



T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü



MİGRENLİ HASTALARIN YAŞAM KALİTESİ VE SAĞLIK ALGISININ İNCELENMESİ

Yüksek Lisans Tezi

Hande ÖZMEN ÜNAL

İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

İzmir
2024

T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü

MİGRENLİ HASTALARIN YAŞAM KALİTESİ VE SAĞLIK ALGISININ İNCELENMESİ

Hande ÖZMEN ÜNAL

Danışman
Prof. Dr. Ayfer KARADAKOVAN

İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
İç Hastalıkları Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı

İzmir
2024

Tez Değerlendirme Kurulu Üyeleri

Adı-Soyadı : Hande ÖZMEN ÜNAL

(İmza)

Başkan : Prof.Dr. Ayfer KARADAKOVAN

(Danışman)

Üye : Prof.Dr. Öznur USTA YEŞİLBALKAN

Üye : Prof.Dr. Özlem KÜÇÜKGÜÇLÜ

Yüksek Lisans Tezinin kabul edildiği tarih: 04.01.2024

Önsöz

Baş ağrısı insanlığın varlığından bu yana önemli sağlık sorunlarından biridir. Baş ağrısı hastaları özellikle en üretken oldukları yaşlarda etkiler. Migren primer baş ağrıları içerisinde en çok işgücü kaybına yol açan baş ağrılarından biridir. Tekrarlayan migren atakları hastaların endişelerini arttırmakta, aile hayatını, çalışma ve toplumsal yaşamı, yaşam kalitesini ve sağlık algısını negatif etkiler. Bunun yanı sıra işgücünde de kayıplara sebep olabilmekte ve topluma ekonomik yük getirmektedir. Migrenin yaşam kalitesine olan etkilerinin değerlendirilmesi yaşam kalitesinin artırılmasında ve hastalığın yönetilmesinde oldukça önemli bir yer tutmaktadır. Günümüzde migrene özgü spesifik yaşam kalitesi ölçüm araçlarının hemşireler tarafından kullanılması hemşirelik bakımının etkinliğinin artmasına fayda sağlayacaktır. Migrende etkin hemşirelik bakımı verilmesi hastalığın iyi yönetilmesine ve tedaviye uyumun artmasına ve sağlık algısının iyileştirilmesine fayda sağlayacaktır. Çalışmamızın hemşireler tarafından migrene özgü spesifik yaşam kalitesi ölçüm araçlarının kullanılması ve önemi konusunda literatüre katkı sağlayacağını ve hemşireler tarafından farkındalık oluşturacağını temenni ederim.

İzmir, 2024

Hande ÖZMEN ÜNAL

Özet

Migrenli Hastaların Yaşam Kalitesi ve Sağlık Algısının İncelenmesi

Amaç: Bu çalışma migrenli hastaların yaşam kalitesi ve sağlık algısının incelenmesi amacıyla planlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Migren hastalarında yaşam kalitesi ve sağlık algısını değerlendiren tanımlayıcı ve kesitsel bir çalışmadır. Çalışmaya İzmir İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı Torbalı Devlet Hastanesi ile Tire Devlet Hastanesi Nöroloji Polikliniklerine kayıtlı 253 migren tanılı gönüllü alınmıştır. Hastalardan verilerin toplanması için, sosyo-demografik özellikleri belirleyen “Birey Tanıtım Formu” yaşam kalitesini değerlendiren “Migrende 24 Saatlik Yaşam Kalitesi Ölçeği” ile sağlık algısını değerlendiren “Sağlık Algısı Ölçeği” kullanılmıştır. Verileri araştırmacı yüz yüze görüşmeyle toplanmıştır. Ulaşılan veriler lisanslı SPSS 25 paket programıyla analiz edilmiştir. Anlamlılık $p < 0,05$ düzeyinde değerlendirildi.

Bulgular: Migren hastalarında yaşam kalitesini etkileyen etkenler; cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, ağrıyla ortaya çıkan faktörler ve ağrıyı tetikleyen faktörlerdir. Çalışmaya katılan hastaların %81,82’si kadın %18,18’i erkektir. Kadınların yaşam kalitesi erkeklere kıyasla daha düşükken, sağlık algısı daha yüksek bulundu. Çalışmamızda yaşam kalitesiyle sağlık algısı arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır ($p > 0,05$). Araştırmaya katılmış olan hastaların yaşam kalitelerinin olumsuz etkilendiği sonucuna varıldı.

Sonuç: Migrenin hastaların yaşam kalitesini olumsuz etkilediği sonucuna ulaşıldı. Migren hastaların sağlık algılarını da etkilemektedir. Hemşire sağlık algısındaki değişimin farkında olmalıdır. Migren yönetiminde hastalığa özgü yaşam kalitesi ölçeklerinin hemşireler tarafından kullanılması etkin hemşirelik bakımı verilmesine ve yaşam kalitesinin artmasına katkı sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler; Migren, Yaşam Kalitesi, Sağlık Algısı, Hemşirelik

Abstract

Examination of Quality of Life and Health Perception of Migraine Patients

Objective: This study was planned to examine the quality of life and health perception of migraine patients.

Study Design and Methodology: This descriptive and cross-sectional study focused on evaluating the quality of life and health perceptions of migraine patients. A total of 253 volunteer patients diagnosed with migraine from the Neurology Polyclinics of Torbalı State Hospital and Tire State Hospital under the İzmir Provincial Health Directorate participated in this research. The 'Individual Identification Form' to gather socio-demographic data, the '24-Hour Quality of Life in Migraine Scale' for assessing quality of life, and the 'Health Perception Scale' for evaluating health perception were utilized to collect data. The researcher conducted face-to-face interviews to gather this information. The data were analyzed using the SPSS 25 software under a licensed agreement. Statistical significance was set at $p < 0.05$.

Findings: The study identified several factors influencing the quality of life in migraine sufferers, including gender, age, marital status, education level, pain-related factors, and pain triggers. The study population consisted of 81.82% females and 18.18% males. It was observed that while the quality of life was generally lower in females, their health perception was found to be higher. The study did not find a significant correlation between quality of life and health perception ($p > 0.05$), indicating a generally negative impact on the patients' quality of life.

Conclusions: The living conditions of migraine have reached a negative state. Migraine also reflects patients' perceptions of their health. The change in the nurse's perception of health needs to be known. The use of specific quality of life scales of the migraine regimen by Certificates can contribute to effective Official updating and increasing the standard of living.

Keywords; Migraine, Quality of Life, Health Perception, Nursing

İçindekiler

Önsöz	II
Özet.....	III
Abstract.....	IV
İçindekiler	V
Tablolar Dizini.....	VII
Kısaltmalar Listesi	VIII
1. Giriş	1
1.1. Araştırmanın Konusu	1
1.2. Araştırmanın Amacı	3
1.3. Araştırmanın Önemi.....	3
1.4. Araştırma Sorusu	4
1.5. Araştırmanın Hipotezleri	4
1.6. Araştırmanın Varsayımları.....	4
1.7. Araştırmanın Sınırlılıkları	5
1.8. Tanımlar	5
2. Genel Bilgiler	6
2.1. Migren	6
2.1.1. Migren Tanım.....	6
2.1.2. Migren Tarihçesi	6
2.1.3. Migren Epidemiyolojisi	7
2.1.4. Migren Patofizyolojisi.....	7
2.1.5. Migrende Tanı Kriterleri	8
2.1.6. Migren Sınıflaması.....	9
2.1.7. Migren Evreleri	10
2.1.8. Migrenin Tetikleyicileri	12
2.1.9. Migren ve Yaşam Kalitesi	13
2.1.10. Migren ve Sağlık Algısı.....	14
2.1.11. Migren Tedavisi.....	14
2.1.12. Migrende Hemşirelik Yönetimi	15
3. Gereç-Yöntem.....	17
3.1. Araştırmanın Tipi	17
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	17

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	17
3.3.1. Araştırmaya Dahil Edilme Ölçütleri	18
3.3.2. Araştırmadan Dışlama Ölçütleri	18
3.4. Araştırmanın Bağımlı-Bağımsız Değişkenleri.....	18
3.4.1. Araştırmanın Bağımlı Değişkeni	18
3.4.2. Araştırmanın Bağımsız Değişkeni	18
3.5. Veri Toplama Yöntemleri.....	18
3.5.1. Birey Tanıtım Formu	19
3.5.2. Migrende 24 Saatlik Yaşam Kalitesi Ölçeği	19
3.5.3. Sağlık Algısı Ölçeği	19
3.6. Verilerin Analizi ve Değerlendirme Teknikleri.....	20
3.7. Süre ve Olanaklar	21
3.8. Etik	21
4. Bulgular.....	22
4.1. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular	22
4.2. Hastaların Yaşam Kalitesi ve Sağlık Algısı Ölçeği Ortalamalarına İlişkin Bulgular.....	26
5. Tartışma	40
5.1. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması	40
5.2. Hastaların Yaşam Kalitesi ve Sağlık Algısı Ölçeği Ortalamalarına İlişkin Bulguların Tartışılması.....	42
6. Sonuç ve Öneriler	46
6.1. Sonuçlar	46
6.2. Öneriler	47
Kaynaklar	48
Ekler	54
Teşekkür	66
Özgeçmiş	67

Tablolar Dizini

Tablo 1. Hastalarının Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı	22
Tablo 2. Hastaların Hastalık Özelliklerine Göre Dağılımı	22
Tablo 3. Hastaların İlaç Kullanma Durumuna Göre Dağılımı	23
Tablo 4. Hastalara Ağrıya Yönelik Uygulanan İlaç Dışı Tedavi Yöntemlerinin Dağılımı	23
Tablo 5. Hastaların Ağrıya Eşlik Eden Bulgularına Göre Dağılımı	24
Tablo 6. Hastaların Ağrıyı Tetikleyen Faktörlere Göre Dağılımı	25
Tablo 7. Ölçek Alt Boyutlarına İlişkin Frekans Dağılımı, Normallik ve Güvenilirlik Sonuçları	26
Tablo 8. Hastaların Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Sağlık Algısı Ölçeği Puanlarının Cinsiyete Göre Karşılaştırması	28
Tablo 9. Hastaların Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Sağlık Algısı Ölçeği Puanlarının Medeni Duruma Göre Karşılaştırması	29
Tablo 10. Hastaların Yaşam Kalitesi ve Sağlık Algısı Ölçek Puanlarının Eğitim Durumuna Göre Karşılaştırması	29
Tablo 11. Hastaların Yaşam Kalitesi ve Sağlık Algısı Ölçeği Puanlarının Ev ve İş Yaşantısını Etkileme Durumuna Göre Karşılaştırması	31
Tablo 12. Hastaların Yaşam Kalitesi ve Sağlık Algısı Ölçeği Puanlarının Ailede Migren Öyküsüne Göre Karşılaştırması	33
Tablo 13. Hastaların Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Sağlık Algısı Ölçeği Puanlarının Migren İlacını Düzenli Kullanma Durumuna Göre Karşılaştırması	33
Tablo 14. Hastaların Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Sağlık Algısı Ölçeği Puanlarının Uygulanan Tedaviye Göre Karşılaştırması	34
Tablo 15. Ölçek Alt Boyutları ile Değişkenlerin Karşılaştırması	37
Tablo 16. Hastaların Yaşam Kalitesi ve Sağlık Algısı Ölçeği Puanları Arasındaki İlişki	38

Kısaltmalar Listesi

DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
ICF	: International Classification of Functioning Disability and Health
IHS	: International Headache Society
MIDAS	: Migren Dizabilite Değerlendirme Skalası
WHO-DAS II	: World Health Organization Disability Assessment Schedule, Second Version
WHOQOL	: World Health Organization Quality of Life Instrument

1. Giriş

1.1. Araştırmanın Konusu

Baş ağrıları insanların en sık yaşadığı yakınmalardan biridir. Baş ağrısı; sıkça karşılaşılmaması, işgücü/okul günü kaybına yol açması, bireysel ve sosyal birçok alanda kayıplara neden olması ve bireylerin yaşam kalitesi üzerinde etkiler doğurması vb. nedenler ile önemli bir sağlık problemidir (Sönmezler ve ark.2013).

Migren, dünya genelinde yaygın olarak görülen bir baş ağrısı türüdür ve insanların yaşam kalitesini önemli ölçüde etkileyebilir. Uluslararası Baş Ağrısı Topluluğu (IHS, 2013) tarafından belirlenen kriterlere göre, migren genellikle ataklar halinde ortaya çıkar ve bu ataklar 4 ile 72 saat arasında sürebilir. Ağrı, çoğunlukla başın tek bir tarafında yoğunlaşır ve zonklayıcı veya sıkıştırıcı bir nitelik taşır. Migren atakları sırasında, hastalar sıklıkla bulantı ve kusma yaşarlar ve ışığa veya kokulara karşı aşırı hassasiyet geliştirebilirler. Bu semptomlar, bireyin günlük aktivitelerini yapmasını zorlaştırır ve yaşam kalitesini düşürür.

Migrenin ciddiyeti ve yaygınlığı göz önüne alındığında, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından yapılan bir değerlendirmede, bu durumun iş gücü kaybına neden olan hastalıklar arasında 19. sırada olduğu belirtilmiştir (Ünal, 2016). Kadınlar arasında ise bu sıralama daha da yüksek olup, migren kadınlarda daha sık rastlanan ve yaşam kalitelerini etkileyen önemli bir sağlık sorunu olarak 12. sıradadır. Bu veriler, migrenin sadece bireysel bir sağlık sorunu olmaktan öte, toplumsal ve ekonomik etkileri olan ciddi bir rahatsızlık olduğunu göstermektedir. Bu nedenle, migrenin etkili bir şekilde tanımlanması, yönetilmesi ve tedavi edilmesi, hem bireylerin yaşam kalitesini artırmak hem de toplumsal ve ekonomik yükü azaltmak açısından büyük önem taşımaktadır.

“Migren, kronik, paroksizmal nörovasküler” bir hastalıktır. Herhangi bir yaş döneminde başlayabilmektedir fakat ileri yaşlarda ataklar azalmaktadır. Sıklıkla adölesan dönemde başlamakta en çok 30-50 yaşları arasında görülmektedir (Sönmezler 2013). Migren ataklarının %10'u auralı migren atağı şeklindedir. Migren aurası bir ataktan önce, beraberinde ya da nadiren ardından görülmekte olan fokal nörolojik semptomların (pozitif ya da negatif) bir karışımıdır (Büyükyörük, 2017).

Sağlık DSÖ tarafından 1948 senesinde “hastalığın ya da sakatlığın olmaması durumu” şeklinde değil “fiziki, zihinsel ve toplumsal olarak tam iyilik durumu”

şeklinde tanımlanmıştır. Tam iyilik durumunun ne olduğuyla ilgili yapılmış olan tanımlar “yaşam kalitesi” teriminin ortaya çıkmasını sağlamıştır. DSÖ’ nün hedefi bütün bireylerin sağlıklı, sosyal ve ruhi manada üretken olmasıyla daha iyi bir yaşam kalitesine sahip olmasıdır. (WHOQOL), yaşam kalitesini oldukça geniş ve kapsamlı bir bakış açısıyla tanımlamaktadır. Bu tanıma göre, yaşam kalitesi, bir bireyin kendi kültürel ve değerler sistemi bağlamında, kişisel hedefleri, beklentileri, standartları ve endişeleri ışığında, yaşamındaki çeşitli durumları nasıl algıladığı ve değerlendirdiği ile ilgilidir. Bu tanım, yaşam kalitesinin sadece dışsal koşullar veya maddi durumlarla sınırlı olmadığını, aynı zamanda bireyin kendi iç dünyasının ve kişisel değerlendirmelerinin de önemli bir rol oynadığını vurgulamaktadır. Bu tanım, yaşam kalitesinin öznel bir kavram olduğunu ve her bireyin yaşam kalitesini, kendi benzersiz perspektifleri, yaşam deneyimleri ve kişisel değer yargıları çerçevesinde değerlendirdiğini göstermektedir. Bu, yaşam kalitesi kavramının, bireyler arası farklılıkları ve çeşitliliği kucaklayan bir yaklaşımı temsil eder. Ayrıca, bu tanım, sağlık profesyonellerinin ve politika yapımcıların, bireylerin yaşam kalitesini değerlendirirken ve iyileştirmeye yönelik stratejiler geliştirirken, geniş bir perspektife sahip olmaları gerektiğini de göstermektedir. Bireyin kendi kültürel ve değerler sistemine, hedeflerine, beklentilerine ve endişelerine duyarlı yaklaşımlar, yaşam kalitesini artırmak için hayati öneme sahiptir. Bu, sağlık hizmetlerinin birey merkezli bir yaklaşıma sahip olması gerektiğinin altını çizen bir yaklaşımdır ve her bireyin benzersiz ihtiyaç ve beklentilerinin anlaşılmasını gerektirir.

Migren hastalığının hastaların sağlık ile ilgili yaşam kalitesi üstündeki etkileri belirlenirken, söz konusu etkilerin “International Classification of Functioning, Disability and Health” (ICF) bağlamında karşılığını gösterememek bir problemidir. Yaşam kalitesiyle ICF’te tanımlanmış olan biyo-psiko-sosyal yaklaşımdaki özürlülüğün ilişkisinin ortaya konulması için İtalya’da yapılmış olan bir araştırmada genel yeni bir araç olan “World Health Organization Disability Assessment Schedule, second version WHO-DAS II” kullanılmıştır. Söz konusu araştırmada ayrıca MIDAS yani “Migren Dizabilite Değerlendirme Skalası” ile WHO-DAS II arasındaki ilişkiler de ele alınmıştır. Çalışmanın neticesinde yaşam kalitesiyle WHO-DAS II’nin migrenin değişik psiko-sosyal cephelerini ele aldığı, araştırmanın her ikisini de araştırmalarda kullanmasının gerekli olduğu, çünkü iktisadi olarak oluşan yükten ayrı olarak bireyin işlevselliğinin ciddi derecede etkilendiğinin ortaya

konulduğu ifade edilmiştir. Migren, kişilerin evleriyle işyerlerindeki verimliliği üzerinde etkili olmaktadır ve daha fazla hastaneye gitmelerine yol açmaktadır. Bütün bunlar yaşam kalitesi üzerinde ciddi derecede etkilidir (Kollewe, 2016).

Son 20 senede hastalık yükü kavramının önemiyle tedavi alternatiflerinin hastaların sağlığı üstüne etkileri konusunda farkındalıklarında artış olmuştur. Nesnel ölçeklerle bu çalışmaların klinik araştırmalarda değerlendirildiği karşılaşılmaktadır. Hastalığın yönetiminde objektif değerlendirme araçlarının kullanımı yararlı olmaktadır. Migren konusunda da söz konusu değerlendirme araçlarının geliştirilerek güvenilirliğinin gösterilmesi hastanın bakış açısından migren hastalığının algılanmasını temin etmiştir. Yaygın şekilde, hastalarının yaşam kalitesiyle alakalı veriler, tedavi memnuniyetiyle bireysel ihtiyaçların belirlenmesini temin ederek daha iyi tedavi yaklaşımlarıyla mücadele etme metotları geliştirilmesinde yararlıdır (Taşkapılıoğlu & Karlı, 2013).

1.2. Araştırmanın Amacı

Çalışmamızın amacı; migrenli hastaların yaşam kalitesi ve sağlık algısını değerlendirmektir.

1.3. Araştırmanın Önemi

Baş ağrısı toplum içinde en çok görülen yakınmalar arasındadır. Hayat boyu minimum bir defa baş ağrısı deneyimleyen bireylerin oranı %90'ın üzerinde ve kadınlarda erkeklere oranla daha fazla görülmektedir. (Baş Ağrısı Tanı ve Tedavi Güncel Yaklaşımlar, 2018).

Migren gastrointestinal, otonom, nörolojik, değişimlerin olduğu tekrarlayan bir baş ağrısı çeşididir. Migren ile beraber sıkça psikiyatrik hastalıklar, "Raynaud fenomeni, hipertansiyon, mitral kapak prolapsusu" gibi kardiyovasküler ve "inme ve eplepsi" vb. öteki sistem rahatsızlıkları söz konusu olabilir (Yaşar 2013). Migren, engelliliğe yol açan yaygın bir primer baş ağrısı bozukluğudur. Migren hastalığının yüksek prevalansı, sosyo-ekonomik ile bireysel tesirleri pek çok epidemiyolojik çalışma ile belgelenmiştir. "Küresel Hastalık Yükü Çalışmasında" (GBD2010) migren dünyada prevalansı en fazla 3. bozukluk şeklinde verilmiştir. Bir diğer "Küresel Hastalık Yükü Çalışmasında" (GBD2015) da dünya çapında 50 yaşının altında olan erkeklerle kadınlar arasında engellilik sebepleri bakımından 3. sıradadır (Baş Ağrısı Bozukluklarının Uluslararası Sınıflaması, 2021).

Bireylerin objektif ve subjektif sağlık algısı sağlıklı olarak değerlendirmede önemlidir. Sağlık algısı, sağlıkla ilgili davranışları ve sağlık sorumluluğunu etkiler. Bundan dolayı sağlık algısı, kişiye sağlıklı yaşam davranışlarının kazandırılmasıyla devam ettirilmesini hedefleyen sağlığın geliştirilmesi süreciyle ilgilidir (Açıksöz ve ark. 2013). Migren de öteki kronik hastalıklarda olduğu gibi yaşam kalitesini negatif olarak etkiler (Sönmezler 2013). Migren bireylerin sağlık algısını da etkilemektedir. Bireyin hastalığını yönetmede sağlık algısı önemli rol oynamaktadır. Migrenli bireylerin kendi sağlıklarını nasıl algıladığı, hastalığın yönetiminde ve yaşam kalitesinde önemli rol oynamaktadır. Bu sebeple bireylerin yaşam kalitesinin artırılmasında yaşam kalitesi değerlendirmenin önemi büyüktür. Literatür incelendiğinde migrenli bireylerde yaşam kalitesi ve sağlık algısı ilişkisini inceleyen çalışmalara ihtiyaç olduğu görülmüştür ve çalışmamızda migrenin sağlık algısı üzerindeki etkisi ve yaşam kalitesi ile ilişkisi incelenmiştir. Ülkemizde migrenli bireylere spesifik yaşam kalitesi ölçeklerinin hemşireler tarafından uygulanması etkin hemşirelik bakımı verilmesine ve yaşam kalitesini artırmaya faydalı olabilir. Hemşire migrenli hastaların sağlık algısındaki değişimlerin farkında olmalı ve hemşirelik bakımı verirken bireyin sağlık algısını göz ardı etmemelidir.

1.4. Araştırma Sorusu

P: Patient (Birey): Migren hastaları oluşturmıştır.

I: Intervention (Müdahale/Girişim): “Migrende 24 Saatlik Yaşam Kalitesi Ölçeği” ile “Sağlık Algısı Ölçeği” kullanılmıştır.

C: Comparison (Kıyaslama): Kıyaslama yapılmamıştır.

O: Outcome (Sonuç): Migren hastalarının yaşam kalitesi ve sağlık algısı ve bunlar arasındaki ilişki değerlendirilmiştir.

1.5. Araştırmanın Hipotezleri

H1: Migrenin hastaların yaşam kalitesine etkisi vardır.

H2: Migrenin hastaların sağlık algısına etkisi vardır.

1.6. Araştırmanın Varsayımları

Araştırmada migren hastalarının yaşam kalitesini ve sağlık algısını değerlendirme ve ikisi arasındaki ilişkiyi saptamaya katkı sağlayacağı varsayılmaktadır.

1.7. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma Torbalı Devlet Hastanesi ve Tire Devlet Hastanesi ‘‘Nöroloji Polikliniği’’nde, belirlenen tarihler arasında tek bir araştırmacı tarafından, polikliniğe kayıtlı ve takipli hastalarda sürdürülecek olması, ölçekleri kullanmanın belirli bir okuma-yazma düzeyi ve sosyo-kültürel durum gerektirmesi araştırmanın sınırlılıkları içerisinde.

1.8. Tanımlar

Migren: Genellikle bilateral, zonklayıcı karakterdeki ‘‘bulantı, kusma, fotofobi, fonofobi vb.’’ semptomların bulunduğu, karmaşık patofizyolojisi olan, toplumda sık sık karşılaşılan ataklar halinde gelen bir baş ağrısıdır (American Headache Society, 2019).

Yaşam Kalitesi: Hastanın, içinde bulunduğu kültür yapısı ve değerler sistemi açısından ve kendi amaç, beklenti, standart ve kaygıları bakımından, hayattaki durumuyla alakalı bireysel algısıdır (WHOQOL).

Sağlık Algısı: Sağlık algısı, bireyin kendi sağlığı üzerinde değerlendirme yapmasıdır. Bireyin kendi sağlığına ilişkin duygularını, düşüncelerini, önyargılarını ve beklentilerini de içeren bir örüntüdür (Açıksöz, 2013).

2. Genel Bilgiler

2.1. Migren

2.1.1. Migren Tanım

Tek taraflı zonklayıcı karakterde baş ağrısıyla kendini gösteren, bulantıyla kusma vb. değişik semptomların bulunabileceği primer, epizodik, genetik geçişli bir baş ağrısıdır. Migren ataklar halinde kendini göstermektedir. Atak süresi genellikle 4-72 saattir (Robbins ve ark, 2013).

2.1.2. Migren Tarihçesi

Migrenle alakalı ilk yazılar M.Ö. 1200 senesinde eski Mısırlılarca kaleme alınmıştır. Söz konusu dönemdeki yazılar migrenden nevralji ve zonklayıcı baş ağrısı biçimde söz etmektedir.

Migreni, MS 200'lü yıllarda Galen Yunan dilindeki "hemicrania" sözcüğünden türetmiştir. Milattan sonra 2. yy'da Aretaeus sıkça başın bir tarafında duyumsanan, bulantıyla beraber kendini gösteren ağrısız dönemlerin izlediği bir baş ağrısı tanımlanmıştır. Aretaeus migrenin ilk klasik tanımını yapmış sayılmaktadır. Thomas Willis (1621-1675) migrendeki vasküler ve kalıtsal etkenler üstüne ilk çağdaş yazıyı kaleme almıştır. Daha sonra (1728-1797) Tisso migrenin klinik tasnifi, belirtiler üstüne yazılar kaleme alınmıştır.

1873'te Lieving migren ve farklı varsyanları ilk defa sistematize etmiştir.

1938'de Graham ile Wolff migreni ve semptomlarına dair ilk detaylı bilgileri ortaya koymuştur.

"Uluslararası Baş Ağrısı Derneği (International Headache Society-IHS)" 1988 senesinde baş ağrılarını formel olarak sınıflandırmıştır ve bütün dünyada ortak kullanıma sunmuştur. 2004 senesinde tanıları revize edilmiştir.

Wolff migren ile kişilik özellikleri arasındaki bağlantıya da dikkat çekmiştir. Wolff migreni bulunan kişilerde sert, hırslı, mükemmelliyetçi kişilik tipiyle obsesyonları özellikler tanımlanmış; bu insanlarda engellenmelerle ve gerilimlerle mücadele etmede veya bunları ifade etmede yetersizliklerin meydana geldiğini belirtmiştir (Tombul ve ark, 2015).

2.1.3. Migren Epidemiyolojisi

Migren görülme oranı erkeklerde yaklaşık %11, kadın bireylerde %19'dur. 2015 senesinde "Ulusal Hastalık Yüğü" (Stovner ve ark, 2018) çalışmaları migrenin kadın bireyler için 4., erkek bireyler için 8. sırada olduğunu göstermektedir (Scher ve ark, 2019).

Migren görülme sıklığı ülkeler arası değişkenlik gösterebilmektedir. Migren oranları Asya ve Afrika'da Avrupa'daki ülkelere göre daha düşüktür (Bigal ve Lipton, 2009). Ülkemizde 2008 senesinde, 21 kentte yapılmış olan bir araştırmada migren görülme oranı %16,4 şeklinde belirtilmiştir, 2013 yılındaysa %16,7 civarına artmıştır (Atalar ve ark, 2019). Ülkemizde yapılmış olan benzer bir araştırmada 15-65 yaşında migren görülme olasılığı %16,4 olarak rapor edilmiş ve söz konusu oranın kadın bireylerde %21,8 erkek bireylerde %10,9 olduğu ifade edilmiştir (Berktas ve ark, 2019).

Yapılan çalışmalarda migrenle karşılaşılma oranının yaşa ve cinsiyete dayalı olarak değişkenlik gösterdiği belirtilmiştir. Gelişmiş ülkelerde yapılmış olan kimi epidemiyolojik araştırmalarda migrenin sıklığı kadınlarda %12-24; erkeklerde %5-12 oranındadır. Kadınlardaki oranı 30-40 yaşında en üst değere ulaşmıştır ve menopozun ardından aşamalı biçimde düşmektedir (Finocchi ve Strada, 2014).

2.1.4. Migren Patofizyolojisi

Migrende ağrının temelini çeşitli faktörlerle tetiklenen nöronal vasküler değişikliklerin trigeminal vasküler sistemi aktive etmesi oluşturur.

Migrenin nasıl başladığı, beynin hangi bölgelerinde oluştuğu yeterince bilinmemektedir. Son yıllarda yapılan çalışmalarda atak dönemleri arasında beyin aktivitelerindeki artış olduğu söylenmektedir. Baş ağrısı sürecinde trigeminal sinir aktivasyonun rolü vardır. Aktivasyondan sonra da ikincil damarlarda meydana gelen dilatasyon ve nörojenik inflamasyon baş ağrılarına neden olabilmektedir. Kortikal olarak yayılmış olan depresyon gri maddedeki nöronal ve glial membranların masif depolarizasyonu ile iyon değişikliği halindeki eksitabilitesiyle ilgili olduğu tahmin edilmektedir.

Nöronal, glial ve vasküler hücrelerin dahil olduğu yayılan depresyon dalgalar serebral korteksi etkilemektedir.

Migren atağının ardında yatan biyolojik süreçler oldukça karmaşık ve çeşitlidir. Bu süreçler, kortikal yayılan depresyon olarak adlandırılan bir fenomenle başlar. Bu durum, beyin kabuğunda (korteks) başlayıp yayılan bir dizi değişiklikleri içerir ve beyin parankiminin (beynin temel dokusunun) intrinsik olaylarını tetikler. Bu olaylar, trigeminovasküler sistem dediğimiz, beyin ile damarlar arasındaki sinir bağlantılarını aktive eder. Bu aktivasyon sonucunda, ağrının tek taraflı olarak hissedilmesine neden olan lateralize ağrı meydana gelir. Migrenin bir diğer önemli yönü, periferik trigeminal sinir liflerindeki değişikliklerdir. Bu liflerde bulunan nöropeptitlerin, kan damarlarının çevresine salınması sonucu vazodilatasyon (damar genişlemesi) ve kan akımındaki artışla beraber proteinlerin damar dışına sızması (protein ekstrasvazasyonu) gerçekleşir. Bu durum, nörojenik inflamasyon olarak adlandırılan bir iltihabi sürece yol açar. Oluşan vazodilatasyon ve ödem, trigeminal sinir liflerinin daha fazla aktifleşmesine neden olur ve bu da ağrının artmasına sebep olabilir. Migren ataklarının oluşum mekanizması, kortikal yayılan depresyon, beyin kabuğunun aşırı uyarılması ve trigeminovasküler sistemin neden olduğu nöronal ve vasküler değişiklikler gibi bir dizi karmaşık etkileşimden kaynaklanır. Bu süreçlerin her biri migrenin tipik semptomları olan şiddetli, zonklayıcı baş ağrısına, bulantıya ve ışığa duyarlılığa katkıda bulunur. Bu bilgiler, migrenin sadece basit bir baş ağrısı değil, beyinde meydana gelen karmaşık değişikliklerin bir sonucu olduğunu göstermektedir. Bu karmaşıklık, migrenin nedenlerini ve tedavi yöntemlerini anlamada önemli bir rol oynar. kaynaklanır (Evren ve Bolay, 2013).

2.1.5. Migrende Tanı Kriterleri

Uluslararası Baş Ağrısı Derneği (International Headache Society- IHS) 1998 senesinde migreni sınıflandırmıştır ve ölçütleri belirleyip standartlar oluşturmuştur. Sonradan 2004 senesinde migren tasnifi yeniden ele alınıp dünya çapında kullanılabilecek biçimde güncellenmiştir.

Tanısal ölçütler “Uluslararası Baş Ağrısı Topluluğu”na aşağıdaki gibi tanımlanır:

- 6 aylık bir zaman diliminde minimum 5 atağın gerçekleşmesi,
- Baş ağrısının birkaç saat ile birkaç gün arasında süregitmesi (4-72 saat),
- Baş ağrısında aşağıda yer alan özelliklerden minimum 2’sinin yer alması
- Baş ağrıının orta şiddette ya da çok şiddetli olması,
- Fiziki aktivite ile ağrının artması,

- Tek taraflı olması,
- Zonklayıcı (pulsatil) ağrıların görülmesi,
- Baş ağrılarının, bulantıyla ya da kusmayla gürültü ya da ışık duyarlılığı özelliklerinin minimum biri ile ilişkide olması,
- Hasta öyküsünde ve muayenesinde farklı bir baş ağrısı nedenine rastlanmaması.

2.1.6. Migren Sınıflaması

Migren hastalığında sınıflama yapmanın amacı, tüm hastalıklarda olduğu gibi benzer bulguları bulunan hastalıkları gruplandırarak ideal tedavi standartlarının saptanmasıdır. Aşağıdaki tasnif “Uluslararası Baş ağrısı Birliği/IHS – International Headache Society”nin 2018 senesinde yayımladığı son tasniften alınmıştır.

“1. Migren

1.1. Aurasız migren

1.2. Auralı migren

1.2.1. Tipik auralı migren

1.2.1.1. Baş ağrılı tipik aura

1.2.1.2. Baş ağrısız tipik aura

1.2.2. Beyin sapı auralı migren

1.2.3. Hemiplejik migren

1.2.3.1. Familial hemiplejik migren (FHM)

1.2.3.1.1. Familial hemiplejik migren tip 1 (FHM1)

1.2.3.1.2 Familial hemiplejik migren tip 2 (FHM2)

1.2.3.1.3. Familial hemiplejik migren tip 3 (FHM3)

1.2.3.1.4. Familial hemiplejik migren, diğer lokus

1.2.3.2. Sporadik hemiplejik migren (SHM)

1.2.4. Retinal migren

1.3. Kronik migren

1.4. Migren komplikasyonları

1.4.1. Migren statusu

1.4.2. Enfarkt olmaksızın ısrarlı aura

1.4.3. Migrenöz enfarkt

1.4.4. Auralı migren atağı ile tetiklenmiş nöbet

1.5. Olası migren

1.5.1. Olası aurasız migren

1.5.2. Olası auralı migren

1.6 Migrenle ilişkili olabilen epizodik sendromlar

1.6.1. Tekrarlayan gastrointestinal bozukluk

1.6.1.1. Siklik kusma sendromu

1.6.1.2. Abdominal migren

1.6.2. Benign paroksizmal vertigo

1.6.3. Benign paroksizmal tortikollis (2013 ICHD-3 beta kılavuzundan alıntılanmıştır.)”

2.1.7. Migren Evreleri

Migren atakları yalnızca ağrı ile sınırlı kalmamaktadır. Migren atağı dört dönemde incelenebilir:

1. Prodrom Evresi

Migren, sadece baş ağrısından ibaret olmayıp, birçok ön belirtilerle kendini gösterebilen karmaşık bir durumdur. Bu ön belirtiler, asıl baş ağrısı başlamadan saatler hatta günler öncesinde başlayabilir. Araştırmalara göre, hastalar migren ataklarının başlamasından 2 ila 48 saat önce çeşitli öncü semptomlar yaşadıklarını bildirmektedirler (Lamp ve ark., 2015). Bu semptomlar, migrenin yaklaşmakta olduğuna dair erken uyarı işaretleri olarak kabul edilebilir.

Prodrom evresi olarak adlandırılan bu dönemde, hastalar genellikle artmış ışık, ses ve koku hassasiyeti gibi duysal değişiklikler yaşarlar. Ayrıca, nöropsikolojik semptomlar da bu dönemin karakteristik özelliklerindendir. Bu semptomlar arasında aşırı duyarlılık, depresif duygu durumları ve otonomik sistem belirtileri yer alabilir. Hastalar aynı zamanda hiperaktivite veya öfori gibi değişken ruh hali durumları, donukluk ve durgunluk hissi, dikkat ve konsantrasyon problemleri, genel bir halsizlik

ve uykuya eğilim gibi semptomlar da gösterebilirler. Ense sertliği, aşırı terleme ve sık idrara çıkma gibi fiziksel belirtiler de prodrom evresinin tipik özelliklerindendir (Büyükyörük, 2017).

Bu semptomlar migrenin sadece bir baş ağrısı türü olmadığını, aynı zamanda vücudun çeşitli sistemlerini etkileyen kapsamlı bir durum olduğunu gösterir. Prodrom evresinin semptomları, migrenin erken tanısı ve tedavisinde önemli ipuçları sağlayabilir. Bu belirtilerin tanınması, migrenin yönetiminde ve atakların önceden tespit edilerek uygun müdahalelerin yapılmasında kritik bir rol oynar. Bu nedenle, migren hastalarının ve sağlık profesyonellerinin bu erken belirtilere dikkat etmeleri, etkili bir migren yönetim stratejisi geliştirmelerine yardımcı olabilir.

2. Aura Evresi

Migren atağının bir parçası olan aura evresi, migren hastalarının yaklaşık olarak dörtte birinde görülen bir fenomendir. Bu evre genellikle 5 ila 20 dakika arasında sürer ve nadiren 60 dakikadan daha uzun devam eder. Aura semptomları, kortikal ve beyin sapı fonksiyon bozuklukları ile ilişkilendirilir ve baş ağrısının başlamasından önce, sırasında ya da sonra ortaya çıkabilir (Avcı, 2015). Aura evresi, motor, duyuşal, görsel ve beyin sapı disfonksiyonu gibi çeşitli semptomlarla karakterize edilir ve bu semptomlar hasta içerisinde farklı kombinasyonlarda görülebilir veya zaman içinde bir semptomdan diğerine geçiş yapabilir.

Aura evresinin en yaygın semptomları arasında görsel bozukluklar bulunur. Bu görsel semptomlar, hem pozitif hem de negatif fenomenler olarak ortaya çıkabilir. Pozitif semptomlar genellikle fotopsi, takopsi veya fortifikasyon spektrumu gibi görüntüler içerir. Fotopsi, ışıık parlamaları şeklinde olup basit tip aura olarak kabul edilirken, takopsi ya da fortifikasyon spektrumu gibi daha karmaşık görsel semptomlar komplike tip olarak tanımlanır. Bu durumda hastalar, genellikle zigzag çizgiler veya görme alanlarında hareket eden kırık çizgiler gibi biçimsel özellikleri fark ederler. Diğer taraftan, negatif semptomlar daha çok görme bulanıklığı veya hemianopik görme alanı defektleri şeklinde ortaya çıkar, yani hastaların görme alanlarının bir kısmında boşluklar veya görme kayıpları yaşamaları şeklinde görülür. Çocuk hastalarda ise, makropsi, mikropsi, metamorfopsi gibi görsel algı bozuklukları ve bazen halüsinasyonlar gözlemlenebilir (Albayrak,2020).

Aura evresi, migrenin karmaşıklığını ve sadece bir baş ağrısı türü olmaktan öte, nörolojik bir spektrum içerdiğini gösterir. Bu çeşitli semptomlar, migren tanısı ve tedavisi için önemli bilgiler sunar ve her bir migren hastasının deneyiminin benzersiz olduğunu vurgular. Aura semptomlarının tanınması ve anlaşılması, migren ataklarının daha etkin bir şekilde yönetilmesine yardımcı olabilir ve hastaların yaşam kalitesinin iyileştirilmesine katkıda bulunabilir.

3. Baş Ağrısı Evresi

Çoğunlukla tek taraflı, yoğun ve zonklayıcı karakterde ağrının olduğu evredir. Ağrı süresi 4-72 saattir (Kul, 2013). Ağrı, başın ön ya da arka tarafında veya daha nadir olarak yüz ya da vücutta görülebilir. Ağrı zonklayıcı karakterdedir. Migren ağrısına “baş dönmesi, bulantı, iştahsızlık, ışık, gürültü ve kokulara hassasiyet ve gastrointestinal bozukluklar” eşlik edebilmektedir (Weatherall 2015).

4. Postdrom Evresi

Ağrıyı izleyen yorgunlukla, halsizlikle ve tükenmişlikle gittikçe baş ağrısının ortadan kalktığı ve yerini rahatlamaya bıraktığı dönemdir. Söz konusu evre saatlerce ya da günlerce devam edebilir. Ağrının bitişiyle ataklar sonlanmayabilir. Hasta belirtilerden ötürü hala gündelik etkinliklerine dönememiş olabilir (Crystal 2010).

Hastalar bu evredeki semptomları ağrının hafiflemesine veya geçmesine destek olan ilaçlara bağlayabilirler (Goadsby ve ark, 2017).

2.1.8. Migrenin Tetikleyicileri

Migreni tetikleyen başlıca faktörler arasında, stres, uykusuzluk, uzun süreli açlık durumu, bazı yiyecek ve içecekler sayılabilmektedir. Ayrıca kadınlarda hormonal sistemin de migreni tetikleme potansiyeli bulunmaktadır (Mollaoğlu, 2013).

2014 senesinde Peroutka tarafından gerçekleştirilen bir araştırmada migreni tetikleyen 10 etken şu şekilde sıralamaktadır;

- *“Stres*
- *Ses*
- *Yorgunluk*
- *Açlık*
- *Hormonlar*
- *Uykusuzluk*

- *Hava değişimi*
- *Işık*
- *Koku*
- *Alkol (Peroutka, 2014).’’*

2.1.9. Migren ve Yaşam Kalitesi

"Yaşam kalitesi" terimi, bir bireyin hayatındaki hem olumlu hem de olumsuz y nlerin kişisel değerlendirilmesini ifade eden geniş bir kavramdır. Bu değerlendirme, kişinin kültürel arka planı, değerleri, amaçları, beklentileri, ilgi alanları ve kişisel standartları gibi özelliklerine dayanır. Bu çerçevede, yaşam kalitesi, bireylerin kendi yaşam koşullarını, bu koşulların içinde bulundukları sosyal, kültürel ve kişisel değerler sistemi bağlamında nasıl algıladıklarını ve değerlendirdiklerini anlamamıza yardımcı olan bir kavramdır. Yaşam kalitesinin bu tanımı, her bireyin yaşamını kendi benzersiz perspektifleri ve değer yargıları üzerinden değerlendirdiğini vurgular. Buna göre, bir kişinin yaşam kalitesi, sadece dışsal koşullar veya maddi durumlarla değil, aynı zamanda onun duygusal, psikolojik ve sosyal ihtiyaçları ile ilişkilidir. Örneğin, aynı yaşam koşullarına sahip iki farklı kişi, kendi değerleri ve beklentileri nedeniyle bu koşulları tamamen farklı şekillerde algılayabilir ve değerlendirebilir. Bu geniş ve kapsayıcı tanım, yaşam kalitesinin sadece sağlıkla veya ekonomik refahla ilgili olmadığını, aynı zamanda bireyin duygusal ve sosyal iyi oluşunu, özgürlüklerini, kişisel inançlarını ve ilişkilerini de kapsadığını göstermektedir. Yaşam kalitesi kavramının bu kadar geniş bir yelpazede değerlendirilmesi, sağlık profesyonellerinin, politika yapıcıların ve toplum liderlerinin bireylerin ihtiyaçlarını ve beklentilerini anlamalarında önemli bir rol oynar. Bu, bireylerin yaşam kalitesini artırmak için alınacak tedbirlerin ve uygulanacak politikaların, sadece maddi ve fiziksel ihtiyaçları değil, aynı zamanda duygusal ve psikolojik ihtiyaçları da göz önünde bulundurması gerektiğini gösterir (WHOQOL).

Son yıllarda yaşam kalitesi çalışmaları oldukça artmıştır. Bunun sonucunda yaşam süresiyle kronik hastalıklar ile beraber yaşam süresi artmıştır. Kronik hastalıklarda yaşam kalitesi olumsuz etkilenir bu sebeple kronik hastalığı olan bireylerde yaşam kalitesi daha fazla öneme sahiptir (Büyükyörük,2017).

Migren hastaların ev ve iş yerlerindeki verimliliğini de düşüren kronik bir hastalıktır. Migren hastalarının daha sık hastaneye başvurdukları görülmüştür. Bu sebeplerle migren hastalarında yaşam kalitesi oldukça düşmektedir (Kollewe ve ark, 2016).

Yapılan çalışmalar migren hastalarının atak esnasında ve ataklar arasındaki dönemde yaşam kalitelerinin etkilendiğini göstermektedir. Sık gerçekleşen ataklar da yaşam kalitesini önemli ölçüde azaltmaktadır (Baum ve ark,2013).

2.1.10. Migren ve Sağlık Algısı

Sağlık algısı bireylerin sağlıklarını değerlendirmesi ve buna ilişkin duygularını, düşüncelerini, önyargılarını ve beklentilerini içeren bir kavramdır. Bireylerin sağlıklı olarak değerlendirilmelerinde sağlık algısı önemlidir. Bu sebeple sağlığın geliştirilmesi süreciyle yakından ilgilidir (Açıksöz ve ark 2013). Migren diğer kronik hastalıklarda olduğu gibi sağlık algısını etkilemektedir. Sağlık algısı migrenin yönetiminde önemli rol oynamaktadır bu nedenle hemşireler tarafından değerlendirilmesi önemli yer tutmaktadır.

2.1.11. Migren Tedavisi

Tedavi de hastanın anamnezi ve kapsamlı muayenesi oldukça önemli bir yer tutmaktadır (Dikmen, 2016). Migren tedavisinin başlıca amacı akut ağrıyı kontrol altında tutarak, atakların sayı, süre ve şiddetini azaltmak ve yaşam kalitesini artırmaktır. Tedavi farmakolojik ve nonfarmakolojik yaklaşımları içermektedir (Kesikburun ve ark, 2019). Migrende nonfarmakolojik yaklaşımlar içerisinde; hastanın hastalığı ile ilgili eğitim alması, yaşam biçiminin düzenlenmesi, migreni tetikleyen faktörlerin bilincinde olması ve bunlara uygun hareket etmesi, gevşeme yöntemleri, davranış tedavileri sayılabilir (Milanlıoğlu ve Tombul, 2013).

Migrenin farmakolojik tedavisinde iki ana yaklaşım bulunmaktadır: semptomatik tedavi ve profilaktik (önleyici) tedavi. Semptomatik tedavi, migren atakları sırasında ortaya çıkan baş ağrısı ve diğer semptomları hafifletmeye yöneliktir. Önleyici tedavi ise, migren ataklarının sıklığını, şiddetini ve süresini azaltmayı amaçlar ve migrenin uzun vadeli yönetiminde kritik bir role sahiptir.

Profilaktik tedavide, antikonvülzanlar, beta blokerler, kalsiyum kanal blokerleri, antidepresanlar, serotonin antagonistleri, botulinum toksin tip A, steroid olmayan antiinflatuvar ilaçlar (NSAİ) ve lityum gibi çeşitli ilaç sınıfları kullanılmaktadır

(Çopur ve ark., 2015). Bu ilaçların her biri, migrenin farklı mekanizmalarını hedef alarak, atakların sıklığını ve şiddetini azaltmaya yardımcı olur.

Atak tedavisinde ise ergot türevleri ve triptanlar gibi spesifik ilaçlar ile basit analjezikler, kombinasyon analjezikler, NSAİ ilaçlar, antiemetikler, opioidler ve nöroleptikler gibi spesifik olmayan ilaçlar kullanılır. Akut migren atağının tedavisine genellikle basit analjezik veya NSAİ ilaçlarla başlanır ve gerekli durumlarda bir prokinetik-antiemetik ilaç eklenir. 1990'lı yıllara kadar akut migren tedavisinde tercih edilen bu ilaçlara ek olarak triptanların kullanımı, migren tedavisinde önemli bir ilerleme olarak kabul edilmektedir (Becker, 2015).

Bu çeşitlilik, migrenin karmaşık doğasını ve hastalığın tedavisinin kişiye özel olarak yaklaşılması gerektiğini gösterir. Her hastanın migren atağı farklı olabileceğinden, tedavi seçenekleri de buna göre uyarlanmalıdır. Bu, doktorların her bir hastanın belirtilerini, migrenin sıklığını ve şiddetini, yan etki profilini ve hastanın diğer sağlık durumlarını dikkate alarak, en uygun tedavi planını oluşturmasını gerektirir. Bu bireyselleştirilmiş yaklaşım, migren tedavisinin etkinliğini artırabilir ve hastaların yaşam kalitesini iyileştirebilir.

2.1.12. Migrende Hemşirelik Yönetimi

Migren, yönetimi multidisipliner yaklaşımı gerektiren kronik bir hastalıktır. Hemşire diğer kronik hastalıkların yönetiminde olduğu gibi migren yönetiminin her basamağında yer alır.

Migrende doğru öykü alma oldukça önemlidir. Baş ağrısının süresi, sıklığı, özelliği, şiddeti, yeri, ağrıya sebep olan faktörler, ağrıyı tetikleyen faktörler, ailede migren öyküsü, geçmişte aldığı tıbbi tedavi, ağrıya başa çıkmada kullandığı non-farmakolojik yöntemler sorgulanır. Hemşire tarafından migrenin yaşam kalitesini nasıl etkilediği yaşam kalitesini değerlendiren ölçekler kullanılarak değerlendirilir.

Hemşire topladığı veriler doğrultusunda hemşirelik tanıları koyar. Migren hastalarına ilişkin olası hemşirelik tanıları:

- *“Kronik baş ağrısı deneyimi*
- *Ağrı kontrolü hakkında yetersiz bilgi*
- *Ağrının etkilediği günlük yaşam aktivitelerinde bozulma*
- *Sürekli ağrı nedeniyle artan yorgunluk hissi*

- *Ağrı nedeniyle azalan cinsel ilgi*
- *Potansiyel ağrı atakları konusunda endişe ve korku*
- *Ağrı atakları ihtimaline bağlı olarak sosyal çevreden uzaklaşma*
- *Tedavi planına uyum sağlamada güçlükler (Özkan, 2013). ”*

Hemşire belirlediği hemşirelik tanılarına yönelik hemşirelik girişimlerini planlar ve uygular. Hemşire hastaya uyguladığı girişimler sonucu hastada davranış değişikliği olup olmadığını, yaşam kalitesinin yükselip yükselmediğini kontrol etmelidir.

Ağrı yönetiminde hemşirenin rolü büyüktür. Hasta ile en çok zaman geçiren sağlık profesyoneli hemşiredir ve bu sebeple hastayı daha yakından izleme fırsatı bulur. Hemşire hastanın ağrısını tetikleyen faktörler hakkında farkındalık oluşturmaya yardımcı olabilir. Hemşire hastanın uygulanan farmakolojik tedaviye olan yanıtını ve baş etme becerilerini gözlemleme fırsatı bulabilir ve yeni baş etme becerileri kazandırabilir. Hemşire hastaya ağrıyla başa çıkmasında empati kurarak rehberlik etmelidir. Bu sebeplerle hemşirelerin migrenli hastalarda ağrıyı tetikleyen faktörleri, ağrıya eşlik eden faktörleri, migren ağrısının özelliklerini ve ağrıyla başa çıkma yöntemlerini bilmeleri önemlidir (Polat, 2013).

3. Gereç-Yöntem

3.1. Araştırmanın Tipi

Çalışmamız, migren hastalarında yaşam kalitesini ve sağlık algısını incelemeyi amaçlayan tanımlayıcı kesitsel bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Çalışma Torbalı Devlet Hastanesi ve Tire Devlet Hastanesi Nöroloji Polikliniği'nde Eylül 2022- Şubat 2023 tarihleri arasında yapılmıştır.

Torbalı Devlet Hastanesi-Nöroloji Polikliniği: İzmir'in Torbalı ilçesinde bulunan Torbalı Devlet Hastanesi'nin 08 Eylül 2017 yılında resmi açılışı yapılmıştır. 250 yatak kapasitesine sahip Sağlık Bakanlığı'na bağlı 2. basamak bir sağlık kurumudur. Hastane bünyesinde 45 adet poliklinik hizmeti verilmektedir. Nöroloji Polikliniği'nde 3 uzman doktor ve 2 tıbbi sekreter çalışmaktadır. Poliklinik hafta içi 08.00-17.00 saatlerinde hizmet sunmaktadır. Hastanenin Nöroloji Kliniği 14 yataklıdır. Klinikte 1 sorumlu hemşire ve 6 hemşire çalışmaktadır.

Tire Devlet Hastanesi-Nöroloji Polikliniği: İzmir'in Tire ilçesinde yer alan Tire Devlet Hastanesi, 2010 yılından beri hizmet vermektedir. 255 yatak kapasiteli Sağlık Bakanlığı'na bağlı 2. basamak bir sağlık kurumudur. Hastanenin Nöroloji Polikliniği'nde 2 uzman doktor ve 1 tıbbi sekreter çalışmaktadır. Poliklinik hafta içi 08.00-17.00 saatleri arasında hizmet sunmaktadır. Hastanenin Nöroloji ve Palyatif Kliniği bulunmaktadır. Klinik toplamda 24 yataklıdır. Klinikte 1 sorumlu hemşire ve 8 hemşire çalışmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Çalışmanın evrenini; Torbalı Devlet Hastanesi ve Tire Devlet Hastanesi Nöroloji Polikliniği'ne son 6 ayda başvuran migren tanılı hastalar oluşturmuştur. Hasta kayıt sisteminden alınan verilerde son 6 ayda başvuru yapan hasta sayısı 741 bulunmuştur. Örneklem sayısının belirlenmesinde evrendeki birey sayısının bilindiği durumlarda aşağıdaki formül kullanılmıştır (Sümbüloğlu, 2005).

$$n = \frac{N \cdot t^2 \cdot p \cdot q}{d^2 \cdot (N-1) + t^2 \cdot p \cdot q}$$

Formülde N: hedef kitlede yer alan bireylerin sayısıdır (741), n: örnekleme alınacak bireylerin sayısıdır, p: incelenen vakanın gerçekleşme ihtimalidir (0,5), q: incelenen

vakanın gerçekleşmeme ihtimalidir (0,5), t: belli bir anlamlılık seviyesinde t tablosuna dayalı olarak bulunmuş olan kuramsal değerdir (1,96), d: vakanın görülme sıklığına dayalı olarak kabul edilen $\pm$ örnekleme hatasıdır (0,05). Yapılmış olan hesaplama sonucu örneklem sayısı güven aralığı %95 düzeyinde 253 kişi şeklinde bulunmuştur.

3.3.1. Araştırmaya Dahil Edilme Ölçütleri

- 18 yaş üstü olma
- Migren tanı alma süresinin 6 ay ve üzeri olması
- En az okur-yazar düzeyde eğitilmiş olma
- İletişimi engelleyebilecek herhangi bir sorunu olmama
- Çalışmaya katılmayı kabul etme

3.3.2. Araştırmadan Dışlama Ölçütleri

- 18 yaş altı olma
- İletişim sorunu olması
- Araştırmaya katılmayı kabul etmeme
- Migren atağı ile polikliniğe başvurma

3.4. Araştırmanın Bağımlı-Bağımsız Değişkenleri

3.4.1. Araştırmanın Bağımlı Değişkeni

“Migrende 24 Saatlik Yaşam Kalitesi Ölçeği” puanı ve “Sağlık Algısı Ölçeği” puanıdır.

3.4.2. Araştırmanın Bağımsız Değişkeni

Yaş, cinsiyet, medeni hal, hastalık tanı süresi, çalışma durumu, mesleği, ailede migrenli birey olup olmadığı, atağı tetikleyen faktörler, migren atak sıklığı gibi etkenlerdir.

3.5. Veri Toplama Yöntemleri

Veriler Torbalı Devlet Hastanesi ile Tire Devlet Hastanesi Nöroloji Polikliniği’ne başvuran migren teşhisli hastalardan toplanmıştır. Hastaların önce yazılı onamları alınmıştır. Daha sonra sosyo-demografik bilgilerle ilgili soruların bulunduğu “Birey Tanıtım Formu” (EK-1) sonrasında “ Migrende 24 Saatlik Yaşam Kalitesi Ölçeği” (EK-2) ve “Sağlık Algısı Ölçeği” (EK-3) doldurtulmuştur. Veriler yüz yüze görüşme

yöntemiyle toplanmıştır. Soruları kendi yanıtlayabilecek düzeyde olanların kendileri yanıtlamıştır, bu konuda desteğe ihtiyacı olan bireylere araştırmacı tarafından destek verilmiştir.

3.5.1. Birey Tanıtım Formu

Araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda oluşturulmuştur (Akyüz,2021, Büyükyörük,2017, İltuş,2008). Form 2 bölümden oluşur. İlk bölümde bireyle ilgili sosyo-demografik bilgiler “cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi, medeni durumu ve mesleği” olmak üzere toplam 5 soru bulunmaktadır. İkinci bölümde hastalığa ilişkin bilgiler; “migrenin başlama yaşı, kaç yıldır migren hastası olduğu, ailede migren öyküsü, migren atağını tetikleyen etkenler, ağrının yerleşimi, şekli ve sıklığı, kullandığı ilaçlar vb.” toplam 13 soru yer almaktadır.

3.5.2. Migrende 24 Saatlik Yaşam Kalitesi Ölçeği

1995 yılında Santanello ve Hartmaier tarafından geliştirilen “Migrende 24 Saatlik Yaşam Kalitesi Ölçeği”, migren hastalarının yaşam kalitesindeki kısa süreli değişiklikleri belirlemek amacıyla oluşturulmuş bir araçtır. Bu ölçek, migren tedavisi sonrası ilk 24 saat içinde yaşam kalitesinde meydana gelen değişimleri değerlendirmek için kullanılır. Ölçeğin toplumumuzda geçerlilik ve güvenilirlik çalışması İltuş tarafından yapılmıştır (İltuş, 2007). Bu ölçek, 7 puanlık Likert ölçeğine dayanır ve 5 ana yaşam kalitesi boyutunu kapsar. Her bir boyutta 3 soru yer almakta olup, toplamda 15 madde bulunmaktadır. “*Migren Semptomları, Duygular, Endişeler, Çalışma Fonksiyonelliği, Sosyal Fonksiyonellik, Enerji-Canlılık*” başlıkları altında sıralanan bu maddeler 7 basamaklı bir derecelendirme sistemi ile puanlanır. Her madde için en düşük 1, en yüksek 7 puan alınabilirken, her yaşam kalitesi alanı için en düşük 3, en yüksek 21 alt puan alınabilir. Toplam puan aralığı minimum 15, maksimum 105'tir. Ölçek üzerinde alınan yüksek puanlar, yüksek yaşam kalitesini; düşük puanlar ise düşük yaşam kalitesini gösterir. Ölçeğin iç tutarlılığı “Cronbach Alpha” katsayısı ile test edilmiştir ve ölçeğin tamamı için elde edilen “Cronbach Alpha” değeri 0.90'dır. (EK-2)

3.5.3. Sağlık Algısı Ölçeği

Diamond ve arkadaşları tarafından 2007 yılında geliştirilen Sağlık Algısı Ölçeği, bireylerin sağlık algılarını değerlendirmek için kullanılan bir araçtır. Kadioğlu ve

Yıldız, 2010 yılında bu ölçeğin toplumumuzda kullanımı için geçerlilik ve güvenilirlik çalışmalarını tamamlamışlardır. Bu ölçek, toplam 15 maddeden oluşmakta ve 5 puanlık Likert tipi bir yapıya sahiptir. Ölçek, “1., 5., 9., 10., 11. ve 14.” maddeleri olumlu; “2., 3., 4., 6., 7., 8., 12., 13. ve 15.” maddeleri ise olumsuz olarak sınıflandırır. “Kontrol Merkezi, Kesinlik, Sağlığın Önemi, Öz Farkındalık” olmak üzere dört ana alt boyutu içerir. Olumlu ifadeler için puanlama “çok katılıyorum= 5”, “katılıyorum= 4”, “kararsızım= 3”, “katılmıyorum= 2”, “hiç katılmıyorum= 1” şeklinde yapılırken, olumsuz ifadelerin puanlaması ise ters yöndedir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 15, en yüksek puan ise 75'tir. Alınan puanın yüksek olması bireyin sağlık algısının güçlü olduğunu, düşük puanlar ise algının zayıf olduğunu gösterir. Ölçeğin alt boyutları için Cronbach Alpha değerleri şöyledir: “Kontrol Merkezi için 0,90; Öz Farkındalık için 0,91; Kesinlik için 0,91; Sağlığın Önemi için 0,82” (EK-3).

3.6. Verilerin Analizi ve Değerlendirme Teknikleri

Çalışmamızda elde edilen veriler, lisanslı SPSS 25 yazılımı kullanılarak analiz edilmiştir. Verilerin normal dağılıma uygunluk durumu incelenirken, çarpıklık ve basıklık katsayılarına başvurulmuştur. Tabachnik ve Fidell (2013)'in önerdiği gibi, çarpıklık “(skewness) ve basıklık (kurtosis) değerleri -1.50 ile +1.50” aralığında olduğunda normal dağılım varsayımı kabul edilmiştir. Ancak bu aralıkta olmaması durumunda, verilerin normal dağılımdan gelmediği sonucuna varılmıştır.

Güvenilirlik analizi için Cronbach's Alpha iç tutarlılık katsayısı kullanılmıştır. Bu katsayıya göre güvenilirlik seviyesi, “ $0,00 \leq \alpha < 0,40$ (güvenilmez); $0,40 \leq \alpha < 0,60$ (düşük güvenilirlik); $0,60 \leq \alpha < 0,80$ (yeterince güvenilir); $0,80 \leq \alpha < 1,00$ (çok güvenilir)” şeklinde değerlendirilmiştir (Kalaycı, 2008). Bu kriterlere dayanarak, güvenilirlikle ilgili sonuçlar da rapor edilmiştir.

Gruplar arası farklılıkları değerlendirmek için, değişkenlerin normal dağılımdan gelmemesi nedeniyle “Mann Whitney U ve Kruskal Wallis H Testleri” kullanılmıştır. “Kruskal Wallis H Testinde” anlamlı farklılıklar tespit edildiğinde, daha detaylı analiz için “Mann Whitney U testine” başvurulmuştur.

Değişkenler arasındaki ilişkilerin incelenmesinde ise, normal dağılım göstermeyen durumlar için Spearman Korelasyon testi tercih edilmiştir. İki değişken arasındaki ilişki için uygun korelasyon katsayısı r'dir ve değeri -1.00 ile +1.00 arasında değişir. Başındaki “-“ ya da “+” işareti, bağıntının yönünü belirtir. “+” katsayısı her iki değişkenin birlikte arttığı veya azaldığını gösterirken, “-“ katsayı bir değişkenin artarken diğerin azaldığını göstermektedir. İlişkinin yönü, ilişkinin gücünü etkilemez. Yani (-)1’de (+)1’de ilişkinin gücü anlamında eşittir, sadece ilişkinin yönleri farklıdır (Dinçer, 2013). Sonuçların yorumlanmasında anlamlılık düzeyi olarak 0,05 değeri esas alınmıştır. Bu bağlamda, $p < 0,05$ olması durumunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu, $p > 0,05$ olduğunda ise anlamlı bir farkın olmadığı belirtilmiştir.

3.7. Süre ve Olanaklar

Çalışmadan elde edilen veriler 2. Basamak 2 ayrı sağlık kuruluşunda Nöroloji Polikliniği’nde Eylül 2022- Şubat 2023 tarihleri arasında toplandı. Çalışmaya dahil olmayı kabul eden ve kriterlere uyan hastalarla araştırmacının da desteğiyle datalar yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır.

3.8. Etik

Çalışmanın yapılabilmesine yönelik olarak “Ege Üniversitesi Tıbbi Araştırmalar Etik Kurulu”ndan etik kurul onayı alındı (EK-7). Çalışmanın yapılacağı kurumlardan ve İl Sağlık Müdürlüğü’nden kurum izinleri alınmıştır (EK-8). Araştırma kapsamına alınacak hastalara çalışmanın amacı araştırmacı tarafından açıkça belirtilerek, çalışma hakkında hastalara bilgi verildi ve “Bilgilendirilmiş Onam Formu” ile onamları alındı. (EK-6) Araştırmaya katılmayı kabul eden hastalar istedikleri zaman çalışmadan çekilebilecekleri bildirilmiştir. Ölçeklerin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmasını yapan kişilerden elektronik posta yoluyla yazışmalar yapılarak ölçek kullanım izinleri alınmıştır (EK-4), (EK-5).

4. Bulgular

4.1. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Tablo 1. Hastalarının Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

		Min.-Max	Ort.±ss
Yaş		18-78	40,29±14,00
		n	%
Cinsiyet	Kadın	207	81,82
	Erkek	46	18,18
Medeni Durum	Evli	167	66,01
	Bekar	86	33,99
Eğitim Durumu	Okur-Yazar	20	7,91
	İlkokul	26	10,28
	Ortaokul	39	15,42
	Lise	92	36,36
	Üniversite	76	30,04
	Toplam	253	100

Çalışmaya katılan hastaların sosyo-demografik özellikleri incelendiğinde %81,82' inin kadın, %18,18' in erkek olduğu, %66,01' in evli, %33,99' un bekar olduğu, %7,91' in eğitim düzeyinin okur-yazar, %10,28' in ilkokul, %15,42' sinin ortaokul, %36,36' sının lise ve %30,04' ün üniversiteyi bitirdiği görülmektedir (Tablo 1).

Tablo 2. Hastaların Hastalık Özelliklerine Göre Dağılımı

		Min.-Max	Ort.±ss
Migren Tanı Yaşı (Yıl)		13-76	25,11±9,14
Migren Hastalık Süresi (Yıl)		0,50-55	15,05±10,62
Ağrı Sıklık (Ay)		1-30	3,43±3,81
Ağrı Süre (Saat)		1-120	21,56±20,72
Kontrol Sıklık (Ay)		0-48	11,87±10,67
		n	%
Ailede Migren Öyküsü	Evet	98	38,74
	Hayır	155	61,26
Evetse, Yakınlık Derecesi	1.Derece	82	83,67
	2.Derece	16	16,33
	Toplam*	98*	100*
Ağrı Yeri	Tek Taraflı	158	62,45
	Çift Taraflı	42	16,60
	Bazen Tek, Bazen Çift Taraflı	53	20,95
Ağrı İçin İlaç Alma Zamanı	Başlamadan Önce	153	60,47
	Başladıktan Sonra	100	39,53
Ağrı Gün İçerisinde	Düzensiz	95	37,55

Başlama Sıklık	Sabah	111	43,87
	Öğle	20	7,91
	Akşam	20	7,91
	Gece	7	2,77
Migren Ağrılarının Ev ve İş Yaşantısına Etkisi	Etkilemez	40	15,81
	Yeteri Kadar Dikkatimi Veremem	190	75,10
	İşimi İptal Ederim.	23	9,09
	Toplam	253	100

**Ailesinde migren öyküsü olanların toplamı*

Çalışmaya katılan hastaların hastalığa ilişkin özellikleri incelendiğinde, %38,74' ün ailesinde migren öyküsü olduğu görülmektedir. Ailesinde migren öyküsü olanların %83,67' sinin 1. dereceden akrabasıdır. Hastaların %62,45'i migren ağrısının tek taraflı olduğunu ve %43,87'si ağrısının sabah başladığını bildirmiştir. Hastaların %60,47'sinin ağrı başlamadan önce ilaç aldığı, %39,53' ünün ağrı başladıktan sonra ilaç aldığını görülmektedir (Tablo 2).

Tablo 3. Hastaların İlaç Kullanma Durumuna Göre Dağılımı

Migren İlacı Düzenli Kullanma Durumu	n	%
Evet	94	37,15
Hayır	159	62,85
Toplam	253	100

Hastaların %62,85'i migren tedavisi için verilen ilacı düzenli kullanmadığını bildirmiştir. (Tablo 3).

Tablo 4. Hastalara Ağrıya Yönelik Uygulanan İlaç Dışı Tedavi Yöntemlerinin Dağılımı

Uygulanan Tedavi	n	%
Fizik Tedavi	71	28,10
Masaj	43	17,00
Akupunktur	48	19,00
Psikoterapi	25	9,90
Davranış Terapisi	25	9,90
Diğer	41	16,20
Toplam	253	100

Hastalara ağrıya ilişkin uygulanan ilaç dışı tedaviler arasında %28,10 ile fizik tedavi, %19 akupunktur yöntemi yer almaktadır (Tablo 4).

Tablo 5. Hastaların Ağrıya Eşlik Eden Bulgularına Göre Dağılımı

Ağrı Bulguları		n	%
Işıktan Rahatsızlık	Evet	227	89,72
	Hayır	26	10,28
Göz Yaşarması	Evet	91	35,97
	Hayır	162	64,03
İştahsızlık	Evet	160	63,24
	Hayır	93	36,76
Halsizlik	Evet	156	61,66
	Hayır	97	38,34
Aşırı İdrar	Evet	16	6,32
	Hayır	237	93,68
Göğüs Ağrısı	Evet	19	7,51
	Hayır	234	92,49
Burun Tıkanıklığı	Evet	37	14,62
	Hayır	216	85,38
Titreme	Evet	31	12,25
	Hayır	222	87,75
Baş Dönmesi	Evet	138	54,55
	Hayır	115	45,45
Çift Görme	Evet	73	28,85
	Hayır	180	71,15
Bulantı	Evet	196	77,47
	Hayır	57	22,53
Yutma Güçlüğü	Evet	48	18,97
	Hayır	205	81,03
Kusma	Evet	82	32,41
	Hayır	171	67,59
Kabızlık	Evet	13	5,14
	Hayır	240	94,86
Çarpıntı	Evet	58	22,92
	Hayır	195	77,08
His Kaybı	Evet	70	27,67
	Hayır	183	72,33
İşitme Kaybı	Evet	25	9,88
	Hayır	228	90,12
Dengesiz Yürüme	Evet	54	21,34
	Hayır	199	78,66
Bulanık Görme	Evet	101	39,92
	Hayır	152	60,08
Geğirme	Evet	12	4,74
	Hayır	241	95,26
Kilo Kaybı	Evet	41	16,21
	Hayır	212	83,79
Uykusuzluk	Evet	188	74,31
	Hayır	65	25,69

İshal	Evet	14	5,53
	Hayır	239	94,47
Nefes Darlığı	Evet	19	7,51
	Hayır	234	92,49
Uyuşma	Evet	42	16,60
	Hayır	211	83,40
Ses Kısıklığı	Evet	10	3,95
	Hayır	243	96,05

Hastaların ağrıya eşlik eden bulguları incelendiğinde, hastalar büyük çoğunlukla ışıktan rahatsızlık (%89,72), bulantı (%77,47) ve uykusuzluk (%74,31) yaşadıklarını bildirmişlerdir (Tablo 5).

Tablo 6. Hastaların Ağrıya Tetikleyen Faktörlere Göre Dağılımı

Ağrı Tetikleyen Faktörler		n	%
Soğuk Hava	Evet	81	32,02
	Hayır	172	67,98
Sıcak Hava	Evet	65	25,69
	Hayır	188	74,31
Nemli Hava	Evet	41	16,21
	Hayır	212	83,79
Işık	Evet	162	64,03
	Hayır	91	35,97
Gürültü	Evet	188	74,31
	Hayır	65	25,69
Uyku Düzeni Değişimi	Evet	103	40,71
	Hayır	150	59,29
Açlık	Evet	124	49,01
	Hayır	129	50,99
Menstrüasyon	Evet	108	42,69
	Hayır	145	57,31
Kokular	Evet	72	28,46
	Hayır	181	71,54
Ani Sevinç	Evet	48	18,97
	Hayır	205	81,03
Ani Üzüntü	Evet	86	33,99
	Hayır	167	66,01
Cinsel İlişki	Evet	17	6,72
	Hayır	236	93,28
Aşırı Yemek Yeme	Evet	24	9,49
	Hayır	229	90,51
Fiziksel Yorgunluk	Evet	129	50,99
	Hayır	124	49,01
Zihinsel Yorgunluk	Evet	152	60,08
	Hayır	101	39,92
Sigara	Evet	28	11,07
	Hayır	225	88,93

Alkol	Evet	19	7,51
	Hayır	234	92,49
Yiyecekler	Evet	36	14,23
	Hayır	217	85,77

Hastaların ağrıyla tetikleyen faktörleri incelendiğinde, en fazla gürültü (%74,31) ve ışığın (%64,03) en az aşırı yemek yeme (%9,49) ve alkolün (%7,51) ağrıyla tetiklediğini bildirmişlerdir (Tablo 6).

4.2. Hastaların Yaşam Kalitesi ve Sağlık Algısı Ölçeği Ortalamalarına İlişkin

Bulgular

Tablo 7. Ölçek Alt Boyutlarına İlişkin Frekans Dağılımı, Normallik ve Güvenilirlik Sonuçları

	Ort.	Min.	Max.	ss	Çarpıklık	Basıklık	Cronbach's Alpha
Yaşam Kalitesi Ölçek Toplam	51,92	38,00	81,00	5,85	1,107	3,166	0,872
Migren Semptomları	6,92	3,00	21,00	2,95	1,301	2,995	0,753
Duygusal Endişeler	6,31	3,00	21,00	2,67	1,329	4,102	0,705
Çalışma Fonksiyonelliği	6,74	3,00	18,00	2,80	1,391	2,480	0,841
Sosyal Fonksiyonellik	13,81	5,00	21,00	1,77	-1,534	7,209	0,753
Enerji-Canlılık	18,15	9,00	21,00	2,39	-1,122	1,810	0,813
Sağlık Algısı Ölçek Toplam	41,62	15,00	61,00	5,62	-1,078	3,396	0,807
Kontrol Merkezi	15,70	5,00	25,00	3,67	-0,685	1,144	0,741
Kesinlik	12,78	4,00	20,00	2,62	-0,344	2,094	0,760
Sağlığın Önemi	5,81	3,00	13,00	2,17	1,876	0,697	0,755
Öz Farkındalık	7,34	3,00	12,00	1,87	-2,153	-0,237	0,766

Migrende 24 Saatlik Yaşam Kalitesi Ölçeği migren semptomları alt boyut puanı 3-21 değerleri arasında $6,92 \pm 2,95$ ortalama ile, duygusal endişeler alt boyut puanı 3-21 değerleri arasında $6,31 \pm 2,67$ ortalama ile, çalışma fonksiyonelliği alt boyut puanı 3-18 değerleri arasında $6,74 \pm 2,80$ ortalama ile, sosyal fonksiyonellik alt boyut puanı 5-21 değerleri arasında $13,81 \pm 1,77$ ortalama ile, enerji-canlılık alt boyut puanı 9-21 değerleri arasında $18,15 \pm 2,39$ ortalama ve Migrende “24 Saatlik Yaşam Kalitesi

Ölçeği” toplam puanı 38-81 değerleri arasında $51,92 \pm 5,85$ ortalama ile dağıldığı görülmektedir.

Sağlık Algısı Ölçeği kontrol merkezi alt boyut puanı 5-25 değerleri arasında $15,70 \pm 3,67$ ortalama ile, kesinlik alt boyut puanı 4-20 değerleri arasında $12,78 \pm 2,62$ ortalama ile, sağlığın önemi alt boyut puanı 3-13 değerleri arasında $5,81 \pm 2,17$ ortalama ile, öz farkındalık alt boyut puanı 3-12 değerleri arasında $7,34 \pm 1,87$ ortalama ile ve Sağlık Algısı Ölçeği toplam puanı 15-61 değerleri arasında $41,62 \pm 5,62$ ortalamayla dağıldığı anlaşılmaktadır.

Araştırmamızda ölçeklerin alt boyutlarının dağılım normalitesi, çarpıklık ve basıklık katsayıları kullanılarak değerlendirilmiştir. Tabachnik ve Fidell (2013) tarafından belirtilen “-1.50 ile +1.50 arasındaki skewness (çarpıklık) ve kurtosis (basıklık)” değerleri normal dağılım için bir gösterge olarak kabul edilir. Bu kriterlere göre, yaşam kalitesi ölçeği ve onun alt boyutları ile sağlık algısı ölçeği ve alt boyutlarının normal dağılımdan gelmediği tespit edilmiştir. Bu nedenle, ilişki ve fark testlerinde non-parametrik istatistiksel yöntemler kullanılmıştır.

Ölçeklerin güvenilirliği konusunda ise “Cronbach’s Alpha iç tutarlılık katsayısı kullanılmıştır. Bu katsayıya göre güvenilirlik seviyesi, “ $0,00 \leq \alpha < 0,40$ (güvenilmez); $0,40 \leq \alpha < 0,60$ (düşük güvenilirlik); $0,60 \leq \alpha < 0,80$ (yeterince güvenilir); $0,80 \leq \alpha < 1,00$ (çok güvenilir)” olarak belirlenmiştir. Bu değerler, ölçeklerin güvenilirliğinin değerlendirilmesinde temel alınmıştır (Kalaycı, 2008). Bu bağlamda, migren semptomlarının boyutu için Cronbach’s Alpha iç tutarlılık katsayısı 0,753 ile oldukça güvenilir, duygusal endişeler boyutu için 0,705 ile oldukça güvenilir, çalışma işlevselliği boyutu için 0,841 ile yüksek güvenilirlik, sosyal fonksiyonellik boyutu için 0,753 ile oldukça güvenilir ve enerji-canlılık boyutu için 0,813 ile yüksek güvenilirlik düzeyine sahip olduğu görülmektedir. Ayrıca, Migrende 24 Saatlik Yaşam Kalitesi Ölçeği’nin genel iç tutarlılık katsayısı 0,872 ile yüksek güvenilirlik seviyesinde bulunmaktadır. Kontrol merkezi boyutu için 0,741 ile oldukça güvenilir, kesinlik boyutu için 0,760 ile oldukça güvenilir, sağlığın önemi boyutu için 0,766 ile oldukça güvenilir ve öz farkındalık boyutu için 0,766 ile oldukça güvenilir sonuçlar elde edilmiş, Sağlık Algısı Ölçeği’nin ise 0,807’lik bir iç tutarlılık katsayısı ile yüksek derecede güvenilir olduğu belirlenmiştir (Tablo 7).

Tablo 8. Hastaların Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Sağlık Algısı Ölçeği Puanlarının Cinsiyete Göre Karşılaştırması

		Cinsiyet		Mann Whitney U Testi	
		Ort.	Ss	Z	p
Yaşam Kalitesi Ölçek Toplam	Kadın	51,51	5,45	-2,418	0,016*
	Erkek	53,80	7,15		
Migren Semptomları	Kadın	6,52	2,70	-4,479	0,001*
	Erkek	8,72	3,36		
Duygusal Endişeler	Kadın	6,33	2,42	-1,234	0,217
	Erkek	6,24	3,64		
Çalışma Fonksiyonelliği	Kadın	6,64	2,70	-0,841	0,4
	Erkek	7,15	3,18		
Sosyal Fonksiyonellik	Kadın	13,81	1,64	-0,38	0,704
	Erkek	13,80	2,26		
Enerji-Canlılık	Kadın	18,21	2,33	-0,533	0,594
	Erkek	17,89	2,67		
Sağlık Algısı Ölçek Toplam	Kadın	42,07	5,34	-2,403	0,016*
	Erkek	39,61	6,41		
Kontrol Merkezi	Kadın	16,11	3,36	-3,115	0,002*
	Erkek	13,85	4,40		
Kesinlik	Kadın	12,78	2,38	-0,08	0,936
	Erkek	12,78	3,53		
Sağlığın Önemi	Kadın	5,82	2,13	-0,196	0,845
	Erkek	5,76	2,37		
Öz Farkındalık	Kadın	7,36	1,85	-0,402	0,688
	Erkek	7,22	1,98		

* $p < 0,05$

Migrende 24 Saatlik Yaşam Kalitesi Ölçeği migren semptomları alt boyut puanı açısından cinsiyetler arasında istatistiki olarak anlamlı bir farklılık vardır ($p=0,001$). Erkeklerin migren semptomları alt boyut puanları anlamlı derecede yüksektir. “Migrende 24 Saatlik Yaşam Kalitesi Ölçeği” toplam puanları açısından cinsiyetler arasında istatistiki bakımdan anlamlı bir farklılık vardır ($p=0,016$). Erkeklerin yaşam kalitesi ölçeği toplam puanları anlamlı derecede yüksektir.

Kontrol merkezi alt boyut puanı açısından cinsiyetler arasında istatistiki bakımdan anlamlı bir farklılık vardır ($p=0,002$). Kadınların kontrol merkezi alt boyut puanı anlamlı derecede yüksektir. Sağlık Algısı Ölçeği alt boyut puanlarıyla ilgili olarak cinsiyetler arasında istatistiki bakımdan anlamlı bir farklılık vardır ($p=0,016$). Kadınların Sağlık Algısı Ölçek puanları anlamlı derecede yüksektir.

Diğer alt boyutlarla cinsiyetler arasında istatistiki olarak anlamlı bir farklılık yoktur ($p>0,05$) (Tablo 8).

Tablo 9. Hastaların Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Sağlık Algısı Ölçeği Puanlarının Medeni Duruma Göre Karşılaştırması

		Medeni Durum		Mann Whitney U Testi	
		Ort.	ss	Z	p
Yaşam Kalitesi Ölçek Toplam	Evli	51,48	5,85	-2,093	0,036*
	Bekar	52,79	5,78		
Migren Semptomları	Evli	6,73	2,80	-1,198	0,231
	Bekar	7,29	3,21		
Duygusal Endişeler	Evli	6,18	2,82	-1,777	0,076
	Bekar	6,57	2,35		
Çalışma Fonksiyonelliği	Evli	6,56	2,76	-1,443	0,149
	Bekar	7,07	2,84		
Sosyal Fonksiyonellik	Evli	13,91	1,62	-0,569	0,569
	Bekar	13,60	2,02		
Enerji-Canlılık	Evli	18,10	2,40	-0,677	0,498
	Bekar	18,26	2,40		
Sağlık Algısı Ölçek Toplam	Evli	41,31	5,52	-1,016	0,31
	Bekar	42,22	5,79		
Kontrol Merkezi	Evli	15,60	3,59	-0,494	0,621
	Bekar	15,90	3,83		
Kesinlik	Evli	12,66	2,80	-1,231	0,218
	Bekar	13,01	2,20		
Sağlığın Önemi	Evli	5,75	2,13	-0,778	0,437
	Bekar	5,91	2,26		
Öz Farkındalık	Evli	7,30	1,84	-0,491	0,623
	Bekar	7,41	1,93		

* $p < 0,05$

Migrende 24 Saatlik Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyutları açısından medeni durumlar arasında istatistiki olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p=0,036$). Bekar olanların yaşam kalitesi ölçek puanı anlamlı derecede fazladır.

Diğer alt boyutlarla medeni durum arasında istatistiki bakımdan anlamlı bir farklılık yoktur ($p > 0,05$) (Tablo 9).

Tablo 10. Hastaların Yaşam Kalitesi ve Sağlık Algısı Ölçek Puanlarının Eğitim Durumuna Göre Karşılaştırması

		Eğitim Durumu		Kruskal Wallis H Testi		
		Ort.	ss	H	p	Fark**
Yaşam Kalitesi Ölçek Toplam	Okur-Yazar	51,75	9,20	2,1	0,717	-
	İlkokul	51,50	4,30			
	Ortaokul	51,74	5,42			
	Lise	51,60	5,04			
	Üniversite	52,61	6,40			

Migren Semptomları	Okur-Yazar	6,55	4,20	3,526	0,474	-
	İlkokul	6,88	2,39			
	Ortaokul	6,62	2,48			
	Lise	7,10	2,70			
	Üniversite	6,97	3,29			
Duygusal Endişeler	Okur-Yazar	6,35	3,99	5,389	0,25	-
	İlkokul	5,50	2,30			
	Ortaokul	6,03	2,38			
	Lise	6,54	2,49			
	Üniversite	6,45	2,73			
Çalışma Fonksiyonelliği	Okur-Yazar	6,35	3,45	1,923	0,75	-
	İlkokul	6,81	2,26			
	Ortaokul	6,90	3,14			
	Lise	6,64	2,43			
	Üniversite	6,84	3,05			
Sosyal Fonksiyonellik	Okur-Yazar	13,90	2,57	3,987	0,408	-
	İlkokul	14,00	1,13			
	Ortaokul	14,03	1,35			
	Lise	13,60	1,68			
	Üniversite	13,86	1,98			
Enerji-Canlılık	Okur-Yazar	18,60	1,93	6,449	0,168	-
	İlkokul	18,31	2,57			
	Ortaokul	18,18	2,30			
	Lise	17,72	2,43			
	Üniversite	18,49	2,41			
Sağlık Algısı Ölçek Toplamı	Okur-Yazar	40,70	4,61	8,102	0,088	-
	İlkokul	42,81	4,22			
	Ortaokul	42,28	5,22			
	Lise	42,38	5,11			
	Üniversite	40,20	6,75			
Kontrol Merkezi	Okur-Yazar	14,75	4,94	9,676	0,046*	5<2 5<3
	İlkokul	17,15	3,29			
	Ortaokul	16,64	3,22			
	Lise	15,77	3,31			
	Üniversite	14,88	3,84			
Kesinlik	Okur-Yazar	13,85	3,00	4,667	0,323	-
	İlkokul	13,42	2,30			
	Ortaokul	12,97	2,29			
	Lise	12,68	2,24			
	Üniversite	12,29	3,08			
Sağlığın Önemi	Okur-Yazar	5,25	2,53	14,543	0,006*	2<4 3<4
	İlkokul	5,12	1,95			
	Ortaokul	5,33	1,99			
	Lise	6,33	2,27			
	Üniversite	5,80	2,00			
Öz Farkındalık	Okur-Yazar	6,85	1,87	4,532	0,339	-
	İlkokul	7,12	2,07			
	Ortaokul	7,33	2,02			
	Lise	7,60	1,80			
	Üniversite	7,22	1,82			

* $p < 0,05$; **Mann Whitney U Testi

Sağlık Algısı Ölçeği kontrol merkezi alt boyut puanı açısından eğitim düzeyleri arasında istatistiki bakımdan anlamlı bir farklılık vardır ($p=0,046$). Üniversiteyi bitirenlerin kontrol merkezi alt boyut puanları ilkokulu ve ortaokulu bitirenlerin puanlarından anlamlı düzeyde düşüktür.

Sağlığın önemi alt boyut puanı açısından eğitim düzeyleri arasında istatistiki bakımdan anlamlı bir farklılık vardır ($p=0,006$). Liseyi bitirenlerin sağlığın önemi düzeyi alt boyut puanı ilkokul ve ortaokul mezunu olanların puanları çerçevesinde anlamlı düzeyde yüksektir.

Diğer alt boyutlar ile eğitim durumları arasında istatistiki bakımdan anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$) (Tablo 10).

Tablo 11. Hastaların Yaşam Kalitesi ve Sağlık Algısı Ölçeği Puanlarının Ev ve İş Yaşantısını Etkileme Durumuna Göre Karşılaştırması

		Ev ve İş Yaşantısını Etkileme Durumu		Kruskal Wallis H Testi		
		Ort.	ss	H	p	Fark**
Yaşam Kalitesi Ölçek Toplam	Etkilemez	55,18	7,11	15,421	0,001*	3<1 2<1
	Yeteri Kadar Dikkatimi Veremem	51,32	5,22			
	İşimi İptal Ederim	51,26	6,76			
Migren Semptomları	Etkilemez	8,40	3,14	13,09	0,001*	3<1 2<1
	Yeteri Kadar Dikkatimi Veremem	6,68	2,74			
	İşimi İptal Ederim.	6,35	3,64			
Duygusal Endişeler	Etkilemez	6,98	3,50	6,169	0,046*	3<1 2<1
	Yeteri Kadar Dikkatimi Veremem	6,28	2,36			
	İşimi İptal Ederim.	5,39	3,29			
Çalışma Fonksiyonelliği	Etkilemez	9,03	3,83	17,157	0,001*	3<1 2<1
	Yeteri Kadar Dikkatimi Veremem	6,31	2,20			
	İşimi İptal Ederim.	6,30	3,25			
Sosyal Fonksiyonellik	Etkilemez	13,68	2,34	0,902	0,637	-
	Yeteri Kadar Dikkatimi Veremem	13,85	1,52			
	İşimi İptal Ederim.	13,65	2,48			
Enerji-Canlılık	Etkilemez	17,10	3,14	14,356	0,001*	3<1 2<1
	Yeteri Kadar Dikkatimi Veremem	18,20	2,21			
	İşimi İptal Ederim.	19,57	1,47			
Sağlık Algısı Ölçek Toplam	Etkilemez	41,45	7,10	3,478	0,176	-
	Yeteri Kadar Dikkatimi Veremem	41,88	5,09			
	İşimi İptal Ederim.	39,74	6,74			
Kontrol Merkezi	Etkilemez	15,65	4,53	3,134	0,209	-
	Yeteri Kadar Dikkatimi Veremem	15,88	3,36			
	İşimi İptal Ederim.	14,30	4,28			

Kesinlik	Etkilemez	12,83	2,35	1,679	0,432	-
	Yeteri Kadar Dikkatimi Veremem	12,83	2,62			
	İşimi İptal Ederim.	12,30	3,05			
Sağlığın Önemi	Etkilemez	5,65	2,69	3,256	0,196	-
	Yeteri Kadar Dikkatimi Veremem	5,88	2,02			
	İşimi İptal Ederim.	5,48	2,43			
Öz Farkındalık	Etkilemez	7,33	2,00	0,688	0,709	-
	Yeteri Kadar Dikkatimi Veremem	7,30	1,87			
	İşimi İptal Ederim.	7,65	1,70			
	İşimi İptal Ederim.	39,74	6,74			

* $p < 0,05$; **Mann Whitney U Testi

Migrende 24 Saatlik Yaşam Kalitesi Ölçeği migren semptomu alt boyut puanı açısından migrenin ev ve iş yaşantısını etkileme durumu arasında istatistiki bakımdan anlamlı bir farklılık vardır ($p=0,001$). Migreni iş hayatını etkilemeyenlerin düzeyleri, işine dikkatini veremeyenlerin ve işi iptal edenlerin düzeylerine göre anlamlı derecede yüksektir.

Duygusal endişe alt boyutu puanı açısından migrenin ev ve iş yaşantısını etkileme durumu arasında istatistiki bakımdan anlamlı bir farklılık vardır ($p=0,046$). Migreni iş hayatını etkilemeyenlerin puanı, işine dikkatini veremeyenlerin ve işi iptal edenlerin puanlarına göre anlamlı derecede yüksektir.

Çalışma fonksiyonelliği alt boyutu açısından migrenin ev ve iş yaşantısını etkileme durumu arasında istatistiki bakımdan anlamlı bir farklılık vardır ($p=0,001$). Migreni iş hayatını etkilemeyenlerin puanları, işine dikkatini veremeyenlerin ve işi iptal edenlerin puanlarına göre anlamlı derecede yüksektir.

Enerji-Canlılık alt boyutu açısından migren etki durumları arasında istatistiki bakımdan anlamlı bir farklılık vardır ($p=0,001$). Migreni iş hayatını etkilemeyenlerin puanları, işine dikkatini veremeyenlerin ve işi iptal edenlerin puanlarına göre anlamlı derecede yüksektir.

Migrende 24 Saatlik Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam puanı açısından migrenin ev ve iş yaşantısını etkileme durumu arasında istatistiki bakımdan anlamlı bir farklılık vardır ($p=0,001$). Migreni iş hayatını etkilemeyenlerin puanları, işine dikkatini veremeyenlerin ve işi iptal edenlerin puanlarına göre anlamlı derecede yüksektir.

Diğer ölçek alt boyutları ile migrenin ev ve iş yaşantısını etkileme durumları arasında istatistiki bakımdan anlamlı bir farklılık yoktur ($p>0,05$) (Tablo 11).

Tablo 12. Hastaların Yaşam Kalitesi ve Sağlık Algısı Ölçeği Puanlarının Ailede Migren Öyküsüne Göre Karşılaştırması

		Ailede Migren Öyküsü		Mann Whitney U Testi	
		Ort.	Ss	z	p
Yaşam Kalitesi Ölçek Toplam	Evet	51,27	5,77	-1,712	0,087
	Hayır	52,34	5,88		
Migren Semptomları	Evet	6,37	2,66	-2,383	0,017*
	Hayır	7,27	3,08		
Duygusal Endişeler	Evet	6,33	2,89	-0,174	0,862
	Hayır	6,30	2,53		
Çalışma Fonksiyonelliği	Evet	6,42	2,73	-1,527	0,127
	Hayır	6,94	2,83		
Sosyal Fonksiyonellik	Evet	13,83	1,90	-0,573	0,566
	Hayır	13,79	1,68		
Enerji-Canlılık	Evet	18,33	2,35	-1,072	0,284
	Hayır	18,04	2,43		
Sağlık Algısı Ölçek Toplam	Evet	41,05	5,41	-1,388	0,165
	Hayır	41,98	5,74		
Kontrol Merkezi	Evet	15,38	3,87	-1,552	0,121
	Hayır	15,90	3,54		
Kesinlik	Evet	12,67	2,81	-0,978	0,328
	Hayır	12,85	2,49		
Sağlığın Önemi	Evet	5,70	2,08	-0,52	0,603
	Hayır	5,87	2,23		
Öz Farkındalık	Evet	7,30	1,75	-0,139	0,89
	Hayır	7,36	1,95		

* $p < 0,05$; **Mann Whitney U Testi

Migrende 24 Saatlik Yaşam Kalitesi Ölçeği migren semptom alt boyut puanı açısından ailede migren öyküsü arasında istatistiki bakımdan anlamlı bir farklılık vardır ($p=0,017$). Ailesinde migren öyküsü olmayanların migren semptom alt boyut puanı anlamlı düzeyde yüksektir.

Öteki alt boyutlarla ailede migren öyküsü arasında istatistiki bakımdan anlamlı bir farklılık yoktur ($p > 0,05$) (Tablo12).

Tablo 13. Hastaların Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Sağlık Algısı Ölçeği Puanlarının Migren İlacını Düzenli Kullanma Durumuna Göre Karşılaştırması

		Migren İlacını Düzenli Kullanma		Mann Whitney U Testi	
		Ort.	ss	z	p
Yaşam Kalitesi Ölçek Toplam	Evet	51,19	4,34	-1,073	0,283
	Hayır	52,36	6,55		
Migren Semptomları	Evet	6,57	2,83	-1,602	0,109
	Hayır	7,13	3,01		
Duygusal Endişeler	Evet	5,93	2,16	-1,521	0,128

	Hayır	6,54	2,92		
Çalışma Fonksiyonelliği	Evet	6,24	2,17	-1,457	0,145
	Hayır	7,03	3,08		
Sosyal Fonksiyonellik	Evet	14,02	1,39	-1,562	0,118
	Hayır	13,68	1,95		
Enerji-Canlılık	Evet	18,43	2,20	-1,232	0,218
	Hayır	17,99	2,50		
Sağlık Algısı Ölçek Toplamı	Evet	41,39	6,20	-0,524	0,6
	Hayır	41,75	5,27		
Kontrol Merkezi	Evet	15,86	3,35	-0,496	0,62
	Hayır	15,60	3,85		
Kesinlik	Evet	12,36	2,68	-1,429	0,153
	Hayır	13,03	2,55		
Sağlığın Önemi	Evet	5,88	2,10	-0,627	0,531
	Hayır	5,76	2,22		
Öz Farkındalık	Evet	7,29	1,84	-0,391	0,696
	Hayır	7,36	1,90		

Ölçeklerin alt boyut puanları ile migren ilacını düzenli kullanma durumu arasında istatistiki bakımdan anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$) (Tablo 13).

Tablo 14. Hastaların Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Sağlık Algısı Ölçeği Puanlarının Uygulanan Tedaviye Göre Karşılaştırması

		Uygulanan Tedavi		Kruskal Wallis H Testi		
		Ort.	Ss	H	p	Fark**
Yaşam Kalitesi Ölçek Toplam	Fizik	51,80	5,23	7,794	0,168	-
	Masaj	52,09	7,00			
	Akupunktur	51,56	6,49			
	Psikoterapi	53,88	5,75			
	Davranış Terapisi	52,48	5,24			
	Diğer	50,85	5,14			
Migren Semptomları	Fizik	7,27	3,08	12,572	0,028*	3<4
	Masaj	6,79	2,79			
	Akupunktur	6,44	3,31			
	Psikoterapi	8,32	3,36			
	Davranış Terapisi	6,84	2,51			
	Diğer	6,22	2,12			
Duygusal Endişeler	Fizik	6,23	2,40	5,199	0,392	-
	Masaj	6,33	3,21			
	Akupunktur	6,06	3,14			
	Psikoterapi	7,08	2,60			
	Davranış Terapisi	6,28	2,35			
	Diğer	6,29	2,16			

Çalışma Fonksiyonelliği	Fizik	6,82	2,81	3,744	0,587	-
	Masaj	7,00	3,14			
	Akupunktur	6,31	3,05			
	Psikoterapi	6,92	2,56			
	Davranış Terapisi	6,80	2,94			
	Diğer	6,66	2,16			
Sosyal Fonksiyonellik	Fizik	13,75	1,50	3,74	0,597	-
	Masaj	13,79	2,23			
	Akupunktur	14,02	1,71			
	Psikoterapi	13,76	1,30			
	Davranış Terapisi	13,84	1,62			
	Diğer	13,68	2,09			
Enerji-Canlılık	Fizik	17,75	2,93	7,105	0,213	-
	Masaj	18,19	1,91			
	Akupunktur	18,73	2,23			
	Psikoterapi	17,80	2,33			
	Davranış Terapisi	18,72	1,86			
	Diğer	18,00	2,27			
Sağlık Algısı Ölçek Toplam	Fizik	42,46	4,22	3,688	0,595	-
	Masaj	40,74	7,07			
	Akupunktur	41,19	6,82			
	Psikoterapi	41,92	3,88			
	Davranış Terapisi	42,72	5,13			
	Diğer	40,73	5,65			
Kontrol Merkezi	Fizik	15,77	3,60	9,164	0,103	-
	Masaj	15,00	4,60			
	Akupunktur	16,04	3,66			
	Psikoterapi	15,40	2,72			
	Davranış Terapisi	17,32	3,57			
	Diğer	15,10	3,06			
Kesinlik	Fizik	12,97	2,58	4,477	0,487	-
	Masaj	13,16	2,98			
	Akupunktur	12,50	2,93			
	Psikoterapi	12,52	2,24			
	Davranış Terapisi	13,36	2,08			
	Diğer	12,17	2,33			
Sağlığın Önemi	Fizik	6,17	2,38	9,931	0,077	-
	Masaj	5,28	2,21			
	Akupunktur	5,50	1,79			
	Psikoterapi	6,28	1,90			
	Davranış Terapisi	5,52	2,76			
	Diğer	5,98	1,82			
Öz Farkındalık	Fizik	7,55	1,72	7,301	0,199	-
	Masaj	7,30	1,73			
	Akupunktur	7,15	2,22			
	Psikoterapi	7,72	1,88			

	Davranış Terapisi	6,52	1,69			
	Diğer	7,49	1,86			

* $p < 0,05$; **Mann Whitney U Testi

Migrende 24 Saatlik Yaşam Kalitesi Ölçeği migren semptom alt boyut puanıyla uygulanan tedavi durumları arasında istatistiki bakımdan anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p=0,028$). Akupunktur tedavisi uygulananların migren semptom alt boyut puanı psikoterapi uygulananların puanından anlamlı derecede düşüktür.

Diğer ölçek alt boyutları ile uygulanan tedavi durumları arasında istatistiki bakımdan anlamlı bir farklılık yoktur ($p>0,05$) (Tablo 14).



Tablo 15. Ölçek Alt Boyutları ile Değişkenlerin Karşılaştırması

	Yaş		Migren Tanı Yaşı		Migren Hastalık Süresi		Ağrı Sıklık		Ağrı Süre		Kontrol Sıklık (Ay)	
	r	p	r	p	r	p	r	p	R	p	r	p
Yaşam Kalitesi Ölçek Toplam	-0,072	0,257	-0,030	0,635	-0,082	0,194	-0,062	0,324	-0,089	0,158	-0,055	0,383
Migren Semptomları	-0,024	0,700	0,007	0,908	-0,049	0,434	-0,118	0,060	-0,043	0,497	0,017	0,791
Duygusal Endişeler	-,165**	0,008*	-,143**	0,023*	-0,087	0,169	-0,084	0,184	-0,019	0,768	-0,048	0,445
Çalışma Fonksiyonelliği	-0,076	0,226	-0,067	0,291	-0,034	0,589	-0,003	0,959	-0,073	0,246	-0,070	0,267
Sosyal Fonksiyonellik	0,025	0,687	0,052	0,414	-0,029	0,643	0,057	0,368	-0,055	0,384	-0,003	0,965
Enerji-Canlılık	0,036	0,571	0,042	0,501	0,000	0,994	0,102	0,104	-0,039	0,539	0,013	0,832
Sağlık Algısı Ölçek Toplam	0,058	0,359	0,018	0,778	0,038	0,546	-0,090	0,155	0,053	0,398	0,041	0,520
Kontrol Merkezi	0,118	0,060	0,104	0,100	0,045	0,480	-0,113	0,073	0,084	0,184	0,051	0,418
Kesinlik	-0,030	0,630	0,054	0,390	-0,092	0,143	-0,019	0,767	0,092	0,147	0,080	0,206
Sağlığın Önemi	-0,123	0,051	-,130**	0,038*	-0,089	0,156	0,025	0,688	-0,048	0,448	-0,078	0,215
Öz Farkındalık	-0,052	0,414	-,147**	0,019*	0,081	0,201	0,038	0,552	-0,043	0,494	-0,014	0,829

* $p < 0,05$; **Korelasyon katsayı

Yaş ile yaşam kalitesi ölçeği duygusal endişe alt boyutu arasında ters yönlü gücü zayıf istatistiki bakımdan anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r=-0,165;p=0.008$). Yaşın artmasıyla duygusal endişe alt boyutu puanı azalmaktadır.

Migren tanı yaşı ile duygusal endişe alt boyutu arasında ters yönlü gücü zayıf istatistiki bakımdan anlamlı bir ilişki vardır ($r=-0,143;p=0,023$). Migren tanı yaşı arttıkça duygusal endişe alt boyutu puanı azalmaktadır. Migren tanı yaşı ile sağlığın önemi alt boyutu arasında ters yönlü gücü zayıf istatistiki bakımdan anlamlı bir ilişki vardır ($r=-0,130;p=0,038$). Migren tanı yaşı arttıkça sağlık algısı ölçeği sağlığın önemi alt boyutu puanı azalmaktadır. Migren tanı yaşı ile öz farkındalık alt boyutu puanı arasında ters yönlü gücü zayıf istatistiki bakımdan anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r=-0,147;p=0,019$). Migren tanı yaşı arttıkça öz farkındalık alt boyutu puanı azalmaktadır.

Diğer ölçek alt boyutlarıyla değişkenler arasında istatistiki bakımdan anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0,05$) (Tablo 15).

Tablo 16. Hastaların Yaşam Kalitesi ve Sağlık Algısı Ölçeği Puanları Arasındaki İlişki

		Sağlık Algısı Ölçek Toplam	Kontrol Merkezi	Kesinlik	Sağlığın Önemi	Öz Farkındalık
Yaşam Kalitesi Ölçek Toplam	r	-0,023	-0,033	0,012	0,008	0,021
	p	0,715	0,605	0,853	0,902	0,743
Migren	r	0,018	-0,074	-0,003	0,103	,131**
Semptomları	p	0,776	0,238	0,964	0,103	0,037*
Duygusal	r	0,071	-0,037	-0,022	,228**	,132**
Endişeler	p	0,259	0,555	0,731	0,000*	0,036*
Çalışma	r	0,029	-0,075	0,047	0,114	0,096
Fonksiyonelliği	p	0,645	0,237	0,459	0,069	0,129
Sosyal	r	-0,053	0,077	0,012	-,201**	-0,092
Fonksiyonellik	p	0,401	0,220	0,854	0,001*	0,143
Enerji-Canlılık	r	-0,123	0,082	0,030	-,313**	-,246**
	p	0,051	0,193	0,638	0,000*	0,000*

* $p<0,05$; **Korelasyon katsayısı

Sağlık Algısı Ölçeği sağlığın önemi alt boyut puanı ile Migrende 24 Saatlik Yaşam Kalitesi Ölçeği duygusal endişeler alt boyut puanı arasında aynı yönlü gücü zayıf istatistiki bakımdan

anlamli bir iliski vardır ($r=0,228;p=0,000$). Sağlığın önemi alt boyut puanı arttikça duygusal endiše alt boyutu puanı artmaktadır.

Sağlık Algısı Ölçeği sağlığın önemi alt boyut puanıyla Migrende 24 Saatlik Yaşam Kalitesi Ölçeği sosyal fonksiyonellik alt boyut puanı arasında ters yönlü gücü zayıf istatistiki bakımdan anlamli bir iliski vardır ($r=-0,201;p=0,001$). Sağlığın önemi alt boyut puanı arttikça sosyal fonksiyonellik alt boyut puanı azalmaktadır.

Sağlık Algısı Ölçeği sağlığın önemi alt boyut puanı ile Migrende 24 Saatlik Yaşam Kalitesi Ölçeği enerji-canlılık alt boyut puanı arasında ters yönlü gücü zayıf istatistiki bakımdan anlamli bir iliski vardır ($r=-0,313;p=0,000$). Sağlığın önemi alt boyut puanının artmasıyla enerji-canlılık alt boyut puanı azalır.

Sağlık Algısı Ölçeği öz farkındalık alt boyut puanıyla Migrende 24 Saatlik Yaşam Kalitesi Ölçeği migren semptomları alt boyutu arasında aynı yönlü gücü zayıf istatistiki bakımdan anlamli bir iliski bulunmaktadır ($r=0,131;p=0,037$). Öz farkındalık alt boyutu puanı arttikça migren semptom alt boyut puanı artmaktadır.

Sağlık Algısı Ölçeėi öz farkındalık alt boyutu puanı ile Migrende 24 Saatlik Yaşam Kalitesi Ölçeėi duygusal endiše alt boyut puanı arasında aynı yönlü gücü zayıf istatistiki bakımdan anlamli bir iliski vardır ($r=0,132;p=0,036$). Öz farkındalık alt boyut puanının artmasıyla duygusal endiše alt boyut puanı da artmaktadır.

Sağlık Algısı Ölçeği öz farkındalık alt boyut puanı ile Migrende 24 Saatlik Yaşam Kalitesi Ölçeği enerji-canlılık alt boyut puanı arasında ters yönlü gücü zayıf istatistiki bakımdan anlamli bir iliski vardır ($r=-0,246;p=0,000$). Öz farkındalık alt boyut puanının artmasıyla enerji-canlılık alt boyut puanı azalmaktadır.

Diğer ölçek alt boyutları arasında istatistiki bakımdan anlamli bir iliski yoktur ($p>0,05$) (Tablo 16).

5. Tartışma

Araştırma amacı ve hipotez doğrultusunda bulgular, güncel literatürle aşağıdaki ana başlıklar altında tartışılmıştır;

- Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması
- Hastaların Yaşam Kalitesi ve Sağlık Algısı Ölçeği Ortalamalarına İlişkin Bulguların Tartışılması

5.1. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Migren tek taraflı zonklayıcı baş ağrısıyla kendini gösteren, bulantıyla kusma vb. değişik semptomların eşlik edebileceği primer bir baş ağrısıdır (Robbins ve ark, 2013). Diğer kronik hastalıklarda olduğu gibi migren hastaların yaşam kalitesini etkiler ve ayrıca toplumlarda önemli ekonomik yüke de yol açar. Gerçekleştirilen epidemiyolojik çalışmaların neticesinde Türkiye’de migren prevalansı %16,4 şeklinde bulunmuştur (Sönmezler, 2013).

Çalışmamıza son 6 ayda migren tanısı almış 253 hasta alınmıştır. Çalışmamıza katılan hastaların %81,82’sinin kadın, %18,18’inin erkekti. Migren prevalansı kadın cinsiyette erkek cinsiyete kıyasla hemen hemen üç kat fazladır (Rizzoli ve Mullally, 2018). 2015 yılında yapılan farklı bir çalışmada kadın hasta oranı %85 olarak belirtilmiştir (Delice ve Ceylan, 2015). Yine yapılan başka bir çalışmada migrenli hastaların demografik özellikleri incelenmiştir ve erkek hasta ve kadın hasta oranı 1/5 şeklindedir (Eruyar ve ark, 2014). Smitherman ve ark. tarafından 2013 yılında yapılan bir diğer çalışmada migrenin özellikle üreme çağındaki kadınlarda önemli bir sorun olduğu ortaya konulmuştur. Kadınlarda migren hastalığının daha ağır devam etmesinin nedeni “seks hormonları, reseptör bağlanmaları, genetik faktörler, çevresel stresör faktörler ve stres ile acı” algısına verilen yanıtın farklı olması olabilir (Peterlin, 2011). Çalışmamızda yaşam kalitesi ölçek sonuçlarına göre cinsiyetler arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Erkeklerin yaşam kalitesi seviyeleri anlamlı derecede yüksektir. Yapılan bir çalışmada kadın hastaların atak sayısı erkeklere göre fazla raporlanmıştır (Büyükyörük, 2017). Kadın hastalarda migren atak sayısının fazla olması yaşam kalitesi ile ilişkilendirilebilir. Ayrıca çalışmamızda, kadınların Sağlık Algısı Ölçek puanları da anlamlı derecede

yüksektir. Çalışmamıza katılan hastaların çoğunluğunun kadın olması kadınların hastaneye daha sık başvurduğunu ve sağlıklarına verdikleri önemin daha fazla olduğunu düşündürdü.

Alan yazın araştırmaları incelendiğinde migren hastalığının her yaş grubunda görülebileceği fakat bilhassa 30-50 yaşlarındaki bireylerde daha fazla olduğu ifade edilmiştir (Yağmur ve ark, 2019). Başka bir çalışmada migrenin çoğunlukla 20 ile 50 yaş grupları arasında daha sık görüldüğü belirtilmiştir. Söz konusu yaşlar toplumda kişilerin en üretken olduğu dönemlerdir (Feigin ve ark, 2015). Yurtdışında yapılan çalışmalarda migrenli kişilerin yaş ortalaması daha yüksek raporlanmıştır. Bu da toplumların farklı nüfus yapısında olmalarıyla ilişkilendirilebilir. Çalışmamıza katılan migrenli hastalarda minimum yaş 18 ve maksimum yaş 78'dir. Yaş ortalaması 40,29±14,00 ile literatüre benzer özelliktedir.

Çalışmaya katılan hastaların eğitim düzeyleri incelendiğinde, eğitim düzeyinin %10,28'inin ilkokul, %15,42' sinin ortaokul, %36,36'sının lise ve %30,04'ünün üniversite olduğu görülmektedir. Ertaş ve arkadaşlarının 2012 yılında yaptığı çalışmada eğitim düzeyi düşük olan grupta prevalansın maksimum noktada olduğu ifade edilmiştir (Ertaş ve ark, 2012). Farklı bir çalışmadaysa eğitim düzeyi yüksek olan migren hastaları ile eğitim durumu düşük olan hastalar arasında fark olmadığı sonucu çıkmıştır (İncekara ve ark, 2013). Çalışmamıza baktığımızda Sağlık Algısı Ölçeği boyutlarından olan kontrol merkezi ve sağlığın önemiyle eğitim düzeyleri arasında istatistiki bakımdan anlamlı bir farklılık vardır ($p<0,05$). Kontrol merkezi boyutu açısından eğitim durumu arasında istatistiki bakımdan anlamlı bir farklılık vardır ($p<0,05$). Üniversite eğitim düzeyine sahip olanların kontrol merkezi boyutu ilkokul ve ortaokul eğitim düzeyine sahip olanların kontrol merkezi boyutuna göre anlamlı derecede düşüktür. Lise eğitim düzeyine sahip olanların sağlığın önemi boyutu ilkokul ve ortaokul eğitim düzeyine sahip olanların sağlığın önemi boyutuna göre anlamlı derecede yüksektir. Eğitim seviyesi yüksek olan kişilerin daha yüksek gelirli bir işte çalışabildikleri, sosyal olanaklara ve sağlık hizmetlerine daha rahat ulaşabildikleri düşünüldü. Eğitim seviyesi düşük olanların da "işsizlik, kötü çalışma koşulları, düşük ücret, sağlık hizmetleri ve sosyal olanaklara erişimde güçlük, psikolojik kaygı, yetersiz beslenme vb." sorunlar yaşam kalitesini ve sağlık algısını etkileyebilir.

Çalışmamızda medeni durumu bekar olanların yaşam kalitesi ölçeği toplam puanı anlamlı derecede yüksek çıkmıştır ($p=0,036$). Literatüre baktığımızda, Kutlu'nun 2017 yılında migren hastalarının yaşam kalitesi, anksiyeteye depresyon seviyelerinin ele alındığı araştırmasında medeni durum ile yaşam kalitesi parametreleri bakımından gruplar arasında farklılığın bulunmadığı ortaya çıkmıştır. Medeni durumu bekar olan hastaların yaşam kalitesinin yüksek bulunması evli olmanın, bir eş ile yaşamının getirdiği sorumlulukların olmamasından kaynaklanabilir.

Yapılan bir çalışma sonucuna göre; ailede migren hikayesinin bulunması, erken başlangıç yaşıyla ve daha uzun hastalık süresiyle ilgili olup migrene dayalı dizabilite söz konusu hastalarda belirgin biçimde artmıştır (Atalar ve ark, 2019). Çalışmamızda, ailesinde migren öyküsü olan hastaların yaşam kalitesi ölçeği migren semptomları alt boyut puanları yüksektir. Diğer boyutlar ile ailede migren öyküsü durumları arasında bir farklılık bulunmamıştır. Ailede migreni olan bir bireyin bulunması tüm aile bireylerini etkileyebilmektedir. Migreni olan bireylerin atak dönemlerinde günlük aktivitelerini yapmada güçlük çekmesi ve tedavi yöntemlerinin getirdiği kısıtlamalar hem bireyi hem de aileyi etkileyebilmektedir. Çalışmamızda yaşam kalitesi ölçeği migren semptom alt boyutu puanının ailede migren öyküsü olan hastalarda yüksek bulunmasının aile içinde kazanılmış deneyimlerin etkisinin olabileceğini düşündürdü. Literatür incelendiğinde ailede migren öyküsü ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Literatüre bakıldığında migren ilacını düzenli kullanıp kullanmamanın yaşam kalitesine olan etkisini inceleyen çalışmalara rastlanmadı. Bizim çalışmamızda ise, düzenli migren ilacı kullanma durumuyla yaşam kalitesi ve sağlık algısı arasında bir ilişki bulunmadı. Bu bağlamda yeni çalışmalara ihtiyaç vardır.

5.2. Hastaların Yaşam Kalitesi ve Sağlık Algısı Ölçeği Ortalamalarına İlişkin

Bulguların Tartışılması

Yaşam kalitesi; hastanın, içerisinde bulunduğu kültür ve değerler sistemi çerçevesinde ve kendi amaç, beklenti, standart ve kaygıları açısından, hayattaki durumuyla alakalı bireysel algısıdır (World Health Organization. Measuring quality of life: the development of the World Health Organization Quality of Life Instrument (WHOQOL). Yaşam kalitesi oldukça geniş ve üzerinde durulması gereken bir kavramdır. Pek çok kronik hastalıkta olduğu üzere migren de yaşam kalitesini önemli

ölçüde etkilemektedir. Literatür incelendiğinde yaşam kalitesini ölçmek için pek çok yaşam kalitesi ölçeği kullanıldığı görülmüştür. Araştırmamızda migrenin yaşam kalitesine olan etkisini incelemek için “migren semptomları, duygular-endişeler, çalışma fonksiyonelliği, sosyal fonksiyonellik ve enerji-canlılık” olmak üzere 5 alt boyutu olan “Migrende 24 Saatlik Yaşam Kalitesi Ölçeği” kullanıldı. Ölçekten minimum 15 en çok 105 puan alınabilir. Ölçekten alınmış olan puanın artmasıyla yaşam kalitesi de artmaktadır. Çalışmamıza katılan hastaların ölçek puanları 38-81 değerleri arasında $51,92 \pm 5,85$ ortalama ile dağılmaktadır. Bu bulgu çalışmanın migren hastaların yaşam kalitesini etkiler hipotezini **(H1)** desteklemektedir. Sağlık algısı, bireyin sağlığı hakkında değerlendirmedir. Bireyin kendi sağlığına ilişkin duygularını, düşüncelerini, önyargılarını ve beklentilerini kapsayan bir örüntüdür (Açıksöz, 2013). Migren ve sağlık algısı arasındaki ilişkiyi incelemek için “Sağlık Algısı Ölçeği” kullanıldı. Sağlık Algısı Ölçeğinin 4 alt boyutu, “kontrol merkezi,öz farkındalık, kesinlik ve sağlığın önemi” şeklindedir. Sağlık Algısı Ölçeği toplam puanının yüksekliği bireyin sağlık algısı seviyesinin yüksek olduğunu, düşük puanlarsa sağlık algısının düşük olduğunu ortaya koymaktadır. Çalışmaya katılan hastaların Sağlık Algısı Ölçeği toplam puanı 15-61 değerleri arasında $41,62 \pm 5,62$ ortalama ile dağılım göstermektedir. Bu bulgu çalışmanın migren hastaların sağlık algısını etkiler hipotezini **(H2)** desteklemektedir. Çalışmanın ilçe devlet hastanelerinde yapılması ve çalışmaya katılan hastaların sosyo-kültürel durumunun düşük olmasının hastaların sağlık algısı üzerinde etkili olduğu düşünüldü.

Üneri ve arkadaşlarının 2009’da yaptığı çalışmada migreni olan ergenlerin kontrol grubuna kıyasla yaşam kalitesinin düşük olduğu saptanmıştır (Üneri ve ark, 2009). Çalışmamızda hastanın migren tanı alma yaşı arttıkça yaşam kalitesi ölçeği duygusal endişe alt boyutu puanı azalmaktadır. Daha ileri yaşlarda tanı alma hastalık ile ilgili yaşanan duygusal endişeleri etkilemektedir. Migren tanı yaşı arttıkça sağlık algısı ölçeği sağlığın önemi alt boyut puanı azalmaktadır. Bu bulgular doğrultusunda tanı alma yaşının yaşam kalitesi ve sağlık algısını etkileyebileceği söylenebilir.

Literatür incelendiğinde “zonklama, mide bulantısı, kusma, ıstık, ses ve dokunmada hassasiyet, bulanık görme, baş dönmesi, burun akıntısı, göz yaşarması vb.” semptomların migrene eşlik ettiği bildirilmiştir. Literatürde benzer sonuçlar veren çalışmalar mevcuttur (Polat ve Hocaoglu, 2018). Çalışmamızda hastaların migrene

eşlik eden semptomlarının literatür ile benzer olduğu görülmektedir. Migrende ağrıya eşlik eden bulgular yaşam kalitesi ve sağlık algısını etkileyebilmektedir.

Çalışmamızda hastaların %62,85'i migren ilaçlarını düzenli kullanmadıklarını ifade etmiştir. Hastaların ilaçlarını düzenli kullanma durumu ile yaşam kalitesi ve sağlık algısı arasında ilişki bulunamamıştır. Migren tedavisinde kullanılan yanlış, gereksiz, etkisiz ve yüksek maliyetli ilaçlar ve hastaların ağrılarının geçeceğine duydukları inancın azalmış olması migren ilaçlarını düzenli olarak kullanma durumunu etkileyebilmektedir.

Son zamanlarda yapılan çalışmalar fizik tedavinin migren yönetiminin önemli bir parçası olduğu ve ağrı, fonksiyon ve yaşam kalitesini iyileştirmede etkin olduğunu ortaya koymaktadır. Baş-boyun bölgesine yönelik germe ve kuvvetlendirme egzersizleri tek başına ya da farklı fizyoterapi yaklaşımları ile/farmakolojik tedavi ile kombine bir şekilde uygulanmasının migren yönetiminde tercih edilebilecek önemli bir seçenektir (Düzgün, 2023). Migrende ilaç dışı uygulanan tedaviler incelendiğinde kronik migreni olan hastalarda psikoterapi tek başına veya diğer profilaksi ilaçları ya da girişimsel yöntemlerle birlikte uygulanabilecek baş ağrı sıklığı üzerinde etkin bir tedavi alternatifidir (Gaul ve ark, 2016). İnan ve arkadaşları tarafından 2020 yılında yapılan bir çalışmada hastaların davranış terapisi öncesi ve sonrası hastaların baş ağrısı süresinde azalma olduğu ortaya konulmuştur. Çalışmamızda ilaç dışı tedavi uygulanan hastalar ile Migrende 24 Saatlik Yaşam Kalitesi Ölçeği migren semptomları alt boyu puanı arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Yapılan çalışmalarda alkollü içeceklerin baş ağrısı için tetikleyici bir faktör olduğu bildirilmektedir. Alkolün migreni tetiklemesinin altında yatan mekanizmanın kesin olmamakla birlikte bu tetiklemenin etanol, biyojenik aminler (histamin, tiramin, feniletilamin ve diğerleri), sülfidler, fenolik flavonoidler, trombositlerden serotonin salınımı ve dehidratasyon oluşturmasıyla ilişkili olduğu düşünülmektedir. Literatür incelendiğinde alkollü içecekler içinde migren tetikleyicisi olarak özellikle kırmızı şarap gösterilmekte ve migreni olmayan bireylerin bile şarap içtikten sonra baş ağrısı atakları geçirdikleri görülmektedir (Özturan ve ark, 2016). Yurt dışında yapılan bir çalışmada migrenin akut tedavisinde kafein tüketiminin kesilmesinin etkisini değerlendirilmiş, kafein tüketiminden kaçınmanın akut migren tedavisinde daha iyi bir etkiye sahip olduğu saptanmıştır (Lee,2016).

Çalışmamızda alkol, kafein ile yaşam kalitesi ve sağlık algısı arasında bir ilişkiye rastlanmadı. Bu durum araştırmanın yapıldığı ilçe devlet hastanelerine başvuran hastaların sosyo-kültürel durumundan kaynaklanabileceğini düşündürdü. Ayrıca çalışmamıza katılan hastaların çoğunluğunun kadın olması da tetikleyici faktörlerden alkolün %7,51 oranıyla diğer faktörlere göre düşük çıkmasında etkili olabilir.

Çalışmamızda migren hastaların da yaşam kalitesiyle sağlık algısı arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır. Literatürde bu konuda yeni ve güncel çalışmalara ihtiyaç vardır.



6. Sonuç ve Öneriler

6.1. Sonuçlar

- Migren hastalarında cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, migrende tanı alma yaşı, ağrıya eşlik eden bulgular ve ağrıyı tetikleyen faktörler yaşam kalitesini etkilemektedir.
- Migren hastalarında hastalık süresi, ağrı sıklığıyla ve ağrı süresiyle yaşam kalitesi arasında bir ilişki bulunmamıştır.
- Yaşam kalitesi her iki cinsiyette de olumsuz etkilenmekle birlikte, erkeklerin yaşam kalitesi kadınlardan daha yüksek bulunmuştur. Kadınların sağlık algısı erkeklerden daha yüksektir.
- Medeni hali bekar olanların yaşam kalitesi evlilere göre daha yüksek bulunmuştur.
- Eğitim durumu sağlık algısını etkilemektedir. Eğitim durumu yüksek olan bireylerin sağlıklarına verdikleri önem artmaktadır.
- Migren hastalarında yaşam kalitesi ve sağlık algısı arasındaki anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.
- Migren için ilaç dışı tedavi uygulanan hastaların yaşam kalitesi ölçeği migren semptomları alt boyut puanı daha yüksek bulunmuştur.
- Ailesinde migren öyküsü olan hastaların yaşam kalitesi ölçeği migren semptomları alt boyut puanı daha yüksek bulunmuştur.
- Migrenin hastaların ev ve iş yaşantılarının etkilendiği ve büyük çoğunluğunun işlere dikkatini veremediği dolayısıyla iş ve fonksiyonelliklerinin etkilendiği görüldü.
- Migren ağrısını tetikleyen faktörlerden soğuk hava ve nemli hava varlığı, kokular, zihinsel yorgunluk ve bazı yiyecekler sağlık algısını etkilemektedir.

6.2. Öneriler

- Hemşire migrenin hastaların yaşam kalitesi ve sağlık algısını etkileyen bir kronik hastalık olduğunun farkında olmalıdır.
- Migreni olan hastaya hemşirelik bakımı verilirken hastaya bütüncül yaklaşılmalı, mutlaka yaşam kalitesi ve sağlık algısı değerlendirilmelidir.
- Yaşam kalitesi değerlendirmesinde hastalığa özgü yaşam kalitesi ölçeklerinin kullanımı önerilmektedir.
- Yaşam kalitesi değerlendirmeleri sonucu hastaya özgü uygulanan girişimler yaşam kalitesini artırmaya katkı sağlayacak ve hemşirelik bakımının etkinliğini artıracaktır.
- Hemşire migren yönetiminde bireyin sağlık algısının rolünü de göz önünde bulundurmalıdır.
- Hasta ve hasta yakınlarına migrende ağrıyı tetikleyen faktörlere ilişkin eğitim verilmeli ve farkındalıkları artırılmalıdır.
- Hastanın günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmesi desteklenmelidir.

Kaynaklar

- Açıksöz, S., Uzun, Ş. ve Arslan, F. (2013). Hemşirelik öğrencilerinin sağlık algısı ile sağlığı geliştirme davranışları arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Gülhane Tıp Dergisi*, 55, 181-187.
- Akyüz, H. Ö. (2021) Migrende görülen belirtilerin yaşam kalitesi ve ağrı şiddeti üzerine etkisinin incelenmesi. *Van Sağlık Bilimler Dergisi*, 14(2), 209-215.
- Albayrak, G. (2020). Epizodik ve kronik migren hastalarında kişilik özelliklerinin araştırılması (Uzmanlık tezi), Yozgat Bozok Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Yozgat.
- American Headache Society (2019) The american headache society position statement on integrating new migraine treatments into clinical practice. *Headache*, 59, 1-18.
- Atalar, A. Ç., Bozkurt, M., Çalışkan, Z., Vo, P., Ertaş, M. ve Baykan, B. (2021). Living with burden of migraine: The analysis of “my migraine voice” survey results in Turkey. *Archives of Neuropsychiatry*, 58(2), 115.
- Avcı, A. Y., Lakadamyalı, H., Arıkan, S., Benli, U. S. ve Kılınç, M. (2015). High sensitivity C-reactive protein and cerebral white matter hyperintensities on magnetic resonance imaging in migraine patients. *The Journal of Headache and Pain*, 35(4), 281-286.
- Baykan, B., Ertaş, M. ve Karlı, N. (2015) Migraine incidence in, 5 years: A population-based prospective longitudinal study in Turkey. *J Headache Pain*, 16, 603.
- Becker, W. J. (2015) Acute migraine treatment in adults. *Headache*, 55, 778-793.
- Berktaş, F., Ekemen E., Kiroğlu, O. ve Aksu, F. (2019). Migren tedavisinde antidepressan ilaçların rolü. *Çukurova Medical Journal*, 44, 555-556.
- Bıçakcı, Ş., Öztürk, M., Üçler, S., Karlı, N. ve Siva, A. (2018). Baş ağrısı tanı ve tedavi güncel yaklaşımlar. İstanbul: Türk Nöroloji Derneği Galenos Yayınevi.

- Bigal, M. E. ve Lipton, R. B. (2009). The epidemiology, burden, and comorbidities of migraine. *Neurol Clin.*, 27, 321–334.
- Büyükyörük, C. (2017). Migren hastalarının yaşam kalitesi, anksiyete ve depresyon düzeylerinin değerlendirilmesi (Yayınlanmamış Uzmanlık tezi). Necmettin Erbakan Üniversitesi, Meram Tıp Fakültesi, Konya.
- Crystal, S. C. ve Robbins, M. S. (2010). Epidemiology of tension-type headache. *Current Pain and Headache Reports*, 14, 449-454.
- Çelepkolu, H. (2021). Migren ve gerilim tipi baş ağrılı hastaların yaşam kalitesini değerlendirme (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). Gaziantep Üniversitesi, Sağlık Bilimler Enstitüsü, Gaziantep.
- Çopur T., Pehlivan S. ve Öner L. (2021). Migren tedavisinde nanoteknoloji temelli ilaç taşıyıcı sistemler. *Hacettepe University Journal of the Faculty of Pharmacy*, 41(1), 23-34.
- Delice, O. ve Ceylan, M. (2015). Migren ilişkili baş dönmesi şikâyeti ile acil servise gelen migren hastalarının değerlendirilmesi. *Duzce Med J*, 17(3), 111-114.
- Diamond, J. J., Becker, J. A., Arenson, C. A., Chambers, C. V. ve Rosenthal, M. P. (2007). Development of a scale to measure adults' perceptions of health: Preliminary findings. *Journal of Community Psychology*, 35(5), 557-561.
- Dikmen, P. Y. (2016). Erişkinlerde akut migren atağının tedavisi ve Amerikan Baş Ağrısı Derneği migren farmakoterapisi kanıt değerlendirmesi. *Turkish Journal of Neurology*, 22(1), 3-7.
- Dinçer, S. (2013) Meta-analize Giriş(Çev.). Ankara (I. Baskı) (s.43).
- Diren, G. S. (2020). Migrenli hastalarda fiziksel aktivite seviyesinin baş ağrısı, fonksiyonellik ve yaşam kalitesine etkisi (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). İstanbul Medipol Üniversitesi, Sağlık Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Ertas M, Baykan B, Orhan EK, Zarifoglu M, Karli N, Saip S, et al. One-year prevalence and the impact of migraine and tension-type headache in Turkey: a nationwide home-based study in adults. *The journal of headache and pain*. 2012;13(2):147-57.

- Erucar, E., Gen, E. ve Gen, B. O. (2014). Konya ilindeki migren hastalarının demografik ve klinik zellikleri. Seluk Tıp Derg, 30(4), 162-164.
- Feigin, V. L., Abajobir, A. A., Abate, K. H., Abd-Allah, F., Abdulle, A. M., Abera, S. F., ... Nguyen, G. (2017). Global, regional, and national burden of neurological disorders during 1990–2015: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. The Lancet Neurology, 16(11), 877-897.
- Finocchi, C. ve Sivori, G. (2012). Food as trigger and aggravating factor of migraine. Neurological Sciences, 33, 77-80.
- Finocchi, C. ve Strada, L. (2014). Sex-related differences in migraine. Neurological Sciences, (35), 207-213.
- Gaul, C., Liesering, E., Scahafer, B., Fritsche, G., Holle, D. (2016). Integrated multidisciplinary care of headache disorders: A narrative review. Cephalalgia. (12), 1181-1191
- Goadsby, P. J., Holland, P. R., Martins-Oliveira, M., Hoffmann, J., Schankin, C. ve Akerman, S. (2017). Pathophysiology of migraine: A disorder of sensory processing. Physiological Reviews, (97), 553–622.
- Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS) (2018) The international classification of headache disorders (3. Baskı).
- İltu, F. ve Karadakovan, A. (2008). Migren hastalığında “24 Saatlik Yaşam Kalitesi leği”nin Türkiye’deki geçerlik ve güvenirliği. Türkiye Klinikleri J Neur, 3(2),59-63
- İnan, L., Aktürk, T., Tanık, N. (2019). Migren hastalığında Olgular ile Bilişsel Davranı Terapi Yaklaşımı. Bilişsel Davranı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi 9(1), 67-72.
- Kadioğlu, H. ve Yıldız, A. (2012). Sağlık Algısı leği’nin Türkçe evriminin geçerlik ve güvenirliği. Türkiye Klinikleri J Med Sci, 32(1), 47-53.
- Kesikburun, B., Gülgönül, N., Ekioğlu, E. ve akcı, A. (2019). Migren tedavisinde akupunkturun etkinliği. Namık Kemal Tıp Dergisi, 7(2), 133-139.

- Kollewe, K., Escher, C. M., Wulff, D. U., Fathi, D., Paracka, L., Mohammadi, B., Dressler, D. (2016). Long-term treatment of chronic migraine with Onabotulinumtoxin: Efficacy, quality of life and tolerability in a real-life setting. *Journal of Neural Transmission*, 123(5), 533-540.
- Lee MJ, Choi HA, Choi H, Chung CS. (2016). Caffeine discontinuation improves acute migraine treatment: a prospective clinic-based study. *J Headache Pain*;17(1):71.
- Leonardi, M., Raggi, A., Bussone, G. ve D'Amico, D. (2010). Health-related quality of life, disability and severity of disease in patients with migraine attending to a specialty headache center. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*, 50(10), 1576-1586.
- Nazlıkul, H. (2012). Nöralterapi ve regülasyon tıbbına göre migren tanımı ve tedavisi. *Bilimsel Tamamlayıcı Tıp Regülasyon ve Nöral Terapi Dergisi*, (17), 10-17.
- Özkan, İ. (2013). Migren hastalarında öz yeterlilik, ağrıyla başa çıkmada kendigenelel yönetim stratejileri ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin incelenmesi:Teorik bir modelin test edilmesi (Yayınlanmamış doktora tezi). Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Özturan A., Şanlıer N., Coşkun Ö. (2016). Migren ve beslenme ilişkisi, *Türk J Neurol* (22), 44-50
- Peroutka, S. J. (2014). What turns on a migraine? A systematic review of migraine precipitating factors. *Current Pain and Headache Reports*, 18(10), 454.
- Pistoia, F., Sacco. ve Carolei, A. (2013). Behavioral therapy for chronic migraine. *Curr Pain Headache Rep*, (17), 1-8.
- Polat Ü. (2013). Yaşlılarda baş ağrısı ve yönetimi, *Van Tıp Dergisi*, 20(2), 103-108.
- Polat, S. ve Hocaoglu, Ç. (2018). Migren tipi baş ağrısının psikiyatrik yönü. *Klinik Tıp Bilimleri Dergisi*, (6), 1.
- Rizzoli, P. ve Mullally, W. J. (2018). Headache. *The American Journal of Medicine*, (131), 17–24.

- Scher, A. I., Wang, S. J., Katsarava, Z., Buse, D. C., Fanning, K. M., Adams, A. M. ve Lipton, R. B. (2019). Epidemiology of migraine in men: Results from the chronic migraine epidemiology and outcomes (CaMEO) study. *Cephalalgia*, 39(2), 296-305.
- Silberstein, S. D. (2015) Preventive migraine treatment. *Continuum* (21), 973-989.
- Smitherman, T. A., Burch, R., Sheikh, H. ve Loder, E. (2013). The prevalence, impact, and treatment of migraine and severe headaches in the United States: A review of statistics from national surveillance studies. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*, 53(3), 427-436.
- Steiner, T. J., Birbeck, G. L., Jensen, R., Katsarava, Z., Martelletti, P. ve Stovner, L. J. (2010). Lifting The Burden: the first 7 years. *The Journal of Headache and Pain*, (11), 451-455.
- Sümbüloğlu V. ve Sümbüloğlu K. (2005) Klinik ve Saha Araştırmalarında Örneklem Yöntemi ve Örneklem Büyüklüğü. *Tıp Eğitimi Dünyası*, (23),23
- Taşkapılıoğlu, Ö. ve Karlı, N. (2013). Migrende yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Nöropsikiyatri Arşivi Dergisi*, 50(1), 60-64.
- Tombul, K., Bakıcıoğlu, İ., Ertem, D., Bingöl, A., Göksan, B. ve Uludüz, D. (2015). Migren tipi baş ağrısı olan olgularda kişilik özellikleri. *Yeni Symposium Psikiyatri, Nöroloji ve Davranış Bilimleri Dergisi*, (53), 2.
- Tombul, T. ve Milanlıoğlu, A. (2013). Migren baş ağrısında ne yapmalıyız? *Van Tıp Dergisi*, 20(1), 40.
- Ünal, M. (2016). Migren kökenli baş ağrısında spinal manipülasyon tedavisinin ağrı üzerine etkisinin araştırılması: Olgu sunumu. *İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimler Fakültesi Dergisi*, (3), 51-53.
- Üneri, Ö., Şenbil, S. ve Turgut, S. (2009). Migrenli ergenlerde yaşam kalitesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, (10), 137-141.
- Vo, M., Ainalem, A., Qiu, C., Peterlin, B. L., Aurora, S. K., & Williams, M. A. (2011). Body mass index and adult weight gain among reproductive age women with migraine. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*, 51(4), 559-569.

Weatherall, M. W. (2015). The diagnosis and treatment of chronic migraine. Therapeutic Advances in Chronic Disease, 6(3), 115-123.

WHO. (2011). Atlas of headache disorders and resources in The World. ErişimAdresi:

<https://www.who.int/home/search?indexCatalogue=genericsearchindex1&searchQuery=quality%20of%20life&wordsMode=AnyWord>



Ekler

EK-1. Birey Tanıtım Formu

Tarih:

BÖLÜM-1

1. Yaşınız:
2. Cinsiyetiniz: (1) Kadın (2) Erkek
3. Medeni Durum: (1) Evli (2) Bekar
4. Eğitiminiz : (1) Okur yazar (2) İlkokul (3) Ortaokul (4) Lise (5) Üniversite
5. Mesleğiniz:

BÖLÜM-2

6. Migren tanısını kaç yaşında aldınız ?/yaş
Kaç yıldır migren hastasıınız? ay/yıl
7. Ailenizde sizden başka migrenli kişi var mı? (1)Evet (2)Hayır
Yanıtınız Evet ise;
(1) Birinci derecede akraba (Anne, baba, kardeş...)
(2) İkinci derece akraba (Teyze, dayı, amca...)
8. Ağrınızın yeri: (1) Tek taraflı (2) Çift taraflı (3) Bazen tek bazen çift taraflı
9. Ağrınızın sıklığı: (1)Hiç (2).....kez/ay
10. Ağrınızın devam süresi:saat/gün
11. Ağrınız başladıktan ne kadar sonra ilaç alırsınız?
(1) Başlamadan önce (2) Başladıktan sonra/saat
12. Ağrının sıklıkla gün içinde başlama zamanın işaretleyiniz
(1) Düzensiz (2) Sabah (3) Öğle (4) Akşam (5) Gece
13. Migren ağrılarınız sizin ev ve iş yaşantınızı nasıl etkiler?
(1) İşlerimi (iş yeri- okul-ev işi) etkilemez işime devam ederim
(2) İşime devam ederim ama yeteri kadar işlere dikkatimi veremem

(3) İşe-okula gitmem ve bütün işlerimi erteler veya iptal ederim

14. Ne kadar sıklıkla kontrole geliyorsunuz :ay/yıl

15. Daha önce uygulanan ağrı tedavi yöntemleri:

(1) Fizik tedavi (2) Masaj (3) Akupunktur (4) Psikoterapi (5) Davranış terapisi

(6) Diğer

16. Ağrınız ile birlikte olan bulguları işaretleyiniz (Birden fazla seçenek işaretlenebilir)

(1)Evet

(2)Hayır

(1) Işıktan rahatsızlık
(2) Göz yaşarması
(3) İştahsızlık
(4) Halsizlik
(5) Aşırı idrar
(6) Göğüs ağrısı
(7) Burun tıkanıklığı
(8) Titreme
(9) Baş dönmesi
(10) Çift görme
(11) Bulantı
(12) Yutma güçlüğü
(13) Kusma
(14) Kabızlık
(15) Çarpıntı
(16) His kaybı
(17) İşitme kaybı
(18) Dengesiz yürüme
(19) Bulanık görme
(20) Geçirme
(21) Kilo kaybı
(22) Uykusuzluk
(23) İshal
(24) Nefes darlığı
(25) Uyuşma
(26) Ses kısıklığı

17. Ağrınızı tetikleyen faktörler (Birden fazla seçenek işaretlenebilir) :

Etken

(1) Evet

(2) Hayır

Soğuk hava
Sıcak hava
Nemli hava
Işık
Gürültü
Uyku düzeni değişimi
Açlık
Menstrüasyon(adet görme)
Kokular
Ani sevinç
Ani üzüntü
Cinsel ilişki
Aşırı yemek yeme
Fiziksel yorgunluk
Zihinsel yorgunluk
Sigara
Alkol
Yiyecekler (çikolata, peynir, kahve...)

18. Kullandığınız migren ilacınızın adı nedir?.....

Migren ilaçlarınızı düzenli kullanıyor musunuz? (1)Evet (2)Hayır

EK-2. Migrende 24 Saatlik Yaşam Kalitesi Ölçeği

Bu çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul ediyorum.

Tarih:

Bu çalışma, migren baş ağrısı olan kişilerin migren atağı başladıktan sonra ilaç alımını takiben 24 saat içindeki yaşam kalitesinde oluşan değişmelerin saptanabilmesi amacıyla yapılmaktadır.

Bu çalışma için doldurmuş olduğunuz formlar herhangi bir yerde yayınlanmayacak ve çalışmacı dışında hiç kimse tarafından incelenmeyecektir.

İlginiz için teşekkürler.

	Zamanın tamamında	Büyük kısmında	Anlamlı bir kısmında	Bir kısmında	Küçük bir kısmında	Çok küçük bir kısmında	Hiçbir zaman
1. Işığa ve/veya gürültüye karşı hassasiyetiniz artar							
2. Bulantınız olur							
3. Zonklayıcı baş ağrınız olur							
4. Migren baş ağrılarınız olduğu için moraliniz bozulur							
5. Kendinizi fiziksel olarak rahatsız hissedersiniz							
6. Aldığınız migren ilaçlarınızın migrenle ilgili belirtilerinizi geçirmeyeceğinden endişelenirsiniz							

Migren ilacınızın ilk dozunu aldıktan sonraki 24 saat içinde migren ağrınız ve eşlik eden belirtiler zamanınızın ne kadarında aşağıdakileri yapma becerilerinizi kısıtlar:

(Lütfen her soru için bir kutucuk işaretleyiniz).

	Zamanının tamamında	Büyük kısmında	Anlamlı bir kısmında	Bir kısmında	Küçük bir kısmında	Çok küçük bir kısmında	Hiçbir zaman
7. Normal günlük işlerinizi yapabilmenizi (ev işleri, ev dışındaki işler, okul işleri)							
8. Dikkatinizi sürdürebilmenizi							
9. Makine veya motorlu araç kullanmanızı (evdeki aletler ve işyeri araçları dahil)							
10. Yaşamdan zevk almanızı							

Migren ilacınızın ilk dozunu aldıktan sonraki 24 saat içinde migren ağrınız ve eşlik eden belirtiler sizi aşağıdaki maddeler yönünden ne kadar olumsuz etkiler:

(Lütfen her soru için bir kutucuk işaretleyiniz)

	Çok büyük ölçüde	Büyük ölçüde	Oldukça	Orta derecede	Biraz	Çok az	Hiç
11. Size yakın olan insanlarla ilişkileriniz							
12. Diğer insanlarla ilişkileriniz							
13. Enerji seviyeniz							
14.İyi bir gece uykusu geçirebilmeniz							
15.Ruh haliniz							

EK-3. Sağlık Algısı Ölçeği

Aşağıda sağlıklı olma hakkında söylenen ifadeler bulunmaktadır. Her bir ifadeye katılma ve katılmama ile ilgili düşüncenizi 1 ile 5 arasındaki seçeneklerden birini seçerek belirtiniz.

1=Kesinlikle katılıyorum 2= Katılıyorum 3= Kararsızım 4= Katılmıyorum 5= Hiç Katılmıyorum

	Kesinlikle katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Hiç katılmıyorum
1. Sağlığımı çok düşünürüm					
2. Sağlıklı olmak büyük ölçüde şans işidir					
3. Ben ne yaparsam yapayım, sağlıklı ya da hasta olacaksam zaten olan olur					
4. Sağlıklıysam bu Allahın bir lütfüdür					
5. Egzersiz yapar ve doğru beslenirsem sağlıklı kalırım					
6. Sağlıklı kalmak için yapmam gerekenler konusunda sık sık kafam karışıyor					
7. Sağlıklı olup olmamak bana bağlıdır. Daha sağlıklı olmayı isterim, fakat bunun için yapmam gerekenleri henüz yapamıyorum					
8. Sağlığı koruyan yiyecek türleri üzerine o kadar çok farklı bilgi varki ne yapmam gerektiğini bilmiyorum					
9. Benim için sağlıklı olan şeylere daha fazla para harcamaya hazırım					
10. Sağlıklı olup olmamak bana bağlıdır					
11. Sağlığım hayatımdaki en önemli düşüncedir					
12. Sağlıklı olmak şans işidir					
13. Ne yaparsam yapayım sağlığımı değiştiremem					
14. İstedğim kadar sağlıklı olabilirim					
15. Sağlıklı beslenme hakkında okuduğum her şeyi anlayamıyorum					

EK-4. “Migrende 24 Saatlik Yaşam Kalitesi Ölçeği” Kullanma İzin Talebi



Hande Özmen Ünal

Sayın Fatma İLTUŞ, Ben Ege Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilimdalı'nda tezli yüksek lisans yapmaktayım. Danışmanım Prof.

23 Mar 2022 Çar 16:06



23 Mar 2022 Çar 16:41



Sayın Ünal,

"Migrende 24 Saatlik Yaşam Kalitesi Ölçeği Türkçe Formu"nu tez çalışmanızda kullanabilirsiniz.

Ölçekle ilgili herhangi bir sorunuz olursa benimle iletişime geçmekten lütfen çekinmeyin.

Tez çalışmanızda başarılar dilerim.

Dergide yayımlanmış makaleyi ve ölçeği ekte gönderiyorum.



EK-5. “Sağlık Algısı Ölçeği” Kullanma İzin Talebi

"Sağlık Algısı Ölçeği" Kullanma İzin Talebi

Gelen Kutusu x



Hande Özmen Ünal

24 Mar 2022 Per 11:30



Sayın Hasibe KADIOĞLU, Ben Ege Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilimdalı'nda tezli yüksek lisans yapmaktayım. Danışmanım P



Alıcı: ben ▼

Sayın ÜNAL,
Ölçeği kullanabilirsiniz.
Çalışmanızda başarılar dilerim.

24 Mar 2022 Per 11:41 ☆ ↶ ⋮

Hande Özmen Ünal - 24 Mar 2022 Per, 11:30 tarihinde şunu yazdı:



EK-6. Bilgilendirilmiş Onam Formu

EGE ÜNİVERSİTESİ

BİLİMSEL ARAŞTIRMA ve YAYIN ETİĞİ KURULLARI (EGEBAYEK)

BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

LÜTFEN BU DÖKÜMANI DİKKATLİCE OKUMAK İÇİN ZAMAN AYIRINIZ

Sizi **Prof. Dr. Ayfer KARADAKOVAN ve Hande ÖZMEN ÜNAL** tarafından yürütülen “**Migrenli Hastaların Yaşam Kalitesinin İncelenmesi**” başlıklı **araştırmaya** davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz.

Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmaya **katılmama** veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan **çıkma** hakkında sahipsiniz. **Çalışmayı yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz** biçiminde yorumlanacaktır. Size verilen **formlardaki** soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formlardan elde edilecek kişisel bilgiler tamamen gizli tutulacak ve yalnızca araştırma amacı ile kullanılacaktır.

1. Araştırmayla İlgili Bilgiler:

- Araştırmanın Amacı: Migrenli hastaların yaşam kalitesini değerlendirmek.
- Araştırmanın İçeriği: Bu çalışma araştırmaya katılmayı kabul eden 1 yıl ve üzeri migren tanısı olan hastalar ile yapılacaktır. Hastalara araştırma hakkında bilgi verilecek “Bilgilendirilmiş Onam Formu” doldurmaları istenecektir. Daha sonra hastalar “Birey Tanıtım Formu”, “Migrende 24 Saatlik Yaşam Kalitesi Ölçeği” ve “Sağlık Algısı Ölçeği” formlarını yüz yüze görüşme yöntemiyle doldurmaları istenecektir.
- Araştırmanın Nedeni: Tez çalışması
- Araştırmanın Öngörülen Süresi : Araştırmanın Haziran 2022-Eylül 2022 tarihleri arasında yapılması planlanmaktadır.
- Araştırmaya Katılması Beklenen Katılımcı/Gönüllü Sayısı:
- Araştırmanın Yapılacağı Yer(ler): Araştırma Torbalı Devlet Hastanesi ve Tire Devlet Hastanesi’nde yürütülecektir.

2. Çalışmaya Katılım Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya/gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. **Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı, soru sorma ve tartışma imkanı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı.** Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım takdirde herhangi bir olumsuzluk ile karşılaşmayacağımı anladım.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının (Kendi el yazısı ile)

Adı-Soyadı:.....

İmzası:

(Varsa) Velayet veya Vesayet Altında Bulunanlar İçin:

Veli veya Vasisinin (kendi el yazısı ile)

Adı-Soyadı:.....

İmzası:

Not: Bu form, iki nüsha halinde düzenlenir. Bu nüshalardan biri imza karşılığında gönüllü kişiye verilir, diğeri araştırmacı tarafından saklanır.

EK-7. Etik Kurul Onayı



T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıbbi Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı

Konu : Onay Kararı 22-6.1T/31

Prof.Dr. Ayfer KARADAKOVAN
Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

Kurulumuza başvurusunu yaptığınız " **Migrenli Hastaların Yaşam Kalitesinin İncelenmesi** " konulu araştırmanıza ilişkin Kurulumuz onay kararı ekte sunulmaktadır.

Başvuru dosyasının araştırmanın yürütüleceği kuruma iletilerek kurum iznini gösterir belgenin alınmasından sonra çalışmaya başlanması ve süreç içinde bu belgenin (daha öncesinde sunulmamış ise) Kurulumuza iletilmesi gerekmektedir.

Ayrıca ilgili mevzuat gereği araştırmaya başlama bildiriminin, bir yıllık süreyi aşması durumunda Yıllık Bildirimlerin, Ciddi Advers Olay bildirimlerinin, bitirme tarihinin ve sonuç raporunun kurulumuza sunulması ve her türlü yazışmanın araştırma tam adı/kodu, karar, tarih ve sayısı bildirilerek Etik Kurul Bilgilendirme formu ile yapılması gerekmektedir.

Varsa **Biyolojik Materyal Transfer Formu'nun** imzaları tamamlanarak Kurulumuza iletilmesi gerekmektedir. 10.04.2016 tarih ve 29680 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Tıbbi Laboratuvarlar Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmeliğin 34. maddesinde "**yurtdışına tetkik amaçlı numune gönderme yetkisi sadece ruhsatlı tıbbi laboratuvarlara aittir**" ifadesi yer almakta olup bu madde Klinik Araştırmalar için de yürürlüğe girmiştir. Gönderilen insan kaynaklı biyolojik materyal klinik araştırma için gönderilse bile ruhsatlı bir tıbbi laboratuvar aracılığı ile <http://numunetransfer.saglik.gov.tr> adresindeki numune transfer yazılımı kullanılarak gönderilmesi konusuna dikkat edilmelidir.

Yazımızın bir örneğinin diğer araştırma merkezlerine ve destekleyiciye iletilmesi hususunda bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Güzide AKSU
Kurul Başkanı

Ek:İlgili Etik Kurul Kararı (1 Adet aslı gibidir örneği elden gönderilecektir)

EK-8. Araştırma Kurum İzni



T.C.
İZMİR VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

İZMİR İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - İZMİR HASTANE
MÜDÜRLÜĞÜ

Sayı :
Konu : Araştırma İzni -Hande ÖZMEN
ÜNAL

EGE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ DEKANLIĞI

İlgi: HANDE ÖZMEN ÜNAL'ın 25/08/2022 tarihli dilekçesi.

Üniversitemiz İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Hande ÖZMEN ÜNAL 'ın "Migrenli Hastaların Yaşam Kalitesinin İncelenmesi" konulu araştırmasıyla ilgili evrakları incelenmiş olup, çalışmanın hizmeti aksatmayacak şekilde ve araştırmaya katılımın gönüllülük esasına dayalı olması koşuluyla, Müdürlüğümüz Tire Devlet Hastanesi ve Torbalı Devlet Hastanesi' nde yürütülmesi Müdürlüğümüzce uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim

Op.Dr. Anıl ESEN
Müdür V.

Ek: Komisyon karar

Bu belge, görevli elektronik imza ile onaylanmıştır.

EK-9. Tez Konusu Onayı



T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü
Kurul İşleri

Sayı :
Konu : Hande ÖZMEN ÜNAL'ın tez konusu

İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

Enstitümüz Yönetim Kurulu'nun 24.05.2022 tarih ve 19/19 sayılı kararı ile İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı yüksek lisans programı öğrencisi Hande ÖZMEN ÜNAL'ın tez konusunun "Migrenli Hastaların Yaşam Kalitesinin İncelenmesi" olarak belirlenmesi uygun görülmüştür. Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Funda YILMAZ BARBERİ
Müdür

Bu belge, atamalı elektronik imza ile onaylanmıştır.



Teşekkür

Yüksek lisans aşamasında her zaman rehberlik yapan, sabırlı ve pozitif tavrı ile beni cesaretlendiren, bilgi birikimiyle çalışmama değişik perspektiflerden bakmama yardımcı olan, kıymetli danışmanım Prof. Dr. Ayfer KARADAKOVAN' a,

Bunun yanı sıra çalışmamı yürüttüğüm ve çalışanı olmaktan mutluluk duyduğum Torbalı Devlet Hastanesi ve çalışma sürecinde desteklerini esirgemeyen Tire Devlet Hastanesi yönetimi ve çalışanlarına, Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı tüm öğretim üyelerine,

Araştırmama gönüllü olarak dahil olan tüm hastalarım,

Çalışmam boyunca yanımda olan tüm mesai arkadaşlarıma,

Son olarak hayatımdaki her kararında yanımda olan ve beni destekleyen tüm aileme ve özellikle annem Arzu ÖZMEN'e ve babam Habil ÖZMEN'e, kardeşlerim Fatih ÖZMEN ve Sude ÖZMEN'e, benden moral ve motivasyonunu eksik etmeyen değerli eşim Alper ÜNAL'a, kayınvalidem Sevilay ÜNAL'a, kayınpederim Şaban ÜNAL'a ve çok sevgili oğlum Aras Ali ÜNAL'a

Çalışmam boyunca sabırla yanımda oldukları için sonsuz şükranlarımı sunar ve teşekkür ederim.

İzmir / 2024

Hande ÖZMEN ÜNAL

Özgeçmiş

A. Kişisel Bilgiler

İsim-Soyisim: Hande ÖZMEN ÜNAL

Uyruk: T.C.

Doğum Tarihi: ../.../.....

Adres: Torbalı Devlet Hastanesi/Eğitim Birimi

E-mail:

B. Temel Bilgiler

Eğitim

2016 – 2020 Lisans (Dokuz Eylül Üniversitesi/Hemşirelik Fakültesi)

Yayınlar (*Makale, Kitap bölümü, derleme, dergide yayımlanan özet vb.*)

-

Projeler

-

C. Diğer Bilgiler

Mesleki Deneyim

- Torbalı Devlet Hastanesi/Eğitim ve Bilişim Hemşiresi

- Torbalı Devlet Hastanesi/Nöroloji Servis Hemşiresi

Eğitici Deneyimler (*Mentorluk, Sınav gözetmenliği, Pratiklere katılım vb.*)

-

Ödüller/Burslar (*Eğitim bursu, seyahat bursu, katılım bursu, poster/sözlü bildiri ödülü, projelerde bursiyerlik vb.*)

-

Uluslararası/Ulusal bilimsel toplantılarda sunulan bildiriler

-

Sertifikalar

- Sağlık Bakanlığı Nutrisyon Hemşireliği Sertifikalı Eğitim Programı

Bilinen DeneySEL/Biyoinformatik/İstatistiksel Yöntemler

-

Görevler ve Üyelikler (*Araştırma Görevliliği, öğrenci temsilciliği, bilimsel derneklerde/mesleki kuruluşlarda üyelik, bilimsel faaliyetlerde organizasyon komitesi üyeliği vb.*)

-

Sosyal Sorumluluk Projeleri

-