

T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**MİGRENLİ BİREYLERDE BAŞA ÇIKMA BECERİLERİ EĞİTİMİNİN
ETKİLERİNİN İNCELENMESİ: RANDOMİZE KONTROLLÜ ÇALIŞMA**

Erg. Etkin BAĞCI

Ergoterapi Programı
YÜKSEK LİSANS TEZİ

ANKARA
2022

T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**MİGRENLİ BİREYLERDE BAŞA ÇIKMA BECERİLERİ EĞİTİMİNİN
ETKİLERİNİN İNCELENMESİ: RANDOMİZE KONTROLLÜ ÇALIŞMA**

Erg. Etkin BAĞCI

Ergoterapi Programı

YÜKSEK LİSANS TEZİ

TEZ DANIŞMANI

Prof. Dr. Gamze EKİCİ ÇAĞLAR

ANKARA

2022

ONAY SAYFASI

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
MİGRENLİ BİREYLERDE BAŞA ÇIKMA BECERİLERİ EĞİTİMİNİN ETKİLERİNİN
İNCELENMESİ: RANDOMİZE KONTROLLÜ ÇALIŞMA
Öğrenci: Etkin BAĞCI
Danışman: Prof. Dr. Gamze EKİCİ ÇAĞLAR

Bu tez çalışması 19.07.2022 tarihinde jürimiz tarafından "Ergoterapi Tezli Yüksek Lisans Programı" nda yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı: *Dr. Öğr. Üyesi Hatice ABAOĞLU*
(Hacettepe Üniversitesi)

Tez Danışmanı: *Prof. Dr. Gamze EKİCİ ÇAĞLAR*
(Hacettepe Üniversitesi)

Üye: *Dr. Öğr. Üyesi Mahmut YARAN*
(Ondokuz Mayıs Üniversitesi)

Bu tez Hacettepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun bulunmuştur.

25 Temmuz 2022

Prof. Dr. Müge YEMİŞCİ ÖZKAN
Enstitü Müdürü

YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

Enstitü tarafından onaylanan lisansüstü tezin/raporumun tamamını veya herhangi bir kısmını, basılı (kağıt) ve elektronik formatta arşivleme ve aşağıda verilen koşullarla kullanıma açma iznini Hacettepe Üniversitesine verdiğimi bildiririm. Bu izinle Üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarım bende kalacak, tezinin tamamının ya da bir bölümünün gelecekteki çalışmalarda (makale, kitap, lisans ve patent vb.) kullanım hakları bana ait olacaktır.

Tezin kendi orijinal çalışmam olduğunu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezinin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Tezimde yer alan telif hakkı bulunan ve sahiplerinden yazılı izin alınarak kullanılması zorunlu metinlerin yazılı izin alınarak kullandığımı ve istenildiğinde suretlerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

Yükseköğretim Kurulu tarafından yayınlanan **“Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge”** kapsamında tezim aşağıda belirtilen koşullar haricince YÖK Ulusal Tez Merkezi / H.Ü. Kütüphaneleri Açık Erişim Sisteminde erişime açılır.

- o Enstitü / Fakülte yönetim kurulu kararı ile tezinin erişime açılması mezuniyet tarihinden itibaren 2 yıl ertelenmiştir. ⁽¹⁾
- o Enstitü / Fakülte yönetim kurulunun gerekçeli kararı ile tezinin erişime açılması mezuniyet tarihinden itibaren ... ay ertelenmiştir. ⁽²⁾
- o Tezimle ilgili gizlilik kararı verilmiştir. ⁽³⁾

19/07/2022

Etkin BAĞCI

¹“Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge”

(1) Madde 6. 1. Lisansüstü teze ilgili patent başvurusu yapılması veya patent alma sürecinin devam etmesi durumunda, tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulu iki yıl süre ile tezin erişime açılmasının ertelenmesine karar verebilir.

(2) Madde 6. 2. Yeni teknik, materyal ve metodların kullandığı, henüz makaleye dönüşmemiş veya patent gibi yöntemlerle korunmamış ve internetten paylaşılması durumunda 3. şahıslara veya kurumlara haksız kazanç imkanı oluşturabilecek bilgi ve bulguları içeren tezler hakkında tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulunun gerekçeli kararı ile altı ayı aşmamak üzere tezin erişime açılması engellenebilir.

(3) Madde 7. 1. Ulusal çıkarları veya güvenliği ilgilendiren, emniyet, istihbarat, savunma ve güvenlik, sağlık vb. konulara ilişkin lisansüstü tezlerle ilgili gizlilik kararı, tezin yapıldığı kurum tarafından verilir *. Kurum ve kuruluşlarla yapılan işbirliği protokolü çerçevesinde hazırlanan lisansüstü tezlerle ilişkin gizlilik kararı ise, ilgili kurum ve kuruluşun önerisi ile enstitü veya fakültenin uygun görüşü üzerine üniversite yönetim kurulu tarafından verilir. Gizlilik kararı verilen tezler Yükseköğretim Kuruluna bildirilir.

Madde 7.2. Gizlilik kararı verilen tezler gizlilik süresince enstitü veya fakülte tarafından gizlilik kuralları çerçevesinde muhafaza edilir, gizlilik kararının kaldırılması halinde Tez Otomasyon Sistemine yüklenir

* Tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulu tarafından karar verilir.

ETİK BEYAN

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında özgün olduğunu, Prof. Dr. Gamze EKİCİ ÇAĞLAR danışmanlığında tarafımdan üretildiğini ve Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Yönergesine göre yazıldığını beyan ederim.

Erg. Etkin BAĞCI

TEŞEKKÜR

Hem lisans hem de lisansüstü eğitimim boyunca değerli bilgileriyle bana yol gösteren, tez çalışmamın planlanmasında, yazımında ve düzenlenmesinde tüm tecrübesini aktaran, desteğini hep hissettiğim değerli hocam ve tez danışmanım Prof. Dr. Gamze EKİCİ ÇAĞLAR'a,

Eğitimim boyunca kıymetli bilgilerini ve tecrübelerini benimle paylaşan, yüreklendirici sözleriyle bana akademik yolda yürüme şevki kazandıran Hacettepe Üniversitesi Ergoterapi Bölümü'ndeki tüm hocalarıma,

Bilgisi, içten yaklaşımı, yoğun desteği ile tez sürecimde yardımlarını benden esirgemeyen, ilham veren saygıdeğer hocam Prof. Dr. Volkan AKSOY'a,

Can dostum, manevi destekçim ve her konuda yardımına koşan Dkt. Buse Nur TEKİNAY'a, lisans eğitimimden bugüne kadar uzakları yakın ederek beni hiç yalnız bırakmayan Erg. Nursena ULAŞ'a, en yoğun zamanlarımda işlerimi hafifleten, her anıma ferahlık veren, güler yüzü ve kocaman kalbi ile hep yanımda olan Fzt. Güler DOĞANAY'a, insanlara ufak bir dokunuşta bulundusam bu konuda büyük payı olan Fzt. Ebru HIŞIR'a,

Tez sürecinde manevi destekleri ve motive edici yaklaşımları ile hep yanımda olan mesai arkadaşlarıma,

Bu tez çalışmasının var olma sebebi olan, beraber yürüdüğümüz yolda bana güvenen o güzel insanlara ve çok kıymetli ailelerine,

Karanlıklarımı aydınlığa çeviren, hayatıma anlam katan, yaşama sevincim, en büyük destekçim canım babama ve anneme sonsuz teşekkür ederim.

ÖZET

BAĞCI, E., Migrenli Bireylerde Başa Çıkma Becerileri Eğitiminin Etkilerinin İncelenmesi: Randomize Kontrollü Çalışma, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ergoterapi Programı Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2022. Bu çalışma migrenli bireylerde başa çıkma becerileri eğitiminin (BÇBE) ağrı, yaşam kalitesi, özür düzeyi, bireylerde başa çıkma becerileri, okupasyonel performans ve memnuniyet düzeyi üzerine etkilerinin incelenmesi amacıyla planlanmıştır. 62 migrenli bireyle tamamlanan çalışmada, randomize olarak 31'i eğitim almazken, diğer 31'ine haftada 2 kez olmak üzere 4 hafta boyunca BÇBE uygulanmıştır. Katılımcıların ağrı şiddeti Görsel Analog Skalasıyla, yaşam kalitesi Nottingham Sağlık Profiliyle, özür düzeyleri Migren Özürlülük Değerlendirme Ölçeğiyle, başa çıkma becerileri Başa Çıkma Stilleri Ölçeği Kısa Formuyla, okupasyonel performans ve memnuniyet düzeyi Kanada Aktivite Performans Ölçümü kullanılarak değerlendirilmiş ilk ve son değerleri karşılaştırılmıştır. Sonuç olarak BÇBE grubunun ağrı şiddeti ($p=0,001$), yaşam kalitesi ($p=0,001$), özür düzeyi ($p=0,001$), başa çıkma becerileri ($p=0,001$), okupasyonel performans ve memnuniyetinde ($p=0,001$) iyileşme tespit edilmiştir. Kontrol grubunda yaşam kalitesinin emosyonel reaksiyonlar ($p=0,002$), uyku ($p=0,005$), enerji seviyesi ($p=0,025$), toplam ($p=0,001$) parametrelerinde, başa çıkma becerilerinin çevresel nedenlerden dolayı sosyal destek arama ($p=0,017$), planlama ($p=0,026$), açığa vurma ($p=0,039$) parametrelerinde, okupasyonel performans ($p=0,032$) ve memnuniyet düzeyinde ($p=0,018$) kötüleşme görülürken diğer parametrelerde anlamlı farklılık bulunmamıştır. BÇBE sonrasında ağrı şiddeti ve özür düzeyinde azalma görülmüştür. Bu bulgulara rağmen, BÇBE'nin uzun dönem takibinin yapılacağı ileri çalışmalara gereksinim duyulmaktadır. Sonuç olarak yaşam kalitesi, başa çıkma becerileri, okupasyonel performans ve memnuniyet düzeyi üzerine olumlu etkisi olan BÇBE'nin migren tedavisine dahil edilmesinin faydalı olacağı düşünülmektedir.

Anahtar kelimeler: Migren, başa çıkma becerisi, ağrı, özür, okupasyonel performans.

ABSTRACT

Bağcı, E., Investigation of the Effects of Coping Skills Training in Migraine Individuals: A Randomized Controlled Study, Hacettepe University Graduate School of Health Sciences Master Thesis in Occupational Therapy, Ankara, 2022.

This study was planned to investigate the effects of coping skills training (CST) on pain, quality of life, disability level, coping skills, occupational performance and satisfaction level in individuals with migraine. In the study by 62 individuals with migraine, 31 randomly selected individuals received no training, while the other 31 received CST twice a week for 4 weeks. Pain severity of the participants were evaluated with the Visual Analog Scale, quality of life with the Nottingham Health Profile, disability levels with the Migraine Disability Assessment Scale, coping skills with the Coping Orientation to Problems Experienced Inventory-Short Form, and occupational performance and satisfaction levels with the Canadian Occupational Performance Measurement and their pre and post values were compared. As a result, improvement was observed in the CST group's pain severity ($p=0.001$), quality of life ($p=0.001$), disability level ($p=0.001$), coping skills ($p=0.001$), and occupational performance ($p=0.001$) and satisfaction levels ($p=0.001$). There were significant worsenings in the control group in emotional reactions ($p=0.002$), sleep ($p=0.005$), energy level ($p=0.025$), total ($p=0.001$) parameters in quality of life and in the use of informational support ($p=0.017$), planning ($p=0.026$) and venting ($p=0.039$) parameters in the coping skills and occupational performance ($p=0.032$) and satisfaction levels ($p=0.018$) while no significant difference was found in all other parameters in the study. It has been observed that CST reduces the pain severity and disability level of individuals. Despite these findings further studies are needed in terms of long-term effects of CST. In conclusion, it is thought that involvement of CST, which has a positive effect on quality of life, coping skills, occupational performance and satisfaction level, in the treatment of migraine would be beneficial.

Keywords: Migraine, coping skills, pain, disability, occupational performance.

İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI	iii
YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI	iv
ETİK BEYAN	v
TEŞEKKÜR	vi
ÖZET	vii
ABSTRACT	viii
İÇİNDEKİLER	ix
SİMGELER VE KISALTMALAR	xii
ŞEKİLLER	xiii
TABLolar	xiv
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Baş Ağrısının Tanımı	4
2.2. Migren	5
2.2.1. Migren Tanımı	5
2.2.2. Migren Tipleri	5
2.2.3. Aurasız Migren	6
2.2.4. Auralı Migren	7
2.3. Migren Prevalansı	8
2.4. Migren Risk Faktörleri ve Tetikleyiciler	9
2.5. Migren Komorbiditeleri	10
2.6. Migrende Atak Dönemleri	10
2.6.1. Prodrom Evresi	10
2.6.2. Aura Evresi	11
2.6.3. Baş Ağrısı Evresi	11
2.6.4. Postdrom Evresi	11
2.7. Migrenin Bireyin Yaşamı Üzerindeki Etkileri	11

2.8. Migrende Tedavi Yaklaşımları	13
2.8.1. Migrende Farmakolojik Tedavi Yaklaşımları	13
2.8.2. Migrende Farmakolojik Olmayan Tedavi Yaklaşımları	14
2.9. Başa Çıkma Becerileri Eğitimi	16
2.10. Migrende Başa Çıkma Becerisi Eğitimi	17
3. GEREÇ VE YÖNTEM	19
3.1. Bireyler	19
3.2. Yöntem	21
3.3. Değerlendirme	22
3.3.1. Sosyodemografik Özellikler	22
3.3.2. Görsel Analog Skalası	22
3.3.3. Nottingham Sağlık Profili	23
3.3.4. Migren Özürölülük Değerlendirilmesi Ölçeğı	23
3.3.5. Başa Çıkma Stilleri Ölçeğı Kısa Formu	24
3.3.6. Kanada Aktivite Performans Ölçümü	24
3.4. Başa Çıkma Becerileri Müdahalesi	25
3.5. İstatistiksel Analiz	27
4. BULGULAR	28
4.1. Bireylere İlişkin Genel Özellikler	28
4.2. Migrenle İlgili Özellikler	29
4.3. Bireylerin Ağrı Şiddetine Ait Bulgular	30
4.4. Bireylerin Yaşam Kalitesi Düzeylerine Ait Bulgular	32
4.5. Bireylerin Özür Düzeyine Ait Bulgular	35
4.6. Bireylerin Başa Çıkma Stillerine Ait Bulgular	37
4.7. Bireylerin Okupasyonel Performans ve Memnuniyet Düzeylerine Ait Bulgular	41
5. TARTIŞMA	45
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	59
7. KAYNAKLAR	61
8. EKLER	
EK-1: Tez Çalışması ile ilgili Etik Kurul İzinleri	

EK-2: Tez Çalışması Orijinallik Raporu

EK-3: Dijital Makbuz

EK-4: Onam Formları

EK-5: Sosyodemografik Veri Formu

EK-6: Görsel Analog Skalası

EK-7: Nottingham Sağlık Profili

EK-8: Migren Özürlülük Değerlendirilmesi Ölçeği

EK-9: Başa Çıkma Stilleri Ölçeği Kısa Formu

EK-10: Kanada Aktivite Performans Ölçümü

9. ÖZGEÇMİŞ



SİMGELER VE KISALTMALAR

cm	Santimetre
BÇBE	Başa Çıkma Becerileri Eğitimi
BÇSÖ-KF	Başa Çıkma Stilleri Ölçeğinin Kısa Formu
GAS	Görsel Ağrı Skalası
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
ICHD	International Classification of Headache Disorders
KAPÖ	Kanada Aktivite Performans Ölçümü
kg	Kilogram
m²	Metrekare
MIDAS	Migren Özürlülük Değerlendirilmesi Ölçeği
N	Kişi sayısı
NSP	Nottingham Sağlık Profili
p	İstatistiksel anlamlılık değeri
SPSS	Statistical Package for the Social Science/Sosyal Bilimler İçin İstatistik Programı
SS	Standart Sapma
UBD	Uluslararası Başağrısı Derneği
VKİ	Vücut Kütle İndeksi
X	Ortalama
x²	Ki kare
z	z tablo değeri
%	Yüzde

ŞEKİLLER

Şekil	Sayfa
2.1. Yaşa ve cinsiyete göre migren prevalansı.	9
3.1. Akış şeması.	21



TABLOLAR

Tablo	Sayfa
2.1. Baş ağrılarının sınıflandırılması.	4
2.2. Aurasız migren tanı kriterleri.	7
2.3. Auralı migrenin tanı kriterleri.	8
4.1. Bireylerin demografik bilgileri.	28
4.2. Bireylerin cinsiyet, çalışma durumu, medeni durumu, migren aile öyküsü ve ilaç kullanım dağılımları.	29
4.3. Bireylerin migrenle ilgili özelliklerinin dağılımı.	30
4.4. Başa çıkma becerileri eğitim ve kontrol gruplarında ağrı şiddetinin ilk ve son değerlendirmelerinin karşılaştırması.	31
4.5. Ağrı şiddetinin ilk ve son değerleri açısından gruplar arasında yapılan karşılaştırmaları.	31
4.6. Başa çıkma becerileri eğitim ve kontrol gruplarında yaşam kalitesi düzeylerinin ilk ve son değerlendirmelerinin karşılaştırması.	33
4.7. Yaşam kalitesi düzeylerinin ilk ve son değerleri açısından gruplar arasında yapılan karşılaştırmaları.	34
4.8. Başa çıkma becerileri eğitim ve kontrol gruplarında migren kayıp gün sayısının ilk ve son değerlendirmelerinin karşılaştırması.	36
4.9. Migren kayıp gün sayısının ilk ve son değerleri açısından gruplar arasında yapılan karşılaştırmaları.	36
4.10. Başa çıkma becerileri eğitim ve kontrol gruplarında başa çıkma stillerinin ilk ve son değerlendirmelerinin karşılaştırması.	38
4.11. Başa çıkma stillerinin ilk ve son değerleri açısından gruplar arasında yapılan karşılaştırmaları.	40
4.12. Problemlili aktivite alanlarına yönelik dağılımları.	41
4.13. KAPÖ ile tanımlanan problemlili aktiviteler.	42
4.14. Başa çıkma becerileri eğitim ve kontrol gruplarında okupasyonel performans ve memnuniyet düzeylerinin ilk ve son değerlendirmelerinin karşılaştırması.	47
4.15. Okupasyonel performans ve memnuniyet düzeylerinin ilk ve son değerleri açısından gruplar arasında yapılan karşılaştırmaları.	44

1. GİRİŞ

Toplumda en sık görülen nörolojik semptomlardan birisi olan baş ağrısı (1, 2), primer ve sekonder baş ağrıları olmak üzere temelde iki ana başlık altında incelenmektedir (3). Primer baş ağrıları içerisinde migren, en sık rastlanılan baş ağrısı tiplerinden birisidir (4). Migren, 4-72 saat sürerek tek taraflı zonklayıcı baş ağrısı olan, atakları tekrarlayan, rutin günlük aktiviteleri ve hareketleri zorlaştıran, mide bulantısı ve kusmanın eşlik edebildiği, hem ışığa hem de sese duyarlılığın artabildiği bir baş ağrısı tipidir (5). Migrene sıklıkla Raynaud fenomeni, hipertansiyon, inme, epilepsi gibi nörolojik, mitral kapak prolapsusu gibi kardiyovasküler ve psikiyatrik bozukluklar eşlik edebilmektedir (6). Dünya nüfusunun %14,7'sini etkilediği bilinen migrenin Türkiye'deki baş ağrısı vakalarında görülme oranı %16,7'dir (7). Migrenli bireylerin büyük bir kısmını kadınlar oluşturmaktadır. Kadınlarda %21,6 olan prevalans, erkeklerdeki %12,4'lük değerin yaklaşık iki katıdır. Migren, düşük sosyoekonomik düzeye sahip olan bireylerde daha yaygın görülmektedir (8).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), migreni en çok özre yol açan hastalıklar arasında göstermektedir (9). Kişilerde beceri kaybına ve günlük performansta düşüklüğe sebep olup, günlük aktiviteleri ciddi anlamda etkileyebilmektedir. Migrende yaşanan ağrı, sosyal ve aile bağlamında günlük işlevselliği, duyguları ve rolleri olumsuz etkilemektedir (10). Migrenli bireylerde iş/okulda üretkenlik kaybı, aile hayatında, sosyal yaşamda ve yaşam kalitesinde bozulmalar görülmektedir (2, 11). Özellikle iş yerinde migrene bağlı ortaya çıkan engeller, üretkenlik kaybına ve işe gidememeye neden olabilir ki bunların her ikisi de birey, işveren ve toplum için önemli bir ekonomik yük oluşturur (12). Migrenden kaynaklanan ağrı, bireylerin üretkenlik, günlük yaşam ve serbest zaman aktiviteleri olmak üzere okupasyonel performans alanlarını etkilemektedir. Migrenli bireylerin bir aktiviteyi gerçekleştirmesi ve aktivite içerisindeki performansı zorlaşmaktadır (13). Bu durumlar göz önünde bulundurulduğunda, bireyin kendine yeterliliği, kontrolü, stres, ağrı, yorgunluk gibi faktörlerle başa çıkma becerileri önemli ölçüde etkilenmektedir (14). Son yıllarda migren ataklarının tekrar sayısı ile başa çıkma becerileri arasında negatif bir ilişki

öne sürülmüş olsa da bu konuda yeterli sayıda araştırma bulunmamaktadır (15). Migrenli bireylerin, gerilim tipi baş ağrısı yaşayanlara göre başa çıkma becerilerinin daha kötü olduğu gösterilmiştir (16). Bu nedenle migrenli bireylerin tedavisinde başa çıkma becerilerinin üzerine odaklanmak değerli olacaktır.

Migren tedavisine yönelik yaklaşımlar, farmakolojik ve farmakolojik olmayan tedaviler olarak karşımıza çıkmaktadır. Farmakolojik yaklaşımlar akut atak tedavisinde kullanılan ilaçlar [basit ve kombine analjezikler, non-steroid antienflamatuar ilaçlar, nöroleptik ilaçlar, anti-emetik ilaçlar, steroidler, opioidler, ergot alkaloidleri ve triptanlar] ve profilaktik tedavide kullanılan ilaçlar (beta blokerler, antikonvülzanlar, antidepresanlar, kalsiyum kanal blokerleri, serotonin antagonistler) olmak üzere iki başlık altında toplanmaktadır (17). Farmakolojik olmayan yaklaşımlar ise öncelikle bireyin konuyla ilgili farkındalığını artırmaya yönelik eğitimlerle başlamaktadır. Takip eden süreçte bilişsel davranışçı terapi, beslenmenin düzenlenmesi, egzersiz, gevşeme eğitimi, terapatik masaj, yoga, meditasyon, akupunktur, biofeedback gibi yaklaşımlarla birlikte ergoterapi uygulamaları yer almaktadır. Ergoterapi yaklaşımları içerisinde öz-yönetim, enerji koruma teknikleri, postür eğitimi, zaman yönetimi, serbest zaman aktivitelerinin kullanımı, aktivite adımlama, stres yönetimi gibi başa çıkma becerileri yaklaşımları yer almaktadır (18).

Baş çıkma becerileri eğitiminin, kronik baş ağrılı bireylerin hem fiziksel hem de ruhsal sağlık ve iyilik hallerini iyileştirdiği kanıtlanmıştır (19). Baş çıkma becerileri eğitimi ile ağrı şiddetinin ve migren ataklarının sayısının azaltılması, kullanılan ilaç sayısının eksilmesi, aynı zamanda bireyin yaşama verimli olarak adapte edilmesi hedeflenmektedir (20, 21). Migrenli bireylerde migrenin oluşturduğu özür ve baş çıkma becerileri konusunda yapılan çalışma sayısının az olduğu görülmüştür. Migrenin neden olduğu engelle karşı bireyler ilaç, dinlenme ve uyku gibi yöntemleri ayrı ayrı ya da bir arada kullanabilmektedir (22). Migrenli bireylerde ağrı ile baş çıkma becerileri ve migren nedeniyle oluşan özür düzeyi arasında ilişki olduğu bilinmektedir (23, 24). Baş çıkma becerileri eğitiminin, başta ağrı olmak üzere çeşitli hastalık semptomlarını hafiflettiği pek çok çalışmada ortaya

koyulmuştur (25-28). Literatürde, migrende ergoterapi müdahalelerine çok sık rastlanmamakla birlikte migrenli bireyler üzerinde başa çıkma becerileri eğitiminin etkilerine yönelik kanıta dayalı çalışma sayısı sınırlıdır. Bu nedenle migren tedavisinde başa çıkma becerileri eğitiminin etkilerinin incelenmesi gerektiği bildirilmiştir (19, 29-31).

Bu çalışmada, migrenli bireylerde başa çıkma becerileri eğitiminin ağrı, yaşam kalitesi, özür düzeyi, bireylerde başa çıkma becerileri, okupasyonel performans ve memnuniyet düzeyi üzerine etkilerinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Çalışma ile ilgili olarak aşağıdaki hipotezler oluşturulmuştur;

- 1) **H0:** Migrenli bireylerde başa çıkma becerileri eğitiminin ağrı şiddeti üzerine etkisi yoktur.
H1: Migrenli bireylerde başa çıkma becerileri eğitiminin ağrı şiddeti üzerine etkisi vardır.
- 2) **H0:** Migrenli bireylerde başa çıkma becerileri eğitiminin yaşam kalitesi düzeyine etkisi yoktur.
H1: Migrenli bireylerde başa çıkma becerileri eğitiminin yaşam kalitesi düzeyine etkisi vardır.
- 3) **H0:** Migrenli bireylerde başa çıkma becerileri eğitiminin özür düzeyine etkisi yoktur.
H1: Migrenli bireylerde başa çıkma becerileri eğitiminin özür düzeyine etkisi vardır.
- 4) **H0:** Migrenli bireylerde başa çıkma becerileri eğitiminin bireylerde başa çıkma becerileri üzerine etkisi yoktur.
H1: Migrenli bireylerde başa çıkma becerileri eğitiminin bireylerde başa çıkma becerileri üzerine etkisi vardır.
- 5) **H0:** Migrenli bireylerde başa çıkma becerileri eğitiminin okupasyonel performans ve memnuniyet düzeyine etkisi yoktur.
H1: Migrenli bireylerde başa çıkma becerileri eğitiminin okupasyonel performans ve memnuniyet düzeyine etkisi vardır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Baş Ağrısının Tanımı

Baş ağrısı, her insanın yaşamının bir döneminde tecrübe ettiği bir sorundur. Baş ağrısı, başın herhangi bir kısmında oluşan ve toplumda en sık karşılaşılan nörolojik semptomdur. Uluslararası Başağrısı Derneği'nin (UBD) Uluslararası Baş Ağrısı Bozukluklarının Sınıflandırması (*International Classification of Headache Disorders-ICHD 3*) baş ağrılarını, merkezi sinir sistemi ve diğer sistemik hastalıklarla ilgisi olmayan primer baş ağrıları ve sistemik veya merkezi sinir sistemi patolojileri nedeniyle meydana gelen sekonder baş ağrıları olmak üzere ikiye ayırmaktadır. Ayrıca ağrılı kraniyal nöropatiler, diğer yüz ve baş ağrıları üçüncü bir grup olarak sınıflandırılmaktadır (32). Baş ağrılarının sınıflandırılması Tablo 2.1.'de verilmiştir.

Tablo 2.1. Baş ağrılarının sınıflandırılması

A. Primer baş ağrıları
1. Migren
2. Gerilim tipi baş ağrısı
3. Trigeminal otonomik baş ağrıları
4. Diğer primer baş ağrısı sendromları
B. Sekonder baş ağrıları
1. Baş ve/veya boyun travmasına bağlı baş ağrısı
2. Kraniyal veya servikal damarsal bozukluklara bağlı baş ağrısı
3. Damarsal olmayan intrakraniyal bozukluklara bağlı baş ağrıları
4. Madde kullanımı veya kesilmesine bağlı baş ağrısı
5. Enfeksiyona bağlı baş ağrısı
6. Homeostaz bozukluğuna bağlı baş ağrısı
7. Kraniyum, boyun, gözler, kulaklar, burun, sinüsler, ağız ya da diğer yüz veya kraniyal yapıların bozukluklarına bağlı baş ağrısı ya da yüz ağrısı
8. 8. Psikiyatrik bozukluklara bağlı baş ağrısı
C. Ağrılı kraniyal nöropatiler, diğer yüz ve baş ağrıları
1. Ağrılı kraniyal nöropatiler ve diğer yüz ağrıları
2. Diğer baş ağrısı bozuklukları (sınıflandırılmayan)

2.2. Migren

2.2.1. Migren Tanımı

Migren, herhangi bir yapısal nedenden kaynaklanmayan, nörolojik, gastrointestinal ve otonom değişikliklerin eşlik ettiği gerilim tipi baş ağrısından sonra en sık görülen primer bir baş ağrısı bozukluğudur. Uluslararası Baş Ağrısı Derneği (IHS) tarafından tanımlanan migren, başın tek tarafında, zonklayıcı, orta veya şiddetli baş ağrısı ile karakterizedir. Hareketle şiddetlenmesi de dahil olmak üzere yukarıdakilerden en az ikisi, mide bulantısı/kusma, fotofobi ya da fonofobi duyarlılıkla ilişkili iki sorundan en az biri görülmektedir (33). Migrene bağlı mortalite olmamasına rağmen migren, bireyin deneyimlemiş olduğu ağrı nedeniyle hem yaşam kalitesini bozmakta hem de topluma ciddi bir ekonomik yük oluşturmaktadır (34).

2.2.2. Migren Tipleri

Migrenin birden fazla alt tipi olmasına rağmen en yaygın olanları auralı ve aurasız migrendir. Migren baş ağrılarının %15-20'si auralı migren ve %80-85'i aurasız migrenden oluşmaktadır. ICHD-3, migren aurasını genellikle yavaş yavaş gelişen, tek taraflı, dakikalar süren, baş ağrısı evresinden önce gelen tamamen geri dönüşümlü görsel, duyuşsal veya diğer merkezi sinir sistemi semptomlarını içeren, tekrarlayan ataklar olarak tanımlamaktadır (35). UBD'nin 2018 yılında yayınlamış olduğu son sınıflandırma aşağıda sunulmuştur (32).

Migren

- **Aurasız migren**
- **Auralı migren**
 - Tipik auralı migren
 - a. Baş ağrılı tipik aura
 - b. Baş ağrısız tipik aura
 - Beyin sapı auralı migren
 - Hemiplejik migren

- a. Ailesel hemiplejik migren
 - Ailesel hemiplejik migren tip 1
 - Ailesel hemiplejik migren tip 2
 - Ailesel hemiplejik migren tip 3
 - Ailesel hemiplejik migren tip, diğer lokuslar
- b. Sporadik hemiplejik migren
 - Retinal migren

Kronik migren

Migren komplikasyonları

- Migren statusu
- Enfarkt olmaksızın kalıcı aura
- Migrenöz enfarkt
- Migren aurasının tetiklediği nöbet

Olası migren

- Olası aurasız migren
- Olası auralı migren

Migrenle ilişkili olabilecek epizodik sendromlar

- Tekrarlayan gastrointestinal bozukluk
 - Siklik kusma sendromu
 - Abdominal migren
- Benign paroksizmal vertigo
- Benign paroksizmal tortikollis

2.2.3. Aurasız Migren

Aurasız migren, baş ağrısı özelliklerini ve ilişkili semptomları vurgulamaktadır. Aurasız migrenin ana özelliği, orta veya şiddetli boyutta tek taraflı zonklayıcı bir baş ağrısıdır. Baş ağrısı genellikle rutin fiziksel aktivite ile şiddetlenir, buna fotofobi ve fonofobinin yanı sıra mide bulantısı da eşlik edebilmektedir (36). Aurasız migrenin tanı kriterleri Tablo 2.2.'de verilmiştir (32).

Tablo 2.2. Aurasız migren tanı kriterleri

A. Geçmişte, B ve D kriterlerine uyan en az 5 atak geçirmiş olmak
B. Baş ağrısı ataklarının 4-72 saat sürmesi (tedavisiz ya da başarısız tedavi girişimi)
C. Baş ağrısının aşağıdaki özelliklerden en azından 2 ve fazlasını içermesi 1. Tek taraflı yerleşim 2. Zonklayıcı karakter 3. Orta veya şiddetli ağrı 4. Rutin fiziksel aktivitelerle ağrının şiddetlenmesi ve aktivitelerden kaçınma
D. Ağrıya aşağıdaki semptomlardan 1 ya da fazlasının eşlik etmesi 1. Bulantı ve/veya kusma 2. Fotofobi ve fonofobi
E. Altta yatan başka bir durum hastalığının olmaması

2.2.4. Auralı Migren

Auralı migren, dakikalar içinde yavaş yavaş gelişen ve her bir semptomun 5 ile 60 dakika arasında sürdüğü bir veya daha fazla geçici ve tamamen geri dönüşümlü fokal nörolojik semptomlarla karakterizedir. En yaygın aura semptomları görsel yanılsamalar olup bunu duyuşal semptomlar ve konuşma problemleri takip eder (37). En yaygın görsel aura, küçük bir parıldayan bölge olarak başlar ve onu, yaklaşık 20 dakika boyunca genişleyen ve çevreye doğru hareket eden bir kör nokta izler. Bu aura, renkli veya renksiz parıltılardan oluşabilir veya zigzag dış hatlara sahip olabilir. Auralar, her zaman baş ağrısı ataklarını takip etmez ve art arda birden fazla aura meydana gelebilir (38). Auralı migrenin tanı kriterleri Tablo 2.3.'te verilmiştir (32).

Tablo 2.3. Auralı migrenin tanı kriterleri

A. B ve C kriterlerini içeren en az iki atak

B. Tam düzelen aşağıdaki aura semptomlarından bir veya daha fazlası

1. Görsel
 2. Duysal
 3. Konuşma ve/veya lisan
 4. Motor
 5. Beyin sapı
 6. Retinal
-

C. Aşağıdaki altı özellikten en az üçü

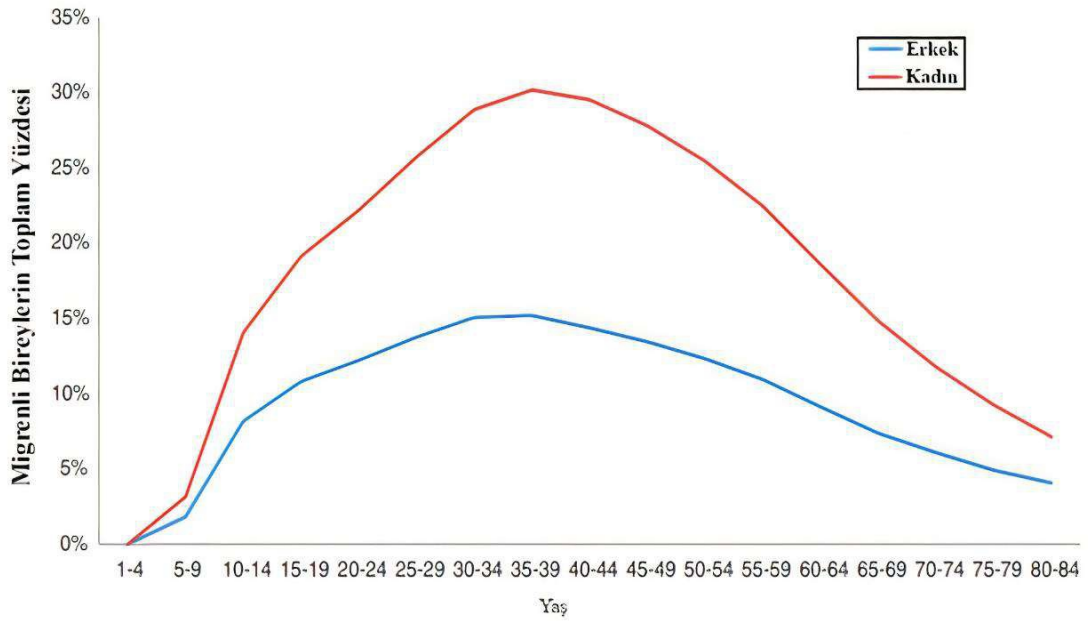
1. En az bir aura semptomunun 5 dakika veya daha uzun sürede ortaya çıkması
 2. İki veya daha fazla aura semptomu birbiri ardı sıra görülebilir
 3. Her bir aura semptomu 5-60 dakikada biter
 4. En az bir aura semptomu unilateraldir
 5. En az bir aura semptomu pozitif bulgu içerir
 6. Aura 60 dakika içinde başlayan baş ağrısı ile birlikte olabilir
-

D. Başka bir ICHD-3 tanısı ile daha iyi açıklanamaz

2.3. Migren Prevalansı

Her yıl nüfusun %14,7'sini yani dünyada bir milyardan fazla insanı doğrudan etkilemektedir (39). Migren prevalansının, cinsiyet ve yaşla önemli düzeyde ilişkisi bulunmaktadır (37). Yapılan bir çalışmaya göre migren kadınların %18-%23'ünü, erkeklerin ise %6-%9'unu etkilemektedir (33). Migrenli kadınların sayısı erkeklerden iki ile üç kat daha fazladır. Ülkemizde 2015 yılında yapılmış olan toplum temelli bir çalışmada migrenin prevalansı %16,7 olarak tespit edilmiştir. Burada erkeklerde %12,4 olan oran kadınlarda %21,6'dır (8, 40).

Ergenlik öncesi erkek ve kız çocukları arasındaki migren prevalansı farklılık göstermeyip %3-7'dir (37). Migren başlangıç yaşı kadınlarda 20-24, erkeklerde 15-19 yaş olup prevalans gençlerde ve orta yetişkinlik döneminde zirve yapmaktadır. 30-39 yaşları arasında ise görülme oranı yüksektir (Şekil 2.1.). 50 yaşından sonra görülme sıklığı her iki cinsiyette de hızla azalmaya başlar, 60 yaş ve üstü arasında görülme sıklığı en düşüktür (37, 39). Migren beyaz ırkı ve sosyoekonomik seviyesi düşük olanları daha fazla etkilemektedir (39).



Şekil 2.1. Yaşa ve cinsiyete göre migren prevalansı.

2.4. Migren Risk Faktörleri ve Tetikleyiciler

Migrenin genetik bir yapıya sahip olduğu ve erkeklere göre kadınların migreni daha fazla yaşadığı göz önüne alınarak risk faktörleri arasında ailede migren öyküsünün olması ve kadın olmak ön sırada yer almaktadır. Cinsiyet farklılığının büyük ölçüde hormonal etkilerden kaynaklanmasında migrenin menstruasyon, gebeliğin ilk trimesterinde ve perimenopoz sırasında östrojen seviyelerindeki dalgalanmalardan etkilenmesi gösterilmektedir. Kadınların çoğu migreni yalnızca menstrüal siklusla birlikte yaşarken, diğerleri farklı zamanlarda da migren atakları yaşamaktadır (39).

Migrenin menstruasyon siklusu öncesinde veya sonrasında görülme sıklığı artar. Migreni olan bireyler arasında baş ağrısı ataklarını hızlandıran kişisel veya çevresel faktörlere migren tetikleyicileri adı verilir (39). Tetikleyiciler kişiden kişiye farklılık göstermektedir. En sık bildirilen migren tetikleyicileri menstruasyon, ovulasyon ve oral kontraseptif kullanımı gibi hormonal durumu etkileyen faktörler, iş, okul veya kişisel ilişkilerde yaşanan stres, öğün atlama ve yetersiz veya fazla uyku olarak sayılabilir (41). Hava değişiklikleri, yüksek rakımlar, güçlü kokular, ışık, alkol, sigara içmek ve şiddetli egzersiz yaygın tetikleyicilerdendir. Ayrıca eski peynirler,

monosodyum glutamat, 200 mg'ı geçen kafein kullanımı ve çikolata migreni tetiklediği bilinen gıda maddelerindendir (39, 42). Oruç tutmak gibi uzun süreli açlık da migreni tetiklemektedir. Migrenli bireylerin kendilerinde ağrıya neden olan tetikleyicilerini fark edip belirlemeleri ve bu tetikleyicilerden kaçınmaları önemlidir. Migren tetikleyicilerini yönetmek için baş ağrısı günlüğü tutmak, sağlıklı yaşam tarzı tercihlerine yönelmek ve tetikleyiciler ile başa çıkmayı öğrenmek değerlidir (43).

2.5. Migren Komorbiditeleri

İnme, miyokard enfarktüsü, anjina, koroner revaskülarizasyon gibi kardiyovasküler bozukluklar, depresyon, anksiyete bozuklukları, bipolar bozukluk, kişilik bozuklukları, intihar girişimleri gibi psikiyatrik bozukluklar, epilepsi gibi nörolojik bozukluklar, uykusuzluk, huzursuz bacak sendromu, parasomnia, uyku apnesi, uyku kalitesinde bozulma gibi uyku bozuklukları, alerjik rinit, astım gibi enflamatuvar durumlar, fibromiyalji gibi kronik ağrı durumları ve obezite de dahil olmak üzere migrenle ilişkili birçok hastalık bulunmaktadır. Ayrıca kronik yorgunluk sendromu, çölyak hastalığı, Raynaud fenomeni ve sistemik lupus eritematozus migrene eşlik edebilmektedir (38, 39, 44-48). Migrenli bireyler genellikle sırt ağrısı, eklem ağrısı, baş dönmesi, kabızlık, ishal vb. gibi çeşitli başka somatik şikayetler yaşayabilmektedir. Bu semptomlar tedavi seçimlerini etkileyebilmektedir (38).

2.6. Migrende Atak Dönemleri

Migrenin atak dönemleri prodrom evresi, aura evresi, baş ağrısı evresi ve postdrom evresinden oluşmaktadır (38).

2.6.1. Prodrom Evresi

Baş ağrısının başlamasından saatler veya günler önce erken uyarı semptomları ortaya çıkmaktadır. Uyarıcı semptomlar arasında konsantrasyon güçlüğü, ruh hali değişiklikleri, anksiyete, yorgunluk, duyuşal uyarılara aşırı duyarlılık, sık esneme, artan idrara çıkma, gastrointestinal rahatsızlık veya yemek yeme isteği, iştahsızlık gibi iştah değişiklikleri ve boyun sertliği bulunmaktadır. Genellikle semptomlar spesifik olmayıp birey tarafından fark edilmeyebilir. Migrenin

geleceğini haber veren uyarıcı semptomları, baş ağrısı günlüğü tutarak not etmek atağı durdurmak için fırsat yaratır (38, 39, 49).

2.6.2 Aura Evresi

Baş ağrısının başlangıcından 15-60 dakika önce, migrenli bireylerin %25-30'unda düzenli olarak aura semptomları görülür. Aura, kortikal yayılan depolarizasyon denilen nörofizyolojik süreçten kaynaklanmakta olup kortikal yayılan depolarizasyonun etkilediği kortikal bölgeye göre sensorimotor, görsel veya lisanla ilişkili semptomlara sebep olur. Yaygın olarak her iki görme alanının bir yarısında zikzak şeklinde parlayan ışıklı çizgiler, belirli bir patern oluşturmeyen parlak noktalar ve görme alanında küçük lekeler gibi yavaş yavaş gelişen, bir saate kadar süren geçici görsel rahatsızlıklar meydana gelir. Nadiren vücudun tek tarafında uyuşukluk ve karıncalanma, kelime bulmada güçlük görülür (38, 39, 49).

2.6.3 Baş Ağrısı Evresi

Aura evresinin ardından baş ağrısı görülür. Baş ağrısı evresinde ağrı, mide bulantısı veya kusma, fotofobi ve fonofobi 4-72 saat boyunca görülebilir. Ağrı tek taraflı olarak zonklama şeklinde hissedilir. Ayrıca ataklar iki taraflı ağrı, baskı ve sıkışma hissini içerebilir. Şiddetli ataklar sırasında, migrenli birey basit fiziksel hareketleri gerçekleştiremeyebilir, ışık ve ses ağrıyı şiddetlendirebileceğinden yatak istirahatine ihtiyaç duyar (38, 39, 49).

2.6.4 Postdrom Evresi

Baş ağrısının ardından uyuşukluk, baş dönmesi veya sersemlik hissi, konsantrasyon güçlüğü gibi rahatsızlıklar yaşanır. Bireyin enerji seviyesindeki düşüklük ve diğer semptomlar birkaç saat içerisinde düzelebilir ya da bir veya iki gün bu durum devam edebilir (32, 38, 39, 49).

2.7. Migrenin Bireyin Yaşamı Üzerindeki Etkileri

Migrenin sıklığı, şiddeti, eşlik eden mide bulantısı/kusma, fonofobi, fotofobi gibi semptomlar ve duygudurum bozuklukları gibi komorbid sorunlar bireyin günlük

yaşamını ve yaşam kalitesini olumsuz etkiler (34). Migren ağrılarının şiddeti, aktivitede limitasyon oluşturmeyen orta derecede ağrıdan, bireyin yaşam kalitesini ciddi şekilde etkileyerek azaltan, uzun süreli ve şiddetli ağrıya kadar değişir. Migren, oluşturduğu özür düzeyi ve atakların meydana gelme sıklığına göre bireyin sağlık ve iyilik halini etkilemektedir. Migren ataklarının ne zaman olacağının bilinmemesi, migrenli bireyler ve bu bireylerin aileleri için önemli yüke yol açmaktadır. Migren ataklarıyla ilişkili özürlülük genellikle şiddetli olmaktadır. DSÖ migreni demans, kuadripleji ve psikozla birlikte bireyde en çok özre neden olan sorunlardan biri olarak göstermektedir (50).

Migren, bireylerin evde, işte ve sosyal rollerindeki aktivitelerinde kısıtlanmalarına sebep olmaktadır. Migrenin, aile, iş ve sosyal ilişkiler gibi günlük yaşamın fiziksel, duygusal ve sosyal yönleri dahil olmak üzere bireyin yaşam kalitesi ve verimliliği üzerinde yıkıcı etkisi bulunmaktadır (51). Özellikle migren prevalansının çalışma çağındaki bireylerde yüksekliği üretkenlik kaybına neden olmakta olup bu kaybın ekonomik yüke yol açtığı belirtilmektedir (37, 50).

Migren, üretkenlik, kendine bakım ve serbest zaman aktiviteleri olmak üzere bireylerin okupasyonel performans alanlarını olumsuz etkilemektedir (52). Bireyler günlük yaşam aktivitelerinde, okupasyonlarını sürdürmede ve sorunlarla başa çıkmada zorlanmaktadır (52, 53). Migren nedeniyle bireyler, kendilerini sıklıkla umutsuz ve çaresiz hissedebilmektedir (32). Migrenli bireylerde ağrı nedeniyle işlerinde devamsızlık, çalışırken verimliliğin düşmesi ve üretkenliğin azalması gibi sorunlar görülmektedir. Aynı zamanda çalışma ortamında meslektaşları tarafından sergilenen anlayışsızlık gibi sorunlarla da karşı karşıya kalabilmektedir (53). Bütün bunların sonucunda bireyler işini kaybetme korkusu, başarısızlık ve gelir kaybı gibi durumlarla karşı karşıya kalabilmektedir (34).

Ani gelişen atak nedeniyle bireyin okupasyonlarını yapmakta ve tamamlamakta zorluklar yaşamasiyla birlikte sosyal aktivitelere katılımlarının da kısıtlandığı görülmektedir (34, 52). Birey, iş ve sosyal ortamında istenmeyen biri olarak etiketlenebilir. Bu durum, bireyin ruhsal açıdan ve yaşam memnuniyeti açısından da olumsuz etkilenmesine neden olabilmektedir. Sosyal izolasyon

nedeniyle bireyin katılımının etkilendiği bilinmektedir (53). Baş ağrıları, partner ilişkilerinde ayrılma veya boşanma, cinsel yaşam üzerinde olumsuz etki gibi sorunlara neden olmaktadır. Bireyler migrenin ebeveynlik ve eş rolüne zarar verdiğini de bildirmektedirler. Sıklıkla devam eden migren atakları yüzünden birey, atak geçirme korkusu ve endişe yaşamakta ve bu yüzden aile, meslek ve sosyal hayatı etkilenmektedir (34, 52, 53).

2.8. Migrende Tedavi Yaklaşımları

Bireyin yaşamını pek çok açıdan etkileyen kompleks bir durumun tedavisi konusunda zorluklar yaşanmakta ve farklı görüşler bulunmaktadır (54). Migrende kullanılan tedavi yaklaşımları farmakolojik ve farmakolojik olmayan tedavi olmak üzere ikiye ayrılmaktadır (55).

2.8.1. Migrende Farmakolojik Tedavi Yaklaşımları

Migrende ilaç tedavisi, akut atak ve profilaktik tedavi olmak üzere ikiye ayrılmaktadır (56).

Akut atak tedavisi

Atakları hızlı, etkili ve 24 saat içerisinde tekrarı olmayacak şekilde kalıcı tedavi etmeyi amaçlamaktadır. Basit ve kombine analjezikler, non-steroid anti-inflamatuvar ilaçlar, triptan, ergotamin ve türevleri, anti-emetikler, opioidler, nöroleptikler gibi farklı ilaç yaklaşımları kullanılmaktadır (56).

Profilaktik tedavi

Atak şiddetini, sıklığını, süresini azaltmayı ve atakları önlemeyi amaçlamaktadır. Beta-blokerler, anti-depresanlar, anti-epileptik ilaçlar, kalsiyum kanal blokerler, serotonin antagonistleri gibi farklı ilaç yaklaşımları kullanılmaktadır (57).

2.8.2. Migrende Farmakolojik Olmayan Tedavi Yaklaşımları

Migrende görülen semptomlar bireyin davranışları ve yaşam tarzıyla ilişkilidir. Bireyin yaşamını pek çok açıdan etkileyen migrenin tedavisi için farmakolojik yaklaşımlara ek olarak farmakolojik olmayan yaklaşımlara da yer vermek önemlidir. Farmakolojik olmayan yaklaşımlar, bireylerin katılımlarını ve genel sağlık planlarına uyumu iyileştirdiği gibi bireye yaşam boyu fayda sağlayabilecek seçenekler sunmaktadır. Farmakolojik olmayan yaklaşımlardan gevşeme, biofeedback, stres ve tetikleyici yönetimi, akupunktur, mindfulness, bilişsel davranışçı terapi, yaşam tarzının yeniden düzenlenmesi, egzersiz, diyet düzenlemesi, uyku hijyeni ve başa çıkma becerileri eğitimi yoğun olarak kullanılmaktadır (58).

Progresif Gevşeme Egzersizi:

Kasların gevşemesini öğretmek için programlı bir yöntem olan progresif gevşeme egzersizleri, çeşitli kas gruplarının sıralı bir şekilde gerilmesi ile başlar ve sonrasında bu kas gruplarını serbest bırakır. Gevşemenin baş ağrısından önce gelen sempatik sinir sistemi uyarılmasının azaltılması ve migrenli bireyin düzenli uygulama ile bu uyarıyı hem azaltmada hem de fark etmede önemli rol oynamasına olanak sağlamaktadır (39).

Biofeedback:

Migrenli bireyin vücudunda, istemsiz olarak gerçekleşen fizyolojik fonksiyonların gevşeme ile yer değiştirilerek kontrol altına alınmasını sağladığı uygulamadır. Sinir sisteminin aşırı uyarımını, aşırı duygusal tepkilerini ve ısrarlı düşüncelerini engellemeyi amaçlamaktadır (38).

Stres ve Tetikleyici Yönetimi:

Stres ve tetikleyici yönetimi, migrenli bireylere stres etkenlerini ve baş ağrısını artıran diğer tetikleyicileri tanımayı, bu etkenleri ve tetikleyicileri yönetmeyi amaçlayan müdahaledir (39).

Akupunktur:

Migren semptomlarını iyileştirmek amacıyla bireyin belirli vücut bölgelerine ince iğnelerin batırılması ve bu bölgelerin uyarılmasına dayanan bir yaklaşımdır (59).

Mindfulness:

Farkındalık, bireyin kendisini anda tutma süreci ile karakterizedir. Bireyin yaşadığı farkındalık kasların, sinirlerin ve damarların işleyişine konsantre olmasını sağlar, bu süreç çevresine verdiği fizyolojik tepkiyi normalleştirerek anın önemini ortaya koyar. Ağrıyı tolere edilebilir hale getirir ve semptomların devam etmesine rağmen bireyin anlamlı aktivitelerine katılımını kolaylaştırarak ağrıya verdiği tepkiyi değiştirmeyi amaçlamaktadır (38, 60).

Bilişsel Davranışçı Terapi:

Bireyin fonksiyonlarını engelleyen olumsuz ve ısrarcı otomatik düşünce, duygu ve davranışlarını hem belirlemeyi hem de değiştirmeyi amaçlayan psikososyal yaklaşımdır (38).

Yaşam Tarzının Yeniden Düzenlenmesi:

Bireylerin günlük yaşam aktivitelerine katılımı sırasında baş ağrılarını önlemek için yaşam tarzının yeniden düzenlenmesini içeren ağrı yönetim programını içermektedir. Baş ağrısı tetikleyicilerini belirlemek ve yönetmek, stres yönetimi ve baş ağrılarını önlemek için gevşeme egzersizleri uygulamak, ergonomi, enerji yönetimi, sağlıklı alışkanlıklar ve rutinler edinmek, topluma ve işe yeniden entegrasyon program basamakları arasında yer almaktadır (61).

Egzersiz:

Migren sıklığını azaltmada etkilidir. Migrenli bireyin fiziksel uygunluğuna göre egzersiz adapte edilir. Öncelikle basit germe egzersizlerinden başlayarak düşük ancak etkili egzersizlere geçiş yapılır, bireyin başarılı olması sağlanarak daha aktif

egzersize geçilmelidir. Bireylerin zevkli bulduğu ve sürdürebileceği egzersizleri desteklemek önemlidir (38).

Diyet Düzenlemesi:

Diyet düzenlemeleri, migren semptomlarında iyileşme sağlaması, hem baş ağrısı şiddetini hem de sıklığını azaltması gibi nedenlerle yapılmaktadır. Eliminasyon diyeti müdahalesinde, öncelikle migren semptomlarını tetikleyen gıdalar ortadan kaldırılır, daha düşük bir baş ağrısı sıklığını sürdürebildikten sonra tetikleyici gıdalar yavaş yavaş diyete dahil edilir. Sık yeme ile ilgili müdahalelerde bireylerin dengeli besin alınımları sağlanır, her üç saatte bir ara öğün tüketilmesi önerilmektedir (62, 63).

Uyku Hijyeni:

Programlanmış uyku ve uyanma düzeni migrenli bireyler için temeldir. Uykuyu teşvik eden ve engelleyen durumlar değerlendirilir. Yatak odasının sadece uyku ve seks gibi samimi aktivite için kullanılması teşvik edilir. Televizyon, bilgisayar ve telefon uyku ortamından uzaklaştırılır. Uyumadan önce yapılan aktiviteler, sinir sistemini sakinleştirecek ve gün içerisinde yaşanan kaotik aktivitelerden uzaklaştıracak şekilde tercih edilir (38).

2.9. Başa Çıkma Becerileri Eğitimi

Baş çıkma becerileri eğitimi, olumsuz baş etme tarzlarını daha yapıcı davranışlara dönüştüren, tıbbi tedavi önerilerine uyumu kolaylaştıran, iyilik halini artıran bir yaklaşımdır. Başa çıkma becerileri, aktiviteler yardımıyla başarıyı artıran, sosyal ve fiziksel çevredeki zorlu durumlara uyum sağlama yollarıdır (64). Başa çıkma becerileri eğitiminin hem öz yönetimi geliştirdiği hem de birçok kronik hastalıkta bireyin sağlığını ve yaşam kalitesini iyileştirdiği gösterilmiştir (65). Başa çıkma becerileri eğitimi ile bireyler hastalığın oluşturduğu tehditlerin üstesinden gelebilmektedir (66). Başa çıkma becerileri eğitimi, ağrının ve hastalığın neden olduğu özür düzeyinin azalmasına katkı sağlamaktadır (67). Başa çıkma, problemlerin ortaya çıkardığı bilişsel, davranışsal ve duygusal tepki bütünüdür.

Lazarus ve Folkman, başa çıkmayı problem ve duygu odaklı olmak üzere ikiye ayırmaktadır (68, 69). Problem odaklı başa çıkma, sorunu çözmeyi veya etkisini azaltmayı amaçlar, birey bunun için çevresinden yardım alabilir veya kendi başına hareket edebilir. Duygu odaklı başa çıkma ise bireyin sorunlarıyla mücadele etmesi yerine duygularını düzenler, sorundan uzaklaşma, sorunu düşünmemek için farklı şeylerle meşgul olma, destek alma gibi sorundan kaynaklanan duyguları yönetmeye çalışır. Başa çıkma becerilerinin gelişmesi için gayret, zaman ve planlama gereklidir (69-72).

Başa çıkma becerileri eğitimi, bireylerin sorunlarına karşı öz-etkililiğini ve anlamlı aktivitelerini gerçekleştirme becerisini artırmak için davranışsal ve bilişsel başa çıkma stratejilerini öğretmeyi amaçlamaktadır. Başa çıkma becerileri eğitiminin bireyin sorunlarına yardımcı olacak becerileri öğretme ve bu problemleri yönetmeyi geliştirme şeklinde iki temel hedefi vardır. Bireyin kendisini daha iyi hissetmesini, sosyal izolasyonunun azalmasını, kişisel ilişkilerinde yaşadığı problemlerle başa çıkmasını, okupasyonlarını bağımsız olarak yapabilmesini, sorunların daha kötüye gitmesini engellemesini, rahatsız edici duygu ve düşünceleriyle başa çıkmayı ve gelecekte meydana gelebilecek sorunları yönetmesini sağlamaktadır (73-75).

Başa çıkma becerileri eğitimi içerisinde sorunu anlamak için farkındalık, aktivite-dinlenme döngüsünü sağlamak için aktivite adımlama, stres yönetimi, fiziksel ve ruhsal gevşeme teknikleri ve imgeleme, keyifli aktivite planlaması, problem çözme, olumsuz düşünceleri tanımlama, hedef belirleme ve bunlara yönelik başa çıkma becerilerini geliştirme bulunmaktadır (76, 77).

2.10. Migrende Başa Çıkma Becerisi Eğitimi

Migren, bireylerde oluşturduğu fiziksel semptomlar nedeniyle bireyin yaşam kalitesini azaltmakta ve performansını düşürerek günlük yaşam aktivitelerini olumsuz etkilemektedir (78, 79). Bireyin okupasyonlarını yapamaması hem fiziksel hem ruhsal sağlığını etkilemekte, öz yeterliliğini azaltmaktadır. Bireylerin ağrı ve problem oluşturan duruma karşı öz yeterliliklerini artırmada uygun ve etkili başa çıkma becerisi eğitimi yardımcı olmaktadır (80, 81). Migren baş ağrılarının şiddetlenmesinde ve gelişmesinde stres önemli bir tetikleyici olarak

gösterilmektedir. Strese karşı başa çıkma becerileri eğitiminin düzenleyici görev üstleneceği belirtilmektedir (79). Gelişmiş başa çıkma becerilerine sahip olmak bireylerin yaşama katılımını sağlamaktadır (82).

Bireyler başa çıkma becerilerini kullanabildiklerinde baş ağrılarına eşlik eden özürlü, anksiyete ve depresyon gibi semptomları hafifletmektedir (24). Başa çıkma becerileri kullanılmadığında baş ağrısı ataklarını tetikleyecek düzensiz yaşam davranışları devam etmektedir (83). Migren tedavisine aktif katılım sağlayan bireylerin başa çıkma becerilerinde başarılı olduğu görülmüştür (84). Ergoterapistler, bireyin ağrıyla mücadele etmesinde başa çıkma becerileri eğitimi uygulamaktadır (85). Başa çıkma becerileri eğitimi, tetikleyici faktörleri analiz ederek en aza indirmeye yardımcı olmaktadır. Başa çıkma becerileri eğitiminde bireylerin zamanı yönetme becerileri, biliş ve serbest zaman aktiviteleri gözden geçirilerek etkilenen okupasyonel performansına göre kişisel hedefler belirlenir. Bireyin değişime hazır olup olmadığı gözden geçirilmelidir (14). Başa çıkma becerileri eğitiminin, migrenli bireylerde fiziksel parametreler üzerindeki etkilerine bakıldığı görülmektedir (86). Ancak, bu eğitimin migrenli bireylerde okupasyonel performans ve memnuniyet düzeyi gibi psikososyal performans alanlarındaki etkisine bakılmadığı görülmüştür. Literatürde, migrenli bireyler üzerinde başa çıkma becerileri eğitiminin etkilerine yönelik kanıta dayalı çalışma sayısı sınırlıdır. Bu nedenle migren tedavisinde başa çıkma becerileri eğitiminin etkilerinin incelenmesi gerektiği bildirilmiştir (19, 29-31). Bu çalışma, migrenli bireylerde başa çıkma becerileri eğitiminin bireyin ağrı, yaşam kalitesi, özür düzeyi, başa çıkma becerileri, okupasyonel performans ve memnuniyet düzeyi üzerindeki etkilerini incelemek amacıyla planlanmıştır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışma Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi Ergoterapi Bölümü'ne başvuran migren tanılı bireylerle yapılmıştır.

Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 2021/523 numarasıyla izlenen çalışma 11.11.2021'de değerlendirilerek tıbbi etiğe uygun bulunmuştur (EK-1).

3.1. Bireyler

Çalışmaya dahil edilme kriterleri aşağıdaki gibidir:

- Uluslararası Baş Ağrısı Derneği tanı kriterlerini (ICHD-3 beta International Classification of Headache Disorders) karşılayan migren tanısı almış olması
- 18-65 yaş arasında olması
- Migren başlangıç yaşının 50'den küçük olması (Migren başlangıç yaşının 50 yaş ve üzeri olması genellikle sekonder nedenli)
- Okur-yazar olması

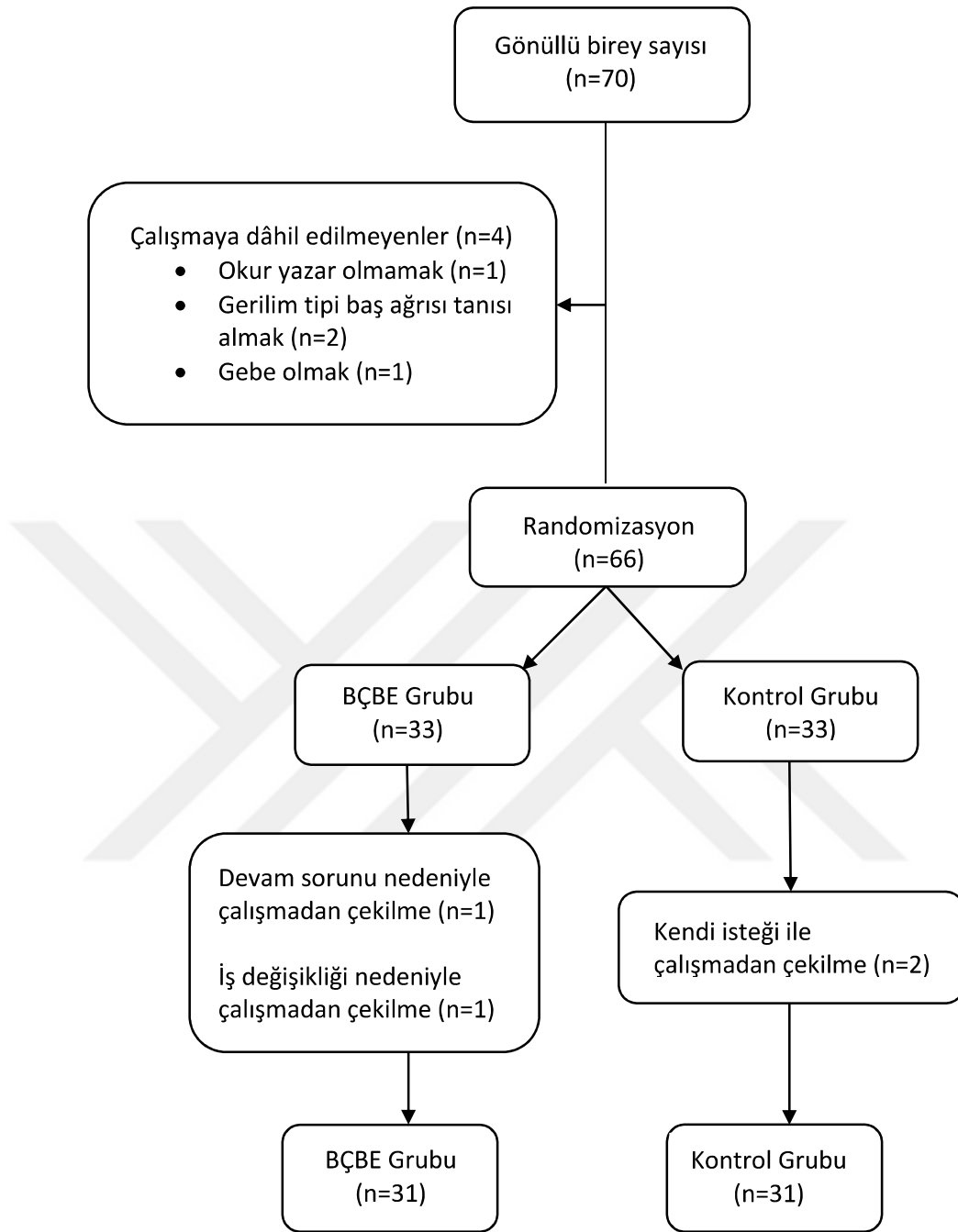
Çalışmaya dahil edilmeme kriterleri:

- Psikotik bozukluklar, duygudurum bozuklukları, kişilik bozuklukları ve organik beyin hasarları olması
- Diğer baş ağrısı tipleri, travmatik kafa yaralanmaları öyküsü, boyundan yansıyan ağrı, baş ve boyunda baş ağrısına neden olan herhangi bir patoloji bulunması
- Alkol veya madde kullanımı
- Gebe olması

Çalışmaya, 18-65 yaş aralığında ve migren tanısı almış 70 birey dahil edildi. Okur yazar olmamak, gebe olmak, gerilim tipi baş ağrısı tanısı almak gibi sebeplerle dahil edilme kriterlerine uygun olmayan 4 kişi çalışmaya kabul edilmedi. Çalışma, 66 birey ile başladı. Katılımcılar basit randomizasyon yöntemi kullanılarak başa çıkma becerileri eğitim (BÇBE) grubu (n=33) ve kontrol grubu (n=33) olacak şekilde iki

gruba ayrıldı. Randomizasyon tablosunun oluşturulmasında “Research Randomizer” programı kullanıldı. BÇBE grubundaki 2 katılımcı devam sorunu ve iş değişikliği sebebiyle, kontrol grubundaki 2 katılımcı kendi isteği ile çalışmadan çekildi. Çalışma, BÇBE grubu 31 ve kontrol grubu 31 gönüllü olmak üzere toplam 62 bireyle tamamlandı (Şekil 3.1. Akış şeması). Tüm katılımcılar çalışmaya dahil edilmeden önce çalışma hakkında bilgilendirildi. Katılımcılara BÇBE ve kontrol grubu olmak üzere hazırlanmış, çalışma hakkında detaylı bilgi içeren aydınlatılmış onam formu imzalatıldı (EK-4).





Şekil 3.1. Akış şeması.

3.2. Yöntem

Çalışmaya dahil edilen katılımcılara müdahale öncesi ve sonrası, kontrol grubundaki katılımcılara ise başlangıç ve 4 hafta sonra olmak üzere 2 kez değerlendirme yapıldı. BÇBE grubuna UBD'nin hedefleri doğrultusunda başa çıkma

becerileri eğitimi verildi. Kontrol grubunda yer alan katılımcılara ise son değerlendirmenin ardından istedikleri takdirde başa çıkma becerileri eğitimi yapıldı. Başa çıkma becerileri eğitimi, bireyin ihtiyaçlarına göre düzenlenmiş olup haftada 2 seans olmak üzere toplam 8 seans olarak planlandı.

3.3. Değerlendirme

Bireylerin sosyodemografik bilgileri kaydedildi. Görsel Analog Skalası (GAS) ile bireylerin ağrı şiddeti kaydedildi. Nottingham Sağlık Profili (NSP) ile bireylerin yaşam kalitesi değerlendirildi. Migren Özürlülük Değerlendirilmesi Ölçeği (MIDAS) ile bireylerde migrenin neden olduğu özür düzeyi incelendi. Başa Çıkma Stilleri Ölçeği Kısa Formu (BÇSÖ-KF) ile bireylerin sorunlarla başa çıkma becerileri değerlendirildi. Kanada Aktivite Performans Ölçümü (KAPÖ) ile bireylerin okupasyonel performans ve memnuniyet düzeyi değerlendirildi.

3.3.1. Sosyodemografik Özellikler

Migrenli bireylerin sosyodemografik özellikleri olarak yaş, cinsiyet, boy, kilo, vücut kütle indeksi, medeni durum, eğitim yılı, meslek, çalışma durumu, migren aile öyküsü, migren hastalık süresi, aylık ağrılı gün sayısı, aylık atak sıklığı, ilaç kullanımı ve başka herhangi bir hastalığın olup olmadığı hakkında veriler kaydedildi. Form EK-5'te sunulmuştur.

3.3.2. Görsel Analog Skalası

GAS, kullanımı basit, etkili, geçerlik ve güvenilirliği olan, dünya üzerinde kabul görmüş bir ağrı şiddeti ölçme skalasıdır (87). 10 cm uzunluğunda dikey çizgiden oluşmaktadır. Bu çizgi üzerinde bireyin kendi durumunu çizgi çizerek, nokta koyarak veya işaret ederek belirtmesi istenir. Çizginin üst kısmında bulunan 10 değeri çok şiddetli ağrıyı, alt kısmında bulunan 0 değeri ağrı yokluğunu ifade eder. Bu durum en üstteki sınırdaki ağrının maksimum derecede olduğunu ve en alttaki sınırdaki ağrının minimum derecede olduğunu gösterir. Bireyin ağrının hiç olmadığı yerden kendi işaretlediği yere kadar olan mesafenin uzunluğu ağrısını belirtir (88, 89). Form EK-6'da sunulmuştur.

3.3.3. Nottingham Sağlık Profili

Bireylerin algılanan sağlık sorunlarını ve bu sorunlarının günlük yaşam aktivitelerini ne kadar etkilediğini ölçmek için kullanılan NSP, yaşam kalitesi ölçeğidir. 1975 yılında İngiltere’de Nottingham Üniversitesi Toplum Sağlığı Bölümü’nde bir grup araştırmacı tarafından geliştirmeye başlanmış ve 1981 yılında tamamlanmıştır (90). Türkçe’ye adaptasyonu ve psikometrik özellikleri Küçükdeveci ve ark. (65) tarafından yapılmıştır. NSP, ağrı (8 madde), emosyonel reaksiyonlar (9 madde), uyku (5 madde), sosyal izolasyon (5 madde), fiziksel aktivite (8 madde) ve enerji seviyesi (3 madde) olmak üzere sağlığın 6 ana başlıktaki 38 maddesini içermektedir. Bireyler kendilerine uygun olan maddeye evet, uygun olmayan maddeye ise hayır cevabını vermektedir. Her bir parametreden alınacak puan 0-100 arasında değişmekte olup maksimum total puan 600 olmaktadır. Herhangi bir parametreden alınan puan ne kadar yüksek olursa o parametreden algılanan sorunların şiddeti o kadar fazladır (90). Form EK-7’de sunulmuştur.

3.3.4. Migren Özürlülük Değerlendirilmesi Ölçeği

Migrenin neden olduğu özürlülüğü değerlendirmek için MIDAS kullanılır. Migrenin son üç ay içerisindeki etkisini araştırmak için Stewart ve ark. (66) tarafından geliştirilmiş geçerli ve güvenilir bir ölçektir. MIDAS’ta yer alan 1., 3. ve 5. sorular okul/iş, ev ve serbest zaman aktiviteleri ile ilgili ağrı nedeniyle katılım gösterilmeyen gün sayılarını verir. 2. ve 4. sorular ise ağrıdan dolayı ev ve iş yerinde %50 oranında performans kaybının olduğu gün sayısını verir. Bu beş sorunun puan toplamıyla ortaya çıkan MIDAS skoruna göre bireylerde 0-5 gün kayıp (özürlülük çok az ya da hiç yok) Grup 1’i, 6-10 gün kayıp (hafif düzeyde özürlülük) Grup 2’yi, 11-20 gün kayıp (orta düzeyde özürlülük) Grup 3’ü ve 21+ gün kayıp (ciddi düzeyde özürlülük) Grup 4’ü oluşturur. Migrenli bireyler özür derecelerine göre kategorize edilir. MIDAS A ve B’de yer alan iki ek soru son üç ay içerisindeki baş ağrısı gün sayısını ve baş ağrısının ortalama derecesini gösterir ancak bu puanlar MIDAS skoruna dahil edilmez (91). 2004 yılında Ertaş ve ark. tarafından Türkçe geçerlilik ve

güvenilirlik çalışması yapılmıştır. MIDAS'ın, 0,73-0,76 aralığında olan Cronbach Alfa katsayıları iyi bir tutarlılık göstermektedir (92). Form EK-8'de sunulmuştur.

3.3.5. Başa Çıkma Stilleri Ölçeği Kısa Formu

BÇSÖ-KF bireylerin başa çıkma stillerinin değerlendirilmesinde kullanılmıştır. 60 madde içermekte olan Başa Çıkma Stilleri Ölçeğinden (COPE) yararlanılan Carver, BÇSÖ-KF'yi 1997 yılında daha az maddeye sahip bir ölçme aracı olarak geliştirmiştir (93). Diğer aktiviteleri bırakma ve kendini sınırlama olmak üzere iki faktörü önceki çalışmalarında kullanışlı bulmadığı için çıkarmış, kendini suçlama maddesini işlevsel olması nedeniyle eklemiştir. Aktif başa çıkma, planlama, çevresel nedenlerden dolayı sosyal desteğe ihtiyaç duyma, duygusal nedenlerden dolayı sosyal destek arama, açığa vurma, kendini oyalama, davranışsal olarak ilgiyi kesme, kendini suçlama, pozitif yeniden yorumlama, mizah, madde kullanımı, inkar, kabullenme ve dine yönelme olmak üzere her biri ikişer maddeden oluşan 14 alt ölçek ve 28 sorudan oluşmaktadır. Her bir alt ölçek ayrı ayrı değerlendirilmektedir. Ölçek maddeleri 4'lü likert tipi cevap seçeneklerini içerir. 4. Çoğunlukla böyle yaparım, 3. Orta derecede böyle yaparım, 2. Çok az böyle yaparım, 1. Asla böyle bir şey yapmam şeklinde bir puanlama yapılmaktadır. Puanların düşük olması o başa çıkma stilinin az kullanıldığını, puanların yüksek olması ise o başa çıkma stilinin çok kullanıldığını ifade eder (93, 94). BÇSÖ-KF'nin migrenli bireylerde de tercih edilen bir ölçek olmasının nedenleri arasında kısa olması, diğer anketlerle beraber kolayca kullanılabilir olması ve katılımcıların yanıt yükünü minimuma indirmesi verilebilir (95). 2007 yılında Bacanlı ve ark. tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. BÇSÖ-KF'nin 0,5-0,9 aralığında Cronbach Alfa katsayıları bulunmaktadır (96). Form EK-9'da sunulmuştur.

3.3.6. Kanada Aktivite Performans Ölçümü

KAPÖ, üretkenlik, kendine bakım ve serbest zaman alanlarında bireyleri değerlendirmek için tasarlanmış olup ergoterapistler tarafından kullanılan sonuç ölçümüdür. Yarı yapılandırılmış görüşme yöntemi olarak kullanılan KAPÖ, bireylerin okupasyonel alanlarındaki sorunlarını ölçen beş adımlı bir süreçten oluşmaktadır

(97). İlk olarak bireylerin tipik bir gününü düşünmeleri, yapmak istedikleri, ihtiyaç duydukları veya düzenli olarak yapmaları gereken ancak sorun yaşadıkları tüm aktivitelerini belirlemeleri istenir. İkinci olarak belirlenen bu problemlili aktiviteler için 1= hiç önemli değil ve 10= çok önemli olmak üzere 1 ile 10 arasında derecelendirme ölçeği olarak kullanılarak bireylerin önem puanı vermesi gerekir. Üçüncü olarak bireyle en önemli olan beş problemlili aktivite belirlenir ve bu aktiviteler yapılacak olan müdahalenin odak noktası ve sonuç ölçümüdür. Dördüncü olarak seçilen problemlili aktivitelerde bireyin performansı ve bu performanstan duyulan memnuniyetin 1 ile 10 arasında derecelendirilmesi istenir. Son olarak her iki puan ayrı ayrı toplanır ve her biri için ortalama verilerek problemlili aktivite sayısına bölünür. Böylece okupasyonel performans ve bu performanstan duyulan memnuniyet puanı ortaya çıkar. KAPÖ'nün tamamlanmasında bireyler tarafından bir zorluk bulunmamaktadır (98). Farklı ülkelerde kullanılan ve farklı dillerde geçerliliği ve güvenilirliği bulunan KAPÖ'nün, 2021 yılında Torpil ve ark. tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. KAPÖ'nün 0,9-1 aralığında olan Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı mükemmel düzeyde güvenilir olduğunu gösterir (99). Form EK-10'da sunulmuştur.

3.4. Başa Çıkma Becerileri Müdahalesi

Müdahalede UBD'nin belirlediği eğitim içeriklerini içerecek şekilde ve problem çözme bakış açısıyla hareket edilmiştir (100, 101). Literatürde yer alan başa çıkma becerileri eğitim içerikleri kombine edilmiş ve en çok kullanılan, ilişkili olduğu düşünülen içeriklere yer verilerek hazırlanan Başa Çıkma Becerileri Eğitimi (BÇBE) verilmiştir (26, 28, 102). Bireysel olarak tasarlanan BÇBE, haftada 2 seans olmak üzere toplam 8 seans olarak planlanmıştır.

- 1-2. Seans: Migren ve başa çıkma becerileri eğitim içeriği hakkında bilgi verilmesi

BÇBE'nin ilk seansında birey ile iletişim kurulmuş, BÇBE içerikleri ve amaçları hakkında bilgi verilmiştir. BÇBE programı tanıtılmış ve program kuralları (devamlılık, saatine uyma vb.) açıklanmıştır. Bu sayede birey eğitimin nasıl ilerleyeceğini ve

kendisine ne katacağıyla ilgili beklentilerini belirlemiştir. Her seansın ne kadar süreceği bilgisi verilmiştir. Bireylere migren tanımı, tipleri, semptomları, migren döngüsünün aşamaları ve tetikleyicileri hakkında farkındalık eğitimi verilmiştir.

3-4. Seans: Aktivite adımlama (Pacing) yöntemi ve baş ağrısı ile ilişkisi

Bireylere aktivite adımlama yöntemi tanıtılmış ve baş ağrısı yönetiminin öneminin altını çizmek amacıyla hazırlanan metin bireye sunulmuştur. Gönüllü bireylerden, metindeki migrenli bireyin hangi davranışlarının baş ağrısını hızlandırmış veya şiddetlendirmiş olabileceğini ve metindeki kişinin durumu nasıl farklı şekilde ele almış olabileceğini düşünmeleri istenmiştir. Gönüllü bireylerden, mevcut aktiviteleri tamamlama yöntemlerini analiz etmeleri, potansiyel eksiklikleri keşfetmeleri ve bir alternatif olarak aktivite adımlamalarını düşünmeleri istenmiştir. Son olarak temel baş ağrısı aktivite adımlama ilkeleri tanımlanmıştır. Bireylerin aşırıya kaçmaya meyilli oldukları aktiviteler (ev işi, alışveriş) belirlenmiş ve bu aktiviteleri aktivite-dinlenme döngüsüne (45 dk ev işi 10 dk dinlenme) uygun şekilde yapmaları öğretilmiştir. Böylece, bireylerin ağrıyla doğru şekilde mücadele etmesine yardımcı olmak hedeflenmiştir. Seans sonunda bireylere, baş ağrılarının yoğunluğunu izlemek ve aktivite adımlama davranışlarının hangi durumda artırılması gerekebileceğini belirlemeye yardımcı olmak için baş ağrısı günlüğü dağıtılarak kullanımı teşvik edilmiştir.

5-6. Seans: Stres yönetimi ve gevşeme eğitimi

Bireylerin yaşam stresleri, stresin semptomları, stresin fiziksel ve emosyonel iyilik halini nasıl etkilediği, stresi artıran ve azaltan faktörler tartışılmıştır. Sonrasında imgelemeden yararlanarak gevşeme eğitimi verilmiştir. Bireylerin sakinleştirici bir ortamı görselleştirmesine yardımcı olan imgeleme, migrenli bireylerin rahatsız edici düşüncelerini dağıtmasına imkan tanımıştır. Bireylere kaslarını germenin ve bırakmanın temel prosedürleri öğretilmiştir. Becerinin gelişmesi ve genellenebilmesi için günlük uygulamanın önemi anlatılmıştır.

7-8. Seans: Keyifli aktivite planlaması

Ağrıyı azaltmak veya kontrol etmek için keyifli bir aktivite planlanması yapılmıştır. Gönüllü bireyler zevkli/anlamli aktivitelerini belirlemiş, bu aktivitelere düzenli olarak katılım gösterebilmek için plan geliştirilmiş ve gerçekleşmesinin önüne geçebilecek engelleri belirlemek için çalışılmıştır.

3.5. İstatistiksel Analiz

Baş çıkma becerileri eğitimi ve kontrol gruplarından elde edilen tüm verilerin analizinde *IBM SPSS Statistics (SPSS) 26* programı kullanılmıştır (103). Çalışmaya dahil edilen migrenli bireylerin sosyodemografik bilgileri gibi tanımlayıcı verilerde sayısal değişkenler için ortalama $\pm$ standart sapma ($X \pm SS$); kategorik değişkenler için ise sayı ve yüzde verilmiştir. Verilerin normal dağılıma uygun olup olmadığına olasılık grafikleri, görsel histogram ve Shapiro-Wilk testi ile bakılmıştır. Verilerin normal dağılmadığı görülmüştür. Kategorik değişkenler arası karşılaştırmalar ki-kare testi ile test edilmiştir. GAS, NSP, MIDAS, BÇSÖ-KF ve KAPÖ'nün ilk değerlendirmesi ve son değerlendirmelerinden elde edilen sonuçlar "Wilcoxon Eşleştirilmiş Test" kullanılarak analiz edilmiştir. İki bağımsız grup arasındaki fark Mann Whitney U testi ile incelenmiştir (104). Tüm testler için $p < 0,05$ istatistiksel açıdan anlamlı kabul edilmiştir (105).

Cohen d etki büyüklüğü indeksi kullanılarak klinik anlamlılık hesaplanmış ve sınır değerleri 0,2'den küçük olması zayıf etki, 0,5'den büyük olması orta etki ve 0,8'den büyük olması kuvvetli etki olarak dikkate alınmıştır (106).

4. BULGULAR

4.1. Bireylere İlişkin Genel Özellikler

Bu çalışma, BÇBE ve kontrol grubu için toplamda 62 migrenli bireyle tamamlanmıştır. Çalışmaya katılan bireylerin demografik bilgileri Tablo 4.1.'de verilmiştir. Katılımcıların yaşı (yıl) incelendiğinde kontrol grubunun daha genç bireylerden oluştuğu ve gruplar arası anlamlı bir fark olduğu görülmektedir. Çalışmamıza okur yazar olmayan bireyler dahil edilmemiştir. Her iki gruptaki bireylerin eğitim yılları incelendiğinde, çoğunluğunu üniversite mezunlarının oluşturduğu saptanmıştır. Bu çalışmaya katılan bireyler eğitim yılı bakımından homojen olup, gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Tablo 4.1. Bireylerin demografik bilgileri

	BÇBE grubu (n=31) X±SS	Kontrol grubu (n=31) X±SS	z	p
Yaş (yıl)	40,35±11,06	34,65±10,32	-2,085	0,037*
Eğitim (yıl)	12,03±4,66	12,77±4,01	-0,468	0,640
Boy (cm)	162,00±6,04	165,58±9,79	-1,016	0,310
Kilo (kg)	65,03±8,13	66,80±9,44	-0,796	0,426
VKi (kg/m²)	24,89±3,67	24,35±2,55	-0,563	0,573

"Mann-Whitney U" testi (z-tablo değeri) bağımsız iki grubun karşılaştırılması için kullanılmıştır.

* p<0,05

VKi: Vücut Kütle İndeksi

Gruplar cinsiyet, çalışma durumu, medeni durumu, migren öyküsü ve ilaç kullanımları açısından karşılaştırıldığında, hem BÇBE hem de kontrol grubunda kadın sayısının erkek sayısından fazla olduğu görülmüştür. Bireylerin çalışma durumu yönünden, çalışmayanların çalışanlardan fazla olduğu araştırmanın diğer sonuçlarındandır. Katılımcıların medeni durumları incelendiğinde kontrol grubunda bekar bireylerin ağırlıklı olduğu ve gruplar arası anlamlı bir fark olduğu görülmektedir. Bu çalışmaya katılan bireylerin cinsiyet, çalışma durumu, migren aile öyküsü ve ilaç kullanım dağılımları homojen olup, gruplar arası anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bireylerin cinsiyet, çalışma durumu, medeni durumu, migren aile

öyküsü ve ilaç kullanım dağılımlarının karşılaştırmasına ait bulgular Tablo 4.2.'de gösterilmiştir.

Tablo 4.2. Bireylerin cinsiyet, çalışma durumu, medeni durumu, migren aile öyküsü ve ilaç kullanım dağılımları

		BÇBE grubu (n=31)	Kontrol grubu (n=31)	χ^2	p
		n (%)	n (%)		
Cinsiyet					
	Kadın	30 (96,8)	26 (83,9)	2,952	0,195
	Erkek	1 (3,2)	5 (16,1)		
Çalışma durumu					
	Çalışan	12 (38,7)	18 (58,1)	2,325	0,127
	Çalışmayan	19 (61,3)	13 (41,9)		
Medeni durum					
	Evli	27 (87,1)	20 (64,5)	4,309	0,038*
	Bekar	4 (12,9)	11 (35,5)		
Migren aile öyküsü					
	Var	17 (54,8)	15 (48,4)	0,258	0,611
	Yok	14 (45,2)	16 (51,6)		
İlaç kullanımı					
	Var	21 (67,7)	22 (71)	0,076	0,783
	Yok	10 (32,3)	9 (29)		

χ^2 : Ki-kare testi

* p<0,05

4.2. Migrenle İlgili Özellikler

Çalışmaya katılan bireylerin migrenle ilgili özelliklerinin dağılımı Tablo 4.3.'te verilmiştir. Bu çalışmada migren tanı süresi (yıl) ve aylık atak sayısı açısından gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Ancak katılımcıların aylık ağrılı gün sayısı incelendiğinde BÇBE grubundaki bireylerin aylık ağrılı gün sayısının daha fazla olduğu belirtilmiş ve gruplar arasında anlamlı bir fark olduğu görülmüştür.

Tablo 4.3. Bireylerin migrenle ilgili özelliklerinin dağılımı

	BÇBE grubu (n=31) X±SS	Kontrol grubu (n=31) X±SS	z	p
Migren tanı süresi (yıl)	13,32±9,08	10,42±9,98	-1,525	0,127
Aylık ağrılı gün sayısı	12,87±7,78	8,39±5,51	-2,419	0,016*
Aylık atak sayısı	3,58±3,13	3,45±2,54	-0,199	0,842

"Mann-Whitney U" testi (z-tablo değeri) bağımsız iki grubun karşılaştırılması için kullanılmıştır.

* p<0,05

4.3. Bireylerin Ağrı Şiddetine Ait Bulgular

Çalışmamıza katılan bireylerin ilk ve son değerlendirmelerindeki ağrı şiddet puanının grup içi karşılaştırması Tablo 4.4.'te gösterilmiştir. BÇBE grubunda bulunan bireylerin ağrı şiddet puanında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülürken (p=0,001), kontrol grubunda istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır (p=0,078). İstatistiksel analiz sonucunda, kontrol grubuna kıyasla BÇBE grubunun ağrı şiddetinde azalma olduğu saptanmıştır.

BÇBE ve kontrol gruplarındaki bireylerin ağrı şiddet puanının ilk ve son değerleri açısından gruplar arasında yapılan karşılaştırmaları Tablo 4.5.'te sunulmuştur. BÇBE ve kontrol gruplarının ilk değerlendirmelerinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmezken (p=0,263), son değerlendirmelerinde anlamlı bir fark görülmüştür (p=0,001).

Tablo 4.4. Başa çıkma becerileri eğitim ve kontrol gruplarında ağrı şiddetinin ilk ve son değerlendirmelerinin karşılaştırması

	BÇBE grubu (n=31)						Kontrol grubu (n=31)					
	İlk Değerlendirme			Son Değerlendirme			İlk Değerlendirme			Son Değerlendirme		
	X±SS	X±SS	z	p	d		X±SS	X±SS	z	p	d	
GAS (0 – 10 cm)	8,10±1,56	4,65±1,92	-4,644	0,001*	0,59		7,48±2,10	7,94±1,88	-1,760	0,078	0,22	

“Wilcoxon Signed rank” testi (z-tablo değeri) gruplar içerisinde ilk ve son değerlerin karşılaştırılması için kullanılmıştır.

* p<0,05 kabul

GAS: Görsel Ağrı Skalası

Cohen-d etki büyüklüğü; d<0,2 zayıf etki, 0,5<d<0,8 orta etki, d>0,8 kuvvetli etki

Tablo 4.5. Ağrı şiddetinin ilk ve son değerleri açısından gruplar arasında yapılan karşılaştırmaları

	İlk Değerlendirme						Son Değerlendirme					
	BÇBE grubu (n=31)			Kontrol grubu (n=31)			BÇBE grubu (n=31)			Kontrol grubu (n=31)		
	X±SS	X±SS	z	p			X±SS	X±SS	z	p		
GAS (0 – 10 cm)	8,10±1,56	7,48±2,10	-1,120	0,263			4,65±1,92	7,94±1,88	-5,238	0,001*		

“Mann-Whitney U” testi (z-tablo değeri) bağımsız iki grubun karşılaştırılması için kullanılmıştır.

* p<0,05

GAS: Görsel Ağrı Skalası

4.4. Bireylerin Yaşam Kalitesi Düzeylerine Ait Bulgular

Çalışmamıza katılan bireylerin NSP'nin ağrı, emosyonel reaksiyonlar, uyku, sosyal izolasyon, fiziksel aktivite, enerji seviyesi ve toplam puan alt bölümlerindeki ilk ve son değerlendirmelerindeki puanların grup içi karşılaştırması Tablo 4.6.'da sunulmuştur. BÇBE grubundaki bireylerin NSP'nin alt bölüm puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir. BÇBE grubunun yaşam kalitesi açısından daha fazla iyileşme gösterdiği görülmüştür. Kontrol grubunda ise emosyonel reaksiyonlar, uyku, enerji seviyesi ve toplam puan alt bölümlerindeki puan artışı yaşam kalitesinin azaldığını göstermiş olup istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmüştür. Kontrol grubunda ağrı, sosyal izolasyon ve fiziksel aktivite puanlarında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık görülmemiştir.

BÇBE ve kontrol gruplarındaki bireylerin NSP alt bölüm puanlarının ilk ve son değerleri açısından gruplar arasında yapılan karşılaştırmaları Tablo 4.7.'de sunulmuştur. BÇBE ve kontrol gruplarının NSP'nin ağrı, emosyonel reaksiyonlar, uyku, sosyal izolasyon ve toplam puan alt bölümlerindeki ilk değerlendirmelerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmazken, fiziksel aktivite puanı BÇBE grubuna kıyasla kontrol grubundaki katılımcılarda daha iyi olup istatistiksel açıdan anlamlı bir fark görülmüştür. BÇBE ve kontrol gruplarının son değerlendirmelerinde NSP'nin alt bölüm puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Yapılan analiz sonucunda, kontrol grubuna kıyasla BÇBE grubunun NSP alt bölüm puanlarında daha fazla iyileşme olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.6. Başa çıkma becerileri eğitim ve kontrol gruplarında yaşam kalitesi düzeylerinin ilk ve son değerlendirmelerinin karşılaştırması

	BÇBE grubu (n=31)							Kontrol grubu (n=31)						
	İlk Değerlendirme			Son Değerlendirme				İlk Değerlendirme			Son Değerlendirme			
	X±SS	z	p	X±SS	z	p	d	X±SS	z	p	X±SS	z	p	d
NSP-Ağrı (0-100)	66,37±25,40	-4,684	0,001*	27,15±24,10	-4,684	0,001*	0,59	62,29±29,63	-1,591	0,112	65,47±28,29	-1,591	0,112	0,20
NSP-Emosyonel Reaksiyonlar (0-100)	65,22±27,50	-4,801	0,001*	25,73±30,96	-4,801	0,001*	0,61	59,78±30,35	-3,052	0,002*	65,05±30,06	-3,052	0,002*	0,39
NSP-Uyku (0-100)	45,39±30,24	-3,305	0,001*	21,63±23,75	-3,305	0,001*	0,42	49,32±29,47	-2,825	0,005*	55,79±28,11	-2,825	0,005*	0,36
NSP-Sosyal İzolasyon (0-100)	44,62±29,00	-3,407	0,001*	21,61±26,60	-3,407	0,001*	0,43	34,72±34,48	-1,342	0,180	37,44±33,08	-1,342	0,180	0,17
NSP-Fiziksel Aktivite (0-100)	34,01±16,65	-4,123	0,001*	16,19±15,56	-4,123	0,001*	0,52	23,34±15,76	-1,364	0,172	26,05±16,43	-1,364	0,172	0,17
NSP-Enerji Seviyesi (0-100)	72,85±39,07	-2,449	0,014*	52,57±38,80	-2,449	0,014*	0,31	66,19±37,42	-2,245	0,025*	78,97±29,38	-2,245	0,025*	0,29
NSP-Toplam Puan (0-600)	328,43±116,22	-4,684	0,001*	164,88±104,88	-4,684	0,001*	0,59	295,64±123,33	-3,959	0,001*	328,76±116,39	-3,959	0,001*	0,50

“Wilcoxon Signed rank” testi (z-tablo değeri) gruplar içerisinde ilk ve son değerlerin karşılaştırılması için kullanılmıştır.

* p<0,05

NSP: Nottingham Sağlık Profili

Cohen-d etki büyüklüğü; d<0,2 zayıf etki, 0,5<d<0,8 orta etki, d>0,8 kuvvetli etki

Tablo 4.7. Yaşam kalitesi düzeylerinin ilk ve son değerleri açısından gruplar arasında yapılan karşılaştırmaları

	İlk Değerlendirme				Son Değerlendirme			
	BÇBE grubu (n=31)		Kontrol grubu (n=31)		BÇBE grubu (n=31)		Kontrol grubu (n=31)	
	X±SS	X±SS	z	p	X±SS	X±SS	z	p
NSP-Ağrı (0-100)	66,37±25,40	62,29±29,63	-0,331	0,740	27,15±24,10	65,47±28,29	-4,621	0,001*
NSP-Emosyonel Reaksiyonlar (0-100)	65,22±27,50	59,78±30,35	-0,585	0,558	25,73±30,96	65,05±30,06	-4,100	0,001*
NSP-Uyku (0-100)	45,39±30,24	49,32±29,47	-0,356	0,722	21,63±23,75	55,79±28,11	-4,308	0,001*
NSP-Sosyal İzolasyon (0-100)	44,62±29,00	34,72±34,48	-1,372	0,170	21,61±26,60	37,44±33,08	-2,163	0,031*
NSP-Fiziksel Aktivite (0-100)	34,01±16,65	23,34±15,76	-2,396	0,017*	16,19±15,56	26,05±16,43	-2,489	0,013*
NSP-Enerji Seviyesi (0-100)	72,85±39,07	66,19±37,42	-0,929	0,353	52,57±38,80	78,97±29,38	-2,850	0,004*
NSP-Toplam Puan (0-600)	328,43±116,22	295,64±123,33	-1,063	0,288	164,88±104,88	328,76±116,39	-4,723	0,001*

“Mann-Whitney U” testi (z-tablo değeri) bağımsız iki grubun karşılaştırılması için kullanılmıştır.

* p<0,05

NSP: Nottingham Sağlık Profili

4.5. Bireylerin Özür Düzeyine Ait Bulgular

Çalışmaya katılan bireylerin ilk ve son değerlendirmelerindeki MIDAS kayıp gün sayısının grup içi karşılaştırması Tablo 4.8.'de yer almaktadır. BÇBE grubundaki bireylerin MIDAS kayıp gün sayısında azalma belirtilmiş ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p=0,001$). Kontrol grubunda ise MIDAS kayıp gün sayısında azalma görülürken klinik açıdan anlamlı bir değişiklik bulunmamıştır ($p=0,284$).

BÇBE ve kontrol gruplarındaki bireylerin MIDAS kayıp gün sayısının ilk ve son değerlendirmelerinin gruplar arası karşılaştırmaları Tablo 4.9.'da sunulmuştur. BÇBE ve kontrol gruplarının ilk ve son değerlendirmelerinde istatistiksel açıdan anlamlı bir fark görülmüştür. BÇBE grubunun ilk değerlendirmesindeki MIDAS kayıp gün sayısının kontrol grubuna kıyasla daha fazla olduğu belirtilmiştir.

BÇBE grubundaki bireylerin MIDAS özürlülük derecelerinin dağılımı incelendiğinde ilk değerlendirmede orta düzey özürlülük grubunda 6 kişi (%19,35) ve ciddi düzey özürlülük grubunda 25 kişi (%80,65) olarak dağıldığı saptanmıştır. Son değerlendirmede özürlülüğün olmadığı veya çok az olduğu grupta 14 kişi (%45,16), hafif düzey özürlülük grubunda 5 kişi (%16,13), orta düzey özürlülük grubunda 4 kişi (%12,9) ve ciddi düzey özürlülük grubunda 8 kişi (%25,81) olduğu tespit edilmiştir. Kontrol grubundaki bireylerin ilk değerlendirmede özürlülüğün olmadığı veya çok az olduğu grupta 3 kişi (%9,68), orta düzey özürlülük grubunda 7 kişi (%22,58) ve ciddi düzey özürlülük grubunda 21 kişi (%67,74) olarak dağıldığı saptanmıştır. Son değerlendirmede hafif düzey özürlülük grubunda 3 kişi (%9,68), orta düzey özürlülük grubunda 6 kişi (%19,35) ve ciddi düzey özürlülük grubunda 22 kişi (%70,97) tespit edilmiştir. Kontrol grubuna kıyasla BÇBE grubunun özürlülük düzeyinde daha fazla azalma olduğu görülmektedir.

Tablo 4.8. Başa çıkma becerileri eğitim ve kontrol gruplarında migren kayıp gün sayısının ilk ve son değerlendirmelerinin karşılaştırması

	BÇBE grubu (n=31)				Kontrol grubu (n=31)			
	İlk Değerlendirme	Son Değerlendirme			İlk Değerlendirme	Son Değerlendirme		
	X±SS	X±SS	z	p	d	X±SS	z	p
MIDAS kayıp gün sayısı	73,87±60,31	12,90±15,71	-4,861	0,001*	0,62	45,87±42,33	-1,072	0,284
						34,10±19,97		0,14

“Wilcoxon Signed rank” testi (z-tablo değeri) gruplar içerisinde ilk ve son değerlerin karşılaştırılması için kullanılmıştır.

* p<0,05

Cohen-d etki büyüklüğü; d<0,2 zayıf etki, 0,5<d<0,8 orta etki, d>0,8 kuvvetli etki

Tablo 4.9. Migren kayıp gün sayısının ilk ve son değerleri açısından gruplar arasında yapılan karşılaştırmaları

	İlk Değerlendirme				Son Değerlendirme			
	BÇBE grubu (n=31)	Kontrol grubu (n=31)			BÇBE grubu (n=31)	Kontrol grubu (n=31)		
	X±SS	X±SS	z	p	X±SS	X±SS	z	p
MIDAS kayıp gün sayısı	73,87±60,31	45,87±42,33	-2,021	0,043*	12,90±15,71	34,10±19,97	-4,595	0,001*

“Mann-Whitney U” testi (z-tablo değeri) bağımsız iki grubun karşılaştırılması için kullanılmıştır.

* p<0,05

4.6. Bireylerin Başa Çıkma Stillerine Ait Bulgular

Çalışmaya katılan bireylerin ilk ve son değerlendirmelerindeki başa çıkma stilleri alt bölüm parametrelerinin grup içi karşılaştırması Tablo 4.10.'da verilmiştir. BÇBE grubundaki bireylerin başa çıkma stilleri alt bölüm puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmüştür. BÇBE grubu, kontrol grubuna kıyasla başa çıkma becerileri açısından daha fazla iyileşme göstermiştir. Kontrol grubunda ise çevresel nedenlerden dolayı sosyal destek arama, planlama ve açığa vurma parametreleri puanlarının başa çıkma becerileri açısından azalma göstermesi istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olup diğer parametrelerde istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir.

BÇBE ve kontrol gruplarındaki bireylerin başa çıkma stilleri alt bölüm parametrelerindeki ilk ve son değerleri açısından gruplar arasında yapılan karşılaştırmaları Tablo 4.11.'de sunulmuştur. BÇBE ve kontrol gruplarının ilk değerlendirmelerinde istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunmazken, son değerlendirmelerinde madde kullanımı, mizah ve kendini suçlama hariç anlamlı bir fark görülmüştür.

Tablo 4.10. Başa çıkma becerileri eğitim ve kontrol gruplarında başa çıkma stillerinin ilk ve son değerlendirmelerinin karşılaştırması

	BÇBE grubu (n=31)							Kontrol grubu (n=31)						
BÇSÖ-KF	İlk			Son			d	İlk			Son			
	Değerlendirme	Değerlendirme		Değerlendirme	Değerlendirme			Değerlendirme	Değerlendirme		Değerlendirme	Değerlendirme		
	X±SS	X±SS	z	p	X±SS	X±SS		X±SS	X±SS	z	p	X±SS	X±SS	d
Kendini oyalama	2,52±1,05	3,56±0,72	-3,822	0,001*	0,49			2,39±0,97	2,45±1,01	-0,849	0,396	0,11		
İnkar	1,84±0,99	1,40±0,75	-2,543	0,011*	0,32			1,69±0,83	1,76±0,77	-1,265	0,206	0,16		
Madde kullanımı	1,58±1,03	1,39±0,92	-2,121	0,034*	0,27			1,58±1,03	1,55±1,03	-0,447	0,655	0,06		
Davranışsal olarak ilgiyi kesme	2,23±0,96	1,18±0,38	-4,318	0,001*	0,55			2,23±0,93	2,27±1,07	-0,321	0,748	0,04		
Aktif başa çıkma	2,85±0,85	3,66±0,57	-3,655	0,001*	0,46			2,77±0,81	2,58±0,82	-1,427	0,154	0,18		
Çevresel nedenlerden dolayı sosyal destek arama	2,63±0,96	3,32±0,93	-2,852	0,004*	0,36			2,47±0,94	2,23±1,00	-2,397	0,017*	0,30		
Pozitif yeniden yorumlama	2,68±1,02	3,56±0,82	-3,672	0,001*	0,47			2,55±1,02	2,55±0,99	-0,108	0,914	0,01		
Planlama	2,97±0,90	3,55±0,55	-2,996	0,003*	0,38			3,03±0,75	2,81±0,86	-2,220	0,026*	0,28		
Duygusal nedenlerden dolayı sosyal destek arama	2,11±0,87	3,03±1,02	-3,508	0,001*	0,45			2,27±0,85	2,13±0,88	-1,422	0,155	0,18		
Açığa vurmak	3,05±0,85	3,61±0,72	-3,189	0,001*	0,41			2,98±0,85	2,82±0,87	-2,066	0,039*	0,26		
Mizah	1,44±0,86	2,27±1,32	-3,365	0,001*	0,43			1,81±1,05	1,76±0,96	-0,780	0,435	0,10		
Kabullenme	3,60±0,61	3,87±0,39	-2,194	0,028*	0,28			3,45±0,62	3,34±0,75	-1,897	0,058	0,24		

Tablo 4.10. (Devam) Başa çıkma becerileri eğitim ve kontrol gruplarında başa çıkma stillerinin ilk ve son değerlendirmelerinin karşılaştırması

BÇSÖ-KF	BÇBE grubu (n=31)					Kontrol grubu (n=31)				
	İlk		Son		d	İlk		Son		d
	Değerlendirme	X±SS	Değerlendirme	X±SS		Değerlendirme	X±SS	Değerlendirme	X±SS	
Kendini suçlama	2,79±0,95		2,32±1,17	-2,555	0,011*	2,79±0,96		2,79±1,05	-0,130	0,897
Dine yönelme	3,61±0,54		3,84±0,45	-2,184	0,029*	3,39±0,76		3,37±0,72	-0,356	0,722

“Wilcoxon Signed rank” testi (z-tablo değeri) gruplar içerisinde ilk ve son değerlerin karşılaştırılması için kullanılmıştır.

* p<0,05

BÇSÖ-KF: Başa Çıkma Stilleri Ölçeği Kısa Formu

Cohen-d etki büyüklüğü; d<0,2 zayıf etki, 0,5<d<0,8 orta etki, d>0,8 kuvvetli etki

Tablo 4.11. Başa çıkma stillerinin ilk ve son değerleri açısından gruplar arasında yapılan karşılaştırmaları

	İlk değerlendirme					Son değerlendirme				
BÇSÖ-KF	BÇBE grubu (n=31)	Kontrol grubu (n=31)	X±SS	z	p	BÇBE grubu (n=31)	Kontrol grubu (n=31)	X±SS	z	p
Kendini oyalama	2,52±1,05	2,39±0,97	-0,514	0,607		3,56±0,72	2,45±1,01	-4,401	0,001*	
İnkar	1,84±0,99	1,69±0,83	-0,425	0,671		1,40±0,75	1,76±0,77	-2,189	0,029*	
Madde kullanımı	1,58±1,03	1,58±1,03	0,000	1,000		1,39±0,92	1,55±1,03	-0,626	0,531	
Davranışsal olarak ilgiyi kesme	2,23±0,96	2,23±0,93	-0,079	0,937		1,18±0,38	2,27±1,07	-4,560	0,001*	
Aktif başa çıkma	2,85±0,85	2,77±0,81	-0,473	0,636		3,66±0,57	2,58±0,82	-5,100	0,001*	
Çevresel nedenlerden dolayı sosyal destek arama	2,63±0,96	2,47±0,94	-0,696	0,486		3,32±0,93	2,23±1,00	-3,832	0,001*	
Pozitif yeniden yorumlama	2,68±1,02	2,55±1,02	-0,478	0,633		3,56±0,82	2,55±0,99	-4,168	0,001*	
Planlama	2,97±0,90	3,03±0,75	-0,123	0,902		3,55±0,55	2,81±0,86	-3,578	0,001*	
Duygusal nedenlerden dolayı sosyal destek arama	2,11±0,87	2,27±0,85	-0,859	0,390		3,03±1,02	2,13±0,88	-3,414	0,001*	
Açığa vurmak	3,05±0,85	2,98±0,85	-0,324	0,746		3,61±0,72	2,82±0,87	-3,810	0,001*	
Mizah	1,44±0,86	1,81±1,05	-1,724	0,085		2,27±1,32	1,76±0,96	-1,205	0,228	
Kabullenme	3,60±0,61	3,45±0,62	-1,138	0,255		3,87±0,39	3,34±0,75	-3,460	0,001*	
Kendini suçlama	2,79±0,95	2,79±0,96	-0,007	0,994		2,32±1,17	2,79±1,05	-1,619	0,105	
Dine yönelme	3,61±0,54	3,39±0,76	-1,059	0,289		3,84±0,45	3,37±0,72	-3,201	0,001*	

"Mann-Whitney U" testi (z-tablo değeri) bağımsız iki grubun karşılaştırılması için kullanılmıştır.

* p<0,05

BÇSÖ-KF: Başa Çıkma Stilleri Ölçeği Kısa Formu

4.7. Bireylerin Okupasyonel Performans ve Memnuniyet Düzeylerine Ait Bulgular

Çalışmamıza katılan bireylerin, tedavi süreci için belirlenen problemlili aktivite alanlarına yönelik dağılımları Tablo 4.12.'de sunulmuştur. Çalışma başlangıcında KAPÖ'de sınıflanan performans alanlarına göre bireylerin kendine bakım, üretkenlik ve serbest zaman alanlarında problem yaşadıkları aktiviteler tespit edilmiştir. Bireylerin aktivite performans problemleri incelendiğinde, iki grupta da en büyük problemin serbest zaman aktivitelerinde yaşandığı, ikincil olarak üretkenlik ve kendine bakım aktivitelerinin etkilendiği görülmektedir. BÇBE grubu için belirlenen serbest zaman, üretkenlik, kendine bakım performans problemleri sırasıyla yaklaşık %42, %35, %23, kontrol grubu için ise %54, %27 ve %19'dur.

Tablo 4.12. Problemlili aktivite alanlarına yönelik dağılımları

	BÇBE Grubu (n=31) PAS (%)	Kontrol Grubu (n=31) PAS (%)
KAPÖ	PAS (%)	PAS (%)
Kendine bakım		
Kişisel bakım	3 (1,95)	8 (5,13)
Fonksiyonel mobilite		4 (2,56)
Toplumda kendini idare etme	33 (21,43)	17 (10,9)
Üretkenlik		
Ücretli veya ücretsiz iş	5 (3,25)	11 (7,05)
Ev işi yönetimi	43 (27,92)	25 (16,03)
Okul/oyun	6 (3,9)	6 (3,85)
Serbest Zaman		
Sessiz rekreasyon	18 (11,69)	31 (19,87)
Aktif rekreasyon	25 (16,23)	29 (18,59)
Sosyalleşme	21 (13,64)	25 (16,03)

KAPÖ: Kanada Aktivite Performans Ölçümü, **PAS:** Problemlili Aktivite Sayısı

Çalışmamıza katılan bireylerin, KAPÖ ile tanımlanan problemlili aktiviteleri Tablo 4.13.'te gösterilmiştir.

Tablo 4.13. KAPÖ ile tanımlanan problemlili aktiviteler

KAPÖ	BÇBE grubu (n=31)		Kontrol grubu (n=31)	
	PAS	%	PAS	%
KENDİNE BAKIM				
-Kişisel bakım				
Kendine çeki düzen verme	1	0,65	4	2,56
Uyku	2	1,30	4	2,56
-Fonksiyonel mobilite				
Toplu taşıma kullanmak		0	4	2,56
-Toplumda kendini idare etme				
Alışveriş yapmak	12	7,80	7	4,49
Bankaya gitmek	1	0,65		0
Pazara gitmek	10	6,49	4	2,56
Araba kullanmak	3	1,95	5	3,21
Sağlık yönetimi		0	1	0,64
Sosyalleşmede isteksizlik	7	4,55		0
ÜRETKENLİK				
-Ücretli veya ücretsiz iş				
Bulunduğu işi yapamamak	5	3,25	11	7,05
-Ev işi yönetimi				
Ev temizliği yapmak	17	11,04	15	9,62
Bulaşık yıkamak	2	1,30	2	1,28
Ütü yapmak	4	2,60		0
Yemek yapmak	11	7,14	5	3,21
Cam silmek	3	1,95	2	1,28
Toz almak	1	0,65		0
Çamaşır yıkamak	1	0,65		0
Evi süpürmek	4	2,60	1	0,64
-Okul ve/veya oyun				
Ders çalışmak	3	1,95	6	3,85
Evlatla oyun oynamak	3	1,95		0
SERBEST ZAMAN				
-Sessiz Rekreasyon				
Kitap okumak	5	3,25	11	7,05
Örgü örmek	1	0,65	1	0,64
Müzik dinlemek	6	3,90	8	5,13
Film/dizi izlemek	1	0,65	7	4,49
Tv izlemek	1	0,65	3	1,92
Bilgisayar kullanmak	4	2,60	1	0,64
-Aktif Rekreasyon				
Yürüyüş yapmak	5	3,25	6	3,85
Dışarı çıkmak	10	6,49	3	1,92
Seyahat etmek	6	3,90	1	0,64
Yüzmek		0	1	0,64
Sinema/Tiyatroya gitmek	3	1,95	6	3,85
Spor yapmak		0	9	5,77
Buz pateni yapmak		0	1	0,64
Dans etmek	1	0,65		0
Müzik aleti çalmak		0	2	1,28

Tablo 4.14.(Devam) KAPÖ ile tanımlanan problemli aktiviteler

-Sosyalleşme				
Akraba/Komşu ziyareti yapmak	5	3,25	4	2,56
Cenazeye katılmak	1	0,65		0
Arkadaş/Akrabalarla telefonla görüşmesi yapmak	2	1,30	3	1,92
Arkadaşlarla buluşmak	7	4,55	6	3,85
Düğüne gitmek	6	3,90	5	3,21
Misafir ağırlamak		0	6	3,85
Derneğe gitmek		0	1	0,64
Toplam Problemli Aktivite Sayısı	154	100	156	100

KAPÖ: Kanada Aktivite Performans Ölçümü, **PAS:** Problemli Aktivite Sayısı

Çalışmaya katılan bireylerin ilk ve son değerlendirmelerindeki okupasyonel performans ve memnuniyet puanlarının grup içi karşılaştırması Tablo 4.14.'te verilmiştir. BÇBE grubundaki bireylerin okupasyonel performans ($p=0,001$) ve memnuniyet düzeylerinde ($p=0,001$) istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu gösterilmiştir. BÇBE grubunda, okupasyonel performans ve memnuniyet düzeyi açısından iyileşme görülmektedir. Kontrol grubunda da okupasyonel performans ve memnuniyet düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark gösterilmiştir. Ancak, kontrol grubunun okupasyonel performans ve memnuniyet düzeyinde kötüleşme görülmektedir. BÇBE grubunun okupasyonel performansında 1,89 puan artışı mevcut iken, kontrol grubunda 0,12 puanlık azalma tespit edilmiştir. BÇBE grubunun okupasyonel memnuniyet düzeyinde 2,13 puan artışı mevcut iken, kontrol grubunda 0,07 puanlık azalma tespit edilmiştir.

BÇBE ve kontrol gruplarındaki bireylerin okupasyonel performans ve memnuniyet düzeyleri puanlarının ilk ve son değerleri açısından gruplar arasında yapılan karşılaştırmaları Tablo 4.15.'te sunulmuştur. BÇBE grubunun, kontrol grubuna kıyasla ilk ve son değerlendirme okupasyonel performans ve memnuniyet düzeyi puanı daha yüksektir. BÇBE ve kontrol gruplarının ilk ve son değerlendirmelerindeki okupasyonel performans ve memnuniyet düzeyleri puanlarında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0,001$).

Tablo 4.15. Başa çıkma becerileri eğitim ve kontrol gruplarında okupasyonel performans ve memnuniyet düzeylerinin ilk ve son değerlendirmelerinin karşılaştırması

KAPÖ	BÇBE grubu (n=31)						Kontrol grubu (n=31)					
	İlk Değerlendirme			Son Değerlendirme			İlk Değerlendirme			Son Değerlendirme		
	X±SS	z	p	X±SS	z	p	X±SS	z	p	X±SS	z	p
Okupasyonel Performansı (1-10)	4,86±0,69	6,75±1,22	-4,708	0,001*	0,60		3,81±1,12	3,69±1,13	-2,140	0,032*	0,27	
Okupasyonel Memnuniyeti (1-10)	4,17±0,94	6,30±1,39	-4,625	0,001*	0,59		3,08±0,97	3,01±0,94	-2,360	0,018*	0,30	

“Wilcoxon Signed rank” testi (z-tablo değeri) gruplar içerisinde ilk ve son değerlerin karşılaştırılması için kullanılmıştır.

* p<0,05

KAPÖ: Kanada Aktivite Performans Ölçümü

Cohen-d etki büyüklüğü; d<0,2 zayıf etki, 0,5<d<0,8 orta etki, d>0,8 kuvvetli etki

Tablo 4.16. Okupasyonel performans ve memnuniyet düzeylerinin ilk ve son değerleri açısından gruplar arasında yapılan karşılaştırmaları

KAPÖ	İlk Değerlendirme						Son Değerlendirme					
	BÇBE grubu (n=31)			Kontrol grubu (n=31)			BÇBE grubu (n=31)			Kontrol grubu (n=31)		
	X±SS	z	p	X±SS	z	p	X±SS	z	p	X±SS	z	p
Okupasyonel Performansı (1-10)	4,86±0,69	3,81±1,12	-3,988	0,001*			6,75±1,22	3,69±1,13	-6,566	0,001*		
Okupasyonel Memnuniyeti (1-10)	4,17±0,94	3,08±0,97	-4,384	0,001*			6,30±1,39	3,01±0,94	-6,685	0,001*		

“Mann-Whitney U” testi (z-tablo değeri) bağımsız iki grubun karşılaştırılması için kullanılmıştır.

* p<0,05

KAPÖ: Kanada Aktivite Performans Ölçümü

5. TARTIŞMA

Bu çalışma, migren tanılı bireylerde BÇBE'nin, ağrı, yaşam kalitesi, özür düzeyi, başa çıkma becerileri, okupasyonel performans ve memnuniyet düzeyi üzerine etkilerini incelemek amacıyla yürütülmüştür. Kontrol grubu ile karşılaştırıldığında, BÇBE uygulanan migrenli bireylerin ağrı şiddetinde ve özürlülük düzeyinde azalma, yaşam kalitesi, başa çıkma becerileri, okupasyonel performans ve memnuniyet düzeyi üzerinde iyileşmeler görülmüştür.

Stres düzeyini azaltmak, gevşemeyi ve bireyin ağrı kontrolünü artırmak için BÇBE'ye odaklanılmaktadır (107). BÇBE'nin baş ağrılarında da yararlı olabileceği düşünülmektedir (16). Migrenli bireylerde uygulanan BÇBE, baş ağrılarının şiddetinin ve sıklığının azaltılmasına, baş ağrıları üzerinde ağrının kontrol edilmesine, tetikleyicilerden kaçınmaya, yaşam tarzı değişikliğine ve ilaçların uygun kullanımına odaklanır (108). Bandell-Hoekstra ve ark. yaptığı derleme çalışmasında, stres ve ağrı ile başa çıkmak için BÇBE'nin, baş ağrısı sıklığını azaltmada etkili bir yöntem olduğunu belirtmektedir (109).

Yapılan çalışmalar, BÇBE'nin baş ağrısı yaşayan bireylerde ağrı şiddeti, özür düzeyi ve depresyonu azaltmada, bireylerin hem fiziksel hem de bilişsel fonksiyonunda görülen iyileşmelerde etkili olduğunu göstermektedir (110, 111). BÇBE, ağrıyı ve ağrıya eşlik eden özür düzeyini azaltabilmektedir (112). Yapılan çalışmalar, tekrarlayan baş ağrılarını hafifletmek için BÇBE'ye odaklanılmaktadır (113-118). Yapılan kontrollü çalışmalarda, BÇBE'nin olumlu etkileri ortaya koyulmuştur (119-122). Kısıtlı sayıda olan uzun dönem takipli bir çalışma sonucuna göre BÇBE'den 2 yıl sonra bile baş ağrısında %50 oranında azalmanın devam ettiği görülmüştür (123).

Buse ve ark. (8) yaptıkları araştırmada, yaklaşık 12.000 migrenli bireyin çoğunluğunun kadınlardan oluştuğunu, çalışan ve evli bireylerin sayıca üstün olduğunu belirtmektedir. Özsoy ve Taşçı (124) yaptıkları çalışmada, migrenli bireylerin çoğunluğunun üniversitesi mezunu, kadın ve çalışanlardan oluştuğunu ortaya koymaktadır. Yapılan çalışmalarda kadınların çoğunlukta olduğu görüldüğü gibi çalışmamızda da kadın katılımcıların sayısı erkeklerden fazladır. Kadınların

erkeklere göre baş ağrısına yatkın olduğunun bilinmesinin yanında baş ağrısı şikayeti ile daha sık hekime başvurmaları bu yüksek oranı açıklayabilmektedir (125).

Migren görülme sıklığının 30-40 yaş aralığında zirve yaptığı bilinmektedir (126). Stauffer ve ark. (127) 2018 yılında yaptıkları randomize klinik çalışmada, migrenli bireylerin yaş ortalamasının 40 yaş civarında olduğunu bulmuştur. Martin ve ark. (128) 2022 yılında yaptıkları araştırmada, migrenli bireylerin yaş ortalamasının 41 olduğunu belirtmiştir. Araştırmamızda uluslararası literatür ile paralel olarak migrenli bireylerin yaş ortalamasının 38 olduğu ancak BÇBE grubuna göre kontrol grubunun daha genç olduğu tespit edilmiştir. Gruplar arası karşılaştırmada görülen bu fark kontrol grubu için bir avantaj oluşturmamakta, BÇBE grubuna kıyasla daha fazla iyileşme göstermemektedir.

Fransa’da yapılan gözlemsel prospektif kohort çalışmada, ortalama migren öyküsü 11 yıl bulunmuş olup bireylerin çoğu migren atakları için ilaç kullanmaktadır. Çalışmamız da bu oranı desteklemektedir. Ancak yapılan kohort çalışmasında bireylerin ortalama baş ağrısı sıklığı ayda 8 gün bulunurken, bizim çalışmamızda ayda 11 gün ile daha fazla olduğu görülmektedir (129).

Migrenin birinci derecede akrabalarda bulunması migren riskinin daha yüksek olduğunu belirterek genetik yapısını vurgulamaktadır. Al-Quliti’nin (130) yaptığı çalışmada, migrenli bireylerin çoğunluğunun ailesinde migren öyküsünün bulunduğu ve bireylerin migren ilacı kullandıkları belirtilmiştir. Araştırmamızda da bireylerin çoğunluğunda migren aile öyküsü vardır. Aynı zamanda, bireylerin migren için farmakolojik tedavi ilacı kullandığı tespit edilmiş olup sonuçlarımız literatür ile benzerlik göstermektedir.

Özsoy ve Taşçı (124) 2021 yılında yaptıkları çalışmada, migrenli bireylerin GAS ile değerlendirilen ağrı şiddetinin 5-8 arasında değiştiğini bulmuştur. Onur ve ark. (131) Türkiye’de 14 migrenli bireyle kognitif stratejilerle yürütülen ağrı yönetimi pilot çalışmasında, tedavi öncesi GAS skorlarının ortalamasının 8 olduğunu belirtmektedir. Araştırmamıza dahil edilen olgularda da GAS skorlarının ortalamasının 8 düzeyinde olduğu bulunmuştur. Genel olarak migren şiddetinin orta ve şiddetli arasında olduğu görülmektedir.

Birçok tanı grubunda, farklı BÇBE müdahalelerinin uygulandığı araştırmalarda, ağrı şiddetini yansıtan değerlendirme sonuçlarına yer verildiği görülmüştür. Rashid-Tavalai ve ark. (79) tarafından, 7 hafta her oturumun 2 saat sürdüğü seanslar sonunda BÇBE'nin migrenli bireylerin ağrı şiddetini azaltmada etkili olduğu görülmektedir. Keefe ve ark. (132) 10 hafta her oturumun 2 saat sürdüğü grup seanslarında, osteoartritik diz ağrısının yönetiminde BÇBE'nin ağrı şiddetini düşürdüğünü ve daha az ağrı davranışı gösterdiğini belirtmektedir. Keefe ve ark. (133) kalp dışı göğüs ağrısı olan bireylerde 10 hafta boyunca iki haftada bir düzenlenen 5 seans ve 6 ay boyunca aylık olarak düzenlenen 6 seanstan oluşan BÇBE'nin ağrı şiddetini azalttığını tespit etmiştir. Porter ve ark. (134) akciğer kanserinde BÇBE'nin etkilerini incelediği 14 seanstan oluşan telefon tabanlı randomize kontrollü çalışmada, bireylerin ağrısında iyileşme gösterdiğini belirtmektedir. James ve ark. (135) tarafından baş ağrısı olan bireylerde 6 hafta süren BÇBE'de ağrı şiddetinin iyileştiği öne sürülmüştür. Cottrell ve ark. (136) 12-17 yaş arasındaki 34 migrenli bireyde 8 haftalık telefonla uygulanan BÇBE sonrası, baş ağrılarının yoğunluk ve süresinde klinik olarak iyileşmeler ortaya koymuştur. Seng ve ark. (78) yaptıkları çalışmada, migrenli bireylerin 4 aylık BÇBE ve 1 yıllık takibi sonrası ağrı şiddetinde azalma tespit etmiştir.

Newton ve ark. (119) BÇBE'nin terapötik etkilerini araştırdığı çalışmada, migrenli ve gerilim tipi baş ağrılı bireylerin BÇBE sonrası, baş ağrılarının iyileştiğini ve herhangi bir tedavi almayan baş ağrısına sahip olan bireylere göre problem çözme becerilerinin daha sık ortaya çıktığını göstermektedir. Randomize kontrollü çalışmamızda, BÇBE sonrası tedavi etkinliğini belirlemek amacıyla etki büyüklüğü değerlerine bakılmıştır. Literatürde klinik araştırmalar için etki büyüklüğü değerinin ≥ 0.5 olması önerilmektedir (137). BÇBE grubunun ağrı şiddetinde orta kuvvette etki saptanırken, kontrol grubunda zayıf etki görülmektedir. Kontrol grubu, önerilen etki büyüklüğü değerinin altında kalmıştır. BÇBE'nin diğer tanı gruplarında ağrı şiddetini düşürdüğü ortaya koyulduğu gibi migrenli bireylerde de etkili olduğu düşünülmektedir.

Yapılan çalışmalarda bireylerin ağrı semptomlarını azaltmak için progresif gevşeme, aktivite adımlama, enerji koruma teknikleri, çevresel modifikasyonlar ve ergonomi gibi eğitimlerin kullanıldığı belirtilmiştir (138, 139). Çalışmamızda BÇBE kapsamında imgelemeden yararlanarak yapılan gevşeme egzersizlerinin, bireylerde ağrıyı ve tekrarlanabilecek atak endişesini azalttığını düşünmekteyiz. Ek olarak, aktivite adımlama seansı sonrasında baş ağrısı günlüğünün kullanımının teşvik edilmesi bireylerin hem ağrı yoğunluğunu izlemeleri hem de aktivite adımlama davranışlarının hangi durumda artırılması gerektiğini belirlemektedir. Bu durumun, ağrı şiddetinin azaltılmasında ve ağrının kontrol edilmesinde etkili olduğu düşünülmüştür. Migren farkındalık seansının, bireylerin hastalığı tanıyıp tetikleyicileri fark etmesi migren yönetimini desteklemede ve kaçınılan tetikleyiciler ile ağrı şiddetini azaltmada etkili olduğu düşünülmektedir.

García ve ark. (140) ağrının, yaşam kalitesinde ve iyilik halinde bozulmaya sebep olmasının yanı sıra günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirme yeteneğindeki azalmaya ve üretkenlik aktivitelerindeki düşüşe sebep olduğunu vurgulamaktadır. Çalışmamız 5 hafta sonunda BÇBE grubunda ağrı şiddetindeki azalışın okupasyonel performans ve memnuniyet düzeyindeki artışa etkisinin olduğunu desteklerken, kontrol grubunda bu etki gözlenmemiştir.

Sherwood ve ark. (65) 16 hafta boyunca 30 dakikalık telefon görüşmesi ile yürüttükleri çalışmada, kalp yetmezliği olan bireylerin BÇBE sonrası yaşam kalitesinde iyileşmeler görüldüğünü ifade etmiştir. Khanjari ve Mianji (141) yaptıkları çalışmada, meme kanseri teşhisi konmuş annelerin kızlarında 4 seanstan oluşan BÇBE sonrası yaşam kalitesinde iyileşmeler olduğunu belirtmiştir. Khanjari ve ark. (142) lösemili çocukların ebeveynlerine ikişer saatlik 4 seanstan oluşan BÇBE uyguladıktan sonra yaşam kalitelerinde artış tespit etmiştir. Grey ve ark. (143) diyabetli bireylerin 6 hafta süren BÇBE'nin 1 yıllık takipli çalışmasında, yaşam kalitesinde iyileşmeler bulmuştur. Campbell ve ark. (144) prostat kanserinden kurtulan bireyler ve onların eşleri için tasarlanmış 6 haftadan oluşan telefon tabanlı BÇBE sonrası, yaşam kalitesinde iyileşme olduğunu ortaya koymuştur. Migren ataklarının öngörülememesi ve kişinin yaşamında kısıtlılıklar oluşturması, bireylerin

günlük rutinlerine önemli ölçüde engelleyici etki yaratmaktadır (145). Ancak, ağrı deneyimleri nedeniyle bireylerde oluşan korku sonucunda atak yaşamadıklarında bile fiziksel, ruhsal ve sosyal yönleri dahil olmak üzere yaşam kaliteleri olumsuz etkilenmektedir (31).

Sertel ve ark. (146) migrenli bireylerde uygulanan 60 dakikalık 3 seanstan oluşan beden farkındalığı terapisinde bireylerin tedavi öncesi ve sonrası yaşam kalitesini NSP ile değerlendirmiş olup, terapinin bireylerin yaşam kalitesini artırdığı belirtilmiştir. Migrenli bireylerin emosyonel reaksiyonlar, ağrı ve uyku parametrelerinde iyileşme görülmüştür. Ancak, bireylerin enerji seviyesi, sosyal izolasyon ve fiziksel aktivite parametrelerinde düzelme gözlenmesine rağmen, istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Saboula ve El-amrosy'nin (147) gerilim tipi baş ağrısına sahip 60 bireyle gevşeme eğitiminin yanında öz-yönetim ve tetikleyici faktörleri değiştirmeyi içeren müdahalesi sonrasında yaşam kalitesinde iyileşmeler görülmüş, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark tespit edilmiştir. Bizim randomize kontrollü çalışmamızda da BÇBE grubunun NSP'nin tüm parametrelerinde iyileşmeler görülmüş olup, yaşam kalitesinde artış belirtilmiştir. BÇBE grubunun uyku, sosyal izolasyon ve enerji seviyesinde zayıf kuvvette etki; ağrı, emosyonel reaksiyonlar, fiziksel aktivite ve toplam parametrelerinde orta kuvvette etki saptanmıştır. Ancak, kontrol grubunun yaşam kalitesinde artış görülmeyip, emosyonel reaksiyonlar, uyku, enerji seviyesi ve toplam parametrelerinde istatistiksel olarak anlamlı farkın yaşam kalitesinde düşüş olduğu saptanmıştır.

Yapılan çalışmalarda yaşam kalitesi düşük olan ve ağrı yaşayan bireylere aktivite adımlama eğitiminin verildiği, bu eğitimin yaşam kalitesi ve ağrı yönetimi üzerinde olumlu etkisinin olduğu belirtilmiştir (148, 149). Spierings ve ark. (150) migrenli bireylerde stres, öğün atlama, yorgunluk ve uykusuzluğun en sık belirtilen tetikleyiciler olduğunu, aktivite adımlama eğitimi ile aşırı yorgunluğun en aza indirilmesinde etkisinin görüldüğünü ortaya koymuştur. Çalışmamızda BÇBE sonrası yaşam kalitesinde görülen iyileşmenin aktivite adımlama eğitimi içerisinde yer alan düzenli dinlenme aralıklarının planlanması, günlük yaşam aktivitelerinin öncelik

sırasına göre düzenlenmesi, enerji koruma tekniklerinin gösterilmesi, zaman yönetiminin öğretilmesiyle uyku, yemek, egzersiz için yeterli zamana izin verilmesinin etkili olduğunu düşünmekteyiz.

Tobin ve ark. (151) yaptıkları çalışmada, baş ağrısına sahip bireylerin yüksek düzeyde stresinin, gevşeme egzersizinden sonra baş ağrısının azalmasıyla önemli düzeyde ilişkisi bulunmaktadır. Bu nedenle, yüksek düzeyde stres yaşayan baş ağrısı olan bireylerin, baş ağrısı tedavi programının önemli bir bileşeni BÇBE olduğu sürece ilaca olan yaklaşımın azalarak bireylerin başarılı bir şekilde tedavi edilebileceği düşünülmüştür. Bu bireylere tedavinin etkinliğini en üst düzeye çıkarmak amacıyla, stres yönetimi eğitimi almaları önerilmiştir. Çalışmamızda, baş ağrısı tetikleyicilerinden biri olan stresi yönetmeleri amacıyla bireylere uygulanan stres yönetimi eğitiminin yaşam kalitesinin iyileşmesi ile bağlantısı olmuş olabilir.

2016 yılında yapılmış olan küresel hastalık yükü çalışması sonucunda, bel ağrısından sonra migrenin, en fazla engelliliğe neden olan ikinci hastalık olduğu tespit edilmiştir (152).

Migrenin iş ve okul üretkenliği, serbest zaman aktiviteleri ve aile ilişkileri üzerinde önemli etkisinin olduğu bilinmektedir (145). Bu nedenle migrene bağlı özür, bireyin ücretli istihdam, okul, aile ve sosyal aktivitelerinden yoksun kalmasıyla sonuçlanmaktadır (153). Kanada’da yapılan bir çalışma, migrenli bireylerin %90’ının baş ağrısı nedeniyle ev işlerini ertelediğini, %30’unun aile ve sosyal aktivitelerini iptal ettiğini belirtmektedir (154). Dueland ve ark. (145) yaptıkları çok uluslu çalışmada, migrenli bireylerin %71’inin migren nedeniyle okulda veya işte yapması gerekenleri yapamadığını, %62’sinin ailesiyle veya arkadaşlarıyla vakit geçiremediğini ve %67’sinin serbest zaman aktivitelerinden zevk alamadığını bildirmektedir. Araştırmamız bu çalışmalara paralel olarak birçok katılımcının ev işlerini yönetmekte sıkıntı yaşadıklarını, bulunduğu işi yapamadıklarını ve sosyal aktivitelerine katılım gösteremediklerini belirtmektedir. Migren ağrısı nedeniyle bireylerin aktivitelere katılımının engellediğini düşünmekteyiz. Macgregor ve ark. (153) son 3 ayda migrenli bireylerin aile/sosyal/eğlence ve ev aktivitelerinde, iş/okul aktivitelerine göre daha fazla kayıp gün sayısının olduğunu ifade etmektedir. Ayrıca,

bireylerin ev işlerindeki verimliliğinin yarı yarıya azaldığını ve işteki üretkenliğinin etkilendiğini belirtmişlerdir. Araştırmamızda da bireyler en fazla aile/sosyal/eğlence aktivitelerinde kayıp gün bildirirken, sırasıyla ev işi ve iş/okul aktivitelerinin geldiği belirtilmektedir. Bu durum, migrenin okupasyonel performans alanları ve katılım üzerinde olumsuz etkisinin olduğunu desteklemektedir.

Abbas ve ark. (31) yaptıkları çalışmada BÇBE'nin, bireylerin migren nedeniyle yaşadıkları kişisel, ekonomik ve toplumsal alanlardaki sorunları hafifletmeye yardımcı olduğunu ancak migrenli bireylerin iş performansında herhangi bir değişiklik göstermediğini belirtmektedir. Abbas ve ark. (31) yaptıkları çalışmada, migrenli bireylere 2 seans uyguladıkları BÇBE'nin, bireylerin migren atak sıklığı ve süresini, ağrı şiddetini, migren özürllülük düzeyini önemli derecede azalttığını bildirmektedir. Bromberg ve ark. (108) migrenli bireylerde öz yönetime ve başa çıkma becerilerine yönelik web tabanlı randomize kontrollü bir çalışma yapmıştır. Araştırmacılar, haftada 2 seans olmak üzere 4 hafta süren müdahale sonucunda bireylerin özürllülük düzeyinde azalma, gevşeme egzersizleri ve sosyal destek kullanımında artış olduğu sonucuna varmışlardır. Seng ve ark. (60) migrenli 60 bireye uyguladıkları 8 hafta süren farkındalık temelli bilişsel terapinin pilot randomize klinik çalışmasında, tedavi öncesi MIDAS değerlendirmesinde bireylerin çoğunluğunun ciddi düzeyde özürllülük grubunda yer aldığını belirtmektedir. Bu durum tedavi sonrasında önemli ölçüde değişmiş olup müdahalenin migrene bağlı özürllülüğü azaltmada etkili olduğu gösterilmektedir.

Buse ve ark. (8) 2020 yılında yaptıkları çalışmada, aylık ağrılı gün sayısı 8-14 olan migrenli bireylerin MIDAS değerlendirmesinde ciddi düzeyde özürllülük grubunda yer alan bireylerin sayıca en fazla olduğunu, sırasıyla özürllülük hiç yok, orta düzeyde ve hafif düzeyde özürllülük grubunun geldiğini belirtmektedir. Nash ve ark. (83) yaptıkları çalışmanın MIDAS değerlendirmesinde, migrenli bireyleri orta düzeyde ve ciddi düzeyde özürllülük grubu olarak sınıflandırmıştır.

Russo ve ark. (15) 2019 yılında yaptıkları kesitsel çalışmada, migrenli bireylerin kayıp gün sayısı ortalamasını 27 olarak tespit etmiştir. Onur ve ark. (131) Türkiye'de 14 kronik migrenli bireyle kognitif stratejilerle yürütülen ağrı yönetimi

pilot çalışmasında, tedavi öncesi MIDAS kayıp gün sayısı ortalamasının 56 olduğunu belirtmektedir. Araştırmamızda MIDAS ilk değerlendirilmesinde migrenli bireylerin kayıp gün sayısı ortalamasının 60 olduğu gösterilerek, literatüre göre kayıp gün sayısının daha fazla olduğu ortaya koyulmuştur. Bu durumun pandemiden mi kaynaklandığını yoksa ağrı nedeniyle mi olduğunun kesin ayrımı yapılamamıştır. Bireylerin çoğunluğunun orta düzeyde ve ciddi düzeyde özürölülük grubunda yer alması bulgularımızın uluslararası literatür ile uyumlu olduğunu göstermektedir. Çalışmamızda BÇBE ve kontrol grubunun, MIDAS ilk değerlendirmesinde gruplar arası karşılaştırılmasında fark olduğu BÇBE grubunun, kontrol grubuna kıyasla daha fazla kayıp gün sayısına sahip olduğu görölmektedir. Tedavi etkinliğini ortaya koyabilmek amacıyla her iki grubun kayıp gün sayısı parametresinin etki büyüklüğü değerleri hesaplanmıştır. Bu incelemeye göre BÇBE grubunda orta kuvvette etki ortaya koyulurken, kontrol grubunda zayıf etki görölmüştür. Kontrol grubu, önerilen etki büyüklüğü değerinin altında kalmıştır. BÇBE ve kontrol grubunun, MIDAS grup içi ilk ve son değerlendirme sonrası sonuçlarına bakıldığında kayıp gün sayısında azalma görölmüştür. BÇBE grubunda görölen bu iyileşme istatistiksel olarak anlamlı iken kontrol grubunda klinik açıdan bir fark görölmemektedir. Bireylerin ilk MIDAS değerlendirmesinde bireylerin çoğunluğu orta ve ciddi düzeyde özürölülük grubunda bulunurken, BÇBE sonrası MIDAS değerlendirmesinde BÇBE grubundaki bireylerin çoğu özürölülük yok grubunda yer almakta, kontrol grubunun çoğu ciddi düzeyde özürölülük grubunda bulunmaktadır. Buna göre uyguladığımız BÇBE'nin bireylerin kayıp gün sayısını ve özür düzeylerini azaltmada tedavi uygulanmayan bireylere kıyasla daha büyük bir etki sağladığı belirtilmiştir.

Yapılan çalışmalar, gevşeme egzersizlerinin bireylerde stresi önemli ölçüde azalttığını, uykuyu iyileştirdiğini, bireyin ruhsal durumuna olumlu etkisini göstererek ağrı şiddetinde ve özürölülük düzeyinde azalmaya neden olduğunu ortaya koymaktadır (155, 156). D'Souza ve ark. (157) gevşeme eğitiminin etkilerini araştırdıkları çalışmada, migrenli bireylerde ağrının azaldığını ve özürölülük düzeyinin iyileştiğini göstermektedir. Bizim çalışmamız da yapılan çalışmaların bulgularını

destekleyerek, BÇBE ile birlikte yapılan gevşeme egzersizlerinin bireylerin özür düzeyindeki azalmaya neden olduğunu düşündürmektedir.

Çalışmamız kapsamında kullandığımız BÇSÖ-KF içerisinde kendini oyalama, inkar, madde kullanımı ve davranışsal olarak ilgiyi kesme başa çıkma açısından 'kaçınma' grubunda yer almaktadır. Ağrıya uyum sağlama konusunda başlıca engel, bireyin başa çıkmak için kaçınmayı kullanması olarak ifade edilmektedir (158). Çalışmamızda, eğitim sonrası BÇBE grubunda başa çıkmak için kullanılan stratejiler açısından kaçınmanın kullanımında azalma olup, kontrol grubunda değişiklik görülmemiştir. Literatürde 'kabullenme' gibi olumlu başa çıkma becerilerinin gelişmesini sağlayan müdahalelerin hedeflenmesi gerektiği belirtilmektedir (95). Kabullenme, ağrıyı kontrol etmek ya da ağrıyla mücadele etmek için bireyin ailesiyle vakit geçirmesi, anlamlı aktivitelere yönelmesi gibi bilinçli seçimleri içermektedir. Bu durumun, ağrının etkisini de azaltacağı belirtilmektedir. Chiros ve O'Brien (159) kabullenme kapsamında tercih edilen anlamlı aktivitelere odaklanmak gibi yöntemlerin ağrının etkisini azaltarak bireylerin günlük yaşam aktivitelerine katılımını artırdığını desteklemektedir. Araştırmamızda BÇBE grubundaki bireylerin ağrıyı kabullenme davranışlarında başarı elde edilirken, kontrol grubunda değişiklik görülmemiştir. Ayrıca ağrıyı ve migrenin diğer semptomlarını kabul etmek, bireyin ağrıyla başa çıkması için etkili beceriler kullanmasına yardımcı olabilir ve bu sayede ağrı şiddetinin azalmasına destek sağlayabilir.

Russo ve ark. (15) yaptıkları kesitsel çalışmada, migrenli bireylerin başa çıkma stillerini incelemiş olup, dine yönelme alt parametresinin başa çıkma stilleri ile çok ilgisi olmayan bir beceri olarak görüldüğünü belirtmektedir. Çalışmamız da bu durumu desteklemekte olup dine yönelme alt parametresinin migrenli bireylerde zayıf etki gösterdiğini ortaya koymaktadır. Migrenli bireylerin bu başa çıkma becerisinde daha az gelişme göstermesi okupasyonel performans alanlarındaki problemlerin sorumluluğunu üstlenme eğilimlerinden kaynaklanabilir. BÇBE grubunun başa çıkma becerilerinin alt parametrelerinde iyileşme görülmektedir. Tedavi etkinliğine bakıldığında zayıf ve orta kuvvette etki gösterdiği saptanmıştır. Kontrol grubunda ise planlama, sosyal destek arama ve açığa vurma

parametrelerinde kötüleşme görülürken, diğer parametrelerde değişiklik bulunmamıştır.

Migrenin iyi yönetilmesi, ağrının gelişimini hızlandıran faktörlerin tanımlanması ve davranışsal stratejilerin benimsenmesi ile mümkündür (160). Çalışmamızda tetikleyicilerin ifade edildiği migren farkındalık eğitiminin, bireylerin migreni yönetme ve başa çıkma becerileri üzerinde etkisinin olduğunu düşünmekteyiz. Bazı tetikleyiciler zor tanımlanırken, tanımlanabilir olanlar arasında menstrüasyon gibi kaçınılması mümkün olmayan tetikleyiciler de bulunmaktadır. Bireyin kaçınma odaklı bir yaşam tarzını benimsemesi son derece stresli olabileceği gibi stres, ağrıya ve özür düzeyine yol açan bir kısır döngüyü tetikleyebilir. Bu nedenle, migrenle başa çıkmak için tetikleyicilerden kaçınmak yeterli olmayabilir. Gevşeme egzersizlerinin tekrarlayan migren ataklarını azaltmada etkili bir yöntem olduğu bilinmektedir (160). Çalışmamızın BÇBE içeriğinde, migren farkındalık seansının yanında gevşeme egzersizlerinin de bulunması bireylerin başa çıkma becerilerini artırmada ve migren yönetiminin sağlanmasında etkili olmuş olabilir.

Okupasyonel performans, bireylerin yaşama katılımına ve sağlıkları üzerindeki kontrolüne odaklandığı için önemlidir. Yapılan bir çalışma ağrı yönetim programından sonra okupasyonel performans ve memnuniyet düzeyinde iyileşme olduğunu göstermiştir. Aynı zamanda terapist ve kronik ağrılı bireylerin iyileşmeye bakış açıları arasında yüksek derecede benzerlik bulmuştur. Ancak, kronik ağrılı bireyleri terapistler, bireylerin kendilerini değerlendirdiğinden daha gelişmiş olarak değerlendirmiştir (161). KAPÖ'de derecelendirmeleri migrenli bireyler yaptığı için bu problemten kaçınılmıştır. Ağrı yönetimi programlarında KAPÖ'nün bir sonuç ölçümü olarak kullanılması uygun görülmüştür (162). KAPÖ tekrarlanan ölçüm olduğu için bireylere geri bildirim sağlamak ve hedeflerine ulaşma yeteneklerini geliştirmektedir. Bu nedenle bireylerin eğitim süreçlerinde daha fazla sorumluluk alma ihtimalleri oluşmaktadır (162). Okupasyonel performans memnuniyetinde artışın olması, başa çıkma becerileri eğitiminin benimsenme sürecini ve yaşam tarzının yeniden düzenlenmesinin kabulünü destekleyeceğini düşünmekteyiz. Çalışmamızda eğitim seansları ilerledikçe bireylerin okupasyonlarında yaşadıkları

problemlerini daha net ifade edebildikleri ve temel problemin ne olduğunu daha net fark edebildikleri görülmüştür.

Persson ve ark. (163) stres yönetimi, vücut farkındalığı, gevşeme, aktivite eğitimi gibi seanslardan oluşan ağrı rehabilitasyonu programı sonrasında başlangıçta düşük olan başa çıkma becerilerinin 1 yıllık takipte yükseldiğini bulmuştur. Bu durumda ağrı rehabilitasyon programının başa çıkma becerilerini iyileştirmede etkili olduğu düşünülmektedir. Aynı zamanda bireyler tarafından öncelik verilen okupasyonlarda, 1 yıllık takipte okupasyonel performans ve memnuniyet düzeyi üzerinde artış görülmektedir (163).

Migren, fiziksel fonksiyonun yanı sıra bireylerin serbest zaman ve sosyal aktivitelerine de etki edebilmektedir (164). Lipton ve ark. (164) migrenli 316 bireyle yaptıkları incelemede, bireylerin serbest zaman ve sosyal aktivitelerde, iletişim yeteneğinde, ev aktivitelerinde, hareket etme yeteneğinde ve konsantre olmada kısıtlılıklar yaşadığını ortaya koymaktadır. Literatür, ergoterapistlerin okupasyonel performans ve katılıma kapsamlı yaklaşımlarını göz önünde bulundurarak ağrıyı önleme ve yönetme müdahalelerinde katkı sağladığını ifade etmektedir (165). Catala ve ark. (166) ağrı nedeniyle bireylerin %27,1 oranında günlük yaşam aktivitelerinin etkilendiğini, %13,1 oranında beklenilenden düşük performans gösterdiklerini ve %11 oranında okupasyonlarında limitasyona neden olduğunu ifade etmiştir. Aynı zamanda bireylerin %56'sında ağrı nedeniyle kişisel ilişkilerin bozulduğu belirtilmiştir. Çalışmamız bu sonuçlara paralel olarak migrenli bireylerin %14,8'inin sosyal aktivitelerinde problem yaşadığını göstermiştir. Bu sonuçlar migrenin, bireylerin sosyal yaşama aktif olarak katılmalarını zorlaştırdığını desteklemektedir.

Çalışmamızda aktivite kısıtlılıkları ve bununla ilişkili hedefler migrenli bireyler ile belirlenmiş, bu hedeflerin yaklaşık yarısı serbest zaman aktiviteleri iken diğerleri sırasıyla üretkenlik ve kendine bakım aktivitelerinden oluşmaktadır. Çalışmamızda, BÇBE ve kontrol gruplarının KAPÖ ile tanımlanan problemlili aktiviteleri incelendiğinde, her iki grupta da ilk 3 sırada serbest zaman aktivitelerinin belirtildiği tespit edilmiştir. En çok belirtilen üç problemlili aktivite sırası ile BÇBE grubunda

dışarı çıkmak, arkadaşlarla buluşmak, düğüne gitmek olurken, kontrol grubunda kitap okumak, spor yapmak, müzik dinlemek olarak saptanmıştır. BÇBE grubunda bireye özgü olarak tasarlanan keyifli aktivite planlaması eğitimi, bireylerin anlamlı ve zevkli bulduğu aktiviteleri belirleyerek bu aktivitelerin gerçekleştirilmesine destek sağlamak amacıyla yapılmıştır. Bu seans yoğunluklu olarak serbest zaman aktivitelerini içermesine rağmen bireylerin tüm okupasyonel performans alanlarında ilerleme görülmüştür. Bu durum serbest zaman aktivitelerini yeterli gerçekleştiren bireylerde diğer performans alanlarının gelişebileceğini göstermek açısından önemli bir sonuçtur. Bu nedenle ergoterapistler, BÇBE ile özellikle serbest zaman aktivitelerinde yeterliliği artırmayı destekleyen araştırmalara yer vererek diğer okupasyonel performans alanlarına da yansıyan olumlu bulgulara zemin hazırlayabilir.

Tedavi etkinliğini ortaya koymak için etki büyüklüğü değerleri hesaplandığında BÇBE grubunun okupasyonel performans ve memnuniyet düzeyinde orta kuvvette etki saptanmış, kontrol grubunda ise zayıf etki görülmüştür. Kontrol grubu, önerilen etki büyüklüğü değerinin altında kalmıştır. Bu durumda, migrenli bireylerle çalışan ergoterapistler için BÇBE, okupasyonel performans ve memnuniyet düzeyi üzerinde olumlu gelişmeler sağlayan etkili bir eğitim olarak görülebilir.

Serbest zaman aktivitelerine kısıtlı katılım gösteren migrenli bireylerde, BÇBE sonrası okupasyonel performans ve memnuniyet düzeyindeki artışın, aktif bir yaşam için motivasyon oluşturabileceğini düşünmekteyiz. BÇBE içerisinde yer alan aktivite adımlama eğitiminin, baş ağrısı sırasında da bireyler tarafından kullanılabileceği gösterilmiştir. Bu eğitimin, bireylerin baş ağrısının alevlenmesine fırsat vermeden aktivitelerini tamamlamasına yardımcı olması nedeniyle okupasyonel performans ve memnuniyet düzeyi üzerindeki iyileşmeye katkı sağladığını düşünmekteyiz.

Çalışmamızın limitasyonları arasında BÇBE grubunda yer alan katılımcıların hastalık, iş yerinden izin alamama, ailesel problemler gibi nedenlerle zaman zaman seanslara katılımın düzenlenmesinde zorluklar yaşanmıştır. Ayrıca, başlangıç değerlerine baktığımızda BÇBE grubunda özürülük düzeyinin daha yüksek olduğu,

kontrol grubunda ise daha düşük olduğu görülmüştür. Bireylerin okupasyonel performans ve memnuniyet düzeyi başlangıç değerlerini incelediğimizde BÇBE grubunun daha fazla, kontrol grubunun ise daha az olduğu belirtilmiştir. Bu durumun tedavi sonuçlarına etki edebilecek bir bulgu olması nedeniyle çalışmamız kapsamında etki değerlerine bakılmış, BÇBE'nin etki düzeyinin yüksek olduğu görülmüştür. BÇBE, ergoterapistin danışanı ile birebir ilgilendiği bir yöntem olup, hastalığın kendi seyri ve terapistin ilgisinin iyileşme üzerine etkilerinin olabileceği sebebi ile ilerleyen çalışmalarda BÇBE'nin etkilerini incelerken karşısına kontrol grubu olarak aktif uygulamaların yapıldığı çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır. Çalışmamız kapsamında ağrı şiddetine GAS ile bakılmıştır. Migrende semptomlar açısından önem arz eden ağrı eşiği ve toleransına da bakılması ağrının değerlendirilmesi açısından önem arz edebilir. MIDAS, migrene özel dünyada yaygın olarak kullanılan bir ölçektir. MIDAS kendi yapısı gereği bireylerin son 3 aydaki durumunu inceler. Çalışmamızda BÇBE 1 ay sürmüştür. Bu nedenle, MIDAS ile yapılan bu değerlendirmenin uzun dönem takipli yapılması değerli olacaktır.

Çalışmamız sonucunda BÇBE'nin migrenli bireylerde ağrı şiddeti ve özürlülük düzeyini azalttığı ortaya koyulmuştur. BÇBE'nin migrenli bireylerin okupasyonel performans ve memnuniyet düzeylerinde artış sağladığı belirtilerek, okupasyonel performans alanlarını iyileştirmede umut vaat eden bir yaklaşım olarak görülmesine dair kayda değer bulgular sunulmuştur. Bu araştırma, BÇBE'nin migrenli bireylerde okupasyonel performans ve memnuniyet üzerindeki etkinliğini inceleyen ilk randomize kontrollü çalışmadır. Bununla beraber yaşam kalitesi ve başa çıkma becerileri üzerine olumlu etkisi olan BÇBE'nin migren tedavisine dahil edilmesi değerli olacaktır. Bu olumlu bulgulara rağmen, migrenli bireylerin tüm yaşamını etkileyecek davranış değişikliklerini izlemek ve BÇBE'nin etkilerini görmek için uzun süreli takibin yapılmasına ve kontrol grubunda aktif uygulamaların olduğu farklı çalışmalarla BÇBE'nin karşılaştırılmasına da ihtiyaç duyulmaktadır. Migrenin rutin tedavisinde kullanılan farmakolojik yaklaşımların yetersiz kalması, migrenin bireyin tüm hayatını olumsuz etkilemesi nedeniyle BÇBE gibi bireye bütüncül olarak

bakabilecek yaklaşımların, çalışmamızda gösterdiğimiz olumlu etkiler nedeniyle migren tedavisinin rutininde kullanılmasının değerli olacağını düşünmekteyiz.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Migrenli bireylerde BÇBE'nin etkinliğinin incelendiği bu çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

1. Baş ağrılarının en yaygın görülen tiplerinden biri olan migren üzerinde yaptığımız çalışmada, BÇBE'nin migrenli bireylerin ağrı ve özür düzeyini azaltan, yaşam kalitesi, başa çıkma becerileri, okupasyonel performans ve memnuniyet düzeyini iyileştiren bir yaklaşım olduğu belirtilmiştir. Bu sebeple BÇBE'nin migrenli bireylerde umut vaat eden bir yaklaşım olarak kullanılabileceğini düşünmekteyiz.
2. Çalışmamız pandemi döneminde yapıldığı için eğitim bireysel olarak uygulanmıştır. Ancak BÇBE, grup eğitimi olarak da sunulabilecek bir yaklaşımdır. Grup eğitimi olarak uygulamanın ergoterapistler için enerji ve zaman tasarrufu sağlayabileceği, aynı zamanda migrenli bireylerin motivasyon ve iletişim becerilerinin gelişebileceğini düşünmekteyiz.
3. Migrende ağrıyı değerlendirirken ağrı eşiği toleransı ve ağrının seyrinde önemli yeri olan otonom sinir sistemi cevaplarının kanıta dayalı olarak gelecekteki çalışmalarda incelenmesi de BÇBE'nin etki genişliği açısından önemli olabilir.
4. Sonuçlarımızda, migrenli bireylerin okupasyon seçimlerinde serbest zaman aktivitelerinin öncelikli olduğu görülmüş ve bireylerin çoğunluğunda hedef olarak seçilmiştir. Migrenli bireylerin serbest zaman aktivitelerini destekleyecek çalışmaların yapılması okupasyonel dengelerini olumlu yönde etkileyebilir.
5. BÇBE'nin dünyada farklı uygulama şekilleri bulunmaktadır. Çalışmamızda ise BÇBE kapsamında yapılan uygulamalarda, bireyin okupasyonları ön plana çıkarılarak yapılandırılmış bir müdahale uygulanmıştır. Olumlu sonuçları nedeniyle bu anlamlı aktivitelerin kullanıldığı BÇBE, migrenli bireylerin tedavisinde tercih edilen bir yöntem olarak ortaya koyulmuştur.
6. Migrenli bireylerin ağrıyla doğru şekilde mücadele etmesini engelleyen "kaçınma tipi" başa çıkma yönteminin BÇBE sonrası azalması ve aktif başa

çıkma, sosyal destek arama, kabullenme gibi olumlu başa çıkma becerilerindeki artış BÇBE'nin tercih edilmesindeki bir diğer neden olarak sunulabilir.

7. Çalışmamızda BÇBE, yüz yüze birebir şekilde uygulanmıştır. Bu nedenle, BÇBE grubuna gösterdiğimiz ilgi kontrol grubuna kıyasla daha yüksek olmuştur. Bu ilginin neden olabileceği etki göz önünde tutulmamıştır. Bu durumun sonuçlarını ortadan kaldırmak için gelecekte yapılacak olan araştırmalarda aktif uygulamaların yapıldığı karşılaştırmalı çalışmalara ihtiyaç vardır.
8. BÇBE grubunda MIDAS kayıp gün sayısında azalma ile iyileşme gözlemlenmiştir. BÇBE'nin kayıp gün sayısını azaltma tedavisi açısından da tercih edilebilecek bir yöntem olduğu sonucuna varılmıştır.
9. Migrenli bireylerde BÇBE uygulamasının, uluslararası literatürde fiziksel parametreler üzerindeki etkilerine bakılmış olduğunu görmekteyiz. Buna karşın, özellikle okupasyonel performans ve memnuniyet düzeyi gibi psikososyal performans alanlarındaki etki sonuçlarına bakılmadığı görülmüştür. Çalışmamız bu konudaki ilk çalışmadır. İlerleyen dönemlerde tasarlanacak olan araştırmalarda, hem migrenli hem de baş ağrısının diğer tiplerine sahip olan bireylerin BÇBE'nin okupasyonel performans ve memnuniyet düzeyi üzerindeki etkinliğinin daha fazla çalışmayla desteklenmesinin önemi büyüktür.
10. BÇBE'yi uygularken kişi merkezli bir yaklaşım sergilenmiş ve bireyin isteklerine uygun müdahale programı izlenmiştir. Migrenin hem bireyi hem de sosyal çevresini etkilediği göz önünde bulundurularak bireyin okupasyonları ve çevresi ile bir bütün olarak ele alınması gerekmektedir. Gelecekteki çalışmaların kişi merkezli yaklaşıma ek olarak bireyin sosyal çevresinin bilgilendirilmesinin ve müdahale programına dahil edilmesinin bireylerin katılımına destek olacağını düşünmekteyiz.
11. BÇBE'nin migrenli bireylerde uzun dönem etkilerini görmek için uzun süreli takipli çalışmaların yapılmasına ihtiyaç duyulmaktadır.

7. KAYNAKLAR

1. Rasmussen BK. Epidemiology of headache. Cephalalgia. 1995;15(1):44-67.
2. Schwartz JS, Song P, Blitzer A. Headache. Cooper G, editor. Therapeutic Uses of Botulinum Toxin. New Jersey: Humana Press; 2007.
3. Goadsby PJ. The pharmacology of headache. Progress in neurobiology. 2000;62(5):509-525.
4. Öz O, Erdem M, Yücel M, Akgün H, Yozgatlı G, Balıkçı A, ve ark. Migren hastalarında öfke düzeyi ve öfke ifade tarzı. Gülhane Tıp Dergisi. 2011; 53(2):85-88.
5. Ahmed F. Headache disorders: differentiating and managing the common subtypes. British Journal of Pain. 2012;6(3):124-132.
6. Yaşar H, Balıbey H, Alay S, Tekeli H, Türker T, Bayar N. Migren hastalarında anksiyete, depresyon ve obsesif-kompulsif belirti düzeyleri. Journal of Mood Disorders. 2013;3(4):156-161.
7. Taşdemir SN. Migren Tanısı Olan Hastalarda Kişilik Yapı ve Özelliklerinin İncelenmesi [Yüksek lisans tezi]. İstanbul: Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi; 2015.
8. Buse DC, Reed ML, Fanning KM, Bostic RC, Lipton RB. Demographics, headache features, and comorbidity profiles in relation to headache frequency in people with migraine: Results of the American Migraine Prevalence and Prevention (AMPP) Study. Headache: The Journal of Head and Face Pain. 2020;60(10):2340-2356.
9. Leonardi M, Steiner TJ, Scher AT, Lipton RB. The global burden of migraine: measuring disability in headache disorders with WHO's Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). The Journal of Headache and Pain. 2005;6(6):429-440.
10. Ilacqua GE. Migraine headaches: coping efficacy of guided imagery training. Headache: The Journal of Head and Face Pain. 1994;34(2):99-102.
11. AlHarbi FG, AlAteeq MA. Quality of life of migraine patients followed in neurology clinics in Riyadh, Saudi Arabia. Journal of Family & Community Medicine. 2020;27(1):37.
12. Buse DC, Lipton RB, Hallström Y, Reuter U, Tepper SJ, Zhang F, ve ark. Migraine-related disability, impact, and health-related quality of life among patients with episodic migraine receiving preventive treatment with erenumab. Cephalalgia. 2018;38(10):1622-1631.
13. Prefontaine K, Rochette A. A literature review on chronic pain: the daily overcoming of a complex problem. British Journal of Occupational Therapy. 2013;76(6):280-286.

14. Sahai-Srivastava S, Sigman E, Uyeshiro Simon A, Cleary L, Ginoza L. Multidisciplinary team treatment approaches to chronic daily headaches. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*. 2017;57(9):1482-1491.
15. Russo A, Santangelo G, Tessitore A, Silvestro M, Trojsi F, De Mase A, ve ark. Coping strategies in migraine without aura: A cross-sectional study. *Behavioural neurology*. 2019;2019:1-7.
16. Siniatchkin M, Riabus M, Hasenbring M. Coping styles of headache sufferers. *Cephalalgia*. 1999;19(3):165-173.
17. Aygün RB, Genç F, Şahin E. Migren Tedavisinde Eczacının Rolü. *Lectio Scientific*. 2018;2(1):8-20.
18. Nicholson RA, Buse DC, Andrasik F, Lipton RB. Nonpharmacologic treatments for migraine and tension-type headache: How to choose and when to use. *Current Treatment Options in Neurology*. 2011;13(1):28-40.
19. Mohammadi Zeidi I, Seifpour T, Morshedi H, Alizadeh H. The Effectiveness of Coping Strategies training on Knowledge, Pain Specific Self-efficacy and Indicators of Migraine Headache. *Journal of Health Research in Community*. 2020;6(2):11-26.
20. Karaca S, Demir F, Herken H, Demir O, Aşkın R. Kronik Ağrılı ve Migrenli Hastalarda Depresyon Düzeyleri ve Ağrı ile Başaıkma Becerileri 1. *Düşünen Adam*. 1999;12(4):31-33.
21. Hill W. The role of occupational therapy in pain management. *Anaesthesia and Intensive Care Medicine*. 2016;17(9):451-453.
22. Thelakkad Mana D, Kumar S, Muragod AR. Correlation between migraine originated disability and coping up strategies in early adult female population: A cross-sectional study. *European Journal of Physiotherapy*. 2019;21(1):35-38.
23. Orr SL, Christie SN, Akiki S, McMillan HJ. Disability, quality of life, and pain coping in pediatric migraine: An observational study. *Journal of Child Neurology*. 2017;32(8):717-724.
24. Kroon Van Diest AM, Powers SW. Cognitive behavioral therapy for pediatric headache and migraine: Why to prescribe and what new research is critical for advancing integrated biobehavioral care. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*. 2019;59(2):289-297.
25. Cox CE, Hough CL, Carson SS, White DB, Kahn JM, Olsen MK, ve ark. Effects of a telephone-and web-based coping skills training program compared with an education program for survivors of critical illness and their family members: A randomized clinical trial. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*. 2018;197(1):66-78.
26. Somers TJ, Abernethy AP, Edmond SN, Kelleher SA, Wren AA, Samsa GP, ve ark. A pilot study of a mobile health pain coping skills training protocol for

- patients with persistent cancer pain. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2015;50(4):553-558.
27. Bennell KL, Ahamed Y, Jull G, Bryant C, Hunt MA, Forbes AB, ve ark. Physical therapist-delivered pain coping skills training and exercise for knee osteoarthritis: Randomized controlled trial. *Arthritis Care and Research*. 2016;68(5):590-602.
 28. Riddle DL, Keefe FJ, Nay WT, McKee D, Attarian DE, Jensen MP. Pain coping skills training for patients with elevated pain catastrophizing who are scheduled for knee arthroplasty: A quasi-experimental study. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 2011;92(6):859-865.
 29. Noser AE, Klages KL, Gamwell KL, Brammer CN, Hommel KA, Ramsey RR. A systematic evaluation of primary headache management apps leveraging behavior change techniques. *Cephalalgia*. 2022;42(6):510-523.
 30. Mikaeili N, Ahmadi S. The Comparison of Pain-Related Anxiety, Pain Self-Efficacy and Coping Strategies in Women with Migraine Headache and Normal. *Journal of Sabzevar University of Medical Sciences*. 2021;28(5):728-739.
 31. Abbas RA, Zalat MM, Mohamed WS, Hunter M. Coping with migraine: An exploratory study to understand and to relieve migraine in a sample of Egyptian middle-aged working women. *Journal of Applied Sciences Research*. 2013;9(3):2446-2454.
 32. Bıçakcı Ş, Öztürk M, Üçler S, Karlı N, Siva A. Türk Nöroloji Derneği Baş ağrısı Çalışma Grubu Uygulamaları. İstanbul: Galenos; 2018.
 33. Kellerman RD, Rakel D. *Conn's Current Therapy*. Philadelphia: Elsevier Health Sciences; 2022.
 34. Taşkapılıoğlu Ö, Karlı N. Migrende Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. *Nöropsikiyatri Arşivi*. 2013;50(Suppl 1):60-64.
 35. Society HCCotIH. The international classification of headache disorders, (beta version). *Cephalalgia*. 2013;33(9):629-808.
 36. Vgontzas A, Burch R. Episodic migraine with and without aura: Key differences and implications for pathophysiology, management, and assessing risks. *Current Pain and Headache Reports*. 2018;22(12):1-8.
 37. van den Brink AM, MacGregor EA. *Gender and Migraine*. Cham: Springer; 2019.
 38. Diamond S, Cady RK, Diamond ML, Green MW, Martin VT. *Headache and migraine biology and management*. Chicago: Academic Press; 2015.
 39. Smitherman TA. *Clinician's Manual on Migraine*. Berlin: Springer; 2016.
 40. Baykan B, Ertaş M, Karlı N, Uluduz D, Uygunoğlu U, Ekizoğlu E, ve ark. Migraine incidence in 5 years: A population-based prospective longitudinal study in Turkey. *The Journal of Headache and Pain*. 2015;16(1):1-10.

41. Yamanaka G, Morichi S, Suzuki S, Go S, Takeshita M, Kanou K, ve ark. A review on the triggers of pediatric migraine with the aim of improving headache education. *Journal of Clinical Medicine*. 2020;9(11):3717.
42. Hindiyyeh NA, Zhang N, Farrar M, Banerjee P, Lombard L, Aurora SK. The role of diet and nutrition in migraine triggers and treatment: A systematic literature review. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*. 2020;60(7):1300-1316.
43. Marmura MJ. Triggers, protectors, and predictors in episodic migraine. *Current Pain and Headache Reports*. 2018;22(12):1-9.
44. Buse DC, Reed ML, Fanning KM, Bostic R, Dodick DW, Schwedt TJ, ve ark. Comorbid and co-occurring conditions in migraine and associated risk of increasing headache pain intensity and headache frequency: Results of the migraine in America symptoms and treatment (MAST) study. *The Journal of Headache and Pain*. 2020;21(1):1-16.
45. Wang SJ, Chen PK, Fuh JL. Comorbidities of migraine. *Frontiers in Neurology*. 2010;1(16):1-9.
46. Klenofsky B, Pace A, Natbony LR, Sheikh HU. Episodic migraine comorbidities: Avoiding pitfalls and taking therapeutic opportunities. *Current Pain and Headache Reports*. 2019;23(1):1-7.
47. Dresler T, Caratuzzolo S, Guldolf K, Huhn JI, Loiacono C, Niiberg-Pikksööt T, ve ark. Understanding the nature of psychiatric comorbidity in migraine: A systematic review focused on interactions and treatment implications. *The Journal of Headache and Pain*. 2019;20(1):1-17.
48. Minen MT, De Dhaem OB, Van Diest AK, Powers S, Schwedt TJ, Lipton R, ve ark. Migraine and its psychiatric comorbidities. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*. 2016;87(7):741-749.
49. Young WB, FANA F, Silberstein SD. *Navigating Life with Migraine and Other Headaches*. New York: Oxford University Press; 2018.
50. Anand KS, Sharma S. Quality of life in migraine. *Drug Development Research*. 2007;68(7):403-411.
51. Nilay S, Varsha P, Ishita C. IMPACT OF MIGRAINE ON PATIENT'S QUALITY OF LIFE. *Eur J Clin Pharm*. 2018;20(6):323-327.
52. Buse DC, Fanning KM, Reed ML, Murray S, Dumas PK, Adams AM, ve ark. Life with migraine: effects on relationships, career, and finances from the chronic migraine epidemiology and outcomes (CaMEO) study. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*. 2019;59(8):1286-1299.
53. Martelletti P, Schwedt TJ, Lanteri-Minet M, Quintana R, Carboni V, Diener HC, ve ark. My Migraine Voice survey: A global study of disease burden among individuals with migraine for whom preventive treatments have failed. *The Journal of Headache and Pain*. 2018;19(1):1-10.

54. Holroyd KA, Penzien DB. Pharmacological versus non-pharmacological prophylaxis of recurrent migraine headache: A meta-analytic review of clinical trials. *Pain*. 1990;42(1):1-13.
55. Orr SL, Kabbouche MA, O'Brien HL, Kacperski J, Powers SW, Hershey AD. Paediatric migraine: Evidence-based management and future directions. *Nature Reviews Neurology*. 2018;14(9):515-527.
56. Silberstein SD. Preventive migraine treatment. *Continuum: Lifelong Learning in Neurology*. 2015;21(4 Headache):973.
57. Evers S. Treatment of migraine with prophylactic drugs. *Expert Opinion on Pharmacotherapy*. 2008;9(15):2565-2573.
58. Puledra F, Shields K. Non-pharmacological approaches for migraine. *Neurotherapeutics*. 2018;15(2):336-345.
59. Li YX, Xiao X, Zhong DL, Luo LJ, Yang H, Zhou J, ve ark. Effectiveness and safety of acupuncture for migraine: An overview of systematic reviews. *Pain Research and Management*. 2020;2020:14.
60. Seng EK, Singer AB, Metts C, Grinberg AS, Patel ZS, Marzouk M, ve ark. Does mindfulness-based cognitive therapy for migraine reduce migraine-related disability in people with episodic and chronic migraine? A phase 2b pilot randomized clinical trial. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*. 2019;59(9):1448-1467.
61. Reeves L, Arakelyan A, Ginoza L, Sigman E, Green L, Cesar PH, ve ark. An Interdisciplinary Team Approach for Treatment of Headache Disorders: A Retrospective Review of a case series from an Academic Headache Center. *Therapy*. 2019;62(6):625.
62. Slavin M, Ailani J. A clinical approach to addressing diet with migraine patients. *Current Neurology and Neuroscience Reports*. 2017;17(2):1-8.
63. Gazerani P. A bidirectional view of migraine and diet relationship. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. 2021;17:435.
64. Miller PA, Butin D. The role of occupational therapy in dementia—COPE (Caregiver Options for Practical Experiences). *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2000;15(1):86-89.
65. Sherwood A, Blumenthal JA, Koch GG, Hoffman BM, Watkins LL, Smith PJ, ve ark. Effects of coping skills training on quality of life, disease biomarkers, and clinical outcomes in patients with heart failure: A randomized clinical trial. *Circulation: Heart Failure*. 2017;10(1):1-9.
66. Shirkavand L, Alaei Karahroudy F, Mohtashami J, Ghasemi E. Effects of Coping Style Training on the Treatment Adherence in Adolescents with Congenital Heart Disease. *Iran Journal of Nursing*. 2019;32(119):76-86.

67. Keefe FJ, Caldwell DS, Williams DA, Gil KM, Mitchell D, Robertson C, ve ark. Pain coping skills training in the management of osteoarthritic knee pain: A comparative study. *Behavior Therapy*. 1990;21(1):49-62.
68. Lazarus RS, Folkman S. Transactional theory and research on emotions and coping. *European Journal of Personality*. 1987;1(3):141-169.
69. Matsuzawa Y, Lee YSC, Fraser F, Langenbahn D, Shallcross A, Powers S, ve ark. Barriers to behavioral treatment adherence for headache: An examination of attitudes, beliefs, and psychiatric factors. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*. 2019;59(1):19-31.
70. Levesque RJ. *Encyclopedia of adolescence*. USA: Springer Science and Business Media; 2011.
71. Ramachandran VS. *Encyclopedia of human behavior*. 2th ed. California: Academic Press; 2012.
72. Labrague LJ, McEnroe-Petitte DM, Al Amri M, Fronda DC, Obeidat AA. An integrative review on coping skills in nursing students: Implications for policymaking. *International Nursing Review*. 2018;65(2):279-291.
73. Grey M. Coping skills training for youths with diabetes. *Diabetes Spectrum*. 2011;24(2):70-75.
74. Rodriguez AL, Provident I. The effects of a structured coping strategy program for graduate occupational therapy students. *Journal of Occupational Therapy Education*. 2018;2(1):1-16.
75. Davidson M, Boland EA, Grey M. Teaching teens to cope: Coping skills training for adolescents with insulin-dependent diabetes mellitus. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*. 1997;2(2):65-72.
76. Bryant C, Lewis P, Bennell KL, Ahamed Y, Crough D, Jull GA, ve ark. Can physical therapists deliver a pain coping skills program? An examination of training processes and outcomes. *Physical Therapy*. 2014;94(10):1443-1454.
77. Magnusson JE, Riess CM, Becker WJ. Effectiveness of a multidisciplinary treatment program for chronic daily headache. *Canadian Journal of Neurological Sciences*. 2004;31(1):72-79.
78. Seng EK, Holroyd KA. Behavioral migraine management modifies behavioral and cognitive coping in people with migraine. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*. 2014;54(9):1470-1483.
79. Rashid-Tavalai Z, Bakhshani NM, Amirifard H, Lashkaripour M. Effectiveness of combined copying skills training and pharmacological therapy for patients with migraine. *Global Journal of Health Science*. 2016;8(6):179.
80. Edraki M, Rambod M, Molazem Z. The effect of coping skills training on depression, anxiety, stress, and self-efficacy in adolescents with diabetes: A randomized controlled trial. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery*. 2018;6(4):324.

81. Velsor-Friedrich B, Militello LK, Richards MH, Harrison PR, Gross IM, Romero E, ve ark. Effects of coping-skills training in low-income urban African-American adolescents with asthma. *Journal of Asthma*. 2012;49(4):372-379.
82. Huddleston C, Martin L, Woods K, Dindo L. One-day behavioral intervention for distressed veterans with migraine: Results of a multimethod pilot study. *Military Medicine*. 2018;183(7-8):184-192.
83. Nash JM, Park ER, Walker BB, Gordon N, Nicholson RA. Cognitive-behavioral group treatment for disabling headache. *Pain Medicine*. 2004;5(2):178-186.
84. Hall AL, Karvounides D, Gelfand AA, Mankin H, Kessel S, Corroo J, ve ark. Improving the Patient Experience With Migraine Camp, a One-Day Group Intervention for Adolescents With Chronic Headache and Their Parents. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*. 2019;59(8):1392-1400.
85. Association AOT. Role of Occupational Therapy in Pain Management. *The American Journal of Occupational Therapy*. 2021;75(Suppl 3).
86. Klausen SH, Rønne G, Tornøe B, Bjerregaard L. Nonpharmacological interventions addressing pain, sleep, and quality of life in children and adolescents with primary headache: A systematic review. *Journal of Pain Research*. 2019;12:3437.
87. Carlsson AM. Assessment of chronic pain. I. Aspects of the reliability and validity of the visual analogue scale. *Pain*. 1983;16(1):87-101.
88. Karcioğlu O, Topacoglu H, Dikme O, Dikme O. A systematic review of the pain scales in adults: Which to use? *The American Journal of Emergency Medicine*. 2018;36(4):707-714.
89. Kolflaath J. RE: VAS-visuell analog skala. *Tidsskriftet*. 2014.
90. Hunt SM, McEwen J, McKenna SP. Measuring health status: A new tool for clinicians and epidemiologists. *The Journal of the Royal College of General Practitioners*. 1985;35(273):185-188.
91. Bigal ME, Rapoport AM, Lipton RB, Tepper SJ, Sheftell FD. Assessment of migraine disability using the migraine disability assessment (MIDAS) questionnaire: A comparison of chronic migraine with episodic migraine. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*. 2003;43(4):336-342.
92. Ertaş M, Siva A, Dalkara T, Uzuner N, Dora B, Inan L, ve ark. Validity and reliability of the Turkish Migraine Disability Assessment (MIDAS) questionnaire. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*. 2004;44(8):786-793.
93. Carver CS. You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the brief cope. *International Journal of Behavioral Medicine*. 1997;4(1):92-100.
94. Muller L, Spitz E. Multidimensional assessment of coping: Validation of the Brief COPE among French population. *L'encéphale*. 2003;29(6):507-518.

95. Radat F, Lantéri-Minet M, Nachit-Ouinekh F, Massiou H, Lucas C, Pradalier A, ve ark. The GRIM2005 study of migraine consultation in France. III: Psychological features of subjects with migraine. *Cephalalgia*. 2009;29(3):338-350.
96. Bacanlı H, Sürücü M, İlhan T. Başa çıkma stilleri ölçeği kısa formunun (BÇSÖ-KF) psikometrik özelliklerinin incelenmesi: Geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Bilimleri*. 2013;13(1):81-96.
97. Law M, Baptiste S, McColl M, Opzoomer A, Polatajko H, Pollock N. The Canadian occupational performance measure: An outcome measure for occupational therapy. *Canadian Journal of Occupational Therapy*. 1990;57(2):82-87.
98. Carpenter L, Baker GA, Tyldesley B. The use of the Canadian Occupational Performance Measure as an outcome of a pain management program. *Canadian Journal of Occupational Therapy*. 2001;68(1):16-22.
99. Torpil B, Ekici Çağlar G, Bumin G, Pekçetin S. Validity and Reliability of the Turkish Canadian Occupational Performance Measure (COPM-TR) for people with multiple sclerosis. *Occupational Therapy In Health Care*. 2021;35(3):306-317.
100. Diener HC, Holle-Lee D, Nägel S, Dresler T, Gaul C, Göbel H, ve ark. Treatment of migraine attacks and prevention of migraine: Guidelines by the German Migraine and Headache Society and the German Society of Neurology. *Clinical and Translational Neuroscience*. 2019;3(1):1-40.
101. Demarquay G, Mawet J, Guégan-Massardier E, de Gaalon S, Donnet A, Giraud P, ve ark. Revised guidelines of the French headache society for the diagnosis and management of migraine in adults. Part 3: Non-pharmacological treatment. *Revue Neurologique*. 2021;177(7):753-759.
102. Peres MF, Lucchetti G. Coping strategies in chronic pain. *Current Pain and Headache Reports*. 2010;14(5):331-338.
103. Sawono J. Model-model Linier dan Non-linier dalam IBM SPSS 21. Jakarta: Elex Media Komputindo; 2014.
104. Okeh U. Statistical analysis of the application of Wilcoxon and Mann-Whitney U test in medical research studies. *Biotechnology and Molecular Biology Reviews*. 2009;4(6):128-131.
105. Benjamin DJ, Berger JO, Johannesson M, Nosek BA, Wagenmakers EJ, Berk R, ve ark. Redefine statistical significance. *Nature Human Behaviour*. 2018;2(1):6-10.
106. Kılıç S. Örneklem Yöntemleri. *Journal of Mood Disorders*. 2013;3(1):44-46.
107. Kindelan-Calvo P, Gil-Martinez A, Paris-Aleman A, Pardo-Montero J, Munoz-Garcia D, Angulo-Diaz-Parreno S, ve ark. Effectiveness of therapeutic patient

- education for adults with migraine. A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Pain Medicine*. 2014;15(9):1619-1636.
108. Bromberg J, Wood ME, Black RA, Surette DA, Zacharoff KL, Chiauuzzi EJ. A randomized trial of a web-based intervention to improve migraine self-management and coping. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*. 2012;52(2):244-261.
 109. Bandell-Hoekstra I, Abu-Saad HH, Passchier J, Knipschild P. Recurrent headache, coping, and quality of life in children: A review. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*. 2000;40(5):357-370.
 110. López-Martínez AE, Esteve-Zarazaga R, Ramírez-Maestre C. Perceived social support and coping responses are independent variables explaining pain adjustment among chronic pain patients. *The Journal of Pain*. 2008;9(4):373-379.
 111. Turner JA, Ersek M, Kemp C. Self-efficacy for managing pain is associated with disability, depression, and pain coping among retirement community residents with chronic pain. *The Journal of Pain*. 2005;6(7):471-479.
 112. Fichtel Å. Recurrent headache among Swedish adolescents: Psychosocial factors, coping and effects of relaxation treatment. [Doctoral thesis]. Uppsala: Uppsala University; 2003.
 113. Dunn-Geier BJ, McGrath PJ, Rourke BP, Latter J, D'Astous J. Adolescent chronic pain: The ability to cope. *Pain*. 1986;26(1):23-32.
 114. Holden EW, Rawlins C, Gladstein J. Children's coping with recurrent headache. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*. 1998;5(2):147-158.
 115. Gladstein J. Children and adolescents with chronic daily headache. *Current Pain and Headache Reports*. 2004;8(1):71-75.
 116. King N, Sharpley C. Headache activity in children and adolescents. *Journal of Paediatrics and Child Health*. 1990;26(1):50-54.
 117. Reid GJ, Gilbert CA, McGrath PJ. The pain coping questionnaire: Preliminary validation. *Pain*. 1998;76(1-2):83-96.
 118. Van den Bree M, Passchier J, Emmen H. Influence of quality of life and stress coping behaviour on headaches in adolescent male students: An explorative study. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*. 1990;30(3):165-168.
 119. Newton CR, Barbaree HE. Cognitive changes accompanying headache treatment: The use of a thought-sampling procedure. *Cognitive Therapy and Research*. 1987;11(6):635-651.
 120. Richardson GM, McGrath PJ. Cognitive-behavioral therapy for migraine headaches: A minimal-therapist-contact approach versus a clinic-based approach. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*. 1989;29(6):352-357.
 121. Holroyd KA, Andrasik F. Coping and the self-control of chronic tension headache. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1978;46(5):1036.

122. Holroyd KA, Andrasik F, Westbrook T. Cognitive control of tension headache. *Cognitive Therapy and Research*. 1977;1(2):121-133.
123. Holroyd KA, Andrasik F. Do the effects of cognitive therapy endure? A two-year follow-up of tension headache sufferers treated with cognitive therapy or biofeedback. *Cognitive Therapy and Research*. 1982;6(3):325-333.
124. Özsoy F, Taşçı İ. Defense mechanisms, dissociation, alexithymia and childhood traumas in chronic migraine patients. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*. 2021;39(1):101-113.
125. Dikici S, Baltacı D, Arslan G, Atar G, Ercan N, Yılmaz A, ve ark. Headache frequency among the health care workers and the relationship working conditions. *Abant Medical Journal*. 2013;2(2):106-113.
126. Stewart WF, Shechter A, Rasmussen B. Migraine prevalence. A review of population-based studies. *Neurology*. 1994;44(6 Suppl 4):17-23.
127. Stauffer VL, Dodick DW, Zhang Q, Carter JN, Ailani J, Conley RR. Evaluation of galcanezumab for the prevention of episodic migraine: The EVOLVE-1 randomized clinical trial. *JAMA Neurology*. 2018;75(9):1080-1088.
128. Martin V, Nagy AJ, Janelidze M, Giorgadze G, Hirman J, Cady R, ve ark. Impact of Baseline Characteristics on the Efficacy and Safety of Eptinezumab in Patients With Migraine: Subgroup Analyses of PROMISE-1 and PROMISE-2. *Clinical Therapeutics*. 2022;44(3):389-402.
129. Géraud G, Valade D, Lanteri-Minet M, Radat F, Lucas C, Vives E, ve ark. SMILE: First observational prospective cohort study of migraine in primary care in France. Description of methods and study population. *Cephalalgia*. 2008;28(2):164-173.
130. Al-Quliti K. Migraine without Aura Correlation with Anxiety Level and Socio-Demographic Characteristics. *Pakistan Journal of Medical and Health Sciences*. 2022;16(2):578-582.
131. Onur OS, Ertem DH, Karsidag C, Uluduz D, Ozge A, Siva A, ve ark. An open/pilot trial of cognitive behavioral therapy in Turkish patients with refractory chronic migraine. *Cognitive Neurodynamics*. 2019;13(2):183-189.
132. Keefe FJ, Caldwell DS, Baucom D, Salley A, Robinson E, Timmons K, ve ark. Spouse-assisted coping skills training in the management of osteoarthritic knee pain. *Arthritis & Rheumatism: Official Journal of the American College of Rheumatology*. 1996;9(4):279-291.
133. Keefe FJ, Shelby RA, Somers TJ, Varia I, Blazing M, Waters SJ, ve ark. Effects of coping skills training and sertraline in patients with non-cardiac chest pain: A randomized controlled study. *PAIN*. 2011;152(4):730-741.
134. Porter LS, Keefe FJ, Garst J, Baucom DH, McBride CM, McKee DC, ve ark. Caregiver-assisted coping skills training for lung cancer: Results of a

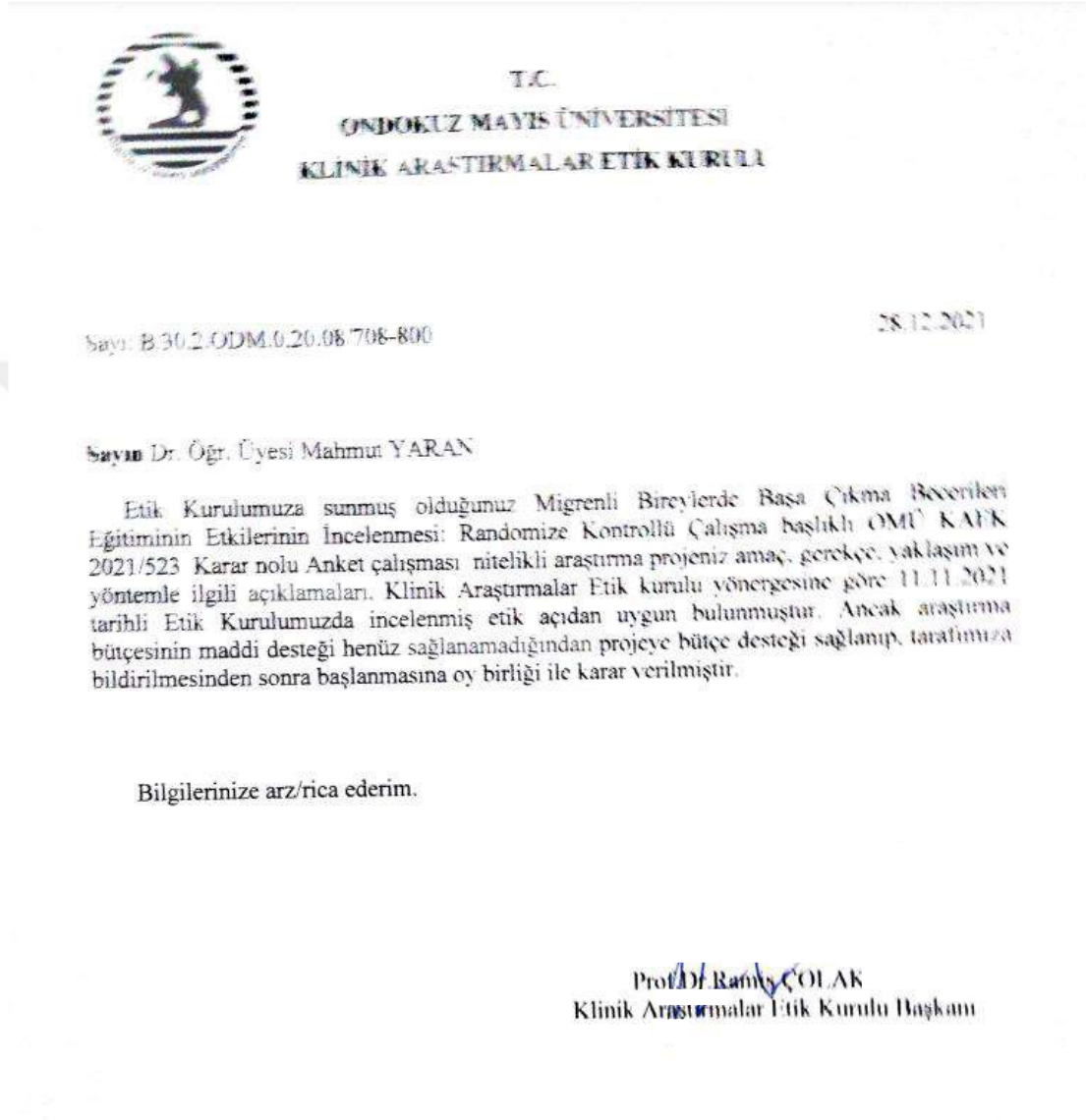
- randomized clinical trial. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2011;41(1):1-13.
135. James LD, Thorn BE, Williams DA. Goal specification in cognitive-behavioral therapy for chronic headache pain. *Behavior Therapy*. 1993;24(2):305-320.
 136. Cottrell C, Drew J, Gibson J, Holroyd K, O'Donnell F. Feasibility assessment of telephone-administered behavioral treatment for adolescent migraine. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*. 2007;47(9):1293-1302.
 137. Kilic S. Etki büyüklüğü. *Journal of Mood Disorders*. 2014;4(1):44-46.
 138. Bosy D, Etlin D, Corey D, Lee JW. An interdisciplinary pain rehabilitation programme: Description and evaluation of outcomes. *Physiotherapy Canada*. 2010;62(4):316-326.
 139. Hesselstrand M, Samuelsson K, Liedberg G. Occupational therapy interventions in chronic pain—a systematic review. *Occupational Therapy International*. 2015;22(4):183-194.
 140. García FE, Catrilef MA, Fuentes Y, Garabito S, Aravena V. Estrategias de afrontamiento, estrés percibido y bienestar psicológico en individuos con cefalea primaria. *Acta Colombiana de Psicología*. 2021;24(1):8-18.
 141. Khanjari S, Mianji M. Impact of Coping Skills Training on the Quality of Life Among the Daughters of Mothers with Breast Cancer. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery*. 2020;8(4):333.
 142. Khanjari S, Seyedfatemi N, Borji S, Haghani H. Effect of coping skills training on quality of life among parents of children with leukemia. *Hayat*. 2013;19(4):15-26.
 143. Grey M, Boland EA, Davidson M, Li J, Tamborlane WV. Coping skills training for youth with diabetes mellitus has long-lasting effects on metabolic control and quality of life. *The Journal of Pediatrics*. 2000;137(1):107-113.
 144. Campbell LC, Keefe FJ, Scipio C, McKee DC, Edwards CL, Herman SH, ve ark. Facilitating research participation and improving quality of life for African American prostate cancer survivors and their intimate partners: A pilot study of telephone-based coping skills training. *Cancer: Interdisciplinary International Journal of the American Cancer Society*. 2007;109(2):414-424.
 145. Dueland AN, Leira R, Burke TA, Hillyer EV, Bolge S. The impact of migraine on work, family, and leisure among young women—a multinational study. *Current Medical Research and Opinion*. 2004;20(10):1595-1604.
 146. Sertel M, Şimşek T, Yümin E. The Effect of Body Awareness Therapy on Pain, Fatigue and Health-related Quality of Life in Female Patients with Tension-type Headaches and Migraine. *West Indian Medical Journal*. 2021;69(2):122-128.

147. Saboula NE-s, El-amrosy SH. Effect of Rehabilitative Nursing Interventions on Patients with Chronic Tension-Type-Headache. *Zagazig Nursing Journal*. 2014;10(2):96-116.
148. Nielson WR, Jensen MP, Karsdorp PA, Vlaeyen JW. Activity pacing in chronic pain: Concepts, evidence, and future directions. *The Clinical Journal of Pain*. 2013;29(5):461-468.
149. McLean A, Coutts K, Becker WJ. Pacing as a treatment modality in migraine and tension-type headache. *Disability and Rehabilitation*. 2012;34(7):611-618.
150. Spierings EL, Ranke AH, Honkoop PC. Precipitating and aggravating factors of migraine versus tension-type headache. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*. 2001;41(6):554-558.
151. Tobin DL, Holroyd KA, Baker A, Reynolds RV, Holm JE. Development and clinical trial of a minimal contact, cognitive-behavioral treatment for tension headache. *Cognitive Therapy and Research*. 1988;12(4):325-339.
152. Yao C, Wang Y, Wang L, Liu Y, Liu J, Qi J, et al. Burden of headache disorders in China, 1990–2017: Findings from the global burden of disease study 2017. *The Journal of Headache and Pain*. 2019;20(1):1-11.
153. MacGregor E, Brandes J, Eikermann A, Giammarco R. Impact of migraine on patients and their families: The Migraine and Zolmitriptan Evaluation (MAZE) survey—Phase III. *Current Medical Research and Opinion*. 2004;20(7):1143-1150.
154. Evans RW. Diagnostic testing for migraine and other primary headaches. *Neurologic Clinics*. 2009;27(2):393-415.
155. Dittrich SM, Günther V, Franz G, Burtscher M, Holzner B, Kopp M. Aerobic exercise with relaxation: Influence on pain and psychological well-being in female migraine patients. *Clinical Journal of Sport Medicine*. 2008;18(4):363-365.
156. Mahmoudzadeh-Zarandi F, Hamedanizadeh F, Ebadi A, Raiesifar A. The effectiveness of Orem's self-care program on headache-related disability in migraine patients. *Iranian Journal of Neurology*. 2016;15(4):240.
157. D'Souza PJ, Lumley MA, Kraft CA, Dooley JA. Relaxation training and written emotional disclosure for tension or migraine headaches: A randomized, controlled trial. *Annals of Behavioral Medicine*. 2008;36(1):21-32.
158. Lethem J, Slade P, Troup J, Bentley G. Outline of a fear-avoidance model of exaggerated pain perception—I. *Behaviour Research and Therapy*. 1983;21(4):401-408.
159. Chiros C, O'Brien WH. Acceptance, appraisals, and coping in relation to migraine headache: An evaluation of interrelationships using daily diary methods. *Journal of Behavioral Medicine*. 2011;34(4):307-320.

160. Pistoia F, Sacco S, Carolei A. Behavioral therapy for chronic migraine. *Current Pain and Headache Reports*. 2013;17(1):1-8.
161. Daniel M, Long C, Murphy W, Kores R, Hutcherson W. Therapists' and chronic pain patients' perceptions of treatment outcome. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 1983;171(12):729-733.
162. Persson E, Rivano-Fischer M, Eklund M. Evaluation of changes in occupational performance among patients in a pain management program. *Journal of Rehabilitation Medicine*. 2004;36(2):85-91.
163. Persson E, Eklund M, Lexell J, Rivano-Fischer M. Psychosocial coping profiles after pain rehabilitation: Associations with occupational performance and patient characteristics. *Disability and Rehabilitation*. 2017;39(3):251-260.
164. Lipton RB, Gandhi P, Stokes J, Cala ML, Evans CJ, Knoble N, et al. Development and validation of a novel patient-reported outcome measure in people with episodic migraine and chronic migraine: The Activity Impairment in Migraine Diary. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*. 2022;62(1):89-105.
165. Lagueux E, Dépelteau A, Masse J. Occupational therapy's unique contribution to chronic pain management: A scoping review. *Pain Research and Management*. 2018;2018:1-19.
166. Catala E, Reig E, Artes M, Aliaga L, López J, Seguí J. Prevalence of pain in the Spanish population: Telephone survey in 5000 homes. *European Journal of Pain*. 2002;6(2):133-140.

8. EKLER

EK-1: Tez Çalışması ile ilgili Etik Kurul İzinleri



EK-2: Tez Çalışması Orijinallik Raporu

MİGRENLİ BİREYLERDE BAŞA ÇIKMA BECERİLERİ EĞİTİMİNİN ETKİLERİNİN İNCELENMESİ: RANDOMİZE KONTROLLÜ ÇALIŞMA

ORIJİNALLIK RAPORU

% 10	% 9	% 3	% 3
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	openaccess.hacettepe.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	% 4
2	www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	% 2
3	Submitted to Hacettepe University Öğrenci Ödevi	% 1
4	acikbilim.yok.gov.tr İnternet Kaynağı	<% 1
5	dspace.gazi.edu.tr İnternet Kaynağı	<% 1
6	nek.istanbul.edu.tr:4444 İnternet Kaynağı	<% 1
7	www.psikofarma.info İnternet Kaynağı	<% 1
8	dergipark.org.tr İnternet Kaynağı	<% 1

toad.halileksi.net

EK-3: Dijital Makbuz



Dijital Makbuz

Bu makbuz ödevinizin Turnitin'e ulaştığını bildirmektedir. Gönderiminize dair bilgiler şöyledir:

Gönderinizin ilk sayfası aşağıda gönderilmektedir.

Gönderen: Etkin Bağcı
 Ödev başlığı: Tez
 Gönderi Başlığı: MİGRENLİ BİREYLERDE BAŞA ÇIKMA BECERİLERİ EĞİTİMİNİN ...
 Dosya adı: DENEME_ALI_MASI.pdf
 Dosya boyutu: 1.64M
 Sayfa sayısı: 66
 Kelime sayısı: 13,975
 Karakter sayısı: 88,687
 Gönderim Tarihi: 24-Tem-2022 02:06ÖS (UTC+0300)
 Gönderim Numarası: 1874390589



EK-4: Onam Formları

ANKET ARAŞTIRMALARI İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

(Eğitim Grubu)

Sayın katılımcı,

Migren hastalığı ile ilgili yeni bir araştırma yapmaktayız. Araştırmanın ismi "Migrenli Bireylerde Başa Çıkma Becerileri Eğitiminin Etkilerinin İncelenmesi: Randomize Kontrollü Çalışma" dır.

Sizin de bu araştırmaya katılmanızı öneriyoruz. Ancak hemen söyleyelim ki bu araştırmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

Bu çalışma, migrenli bireylerde başa çıkma becerileri eğitiminin ağrı, yaşam kalitesi, özür düzeyi, bireylerde başa çıkma becerileri, okupasyonel performans ve memnuniyet düzeyi üzerine etkilerinin incelenmesi amacıyla planlanmıştır. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ergoterapi Anabilim Dalı'nın ortak katılımı ile gerçekleştirilecek bu çalışmaya katılımınız araştırmanın başarısı için önemlidir.

Araştırmayı ben, Erg. Etkin Bağcı ve hocam Prof. Dr. Gamze Ekici Çağlar ile birlikte yapıyoruz. Eğer araştırmaya katılmayı kabul ederseniz, klinik değerlendirmeye alınacaksınız. Bu değerlendirmeler şunları içermektedir: Görsel Analog Skalası, Nottingham Sağlık Profili, Migren Özürlülük Değerlendirilmesi Ölçeği, Başa Çıkma Stilleri Ölçeği Kısa Formu, Kanada Aktivite Performans Ölçümü. Değerlendirmeler sonucunda bir tedavi programına alınacaksınız. Program, 4 hafta süresince haftada 2 seans olacak şekilde uygulanacaktır. Seanslar 50-60 dk sürecektir.

Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır.

Sizinle ilgili tıbbi bilgiler gizli tutulacak ve sadece araştırma amacıyla (veya "bilimsel amaçlar için") kullanılacaktır. Ancak çalışmanın kalitesini denetleyen görevliler, etik kurullar ya da resmi makamlarca gereği halinde incelenebilecektir.

Çalışma kapsamında yapılacak olan değerlendirmeler ve müdahale herhangi bir risk içermemektedir. Bu çalışmaya katılmayı reddedebilirsiniz veya anketi doldururken istemezseniz son verebilirsiniz. Bu araştırmaya katılmak tamamen isteğe bağlıdır ve reddettiğiniz takdirde size uygulanan tedavide herhangi bir değişiklik olmayacaktır. Yine çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekme hakkına da sahipsiniz. Böyle bir durumda çalışmacıyı mağdur etmemek için çalışma tamamlanmadan haber vermek sizin yükümlülüğünüzdür.

(Katılımcının Beyanı)

Sayın Erg. Etkin BAĞCI ve Prof. Dr. Gamze EKİCİ ÇAĞLAR tarafından Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ergoterapi Bölümü Anabilim Dalı'nda tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya "katılımcı" olarak davet edildim.

Eğer bu araştırmaya katılırsam ergoterapist ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. (Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağına bilincindeyim) Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı tutulabilirim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

İster doğrudan, ister dolaylı olsun araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorununun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi. (Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğim).

Araştırma sırasında bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda; herhangi bir saatte, Erg. Etkin BAĞCI'yı (cep) no'lu telefonlardan ve HÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Ergoterapi Anabilim Dalı adresinden arayabileceğimi biliyorum.

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımına ve ergoterapist ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde "katılımcı" olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel.

İmza

Görüşme tanığı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel.

İmza:

Katılımcı ile görüşen araştırmacı

Adı soyadı, unvanı: Erg. Etkin BAĞCI

Tel:

İmza:

ANKET ARAŞTIRMALARI İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

(Kontrol Grubu)

Sayın katılımcı,

Migren hastalığı ile ilgili yeni bir araştırma yapmaktayız. Araştırmanın ismi “Migrenli Bireylerde Başa Çıkma Becerileri Eğitiminin Etkilerinin İncelenmesi: Randomize Kontrollü Çalışma” dır.

Sizin de bu araştırmaya katılmanızı öneriyoruz. Ancak hemen söyleyelim ki bu araştırmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

Bu çalışma, migrenli bireylerde başa çıkma becerileri eğitiminin ağrı, yaşam kalitesi, özür düzeyi, bireylerde başa çıkma becerileri, okupasyonel performans ve memnuniyet düzeyi üzerine etkilerinin incelenmesi amacıyla planlanmıştır. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ergoterapi Anabilim Dalı'nın ortak katılımı ile gerçekleştirilecek bu çalışmaya katılımınız araştırmanın başarısı için önemlidir.

Araştırmayı ben, Erg. Etkin Bağcı ve hocam Prof. Dr. Gamze Ekici Çağlar ile birlikte yapıyoruz. Eğer araştırmaya katılmayı kabul ederseniz, klinik değerlendirmeye alınacaksınız. Bu değerlendirmeler şunları içermektedir: Görsel Analog Skalası, Nottingham Sağlık Profili, Migren Özürölülük Değerlendirilmesi Ölçeği, Başa Çıkma Stilleri Ölçeği Kısa Formu, Kanada Aktivite Performans Ölçümü. Tedavi programına katılmak isterseniz çalışmamız bittikten sonra gönüllü olarak eğitimden faydalanabilirsiniz.

Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır.

Sizinle ilgili tıbbi bilgiler gizli tutulacak ve sadece araştırma amacıyla (veya “bilimsel amaçlar için”) kullanılacaktır. Ancak çalışmanın kalitesini denetleyen görevliler, etik kurullar ya da resmi makamlarca gereği halinde incelenebilecektir.

Çalışma kapsamında yapılacak olan değerlendirmeler ve müdahale herhangi bir risk içermemektedir. Bu çalışmaya katılmayı reddedebilirsiniz veya anketi doldururken istemezseniz son verebilirsiniz. Bu araştırmaya katılmak tamamen isteğe bağlıdır ve reddettiğiniz takdirde size uygulanan tedavide herhangi bir değişiklik olmayacaktır. Yine çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekme hakkına da sahipsiniz. Böyle bir durumda çalışmacıyı mağdur etmemek için çalışma tamamlanmadan haber vermek sizin yükümlülüğünüzdür.

(Katılımcının Beyanı)

Sayın Erg. Etkin BAĞCI ve Prof. Dr. Gamze EKİCİ ÇAĞLAR tarafından Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ergoterapi Bölümü Anabilim Dalı'nda tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya "katılımcı" olarak davet edildim.

Eğer bu araştırmaya katılırsam ergoterapist ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. (Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağına bilincindeyim) Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı tutulabilirim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

İster doğrudan, ister dolaylı olsun araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorununun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi. (Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğim).

Araştırma sırasında bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda; herhangi bir saatte, Erg. Etkin BAĞCI'yi (cep) no'lu telefonlardan ve HÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Ergoterapi Anabilim Dalı adresinden arayabileceğimi biliyorum.

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakıma ve ergoterapist ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde "katılımcı" olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel.

İmza

Görüşme tanığı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel.

İmza:

Katılımcı ile görüşen araştırmacı

Adı soyadı, unvanı: Erg. Etkin BAĞCI

Tel:

İmza:

EK-5: Sosyodemografik Veri Formu

Yaş:

Telefon:

Cinsiyet: Kadın () Erkek ()

Medeni durum: Evli () Bekâr ()

Eğitim yılı:

Boy:

Kilo:

VKİ:

Meslek:

Çalışma durumu: Çalışıyor () Çalışmıyor ()

Migren aile öyküsü: Var () Yok ()

Migren hastalık süresi:

Aylık ağrılı gün sayısı:

Aylık atak sıklığı:

İlaç kullanımı: Var () Yok ()

Başka herhangi bir hastalığın olup olmadığı: Var () Yok ()

Varsa;

EK-6: Görsel Analog Skalası

Ağrınızın şiddetini çizgi üzerinde işaretleyiniz.

Ağrı Yok

Dayanılmaz Ağrı



EK-7: Nottingham Sağlık Profili

NOTTINGHAM SAĞLIK PROFİLİ

	Evet	Hayır	
Kendimi sürekli yorgun hissediyorum			ES
Geceleri ağrım oluyor			A
Her şey moralimi bozuyor			ER
Dayanılmaz şiddetli ağrılarım var			A
Uyuyabilmek için ilaç alıyorum			U
Artık eğlenmeyi unuttum			ER
Kendimi çok sinirli hissediyorum			ER
Hareket etmek, pozisyon değiştirmek zor geliyor			A
Kendimi yalnız hissediyorum			SE
Sadece ev içinde yürüyebiliyorum			FA
Öne eğilmek benim için zor oluyor			FA
En basit işler için bile çaba sarf etmem gerekiyor			ES
Sabahları çok erken saatte uyanıyorum			U
Hiç yürüyemiyorum			FA
İnsanlarla geçinmek bana zor geliyor			SE
Günler geçmek bilmiyor			ER
Merdivenleri inip çıkmada zorlanıyorum			FA
Bazı şeylere, yere uzanmak yetişmek güç oluyor			FA
Yürürken ağrım oluyor			A
Bugünlerde çok kolay öfkeleniyorum			ER
Bana yakın hiç kimse yokmuş gibi hissediyorum			SE
Geceleri çoğunlukla uyanık oluyorum			U
Bazen kontrolümü kaybediyordum gibi oluyor			ER
Ayakta durunca ağrım olur			A
Kendi kendime giyinmek zor oluyor			FA
Çabucak yoruluveriyorum			ES
Uzun süre ayakta durmak bana zor geliyor. (Ör.mutfakta veya otobüs beklerken)			FA
Sürekli ağrım oluyor			A
Uykuya dalabilmek için uzun süre bekliyorum			U
Çevremdeki insanlara yük oluyordum gibi geliyor			SE
Geceleri endişelerim yüzünden uyuyamıyorum			ER
Hayat yaşamaya değmezmiş gibi geliyor			ER
Gece uykuları çok kötü			U
İnsanlarla geçinmekte zorlanıyorum			SE
Dışarıda yürümek için yardıma ihtiyaç duyuyorum. (Ör.baston veya bir kişi)			FA
Merdiven inip çıkarken ağrım olur			A
Sabahları moralim bozuk ve keyifsiz uyanıyorum			ER
Otururken ağrı hissediyorum			A

EK-8: Migren Özürülük Değerlendirilmesi Ölçeği

MIDAS FORMU

Tarih _____

Migrene bağlı kayıp skor ve derecesini belirleyiniz (MIDAS Kriterlerine göre)	
<i>Bunun için aşağıdaki 5 soruya gün olarak verilen cevapları toplayarak Kaybedilen Toplam Gün Sayısını (Skor) tesbit ediniz ve MIDAS Derecesini belirleyerek aşağıda işaretleyiniz.</i>	
MIDAS Kriterleri	Gün
1. Son 3 ay içinde baş ağrıları nedeniyle kaç gün işe veya okula gidememiş? *	___
2. Son 3 ay içinde baş ağrıları nedeniyle okulda veya işteki verimliliğinin yarı yarıya veya daha fazla azaldığı gün sayısı nedir? (1. Soruda işe veya okula gidemediğini belirttiği günleri dahil etmeyin.) *	___
3. Son 3 ay içinde baş ağrıları nedeniyle kaç gün ev işlerini yapamamış? **	___
4. Son 3 ay içinde baş ağrıları nedeniyle ev işlerindeki verimliliğinin yarı yarıya veya daha fazla azaldığı gün sayısı nedir? (3. Soruda ev işlerini yapamadığını belirttiği günleri dahil etmeyin.) **	___
5. Son 3 ay içinde baş ağrıları nedeniyle kaç gün ailesine, sosyal yaşamına veya boş zamanlarında yaptığı faaliyetlere zaman ayırmamış?	___
Kaybedilen Toplam Gün Sayısı (Skor)	___
* 1 ve 2 numaralı sorularda İŞ, ücret aldığı iş, OKUL ise lise veya üniversite eğitimi anlamına gelir. ** 3 ve 4 numaralı sorularda EV İŞLERİ evde yapılan iş, evin bakımı ve onarımı ile ilgili işler, alışveriş, çocuklarının ve yakınlarının bakımı gibi işleri kapsar.	
Hastanın çalışma başlangıcı MIDAS Skoru ve Derecesi nedir? (Yukarıdaki Kaybedilen Toplam Gün Sayısına (Skor) bakarak MIDAS Derecesini işaretleyiniz)	
☐ Skor 0-5 Derece I ☐ Skor 6-10 Derece II ☐ Skor 11-20 Derece III ☐ Skor 21+ Derece IV	
A) Son 3 ay içinde kaç gün başağrısı olmuş? (Eğer herhangi bir baş ağrısı bir günden fazla sürdüyse her günü sayın.)	___
B) 0-10 arasında değişen bir skalada başağrıların ortalama olarak derecesini belirtiniz. 0-10 (0=hiç ağrı yok, 10=ağrı ancak bu kadar şiddetli olabilir.)	___

EK-9: Başa Çıkma Stilleri Ölçeği Kısa Formu

- 1 = bunu hiç yapmıyorum
 2 = bunu çok az yapıyorum
 3 = bunu orta derecede yapıyorum
 4 = bunu çok yapıyorum

	1	2	3	4
1. Zihnimi boşaltmak için kendimi işe veya diğer etkinliklere veriyorum.				
2. Tüm çabamı içinde bulunduğum durum için birşeyler yapmaya yoğunlaştırıyorum.				
3. Kendime "bu gerçek değil" diyorum.				
4. Kendimi daha iyi hissetmek için alkol veya diğer maddeleri kullanıyorum.				
5. Diğer insanlardan duygusal destek alıyorum.				
6. Başa çıkmaya çalışmaktan vazgeçiyorum.				
7. Durumu daha iyi yapmaya çalışmak için harekete geçiyorum.				
8. Böyle bir şey olduğuna inanmayı reddediyorum.				
9. Kendime rahatsız edici duygulardan kurtulmamı sağlayan şeyler söylüyorum.				
10. Diğer insanlardan yardım ve tavsiye alıyorum.				
11. Bu durumu atlatabilmek için alkol veya başka maddeler kullanıyorum.				
12. Sorunu farklı bir gözle görmeye, onun daha olumlu görünmesini sağlamaya çalışıyorum.				
13. Kendimi eleştiriyorum.				
14. Ne yapmam gerektiğine ilişkin bir yol bulmaya çalışıyorum.				
15. Beni rahatlatan ve bana anlayış gösteren birisini buluyorum.				
16. Başa çıkma girişimlerimden vazgeçiyorum.				
17. Olup bitenlerde olumlu bir şeyler arıyorum.				
18. Durumla ilgili şakalar yapıyorum.				
19. Sorunu daha az düşünmek için sinemaya gitmek, TV seyretmek, okumak, hayal kurmak, uyumak, alışveriş yapmak gibi şeyler yapıyorum.				
20. Bu durumun gerçek olduğunu kabul ediyorum.				
21. Olumsuz duygularımı ifade ediyorum.				
22. Huzuru dinsel veya diğer inançlarımda bulmaya çalışıyorum.				
23. Ne yapabileceğim konusunda diğer insanlardan tavsiye ve yardım almaya çalışıyorum.				
24. Bu durumla yaşamayı öğreniyorum.				
25. Hangi adımları atacağım konusunda çok düşünüyorum.				
26. Olup bitenler için kendimi suçluyorum.				
27. Dua ediyorum veya meditasyon yapıyorum.				
28. Bu durumla dalga geçiyorum.				

EK-10: Kanada Aktivite Performans Ölçümü



Kanada Aktivite Performans Ölçümü (KAPÖ)
yüksek kaliteli, kişi merkezli, aktivite temelli uygulamaları destekler. KAPÖ, zaman içinde bireyin aktivite performansı açısından algısındaki değişiklikleri saptamak için tasarlanmış, bireyselleştirilmiş bir ölçümdür. KAPÖ sonuç ölçümü olarak kullanılır. Hedefleri belirlemek için müdahalenin başlangıcında uygulanabildiği gibi ilerleme ve sonucu saptamak için de uygulanabilir.

KAPÖ:

- aktivite performansındaki problemleri alanları belirlemek;
- bireyin aktivite performansındaki bireyin önceliklerinin derecelendirilmesini sağlamak;
- bu problemleri alanlarla ilişkili performansı ve memnuniyeti değerlendirmek;
- hedef belirlemek için temel oluşturmak ve,
- ergoterapi müdahalesi boyunca bireyin aktivite performansıyla ilişkili algısındaki değişiklikleri ölçmek için kullanılmaktadır.

KAPÖ 5 adımda tamamlanır:

1. Aktivite performans problemlerini belirlemek.
Problemin tanımında:
KİŞİNİN YAPMAK İSTEİĞİ, YAPMASI GEREKEN veya YAPMASI BEKLENEN; FAKAT YAPMADIĞI, YAPMADIĞI veya YAPTIĞINDAN MEMNUN OLMADIĞI aktivitelerdir.
2. Aktivite performansındaki özel problemler belirlendiğinde, bireyin bunların herbirinin kendi yaşamındaki **ÖNEMİ** açısından her bir ifadesi için derecelendirmesi istenir. Önemlilik düzeyi 10 puanlık bir ölçek üzerinde derecelendirilir.
1 = hiç önemli değil **10 = son derece önemli**
3. Bireyden yapılan derecelendirmeleri kullanarak en öncelikli veya önemli görülen 5 problemi seçmesi istenir.
4. Puanlama: PERFORMANS (Şu an bu aktiviteyi yapma şeklinizi nasıl derecelendirirsiniz?) ve MEMNUNİYET (Şu an yaptığınız bu aktiviteden ne kadar memnunsunuz ?)
5. Tekrar değerlendirme için tarih belirlenir.

BİREY İLE İLGİLİ BİLGİLER

Adı Soyadı: _____

Doğum Tarihi: _____

Terapist Adı: _____

İlk Değerlendirme: _____

Tekrar Değerlendirme: _____

KENDİNE BAKIM

ÖNEM

Kendine bakım,
gün içindeki ve
güne
hazırlanmayı
amaçlayan
aktiviteyi içerir.
KAPÖ'de
kendine bakımın
3 alanını
değerlendiririz:
kişisel bakım,
fonksiyonel
mobilite ve
toplumda kendini
idare etme.

Kişisel Bakım

Fonksiyonel Mobilite

Toplumda Kendini İdare etme

ÜRETKENLİK		ÖNEM
Üretkenlik, bireyin hayatını kazanmayı, evini ve ailesini geçindirmeyi, kişinin yeteneklerini geliştirmeyi ve/veya diğerlerine hizmet vermeyi sağlayan aktiviteleri içerir. KAPO üretkenlik aktivitelerinin 3 tipini değerlendirir: Ücretli veya ücretsiz iş, ev işi (plasetim), okul/oyun.	Ücretli veya ücretsiz iş	
	Ev işi yönetimi	
	Okul ve/veya oyun	
SERBEST ZAMAN		ÖNEM
Serbest zaman bireyin üretken olma zorunluluğu olmaması birvey tarafından yapılan aktiviteleri içerir. KAPO serbest zaman, aktif rekreasyon ve sosyalleşmeyi kapsar.	Sessiz rekreasyon	
	Aktif rekreasyon	
	Sosyalleşme	

PUANLAMA					
PERFORMANS (Şu an bu aktiviteyi yapma kabiliyetiniz nasıl değerlendirilir?) 1 = hiç yapamıyorum ➡ 10 = son derece iyi yapıyorum					
MEMNUNİYET (Şu an yaptığınız bu aktiviteden ne kadar memnunsunuz?) 1 = hiç memnun değilim ➡ 10 = son derece memnunuz					
TARİH 1: / /					
TARİH 2: / /					
AP Problemleri	Önem	Performans T ₁	Memnuniyet T ₁	Performans T ₂	Memnuniyet T ₂
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
		Toplam Performans T ₁	Toplam Memnuniyet T ₁	Toplam Performans T ₂	Toplam Memnuniyet T ₂
TOPLAM PUAN					
		Ortalama Performans T ₁	Ortalama Memnuniyet T ₁	Ortalama Performans T ₂	Ortalama Memnuniyet T ₂
ORTALAMA PUAN (Toplam puan / problem sayısı)					
				Performans Değişikliği	Memnuniyet Değişikliği
PUAN DEĞİŞİKLİĞİ (T ₂ - T ₁)					

İlk Değerlendirme

Tekrar Değerlendirme

ÖNEM									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
hiç önemli değil									son derece önemli

PERFORMANS									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
hiç yapamıyorum									son derece iyi yapıyorum

MEMNUNİYET									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
hiç memnun değilim									son derece memnunum

9. ÖZGEÇMİŞ

