

# Van İli Genelinde Birinci Basamakta Görev Yapan Aile Hekimlerinin Baş Ağrısı Konusundaki Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi

## Evaluation of Knowledge Levels of Family Physicians About Headache In Primary Care of Van District

Ergin Karakaya, Aysel Milanlıoğlu\*, Vedat Çilingir, Abdullah Yılgör, Aydın Çağaç

Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Departmanı

### ÖZET

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

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

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

**Sonuç:** Bu çalışma Van ili birinci basamak sağlık hizmetlerinde baş ağrılarına yaklaşımla ilgili önemli bilgiler sağlamış ve bu konuda sürekli eğitimin gerekliliğine ışık tutmuştur.

**Anahtar Kelimeler:** Baş ağrısı, birinci basamak, bilgi, aile hekimleri

### ABSTRACT

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

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

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

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

**Key Words:** Headache, primary care, knowledge, family physicians

## Giriş

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

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

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

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

## Gereç ve Yöntem

**Örneklem Seçimi:** Çalışmanın evrenini Van ili genelinde Sağlık Bakanlığı'na bağlı Aile Sağlığı

Merkezlerinde görev yapan pratisyen ve uzman aile hekimleri oluşturmaktadır. Van ili genelinde birinci basamak sağlık hizmetlerinde 280 aile hekimi çalışmaktadır. Çalışma tanımlayıcı tipte epidemiyolojik bir çalışma olarak düzenlenmiştir. Örneklem büyüklüğünün çalışma evrenin %30'unun üzerinde olması düşünüldükçe 120 aile hekimi seçilmiştir. Çalışma Nisan ve Mayıs 2016 tarihleri arasında, rastgele örnekleme yöntemi ile alınan 120 aile hekimi ile yüz yüze görüşülerek yapılmıştır. Ulaşılan hekimlerin tamamı çalışmaya katılımı kabul etmiştir. Tüm katılımcıların aydınlatılmış onamları alınmıştır. Çalışma için Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 17.03.2016 tarih ve 05 sayılı kararı ile etik kurul onayı alınmıştır. Çalışmamız, Helsinki bildirisine uyumlu bir şekilde gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın öncesinde katılımcılara çalışma hakkında bilgi verilmiş ve tarafılığı önlemek amacıyla katılımcılardan anket formunu kendilerinin doldurmaları istenmiştir. Formun tamamlanması için 30 dakika süre tanınmıştır.

## Araştırmada kullanılan test ve ölçekler:

Çalışmada hekimlerin genel özellikleri ve primer baş ağrılarına yaklaşımlarını değerlendiren 30 maddeden oluşan bir anket formu kullanılmıştır. Kullanılan anketin içeriği güncel literatür verileri taranarak, uzman görüşü ve literatür destekli oluşturulmuştur. Anket içerisinde; sosyo-demografik özellikleri değerlendiren 3, hekimlerin baş ağrısı hakkındaki eğitim geçmişleri ve eğitim gerekliliği hakkında 5, baş ağrılarına genel yaklaşım hakkında 4, migren özellikleri, sınıflandırması, akut ve profilaksi tedavisi hakkında 8, gerilim tipi baş ağrısı özellikleri ve profilaktik tedavisi hakkında 3, küme baş ağrısı özellikleri, atak ve profilaksi tedavisi hakkında 5, primer baş ağrısı tanı yöntemi hakkında 1, migren, gerilim ve küme tipi baş ağrıları haricindeki diğer primer baş ağrıları hakkında 1 soru yer almıştır.

Primer baş ağrıları sınıflandırılması ve özellikleri ile ilgili sorular International Headache Society (IHS) 2013 beta sınıflamasına göre hazırlanmıştır (10). Ağrıların akut veya profilaksi tedavisi ise birinci basamak hekimler için yayınlanan güncel bir kılavuzdan alınmıştır (11).

## Bulgular

Ankete katılan hekimlerin sadece %29,2'si baş ağrısı tanı ve tedavisi için yeterli bilgi ve deneyime sahip olduğunu düşünmekteydi ve ancak %22,5'i göreve başladıktan sonra baş ağrısı ile ilgili bir eğitime katıldığını ifade etmekteydi. Çalışmaya katılan

**Tablo 1.** Katılımcıların migren özellikleri hakkındaki bilgi düzeyleri

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

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

**Tablo 2.** Katılımcıların migrenin akut ve profilaksi tedavisi hakkındaki bilgi düzeyleri

Aşağıdakilerden hangisi migren atak tedavisinde verilmez?	n	%
Doğru (Flunarizin)	18	15
Yanlış (Domperidon, metoklopramid, klorpromazin, frovatriptan)	102	85
Aşağıdakilerden hangisi migren profilaksi tedavisinde verilmez?	n	%
Doğru (Eletriptan)	27	22,5
Yanlış (Propranolol, Flunarizin, Amitriptilin, Valproik asit)	93	77,5
Hemiplejik migren atak tedavisinde triptan verilir.		
	n	%
Doğru (Katılmıyorum)	51	42,5
Yanlış (Katılıyorum)	41	34,2
Bilmiyorum	28	23,3
Aşağıdakilerden hangisi migren statusunda verilmez?	n	%
Doğru (Fluoksetin)	43	35,8
Yanlış (Deksametazon, Diazepam, Sumatriptan, Metoklopramid)	77	64,2
Migrenin profilaktik tedavisinde tedavinin başarılı olduğuna karar vermek için en az kaç hafta ilaç kullanılmalıdır?	n	%
Doğru (4 hafta)	30	25
Yanlış (1, 2, 3 hafta)	72	60
Bilmiyorum	18	15

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

hekimlerin %26,7'si mezuniyet öncesi eğitimlerinde, nöroloji stajı sırasında baş ağrısı ile ilgili aldığı eğitimi yeterli bulurken %73,3'ü aldığı eğitimi yetersiz

görmekteydi. Hastalara doğru tanı koyabilme ve doğru tedavi seçeneğini seçebilme açısından hekimlerin %70'i baş ağrısıyla ilgili düzenli eğitim programlarına

**Tablo 3.** Katılımcıların gerilim tipi baş ağrısı özellikleri ve tedavisi hakkındaki bilgi düzeyleri

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

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

**Tablo 4.** Katılımcıların küme tipi baş ağrısı özellikleri ve tedavisi hakkındaki bilgi düzeyleri

Küme baş ağrısı ile ilgili hangisi yanlıştır?		
	n	%
Doğru (Ağrı aynı atak periyodunda taraf değiştirebilir)	20	16,7
Yanlış (en sık görülen trigeminal otonomik sefaljidir, orbital-supraorbital yerleşimlidir, erkeklerde daha sıktır, ağrı 10-15 dk'da en yüksek seviyeye ulaşır)	100	83,3
Küme tipi baş ağrısı ile ilgili hangisi yanlıştır?		
	n	%
Doğru (Alkol almak ağrıyı giderir)	34	28,3
Yanlış (Tanı için en az 5 atak olmalı, ataklar tedavisiz 180 dk sürebilir, miyozis görülebilir, günde 8 atak olabilir)	86	71,7
Küme tipi baş ağrısı atağında aura olmaz.		
	n	%
Doğru (Katılıyorum)	45	37,5
Yanlış (Katılmıyorum)	50	41,7
Bilmiyorum	25	20,8
Aşağıdakilerden hangisi küme tipi baş ağrısı profilaktik tedavisinde verilmez?		
	n	%
Doğru (Maske ile %100 oksijen inhalasyonu)	34	28,3
Yanlış (Topiramet, Kortikosteroidler, Verapamil, Lityum)	86	71,7
Triptanlar küme tipi baş ağrısı atak tedavisinde kullanılabilir.		
	n	%
Doğru (Katılıyorum)	41	34,2
Yanlış (Katılmıyorum)	56	46,7
Bilmiyorum	23	19,2

ihtiyaç olduğuna inanmaktaydı. Katılımcıların migren tipi baş ağrısına ilişkin genel bilgi düzeyleri ve bu baş ağrı tipinin akut ve profilaktik tedavisi hakkındaki bilgi düzeylerini ölçen sorulara verdikleri cevaplar Tablo 1 ve Tablo 2'de özetlenmiştir. Gerilim tipi baş ağrısının özellikleri ve tedavisine yönelik sorulara verilen cevaplar ise Tablo 3'de ifade edilmiştir. Çalışmaya katılan aile hekimlerinin daha nadir görülen küme tipi baş ağrısı özellikleri ve tedavisine yönelik hazırlanan sorulara verdikleri cevaplar ise Tablo 4'de yer almıştır.

Ankete katılan hekimlerin yarısından fazlası primer baş ağrısı tanısı koymada en çok yardımcı yöntemin anamnez olduğunu düşünürken, %39,2'si diğer yöntemlerin (fizik muayene, laboratuvar ve radyolojik inceleme) daha yardımcı olduğunu düşünmüştür. 7 hekim bu konuda bilgisi olmadığını ifade etmiştir. "Migren, gerilim ve küme tipi baş ağrısı dışındaki diğer primer baş ağrılarında hangilerini biliyorsunuz?" sorusuna çalışmaya katılan 120 hekimden sadece 9'u doğru cevap verebilmiştir.

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

## Tartışma

Hastaların aile hekimlerinden yardım istemelerinin en sık nedenlerinden birisi baş ağrısıdır. Baş ağrısı için yaşam boyu prevalans %66 bildirilirken, migren için %14-16, gerilimi tipi baş ağrısı %46-78, küme tipi baş ağrısı için %0,1-0,3 bildirilmiştir (12). Baş ağrıları yaşam kalitesinde azalmaya neden olmasının yanı sıra toplum için de önemli bir ekonomik yük olduğu her geçen gün daha çok kabul görmekte ve işe gelmeme nedenlerinin %20'sini oluşturduğu tahmin edilmektedir (13). Baş ağrısı prevalansının sık oluşu, mevcut sağlık sistemi modelinde birinci basamağa ulaşımın öncelikli olması nedeniyle aile hekimliği baş ağrılarında stratejik bir konumda yer almaktadır.

Çalışmamıza katılan 120 aile hekiminin sadece %4,2'si aile hekimliği ihtisası yapmıştır. Bu nedenle örneklemin çoğunun genel pratisyenlerden oluştuğu düşünülebilir. Hekimlerin %77,5'i göreve başladıktan sonra baş ağrısı ile ilgili eğitim almadığını belirtmiştir. Bu durum örneklemin büyük çoğunluğunun mezuniyet öncesi eğitimleriyle yaklaşımda bulduklarına işaret etmektedir. Diğer taraftan beklendiği üzere katılımcıların %70,8'i baş ağrısı tanı ve tedavisinde

kendini yeterli görmediğini, %70'si ise baş ağrısı ile ilgili düzenli eğitim programlarına ihtiyaçları olduğunu belirterek baş ağrısı hakkındaki eğitim ve bilgi eksikliği ve bu eksikliklerin giderilmesi gerekliliğini vurgulamıştır. Benzer şekilde, hekimlerin %50'sinden fazlası baş ağrısı için ortalama 10 reçete/hafta'dan fazla reçete yazması, baş ağrısı için başvuruların oldukça sık olduğunu ve konu hakkındaki eksikliklerin daha hızlı bir şekilde düzeltilmesi gerektiğini vurgulamaktadır.

Çalışmamıza katılan hekimler migrenle ilişkili sorulara %6,7-47,5 oranında doğru yanıt verirken bu oran gerilim tipi baş ağrısı için %11,7-40,8, küme tipi baş ağrısı için %16,7-37,5 arasındaydı. Primer baş ağrıları tedavisindeki bilgileri değerlendirildiğinde ise migren tedavisinde %15-42,5, gerilim tipi baş ağrısı tedavisinde %40, küme tipi baş ağrısında %28,3-34,2 oranında doğru yanıt verdiği görülmüştür.

Kowacs ve ark'ı (14) tarafından yapılan çalışmada 52 pratisyen hekime migren hakkında sorular yönlendirilmiş, sonrasında 3,5 saat süren bir eğitim verildikten sonra tekrar değerlendirme yapılmıştır. Başlangıç skorları %61,9 olan katılımcıların eğitim sonrasındaki skorları %74,9'a yükselmiştir. Baş ağrısında eğitim programlarının etkinliğine yönelik yapılan Karlı ve ark'ının (15) çalışmasında ise 3 genel pratisyen hekim eğitim öncesi 30 hasta, eğitim sonrası 30 hastayı değerlendirmiştir, eğitim öncesinde %56,3 olan tanı doğruluğu iki günlük eğitim sonrasında bile %81'e yükselmiştir.

Primer baş ağrısı tanı, ayırıcı tanı ve tedavilerine ilişkin verilecek eğitimler sadece tanı doğruluğunu arttırmayacak aynı zamanda prevalansı sık olan bu hastalığa bağlı sosyal, ekonomik ve iş yoğunluğu yükünün de azalmasına katkı sağlayacaktır. Braschinsky ve ark'ı (16) tarafından yakın bir zamanda yapılan çalışmada yaklaşık 12.500 kişinin yaşadığı bir şehirde genel pratisyenler değerlendirilmiş, 2 günlük bir eğitim sonrasında tekrar değerlendirme yapılarak karşılaştırılmıştır. Eğitimin sonrasında hastaların sevk oranlarında azalma, diğer baş ağrısı sendromu şeklinde kodlanan baş ağrısı tanısında azalma, gerilim tipi baş ağrısı tanısında artma izlenmiştir. Tanılardaki spesifikleşmenin yanında eğitim öncesinde ileri tetkik isteme oranı %26'dan %4'e azalırken, tedavi başlama oranı %58'den %81'e artmıştır. Yapılandırılmış eğitim programlarıyla elde edilen olumlu sonuçlar hastalığın sık olması düşünüldüğünde daha da önemli olacaktır.

Hekimlerin baş ağrısı tanı ve tedavisiyle ilgili tercih ettiği bilgi kaynaklarına açısından değerlendirildiğinde en sık yöntemin online

kaynaklar olduğu görülmüştür. Mevcut kaynaklara ulaşımın artırılması, günlük pratikte kullanılabilir hale getirilmesi ve güncellenerek ulaşımının yaygınlaştırılması sadece birinci basamak hekimleri için değil tüm hekimlerin tanı doğruluğunu arttırarak iyi hekimlik uygulamalarına katkı sağlayacaktır.

Aile hekimliği başvurularında, en sık nedenlerden birini oluşturan baş ağrıları için konsültasyon oranları Birleşmiş Krallık'ta yapılan bir çalışmada yıllık konsültasyon oranı 4.4/100 hasta şeklinde bildirilmiştir (17). Kuzey Amerika'da yapılan çalışmada bu oran %1.5, Avustralya'da %1.9, Almanya'da %2.6, Hollanda'da ise %5.4 olarak bildirilmiştir (18,19). Başka bir çalışmada ise genel pratisyenlerin nöroloji konsültasyonundaki en sık nedenin baş ağrısı olduğu ifade edilmiştir (20). Çalışmamızda bu bulgularla uyumlu şekilde primer baş ağrısı tanısı konulan hastaların büyük bir kısmının üst merkezlere yönlendirileceği ifade edilmiştir. Her ne kadar hekimlerin bu beyanı gerçek sevk oranını yansıtmasa da gerçek oranların da yüksek olacağını düşündürmektedir. Ancak bu konuda hem baş ağrıları tanı ve tedavisinde bilgilendirme hem de üst merkezlere yönlendirme hakkında klinisyenlere yardımcı olabilecek rehberler yayınlanmıştır (15). Ateş, papil ödem, akut glokom gibi kırmızı bayrak semptomları vakit kaybetmeden yönlendirilmesi gerekirken, açıklanamayan fokal bulgular, aşılmadık aura semptomlarının olması ve boyun hareketleriyle şiddetlenmesi gibi durumlarda daha elektif şartlarda konsültasyonun düşünülmesi gerektiği belirtilmiştir. Almanya'da genel pratisyenlerin baş ağrısına yaklaşımı hakkında yapılan kalitatif dizayndaki bir çalışmada, hekimlerin en sık sevk etme nedenlerinin eşlik eden nörolojik semptom olması, benign baş ağrısı tanısında şüphenin olması ve muhtemel ilk migren atağı olduğu görülmüştür (21). Benzer şekilde hekimler kırmızı bayrak bulgularının sevk etmede önemli olduğunu belirtirken, tanı doğruluğundan şüphe duymalarının hastaların sevkinde belirleyici olduğunu ifade etmiştir. Bununla birlikte birinci basamak sağlık hizmetlerinin bir kısmında sınırlı sayıda tanısız test ve tetkikin olması da sevk oranlarının yükselmesine neden olabilir. Çalışmamızın bazı kısıtlılıkları vardı. Bunlardan ilki, elde edilen sonuçlar aile hekimlerinin beyanına dayanmaktaydı. Bu durum primer baş ağrılarının gerçekte hangi oranda doğru tanı aldığını, hangi ölçüde doğru tedavi edildiklerini olduğundan daha az veya daha fazla göstermiş olabilir. Bununla birlikte hekimlere yönlendirilen bilgi düzeyini ölçmek için kullanılan formda yer alan sorular

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

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

## Kaynaklar

1. Karlı N, Zarifoğlu M, Erteş M, Saip S, Öztürk V, Neyal M ve ark. Economic impact of primary headaches in Turkey: a university hospital based study: Part II. J Headache Pain 2006; 7(2): 75-82.
2. Ropper HA, Samuels MA, Ed: Emre M. Adams and Victor's Principles of Neurology, 9. Baskı. Ankara: Ayrıntı Basımevi 2011; 162-188.
3. Bradley WG, Daroff BR, Fenichel GM, Jankovic J, Ed: Tan E, Özdemir SE. Neurology in Clinical Practice. 5. Baskı. Ankara: Kalkan Matbaacılık 2008; 134-210, 2011-2059.

4. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Öğretim Üyeleri, Ed: Öge EA, Baykan B. Nöroloji. 2.Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi 2011; 373-393.
5. Russell MB. Epidemiology and genetics of cluster headache. *Lancet Neurol* 2004; 3(5): 279-283.
6. Beck E, Sieber WJ, Trejo R. Management of cluster headache. *Am Fam Physician* 2005; 71(4): 717-724.
7. Başak O, Atay E, Polatlı D. Birinci basamak sağlık hizmetleri ve aile hekimliği: pratisyen hekimlerin yaklaşımları. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi* 2002; 6: 36-41.
8. Ünlüoğlu İ. Dünyada ve Türkiye’de aile hekimliğinin gelişimi. *Aktüel Tıp Dergisi* 2004; 9: 5-9.
9. Türkiye’de Aile Hekimliği: [http://ailehekimligi.gov.tr/index.php?option=com\\_content&view=category&layout=blog&id=54&Itemid=213](http://ailehekimligi.gov.tr/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=54&Itemid=213).
10. The International Classification of Headache Disorders. 2nd ed. *Cephalalgia* 2004; 24(1): 24-26.
11. Becker WJ, Findlay T, Moga C, Scott NA, Harstall C, Taenzer P. Guideline for primary care management of headache in adults. *Canadian Family Physician* 2015; 61(8): 670-679.
12. Bigal ME, Lipton RB, Stewart WF. The epidemiology and impact of migraine. *Neurol Neurosci Rep* 2004; 4(2): 98-104
13. Robbins MS, Lipton RB. The epidemiology of primary headache disorders. *Semin Neurol* 2010; 30(2): 107-119
14. Kowacs PA, Twardowschy CA, Piovesan ÉJ, Dal-Prá Ducci R, Henrique Déa Cirino R, Hamdar F, et al. General practice physician knowledge about headache: evaluation of the municipal continual medical education program. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria* 2009; 67(3): 595-599
15. Karlı N, Zarifoglu M, Erer S, Pala K, Akis N. The impact of education on the diagnostic accuracy of tension-type headache and migraine: a prospective study. *Cephalalgia* 2007; 27(1): 41-45.
16. Braschinsky M, Haldre S, Kals M, Arge M, SaAr B, Niiebek M, et al. Structured education to improve primary care management of headache: how long do the benefits last? A follow-up observational study. *Eur J Neurol* 2017; 0: 1-6.
17. Jensen R, Tassorelli C, Rossi P, Allena M, Osipova V, Steiner T, et al. A basic diagnostic headache diary (BDHD) is well accepted and useful in the diagnosis of headache. a multicentre European and Latin American study. *Cephalalgia* 2011; 31(15): 1549-1560.
18. Buse DC, Rupnow MF, Lipton RB. Assessing and managing all aspects of migraine: migraine attacks, migraine-related functional impairment, common comorbidities, and quality of life. *Mayo Clinic proceedings. Mayo Clinic* 2009; 84(5): 422-435.
19. Latinovic R, Gulliford M, Ridsdale L. Headache and migraine in primary care: consultation, prescription and referral rates in a large population. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2006; 77(3): 385-387.
20. Charles J, Ng A, Britt H. Presentations of headache in Australian general practice. *Australian Family Physician* 2005; 34(8): 618-619.
21. Frese T, Druckrey H, Sandholzer H. (2014). Headache in General Practice: Frequency, Management, and Results of Encounter. *International Scholarly Research Notices*, 2014, 169428. <http://doi.org/10.1155/2014/169428>.