen kişilerde diğerlerine göre anksiyete düzeyi daha şiddetlidir.
5. Kadınlarda erkeklere göre ağrı şiddeti daha yüksektir.
6. Daha önce depresyon geçirmiş hastalarda baş ağrısı ve anksiyete düzeyi daha yüksektir.
7. Baş dönmesi semptomları ile başvuran hastalar anksiyete belirtileri de gösterirler.
8. Kulak kaynaklı baş dönmesi olan kişilerde beyin kaynaklı ve psikojen gruba göre daha az anksiyete belirtileri görülür.
9. Baş dönmesi şikâyetlerine yönelik 1 yıl ve üzeri ilaç kullananlarda anksiyete düzeyi daha yüksektir.

#### **1.5. Sınırlılıklar ve Sayıltılar**

Bu araştırma çeşitli sınırlılıklar göz önünde bulundurularak düzenlenmiştir. Ağır nörolojik hastalıkları olanların (demans, kafa travması vb.) ve mental geriliği olanların kendini değerlendirme güçlüklerinden dolayı bu kişiler çalışma dışı bırakılmıştır. Çalışmanın sayıltısı ise anksiyete ve depresyon değerlendirmeleri öz bildirim ölçeklerine göre belirlenmiş ve çalışmaya katılan kişilerle ayrıntılı psikolojik değerlendirme yapılmamıştır. Bu sebeple verilen yanıtların güvenilirliği kesinlik içermemekte ve prevalans oranı olası tanı oranlarını göstermektedir. Araştırmaya dahil edilen sosyo-kültürel grubun ölçekleri yanıtlama güçlüğü yaşayabileceği için

Wong-baker ağrı skalası çocuklara, sosyo-kültürel düzeyi düşük olanlara verilen 5'li likert tipi seçilerek yapılmıştır. Literatürde bulguların ancak bu çalışmada ilişki bulunmadığımız değişkenler olmuştur. Bu duruma zaman sınırlılığından dolayı örneklem sayısı (n:92, Kadın:72, Erkek:20), çalışma grubunun sosyo-kültürel yapısı gibi sebepler gösterilebilir.

## 2. Kuramsal Bilgiler

Bu bölümde sırasıyla baş ağrısı, baş dönmesi ve anksiyete ile ilgili kuramsal bilgilere ve araştırmalara yer verilmiştir. Ayrıca baş ağrısı ve baş dönmesinin anksiyete ile ilişkisine yönelik bilgilere ve bu konuda yapılan çalışmalara da yer verilmiştir. İlk kısımda baş ağrısının (migren ve gerilim tipi ) ilgili değişkenlerle ilişkisi incelenmiştir. Ağrının sınıflandırılması, ağrıyı açıklayan modeller, özellikle migren ve gerilim tipi baş ağrısının özellikleri, tetikleyicileri, ve konuyla ilgili yapılan araştırmalardan bahsedilmiştir. Aynı süreç baş dönmesi ile de yürütülmüştür. Son kısımda ise Anksiyete Bozukluğunun etiyolojisi, açıklayan kuramlar, DSM-V tanı sınıflandırılmasına, ağrının ve baş dönmesinin anksiyete ile ilişkisine yönelik bilgilere yer verilmiştir.

### 2.1. Ağrı

Ağrı günümüzde çok sık karşılaşılan semptomlardan biridir. Bu çalışmada primer baş ağrılarından, Migren ve Gerilim Tipi Baş Ağrısı ele alındığı ve baş ağrısı tiplerinin geniş bir yelpazesi olduğu için yalnızca bu iki alt-tipten söz edilecektir.

Ağrı geniş spektrumlu ve kompleks bir deneyimdir. Bu nedenle araştırılması, sınıflandırılması oldukça güçtür. Günümüzde yaygın olarak kullanılan ağrı alt tipleri şu şekildedir:

1. **Nosiseptik Ağrı:** Sinir sistemi dışında tüm doku ve organlara yayılan ve santral sinir sistemine iletildikten sonra hissedilen ağrı alt tipidir. Nosiseptik ağrının iki formu vardır. **Somatik ağrının** genellikle sabit bir lokalizasyonu vardır. Genellikle ızdırap verici ağrılardır. **Visseral ağrı**, derinden gelen iyi lokalize edilemeyen ağrı türüdür.

2. **Nöropatik Ağrı:** Yanıcı ve şok şeklindeki ağrılar bu kategoriye girer. Nöropatik ağrının daiki formu vardır. **Santral nöropatik ağrı:** Santral sinir sistemindeki lezyona bağlı olarak gelişmektedir. **Periferik nöropatik ağrı:** Periferik sinir sisteminde oluşan bozukluğa bağlı olarak gelişmektedir.
3. **Psikojen Ağrı:** Ağrıyı açıklayacak tıbbi bir durum yoktur. (Akt. Kutsal ve ark., 2005). Ağrı kaynağı psikolojik faktörlerle ilişkilidir. Ağrı stresin, kaygının, öfkenin vb. psikolojik unsurların ifadesidir.

## 2.2. Baş Ağrısı

Baş ağrısı nörolojide en sık karşılaşılan semptomlardan biridir. Toplumda görülme oranı % 90'ın üzerinde olduğu söylenmektedir. (Özön ve Bolay, 2003). Acile başvuruların yaklaşık beşte birinin baş ağrısı kaynaklı olduğu bildirilmektedir. Baş ağrısı primer ve sekonder olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Tüm baş ağrılarının % 90'ının primer kaynaklı, selim seyirli olduğu, % 10'u ise ciddi komplikasyonlara bağlı gelişen sekonder nitelikli olduğu söylenmektedir (Yaman ve Oruç, 2016). Primer baş ağrısı; yapısal gösterilebilir bir nedenin, sistemik bir hastalığın veya geçirilmiş kafa travması ile ilişkilendirilemeyen baş ağrılarını kapsamaktadır. Diğer durumlar sekonder baş ağrısının alanına girmektedir. (Özön ve Bolay, 2003).

### 2.2.1. Migrenin Genel Özellikleri

Migren baş ağrısı ataklar halinde oluşur. Erişkinlerde 4-72 saat sürebilmektedir. Genellikle tek taraflı ağrı mevcuttur. Ağrı zonklayıcı şekilde enseden ya da göz çevresinden başlayarak yayılmaktadır. Orta veya şiddetli ağrı hissedilmektedir. Ağrı ile birlikte mide bulantısı ve / veya kusma görülebilmektedir. Işık, ses ve koku şikâyetleri arasında eklenebilmektedir. Ağrı sırasında yapılan fiziksel aktiviteler şikâyetleri daha da arttırmaktadır. Migren kişinin günlük aktivitelerini sürdürmesini oldukça zorlaştırmaktadır (Türk Nöroloji Derneği, 2011).

Çoğu bireyde ağrıdan saatler ya da günler öncesi; coşkulu duygulanım, artmış hareketlilik veya depresif şikâyetler, belirli yiyeceklere karşı artmış iştah gibi belirtilere rastlanmaktadır. Migreni tetikleyen pek çok faktör belirlenmiştir (Özön ve Bolay, 2003).2004 yılında Migrenin İHS (Uluslararası baş ağrısı derneği) tarafından alt grupları belirlenmiştir. Buna göre, Auralı, Aurasız, Sıklıkla Migren Öncülü Olan Çocukluk Çağı Sendromu, Retinal Migren, Migren Komplikasyonları, Olası Migren olarak 7 alt başlıkta toplanmıştır. Bu alt başlıklarda kendi halinde ayrı gruplara ayrılmaktadır (Üre, 2010).

Genel çerçevede baktığımızda Migrenin şu evrelere ayrıldığı bilinmektedir:

Migrenin evreleri şu şekilde görülmektedir:

- 1. Ağrının Başlama Evresi:** Ensede, başın herhangi bir tarafında yavaşça başlayan bir ağrı ya da rahatsızlık hissi olmaktadır. Ağrının yeri tam tespit edilememektedir. Zonklayıcı henüz başlamamıştır. Süresi çoğunlukla 30 dakika ile 2 saat arasındadır.
- 2. Ağrı Evresi:** Bu evre çoğunlukla zonklayıcı ağrının olduğu dönemdir. Süresi, bazen saatler bazen 1-2 gün olabilmektedir. Ağrı döneminde ağrıya eşlik eden diğer semptomlar mide bulantısı, kusma, fotofobi ve fonofobidir. Migrenlilerin üçte ikisinde başın bir yarısında ağrı bildirilmektedir.
- 3. Ağrının Sonlanma Evresi:** Ağrının hafiflemeye başladığı ve ağrının şiddetli - zonklayıcı formdan künt bir ağrıya dönüşmüştür. Bu evrede yorgunluk, bitkinlik gözlemlenirken kişi de rahatlama hissi de oluşmaktadır (Siva, 2002).

### 2.2.1.2. Migrenin Tetikleyiciler ve Risk Faktörleri

Migren atağını ortaya çıkışını kolaylaştıran faktörlerin şu şekildedir:

- Stres, emosyonel çökkünlük
- Epizodik gerilim
- Açlık
- Öğün atlama

- Uyku bozuklukları (aşırı ya da az uyku)
- Rahatsız edici keskin kokular
- Bir takım yiyecek ve alkollü içecekler
- Hava değişimi – Lodos
- Menstrüel dönem
- Çikolata (Bazı hastaların prodromal dönemde tatlı yeme ihtiyacı olabilmektedir.)
- Gebelik, doğum kontrol hapı, post-menapozal hormon tedavileri
- Parlak, şiddetli yanıp sönen ışıklar
- Basınç değişiklikleri
- Çeşitli ilaçlar (Akt. Lüleci 2004, Siva 2002, Özön ve Bolay 2003).

Yapılan bir doktora çalışmasında Migren hastalarının kişilik özellikleri incelenmiştir. Migren hastalarının öfke puanları kontrol grubuna göre daha yüksek bulunmuştur. Migren şikâyeti olan kişilerin zarardan kaçınma, yeniliğe daha az açık olma, sebatlılık gösterememe, pasif mizaca sahip, zayıf kendini yönetme becerileri, düşük özgüven, olumsuzluk beklentisi yüksek olma gibi özellikleri olduğu tespit edilmiştir. Bu kişilerin stres toleranslarının düşük olduğu daha çabuk endişe ve korkuya kapıldığı bulunmuştur. Koydukları hedefe ulaşmakta güçlük yaşayan, başarısızlıklarını dış unsurlara bağlayan bir yapıda oldukları belirtilmiştir. (Çelik, 2009). Bu değişkenlerde Migrenin tetikleyici özellikleri arasına dahil edilebilir. Yurt dışında kronik günlük baş ağrısının ilerlememesi için bazı risk faktörleri belirlenmiştir. Bu değişkenler; migren ataklarının sıklığı, aşırı kafein kullanımı, obezite, horlama, aşırı ilaç kullanımı ve psikiyatrik eş tanı (Lanteri – Minet, 2008). Danimarka’da yapılan bir çalışmada migren için risk faktörleri; ailesel yatkınlık, yüksek iş yükü, sık sık gerginlik yaşamak olarak belirlenmiştir (Lynqberg ve ark., 2005).

### **2.2.2. Gerilim Tipi Baş Ağrısı Özellikleri ve Risk Faktörleri**

Primer baş ağrıları arasında en sık görülen formdur. Klinik tanı çoğunlukla migren belirtilerinin dışlanması ile koyulabilmektedir. GTB epizodik ve kronik olmak üzere iki gruba ayrılmaktadır. Görülme sıklığı %20 - %40 arasında değişmektedir. GTB’nin en sık epizodik olanı görülmektedir. Ağrı genellikle ya hafif ya da orta şiddette olmaktadır. Baş ağrısı arttıkça ağrının şiddeti artmaktadır. Baş ağrısı çoğunlukla iki tarafta oluşmaktadır. Ancak nadir olarak bulantı, fotofobi (ışığa



aşırı duyarlılık) ya da fonofobi (gürültüden rahatsız olma) görülebilmektedir. GTB'ların migren ve diğer baş ağrısı şikayeti olanlara göre daha fazla uyku bozukluğu şikayetleri mevcuttur. Bazen Migrenle birlikte görülebilmektedir. Gerilim tipi baş ağrısı günlük yaşamı bozucu nitelikteyse migrenle birlikte görüldüğü söylenmiştir (Brust, 2016:68-69).

### **Gerilim Tipi Baş Ağrısı Özellikleri**

1. Basınçlı, zonklayıcı ağrı
2. Günlük aktiviteyi etkilemeyecek şekilde hafif / orta şiddette ağrı
3. Yaygın olarak iki taraflı ağrı
4. Ağrı sırasında bulantı ve kusma yoktur
5. Gürültü ve ışıktan rahatsızlık duyulmaz
6. Baş ağrısı atakları 30 dakika ile 7 gün arasında sürmektedir
7. Ağrı şiddeti baş ağrısının sıklığı ile doğru orantılıdır
8. Bazı hastalarda boyun ve çene ağrısı da görülebilmektedir. (Türk Nöroloji Derneği, 2011).

Migrende olduğu gibi gerilim tipi baş ağrısında da çeşitli sebeplerle tekrar edebilmektedir. Çin'de yapılan bir araştırmada ilacın aşırı kullanımı risk faktörü olarak belirlenmiştir. İlaç yoksunluğu öncesi baş ağrısı sıklığı, ilaç kesildikten sonra baş ağrısı sıklığı, primer baş ağrısı süresi nüks için önemli bulunmuştur (Yan ve ark. 2015). Latimer, 2013 yılında yaptığı çalışmada ağrının geçmesi için kullanan ilaçların kontrol altına alınması ile kronik baş ağrısının önlenebileceğini söylemiştir. Danimarka'da yapılan bir çalışmada GTB için risk faktörleri; iş sonrası yetersiz dinlenmek, düşük özgüven, uyku bozukluğu olarak saptanmıştır (Lynqberg ve ark., 2005). Tablo 1'de Uluslararası baş ağrısı derneğinin tanı sınıflamasına yer verilmiştir. Tanı sınıflamasında

#### **2.2.2.1. Gerilim Tipi Baş Ağrısı Alt Tipleri**

**Seyrek Epizodik GTB:** Yılda 12'den az görülmektedir. Otuz dakikalık olabildiği gibi kısmen günlerce de sürebilmektedir. Ağrı genel olarak baskılı, sıkıştırıcı ve hafif – orta şiddette olabilmektedir. Seyrek epizotta mide bulantısına rastlanmazken fotofobi ya da fonofobi görülebilir.

**Sık Epizodlu GTB:** En az 3 ay boyunca ayda bir ya da daha çok görülmekle birlikte 15 günden daha az ağrının olduğu bir tablodur. Diğer özellikler bir önceki epizot ile aynıdır.

**Kronik GTB:** Günlük ya da çok sık baş ağrısının olduğu bir durumdur. Çoğunlukla ortalama 3 ay boyunca 15 gün veya daha fazla ağrı görülmektedir. Ülkemizde % 5 oranında polikliniklere başvuru yapıldığı tespit edilmiştir. Yaşam kalitesini oldukça etkilemektedir. (Akt. Erdoğan ve Nazlıkul, 2015).

### 2.3. Baş Dönmesi ve Vertigo

Baş dönmesi de baş ağrısı gibi toplumda sık görülen semptomlardan biridir. Geniş yelpazeye ayrılmasından ötürü iyi değerlendirmek hastalığın gidişatı ve sonlanışı açısından önemlidir. Vertigo terimi, nörolojide baş dönmesinin eş anlamlısı olarak kullanılmaktadır.

Vertigo bir tanı değil, belirtidir. Baş dönmesi kadınlarda erkeklere göre iki – üç kat daha fazladır ve görülme sıklığı yaşla birlikte artmaktadır. (Neuhauser, 2016). Baş dönmesi genel bir terim olduğu için vertigo, denge bozukluğu veya sersemlik gibi alt gruplara ayrılabilir. Üç alt tipi şu şekilde sıralandırılabilmektedir:

**Vertigo:** uyarı olmadan hareket hissi oluşmaktadır. Bu his daha çok dönme, sallanma şeklindedir. Vertigo, periferik veya santral vestibüler sistemdeki lezyonlardan kaynaklanabilen, dönme hissiyle oluşabilmektedir ( Akdal, 2008). Baş dönmesinin periferik ya da santral sisteme bağlı gelişip gelişmediği belirli faktörle bakılarak anlaşılır. Baş dönmesinin süresi, yapısı, dengesizlik, mide bulantısı, işitme sorunu, nörolojik belirtilerin olması ayırıştırıcı etmenler arasındadır. Denge sorunu periferik vertigo da daha az görülmektedir. Bunların dışındaki vertigo ilaç yan etkisiyle, görme, metabolizma ve kardiyolojik sorunlara bağlı olarak gelişebilmektedir (Akt. Bayındır ve Kalcıoğlu, 2010). **Denge bozukluğu**, kişi genel olarak ayağa kalkarken veya yürürken sallanma ve dengesizlik hissetmektedir. Otururken ya da yatar pozisyondayken daha rahat hissettiğini söylemektedirler. **Hipotansif baş dönmesi**, sersemlik, zihin bulanıklığı, uzaysal dezoryantasyon. Kalp hastalığı, ilaç kullanımı, anksiyete ile birlikte görülebilmektedir (Brust, 2016:43)

Periferik sisteme bağlı vertigonun belirtileri Şu Şekildedir:

- Kişi gözü açıkken çevresinin kapalıyken kendisinin dönüŐümlü olarak döndüğünü ifade eder
- Mide bulantısı, terleme
- Dakikalar içinde belirtiler azalır
- Baş hareketleriyle baş dönmesi artar
- Akut ataklar kişinin gündelik hayatını etkiler (Uğurlu, 2009).

Vertigo ve dizziness'in baş ağrısından sonra hekime en sık baŐvurulan semptomlar olduğu söylenmektedir. Vertigo dönme illüzyonu olarak tanımlanmaktadır. Sağ ve sol vestibüler çekirdek arasındaki eşit olmayan nöral duruma bağlı gelişmektedir. Vertigo sendromuna, dönme illüzyonu, ataksi, bulantı, terleme, solgunluk eşlik edebilmektedir (Akdal, 2008).

En sık görülen baş dönmesi eŐitleri:

- 1. Benign Paroksizmal Pozisyonel Vertigo:** Benign Paroksizmal Pozisyonel Vertigo, yatakta ya da baş geri tarafa doğru eğildiğinde kısa süreli (birkaç saniye gibi) dönme oluşur. Bu tabloya bazen bulantı da eklenebilmektedir.
- 2. Vestibüler nörit:** Vestibüler nörit, hızlı ve Şiddetli başlar, bulantı, kusma, denge bozukluğu görülür (Güler, 2014). Belirtiler genelle 24 saat içerisinde oldukça Őiddetlenir ve yavaŐ yavaŐ iyileşme görülür. Bu hastalar kulaklarında basınç ve işitme kaybı ve baş dönmesi atakları ile doktora baŐvururlar.
- 3. Meniere hastalığı:** Kişinin bir kulağında azalmıŐ duyma kaybı ve basınç hissi vardır ve tabloya baş dönmesi de eklenmektedir (Cengiz, 2005).

#### 2.4. Anksiyete

Anksiyete organizmayı tehdit eden durumlara karşı ortaya çıkan alarm sistemidir. Anksiyete, kaygı, endişe, i sıkıntısı, bunalma anlamı taşımaktadır. Anksiyete patolojik düzeyde olmadığında yaŐamsal ve hayatta kalmaya yönelik

doğal bir uyarıcıdır. Bu duruma normal anksiyete denilmektedir. Normal anksiyete doğuştan gelen temel duygu, dūřünce ve davranışa yansıyan bir durumdur. Patolojik olduğunda ise endişe verici duygu ve dūřüncenin yaygın olduğu, sanki kötü bir durumla karşılaşacakmış gibi tedirginlik ve gerginlik uyandıran, okul, iř, sosyal yaşamı etkileyen, işlevselliği bozan bir durumdur (Binici, 2015). Anksiyete yeni koşullara uyum sağlayıcı ya da olumsuz koşulları (saldırgana karşı kaçma ya da savaşmayı sağlamak gibi) engelleme işlevi de vardır. Kaygı ve bunaltı olarak adlandırılan anksiyetenin; kalp çarpıntısı, derin nefes alma ihtiyacı, terleme, titreme, sersemlik, bayılacak gibi olma gibi fiziksel belirtileri vardır (Karamustafalıoğlu ve Yumrukçal, 2011).

#### 2.4.1. Anksiyete Bozukluklarının Etiyolojisi

Anksiyete bozuklukları kuramcıları öğrenme psikolojisine, içsel çatışmalara, uyumsuz bilişler ve biyolojik etkenlere dayanmaktadır.

##### 1. Psikanalitik Yaklaşım

Psikanalitik kuram, anksiyete bozukluklarının içsel çatışmalar ve bilinç dışı süreçlerle ilgili olduğunu söylemiştir. Freud cinsel dürtüleri de temel alan bir bakış açısıyla yaklaşmış ve anksiyetenin bilinçdışı fantezilerin sinyalleri olduğunu öne sürmüştür (Gündüz, 2009). Freud, zarar veren ve tehlike yaratacak duruma tepki olarak ortaya çıkan **objektif anksiyete** ile gerçek anksiyete ile ilişkisiz olan anksiyeteye **nevrotik anksiyete** adını vermiştir. Nevrotik anksiyete tepkilerinin; id, ego ve süper-ego arasındaki bilinç dışı çatışmalardan kaynaklı olarak ortaya çıktığı söylenmektedir. Bu itkiler bilince yaklaştığında anksiyete tepkilerinin alarm şeklinde hizmet etmektedir. Anksiyetenin kaynağı bilinç dışı olduğu için neden endişe duyulduğuna ulaşmak güç olmaktadır. Psikanalistler ileriki yıllarda kuramı daha da genişlettiler.

Bireyin çaresiz hissettiğinde, ayrılma ya da terk edilme korkularıyla başa çıkamadıklarında, sevginin onaylanmadığı durumlarda anksiyete belirtilerinin ortaya çıktığını söylemişlerdir (Atkinson, 2006:354).

## **2. Davranışsal Yaklaşım**

Davranışçı yaklaşım öğrenme teorisine göre geliştirilmiştir. Bu görüşe göre, anksiyetenin klasik koşullanmayla öğrenildiği söylenmektedir. Watson ve Morgan 1917 yılında, Pawlow'un klasik koşullanma teorisinden yola çıkarak anksiyetenin koşullu bir tepki olduğu görüşü savunulmuştur. Koşullu uyaran koşulsuz uyarana karşı bir cevap olarak ortaya çıkar. Nötr uyaran korkutucu bir uyarana eşleştğinde koşullu uyaran korkutucu bir nitelik kazanmaktadır. Örneğin, köpek tarafından saldırıya uğrayan bir kişi diğer köpeklerden de korkmaya başlar. Böylelikle diğer köpeklerde korkutucu bir nitelik kazanmış olur (Akt. Mantar, 2008). Bu konu agorafobiye uyarlandığında ise, metroda anksiyete yaşayan kişi metrodan kaçınmaya çalışır, kaçınma davranışı ise uyarının genelleşmesine ve kapalı ortamlarda anksiyetesinin tekrarlanmasına neden olacaktır.

## **3. Bilişsel Yaklaşım**

Bilişsel kuram klinik olarak bireyin kognitif yapısını iki ana başlıkta incelemektedir. Bunlar otomatik düşünceler ve şemalardır. Şemalar, ara inançlar ve temel inançlar olarak ikiye ayrılmaktadır. Otomatik düşünceler, zihin akışı içerisinde kendiliğinden oluşan bilişlerdir. Yönlendirme ve güdülenme ürünü değildirler. Sıklıkla fark edilmeyerek, duygusal sıkıntı yaşandığı durumlarda ortaya çıkarlar. Ara inançlar, otomatik düşüncelerin altında yatan kişinin inandığı kural ve sayılılardır. Örneğin, “insan her koşulda doğruyu söylemelidir” sözü bir ara inançtır. Temel inançlar ise, bireyin geçmiş deneyimlerinden kaynaklı kendisi, diğerleri ve dünya ile ilgili varsayımlarda bulunmasıdır. Örneğin, “sevilmiyorum” bir temel inanç olabilmektedir (Türkçapar, 2013).

### **2.4.2. Anksiyete Bozuklukları Özellikleri ve DSM –V Tanı Kriterleri**

Bu çalışma erişkinleri kapsadığı için Anksiyete bozukluğunun çocuklarla ilgili (Ayrılma Anksiyetesi vb.) sınıflandırılmasından söz edilmeyecektir. Yeni sınıflandırmada Anksiyete bozukluğu sınıflandırması değişmiş yeni belirleyici tanımlar eklenirken Obsesif kompulsif bozukluk ve Travma sonrası stres bozukluğu

ayrı bir başlıkta belirtilerek anksiyete sınıflandırılmasından kaldırılmıştır. Bu kısımda yalnızca baş ağrısı ve baş dönmesi gibi anksiyetenin fiziksel semptomlarının belirgin olduğu organik duruma benzerlik gösterdiğini düşündüğümüz Yaygın anksiyete, Panik Bozukluk, Başka Bir Sağlık Durumuna Bağlı Kaygı Bozukluğu özellikleri ve tanı kriterleri incelenecektir.

#### **2.4.2.1. Yaygın Anksiyete Bozukluğu**

Tanı kriterinin karşılanması için şikâyetlerin en az 6 ay sürmesi, evhama en az 6 belirtiden 3 belirtinin eklenmesi gerekliliği belirtilmiştir. Yaygın anksiyete, ilk olarak DSM-III'te belirtilmiştir. Kadınlarda erkeklere göre daha sık görülmektedir. Yaygın anksiyete de, kas gerginliği, kolay sinirlenme, huzursuzluk, sorunlara gereğinden fazla önem verme, aşırı endişelenme görülür (Saatçioğlu, 2001). Kişide sıklıkla “ya olursa” tarzı düşünceler mevcuttur. Birey bu düşünceleri zihninden uzaklaştırmada oldukça zorlanır ve yaşam kalitesi oldukça etkilenir.

##### **2.4.2.1.2 Yaygın Anksiyete Bozukluğu DSM- V Tanı Kriteri**

- En az 6 aylık bir sürenin çoğu gününde belirli durumlarla ilişkili olarak aşırı kaygı duymak ya da evham yapmak.
- Kişi kuruntularını kontrol altına almakta güçlük yaşar.
- Bu kaygı ve evhama aşağıdaki 6 belirtiden 3 ya da daha fazlası eşlik eder. Bir takım belirtiler son 6 ayın çoğu günü mevcuttur.
  - Gevşeyememe, sürekli diken üzerinde olma
  - Kolay yorulma
  - İrritabilite
  - Dikkati sürdürme güçlüğü ya da zihnin boşalması
  - Kas gerginliği
  - Uykuya dalma ya da sürdürme zorluğu, kalitesiz uyku
- Kaygı, kuruntu ya da fiziksel belirtiler, klinik düzey iş, sosyal yaşam ya da okulda işlevsellik düzeyini düşürmüş olmalıdır.

- Bu bozukluk bir maddenin kötüye kullanımı (ya da ilaç vb.) ya da başka bir sağlık sorunu (tiroid hastalığı gibi) ile açıklanamaz.

- Bu bozukluk, başka bir ruhsal hastalık ile daha iyi açıklanamaz (APA, 2014).

#### **2.4.2.2.Panik Bozukluk**

Panik bozukluğu tanısı için, beklenmedik panik ataklarının olması, çarpıntı, terleme, baş dönmesi gibi panik atak belirtilerinden en az 4 belirtinin korku ya da huzursuzluğun eşlik etmesi gereklidir. Panik bozukluğu oldukça sık görülen, işlevselliği bozan bir psikiyatrik sorundur. Yapılan çeşitli çalışmalar panik bozukluğu olan kişilerin %91'inin başka bir psikiyatrik bozukluğu olduğunu söylemiştir, (Konkan ve arkadaşları, 2003).

##### **2.4.2.2.1. Panik Bozukluk DSM-V Tam Kriteri**

Yineleyen beklenmedik panik ataklarının olması gereklidir. Panik atağı sırasında aşağıdaki belirtilerden 4'ünün ya da daha fazlasının ortaya çıkması ardından yoğun korku ya da içsel sıkıntının olduğu durum.

**Not:** Böyle bir durum kişinin normal bir zamanında ya da kaygılı olduğu bir durumda birden bastırabilir.

- Çarpıntı (kalbin hızlı atması)
- Terleme
- Titreme
- Boğulma hissi
- Soluğun tıkanması
- Göğüs ağrısı veya göğüste sıkışma
- Bulantı ya da karın ağrısı
- Baş dönmesi, ayakta duramama, sersemlik, bayılacak gibi olma duyumu
- Titreme, üşüme, ürperme ya da ateş basması
- Uyuşma ya da karıncalanma
- Gerçek dışılık (dereelizasyon) ya da kendine yabancılaşma (depersonalizasyon)
- Kontrolü yitirme ya da çıldırma korkusu

- Ölüm korkusu

**Not:** Kültüre özgü belirtiler görülebilir (kulak çınlaması, boyun ağrısı, baş ağrısı, ağlama vb.).

- Ataklardan en az birinden sonra aşağıdakilerden biri ya da her ikisi 1 ay ya da daha uzun süreyle olur.
- Başka panik atakların olacağı ya da bunların olası sonuçlarıyla (felç geçirme gibi) ilgili olarak sürekli kaygı duyma.
- Ataklarla ilgili uyum bozukluğuna giden davranış değişikliğinin olması. Örneğin kişi spor yapıyorsa sporu bırakabilir.
- Bu bozukluk bir maddenin kötüye kullanımı (ya da ilaç vb.) ya da başka bir sağlık sorunu (tiroid hastalığı gibi) ile açıklanamaz.
- Bu bozukluk, başka bir ruhsal hastalık ile daha iyi açıklanamaz (APA, 2014).

#### **2.4.2.3. Başka Bir Sağlık Durumuna Bağlı Kaygı Bozukluğu**

Dsm-v tanı kriterine göre anksiyetenin organik bir hastalıkla ilintili olarak ortaya çıktığı söylenmektedir. Bu bozukluğa örnek olarak, kanser hastası birinde, hastalık sonrası kaygı ve endişenin klinik açıdan belirgin olarak duygu, düşünce ve davranışlarına yansımaları, sosyal, günlük, akademik, iş hayatını yani işlevselliğini bozması söylenebilir. Bu tanının karşılanabilmesi için belirtinin kanserin ya da başka bir organik bozukluğu açıklamıyor olması şartı aranmaktadır.

##### **2.4.2.3.1. Başka Bir Sağlık Durumuna Bağlı Kaygı Bozukluğu DSM-V**

###### **Tanı Kriteri**

- Kliniğe panik atakları ya da kaygı egemendir.
- Öykü, fiziksel muayene ya da laboratuvar bulgularında, bu bozukluğun başka bir sağlık durumunun doğrudan patofizyoloji ile ilgili bir sonucu olduğunda ilişkin kanıtlar vardır.
- Bu durum, başka bir psikiyatrik bozuklukla daha iyi açıklanamaz.
- Bu bozukluk, yalnızca deliryum gidişi sırasında ortaya çıkmaz.



- Bu bozukluk, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal ve / veya işle ilgili alanlarda işlevsellik düşer (APA, 2014).

## **2.5. Ağrının Psikolojik Yönü ve Anksiyete ile İlişkisi**

Günümüzde ağrının yalnızca biyolojik değil psikolojik faktörlerinde etkili olduğu kabul edilmektedir. Örneğin, kişinin yaşadığı duygudurum ağrı eşiğini düşürerek ağrıyı daha şiddetli hissetmesine neden olabilmektedir. Aynı şekilde ağrıya yoğunlaşmak, ağrının azalacağı ya da artacağına yönelik beklenti ağrı düzeyini etkileyebilmektedir. Ağrının kaynağına yönelik düşünce, ağrı eşiğine yönelik algı, ağrının kontrol edilebilirliği ile ilgili algı gibi pek çok bilişsel faktörle ağrı deneyiminin yakından ilişkisi söz konusudur. (Okyayuz, 2013). Ağrı biyolojik perspektifin dışında da ele alınarak incelenmiştir. Vlaeyen ve arkadaşları (1965), Lethem ve arkadaşlarının 1983 yılında açıkladığı modeli daha da geliştirerek ağrının korku ve kaçınma modelinden bahsedilmiştir.

Ağrı duyduğunda korku hisseden ve kaçınma davranışlarında bulunan kişilerin ağrıyı daha yoğun hissettiği söylenmiştir. Philips ve arkadaşları (1987), kognisyonlar ile ağrının yakından ilişkili olduğunu (örneğin ağrıyı felakletleştirmenin) ve bu durumun kaçınma davranışına sebep olarak ağrının kronikleşebileceğini söylemiştir.

Gil ve arkadaşlarının 1989 yılında ağrı ve baş etme stratejilerini incelemek üzere bir çalışma yapmıştır. Ağrı ile baş etme stratejilerini uyumlu bulmuşlar. Olumsuz düşünceye sahip ve pasif baş etme yöntemi olan kişilerin daha şiddetli ağrı duyduğunu tespit etmişler. Ağrının stresi ifade etme biçimi olarak gösterilen şuan tanı kriterlerinde yer almayan Histerik Ağrı terimi de psikolojik dinamiklerin sembolik olarak ağrı yoluyla gösterilmesi anlamı taşımaktadır. Psikolojik kökenli nörolojik ağrı olarak nitelendirilmektedir. Ağrı vücudun herhangi bir yerinde görülebilir ancak en yaygın baş ağrısı semptomları vardır. Hastalar ilaca yüksek oranda hem kullanım hem yanıt verme açısından bağıdırlar. Histerik ağrı şikayeti olan hastalarda; net ve tıbbi kaynaklara uyumlu bir ağrının tariflenememesi, dramatize ve abartılı olması, garip postür ya da tutumun olduğu söylenmektedir (Ropper ve Robert, 2011:1445).

Stres yaratan bir olayla karşılaştığında anksiyete tepkileri ortaya çıkabilmektedir. Anksiyete tepkileri de stresin oluşmasına sebep olmakta ve bir kısır döngü oluşturmaktadır. Yapılan araştırmalarda stresli kişilerde ağrı düzeyinin yüksek olduğu, anksiyete arttıkça ağrının da paralel olarak arttığı tespit edilmiştir.

Baş ağrı şikâyeti olanların anksiyetesinin depresyona göre daha yaygın olduğu da söylenmektedir. (Akt. Kudiaki, 2013). Stresli kişilerde yanıt olarak ağrı görülürken stresli olmayan kişilerde olanlara göre ağrı eşiği daha düşük bulunmuştur. (Salovey & Birnbaum 1989). Kronik anksiyete ise, uzamış baş ağrıları şikayeti olanlarda daha çok olduğu söylenmektedir (Ropper ve Robert, 2011:176). Juang ve arkadaşları (2000) yaptıkları çalışmada migren tanısı almış hastaların %78'ine psikiyatrik tanı adlılığını, bunların % 22'sinin Panik bozukluk % 1'inin ise Yaygın Anksiyete eş tanısı aldığını bildirmiştir. Ayrıca anksiyete kadın grubunda daha sık görülmüştür. Puca ve arkadaşları (1999), Holroyd ve arkadaşları (2000) yaptıkları araştırmada kronik gerilim tipi baş ağrısı olan kişilerde daha fazla anksiyete tespit etmişlerdir. Akyıldız ve arkadaşları (2015) yaptıkları araştırmada baş ağrısı şikâyetleriyle başvuran kişilerin anksiyete bozukluğu migrenlilerde % 23,3, gerilim tipi baş ağrısı % 37 olarak tespit edilmiştir. Yüksel 2015 yılında yaptığı araştırmada Migren hastalığının süresi arttıkça anksiyete puan düzeyinin de yükseldiğini bulmuştur.

## **2.6. Psikojen Baş Dönmesi ve Anksiyete ile İlişkisi**

Acile başvuran hastaların %2-3'ünü baş dönmesi oluşturmaktadır. Baş dönmesinin 4 ana tipini; vertigo, denge bozukluğu, presenkop (bayılma öncesi durum) ve dizziness oluşturmaktadır (Post ve Dickerson, 2010). Anksiyete ile ilişkili baş dönmesi tam tanımlanamayan baş dönmesi olarak adlandırılmaktadır. Bu gruptaki hastalar havada yürümek, odaklanamamak, kafa içinde olağandışı duygulanımlar olduğundansöz ederler. Bu deneyimler anksiyete şikayetlerinde sıklıkla görülebilmektedir. Vertigoya bağlı gelişmeyen bu duruma “fobik”, “fonksiyonel”, “psikojenik vertigo” ya da diğer adıyla “dizziness” da denilmektedir (Ropper ve Robert, 2011). Bir başka kaynakta da benzer şekilde; eşyaların ayakaltından kaydığı, yürürken ayağın boşluğa girdiği hissi ve kafa içinde dalgalanma gibi belirtilerin görüldüğü söylenmektedir (Uğurlu, 2009).

Psikojen baş dönmesinde organik nedenlerin dışlandığı, belirtilerin uzun süreli bir karakterinin olduğu, özellikle gençlerde ve kadınlarda görüldüğü, sıklıkla panik atak şikayetlerinin eşlik ettiği (çarpıntı, boğulma hissi vb.) söylenmektedir. Depresyon, kaygı bozuklukları, kişilik bozuklukları, konversiyon, somatizasyon, alkol ve madde zehirlenmesi, psikoz tablolarında psikojen baş dönmesi görülebilmektedir. Bunun yanı sıra ciddi vestibüler bozukluk tanısı alan kişilerde buna bağlı olarak gelişen fobik vertigo belirtileri de olabilmektedir (Karşıdağ, 2002). Kahraman ve arkadaşları (2016), benign paroksizmal pozisyonel vertigo hastalarında anksiyete ve agarofobiyi yüksek bulmuşlardır. Örneğin, İnme geçiren bir hastanın düşecek gibi hissederek başının döndüğünü düşünmesi, inme sonrası fobik vertigo belirtilerinin geliştiğini göstermektedir.

### **2.7. Ülkemizde Baş Ağrısı ve Baş Dönmesinin Psikiyatrik Hastalıklarla İlişisini Gösteren Araştırmalar**

1. Pek çok çalışmada baş ağrısının anksiyete ve depresyon gibi psikiyatrik bozukluklarla ilişkisi tespit edilmiştir. Yaşar ve arkadaşları 2013 yılında 66 erkek migren ve 32 erkek sağlıklı kontrol grubu üzerinde yaptıkları çalışmada, depresif belirti düzeyi kontrol grubuna göre migren hastalarda daha yüksek bulunmuştur.  
Atak süresi sık olanlarda depresif belirtinin arttığı da saptanmıştır. Ayrıca depresif belirti düzeyi ile anksiyete belirtileri arasında paralellik olduğu da bulunmuştur.
2. Kocabaş ve Çelebi'nin 1997 yılında 45'i migren, 51'i baş ağrısı tanısı almış, 50 kontrol grubu olmak üzere 146 kişi üzerinde bir çalışma yürütmüşler. Migren ve gerilim baş ağrısı tanısı alanlarda depresyon, anksiyete ve nörotik eğilim gösterme düzeyleri daha yüksek olarak saptanmıştır. Migrenli hastalarda GTB'lilere göre depresyon, anksiyete ve nörotik eğilim daha yüksek olarak bildirilmiştir.
3. Tombul ve arkadaşları (2015), migren tipi baş ağrısı olan olgularda kişilik özelliklerini incelemeye yönelik yaptıkları çalışmada, en yüksek depresyon belirti şiddetinin, analjenik ilacı aşırı kullanım baş ağrısının eşlik ettiği kronik migren grubunda olduğu saptanmıştır.

4. Özmen ve arkadaşları (1993) yılında 66 somatik yakınmaları olan kişiyle yaptıkları çalışmada en sık görülen yakınmaların; titreme (%42), baş ağrısı (%39), halsizlik (%33), uyuşma (%33), uykusuzluk (%25), taşikardi (%25) olduğu tespit edilmiştir. Bu kişilerin %34'üne somatoform bozukluk, %31'ine anksiyete, %24'üne depresyon tanısı koyulmuştur.
5. Akça ve arkadaşlarının (2013) ergen grubuyla yaptıkları çalışmada baş ağrısı tanısının migren ya da GTB olmasının anksiyete duyarlılığını etkilemediği, sağlıklı gruba göre baş ağrısı yaşayanların anksiyeteye daha yatkın olduğu söylenmektedir.
6. Atasoy ve arkadaşlarının 2004 yılında psikiyatrik komorbiditeye yönelik bir çalışma yapmışlardır. Elli-beş hastada süreğen migren saptanmış ve %45.5'inde eşlik eden psikiyatrik tanı belirlenmiştir. Altı kişide depresif bozukluk, 11'i distimik bozukluk, 5'i panik bozukluk, 2'si yaygın anksiyete bozukluğu ve 1'i obsesif kompulsif bozukluk olduğu söylenmiştir. Süreğen gerilim tipi baş ağrısı olanlarda ise %55.4'ünde eşlik eden psikiyatrik tanı bulunmuştur. Bu kişilerden 10'unda, depresyon, 13'ü distimik bozukluk, 3'ü yaygın anksiyete ve 1'inde somatizasyon tespit edilmiştir. İlaç kullanımı daha fazla olan günlük baş ağrısı olan kişilerde ilaç kullanmayanlara göre eşlik eden psikiyatrik tanı daha fazla olarak söylenmiştir.
7. Onur ve Alkın (2007) yaptıkları derlemede, baş dönmesinin organik bir semptom olarak nitelendiriliyorken yeni terminolojide “psikojen vertigo”, “migren – anksiyete ilişkili baş dönmesi”, “fobik postural vertigo” gibi sendromların tanımlandığını söylemişlerdir.
8. Kahraman ve arkadaşları (2016), benign paroksizmal pozisyonel vertigo hastalarında (n:32) anksiyete ve agarofobi ilişkisine yönelik bir çalışma yapmış olup, kontrol grubuna göre anksiyete ve agarofobi anlamlı derece yüksek bulunmuştur (p<.001).

### **2.7.1. Yurt Dışında Baş Ağrısı ve Baş Dönmesinin Psikiyatrik Hastalıklarla İlişisini Gösteren Araştırmalar**

1. Samaan ve arkadaşları (2009), migren ve özellikle auralı tekrarlayıcı ağrısı olanlarda depresyon belirtilerinin olduğunu söylemişlerdir.

2. Cardona – Castrillion ve arkadaşları (2007), Migreni olan 18-65 yaş arası 89 kişi ile kesitsel bir çalışma yürütmüş. Kişilerin %21.3'ünün majör depresyonu, %4.5'inin distimik bozukluğu, %14.6'sının yaygın anksiyetesi, %6.7'sinin Sosyal fobisi, %5.6'sının panik bozukluğu, %4.5'inin travma sonrası stres, %2.2'sinin obsesif kompulsif bozukluğu olduğu tespit edilmiştir.
3. Torelli ve arkadaşları (2006), yaptıkları çalışmada özellikle auralı migreni olan kişilerin anksiyete geliştirme açısından riskli olduklarını tespit etmiştir.
4. Breslau ve arkadaşları (2009), 25-55 yaş arası migren tanısı almış kişilerle yürüttükleri çalışmada, migren tanısı almanın kişilerin yaşam boyu majör depresyon tanısı alma yaygınlığının 3 kat daha arttırdığını saptamışlardır.
5. Peluso ve arkadaşları (2016) 44 yaşlı (60 yaş üstü) olup baş dönmesi şikâyeti olan hastalar ile bir araştırma yürütmüşlerdir. Yaşam boyu anksiyete bozukluğu %29.5, özgül fobi %22.7, depresif bozukluk %45.4, son 12 ayda ise anksiyete %18.2, özgül fobi %15.9, depresif bozukluk %11.3 olarak tespit edilmiştir.
6. Beghi ve arkadaşları 2010 yılında, 216 kişi ile baş ağrısı ve psikiyatrik komorbiditeye yönelik bir çalışma yapmıştır. Migrenlilerde %10.9, Gerilim tipi baş ağrısı olanlarda %12.8, Migren artı Gerilim baş ağrısı olanlarda ise %21.4 olarak tespit edilmiştir.
7. ABD'de yapılan bir çalışmada, baş dönmesi belirtisi olan yetişkinlerde depresyon, anksiyete ve panik bozukluğun üç kat arttığı tespit edilmiştir (Bigelow ve ark., 2016).
8. Kanzaki ve Goto (2015), 116 baş dönmesi olan hastada en yaygın psikiyatrik eş tanının anksiyete ve majör depresyon olduğunu saptamışlardır.
9. Lahman ve arkadaşları (2015), baş dönmesi şikayeti olan 547 kişi ile yaptıkları bir çalışmada katılımcıların %48.8'inde anksiyete, somatoform, duydu durum bozuklukları gibi psikiyatrik komorbiditeleri olduğu bulunmuştur.
10. Ferrai ve arkadaşları (2014), Benign paroksizmal pozisyonel olarak vertigo hastalarında, depresif belirti, fobi, anksiyete ve somatizasyon gibi semptomatolojilerin yaygın olarak görüldüğü ve kadın cinsiyetinin predispozan bir faktör olduğu söylenmiştir.

11. Hong ve arkadaşları (2013), 407 baş dönmesi olan hasta ile yaptıkları çalışmada depresif belirtilerle ve özellikle yüksek baş dönmesi şikâyeti olanlarda daha yüksek depresyon görüldüğü saptanmıştır.
12. Ketola ve arkadaşları (2015), baş dönmesi şikayetleri olan kişilerde psikiyatrik sorunun prevalansını %68 olarak saptamışlardır. Bunlardan %19'u depresyon, %12'si anksiyete olarak belirlenmiştir.
13. Eckhardt ve arkadaşlarının 2003 yılında baş dönmesi olan 202 kişi üzerinde yapılan bir çalışmada, hastaların %28'inde organik kökenli baş dönmesi, %55.3'ünde psikojen kökenli olduğu, hem psikoloji hem psikiyatrik bozukluğu oranının ise %16.8 olduğu bulunmuştur. Organik baş dönmesi grubu ile psikiyatrik bozukluğu (psikoloji ve psikiyatri karma) + baş dönmesi olan grup karşılaştırıldığında, psikiyatri grubunda yüksek anksiyete, depresif şikayetler ve şiddetli somatizasyon bulunmuştur. Araştırmada sonuç olarak baş dönmesinde psikiyatrik bozuklukların ayırıcı tanıda yer alması ve disiplinler arası bir tedavinin önemi vurgulanmıştır.

## **2. YÖNTEM**

Bu çalışma Kesitsel desenle oluşturulmuştur. Çalışmanın veri toplama aşaması 1 Eylül 2016 – 30 Kasım 2016 tarihlerinde sürdürülmüştür.

### **2.1. Araştırmanın Modeli**

Epidemiyolojik araştırmalar neden – sonuç ilişkisi analitik araştırmalarla yürütülür. Analitik araştırmaların başında hipotezlerde bulunulur. Analitik araştırmalar, Kesitsel tipte, Vaka kontrol tipi, Kohort tipi olarak 3'e ayrılır. Bu çalışma kesitsel tipte kurulmuştur. Kesitsel desendeki araştırmaların tipi sebepten sonuca gider. Araştırma grupları bağımsız değişkene göre oluşturulmaktadır. (Akçay ve Gürcan, 2007). Kesitsel araştırma hastalıkların prevalansını ölçer. Hastalık sıklıkları ve diğer özelliklere (yaş, cinsiyet vb.) göre incelenir. Elde edilen bulgular toplum ihtiyaçlarını belirlemek için önemlidir (Beaglehole ve Bonita, 1998:42).

### **2.2. Araştırma Evren ve Örnekleme**

Araştırma, İstanbul Bağcılar'da bulunan Medilife Hastanesi'nin Nöroloji Polikliniğine başvuran 16-55 yaş arası araştırmayı kabul eden 92 kişi ile yürütülmüştür.

### **2.3. Veri Toplama Araçları**

Çalışmada Kişisel Bilgi Formu, Wong – Baker Ağrı Skalası, Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği olmak üzere üç veri toplama aracı kullanılmıştır.

### **2.3.1.Kişisel Bilgi Çizelgesi**

Bilgi Formu, 21 soru ve 3 bölümden oluşmaktadır. Birinci bölüm 10 sorudan oluşmaktadır. Bu bölümde; isim, cinsiyet, yaş, eğitim ve medeni durum, meslek çalışma durumu, psikolojik ya da psikiyatrik yardım alıp almadığı, depresif bozukluk geçirip geçirmediğine yönelik sorular demografik bilgilerden oluşmaktadır. İkinci bölüm 5 sorudan oluşmaktadır. Bu bölümde yalnızca Baş ağrısı şikâyetleri olan hastaların doldurması gereken sorular mevcuttur. Bu alanda, baş ağrısının olup olmadığı, ne kadar süredir baş ağrısı yaşadığı, baş ağrısı tanısı aldıysa hangi tip baş ağrısı yaşadığı, baş ağrısına yönelik düzenli kullandığı bir ilacının olup olmadığı, ilaç kullanıyorsa ne kadar süredir olduğu sorulmuştur. Üçüncü ve son bölümde ise yalnızca baş dönmesi şikâyetleri olan hastaları kapsamaktadır. Baş dönmesi olup olmadığı, ne kadar süredir baş dönmesi yaşadığı, baş dönmesi tanısı varsa ne olduğu, baş dönmesine yönelik düzenli kullandığı bir ilacının olup olmadığı, ilaç kullanıyorsa ne kadar süredir kullandığını sorgulayan sorulardan oluşmaktadır.

### **2.3.2. Wong – Baker Ağrı Skalası (FPS)**

Bu ölçek Donna Wong ve Connie Morain Baker tarafından 1981 yılında geliştirilmiş 1983 yılında revize edilmiştir. Bu ölçek çocuklarda ağrıyı tanımlamak için kullanılmıştır ancak demanslı (bunama) ve kendisini ifade etme güçlüğü yaşayan popülasyonda da kullanılmaktadır. Yüz ifadeleri gösterilerek hastaların ağrı düzeyleri numaralandırılmaktadır. “0” Ağrı yok, “1” Çok Hafif Ağrı, “2” Hafif Ağrı, “3” Biraz Şiddetli Ağrı”, “4” Şiddetli Ağrı”, “5” Çok Şiddetli Ağrı, düzeylerini ifade etmektedir. Ölçek puanı yükseldikçe ağrı artmaktadır. Tükçe’ ye uyarlanan güvenilirlik ve geçerlik çalışması yoktur (Akt. Tüfekçi & Erci, 2007). Örneklemin düşük sosyo-kültürel yapısı olduğu için ölçeğin bu formu kullanılmıştır (Akt. Yorulmaz, 2012). Amerika’da 182 kişiyle yapılan yapılan bir çalışmada korelasyon katsayısı rho: .62, Cronbach alfa 0.93 bulunmuştur, (Soetenga ve ark., 1999).

### **2.3.3. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği**

Zigmond ve Snaith tarafından anksiyete ve depresyon riskini belirlemek amacıyla geliştirilmiştir (1983). On dört sorudan oluşmaktadır. Tek sayılardan oluşan



7'si anksiyeteyi, çift sayılardan oluşan diğer 7'si ise depresyonu ölçmektedir. Dörtlü likertten oluşmaktadır. Bu ölçek fiziksel hastalığı olan bireylerde depresyon ve anksiyete riskini ölçme amacı taşımaktadır. Anksiyete alt ölçeğinin (HADS-A) kesme puanı 10, depresyon alt ölçeği (HADS-D) puanı ise 7 olarak bulunmuştur. Aydemir ve ark., tarafından 1997 yılında geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır. Güvenirlik çalışması Cronbach alfa kat sayısı anksiyete alt testi için 0.8525, depresyon alt testi için 0.7784 olarak tespit edilmiştir. (Aydemir, 1997).

#### **2.4. Verilerin Toplanması**

Araştırmaya bilgilendirmiş onam veren 16 – 55 yaş arası Nöroloji polikliniğine baş ağrısı ve baş dönmesi şikâyetiyle başvuran her hasta ile 1 Eylül 2016 – 30 Kasım 2016 tarihlerinde yüz yüze görüşerek veriler toplanmıştır. İlk aşamada 108 veri toplanmış olup, 5'i 16-55 yaş sınırı dışında olduğu için, 3'ü demans tanısı aldığı için, 8'ünün verilerinin büyük kısmı eksik olduğu için araştırma dışı bırakılmıştır. Bilgi Formu, Wong - Baker Ağrı Skalası, Hastane Anksiyete ve Depresyon ölçeği doldurulmuştur. Ağır nörolojik hastalıkları olan (demans, kafa travması vb.) hastalar ve mental retardasyonu olan kişiler dahil edilmemiştir.

#### **2.5. Verilerin Analizi**

Verilerin istatistiksel analizi, Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 16 ile yapılmıştır. Veriler için frekans (n, yüzde) ve betimleyici istatistikler (ortalama, standart sapma) kullanılmıştır. Verilerin normal dağılım gösterip göstermediği eğiklik (skewness) değerlerine ve Shapiro – Wilk normallik test sonucuna bakılarak incelenmiştir. Değişkenler arası ilişkiler normal dağıldığında Pearson çarpım-moment korelasyon katsayısı, normal dağılmadığında Spearman rho korelasyon katsayısı hesaplanmıştır. Ortalamaları karşılaştırmak için iki grup için normal dağılan veriler bağımsız t testi, normal dağılmayanlar Mann Whitney U testi ile üç grup ve üzeri için normal dağılanlar tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ile normal dağılmayanlar ise Kurskal – Wallis testi ile değerlendirilmiştir. Anova için farklılığı belirlemek için Tukey çoklu karşılaştırma testi kullanılmıştır.

### 2.5.1 Verilerin Analiz Yöntemi

Bu çalışmanın ilk aşamasında demografik bilgilerin (yaş, cinsiyet, eğitim vb.), ağrı, baş dönmesi, anksiyete ve depresyon ölçek maddelerinin frekansları ve ortalamaları alındı. Değişkenler arasındaki ilişki miktarının ölçümü korelasyon katsayısı ile yapılmaktadır. Korelasyon iki ya da daha çok sayıda değişken arasındaki ilişkiyi ve ilişkinin miktarını sayı olarak vermektedir. Bu sayıya “korelasyon kat sayısı ya da ilişki kat sayısı” denilmektedir. Matematiksel eşitliği ortaya koymak için, bağımsız değişkene bağlı olarak bağımlı değişken üzerindeki ortalama değişmeyi gösteren eşitlik aranmaktadır. Değişkenler arasındaki ilişki doğrusal olabilmekte ya da doğrusal olmayabilmektedir. Değişkenler arasındaki ilişki doğrusal ise “Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayısı” kullanılır. Korelasyon katsayısı +1.00 ile -1.00 arasında değişen değerler alabilmektedir. Değişkenlerin ikisi de aynı yönde değişim gösteriyorsa aralarında pozitif bir ilişki olduğu söylenmektedir. Değişkenlerden biri azalırken diğeri çoğalıyorsa bu durumda ilişki negatiftir. Eğer değişkenler arasında pozitif ya da negatif yönde birlikte bir değişim oluşmuyorsa bu durumda korelasyon katsayısı sıfırdır ve ilişki olmadığı anlamına gelmektedir. (Arıcı, 2005:93). Yaş, medeni durum, eğitim, cinsiyet, meslek ile baş ağrısı, çalışma durumu ile baş ağrısı, baş ağrısı – ilaç kullanım süresi, baş ağrısı tipi ile ilaç kullanım süresi arasındaki ilişkiye korelasyon analizi ile bakılmıştır. Egik dağılımlara spearman, normal dağılımlar için pearson kat sayısı hesaplanmıştır. Baş ağrısı olanlar ile depresyon geçmişi olanlar arasındaki ilişkiye, daha önce psikolojik ya da psikiyatrik yardım alanlar ile ağrı şiddeti arasındaki ilişkiye bakılmıştır. Depresif belirti şiddeti ile ağrı şiddeti arasındaki ilişkiye bakmak için, ağrı şiddeti ile anksiyete arasındaki korelasyon incelenmiştir. Yaş, çalışma, medeni durum, cinsiyet, eğitim durumu, meslek, psikolojik yardım alanlar, psikolojik destek alanlar, anksiyete ile baş dönmesi arasındaki korelasyona bakılmıştır.

Gruplar arasında karşılaştırma yapılmak istendiğinde, grup sayısı 2’den fazla ise tek yönlü varyans analizi (ANOVA) kullanılmaktadır.  $H_0$ :iki grup arasında farkın olmadığı,  $H_1$ : ortalamaların birbirinden farklı olduğu olarak kurulur. Varyanslar eşit ise çoklu aralık testleri ile grup ortalamalarının homojen dağılıp dağılmadığına bakılır. Bu yöntem ile gruplar arasındaki fark saptanmaya çalışılır. Çoklu karşılaştırma ile de her grup diğer gruplarla tek tek kıyaslanır.

Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını ortaya çıkarmak için post-hoc testi kullanılması gerekmektedir. Post-hoc testlerinden en yaygın kullanılanlarından biri de Tukey testidir (Kayri, 2009). Veriler normal dağılmadığında tek yönlü varyans analizi yerine Kruskal – Wallis testi yapılmıştır. Baş dönmesi hastalık tipi ile anksiyete belirti şiddeti, baş ağrısı ilaç kullanım süresi ile baş ağrısı süresi Kruskal – Wallis testi ile yapılmıştır. Bu çalışmada yaş – baş ağrısı, migren ve baş dönmesi ilaç kullanım süresi ile anksiyete belirti şiddetinin arasındaki farklılığa bakılmıştır. Baş dönmesi süresi ile anksiyete belirti şiddeti arasındaki farklılığa varyans testi ile bakılmıştır.

Parametrik bir test olan t-testinde, bağımsız iki grubun karşılaştırılabilmesi için grupların normal dağılımları, varyanslarda homojenlik olması gerekirken, parametrik olmayan Mann Whitney U testinde ise dağılımın şeklinin bilinmediği veya normal dağılmadığı durumlarda başvurulur. Mann Whitney U testi varyansların eşit olduğu varsayımını içerir (Akt. Bindak, 2014). Grupların normal dağılıp dağılmadığı skewness verilerine bakılarak karar verilmiştir. ).Baş ağrısı tipi ile (Migren, Gerilim tipi baş ağrısı), ilaç kullanım süresi, psikolojik tedavi alanlar ile baş dönmesi, daha önce baş dönmesi şikayetleri olanlar ile depresyon geçmişi olanlar, baş dönmesi ile cinsiyet arasındaki farklılık Mann Whitney U testi ile incelenmiştir. Bu çalışmada ağrı ile cinsiyet, daha önce baş dönmesi şikâyetleri olanlar ile depresyon geçmişi olanlar arasında, psikolojik tedavi alanlar ile anksiyete ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık için t testi yapılmıştır.

### 3. BULGULAR

İlk aşamada demografik ve kişisel bilgilerin istatistik betimlemesi yapıldı. Ardından baş ağrısı, baş dönmesi, anksiyete, depresyon özellikleri ve birbirleriyle ilişkileri (korelasyon analizi) incelendi. Son olarak, ortalamaları karşılaştırmak için iki grup için bağımsız t testi (veriler normal dağıldığında) ve mann whitney U testi (veriler normal dağılmadığında), üç grup ve üzeri için parametrik olduğunda tek yönlü varyans analizi (ANOVA) farklılığı belirlemek için Tukey çoklu karşılaştırma testi kullanılmıştır. Veriler normal dağılmadığında ise Kruskal - Wallis ile incelenmiştir.

#### 3.1. Demografik ve Kişisel Öykü Özellikleri

Tablo 1.1. Demografik bilgilere yönelik betimsel istatistikleri göstermektedir. Doksan-iki katılımcının ortalama yaşı 34.14 (SS = 11,01, aralık 16–55) dır. 16-25 yaş arası 23 kişi (%25), 26-35;31 kişi (%33.7), 36-45; 18 kişi (%19.6), 45-55; 20 kişidir. Kişilerin 72'si (%78.3) kadın iken, 20'si (%21.7) erkektir. Altı kişi (%6.5) okur-yazar değil, 23 kişi ilkokul (%25), 12'si (%41.6) ortaokul, 30'u (%32.6) lise, 15'i (16.3) üniversite, 6 kişi ise (6.5) yüksek lisans eğitimi almıştır. Araştırmaya katılanlardan 57'si (%34.8) evli, 32'si (%34.8) bekâr, 3'ü (%3.3) ayrılmış ya da eşini kaybetmiş olduklarını bildirmişlerdir. Yirmi-dokuz (%31.5) kadın ev hanımı, 17'si (% 18.5) işçi, 5'i (%5.4) memur, 2'si (%2.2) serbest meslek, 39'u (%42.4) ise başka mesleklerle uğraşmaktadır. Elli-bir kişi (%55.4), çalışırken, 41 kişi (%44.6) çalışmamaktadır. Otuz-dört (%37.0) katılımcı daha önce psikolojik ya da psikiyatrik tedavi almıştır. 58 kişi (%63.0) tedavi almadığını bildirmiştir. Elli-sekiz katılımcı (%63.0), daha önce depresyon geçirmediğini, 33'ü ise (%35.9) geçirdiğini söylemiştir, bir tane de kayıp veri vardır.

**Tablo 1. 1. Demografik Bilgilere Yönelik Betimsel İstatistik**

<b>Değişken</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	72	78.3
Erkek	20	21.7
Toplam	92	100
<b>Yaş</b>		
16-25	23	25.0
26-35	31	33.7
36-45	18	19.6
45-55	20	21.7
Toplam	92	100
<b>Medeni Durum</b>		
Evli	57	62.0
Bekâr	32	34.8
Dul / Boşanmış	3	3.3
Toplam	92	100
<b>Eğitim Durumu</b>		
Okur – yazar değil	6	6.5
İlkokul	23	25.0
Ortaokul	12	13.0
Lise	30	32.6
Üniversite	15	16.3
Yüksek Lisans	6	6.5
Toplam	92	100

### 3.2. Baş Ağrısı Özellikleri

Seksen-bir kişi (%88.0) ağrısının olduğunu kaydederken, 11 kişi (%12.0) ağrısının olmadığını söylemiştir. Katılımcılardan 47'si (%51.1) Gerilim tipi baş ağrısı, 31'i (%33,7) Migren tanısı aldığını, 3 (%3.2) kişi de her iki tanıyı birden aldığını bildirmiştir. Katılımcılardan 0-3 ay arası ağrısı olan 18 kişi (%19.6), 3-6 ay ağrısı olan 11 kişi (%12.0), 6 ay – 1 yıl; 7 kişi (%7.6), 1 yıl ve üzeri ise; 46 (%50) kişi olduğu bulunmuştur. 0-3 ay arası ilaç kullanan 9 kişi (%9.8), 3-6 ay arası 7 (%7.6), 6 ay – 1 yıl; 3 kişi (%3.6), 1 yıl ve üzeri ilaç kullanan ise 12 (%13.0) kişi vardır. Araştırmaya katılan kişilerden yalnızca 31'i (%33.7) ilaç kullanmaktadır. Katılımcıların yarısına yakını ise bir yıla yakın bir süredir ağrı hissetmektedir.

#### 3.2.1. Baş Ağrısı İle İlişkili Faktörler

Yaş ile baş ağrısı arasında zayıf ve anlamlı bir ilişki görülmüştür (Pearson rho =.21,  $p < .05$ ). Ortalamalar sırasıyla; 2.38 (SS = 1.08), 1.11 (SS = 0.32). Varyans analizi ile ortalamalar arası karşılaştırma yapılmış ve tukey testi ile farklar belirlenmiştir. Ortalamalar arasında bir fark yoktur. F:1.75,  $p = 0.16$ , ortalamalar; 1.04 (SS = 0.20), 1.06 (SS = 0.24), 1.22 (SS = 0.42), 1.20 (SS = 0.41). İstatistiksel olarak anlamlı bir fark olmasa da 36-45 yaş arası kişilerde (n:18) daha yüksek ağrı düzeyi bulunmuştur.

Çalışma durumu ile baş ağrısı arasında istatistiksel olarak küçük kuvvette de olsa anlamlı bir ilişki vardır. (Pearson rho =.27,  $p < .05$ ). Ortalamalar; 1.44 (SS = 0.49), 2.58 (SS = 1.50). Cinsiyet ile baş ağrısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Pearson rho =.04,  $p = .64$ ). Ortalamalar sırasıyla; 1.21 (SS = 0.41), 2.58 (SS = 1.50). Medeni durum ile baş ağrısı arasında korelasyon yoktur (Pearson rho =-0.34,  $p = .75$ ). Meslek ile baş ağrısı arasında anlamlı bir ilişki yoktur (Pearson rho =.24,  $p = .81$ ). Baş ağrısı ile ilaç kullanım süresi arasında bir ilişki yoktur (Pearson rho =.20,  $p = .19$ ). Baş ağrısı ilaç kullanım süresi ile baş ağrısı süresi arasında istatistiksel olarak orta düzey bir anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir (Spearman rho =.45,  $p = .26$ ).

Baş ağrısı ilaç kullanım süresi ile baş ağrısı süresi arasındaki ilişki normal dağılmadığı için (sırasıyla skewness: -.966, -.040, shapiro – wilk:  $p : 0.00$ ) Kruskal Wallis testi yapılarak, ortalamaları arasındaki farkın olup olmadığı belirlenmiştir.

Baş ağrısı ilaç kullanım süresi ile baş ağrısı süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ( $\chi^2(1)$ : 1.245;  $p = 0.26$ ;  $p < 0.05$ ). Baş ağrısı süresi ile anksiyete belirti şiddeti (shapiro – wilk:  $p : .146$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık (Anova testi ile) bulunamamıştır.  $F$ :.57, sırasıyla ortalamalar: .21, .36,  $p = .63$ . Baş ağrısı ilaç kullanım süresi ile ağrı şiddeti ile orta düzey bir anlamlı bir ilişki bulunmuştur. (Pearson rho =.44  $p < .05$ ). Baş ağrısı tipi ile (Migren, Gerilim tipi baş ağrısı), ilaç kullanım süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ( $U$ :77,  $Z$ :-1.24,  $p$ :0.21). Migren ve gerilim tipi baş ağrısı tanısı almak ile anksiyete belirti şiddeti arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. ( $t = -.73$ ,  $sd = 76$ ,  $p = .46$ ). İstatistiksel olarak anlamlı olmasa da gerilim tipi baş ağrısı olanlarda (ortalama; 1.61,  $SS = 0.59$ ), anksiyete düzeyi daha fazladır. Baş ağrısı olanlar ile depresyon geçmişi olanlar arasında anlamlı bir ilişki yoktur (Pearson rho: .13,  $p$ :.18).

### 3.2.2. Ağrı Şiddeti Özellikleri

Wong-baker ağrı skalasına 91 (%98.1) katılımcı yanıt vermiştir, 1 tane (%1.1) kayıp veri vardır. Ağrı şiddeti ortalaması 2.5 ( $SS = 1.5$ , aralık 0-5) dir. Skewness değeri ise -.032'dir. Tablo 2.1. Wong-baker ağrı skalası hakkında bilgi vermektedir. Tablo kişilerin hissettiği ağrı şiddetini göstermektedir. Katılımcılar en fazla “**çok hafif ağrı**”, “**biraz şiddetli ağrı**” ve “**şiddetli ağrı**” itemleri işaretlemiştir.

**Tablo 2. 1. Wong-baker Ağrı Skalası (n:91)**

Ağrı Şiddeti	N	(%)
Ağrı Yok	7	7.7
Çok Hafif Ağrı	21	23.1
Hafif Ağrı	14	15.4
Biraz Şiddetli Ağrı	20	22.0
Şiddetli Ağrı	19	20.9
Çok Şiddetli Ağrı	10	11.0

$0 =$  Ağrı yok,  $5 =$  Çok şiddetli

Daha önce psikolojik ya da psikiyatrik yardım alanlar ile ağrı şiddeti arasında anlamlı bir ilişki yoktur (Spearman rho: -.94,  $p$ :0.37). Ağrı şiddeti ile depresyon

öyküsü arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamadı (Spearman rho: -.09, p :.39).

### 3.3. Baş Dönmesi Özellikleri

Elli kişi (%54.3) baş dönmesinin olduğunu söylerken, 42 kişi (%45.7) olmadığını söylemiştir. Otuz-sekiz kişi (%41.3) baş dönmesi tanısı aldığını bildirmiştir. Dokuz kişi (%9.8) kulak kaynaklı baş dönmesinin olduğunu, 12 kişi (%13.0) beyin kaynaklı, 17'si ise (%18.5) psikoloji kaynaklı olduğunu bildirmiştir.

Katılımcılardan 0-3 ay arası baş dönmesi olan 16 kişi (%17.4), 3-6 ay ağrısı olan 5 kişi (%5.4), 6 ay – 1 yıl; 8 kişi (%8.7), 1 yıl ve üzeri ise; 23 (%25.0) kişi olduğu bulunmuştur. 0-3 ay arası ilaç kullanan 4 kişi (%4.3), 3-6 ay arası 5 (%5.4), 6 ay – 1 yıl; 3 kişi (%3.3), 1 yıl ve üzeri ilaç kullanan ise 17 (%18.5) kişi vardır. Katılımcıların yarısından fazlasının 1 yıl ya da uzun süredir baş dönmesi şikâyetleri vardır. Baş ağrısında olduğu gibi, baş dönmesi olanların yarısına yakını bir yıl ve üzeri ilaç kullandığını söylemiştir.

#### 3.3.1. Baş Dönmesi İle İlişkili Faktörler

Yaş ile baş dönmesi arasında istatistiksel olarak anlamlı yönde bir ilişki görülmemiştir. Sırasıyla ortalamalar; 1.68 (SS = 0.48), 1.46 (SS = 0.58), 1.53 (SS = 0.72), 1.37 (SS = 0.70), 1.51 (SS = 0.61), (Pearson rho =-.12, p < .05). İstatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmasa da 16-25 yaş arası (1.68, SS: 0.48) kişilerde baş dönmesi daha yüksektir. Çalışma durumu ile baş dönmesi arasında anlamlı bir korelasyon yoktur (Pearson rho =.01, p < .05). Cinsiyet ile baş dönmesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Ortalamalar sırasıyla 1.53 (SS = 0.59), 1.43 (SS: 0.69), (Pearson rho =.09, p < .05). İstatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmasa da kadınlar (ort.1.53) erkeklere göre daha fazla baş dönmesi belirtisi hissetmektedir. Medeni durum ile baş dönmesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur (Pearson rho =-0.5, p < .05). Ortalamalar sırasıyla, 1.45 (SS = 0.60), 1.54 (SS = 0.64), 1.47 (0.32). İstatistiksel olarak anlamlı bulunmasa da evli kişiler daha çok baş dönmesi belirtisi bildirmektedir.



Meslek ile baş ağrısı arasında anlamlı bir ilişki yoktur (Pearson rho =.04,  $p < .05$ ). Ortalamalar sırasıyla; 1.54 (SS = 0.71), 0.88 (SS = 0.23), 1.74 (SS = 0.60), 1.78 (SS = 0.30), 1.40 (SS = 0.56). Baş dönmesi ilaç kullanım süresi ile baş dönmesi süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir (Pearson rho =.46  $p < .05$ ). Sırasıyla ortalama; 2.73 (SS = 1.31), 2.52 (SS = 1.17). Baş dönmesi süresi ile anksiyete belirti şiddeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. F:1.78, sırasıyla baş dönmesi süresi ortalamaları:1.62, 2.05, 1.55, 1.37,  $p = .16 > .05$ .

Psikolojik yardım alanlar ile baş dönmesi şikayeti olanlar arasında küçük kuvvette bir korelasyon bulunmaktadır (Pearson rho: .25,  $p > 0.05$ ). Psikolojik tedavi alanlar ile baş dönmesi yaşayanlar arasında anlamlı bir farklılık vardır (ortalamalar; 1.63 (SS = 0.48), 1.45 (SS = 0.50), U:732.0, Z:-2.38,  $p:0.01$  ). Elli-sekiz kişi daha önce psikolojik yardım almadığını söylemiştir, psikolojik yardım alan 34 kişi vardır. Buna göre daha önce psikolojik tedavi almayanlarda baş dönmesi şikâyetleri daha yüksektir. Daha önce depresyon geçirenler ile baş dönmesi arasında istatistiksel olarak anlamlı ve zayıf düzeyde bir ilişki vardır (Pearson rho: .28,  $p > 0.01$ ). Daha önce baş dönmesi şikâyetleri olanlar ile depresyon geçirmiş olanlar arasında anlamlı bir farklılık vardır (ortalamalar 1.45 (SS = 0.50), 1.63 (SS = 0.48), U:673.5, Z:-2.71,  $p:0.00$ ). Daha önce depresyonu olmayanlarda baş dönmesi şikâyetleri daha fazladır

### **3.4. Anksiyete ve Depresyon Belirtileri**

Bu bölümde Hastane anksiyete ve depresyon ölçeğinin; 7 sorudan oluşan anksiyete ve yine 7 sorudan oluşan depresyon ortalamaları ve eğiklik değerlerine yer verilecektir.

#### **3.4.1. Anksiyete Belirtileri**

Katılımcıların ortalama anksiyete puanları 1.51 (SS=0.61, aralık 0.29–3.00) dir. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeğinin Anksiyete alt testinin toplam puan ortalaması 10.21 (SS = 4.72, aralık 1- 21). Kırk-dokuz kişinin (% 53), ölçek puanı 10 ve üzeridir. Bir kişi en yüksek puan olarak 20 almıştır.

Kırk-üç kişi (% 46.7) kendisini bazen gergin ve patlayacak gibi hissettiğini, 24'ü (% 26.1) çoğu zaman, 17'si (% 18.5) birçok zaman, 8'i ise (% 8.7) hiçbir

zaman böyle hissetmediğini işaretlemiştir. Kırk katılımcı (% 43.5) çok şiddetli olmayacak şekilde sanki kötü bir şeyler olacakmış gibi korkuya kapıldığını, 22'si (% 23.9), biraz ama endişe etmediğini, 19'u (% 20.7) oldukça şiddetli olduğunu, 11'i (% 12.0) ise öyle olmadığını söylemiştir. Kırk kişi (% 43.5) çok sık olmamakla birlikte aklından endişe verice düşünce geçtiğini söylerken, 21'i birçok zaman (%22.8), 16'sı (%17.4) çoğu zaman, 15'i (%16.3) ise yalnızca bazen böyle düşündüğünü bildirmiştir. Tablo 3.1. Anksiyete sorularının dağılımları ve eğikliği hakkında bilgi vermektedir. Katılımcılar en fazla “Sanki kötü bir şeyler olacakmış gibi korkuya kapılıyorum.” itemini işaretlemiştir (Ort.:1.48, SS: 0.92). En az ise, “Sanki içim pır pır ediyormuş gibi tedirginliğe kapılıyorum” (Ort.: 1.23, SS: 0.83) seçeneğini işaretlemiştir.

**Tablo 3. 1. Anksiyete Soruları (n:92)**

	Ortalama (SS)	Skewness
Kendimi gergin patlayacak gibi hissediyorum	1.61 (0.97)	0.24
Sanki kötü bir şeyler olacakmış gibi korkuya kapılıyorum	1.72 (0.92)	0.35
Aklımdan endişe verici düşünceler geçiyor	1.41 (0.96)	0.29
Rahat rahat oturabiliyorum ve kendimi gevşek hissediyorum	1.68 (0.82)	0.31
Sanki içim pır pır ediyormuş gibi tedirginliğe kapılıyorum	1.23 (0.83)	0.73
Kendimi sanki hep bir şey yapmak zorundaymışım gibi huzursuz hissediyorum	1.43 (1.10)	0.05
Aniden panik duygusuna kapılıyorum	1.48 (0.94)	0.07

Kırk-beş (%48.9) kişi sık olmayacak şekilde rahat rahat oturabildiğini ve kendini gevşek hissettiğini, 26'sı (%28.3) genellikle, 13'ü (%14.1) hiçbir zaman, 8'i (%8.7) ise kesinlikle seçeneğini işaretlemiştir. Elli-dört kişi (%58.7) bazen sanki içinin pır pır ettiğini ve tedirginliğe kapıldığını söylemiş, 14'ü (%15.2) oldukça sık, bazen, 13'ü (%14.1) hiçbir zaman, 10'u (%10.9) ise çok sık olarak belirtmiştir. Otuz-bir kişi (%33.7) oldukça fazla kendisini hep bir şey yapmak zorundaymış gibi huzursuz hissediyorken, 26'sı (%28.3) hiç böyle olmadığını, 17'si (%18.5) gerçekten de çok fazla böyle hissettiğini, 16'sı (%17.4) çok fazla böyle hissettiğini söylemiştir. Otuz-dört kişi (%37.4) çok sık olmayan, aniden panik duygusuna kapıldığını, 29'u (%31.5) oldukça sık, 15'i (%16.3) gerçekten de çok sık olduğunu,

14'ü ise (%15.2) hiçbir zaman öyle hissetmediğini bildirmiştir. Anksiyete belirtileri şiddeti ile Depresyon belirti şiddeti arasında orta düzey anlamlı bir ilişki görülmüştür (Pearson rho =.42,  $p < .05$ ). Daha önce psikolojik ya da psikiyatrik yardım alanlar ile anksiyete ortalaması arasında ters yönde ve zayıf kuvvette bir ilişki vardır (Pearson rho: -.22,  $p > .05$ ). Psikolojik tedavi alanlar ile anksiyete ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (sırasıyla ortalamalar;10.6 (SS = 4.6), 9.94 (SS = 4.76),  $t:0.71$ ,  $p:0.95$ ).

### 3.4.2. Depresif Belirtiler

Doksan-iki katılımcının ortalama depresyon puanı 1.21 (SS = 0.51, aralık 0.14–2.57) dir. Yanıtlar pozitif yönde eğik dağılım göstermiştir. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeğinin Depresyon alt testinin toplam puan ortalaması 8.9 (SS = 4.2, aralık 1- 18). Altmış-bir kişinin (% 67), ölçek puanı 7 ve üzeridir. En yüksek puanı iki kişi 18 olarak almıştır. Kırk-altı (%50) eskiden zevk aldığı şeylerden pek eskisi kadar zevk almadığını, 19'u (%20.7) aynı eskisi gibi olduğunu, 16'sı (%17.4) yalnızca biraz eskisi kadar olduğunu ve 11 (%12.0) kişi ise neredeyse hiç eskisi kadar zevk almadığını söylemiştir. Gülebiliyorum ve olayların komik taraflarını görebiliyorum soru maddesini; 38 katılımcı (%41.3) şimdi pek o kadar değil, 37'si (%40.2), 8'i (%8.7) şimdi kesinlikle o kadar değil, 8'i (%8.7) ise artık hiç değil olarak yanıtlamıştır.

Kırk-üç kişi (%46.7) bazen kendisini endişeli hissediyorken, 21'i (%22.8) çoğu zaman, 18'i (%19.6), sık hissetmemekte, 10'u (%10.9) ise çoğu zaman hissetmektedir. Tablo 4.1. Depresyon ortalamaları hakkında bilgi vermektedir. En fazla “Kendimi sanki durgunlaşmış gibi hissediyorum” yanıtı işaretlenirken (Ort.:1.51, SS:0.95), en az “Gülebiliyorum ve olayların komik tarafını görebiliyorum” itemi işaretlenmiştir.

**Tablo 4.1. Depresyon Soruları (n:92)**

	Ortalama (SS)	Skewness
Eskiden zevk aldığım şeylerden hala zevk alıyorum	1.20 (0.90)	0.56
Gülebiliyorum ve olayların komik taraflarını görebiliyorum	0.85 (0.91)	1.00
Kendimi endişeli hissediyorum	1.18 (0.91)	0.50
Kendimi sanki durgunlaşmış gibi hissediyorum	1.51 (0.95)	0.20
Dış görünüşüme ilgimi kaybettim	1.17 (1.07)	0.40
Olacakları zevkle bekliyorum	1.30 (1.10)	0.31
İyi bir kitap, televizyon ya da radyo programından zevk alabiliyorum	1.26 (1.10)	0.40

Otuz-dokuz kişi (%42.4) bazen kendisini durgunlaşmış hissettiğini, 23'ü (%25.0) çok sık, 18'i (%19.6) hemen hemen her zaman hissettiğini, 12'si (%13.0) ise hiçbir zaman hissetmediğini bildirmiştir. Dış görünüşüme ilgimi kaybettim sorusuna, 32 (%34.8) kişi her zamanki kadar özen gösteriyorum, 26'sı (%28.3) pek o kadar özen göstermiyorum, 20'si (%21.7) gerektiği kadar özen göstermiyorum, 14'ü (%15.2) kesinlikle ilgimi kaybettim olarak yanıtlamıştır. Yirmi-dokuz katılımcı (%31.5) her zamankinden biraz daha az olayları zevkle beklediğini, 27'si (%29.3) her zaman olduğu kadar, 19'u (%20.7) hemen hemen hiç zevkle beklemediğini, 17'si ise (%18.5) her zamankinden kesinlikle daha az zevkle beklediğini söylemiştir.

İyi bir kitap, televizyon ya da radyo programından zevk alabiliyorum soru maddesine; 31 katılımcı (%33.7) bazen, 28'i (%30.4) sıklıkla, 19'u (%20.7) çok seyrek, 14'ü (%15.2) ise pek sık değil seçeneğini işaretlemiştir. Depresif belirti şiddeti ile ağrı şiddeti arasındaki ilişkiyi incelemek için Pearson korelasyon kat sayısı hesaplanmıştır. Depresif belirti şiddeti ile ağrı şiddeti arasında küçük kuvvette negatif yönde korelasyon vardır. (Pearson rho =.26, p <0.05). Depresif belirti şiddeti ile anksiyete belirti şiddeti arasında orta düzey anlamlı ilişki bulunmuştur (Pearson rho =.47, p <0.05). Ağrı şiddeti ile depresyon toplam puanı arasında zayıf düzey ilişki vardır (Pearson rho:.31, p < .01).

### 3.5. Baş ağrısı ve Anksiyete İlişkisi

Anksiyete belirtileri ile ağrı şiddeti arasında istatistiksel olarak orta düzey anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir (Pearson rho = .49, p < .01). Ortalamalar sırasıyla; 1.51 (SS = 0.61), 2.58 (SS = 1.50). Ortalamaları arasındaki farkı belirlemek için

varyans analizi (ANOVA) yapılmıştır. Bu farklılığın hangi ağrı şiddeti yanıtları arasında olduğunu belirlemek için Tukey çoklu karşılaştırma testi kullanılmıştır. Tablo 3.2. Anksiyete'nin baş ağrısı ile ilişkisini içermektedir.

Ağrı yok (Ort: 1.45, SS = 0.89) itemini işaretleyenlerle çok şiddetli ağrı var (Ort: 1.45, SS = 0.89) diyenlerin, çok hafif ağrı var (Ort:1.21, SS = 0.48) diyenlerle şiddetli ağrı var (Ort: 1.90, SS = 0.48) diyenlerin anksiyete düzeyleri farklı bulunmuştur. Çok hafif ağrı var (Ort:1.21, SS = 0.48) ile çok şiddetli ağrı var (Ort:2.22, SS = 0.53) diyenlerin, biraz şiddetli ağrı var (Ort:1.44, SS = 0.42) ile çok şiddetli ağrı var (Ort:2.22, SS = 0.53) diyenlerin anksiyete şiddetleri arasında farklılık tespit edilmiştir.

**Tablo 3.2. Anksiyetenin Baş ağrısı ile İlişkisini Gösteren Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları**

Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması	F	p	Anlamlı Fark
Gruplar arası	12.6	5	2.5	9.7	0.00	0-5, 1-4, 1-5,
Gruplar içi	22.0	85	0.2			2-4, 2-5, 3-5,
Toplam	34.6	90				

Anksiyete ortalaması arttıkça ağrı şiddetinin de doğru orantılı olarak arttığı tespit edilmiştir. Sırasıyla “**hafif ağrı**” (Ort:1.09, SS = 0.39) “**çok hafif ağrı**” (Ort:1.21, SS = 0.48) ve “**ağrı yok**” (Ort:1.45, SS = 0,89) yanıtlarını verenlerde anksiyete ortalaması daha düşük olarak bulunmuştur. En yüksek anksiyete puanı “**çok şiddetli ağrı hissediyorum**” (Ort. 2.22, SS = 0.53) diyenlerde ve sonra, “**şiddetli ağrı hissediyorum**” (Ort. 1.90, SS = 0.48) diyenlerdedir. “Ağrı yok” (Ort: 1.45, SS = 0.89) diyenlerde “hafif ağrı var” (Ort:1.09, SS = 0.39) diyenlere göre daha fazla anksiyete puanı olduğu görülmüştür. Bu durum diğer değişkenlerle ilgili olabilir (anksiyete bozukluğu varlığı vb.).

Ağrı şiddeti ile cinsiyet arasında anlamlı bir farklılık bulunamamışsa da (ort. = 2.70, 2.15, t = 1.46, p = 0.47), kadınlarda (Ort.:2.70, SS = 1.44) şiddeti erkeklerden (Ort.:2.30, SS=1.59) daha fazladır. Anksiyete ile ağrı için ilaç kullanım süresi arasında farklılık yoktur (F: 0.57, ortalama:1.55, 1.57, 2.0, 1.77, p = 0.63). Anlamlı

farklılık olmasa da 6 ay ile 1 yıldır ilaç kullananlarda anksiyete risk düzeyi daha yüksek bulunmuştur.

Ağrı şiddeti ile anksiyete toplam puanı arasında istatistiksel olarak orta düzey anlamlıdır (Pearson rho: .49,  $p < .01$ ). Tablo 3.3. Ağrı şiddeti ile anksiyete toplamı arasındaki ilişki gösterilmektedir. Ağrı şiddeti ile anksiyete toplam puan arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. (F: 9,89, ortalamalar sırasıyla; 9.3 (SS =5.4), 8.3 (SS = 4.16), 5.8 (SS = 3.34), 10.4 (SS = 3.2), 12.9 (SS = 3.9), 15.3 (SS = 3.9),  $p = 0.00$ ). Buna göre biraz şiddetli, şiddetli ve çok şiddetli ağrısı olan kişilerde anlamlı düzey anksiyete belirtileri göstermektedir. En yüksek ağrısı olan kişiler yine en yüksek anksiyete toplam puanı olan kişilerdir.

**Tablo 3.3. Anksiyete Toplamı ile Ağrı Şiddeti arasındaki ilişki**

n	Ağrı Şiddeti	Anksiyete Toplam Puan Ortalaması	SS
6	0 (Ağrı yok)	9.3	5.4
21	1 (Çok Hafif Ağrı)	8.3	4.1
14	2 (Hafif Ağrı)	5.8	3.3
21	3 (Biraz Şiddetli Ağrı)	10.4	3.2
19	4 (Şiddetli Ağrı)	12.9	3.9
10	5 (Çok Şiddetli Ağrı)	15.3	3.9

### 3.6. Baş Dönmesi ve Anksiyete İlişkisi

Baş dönmesi ile anksiyete belirtileri şiddeti arasındaki ilişki korelasyon analizi ile incelenmiştir. Baş dönmesi toplam puanı ve Hastane Anksiyete Ölçeği toplam puanları normal dağılım göstermedikleri için Spearman's korelasyon katsayısı hesaplanmıştır. Baş dönmesi ile anksiyete belirtileri şiddeti arasında anlamlı bir ilişki yoktur (Spearman rho = -.87,  $p=0.41$ ). Aynı şekilde baş dönmesinin toplam puanı ve Hastane Depresyon Ölçeği toplam puanları normal dağılım gösterdikleri için Pearson korelasyonu ile çalışılmıştır.

Baş dönmesi ile depresif belirti şiddeti arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Spearman rho = -.17,  $p<.05$ ). Ortalamalar sırasıyla; 1.45 (SS = 0.50),

1.21 (SS = 0.51). Baş dönmesi şikâyetleri ile anksiyete belirtileri şiddeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki görülmemiştir (Spearman rho = -.10, p < .01). Ortalamalar sırasıyla; 1.45 (SS = 0.50), 1.51 (SS = 0.61). Baş dönmesi ile ağrı şiddeti arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon bulunamamıştır (Pearson rho = .14, p < .01). Ortalamalar sırasıyla; 1.45 (SS = 0.50), 2.58 (SS = 1.50).

Eğitim durumu ile baş dönmesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. F(1.18), SS = 1, 21, ortalama sırasıyla: 1.16, 1.47, 1.25, 1.53, 1.46, 1.66, p = 0.32 > 0.05. Medeni durum ile baş dönmesi puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark yoktur, F(0.38), SS = 4, 87, ortalama:1.40, 1.49, 1.33, p = 0.92 > 0.05.

**Tablo 5.1. Baş dönmesi ve Cinsiyet arasındaki ilişki**

Grup		N	Ortalama	Toplam	U	Z	p
Baş dönmesi	Kadın	72	45.3	3262.0	634	-.94	0.34
	Erkek	20	50.8	1016.0			

Tabloda 5.1. baş dönmesi ile cinsiyet arasındaki ilişki Mann – whitney U testiyle incelenmiştir, p:0,34 olduğu için p<0.05 kuralını karşılamadığından cinsiyet ile baş dönmesi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.

Baş dönmesi süresi ile anksiyete belirti şiddeti arasında anlamlı bir farklılık yoktur. F:1.78, sırasıyla ortalamalar: 1.6, 2.05, 1.55, 1.37, p =.16 > .05. Baş dönmesi ilaç kullanım süresi ile anksiyete belirti şiddeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. F:.58 sırasıyla ortalamalar: 1.6, 1.83, 1.09, 1.59, p=.63 > .05. Baş dönmesi hastalık tipi ile anksiyete belirti şiddeti arasında istatistiksel olarak anlamlı fark (normal dağılmadığı için kruskal – Wallis testi ile) bulunmuştur ( $\chi^2$ :2, 5.819, p:0.05). Psikojen baş dönmesi olanların anksiyete şiddetleri, kulak ve beyin kaynaklı baş dönmesi olanlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur, ortalama: 23.68. Beyin kaynaklı baş dönmesi olanların ise kulak kaynaklı baş dönmesi olanlara göre anksiyete belirti şiddeti daha yüksek bulunmuştur. Sırasıyla ortalamalar, 18.62, 12.78. Baş dönmesi ile anksiyete belirti şiddeti arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır F: 1.01, ortalamalar: 1.56, 1.45, p = 0.31. İstatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamasa da başı dönenlerde anksiyete ortalaması daha yüksektir.

Baş dönmesi ilaç kullanım süresi ile anksiyete belirti şiddeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur ( $F:0.58$ , ortalamalar; 1.60, 1.83, 1.09, 1.59,  $p = 0.63$ ). Anlamlı bir farklılık yoksa da 3-6 ay arası ilaç kullananlarda (ortalama; 1.83,  $SS = 0.76$ ) anksiyete gösterme eğilimi daha fazladır. Baş dönmesi ile anksiyete toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur (Pearson rho:  $-0.15$ ,  $p: .13$ ). Baş dönmesi ve anksiyete toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoksa da (ortalama, 10.9 ( $SS = 4.5$ ), 9.4 ( $SS = 4.8$ ),  $t:1.5$ ,  $p:.13$ ), baş dönmesi olanlarda anksiyete belirti düzeyi daha yüksek bulunmuştur. Baş dönmesi ile depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Pearson rho: $-0.13$ ,  $p :.20$ ).



### 3.TARTIŞMA

Bu araştırma baş ağrısı ve baş dönmesi şikâyetleriyle nöroloji polikliniğine başvuran hastaların anksiyete risk düzeylerini incelemek için yapıldı. Çalışmaya, İstanbul Bağcılar Medilife Hastanesi'nin Nöroloji Polikliniğine başvuran 16-55 yaş arası araştırmayı kabul eden 92 kişi katıldı. Katılımcıların 72'si kadın, 20'si erkektir. Doksan-iki katılımcının ortalama yaşı 34.14. Katılımcılardan 57'si evli, 32'si bekâr, 3'ü ise ayrılmış ya da eşi vefat etmiş. Çalışmada Kişisel Bilgi Formu, Wong – Baker Ağrı Skalası, Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği olmak üzere üç veri toplama aracı kullanıldı.

Seksen-bir kişinin ağrısı var. Bu kişilerden 10'unun ağrısı ise çok şiddetli. Katılımcıların yaklaşık dörtte birinin ise çok hafif ağrısı var. Katılımcıların 47'sinin Gerilim tipi baş ağrısı (GTB), 31'inin Migren, 3 tanesinin ise her iki tip baş ağrısı tanısı var. Jensen ve Stovner tarafından 2008 yılında baş ağrısının epidemiyolojisi üzerine yapılan bir çalışmada migren için %10, gerilim tipi baş ağrısı için %38, ayda 15 günden fazla süren kronik baş ağrısı için %3 olarak belirlenmiş. Jensen'in ve Stovner'ın yaptıkları çalışma ile bu çalışmanın, Gerilim tipi baş ağrısının, Migrene göre daha yaygın olduğu bulgusu benzer. Bu çalışmada Jensen ve Stovner'in çalışmasından farklı olarak kronik baş ağrısının sıklığını daha yüksek.

Yaş ve baş ağrısı arasında zayıf olsa da bir ilişki söz konusudur ve yaş risk faktörü olarak yordanabilir. Özellikle 36-45 yaş arası kişilerde risk daha yüksektir. Literatür ile bu araştırma arasında benzer bulgular var. Siva (2002) ülkemizde ve yurt dışında yapılan epidemiyoloji çalışmalarını derlediği makalesinde 15-55 yaş arası migren prevalansının %16.4 olarak bulunmuş. Ülkemizde ise migrenin en sık 30-39 yaş arası kişilerde görüldüğü saptanmış. Epidemiyoloji üzerine yapılan bir başka derlemede GTB'nin 20-50 yaş arasında sık görüldüğü ve özellikle 30-40 yaşlarında daha sık olduğu aktarılmış (Akt. Karadaş, 2013).

Bu çalışmada ağrı şiddeti ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamamışsa da, ortalamalara bakıldığında kadınlarda ağrı şiddeti (Ort.:2.70, SS = 1.44) erkeklerden (Ort.:2.30, SS=1.59) daha yüksek. Bu bulgu hipotez 5'i (Kadınlarda erkeklere göre ağrı şiddeti daha yüksektir.) doğrular. Yapılan çalışmalar bu bulgumuzu ve hipotezimizi destekler nitelikte. Juang ve arkadaşları (2000) araştırma bulgularına göre anksiyetenin kadın grubunda daha sık olduğunu söylemiştir. İran'da yapılan bir çalışmada primer baş ağrısının kadınlarda ve genç yaş grubunda daha çok olduğu söylenmiş (Bahrami, 2012). Bir epidemiyoloji çalışmasında ise, migren prevalansının kadınlarda yaygınlığı %21.8, erkeklerde ise % 10.9 olduğu aktarılmış (Akt. Karadaş, 2013).

Medeni durum, eğitim düzeyi, çalışma durumu, meslek ile baş ağrısı arasında ilişki yok. Bu sonuç seçilen örneklem yapısı (sosyo-ekonomik, sosyo-kültürel faktörler vb.) katılımcı sayısının dağılımı (kadınlar 72, erkekler 20), var olan psikolojik tablo ile açıklanabilir.

Araştırmaya katılan tüm baş ağrısı grubunun (n=81), 31'i ilaç kullanıyor. Bu kişilerin yarısına yakını ise 1 yıl ve üzeri bir süredir ilaç kullanıyor. Çin'de yapılan bir çalışmada, 399 gerilim baş ağrısı tanısı almış kişinin akut tedavi için %41.4'ü analjezik kullandığını bunlardan %13.3'ü aşırı ilaç kullandığı saptanmış (Li, 2012). Li'nin çalışmasında da yüksek ilaç kullanımı var, bu çalışmadan farklılığı ise akut dönemde daha yoğun ilaç kullanıldığıdır. Bu çalışmada baş ağrısı ilaç kullanım süresi ile baş ağrısı süresi arasında ilişki olduğu söylenmişti. Aynı zamanda baş ağrısı ilaç kullanım süresi ile ağrı şiddeti ile orta düzey anlamlı bir ilişki de olduğu belirtilmişti Li'nin araştırma bulgusu ve bu çalışmadaki bulgular, hastaların yüksek oranda ağrı kesiciye başvurduğunu gösteriyor. Sonuç olarak, akut dönem ilaca sık başvurulması ilacı kullanma oranını arttırmakla kalmayıp ağrı şiddetini arttıracak ve Latimer'in (2013), Katsarava ve Jensen (2007) de söylediği gibi kronik bir tablonun oluşması oldukça kolaylaşacak. Migren ya da gerilim tipi baş ağrısı olmasının ilaç kullanım süresi ile bir ilişkisi yok. Migren tipi baş ağrısı olanların gerilim tipi baş ağrısına göre ağrı süresi daha fazla. Baş ağrısı olanlar ile depresyon geçmişi olanlar arasında anlamlı bir ilişki yok. Ağrı şiddeti ile depresyon öyküsü arasında ilişki yok.

Katılımcıların yarısının ağrı şikâyeti 1 yıl ya da daha uzun sürelidir. Baş ağrısı süresi ile anksiyete arasında anlamlı ilişki yok. Bu bulgumuz hipotez 4'ü (Kısa

sürede baş ağrısı gelişen kişilerde diğerlerine göre anksiyete düzeyi daha şiddetlidir.) desteklemez. Bulgumuzun aksine Ropper ve Robert 2011 yılında kronik anksiyetenin uzamış baş ağrıları şikayeti olanlarda daha çok olduğunu söylemiş. Doksan iki katılımcıdan 50'sinin baş dönmesi var. Bu kişilerden 38'i baş dönmesi tanısı aldığını bildirmiş. Dokuz kişi (%9.8) kulak kaynaklı baş dönmesinin olduğunu, 12 kişi (%13.0) beyin kaynaklı, 17'si ise (%18.5) psikoloji kaynaklı olduğunu söylemiş. Yapılan bir araştırmada, bu çalışmadaki gibi psikojen nedenli baş dönmesinin diğer gruplara göre daha yüksek. Eckhardt ve arkadaşları (2003) baş dönmesi olan 202 katılımcı üzerinde yaptıkları çalışmada, kişilerin %28'inde organik kökenli baş dönmesi, %55.3'ünde psikojen kökenli olduğu, hem psikoloji hem psikiyatrik bozukluğu oranının ise %16.8 olduğunu söylemiş. Baş ağrısında olduğu gibi katılımcılardan yarısından fazlasının 1 yıl ve üzeri bir zamandır baş dönmesi şikâyeti var. Yine katılımcıların yarısına yakını 1 yıl ve üzeri süredir ilaç kullanıyor. Cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, meslek ile baş dönmesi arasında ilişki yok. Yapılan bir çalışmada kadın hastaların vertigo şikayetlerinin (%67.2) erkeklere göre daha yüksek olduğu bulunmuş (Güler,2014). Güler aynı çalışmasında psikojenik kökenli baş dönmesi olanlarda diğer tanı grubuna göre yaşın daha düşük olduğunu (yaş ort.:51.4, aralık:23-92) saptamış.

Katılımcıların ortalama anksiyete belirti şiddeti puanı 1.5'dir. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeğinin Anksiyete alt testinin toplam puan ortalaması 10.21'dir. Anksiyete alt testinin kesme puanı 10'dur. (Aydemir ve ark., 1997). Kırkdokuz kişinin (% 53), ölçek puanı 10 ve 10'un üzerindedir. Bu sonuca göre katılımcıların yarısından fazlasının anksiyete belirti düzeyleri anlamlı. Bir kişi en yüksek puan olarak 20 aldı.

Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeğinin Depresyon alt testinin toplam puan ortalaması 8.9'dur. Altmış-bir kişinin (% 67), ölçek puanı 7 ve 7'nin üzerindedir. En yüksek puan 18'dir (n=2). Wei ve arkadaşlarının 2016 yılında yaptıkları çalışmada bu çalışmadaki gibi depresyon puanları anksiyete puanlarından yüksek bulunmuş. Baş ağrısı olan 749 kişi ile yapılan bu çalışmada 148'inde (%19.7) depresyon, 103'ünde (%13.7) anksiyete, 82 kişide ise (%10.9) baş ağrısı ile birlikte depresyon ve anksiyete komorbiditesi tespit edilmiş. Depresyon ve anksiyete belirtileri olan çoğu kişinin hafif-orta dereceli baş ağrısı olduğu söylenmiş. Bir başka çalışmada da 392 baş ağrısı şikâyeti olan kişide %64 depresyon ve %41 anksiyete

tespit edilmiş. Bu çalışma depresyon ve anksiyete yüzdellik oranlarının yüksekliği açısından da bizim çalışmamıza benzer niteliktedir (Zebenholzer ve ark., 2016).

Anksiyete ile ağrı arasında orta düzey anlamlı bir ilişki var. Bu bulgu hipotez 1'i (Baş ağrısı semptomları olanlar anksiyete belirtileri de gösterirler) destekler. Akça ve arkadaşları (2013) baş ağrısı yaşayanların anksiyeteye daha yatkın olduğunu saptamış. Bu araştırma hipotezimizi ve bulgumuzu destekler. Ağrı şiddeti arttıkça anksiyete şiddeti de artar. "Biraz şiddetli", "şiddetli" ve "çok şiddetli" ağrısı olan kişilerde anksiyete belirti şiddeti daha yüksek. Bu sonuç hipotez 2'yi (Baş ağrısı şiddeti arttıkça anksiyete belirti şiddeti de artmaktadır.) destekler. Yaşar ve arkadaşları 2013 yılında yaptıkları çalışmada migren atak süresi sık olanlarda depresif belirtinin arttığı ve depresif belirti düzeyi arttıkça anksiyete belirtilerinin de arttığı söylemiştir.

Migren ya da gerilim tipi baş ağrısı tanısı almanın anksiyete belirti düzeyi ile ilişkisi yok. Bu sonuç hipotez 3'ü (Gerilim tipi baş ağrısı olan hastalarda, Migren baş ağrısı olanlara göre daha yüksek anksiyete belirtileri vardır.) desteklemez. Bu çalışmada Gerilim tipi baş ağrısı olanlarda (istatistiksel olarak anlamlı olmasa da) Migrenlilere göre anksiyete geliştirme düzeyi daha yüksek. Literatürde bu bulgu ile ilgili farklı sonuçlar söylenmiş. Daha önce yapılmış iki çalışma bulgumuzla benzerdir. Akçan ve arkadaşları (2013), Migren ya da GTB tanısı almanın anksiyete düzeyini etkilemediğini tespit etmiş. Kıvrak ve arkadaşları (2009), GTB ve Migren gruplarının kaygı puanları arasında istatistiksel olarak farklılık tespit etmemiş. Bir başka çalışmada ise Kocabaş ve Çelebi 1997 yılında bizim sonucumuzdan ve hipotezimizden farklı olarak, Migrenli hastalarda GTB'lilere göre depresyon, anksiyete ve nörotik eğilim daha yüksek olarak saptamış. Akyıldız ve arkadaşları (2015) ise daha farklı bir sonuç olarak GTB'nin anksiyete ile daha yüksek ilişkisi olduğunu tespit etmiş. Yaptıkları çalışmada baş ağrısı şikâyetleriyle başvuran kişilerin anksiyete bozukluğu migrenlilerde % 23,3, gerilim tipi baş ağrısı % 37 olarak bulunmuş. Anksiyete belirti şiddeti ile depresif belirti şiddeti arasında istatistiksel olarak orta düzey anlamlı ilişki var. Ağrı şiddeti ile depresyon toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ve zayıf düzey ilişki var. Bu sonuç, hipotez 6'yı destekler (Daha önce depresyon geçirmiş hastalarda baş ağrısı ve anksiyete düzeyi daha yüksektir.) Vonn Korff ve Simon (1996)'un elde ettikleri veri ile bulgumuz benzerlik gösterir. Çalışmada depresif bozuklukların ağrı üzerinde en az

anksiyete kadar etkili olduğunu saptanmış. Depresyon geçmişi olanlarda anksiyete belirtileri daha yüksek.

Psikojen ve beyin kaynaklı baş dönmesi olanlarda kulak kaynaklı olanlara göre daha fazla anksiyete gösterme eğilimi var. Bu sonuç hipotez 8'i (Kulak kaynaklı baş dönmesi olan kişilerde beyin kaynaklı ve psikojen gruba göre daha az anksiyete belirtileri görülür. ) destekler. Eckhardt ve arkadaşlarının 2003 yılında baş dönmesi olan 202 kişi üzerinde yapılan bir çalışmada, hastaların %28'inde organik kökenli baş dönmesi, %55.3'ünde psikojen kökenli olduğu, hem psikoloji hem psikiyatrik bozukluğu oranının ise %16.8 olduğu bulunmuştur. Organik baş dönmesi grubu ile psikolojik ve psikiyatrik baş dönmesi olan grup karşılaştırıldığında, psikiyatri & psikoloji grubunda yüksek anksiyete, depresif şikayetler ve şiddetli somatizasyon bulunmuştur. Bu sonuç bulgumuzu destekler.

Baş dönmesi ile anksiyete belirti şiddeti arasında anlamlı bir farklılık yoktur. İstatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamasa da başı dönenlerde anksiyete ortalaması daha yüksek. Bu sonuç hipotez 7'yi (Baş dönmesi semptomları ile başvuran hastalar anksiyete belirtileri de gösterirler.) destekler. Lahman ve arkadaşları (2015) yaptıkları çalışmada hipotezimizi destekleyen bir sonuç bularak, baş dönmesi şikayeti olan 547 kişi ile yaptıkları bir çalışmada katılımcıların %48'inde anksiyete bozukluğu olduğunu bildirmiş.

Baş dönmesi ilaç kullanım süresi ile anksiyete belirti şiddeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yok Anlamlı bir farklılık bulunmasa da 3-6 aydır baş dönmesine yönelik ilaç kullananlarda anksiyete düzeyi daha yüksek. Bu bulgu hipotez 10'u (Baş dönmesi şikâyetleri ile ilgili 1 yıl ve üzeri ilaç kullananlarda anksiyete düzeyi daha yüksektir.) desteklemez. Literatüre bakıldığında Yüksel'in 2015 yılında 66 migren ve 32 kontrol grubuyla yaptıkları çalışmada baş ağrısı ve baş dönmesi şikâyetleri arttıkça anksiyete ve depresyon puanlarında artış saptanmış.

Otuz-üç kişinin depresyon öykü geçmişi var. Daha önce psikolojik tedavi almayanlarda baş dönmesi şikâyetleri daha yüksek. Daha önce depresyon geçirenler ile baş dönmesi arasında ve zayıf düzeyde bir ilişki var. Depresyon öyküsü olmayanlarda baş dönmesi şikâyetleri daha fazla. Baş dönmesi ile depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yok. Yapılan araştırmalar bu bulgumuzdan farklıdır. Türkyılmaz ve arkadaşları (2013), 20 baş dönmesi olan kişiyle yürüttükleri

araştırmaya göre, katılımcıların %50'sinde depresyon tespit etmiş. Ketola ve arkadaşları (2015), baş dönmesi şikayetleri olan kişilerde psikiyatrik bozukluk prevalansını %68 olarak bulmuş. Bunlardan %19'u depresyon, %12'si anksiyete olarak belirlenmiş.

## 5. SONUÇ VE ÖNERİLER

### 5.1. Sonuç

Bu çalışmada çeşitli risk faktörleri bulundu. Baş ağrısı anksiyete geliştirme açısından risk faktörüdür. Çalışmada ağrı şiddeti arttıkça anksiyete düzeyinin de arttığı bulundu. Bu sonuca göre ağrı düzeyi anksiyete eğilimini artırır. Özellikle 36-45 yaş arası kişilerde baş ağrısı daha yüksek. Kadınlar ağrı şiddeti açısından daha riskli. Ağrı ile anksiyete ilişkisi söz konusu olduğu için bu yaş grubundaki ve cinsiyetindeki kişiler anksiyete açısından risktedir.

Psikojen baş dönmesi ve beyin kaynaklı baş dönmesi olanlar anksiyete geliştirme açısından daha eğilimlidir. Baş ağrısının; ilaç kullanım süresi ve ağrı şiddeti ile orta düzey anlamlı bir ilişki var. Bu sonuca göre baş ağrısı arttıkça ilaç kullanım süresi artmakta ve aynı zamanda anksiyete belirti düzeyi de artar. Altı ay ile bir yıl arası baş ağrısı için ilaç kullananlar anksiyete geliştirmeye daha yatkın. Üç ay ile altı ay arası baş dönmesine yönelik ilaç kullananlarda anksiyete düzeyi daha yüksek. Baş dönmesi belirtisi anksiyete belirtilerinin oluşmasını kolaylaştırır.

Kadınlar baş dönmesi belirtisi hissetme açısından daha riskli gruptur. Gerilim tipi baş ağrısı olanların anksiyete geliştirme açısından daha riskte olduğu yordandır. Depresyon öykü geçmişi olanlarda anksiyete belirti düzeyi daha yüksek. Bu araştırmada daha önce psikolojik tedavi almayanlarda baş dönmesi şikâyetleri daha yüksek (n:58). Bu sonuca göre, psikolojik tedavi almanın ileride oluşabilecek baş dönmesi gibi psikosomatik belirti geliştirme riskinin azalabileceği söylenebilir.

Çalışmanın baş ağrısı, baş dönmesi gibi somatik şikâyetleri olan kişilere sunulan tedavinin kalitesinin artması, toplumun bilinçlendirilmesi için katkı sağlayacağı görüşündeyiz. Yalnızca baş ağrısı, baş dönmesi değil, anksiyete ve depresif belirti risk düzeyleri, risk faktörleri ve prevalans hakkında da bilgi içermesi gerekli önlemlerin alınması açısından katkıda bulunacağını umut ediyoruz.

## 5.2. Öneriler

Medikal durumlara bağılı olarak gelişebilen baş ağrısı ve baş dönmesi semptomları anksiyeteyi arttırabildiği gibi anksiyeteye bağılı gelişen bu belirtiler de organik bir neden olarak algılanıp yanlış teşhis konulabilir ve anksiyetenin kronik bir yapıya bürünmesini kolaylaştırabilir. Kikuchi ve arkadaşları (2015) yaptıkları çalışmada baş ağrısının psikolojik stresle alevlendiğini tespit etmiştir. Baş ağrısı geniş spektrumlu bir belirti olduğu için sebebinin doğru teşhis edilmesi hastalığın kontrol altına alınması, gereksiz yere ilaç kullanılmaması ve kişinin yaşam kalitesinin arttırılması açısından önem taşır. Pompili ve arkadaşları (2009), kısa süreli ilaç (analjezik) müdahalesinin hastanın mental sağlığına iyi geldiğini ancak baş ağrısı nüksünü azaltmadığı ve ciddiyetini önemli ölçüde değiştirmedeğini söylemiştir. Ayrıca disiplinler arası desteğin hastalık prognozu açısından önemli olduğunu, yaşam kalitesi, tedaviye kötü tepkinin azaltılması ve hastalığın kronikleşmemesi açısından önemini vurgulamıştır. Tombul ve arkadaşları (2015) yaptıkları çalışmada aşırı analjezik (ağrı kesici) kullanan kronik migren hastalarının depresyon belirti düzeylerinin yüksek olduğunu tespit ederek depresif duygu durumunda olanların aşırı ilaç kullanabileceği yorumunda bulunmuştur. Uzun dönem ağrı şikâyetleri olan kişilerin depresif belirtilerinin olması hastalıktan kurtulmak için daha sık ilaç kullanımına başvurduğu sık ilaç kullanmanın da ilaç etkisini düşürdüğü düşünüldüğünde kronik tablonun depresif tabloyu kötüleştirdiği söylenebilir. Bu sonuca göre uzun süre analjezik kullanımına sebep olacak baş ağrısı semptomlarının depresyon ve anksiyete gibi psikiyatrik bozuklukların oluşumu kolaylaştırır. Çin’de yapılan bir araştırmada ağrı kesicilerin aşırı kullanımı risk faktörü olarak belirlenmiş (Yan ve ark. 2015). Latimer, 2013 yılında yaptığı çalışmada sık ilaç kullanımının kronik baş ağrısını ortaya çıkardığını söylemiş. Katsarava ve Jensen (2007) akut baş ağrısı sırasında ilaçların aşırı kullanımının kronik baş ağrısı gelişimine sebep olduğunu söylemişler.

Bu çalışmadan çıkan sonuca ve yapılan benzer araştırmalara göre psikolojik semptomların sorgulanarak, multidisipliner çalışmaya önem verilmesi gereklidir. Tedavi sonucu semptomları kontrol altına alınmayan kişinin hayal kırıklığı yaşamasına, tedaviye uyumunun azalması ile psikolojik tablosunun ve somatik şikâyetlerinin kötüleşmesine sebep olacaktır. Bu önerilerimizi destekleyen pek çok



çalışma vardır. Cardona – Castrillion ve arkadaşları (2007) migren tanısı almış 89 kişiyle yaptıkları çalışmada depresyon, anksiyete, obsesif kompulsif bozukluk gibi psikiyatrik tablonun komorbiditesini tespit ederek multidisipliner bir çalışmanın önemini vurgulamıştır. Güngörmüş ve Kıyak'ın 535 ağrı yaşayan erişkin ile yaptıkları çalışmada katılımcıların %95,5'inin pozitif düşünme gibi alternatif tedavi yöntemlerinin daha küçük hastalıklarda işe yarayacağını bildirmişler. Bunun yanında %68,6'sı ancak tıbbın yetersiz kaldığı durumlarda tamamlayıcı tedavi alabileceğini bildirmiş. Bununla doğru orantılı olarak kronik ağrı şikâyeti olanlarda alternatif tedaviye başvurunun daha sık olduğu bulunmuş. Bu sonuç kişilerin yalnızca çaresiz kaldığında tamamlayıcı tedaviye başvurduğu, alternatif tedavi olarak gördüğü anlaşılmaktadır. Bütüncül bir tedavi konusundaki bilginin yetersiz olduğu anlaşılmaktadır.

Uyar ve Korhan yazdıkları derlemede (2011), non-farmakolojik çalışmaların öneminden bahsetmiş. Derlemede yoğun bakım hastalarına verilen müzik terapisinin hastalarının ağrısı ve anksiyetesini düşürdüğü söylenmiş. Akkoca ve arkadaşları (2015) Bilişsel davranışçı psikoterapi ve araştırma dergisi için, baş ağrısı ve bilişsel davranışçı terapinin kullanımı, tedavi modalitesi üzerine derleme oluşturulmuş. Nükseden baş ağrısı olan kişilerde düşünme tarzının ağrıyı tetiklediği, ağrı düzeyini arttırdığı ve ağrıyı kontrol altına almayı güçleştirdiği söylenmiş. Bilişsel davranışçı terapi ile; gevşeme egzersizine ek olarak, maladaptif (uyum bozucu) düşünce ve inançlarla baş etmek, kendini izleme ağrıyı yönetme becerileri kazandırmak, psikoeğitim ve davranışçı ödevlerin oluşturulduğu aktarılmış. Bakhshani ve arkadaşları (2015) farkındalık temelli psikoterapinin baş ağrısı olan hastalarda faydalı olduğunu gösteren bir çalışma yapmış. Bunun için 8 hafta, gevşeme ve günlük ev ödevlerini içeren 90 dakikalık seanslardan oluşturulmuş. Kontrol grubuna kıyasla kişilerin ağrı ve yaşam kalitesinde belirgin iyileşmenin olduğu saptanmış. Bu bulgu non-farmakolojik müdahalenin kronik baş ağrısı olan hastalarda işe yaradığını diğer terapilerle kombine kullanımla ağrı ve yaşam kalitesinin iyileştirilebileceği söylenmiş. Yurt dışında yapılan bir çalışmada gerilim tipi baş ağrısı, eşlik eden migreni ve majör depresif bozukluğu olan kişilere 12 haftalık 50 dakika seans yapılmış, yapılan karşılaştırmalı ölçeklerde kontrol grubuna göre yaşam kalitesi, baş ağrısı ve depresif şikâyetlerinde iyileşme görüldüğü gözlemlenmiş. Ayrıca 4 aylık yapılan takipte iyileşmenin devam ettiği de görülmüş (Martin, 2015).

Bu sebeple baş ağrısı, baş dönmesi semptomları organik olsun olmasın tek tip tedavi yerine psikolojik destekte dahil edilerek kombine tedavinin verilmesi ile tam bir iyilik hali oluşturulacaktır. Psikoterapinin yan etkisiz olması, herhangi bir risk içermemesi, gevşeme egzersizleri, bilişsel davranışçı terapi gibi ampirik olarak ispatlanmış başarılı tedavi yöntemlerinin varlığı uygulanabilirliğini kolaylaştırır. Tam bir iyilik halinin oluşabilmesi için ise disiplinler arası bir çalışmaya ihtiyaç vardır. Bu ve benzeri araştırmalar ile çok bakışlı bir yaklaşıma ihtiyaç duyulduğu bağlamında farkındalık yaratmak, sağlık çalışanlarını bilgilendirmek, toplumu bilinçlendirmek ve toplum temelli sağaltımı arttırmak açısından oldukça önemli ve gereklidir. Bu çalışmadan hareketle klinik ortamda ayrıntılı psikolojik ve psikiyatrik değerlendirmelerin yapılması ile daha güvenilir veriler ortaya çıkacak, koruyucu faktörler ve uygun tedavi yöntemleri geliştirilebilecektir.

## 6. KAYNAKLAR

Akça, F., Ö., Özkan, M., Teber, T., S., (2013). Anxiety sensitivity and dissociative experiences in adolescents with migraine and tension type headache. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 14(2): 161-166.

Akçay, A., Gürcan, S., İ. (2007). Epidemiyolojik Araştırma Yöntemleri ve Hastalık Nedenlerine İlişkin İstatistiksel Oranlar. *Veteriner Hekimler Derneği Dergisi*, 78 (2), 26-28.

Akkoca, Y. Yıldırım, Ş. İnan, L. E. (2015). Migren ve Gerilim Tipi Baş Ağrısında Bilişsel Davranışçı Tedavinin Kullanımı. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*, 4(1):10-17.

Akyıldız, K., Sercan, M., Yıldız, N., Çevik, A., Kıyan, A.(2015). Baş ağrısı yalnızca baş ağrısı mıdır? Baş ağrısı ile ruhsal bozuklukların eştanısı. *Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 28(1):34-46.

Amerikan Psikiyatri Birliği (APA): *Mental bozuklukların tanıs ve sayımsal elkitabı*. Beşinci baskı (DSM-V), Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington DC, 2014'ten çeviri editörü Köroğlu, E. Hekimler yayın birliği, Ankara, 113-128.

Arıcı, H. (2005). *İstatistik Yöntemler ve Uygulamalar*. Ankara, 15:93

Atasoy, N. Atasoy, T. H. Ünal, A. Konuk, N. Atik, L. (2004). Süregen Günlük Baş Ağrısında Psikiyatrik Komorbidite. *Klinik Psikiyatri*, 7:26-31.

Atkinson, R. L., Atkinson, R. C., Smith, E., Bem, D. Hoeksema, S. N. (1953). *Psikolojiye giriş*, (Çev., Alogan, Y.). Arkadaş yayınevi, (2006). Ankara, 3: 534.

Aydemir, Ö., Güvenir, T., Küey, L. Kültür, Ş. (1997). Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Türkçe Formunun Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 8(4):280-287.

Bahrani, P. Zebardast, H. Zibaei, M. Mohammadzadeh, M. Zabandan, N. (2012). Prevalence and characteristics of headache in Khoramabad. Iran. *Pain physician*, 15(4):327-32.

Bakhshani, N. M. Amirani, A. Amirifard, H. Shahrakipoor, M. (2015). The Effectiveness of Mindfulness Based Stress Reduction on Perceived Pain Intensity and Quality of Life in Patients With Chronic Headache. *Global Journal of health science*.6;8(4):142-51.

Bayındır, T., Kalcıoğlu, T., M., Periferik Vertigo. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 17 (2), 155-163.

Beaglehole, R., Bonita, R. (1998). *Temel Epidemiyoloji*. (Çev. Bilgel, N.), Nobel & Güneş tıp kitapevi, 42.

Beghi, E., Bussone, G., D'Amico, D. Cortelli, P. Cevoli, S. Manzoni, G. C. Torelli, P. Tonini, M. C. Allais, G. De Simone, R. D'Onofrio, F. Genco, S. Moschiano, F. Beghi, M. Salvi, S. (2010). Headache, anxiety and depressive disorders: the HADAS study. *The journal of headache and pain*, 11(2):141-50

Bigelow, R., T., Semenov, Y., R., du Lac, S. Hoffman, H. J. Aqrwal, Y. (2016). Vestibular vertigo and comorbid cognitive and psychiatric impairment: the 2008 National Health Interview Survey. *Journal of neurology, neurosurgery and psychiatry*, 87(4):367-72.

Bindak, R. (2014). Mann – Whitney U ile Student's testinin I. Tip hata ve güç bakımından karşılaştırılması: Monte carlo simülasyon çalışması. *Afyon Kocatepe University Journal of Science and Engineering*, 5(11), 6-7.

Binici, Y. (2015). Günübirlük cerrahi geçirecek çocukların annelerinin ameliyat hakkında bilgi ve anksiyete düzeylerinin belirlenmesi. Yayınlanmış uzmanlık tezi, 16-17. Erzurum.

Breslau, N., Schultz, L., R., Stewart, W., F. Lipton, R. B. Lucia, V. C. Welch, K. M. (2000). Headache and major depression: is the association specific to migraine? *Neurology*, 25;54(2):308-13.

Brust, C. M. J. (2016). *Nöroloji tanı ve tedavi*. Gürses, C., (Çev.).Güneş tıp kitapevi, (2):43, 68, 69, 74.

Cardona-Castrillon, G., P., Isaza, R., Zapata-Soto, A., P. Franco, J. G. Gonzalez – Berrio, C. Tamayo – Diaz C. P. (2007). The comorbidity of major depressive disorder, dysthymic disorder and anxiety disorders with migraine. *Revista de neurologia*, 1-15;45(5):272-5.

Çelik, B. D. (2009). Migren baş ağrısı hastalarında öfke tarzları ve kişilik özellikleri. Yayınlanmış uzmanlık tezi. İzmir, 75.

Cengiz, K. (2005). Benign paroksizmal pozisyonel vertigo tedavisinde kullanılan semont ve epley manevralarının karşılaştırılması. Yayınlanmış uzmanlık tezi, 38-39.

Eckhardt-Henn, A., Breuer, P., Thomalske, C. Hoffmann S. O. Hopf H. C. (2003). Anxiety disorders and other psychiatric subgroups in patients complaining of dizziness. *Journal of anxiety disorders*, 17(4):369-88.

Erdoğan, D., Nazlıkul, H. (2015). Gerilim tipi baş ağrıları (GTBA)'nın nöralterapi ile tedavisi. *Journal of Complementary Medicine*, 9 (1):23. İstanbul.

Ferrari, S., Monzani, D., Baraldi, S. Simoni, E, Prati, G. Forghieri, M. Rigatelli, M. Genovese, E. Pingani, L. (2014). Vertigo in the pink: The impact of female gender on psychiatric-psychosomatic comorbidity in benign paroxysmal positional vertigo patients. *Psychosomatics*, 55(3):280-8

Gil, K., M., Abrams, M., .R., Phillips, G. Keefe, F. J. (1989). Sickle cell disease pain: relation of coping strategies to adjustment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57: 725-731.

Güler, T. (2014). Baş dönmesi ile başvuran hastaların demografik ve etiyolojik özelliklerinin retrospektik değerlendirilmesi. Yayınlanmış uzmanlık tezi, 19-20.

Gündüz, S. (2009). Dental fobisi olan hastalarda diğer anksiyete bozuklukları eş tanısı. Yayınlanmış uzmanlık tezi, İstanbul, 17.

Güngörmüş, Z., Kıyak, E., (2012). Ağrı yaşayan bireylerin tamamlayıcı ve alternatif tedaviye ilişkin bilgi, tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi. *Ağrı Dergisi*, 24(3):123-129.

Holroyd, K., A., Stensland, M., Lipchik, G.,L. Hill, K. R. O'Donnell, F. S. Cordingley, G. (2000). Psychosocial correlates and impact of chronic tension-type headaches. *Headache*;40:3-16.

Hong, S., M., Lee, H.,J., Lee, B. Park, S. K. Hong S. K. Park I. S. Kim, Y. B. Kim, H. J. (2013). Influence of vestibular disease on psychological distress: a multicenter study. *Otolaryngology – head and neck surgery: official journal of American Academy of Otolaryngology- Head and neck surgery*,148(5):810-4.

Jensen, R., Stovner, L., J. (2008). Epidemiology and comorbidity of headache. *The Lancet Neurology*, 7(4):354-61.

Juang, K., D., Wang, S., J., Fuh, J., L. Lu, S. R. Su T. P. (2000). Comorbidity of depressive and anxiety disorders in chronic daily headache and its subtypes. *Headache journal*; 40:818-823

Kahraman, S.S., Arli, C., Copoglu, U. S. Kokacya, M. H. Colak, S. (2016). The evaluation of anxiety and panic agoraphobia scores in patients with benign paroxysmal positional vertigo on initial presentation and at the follow-up visit. *Acta oto-laryngologica*, 4:1-5.

Karadaş, Ö. (2013). Gerilim Tipi Baş Ağrısı: Kronik Tip Değerlendirmesi. *Journal of Clinical and Analytical Medicine*, 4(6): 522-6, 2013

Karamustafalıoğlu, O., Yumrukçal, H. (2011). Depresyon ve anksiyete bozuklukları. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*, (45):2, 69.

Karşıdağ, S. (2002). Nöroloji ve psikiyatri açısından vertigonun tanı ve tedavisi. *Ankem Dergisi*, 16 (3): 280.

Kutsal, G. Y. , Varlı, K., Çeliker, R. Özer, S. Orer, H. Aypar, Ü. Şahin, A. Oruçkaptan, H. (2005). Ağrıya multidisipliner yaklaşım. *Hacettepe Tıp Dergisi*, 36:111-128.

Kocabaş, Z., Çelebi, A. (1997). Migren ve gerilim baş ağrısında anksiyete, depresyon ve nörotik eğilim düzeyleri. *Düşünen Adam Dergisi*, 10 (3): 17-21.

Kanzaki, J., Goto, F. (2015).Psychiatric disorders in patients with dizziness and Ménière's disease.*Acta oto-laryngologica*. 135(5):447-50.

Katsarava, Z., Jensen ,R. (2007). Medication-overuse headache: where are we now? *Current opinion in neurology*, 20(3):326-30.

Kayri, M. ( 2009). Araştırmalarda gruplar arasındaki farkın belirlenmesine yönelik çoklu karşılaştırma (post-hoc) teknikleri. *Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, (19):1,52-62.

Ketola, S., Havia, M., Appelberg, B. Kentala, E. (2015). Psychiatric symptoms in vertiginous patients.*Nordic journal of psychiatry*, 69(4):287-91

Kıvrak, Y., Özen, Ş., Yücel, Y. (2009). Migren ve Gerilim Baş ağrısı olan hastalarda anksiyete ve umutsuzluk düzeyleri. *Dicle Tıp Dergisi*, (36):3, 173-177.

Kikuchi, H., Yoshiuchi, K., Ando, T., Yamamoto, Y. (2015). Influence of psychological factors on acute exacerbation of tension-type headache: Investigation by ecological momentary assessment. *Journal of Psychosomatic Research*,79(3):239-42.

Konkan, R., Yalçınkaya, S., Erkıran, M. Erkmen, H.(2003). Panik Bozukluk ve Komorbid Tanılar. *Düşünen Adam Dergisi*, 16(4):219.

Kudiaki, Ç. (2013). Migren ve gerilim tipi baş ağrısı olan ve olmayan kişilerde temas biçimlerinin anksiyete ve öfke düzeyleri açısından incelenmesi. Yayınlanmış doktora tezi, Ankara, 19-21.

Lahmann, C., Henningsen, P., Brandt, T. Strupp, M. Jahn, K. Dieterich, M. Eckhardt – Henn, A. Feuerecker, R. Dinkel, A. Schmid, G. (2015).Psychiatric comorbidity and psychosocial impairment among patients withvertigo and dizziness. *Journal of neurology, neurosurgery and psychiatry*, 86(3):302-8.

Lanteri – Minet, M. İdentification of chronic daily headache risk factors to prevent migraine progression. *La Revue du praticien*, 31;58(6):639-42, French.

Latimer, K., M. (2013).Chronic headache: stop the pain before it starts. *The Journal of Family Practice*. 62(3):126-33.

Lethem, J., Slade, P., D., Troup, J., D. Bentley, G. (1983). Outline of a Fear Avoidance Model of exaggerated pain perception. *Behaviour research and therapy*, 21(4):401-8.

Li, X., Zhou, J., Tan, G., Wang, Y. Ran, L. Chen, L. (2012). Clinical characteristics of tension-type headache in the neurological clinic of a university hospital in China. *Neurological sciences: official of the Italian Neurological Society and of the Italian Society of Clinical Neurophysiology*, 33(2):283-7.

Lüleci, A. (2004). Maltepe ilçesi doğurganlık çağındaki kadınlarda migren prevalansının araştırılması. Yayınlanmış uzmanlık tezi. İstanbul, 20-23.

Lynberg, A.C., Rasmussen, B. K., Jorgensen, T. Jensen, R. (2005). Incidence of primary headache: a Danish epidemiologic follow-up study. *American Journal of Epidemiology*, 1;161(11):1066-73.

Mantar, A. (200). Anksiyete duyarlılığı indeksi – 3'ün, Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Yayınlanmış uzmanlık tezi, 9. İzmir.

Martin, P., R., Aiello, R., Gilson, K. Meadows, G. Milgrom, J. Reece, J. (2015). Cognitive behavior therapy for comorbid migraine and/or tension-type headache and major depressive disorder: An exploratory randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 73:8-18.

Neuhauser, H., K. (2016). The epidemiology of dizziness and vertigo. *Handbook of clinical neurology*. 137:67-82.

Onur, E., Alkın, T. (2007). Baş dönmesi ve anksiyete ilişkisi: Yeni klinik sendromlar. *Nöropsikiyatri arşivi*;44:68.

Okyayuz, H., Ü., (2013). *Sağlık psikolojisi*. Türk Psikologlar Derneği Yayınları. 1:104, 114.

Özmen, E., Demet, M., M., Gülseren, L. Kültür, Ş. (1993). Somatik Yakınmalar İle Psikiyatri Polikliniğine Başvuranlarda DSM-III-R Tanıları. *Düşünen Adam Dergisi*, 6(1-2): 17.

Özön, Ö., Bolay, H. (2003). Primer baş ağrılarında tanı ve tedavi yaklaşımları. *Türk Nöroşirürji Dergisi*, 13:1.

Peluso, É., T., Quintana, M.,I., Ganança, F., F. (2016). Anxiety and depressive disorders in elderly with chronic dizziness of vestibular origin. *Brazilian journal of otorhinolaryngol*, 82(2):209-14

Pompili M, Di Cosimo, D, Innamorati, M. Lester, D. Tatarelli, R. Marteletti, P. (2009). Psychiatric comorbidity in patients with chronic daily headache and migraine: a selective overview including personality traits and suicide risk. *Journal Headache Pain*. 10(4):283-90.

Post, R., E., Dickerson, L., M. (2010). Dizziness: A Diagnostic Approach. *American Family Physician*, (82):4, 361.

Philips, H., C. (1987) Avoidance behaviour and its role in sustaining chronic pain. *Behaviour research and therapy*,25(4):273-9.

Puca, F., Genco, S., Prudenzano, M., P. ve diğeri (1999). Psychiatric comorbidity and psychosocial stress in patients with tension-type headache from headache centers in Italy. *The Italian Collaborative Group for the Study of Psychopathological Factors in Primary Headaches. Cephalalgia: an international journal of headache*, 19:159-164.

Ropper, H., A., Robert, H., B., (2011). Principles of Neurology. Emre, M. (Çev.). Güneş tıp kitabevi, (9): 288, 176, 1445.

Saatçioğlu, O. (2001). Yaygın anksiyete bozukluğunun tedavisi ve yeni yaklaşımlar. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*,11:61.

Salovey, P., Birnbaum, D. (1989). Influence of mood on health-relevant cognitions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(3): 539–551.

Samaan, Z., Farmer, A., Craddock, N. Jones, L. Korszun, A. Owen, M. McGuffin, P. (2009). Migraine in recurrent depression: case-control study. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*.194(4):350-4.

Siva, A. (2002). Baş ağrısı epidemiyolojisi. Baş, Boyun, Bel Ağrıları Sempozyum Dizisi, 30:9-14.

Soetenga, D. Frank, J., Pellino, T., A.(1999).Assessment of the validity and reliability of the University of Wisconsin Children's Hospital Pain scale for Preverbal and Nonverbal Children. *Pediatric Nursing*, 25 (6): 670-6

Tombul, K., Balcıoğlu, İ., Devrimsel, H., E., (2015). Migren tipi baş ağrısı olan olgularda kişilik özellikleri. *Yeni Symposium*, 53 (2): 32-33.

Torelli, P., Lambru, G., Manzoni, G.,C. (2006). Psychiatric comorbidity and headache: clinical and therapeutical aspects. *Neurological sciences: official journal of the Italian Neurological Society and of the Italian Society of Clinical Neurophysiology*, 2:73-6.

Türkçapar, H. (2013). *Bilişsel terapi*. Hekim Yayınları Birliği Yayıncılık. 4:84-86,

Türkyılmaz, M., D., Dündar, S. (2013). Baş dönmesi olan bireylerde baş dönmesi süregenliği ile depresyon ilişkisinin incelenmesi. *Fizyoterapi Rehabilitasyon Dergisi*, 24 (1):104-109.



Uğurlu, B. (2009). Benign paroksizmal pozisyonel vertigo (BPPV) tedavisinde farklı protokollerin karşılaştırılması. Yayınlanmış uzmanlık tezi, 23-25.

Uyar, M., Akın, E., K., (2011). The effect of music therapy on pain and anxiety in intensive care patients. *The journal of the Turkish Society of Algology*,23(4):139-46.

Üre, R., S. (2010). Migren hastalarında serum adiponektin düzeyleri. Yayınlanmış uzmanlık tezi, Ankara, 4.

Vlaeyen, J., W., Linton, S., J. (2000). Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of the art. *Pain journal*,85(3):317-32.

Vonn Korff, M., Simon, G. (1996). The relationship between pain and depression. *The British Journal of Psychiatry Supplement*, (30):101-8.

Wei, C. B. Jia, J. P. Wang, F. Zhou A. H. Zuo, X. M. Chu, C. B. (2016). Overlap between Headache, Depression and Anxiety in General Neurological Clinics: A cross – sectional study. *Chinese Medical Journal*, 129 (12):1394-9

Yaman, M., Oruç, S. (2016). Baş ağrıları ve baş ağrısıyla presente olan önlenebilir acil durumlar. *Türkiye Klinikleri Journal Neurol – Special Topics*.9 (2):32-33.

Yan, Z., Chen, Y., Chen, C., Li, C. Diao, X. (2015). Analysis of risk factors for medication-overuse headache relapse: a clinic-based study in China. *BMC Neurology*,17;15:168.

Yaşar, H., Balıbey, H., Alay, S. Tekeli , H. Türker, T. Bayar, N. (2013). Migren hastalarında anksiyete, depresyon ve obsesif-kompulsif belirti düzeyleri. *Journal of Mood Disorders*, 3(4):156.

Yorulmaz, G. (2012). Hemşirelik yüksekokulu öğrencilerinin ağrı ile ilgili bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi. Yayınlanmış yüksek lisans tezi, 32.

Yüksel, K.,Ö.(2015).Vestibüler migren ve migren hastalarında anksiyete bozukluklarının yaygınlığının ve şiddetinin incelenmesi. Yayınlanmış uzmanlık tezi, 12.

Zebenholzer K., Lechner, A., Broessner, G. Lampl, C. Luthringshausen, G. Wuschitz, A. Obmann, S. M. Berek, K. Wöber, C. (2016). Impact of depression and anxiety on burden and management of episodic and chronic headaches - a cross-sectional multicentre study in eight Austrian headache centres. *The journal of headache and pain*, 17:15.

## **İnternet:**

### **Elektronik Makale ve Yayın**

Akdal, G. (2008). Vertigo ve Dengesizlik. Erişim Tarihi: 25 Eylül 2016,<http://www.itfnoroloji.org/vertigo/vertigo.htm>.

### **Yazarsız Alıntı**

Türk Nöroloji Derneği (2011), Baş Ağrılı Hastada Tanı ve Tedavi Rehberi 2011 Güncellenmiş şekli. Erişim Tarihi:20 Eylül 2016, [http://okm.omu.edu.tr/okmm/okm\\_files/upl/files/basagrasi.pdf](http://okm.omu.edu.tr/okmm/okm_files/upl/files/basagrasi.pdf), 1-10.

## 7. EKLER

### EK 1. KİŞİSEL BİLGİ FORMU

#### I.BÖLÜM

1. ADI SOYADI:

2. CİNSİYET:

1. KADIN:

2. ERKEK:

3. DOĞUM TARİHİ (GÜN / AY / YIL):

4. YAŞ:

5. UYGULAMA TARİHİ:

6. MEDENİ DURUMUNUZ?

1. BEKÂR 2.EVLİ 3.DUL / AYRILMIŞ

7. EĞİTİM DURUMUNUZ?

1. OKUR – YAZAR DEĞİL 2.İLKOKUL 3.ORTAOKUL 4.LİSE

5. ÜNİVERSİTE 6.YÜKSEK LİSANS 7.DOKTORA

8. ÇALIŞIYOR MUSUNUZ?

1.EVET 2.HAYIR

9.MESLEĞİNİZ NEDİR?

1. İŞÇİ 2.MEMUR 3.EV HANIMI 4.SERBEST MESLEK 5.DİĞER.....

10. DAHA ÖNCE PSİKOLOJİK YA DA PSİKİYATRİK TEDAVİ ALDINIZ MI?

1.EVET 2.HAYIR

11. DAHA ÖNCE DEPRESYON GEÇİRDİNİZ Mİ?

1. EVET 2. HAYIR

## II.BÖLÜM

12. BAŞ AĞRINIZ VAR MI?

1. EVET 2. HAYIR

13. NE KADAR ZAMANDIR BAŞ AĞRISINIZ VAR?

1. 0-3 AY 2. 3-6 AY 3. 6 AY – 1 YIL 4. 1 YIL VE ÜZERİ

14. BAŞ AĞRISI TANISI ALDIYSANIZ HANGİSİ OLDUĞUNU BELİRTİNİZ?

1. MİGREN 2. GERİLİM TİPİ BAŞ AĞRISI

15. BAŞ AĞRISI İÇİN DÜZENLİ KULLANDIĞINIZ BİR İLACINIZ VAR MI?

1. EVET 2.HAYIR

16. NE KADAR SÜREDİR İLAÇ KULLANIYORSUNUZ?

1. 0-3 AY 2. 3-6 AY 3. 6 AY – 1 YIL 4. 1 YIL VE ÜZERİ

## III. BÖLÜM

17. BAŞINIZ DÖNÜYOR MU?

1. EVET 2. HAYIR

18. NE KADAR ZAMANDIR BAŞINIZ DÖNÜYOR?

1. 0-3 AY 2. 3-6 AY 3. 6 AY – 1 YIL 4. 1 YIL VE ÜZERİ

19. BAŞ DÖNMESİ TANISI ALDIYSANIZ BELİRTİNİZ?

1. KULAK KAYNAKLI 2. BEYİN KAYNAKLI 3.PSİKOLOJİK

20. BAŞ DÖNMENİZ İÇİN DÜZENLİ KULLANDIĞINIZ BİR İLACINIZ VAR MI?

1. EVET 2.HAYIR

21. NE KADAR SÜREDİR BAŞ AĞRISI İÇİN İLAÇ KULLANIYORSUNUZ?

1. 0-3 AY 2. 3-6 AY 3. 6 AY – 1 YIL 4. 1 YIL VE ÜZERİ

## EK 2. WONG - BAKER AĞRI SKALASI (FPS)

Açıklama: Aşağıdaki yüzlere bakın, genel olarak size en uygun olanı daire içine alın.



### EK 3. HASTANE ANKSİYETE VE DEPRESYON ÖLÇEĞİ

**Açıklama:** Her gruptaki cümleleri dikkatle okuyarak, son 10 gün içinde kendinizi nasıl hissettiğini en iyi anlatan cümleyi işaretleyiniz. Her soruyu yanıtladığınızdan emin olunuz.

**1. Kendimi gergin “paylayacak gibi” hissediyorum.**

(3) Çoğu zaman (2) Birçok zaman (1) Zaman zaman, bazen (0) Hiçbir zaman

**2. Eskiden zevk aldığım şeylerden hala zevk alıyorum.**

(0) Aynı eskisi kadar (1) Pek eskisi kadar değil (2) Yalnızca biraz eskisi kadar

(3) Neredeyse hiç eskisi kadar değil

**3. Sanki kötü bir şeyler olacakmış gibi korkuya kapılıyorum.**

(3) Kesinlikle öyle ve oldukça şiddetli (2) Evet, ama çok şiddetli değil

(1) Biraz, ama beni endişelendirmiyor (0) Hayır, hiç öyle değil

**4. Gülebiliyorum ve olayların komik taraflarını görebiliyorum.**

(0) Her zaman olduğu kadar (1) Şimdi pek o kadar değil (2) Şimdi kesinlikle o kadar değil

(3) Artık hiç değil

**5. Aklımdan endişe verici düşünceler geçiyor.**

(3) Çoğu zaman (2) Birçok zaman (1) Zaman zaman, ama çok sık değil (0) Yalnızca bazen

**6. Kendimi endişeli hissediyorum.**

(3) Hiçbir zaman (2) Sık değil (1) Bazen (0) Çoğu zaman

**7. Rahat rahat oturabiliyorum ve kendimi gevşek hissediyorum a4t**

(0) Kesinlikle (1) Genellikle (2) Sık değil (3) Hiçbir zaman

**8. Kendimi sanki durgunlaşmış gibi hissediyorum.**

(3) Hemen hemen her zaman (2) Çok sık (1) Bazen (0) Hiçbir zaman

**9. Sanki içim pır pır ediyormuş gibi tedirginliğe kapılıyorum.**

(0) Hiçbir zaman (1) Bazen (2) Oldukça sık (3) Çok sık

**10. Dış görünüşüme ilgimi kaybettim.**

(3) Kesinlikle (2) Gerektiği kadar özen göstermiyorum (1) Pek o kadar özen göstermiyorum (0) Her zamanki kadar özen gösteriyorum

**11. Kendimi sanki hep bir şey yapmak zorundaymışım gibi huzursuz hissediyorum.**

(3) Gerçekten de çok fazla (2) Oldukça fazla (1) Çok fazla (0) Hiç değil

**12. Olacakları zevkle bekliyorum.**

(0) Her zaman olduğu kadar (1) Her zamankinden biraz daha az (2) Her zamankinden kesinlikle daha az (3) Hemen hemen hiç

**13. Aniden panik duygusuna kapılıyorum**

(3) Gerçekten de çok sık (2) Oldukça sık (1) Çok sık değil (0) Hiçbir zaman

**14. İyi bir kitap, televizyon ya da radyo programından zevk alabiliyorum.**

(0) Sıklıkla (1) Bazen (2) Pek sık değil (3) Çok seyrek

**EK 4.**



**T.C.  
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ  
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU**

**SAYI : t31\_  
KONU: Etik Kurul İzni**

**18.11.2016**

**Sayın; Gamze KARABULUT**

Haliç Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından yapılmış olduğunuz başvuru incelenmiş olup, Gamze KARABULUT'un Yrd.Doç.Dr.Ayşegül YETKİN danışmanlığında araştırmayı planladığı "**Baş Ağrısı ve Baş Dönmesi Şikayetleri İle Nörolojiye Başvuran Hastaların Anksiyete Risk Düzeyleri**" isimli araştırma kurumumuzun 18.11.2016 tarihli toplantısında etik yönden uygun bulunmuştur.

Bilgilerinize sunarım.

**Prof.Dr.Abdurrahman EREN**  
Etik Kurul Başkanı

EK.Etik Kurul Kararı

Sütlüce Mah. İmrahor Cad. No:82 Beyoğlu- İSTANBUL  
Tel: 0212 924 24 44/2704 Faks: 0212 343 08 78  
etikkurul@halic.edu.tr İnternet:www.halic.edu.tr



EK 5.

**BAŞ AGRISI VE BAŞ DÖNMESİ ŞİKAYETLERİ İLE NÖROLOJİ**

**POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN HASTALARIN ANKSİYETE RİSK DÜZEYLERİ**

**ORİJİNALLİK RAPORU**

% 5

BENZERLİK ENDEKSİ

% 3

İNTERNET  
KAYNAKLAR

%2

YAYINLAR

% 2

ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

**BİRİNCİL KAYNAKLAR**

**halksagligiokulu.org**  
İnternet Kaynağı

**ÖZDEMİR, Özhan, SARI, Mustafa Erkan, KESKİN, Deha Denizhan and ÖZCANLI, Gizem. "POSTMENOPAZAL KANAMASI OLAN HASTALARDA ENDOMETRİAL BİYOPSİ ÖNCESİ ANKSİYETE VE DEPRESYON RİSK DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ", Bozok Tıp Dergisi, 2015. Yayın**

<%1

Submitted to Istanbul Bilgi University  
Öğrenci Ödevi

<%1

Submitted to TechKnowledge Turkey  
Öğrenci Ödevi

<%1

[www.facebook.com](http://www.facebook.com)  
İnternet Kaynağı

<%1

prezi.com  
İnternet Kaynağı

<%1

## ÖZGEÇMİŞ

Lisans eğitimini 2011 yılında Haliç Üniversitesi Psikoloji bölümünde tamamlamıştır. İlk Yüksek Lisansını 2014 yılında aynı Üniversitenin Uygulamalı Psikoloji bölümünde tamamlamıştır. 2017 yılında Arel Üniversitesi Klinik Psikoloji Doktora bölümüne kabul edilmiş ve öğrenimine hala devam etmektedir. Mezuniyet sonrası 1 yıl süreyle özel bir anaokulunda Sorumlu Müdür ve Kurum Psikolog'u olarak görev yapmıştır. Ardından çeşitli özel hastanelerin Psikoloji Polikliniğinde görev yapmıştır. Son 3 yıldır Medilife Hastanesinde görevini sürdürmektedir.