T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

BEYİN BOZUKLUKLARI İLE İLGİLİ PSİKOSOSYAL FAKTÖRLER ÖLÇEĞİ`NİN TÜRKÇE UYARLAMASININ GEÇERLİK ve GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI

Hasibe ÇALIŞKAN IŞGIN

DANIŞMAN
Doç. Dr. Zeliha TÜLEK

İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

İç Hastalıkları Hemşireliği Programı

Ocak, 2023

TEZ KABUL VE ONAYI

Hasibe ÇALIŞKAN IŞGIN tarafından, **Doç. Dr. Zeliha TÜLEK** danışmanlığında hazırlanan **"BEYİN BOZUKLUKLARI İLE İLGİLİ PSİKOSOSYAL FAKTÖRLER ÖLÇEĞİ`NİN TÜRKÇE UYARLAMASININ GEÇERLİK ve GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI "** başlıklı bu çalışma, jürimiz tarafından **27/01/2022** tarihinde yapılan sınav sonucunda **oy birliği** ile başarılı bulunarak **Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.

Tez Jürisi

		İmza	**Sonuç**
DANIŞMAN	Doç. Dr. Zeliha TÜLEK İstanbul Üniversitesi- Cerrahpaşa İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı		☒ Kabul ☐ Ret
ÜYE	Prof. Dr. Hülya BİLGİN İstanbul Üniversitesi- Cerrahpaşa Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı		☒ Kabul ☐ Ret
ÜYE	Prof. Dr. Şeyda ÖZCAN Atlas Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı		☒ Kabul ☐ Ret

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve bilimsel etik kuralları içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını ve her türlü hukuki sorumluluğu aldığımı kabul ederim.

Hasibe ÇALIŞKAN IŞGIN

(İmza)

Migren hastası anneme ve oğlum Kerem IŞGIN'a ithaf ediyorum…

BÜTÇE DESTEKLERİ

BEYİN BOZUKLUKLARI İLE İLGİLİ PSİKOSOSYAL FAKTÖRLER ÖLÇEĞİ`NİN TÜRKÇE UYARLAMASININ GEÇERLİK ve GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI

Bu tez çalışması için herhangi bir kurumdan bütçe desteği alınmamıştır.

TEŞEKKÜR

Lisansüstü eğitimim süresince deneyimini, bilgisini sonsuz aktaran, her konuda desteğini esirgemeyen değerli danışman hocam Doç. Dr. Zeliha TÜLEK'e, tecrübelerini bizlerle paylaşarak akademik gelişimimize katkı sağlayan İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'ndaki tüm hocalarıma, hayatımın her anında desteklerini hissettiğim abim Ünal ÖNSÜZ ve ablam Cemile ADIGÜZEL ÖNSÜZ'e, yüksek lisans eğitimim süresince desteklerini esirgemeyen Beyin Cerrahi Kliniği öğretim üyesi Dr. Haydar SEKMEN, Dr. Hakan YILDIZ ve Dr. Aykut GÖKBEL'e ve Beyin Cerrahi Servisi çalışma arkadaşlarıma, veri toplama sürecindeki yardımlarından dolayı Kocaeli Üniversitesi Nöroloji Anabilim Dalı Baş Ağrısı polikliniği doktor ve çalışanlarına, çalışmaya kendi rızalarıyla katılan migrenli hastalara, sabır, sevgi ve hoşgörüyle hayatımın her anını destekleyen güzel aileme ve biricik oğlum Kerem'e sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Ocak 2023 **Hasibe ÇALIŞKAN IŞGIN**

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

TEZ KABUL VE ONAYI ..... **ii**
BEYAN ..... **iii**
BÜTÇE DESTEKLERİ ..... **v**
TEŞEKKÜR ..... **vi**
İÇİNDEKİLER ..... **vii**
ŞEKİL LİSTESİ ..... **x**
TABLO LİSTESİ ..... **xi**
SİMGE VE KISALTMA LİSTESİ ..... **xii**
ABSTRACT ..... **xv**
1. GİRİŞ **1**
2. KAVRAMSAL ÇERÇEVE **4**
2.1. BAŞ AĞRISI 4
2.1.1. Baş Ağrısının Tarihçesi 4
2.1.2. Baş Ağrısının Patofizyolojisi 4
2.1.3. Baş Ağrısının Sınıflandırılması 5
2.2. MİGREN 6
2.2.1. Migren Epidemiyolojisi 7
2.2.2. Migren Patofizyolojisi 7
2.2.3. Migren Sınıflandırılması 9
2.3. Migrenin Tetikleyicileri 14
2.4. Migren Tanısı 15
2.5. Migren Tedavisi 15
2.5.1. Migrenin Farmakolojik Tedavisi 16
2.5.2. Migrenin Nonfarmakolojik Tedavisi 18
2.5.3. Yeni Tedavi Stratejileri 19
2.6. MİGREN VE PSİKOSOSYAL FAKTÖRLER 20

3. YÖNTEM 24
3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi 24
3.2. Araştırmanın Zamanı ve Yeri 24
3.3. Araştırmanın Örneklemi ve Evreni 24
3.4. Etik Konular 25
3.5. Verilerin Toplanması 25
3.6. Veri Toplama Araçları 25
3.6.1. Hasta Bilgi Formu 26
3.6.2. Beyin Bozuklukları ile İlgili Psikososyal Faktörler Ölçeği 26
3.6.3. Migren Özürlülük Değerlendirmesi Ölçeği (MIDAS) 26
3.6.4. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADÖ) 27
3.6.5. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) 27
3.7. Beyin Bozuklukları ile İlgili Psikososyal Faktörler Ölçeği'nin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması Aşamaları 27
3.7.1. Dil ve Kapsam Geçerliği 27
3.7.2. Ölçeğin Yapı Geçerliği 29
3.7.3. Ölçeğin Güvenirliği 30
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi 31
4. BULGULAR 32
4.1. Katılımcılara Ait Sosyodemografik ve Hastalıkla İlişkili Bulgular 32
4.2. Ölçeğe Yönelik Geçerlik ve Güvenirlikle İlişkili Bulgular 36
4.2.1. Geçerlik Analizleri 36
4.2.2. Güvenirlik Analizleri 42
4.3. Beyin Bozuklukları İle İlgili Psikososyal Faktörler Ölçeği'nin MIDAS, HADÖ ve ÇBASDÖ ile İlişkisine Ait Bulgular 44
4.4. Hastaların PARADISE-24 Ölçeği Puan Ortalamaları ile Sosyodemografik ve Hastalık Özelliklerine Ait Bulgular 46
5. TARTIŞMA 50
5.1. PARADİSE-24 ÖLÇEĞİNİN GEÇERLİK VE GÜVENİRLİĞİ 50
5.1.1. PARADİSE-24 Dil Eşdeğerliğinin İncelenmesi 50
5.1.2. PARADİSE-24 Ölçeğinin Geçerliğinin İncelenmesi 51
5.1.3. PARADİSE-24 Ölçeğinin Güvenirliğinin İncelenmesi 54

5.2. PARADISE-24 İLE MİDAS, HADÖ, ÇBASDÖ KORELASYONLARININ İNCELENMESİ 55
5.3. SOSYO-DEMOGRAFİK ve HASTALIK ÖZELLİKLERİNE GÖRE PARADISE-24 PUANLARININ İNCELENMESİ 56
6. SONUÇ VE ÖNERİLER 58
KAYNAKLAR 59
EKLER 66
İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI. 74
ETİK KURUL İZİN YAZISI. 75
KURUM İZNİ YAZILARI 76
ÖZGEÇMİŞ 78

ŞEKİL LİSTESİ

Sayfa No

Şekil 2-1: Migren sınıflandırılması. 10

Şekil 3-1: Ölçek uyarlama sürecinde izlenecek adımlar. 28

Şekil 4-1: Hastaların cinsiyete göre dağılımları. 32

Şekil 4-2: Hastaların yaş dağılımları. 33

Şekil 4-3: PARADISE-24 Ölçeği Scree Plot Grafiği. 38

Şekil 4-4: PARADISE-24 ölçeğine ilişkin DFA grafiği 40

Şekil 4-5: PARADISE-24 ölçeği puanları dağılımı 41

TABLO LİSTESİ

Sayfa No

Tablo 2-1:Auralı migren tanı ölçütleri....12

Tablo 2-2: Migren tedavisinde yenilikler ve gelişmeler....16

Tablo 4-1: Hastaların sosyodemografik özellikleri. 34

Tablo 4-2: Hastalık sürecine ilişkin özellikler....35

Tablo 4-3:PARADISE-24 Ölçek sorularına verilen yanıtların dağılımı. 36

Tablo 4-4: Ölçek maddelerinin öncelik sırasına verilen cevapların dağılımı....37

Tablo 4-5:PARADISE-24 Ölçeği KMO ve Bartlett küresellik testi sonuçları....38

Tablo 4-6: PARADISE-24 Ölçeği faktör analizi eigen değerleri ve varyans sonuçlarına ilişkin bulgular. 38

Tablo 4-7: PARADISE-24 Ölçeği Faktör analizi sonuçları. 39

Tablo 4-8: PARADISE-24 ölçek maddelerinin alt boyutlara göre dağılımı. 39

Tablo 4-9: PARADISE-24 ölçeği DFA'ne yönelik uyum ölçütlerinin incelenmesi. 42

Tablo 4-10: PARADISE-24 ölçeği maddelerinin güvenilirliğe etkileri. 43

Tablo 4-11: PARADISE-24 ölçeği iç tutarlılık değerlerinin dağılımı. 43

Tablo 4-12: Modifiye Midas Ortalama Puanları. 44

Tablo 4-13: Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Puan ortalamaları. 45

Tablo 4-14: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Puan Ortalamaları. 45

Tablo 4-15: PARADISE-24 Ölçeği puanları ile MIDAS Ölçeği, HAD ve ÇBASDÖ puanları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi....46

Tablo 4-16: Sosyodemografik özelliklere göre PARADISE-24 ölçeği puanlarının değerlendirilmesi. 47

Tablo 4-17: PARADİSE-24 ölçği puanları ile tanı süresi, baş ağrısı sıklığı, süresi ve şiddeti arasındaki korelasyonlar. 48

Tablo 4-18: PARADİSE-24 ölçeği puanları ile ek tanı puanlarının değerlendirmeleri. 48

Tablo 4-19: PARADİSE-24 ölçek puanları ile düzenli ilaç kullanım puanları değerlendirmeleri. 49

SİMGE VE KISALTMA LİSTESİ

Kısaltmalar	Açıklama
KİBAS	: Kafa içi basınç artışı sendromu
IHS	: International Headache Society- Uluslararası Başağrısı Topluluğu
CGRP	: Kalsitonin geni ile ilişkili peptit
CSD	: Kortikal Yayılan Depresyon
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
PSD	: Psikososyal Zorluklar
KGİ	: Kapsam geçerlik indeksi
MIDAS	: Migren Özürlülük Değerlendirilmesi Ölçeği
HADÖ	: Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği
ÇBASDÖ	: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği
NK1	: Nörokinin Reseptör 1
KFA	: Keşfedici Faktör Analizi
KMO	: Kaiser-Meyer-Olkin Ölçümü
ABD	**:** Amerika Birleşik Devletleri
PARADİSE-24	: Psychosocial Factors Relevant to Brain Disorders Scale (Beyin Bozuklukları ile İlgili Psikososyal Faktörler Ölçeği
SPSS	**: S**tatistical Package for the Social Sciences
MRG	**:** Manyetik Rezonans Görüntüleme
BT	**:** Bilgisayarlı Tomografi
DFA	**:** Doğrulayıcı Faktör Analizi

YÜKSEK LİSANS TEZİ

BEYİN BOZUKLUKLARI İLE İLGİLİ PSİKOSOSYAL FAKTÖRLER ÖLÇEĞİ`NİN TÜRKÇE UYARLAMASININ GEÇERLİK ve GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI

HASİBE ÇALIŞKAN IŞGIN

İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

İç Hastalıkları Hemşireliği Programı

Danışman : Doç. Dr. Zeliha TÜLEK

ÖZET

Bu çalışmanın amacı beyni etkileyen bozukluklarda ortak olarak yaşanan psikososyal zorlukları saptamak ve bunların insanların yaşamları üzerindeki etkisini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş olan Beyin Bozuklukları ile İlgili Psikososyal Faktörler Ölçeği'nin (PARADISE-24) Türkçe versiyonunun psikometrik özelliklerini değerlendirmektir.

Araştırma verileri, Kocaeli ilindeki 2 hastanenin nöroloji polikliniklerine başvuran migren tanısı almış toplam 124 hastadan Şubat 2022 - Temmuz 2022 tarihleri arasında toplanmıştır. Araştırmanın verileri yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanmış olup formların doldurulması yaklaşık 5-10 dk sürmüştür. Veriler tanılama formu, PARADISE-24 ölçeği,

Migren Dizabilite Değerlendirme Ölçeği, Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği kullanılarak toplandı.

Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel metodlar (ortalama, standart sapma, medyan, yüzde, frekans), Shapiro-Wilk testi ve Student-t testi, Mann-Whitney U testi, Kruskal-Wallis testi, Dunn-Bonferroni testi ve korelasyon analizi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık $p< 0,05$ olarak kabul edildi. Ölçeğin geçerlilik değerlendirmesinde; kapsam ve yapı geçerliliği; güvenirlik değerlendirmesinde "iç tutarlılık (Cronbach Alfa Güvenirlik katsayısı)" analizi yapıldı.

Ölçeğin Cronbach alfa değeri 0,941 olarak bulunmuştur. Keşfedici (açıklayıcı) faktör analizinde Varimax rotasyonu uygulandığında soruların 2 faktör altında toplandığı ve açıklayıcılık katsayısının %51,48 olduğu görülmektedir. Türk diline uyarlaması yapılan "Beyin Bozuklukları ile İlgili Psikososyal Faktörler Ölçeği"nin psikometrik özelliklerinin yeterli olduğu bulunmuştur. Ölçeğin migren hastalarının psikososyal zorluklarını belirlemede kullanılması önerilmektedir.

Ocak 2023 , 94 sayfa.

Anahtar kelimeler: Migren, Beyin Bozuklukları, Psikososyal zorluklar, PARADISE-24

M.Sc. THESIS

THE VALIDITY AND RELIABILITY STUDY OF THE TURKISH VERSION OF THE PSYCHOSOCIAL FACTORS RELEVANT TO BRAIN DISORDERS SCALE

Hasibe ÇALIŞKAN IŞGIN

İstanbul University-Cerrahpaşa

Institute of Graduate Studies

Department of Internal Medicine Nursing

Internal Medicine Nursing Programme

Supervisor : Assoc. Prof. Dr. Zeliha TÜLEK

ABSTRACT

The aim of this study is to evaluate the psychometric properties of the Turkish version of the Psychosocial Factors Related to Brain Disorders Scale (PARADISE-24), which was developed to identify the psychosocial difficulties common to brain disorders and to evaluate their impact on people's lives.

Research data were collected from 124 patients with migraine who applied to the neurology outpatient clinics of two hospitals in Kocaeli between February 2022 and July 2022. The data of the study were collected by face-to-face interview method and it took about 5-10 minutes to fill out the forms. Data were collected using the patient information form, the PARADISE-24 scale, the Migraine Disability Rating Scale, the Hospital Anxiety and Depression Scale, and the Multidimensional Scale of Perceived Social Support.

Descriptive statistics (mean, standard deviation, median, percentage, frequency), Shapiro-Wilk test and Student-t test, Mann-Whitney U test, Kruskal-Wallis test, Dunn-Bonferroni test and correlation analysis were used. Statistical significance was accepted as $p<0.05$. Content and construct validity, and internal consistency (Cronbach Alpha reliability coefficient) analyzes were performed.

The Cronbach Alpha value of the scale was found as 0.941. In the exploratory (explanatory) factor analysis, when Varimax rotation was applied, the items were grouped under two factors and this accounted for 51.48% of the variance. It was found that the Turkish version of the “Psychosocial Factors Related to Brain Disorders Scale” is a valid and reliable tool. It is recommended that the scale be used to determine the psychosocial difficulties of migraine patients.

January 2023, 94 pages.

Keywords: migraine, brain disorders, psychosocial difficulties, PARADISE-24

1. GİRİŞ

Beyni etkileyen bozukluklar baş ağrısı, epilepsi, demans vb gibi nörolojik hastalıklar ile depresyon, madde bağımlılığı, şizofreni vb psikiyatrik bozukluklardan oluşup tüm dünyada görülme sıklığı oldukça yüksek olan sağlık sorunlarındandır. Özellikle gelişmiş ülkelerde bu bozuklukların önemli bir morbidite nedeni olduğu bilinmektedir (Cieaza ve ark. 2015). Beyni etkileyen bozukluklar arasında en yaygın görülen sorunlardan biri primer baş ağrısı tiplerinden biri olan migren hastalığıdır. Başın tek tarafında yerleşen, zonklayıcı özellikte, orta veya şiddetli dereceli ağrı ile karakterize olan migren tekrarlayan primer baş ağrısıdır. Etiyolojisi henüz tam olarak aydınlatılamamıştır; küratif tedavisi de günümüzde mevcut değildir. Migren en sık görülen nörolojik hastalık olup genellikle 20-50 yaş arası kişileri etkileyerek toplumun onda birini oluşturan bir rahatsızlıktır. Tekrarlayıcı ağrı atakları ile hastaların çalışma ve sosyal yaşamında kısıtlılıklara sebebiyet veren ve hayat refahını olumsuz etkileyen bir sorundur (Milanlıoğlu ve ark., 2013). Migren tipi baş ağrısının refah seviyesi yüksek ülkelerde yapılan prevalans araştırmaları yetişkin kadınlarda %12-24, erkeklerde ise %5-12 oranlarında olduğu bulunmuştur (Bıçakçı ve ark., 2018). Ülkemizde yapılan çok yönlü baş ağrısı sıklık araştırmasında, migren prevalansı 15-55 yaş grubunda %16.4 olarak bulunmuştur (Ertaş ve ark., 2012). Erkeklerde migren görülme sıklığının kadınlara oranla daha az olduğu bildirilmektedir (Akarsu ve ark., 2019).

Sosyoekonomik durumu daha aşağıda olan kültürlerde migren daha fazla görülmektedir. “Migren” yaşamın erken döneminde başlayabilir, ama çoğunlukla son çocukluk döneminde başlar; migreni olanların %20’sinde atakların başlangıcı otuz yaşından sonradır geri kalan kısımda bu yaştan önce görülür. Orta yaş ve üzeri migren başlangıcı genellikle ikincil nedenlidir. Aurasız migrenin genetik özelliği, auralı migrenden daha azdır. “Auralı” ve “aurasız” olarak iki klinik migren tanımına ayrılmıştır. Günümüze kadar, “auralı migren” klasik veya nörolojik migren olarak; “aurasız migren” ise yaygın migren olarak adlandırılmıştır. Her 5 migrenden biri auralıdır. Her iki migren çeşidi öncesinde ruhsal durum ve yeme isteğinde nedeni bilinmeyen ikaz edici değişiklikler vardır (Yücel, 2008). Dünya çapında yetişkinlerin yaklaşık yüzde 11'ini ve çocukların yüzde beşini etkileyen yaygın bir nörovasküler bozukluk olan migren, kadınlarda erkeklerden daha yaygındır. Şiddetli bir migren atağı, nörolojik

bozuklukların en engelleyicilerinden biri olmasına rağmen, birçok migren hastası doktora danışmaz ve teşhis konmaz (Scher ve ark., 2009).

Çalışmalarda, migreni olanlarda anksiyete, bunalım ve panik bozuklukların çok fazla olduğu bildirilmiştir. Bazı etkenlerin migrene hassas bireylerde başağrısını harekete geçirdiği bilinmektedir. En çok listelenenler katkı maddeleri ve işlenmiş gıdalar (alkol, kakaolu gıdalar, mayalanmış süt ürünleri vb), aç kalmak veya yemek vaktini atlama, çok fazla uyku ya da uyumama, kokular, şiddetli veya yanıp sönen ışıklar, hava özellikle barometrik basınç değişiklikleri, emosyonel çökkünlük, menstruasyon, hormon düzeylerinde değişmeler, ilaçlar ve fiziksel egzersizdir (Özön ve ark.,2003). Başağrısı özellikle migren, sosyal ve iş yaşamını kısıtlayarak yaşam kalitesini etkileyen majör sağlık problemlerinden biridir. Yaşam kalitesinin baş ağrısından olumsuz yönde etkilendiği birçok çalışmada gösterilmiştir. Hastalığın kontrolünün kötü olması veya kronik özellik kazanması iş yaşamında verim kaybına, moral ve istek kaybına özel, çalışma ve sosyal yaşamda olumsuzluklara neden olabilmektedir (Erdemoğlu ve ark. 2014). Baş ağrısının psikiyatrik bozukluklarla ilişkisini bulmak için yetişkinlerde ve adolesan öncesi dönemde yapılan araştırmalarda psikolojik sorunların olduğu görülmüştür (Norton vd. 2004; Powers vd 2006; Aydemir vd. 2011). Yetişkinlerle yapılan çalışmalarda tüm süreğen hastalıklarda olduğu gibi baş ağrısının kaygı hassasiyeti ile ilgili olabileceği, kaygı hassasiyeti fazla olan baş ağrılı kişilerin ağrıdan daha fazla çekindikleri belirtilmiştir (Powers vd. 2006). Kaygı hassasiyeti, olumsuzluklara neden olabileceği fikri ile bunaltı belirtilerinden korkma olarak tarif edilmiş ve kaygı hassasiyeti önde olmak üzere birçok ruhsal rahatsızlığın anksiyete duyarlılığıyla ilgili olduğu bulunmuştur (Polat ve Hocaoğlu 2018). Migrenin diğer birçok nörolojik hastalıktan farklı olarak genç insanları etkilediği dikkate alındığında, hastalığa bağlı olarak yaşanan bu sorunların sadece kişiye değil genel popülasyona da yük oluşturması kaçınılmazdır.

Başta migren olmak üzere demans, inme, parkinson, multipl skleroz, epilepsi, şizofreni, madde bağımlılığı vb beyni etkileyen bozukluklar, hastalarda birçok psikososyal soruna neden olabilmektedir. Tabloya sıklıkla anksiyete ve depresyon gibi duygudurum sorunlarının da eklenmesiyle hastalarda iş gücü kaybı, çalışma gücünün azalması, özel, çalışma ve sosyal yaşamda bozulma ve yaşam kalitesinde düşme görülebilmektedir. Hastaların yaşadığı psikososyal sorunlara çözüm geliştirilebilmesi için öncelikle bu sorunların belirlenmesi gerekir. Bu da ancak psikososyal sorunları değerlendirebilecek ölçme araçları kullanılarak mümkün olabilecektir. Başta migren olmak üzere beyni etkileyen bozukluklarda yaşanan psikososyal sorunlara özgü bir ölçme aracı bulunmamaktadır. Bu eksiklikten yola çıkarak Cieza ve ark

(2015) bir çalışma (Avrupa Birliği Projesi) kapsamında migren, demans, inme, parkinson, multipl skleroz, epilepsi, şizofreni, madde bağımlılığı vb beyni etkileyen bozukluklarda kullanılmak amacıyla bir ölçek (Beyin Bozuklukları ile İlgili Psikososyal Faktörler Ölçeği, "Psychosocial Factors Relevant to Brain Disorders Scale", PARADISE-24) geliştirmişlerdir.

Bu çalışmanın amacı, beyni etkileyen bozukluklarda ortak olarak yaşanan psikososyal zorlukları saptamak ve bunların insanların yaşamları üzerindeki etkisini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş olan Beyin Bozuklukları ile İlgili Psikososyal Faktörler Ölçeği'nin (PARADISE-24) Türkçe geçerlik ve güvenirliğini değerlendirmektir (Cieaza vd. 2015; Raggi vd. 2016; Mirmosayyeb vd. 2020).

2. KAVRAMSAL ÇERÇEVE

2.1. BAŞ AĞRISI

Baş ağrıları toplulukta çok fazla görülen şikayetlerden biridir. Yaşamı boyunca bir kere başağrısı çeken kişi oranı kadınlarda %99, erkeklerde %93 olmak üzere nüfusun genelinde %90'ın üzerindedir (Bıçakcı vd. 2018 p.9). Migren veya kafaiçi doku bozukluğunun bir semptomu (örn: inflamasyon, kanama veya KİBAS) olarak baş ağrısı ortaya çıkabilmektedir (mestecky, 2013, s. 274). Baş ağrılarının yüzde doksanını ise "migren" ve "gerilim tipi" kafa ağrıları oluşturur. Baş ağrıları kişiyi, yaşamının büyük bir zamanında ağrı ve ağrıdan kaynaklanan semptomlar ile tesir etmektedir. Ayrıca depresyon ve başka ruhsal olaylar da bu çeşit ağrılara, ya da ağrıların artışına neden olabilmektedir (Siva 2002).

2.1.1. Baş Ağrısının Tarihçesi

Baş ağrısı, medeniyetin başlangıcından beri insanlığı rahatsız etmiştir. Tarih öncesi çağa ait arkeolojik çalışmalarda bulunan kafataslarında bile "trepanasyon" (kafayı tedavi için delme) izleri görülmektedir. Yaklaşık MÖ 1200 tarihli ve MÖ 2500'den kalma "Ebers Papirüsü" nevralji, migren, ve ateş eden baş ağrılarını ifade etmektedir. Hipokrat (MÖ 470-410), tek gözde çoğu zaman sağ tarafta parlayan bir ışık, sonrasında temporal bölgede oluşan ve sonunda bütün baş ve boyun bölgesine ulaşan şiddetli bir ağrı tarif etmiştir. Kapadokya'lı Aretaeus (MS ikinci yüzyıl) migren baş ağrısını keşfetmesiyle tanınır. 'Migren' terimi, Galen tarafından MS 200'de "yarı" (hemi) "kafatası" (krania) manasında Latince "hemicrania" kelimesinden türetilmiştir (Silberstein ve ark. 2002). Zamanla değişerek migren terimine dönüşmüştür.

2.1.2. Baş Ağrısının Patofizyolojisi

Baş ağrısının patofizyolojisi santral ve periferal birçok sistemin etkin olduğu karmaşık bir mekanizmadır. Ağrının hissedilmesi ve ağrı duyusunun meydana gelmesi birbirinden bağımsız kavramlardır."Nosisepsiyon", oluşan ağrı duyusunun, merkezi ağrı kodlanması ile ilişkili çok sayıda santral sinir sistemi yapısının anti veya pronosiseptif etkileri neticesinde, bireyin ana uyaranın oluşturduğu ağrı yoğunluğundan farklı olarak gerçekte hissettiği ağrı durumudur. Bu durum bireyden bireye çeşitlilik gösterebildiği gibi aynı kişide çeşitli hal ve mahallerde farklılık gösterir (Dora, 2017).

Primer baş ağrısı hastalıklarının patofizyolojik kavramları son yıllarda önemli ölçüde geliştirilmiştir. Bununla birlikte, tek hastalıkların patofizyolojisi açıklanamamaktadır. Migren baş ağrısı, trigeminal nosiseptörlerin aktivasyonu ve duyarlılığından kaynaklanır, temel süreçler meninkslerde ve meningeal damarlarda bulunur. Kalsitonin geni ile ilişkili peptit (CGRP), küme baş ağrısı ve migrenle ilgili temel öneme sahip görünmektedir. Periferik ve merkezi duyarlılaşmaya yol açan mekanizmalar, gerilim tipi baş ağrısının ve migrenin kronifikasyonunda önemlidir. Daha üst düzey bir merkez olarak hipotalamusun migren ataklarının başlamasında önemli bir anlamı var gibi görünür. Sempatik ve parasempatik nöral sistem arasındaki dengesizlik bazı baş ağrısı hastalıklarında kraniyal-otonom semptomlara neden olur ve terapötik olarak etkilenebilir (Gaul ve ark. 2017).

2.1.3. Baş Ağrısının Sınıflandırılması

Baş ağrısının doğru ve etkili tedavisi için tanının net olması en önemli kriterdir. Ağrının nedeni, değişkenleri, şiddeti, süresi, sıklığı, ve ek semptomları, farklı başağrısı tiplerinin tanısını koymayı basitleştirmek ve ortak paydada buluşmak amacıyla 1988 yılında "Uluslararası Başağrısı Topluluğu" ("International Headache Society"(IHS)) tarafından ilk kez başağrısı gruplaması oluşturulmuştur. İlk olarak klinikte uygulanması hedeflenen, sonrasında tüm dünyada kabul edilen ve uygulanan ilk başağrısı sınıflandırması olan "ICHD-I" ile başağrısı en iyi sınıflandırılmış ve herkesçe kabul edilmiş nörolojik hastalıklardan biri olmuştur. Saha çalışmalarında, bilirkişi görüşleri, bir kısım yeni kanıtlar, sinirbilimi ve farklı bilimsel gelişmeler neticesinde ilk sınıflandırmaya yenilikler eklenerek 2004 ve 2013'te revizyon yapılmıştır. Son baskı çıkmadan önce klinik uygulamalar çoğaltılmış, oluşan bilimsel veriler ışığında yeni eklemeler yapılmıştır. Sınıflamanın son hali "ICHD-3" 2018'de yayınlanmıştır (ICHD-3).

Baş ağrıları birincil ve ikincil baş ağrıları olmak üzere iki ana grupta toplanmıştır. Ek hastalık olmadan doğrudan baş ağrısıyla başlayan, baş ağrıları primer baş ağrılarıdır ve en çok bu ağrılarla karşılaşılır. Bunlar küme, gerilim tipi ve migren ağrılarıdır. İkincil baş ağrıları ise nadir olarak ortaya çıkar, ek bir tanıyla bağlantılı olarak (Beyin anevrizma, sinüzit, sinir sistemi hastalıkları, kafaiçi tümörleri, göz hastalıkları, menenjit gibi) hastalıklarla seyreden baş ağrılarıdır.

2.2. MİGREN

Migren, çoğunlukla, ses ve ışık duyarlılığı, mide bulantısı ve kusmayla birlikte, atak şeklinde şiddeti artan zonklayıcı başağrısı ile karakterize beyin hastalığıdır (Chowdhury D., 2010). Her beş baş ağrısından biri migren ağrısıdır, lateralize (3/4), kesik kesik ağrıyan, bireyin rutin işleyişini engelleyecek şekilde kuvvetli ve fiziksel baş hareketleriyle çoğalan baş ağrısı saldırılarıdır. Migren atağı anında kişinin öğürme ve arada kusmanın eşlik ettiği, ses, ışık ve koku gibi uyarıcı etkenler kötü yönde etkilediği için genellikle çok az ışık olan ve sakin bir yerde dinlenmeyi seçmektedir. Erkeklerde kadınlara oranla 3 kat daha az görülmektedir, genelde yirmili otuzlu yaşlar arası görünür ve ellili yaşlarda etkisi azalır. Kültürsel yönü iyi ve her işi kusursuz yapmak isteyen kişilerde daha fazla görülmektedir. Ağrı dört saatle üç gün arasında süren ve rutin günlük hareketlerle artma özelliğindedir (Özön ve Bolay, 2003).

1873'te Liveing, migren üzerine ilk monografiyi, “A Contribution to the Pathology of Nerve-storms” kaleme almış ve migrenin sinirsel teorisini oluşturmuştur. Problemi, “sinir fırtınaları” diye isimlendirdiği “otonom sinir sistemi bozukluklarına” bağlamıştır. “Lewis Carroll”, “Alice Harikalar Diyarında” ve “Aynanın İçinden'de”, merkezi skotom, tünel görüşü, fonofobi, vertigo, vücut imajındaki bozulmalar, demans ve görsel halüsinasyonları betimleyen migrenli fenomenleri tanımladı. Celsus (MS 215-300), 'şarap içmenin ,dispepsinin, soğukluğun, ateşin veya güneşin sıcağının' migreni tetikleyebileceğine inanıyordu. On ikinci yüzyılda, Bingen'den Abbess Hildegarde, daha sonra migren aurasına atfedilen vizyonlarını hem mistik hem de apokaliptik terimlerle tanımladı. (Silberstein ve ark. 2002). Migren çok eski çağlardan beri bilinen tanımı yapılan primer baş ağrısıdır.

Migreni tetikleyen farklı risk etkenleri vardır. Değiştirilemeyen faktörler arasında genetik, cinsiyet ve yaş bulunur. Ebeveynlerinden birinin migreni olan bir kişide migren olasılığı %40, her iki ebeveynin de migren geçirmesi durumunda %75'tir. Yetişkin kadınların migren geçirme ihtimali erkeklerden 3 kat daha fazladır. Ancak , çocukluk dönemde, migren erkeklerde daha sık görülür. Migrenler çoğunlukla çocukluk sonu ergenlik başlangıcı dönemde başlar ve 50'li yaşlardaki bireylerde prevalans zirve yapar, insanlar 60'lı ve 70'li yaşlarına girdikçe belirgin düşüşler ve 80 yaş ve üzerindeki kişilerde nadir görülür. Etkisiz akut tedavi, akut migren ilaçlarının aşırı kullanımı, obezite ve stresli yaşam olayları, epizodik migrenden kronik migrene ilerleme riskini artırabilen değiştirilebilir risk faktörleridir (Peters, 2019).

Migren ve eşlik eden semptomlar, migren atakları süresince ve ataklar arasında günlük işlevsellik yeteneğini ve yaşam kalitesini etkileyerek hastalar için önemli ölçüde zorluk yaratmaktadır. Baş ağrısı olmayan semptomlar, anksiyete ve depresyon gibi eşlik eden bozukluklar migrende sık görülür ve hastalığın yönetimini daha da engelleyebilir. Kore'de yapılan bir çalışmada, tanı, farkındalık ve tedavi ile ilgili olarak migrenli hastalar için önemli sorunlar ve karşılanmamış ihtiyaçların olduğunu gösterilmiştir. Bunlar arasında önemli bir tanı gecikmesi, hastalığın klinik yönetiminden memnuniyetsizlik, hastaneye sık ziyaretler ve maliyet yükü yer almaktadır (Kim ve ark., 2021).

2.2.1. Migren Epidemiyolojisi

Mevcut istatiksel veriler, migren tipi baş ağrısının ciddi sağlık problemleri arasında yer aldığını göstermektedir. Dünyada her on kişiden birine migren teşhisi konduğu ve en çok "Avrupa'da" (yetişkin nüfusun %15'i) olduğu düşünülmektedir. Avrupa bölgesinde migrene yönelik yılda 27 milyon Euro'luk bir harcamanın yapıldığı, migren tipi baş ağrısının maliyeti yüksek nörolojik sorunlardan birisi olduğuna dikkat çekilmektedir (Woodward 2013, s.274). Ömür boyu migren prevalansı Türkiye'de %16.4, kadınlarda %21,8, erkeklerde %10,9 bulunmuştur (Boran vd. 2013). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), dünyada yetersizliğe yol açan sağlık sorunları içinde migrenin 19'uncu sırada olduğunu ve kuadriplejik hastaların bakımına ayrılan zaman kadar bir zamanın migren hastalarının bakımı için harcandığını rapor etmektedir (Woodward, 2013, s.274).

2.2.2. Migren Patofizyolojisi

Migren gibi sebebi belirsiz baş ağrılarının patogenezi üzerine yapılan önemli araştırmalara rağmen, bunlara neden olan patofizyolojik mekanizmalar tam olarak aydınlatılamamıştır. Günümüzde migrenin ne şekilde ortaya çıktığı ve beynin hangi bölgesinden kaynaklandığı, migrenin ağrı evrelerine göre beynin harekete geçen bölgeleri anlaşılamamıştır. Migrenin kliniği ağrı öncesi dönem, aura, ağrı atağı ve atak sonrası dönem olarak dört şekilde ayrılır ve son yıllarda ortaya çıkan verilerde nöbetsiz dönemde de beyin dalgalarında hareketliliğin fazlalaştığını göstermektedir. Yapılan araştırmalarda çoğu hastanın baş ağrısı geliştiği dönemde aura evresininde beraberinde görüldüğü ve aura evresinin ağrıyı tetikleyici özelliğinin olup olmadığı tartışmalıdır. Migrenin ilk evresinde, limbik sistem ve beyinsapı çekirdekleri ile ilişkili semptomlar görülmektedir. Genellikle duyusal, motor ve görsel kalıcı olmayan bilişsel bozuklukların eşlik ettiği aura evresinin serebral korteksten meydana geldiği kabullenilmiştir. Migren fizyopatolojisinde en önemli görevin beyin sapına

düştüğüne dair görüşler vardır. Vertigo, otonomik semptomlar ve bulantı gibi bulguların beyin sapından kaynaklandığı sanılmaktadır. (Boran ve Bolay, 2013).

Migren sırasında trigeminal sinirin aktive olduğu iyi bilinmesine rağmen, bu aktivasyonun sonuçları tartışmalıdır. Preklinik gözlemlere dayanan bir teori, trigeminal duyu liflerinin aktivasyonunun meningeal (dural) vaskülatürde trigeminal duyu liflerinden nöropeptid salınımının aracılık ettiği ve plazma protein sızması, damar genişlemesi ve mast hücrelerin hücre dışına bırakılması ile karakterize ağrılı bir nörojenik inflamasyona yol açmasıdır. Ergotlar, triptanlar, opioidler ve valproat gibi etkili antimigren ajanları klinik öncesi nörojenik dural ekstravazasyonu inhibe eder, bu aktivitenin yeni ajanların potansiyel klinik etkinliğinin bir göstergesi olabileceğini düşündürür. Bununla birlikte, bu süreci preklinik olarak inhibe eden diğer ajanlarla yapılan birkaç klinik çalışma, insanda migrenin akut tedavisinde etkinlik göstermede başarısız olmuştur. Alternatif olarak, meningeal kan damarlarının ağrılı nörojenik vazodilatasyonunun, migren baş ağrısı sırasındaki inflamatuar sürecin önemli bir bileşeni olabileceği öne sürülmüştür. Bu görüş, güçlü damar genişletici, kalsitonin geni ile ilişkili peptidin (CGRP) juguler plazma seviyelerinin baş ağrısı sırasında yükseldiği ve başarılı sumatriptan tedavisi ile normalleştiği gözlemiyle desteklenmektedir. Preklinik olarak, trigeminal duyu liflerinin aktivasyonu, dihidroergotamin, triptanlar ve opioidler tarafından bloke edilen ancak klinik deneylerde başarısız olan nörokinin reseptör 1 (NK1) antagonistlerinden etkilenmeyen CGRP aracılı nörojenik dural vazodilatasyon uyandırır. Bu gözlemler, ilişkili nörojenik dural vazodilatasyon ile CGRP salınımının migren ağrısının oluşumunda önemli olabileceğini düşündürmektedir (Williamson ve Hargreaves, 2001).

Migren hastalarında üretilen merkezi sinir sistemi işlev bozukluğunun doğası hala belirsizdir ve depresyon benzeri fenomenlerin yayılmasını ve merkezi otonomik, vasküler ve ağrı kontrol merkezlerinin bir parçası olan beyin sapı monoaminerjik çekirdeklerinin aktivasyonunu içerebilir. Migrenin oluşumu için önerilen bir mekanizma, intrakraniyal ve ekstraserebral kan damarlarının lokal vazodilatasyonu ve bunun sonucunda çevredeki trigeminal duyusal sinir ağrısı yollarının uyarılmasıdır. Trigeminovasküler sistemin bu aktivasyonunun, ağrı yanıtını artıran vazoaktif duyusal nöropeptidlerin (madde P, CGRP, nörokinin A ve diğerleri) salınmasına neden olduğu düşünülmektedir. Aktive edilmiş trigeminal sinirler, beyin sapı trigeminal duyu çekirdeklerindeki merkezi nöronlara nosiseptif bilgi iletir, bu da ağrı sinyallerini migren atağı ilerledikçe duyarlı hale gelebilecek daha yüksek merkezlere iletir (Gallagher ve ark., 2002)

Gri maddedeki nöroglia membranların ateşlenmesi ve iyon alışverişi durumundaki muhteşem uyarılabilirliğin "kortikal yayılan depresyon" (CSD), ile ilgili olduğu düşünülmektedir. Glial, vasküler ve nöronal hücrelerin katıldığı CSD dalgalarının, bariz şekilde beyin zarını etkilediği bulunmuştur. Serebrum parankimal dokusunda olan depolarizasyon, nitrik oksit, potasyum, glutamat, hidrojen ve araşidonik asid metabolitleri gibi nosiseptif ve vazoaktif iyonların hücreden yayılmasına sebep olmaktadır. CSD sonrası yarım saatten az sürede CSD'nin başlattığı sinir hücresi uyarısı en üst seviyeye ulaşır. Ek olarak, CSD'nin, en iç sinir destek hücresi bariyerinde ve beyin zarında özel bir enzim grubunun aktive olmasında, kan beyin bariyerinde ve hücreler arası boşluklarda özel bir protein olan laminin ve diğer proteinlerde azalmaya neden olduğu bulunmuştur. Farelerle yapılan deneylerde CSD dalgalarının trigeminal yolak liflerini harekete geçirdiği ve lateral ağrıya neden olduğu görülmüştür. Ayrıca CSD, meninkslerde (ince zar, örümceksi ve sert zar) olan çeşitli damarsal ve hücresel değişikliğe neden olarak trigeminal yolağı aktifleştirmektedir.

Migren atakları birçok faktör tarafından tetiklenmektedir. Sinir sistemine yönelik yapılan çalışmalarda beyin parankiminin bazı iç ve dış uyarıcı etkenlere hassasiyetinin arttığı (Örn; ses, ışık, hareket, koku ve diğer duyusal uyaranlar) gösterilmiştir (Woodward 2013, s.274).

2.2.3. Migren Sınıflandırılması

Uluslararası Başağrısı Topluluğu (International Headache Society) tarafından 2018`de sınıflamanın son hali ICHD-3 yayınlanmıştır. Buna göre migren şöyle sınıflandırılmıştır: (şekil 2.1)

1. Migren
    1.1. Aurasız migren
    1.2. Auralı migren
        1.2.1. Tipik auralı migren
            1.2.1.1. Tipik başağrılı aura
            1.2.1.2. Tipik başağrısız aura
        1.2.2. Beyin sapı auralı migren
        1.2.3. Hemiplejik migren
            1.2.3.1. Familyal hemiplejik migren (FHM)
                1.2.3.1.1. Familyal hemiplejik migren tip 1 (FHM1)
                1.2.3.1.2. Familyal hemiplejik migren tip 2 (FHM2)
                1.2.3.1.3. Familyal hemiplejik migren tip 3 (FHM3)
                1.2.3.1.4. Familyal hemiplejik migren, diğer lokusler
            1.2.3.2. Sporadik hemiplejik migren (SHM)
        1.2.4. Retinal migren
    1.3. Kronik migren
    1.4. Migren komplikasyonları
        1.4.1. Migren statusu
        1.4.2. Enfarktsız ısrarlı aura
        1.4.3. Migrenöz enfarkt
        1.4.4. Migren aurasının tetiklediği nöbet
    1.5. Olası migren
        1.5.1. Olası aurasız migren
        1.5.2. Olası auralı migren
    1.6. Migrenle ilişkili epizodik sendromlar
        1.6.1. Tekrarlayıcı gastrointestinal bozukluk
            1.6.1.1. Siklik kusma sendromu
            1.6.1.2. Abdominal migren
        1.6.2. Benign paroksismal vertigo
        1.6.3. Benign paroksismal tortikolis

Şekil 2-1: Migren sınıflandırılması.

Aurasız migren

En çok görülen migren olan, epizodik seyreden dört saat ile 3 gün arasında değişen sürelerde devam eden rekürren başağrısı bozukluğudur. Migrene has özellikler lateralize, kesik kesik ağrıyan, şiddeti orta veya ağır, günlük fiziki hareketlerle ağrının artması ile midede rahatsızlık verici duygu, ışık ve ses duyarlılığı ile birliktelik olarak sayılabilir (Dowson ve ark., 2003)(Silberstein ve ark., 2004) (ICHD-3, 2021).

Tanı kriterleri:

1 2. ve 4. maddeleri içeren en az beş migren ağrısı
2 4 saat ile üç gün devam eden ağrı atakları (ilaç kullanılmamış veya tedavi olumsuz sonuçlanmış)
3 Aşağıdaki özelliklerden en az ikisi başağrısında vardır:
   a) Lateralize
   b) Kesik kesik ağrı şeklinde
   c) Şiddeti ortalama yada ortalama üstü olan ağrı
   d) Günlük rutin fiziki hareketler (mesela yol alma vb) ile ağrıda artma veya fiziki hareket kısıtlamasına neden olma
4 Ağrı süresince aşağıdaki maddelerden en az birinin olması:
   a) Öğürme hissi yada istifrağ
   b) Işık ile ses duyarlılığı
5 Diğer ICHD-3 teşhisiyle başka tanı konmaması (Dowson ve ark., 2003)(Silberstein ve ark., 2004)

Auralı migren

Klasik migren, göze vuran, yarı tarafta duyu azalması, konuşma bozukluğu ve inme görülebilen bir başağrısıdır. Başağrısı ve migrene bağlı bulgulardan önce kademeli olarak büyüyen, lateralize ve duyusal, görsel veya diğer sinir sistemi bulgularının görüldüğü, semptomların kalıcı olmadığı çok az süren tekrar eden ataklardır (ICHD-3, 2021). Auralı migren hastaları arasında, hastaların %99'u ataklarının en azından bazılarında görsel semptomlar bildirmiştir, ancak semptomlar aynı zamanda duyusal, konuşma/dil ve motor semptomları ve bazen de yüksek kortikal fonksiyonları içerebilir (Hansen ve ark., 2019).(Tablo 2.1)

Tanı ölçütleri:

Tablo 2-1:Auralı migren tanı ölçütleri

Tanı kriterleri:

A. B ve C kriterlerini karşılayan en az iki atak

B. Aşağıdaki tamamıyla geri dönüşümlü nitelikteki aura semptomlarının biri veya birden 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. ≥5 dakika içinde aşamalı olarak yayılan en az bir aura semptomu
2. İki veya daha fazla aura semptomunun art arda görülmesi
3. Her bir aura semptomunun 5–60 dakika1 sürmesi
4. En az bir aura semptomunun tek taraflı olması
5. En az bir aura semptomunun pozitif olması
6. Auraya başağrısının eşlik etmesi veya auradan sonra 60 dakika içinde başağrısı görülmesi

D. Başka bir ICHD-3 tanısı ile daha iyi açıklanamaması(ICHD-3, 2021).

Migrenin Klinik Dönemleri

Migren ağrı dönemine ek olarak dört evreden oluşur (Ertaş, 2003).

2.2.3.1. ***Prodrom Dönemi***

Baş ağrısının başlamasından dakikalar veya günler önce ortaya çıkabilen migren prodromu (faz 1 veya baş ağrısı öncesi dönem), fokal olmayan yapısal semptomlardan oluşur ve değişkenlik gösterebilir. Hastalar arasında yaygın olarak bulunur. Bazıları öforik hisseder ve diğerleri sinirlilik veya olağanüstü yorgunluk yaşayabilir (Gallagher, 2002). Bazı hastalarda, atağın ilk aşaması, hasta tarafından atağın bir parçası olarak tanınmayan "prodromlar" veya "önsezi semptomları" ile karakterize edilir. Önsezi semptomları, "auralı migrende auradan

önce, aurasız migrende ağrının başlangıcından önce ortaya çıkan, 2-48 saat sonra migren atağı öncesi ve önceden haber veren semptomlar" olarak tanımlanmaktadır (Buzzi ve ark., 2005). Bu bulgular konsantrasyon zorluğu, fotofobi ve fonofobi, görmede bulanıklık, ense sertliği, bulantı esneme, halsizlik, ve solgunluk olarak çeşitli varyasyonlarla görülebilir (ICHD-3). En çok bildirilen uyarıcı semptomlar yorgunluk , fonofobi ve esnemedir (Schoonman ve ark., 2006).

2.2.3.2. *Aura Evresi*

Baş ağrısı öncesinde görülen aura, migrenlerin %20'sinde gözlenen, kalıcı olmayan sinirsel bozukluklardır. Sıklıkla, görmeyle ilgili halüsinasyonlar gibi, görsel içerikli değişimler ile beraber, motor yada duyusal haberciler görülebilir. Beyin zarı boyunca yayılan görme ile ilgili haberci bulgular karakteristik olarak negatif bulgular sonrası pozitif olgular ile gelişir (Boran ve Bolay, 2013). Genellikle görme alanı sinir işlevinde bir defektle başlayan auralı migren dakikalar içinde tek tarafa lokalize kafa ağrısı, midede rahatsızlık ve kimi zaman istifra etme olur, baş ağrısı bir saatten iki güne kadar devam edebilir (Yücel, 2008).

Migrenlilerin yaklaşık %15 ila üçte biri aura yaşar. Aura, kademeli olarak gelişen ve genellikle baş ağrısı evresinden önce gelen görsel, duyusal, konuşma ve/veya motor semptomları içeren tamamen geri dönüşümlü fokal nörolojik bir fenomendir. Auranın altında yatan bir mekanizma olarak kortikal yayılan depresyonun önemli rolü, çok sayıda çalışma tarafından geniş çapta desteklenmiştir. Aura, kademeli gelişim, her semptomun 60 dakikadan fazla olmaması, olumlu ve olumsuz özelliklerin birlikte olması ve tamamen tersine çevrilebilirlikle karakterizedir. Görsel haberci, hastaların %90'ından fazlasında görülen en yaygın aura türüdür. Aura semptomları birden fazla olduğunda, genellikle görsel, sonra duyusal, ardından afazik olarak birbirini takip eder. Aura semptomlarının geneli için kabul gören süre bir saattir, ancak nadir görülen motor bulgular genellikle daha uzun sürer (Lucas, 2021).

2.2.3.3. *Ağrı Evresi*

Baş ağrısı başladıktan sonra, tipik olarak zonklar, kafa içi basıncında bir artışla yoğunlaşır ve mide bulantısı, kusma ve ışığa, gürültüye ve kokuya karşı anormal hassasiyetle birlikte kendini gösterir. Ayrıca normal olmayan deri ve adale duyarlılığı beraberinde görülebilir. Sonuç olarak, öncü fenomen evresinden kafa ağrısı dönemine kadar migrenle görülen bulgular, birçok sinir sistemi yapısının aykırı işlediğini düşündürür (Burstein, 2015).

Baş ağrısı zonklayıcı tipte, genelde tek tarafa lokalize, normal şiddetli veya ağırlaşan ve fiziki hareketle artan vasıflıdır. En sık günün erken saatleri başlar, dereceli yükselir ve yetişkinlerde dört saat ile üç gün, pediatrik grupta iki saat ile iki gün süresince devam eder. Genellikle ağrı ile beraber iştah kaybı, bulantı, ışık, koku ve ses hassasiyeti vb ek şikayetler görülür. Bu yakınmalar beraber yada tek görülebilir. Kafadaki ağrı başladığı andan itibaren başın iki tarafını da etkilediği (vakaların %40'ı) gibi, bir taraftan oluşup tüm kafaya genişleyebilir. Vakaların neredeyse %15'i hariç geri kalanında zonklayıcı tarz ağrı vardır. Günlük rutin hareketler bile örneğin başı sağa sola çevirme ağrı oluşumunu etkiler (Alemdar ve ark., 2009). Baş ağrısı hafifledikten sonra (yaklaşık 10 saat içinde) hastaların yaklaşık %40'ında ağrı tekrarlayabilmektedir(Kelman, 2006).

2.2.3.4. *Postdrom Evresi*

Baş ağrısının yoğunluğunun azalması ile ağrı geçer ve düzelme dönemine girilir. Hastalarda bitkinlik, anksiyete, yorgunluk, güçsüzlük, sersemleme, aktiflik veya canlanma gibi atak sonrası semptomlar diye adlandırılan bir grup belirti görülür (Alemdar vd., 2009).

Kelman'ın yaptığı bir araştırmada, daha çok olan semptomlar yorgunluk (%71.8), baş ağrısı (%33.1), bilişsel zorluklar (%11.7), akşamdan kalma (%10.7), gastrointestinal semptomlar (%8.4), duygudurum değişikliği (%6.8) ve güçsüzlük (%6.2) olarak bulunmuştur. Postdromlu hastalar, postdrom olmayan hastalara göre daha karakteristik ve daha sık migren özelliklerine sahiptir (Kelman, 2006).

2.3. Migrenin Tetikleyicileri

Migren atağını tetikleyen birçok faktör bilinmekle birlikte bazı migren hastalarında ise hiçbir tetikleyici faktöre rastlanmamaktadır. Uyku ve yemek düzeni değişikliği, stres, rahatsız edici derecede ses, belirgin ve keskin kokular, yanıp sönen lambalar gibi dış faktörler, belirli yiyecekler hastaların çeyreğinde migrenin başlamasını etkilediği görülür. Bu besinlerden bazıları glutamik asit, katkı maddeleri (doğal tatlandırıcılar, kimyasal olarak çözülmüş maya ve bitkisel proteinler gibi) olan en sık paket gıdalar ve Uzakdoğu mutfağında bulunur. Nitrit içerenler (salam sosis); bir nöroamin olan feniletilamin içerenler (çikolata, sarımsak, soğan, kabuklu çerezler.); tiramin içerenler (şarap, peynir); potansiyel tetikleyici faktörlerdir (Yücel, 2008).

Migren ağrısını tetikleyen faktörler

- Stres
- Kadınlarda hormonal değişiklikler (menstrual siklus)
- Cinsel aktivite
- Açlık
- Hava şartları
- Uyku sorunları/ geç yatma
- Parfüm veya kokular
- Ense ağrısı
- Alkol kullanımı
- Sigara
- Sıcaklık
- Bazı gıdalar
- Egzersiz (Woodward 2013, s.274).

2.4. Migren Tanısı

Migren, hastaların birinci basamak hekimlerine başvurduğu en yaygın birincil baş ağrısı bozukluğudur, ancak hala yetersiz teşhis ve tedavi edilir (Gallagher ve ark., 2002). Başağrısı şikayeti ile doktora gelen kişiden yada refakatçiden sağlanan hasta öyküsü teşhisin yapı taşıdır (Bıçakcı ve ark., 2018). Hastadan anamnezin doğru alınması önemlidir. Birincil başağrılarının teşhisi hastanın klinik değerlendirmesine göre konur. Kan tetkikleri tanıyı doğrulamaz sadece ek hastalık varlıklarını dışlamaya yardımcı olur (Selekler ve ark., 2003).

Migren tanısı kesin değil ise veya ikincil kafa ağrısının olduğunu düşündüren şüpheli olaylar varsa ileri tetkikler istenir. Kafaiçi olayı aydınlatmada manyetik rezonans görüntüleme (MRG) ve bilgisayarlı tomografi (BT) olmazsa olmazdır(Yücel, 2008).

2.5. Migren Tedavisi

Migren reçetesinde temel prensip, migrenden muzdarip kişilere migrenli hayatı kabul ettirmek ve ağrı periyotlarıyla savaşmayı benimsetmektir (Yücel, 2008). Migren epizodik baş ağrısı saldırıları ile beraber görülen bulgularla ilerleyen oldukça yaygın olan bir beyin disfonksiyonudur. Migrende ilaç tedavisi ani gelişen veya önleyici tedbirleri kapsar, migren atağı şiddetli devam eden kişiler hem akut hem de proflaktik tedaviye ihtiyaç duyarlar. Önleyici tedavide öncelikle atak süresi, ataklar arası zaman aralığı ve ağrının gücünü indirgemek, akut tedaviden maksimum fayda görülmesini sağlamak ve kişinin işlevselliğini arttırmak hedeflenir. Önleyici tedavi ek olarak daha az aralıklarla olan migrenin kronikleşmesini engelleyebilir ve

hastalık giderlerini azaltabilir. Migrenin önleyici tedavisinde kullanılan ilaç yelpazesi çok geniştir. Önleyici ilaçlar arasında amitriptilin, kalsiyum kanal antagonistleri topiramat ve valproat gibi antikonvülzan ilaçlar, selektif serotonin ve selektif serotonin-norepinefrin gerialım inhibitorleri (SNRI'lar) gibi antidepresanlar, β-blokerler ve nörotoksinlerdir. Önleyici tedavide verilecek reçete kar-zarar oranına göre seçilmeli ve kronik veya komorbid hastalık varlığı dikkate alınmalıdır (Gürsoy ve Ertaş, 2013).

İlk migren ilaçları 1970'lerde piyasaya çıkmış olsa da, 1970 ile 2020 arasındaki ilaç geliştirme trendlerinin gösterdiği gibi, migren terapötiklerinin gelişimi son 3 yılda önemli ölçüde yoğunlaşmıştır (Zobdeh vd., 2021)

Biofeedback ve gevşeme teknikleri gibi davranışsal müdahaleler, farmakolojik tedavinin önemli bir tamamlayıcısıdır; ancak ilaçlar migren tedavisinin temelini oluşturur (Silberstein ve Lipton, 1994). Migren tedavisinde yenilikler Tablo 2.2 'de gösterilmiştir (Bıçakcı vd., 2018).

Tablo 2-2: Migren tedavisinde yenilikler ve gelişmeler.

Migren atak tedavisi	Profilaktik tedavi	Girişimsel tedaviler
Spesifik migren ilaçları - Ergo preparatları - Triptanlar-migren tedavisinde ikinci devrim - CGRP antagonistleri (?) - CGRP ve/veya reseptör blokörü MAb'lar vb. **Spesifik olmayan migren ilaçları** -Basit ve kombine analjeziklere ek olarak yeni NSAİİ'ler	- Beta-blokörler ve Ca kanal blokörler - Pizotifen - ACE inhibitörleri - Montelukast vb. - Yeni kuşak antidepresif bazı ilaçlar *(venlafaksin-duloksetin)* - Bazı antikonvülsanlar *(VA-topiramat vb.)* - Bazı monoklonal antikorlar/Mab'lar ? (*erenumab, fremanezumab* ≥15 ay=4-5/ay) - Onobotulinum toksin A uygulamaları	- Sinir blokajları - Cerrahi girişimler??? - Nöromodülasyon-stimülasyon tedaviler - TMS - TENS - eTNS - VNS

CGRP: Kalsitonin geni ile ilişkili peptid, MAb: Monoklonal antikorlar, NSAİİ: Non-steroid anti-enflamatuvar ilaçlar, TMS: Transkraniyal manyetik stimülasyon, TENS: Transkütanöz elektrik stimülasyonu, eTNS: Eksternal trigeminal sinir stimülasyon, VNS: Vagal sinir stimülasyonu, ACE: Anjiyotensin dönüştürücü enzim

2.5.1. Migrenin Farmakolojik Tedavisi

Migrenin farmakolojik tedavisinde kullanılan ilaçlar meninkslerde, serebrum ve beyin sapı dokusunda veya trigeminal gangliyon üzerinde etkinlik sağlayabilir (Bıçakcı vd., 2018).. Trigeminovasküler sistem kafa içi ağrı iletimi ve kan akımı düzenlenmesinde önemli bir fonksiyona sahiptir (Karlı vd.,2022). Öncelikle en önemli hedefleri trigeminal nosiseptör uçları

(iç ve dış vasküler yapıları çevreleyen) ve santral sinir uçlarıdır (Trigeminal nukleus kaudalis nöronları ile bağlantı yapan). Beyni koruyan bir sistem olan kan-beyin bariyerini geçebilen ilaçlar etki bakımından önemlidir (Bıçakcı vd., 2018).

2.5.1.1. *Akut Atak Tedavisi*

Akut tedavide hedef, devam eden ağrının etkisini ve süresini azaltmak yarattığı etkileri gidermek, neticesinde ağrının sıfırlanmasıdır . Ağrıyla görülen ek bulgularında sonlanması tedavideki bir diğer amaçtır. Akut tedavi saha uygulamalarında "Uluslararası Başağrısı Birliği" nin önerisi; iki saat bitiminde başağrısının bitmesi ve bir ve iki gün arasında ağrı ve beraber görülen ek bulguların yinelenmemesidir. Akut ilaç tedavileri, atağın başlangıcında alındığında başarı şansı daha yüksektir (Bıçakcı ve ark., 2018).

Bir diğer amaç, ağrıdan ve ilişkili semptomlardan, özellikle de en rahatsız edici semptomdan, nüksetmeden hızlı ve tutarlı bir şekilde kurtulmak, geri yüklenen işlev yeteneği, tekrar ilaç alma veya kurtarma ilaçları için minimum ihtiyaç duyma, optimal kişisel bakım ve minimal veya hiç yan etki olmaması, sağlık maliyetinin en aza indirgenmesidir (Ailani vd., 2021).

Hafif ila orta dereceli migren için etkili birinci basamak tedaviler, reçetesiz nonsteroid antiinflamatuar ilaçlar ve asetaminofen, aspirin ve kafein içeren kombinasyon analjeziklerdir. Triptanlar, orta ila şiddetli migren veya yeterli dozda basit analjeziklere yanıt vermeyen hafif ila orta derecede migren için birinci basamak tedavilerdir (Gilmore ve Michael, 2011).

2.5.1.2. *Profilaktik Tedavi*

İlaç tedavisinin başarısız olması sonucu bireyin hayat standartlarını engelleyen ve günlük akışı bozan rekürren ağrı devamı ve akut ilaç tedavisinin hastaya zarar vermesi yada kaldırılamayan kontrendikasyon durumunda, ilaçların overdose alınmasında, haftada en az bir ve üzeri ağrı atağı varlığında süreğen migren ile aşırı ilaç kullanmaya bağlı oluşan başağrısı gelişmesi tehlikesi nedeniyle ve "hemiplejik migren"; süresi çok fazla olan, atak arası çok kısa veya sıkıntılı şekilde olan auralar; oluşan atakların geri döndürülemeyen sinirsel yıkıma yol açma riski olan özellikli hallerin varlığında önleyici tedaviye karar verilir (Gürsoy ve Ertaş, 2013).

Önleyici tedavinin amacı atak sıklığında en az yüzde elli iyileşme sağlanmasıdır. Genellikle, koruyucu tedavilerin etkisi, başlandıktan bir buçuk iki ay sonrasında görülür ve

tedavinin etkinliğinin olması için en az üç aydan bir yıla kadar aralıksız ilacın kullanılması önerilir. Önleyici tedavi süresince görülebilecek ağrı atakları uygun tedavi yöntemleriyle giderilmelidir (Bıçakcı ve ark., 2018 s.42).

Önleyici tedavinin bel kemiği ilaçlar şunlardır; kalsiyum kanal antagonistleri, serotonin antagonistleri, antidepresanlar, β-adrenerjik blokerler ve antikonvülzanlardır (Gürsoy ve Ertaş, 2013).

Botulinum nörotoksini-A (BoNT-A)

BoNT-A, Clostridium botulinum adlı Gram pozitif ve anaerobik bir bakteri tarafından üretilen kompleks bir proteindir. Başlangıçta, bu toksinin ağrı giderme mekanizmasının kas gevşemesi ve ardından gelen hipotansiyona bağlı olduğu varsayılmıştır. Son deneysel çalışmalar, BoNT-A'nın merkezi sinir sistemini etkileyebileceğini göstermiştir. BoNT-A'nın kronik migreni olan bireylerde kullanılması, aylık migren atak sıklığını, ağrı şiddetini, ilaç kullanımını, acil başvuruları ve migrene bağlı sakatlıkları azaltır (Shaterian vd., 2022). Son on yılda botulinum toksini ile yapılan klinik ve deneysel çalışmalar, baş ağrısı ve diğer ağrı durumları konusundaki anlayışı ilerletmiştir. Diğer ilaçlara olumlu yanıt vermeyen hastalar için çekici bir alternatif olabileceğinden, baş ağrısı tedavisi olarak botulinum toksini hakkında daha fazla araştırma yapılması gerekmektedir (Do ve ark., 2018).

2.5.2. Migrenin Nonfarmakolojik Tedavisi

2.5.2.1. *Yaşam Stili Değişiklikleri*

Dinlenme, uyku, beslenme ve farmakolojik ajan kullanımı gibi yaşam tarzı alışkanlıkları migren ataklarında önemli faktörlerdir (Nazari ve ark. , 2010). Stresli olaylar ve algılanan stres, epizodik migreni olan kişilerde migren atağı başlangıcı ile ilişkiler göstermiştir. Günlük kalıplardaki (yeme, uyku, egzersiz ve hidrasyon durumu) tutarlılık da migren aktivitesi ile ilişkilidir. Uyku yoksunluğu, yorgunluk ve düşük kaliteli uyku, epizodik migreni olan kişilerde migren atağının başlangıcı ile baş ağrısı sıklığı ve baş ağrısına bağlı sakatlık ile ilişkiler göstermiştir (Rosenberg ve ark., 2018).

Öz yönetim stratejileri farmakolojik tedavinin yanında migrenin sıklığının ve şiddetinin çok olduğu hastalarda bir tedavi seçeneği olarak kullanılabilir. Egzersiz, yeterli uyku, stres yönetimi ve düzenli yemek yeme gibi sağlıklı yaşam tarzı seçimleri, migren tetikleyicilerini ve zamanla kronik migrene dönüşümünü önleyebilir (Marmura 2018).

2.5.2.2. *Davranışçı Tedaviler*

Davranışsal teknikler, çoğunlukla hastalara semptomlarla daha iyi başa çıkmayı öğretmek ve baş ağrısı için potansiyel tetikleyicileri belirlemek amacıyla migren tedavisinde kullanılan bir dizi stratejiden (gevşeme, termal ve elektromiyografik biofeedback ve bilişsel davranışçı terapi) oluşur. Gevşeme teknikleri arasında progresif kas gevşemesi, otojenik eğitim ve meditasyon yer alır. Biofeedback eğitimi, hastanın kas gerginliği, kan basıncı ve kalp atış hızı değişiklikleri gibi ağrı deneyimiyle ilişkili belirli fizyolojik süreçleri anlamasına ve izlemesine yardımcı olmak için elektronik cihazlar kullanır. Bilişsel davranışçı terapi, stresi yönetmeye odaklanan kısa ve semptom odaklı bir psikoterapi şeklidir. Bu tekniklerin migrende kullanımlarına dair kanıtlar yeterli değildir (Puledda vd., 2018).

2.5.3. Yeni Tedavi Stratejileri

Son 10 yıldaki en önemli ilerlemelerden biri, migren sürecinde yer alan önemli bir peptit olan CGRP' ye odaklanılmasıdır (Digre, 2019). CGRP migren baş ağrısında anahtar aracılardan biri olan vazoaktif bir nöropeptiddir (Bıçakcı ve ark., 2018). CGRP fonksiyon bloke edici antikorların migrenin önleyici tedavisi için yararlı olabileceği düşünülür. Tek doz kullanımı yavaş başlangıçlı ancak uzun süreli etkilere sahiptir (Edvinsson 2021). Gepantlar (ubrogepant ve rimegepant), epizodik migren tedavisi için akut migren tedavileri olarak klinik deney aşamasındadır. Migrenin akut tedavisi için geliştirilmekte olan bir başka ilaç sınıfı da "ditans"tır (Digre 2019).

Migren için diğer tedavi prensipleri de trigeminovasküler sistemi hedef almak ve etkilemek üzerine kuruludur (Hansen ve Ashina , 2016). Nöromodülasyon hem akut hem de kronik migreni tedavi eder. Bazı durumlarda küme baş ağrısı da bu yöntemle tedavi edilebilir. Diğer nörolojik bozukluklar için nöromodülasyon kavramı yeni değildir; bu tür tedavi yıllardır epilepside ve daha yakın zamanda depresyonda kullanılmaktadır. Birçok nörostimülatör cerrahi implantasyon gerektirmesine rağmen, migren tedavisi için FDA onaylı 4 cihaz ve cerrahi implantasyon olmadan aralıklı kullanım için harici olarak uygulanmaktadır. Cihazlar şu şekildedir: noninvaziv vagus sinir stimülasyonu (gammaCore), transkraniyal manyetik stimülasyon (SpringTMS), supraorbital stimülasyon (Cefaly) ve uzaktan elektriksel nöromodülasyon (Nerivio Migra) (Digre, 2019). Nöromodülasyon ve biyodavranışçı terapi, bireysel hastaların ihtiyaçlarına bağlı olarak koruyucu ve akut tedavi için uygun olabilir. Nöromodülasyon, ilaç dışı tedavileri tercih eden veya kötü yanıt veren, tolere edemeyen veya

farmakoterapiye kontrendikasyonları olan hastalarda faydalı olabilir (American Headache Society , 2019).

2.6. MİGREN VE PSİKOSOSYAL FAKTÖRLER

"Psikoloji" ve "sosyal" kelimelerinin birleşiminden oluşan psikososyal terimi, insanın çevre etkenlerinden etkilenen ve psikolojik açıdan çeşitli dönemlere ayrılan yaşamını ifade eder.

Psikososyal zorluklar, beyni etkileyen tüm bozukluklarda ortak olarak yaşanan zihinsel ve vücut işlevlerindeki bozulmalar, aktivite sınırlamaları ve katılım kısıtlamaları olarak tanımlanır. Psikososyal güçlüklerin Sosyodemografik ve hastalıkla ilgili faktörlerle de ilişkili olduğu bulunmuştur (George ve ark., 2021). Nöropsikiyatrik bozukluğu olan çoğu kişi, duygusal işlevlerde, uykuda, günlük rutini yürütmede, çalışma ve kişilerarası ortak ilişkilerde zorluklar yaşar. Migren bu bozukluklardan biridir (Coenen ve ark., 2016). Migren hayatın tüm alanlarını etkiler. Migren, dünya üzerinde ilk sıralarda yer alan bir engellilik nedenidir; Etkilenenlerin yaklaşık yarısı, rutin günlük aktivitelerde normal şekilde işlev göremeyecek kadar şiddetli ataklara sahiptir (Brandes, 2009).

Avrupa'da beyni etkileyen bozuklukların genel prevalansı çok yüksektir. 18-65 yaş arasındaki Avrupa nüfusunun %27'si 12 ay içinde bir beyin bozukluğundan etkilenmiştir (Cieza ve ark., 2013).

Migren sözlüğünde yük, sakatlık, etki ve yaşam kalitesi önemli kavramlardır (Steiner ve ark., 2022). Migren, kişisel ıstırap ve aktivite azalması açısından bireylere, hastalık maliyeti açısından ise toplumlara önemli yükler getiren yaygın bir hastalıktır. Avrupa Ülkelerinde migren prevalansı %15 civarındadır (kadınlarda %17.6) ve hasta başına yıllık ortalama maliyetinin 1.222€ olduğu tahmin edilmektedir, bunun %93'ü azalan üretkenlik ve devamsızlıkla ilgili dolaylı maliyetlerdir (Raggi ve ark. , 2012). Migren hayatın tüm alanlarını etkilemekle kalmaz, aynı zamanda bireye, aileye, işverenlere, sigortacılara ve toplumu da maliyet açısından etkiler. ABD anketlerinde, yanıt verenler önceki 3 ayda kronik migrenin ortalama maliyetinin 1036 dolar ve epizodik migrenin 383 dolar olduğunu bildirmiştir. Migreni olan bireyler, migreni olmayanlara kıyasla 2916 $ daha fazla yıllık toplam doğrudan sağlık harcaması bildirmişlerdir (8033 $ - 5118 $). Migren ayrıca iş ve okul üretkenliğini azaltan önemli mesleki ve akademik yük ile ilişkilidir. Araştırmalar ve sistematik incelemeler sürekli

olarak epizodik migrene bağlı işçi verimliliği kaybının yılda yaklaşık 4 iş günü ve kronik migren nedeniyle yılda yaklaşık 7 iş günü olduğunu göstermektedir (Gibbs ve ark., 2020).

Migren, duygudurum veya anksiyete bozuklukları gibi komorbiditelerden bağımsız olarak hastaların sağlıklı yaşam kalitesini olumsuz etkiler ve günlük yaşamda çeşitli zorluklara katkıda bulunur. Bu nedenle, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) migreni yüksek öncelikli bir halk sağlığı problemi olarak görmektedir. Migrenle ilişkili özürlülük kesinlikle ciddiyeti ile ilişkilidir: iletişim, hareketlilik, öz bakım, topluma katılım, başkalarıyla ve aile üyeleriyle ilişkiler gibi işlevsellik alanları özellikle etkilenir (Raggi ve ark., 2012). Hastalık maliyeti çalışmaları sürekli olarak beyin bozukluklarının ekonomik ve sosyal maliyetlerinin çok büyük olduğunu ve örneğin diyabet veya kanser maliyetlerinden miktar olarak daha büyük olduğunu göstermektedir. Bu maliyetlerin yüksek olduğu iyi bilinmesine rağmen, beyni etkileyen bozuklukların genel, kişisel, sosyal ve ekonomik maliyetlerinin, geçerli ve ilgili bilgi eksikliği nedeniyle onlarca yıldır hafife alındığına dair kanıtlar da vardır. Hastalığın maliyeti çalışmaları genellikle bu bozuklukları olan kişilerin deneyimlerini şekillendiren, yaşam kalitelerini etkileyen ve klinik müdahalelerin kapsamını ve sıklığını belirleyen psikososyal zorlukların tamamını içermez (Cieza ve ark., 2013).

Migrenin önemli bir kişisel ve toplumsal yük ile ilişkili olduğu iyi bilinmektedir. Migrenin aile yaşamı ve ailelerin sosyal/boş zaman aktiviteleri, özellikle de eşler ve çocuklar üzerinde olumsuz etkileri olduğunu gösteren birçok çalışmada değerlendirilmiştir. Migrenli kişiler ve eşleri, migrenin aile yaşamı ve aile üyeleri üzerinde sayısız olumsuz etkileri olduğunu bildirmiştir. Amerika Birleşik Devletleri'ndeki popülasyonlarda, migrenli kişiler, çocuklarıyla ve eşleriyle tartışmaya daha yatkın olduklarını ve migren nedeniyle çocuklarının okul ve ev hayatlarına daha az dâhil olduklarını bildirmişlerdir. Migrenli insanlarla ilgili küresel bir araştırmada, katılımcıların yaklaşık yarısı önemli olayları kaçırmak, taahhütlerde bulunmaktan kaçınmak, migrenin cinsel yaşamları üzerindeki etkisi ile ilgili olumsuz etkilerden bahseder ve %44'ü migrenin aileleri üzerindeki etkisinden dolayı suçluluk duyduğunu bildirir. Küresel olarak, migren aynı zamanda eğitim, kariyer ve finans üzerinde değişken fakat önemli ölçüde olumsuz kişisel etkilerle ilişkilidir (Dawn C. ve ark., 2019). Migrene bağlı yarım kalmış günlük faaliyetler; kaçırılan iş veya okul; yerine getirilmeyen ev, topluluk veya toplumsal sorumluluklar; terk edilmiş sosyal faaliyetler veya eğlence çabaları; çocuklar ve aile üyeleri için kesintiye uğramış bakımlar ikincil etkilere dönüşür. Bu yetersizliklerin hepsi migrene bağlı yükün parçaları haline gelmiştir (Steiner ve ark., 2022).

Migrenin çeşitli psikiyatrik durumlarla, özellikle majör depresyon ve anksiyete bozukluklarıyla (özellikle panik ve fobi) komorbiditesi uzun zamandır bilinmektedir ve stresin sıklıkla migreni hızlandırdığı ve şiddetlendirdiği düşünülmektedir. Migrenliler arasında psikiyatrik bozuklukların prevalansına ilişkin popülasyona dayalı kesitsel araştırmalar, yaygın anksiyete, panik ve majör depresyon risklerinin arttığını bulmuştur. ABD'de nüfusa dayalı bir araştırma, migreni olmayan kontrollerle karşılaştırıldığında migren hastalarında depresyon prevalansında 2,7 kat artış olduğunu bildirirken, Fransa'da ülke çapında yapılan bir araştırma, anksiyete ve depresyon prevalansında 1,7 kat artış bulmuştur. Migren hastalarının klinik örneklerinden elde edilen sonuçlar, migren hastalarının migreni olmayan hastalara göre daha sık anksiyete ve depresyondan muzdarip olduğunu doğrulamıştır. Ayrıca, bu çalışmalar, kronik migreni olan hastaların, epizodik migreni olanlara göre daha sık anksiyete ve depresyon sergilediğini göstermiştir (Radat ve ark., 2008).

Hastalığın geniş kapsamlı yükünü tespit etmek için Uluslararası Migren Yükü Çalışması (“The International Burden of Migraine Study”), “Amerikan Migren Prevalans ve Önleme Çalışması” (AMPP) ve Kronik Migren Epidemiyolojisi ve Sonuçları çalışması gibi büyük araştırmalar yapılmıştır. Yapılan araştırmalar migrenin günlük yaşam aktivitelerini etkilediğini göstermiştir. Son sistematik incelemeler ayrıca migrenle ilişkili psikososyal güçlükler ve migreni olan kişilerin sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin sürekli olarak daha kötüye gittiğini göstermiştir (Gibbs ve ark., 2020).

“Küresel Hastalık Yükü” çalışması ayrıca beyni etkileyen bozukluklarla yaşamanın psikososyal yükünün yeterince anlaşılmadığını vurgulamış ve kişisel, ailevi ve sosyal yaşama katılmadaki zorlukların bu bozuklukların yüküne büyük ölçüde katkıda bulunduğunu açıkça ortaya koymuştur (Olesen ve Leonardi, 2003). DSÖ'nün nörolojik bozukluklarla ilgili 2006 raporu, bu bozuklukların yalnızca kişi üzerindeki yükünün değil, aynı zamanda aileler ve topluluklar üzerindeki etkisinin de dikkate alınması gerektiğini belirtmektedir. Ayrıca, nörolojik bozukluklarla yaşamanın yükü, bireyin çevresindeki hem arkadaş hem de yabancıların tutumlarının yarattığı yaygın damgalanma ve ayrımcılık nedeniyle artmaktadır. Bu sonuçlar, DSÖ'nün 2005 Ruh Sağlığı Atlası'nda derlenen ülke bazında verilerle desteklenmektedir. Psikososyal zorlukların yalnızca çeşitli alanlarda işlevsellikte azalmaya neden olan sağlık koşulları açısından değil, aynı zamanda dikkate alındığında, durumu açıklamaya katkıda bulunan fiziksel, sosyal ve tutumsal çevre açısından da tanımlanması gerektiğini gösterilmiştir (Cieza ve ark., 2013).

Migren tüm ülkelerde yaygın olan sakatlık durumları arasındadır. Bu amaçla kullanılabilecek kesin bir yöntem olmamakla birlikte, beyin bozukluklarının hastanın yaşamı üzerindeki etkisinin değerlendirilmesi, sağlık çalışanlarının tedavi sonuçlarını daha iyi belirlemesine ve hastalığın seyrini izlemesine yardımcı olmak için önemlidir. PARADISE-24 ölçeği nörolojik bozukluğu olan hastalarda psikososyal güçlüklerin ortak örüntüsünü değerlendirmek amacıyla Cieza ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Bu çalışma PARADISE-24 ölçeğini kullanılarak psikolojik güçlüklerin düzgün bir biçimde tespit edilebilmesi için doğru değerlendirme ölçütlerinin rehber olması prognozun daha iyi belirlemesinde ve hastalığın seyrinin izlenmesinde oldukça önemli olduğu düşüncesinden yola çıkarak migrenli hastalarda PARADISE-24'ün Türk Dilinde Güvenirlik-Geçerliğinin gerçekleştirilmesi ve yazına fayda sağlanması hedefiyle planlanarak gerçekleştirildi.

3. YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Bu çalışma beyni etkileyen bozukluklarda ortak olarak yaşanan psikososyal zorlukları saptamak ve bunların insanların yaşamları üzerindeki etkisini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş olan Beyin Bozuklukları ile İlgili Psikososyal Faktörler Ölçeği'nin (PARADISE-24) Türkçe versiyonunun psikometrik özelliklerini değerlendirmek amacıyla yapılan metodolojik bir çalışmadır. Bu bağlamda ölçeğin güvenirlik ve geçerlik çalışması yapılmştır.

Çalışmada bu sorular sorulmuştur:

- Beyin Bozuklukları ile İlgili Psikososyal Faktörler Ölçeği faktör yapısı Türk dilinde nasıl?
- Beyin Bozuklukları ile İlgili Psikososyal Faktörler Ölçeği Cronbach alfa değeri nedir?
- Beyin Bozuklukları ile İlgili Psikososyal Faktörler Ölçeği madde - alt boyut korelasyonları nasıldır?
- Beyin Bozuklukları ile İlgili Psikososyal Faktörler Ölçeği test-tekrar test geçerliği nasıldır?
- Beyin Bozuklukları ile İlgili Psikososyal Faktörler formu ile sosyodemografik ve klinik değişkenler nasıl ilişkidir?
- Beyin Bozuklukları ile İlgili Psikososyal Faktörler Ölçeği ile fonksiyonel durum ölçeklerinin ilişkisi nasıldır?

3.2. Araştırmanın Zamanı ve Yeri

Çalışma, Şubat-Temmuz 2022 döneminde Kocaeli Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Nöroloji Anabilim Dalı Baş Ağrısı Polikliniği'nde ve Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nöroloji Polikliniği'nde gerçekleştirilmiştir.

3.3. Araştırmanın Örneklemi ve Evreni

Araştırmanın evrenini, Kocaeli Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Nöroloji Anabilim Dalı Baş Ağrısı Polikliniği ve Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nöroloji Polikliniği'ne başvuran migrenli bireyler meydana getirdi. Bir ölçeğin farklı kültüre adaptasyonunda**,** örneklem büyüklüğünün ölçekteki toplam maddelerin en az beş katı olması (DeVellis 2003, Tavşancıl 2005, s.51) tavsiye edilmekte; test-retest ölçümlemesinin

yapılabilmesi aynı gruba iki kez en az otuz vaka alınması gerekmektedir (Tavşancıl 2005). Bu araştırmada, 120 (24x5) kişiye ulaşılması amaçlandı. Çalışma toplamda 124 kişi ile sonuçlandı. Çalışmaya alınan bireylerin özellikleri:

- Reşit olan,
- Migren tanısı alan,
- Anadili Türkçe, konuşma, anlama ve ifade bozukluğu olmayan
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olan kişiler çalışmaya alındı.

Migren dışında herhangi bir hastalığı olanlar çalışmaya dahil edilmedi.

3.4. Etik Konular

"Beyin Bozuklukları ile İlgili Psikososyal Faktörler Ölçeği" kullanım hakkı için PARADISE-24 'ün geliştiricisi Dr Coenen ile iletişime geçilip izin alındı (Ek-7). Çalışma için Kocaeli Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan izin alındı. Ayrıca çalışmanın yapıldığı kurumlar olan Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi ve Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kocaeli Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden kurum izni alındı. Katılımcılara açıklama yapılarak aydınlatılmış onamları alındı (EK-6).

3.5. Verilerin Toplanması

Veriler oluşturulan anket aracılığıyla yüzyüze görüşmelerle elde edildi. Çalışma öncesi bireylere, uygun açıklamalar anlatıldı ve gönüllü olanların ankete katılımı sağlandı. Çalışmaya katılan bireylerden yazılı olur formu alındı ve görüşmeye geçildi (EK-6).

3.6. Veri Toplama Araçları

Araştırmada Sosyodemografik verilerin elde edilmesi için hasta tanılama formu oluşturuldu. Türkçe geçerlik ve güvenirliği yapılacak olan "Beyin Bozuklukları ile İlgili Psikososyal Faktörler Ölçeği" (PARADISE) kullanıldı. Migren hastalarının baş ağrısı özellikleri Migren Özürlülük Ölçeği, hastaların anksiyete düzeyleri için "Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği" ve algılanan sosyal dayanak durumları açısından "Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği" kullanıldı. Veri toplama süresi 10-15 dk arasındadır.

3.6.1. Hasta Bilgi Formu

Araştırmayı yapan kişi tarafından yazın taranarak meydana getirilen form sosyodemografik ve sosyal özellikler ile hastalığa özgü veriler olarak iki grupta irdelendi. Sosyodemografik nitelikler yaş, cinsiyet, çocuk sahibi olma, eğitim ve medeni durum, kariyer, iş durumu, maddi kazanç vb. sorgulandı. Sağlığa yönelik verilerde migren tanı süresi, sıklığı, ilaç kullanma durumu, ek hastalık varlığı vb sorular soruldu (EK-1).

3.6.2. Beyin Bozuklukları ile İlgili Psikososyal Faktörler Ölçeği

PARADISE-24 adlı ölçüm aracı, nörolojik ve psikiyatrik (beyin) bozukluğu olan kişilerin sık yaşadığı psikososyal zorlukları (PSD) değerlendirmek amacıyla gerçekleştirilmiş bir Avrupa Birliği projesi kapsamında geliştirilmiştir. Bu araç, beyin bozukluklarının psikososyal etkisini klinik uygulama ve araştırmalarda değerlendirmek üzere geliştirilmiştir. Psikiyatrik ve nörolojik durumlar için geçerli bir ölçektir. PARADISE-24, kendi kendine uygulanan likert tipi bir ankettir (Hiç = 0, biraz = 1, çok = 2). Yüksek puanlar beyin bozuklukları sonrası psikososyal güçlüklerin fazlalığını göstermektedir (Cieaza ve ark. 2015). PARADISE-24 ölçeğinde ölçüm yapılan psikososyal zorluklar şunlardır: enerji ve dürtü, motivasyon, iştah, uyku, dikkat, hafıza, psikomotor zorluklar, ajitasyon ve saldırganlık, depresif ruh hali, endişe ve kaygı, stres, karar verme, ağrı , cinsel aktiviteler (vücut-fonksiyon alanları); iletişim, yürüme, yıkanma, günlük faaliyetlerde bağımsızlık, kişinin sağlığına dikkat etme, ilişkiler (arkadaşlar, aile ve özel arkadaşlar ile), eğitim/iş ve istihdam, parayı yönetme, topluluk faaliyetlerine katılma (aktiviteler ve katılım alanları) (Sabariego vd., 2015). Ayrıca hastadan bu sorunlar arasında en öncelikli gördüğü ilk beş maddeyi işaretlemesi istenir (EK-2).

3.6.3. Migren Özürlülük Değerlendirmesi Ölçeği (MIDAS)

Araştırmada migrenin neden olduğu sakatlık derecesini belirlemek amacıyla Migren Özürlülük Değerlendirmesi Ölçeği (MIDAS) kullanılmıştır (EK-3). MIDAS Türk toplumu için Ertaş vd. (2004) uyarlanmıştır. MIDAS iş, okul ve günlük ev işlerini kapsayan 5 maddeden meydana gelmektedir. Ağrı sebebiyle işe gidilemeyen günler ile verimliliğin yarı yarıya düştüğü günler sorularak elde edilen toplam ile MİDAS skoru belirlenmektedir. Alınan puanlara göre engellilik düzeyi dört başlıkta toplanmaktadır. 1. grup: Engellilik yok ya da az(0-5 gün zayi), 2. grupta: Hafif engellilik (6-10 gün zayi), 3. Grup: Orta seviyede engellilik (11-20 gün zayi) ve 4. Grup (21+ gün): önemli derecede engellilik (Boylu ve ark. 2012). Ölçeğin Cronbach alfa değeri örneklem gubumuzda 0,707 olarak hesaplanmıştır.

3.6.4. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADÖ)

Hastane Anksiyete ve depresyon (HAD) Anketi 1983 yılında Zigmond ve Snaith aracılığıyla oluşturulmuş güvenilirlik ve geçerliği çalışılmıştır. Türk toplumu için Aydemir ve arkadaşları tarafından uyarlanmıştır (Aydemir vd., 1997). Depresyon ve anksiyete alt boyutlarından oluşmaktadır. Anket öz bildirim ölçeğidir; 7'si anksiyete diğer 7'si depresyonu ele alan toplamda 14 maddelidir. Cevaplar 4'lü Likert biçminde yorumlanmaktadır. Yüksek puan anksiyete ve depresyon semptomlarının fazlalığını gösterir. Ölçeğin Cronbach alfa değeri örneklem gubumuzda anksiyete için 0,782, depresyon için 0,786 olarak hesaplanmıştır (EK-4).

3.6.5. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ)

Kaynaklarda görülen sosyal dayanak anketlerinin yetersizliği nedeniyle Zimet, Dahlem ve ark. 1988 yılında "Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğini" (Multidimensional Scale of Perceived Social Support) literatüre kazandırmışlardır. Türk Toplumu için uygunluğunu Eker ve Arkar yapmıştır (Eker ve Arkar 1995). Ölçeğin Türkçe versiyonunun retest geçerliği, yapı geçerliliği ve iç tutarlılığının iyi derecede olduğu ve faktör yapısı bakımından özgün ölçeğe benzer bulunduğu gösterilmiştir. Madde sayısı 12 olan form "arkadaş", "aile" ve "özel yada önemli bir kişi" olmak üzere bu kişilerden alınan yardımın ne ölçüde olduğunu analiz etmek için geliştirilmiştir. Dörder maddelik üç alt boyuttan meydana gelen (6,7,9,12 arkadaşlar, 1,2,5,10 özel bir kişi ve 3,4,8,11 aile) ÇBASDÖ Likert tipli 1-7arası puan verilen bir ankettir. Puan artışı sosyal destekteki artışı gösterir. Ölçeğin Cronbach alfa değeri örneklem gubumuzda 0,956 olarak hesaplanmıştır (EK-5).

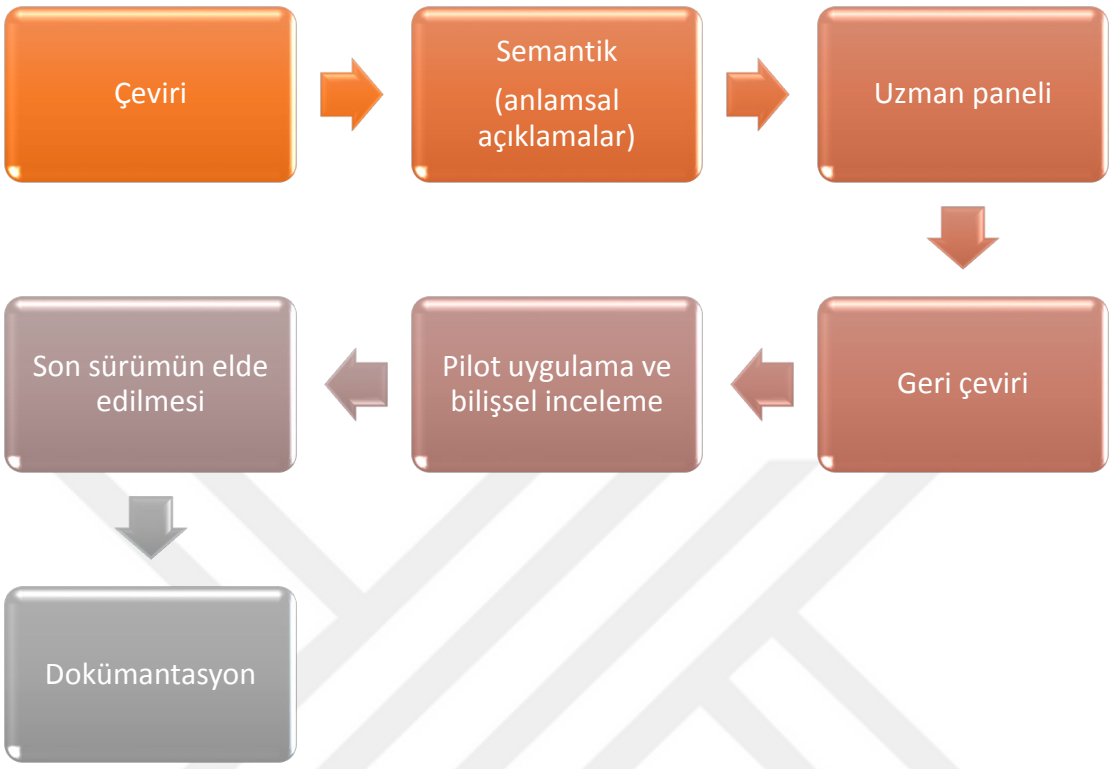
3.7. Beyin Bozuklukları ile İlgili Psikososyal Faktörler Ölçeği'nin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması Aşamaları

3.7.1. Dil ve Kapsam Geçerliği

Enerjik ve değişken bir bileşene sahip kültür, her toplulukta olaylara bakış açısı düşünce, his ve tutumların farklı olmasını sağlar. Kültür aynı toplulukta dahi türlü etkenlerle (örn., teknolojik gelişmeler) kısa sürede kendini yenileyebilir. Bu nedenle, başka dilden ölçek adaptasyonu sırasında, kültür faktörü dikkate alınarak uyarlama sürecinde gerekli adımlar atılmalıdır (Akbaş ve Korkmaz, 2007).

Ölçek uyarlama sürecinde yapılacak işlemler kaynaklarda aynı şekilde yada çok az farkla aktarılmıştır. Adaptasyon sırasında takip edilecek sıralama Şekil 3-1'de gösterilmiştir.

Bu basamaklar DSÖ aracılığıyla literatürden oluşturulmuştur (DSÖ, 2017) (Çapık ve ark. 2018).



Şekil 3-1: Ölçek uyarlama sürecinde izlenecek adımlar.

Çalışmamızda kullanılan ölçeğin, dil ve çeviri çalışması literatür doğrultusunda şu basamaklar takip edilerek oluşturuldu:

1. Anket Türkçe ve İngilizceye hakim ve aralarında bağlantı olmayan iki uzman tarafından anadilinden Türk diline tercüme edildi.
2. Çevrilen metinler, İngilizce bilen iki uzmanın görüş birliğiyle tek bir form şeklinde düzenlendi.
3. Oluşturulan metin ile ölçeğin orijinal İngilizce metni karşılaştırılarak Türkçe versiyonu üzerinde tartışılarak, anlaşmaya varılamayan iki madde (madde 18 ve madde 23) ölçeği geliştiricilere danışıldı.
4. Ölçek, 1 psikiyatrist hekim, nöroloji ve psikiyatri alanında uzman 6 akademisyen hemşire ve 1 psikoloğun görüşleri alınarak tercümenin kabul edilebilirliği ve kapsam geçerliği açısından gözden geçirildi. Her bir maddenin kavranabilirliği ve uygunluğuna uzmanlar tarafından "kapsam geçerlik indeksine" (KGİ) göre 1'den 4'e kadar puanlayarak ölçümlemeleri istendi (1: Uygun değil, 2: Biraz uygun, ifadenin revizyonu

gerekir, 3: Oldukça uygun ancak ufak değişiklik gerekir, 4: Çok uygun). Uzmanlardan gelen öneriler doğrultusunda ölçeğe son şekli verildi.

5. Ölçek , Türkçe ve İngilizce'yi iyi bilen uzman aracılığıyla ana diline geri çevrildi ve ölçeği geliştirenlere gönderildi.
6. Ölçeğe son şekli verildikten sonra çalışma içine alınan on kişiden oluşan topluluğa ön test yapıldı. Ön testte tüm maddeler katılımcılar tarafından kavranabilir bulunduğundan ölçek maddeleri üzerinde herhangi bir değişikliğe gidilmedi.

3.7.2. Ölçeğin Yapı Geçerliği

Yapı geçerliği ölçekten türetilen puanların kullanımları ve yorumlarıyla ilgilidir. Anketteki her bir maddenin topluca incelediği tek bir anlam veya bir kaç anlamı ölçtüğünü rakamsal ortaya koyan bir yöntemdir. Yapı geçerliliği oluşturulan maddelerin, ölçülmek istenen sorunun özelliklerinin ne kadarının karşılandığı ile ilgilidir. (Büyüköztürk 2002). Faktör analizi (FA), çoklu değişkenler/öğeler arasındaki ilişkileri açıklayan temel boyutları keşfetmek için istatistiksel prosedürler kullanarak bir dizi karmaşık değişkeni veya öğeyi basitleştirmeye olanak tanır. FA, bir korelasyon matrisini basitleştirir, böylece bir araştırmacı bir ölçekteki maddeler ile maddelerin ortak noktalarının altında yatan faktörler arasındaki ilişkiyi daha kolay anlayabilir. FA, ölçeğin yapı geçerliliği için kanıt üretmek üzere klinik değerlendirme araçlarını geliştirmek ve rafine etmek için yaygın olarak uygulanan ve yaygın olarak teşvik edilen bir prosedürdür (Tavakol ve Wetzel, 2020).

Beyin Bozuklukları İle İlgili Psikososyal Faktörler Anketi'nin Türkçe versiyonunu analiz etmek için Keşfedici (açıklayıcı) FA (KFA) kullanılmıştır. KFA anket maddelerinin arka planında yatan gizli faktörleri ortaya çıkarmak amacıyla yapılır. KFA yeni geliştirilen bir ölçeğin "yapı geçerliğinin" test edilmesi, yabancı dilden çevrilerek "uyarlanan ölçeklerin yapısal denkliklerinin" sorgulanması veya var olan faktöriyel yapıların başka ana kütlelerde sınanmak istenmesi durumlarında kullanılır (Şencan ve Fidan, 2020). KFA'de örneklemin yeterli büyüklükte olup olmadığına bakmak için Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) değerine ve "Bartlett's Küresellik" testine bakılmıştır. KMO değerinin 1'e yakınlığı verilerin faktör analizi için uygun olduğunu gösterir. Çalışmamızda yapı geçerliği ile ilgili verilere yönelik istatistiksel bilgilere bulgular bölümünde değinildi. KMO ölçüm değerleri; 0,90-100 arasında mükemmel, 0,80-0,89 arasında oldukça iyi, 0,70-0,79 arasında iyi, 0,60-0,69 arasında orta, 0,50-0,59 arasında zayıf ve <0,50 ise kabul edilemez şeklindedir.

3.7.3. Ölçeğin Güvenirliği

Güvenirlik ölçek uyarlama sürecindeki adımlardan biridir (Kartal ve Dirlik, 2016). Güvenirlik, test puanlarının hatadan arınık olma derecesi olarak tanımlanmaktadır. Güvenilirlik, bir anketin tekrarlanabilirliği, kararlılığı veya iç tutarlılığı anlamına gelir. Bunu göstermenin en yaygın yollarından biri Cronbach α istatistiğini kullanmaktır. Bu istatistik, maddelerin aynı alanı ölçüp ölçmediğini belirlemek için maddeler arası korelasyonları kullanır (Rattray ve Jones, 2007).

Cronbach Alfa katsayısının değerlendirilmesinde kullanılan değerlendirme kriteri (Kılıç, 2016)

Güvenirlik katsayısı (Cronbach Alfa)	**Yorum**
≥0.9	Mükemmel
0.7≤ α <0.9	İyi
0.6≤ α <0.7	Kabul edilebilir
0.5≤ α <0.6	Zayıf
α<0.5	Kabul edilemez

Çalışmamızda Coranbach Alfa katsayısı ölçeğin güvenirliğini değerlendirmek için kullanılmıştır. Özellikle küçük örneklem boyutlarında bu puan yanlı olabilir, yanlılığı azaltmak için, düzeltilmiş bir madde-toplam korelasyonu hesaplanmalıdır. Bu, korelasyondan önce anketten toplam puandan maddenin puanını çıkarır (Rattray ve Jones, 2007). Ölçekten rastgele bir değişken silindiğinde, silinmeyen maddelerin birbirine olan uyumunu ve benzerliğini saptamak için "Değişken Silindiği Taktirde Ölçeğin Alfa Katsayısı" (Alpha if Item Deleted) hesaplanmıştır. Beyin Bozuklukları İle İlgili Psikososyal Faktörler Ölçeği'nin maddeler arası korelasyon analizi sonrası α =0,941 ölçülmüştür. Bu değer ölçeğimizin güvenirliğinin yüksek olduğunu göstermektedir.

Test-tekrar test güvenilirliği, bir ölçümün zaman içindeki kararlılığını değerlendirir (Rattray ve Jones, 2007). Çalışmamızda test-tekrar test korelasyonunu değerlendirmek amacıyla çalışma kriterlerini karşılayan 30 hastaya 4 hafta ara ile ikinci kez uygulanmak istendi. Ancak çalışmadaki zaman sınırlılığı nedeniyle bu gerçekleştirilemedi.

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

İstatistiksel analizler için SPSS 21.0 (IBM) yazılımı kullanıldı. Araştırma verilerinin analizinde tanımlayıcı istatistikler (ortalama, standart sapma, minimum, maksimum, medyan, frekans, yüzde) yapıldı. Sayısal verilerin normal dağılıma uygunluğu "Shapiro-Wilk" testi ile sınandı. İki grup ortalamasının kıyaslanmasında veriler normal dağılım gösteriyorsa "Student-t testi", normal dağılım göstermeyen verilerin karşılaştırmalarında "Mann-Whitney U test" kullanıldı. Veri setinde normale yakın dağılmayan üç ya da daha fazla bağımsız grup verisi parametrik varsayımları karşılamadığında "Kruskal-Wallis test" ve "Dunn-Bonferroni test" kullanıldı. İki sayısal değişken arasındaki ilişkinin değerlendirilmesinde Spearman ya da Pearson korelasyon yöntemi kullanıldı. İstatistiksel açıdan anlamlılık $p < 0,05$ olarak kabul edildi.

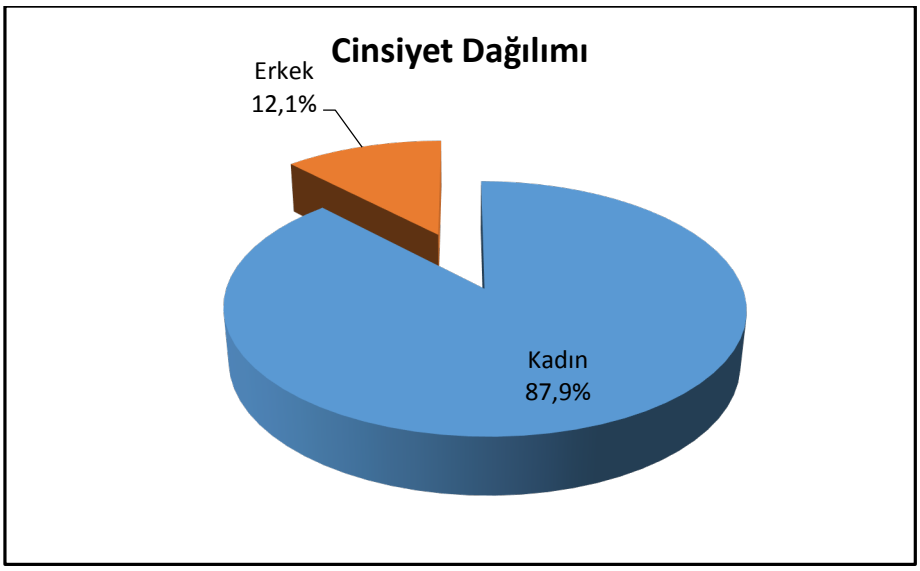
4. BULGULAR

Araştırma bulguları ;

1.Katılımcılara ait sosyodemografik ve hastalıkla ilişkili bulgular,
2.Ölçeğe yönelik geçerlik ve güvenirlikle ilişkili bulgular,
3.Katılımcıların PARADISE-24 Ölçeği skorlarının MIDAS, ÇBASD ve HAD ölçekleri ile korelasyonlarına ilişkin bulgular
4.Hastaların PARADISE-24 Ölçeği puan ortalamalarının Sosyodemografik ve klinik özelliklere göre değerlendirilmesine yönelik sonuçlar olarak dört ana başlık altında incelendi.

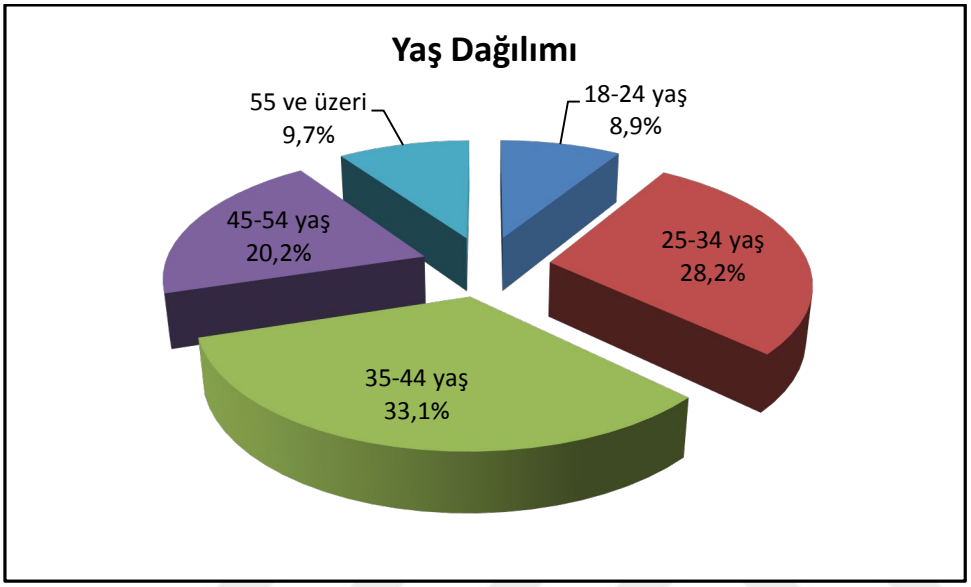
4.1. Katılımcılara Ait Sosyodemografik ve Hastalıkla İlişkili Bulgular

Katılımcıların sosyodemografik değişkenleri ve rahatsızlığa ait özellikleri incelendiğinde çalışmaya katılan bireylerin %87,9'u (n=109) kadın ve %12,1 (n=15) erkek olduğu belirlenmiştir (Şekil 4.1)



Şekil 4-1: Hastaların cinsiyete göre dağılımları.

Hastaların yaş ortalaması 39; %8,9'unun (n=11) "18-24 yaş", %28,2'sinin (n=35) "25-34 yaş", %33,1'i (n=41) "35-44" yaş, %20,2'sinin (n=25) "45-54" yaş, %9,7'sinin (n=12) 55 ve üzeri yaşta olduğu görülmektedir (Şekil 4.2).



Şekil 4-2: Hastaların yaş dağılımları.

Hastaların diğer Sosyodemografik özellikleri incelendiğinde; %77,4'ünün (n=96) evli olduğu, %72,6'sının (n=90) çocuk sahibi olduğu, %53,2'sinin (n=66) lisans/ön lisans, %8,9'unun (n=11) lisansüstü eğitim seviyesine sahip olduğu görülmektedir. Katılımcıların %60,5'i (n=75) çalışan, %52,4'ü (n=65) gelir gidere eşit olup, sadece %10,5'inin (n=13) tek başına yaşadığı, %32,3'ü (n=40) ilde yaşarken, %29,8'inin (n=37) büyükşehirde yaşadığı görülmektedir (Tablo 4.1).

Hastaların %46,8'inin (n=58) 10 yıldan uzun süredir migren tanısı aldığı, %43,5'inin (n=54) her gün veya haftada 1-3 gün baş ağrısı yaşadığı, %76,7'sinin (n=95) dayanılmaz seviyede baş ağrısı olduğu saptandı. Hastaların %36,3'ünde (n=45) ek bir hastalık vardır. Hastaların %70,2'sinin (n=87) düzenli ilaç aldığı görülmektedir (Tablo-4.2).

Tablo 4-1: Hastaların sosyodemografik özellikleri.

		n (%)
Yaş	**"18-24"**	11 (8,9)
	"25-34"	35 (28,2)
	"35-44"	41 (33,1)
	"45-54"	25 (20,2)
	"55 ve Üzeri"	12 (9,7)
Cinsiyet	**Kadın**	109 (87,9)
	Erkek	15 (12,1)
Medeni Durum	**Evli**	96 (77,4)
	Bekar	23 (18,5)
	Dul/Boşanmış	5 (4,0)
Çocuk Sahibi Olma	**Evet**	90 (72,6)
	Hayır	34 (27,4)
Eğitim Durumu	**İlkokul-Ortaokul**	24 (19,4)
	Lise	23 (18,5)
	Lisans-Ön Lisans	66 (53,2)
	Lisansüstü	11 (8,9)
Çalışma Durumu	**Çalışıyor**	75 (60,5)
	Çalışmıyor	49 (39,5)
Gelir Gider Durumu	**Gelir Daha Fazla**	20 (16,1)
	Eşit	65 (52,4)
	Gelir Daha Az	39 (31,5)
Kimle Yaşıyor	**Yalnız**	13 (10,5)
	Eş	17 (13,7)
	Eş ve Çocuk	80 (64,5)
	Ebeveyn	14 (11,3)
Nerede Yaşıyor	**Köy**	6 (4,8)
	İlçe	41 (33,1)
	İl	40 (32,3)
	Büyükşehir	37 (29,8)

Tablo 4-2: Hastalık sürecine ilişkin özellikler.

		n (%)
Tanı Süresi	**1 Yıldan Az**	16 (12,9)
	1-5 Yıl	32 (25,8)
	6-10 Yıl	18 (14,5)
	10 Yıldan Çok	58 (46,8)
Baş Ağrısı Sıklığı	**Her Gün**	5 (4,0)
	Haftada 1-3 Gün	49 (39,5)
	Haftada 4-6 Gün	14 (11,3)
	2 Haftada Bir	35 (28,2)
	Ayda Bir	21 (16,9)
Baş Ağrısı Süresi	**1 Saatten Az**	7 (5,6)
	1-4 Saat	31 (25,0)
	4-12 Saat	35 (28,2)
	12-24 Saat	18 (14,5)
	24 Saatten uzun	33 (26,6)
Baş Ağrısı Şiddeti	**3-4 Rahatsız Edici**	1 (0,8)
	5-6 Orta	5 (4,0)
	7-8 Şiddetli	23 (18,5)
	9-10 Dayanılmaz	95 (76,7)
Ek hastalık	**Var**	45 (36,3)
	Yok	79 (63,7)
Ek hastalık (n=45)	**Nörolojik Hastalık**	7 (15,6)
	Kas-İskelet	5 (11,1)
	Gastrointestinal	5 (11,1)
	KBB	3 (6,7)
	Endokrin	11 (24,4)
	Romatizma	3 (6,7)
	Kardiyovasküler	5 (11,1)
	Solunum	4 (8,9)
	Diğer	2 (4,4)
Düzenli ağrı kesici kullanma	**Evet**	87 (70,2)
	Hayır	37 (29,8)

4.2. Ölçeğe Yönelik Geçerlik ve Güvenirlikle İlişkili Bulgular

4.2.1. Geçerlik Analizleri

a) Kapsam Geçerliği

Çalışmamızda Ölçeğin kapsam geçerliği 0,96 olarak bulundu.

b) Yapı Geçerliği

Beyin Bozuklukları İle İlgili Psikososyal Faktörler Ölçeği 24 maddelik bir ölçek olup elde edilen verilerin dağılımı aşağıda verilmiştir (Tablo-4.3).

Tablo 4-3:PARADISE-24 Ölçek sorularına verilen yanıtların dağılımı.

	Sorun yok		Hafif derecede		Orta derecede		Ciddi derecede		Aşırı derecede	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
PARADISE-1	3	2,4	13	10,5	53	42,7	39	31,5	16	12,9
PARADISE-2	11	8,9	23	18,5	43	34,7	34	27,4	13	10,5
PARADISE-3	47	37,9	16	12,9	33	26,6	17	13,7	11	8,9
PARADISE-4	18	14,5	15	12,1	32	25,8	32	25,8	27	21,8
PARADISE-5	27	21,8	35	28,2	34	27,4	17	13,7	11	8,9
PARADISE-6	16	12,9	17	13,7	48	38,7	28	22,6	15	12,1
PARADISE-7	8	6,5	17	13,7	47	37,9	34	27,4	18	14,5
PARADISE-8	8	6,5	19	15,3	49	39,5	32	25,8	16	12,9
PARADISE-9	13	10,5	18	14,5	44	35,5	32	25,8	17	13,7
PARADISE-10	5	4,0	11	8,9	32	25,8	42	33,9	34	27,4
PARADISE-11	27	21,8	32	25,8	35	28,2	17	13,7	13	10,5
PARADISE-12	17	13,7	36	29,0	43	34,7	15	12,1	13	10,5
PARADISE-13	27	21,8	34	27,4	40	32,3	17	13,7	6	4,8
PARADISE-14	47	37,9	30	24,2	24	19,4	17	13,7	6	4,8
PARADISE-15	46	37,1	29	23,4	31	25,0	9	7,3	9	7,3
PARADISE-16	55	44,4	30	24,2	27	21,8	7	5,6	5	4,0
PARADISE-17	42	33,9	26	21,0	27	21,8	18	14,5	11	8,9
PARADISE-18	63	50,8	20	16,1	23	18,5	9	7,3	9	7,3
PARADISE-19	36	29,0	27	21,8	39	31,5	14	11,3	8	6,5
PARADISE-20	73	58,9	21	16,9	18	14,5	5	4,0	7	5,6
PARADISE-21	52	41,9	35	28,2	23	18,5	11	8,9	3	2,4
PARADISE-22	31	25,0	30	24,2	40	32,3	14	11,3	9	7,3
PARADISE-23	44	35,5	34	27,4	27	21,8	11	8,9	8	6,5
PARADISE-24	43	34,7	32	25,8	24	19,4	14	11,3	11	8,9

Ölçek maddelerinin öncelik sırasına verilen cevapların dağılımı incelendiğinde; büyük kısmının birinci önceliğinin 1. ve 4. maddeler olduğu görülmüştür. Bu maddelerden 1. Madde enerji ve dürtü, 4. madde uyku işlevi ile ilgilidir. Maddelerin dağılımına bakıldığında her ikisinin de n=24 (%19,4) olduğu görülmüştür. İkinci önceliğin madde 4 uyku işlevi n=20 (% 16,1) olduğu, üçüncü öncelik madde 10 ağrı n=18 (%14,5), dördüncü öncelik madde 10 ağrı n=20(%16,1) ve son öncelik madde 7 depresif ruh hali ve madde 22 eğitim ve iş her iki

maddenin oranı n=11 (%8,9) olduğu görülmüştür. Tablo 4-4'te öncelik sorusuna verilen cevapların dağılımı verilmiştir.

Tablo 4-4: Ölçek maddelerinin öncelik sırasına verilen cevapların dağılımı.

Madde No	Öncelik Sırası Dağılımı					
	MADDE İSMİ	1	2	3	4	5
	Psikososyal zorluklar	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
PARADISE_1	Enerji ve dürtü	24 (19,4)	12 (9,7)	9 (7,3)	2 (1,6)	6 (4,8)
PARADISE_2	Motivasyon	10 (8,1)	11 (8,9)	7 (5,6)	4 (3,2)	3 (2,4)
PARADISE_3	İştah	9 (7,3)	10 (8,1)	3 (2,4)	1 (0,8)	1 (0,8)
PARADISE_4	Uyku	24 (19,4)	20 (16,1)	11 (8,9)	1 (0,8)	7 (5,6)
PARADISE_5	Ajitasyon ve saldırganlık	10 (8,1)	8 (6,5)	1 (0,8)	3 (2,4)	4 (3,2)
PARADISE_6	Psikomotor işlev	2 (1,6)	7 (5,6)	5 (4,0)	6 (4,8)	1 (0,8)
PARADISE_7	Depresif ruh hali	5 (4,0)	12 (9,7)	7 (5,6)	6 (4,8)	11 (8,9)
PARADISE_8	Endişe ve kaygı	5 (4,0)	6 (4,8)	11 (8,9)	5 (4,0)	7 (5,6)
PARADISE_9	Stres	4 (3,2)	5 (4,0)	10 (8,1)	9 (7,3)	6 (4,8)
PARADISE_10	Ağrı	12 (9,7)	11 (8,9)	18 (14,5)	20 (16,1)	9 (7,3)
PARADISE_11	Dikkat	2 (1,6)	1 (0,8)	2 (1,6)	10 (8,1)	4 (3,2)
PARADISE_12	Hafıza	1 (0,8)	4 (3,2)	10 (8,1)	8 (6,5)	9 (7,3)
PARADISE_13	Karar verme	1 (0,8)	1 (0,8)	3 (2,4)	4 (3,2)	3 (2,4)
PARADISE_14	İletişim	2 (1,6)	0	3 (2,4)	5 (4,0)	3 (2,4)
PARADISE_15	Yürüme	2 (1,6)	0	4 (3,2)	3 (2,4)	3 (2,4)
PARADISE_16	Günlük aktivite	0	0	3 (2,4)	3 (2,4)	0
PARADISE_17	Cinsel aktivite	2 (1,6)	3 (2,4)	5 (4,0)	6 (4,8)	7 (5,6)
PARADISE_18	Bağımsızlık	1 (0,8)	0	4 (3,2)	7 (5,6)	2 (1,6)
PARADISE_19	Sağlığa dikkat etme	2 (1,6)	0	3 (2,4)	5 (4,0)	6 (4,8)
PARADISE_20	İlişkiler (arkadaş)	0	1 (0,8)	1 (0,8)	1 (0,8)	1 (0,8)
PARADISE_21	Aile ve özel ilişkiler	1 (0,8)	1 (0,8)	0	2 (1,6)	5 (4,0)
PARADISE_22	Eğitim ve iş	3 (2,4)	4 (3,2)	4 (3,2)	6 (4,8)	11 (8,9)
PARADISE_23	Parayı yönetme	1 (0,8)	2 (1,6)	0	3 (2,4)	6 (4,8)
PARADISE_24	Topluluk faaliyetleri	1 (0,8)	5 (4,0)	0	4 (3,2)	9 (7,3)

PARADISE-24 ölçeğinden elde edilen verilerin değerlendirilmesinde Açıklayıcı (Keşfedici) Faktör (KFA) Analizi kullanıldı. KFA'de Varimax rotasyonu yapıldığında maddelerin iki alt boyutta toplandığı ve açıklayıcılık katsayısı sonucunun %51,48 çıktığı görülmektedir. Uygulanan faktör analizi neticesinde; alt boyutlardaki yükleri %40'ın altında olan ya da birden fazla alt boyuta yakın yüklerde (%10'un altında) olan madde tespit edilmemiştir. Veri setinin faktör analizi için uygunluğunu değerlendirmek amacıyla "Kaiser-Meyer-Olkin" (KMO) ve değişkenlerin birbiriyle korelasyon gösterip göstermediğini denemek için " Bartlett Testi" uygulanmıştır. Tablo 4-5'de PARADISE-24 ölçeğinin KMO ve Bartlett testi sonuçları verilmiştir.

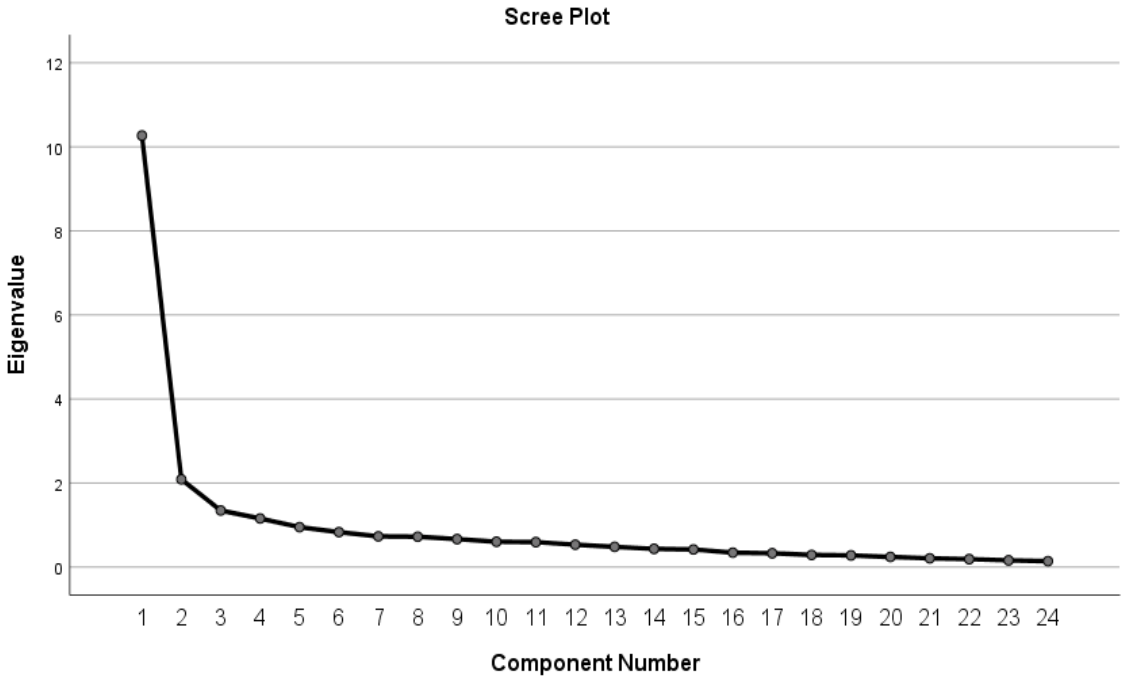
Tablo 4-5:PARADISE-24 Ölçeği KMO ve Bartlett küresellik testi sonuçları.

Kaiser-Meyer-Olkin Örneklem Yeterlilik Ölçümü		**0,904**
Bartlett Küresellik Testi	**Ki kare**	1714,902
	Serbestlik derecesi	0,276
	Anlamlılık	**0,001**

Elde edilen verilere yönelik anlamlı bileşenleri tespit etmek ve faktör sayısını belirlemek için Özdeğer istatistiği (eigenvalue) ve Scree Plot Grafiği analizleri yapıldı. Elde edilen özdeğer istatistiği değerleri ve açıklanan toplam varyans sonuçları aşağıdadır (Tablo-4.6, Şekil 4.3).

Tablo 4-6: PARADISE-24 Ölçeği faktör analizi eigen değerleri ve varyans sonuçlarına ilişkin bulgular.

	Özdeğer toplamı	**Varyans %**	**Toplam Varyans %**
Faktör 1 (1-10)	6,321	26,338	26,338
Faktör 2 (11-24)	6,034	25,143	51,481



Şekil 4-3: PARADISE-24 Ölçeği Scree Plot Grafiği.

PARADISE-24 ölçeği faktör yükleri ele alındığında; Faktör 1 boyutunda korelasyon değerleri 0,476 ile 0,788 ve Faktör 2 boyutunda 0,574 ile 0,788 arasında hesaplanmıştır. Tablo-4.7'de faktör yüklerinin değerleri verilmiştir.

Tablo 4-7: PARADISE-24 Ölçeği Faktör analizi sonuçları.

	Faktörler	
	2	**1**
PARADISE-16	0,788	
PARADISE-20	0,764	
PARADISE-14	0,758	
PARADISE-24	0,708	
PARADISE-21	0,687	
PARADISE-22	0,678	
PARADISE-19	0,592	
PARADISE-23	0,588	
PARADISE-17	0,575	
PARADISE-18	0,574	
PARADISE-11	0,571	
PARADISE-13	0,562	
PARADISE-15	0,520	
PARADISE-12	0,476	
PARADISE-7		0,788
PARADISE-6		0,755
PARADISE-8		0,743
PARADISE-2		0,730
PARADISE-5		0,700
PARADISE-9		0,669
PARADISE-4		0,667
PARADISE-1		0,655
PARADISE-3		0,575
PARADISE-10		0,574

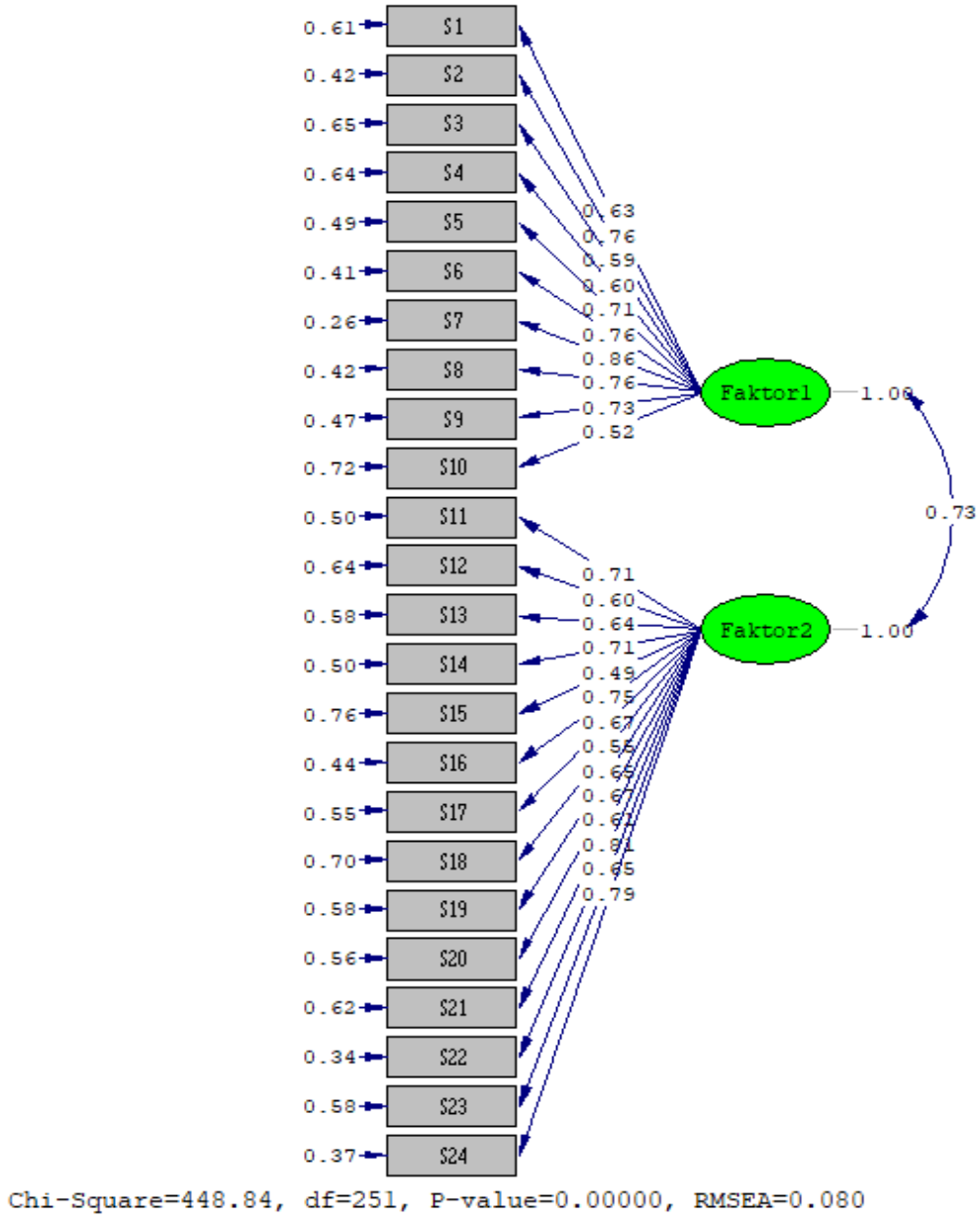
PARADISE-24 alt boyutlarını oluşturan soruların dağılımı Tablo-4.8'de görülmektedir.

Tablo 4-8: PARADISE-24 ölçek maddelerinin alt boyutlara göre dağılımı.

	Madde numaraları
Faktör 1 *(psikolojik yük)*	1-10
Faktör 2 *(işlevsellik)*	11-24

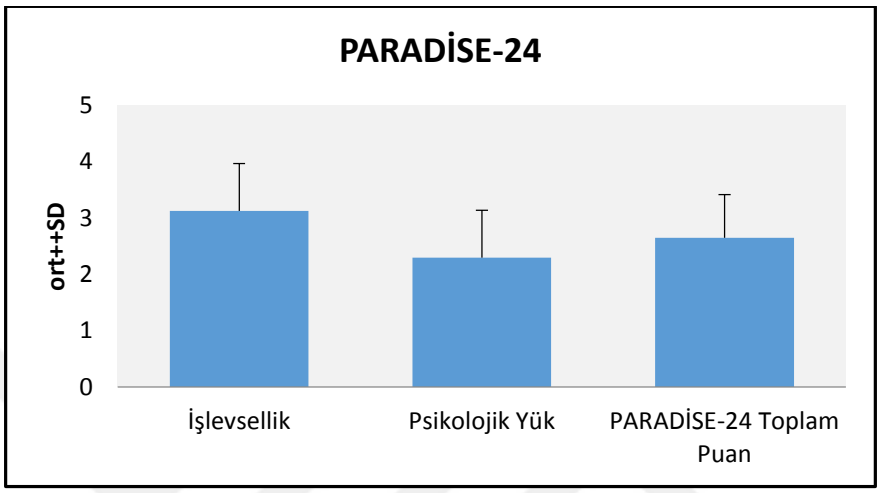
PARADISE-24'ün Doğrulayıcı Faktör Analizine İlişkin Bulguların İncelenmesi

Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) sonucundaki, PARADISE-24 anketine ait iki alt boyutu meydana getiren maddelerin standartlaştırılmış yükleri Şekil 4-4'de görülmektedir.



Şekil 4-4: PARADISE-24 ölçeğine ilişkin DFA grafiği

PARADISE-24 ölçeği puanları hesaplandığında; İşlevsellik alt boyutu skorunun 1,2 ila 5 puan aralığında değiştiği, ortalama değerinin 3,13±0,84 ve ortanca değerinin 3,2 olduğu saptanmıştır. Psikolojik yük alt boyutu skorunun 1 ila 5 puan aralığında değişerek ortalama değerin 2,30±0,84 ve ortanca değerin 2,1 olduğu saptanmıştır. PARADİSE-24 toplam skorunun 1,2 ila 5 aralığında değiştiği, ortalamanın 2,65±0,77 ve ortanca değeri 2,6 olduğu saptanmıştır.



Şekil 4-5: PARADISE-24 ölçeği puanları dağılımı

DFA'nin sınanabilmesi için oluşturulan modele yönelik boyutlara ait düzeltmeli Ki-kare ($א^2$/df) değeri ve uyum iyiliği istatistikleri tablo 4-9'de verilmiştir.Ölçeğin iki faktörlü yapısı değerlendirildiğinde, uyum ölçüt değerleri aşağıda verilmiştir (Tablo 4-9).

Tablo 4-9: PARADISE-24 ölçeği DFA'ne yönelik uyum ölçütlerinin incelenmesi.

Uyum Ölçütleri	Modelin Sonuçları	Yorum
RMSEA[a]	0,080	Kabul Edilebilir
NFI[b]	0,92	Kabul Edilebilir
NNFI[c]	0,96	Kabul Edilebilir
CFI[d]	0,96	Kabul Edilebilir
IFI[e]	0,96	İyi uyum
RFI[f]	0,91	İyi uyum
SRMR[g]	0,066	Kabul Edilebilir
GFI[h]	0,77	-
AGFI[i]	0,72	-
χ^2 /df[j] *(448.84/ 251)*	1,79	İyi uyum

[a] İyi uyum 0<RMSEA<0,05; kabul edilebir uyum 0<RMSEA<0,05
[b] İyi uyum 0,95≤ NFI ≤1; kabul edilebir uyum 0,90≤ NFI ≤0,95
[c] İyi uyum 0,97≤ NNF ≤1; kabul edilebir uyum 0,95≤ NNFI ≤0,97
[d] İyi uyum 0,97≤ CFI ≤1; kabul edilebir uyum 0,95≤ CFI ≤0,97
[e] İyi uyum 0,95≤ IFI ≤1; kabul edilebir uyum 0,90≤ IFI ≤0,95
[f] İyi uyum 0,90≤ RFI ≤1; kabul edilebir uyum 0,85≤ RFI ≤ 0,90
[g] İyi uyum 0≤ SRMR ≤0,05; kabul edilebir uyum 0,05≤ SRMR ≤0,10
[h] İyi uyum 0,95 ≤GFI ≤1; kabul edilebir uyum 0,90≤ GFI ≤0,95
[i] İyi uyum 0,90≤ AGFI ≤1; kabul edilebir uyum 0,85≤ AGFI ≤0,90
[j] İyi uyum $0 \leq \chi^2/df \leq 3$; kabul edilebir uyum $3 \leq \chi^2/df \leq 5$

4.2.2. Güvenirlik Analizleri

a) İç Tutarlık

Ölçüm aracının maddelerinin kendi içinde ne düzeyde homojen olduğu ve maddelerin istenilen kavramı iyi derecede ölçme yeterliliğidir. Güvenirlik ölçütü olarak sıklıkla kullanılmaktadır. İç tutarlılık ölçeğin tüm alt boyutlarının aynı parametreyi ölçüp ölçmediğini belirlemek için maddeler arası korelasyonları kullanılır (Karakoç ve Dönmez, 2014). Bu çalışmada ölçeğin her bir sorusunun aynı yönü ölçtüğünün belirlenmesi için Cronbach Alfa güvenirlik katsayısından yararlanılmıştır. PARADISE-24 ölçeğinin iç tutarlılığı analizinde α =0,941 güvenilirlik katsayısına ulaşılmıştır (Tablo 4-10)

Madde silindiği takdirde Cronbach Alfa katsayılarında rastgele bir sorunun faktörden çıkarılmasının güvenilirliğe olumlu etki etmeyeceğini göstermektedir. Maddelerin güvenilirlik düzeyine etkileri ise Tablo 4-10'de gösterilmiştir.

Tablo 4-10: PARADISE-24 ölçeği maddelerinin güvenilirliğe etkileri.

	Madde silindiğinde ölçek ortalaması	Madde silindiğinde ölçek varyansı	Düzeltilmiş madde bütün korelasyonu	Madde silindiğinde cronbach alfa
PARADISE_1	60,185	322,380	0,540	0,938
PARADISE_2	60,484	314,382	0,652	0,937
PARADISE_3	61,177	313,350	0,545	0,939
PARADISE_4	60,323	314,415	0,532	0,939
PARADISE_5	61,008	312,528	0,630	0,937
PARADISE_6	60,532	312,885	0,652	0,937
PARADISE_7	60,306	311,710	0,743	0,936
PARADISE_8	60,371	315,617	0,646	0,937
PARADISE_9	60,427	313,076	0,652	0,937
PARADISE_10	59,887	321,060	0,488	0,939
PARADISE_11	60,952	310,014	0,670	0,937
PARADISE_12	60,839	316,136	0,579	0,938
PARADISE_13	61,081	315,050	0,626	0,937
PARADISE_14	61,371	312,983	0,614	0,937
PARADISE_15	61,363	318,802	0,476	0,939
PARADISE_16	61,597	313,430	0,668	0,937
PARADISE_17	61,169	309,556	0,641	0,937
PARADISE_18	61,565	316,280	0,511	0,939
PARADISE_19	61,161	313,242	0,623	0,937
PARADISE_20	61,798	314,699	0,605	0,938
PARADISE_21	61,589	318,927	0,543	0,938
PARADISE_22	61,089	308,586	0,746	0,936
PARADISE_23	61,371	314,999	0,577	0,938
PARADISE_24	61,266	307,221	0,710	0,936

PARADISE-24 anketi maddelerinin iç tutarlılık değerleri olan Cronbach alfa katsayısına bakıldığında; Faktör 1 (Psikolojik Yük) alt boyutu için Cronbach alfa değeri 0,903 ve Faktör 2 (İşlevsellik) için 0,917 olarak bulunmuştur. PARADISE-24 ölçeği toplamının Cronbach alfa katsayısı 0,941 bulunmuştur.

Tablo 4-11: PARADISE-24 ölçeği iç tutarlılık değerlerinin dağılımı.

	Soru sayısı	Cronbach Alfa
Faktör 1 (Psikolojik Yük)	10	0,903
Faktör 2 (İşlevsellik)	14	0,917
Toplam	24	0,941

4.3. Beyin Bozuklukları İle İlgili Psikososyal Faktörler Ölçeği'nin MIDAS, HADÖ ve ÇBASDÖ ile İlişkisine Ait Bulgular

Katılımcıların MIDAS özürlülük seviyeleri incelendiğinde; % 21,0'inin (n=26) hafif, % 11,3'ünün (n=14) orta, %33,1'inin (n=41) yüksek, %34,7'ninin (n=43) şiddetli seviyede olduğu görülmektedir. Katılımcıların MİDAS değerleri 0 ile 90 arasında değişerek ortalama 19,88±17,24'tür (Tablo 4-12).

Tablo 4-12: Modifiye Midas Ortalama Puanları.

		n (%)
Modifiye Midas	**Hafif**	26 (21,0)
	Orta	14 (11,3)
	Yüksek	41 (33,1)
	Şiddetli	43 (34,7)
	Ort±Ss	19,88±17,24
	Medyan (Min-Maks)	16 (0-90)

Katılımcıların HAD Ölçeği*"Anksiyete alt boyutu"* puanları incelendiğinde; %18,5'inin (n=23) normal seviyede, %21,8'inin (n=27) duygu durum bozukluğu olma ihtimali olduğu, %59,7'sinin (n=74) duygu durum bozukluğu var olduğu görülmektedir. Katılımcıların *"Anksiyete alt boyutu"* skorları 0 ila 21 sınırlarında değiştiği, puan ortalamasının 11,16±4,22 olduğu görüldü. Katılımcıların HAD Ölçeği *"Depresyon alt boyutu"* puanları incelendiğinde; %11,3'ünün (n=14) normal seviyede, %17,7'sinin (n=22) duygu durum bozukluğu olma ihtimali olduğu, %71,0'inin (n=88) duygu durum bozukluğu var olduğu görülmektedir. Katılımcıların *"Depresyon alt boyutu"* skorları 0 ila 21 sınırında değişerek ortalamasının 12,58±4,36 olduğu görüldü (Tablo 4.13).

Tablo 4-13: Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Puan ortalamaları.

Anksiyete	*Ort±Ss*	11,16±4,22
	Medyan (Min-Maks)	11 (0-21)
	Normal	23 (18,5)
	Duygu Durum Bozukluğu Olabilir	27 (21,8)
	Duygu Durum Bozukluğu Var	74 (59,7)
Depresyon	*Ort±Ss*	12,58±4,36
	Medyan (Min-Maks)	12 (0-21)
	Normal	14 (11,3)
	Duygu Durum Bozukluğu Olabilir	22 (17,7)
	Duygu Durum Bozukluğu Var	88 (71,0)

Katılımcıların ÇBASDÖ *"Aile alt boyutu*" puanları 4 ile 28 arasında değişerek ortalama 21,51±7,60, *"Arkadaş alt boyutu"* puanları 4 ile 28 arasında değişerek ortalama 20,66±7,04, *"Özel İnsan alt boyutu"* puanlarının 4 ile 28 arasında değişerek ortalama 21,72±7,27 olduğu görülmüştür (Tablo 4-14).

Tablo 4-14: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Puan Ortalamaları.

		Soru Sayısı	
Aile	*Ort±Ss*	4	21,51±7,60
	Medyan (Min-Maks)		25 (4-28)
Arkadaş	*Ort±Ss*	4	20,66±7,04
	Medyan (Min-Maks)		22 (4-28)
Özel İnsan	*Ort±Ss*	4	21,72±7,27
	Medyan (Min-Maks)		24 (4-28)
Toplam	*Ort±Ss*	12	63,91±19,50
	Medyan (Min-Maks)		71 (12-84)

PARADISE-24 Ölçeği puanları ile MIDAS Ölçeği, HAD ve ÇBASDÖ puanları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi Tablo 4-15'da verilmiştir. Çalışmaya katılan olguların PARADISE-24 ölçeği toplam puanlarıyla Midas Ölçeği toplam puanları arasında orta düzeyli pozitif yönlü anlamlı ilişki bulunmuştur (r=0,470; p=0,001). Katılımcıların PARADISE-24 ölçeği toplam puanlarıyla Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği "Anksiyete alt boyutu"

puanları arasında orta düzeyli negatif yönlü (r=-0,494; p=0,001), "Depresyon alt boyutu" puanları ile orta düzeyli negatif yönlü ilişki bulunmuştur (r=-0,488; p=0,001). PARADISE-24 ölçeği toplamından alınan puanlar ile ÇBASDÖ "Aile" alt boyutundan alınan puanlar arasında negatif yönlü zayıf (r=-0,349; p=0,001), "Arkadaş alt boyutu" puanları arasında zayıf negatif yönlü (r=-0,333; p=0,001), "Özel Bir İnsan alt boyutu" puanları arasında zayıf negatif yönlü (r=-0,311; p=0,001), ÇBASDÖ toplam puanları ile arasında zayıf negatif yönlü ilişki bulunmuştur (r=-0,354; p=0,001) (Tablo 4-15).

Tablo 4-15: PARADISE-24 Ölçeği puanları ile MIDAS Ölçeği, HAD ve ÇBASDÖ puanları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi.

		PARADISE-24 Ölçeği					
		İşlevsellik		Psikolojik Yük		PARADİSE-24 Toplam Puan	
		r	*p*	r	*p*	r	*p*
MİDAS		0,515[a]	***0,001*****	0,379[a]	***0,001*****	0,470[a]	***0,001*****
HADÖ	**Anksiyete alt boyutu**	-0,461[b]	***0,001*****	-0,449[b]	***0,001*****	-0,494[b]	***0,001*****
	Depresyon alt boyutu	-0,419[b]	***0,001*****	-0,469[b]	***0,001*****	-0,488[b]	***0,001*****
ÇBASDÖ	**Aile alt boyutu**	-0,365[a]	***0,001*****	-0,318[a]	***0,001*****	-0,349[a]	***0,001*****
	Arkadaş alt boyutu	-0,310[a]	***0,001*****	-0,323[a]	***0,001*****	-0,333[a]	***0,001*****
	Özel Bir İnsan alt boyutu	-0,312[a]	***0,001*****	-0,295[a]	***0,001*****	-0,311[a]	***0,001*****
	Toplam Puan	-0,347[a]	***0,001*****	-0,338[a]	***0,001*****	-0,354[a]	***0,001*****

*[a]r=Spearman's Korelasyon Katsayısı; [b]r=Pearson Korelasyon Katsayısı; **p<0,01*

4.4. Hastaların PARADISE-24 Ölçeği Puan Ortalamaları ile Sosyodemografik ve Hastalık Özelliklerine Ait Bulgular

Sosyodemografik özelliklere göre olguların PARADISE-24 Ölçeği "İşlevsellik" ve "Psikolojik Yük" alt boyutlarından ve ölçek toplamından aldıkları puanlar, istatistiksel olarak anlamlı fark göstermemektedir (p>0,05).(Tablo 4-16)

Tablo 4-16: Sosyodemografik özelliklere göre PARADISE-24 ölçeği puanlarının değerlendirilmesi.

			PARADİSE-24 Ölçeği		
			İşlevsellik	**Psikolojik Yük**	**Toplam Puan**
Yaş	**18-24 yaş (n=11)**	*Ort±Ss*	3,31±1,05	2,45±0,93	2,81±0,94
	25-34 yaş (n=35)	*Ort±Ss*	3,15±0,74	2,28±0,85	2,64±0,73
	35-44 yaş (n=41)	*Ort±Ss*	3,29±0,84	2,41±0,75	2,77±0,72
	45-54 yaş (n=25)	*Ort±Ss*	2,85±0,75	2,16±0,73	2,45±0,65
	≥55 yaş (n=12)	*Ort±Ss*	3,02±1,03	2,19±1,21	2,53±1,09
		p	*0,369*	*0,501*	*0,456*
Cinsiyet	**Kadın (n=109)**	*Ort±Ss*	3,15±0,83	2,31±0,84	2,66±0,77
	Erkek (n=15)	*Ort±Ss*	3,05±0,92	2,3±0,83	2,61±0,79
		p	*0,667*	*0,965*	*0,823*
Medeni durum	**Evli (n=96)**	*Ort±Ss*	3,4±0,83	2,31±0,84	***2,64***±0,78
	Bekar (n=23)	*Ort±Ss*	3,3±0,84	2,40±0,83	2,77±0,77
	Dul veya boşanmış(n=5)	*Ort±Ss*	3,4±1	1,71±0,52	2,3±0,70
		p	0,52	0,20	*0,387*
Çocuk	**Evet (n=90)**	*Ort±Ss*	3,1±0,85	2,3±0,85	2,63±0,78
	Hayır (n=34)	*Ort±Ss*	3,2±0,81	2,3±0,80	2,7±0,75
		p	*0.457*	*0.935*	*0.775*
Eğitim durumu	**İlkokul/Okur yazar(n=15)**	*Ort±Ss*	3,3±1,2	2,6±1,2	2,9±1,14
	Ortaokul(n=9)	*Ort±Ss*	3,2±0,85	2,65±0,78	2,9±0,73
	Lise(n=23)	*Ort±Ss*	3,2±0,89	2,13±0,84	2,6±0,77
	Önlisans/lisans (n=66)	*Ort±Ss*	3,7±0,78	2,3±0,76	2,6±0,70
	Lisansüstü (n=11)	*Ort±Ss*	3,9±0,6	2,05±0,71	2,5±0,60
		p	0,83	*0,30*	*0,68*
Çalışma durumu	**Çalışıyor (n=75)**	*Ort±Ss*	3,04±0,80	2,22±0,81	2,6±0,74
	Çalışmıyor (n=49)	*Ort±Ss*	3,3±0,88	2,47±0,87	2,8±0,80
		p	*0.562*	*0.583*	*0.564*
Gelir Gider Durumu	**Gelir Fazla (n=20)**	*Ort±Ss*	3,1±0,85	2,21±0,82	2,60±0,79
	Eşit(n=65)	*Ort±Ss*	3±0,80	2,33±0,75	2,60±0,71
	Gider fazla (n= 39)	*Ort±Ss*	3,4±0,85	2,3±0,98	2,75±0,85
		p	*0.66*	*0.857*	*0.609*
İkametgah	**Köy (n=6)**	*Ort±Ss*	3,2±0,64	2,9±0,87	2,5±0,62
	İlçe (n=41)	*Ort±Ss*	3,1±0,80	2,33±0,70	2,63±0,68
	İl (n=40)	*Ort±Ss*	3,2±0,83	2,34±0,86	2,71±0,80
	Büyükşehir (n=37)	*Ort±Ss*	3±0,92	2,27±0,96	2,60±0,88
		p	*0,666*	*0,585*	*0,895*

Tanı süresi ile işlevsellik, psikolojik yük ve paradise toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır (p>0,05). Baş ağrısı sıklığı ile işlevsellik (r=0,307; p<0,015), psikolojik yük (r=0,211; p<0,05) VE PARADİSE toplam puanı arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (r=0,286; p<0,01). Baş ağrısı süresi ile işlevsellik (r=0,255; p<0,01), psikolojik yük (r=0,283; p<0,01) ve PARADİSE toplam puanı arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (r=0,292; p<0,05) (Tablo 4-17).

Tablo 4-17: PARADİSE-24 ölçği puanları ile tanı süresi, baş ağrısı sıklığı, süresi ve şiddeti arasındaki korelasyonlar.

			İşlevsellik	Psikolojik Yük	Paradise Toplam
Spearman's rho	Tanı Süresi	r	-0,131	-0,117	-0,143
		p	***0,146***	***0,195***	***0,113***
		N	124	124	124
	Baş Ağrısı Sıklığı	r	0,307	0,211	0,286
		p	***0,001****	***0,019****	***0,001****
		N	124	124	124
	Baş Ağrısı Süresi	r	0,255	0,283	0,292
		p	***0,004****	***0,001****	***0,001****
		N	124	124	124
	Baş Ağrısı Şiddeti	r	0,086	0,099	0,104
		p	***0,345***	***0,276***	***0,252***
		N	124	124	124

Spearman's korelasyon analizi **p<0,05* ***p<0,01*

İşlevsellik, psikolojik yük ve PARADİSE toplam puanları ek tanı alma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı fark göstermemektedir (p>0,05) (Tablo 4-18).

Tablo 4-18: PARADİSE-24 ölçeği puanları ile ek tanı puanlarının değerlendirmeleri.

	Ek Tanı	N	Ortalama	SD	*p*
İşlevsellik	**Var**	45	3,23	0,86	***0,315***
	Yok	79	3,07	0,82	
Psikolojik Yuk	**Var**	45	2,41	0,88	***0,250***
	Yok	79	2,23	0,80	
Toplam	**Var**	45	2,75	0,82	***0,235***
	Yok	79	2,58	0,73	

Student t test

Tablo 4-19: PARADİSE-24 ölçek puanları ile düzenli ilaç kullanım puanları değerlendirmeleri.

	Düzenli İlaç Alma	N	Ortalama	SD	*p*
İşlevsellik	**Evet**	87	3,14	0,86	***0,776***
	Hayır	37	3,10	0,78	
Psikolojik Yük	**Evet**	87	2,36	0,86	***0,226***
	Hayır	37	2,16	0,76	
Toplam	**Evet**	87	2,69	0,80	***0,366***
	Hayır	37	2,55	0,68	

Student t test

İşlevsellik, psikolojik yük ve paradise toplam puanları düzenli ilaç kullanımına göre istatistiksel olarak anlamlı fark göstermemektedir (p>0,05) (Tablo 4-19).

5. TARTIŞMA

Migren yaşamın her yönünü etkileyen görülme sıklığı yüksek, kişilerin ve ailelerinin iş, sosyal ve özel yaşamlarında kayıp ve eksikliklere neden olan bir bozukluktur. Migrenli bireyler hayatın gerisinde kalmak, çocuklarına ve eşlerine yeterli ilgiyi gösterememek gibi sorunlar yaşamaktadır. Ağrının yaşam kalitesine olumsuz etkisi hastalarda depresyon ve anksiyete sıklığını arttırmaktadır.

Beyni etkileyen bozukluklarda ortak olarak yaşanan psikososyal zorlukları saptamak ve bunların hastaların yaşamı üzerindeki etkisini değerlendirmek amacıyla PARADISE-24 adlı bir ölçek geliştirilmiştir. Ölçek geliştiriciler, geçmişte diğer yazarların yaptığı çalışmaları tekrarlamadan özgün bir araç üretmeyi amaçlamışlardır. Ölçek mental fonksiyon (12 soru), aktivite /katılım alanında (10 soru), ağrı ve cinsel fonksiyonlarda yaşanan sorun ve güçlükleri kapsamaktadır. Ölçek klinik uygulama ve araştırmalar için bir ölçüt olarak kullanılabileceği gibi bir görüşme aracı olarak da kullanılabilir veya beyin bozukluğu olan kişiler tarafından doğrudan doldurulabilir. Ölçeğin klinik uygulamada, sağlık hizmeti müdahalelerinin planlanması, takibi ve raporlanmasına rehberlik etmek için kullanılabileceği düşünülmektedir. Hastaların yaşadığı zorlukların belirlenerek gerekli müdahalelerin başlatılmasında kullanılmasının sağlık ekibi açısından yararlı olabileceği bildirilmektedir. Ölçekten elde edilen puanların, klinisyenlerin hastaların genel psikososyal zorluk düzeylerini tahmin etmelerine, hastalık ve tedavi yönetimini izlemelerine ve hastaları bakım süreci boyunca ve ömürleri boyunca takip etmelerini sağlayabileceği düşünülmüştür (Cieza vd., 2015).

5.1. PARADİSE-24 ÖLÇEĞİNİN GEÇERLİK VE GÜVENİRLİĞİ

Metodolojik olarak tasarlanan bu çalışmada Cieza vd. (2015) tarafından geliştirilen Beyin Bozuklukları ile İlgili Psikososyal Faktörler Ölçeğinin Türkçe Uyarlamasının geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılarak Türk dil ve kültürüne uyarlanmıştır.

5.1.1. PARADİSE-24 Dil Eşdeğerliğinin İncelenmesi

Dil uyarlamasının yapılmasında sıklıkla çeviri-geri çeviri yöntemi kullanılmaktadır. Bu yöntem kullanılırken, ilk olarak ölçeğin orijinal olarak oluşturulduğu dilden, uyarlamanın yapılacağı dile çevirisinin yapılması gerekmektedir, sonrasında tekrardan ölçeğin orijinal diline çevirisi yapılmalıdır. Daha sonrasında çevirisi yapılmış olan ölçek, alanında uzman

araştırmacılar tarafından yapısal olarak ve anlam yönünden değerlendirildikten sonra her iki dile de hâkim uzmanlar tarafından anlam ve dil bilgisi yönünden değerlendirmelidir. Bu süreçlerin tamamlanmasıyla dil geçerliği tamamlanmış olur (Erkan ve Gömleksiz, 2014).

PARADISE-24 ölçeğinin eşdeğerliğinin sağlanmasında çeviri - geri çeviri yöntemi kullanıldı Ölçeğin İngilizce'den Türkçe'ye çevirisi iki dile iyi derecede hakim birbirinden bağımsız iki uzmanca yapıldı. Her iki metin, İngilizce'ye hakim iki uzman tarafından konsensüs sağlanarak tek araç haline getirildi. Birleştirilen bu çevirinin Türkçe'den İngilizce'ye geri çevirisi, iki dile hakim olan bir uzmanca yapıldı. Oluşturulan en son taslak metin ile ölçüm aracına ait orijinal İngilizce metin karşılaştırılarak Türkçe versiyon üzerinde tartışıldı; anlaşmaya varılamayan iki madde (18.How much difficulty did you have in staying by yourself for a few days?) (23.How much difficulty did you have with managing your money?) ölçeği geliştiricilere danışılarak "Birkaç günlüğüne kendi başınıza kalmakta ne kadar zorlandınız?" "Hesaplama gerektiren parasal konuları yönetmekte ne kadar zorlandınız?" şeklinde oluşturuldu.

5.1.2. PARADİSE-24 Ölçeğinin Geçerliğinin İncelenmesi

Geçerlik ölçülmek istenen değişkenin ne düzeyde doğru ölçüldüğü ile ilişkili bir kavramdır (Büyüköztürk 2008). Başka bir deyişle, kullanılan ölçüm aracının ölçümü yapılması isteneni yani değişkeni ölçme derecesidir (Gözüm ve Aksayan, 2002). Çalışmamızda uyarlaması yapılan ölçüm aracının geçerliliğini test etmede yöntem olarak kapsam ve yapı geçerliği kullanıldı.

Kapsam geçerliği: Ölçüm aracında yer alan maddelere yönelik ölçümü yapılmak istenen özelliğin nitelik ve nicelik düzeyini ölçmede yeterliliğinin anlaşılmasını sağlamaktadır (Büyüköztürk 2008). Dil eşdeğerliği için uyarlaması yapılan ölçüm aracı kapsam geçerliği açısından konuyla ilgili uzmanlığı olan, 1 psikiyatrist hekim, alanında uzman 6 hemşire öğretim üyesi ve 1 psikolog olmak üzere 8 kişinin görüşüne sunuldu. Ölçüm aracının istenilen amaca ne düzeyde aracılık ettiğini anlamak için uzmanların görüşleri doğrultusunda anlamlı ve anlaşılır maddelerden oluşan bir uyarlama yapıldı. Uzmanların kapsam geçerliğine yönelik değerlendirme yapmaları için birçok farklı teknik kullanılmaktadır. Çalışmamızda uzmanların ölçüm aracının her maddesinin uygunluğunu ve anlaşılırlık düzeyini kapsam geçerlik indeksine (KGİ) göre 1-4 arasında puanlandırarak değerlendirmeleri istendi. Uzmanlardan gelen öneriler doğrultusunda ölçeğe son şekli verildi. Taslak ölçek, 10 kişilik gruba ön test olarak uygulandı.

Ön testte maddeler katılımcılar tarafından anlaşılır bulunduğundan ölçek maddeleri üzerinde herhangi bir değişikliğe gidilmedi.

Kapsam geçerlik indeksi hesaplamasında bulunan sonucun 0,80 ve üzerinde olması ilgili maddenin kabul edilebilir olduğunu göstermektedir (Akduman ve Cantürk 2010). Uzman değerlendirmeleri sonrası her maddenin Madde Kapsam Geçerlik İndeksi hesaplanır. Maddelere ilişkin gerekli olduğunu belirten kişi sayısı, toplam kişi sayısına bölünerek madde Kapsam Geçerlik İndeksi elde edilir (Polit ve Beck, 2006). Taslak ölçüm aracı görüşü alınmak üzere Türkiye'de ilgili alandan 8 uzmana eposta yoluyla gönderilmiş olup, uzmanlarca ölçüm aracındaki her bir ifade değerlendirilerek ve 1 ile 4 puan aralığında puanlaması istendi. Maddelerin ölçmek istenilen özellik için uygunluğuna yönelik yapılması istenen değerlendirmede; 1 "uygun değil"', 2 "biraz uygun", 3 puan "oldukça uygun", 4 puan "çok uygun" olarak değerlendirilmektedir. Değerlendirme formunda maddelere verilen 3 ve 4 puan "gerekli" olarak kabul edildi. Çalışmamızda madde ve ölçek Kapsam Geçerlik İndeksi puanlarının 1 olması ve tüm madde puanlarının 0,80'in üstünde olması nedeniyle PARADISE-24 ölçeğinin kapsam geçerliğini sağladığı tespit edildi.

Yapı Geçerliği:

Yapı geçerliği ile ilgili testlere geçilmeden önce örneklem büyüklüğünün yeterliliğini belirlemek için KMO ve Bartlett küresellik testi yapıldı. KMO sonucunun 0.8'in üstünde ve Bartlett küresellik testi p değeri 0.05'ten küçük olması örneklemin yeterli büyüklüğe sahip olduğunu gösterir. Araştırmamızda, KMO sonucu 0,904 ve Bartlett Küresellik Testi sonucu X^2=1714,902 ($p<0,001$) olarak bulunmuştur. Bu sonuçlar ölçüm aracının faktör analizine uygun olduğunu göstermektedir. Ölçüm aracından elde edilen sonuçların faktör analizine uygunluğu saptandıktan sonra faktör sayısını belirlemek için gerekli testler yapılmıştır. PARADISE-24 ölçeğinin keşfedici (açıklayıcı) faktör analizinde soruların 2 faktörlü yapıda olduğu ve %51,48 açıklayıcılık katsayısına sahip olduğu görülmektedir. Faktör analizinde; faktör yükleri %40'ın altında veya birden çok faktöre yakın yüklerde (%10'un altında) olan soru saptanmamıştır. Scree plot grafiğine bakıldığında yüksek ivmeli hızlı düşüşlerin yaşandığı dikey eksendeki faktör sayısının iki olduğu belirlenmiştir. İkiden sonraki faktörlere ait varyansların katkıları birbirine yakın olduğundan ölçeğimizin iki faktörden oluşabileceği kabul edilmiştir. Bu 2 faktör ölçüm aracına ait varyansın %51,481'ini açıklamaktadır. Yapılan analiz sonucunda ulaşılan varyans oranlarının yüksek olmasının, ölçüm aracının faktör yapısının daha

güçlü olacağını gösterdiği kabul edilmesine rağmen sosyal bilimlerdeki analizlerde %40 ila %60 arasındaki varyans oranlarının yeterli olduğu belirtilmekte olup (Tavşancıl, 2006), bu oran bizim çalışmamızda %51,48 olarak saptanmıştır.

Ölçek yapı geçerliğini sağlamak için DFA doğrultusunda yapılan uyum iyiliğine ait sonuçların belirli bir düzeyin üstünde olması gereklidir. Serbestlik derecesinin ki-kareye oranı uyum oranını değerlendirmede kullanılmaktadır. Elde edilen sonucun beş ve beşin altında olması modelin kabul edilebilir düzeyde uyum iyiliğine sahip olduğunun göstergesidir. "RMSEA"'nın ≤ 0.08 ve p değeri <0.05'ten ise iyi uyum düzeyini, ≤0.10 olması ise zayıf uyum düzeyini göstermektedir. SRMR'in <0.10 olması iyi uyum olduğunu göstermektedir. SRMR sonucu 0-1 aralığında olup, sonuun sıfıra doğru yaklaşması iyi uyumun olduğunu ve yüksek değerlerin kötü uyumun göstergesi olduğu belirtilmektedir. CFI değeri ≥0.90, NNFI değeri ≥0.90, GFI değeri ≥0.90 ise modelin uyumlu olduğu ifade edilmektedir (Esin, 2014).

DFA için maddeler numaralandırılarak, yer aldıkları alt boyut düzenlenmiştir. Ölçeğin orijinali tek boyutlu iken bizim araştırmamızda 2 alt boyut saptanmıştır. 1., 2., 3., 4., 5., 6., 7., 8., 9., 10. maddelerin Faktör-1 alt boyutunu oluşturduğu ve 11., 12., 13, 14., 15., 16., 17., 18., 19., 20., 21., 22., 23., 24. maddelerin Faktör-2 alt boyutunu oluştuğu görülmektedir. Bu alt boyutlar Psikolojik Yük (Faktör-1) alt boyutu ve İşlevsellik (Faktör-2) alt boyutu olarak isimlendirilmiştir. Öz değerlere göre faktör ağırlıklarına bakıldığında; İşlevsellik alt boyutunun maddelerinin faktör ağırlıklarının 0,476 ile arasında değiştiği 0,788 ve Psikolojik Yük alt boyutunun ise maddelerinin faktör ağırlıklarının 0,574 ile 0,788 arasında olduğu saptanmıştır. DFA için uyum iyiliği sonuçları değerlendirilmiştir. Yapılan DFA sonucunda 2 faktörlü 24 maddenin yer aldığı yapının modelinin uyumluluk indeksine ait sonuçların literatür bilgileri doğrultusunda değerlendirilmesi sonucu "RMSEA, NFI, NNFI, CFI, SRMR" gibi uyum ölçütlerine ait sonuçların kabul edilebilir seviyede olduğu; "IFI, RFI" uyum ölçütlerinin ise iyi uyum derecesinde olduğu görüldü. Madde kullanım bozukluklarının tedavisinde PARADISE-24 ölçeğinin metrik değişmezliği ve değişime duyarlılığını değerlendirmeyi amaçlayan çalışmada model, yeterli bir uyum sunmuştur (RMSEA<0.08; CFI>0.95; TLI>0.95) (Cabello vd, 2019). PARADISE24 aracının, psikososyal güçlüklerin kapsamını, şiddetini incelemek ve madde kullanım bozuklukları bağlamındaki diğer ölçütlerle karşılaştırmaya yararını değerlendirmek için yapılan çalışmada Crohnbach alfa değeri 0.92 olarak anlamlı ve RMSEA=0.06 bulunarak modelin uyumlu olduğu bulunmuştur (Pitkänen vd., 2020). Başka bir çalışmada tek faktörlü model, hem AFA (TLI=0.98;CFI=0.98; RMSEA=0.07) hem de "CFA"

(TLI = 0.98; CFI = 0.98; RMSEA = 0.07) çözümlerinde yeterli bir uyum sunduğu bulunmuştur (Fuente vd., 2018). Bizim çalışmamızda ise 2 faktörlü bir model ortaya çıkmıştır. Bu modelin iyi ve kabul edilebilir düzeyde uyum ölçütlerine sahip olduğu ayrıca düzeltmeli ki-kare değerinin de iyi düzeyde uyum göstermesinin, elde ettiğimiz sonuçların kabul edilebilir uyum düzeyine sahip olduğu ve çalışmamız sonucu elde edilen modelin geçerli olduğunu göstermektedir.

5.1.3. PARADİSE-24 Ölçeğinin Güvenirliğinin İncelenmesi

Güvenirlik; bir ölçme aracı kullanılarak aynı koşullar altında yapılan tekrarlı ölçümlerin sonuçlarının kararlı olduğunu göstermektedir. Yani aynı şartlar altında yapılan tekrarlı ölçümler ile aynı sonuçlar elde edilmelidir. Eğer bir ölçüm aracı güvenilir değilse ya da güvenirliği düşükse bilimsel olarak da değerininin düşük olduğu ifade edilmektedir (Karakoç ve Dönmez 2014). Ölçeklerin güvenirliğini ölçmek için test re-test, iç tutarlılık analizi gibi farklı yaklaşımlar bulunmaktadır. Çalışmamızda güvenirliğin ölçülmesinde "Cronbach alfa güvenirlik katsayısı" yöntemi kullanılmıştır.

"Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayısı" güvenirlik çalışması yapılan ölçeğe ait maddelerin iç tutarlık düzeyinin, homojen olup olmadığının göstergesidir. Hesaplanan alfa katsayısının yüksekliği, ölçekteki maddelerin tutarlılığının ve aynı tutumu ölçtüğünün göstergesidir (Esin 2014; Gözüm ve Aksayan 2003). Genel olarak kabul edilen katsayı seviyesi en az 0,7 olup iç tutarlılığın yüksekliği katsayının yüksekliği ile orantılıdır (Demirali ve Ergin 1995). PARADISE-24 ölçeğine ait maddelerin iç tutarlılık düzeylerini gösteren Cronbach alfa sonuçları incelendiğinde; Faktör 1 (Psikolojik Yük) alt boyutunun 0,903 ve Faktör 2 (İşlevsellik) alt boyutunun 0,917, PARADISE-24 ölçeği toplamının ise 0,941 olduğu görülmüştür. Multipl sklerozlu hastalarda PARADISE-24 anketinin Farsça versiyonunun psikometrik özelliklerini saptamak için yapılan çalışmanın "Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayısı" 0,91 olarak bulunmuştur (Azimi vd., 2021). Başka bir çalışmada da yine ölçeğin güvenirliği yüksek bulunmuştur (α=0.93) (Fuente vd., 2018). Elde edilen bu sonuçlar literatür ile uyumlu olarak PARADISE-24 ölçüm aracına ve alt boyutlarına ait sonuçların yüksek düzeyde güvenilirliğe sahip olduğu görülmüştür.

5.2. PARADISE-24 İLE MİDAS, HADÖ, ÇBASDÖ KORELASYONLARININ İNCELENMESİ

Çalışmamızda PARADISE Ölçeği işlevsellik alt boyutu ortalama puanının 3,13±0,84, psikolojik yük alt boyutu puanının 2,30±0,84, PARADİSE-24 toplam puanının ise 2,65±0,77 olduğu saptanmıştır. Bu sonuçlar literatür ile uyumlu bulunmuştur (Mirmosayyeb ve ark. 2020)

Migren popülasyonunda yapılan çalışmaların yetersiz olması nedeniyle PARADISE-24 kullanılarak farklı popülasyonlar ile yapılan çalışmalar incelendiğinde şu sonuçlara ulaşılmıştır. PARADISE-24 ölçeğinin Farsça versiyonunun psikometrik özelliklerinin değerlendirildiği multipl skleroz hastaları ile yapılan bir çalışmada PARADISE-24 ölçeğinin yeti yitimi, yorgunluk, depresyon, anksiyete ile pozitif, duygusal zeka ve yaşam kalitesi ile negatif korele olduğu bulunmuştur (Azimi vd., 2021). Başka bir çalışmada multipl sklerozlu kişilerin yaşadığı psikososyal zorlukları belirlemek amacıyla PARADISE-24 ile ölçülen psikososyal zorlukların genel düzeyi ile diğer değişkenler arasındaki ilişki değerlendirilmiştir. Çalışmaya EDSS ortanca puanı 1,5 olan, yaş ortalaması 41.0 olan, %65'i kadın toplam 80 birey katılmıştır. En sık bildirilen psikososyal zorlukların motor ve duygusal işlev sorunlarına bağlı olduğu tespit edilmiştir (Giovannetti vd., 2016). Migren ve psikososyal faktörlerin değerlendirildiği bir çalışmada, migrende en sık görülen psikolojik bozukluğun depresyon ve duygu durum bozukluğu olduğu görülmüştür. Anksiyete bozukluğu ve depresyonu olan migren hastalarında kontrol grubuna göre yaşam kalitelerinin daha kötü olduğu bildirilmiş ve psikiyatrik komorbiditelerin ağrı şiddeti ve atak sıklığı üzerine olumsuz etkisi olduğu saptanmıştır (Lebedeva vd., 2016) Bir başka çalışmada PARADISE-24 ölçeğinin, madde ve alkol kullanım bozukluklarının tedavisi için yatan hastaların psikososyal güçlüklerinin kapsamı ve ciddiyeti hakkında bilgi sağladığı gösterilmiştir. PARADISE-24'ün, duygular, günlük aktiviteler, öz düzenleme, sosyal yaşam, biliş, uyku ve ağrı ile ilgili zorluklar da dahil olmak üzere engelliliğin ilgili yönlerini tek bir araçta kapsadığı saptanmış. PARADISE-24 ölçüm aracının psikososyal zorlukları çevresel faktörlerden ve kişilik özelliklerinden ayırt edebildiği saptanmıştır (Pitkänen vd., 2020).

Çalışmaya katılan olguların PARADISE-24 ölçeği "İşlevsellik" ve "Psikolojik Yük" alt boyutları ve ölçek toplam puanı ile MİDAS Ölçeği, HAD Ölçeği (Depresyon ve Anksiyete olmak üzere her iki alt boyut) ve ÇBASDÖ (tüm alt boyutlarının ve toplamının) puanları arasında beklenen yönde korelasyonlar elde edilmiştir. PARADISE-24'ün alt boyutlarının ve

toplam puanlarının migrenin neden olduğu özürlülük, anksiyete ve depresyon ve sosyal destek ile ilişkili bulunması ölçeğin yapı geçerliğini desteklemektedir.

5.3. SOSYO-DEMOGRAFİK ve HASTALIK ÖZELLİKLERİNE GÖRE PARADISE-24 PUANLARININ İNCELENMESİ

Migren, bireylerin engellilikle yaşamasına neden olan kronik, engelleyici bir nörolojik hastalıktır. Yaşamın mesleki, sosyal, ekonomik ve kişisel yönlerini etkilemekte ve psikolojik sorunlar da dahil olmak üzere komplikasyonları yaşam kalitesini bozmaktadır. Baş ağrısı ve baş ağrısıyla ilişkili sakatlıklarla geçen günler migrenlilerde yaşam kalitesi ile ters orantılıdır. Ayrıca, kardiyovasküler hastalık, epilepsi, multipl skleroz, huzursuz bacak sendromu, fibromiyalji, astım, alerjik rinit ve sistemik lupus eritematozus gibi birçok sağlık durumunun migren ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Bu fiziksel bozukluklar, psikolojik sorunlarla birlikte migreni en yıkıcı hastalıklardan biri haline getirmektedir. Migrenli hastalar, depresyon, kötü uyku, cinsel işlev bozukluğu, kaygı ve yaşam kalitesinde bozulma gibi çok çeşitli psikolojik zorluklar yaşamaktadırlar (Mirmosayyeb vd., 2020).

Çalışmamızda bu komplikasyonları değerlendirmek için kullanılan PARADISE-24 ölçüm aracına verilen puanların bireylerin medeni durum, cinsiyet, yaş, eğitim durumu, yaşadığı yer, çalışma durumu gibi sosyodemografik değişkenler ile ilişkisi incelendiğinde alt gruplarda ölçek puanları arasında fark olmadığı saptandı. Literatürde PARADISE-24 ölçeğinin migren hastalarında kullanılarak sosyodemografik özelliklerin incelendiği ve hastalık özelliklerinin değerlendirildiği sınırlı sayıda çalışma bulunabilmiştir. Migren ve epilepsi hastalarında PARADISE-24 ölçeği kullanılarak psikolojik güçlüklerin karşılaştırıldığı bir çalışmada migren hastalarının ortalama PARADISE-24 skorunun epilepsi hastalarına göre önemli ölçüde daha yüksek olduğu, bu da migren hastalarının diğer gruba göre psikososyal zorluklardan daha fazla muzdarip olduğunu göstermiştir (Raggi vd., 2012). Mirmosayyeb ve ark. (2020) migren ve epilepsi hastalarında PARADISE-24 anketi kullanılarak psikolojik güçlükleri karşılaştırdıkları çalışmalarında Cinsiyet ve baş ağrılı gün sayısı açısından migrenliler arasında anlamlı bir fark olmadığını tespit etmişlerdir. Farklı hasta popülasyonu ile yapılan çalışmalar incelendiğinde; 113 katılımcı ile Multipl Skleroz hastaları üzerinde yapılan çalışmada PARADISE-24 puanları ile cinsiyet, medeni durum, yaş, sosyal destek ve hastalık süresi gibi sosyodemografik değişkenler açısından anlamlı fark olmadığı saptanmıştır (Azimi vd.,2021). Madde kötüye kullanımı tedavisi gören toplam 2637 hasta ile yapılan bir çalışmada

PARADISE-24 puanlarının yaş (p=0,033), cinsiyet (p = 0,007), eğitim (p<0,001) gibi değişkenler ile ilişkili olduğu görülmüştür (Fluente vd., 2018). Çalışmamızda hastalık özellikleri ile PARADİSE-24 puanları karşılaştırıldığında migren tanı süresi, baş ağrısının şiddeti, ek tanı varlığı ve düzenli ilaç kullanımı ile ilgili anlamlı farklılık bulunamamıştır. Baş ağrısı sıklığı ve süresi ile ilgili her iki alt boyutta (işlevsellik ve psikolojik yük) pozitif yönde anlamlı ilişki saptanmıştır. Katılımcıların öncelik sırasına verdikleri cevaplara bakıldığında en çok uyku, enerji ve dürtü, ağrı, depresif ruh hali ve eğitim ve iş fonksiyonlarında kayıplar olduğu görülmüştür.

Sosyodemografik ve hastalık özellikleri ile psikososyal sorunların ilişkisi açısından farklı popülasyonlar değerlendirildiğinde anlamlı farklar varken migren popülasyonunda anlamlı fark ile karşılaşılamamıştır. Bu durumun farklı hastalıklarda hastaların psikososyal zorluklarının ve buna neden olan faktörlerin farklı olmasından kaynaklanmış olabileceği öngörülmektedir. Bu nedenlerle hastalığın tüm yönlerinin değerlendirildiği çok merkezli daha büyük örnekleme sahip çalışmaların yapılmasının faydalı olacağı düşünülmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Beyni etkileyen bozukluklarda ortak olarak yaşanan psikososyal zorlukları saptamak ve bunların insanların yaşamları üzerindeki etkisini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş olan Beyin Bozuklukları ile İlgili Psikososyal Faktörler Ölçeği'nin (PARADISE-24) Türkçe versiyonunun "geçerlik ve güvenirliğini saptamak" için yapılan çalışmamızda şu sonuçlara ulaşılmıştır:

PARADİSE-24 ölçeğine ait verilerin keşfedici faktör analizi ile Varimax rotasyonu uygulanması sonucunda soruların orjinal formdaki gibi tek faktörde toplanmadığı, iki faktörlü bir yapıda olduğu ve açıklayıcılık katsayısına ilişkin sonucun %51,48 olduğu görülmüştür. PARADİSE-24 ölçüm aracının iç tutarlılığının değerlendirilerek Cronbach α=0,941 olarak bulundu. Bu sonuç ölçüm aracının yüksek düzeyde güvenilir olduğunu göstermiştir. Ölçeğin sosyodemografik değişkenlerle ilişkisi incelendiğinde subgruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Hastalık sürecine ilişkin verilerde ise baş ağrısı süresi ve sıklığı ile ilgili her iki alt boyutta pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur.

Ayrıca PARADİSE-24 ölçüm aracına ait puanların MIDAS, HADÖ VE ÇBASDÖ ortalamaları ile korelasyonları karşılaştırılmıştır. Bu fonksiyonel durumları gösteren ölçüm araçları ile PARADİSE-24 ölçüm aracının alt boyutlarının birbirleri ile beklenen yönde korelasyonlarının saptanması ölçeğin yapı geçerliğini desteklemektedir. Bu sonuçlar PARADİSE-24 ölçeğinin beyni etkileyen bozukluklarda hastaların psikososyal sorunlarını değerlendirmede kullanılabileceğini göstermektedir. Ölçeğin faktör yapısının farklı hasta gruplarında sınanması önerilebilir.

KAYNAKLAR

Ailani, J., Burch, R. C., Robbins, M. S., & Board of Directors of the American Headache Society (2021). The American Headache Society Consensus Statement: Update on integrating new migraine treatments into clinical practice. *Headache*, *61*(7), 1021–1039. https://doi.org/10.1111/head.14153

Akbaş, G. ve Korkmaz, L. (2007). Ölçek uyarlaması (Adaptasyon). Türk Psikoloji Bülteni, 13(40), 15–16.

Akgül A., Çevik O. (2003) ,İstatistiksel Analiz Teknikleri, Emek Ofset, Ankara

Akduman GG, Cantürk G. (2010). The Way of Behaving Scala Against The Children Who Were Sexual Abuse: Acceptability and Reliability Study (University Student Sampling). Turkish Journal of Forensic Medicine, 24(2):22-29.

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

Alemdar M., Selekler H.M., Komsuoğlu S.Ş., *Migren türü baş ağrılarının zamansal özellikleri,* 2009;21(4):168-174

Aydemir, Ö. (1997). Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği. Türk Psikiyatri Dergisi, 8(4), 280-7

Azimi, A., Doosti, R., Vali Samani, S. M., Roostaei, B., Gashti, S. H., Navardi, S., & Ghajarzadeh, M. (2021). Psychometric Properties of the Persian Version of the PARADISE-24 Questionnaire. *International journal of preventive medicine*, *12*, 50. https://doi.org/10.4103/ijpvm.IJPVM_300_19

Beaton, D. E., Bombardier, C., Guillemin, F., & Ferraz, M. B. (2000). Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine*, *25*(24), 3186–3191. https://doi.org/10.1097/00007632-200012150-00014

Bıçakcı, Ş., Öztürk, M.,Üçler, S., Karlı, N., Siva, A., Başağrısı Tanı ve Tedaviler Güncel Yaklaşımlar, Galenos Yayınevi, İstanbul, 2018, 9-12.

Boran H., Bolay H., *Pathophysiology of Migraine,* Nöropsikiyatri Arşvi 2013; 50 Özel Sayı 1: 1-7

Boylu E , Adıgüzel T , Özden T , Domaç F . Migrenli Olgularda Dizabilitenin Midas Ölçeği ile Değerlendirilmesi. Duzce Medical Journal. 2012; 14(1): 10-13

Brandes J. L. (2009). Migraine and functional impairment. CNS drugs, 23(12), 1039–1045. https://doi.org/10.2165/11530030-000000000-00000

Burstein, R., Noseda, R., & Borsook, D. (2015). Migraine: multiple processes, complex pathophysiology. *The Journal of neuroscience : the official journal of the Society for Neuroscience*, *35*(17), 6619–6629. https://doi.org/10.1523/JNEUROSCI.0373-15.2015

Buse, D. C., Fanning, K. M., Reed, M. L., Murray, S., Dumas, P. K., Adams, A. M., & Lipton, R. B. (2019). Life With Migraine: Effects on Relationships, Career, and Finances From the Chronic Migraine Epidemiology and Outcomes (CaMEO) Study. *Headache*, *59*(8), 1286–1299. https://doi.org/10.1111/head.13613

Buzzi, M. G., Cologno, D., Formisano, R., & Rossi, P. (2005). Prodromes and the early phase of the migraine attack: therapeutic relevance. *Functional neurology*, *20*(4), 179–183.

Büyüköztürk Ş. (2002). Faktör Analizi: Temel Kavramlar ve Ölçek Geliştirmede Kullanımı. Eğitim Yönetimi Dergisi; 32: 470-483.

Büyükyörük, C., Migren Hastalarının Yaşam Kalitesi, Anksiyete ve Depresyon Düzeylerinin Değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi. Yök Tez. Erişim Tarihi : 27.01.2021

Cabello, M., de la Fuente, J., Ayuso Mateos, J. L., & Pitkänen, T. (2019). Longitudinal properties of the PARADISE24fin questionnaire in treatment of substance use disorders. *Addictive behaviors*, *95*, 125–128. https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2019.03.009

Chowdhury D. (2010). Acute management of migraine. *The Journal of the Association of Physicians of India*, *58 Suppl*, 21–25.

Cieza A, Sabariego C, Anczewska M, Ballert C, Bickenbach J, Cabello M, Giovannetti A, Kaskela T, Mellor B, Pitkänen T, Quintas R, Raggi A, Świtaj P, Chatterji S; PARADISE Consortium. PARADISE 24: A Measure to Assess the Impact of Brain Disorders on People's Lives. PLoS One. 2015 Jul 6;10(7):e0132410. doi: 10.1371/journal.pone.0132410. PMID: 26147343; PMCID: PMC4492620.

Cieza, A., Bostan, C., Ayuso-Mateos, J. L., Oberhauser, C., Bickenbach, J., Raggi, A., Leonardi, M., Vieta, E., & Chatterji, S. (2013). The psychosocial difficulties in brain disorders that explain short term changes in health outcomes. *BMC psychiatry*, *13*, 78. https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-78

Coenen, M., Cabello, M., Umlauf, S., Ayuso-Mateos, J. L., Anczewska, M., Tourunen, J., Leonardi, M., Cieza, A., & PARADISE Consortium (2016). Psychosocial difficulties from the perspective of persons with neuropsychiatric disorders. *Disability and rehabilitation*, *38*(12), 1134–1145. https://doi.org/10.3109/09638288.2015.1074729

Çapık, C., Gözüm, S., & Aksayan, S. (2018). Kültürlerarası ölçek uyarlama aşamaları, dil ve kültür uyarlaması: Güncellenmiş rehber. *Florence Nightingale Journal of Nursing*, *26*(3), 199-210

Demirali DR, Ergin Y. (1995). Ölçeklerde Geçerlik ve Güvenirlik. M.Ü. Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi, 7:125-148.

DeVellis, RF. (2003). *Scale development: Theory and applications.* (2nd ed.), Sage

Do, T. P., Hvedstrup, J., & Schytz, H. W. (2018). Botulinum toxin: A review of the mode of action in migraine. *Acta neurologica Scandinavica*, *137*(5), 442–451. https://doi.org/10.1111/ane.12906

Dora B. , *Başağrısı Fizyopatolojisi*, Turkiye Klinikleri J Neurol-Special Topics. 2017;10(3):217-30

Dowson, AJ. Migraine and other headaches: your questions answered. Migren and Diğer Baş Ağrıları, p.31-46. 1. Baskı, Çeviren Yüksel A, AND Danışmanlık, Eğitim Yayıcılık ve Organizasyon Ltd. Şti., İstanbul, 2003

Edvinsson L. (2021). CGRP and migraine: from bench to bedside. *Revue neurologique*, *177*(7), 785–790. https://doi.org/10.1016/j.neurol.2021.06.003

Eker, D. ve Arkar, H. (1995). Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin faktör yapısı, geçerlik ve güvenirliği. Türk Psikoloji Dergisi, 10, 45-55.

Ekizoğlu E.,Orhan E.,Baykab B., Başağrısı, 2019 Erişim Tarihi: 19.07.2022 http://www.itfnoroloji.org/basagrisi/basagrisi.htm

Ercan, İ., & İsmet, K. A. N. (2004). Ölçeklerde güvenirlik ve geçerlik. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 30(3), 211-216.

Erdemoğlu A., Domaç F., Karaçam M. , Başağrısında Yaşam Kalitesi ve Ölçümü, Türk Nöroloji Dergisi 2014; 20: Özel Sayı 1:53-6 .

Erefe, İ. (2002). Veri toplama araçlarının niteliği. *Hemşirelikte Araştırma İlke Süreç ve Yöntemleri, Odak Ofset, Ankara*, 133-138.

Erkan S, Gömleksiz M. (2014). Eğitimde ölçme ve değerlendirme. Ankara: Anı Yayıncılık, 47-75

Ertaş M. Migren. Turkiye Klinikleri Journal of Neurology. 1(2):116-23, 2003.

Esin MN. (2014). Veri Toplama Yöntem ve Araçları & Veri Toplama Araçlarının Güvenirlik ve Geçerliği. Erdoğan S, Nahcivan N, Esin MN (Eds.), Hemşirelikte Araştırma Süreç, Uygulama ve Kritik. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul:193-233

de la Fuente, J., Cabello, M., Levola, J., Caballero, F. F., Ayuso-Mateos, J. L., & Pitkänen, T. (2018). Validity of the PARADISE24 questionnaire in people with substance use disorders: A measure to assess psychosocial difficulties. *Drug and alcohol dependence*, *187*, 66–71. https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2018.02.012

Gallagher, R. M., & Cutrer, F. M. (2002). Migraine: diagnosis, management, and new treatment options. *The American journal of managed care*, *8*(3 Suppl), S58–S73.

Gaul, C., Meßlinger, K., Holle-Lee, D., & Neeb, L. (2017). Pathophysiologie von Kopfschmerzerkrankungen [Pathophysiology of Headaches]. *Deutsche medizinische Wochenschrift (1946)*, *142*(6), 402–408. https://doi.org/10.1055/s-0042-111694

George, C. M., Thomas, E. M., Kuriakose, N., Kshirsagar, S., & Samuel, R. (2021). Psychosocial Difficulties (PSD) Experienced by People across Brain Disorders and the Implications for Occupational Therapy: A Cross-Sectional Study. *Occupational therapy in health care*, *35*(3), 268–285. https://doi.org/10.1080/07380577.2021.1926045

Gibbs, S. N., Shah, S., Deshpande, C. G., Bensink, M. E., Broder, M. S., Dumas, P. K., Buse, D. C., Vo, P., & Schwedt, T. J. (2020). United States Patients' Perspective of Living With Migraine: Country-Specific Results From the Global "My Migraine Voice" Survey. Headache, 60(7), 1351–1364. https://doi.org/10.1111/head.13829

Gilmore, B., & Michael, M. (2011). Treatment of acute migraine headache. *American family physician*, *83*(3), 271–280.

Giovannetti, A. M., Schiavolin, S., Raggi, A., Quintas, R., Cerniauskaite, M., Confalonieri, P., Mantegazza, R., Torri Clerici, V., Antozzi, C., Brenna, G., & Leonardi, M. (2016). Psychosocial difficulties of individuals with multiple sclerosis: the PARADISE-24 questionnaire. *International journal of rehabilitation research. Internationale Zeitschrift fur Rehabilitationsforschung. Revue internationale de recherches de readaptation*, *39*(4), 339–345. https://doi.org/10.1097/MRR.0000000000000194

Grant, J. S., & Davis, L. L. (1997). Selection and use of content experts for instrument development. *Research in nursing & health*, *20*(3), 269–274. https://doi.org/10.1002/(sici)1098-240x(199706)20:3<269::aid-nur9>3.0.co;2-g

Gözüm S, Aksayan S. (2003). Kültürlerarası ölçek uyarlaması için rehber II. Psikometrik Özellikler ve Kültürlerarası Karşılaştırma. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Derg, 1: 3-14.

Gürsoy A.E., Ertaş M., Migrende Profilaktik Tedavi, Nöropsikiyatri Arşivi 2013; 50 Özel Sayı 1: 30-35

Hansen, J. M., & Charles, A. (2019). Differences in treatment response between migraine with aura and migraine without aura: lessons from clinical practice and RCTs. *The journal of headache and pain*, *20*(1), 96. https://doi.org/10.1186/s10194-019-1046-4

Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS) The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. (2018). *Cephalalgia : an international journal of headache*, *38*(1), 1–211. https://doi.org/10.1177/0333102417738202

Karakoç FY, Dönmez L. (2014). Ölçek Geli şti rme Çalışmalarında Temel İlkeler. Tıp Eğitimi Dünyası, 40:39-49.

Karlı, H., Bıçakcı, Ş., & Bozkurt, M. (2022). CGRP: New Focus in Migraine. *TURKISH JOURNAL OF NEUROLOGY*, *28*(1).

Kartal, S. K., & Dirlik, E. M. (2016). Geçerlik Kavramının Tarihsel Gelişimi Ve Güvenirlikte En Çok Tercih Edilen Yöntem: Cronbach Alfa Katsayısı. Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 16(4), 1865-1879.

Kelman L. (2006). Pain characteristics of the acute migraine attack. *Headache*, *46*(6), 942–953. https://doi.org/10.1111/j.1526-4610.2006.00443.x

Kelman L. (2006). The postdrome of the acute migraine attack. *Cephalalgia : an international journal of headache*, *26*(2), 214–220. https://doi.org/10.1111/j.1468-2982.2005.01026.x

KILIÇ, S. (2016). Cronbach'ın alfa güvenirlik katsayısı. Journal of Mood Disorders, 6(1), 47-48.

Kim, B. K., Chu, M. K., Yu, S. J., Dell'Agnello, G., Han, J. H., & Cho, S. J. (2021). Burden of migraine and unmet needs from the patients' perspective: a survey across 11 specialized headache clinics in Korea. *The journal of headache and pain*, *22*(1), 45. https://doi.org/10.1186/s10194-021-01250-6

Lebedeva, E. R., Kobzeva, N. R., Gilev, D. V., Kislyak, N. V., & Olesen, J. (2017). Psychosocial factors associated with migraine and tension-type headache in medical students. *Cephalalgia : an international journal of headache*, *37*(13), 1264–1271. https://doi.org/10.1177/0333102416678389

Lucas C. (2021). Migraine with aura. *Revue neurologique*, *177*(7), 779–784. https://doi.org/10.1016/j.neurol.2021.07.010

Marmura M. J. (2018). Triggers, Protectors, and Predictors in Episodic Migraine. *Current pain and headache reports*, *22*(12), 81. https://doi.org/10.1007/s11916-018-0734-0

Milanlıoğlu, A., Tombul,T., Migren Baş Ağrısında: Ne Yapmalıyız?, Derleme, Van Tıp Dergisi: 20(1): 40-47, 2013

Mirmosayyeb O, Shaygannejad V, Ghajarzadeh M. Comparison of Psychological Difficulties in Patients with Migraine and Epilepsy Using PARADISE-24 Questionnaire. J Multidiscip Healthc. 2020 Jul 10;13:609-613. doi: 10.2147/JMDH.S260056. PMID: 32764953; PMCID: PMC7368128.

Nazari, F., Safavi, M., & Mahmudi, M. (2010). Migraine and its relation with lifestyle in women. *Pain practice : the official journal of World Institute of Pain*, *10*(3), 228–234. https://doi.org/10.1111/j.1533-2500.2009.00343.x

Norton PJ, Asmundson GJ. Anxiety sensitivity, fear, and avoidance behavior in headache pain. Pain. 2004 Sep;111(1-2):218-23. doi: 10.1016/j.pain.2004.06.018. PMID: 15327826.

Olesen, J., & Leonardi, M. (2003). The burden of brain diseases in Europe. *European journal of neurology*, *10*(5), 471–477. https://doi.org/10.1046/j.1468-1331.2003.00682.x

Özön Ö., Bolay H., *Primer Baş Ağrılarında Tanı ve Tedavi Yaklaşımları,* Türk Nörosirürji Dergisi 13: 97-112, 2003

Peters G. L. (2019). Migraine overview and summary of current and emerging treatment options. *The American journal of managed care*, *25*(2 Suppl), S23–S34.

Pitkänen, T., Levola, J. M., de la Fuente, J., & Cabello, M. (2020). Identifying psychosocial difficulties of inpatients with substance use disorders: evaluation of the usefulness of the PARADISE24 for clinical practise. *Disability and rehabilitation*, *42*(1), 130–136. https://doi.org/10.1080/09638288.2018.1493543

Polat, S. , Hocaoğlu, Ç. , Migren Tipi Baş Ağrısının Psikiyatrik Yönü , Klinik Tıp Bilimleri Dergisi Cilt: 6 Sayı: 1 Ocak 2018

Polit, D. F., Beck, C. T. (2006). The Content Validity Index: Are You Sure You Know What's Being Reported? Critiqueand Recommendations. Research in Nursing & Health, 29, 489-497.

Powers SW, Gilman DK, Hershey AD. Headache and psychological functioning in children and adolescents. Headache. 2006 Oct;46(9):1404-15. doi: 10.1111/j.1526-4610.2006.00583.x. PMID: 17040337.Publications, California.

Puledda, F., & Shields, K. (2018). Non-Pharmacological Approaches for Migraine. *Neurotherapeutics : the journal of the American Society for Experimental NeuroTherapeutics*, *15*(2), 336–345. https://doi.org/10.1007/s13311-018-0623-6

Radat, F., Mekies, C., Géraud, G., Valade, D., Vivès, E., Lucas, C., Joubert, J. M., & Lantéri-Minet, M. (2008). Anxiety, stress and coping behaviours in primary care migraine patients: results of the SMILE study. Cephalalgia : an international journal of headache, 28(11), 1115–1125. https://doi.org/10.1111/j.1468-2982.2008.01644.x

Raggi, A., Giovannetti, A. M., Quintas, R., D'Amico, D., Cieza, A., Sabariego, C., Bickenbach, J. E., & Leonardi, M. (2012). A systematic review of the psychosocial difficulties relevant to patients with migraine. *The journal of headache and pain*, *13*(8), 595–606. https://doi.org/10.1007/s10194-012-0482-1

Rattray, J., & Jones, M. C. (2007). Essential elements of questionnaire design and development. *Journal of clinical nursing*, *16*(2), 234–243. https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01573.x

Rosenberg, L., Butler, N., & Seng, E. K. (2018). Health Behaviors in Episodic Migraine: Why Behavior Change Matters. *Current pain and headache reports*, *22*(10), 65. https://doi.org/10.1007/s11916-018-0721-5

Sabariego, C., Coenen, M., Ballert, C., Cabello, M., Leonardi, M., Anczewska, M., Pitkänen, T., Raggi, A., Mellor, B., Covelli, V., Świtaj, P., Levola, J., Schiavolin, S., Chrostek, A., Bickenbach, J., Chatterji, S., & Cieza, A. (2015). Determinants of Psychosocial Difficulties Experienced by Persons with Brain Disorders: Towards a 'Horizontal Epidemiology' Approach. *PloS one*, *10*(12), e0141322. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0141322

Scher, A. I., Gudmundsson, L. S., Sigurdsson, S., Ghambaryan, A., Aspelund, T., Eiriksdottir, G., van Buchem, M. A., Gudnason, V., & Launer, L. J. (2009). Migraine headache in middle age and late-life brain infarcts. *JAMA*, *301*(24), 2563–2570. https://doi.org/10.1001/jama.2009.932

Schoonman, G. G., Evers, D. J., Terwindt, G. M., van Dijk, J. G., & Ferrari, M. D. (2006). The prevalence of premonitory symptoms in migraine: a questionnaire study in 461 patients. *Cephalalgia : an international journal of headache*, *26*(10), 1209–1213. https://doi.org/10.1111/j.1468-2982.2006.01195.x

Selekler H. M., Komsuoğlu S.Ş., Migren Sınıflaması ve Dikkat Edilmesi Gereken Noktalar, T Klin Tıp Bilimleri 2003, 23

Shaterian, N., Shaterian, N., Ghanaatpisheh, A., Abbasi, F., Daniali, S., Jahromi, M. J., Sanie, M. S., & Abdoli, A. (2022). Botox (OnabotulinumtoxinA) for Treatment of Migraine Symptoms: A Systematic Review. *Pain research & management*, *2022*, 3284446. https://doi.org/10.1155/2022/3284446

Silberstein SD, Lipton R, Goadsby P. Headache in Clinical Practice. Klinik Uygulamada Baş Ağrısı p.69-112. Editörler: Ertas M, Demir GA. Çeviren: Demir GA, Yelkovan Yayıncılık, İstanbul, 2004

Silberstein SD. & (Eds.). (2002). An Atlas of Headache (1st ed.)Historical aspects of headache. CRC Press. P.1-11. https://doi.org/10.1201/9781003040514

Silberstein, S. D., & Lipton, R. B. (1994). Overview of diagnosis and treatment of migraine. *Neurology*, *44*(10 Suppl 7), S6–S16.

Steiner, T. J., Terwindt, G. M., Katsarava, Z., Pozo-Rosich, P., Gantenbein, A. R., Roche, S. L., Dell'Agnello, G., & Tassorelli, C. (2022). Migraine-attributed burden, impact and disability, and migraine-impacted quality of life: Expert consensus on definitions from a Delphi process. Cephalalgia : an international journal of headache, 42(13), 1387–1396. https://doi.org/10.1177/03331024221110102

Şencan, H., & Fidan, Y. (2020). Likert Verilerinin Kullanildiği Keşfedici Faktör Analizlerinde Normallik Varsayimi Ve Faktör Çikarma Üzerindeki Etkisinin Spss, Factor Ve Prelis Yazilimlariyla Sinanmasi. Business & Management Studies: An International Journal, 8(1), 640-687.

Tavakol, M., & Wetzel, A. (2020). Factor Analysis: a means for theory and instrument development in support of construct validity. *International journal of medical education*, *11*, 245–247. https://doi.org/10.5116/ijme.5f96.0f4a

Tavşancıl, E. (2006).Tutumların Ölçülmesi ve SPSS ile Veri Analizi. Ankara: 3. Baskı, Nobel Yayınları.

Williamson, D. J., & Hargreaves, R. J. (2001). Neurogenic inflammation in the context of migraine. *Microscopy research and technique*, *53*(3), 167–178. https://doi.org/10.1002/jemt.1081

Woodward S.,Mestecky A., 2013,'Ağrı Tanılamasıve Yönetimi',Nörolojik Bilimler Hemşireliği, içinde (274-275), Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul Yayın Dağıtım, İstanbul. 20-51.

Yücel Y., Migren Baş Ağrısında Tanı Ve Tedavi Yaklaşımları, Dicle Tıp Dergisi, 2008, Cilt: 35, Sayı: 4 , (281-286)

Zobdeh, F., Ben Kraiem, A., Attwood, M. M., Chubarev, V. N., Tarasov, V. V., Schiöth, H. B., & Mwinyi, J. (2021). Pharmacological treatment of migraine: Drug classes, mechanisms of action, clinical trials and new treatments. *British journal of pharmacology*, *178*(23), 4588–4607. https://doi.org/10.1111/bph.15657

EKLER

Ek- 1 **:** Hasta Tanılama Formu

Ek- 2 : Beyin Bozuklukları İle İlgili Psikososyal Faktörler Ölçeği

Ek- 3 : Migren Özürlülük Değerlendirme Ölçeği

Ek- 4 : Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği

Ek- 5 : Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

Ek- 6 : Bilgilendirilmiş Onam Formu

Ek- 7 : Ölçek Kullanım İzni

EK-1: HASTA TANILAMA FORMU

Ad Soyad :..... Telefon:.....

1. Doğum tarihiniz : .....
2. Cinsiyetiniz : Kadın☐ Erkek☐
3. Medeni Durumunuz : Evli☐ Bekar☐ Dul veya Boşanmış ( )
4. Çocuğunuz Var mı : Evet☐ Hayır☐ Çocuk sayısı:.....

5.Eğitim Düzeyiniz 1. Okur yazar ( ) 2. İlkokul ( ) 3. Ortaöğrenim ( ) 4.Lise ( )

5. Üniversite ( ) 6. Lisanüstü ( )

6. Çalışma Durumunuz: Çalışıyor ( ) Çalışmıyor ( ) Emekli ( ) Öğrenci ( ) Ev Hanımı ( )

İşiniz:.....

7.Gelir Durumunuz : Gelir giderden çok☐ Gelir gidere eşit☐ Gelir giderden az☐

8.Kiminle Birlikte Yaşamaktasınız?

1.Yalnız( ) 2. Eş ( ) 3. Eş ve çocuklar ( ) 4. Ebeveynleri ile Birlikte ( )

9.Yaşantının Büyük Çoğunluğu (1/3'ü) Nerede Geçti? 1.Köy ( ) 2.İlçe ( ) 3. İl ( ) 4. Büyükşehir ( )

10.Migren Hastalığı tanısı alma süreniz? ……..... Ay / Yıl

11. Baş ağrısınızın sıklığı:

( ) Her gün □ Haftada 4-6 gün □ Haftada 1-3 gün □ 2 haftada 1 □ Ayda 1
) Hiç Geçmiyor □ Diğer:.....

12.Baş ağrınızın süresi ne uzunluktadır?

□1 saatten kısa □1-4 saat arasında □4-12 saat arasında □12-24 saat arasında □24 saatten uzun

13. Baş ağrınızın şiddetine bir puan verecek olsanız sıfırdan 10'a kadar kaç puan verirdiniz? İşaretleyiniz. (1 En Düşük, 10 En yüksek Şiddet olarak düşününüz.)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

14. Migren dışında doktor tarafından konulmuş herhangi bir hastalığınız var mı? □ Evet □ Hayır

15. Doktor tarafından konulmuş hastalık tanınızı belirtiniz. ……..

16.Migren atakları için düzenli ilaç alma durumu : Evet ( ) Hayır ( )

EK-2 : PARADISE-24 (BEYİN BOZUKLUKLARI İLE İLGİLİ PSİKOSOSYAL FAKTÖRLER ÖLÇEĞİ)

	Sorun yok	Hafif	Orta derecede	Önemli derecede	Aşırı derecede	Sorunun önceliği
1. Gün içinde kendinizi dinlenmiş ve zinde hissetmemeniz nedeniyle (örneğin; kendinizi yorgun hissetmeniz ve enerjinizin olmaması) ne kadar sorun yaşadınız?						
2. Hayata karşı ilginizi kaybetme (isteksizlik) nedeniyle ne kadar sorun yaşadınız?						
3. İştahınız ile ilgili ne kadar sorun yaşadınız?						
4. Uyku ile ilgili ne kadar sorun yaşadınız (gün içinde uyuyakalmak, gece sık uyanmak ya da sabah erken uyanıp tekrar dalamamak)?						
5. Tartışma başlatacak, insanlara bağıracak ve hatta vuracak kadar sinirli olmanız ile ilgili ne kadar sorun yaşadınız?						
6. Yavaşlamanız veya hayatın akışına yetişemediğiniz hissi ile ilgili ne kadar sorun yaşadınız?						
7. Üzgün, moralsiz ya da depresif hissetme ile ilgili ne kadar sorun yaşadınız?						
8. Endişeli ya da kaygılı olma ile ilgili ne kadar sorun yaşadınız?						
9. Yapmanız gereken onca şey ile baş edememek ile ilgili ne kadar sorun yaşadınız?						
10. Vücudunuzda /bedeninizde ne kadar ağrı ya da acı hissettiniz?						
11. Bir şey yaparken on dakika boyunca odaklanmakta ne kadar zorlandınız?						
12. Yapmanız gereken önemli şeyleri hatırlamakta ne kadar zorlandınız?						
13. Kararlarınızı vermekte ne kadar zorlandınız?						
14. Bir sohbeti başlatmak ve sürdürmekte ne kadar zorlandınız?						
15. Bir kilometre gibi uzun bir mesafeyi yürümekte ne kadar zorlandınız?						
16. Kişisel bakım, giyinme veya yemek yemekte ne kadar zorlandınız?						
17. Cinsel aktivitede (cinsel istek, cinsel işlev) ne kadar zorlandınız?						
18. Birkaç günlüğüne kendi başınıza kalmakta ne kadar zorlandınız?						
19. Sağlığınızı korumakta (iyi beslenme, spor yapma ve reçeteli ilaçlarınızı kullanma vb) ne kadar zorlandınız?						
20. Arkadaşlık kurmak ve sürdürmekte ne kadar zorlandınız?						
21. Yakınlarınızla anlaşmakta ne kadar zorlandınız?						
22. Günlük işlerinizde ya da okul hayatınızda ne kadar zorlandınız?						
23. Hesaplama gerektiren parasal konuları yönetmekte ne kadar zorlandınız?						
24. Toplumsal etkinliklere katılmakta (örneğin, bayramlar, dini veya diğer etkinlikler) herhangi birine göre ne kadar zorlandınız?						

EK – 3: MİGREN ÖZÜRLÜLÜK DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

MODİFİYE MIDAS

Lütfen son 1 ay içinde yaşadığınız TÜM baş ağrılarıyla ilgili olan aşağıdaki sorulara cevap verin. Son 1 ayda etkinliği yapmadıysanız sıfır girin.

1. Son 1 ayda baş ağrılarınız sebebiyle kaç gün işi ya da okulu kaçırdınız? |___|___| gün

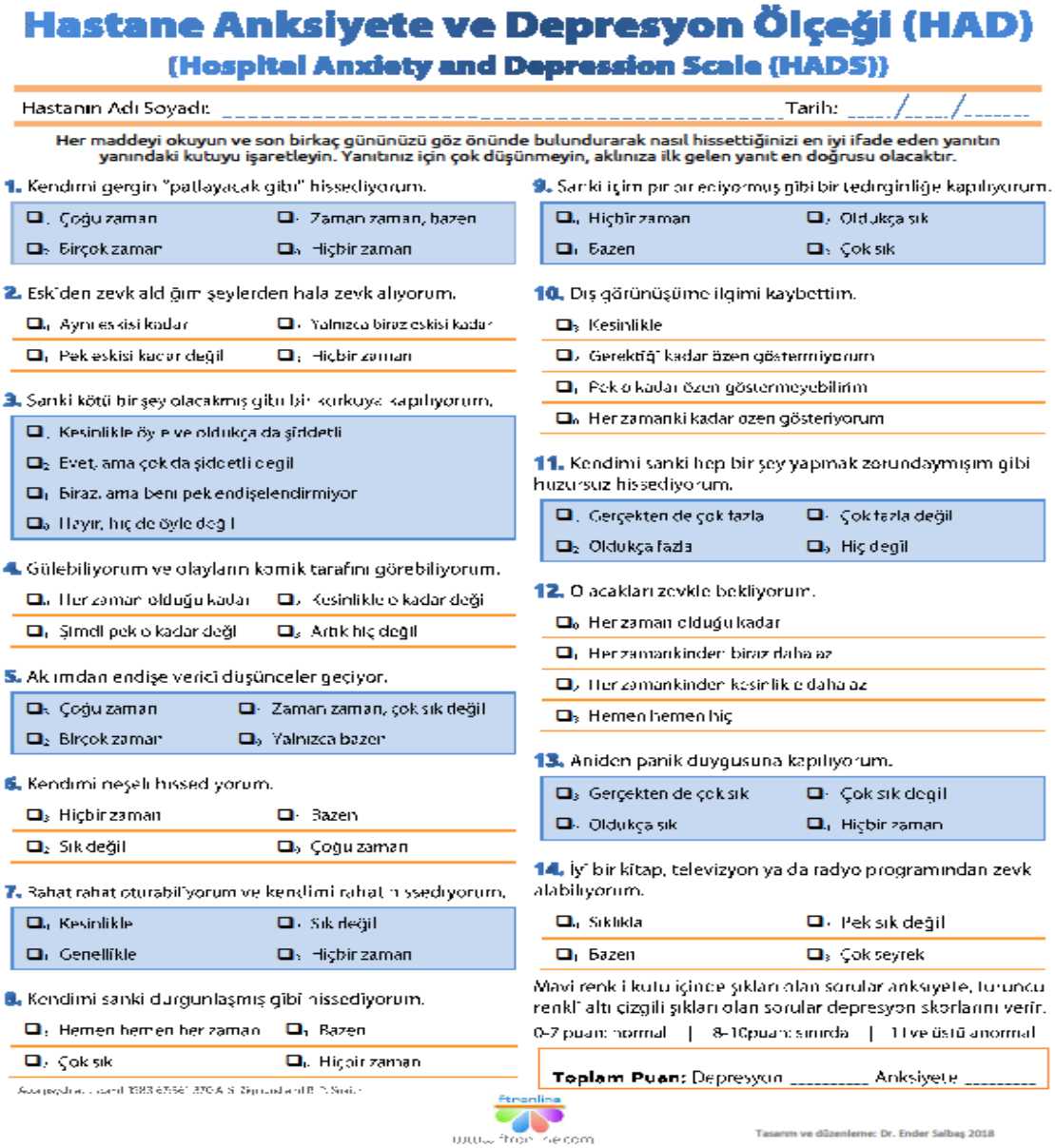
2. Son 1 ayda baş ağrılarınız nedeniyle işteki veya okuldaki verimliliğiniz kaç gün yarı yarıya veya daha fazla azaldı? (İşi ya da okulu kaçırdığınız günlerle ilgili bir önceki soruda saydığınız günleri dahil etmeyin.) |___|___| gün

3. Son 1 ayda baş ağrılarınız nedeniyle kaç gün ev işi yapmadınız? |___|___| gün

4. Son 1 ayda baş ağrılarınız nedeniyle kaç gün ev işindeki verimliliğiniz yarı yarıya veya daha fazla azaldı? (Ev işi yapmadığınız günlerle ilgili bir önceki soruda saydığınız günleri dahil etmeyin.) |___|___| gün

5. Son 1 ayda baş ağrılarınız nedeniyle kaç gün ailevi, sosyal ya da boş zaman faaliyetlerini kaçırdınız? |___|___| gün

EK – 4: HASTANE ANKSİYETE ve DEPRESYON ÖLÇEĞİ



Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD)

(Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS))

Hastanın Adı Soyadı: _____ Tarih: ____/____/_____

Her maddeyi okuyun ve son birkaç gününüzü göz önünde bulundurarak nasıl hissettiğinizi en iyi ifade eden yanıtın yanındaki kutuyu işaretleyin. Yanıtınız için çok düşünmeyin, aklınıza ilk gelen yanıt en doğrusu olacaktır.

1. Kendimi gergin "patlayacak gibi" hissediyorum.

- ☐ Çoğu zaman
- ☐ Zaman zaman, bazen
- ☐ Birçok zaman
- ☐ Hiçbir zaman

2. Eskiden zevk aldığım şeylerden hala zevk alıyorum.

- ☐ Aynı eskisi kadar
- ☐ Yalnızca biraz eskisi kadar
- ☐ Pek eskisi kadar değil
- ☐ Hiçbir zaman

3. Sanki kötü bir şey olacakmış gibi bir korkuya kapılıyorum.

- ☐ Kesinlikle öyle ve oldukça da şiddetli
- ☐ Evet, ama çok da şiddetli değil
- ☐ Biraz, ama beni pek endişelendirmiyor
- ☐ Hayır, hiç de öyle değil

4. Gülebiliyorum ve olayların komik tarafını görebiliyorum.

- ☐ Her zaman olduğu kadar
- ☐ Kesinlikle o kadar değil
- ☐ Şimdi pek o kadar değil
- ☐ Artık hiç değil

5. Aklımdan endişe verici düşünceler geçiyor.

- ☐ Çoğu zaman
- ☐ Zaman zaman, çok sık değil
- ☐ Birçok zaman
- ☐ Yalnızca bazen

6. Kendimi neşeli hissediyorum.

- ☐ Hiçbir zaman
- ☐ Bazen
- ☐ Sık değil
- ☐ Çoğu zaman

7. Rahat rahat oturabiliyorum ve kendimi rahat hissediyorum.

- ☐ Kesinlikle
- ☐ Sık değil
- ☐ Genellikle
- ☐ Hiçbir zaman

8. Kendimi sanki durgunlaşmış gibi hissediyorum.

- ☐ Hemen hemen her zaman
- ☐ Bazen
- ☐ Çok sık
- ☐ Hiçbir zaman

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

- ☐ Hiçbir zaman
- ☐ Oldukça sık
- ☐ Bazen
- ☐ Çok sık

10. Dış görünüşümle ilgimi kaybettim.

- ☐ Kesinlikle
- ☐ Gerektiği kadar özen göstermiyorum
- ☐ Pek o kadar özen göstermeyebilirim
- ☐ Her zamanki kadar özen gösteriyorum

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

- ☐ Gerçekten de çok fazla
- ☐ Çok fazla değil
- ☐ Oldukça fazla
- ☐ Hiç değil

12. Olacakları zevkle bekliyorum.

- ☐ Her zaman olduğu kadar
- ☐ Her zamankinden biraz daha az
- ☐ Her zamankinden kesinlikle daha az
- ☐ Hemen hemen hiç

13. Aniden panik duygusuna kapılıyorum.

- ☐ Gerçekten de çok sık
- ☐ Çok sık değil
- ☐ Oldukça sık
- ☐ Hiçbir zaman

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

- ☐ Sıklıkla
- ☐ Pek sık değil
- ☐ Bazen
- ☐ Çok seyrek

Mavi renkli kutu içinde şıkları olan sorular anksiyete, turuncu renkli altı çizgili şıkları olan sorular depresyon skorlarını verir.

0-7 puan: normal | 8-10puan: sınırda | 11 ve üstü anormal

Toplam Puan: Depresyon _____ Anksiyete _____

Tasarım ve düzenleme: Dr. Ender Salbaş 2018

EK – 5:ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ

EK 5: Çok Boyutlu Algilanan Sosyal Destek Ölçeği

1. İhtiyacım olduğunda yanımda olan özel bir insan var.
   Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet
2. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim özel bir insan var.
   Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet
3. Ailem bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.
   Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet
4. İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden alırım.
   Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet
5. Beni gerçekten rahatlatan özel bir insan var.
   Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet
6. Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.
   Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet
7. İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.
   Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet
8. Sorunlarımı ailemle konuşabilirim.
   Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet
9. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.
   Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet
10. Yaşamımda duygularıma önem veren özel bir insan var.
    Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet
11. Kararlarımı vermede ailem bana yardımcı olmaya isteklidir.
    Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet
12. Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.
    Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

EK – 6: BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

T.C. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa

Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Sizi İstanbul Üniversitesi – Cerrahpaşa Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği ABD öğretim üyesi Doç. Dr. Zeliha TÜLEK'in akademik danışmanlığında, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği yüksek lisans programı öğrencisi Hasibe ÇALIŞKAN IŞGIN tarafından yürütülecek olan "Beyin Bozuklukları ile İlgili Psikososyal Faktörler Ölçeği'nin Türkçe Uyarlamasının Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması)" başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmanın amacı, beyin bozukluklarında ortak olarak yaşanan psikososyal zorlukları saptamak ve bunların insanların yaşamları üzerindeki etkisini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş olan Beyin Bozuklukları ile İlgili Psikososyal Faktörler Ölçeği'nin (PARADISE-24) Türkçe versiyonunun psikometrik özelliklerini değerlendirmektir. Araştırmada sizden tahminen 5-15 dakika süre ayırmanız istenmektedir. Araştırma oluşturulan anket aracılığıyla toplanacaktır. Sunulan bu bilgilendirilmiş onam formunu okuyup araştırmaya katılmayı onayladığınıza dair ilgili kutucuğu işaretlemeniz gerekmektedir. Bu işaretleme çalışmaya katılmayı onayladığınız anlamına gelir. Katılımcı olarak onam formunun sonundaki "araştırmaya katılmayı kabul ettiklerine dair" ilgili kutucuğu işaretlememeniz durumunda onay vermemiş sayılacaksınız. Araştırmaya 18 yaş üstü migren tanısı almış bireyler katılabilecektir. Araştırmada içerisinde katılımcıların yaş, cinsiyet, maddi durum, eğitim durumu, çalışma durumu gibi demografik bilgilerini incelemek için hasta tanılama formu, Türkçe geçerlik ve güvenirliği yapılacak olan Beyin Bozuklukları ile İlgili Psikososyal Faktörler Ölçeği (PARADISE) kullanılacaktır. Migren hastalarının baş ağrısı özellikleri Migren Özürlülük Ölçeği, hastaların anksiyete düzeyleri için Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği ve sosyal destek durumları açısından Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği kullanılacaktır. [1] Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, size en uygun gelen cevapları içtenlikle verecek şekilde cevaplamanızdır. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ancak, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına da sahipsiniz. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz **gizli tutulacaktır**; ancak verileriniz yayın amacı ile kullanılabilir. İletişim bilgileriniz ise sadece izninize bağlı olarak ve farklı araştırmacıların sizinle iletişime geçebilmesi için "ortak katılımcı havuzuna" aktarılabilir. Eğer araştırmanın amacı ile ilgili verilen bu bilgiler dışında şimdi veya sonra daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız araştırmacıya şimdi sorabilir veya e-posta adresi ve numaralı telefondan ulaşabilirsiniz. Araştırma tamamlandığında genel/size özel sonuçların sizinle paylaşılmasını istiyorsanız lütfen araştırmacıya iletiniz.

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları anladım. Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı/araştırmacılar tarafından yapıldı. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı. Kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda yeterli güven verildi.

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

Katılımcının Adı-Soyadı:.....

İmzası:

İletişim Bilgileri: e-posta: Telefon:

İletişim bilgilerimin diğer araştırmacıların benimle iletişime geçebilmesi için "ortak araştırma havuzuna" aktarılmasını: (kabul ediyorum kabul etmiyorum (lütfen uygun seçeneği işaretleyiniz)

Velayet veya Vesayet Altında Bulunanlar İçin:

Veli veya Vasisinin Adı-Soyadı:.....

İmzası:

Araştırmacının Adı-Soyadı:.....

İmzası:

EK – 7: ÖLÇEK KULLANIM İZNİ

İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI

BEYİN BOZUKLUKLARI İLE İLGİLİ PSİKOSOSYAL FAKTÖRLER ÖLÇEĞİ `NİN TÜRKÇE UYARLAMASININ GEÇERLİK ve GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI

ORİJİNALLİK RAPORU

%18	%16	%5	%9
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	Submitted to The Scientific & Technological Research Council of Turkey (TUBITAK) Öğrenci Ödevi	%3
2	acikbilim.yok.gov.tr İnternet Kaynağı	%3
3	toad.halileksi.net İnternet Kaynağı	%1
4	ihs-headache.org İnternet Kaynağı	%1
5	docplayer.biz.tr İnternet Kaynağı	%1
6	dergipark.org.tr İnternet Kaynağı	%1
7	Submitted to Anadolu University Öğrenci Ödevi	%1
8	Submitted to Okan Ãniversitesi Öğrenci Ödevi	<%1

ETİK KURUL İZİN YAZISI

Uyarı: Canlı denekler üzerinde yapılan tüm araştırmalar için Etik Kurul Belgesi alınması zorunludur.

☒ **Etik Kurul izni gerekmektedir.**

☐ **Etik Kurul izni gerekmemektedir.**

Hasibe ÇALIŞKAN IŞGIN
(İmza)

KURUM İZNİ YAZILARI

Uyarı: Canlı ve cansız deneklerle yapılan tüm çalışmalar için kurum izin belgelerinin eklenmesi zorunludur. Gizlilik ve mahremiyet içeren durumlarda kurum adı kapatılmalıdır.

☒ **Kurum izni gerekmektedir.**

☐ **Kurum izni gerekmemektedir.**

Hasibe ÇALIŞKAN IŞGIN
(İmza)

ÖZGEÇMİŞ