T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

MİGREN HASTALARININ YAŞAM KALİTESİ ve SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Zeynep TURGUT ERTUĞRUL

DANIŞMAN
Doç. Dr. Zeliha TÜLEK

İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

İç Hastalıkları Hemşireliği Programı

Ocak, 2023

TEZ KABUL VE ONAYI

Zeynep TURGUT ERTUĞRUL tarafından, **Doç. Dr. Zeliha TÜLEK** danışmanlığında hazırlanan **"MİGREN HASTALARININ YAŞAM KALİTESİ ve SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ"** başlıklı bu çalışma, jürimiz tarafından **27/01/2023** 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. Gülbeyaz CAN İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı		☒ Kabul ☐ Ret
ÜYE	Dr. Öğr. Üyesi Zeynep TOSUN Namık Kemal 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.

Zeynep TURGUT ERTUĞRUL

Daima yanımda olan aileme ve hep desteğini hissettiğim eşime ithaf ediyorum…

BÜTÇE DESTEKLERİ

MİGREN HASTALARININ YAŞAM KALİTESİ ve SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Bu tez çalışması için herhangi bir kurumdan bütçe desteği alınmamıştır.

TEŞEKKÜR

Çalışmamın başından sonuna anlayışı ve yardımları ile her zaman beni destekleyen, danışmanım İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi sayın Doç.Dr. Zeliha Tülek'e,

İstanbul Üniversitesi- Cerrahpaşa Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanı Sayın Prof.Dr. Gülbeyaz Can ve anabilim dalındaki öğretim üyeleri öncelikle olmak üzere, öğretim hayatımda emeği olan bütün hocalarıma,

Çalışmamın İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi Nöroloji Polikliniğinde yapılmasında yardımcı olmuş sayın Prof.Dr. Uğur Uygunoğlu'na,

Çalışmamın istatistiksel analiz sürecinde yardımcı olmuş Fatih Sontay'a,

Araştırmama katılan tüm migren hastaları ve yakınlarına,

Varlıkları ile bana güç veren canım annem ve babama ve değerli dostlarıma,

Lisansüstü eğitim hayatımın bana kazandırdığı, her zaman yanımda olan, çok değerli dostum Ayşen Rana Doğan'a,

Desteğini ve sevgisini daima hissettiğim sevgili eşim Tuğrul Süleyman Ertuğrul'a

Sonsuz teşekkür ederim...

Ocak 2023 **Zeynep TURGUT ERTUĞRUL**

İÇİNDEKİLER

VII

TEZ KABUL VE ONAYI ..... **ii**
BEYAN ..... **iii**
BÜTÇE DESTEKLERİ ..... **v**
TEŞEKKÜR ..... **vi**
İÇİNDEKİLER ..... **vii**
TABLO LİSTESİ ..... **ix**
SİMGE VE KISALTMA LİSTESİ ..... **xi**
ÖZET ..... **xiii**
ABSTRACT ..... **xv**
1. GİRİŞ **1**
2. KAVRAMSAL ÇERÇEVE **3**
2.1 Migren 3
2.1.1 Tanımlama 3
2.1.2 Migren Epidemiyolojisi 3
2.1.3 Migrende Tanı ve Sınıflandırma 4
2.1.3.1 Auralı Migren 6
2.1.3.2 Aurasız Migren 6
2.1.4 Migrenin Evreleri 7
2.1.4.1 Prodrom Evresi 7
2.1.4.2 Aura Evresi 7
2.1.4.3 Ağrı Evresi 8
2.1.4.4 Postdrom Evresi 8
2.1.5 Migren Ataklarını Tetikleyen Faktörler 8

2.1.6 Migren Tedavisi 9
2.1.6.1 Farmakolojik Yöntemler 10
2.1.6.1.1 Akut Tedavi 10
2.1.6.1.2 Profilaktik Tedavi 10
2.1.6.2 Nonfarmakolojik Yöntemler.....11
2.1.7 Migrende Hemşirelik Bakımı.....11
2.2. Migren ve Yaşam Kalitesi 13
2.3. Migren ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları 15
3. YÖNTEM 18
3.1. Araştırmanın Amacı ve Türü 18
3.2. Araştırma Soruları.....18
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi 18
3.4. Araştırmanın Yöntemi 19
3.4.1. Veri Toplama Araçları.....19
3.4.1.1 Hasta Bilgi Formu (EK-1) 19
3.4.1.2 Migrene Bağlı Günlük Aktivitelerde Yetersizlik Düzeyi Değerlendirme Formu (MIDAS)(EK-2) 19
3.4.1.3.Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (SYBD II) (EK-3) 20
3.4.1.4 Short Form 36 (SF-36) (EK-4).....20
3.5. Araştırma Verilerinin İstatiksel Analizi.....21
3.6. Araştırmanın Etik Boyutu.....21
3.7. Araştırmanın Kısıtlılıkları 22
4. BULGULAR.....23
5. TARTIŞMA.....49
6. SONUÇ VE ÖNERİLER 58
KAYNAKLAR.....61
EKLER 81
İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI 95
ETİK KURUL İZİN YAZISI 96
KURUM İZNİ YAZILARI.....97
ÖZGEÇMİŞ 99

TABLO LİSTESİ

Tablo 2.1: ICHD-3 Migrenin Sınıflandırması.....5

Tablo 2-2: ICHD-3 Aurası olan Migrenin Tanı Ölçütleri.....6

Tablo 2-3: ICHD-3 Aurasız Migren Tanı Kriterleri.....7

Tablo 4-1.1: Hastaların Sosyodemografik Özellikleri.....24

Tablo 4-1.2: Hastaların Klinik Özellikleri.....25

Tablo 4-1.3: Hastaların Yaşam Şekli Özellikleri.....28

Tablo 4-2.1: Hastaların MIDAS Puan Ortalaması ve MIDAS Gruplarına Göre Dağılımı.....29

Tablo 4-2.2: MIDAS Puanlarının Cinsiyete Göre Değerlendirilmesi.....29

Tablo 4-2.3: MIDAS Puanlarının Klinik Özelliklere Göre Değerlendirilmesi.....30

Tablo 4-2.4: MIDAS Puanlarının Yaşam Şekli Özelliklerine Göre Değerlendirilmesi.....30

Tablo 4-3.1: Hastaların SYBD II Ölçeği Alt Boyut Puanları.....31

Tablo 4-3.2: SYBD II Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Sosyodemografik Özelliklere Göre Değerlendirilmesi 31

Tablo 4-3.3: SYBD II Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Klinik Özelliklere Göre Değerlendirilmesi.33

Tablo 4-3.4: SYBD II Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Yaşam Şekli Özelliklerine Göre Değerlendirilmesi 36

Tablo 4-4.1: Hastaların SF-36 Ölçeğine göre Yaşam Kalitesi Alt Boyut Puanları.....38

Tablo 4-4.2: SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Sosyodemografik Özelliklere Göre Değerlendirilmesi 38

Tablo 4-4.3: SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Klinik Özelliklere Göre Değerlendirilmesi 40

Tablo 4-4.4: SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Yaşam Şekli Özelliklerine Göre Değerlendirilmesi 44

Tablo 4-5.1: Hastaların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II Puanlarının SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanları Arasında Korelasyonu 48

SİMGE VE KISALTMA LİSTESİ

Kısaltmalar **Açıklama**

Ark : Arkadaşları

BKİ **:** Beden Kitle İndeksi

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

IHS : International Headache Society

MIDAS : Migren Özürlülük Değerlendirilmesi Ölçeği

MK : MIDAS Minimal Kayıp

HK : MIDAS Hafif Kayıp

ODK : MIDAS Orta Derece Kayıp

CDK : MIDAS Ciddi Derecede Kayıp

NANDA-I :North American Nursing Diognosis Association-I

SİYK : Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi

SF-36 : Short Form-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği

FF : Fiziksel Fonksiyon

FRK : Fiziksel Rol Kısıtlılığı

ERK : Emosyonel Rol Kısıtlılığı

BA : Bedensel Ağrı

SF : Sosyal Fonksiyon

MS : Mental Sağlık

C : SF-36 Canlılık

GS : SF-36 Genel Sağlık Algısı

SYBD : Sağlık Yaşam Biçimi Davranışları

MG : SYBD Manevi Gelişim

Kİ : SYBD Kişilerarası İlişkiler

B : SYBD Beslenme

FA : SYBD Fiziksel Aktivite

SS : SYBD Sağlık Sorumluluğu

SY : SYBD Stres Yönetimi

$\bar{X}$: Ortalama

ÖZET

[YÜKSEK LİSANS TEZİ]

[MİGREN HASTALARININ YAŞAM KALİTESİ ve SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ]

[ZEYNEP TURGUT ERTUĞRUL]

İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

İç Hastalıkları Hemşireliği Programı

[**Danışman: Doç. Dr. Zeliha TÜLEK**]

[**Amaç:** Yaşam kalitesini negatif etkileyebilen migren; eşlik eden belirtiler ile 50 yaş altı kişilerde 369 kronik hastalık içerisinde en fazla engelliliğe yol açtığı bildirilen bir baş ağrısı tipidir. DSÖ, yaşam kalitesinin çoğunlukla davranış ve yaşam şekillerinden etkilendiğini belirtmektedir. Sağlıklı yaşam biçimi, kişinin hastalıklardan korunmasında önemli olduğu kadar kronik hastalığı olan bireylerin hastalık yönetiminin de temel noktası olarak görülmektedir. Bu çalışmanın amacı migren hastalarının yaşam kalitesi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesidir.

Yöntem: Araştırmanın örneklemini İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi Nöroloji Polikliniği'ne başvuran migren tanılı ve çalışmaya dahil olma ölçütlerini bulunduran 140 hasta oluşturdu. Araştırmanın verileri Aralık 2021- Temmuz 2022 arasında toplandı. Veri toplanmasında Hasta Bilgi Formu, MIDAS- Migrene Bağlı Günlük Aktivitelerde Yetersizlik Düzeyi Değerlendirme Formu, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

Ölçeği II (SYBD II Ölçeği), SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanıldı. Formları katılımcılar ile yüz yüze görüşülerek doldurduldu.

Bulgular: Araştırma kapsamına alınan bireylerin çoğunluğu kadın (%87.9), yaş ortalaması ise 39,81±11,18 idi. Hastaların migren tanı süresi 10,13±7,48 yıl, baş ağrısı şiddeti ortalaması 7,62±2,04 (1-10) olarak hesaplandı. Hastaların fonksiyonellik seviyelerine bakıldığında %74,3'ünün ciddi derecede kaybı olduğu bulundu. Hastaların SYBD II puan ortalamaları 130,41±17,83 (88-192) olarak hesaplandı. Katılımcıların SYBD Ölçeği puanları incelendiğinde, en düşük puanların fiziksel aktivite ve stres yönetimi en yüksek puanların ise kişilerarası ilişkiler ve manevi gelişim alt boyutlarından alındığı görüldü. Hastaların SF-36 fiziksel sağlık kompozit puan ortalaması 48,25±17,40, mental sağlık kompozit puan ortalaması 49,26±16,08 olarak saptandı. Katılımcıların SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinden en düşük puanı fiziksel rol ve bedensel ağrı alt boyutlarından en iyi puanı fiziksel fonksiyonellik alt boyutundan aldığı görüldü. SF-36 ölçeğinin alt boyutlarından fiziksel fonksiyonellik, genel sağlık algısı ve canlılık ile SYBD-II alt boyut (beslenme ve sağlık sorumluluğu alt boyutları hariç) puanları ile pozitif yönlü anlamlı korelasyonlar görüldü ($p<0.05$).

Sonuç: Migren hastalarında baş ağrısı ve hastalığa bağlı özelliklerin bireylerin fonksiyonel durumu bozarak sağlıkla ilgili yaşam kalitesini düşürebildiği ve sağlıkla ilgili yaşam tarzı davranışlarını etkileyebildiği görülmektedir. Migren hastalarında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının ve yaşam kalitesinin iyileştirilmesi için daha ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

Ocak 2023 , [115] sayfa.

Anahtar kelimeler: [Migren, Yaşam Kalitesi, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları]

ABSTRACT

[M.Sc. THESIS]

[EVALUATION OF QUALITY OF LIFE AND HEALTHY LIFESTYLE BEHAVIORS IN PATIENTS WITH MIGRAINE]

[Zeynep TURGUT ERTUĞRUL]

İstanbul University-Cerrahpaşa

Institute of Graduate Studies

Department of Internal Medicine Nursing

Internal Medicine Nursing Programme

[Supervisor : Assoc. Prof. Dr. Zeliha TÜLEK]

[**Aim:** Migraine is a type of headache that Decisively affects the quality of life with its frequency and severity, and is considered the disease that causes the most disability among 369 chronic diseases in the society under the age of 50 with accompanying symptoms. The World Health Organization states that the quality of life of individuals is largely due to their behavior and lifestyle. A healthy lifestyle is considered to be the main point of disease management of individuals with chronic diseases, as well as important in protecting a person from diseases. The aim of this study is to evaluate the quality of life and healthy lifestyle behaviors of migraine patients.

Method: The sample of the study consisted of 140 patients who were admitted to the Neurology Outpatient Clinic of Cerrahpaşa Medical Faculty Hospital with a diagnosis of migraine and who met the inclusion criteria. The data of the study were collected between December 2021 and July 2022. The Patient Information Form, Migraine Disability Assessment (MIDAS), Health-Promoting Lifestyle Profile II (HPLP II) and Short Form 36

Quality of Life Scale (SF-36) were used to collect the data. The questionnaires were filled out using the face-to-face interview method.

Results: The majority of the patients included in the study were female (87.9%) and the average age was 39.81±11.18. The mean duration of migraine diagnosis was found to be 10.13±7.48 years. The mean "headache severity" of the patients was calculated as 7.62±2.04 (1-10). When the level of functioning of the patients was examined, it was found that 74.3% of them had a serious degree of loss. The mean HPLP II score of the patients was calculated as 130.41±17.83 (88-192). When the HPLP II scale scores of the participants were examined, the lowest scores were obtained from exercise and stress management, and the highest scores were from interpersonal support and self-actualization sub-dimensions. The mean SF-36 physical health composite score was 48.25±17.40, and the mean mental health composite score was 49.26±16.08. The patients obtained the lowest scores from physical role and bodily pain and the best scores from physical function. There were positive and significant correlations between sub-dimensions of the SF-36 scale (physical function, general health and vitality) and of HPLP-II sub-dimensions (excluding nutrition and health responsibility).

Conclusion: It is seen that in patients with migraine, headache and disease-related features can reduce "health-related quality of life" by impairing functional status and affect health-related lifestyle behaviors. Further studies are needed to improve the healthy lifestyle behaviors and quality of life in patients with migraine.

January 2023, [115] pages.

Keywords: [Migraine, Quality of Life, Healthy Life Style Behaviors]

1. GİRİŞ

Uluslararası Baş ağrısı Derneği'nin sınıflamasına göre primer baş ağrılarının başında yer alan migren; dünya çapında 1 milyardan fazla insanı etkileyen ve ülkemizde de yaygın olarak görülen nörovasküler bir hastalıktır (Cieza ve ark., 2021; IHS, 2018). Migren, paroksismal gelen, genellikle tek taraflı yerleşim ve zonklayıcı özellik gösteren, ataklar ile görülen ve atak dışında belirti göstermeyen birincil ve dönemsel bir baş ağrısıdır. Başarılı bir tedavi yapılmaz ya da yapılan tedavi başarılı olmazsa ağrının etkisi 4 ila 72 saate kadar devam edebilir. Işık,ses hassasiyeti, bulantı ve kusma ağrı ile birlikte görülebilir (Özkan, 2013; Şentürk, 2013; Yücel, 2008).

Baş ağrısı ile birlikte yaşanılan diğer şikayetler migren hastalarının gün içerisindeki eylemlerini ve hayat kalitesini negatif yönlü etkileyebilir (Büyükyörük, 2017; Baykan ve ark., 2015; Gül, 2008). Atak sıklığı, süre ve şiddeti azaltmak ve hayat kalitesini arttırmak migren tedavisindeki temel amaçtır (Sayılgan ve ark., 2019).

1948 yılında Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sağlığı iyilik hali olarak tanımlamıştır (Saxena ve ark.,1997). Bu kavramı tanımlayabilmek için yapılan çalışmalar yaşam kalitesi kavramını ortaya koymuştur. Yaşam kalitesi de kişilerin fiziksel, emosyonel, sosyal sağlığına yönelik görüşleri kapsayan bir kavram olarak tanımlanmıştır. Yaşam kalitesi; kişilerin hayat koşulları içerisinde elde edeceği bireysel doyum düzeylerini etkileyebilen hastalıklara ve günlük yaşam içerisindeki bedensel, emosyonel, spiritüel ve sosyal etkilerine karşılık verilen şahsi tepkilerini gösterir (Özkan, 2013; Şentürk, 2013, Bayrak Özarslan, 2013).

Sağlık alanında yapılan çalışmaların gün geçtikçe ilerlemesi ile bireylerde sadece hastalıkların yönetimi değil, hayat kalitesinin de artması hedeflenmektedir. Bu yüzden hayat kalitesinin ölçülmesi önem kazanmıştır (Hacıoğlu, 2014; Tekbaş, 2010; Ardahan, 2006; Acaray, 2004; Avcı ve Pala, 2004). Migreni ve tedavi yanıtını değerlendirebilmede yaşam kalitesi ölçümü önemli bir yer tutar (Özge ve ark., 2002). Hastalığın sebep olduğu yükün kişilere etkisinin saptanmasında, klinik tasniflemede ve uygulanan tedavilerin sonuç ölçümlerinde kullanılabildiği için baş ağrısında hayat kalitesi ölçümlerinin önemli olduğu belirtilmektedir (Baykan ve ark., 2015; Guitera ve ark., 2002).

Bireyin anlık sağlık işlevlerini nasıl idrak ettiği; yaşam kalitesini yansıtır (Öğütmen ve ark. 2006). Sağlığı idrak etme bireylerin sağlık davranışının göstergesidir. Sağlık davranışı ise sağlığı koruma ve sürdürmede uygulamış olduğu tutumların bütünüdür. 1982 yılında Pender sağlıklı hayat tarzını sağlık geliştirilmesinin bir parçası olarak ortaya koymuştur. Sağlıkları iyileştiren tutumlar, kişinin iyilik halini arttırabilen, kendisini gerçekleştirebildiği tutumları içerir. Yalnızca hastalıklardan sakınmak değil, hayat boyunca iyilik halini yükseltebilen tutumlar sağlıklı yaşam biçiminin tanımındadır. Doğru beslenme, stresi yönetebilme, sigara içmeme, düzenli egzersiz, sağlık yükümlülüğü ve temizlik önlemleri sağlıklı yaşam biçimi davranışları (SYBD) kapsamındadır (Koçoğlu, 2006; Zaybak ve Fadıloğlu, 2004).

SYBD'de bulunanların yüksek hayat kalitesine ve bu kişilerin sağlığı geliştren tutumlara sahip oldukları görülmüştür (Bayrak Özarslan, 2013; Küçükberber, 2011).

Bireylerde SYBD kazanmak zaman alan, zor bir süreçtir. Bu sebeple hastalığı önlemede ve hastalığın getirdiği semptomların etkisini azaltmada kişinin gösterdiği çaba kadar sağlık sistemlerinin de önemi çoktur (Kuru ve Piyal 2012). Toplumları hastalıktan korumada ve sağlıklarını geliştirmede sağlık bakım sistemi içerisinde yer alan hemşirelerin vereceği bakım önemlidir. Hemşireliğin bakım verici rolü ile toplumun hayat kalitesini olumlu yönde etkileyebileceği belirtilmektedir. Çünkü kişiler sağlıktan sapma yaşadığı herhangi bir durumda hemşirelik bakım süreci ile öz bakımını yapabilecek duruma tekrar gelmesi ve bireyin kendi bakımındaki bağımsızlığını en üst seviyeye çıkarması amaçlanarak yaşam kalitesinin yükseltilmesi hedeflenir. Hastalıkların, hastalıklara eşlik eden belirti ve bulguların üzerinde kontrol sağlamak, buna uygun bakım planı geliştirmek, hastalık öncesi iyilik halinin yeniden sağlayabilmek amacı ile yaşam kalitesi değerlendirilmesi hemşirelik bakım ve çalışmalarına yeni bir doğrultu sağlayabilir.

Bu konu ile alakalı sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Hemşirelik bakım planlarını geliştirme amacı ile migrenli bireylerin SYBD ve yaşam kalitesinin belirlenmesi planlanmıştır.

2. KAVRAMSAL ÇERÇEVE

2.1 Migren

2.1.1 Tanımlama

Yüzyıllardır bilinen migren terimini Bergamalı Galen Yunanca hemikrania kelimesinden türetmiştir. Tek taraflı baş ağrısının daha ön planda olması nedeniyle sonrasında "hemigranea" ve "migranea" terimleri kullanılmaya başlanmış, günümüzde de Fransızca "migraneur" teriminden dönüştürülerek ″migren" adını almıştır (Kahraman, 2021; Unger, 2006).

Migren, paroksismal gelen, çoğunlukla tek taraflı yerleşim ve pulsatil karakterde özellik gösteren, rekürren ataklar ve ataklar haricinde belirti göstermeyen, birincil ve dönemsel baş ağrısıdır. Tedavi yapılmaz ya da yapılan tedavi tesir etmediğinde ağrı 4-72 saat kadar devam edebilir. Ses ve ışık hassasiyeti ve bulantı/kusma ağrı ile birlikte görülebilir (Robbins, 2013; Yücel, 2008; Silberstein, 2004).

Migrende ağrının lokalizasyonu, ağrının süresi ve şiddeti, baş ağrısı ile birlikte eşlik edebilecek semptomlar hastadan hastaya farklılık gösterebilir. Aynı bireyde de semptomlar değişiklik gösterebilir (İdiman, 2018).

Migren, yaşam kalitesini ve sosyal etkinliklere katılma becerilerini etkileyen okul veya iş günlerinin kaçırılmasına neden olan üretkenliği azaltan ve ilaçların maliyeti ile maddi yüke neden olabilen bir hastalıktır (Peters, 2019; Manack ve ark. 2011).

2.1.2 Migren Epidemiyolojisi

2016 yılında yapılan Küresel Hastalık Yükü çalışmasının sonuçları incelendiğinde yeti yitimine neden olan 10 bozukluktan birinin migren olduğu saptanmıştır. Engellilikle geçirilen yaşam yılları için migren globalde ikinci sıradadır (Rohmann 2020). DSÖ migrenin erkeklere göre kadınlarda daha çok engelliliğe sebep olduğunu ve Dünya'da engelliliğe neden olan hastalıklar içerisinde üçüncü sırada bulunduğu bildirilmiştir (GBD, 2016).

2016 yılında yapılmış Global Migren Yükü araştırmasında, gerilim tipindeki baş ağrılarının görüldüğü sıklığı %26,1 olarak hesaplamışlardır. Erkeklerde bu sıklık %21,4 oranında ve kadınlarda ise %30,8 olduğu görülmüştür. (Türkiye Migren Raporu, 2021).

Bazı ülkelerde migren prevalansı ile ilgili yapılmış çalışmalara bakıldığında kadınlarda ve erkeklerde sırası ile ABD'de %16-18, Almanya %32-22; Japonya %13-7, Fransa %18-6 olarak bulunmuştur. (Kung ve ark., 2011; Bigal ve ark., 2009; Lipton ve ark., 2007; Silberstein ve ark., 2002).

Türkiye'de yapılan baş ağrısı epidemiyoloji araştırmasında, yaş grubu 15-55 olan katılımcılar içerisinde migren görülme sıklığı %16.4 olarak saptanmıştır. Kadınlarda görülme sıklığı %21.8 olarak bulunmuştur. Erkekler içinse bu oranın %10.9 olduğu görülmüştür. Bölgelere göre incelendiğinde ise Orta Anadolu, Karadeniz ve Marmara'da prevalansı %11.4-14.7 değerleri arasında bulunmuştur. Doğu, Güneydoğu Anadolu, Akdeniz ve Ege, bölgelerinde ise bu oranın arttığı, prevalans değerlerinin %20,6-%24,0 gibi değerlere ulaştığı belirlenmiştir (Siva, 2002).

Ertaş ve arkadaşlarının (2012) 5323 katılımcıyla gerçekleştirdiği migren baş ağrısı yıllık prevalansının araştırıldığı bir çalışmada oran %16.4 olarak saptanmıştır. 871 bireyde migren bildirilmiştir. Kadın katılımcılarda prevalansı %24.6, erkeklerde ise %8.5 olarak tespit edilmiştir.

Migrenin toplumda görülme sıklığı cinsiyete, yaşa, genetiğe, ırka ve toplumsal etmenlere bağlı olarak değişebilmektedir (Siva, 2002).

2.1.3 Migrende Tanı ve Sınıflandırma

Baş ağrılarının sınıflandırılması, standardize edebilme amacı ile Uluslararası Baş Ağrısı Topluluğu (IHS) tarafından ilk olarak 1988 yılında yapılmıştır. Bu tanılama sistemi bütün dünyada yaygın kabul almış olup yeni bilimsel gelişmeler doğrultusunda 2004, 2013 ve son olarak 2018 yılında yenilenerek ICHD-3 olarak yayınlanmıştır (www.itfnoroloji.org Erişim tarihi: 3 Mayıs 2022, Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS), 2018). IHS'nin yayınlamış olduğu bu tasnife göre baş ağrıları; birincil, ikincil baş ağrısı bozuklukları olarak 2 gruba ayrılmıştır. Sekonder baş ağrılarında; baş ağrısı, inme, metabolik bozukluk ya da beyin tümörü gibi farklı bir hastalıktan kaynaklanmaktadır. Bu gruptaki baş ağrılarını IHS kriterleri özgül sebeplere dayandırarak sınıflayan bir sistem sağlamaktadır. Primer baş ağrısı bozukluklarındaysa altta saptanabilen başka sebep yoktur. IHS kriterleri DSÖ

tarafından kabul almıştır. Sistem; Uluslararası Hastalık Sınıflamasına da alınmıştır. Migren primer bir baş ağrısı bozukluğu olup auralı ve aurasız olmak üzere 2 majör alt grup altında, alt başlıkları ile beraber de 6 alt gruba ayrılmaktadır (www.itfnoroloji.org Erişim tarihi: 3 Mayıs 2022, IHS, 2018).

Tablo 2.1: ICHD-3 Migrenin Sınıflandırması

Migren
Aurasız Migren
Auralı Migren Tipik Auralı Migren Tipik Baş Ağrılı Aura Tipik Baş Ağrısız Aura Beyin Sapı Auralı Migren Hemiplejik Migren Familyal Hemiplejik Migren Familyal Hemiplejik Migren Tip 1 (FHM1) Familyal Hemiplejik Migren Tip 2 (FHM2) Familyal Hemiplejik Migren Tip 3 (FHM3) Familyal Hemiplejik Migren Tip, Diğer Lokuslar Sporadik Hemiplejik Migren Retinal Migren
Kronik Migren
Migren Komplikasyonları Migren Statusu Enfarktsız Uzamış Aura Migrenöz Enfarkt Migren Aurasının Başlattığı Nöbet
Olası Migren Olası Aurasız Migren Olası Auralı Migren
Migren İlişkili Epizodik Sendromlar Tekrarlayıcı Gastrointestinal Bozukluk Siklik Kusma Sendromu Abdominal Migren Benign Paroksizmal Vertigo Benign Paroksizmal Torkikolis

2.1.3.1 Auralı Migren

Aura; ağrı atağı başlamadan önce ortaya çıkan, migrenin ön habercisi olan nörolojik semptomlara verilen isimdir. Auralı migren; duyusal, görsel, motor veya diğer merkezi sinir sistemi semptomlarının genellikle aşamalı olarak geliştiği ve takibinde ya da aynı zamanlı olarak baş ağrısının ve diğer migren semptomlarının yaşandığı rekürren ataklarla karakterizedir (IHS, 2018; Silberstein, 2004; Dowson, 2003).

Migren baş ağrılarının takribi olarak %15-20'si auralı migrendir (Bıçakcı ve ark, 2018).

Tablo 2.2: ICHD-3 Aurası Olan Migrenin Tanılama Ölçütleri

A. Aşağıda belirtilen B ve C maddelerini kapsayan en az 2 atak geçirilmesi
B. Tümüyle düzelen aura belirtilerinden en az 1 tanesini içermesi **1.** Görsel 2. Duysal 3. Konuşma ve/veya lisan 4. Motor 5. Beyin sapı 6. Retinal
C. 6 Özellikten en az 3'ünü içermesi **1.** En az 1 aura semptomun kademeli olarak 5 dakika veya daha uzun sürede yayılması **2.** 2 veya daha fazla aura semptomunun art arda meydana gelmesi **3.** Her aura belirtisinin 5-60 dakika boyunca sürmesi **4.** En az 1 aura belirtisinin tek taraflı olması **5.** En az 1 aura belirtisinin pozitif semptom olması **6.** Auranın 60 dakika içerisinde başlayan baş ağrısı ile beraberinde görülmesi
D. Başka ICHD-3 teşhisiyle daha iyi izah edilememesi

2.1.3.2 Aurasız Migren

Migren baş ağrılarının yaklaşık %80-85'i aurasız migrenden oluşur (Bıçakçı ve ark. 2018). Migrenin en yaygın alt tipi aurasız migrendir (Marteletti ve Steiner 2011). Aurasız migrende ağrı; tek bölgede, pulsatil karakterde olup rutin fiziksel hareketlerle artış göstebilir. Orta ya da şiddetli ağrı yoğunluğu görülebilirken ağrıya bulantı, ışık ya da ses hassasiyeti de eşlik edebilir (IHS 2018).

Tablo 2.3: ICHD-3 Aurasız Migren Tanı Kriterleri

A. B ve D maddelerini kapsayan en az 5 atak geçirilmesi
B. 4 ila 72 saat arası devam eden baş ağrısı (Tedavisiz/başarısız tedavili **)**
C. Baş ağrısı 4 karakteristik özellikten en az 2 özelliği içermesi **1.** Unilateral lokalizasyon **2.** Pulsatil özellikli olması **3.** Orta ya da çok şiddetli olması **4.** Rutin fiziksel aktivite ile ağrının şiddetlenmesi ya da aktiveden kaçılması
D. Baş ağrısı esnasında 2 semptomdan en az 1 semptomunun karşılanması **1.** Bulantı/kusma **2.** Işık ve koku hassasiyeti
E. Başka bir ICHD-3 teşhisi ile iyi açıklanamaması

2.1.4 Migrenin Evreleri

Migren ağrısı ataklarla görülür. Ataklar sadece baş ağrısından oluşmaz. Genel olarak prodrom evresi eğer bireyde auralı migren görülüyorsa aura evresi, ağrı evresi ve postdrom olmak üzere 4 aşama görülmektedir. Her atakta bu 4 evrenin hepsi görülmeyebilir. Migren atakları arasında, migrenli çoğu birey iyilik halindedir (Marteletti ve Steiner, 2011; Silberstein, 2004).

2.1.4.1 Prodrom evresi:

Migrenli hastaların bir kısmında ön belirtiler (prodrom) ortaya çıkar. Ağrıdan günler veya saatler öncesinde başlayan bu evrede farklı sistemlerdeki şikayetler bir arada bulunabilir (Martelletti, 2011). En yaygın görülen belirtiler ise sırasıyla yorgunluk, duygu durum değişiklikleri ve gastrointestinal sistem şikayetleri olarak belirlenmiştir (Kelman, 2004).

2.1.4.2 Aura Evresi:

Aurası olan bireylerde bu evre görülmektedir. Tanı ölçütlerine bakıldığında genellikle 4 dakika içerisinde başlayıp en çok bir saat sürüp ağrı başlamadan da bitmektedir. Semptomlar çoğunlukla 5-30 dakika içerisinde gelişip 60 dakikayı da geçmemektedir (Silberstein, 2004). Tipik aura belirtileri hem aynı bireyde ataklar arasında hem de bireyler arasında farklılıklar gösterebilmektedir. Auralı migren hastalarında en fazla görülen görsel semptomlardır. Ayrıca dil ve motor, sensöriyel aura semptomları da görülebilmektedir. Bunlar bazen görsel aura semptomları ile görülürken bazen de tek başına olarak görülebilmektedir (Charles, 2018).

2.1.4.3 Baş Ağrısı Evresi

Bu evre hastalar için daha fazla rahatsız veren evredir. Birkaç saatten 2-3 güne kadar sürebilen genellikle şiddetli, zonklayıcı tarzda bir baş ağrısı görülen bu evrede ağrı sıklıkla başın tek tarafında olma eğilimi gösterir fakat her iki tarafta da olabilir. Genellikle fiziksel hareket ile artış gösteren ağrı taraf değiştirebilir. Yaygın olarak başın ön kısmı ya da şakakta görülmesine rağmen başın herhangi bir kısmında da ağrı hissedilebilir (Silberstein, 2004).

Ağrı atakları esnasında ağrı ile birlikte birçok belirti de görülebilmektedir. Migrenli bireylerin %90'ında bulantı görülür. Takribi üçte birinde de kusma şikayeti de mevcuttur. Konsantrasyon bozukluğu, sinirlilik ve kaygı yaygındır (Silberstein, 2004).

2.1.4.4 Postdrom Evresi

Bu evre hastaların yaklaşık %80'inde görülmektedir. Ağrıyı izleyen halsizlik ve yorgunlukla giderek ağrının kaybolup yerini kişinin rahatlama sürecine bıraktığı evre olup bu durum saatler ya da günler sürebilir. Baş ağrısının bitmesi ile çoğu zaman atak son bulmaz. Sıklıkla duygu durum değişiklikleri, bitkinlik, konsantrasyon güçlüğü, yorgunluk görülebilir. Kişi bu dönemdeki belirtiler yüzünden halen günlük aktivitelerini yapamıyor olabilir (Giffin ve ark., 2016; Marcus. 1988).

2.1.5 Migren Ataklarını Tetikleyen Faktörler

Ataklarının ortaya çıkmasına sebep olabilen etmenlere tetikleyen faktörler denir. Bu atakları tetikleyebilen faktörlerin saptanması tanı ve koruyucu tedavi açısından da oldukça önemlidir. Bu faktörler aurası olmayan migrende %90 oranında görülür. Aurası olan migrende ise %60 oranında görülmektedir (Siva, 2002).

Migreni tetikleyen bu faktörler migrenli birçok kişi için aynı olmamakla birlikte aynı kişideki farklı ataklar için bile aynı olmayabilmektedir. Migreni olan pek çok kişi herhangi bir tetikleyici faktör tanımlayamayabilir. Olası tetikleyici faktörler birden fazla olabilir ve çeşitlilik gösterebilir (Marteletti ve Steiner, 2011).

Aslantaş ve arkadaşlarının (2007) ülkemizde yapmış olduğu kapsamlı bir çalışmada stresin migreni tetikleyen temel etken olduğu kaydedilmiştir. Yine başka bir çalışmada aurası olan ve aurası olmayan migrende uykusuzluğun, stresin, mental gerginliğin, açlığın, yorgunluğun ve gürültünün tetiklediği görülmektedir (Yaman ve ark., 2007). Hormonal durumdaki değişimler de migreni tetikleyen faktörler arasında yer almaktadır. Kadınlarda

mensturasyona bağlı hormonal değişimler, doğum kontrol yöntemleri ya da hormon replasman tedavisi muhtemel tetikleyiciler olabilmektedir (Siva, 2002). Hormonal faktörlerin yanında rahatsız edici kokular, uyku ve yemek düzensizlikleri, gürültü, titrek ışıklar gibi eksojen faktörlerin de migren ataklarını tetikleyebildiği görülmektedir (Silberstein, 2004). Türlü hava değişikleri de migren ağrısını başlatabilmektedir (Saip, 2005).

Beslenme düzensizlikleri ve uzun süreli açlık durumunun engellenmesi migrenli hastalarda yaşam biçimi davranışları arasında en mühim etmenlerdendir (Silberstein, 2004). Alkol, bazı besinler, kaçırılan ya da geciken az öğünler, susuz kalmak atakları tetikleyebilir. Açlık ise en yaygın görülen tetikleyici etkenlerden biri olarak kaydedilmiştir (Marteletti ve Steiner, 2011).

Uzun mesafeli seyahat ve uyku düzenindeki değişimler de migreni kötüleştirebilen faktörlerdendir (Marteletti ve Steiner, 2011). Kronik migren ağrısı bulunan hastaların sağlıklı kontrollü bireyler ile karşılaştırıldığı bir çalışmada az uyunulduğu bulunmuş olup fazla ya da yetersiz uyuyor olmanın atakları kötü etkileyebileceği gözlemlenmiştir (Miller ve ark., 2003).

2.1.6 Migren Tedavisi

Migren ataklar ile görülen 4 ila 72 saate kadar devam edebilen, unilateral, bireyin günlük hayatını etkileyen, zonklayıcı, orta şiddette veya şiddetli ağrıdır (Bıçakcı ve ark., 2018). Ağrının süresini, şiddetini, ağrının yerini, ağrıyı tetikleyen durumları, bireylerin kişilik yapılarını, aile kalıtımsal öyküsünü sorgulamak gerekmektedir (Topbaşı, 1996; Yücel, 2008). Çünkü migren tedavisinde hastayı kötü etkileyen bulguların belirlenmesi, doğru anamnezi almak ve tanılamak oldukça mühimdir (Öntürk, 2018). Doğru tanı koyulduktan sonra migrene eşlik edebilecek başka hastalıklar da dikkate alınarak yapılacak olan tedavi hastaya özgü olarak belirlenir (Pistoia ve ark., 2013). Migren tedavisinde ilk aşama; hastanın hastalığı hakkında bilgilendirilmesi ve hasta ile iyi bir diyalog kurmaktır. Bireyin ataklarını tetikleyen faktörleri soruşturulmalı ve sonrası için farkında olma durumu kazandırılması hedeflenmelidir. Tetikleyici faktörlerin farkındalığı ile atakların azalabileceği belirtilmelidir (Türkiye Migren Raporu 2021). Migren tedavisinde temel prensip ağrıyı ve atak dönemini kontrol edebilmek, hayat kalitesini arttırmak ve hastalığı ile baş edebilme becerisini geliştirmektir. Migrende tedavi farmakolojik ve nonfarmakolojik olarak ikiye ayrılır (Ciddi, 2020).

2.1.6.1 Farmakolojik Yöntemler

Migrende ilaçlı tedavi akut ve önleyici olarak 2 gruba ayrılır (Silberstein ve ark., 2007). Akut tedaviler; atağın tedavisidir. Ataklar başladığı zaman ağrıyı durdurmak ya da azaltmak amacı güder. Önleyici tedaviler ise ataklar gelmeden önlemek ve atak sıklığını azaltmak temel amaçtır (Ciddi, 2020).

2.1.6.1.1 Akut Tedavi

Uluslararası Başağrısı Birliği akut tedavilerde 2 saatlik sürenin sonrasında ağrının bitmesini ve 24 ila 48 saat süre boyunca ağrısı ile eşlik edebilecek başka belirtilerin de tekrarlamamasını önermektedir. Kişi atağının başlayacağı zamanı hissettiğinde kendisine önerilen ilacını kullanmalıdır. Akut farmakolojik tedavilerin atak başladığında uygulanması, tedavinin etkili olma ihtimalini arttırır (Bıçakcı ve ark., 2018).

Akut tedavinin hedefi; migren atağını etkin, çabuk, istikrarlı ve 24 saat içerisinde tekrar etmeden daimi olarak tedavi ederek hem ağrı şiddeti hem de eşlik edebilecek belirtileri hafifletmek ya da bitirmek, hastalığa bağlı özürlülüğü ortadan kaldırıp bireyi kendi günlük yaşamına döndürebilmek, hayat kalitesini arttırmaktır. Ayrıca tedavi ile ilişkili olabilecek istenmeyen etkileri indirgemektir (Baş Ağrısı Çalışma Grubu, 2011). Atağın tedavilerinde migrene özgü ve özgü olmayan ilaçları mono ya da kombine alabilirler. Migrene spesifik olmayan ilaçlara örnek basit analjezikler, nonsteroid antiinflamatuvar (NSAI) ilaçlar, nöroleptik ilaçlar ve antiemetikler verilebilir. Migrene spesifik ilaçlara örnek de Ergotamin ve tuzları, triptanlar verilebilir (Diener ve ark., 2007; Silvestrini ve ark., 2003).

2.1.6.1.2 Profilaktik Tedavi

Amaç atak sıklığını en az yarısı kadar azaltmaktır. Tedaviye başlanıldıktan 6-8 hafta sonra etkileri görülür. Etkinin sürdürülebilirliği için en az 3-12 ay devamlı kullanılması gerekmektedir (Bıçakcı ve ark., 2018). Profilaktik tedavide temel olarak atak sıklığını, şiddetini ve süresini azaltmanın yanında akut tedavinin verimini arttırmak, en az yan etki ile karşılaşmasını sağlamak ve hastanın özürlülük oluşturan durumunun engellenmesiyle yaşam kalitesini arttırmak amaçlanmaktadır (Baş Ağrısı Çalışma Grubu, 2011). Ayrıca profilaktik tedavi epizodik migrenin kronik migrene dönüşmesini engelleyebilmektedir. Ek olarak önleyici tedavi ile migrene bağlı sağlık harcamalarını da azalabilmektedir. (Gürsoy ve Ertaş, 2013). Avrupa Nörolojik Federasyonlar Topluluğu'na göre yaşam kalitesi ciddi derecede bozulduğunda, bireyin iş ya da okul yaşamına devamı etkilendiğinde, atak sıklığının ayda 2

kereden fazla olması, atakların akut atak tedavilerine cevap vermemesi ve uzun, rahatsız edici, tekrarlayıcı auralar oluşması durumlarında hasta ile görüşülüp profilaktik tedaviye başlanması tavsiye edilmektedir (Evers ve ark., 2009). Beta-blokerler, antiepileptik ilaçlar, serotonin antagonistleri ve ona botulinum toksin A profilaktik tedavide kullanılan ilaçlara örnek olarak verilebilir (Baş Ağrısı Çalışma Grubu, 2011).

2.1.6.2 Nonfarmakolojik Yöntemler

Migren ağrı kontrolünde farmakolojik yöntemlerin uygun olmadığı hastalarda ya da bu yöntemin etkililiğini güçlendirmek amacıyla nonfarmakolojik metotlardan da faydalanılmaktadır. Nonfarmakolojik metotlarda asıl amaç ağrı gidermek için kullanılan analjeziklerin kullanma oranını azaltıp bireyin ağrı sorununu gidererek hayat kalitesini arttırmaktır (Özveren, 2011).

Nonfarmakolojik metotlara periferal yöntemler, Bilişsel-Davranışsal Metotlar (gevşeme, müzik, hayal kurma) ve bu iki metodun haricinde hacamat, aromaterapi gibi örnekler verilebilir (Özveren, 2011).

Migrenin nonfarmakolojik tedavisinde yaşam biçiminin düzenlenerek migren ataklarını azaltmak önemlidir. Tedavide hedef; hastanın migren hakkında bilgilendirilmesini, yaşam biçiminin düzenlenmesi, atağı tetikleyen faktörlerin farkında olunmasını ve onlardan kaçınmasını sağlamaktır (Söylemez 2017). Hafif migren yaşayan bireylerde yaşam biçimi değişikliği etkili olabilmektedir (Newman, 2009).

Yaşam biçimi değişikliği davranışlarına örnek olarak düzenli beslenmek, öğün atlamamak, diyete dikkat edilmesi, eksojen faktörlerin (ışık, yükseklik, hava değişimi gibi) düzenlenmesi, uykunun düzenli olmasının sağlanması ile atak sıklıkları azalabilir. Ağrı esnasında ışık ve ses olmayan bir odada olmak ya da uyumak atak şiddeti ve süreyi azaltacak nonfarmakolojik bir metottur (Ertaş, 2002).

Bu metotların kişilerce kolayca uygulanır olması, ilaç istenmeyen etkilerinin olmayışı ve hastaya maddi yük olmaması gibi kazançları olmaktadır (Özveren, 2011).

2.1.7 Migrende Hemşirelik Bakımı

Migren atakları sıklık, şiddet, semptomatoloji ve sakatlık derecesine göre değişir. Migrenin epizodik, heterojen doğası, etkinin değerlendirilmesi ve optimal yönetimin önünde bir engel olabilir. Migren yönetiminin optimize edilmesi, engellilik derecesinin belirlenmesi ve

bireyselleştirilmiş bir bakım planının geliştirilmesi oldukça önemlidir (Frazel, 2004). Migrenlilerin bakım ve tedavisindeki temel amaç, atak sıklığını, ağrının şiddetini ve süresini azaltarak yaşam kalitesini arttırmaktır (Wright, 2008). Holistik yaklaşımı benimsemiş olan hemşireler, verecekleri etkili bakım uygulamaları ile bireylerin yaşam kalitesinin yükselmesinde önemli bir rol oynarlar. Hemşireler, hastalık ve tedavilerin negatif etkilerine karşı tedbir alarak kişilerin tedavi süreçlerini etkili yönetebilmelerine destek olurlar (Öntürk, 2018).

Migrenli bireylerle ile çalışan hemşirelerin ana rolü ağrıyı değerlendirmek ve yönetmektir. Ağrıya genel yaklaşım ilkeleri uygulanır. Ağrının özellikleri (yeri, niteliği, süresi, sıklığı, zamanı, tetikleyen faktörler, artıran, azaltan faktörler) sorgulanır.

Hemşire hastanın yaşam biçimini değerlendirmesini ve baş ağrısını tetikleyecek stresli durumları tanımlamasını sağlar, hastanın bu durumla uygun bir şekilde baş etmesine yardımcı olur. Hastayı egzersiz, relaksasyon ve sosyalizasyona teşvik eder. Farmakolojik (etkileri, yan etkileri) ve nonfarmakolojik (relaksasyon teknikleri, meditasyon, yoga, hipnoz, akupunktur, masaj, sıcak, soğuk uygulama, sakin ve ışıksız bir ortam) ağrıyı giderme yöntemleri konusunda bilgi verir. Analjeziklerin yan etkilerini ve uzun süre kullanma durumunda ağrının kronikleşmesine sebebiyet verebileceği konusunda hastayı uyarır. Ağrıyı tetikleyen faktörleri tanımasını sağlar, bunlardan uzak durması gerektiğini belirtir (Tülek, 2014).

Ağrı ile ilgili veriler toplandıktan sonra migren tanısı olan kişilerin hayat kalitesini etkileyebilecek sıkça görülmüş North American Nursing Diognosis Association-I (NANDA-I) hemşirelik tanıları bulantı, yorgunluk ve akut/kronik ağrı koyulabilir. Bunlara ek anksiyete, aktivite intoleransı, beslenmede dengesizlik ve etkisiz cinsel yaşam gibi hemşirelik tanıları da koyulabilir (Üzen, 2017; Tülek, 2014).

Hasta ve ailesine eğitim verilirken hastaya ağrı ataklarının bir günlüğe kaydedebileceği, ağrıyı tetikleyebilecek faktörlerden kaçınılması gerektiğini, ilaçların etki ve yan etkileri, ağrı başlar başlamaz alınmaları gerektiği, stres azaltma teknikleri ve hastaneye başvurmayı gerektiren durumlar (belirtilerin şiddetlenmesi, her zamankinden uzun sürmesi, ilaçlara yanıt vermemesi, şiddetli bulantı ve kusma, görme sorunları, ateş, tedavide sorunlar) konularında bilgi verilmelidir (Tülek, 2014).

Ağrısı olan kişinin bakımında doğru tutumları sergileyen hemşire, eğitici, bakım verici, araştırıcı, savunucu, karar verici ve danışmanlık rollerini de gerçekleştirmiş olacaktır (Kılıç ve Öztunç, 2012).

2.2 Migren ve Yaşam Kalitesi

1948 yılında DSÖ sağlık kavramını iyilik hali olarak tanımladığı görülmüştür. Bu iyilik halini tanımlayabilmek amacı ile yapılan çalışmalar yaşam kalitesi tabirini ortaya koymuştur. Yaşam kalitesi de insanın öz durumunu, kendi değer kültürü düzeninde algılayışı olarak belirtilmiştir (Üneri, Çakın Memik, 2007).

DSÖ yaşam kalitesini; gayeleri, ümitleri, ilgilendikleri, bireyin öz durumunu nasıl algıladığı biçiminde belirtmektedir (Arslantaş, 2006). Şahsi esenlik durumunun bir tabiridir. Yaşamın çeşitli ortamlarında bireye has değişebilen tatminliğin ibaresidir (Taş ve Yılmaz, 2008). Hayat kalitesi, kişilerin öznel değerlendirilmesi esasına dayanmaktadır (WHOQoL, 1998).

Hayat kalitesini tanımlamak istediğimizde oldukça geniş kapsamlı bir kavram olduğunu ve kişinin biyo-psiko-sosyal, kültürel ve politiko-ekonomik boyutunu etkilediğini de görmekteyiz.

Yaşam kalitesi kavramı sağlık ile ilişkili yaşam kalitesi (SİYK) kavramından farklıdır. Sağlıkla ilgili olan, bireyin yaşam kalitesinin sadece bir bölümünü kapsar, direkt ya da indirekt bir çok etmen içerir. SİYK insanın öz sağlığından memnuniyeti ile bu durumuna yönelik gösterdiği duygusal cevap olarak tanımlanabilmektedir (Cevheroğlu ve Acaroğlu 2015; Eser ve ark., 2008). SİYK; insanın bedensel ve spiritüel sağlığını kapsarken, bulunulan toplumdaki sağlığın algısını ve bireyin sağlığını etkileyebilen bütün durumları içerir (WHOQoL, 1998).

Bugüne kadar toplumun sağlıklılık düzeyini ölçmek için kullanılan geleneksel göstergeler (morbidite, mortalite) ve incelenen yaşam stresinin artık sağlığın değerlendirilmesinde ve tanımlanmasında yetersiz olduğu görülmüştür. Bu durumda yaşam kalitesi önem kazanmış ve yaşam kalitesi ölçümünün mecburi olduğu düşüncesi söz konusu olmuştur (Altıparmak, 2006; Yılmaz, 2006). Konvansiyonel sağlık hizmetlerinin modellemelerinde, hastalıkların tedavi edilmesi, ağrıya son verilmesi amaçlanıyorken bugün var olan sağlık kavramını sürdürmek ve geliştirilmesine yardımcı olacak yaşam şekli ve öznel ideolojilerin oluşturulmasına vurgu yapılmaktadır (Akyol, 1993).

Ortalama yaşam süresi artışı ile beraber günümüzde kronik hastalıkların da artışı SİYK olgusunu olumsuz yönde etkilemiş ve bu durumun önemi vurgulanmıştır (Bussone ve ark., 2004). Çünkü kronik hastalıklarla ilişkili olarak kişinin bedensel ve mental sınırlılıkları kişilerin bağımsızlığını, uzun dönem bakım ihtiyaçlarını, sağlık algılayışlarını ile birlikte sosyal hayatlarını olumsuz etkilemektedir (Kotlarla 2008). Bu durum araştırmacıların bu konuya eğilmesini sağlamıştır. (WHOQoL, 1998).

IHS sınıflamasına göre birincil baş ağrıların başında yer alan migren; dünya çapında 1 milyardan fazla insanı etkileyen ve ülkemizde de yaygın olarak görülen nörovasküler bir hastalıktır (Cieza ve ark., 2021; IHS, 2018). Migren yüzyıllardır bilinen eski bir hastalıktır. Migren atağı esnasında deneyimlenen ağrı nedeniyle, ataklar arasındaki sürede de ağrı görülmemesine rağmen migren semptomları görülebildiğinden kişiyi etkilemeyi sürdürebilmektedir. Ağrı endişesiyle disabiliteye sebep olabilmektedir (Dahlöf ve ark., 2007; Wright, 2008). Bireyler baş ağrısı olacak endişesi yaşar, bu da kişinin vazifelerini yerine getirebilmesini negatif yönlü etkileyebilir (Wright, 2008). Okula/işe gidememe ve boş zaman etkinliklerinin yapılamayışı ya da az yapılabilmesi görülür (İltuş, 2007). SİYK ağrının şiddetinden ziyade sürekli oluşundan etkilenmektedir. SİYK'deki azalma sağlığın genel, bedensel ve zihinsel alanlarında daha çok görülmektedir (Guitera ve ark., 2002).

Migren tanısı olan bireylerin SİYK'nin migren tanısı olmayan kişilere göre daha az olduğu gözlenmektedir. Migren hastalarının %47'sinde işi, %38'inde aile hayatı, %37'sinde sosyal hayatı, %24'ünün sosyal pozisyonu negatif etkilediği araştırmalarla görülmektedir (Buse ve ark., 2009). Küresel Hastalık Yükü çalışma incelendiğinde migrenin, dünya çapında engelliliğe sebep olan etmenler içerisinde ikinci sırada olduğu görülmüştür. Geri kalan nörolojik hastalıklara göre daha çok kısıtlılığa sebep olduğu saptanmıştır (GBD 2016).

Migren ekonomik üretkenliğin en yoğun olduğu 25-55 yaş aralıklarında görülmektedir (Yayla, 2013). Migren tanısının hastalarda oluşturduğu maddi yük ise, direkt/indirekt olarak görülmektedir. Hastalığın tedavisinin masrafları için harcanan maliyet direkt neticeyi oluşturur. Migren sebebiyle kaybedilmiş iş, indirekt netice olarak ortaya çıkmaktadır. 2021 yılı Türkiye Migren Raporu'nda yayınlanmış olan Migren Hastalık Maliyeti çalışmasında ülkemizde migrenli bireylerin senelik direkt maliyeti 3.063 TL olarak bulunmuştur. Bu sayıya indirekt maliyet katıldığında 4.249 TL'ye çıktığı görülmektedir. Ülkemizde tedavi alan tahmini migrenli birey sayısı ile çarpıldığında, hastalığın ülkemizdeki maddi yükü yaklaşık 27,9 milyar TL olarak hesaplanmıştır. (Türkiye Migren Raporu 2021).

SİYK değerlendirmede hemşireler anahtar rolü oynayan kişilerdir. Hemşirelik bütüncül yaklaşımı ile insanı yaşamla, hayatın niceliğiyle, birey aile ve toplumun sağlık kalitesiyle ilgilenmektedir. Toplumun yüksek seviyede sağlıklı olmaları için yardım etmeyi hedefler (Pınar, 2012). Migren tanılı bireylerin SİYK'sini etkileyen etmenler içerisinde hemşirelik bakımı çokça mühimdir (Yılmaz, 2012). Bakım fiziksel, zihinsel, spiritüel ve sosyal olarak iki bireyin etkileşmesi ile yaşanılan bir vaziyet olmakla birlikte, ilim, etik ve bireyselleştirilen bireyler arası bir gösterimdir. Profesyonel olarak hemşireler, bakımın standartları ve kriterlerini geliştirip kaliteyi arttırmayı hedeflerler. Hayat kalitesini güvene alırlar. Bununla birlikte SİYK hemşirelik bakım hizmetlerinin değerlendirilmesinde de kullanılır. Bütüncül yaklaşım ile bireylerin SİYK düzeyleri arttırılabilir ve iyi hemşirelik bakımı sunulabilir (Koç, 2004).

2.3 Migren ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

DSÖ'ne göre sağlık temel haktır. Sağlık, yaşamımızın en önemli bileşenidir (Leischik ve ark., 2016). Bugün sağlık ve hastalık kavramlarının bir çok etmenden etkilendiği ifade edilmektedir (Mendes ve ark., 2014). Yaşam biçimi ile sağlığın ilişkisi mühimdir (Farhud, 2015).

Yaşam biçimi; aşırı yeme, zararlı yiyecekler tüketme, cinsel faaliyetler, sigara, alkol ve madde kullanma, fiziksel aktivite, kişisel hijyen, ağız-diş sağlığı, sağlık hizmetlerinin kullanımı ve stresle baş etme yöntemleri gibi sağlığı etkileyebilecek bütün davranışları içermektedir (Kemm, 2015).

Sağlık değişkenlik gösterebilen, birden fazla yön barındıran bir kavram olduğu için sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına (SYBD) sahip olmak, sağlığın korunmasında ve sürdürülmesinde mühim taktikler arasındadır (Al-Qahtani, 2017).

SYBD, bireylerin sağlığını etkileyen ve sağlığı üzerinde önemli etkisi olan faktörlere karşı kontrol edilebilen tüm davranışlar olarak tanımlanır (Walker, Volkan, Sechrist ve Pender,1988). İnsanların biyo-psiko-sosyal yönden sağlıklarını etkileyebilen bütün davranışlar SYBD kapsamındadır (Değerli ve Yiğit, 2020). Diğer bir ifade ile SYBD bireylerin sağlıklarını korumak ve geliştirmesini sağlamak için inandığı ve uyguladığı davranışların bütünü olarak tanımlanmaktadır (Munsch ve ark., 2003). Oldukça geniş bir spektruma sahip olan SYBD'yi Walker ve arkadaşları altı faktöre ayırmış olup bunlar; beslenme, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimi'dir (Walker, Sechrist, Pender, 1988).

DSÖ kişilerin SİYK'sinin %60'ında tutum ve hayat tarzlarından etkilendiğini belirtmektedir. DSÖ tahminlerine göre, az gelişen ülkelerdeki ölümlerin %40–50'sinin, gelişmiş ülkelerdeki ölümlerin %70-80'inin nedenin hayat tarzından kaynaklı hastalıklar olduğu ifade edilmektedir (Özkan ve Yılmaz, 2008). Bu doğrultuda kişilerin sağlığı ile ilgili sorunlarının (Dağdeviren ve Şimşek, 2013) ve sağlıklarının (Bahar Özvarış, 2016) yaşam biçimiyle ilişkili olduğu belirtilmektedir. Alışkanlıkların, kararların ve tutumların insanların sağlıkları üzerinde etkili olabildiği görülmektedir (Değerli, Yiğit, 2020).

2017 senesinde yapılmış bir çalışmaya göre yaklaşık 35 milyon kişinin önlenebilen risk etmenleri sebebiyle hayatını yitirdiği bulunmuştur. Sigara ve yüksek Beden Kütle İndeksi (BKİ) bu dönemde vefata neden olan önde gelen risk etmenlerindendir (Stanaway ve ark., 2018). Amerikan Hastalık Kontrol Merkezi'nin yayınlamış olduğu rapora göre kişilerin SYBD gösterirse hayat süresinin uzayacağı rapor edilmiştir (Ford ve ark., 2011). Yapılan diğer çalışmalara da bakıldığında SYBD sergileyen kişilerin depresyon/anksiyete gibi sağlık sorunları oranını azalttığı ve kronik rahatsızlıklardan da korunmayı yükselttiği görülmüştür (Saneei ve ark., 2016; Shafieyan ve ark., 2015). Bununla birlikte normal kiloya sahip, egzersiz yapan ve sigara içmeyen kişilerin yaşam süresinin ve yaşam kalitesinin artmış olduğu ifade edilmiştir (Stenholm ve ark., 2016).

Sağlık davranışı değişiklikleri; iş birliğine dayanan güçlendirici bir süreçtir (Evans ve Sims, 2016). Sağlık çalışanları sahip oldukları eğitimden dolayı büyük kitleler ile iletişime geçebilen, model olan, sağlık eğitimcileridir (Perry ve ark., 2018). Beslenme, stresin yönetimi, fiziksel aktivite ve manevi gelişim gibi sağlığı geliştiren davranışların önemi hususunda bilgilidirler (Ross ve ark.,2017).

Sağlık çalışanlarının öncelik verilebilecek temel vazifelerinden biri olan sağlık eğitimi; kişilerin sağlıklarının korunmasında ve geliştirilmesinde katkı sağlamaktadır. Alınacak önlemler ve geliştirilecek tutumları sergileyip iyi model olarak hizmet edilen toplumlara örnek olmaları ve SYBD'yi isteklendirmeleri gerekmektedir (Ezer, 2018; Uchendu ve ark., 2020).

Sağlıkları geliştiren tutumlara daha çok vurgu yapılmalıdır. Çünkü toplumda sağlığın geliştirilmesi, kişilerin primer koruma önlemlerine dayanarak kendi sağlık durumlarının denetimini sağlamada etkili devimsel bir gösterimdir (Bahabadi ve ark., 2020).

Sağlıkları geliştiren tutumların belirlenmesi ve buna özgü tasarlanacak planların etkinliklerinin değerlendirilebilmesi için SYBD ölçümleri kılavuz olabilmektedir (Kocaman,

2014). Buradan hareketle sağlıkların korunması ve esenlik halinin arttırılabilmesi için SYBD'nin kanıksanması ve buna yönelik tutumların çoğaltılması gerekmektedir.

3. YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE TÜRÜ

Migren hastalarının yaşam kalitesi ve SYBD değerlendirilmesi gayesiyle tanımlayıcı çalışma olarak gerçekleştirildi.

3.2. ARAŞTIRMA SORULARI

Çalışmamızda aşağıdaki sorulara cevap aranmıştır:

1. Migren hastalarının SYBD ve yaşam kalitesi ölçeklerinden alınan puan değerleri nedir?

2. Migrenli bireylerin tanımlayıcı özellikleri ile SYBD ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki nasıldır?

3. Migren tanısı olan kişilerin SYBD ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki nasıldır?

3.3. ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evrenini, amaç ve çalışmadan beklentiler konusunda bilgilendirmesi yapılan ve gönüllü olan İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi Nöroloji Polikliniğine başvuran 18 yaş ve üstü migren tanılı kişiler oluşturmuştur. Örneklem hesaplamasında evreni bilinmeyen örneklem hesaplaması yapılmıştır. Örneklem büyüklüğü 138 olarak hesaplanmıştır. Araştırmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan 140 hasta dahil edilmiştir.

Aşağıdaki kriterlere uyan hastalar çalışmaya dahil edilmiştir.

Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri;

- Araştırmaya katılmayı kabul eden,
- 18 yaş üstü,
- En az 6 ay kesin migren tanısı olan hastalar ile

- Türkçe okuma yazma bilen bireyler araştırmaya dahil edilmiştir.

Araştırma Dışlama Kriterleri;

- Soruları algılamasını, iletişim kurmasını etkileyecek düzeyde bilişsel işlev bozukluğu olan,
- Yaşam kalitesini etkileyebilecek ciddi herhangi bir sağlık sorunu olan,
- Ciddi psikiyatrik hastalık tanısı olanlar araştırma dışında bırakılmıştır.

3.4. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

Araştırma verileri Aralık 2021- Temmuz 2022 tarihleri arasında İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi Nöroloji Polikliniğine başvuran migren tanısı almış bireyler, Helsinki Bildirgesi ışığında amaç ve beklentiler üzerine yazılı olarak bilgilendirilip gönüllü olduklarına ilişkin yazılı onam alındıktan sonra çalışmaya katılınmıştır. Onamı alınan bireyler ile yüz yüze görüşme yöntemi kullanılmıştır. Araştırmacı tarafından soru-cevap şeklinde anket formları doldurulmuştur.

3.4.1. Veri Toplama Araçları

Veri toplanmasında Hasta Bilgi Formu (EK-1), MIDAS- Migrene Bağlı Günlük Aktivitelerde Yetersizlik Düzeyi Değerlendirme Formu (EK-2), Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (EK-3), SF- Short Form 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği (EK-4), kullanılmıştır.

3.4.1.1 Hasta Bilgi Formu

Alan yazın ışığında araştırmacı tarafından hasta bilgi formu oluşturulmuştur. Bu formda araştırmaya katılan bireylerin sosyodemografik özelliklerine ilişkin yaşı, cinsiyeti, mesleği, medeni durumu, gelir durumu vb. sorular yer almıştır. Hastalık süreçleri ve yaşam şekli ile ilgili özelliklerine ilişkin soruların olduğu bölümlerde yer almaktadır.

3.4.1.2 MIDAS Formu

Migrende özürlülüğü ölçmek için geliştirilen ölçeklerden biri Migraine Disability Assessment Scale (MIDAS) ölçeğidir. MIDAS ölçeği geçerlik, güvenirliği ve klinik anlamlılığı, kullanım kolaylığı bakımından 1998 yılında Lipton ve ark. tarafından test edilmiştir (Demirkirkan ve ark., 2006). Ülkemizde geçerlik ve güvenirliği Ertaş ve arkadaşları (2004)

tarafından yapılmış Gedikoğlu ve ark. (2005) tarafından güncellenmiş, birçok çalışmada kullanılmıştır (Boylu ve ark., 2012, İlik ve ark., 2020, Ertaş ve ark. 2004).

MIDAS ölçek puanı ilk 5 soru puanlarının toplanması ile hesaplanır. Bu puan MIDAS özürlülük derecesini gösterir. 0-5 arası puan minimal kayıp (MK), 6-10 arası puan hafif kayıp (HK), 11-20 arası puan orta derecede kayıp (ODK), 21 ve üzerindeki puan ise ciddi derecede kayıp (CDK) olarak değerlendirilmektedir. Ölçekteki birinci, üçüncü ve beşinci sorular geçmiş 3 ay içerisinde, baş ağrısı sebebiyle okul ya da işte; evin işlerinde; boş zamanlardaki kaybolan günleri değerlendirir. İkinci ve dördüncü sorular geçmiş 3 ay içerisinde, iş ve ev işlerindeki verimliliğin azaldığı ilave gün sayısını değerlendirmektedir.

3.4.1.3. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (SYBD II)

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Walker, Sechrist, Pender tarafından 1987'de geliştirilmiştir. 1996'da tekrar incelenmiş bazı değişimler yapılmıştır. 2008'de Bahar ve ark. ölçek geçerlik ve güvenirlik çalışmasını yapmıştır. SYBD II Ölçeği; sağlığı geliştiren yaşam biçimi davranışlarını ölçmektedir. Ölçek manevi gelişim (MG), kişilerarası ilişkiler (Kİ), beslenme (B), fiziksel aktivite (FA), sağlık sorumluluğu (SS) ve stres yönetimi(SY) olarak 6 alt boyuttan oluşmaktadır (Değerli ve Yiğit, 2020).

SYBD II Ölçeği 52 maddeden oluşur. Ölçekteki bütün maddeler 1-4 arasında puanlanır. Ölçekteki tüm maddeleri olumludur. (Çetiner, 2014). Ölçek tamamı için minimum 52, maksimum puan 208'dir. Puan yükseldikçe kişinin daha fazla SYBD sahibi olduğu kabul edilir (Gülcivan ve Topçu, 2017).

3.4.1.4 Short Form 36 (SF-36)

1992'de Ware ve Sherbourne tarafından geliştirilmiştir. 1999'da Koçyiğit ve arkadaşları tarafından Türkçe geçerlik güvenirlik çalışması yapılmıştır. Türk toplumuna uyarlanan form, uygulama ile araştırmalarda, genel popülasyon incelemelerinde kullanılmaktadır.

Ölçek 36 ifadeden ibarettir. Ölçek fiziksel fonksiyon (FF), sosyal fonksiyon(SF), fiziksel fonksiyonlara bağlı rol kısıtlılıkları (FRK), emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları (ERK), mental sağlık(MS), canlılık (C), bedensel ağrı (BA) ve genel sağlık algısı (GS) olmak üzere 8 boyutun ölçümünü sağlamaktadır.

Ölçek tek bir puan vermez. Bütün alt boyutlar için ayrı puanlama yapılmaktadır. Alınan puanlar arttıkça yaşam kalitesi de artar. Minimum 0, maksimum 100 puan alınır. Soruların kimisinin cevabı pozitif, kimisininse negatif puan olarak değerlendirilir. 0 kötü sağlık vaziyetini

ifade eder. 100 iyi sağlık vaziyetini gösterir. Ayrıca son 12 ayda sağlıktaki değişim algısını içeren bir madde de bulundurur (Bayrak Özarslan, 2013).

SF-36, fiziksel ve mental sağlığı da incelemeleri de yapar. Fiziksel sağlık bileşenlerini; fiziksel fonksiyon, fiziksel fonksiyonlara bağlı rol kısıtlılıkları, bedensel ağrı ve genel sağlık algısı oluşturur. Mental sağlık bileşenlerini; canlılık, sosyal fonksiyon, emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları ve mental sağlık parametreleri oluşturmaktadır (Kocaman, 2014).

3.5. ARAŞTIRMA VERİLERİNİN İSTATİKSEL ANALİZ

Araştırmanın sonuçları SPSS programı ile analiz edilmiştir. Veri değerlendirirken hastaların tanımlayıcı özelliklerinin belirlenmesinde frekans ve yüzde analizlerinden, ölçeklerin incelenmesinde ortalama ve standart sapma istatistiklerinden faydalanılmıştır.

İki bağımsız grup arasında niceliksel sürekli verilerin karşılaştırılmasında t-testi,ikiden fazla bağımsız grup arasında niceliksel sürekli verilerin karşılaştırılmasında Tek yönlü (One way) Anova testi kullanılmıştır. Anova testi sonrasında farklılıkları belirlemek üzere tamamlayıcı post-hoc analizi olarak Scheffe testi kullanılmıştır. Araştırmanın sürekli değişkenleri arasında pearson korelasyon uygulanmıştır.

3.6. ARAŞTIRMANIN ETİK BOYUTU

Veri toplamaya başlamadan önce çalışmanın yapılacağı kurumdan kurum izni (03.11.2021 tarihli 226586 sayılı yazı) ve etik kurul onayı (İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu, 2021/65 dosya numaralı 27.12.2021 tarihli 273692 sayılı yazı) alınmıştır. Gerekli izinler alındıktan sonra İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi Nöroloji Polikliniği'ne başvuran migren tanısı almış bireyler Helsinki Bildirgesi doğrultusunda araştırmanın amacı ve beklentileri hakkında yazılı olarak bilgilendirilmiştir. Araştırmaya katılmaya istekli olduklarına dair yazılı onam alındıktan sonra çalışmaya dahil edilmiştir (EK-5). Çalışmada kullanılan ölçekler için yazarlardan izin alınmıştır (EK-6).

3.7. ARAŞTIRMANIN KISITLILIKLARI

Araştırmamızın bazı kısıtlılıkları mevcuttur; araştırmamızın tek merkezde yürütülmesi, bazı hastaların çalışmaya katılmak istememesi, çalışmamıza katılan migren hastalarının genelinin bu tarz formları ilk kez doldurması ve kimi maddelerdeki benzerliğin algıda yanılmaya neden olması olası farklılıkların izahı olabilir. Çalışmamız Covid-19 pandemi dönemi sırasında yapılmış olup katılımcıların SYBD ve yaşam kalitesini ülkede alınan önlemler ve tutumlar da etkileyebilir. Araştırmayı kısıtlayan bir diğer nokta da katılımcıların migrenin hangi evresinde olduklarının net bilinememesiydi. Çünkü veriyi toplarken bireylerin ağrısı olmasa bile prodrom ya da postdrom evrelerinde olunabilirdi. Ağrı fazı duyarlılığı etkileyeceğinden sonuçları da etkileyebilmektedir. Ayrıca migrenin birçok alt tipi bulunmasına rağmen çalışmada ayrıma gidilmemiştir. Sonuçlar yorumlanırken bu durumlar dikkate alınmalıdır.

4. BULGULAR

Migren hastalarının yaşam kalitesi ve SYBD değerlendirilmesi gayesiyle yapılan bu çalışmada sonuçlar şu başlıklar altında incelendi:

1. Hastaların Tanımlayıcı Özellikleri
2. Hastaların MIDAS Değerlendirilmesi ve Hastaların Tanımlayıcı Özellikleri ile Karşılaştırılması
3. Hastaların SYBD Ölçeği II Puanları ve Alınan Puanların Hastaların Tanımlayıcı Özellikleri ile Karşılaştırılması
4. Hastaların SF-36 Ölçeği Yaşam Kalitesi Puanları ve Alınan Puanların Hastaların Tanımlayıcı Özellikleri ile Karşılaştırılması
5. Hastaların SYBD Ölçeği II Puanlarının SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanları ile İlişkisinin Değerlendirilmesi

4.1. Hastaların Tanımlayıcı Özellikleri

Hastaların sosyodemografik özellikleri değerlendirildiğinde yaş ortalamalarının 39,81±11,18 (19-71) olduğu saptandı. Katılımcıların %23,6'sının 30 yaş ve altı, %31,4'ünün 31-40 yaş aralığında, %28,6'sının 41-50 yaş aralığında, %16,4'ünün de 50 yaş ve üzerinde olduğu görüldü.

Tablo 4.1.1'de görüldüğü üzere çoğunluğunun (%87,9, n=123) kadın, %67,9'unun evli ve %67,1'inin çocuklu olduğu belirlendi. Hastaların eğitim durumlarına bakıldığında çoğunluğunun (%42,1, n=59) üniversite mezunu olduğu saptandı. Hastaların %31,4'ünün ev hanımı, çoğunluğunun çalıştığı (%55, n=77) ve mesai saatleri içerisinde (%92,2, n=71) bir çalışma düzeni olduğu belirlendi. Katılımcıların %98,6'sının sosyal güvencesinin olduğu belirtildi. Hastaların %61,4'ünün gelirinin giderine eşit olduğu, %77,9'unun yaşantısının büyük çoğunluğunun büyükşehirde geçtiği ve %57,1'inin de eş ve çocukları ile birlikte yaşadığı saptandı.

Tablo 4.1.1: Hastaların Sosyodemografik Özellikleri

Demografik Özellikler	**n**	**%**
Yaşı (Ort±SS, Min-Max)	39,81±11,18	19-71
Cinsiyeti		
Kadın	123	87,9
Erkek	17	12,1
Eğitim durumu		
Ortaokul ve altı	46	32,9
Lise	35	25,0
Üniversite	59	42,1
Medeni durumu		
Evli	95	67,9
Bekar	45	32,1
Çocuk sahipliği		
Var	94	67,1
Yok	46	32,9
Çalışma durumu		
Çalışıyor	77	55,0
Çalışmıyor	19	13,6
Ev hanımı	44	31,4
Çalışma düzeni		
Mesai saatleri içerisinde	71	92,2
Vardiyalı	5	6,5
Fazla mesaili	1	1,3
Gelir durumu düzeyi		
Gelir gidere göre az	39	27,9
Gelir gidere eşit	86	61,4
Gelir gidere göre fazla	15	10,7
Nerede yaşanıldığı		
Köy	1	0,7
İlçe köy	10	7,1
İl	20	14,3
Büyükşehir	109	77,9
Kiminle yaşanıldığı		
Evde yalnız	11	7,9
Eş	14	10,0
Eş ve çocuklar	80	57,1
Ebeveyn ile	35	25,0

Kişilerin klinik özelliklerine bakıldığında %22.9'unda 15 sene ve daha uzun, %12,1'inin 11-15 yıl, %30'unun 6-10 yıldir migren tanısının bulunduğu, %42.9'unun ağrısının şakakta, %35.7'sinin ağrı yerinin başın tek yanına sınırlı olduğu ve çoğunluğun baş ağrısının zonklayıcı karakterde (%88.6, n=124) olduğu saptandı. %39,3'ünün baş ağrı süresinin 4-12 saat arasında olduğu, %49,3'ünün haftada 1-3 gün baş ağrısı sıklığı yaşadığı belirlendi. Hastaların baş ağrısı şiddeti ortalaması 7,62±2,04 (1-10) olarak saptandı. Katılımcıların %58,6'sı baş ağrısının şiddetini 8 puan ve üzeri hesaplanmıştır.

Tablo 4.1.2: Hastaların Klinik Özellikleri

Klinik Özellikler	**n**	**%**
Tanı Süresi (Ort±SS, Min-Max)	10,13±7,48	1-30
Ailede migren öyküsü		
Evet	79	56,4
Hayır	61	43,6
Baş ağrısının karakteri*		
Zonklayıcı	124	88,6
Sıkıştırıcı	35	25,0
Basınç hissi	43	30,7
Diğer	6	4,3
Baş ağrısı sıklığı		
Her gün	28	20,0
Haftalık 4-6 gün	27	19,3
Haftalık 1-3 gün	69	49,3
2 haftada 1 ve üzeri	16	11,4
Baş ağrısı süresi		
1-4 saat arasında	21	15,0
4-12 saat arasında	55	39,3
12-24 saat arasında	22	15,7
24 saatten uzun	42	30,0
Baş Ağrısı Şiddeti (Ort±SS, Min-Max	7,62±2,04	1-10
Baş ağrısının yoğun hissedildiği bolge*		
Ağrı başın tek yanına sınırlı	50	35,7
İki taraflı ama başın bir yanında daha belirgin	45	32,1
İki yanda aynı tüm baş ağrıyor	27	19,3
Şakakta	60	42,9
Kafa arkasında	32	22,9
Göz etrafında	37	26,4
Kafanın tepesinde	13	9,3
Boyun ağrısı daha belirgin	6	4,3
Baş ağrısına eşlik eden semptomlar*		
Bulantı	122	87,1
Kusma	67	47,9
Işıktan rahatsızlık	126	90,0
Sesten rahatsızlık	133	95,0
Kokudan rahatsızlık	108	77,1
Migren dışında ek hastalık		
Var	71	50,7
Yok	69	49,3
Varsa hastalığa ilişkin ilaç kullanımı		
Var	50	35,7
Yok	90	64,3
Baş ağrısının özelliği		
Ataklar halinde	105	75,0
Sürekli ama zaman zaman şiddetlenen	35	25,0
Menopoza girme durumu		
Evet	28	22,8
Hayır	95	77,2

Tablo 4.1.2 (devam): Hastaların Klinik Özellikleri

Klinik Özellikler	n	%
Baş ağrısının menstrüasyon ile ilişkisi		
Var	78	63,4
Yok	45	36,6
Prodromal semptomlar		
Görsel semptomlar	28	20,0
Konuşma bozukluğu	4	2,9
Baş dönmesi	4	2,9
Kol ve veya bacakta güçsüzlük	1	0,7
Ağrı öncesinde semptom yok	103	73,6
Baş ağrısı ile ilişkilii ilaç kullanımı		
Evet	129	92,1
Hayır	11	7,9
İlacın ağrıyı geçirmesi		
Geçmiyor	19	14,7
Geçiyor	110	85,3
İlaç ile ağrının geçme süresi		
30 dk ve altı	31	28,2
31-60 dk	43	39,1
1 saat üzeri	36	32,7
Baş ağrısı için kullanılan ilaç grubu		
Migrene özgü ilaç	28	21,7
Migrene spesifik olmayan	101	78,3
Baş ağrısı için kullanılan ilaçların miktarı		
Haftalık 1-3 adet	57	44,2
Haftalık 4-7 adet	13	10,1
Günlük 2-4 adet	8	6,2
Düzensiz, değişebiliyor	51	39,5
Baş ağrısı ilaçları kullanım süresi		
12 ay altı	26	20,2
12-24 ay	23	17,8
2 yıldan fazla	80	62,0
Baş ağrısını tetikleyen faktörler*		
Stres	133	95,0
Yorgunluk	127	90,7
Gürültü / ses	119	85,0
Parlak ışık / güneş	113	80,7
Yetersiz uyku	106	75,7
Öğün atlama / açlık	99	70,7
Hava değişikliği	87	62,1
Güçlü /ağır kokular	86	61,4
Menstruasyon dönemi	78	55,7
Ekrana fazla bakmak	68	48,6
Seyahat etmek	66	47,1
Fazla uyku	50	35,7
Okuma	36	25,7
Yiyecek ve içecekler	34	24,3
Sigara dumanı	33	23,6
Diyet yapmak	10	7,1

* Katılımcıların birden fazla seçenek işaretleyebildiği klinik özellikler

Çalışmaya katılan migren hastalarının %56,4'ü ailede migren öyküsü olduğunu belirtti. Migren hastalarının %50,7'si migren dışı ek bir hastalığının olduğunu belirtmişlerdir. Katılımcıların %73,6'sının ağrıdan önce aura semptomları yaşamadığı, yaşayan katılımcılarda ise en çok %20 oranında görsel şikayetler yaşandığı belirtildi. %92,1'inin baş ağrısı ile ilgili ilaç aldığı ve bunlardan %78,3'ünün migrene spesifik olmayan ilaç grubu ilaç kullandığı, %62'sinin ilaç kullanım süresinin 2 yıldan fazla olduğu, %44,2'sinin ilaç miktarının haftada 1-3 adet olduğu ve %85,3'ü aldığı ilaçtan fayda gördüğü saptanmıştır (Tablo 4.1.2).

Migrenli kadın katılımcıların migren atağı ile menstürasyon ilişkisine bakıldığında %63,4'ünün baş ağrısının adet ile ilişkisi olduğu belirtildi. Baş ağrısını tetikleyen faktörlerin sorgulandığı soruya hastaların çoğu stres (%95 n=133), %90,7'si yorgunluk, %85'i gürültü-ses, %80,7'si parlak ışık, güneş ve %75,7'si yetersiz uyku cevabını vermiştir. Baş ağrısı ile birlikte hissedilen rahatsızlıkların sorgulandığı soruya hastaların çoğu (%95 n=133) sesten rahatsızlık, %90'ı ışıktan rahatsızlık, %87,1'i bulantı, %77,1'i de kokudan rahatsızlık cevabını vermiştir.

Tablo 4.1.3'e bakıldığında çalışmaya dahil olan migrenli bireylerin yaşam şekli ile alakalı niteliklerin dağılımı gösterilmiştir. %22,9'u sigara, %25'i alkol kullandıklarını belirtmişlerdir. Çalışmada migrenli bireyler öğün düzenleri bakımından incelendiğinde %52,9'unun 3 ana öğün, %48,6'sının da 2 ara öğün yaptığı belirlenmiştir. %66,4'ü ayda 1-3 kez fast-food tüketmektedir. Bireylerin su tüketim ortalaması ise 1,59±0,88 litre (0-4.5) olarak saptanmıştır. Uyku düzeni bakımından incelendiğinde ise bireylerin çoğunun (%65, n=91) 6-8 saat uyuduğu, %52,9'unda uyku sorunu olmadığı, %69,3'ü ise sabahları dinlenmiş uyanmadığını belirtmiştir. Katılımcıların BKİ değerine göre 8'i (%5,7) zayıf, 71'i (%50,7) normal kilolu olarak dağıldığı saptanmıştır.

Tablo 2.1.3: Hastaların Yaşam Şekli Özellikleri

Yaşam Şekli Özellikleri	n	%
Sigara kullanımı		
Hiç içmemiş	89	63,6
Bırakmış	19	13,6
Halen kullaniyor	32	22,9
Alkol kullanımı		
Hayır	105	75,0
Evet	35	25,0
Ana öğün sayısı		
3 öğün	74	52,9
2 öğün	66	47,1
Ara öğün sayısı		
1 ara öğün	32	22,9
2 ara öğün	68	48,6
Hiç ara öğün yapmam	40	28,6
Fast-food tüketim		
Ayda 1-3 kez	93	66,4
Haftada 1-5 kez	23	16,4
Hiç	24	17,1
Kahve tüketimi		
Hayır	49	35
Evet	91	65
Uykunun süresi		
4-6 saat	28	20
6-8 saat	91	65
8-10 saat	21	15
Uyku sorunu		
Var	66	47,1
Yok	74	52,9
Sabahları dinlenmiş uyanma		
Evet	43	30,7
Hayır	97	69,3
Beden Kitle İndeksi (BKİ)		
Zayıf	8	5,7
Normal Kilolu	71	50,7
Fazla Kilolu	46	32,9
I.derece Obez	12	8,6
II.derece Obez	3	2,1
	Ort	**SS**
Su tüketimi (Litre)	1,59	0,88

4.2. Hastaların MIDAS Değerlendirilmesi ve Hastaların Tanımlayıcı Özellikleri ile Karşılaştırılması

Tablo 4.2.1: Hastaların MIDAS Puan Ortalaması ve MIDAS Gruplarına Göre Dağılımı

MIDAS Gruplar	**n**	**%**
Minimal Kayıp (MK)	7	5,0
Hafif Kayıp (HK)	8	5,7
Orta Derecede Kayıp (ODK)	21	15,0
Ciddi Derecede Kayıp (CDK)	104	74,3
MIDAS Toplam Puan (Ort ± SS) (Min-Maks)	54,11 ± 45,27	0-240

Tablo 4.2.1'de katılımcıların MIDAS ölçeğine göre puan ortalaması ve yeti yitimlerinin dağılımı verilmiştir. Çalışmaya katılan hastaların MIDAS ortalaması 54,11±45,27 (0-240) olarak saptanmıştır. Hastaların fonksiyonellik seviyelerine bakıldığında %5'inin minimal kayıp, %5,7'sinin hafif kayıp , %15'inin orta derecede kayıp ve %74,3'ünün ciddi derecede kaybı olduğu bulundu.

Tablo 4.2.2: MIDAS Puanlarının Cinsiyete Göre Değerlendirilmesi

Cinsiyet	**Ort±SS**
Kadın (n=123)	57,20±46,38
Erkek (n=17)	31,82±28,33
t=	2,195
p=	**0,004**

Araştırmaya katılan kadınların MIDAS toplam puanları (57,20), erkeklerin MIDAS toplam puanlarından (31,82) yüksek bulunmuştur.

Tablo 4.2.3 incelendiğinde hastaların MIDAS puanları baş ağrısı sıklığına göre incelendiğinde, baş ağrısı sıklığı artan katılımcıların MIDAS puanının da arttığı görüldü. Baş ağrı süresine göre MIDAS puanına bakıldığında ağrı süresi uzadıkça katılımcıların MIDAS puanlarının da yükseldiği saptandı. Katılımcıların baş ağrısı özelliklerine göre MIDAS puanları incelendiğinde ise baş ağrısını ataklar halinde yaşayan bireylerin sürekli ama zaman zaman şiddetlenen baş ağrısı yaşayanlara göre MIDAS puanlarının daha düşük olduğu görüldü. MIDAS puanının baş ağrısı şiddeti ile korelasyon analizi incelendiğinde aralarında pozitif yönde zayıf düzeyde korelasyon saptandı.

Tablo 4.2.3: MIDAS Puanlarının Klinik Özelliklere Göre Değerlendirilmesi

Klinik Özellikler	n	Midas Toplam
Baş ağrısı sıklığı		**Ort±SS**
Her gün	28	72,82±52,78
Haftalık 4-6 gün	27	82,56±55,98
Haftalık 1-3 gün	69	42,09±31,18
2 haftada 1 ve üzeri	16	25,25±21,82
F=		10,83
p=		**0,001**
PostHoc=		1,2>3, 1,2>4 (p<0.05)
Baş ağrısı süresi		**Ort±SS**
1-4 st	21	44,24±37,96
4-12 st	55	42,58±32,80
12-24 st arasında	22	59,55±54,45
24 st üstünde	42	71,31±52,56
F=		3,87
p=		**0,011**
PostHoc=		4>1,2 (p<0.05)
Baş ağrısının özelliği		**Ort±SS**
Ataklar halinde	105	45,79±39,79
Sürekli ama zaman zaman şiddetlenen	35	79,09±51,78
t=		-3,962
p=		**0,001**
Baş ağrısının şiddeti		
r=		0,207
p=		**0,014**

Tablo 4.2.4'e bakıldığında uyku sorunu olduğunu belirten katılımcıların MIDAS puanları (64,18), uyku sorunu belirtmeyen katılımcıların puanlarından (45,14) yüksek bulunmuştur. Sabahları dinlenmiş uyandığını belirten katılımcıların (42,58), dinlenmiş uyanmayanlara (59,23) göre MIDAS puanları düşük bulunmuştur.

Tablo 4.2.4. MIDAS Puanlarının Yaşam Şekli Özelliklerine Göre Değerlendirilmesi

Yaşam Şekli Özellikleri	n	Midas Toplam
Uyku sorunu varlığı		**Ort±SS**
Var	66	64,18±49,36
Yok	74	45,14±39,5
t=		2,53
p=		**0,014**
Sabahları dinlenmiş uyanma		**Ort±SS**
Evet	43	42,58±40,42
Hayır	97	59,23±46,55
t=		-2,03
p=		**0,04**

4.3. SYBD II Puanları ve Alınan Puanların Hastaların Tanımlayıcı Özellikleri ile Karşılaştırılması

Tablo 4.3.1: Hastaların SYBD II Ölçeği Alt Boyut Puanları

SYBD Ölçeği Alt Boyutları	n	Ort	SS	Min.	Maks.
Sağlık Sorumluluğu (SS)	140	22,22	4,76	10,000	36,000
Fiziksel Aktivite (FA)	140	15,39	5,55	8,000	31,000
Beslenme (B)	140	22,43	4,09	12,000	32,000
Manevi Gelişim (MG)	140	25,68	4,12	16,000	34,000
Kişilerarası İlişkiler (Kİ)	140	26,07	4,23	14,000	36,000
Stres Yönetimi (SY)	140	18,61	3,86	10,000	30,000
SYBD Toplam	140	130,41	17,84	88,000	192,000

Tablo 4.3.1'de hastaların SYBD II ölçeği tanımlayıcı istatistik sonuçları verilmiştir. Hastaların SYBD puan ortalamaları 130,41±17,84 (88-192), en yüksek alt boyut puan ortalamasının kişilerarası ilişkiler (26,07±4,23), en düşük alt boyut puan ortalamasının fiziksel aktivite (15,39±5,55) alt boyutunda olduğu bulunmuştur.

Tablo 4.3.2: SYBD II Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Sosyodemografik Özellikler

Sosyodemografik Özellikler	n	SS	FA	B	MG	Kİ	SY	SYBD Toplam
Yaşı		**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**
30'un altında	33	22,82±5,46	15,15±5,66	20,94±4,08	25,30±4,26	25,67±5,28	18,73±3,47	128,61±19,59
31-40	44	22,57±4,44	14,86±4,69	21,64±4,05	25,59±4,11	26,70±3,66	18,43±4,02	129,80±17,72
41-50	40	21,45±5,12	16,32±6,51	23,20±4,13	25,88±4,38	25,57±4,01	18,82±4,17	131,25±19,17
50 üstü	23	22,04±3,52	15,13±5,23	24,74±2,83	26,04±3,66	26,30±4,03	18,43±3,75	132,70±13,39
F=		0,608	0,54	5,390	0,185	0,631	0,097	0,281
p=		0,611	0,65	**0,002**	0,906	0,596	0,962	0,839
PostHoc=				3>1, 4>1, 4>2 (p<0.05)				
Cinsiyet		**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**
Kadın	123	22,09±4,67	15,24±5,26	22,54±4,09	25,63±4,14	26,20±4,00	18,51±3,78	130,21±17,37
Erkek	17	23,18±5,41	16,47±7,38	21,65±4,17	26,00±4,06	25,18±5,69	19,35±4,47	131,82±21,45
t=		-0,883	-0,854	0,839	-0,342	0,930	-0,841	-0,348
p=		0,379	0,516	0,403	0,733	0,484	0,402	0,728
Eğitim durumu		**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**
Ortaokul ve altı	46	21,07±3,97	14,26±5,04	23,07±3,40	25,50±3,91	25,91±3,21	18,22±3,37	128,02±12,41
Lise	35	22,03±4,8	15,57±5,94	22,23±4,92	25,83±4,10	25,97±4,20	19,09±4,78	130,71±22,33
Üniversite	59	23,24±5,13	16,17±5,63	22,05±4,06	25,73±4,35	26,25±4,95	18,64±3,64	132,08±18,53
F=		2,807	1,568	0,848	0,070	0,096	0,502	0,674
p=		0,064	0,212	0,431	0,933	0,909	0,606	0,511
Medeni durum		**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**
Evli	95	21,89±4,50	14,82±5,36	22,85±3,90	25,24±4,14	25,96±3,80	18,22±3,85	128,99±15,76
Bekar	45	22,91±5,24	16,60±5,81	21,53±4,39	26,60±3,97	26,31±5,07	19,44±3,79	133,40±21,48
t=		-1,183	-1,786	1,795	-1,837	-0,460	-1,765	-1,371
p=		0,239	0,076	0,075	0,068	0,646	0,080	0,223

F: Anova Testi; t: Bağımsız Gruplar T-Testi;
PostHoc: Tukey, LSD

Tablo 4.3.2 (devam): SYBD II Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Sosyodemografik Özelliklere Göre Değerlendirilmesi

Sosyodemografik Özellikler	n	SS	FA	B	MG	Kİ	SY	SYBD Toplam
Çocuk sahipliği		**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**
1-2 çocuk	71	22,41±4,46	15,11±5,49	22,72±3,99	25,80±4,29	26,10±4,15	18,21±4,20	130,35±17,31
3 çocuk ve üzeri	23	19,78±3,72	14,04±5,03	22,61±4,35	24,74±4,00	25,43±3,38	18,22±3,90	124,83±14,71
Yok	46	23,15±5,30	16,50±5,78	21,89±4,15	25,96±3,93	26,35±4,76	19,43±3,20	133,28±19,66
F=		4,141	1,705	0,593	0,732	0,357	1,560	1,742
p=		**0,018**	0,186	0,554	0,483	0,701	0,214	0,179
PostHoc=		1>2, 3>2 (p<0.05)						
Çalışma durumu		**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**
Çalışıyor	77	22,92±5,22	16,06±5,75	21,71±4,40	26,10±4,25	26,30±4,52	18,62±4,02	131,73±20,24
Çalışmıyor	19	21,26±4,18	16,37±6,43	22,47±3,98	25,58±3,53	26,00±4,76	19,21±4,38	130,89±16,33
Ev hanımı	44	21,41±3,99	13,80±4,45	23,66±3,37	24,98±4,17	25,70±3,48	18,34±3,37	127,89±13,52
F=		1,888	2,752	3,266	1,055	0,276	0,334	0,654
p=		0,155	0,067	**0,041**	0,351	0,759	0,717	0,522
PostHoc=				3>1 (p<0.05)				
Sosyal güvence		**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**
Evet	138	22,30±4,75	15,46±5,56	22,49±4,06	25,71±4,14	26,12±4,24	18,65±3,87	130,72±17,72
Hayır	2	17,00±1,41	11,00±2,83	18,50±6,36	23,50±0,71	22,50±2,12	16,00±1,41	108,50±14,85
t=		1,573	1,129	1,372	0,752	1,205	0,964	1,763
p=		0,118	0,261	0,172	0,453	0,230	0,337	0,080
Gelir durumu		**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**
Gelir gidere göre az	39	21,03±4,81	13,54±4,69	22,77±3,86	24,67±4,20	25,08±3,99	17,41±3,37	124,49±16,57
Gelir gidere eşit	86	22,70±4,69	15,73±5,76	22,51±4,23	26,16±4,14	26,27±4,26	19,05±4,08	132,42±18,27
Gelir gidere göre fazla	15	22,60±4,77	18,27±5,021	21,07±3,900	25,53±3,50	27,53±4,36	19,27±3,24	134,27±15,74
F=		1,730	4,580	0,983	1,801	2,099	2,716	3,140
p=		0,181	**0,012**	0,377	0,169	0,127	0,070	**0,046**
PostHoc=			2>1, 3>1 (p<0.05)					2>1 (p<0.05)
Kiminle yaşanıldığı		**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**
Evde yalnız	11	21,18±3,74	15,27±2,61	21,55±4,20	26,36±2,84	26,45±3,01	18,64±2,94	129,45±12,34
Eş	14	22,43±5,24	15,50±5,27	24,29±3,50	25,79±4,00	27,64±3,18	19,93±3,27	135,57±15,91
Eş ve çocuklar	80	21,66±4,28	14,82±5,46	22,53±3,87	25,21±4,16	25,61±3,83	17,91±3,85	127,75±15,30
Ebeveyn ile	35	23,74±5,64	16,69±6,44	21,74±4,65	26,49±4,39	26,37±5,56	19,69±4,11	134,71±23,84
F=		1,777	0,915	1,489	0,892	1,048	2,391	1,699
p=		0,155	0,435	0,220	0,447	0,374	0,071	0,170

Tablo 4.3.2'de hastaların nüfusa ait niteliklerine göre SYBD II Ölçeği puan ortalamaları yer almaktadır. Cinsiyete göre SYBD ölçeğinin alt boyutlarında anlamlı fark bulunmamıştır. Yaşa göre SYBD incelendiğinde, hastaların beslenme puanları yaşa göre anlamlı farklılık gösterdiği saptandı (p>0.05). Diğer alt boyutlar; manevi gelişim, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, stres yönetimi, kişilerarası ilişkiler ve SYBD II ölçeği toplam puanlarında anlamlı fark tespit edilmemiştir. Hastaların çocuk sahibi olma durumuna göre sağlık sorumluluğu puanları anlamlı fark göstermiş olup medeni durum ve eğitim durumuna göre SYBD alt boyut puanlarında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Ev hanımlarının beslenme puanları çalışan

katılımcılara göre yüksek bulunmuştur (p<0.05). Gelir gidere göre arttıkça katılımcıların SYBD toplam puanlarının yükseldiği görülmüştür.

Tablo 4.3.3: SYBD II Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Klinik Özelliklere Göre Değerlendirilmesi

Klinik Özellikler	n	SS	FA	B	MG	Kİ	SY	SYBD Toplam
Migren tanı süresi		**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**
5 yıl ve altında	49	21,82±5,43	15,61±5,60	21,53±3,56	25,12±3,88	25,78±4,05	18,69±3,83	128,55±16,82
6-10 yıl	42	22,24±4,30	15,93±5,34	22,10±4,56	26,10±4,26	26,12±4,30	18,95±4,18	131,43±18,77
11-15 yıl	17	23,82±4,63	14,18±5,75	23,53±3,71	24,82±3,86	25,76±5,11	17,65±2,83	129,76±15,72
15 yıl üstünde	32	21,97±4,34	15,00±5,75	23,66±4,15	26,44±4,39	26,63±4,05	18,56±4,03	132,25±19,60
F=		0,789	0,477	2,313	1,048	0,290	0,467	0,339
p=		0,502	0,699	0,079	0,373	0,833	0,706	0,797
Ailede migren varlığı		**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**
Evet	79	22,01±4,93	15,48±5,22	22,62±4,37	26,22±4,15	26,46±4,317	18,51±3,84	131,29±18,09
Hayır	61	22,49±4,54	15,28±5,98	22,18±3,73	24,98±4,00	25,57±4,097	18,75±3,92	129,26±17,58
t=		-0,590	0,213	0,629	1,767	1,225	-0,375	0,666
p=		0,556	0,831	0,530	0,079	0,223	0,708	0,507
Baş ağrısı sıklığı		**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**
Her gün	28	22,43±4,81	13,82±6,25	22,86±4,49	24,21±4,01	25,04±4,89	17,75±3,59	126,11±19,26
Haftalık 4-6 gün	27	21,78±4,77	13,41±3,99	22,93±3,98	25,56±4,23	26,67±3,81	17,81±3,44	128,15±14,55
Haftalık 1-3 gün	69	21,80±4,56	16,25±5,27	21,86±3,88	26,00±4,21	26,10±4,20	19,12±4,01	131,12±17,65
2 haftada 1 ve üstü	16	24,44±5,25	17,81±6,33	23,31±4,48	27,06±3,21	26,75±3,82	19,31±4,14	138,69±19,56
F=		1,452	3,662	0,934	1,970	0,874	1,430	1,909
p=		0,231	**0,014**	0,426	0,121	0,456	0,237	0,131
PostHoc=			3>1, 4>1, 3>2, 4>2					
Baş ağrısı süresi		**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**
1-4 st	21	21,62±5,71	15,95±5,68	21,90±4,21	25,67±4,31	25,57±4,697	18,86±4,05	129,57±23,01
4-12 st	55	22,11±4,83	14,85±5,06	22,65±3,80	25,95±3,597	26,65±3,69	18,96±4,06	131,18±16,65
12-24 st	22	21,64±3,70	15,50±5,32	22,77±3,93	24,36±3,66	24,05±4,23	18,27±3,63	126,59±14,19
24 st üstünde	42	22,98±4,71	15,76±6,30	22,21±4,57	26,02±4,84	26,62±4,45	18,21±3,69	131,81±18,48
F=		0,581	0,304	0,257	0,921	2,436	0,380	0,467
p=		0,628	0,822	0,857	0,433	0,067	0,767	0,706
Ek hastalık		**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**
Var	71	22,76±4,70	15,69±5,55	22,99±3,99	25,68±4,21	26,35±4,10	18,32±3,90	131,79±17,60
Yok	69	21,67±4,79	15,09±5,56	21,86±4,15	25,68±4,05	25,78±4,37	18,91±3,82	128,99±18,10
t=		1,365	0,642	1,644	-0,007	0,795	-0,902	0,929
p=		0,174	0,522	0,102	0,994	0,428	0,369	0,354
Hastalığa ilişkin ilaç kullanımı		**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**
Var	50	23,12±4,50	15,78±5,35	23,28±3,95	25,86±3,97	26,34±3,95	18,40±3,56	132,78±17,16
Yok	90	21,72±4,84	15,18±5,67	21,96±4,12	25,58±4,22	25,92±4,392	18,73±4,03	129,09±18,16
t=		1,678	0,614	1,851	0,387	0,559	-0,488	1,175
p=		0,096	0,540	0,066	0,699	0,577	0,626	0,242
Baş ağrısının niteliği		**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**
Ataklar halinde	105	22,18±4,82	15,66±5,33	22,48±4,01	25,77±4,08	25,98±4,13	18,60±3,90	130,67±18,16
Sürekli, arada şiddetli	35	22,34±4,61	14,60±6,16	22,29±4,396	25,40±4,28	26,34±4,57	18,66±3,78	129,63±17,08
t=		-0,174	0,976	0,238	0,461	-0,437	-0,076	0,297
p=		0,862	0,331	0,813	0,646	0,663	0,940	0,767
Menopoza girme		**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**
Evet	28	20,89±2,96	15,68±4,87	24,50±3,16	24,54±3,796	25,04±3,46	17,71±3,78	128,36±11,83
Hayır	95	22,44±5,02	15,12±5,39	21,96±4,16	25,96±4,20	26,54±4,10	18,75±3,76	130,76±18,71
t=		-1,553	0,496	2,984	-1,607	-1,760	-1,275	-0,641
p=		**0,045**	0,621	**0,001**	0,111	0,081	0,205	0,418

Tablo 4.3.3 (devam): SYBD II Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Klinik Özelliklere Göre Değerlendirilmesi

Klinik Özellikler	n	SS	FA	B	MG	Kİ	SY	SYBD Toplam
Baş ağrısının adetle ilişkisi		**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**
Var	78	22,31±4,90	14,82±4,93	21,90±3,97	25,78±3,96	26,74±3,85	18,79±3,61	130,35±16,70
Yok	45	21,71±4,26	15,98±5,78	23,64±4,09	25,38±4,47	25,24±4,12	18,02±4,04	129,98±18,67
t=		0,682	-1,176	-2,324	0,520	2,027	1,094	0,113
p=		0,497	0,242	**0,022**	0,604	**0,045**	0,276	0,910
Baş ağrısı ile ilgili ağrı kesici ilaç alma		**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**
Evet	129	22,29±4,80	15,60±5,64	22,39±4,14	25,84±4,01	26,17±4,19	18,66±3,93	130,96±17,71
Hayır	11	21,36±4,34	12,91±3,56	22,91±3,59	23,73±5,10	24,91±4,74	18,09±3,05	123,91±18,89
t=		0,622	1,555	-0,404	1,647	0,949	0,467	1,261
p=		0,535	0,122	0,687	0,102	0,344	0,641	0,209
İlacın ağrıyı geçirmesi		**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**
Geçmiyor	19	21,68±4,61	16,00±6,34	21,79±5,33	25,79±4,66	26,00±4,63	19,53±4,36	130,79±20,89
Geçiyor	110	22,40±4,84	15,54±5,54	22,49±3,92	25,85±3,90	26,20±4,13	18,51±3,85	130,99±17,21
t=		-0,599	0,330	-0,680	-0,065	-0,191	1,043	-0,046
p=		0,550	0,742	0,589	0,948	0,848	0,299	0,964
İlaç ile ağrının geçme süresi		**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**
30 dk'dan az	31	22,03±5,13	15,45±6,16	24,29±4,17	25,84±4,57	26,32±4,80	18,42±4,30	132,35±19,70
31-60 dk	43	22,00±4,21	15,21±5,38	21,84±3,37	25,30±3,58	26,23±3,92	18,65±3,37	129,23±13,39
1 saat üzeri	36	23,19±5,31	16,00±5,29	21,72±3,92	26,53±3,66	26,06±3,86	18,42±4,09	131,92±19,20
F=		0,717	0,202	4,872	0,965	0,036	0,047	0,369
p=		0,490	0,818	**0,009**	0,384	0,964	0,954	0,692
PostHoc=				1>2, 1>3				
Baş ağrısı için kullanılan ilaç grubu		**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**
Migrene özgü ilaç	28	24,96±4,86	18,64±5,81	24,04±4,00	27,32±4,18	28,00±4,30	19,61±4,67	142,57±20,86
Non-spesifik	101	21,55±4,53	14,76±5,32	21,93±4,08	25,44±3,88	25,66±4,03	18,40±3,68	127,74±15,36
t=		3,469	3,346	2,424	2,239	2,674	1,450	4,163
p=		**0,001**	**0,001**	**0,017**	**0,027**	**0,008**	0,150	**0,001**
Baş ağrısı için kullanılan ilaç miktarı		**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**
Haftalık 1-3 adet	57	22,14±4,83	15,07±5,17	22,04±4,23	25,81±4,15	26,53±3,77	18,37±3,63	129,95±15,28
Haftalık 4-7 adet	13	23,62±5,58	15,31±8,22	22,85±4,06	26,15±4,83	27,31±5,19	18,54±5,33	133,77±26,14
Günlük 2-4 adet	8	22,37±2,33	15,25±5,06	25,75±3,15	25,50±5,21	22,75±4,62	18,50±3,30	130,12±15,01
Düzensiz değişiyor	51	22,12±4,90	16,33±5,56	22,14±4,07	25,86±3,52	26,02±4,15	19,04±4,02	131,510±18,51
F=		0,367	0,471	2,059	0,047	2,326	0,267	0,190
p=		0,777	0,703	0,109	0,987	0,078	0,849	0,903
Baş ağrısı ilaçları kullanım süreleri		**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**
12 ay altı	26	23,96±5,73	17,81±5,46	23,81±3,64	25,65±3,95	25,73±3,92	18,81±4,21	135,77±20,87
12-24 ay	23	20,83±4,99	14,39±4,47	21,57±4,42	24,70±3,86	24,65±4,99	18,57±3,27	124,70±16,57
2 yıldan fazla	80	22,18±4,29	15,24±5,87	22,16±4,15	26,24±4,05	26,75±3,95	18,64±4,05	131,20±16,58
F=		2,746	2,757	2,136	1,369	2,475	0,026	2,459
p=		0,068	0,067	0,122	0,258	0,088	0,974	0,090

F: Anova Testi; t: Bağımsız Gruplar T-Testi;
PostHoc: Tukey, LSD

Tablo 4.3.3'de hastaların klinik özelliklere göre SYBD ölçeğinin puan ortalamaları yer almaktadır. SYBD migren tanı süresine göre değerlendirildiğinde gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmadı. Hastaların fiziksel aktivite puanları baş ağrısı sıklığına göre değerlendirildiğinde ağrı sıklığı azaldıkça fiziksel aktivite alt boyutundan alınan puanların

arttığı görülmektedir. Ancak sağlık sorumluluğu, beslenme, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi ve toplam puanların baş ağrısı sıklığına göre anlamlı farklılık göstermediği saptanmıştır.

Yapılan istatistiksel analizde migreni olan kadınların menopoza girme ve SYBD karşılaştırıldığında menopoza giren kadın katılımcıların sağlık sorumluluğu puanları (20,89), menopoza girmeyenlerin sağlık sorumluluğu puanlarından (22,44) düşük bulunmuştur. Menopoza giren kadın katılımcıların beslenme puanları (24,50), menopoza girmeyenlerin beslenme puanlarından (21,96) yüksek bulunmuştur. Hastaların fiziksel aktivite, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi ve toplam puanların menopoza girme durumunda anlamlılık görülmemiştir. Araştırmaya katılan migrenli kadınların baş ağrısının adetle ilişkisi olduğunu düşünenlerin beslenme puanları (21,90), baş ağrısının adetle ilişkisi olduğunu düşünmeyenlerin beslenme puanlarından (23,64) düşük bulunmuştur. Baş ağrısının adetle ilişkisi olduğunu düşünen katılımcıların kişilerarası ilişkiler puanları (26,74), baş ağrısının adetle ilişkisi olduğunu düşünmeyenlerin kişilerarası ilişkiler puanlarından (25,24) yüksek bulunmuştur.

İlaç kullanımı sonrası ilacın ağrıyı geçirme süresine göre SYBD incelendiğinde, ilacın ağrıyı geçirme süresi azaldıkça yani ilaç çabuk etki ettikçe alınan beslenme puanlarının da arttığı görülmüştür. Ölçeğin diğer alt boyut puanlarının ilaç kullanımı sonrası ilacın ağrıyı geçirme süresine göre anlamlı farklılık göstermemektedir. Baş ağrısı ile ilgili ilaç almanın, ilacın etkinliğinin, ilaçların kullanım süresinin ve baş ağrısı için kullanılan ilaç miktarlarına göre SYBD incelendiğinde ölçeğin alt boyutlarına göre anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır. Çalışmaya katılan migrenli bireyler arasında migrene özgü olan ve olmayan ilaç kullanım durumuna göre SYBD incelendiğinde migrene özgü ilaç kullananların sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler ve SYBD toplam puanların, migrene spesifik olmayan ilaç kullananların puanlarından yüksek bulunmuştur. Hastaların stres yönetimi puanları baş ağrısı için kullanılan ilaç grubuna göre anlamlı farklılık göstermemektedir.

Tablo 4.3.4'te hastaların yaşam şekli özelliklerine göre SYBD ölçeğinin puan ortalamalarının dağılımları yer almaktadır. Migren hastalarının sigara kullanma durumu değişkeni ile SYBD ölçeği alt boyut ve total değeri içinde anlamlılık yoktur. Katılımcıların alkol kullanımının SYBD üzerine etkisi incelendiğinde alkol kullanmayanların fiziksel aktivite,

stres yönetimi ve SYBD toplam puanların alkol kullananların puanlarından anlamlı derecede düşük bulunmuştur.

Tablo 4.3.4: SYBD II Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Yaşam Şekli Özelliklerine Göre Değerlendirilmesi

Yaşam Şekli Özellikleri	n	SS	FA	B	MG	Kİ	SY	SYBD Toplam
Sigara kullanımı		**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**
Hiç içmemiş	89	22,45±4,81	15,21±5,39	22,76±4,33	25,73±4,32	26,39±4,54	18,42±3,56	130,97±18,16
Bırakmış	19	21,42±3,59	15,79±6,19	22,47±2,86	25,68±3,13	24,16±3,32	19,26±4,85	128,79±13,50
Evet	32	22,06±5,27	15,66±5,75	21,47±3,99	25,53±4,17	26,31±3,55	18,78±4,10	129,81±19,55
F=		0,386	0,130	1,183	0,027	2,295	0,413	0,138
p=		0,681	0,879	0,309	0,973	0,105	0,663	0,871
Alkol kullanımı		**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**
Hayır	105	21,96±4,20	14,48±5,16	22,38±4,20	25,41±4,05	25,83±4,11	18,21±3,65	128,27±15,89
Evet	35	23,00±6,13	18,14±5,82	22,57±3,81	26,49±4,27	26,80±4,57	19,83±4,27	136,83±21,72
t=		-1,120	-3,524	-0,238	-1,342	-1,178	-2,178	-2,506
p=		0,357	**0,001**	0,813	0,182	0,241	**0,031**	**0,013**
Ana öğün sayısı		**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**
3 öğün	74	21,97±4,84	13,85±4,83	22,24±3,90	25,45±4,10	26,20±4,26	18,18±3,82	127,89±18,07
2 öğün	66	22,50±4,68	17,12±5,81	22,64±4,32	25,94±4,16	25,92±4,23	19,11±3,88	133,23±17,28
t=		-0,653	-3,632	-0,566	-0,706	0,388	-1,429	-1,780
p=		0,515	**0,001**	0,572	0,481	0,699	0,155	0,077
Ara öğün sayısı		**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**
1 ara öğün	32	23,38±5,01	17,78±5,51	23,00±4,25	26,63±4,12	27,19±4,32	19,31±3,61	137,28±18,52
2 ara öğün	68	21,53±4,77	14,46±5,51	22,03±4,51	25,84±4,11	26,03±3,94	18,71±4,14	128,59±18,61
Ara öğün yapmam	40	22,47±4,41	15,08±5,21	22,65±3,13	24,65±4,02	25,25±4,54	17,90±3,51	128,00±14,69
F=		1,737	4,187	0,691	2,179	1,895	1,232	3,192
p=		0,180	**0,017**	0,503	0,117	0,154	0,295	**0,044**
PostHoc=			1>2, 1>3 (p<0.05)					1>2, 1>3 (p<0.05)
Fast-food tüketim sıklığı		**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**
Ayda 1-3 kez	93	22,57±4,61	15,80±5,45	22,89±3,82	25,73±3,95	26,23±4,05	18,61±3,86	131,83±16,28
Haftada 1-5 kez	23	20,83±5,01	13,74±4,56	19,48±3,60	25,30±4,34	25,57±4,33	18,39±3,75	123,30±15,08
Hiç	24	22,21±5,01	15,42±6,64	23,46±4,44	25,83±4,69	25,96±4,91	18,83±4,13	131,71±24,18
F=		1,245	1,273	8,080	0,118	0,233	0,076	2,221
p=		0,291	0,283	**0,001**	0,889	0,793	0,927	0,112
PostHoc=				1>2, 3>2 (p<0.05)				
Kahve tüketimi		**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**
Hayır	49	21,24±4,73	13,98±5,06	22,96±4,21	26,67±3,86	26,39±4,46	18,57±4,19	129,82±18,51
Evet	91	22,75±4,71	16,15±5,67	22,14±4,02	25,14±4,18	25,90±4,12	18,64±3,69	130,73±17,56
t=		-1,798	-2,244	1,127	2,123	0,648	-0,096	-0,287
p=		0,074	**0,026**	0,262	**0,036**	0,518	0,924	0,775

Tablo 4.3.4 (devam): SYBD II Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Yaşam Şekli Özelliklerine Göre Değerlendirilmesi

Yaşam Şekli Özellikleri	n	SS	FA	B	MG	Kİ	SY	SYBD Toplam
Uyku süresi		**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**
4-6 saat	28	21,75±4,19	14,89±5,07	21,75±4,57	25,79±4,08	25,32±4,28	16,96±3,01	126,46±14,24
6-8 saat	91	22,25±4,95	15,75±5,73	22,70±3,98	26,03±4,12	26,37±4,24	19,10±3,92	132,21±18,38
8-10 saat	21	22,71±4,73	14,52±5,44	22,14±3,98	24,00±3,92	25,76±4,18	18,71±4,15	127,86±19,32
F=		0,250	0,554	0,638	2,124	0,726	3,395	1,370
p=		0,779	0,576	0,530	0,124	0,486	**0,036**	0,258
PostHoc=							2>1 (p<0.05)	
Uyku sorunu		**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**
Var	66	22,47±4,95	14,68±5,38	22,38±4,42	25,47±4,36	25,85±4,59	17,98±3,82	128,83±19,70
Yok	74	22,00±4,59	16,03±5,65	22,47±3,80	25,86±3,92	26,27±3,90	19,18±3,83	131,81±16,00
t=		0,582	-1,438	-0,135	-0,565	-0,588	-1,838	-0,986
p=		0,561	0,153	0,892	0,573	0,562	0,068	0,326
Sabah dinlenmiş uyanma		**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**
Evet	43	21,42±4,41	16,21±5,97	22,60±4,14	26,16±3,65	26,56±3,70	19,63±3,46	132,58±14,95
Hayır	97	22,58±4,88	15,03±5,37	22,35±4,10	25,46±4,31	25,86±4,45	18,16±3,96	129,44±18,97
t=		-1,334	1,161	0,338	0,926	0,906	2,094	0,960
p=		0,184	0,248	0,736	0,356	0,367	**0,038**	0,339

Katılımcıların ana öğün ve ara öğün sayılarına göre SYBD ölçeği incelendiğinde ise; ana öğün sayısı 3 olanların fiziksel aktivite puanları ana öğün sayısı 2 olanların fiziksel aktivite puanlarından düşük bulunmuştur. Ara öğün sayısına bakıldığında ise 1 ara öğün tükettiğini belirten katılımcıların fiziksel aktivite puanlarının 2 ara öğün yapan ve hiç ara öğün yapmayanların fiziksel aktivite ve SYBD toplam puanlarından yüksek olduğu görülmüştür. Hastaların beslenme puanları fast-food tüketim sıklığına göre değerlendirildiğinde fast-food tüketim sıklığı arttıkça alınan beslenme puanlarının düştüğü gözlenmiştir.

Araştırmaya katılan hastaların uyku süresi ve sabahları dinlenmiş uyanma durumuna göre SYBD incelendiğinde sırasıyla; stres yönetimi puanları uyku süresine göre anlamlı farklılık göstermektedir. Farkın nedeni 6-8 saat uyuyanların stres yönetimi puanlarının 4-6 saat uyuyanların stres yönetimi puanlarından yüksek olmasıdır. Sabahları dinlenmiş uyananların stres yönetimi puanları (19,63), sabahları dinlenmiş uyanmayanların stres yönetimi puanlarından (18,16) yüksek bulunmuştur. Hastaların sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler ve SYBD davranışları toplam puanları uyku süresi ve sabahları dinlenmiş uyanma durumuna göre anlamlı farklılık göstermemektedir.

4.4.Hastaların SF-36 Ölçeği Yaşam Kalitesi Puanları ve Alınan Puanların Hastaların Tanımlayıcı Özellikleri ile Karşılaştırılması

Tablo 4.4.1: Hastaların SF-36 Ölçeği'ne göre Yaşam Kalitesi Alt Boyut Puanları

SF-36 Ölçeği Alt Boyutları	n	Ort	Ss	Min.	Maks.
Fiziksel Fonksiyonellik (FF)	140	77,82	19,72	5,000	100,000
Fiziksel Rol Kısıtlılık (FRK)	140	30,54	39,90	0,000	100,000
Bedensel Ağrı (BA)	140	35,58	17,99	0,000	90,000
Genel Sağlık Algısı (GS)	140	49,08	18,75	15,000	100,000
Canlılık (C)	140	42,43	15,63	10,000	95,000
Sosyal Fonksiyonellik SF	140	55,09	23,09	0,000	100,000
Emosyonel Rol Kısıtlılık (ERK)	140	41,67	38,59	0,000	100,000
Mental Sağlık (MS)	140	57,86	15,03	20,000	92,000
Fiziksel Sağlık Bileşenleri	140	48,25	17,40	10,500	91,000
Mental Sağlık Bileşenleri	140	49,26	16,08	20,380	89,500

Hastaların SF-36'ya göre yaşam kalitesi puanları Tablo 4.4.1'de paylaşılmıştır. Yaşam kalitesi alt boyutlarında kişilerin bedensel ağrı skoru 35,58±17,99, canlılık ortalaması 42,430±15,634, emosyonel rol kısıtlılık ortalaması 41,67±38,59 olup fiziksel fonksiyonellik ve sosyal fonksiyonellik puan ortalaması sırasıyla 77,82±19,72 ve 55,09±23,09'dur. Katılımcıların fiziksel sağlık bileşenleri puan ortalaması 48,25±17,40, mental sağlık bileşenleri puan ortalaması 49,26±16,08 olarak saptanmıştır.

Tablo 4.4.2: SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Sosyodemografik Özelliklere Göre Değerlendirilmesi

Sosyodemografik Özellikler	n	FF	FRK	BA	GS	C	SF	ERK	MS
Yaşı		**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**
30'un altı	33	83,94±20,68	28,03±42,74	35,55±15,05	47,97±19,45	39,85±16,98	56,82±25,60	43,43±42,07	59,64±16,01
31-40	44	80,00±19,02	30,68±36,91	37,20±20,26	50,43±21,07	45,91±14,36	52,56±22,49	40,91±34,37	59,27±14,31
41-50	40	77,87±18,43	33,12±42,89	32,88±18,21	47,90±17,40	41,00±16,06	54,38±21,84	39,17±38,41	55,20±15,16
50 Üstü	23	64,78±16,82	29,35±38,18	37,22±17,47	50,13±16,03	41,96±15,06	58,70±23,37	44,93±43,36	57,22±14,99
F=		4,984	0,104	0,479	0,188	1,148	0,433	0,137	0,710
p=		**0,003**	0,957	0,697	0,904	0,332	0,730	0,938	0,547
PostHoc=		1>4, 2>4, 3>4 (p<0.05)							
Cinsiyeti		**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**
Kadın	123	77,72±19,10	29,67±39,12	34,57±17,16	48,97±18,67	42,07±15,73	53,76±22,29	40,38±37,99	57,89±15,31
Erkek	17	78,53±24,42	36,76±46,03	42,88±22,41	49,88±19,84	45,00±15,10	64,71±26,97	50,98±42,68	57,65±13,27
t=		-0,157	-0,685	-1,800	-0,188	-0,722	-1,849	-1,062	0,061
p=		0,875	0,494	0,074	0,851	0,471	0,067	0,290	0,951

Tablo 4.4.2 (devam): SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Sosyodemografik Özelliklere Göre Değerlendirilmesi

Sosyodemografik Özellikler	n	FF	FRK	BA	GS	C	SF	ERK	MS
Eğitim durumu		**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**
≤Ortaokul	46	72,50±18,94	30,43±40,11	33,17±15,68	47,65±16,98	40,76±15,42	54,08±22,52	42,03±41,24	56,52±15,24
Lise	35	75,71±20,73	27,14±37,07	36,23±18,63	48,74±21,77	42,14±18,88	54,64±20,13	41,90±35,56	56,23±16,52
Üniversite	59	83,22±18,63	32,63±41,85	37,07±19,36	50,39±18,37	43,90±13,71	56,14±25,36	41,24±38,82	59,86±13,94
F=		4,278	0,205	0,632	0,280	0,525	0,111	0,006	0,912
p=		**0,016**	0,815	0,533	0,756	0,593	0,895	0,994	0,404
PostHoc=		3>1 (p<0.05)							
Medeni durum		**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**
Evli	95	74,05±19,01	30,26±39,26	35,97±19,11	48,20±18,80	42,11±15,69	53,55±22,08	42,11±39,26	58,06±15,01
Bekar	45	85,78±19,01	31,11±41,68	34,76±15,54	50,93±18,71	43,11±15,68	58,33±25,00	40,74±37,53	57,42±15,24
t=		-3,409	-0,117	0,371	-0,805	-0,354	-1,146	0,195	0,235
p=		**0,001**	0,907	0,711	0,422	0,724	0,254	0,846	0,815
Çocuk		**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**
1-2 çocuk	71	78,38±17,88	28,17±37,78	36,35±18,70	49,27±18,50	42,25±14,44	53,87±20,33	43,66±39,28	59,32±15,09
≥3 Çocuk	23	67,39±19,42	34,78±41,79	30,61±15,57	44,48±16,43	38,91±17,51	51,63±21,42	34,78±36,90	51,65±13,75
Yok	46	82,17±21,07	32,07±42,71	36,87±17,95	51,09±20,16	44,46±16,44	58,70±27,50	42,03±38,77	58,70±15,09
F=		4,591	0,286	1,062	0,960	0,973	0,917	0,459	2,418
p=		**0,012**	0,752	0,349	0,386	0,381	0,402	0,633	0,093
PostHoc=		1>2, 3>2 (p<0.05)							
Çalışma durumu		**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**
Çalışıyor	77	83,25±17,67	33,12±40,65	36,19±20,29	51,49±19,28	45,84±14,31	57,47±23,93	43,72±36,38	60,73±14,35
Çalışmıyor	19	73,16±24,79	27,63±39,87	34,16±15,76	48,42±19,14	37,37±19,53	61,18±23,16	50,88±44,95	51,16±16,31
Ev hanımı	44	70,34±18,12	27,27±39,18	35,11±14,61	45,14±17,30	38,64±14,88	48,30±20,28	34,09±39,04	55,73±14,70
F=		7,200	0,355	0,118	1,638	4,325	3,067	1,510	3,888
p=		**0,001**	0,702	0,889	0,198	**0,015**	**0,050**	0,225	**0,023**
PostHoc=		1>2, 1>3 (p<0.05)				1>2, 1>3 (p<0.05)	1>3, 2>3 (p<0.05)		1>2 (p<0.05)
Sosyal güvence		**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**
Evet	138	77,83±19,68	30,25±39,68	35,26±17,82	49,09±18,83	42,61±15,66	54,98±23,18	41,79±38,64	57,88±15,13
Hayır	2	77,50±31,82	50,00±70,71	57,50±23,34	48,50±16,26	30,00±7,07	62,50±17,68	33,33±47,14	56,00±5,66
t=		0,023	-0,694	-1,748	0,044	1,134	-0,456	0,307	0,175
p=		0,982	0,489	0,083	0,965	0,259	0,649	0,760	0,861
Gelir durumu		**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**
Gelir gidere göre az	39	71,67±19,95	23,72±34,39	36,46±19,56	47,69±17,81	39,74±13,62	50,32±20,17	40,17±36,82	54,87±14,62
Gelir gidere eşit	86	78,55±19,60	31,98±41,24	34,53±16,79	49,24±19,19	43,02±17,26	56,54±23,62	43,80±40,02	58,84±15,57
Gelir gidere göre fazla	15	89,67±13,819	40,00±45,119	39,27±21,01	51,73±19,49	46,00±8,90	59,17±26,50	33,33±35,64	60,00±12,47
F=		4,927	1,048	0,503	0,258	1,029	1,241	0,507	1,106
p=		**0,009**	0,353	0,606	0,773	0,360	0,292	0,604	0,334
PostHoc=		3>1, 3>2 (p<0.05)							
Kiminle yaşanıldığı		**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**
Evde yalnız	11	82,73±16,79	36,36±43,82	41,73±20,62	60,36±21,18	50,91±9,95	70,45±26,39	42,42±30,15	60,00±14,20
Eş	14	71,43±19,85	32,14±42,10	38,07±21,38	49,07±18,97	43,93±14,30	63,39±27,94	40,48±43,71	57,14±9,60
Eş ve çocuklar	80	74,69±18,83	29,37±38,93	34,60±18,25	47,48±18,54	41,62±15,77	51,72±20,36	41,25±38,34	58,20±15,64
Ebeveyn ile	35	86,00±20,39	30,71±41,61	34,89±15,25	49,20±17,92	41,00±16,93	54,64±24,08	42,86±40,88	56,69±16,04
F=		3,587	0,106	0,609	1,542	1,298	2,919	0,020	0,167
p=		**0,015**	0,956	0,610	0,206	0,278	**0,036**	0,996	0,919
PostHoc=		4>2, 4>3 (p<0.05)					1>3, 1>4 (p<0.05)		

Tablo 4.4.2'de nüfus özelliklerine göre SF-36 ölçek ortalama puan dağılımları yer almaktadır. Hastaların cinsiyetine göre yaşam kalitesi incelendiğinde alt boyut puanlarında anlamlı farklılık görülmemiştir. Yaşa göre yaşam kalitesi incelendiğinde hastaların fiziksel fonksiyonellik puanları anlamlı farklılık göstermektedir. Katılımcıların yaşı arttıkça fiziksel fonksiyonellik puanlarının azaldığı görülmektedir. Medeni durum ve yaşam kalitesi ölçeğine ilişkin alt grupların bulguları incelendiğinde fiziksel fonksiyonellik puanları evlilerin (74,05), bekarlara (85,78) göre daha düşük puan aldığı bulunmuştur.

Tablo 4.4.2'de çalışma durumlarına göre yaşam kalitesi ölçeği alt boyut puan ortalamaları değerlendirildiğinde çalışan katılımcıların fiziksel fonksiyonellik ve canlılık puanlarının ev hanımı ve çalışmayanlara göre daha yüksek olduğu görüldü. Çalışan katılımcıların sosyal fonksiyonellik puanları ev hanımlarından daha yüksek saptandı. Çalışma durumuna göre mental sağlık puanı incelendiğinde ise çalışan katılımcıların çalışmayanlara göre daha yüksek puan aldığı görüldü. Hastaların birlikte yaşanılan kişi durumuna göre fiziksel fonksiyonellik ve sosyal fonksiyonellik puanları anlamlılık göstermektedir.

Tablo 4.4.3. Katılımcıların SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyut Puanlarının ile Klinik Özelliklere Göre Değerlendirlmesi

Klinik Özellikler	**n**	**FF**	**FRK**	**BA**	**GS**	**C**	**SF**	**ERK**	**MS**
Migren tanısı süresi		**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**
5 yıl ve altında	49	74,08±23,50	27,04±41,72	38,88±18,99	48,22±18,26	44,90±16,38	57,65±26,00	42,18±38,95	57,63±15,23
6-10 yıl	42	81,07±16,10	35,12±37,06	33,76±17,27	47,81±18,12	43,45±15,0	54,76±21,73	43,65±35,68	59,43±16,57
11-15 yıl	17	83,82±12,32	23,53±34,77	30,82±11,86	51,76±20,38	38,24±14,14	47,06±20,51	37,25±40,62	58,12±10,97
15 yıl üstünde	32	76,09±20,23	33,59±43,82	35,44±19,80	50,62±20,04	39,53±15,83	55,86±21,30	40,62±42,11	56,00±14,90
F=		1,595	0,542	1,090	0,283	1,248	0,900	0,119	0,316
p=		0,194	0,654	0,356	0,838	0,295	0,443	0,949	0,813

Tablo 4.4.3 (devam): Katılımcıların SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyut Puanlarının ile Klinik Özelliklere Göre Değerlendirilmesi

Klinik Özellikler	n	FF	FRK	BA	GS	C	SF	ERK	MS
Ailede migren		**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**
Var	79	78,54±17,83	30,70±40,62	35,49±18,11	49,96±18,52	42,78±14,50	55,22±23,90	40,08±39,36	58,78±13,91
Yok	61	76,89±22,05	30,33±39,29	35,69±17,99	47,93±19,13	41,970±17,1	54,92±22,16	43,72±37,78	56,66±16,41
t=		0,492	0,054	-0,063	0,633	0,306	0,077	-0,551	0,830
p=		0,623	0,957	0,950	0,528	0,760	0,939	0,583	0,408
Baş ağrısı sıklığı		**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**
Her gün	28	68,39±21,30	17,86±33,23	29,54±16,05	41,75±15,70	32,86±14,30	46,87±21,42	35,71±39,47	52,00±15,28
Haftada 4-6 gün	27	73,33±21,39	25,93±41,88	28,74±16,22	44,74±20,09	41,30±17,63	45,37±23,04	33,33±43,36	56,44±17,90
Haftada 1-3 gün	69	80,87±17,64	32,61±38,66	37,09±15,32	49,67±17,07	44,06±13,24	57,97±20,78	45,89±35,29	59,30±13,56
2 haftda 1 veya ↓	16	88,75±14,60	51,56±46,07	51,19±24,36	66,69±18,04	54,06±15,30	73,44±23,22	47,92±42,11	64,250±12,8
F=		5,223	2,701	7,434	7,579	7,729	7,409	1,059	2,777
p=		**0,002**	**0,048**	**0,001**	**0,001**	**0,001**	**0,001**	0,369	**0,044**
PostHoc=		3>1, 4>1, 4>2	4>1, 4>2	3>1, 4>1, 3>2, 4>2, 4>3	3>1, 4>1, 4>2, 4>3	2>1, 3>1, 4>1, 4>2, 4>3	3>1, 4>1, 3>2, 4>2, 4>3		3>1, 4>1
Baş ağrısı süresi		**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**
1-4 st	21	81,90±18,34	30,95±38,65	36,43±21,98	49,24±16,27	42,38±15,38	57,14±24,55	33,33±34,96	55,62±17,29
4-12 st	55	79,09±17,82	33,18±41,68	40,31±17,94	53,69±19,90	44,73±16,71	60,23±21,529	46,67±37,73	58,91±15,02
12-24 st	22	79,77±17,22	25,00±39,34	35,95±16,52	48,32±21,21	49,32±17,06	55,11±21,36	50,00±39,51	62,18±14,95
24 st üstünde	42	73,10±23,43	29,76±39,52	28,76±14,85	43,36±15,74	35,83±10,93	47,32±23,835	34,92±40,29	55,33±13,71
F=		1,259	0,224	3,471	2,505	4,652	2,641	1,417	1,254
p=		0,291	0,880	**0,018**	0,062	**0,004**	0,052	0,241	0,293
PostHoc=				2>4		2>4, 3>4			
Ek hastalık		**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**
Var	71	75,07±19,72	23,94±34,96	36,04±17,11	46,59±18,71	40,70±15,48	54,40±21,03	39,91±38,06	55,77±16,82
Yok	69	80,65±19,46	37,32±43,64	35,10±18,97	51,64±18,57	44,20±15,71	55,80±25,15	43,48±39,32	60,00±12,71
t=		-1,685	-2,004	0,308	-1,601	-1,327	-0,357	-0,546	-1,674
p=		0,094	**0,048**	0,758	0,112	0,187	0,722	0,586	0,095
Varsa hastalığa ilişkin ilaç kullanımı		**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**
Var	50	74,20±20,09	18,00±29,47	33,62±14,66	45,78±18,20	39,40±13,87	51,00±20,02	34,67±36,24	57,20±15,32
Yok	90	79,83±19,34	37,50±43,26	36,67±19,60	50,91±18,89	44,11±16,36	57,36±24,42	45,56±39,49	58,22±14,94
t=		-1,629	-2,840	-0,960	-1,560	-1,720	-1,571	-1,609	-0,384
p=		0,106	**0,002**	0,300	0,121	0,088	0,099	0,102	0,701
Baş ağrısının niteliği		**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**
Ataklar halinde	105	79,81±18,32	34,05±41,04	39,21±18,49	51,06±19,16	44,81±15,73	56,90±22,27	45,71±38,47	58,21±15,07
Sürekli ama zaman zaman şiddetlenen	35	71,86±22,69	20,00±34,73	24,69±10,73	43,14±16,29	35,29±13,11	49,64±24,91	29,52±36,85	56,80±15,09
t=		2,091	1,819	4,400	2,192	3,225	1,622	2,179	0,479
p=		**0,038**	0,052	**0,001**	**0,030**	**0,002**	0,107	**0,031**	0,633
Menopoza girme		**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**
Evet	28	66,07±17,23	25,00±36,00	35,93±18,71	49,25±16,53	42,86±15,48	58,04±20,47	44,05±39,60	56,86±15,56
Hayır	95	81,16±18,33	31,05±40,07	34,17±16,76	48,88±19,34	41,84±15,88	52,50±22,74	39,30±37,66	58,19±15,30
t=		-3,879	-0,718	0,475	0,091	0,299	1,157	0,580	-0,403
p=		**0,000**	0,474	0,635	0,928	0,766	0,250	0,563	0,687

Tablo 4.4.3 (devam): Katılımcıların SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyut Puanlarının ile Klinik Özelliklere Göre Değerlendirlmesi

Klinik Özellikler	n	FF	FRK	BA	GS	C	SF	ERK	MS
Baş ağrısının adetle ilişkisi		**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**
Var	78	81,28±17,88	29,49±40,04	35,95±17,20	48,55±20,04	43,14±16,24	54,97±23,26	38,03±37,50	60,10±14,71
Yok	45	71,56±19,77	30,00±37,91	32,18±17,05	49,69±16,22	40,22±14,81	51,67±20,57	44,44±38,93	54,04±15,72
t=		2,795	-0,070	1,176	-0,324	0,991	0,790	-0,901	2,145
p=		**0,006**	0,945	0,242	0,732	0,324	0,431	0,370	**0,034**
Baş ağrısı için ilaç kullanımı		**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**
Evet	129	77,87±19,80	32,36±40,55	35,85±18,56	49,11±18,71	43,02±15,47	55,81±23,65	42,38±38,58	57,89±14,69
Hayır	11	77,27±19,67	9,09±23,11	32,36±8,97	48,73±20,06	35,45±16,65	46,59±12,61	33,33±39,44	57,45±19,45
t=		0,096	1,874	0,616	0,065	1,549	1,275	0,745	0,092
p=		0,924	**0,009**	0,539	0,949	0,124	**0,049**	0,458	0,927
İlacın ağrıyı geçirmesi		**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**
Geçmiyor	19	76,84±24,51	27,63±38,09	30,16±19,09	46,05±21,73	40,53±12,01	50,00±19,54	29,82±34,95	54,11±12,32
Geçiyor	110	78,05±19,00	33,18±41,07	36,84±18,37	49,64±18,20	43,45±16,0	56,82±24,22	44,55±38,91	58,55±15,01
t=		-0,244	-0,549	-1,455	-0,770	-0,761	-1,162	-1,544	-1,219
p=		0,808	0,584	0,148	0,443	0,448	0,247	0,125	0,225
İlaç ile ağrının geçme süresi		**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**
30 dk altında	31	78,71±18,80	28,23±40,69	37,32±18,91	49,71±19,69	41,61±13,63	57,66±18,45	40,86±35,18	57,55±14,63
31-60 dk	43	76,86±20,56	38,95±43,41	38,81±18,78	49,72±16,66	41,86±16,07	55,52±27,05	46,51±42,50	59,07±15,44
1 saat üzeri	36	78,89±17,65	30,56±38,78	34,06±17,57	49,47±19,14	46,94±17,58	57,64±25,58	45,37±38,34	58,78±15,20
F=		0,136	0,720	0,668	0,002	1,283	0,099	0,199	0,097
p=		0,873	0,489	0,515	0,998	0,282	0,906	0,820	0,907
Baş ağrısı için kullanılan ilaç grubu		**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**
Migrene özgü ilaç	28	77,68±23,67	22,32±33,57	28,36±16,46	48,61±22,72	43,57±16,32	45,54±21,30	30,95±32,62	55,86±14,22
Non-spesifik ilaç	101	77,92±18,73	35,15±42,01	37,93±18,64	49,25±17,57	42,87±15,30	58,66±23,57	45,54±39,64	58,46±14,84
t=		-0,057	-1,488	-2,463	-0,160	0,211	-2,660	-1,786	-0,827
p=		0,955	0,097	**0,015**	0,891	0,833	**0,009**	0,051	0,410
Baş ağrısı için kullanılan ilaç miktarı		**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**
Haftada 1-3 adet	57	79,39±19,09	37,72±41,76	36,89±17,18	47,46±16,94	41,58±15,56	51,75±21,578	45,03±42,02	59,02±15,18
Haftada 4-7 adet	13	72,69±19,75	9,62±28,02	24,54±7,58	43,77±21,50	35,00±16,46	49,04±24,19	23,08±36,98	52,92±17,14
Günde 2-4 adet	8	70,00±19,27	21,88±36,44	24,50±18,78	48,00±17,95	43,75±21,17	54,69±24,03	29,17±33,03	53,50±15,70
Düzensiz,değişken	51	78,73±20,73	33,82±41,18	39,35±20,50	52,49±19,91	46,57±13,47	62,25±24,81	46,41±34,69	58,59±13,33
F=		0,858	1,937	3,463	1,067	2,299	2,247	1,699	0,882
p=		0,465	0,127	**0,018**	0,366	0,081	0,086	0,171	0,453
PostHoc=				1>2, 4>2, 4>3					
Baş ağrısı ilaçları kullanım süresi		**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**
12 ay altı	26	74,23±19,48	28,85±41,65	31,65±19,11	46,27±15,41	43,46±13,40	52,40±24,50	41,03±35,66	52,62±12,73
12-24 ay	23	76,30±18,66	27,17±39,10	38,09±14,93	51,04±17,88	39,35±12,18	56,52±23,19	42,03±32,13	55,13±12,47
2 yıldan fazla	80	79,50±20,26	35,00±40,88	36,57±19,30	49,47±19,98	43,94±16,87	56,72±23,70	42,92±41,49	60,40±15,40
F=		0,779	0,451	0,891	0,434	0,797	0,336	0,024	3,370
p=		0,461	0,638	0,413	0,649	0,453	0,715	0,976	**0,038**
PostHoc=									3>1

F: Anova Testi; t: Bağımsız Gruplar T-Testi;
PostHoc: Tukey, LSD

Tablo 4.4.3'de hastaların migren hastalığı tanı alma süresi ile ailede migren öyküsüne göre yaşam kalitesine ilişkin bulgular incelendiğinde, fiziksel fonksiyonellik, fiziksel rol kısıtlılık, bedensel ağrı, genel sağlık algısı, canlılık, sosyal fonksiyonellik, emosyonel rol kısıtlılığı, mental sağlık puanları ailede migren öyküsü olmasına göre anlamlı farklılık göstermemektedir.

Baş ağrısı sıklığının yaşam kalitesi üzerindeki etkisine bakıldığında; fiziksel fonksiyonellik, fiziksel rol kısıtlılık, bedensel ağrı, genel sağlık algısı, canlılık ve mental sağlık puanlarında baş ağrısı sıklığını daha az yaşadığını belirten katılımcıların ölçeğin alt boyutlarından aldığı puanların daha yüksek olduğu saptanmıştır. Baş ağrısı süresinin yaşam kalitesine olan etkisine bakıldığında hastaların bedensel ağrı ve canlılık puanlarının baş ağrısı süresine göre anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır.

Yapılan istatistiksel analizde migreni olan bireylerin baş ağrısı özelliğinin yaşam kalitesine olan etkisi incelendiğinde, migren baş ağrısı ataklar halinde olan bireylerin, fiziksel fonksiyonellik, bedensel ağrı, genel sağlık algısı, canlılık ve emosyonel rol kısıtlılık puanları baş ağrısı sürekli ama zaman zaman şiddetlenen bireylerin puanlarından daha yüksek bulunmuştur. Hastaların fiziksel rol kısıtlılık, sosyal fonksiyonellik, mental sağlık puanları baş ağrısının özelliğine göre anlamlı farklılık göstermediği görülmüştür. Baş ağrısı ile ilgili ilaç almanın yaşam kalitesi üzerine etkisine bakıldığında ilaç alanların fiziksel rol kısıtlılık ve sosyal fonksiyonellik puanlarının ilaç almayanlara göre daha yüksek bulunduğu saptanmıştır. Çalışmaya katılan bireylerin ilacın ağrıyı geçirmesi ve ilaç ile ağrının geçme süresine göre yaşam kalitesinin alt boyutlarına etkisi incelendiğinde anlamlı farklılık görülmemektedir. İlaçların kullanım süresi değişkeninin yaşam kalitesine etkisi incelendiğinde hastaların mental sağlık puanları baş ağrısı ilaçları kullanım süresine göre anlamlı farklılık göstermektedir .Farkın nedeni baş ağrısı ilaçları kullanım süresi 2 yıldan fazla olanların mental sağlık puanlarının baş ağrısı ilaçları kullanım süresi 12 ay altı olanların mental sağlık puanlarından yüksek olmasıdır. Araştırmaya katılan migrenli kadınlarda menopoza girenlerin fiziksel fonksiyonellik puanları menopoza girmeyenlerin fiziksel fonksiyonellik puanlarından düşük bulunmuştur. Baş ağrısının adetle ilişkisinin yaşam kalitesi üzerine etkisine bakıldığında, baş ağrısının adetle ilişkisi olduğunu düşünenlerin fiziksel fonksiyonel, mental sağlık puanları baş ağrısının adetle ilişkisi olduğunu düşünmeyenlerin puanlarından yüksek bulunmuştur.

Tablo 4.4.4: SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçek Alt Boyut Puanlarının ile Yaşam Şekli Özelliklerine Göre Değerlendirilmesi

	n	FF	FRK	BA	GS	C	SF	ERK	MS
Sigara kullanımı		**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**
Hiç içmemiş	89	80,11±18,31	29,49±39,99	37,48±18,25	49,75±19,10	43,71±15,37	56,88±24,06	43,07±41,20	57,57±14,85
Bırakmış	19	64,47±25,71	23,68±36,77	31,00±16,20	48,58±20,85	40,00±18,18	50,00±20,41	42,11±36,59	52,63±14,32
Evet	32	79,38±16,79	37,50±41,64	33,00±18,00	47,50±16,88	40,31±14,86	53,12±21,77	37,50±32,52	61,75±15,34
F=		5,369	0,795	1,452	0,176	0,818	0,845	0,244	2,278
p=		**0,006**	0,453	0,238	0,839	0,443	0,432	0,784	0,106
Alkol kullanımı		**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**
Hayır	105	75,48±20,05	26,19±37,72	34,37±15,98	46,38±17,99	40,19±15,00	52,62±23,37	39,68±38,70	57,14±15,80
Evet	35	84,86±17,09	43,57±43,87	39,20±22,90	57,17±18,88	49,14±15,79	62,50±20,78	47,62±38,17	60,00±12,39
t=		-2,482	-2,265	-1,379	-3,035	-3,018	-2,225	-1,054	-0,974
p=		**0,014**	**0,041**	0,253	**0,003**	**0,003**	**0,028**	0,294	0,275
Ana öğün sayısı		**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**
3 öğün	74	76,69±20,02	28,38±39,76	34,22±19,09	45,74±19,60	41,28±15,57	51,01±22,45	40,99±38,84	58,38±15,51
2 öğün	66	79,09±19,45	32,95±40,23	37,11±16,69	52,82±17,12	43,71±15,72	59,66±23,08	42,42±38,58	57,27±14,57
t=		-0,718	-0,676	-0,948	-2,262	-0,917	-2,245	-0,219	0,433
p=		0,474	0,500	0,345	**0,025**	0,361	**0,026**	0,827	0,666
Ara öğün sayısı		**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**
1 ara öğün	32	83,28±17,16	29,69±36,72	35,22±16,03	51,97±16,27	42,50±11,36	56,25±24,18	35,42±35,86	54,38±12,06
2 ara öğün	68	79,34±18,22	31,62±41,12	35,01±16,77	48,88±19,52	41,91±15,55	56,07±23,01	43,63±40,42	59,94±15,66
Ara öğün yemiyor	40	70,87±22,44	29,38±41,172	36,83±21,55	47,10±19,40	43,25±18,76	52,50±22,68	43,33±37,89	57,10±15,82
F=		4,082	0,048	0,134	0,603	0,091	0,350	0,541	1,576
p=		**0,019**	0,953	0,875	0,548	0,913	0,705	0,583	0,211
PostHoc=		1>3, 2>3							
Fast-food tüketim sıklığı		**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**
Ayda 1-3 kez	93	77,20±19,20	29,84±39,57	34,03±17,93	48,74±19,66	42,63±15,92	52,15±22,99	43,73±39,00	57,12±15,28
Haftada 1-5 kez	23	80,22±22,94	31,52±42,79	35,04±18,68	44,61±14,65	40,22±17,48	63,04±25,42	31,88±36,90	60,35±16,18
Hiç	24	77,92±19,11	32,29±40,03	42,08±16,84	54,67±17,88	43,75±12,79	58,85±19,32	43,06±38,67	58,33±13,13
F=		0,213	0,044	1,948	1,754	0,321	2,492	0,886	0,437
p=		0,808	0,957	0,146	0,177	0,726	0,086	0,415	0,647
Kahve tüketimi		**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**
Hayır	49	73,98±22,36	30,61±42,16	37,06±18,04	49,33±18,71	40,10±17,18	55,36±23,52	40,14±42,48	57,96±15,79
Evet	91	79,89±17,94	30,49±38,87	34,78±18,03	48,95±18,87	43,68±14,68	54,95±22,96	42,49±36,54	57,80±14,69
t=		-1,703	0,017	0,714	0,114	-1,295	0,100	-0,343	0,059
p=		0,115	0,987	0,476	0,909	0,197	0,920	0,744	0,953
Uyku süresi		**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**
4-6 saat	28	71,43±18,75	32,14±39,00	32,68±14,82	40,64±13,45	38,39±12,84	51,79±20,05	50,00±36,85	53,43±14,82
6-8 saat	91	80,16±19,44	31,87±40,50	36,07±19,38	52,92±19,36	43,96±16,25	55,49±23,81	41,39±38,92	59,56±14,82
8-10 saat	21	76,19±21,03	22,62±39,45	37,33±15,72	43,67±17,73	41,19±15,88	57,74±24,20	31,75±38,70	56,38±15,59
F=		2,224	0,483	0,493	6,031	1,442	0,436	1,356	1,926
p=		0,112	0,618	0,612	**0,003**	0,240	0,648	0,261	0,150
PostHoc=					2>1, 2>3				
Uyku sorunu		**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**
Var	66	73,94±19,09	27,65±40,70	33,18±18,76	44,85±17,15	37,88±14,67	52,08±24,28	40,40±39,01	55,09±15,98
Yok	74	81,28±19,76	33,11±39,28	37,72±17,13	52,85±19,41	46,49±15,43	57,77±21,77	42,79±38,43	60,32±13,77
t=		-2,231	-0,807	-1,495	-2,572	-3,371	-1,461	-0,365	-2,081
p=		**0,027**	0,421	0,137	**0,011**	**0,001**	0,146	0,716	**0,039**
Sabahları dinlenmiş uyanma		**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**
Evet	43	81,86±18,42	36,63±39,09	37,63±15,61	53,56±20,97	49,07±15,71	56,69±22,39	45,74±38,51	60,47±14,69
Hayır	97	76,03±20,10	27,84±40,16	34,67±18,96	47,09±17,42	39,48±14,75	54,38±23,46	39,86±38,62	56,70±15,11
t=		1,623	1,205	0,897	1,900	3,477	0,544	0,830	1,371
p=		0,107	0,230	0,371	0,060	**0,001**	0,588	0,408	0,173

Tablo 4.4.4'te yaşam şekli özelliklerine göre SF-36 ölçek puan ortalamalarının dağılımları gösterilmiştir.

Migrenli bireylerin sigara-alkol alışkanlıklarının yaşam kalitesine olan etkisine baktığımızda sırasıyla; sigara hiç kullanmayan bireylerin fiziksel fonksiyonellik puanlarının bırakanlardan yüksek olduğu görülmektedir. Alkol kullanmayanların ise fiziksel fonksiyonellik, fiziksel rol kısıtlılık, genel sağlık algısı, canlılık, sosyal fonksiyonellik puanları alkol kullanan bireylerin puanlarına göre daha düşük olduğu saptanmıştır.

Katılımcıların ana öğün sayılarına göre yaşam kalitesi etkisi incelendiğinde ise; ana öğün sayısı 3 olanların genel sağlık algısı ve sosyal fonksiyonellik puanları ana öğün sayısı 2 öğün olanların genel sağlık algısı ve sosyal fonksiyonellik puanlarından düşük bulunmuştur. Katılımcıların fast-food tüketim sıklığı ve kahve tüketiminin yaşam kalitesi etkisine bakıldığında ise benzer şekilde fiziksel fonksiyonellik, fiziksel rol kısıtlılık, bedensel ağrı, genel sağlık algısı, canlılık, sosyal fonksiyonellik, emosyonel rol kısıtlılığı ve mental sağlık puanları kahve tüketimine göre anlamlılık göstermemektedir.

Çalışmada uyku süresinin yaşam kalitesine olan etkisine bakıldığında 6-8 saat uyuyan katılımcıların genel sağlık algı puanlarının 4-6 saat uyuyanlara göre yüksek olduğu görülmüştür. Uyku sorunu varlığının bireylerin yaşam kalitesine olan etkisine bakıldığında ise uyku sorunu olanların fiziksel fonksiyonellik, genel sağlık algısı, canlılık ve mental sağlık puanlarının uyku sorunu olmayanlara göre daha düşük olduğu saptanmıştır. Hastaların fiziksel rol kısıtlılık bedensel ağrı, sosyal fonksiyonellik, emosyonel rol kısıtlılık puanları uyku sorunu varlığına göre anlamlı farklılık görülmemiştir. Sabahları dinlenmiş uyananların canlılık puanları ($\bar{X}$=49,070), sabahları dinlenmiş uyanmayanların canlılık puanlarından ($\bar{X}$=39,480) daha fazla olduğu görülmüştür. Hastaların fiziksel fonksiyonellik, fiziksel rol kısıtlılık, bedensel ağrı, genel sağlık algısı, sosyal fonksiyonellik, emosyonel rol kısıtlılık ve mental sağlık puanları sabahları dinlenmiş uyanma durumuna göre anlamlı farklılık göstermemektedir.

4.5. Hastaların SYBD Ölçeği II Puanlarının SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanları ile İlişkisinin Değerlendirilmesi

SYBD Ölçeği II ile yaşam kalitesi ölçeği arasındaki korelasyon analiz sonuçları Tablo 4.5.1'de incelenmiştir. Hastaların SYBD-II toplam puanı ile ölçeğin stres yönetimi, kişilerarası

ilişkiler, manevi gelişim, beslenme, fiziksel aktivite, sağlık sorumluluğu alt boyutları arasında pozitif yönlü anlamlılık görülmüştür.

SYBD-II ölçeğinin fiziksel aktivite alt boyutu ile ölçeğin sağlık sorumluluğu alt boyutları arasında ise düşük düzeyde pozitif yönde anlamlılık bulundu. SYBD-II ölçeğinin stres yönetimi alt boyutu ile ölçeğin beslenme alt boyutu arasında çok düşük, sağlık sorumluluğu ve fiziksel aktivite alt boyutları arasında ise düşük düzeyde anlamlı ilişki saptandı. SYBD-II ölçeğinin stres yönetimi alt boyutu ile ölçeğin manevi gelişim ve kişilerarası ilişkiler arasında alt boyutları arasında ise pozitif anlamlılık saptandı.

SYBD-II ölçeğinin kişilerarası ilişki alt boyutu ile ölçeğin, fiziksel aktivite ve beslenme alt boyutları arasında çok düşük, sağlık sorumluluğu ve manevi gelişim arasında pozitif anlamlı ilişki görüldü. SYBD-II ölçeğinin manevi gelişim alt boyutu ile ölçeğin beslenme alt boyutu arasında çok düşük düzeyde, fiziksel aktivite, sağlık sorumluluğu alt boyutları arasında düşük düzeyde pozitif yönlü anlamlılık görüldü.

SF-36 ölçeğinin mental sağlık alt boyutu ile ölçeğin fiziksel fonksiyonellik, genel sağlık algısı, canlılık ve sosyal fonksiyonellik alt boyutları arasında düşük düzeyde pozitif yönde anlamlı ilişki saptandı. SF-36 ölçeğinin emosyonel rol kısıtlılık alt boyutu ile ölçeğin genel sağlık algısı ve fiziksel fonksiyonellik alt boyutları arasında çok düşük düzeyde, bedensel ağrı ve sosyal fonksiyonellik alt boyutları arasında düşük düzeyde, fiziksel rol kısıtlılık alt boyutuna bakıldığında ise pozitif anlamlı ilişki saptandığı görüldü. SF-36 ölçeğinin canlılık alt boyutu ile ölçeğin genel sağlık algısı alt boyutu arasında pozitif yönde anlamlı ilişki saptandı. SF-36 ölçeğinin sosyal fonksiyonellik alt boyutu ile ölçeğin canlılık, genel sağlık algısı, fiziksel rol kısıtlılık ve fiziksel fonksiyonellik içerisinde düşük seviyede, bedensel ağrı alt boyutu arasında ise pozitif anlamlı ilişki saptandı.

SYBD-II toplam puanı ile SF-36 ölçeğinin mental sağlık ve fiziksel fonksiyonellik alt boyutları ile çok düşük, canlılık ve genel sağlık algısı alt boyutları ile düşük düzeyde pozitif yönde anlamlı ilişki belirlendi. SYBD-II ölçeğinin stres yönetimi alt boyutu ile SF-36 ölçeğinin fiziksel fonksiyonellik ve mental sağlık alt boyutları arasında çok düşük, genel sağlık algısı ve canlılık alt boyutları arasında ise düşük düzeyde anlamlı ilişki saptandı.

SYBD-II ölçeğinin kişilerarası ilişki alt boyutu ile SF- 36 ölçeğinin fiziksel fonksiyonellik, genel sağlık algısı, mental sağlık, alt boyutları arasında çok düşük düzeyde

pozitif anlamlı ilişki görüldü. SYBD-II ölçeğinin manevi gelişim alt boyutu ile SF- 36 ölçeğinin fiziksel fonksiyonellik alt boyutu arasında çok düşük düzeyde, mental sağlık, canlılık ve genel sağlık algısı alt boyutları arasında düşük düzeyde pozitif yönde anlamlı ilişki belirlendi.

SYBD-II ölçeğinin fiziksel aktivite alt boyutu ile SF- 36 ölçeğinin canlılık, genel sağlık algısı, fiziksel fonksiyonellik alt boyutları arasında ise düşük düzeyde pozitif yönde anlamlı ilişki saptandı. SYBD-II ölçeğinin sağlık sorumluluğu alt boyutu ile SF-36 ölçeğinin sosyal fonksiyonellik ve fiziksel rol kısıtlılık alt boyutları arasında çok düşük düzeyde, emosyonel rol kısıtlılık alt boyutu arasında düşük düzeyde negatif yönde anlamlı ilişki görüldü.

Katılımcıların SF-36 ölçeğinden almış oldukları 2 komponent puanlarının SYBD ölçeğinin alt boyutlarından almış oldukları puanlar arasındaki korelasyon analizleri incelendiğinde; fiziksel sağlık bileşeni ile fiziksel aktivite, manevi gelişim ve stre yönetimi alt boyutları arasında ise düşük düzeyde ancak pozitif anlamlı ilişki saptandı. Mental sağlık bileşenleri ile fiziksel aktivite ve manevi gelişim alt boyutları arasında düşük düzeyde pozitif anlamlı ilişki saptandı.

Tablo 4.5.1. Hastaların SYBD II Ölçek Puanlarının SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçek Puanları İle Korelasyonu

		Fiziksel Fonksiyonellik	Fiziksel Rol Kısıtlılık	Bedensel Ağrı	Genel Sağlık Algısı	Canlılık	Sosyal Fonksiyonellik	Emosyonel Rol Kısıtlılık	Mental Sağlık	Fiziksel Sağlık Bileşeni	Mental Sağlık Bileşeni	Sağlık Sorumluluğu	Fiziksel Aktivite	Beslenme	Manevi Gelişim	Kişilerarası İlişkiler	Stres Yönetimi
Fiziksel Fonksiyonellik	r	1,000															
	p	0,000															
Fiziksel Rol Kısıtlılık	r	0,292**	1,000														
	p	0,000	0,000														
Bedensel Ağrı	r	0,232**	0,430**	1,000													
	p	0,006	0,000	0,000													
Genel Sağlık Algısı	r	0,368**	0,330**	0,266**	1,000												
	p	0,000	0,000	0,002	0,000												
Canlılık	r	0,290**	0,157	0,227**	0,505**	1,000											
	p	0,001	0,064	0,007	0,000	0,000											
Sosyal Fonksiyonellik	r	0,288**	0,492**	0,558**	0,492**	0,389**	1,000										
	p	0,001	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000										
Emosyonel Rol Kısıtlılık	r	0,171*	0,686**	0,373**	0,231**	0,161	0,410**	1,000									
	p	0,044	0,000	0,000	0,006	0,057	0,000	0,000									
Mental Sağlık	r	0,354**	0,160	0,152	0,296**	0,496**	0,256**	0,026	1,000								
	p	0,000	0,059	0,072	0,000	0,000	0,002	0,760	0,000								
Fiziksel Sağlık Bileşeni	r	0,610**	0,856**	0,643**	0,632**	0,367**	0,640**	0,601**	0,311**	1,000							
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000							
Mental Sağlık Bileşeni	r	0,359**	0,664**	0,515**	0,507**	0,595**	0,759**	0,792**	0,461**	0,752**	1,000						
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000						
Sağlık Sorumluluğu	r	0,062	-0,212*	-0,132	0,069	0,132	-0,214*	-0,266**	0,070	-0,120	-0,188*	1,000					
	p	0,467	0,012	0,119	0,420	0,121	0,011	0,001	0,415	0,158	0,026	0,000					
Fiziksel Aktivite	r	0,274**	0,127	-0,021	0,325**	0,361**	0,166*	0,075	0,037	0,232**	0,201*	0,263**	1,000				
	p	0,001	0,136	0,804	0,000	0,000	0,050	0,376	0,661	0,006	0,017	0,002	0,000				
Beslenme	r	-0,103	-0,127	-0,078	0,165	0,082	-0,067	-0,091	-0,106	-0,078	-0,084	0,242**	0,151	1,000			
	p	0,224	0,135	0,359	0,051	0,335	0,431	0,284	0,212	0,361	0,326	0,004	0,075	0,000			
Manevi Gelişim	r	0,229**	0,116	-0,149	0,315**	0,313**	0,137	-0,034	0,314**	0,178*	0,178*	0,311**	0,298**	0,233**	1,000		
	p	0,006	0,173	0,080	0,000	0,000	0,108	0,687	0,000	0,035	0,035	0,000	0,000	0,006	0,000		
Kişilerarası İlişkiler	r	0,208*	0,045	-0,135	0,170*	0,158	0,022	-0,115	0,238**	0,095	0,033	0,468**	0,242**	0,200*	0,660**	1,000	
	p	0,014	0,601	0,112	0,044	0,062	0,796	0,175	0,005	0,262	0,701	0,000	0,004	0,018	0,000	0,000	
Stres Yönetimi	r	0,232**	0,090	-0,122	0,374**	0,311**	0,141	-0,059	0,245**	0,186*	0,148	0,303**	0,440**	0,233**	0,633**	0,518**	1,000
	p	0,006	0,291	0,152	0,000	0,000	0,096	0,490	0,004	0,027	0,080	0,000	0,000	0,006	0,000	0,000	0,000
SYBD Toplam	r	0,230**	0,010	-0,152	0,351**	0,343**	0,047	-0,116	0,188*	0,126	0,074	0,652**	0,637**	0,493**	0,753**	0,748**	0,756**
	p	0,006	0,902	0,072	0,000	0,000	0,584	0,171	0,026	0,137	0,383	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000

5. TARTIŞMA

Bu çalışma migren hastalarının yaşam kalitesi ve SYBD değerlendirilmesi amaçlanarak gerçekleştirilmiştir. Bulgular literatür ışığında tartışılmıştır.

Migren kadın cinsiyette daha sık görülmektedir (Ertaş ve ark., 2012; Boylu ve ark., 2012). Migrenli bireyler ile gerçekleştirilen araştırmada kadın cinsiyet oranı %92 olarak bulunmuştur (Wells ve ark. 2021). Bizim araştırmamızda da literatür ile uyumlu olarak çoğunluğun kadın cinsiyet olduğunu görmekteyiz.

Küresel Hastalık Yükü araştırmasında migren hastalığının 30-39 yaşlarında görülme sıklığının fazla olduğu bulunmuştur (GBD 2016). Wells ve ark.'nın migren hastalarında yapmış oldukları çalışmada ortalama yaş 43.9 olarak verilmiştir (Wells ve ark. 2021). Örneklemi 19-71 yaş grubu migren hastalarınıdan oluşan bizim araştırmamızda ise yaş ortalaması 39,810 olarak saptanmıştır. Literatür sonuçlarına bakıldığında da benzerlik görülmüştür.

2012'de Ertaş ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada migrenin görülme sıklığı en çok eğitilmemiş grupta bulunmuştur. İlgili alan yazın incelendiğinde farklı sonuçlar da görülmektedir. Başka bir araştırmada migren tanısı olanların ve olmayanların eğitim düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık görülmediği saptanmıştır (Büyükyörük, 2017). Avusturya'da yapılmış başka bir çalışmada migrenli katılımcıların çoğunluğunun üniversite seviyesinde olduğu bulunmuştur (Garcia ve ark., 2016). Bizim çalışmamızda ise hastaların eğitim durumlarına bakıldığında çoğunluğunun (%42,1, n=59) üniversite mezunu, %25'inin lise mezunu olduğu ve %32,9'unun da ortaokul veya daha düşük eğitimli olduğu saptanmıştır. Tombul ve arkadaşları tarafından 2015 yılında yapılmış araştırmada hasta ve kontrol gruplarındaki katılımcıların yaş, cinsiyet, eğitim seviyesi, ekonomik durum gibi sosyal ve nüfusa ait özelliklerin kıyaslandığında anlamlı farklılık görülmemiştir.

Migren ağrısı şiddeti, süresi, sıklığı, eşlik eden belirtileri, tetikleyen faktörleri gibi hastalığa ilişkin klinik özellikleri, yaşam kalitesine etkisi, yoğun ilaç kullanımı ve ekonomik yükü ile toplum için incelenmesi önem arz eden bir konudur (Türkiye Migren Raporu 2021).

“Aile öyküsünün migren özelliklerine etkisi” konulu bir çalışmada hastalık süresi 10.81±10.51 (yıl) olarak tespit edilmiştir (Atalar ve ark. 2019). Migren tanısı olan bireylerle yapılmış başka bir araştırmada tanı süresi 11.37±9.9 (yıl) olarak saptanmıştır (Dönmezer, 2014). Çalışmamızda bu değer 10,130±7,478 (yıl) olarak bulunmuştur.

Migren ailesel yatkınlık gösterebilen bir hastalıktır (Silberstein, 2004). Yapmış olduğumuz çalışmanın sonuçlarında bakıldığında katılımcıların %56,4’ünün ailesinde migren tanısı almış bireyler olduğu görülmüştür. Başka bir çalışmada %53,9 oranında aile öyküsü bulunduğu rapor edilmiştir (Dzoljic E.i ve ark., 2014). Altay ve Çelenay’ın (2021) yaptığı araştırmada da katılanların %77.7’sinde ailede migren öyküsü mevcut olduğu görülmüştür.

Şafak ve ark. (2022) çalışmasında katılımcıların %88,0’ında ağrıyı tek taraflı, %96,7’si zonklayıcı karakterde tanımlamıştır. Atalar ve ark.’nın (2019) çalışmasında da katılımcıların %74’ünün zonklayıcı ağrı, %67’sinin de tek taraflı ağrı yaşadığı saptanmıştır. Bizim çalışmamızda ağrı hastaların **%**88,6’sında zonklayıcıdır. Birden fazla seçenek işaretleyebildikleri baş ağrısının başın hangi bölümünde daha yoğun hissedildiğine dair olan soruya katılımcıların %35,7’si ağrıyı başın tek yanına sınırlı, %32,1’i ağrıyı iki taraflı ama başın bir yanında daha belirgin, %42,9’u da ağrıyı şakakta daha yoğun hissettiği cevaplarını vermişlerdir.

Çalışmamızdaki migren hastalarının %49.3’ü haftada 1-3 gün, %20’si her gün, %19.3’ü haftada 4-6 gün, %11.4’ü ise 2 haftada bir ağrı yaşadıkları bulunmuştur. Ancak literatüre bakıldığında Üre’nin migren hastaları ile yapmış olduğu bir çalışmada katılımcıların en çok ayda 1-3 kez atak geçirdiğini ifade ederken sadece %2,9 hasta her gün atak geçirdiğini belirtmiştir. Altay, Çelenay (2021) ve Şafak ve ark. (2022) yapmış oldukları çalışmalara bakıldığında ortalama atak sayısı 4 olarak bulunmuştur. İlgili alan yazın incelendiğinde diğer bir araştırmada ayda ortalama atak sayısı 6 bulunmuştur (Ertaş ve ark., 2012).

Çalışmamıza katılan migren hastalarının ağrı şiddetine baktığımızda ortalama 7,620±2,037 olarak saptanmıştır. Literatüre bakıldığında migren hastalarıyla yapılmış bir çalışmada bireylerin son bir aydaki ortalama ağrı şiddeti 8 olarak tespit edilmiştir (Altay ve Çelenay, 2021). 2013 yılında yapılmış Şentürk’ün araştırmasında da şiddeti 5-7 puan olarak ifade edenlerin baskın olduğu görülmüştür.

Lipton ve ark.'nın (2001) Amerika'da gerçekleştirdikleri bir araştırmada, migreni olan bireylerde yoğunlukla fotofobi, fonofobi görülmüştür. Bunu bulantı ve kusma takip etmiştir.Türk toplumuna bakıldığında da benzer olarak en çok ışık ve ses hassasiyeti ve takiben de bulantı-kusma tespit edilmiştir (Ertaş ve ark., 2012, Şafak ve ark.,2022; Altay ve Çelenay, 2021). Bizim çalışmamızda literatürle uyumlu olarak atak esnasında hastaların %95'inde sese hassasiyet, %90'ınında ışığa hassasiyet %87.1'i mide bulantısı ve %77.1'inde kokuya hassasiyet yaşadıkları saptanmıştır.

Aura; ağrı atağı başlamadan önce ortaya çıkan, migrenin ön habercisi olan nörolojik semptomlara verilen isimdir. Migren baş ağrılarının %15-20'si auralı migrendir (Bıçakcı ve ark., 2018). Bizim toplumumuzda yapılmış migrenin görülme sıklığı araştırmasında da bu aura oranı %21,5 bulunmuştur (Ertaş ve ark. 2012). Çalışmamızda katılımcıların %73,6'sı aurasız, %26.4'ü ise yaşanılan atak esnasında aura yaşadıklarını belirtmişlerdir.

Menstrüasyon döneminde östrojen seviyesinin birden azalmaya başlaması ile atağın tetiklenebileceği ileri sürülmüştür (Somerville, 1972). Yapılan başka bir çalışmada da oral kontraseptif kullanımının, migren ataklarının şiddet ve sıklığını arttırdığı bulunmuştur (Karlı ark. 2012). Bizim çalışmamızda da kadın katılımcıların %63,4'ü baş ağrısının adetle ilişkili olduğunu düşündüğünü belirtmişlerdir.

Migren hastalığı birçok tetikleyici etkisinde artabilir. Dönmezer'in (2014) yılında yapmış olduğu çalışmada katılımcılarda büyük bir kısmında stres ve az uyku tetikleyen etmen olarak saptanmıştır. İlik ve diğerlerinin (2020) değerlendirdikleri çalışmada 301 katılımcının yarısında akıllı telefonu aşırı kullanımı saptanmış ve bu olguların önemli bir kısmında da telefon kullanımının atakları tetiklediği bildirilmiştir. Migren hastalarının tetikleyici faktörlerinin analiz edildiği başka bir çalışmada katılımcıların çoğu en az bir diyet tetikleyicisi olduğunu göstermiş ve oruç tutmanın en sık olduğu bulunmuştur. Aynı çalışmada katılımcıların %64'ü duygusal stresi tetikleyici faktör olarak bildirmiştir. %81'i bazı uyku problemlerini tetikleyici faktör olarak ilişkilendirmiştir. Çevresel faktörlerle ilgili olarak; kokular %36,5 oranında rapor edilmiştir (Fukui ve ark. 2008). Bizim çalışmamızda katılımcıların birden fazla seçenek işaretleyebilecekleri bir soru ile migren tetikleyicileri sorgulanmış olup hastaların %95'inde stres, %90.7'si yorgunluk, %85'inde gürültü/ses, %80.7'sinde parlak ışık, %75'inde az/yetersiz uyku, %70.7'sinde öğün atlama/açlık, %62.1'inde hava değişiklikleri, %55.7'sinde güçlü/ağır kokular migreni tetikleyen etmen olarak tespit edilmiştir.

Katılımcıların sigara-alkol tüketim alışkanlıklarına bakıldığında %22.9'sunda sigara kullanma alışkanlığı %25'inde ise alkol tüketme alışkanlığı olduğu belirlenmiştir. Sunay (2022), çalışmasında migren hastalarının alışkanlıklarını sorgulamış, katılımcılardan %41.4'ü sigara ve %20'si de alkol kullandıklarını belirtmişlerdir. Migren hastalarıyla yapılmış başka bir çalışmada katılımcıların %30,8'inin sigara kullanma alışkanlığının olduğu, %59,7'sinin de hiç alkol kullanmadığı bulunmuştur (Şafak ve ark., 2022). Ülkemizde "birinci basamakta takip edilen migren hastalarında yaşam kalitesinin ve yeti yitimi" araştırılması amaçlı yapılan bir çalışmada katılımcıların %34.3'ü sigara, %10'unun ise alkol kullandıkları tespit edilmiştir (Taşdemir, 2019). Çalışmamızda migren hastalarının %23,6'sı sigara dumanına maruz kalmanın veya sigara kullanmanın baş ağrısını tetiklediğini belirtmişlerdir. Hauge ve ark. (2010) yaptıkları çalışmada alkol tüketimi ve sigara kullanımını migreni tetikleyen faktörler arasında bulunmuştur.

Araştırmamızdaki katılımcıların beslenme alışkanlıkları değerlendirildiğinde bireylerin %52.9'u 3 ana öğün tüketirken, %48.6'sı da 2 ara öğün tüketmektedir. Konu ile ilgili alan yazın incelendiğinde migren hastaları ile yapılmış başka bir çalışmada %95 gibi büyük bir oranın öğünlerini atladığı görülmüştür. Katılımcıların yarısından fazlasının canları istemediklerinden dolayı öğünlerini atladıklarını ifade ettikleri görülmüştür (Dönmezer, 2014). Migren tanısına sahip olan kişilerde yalnızca birkaç tetikleyen etmen tanımlanamaz. Olası tetikleyici etmenler farklılık gösterebilmektedir. Alkol, yetersiz öğün alımı ve yeterli su içmemek atakları tetikleyebilmektedir. Çikolata şarap peynir gibi ürünlerin ağrıyı tetikledikleri saptanmıştır. Açlık ise en yaygın tetikleyici olarak bildirilmiştir (Marteletti ve Steiner, 2011). Bizim çalışmamızda da katılımcıların %70,7'si öğün atlama ya da açlık durumunun migreni ağrısını tetiklediğini belirtmişlerdir. Hastaların %24.3'ünde de bazı yiyecek ve içeceklerin baş ağrısını tetiklediği bulunmuştur. Atalar ve ark. (2019) aile öyküsü bulunan migren hastalarının %71.1'i aile öyküsü olmayan migren hastalarının ise %65.7'si açlık ile migren atağının tetiklendiğini belirtmişlerdir.

Araştırmamızda katılımcılar beden kitle indekslerine göre gruplara ayrıldığında %5,7 oranında zayıf, %50,7'sinde normal kiloda bulunmuştur. %32,9'u fazla kilolu, %8,6'sı birinci derece obez, %2,1'i II. derece obez olarak bulunmuştur. Çalışmamızda BKİ ve MİDAS toplam puanları arasında korelasyon analizleri incelendiğinde herhangi bir ilişki gösterilememiştir ancak literatüre bakıldığında Gökçal ve ark. (2015) çalışmasında 25 ve üzerinde BKİ'ne sahip olanların atak sıklığı ve MIDAS özürlülük düzeyinin BKİ<25 olan katılımcılara göre fazla

olduğu bulunmuştur. Diğer bir araştırmada ise morbid obez ve obez olan kişilerin normal kiloya sahip kişilere göre daha çok atak riskine sahip olduğu görülmüştür (Keith ve ark., 2008). Farklı bir araştırmada ise migreni olan kadın katılımcıların migren tanısı olmayan kadın katılımcılara göre daha kötü bir beslenme kalitesine sahip olduklarını saptamıştır. Sağlıklı ve kaliteli bir diyetin sürdürülmesi, epizodik migreni olan kişiler için de önemlidir. Obezite daha fazla migren atağı ve şiddetini etkileyebilir. Diyet, kilo kontrolünü sağlamada primer yöntemdir (Rosenberg ve ark., 2018).

Bu çalışmada migrenin uyku etkisi ölçülmeye çalışılırken kalite ölçekleri kullanılmamıştır. Katılımcıların beyanları esas alınmış uyku süreleri, uyku sorunları ve sabahları dinlenmiş olma durumları sorgulanmıştır. Katılımcıların %70.7'si az/yetersiz uykunun, %35.7'si ise fazla uykunun baş ağrısını tetiklediğini belirtmiş olup %65'inin ortalama 6-8 saat arasında uyuduğu saptanmıştır. Dönmezer'in 2014 yılında migrenli bireylerle yaptığı bir çalışmada %66.7'sinde yetersiz uykunun baş ağrısını tetiklediği bulunmuştur. Az uyuyan bireylerin baş ağrılarının artmış olduğunu ifade eden başka çalışmalar da mevcuttur (Kelman ve ark. 2005). Bizim çalışmamızda migrenli bireylerin %47.1'i uyku sorunu olduğunu, %69.3'ü sabahları dinlenmiş uyanmadığını belirtmişlerdir. Literatüre bakıldığında Penzien ve ark. (2001) yaptıkları çalışmada migrenli bireylerin uyku problemleri yaşadıkları belirtilmiştir.

MIDAS ile ilgili literatür incelendiğinde 2021 yılında Altay ve Çelenay'ın yaptıkları bir çalışmada tespit edilen engellilik skoru %57.7 ile en çok ciddi fonksiyonel kayıp olarak bulunmuş olup başka bir çalışmada MİDAS ile tespit edilen engellilik skorunun değerlendirilmesinde MIDAS derecesi 174 hastada ciddi kayıp, 84 hastada orta derecede kayıp, 63 hastada hafif kayıp, 32 hastada ise minimal kayıp olarak bulunduğu görülmüştür (Boylu ve ark. 2012). Bu çalışmada değerlendirmeye alınan hastaların %74.3'ünün ciddi derecede fonksiyonel kaybı olduğu saptanmış ve ortalama MIDAS puanı 54,11 olarak bulunmuştur.

Migren baş ağrısının neden olduğu dizabilitede önemli etkenlerden birinin baş ağrısı şiddetidir (Boylu ve ark., 2012, Yoldaş ve ark., 2008). 103 Migren hastasıyla yaptıkları çalışmalarında ağrının şiddeti ve özürlülük arasında anlamlı pozitif yönlü korelasyon görülmüştür. Boylu ve ark. (2012) çalışmasında atak sıklığının ve ağrı şiddetinin migren ile ilişkili dizabiliteyi etkileyen önemli faktörlerden olduğu saptanmıştır. Bizim çalışmamızda da baş ağrısı şiddeti ve atak sıklığı arttıkça MIDAS ölçeğinden alınan puanların arttığı yani bireylerin dizabilitesinin arttığı görülmüştür.

Bu çalışmada migrenli bireylerin SYBD'lerini ölçmek ve başka değişkenlere göre değerlendirebilmek için hastalara SYBD II ölçeği ile çalışılmıştır. Literatürde çokça kullanıldığı görülmüştür. Öğrenci gruplarında (Bülbül ve ark., 2020; Güneş ve Şahin, 2019; Karaca ve Aslan 2019), kadınlarda (Öztoprak ve Ege 2021; Gözüyeşil ve ark., 2019), sağlıkçılarda (Demir Saka ve ark., 2022; Uz ve Kitiş, 2017, Yalçınkaya ve ark., 2007) kullanıldığı çalışmalara rastlanmış olup migrenli hastalarla yapılmış bir araştırmaya rastlanmamıştır. Bu yönüyle bu çalışmanın migren hasta kitlesine odaklanılarak uygulanmasının literatüre katkı sağlayacağını düşünmekteyiz.

Çalışmada katılımcıların SYBD'leri ölçek ve hasta bilgi formundaki yaşam tarzı davranışlarına yönelik sorular ile değerlendirilmiştir. Çalışmamızda SYBD II Ölçeği toplam puan ortalaması 130,410±17,837 olarak bulunmuştur. En yüksek alt boyut puan ortalamasının Kİ 26,070±4,230, en düşük alt boyut puan ortalamasının FA 15,390±5,546 alt boyutunda olduğu bulunmuştur. SYBD belirlenmesi amacıyla sağlıkçılar ile yapılmış bir çalışmada toplam puan ortalaması 140.41±23,53 olarak hesaplanmıştır. En yüksek alt boyut puan ortalamasının MG 27.8±5.5, en düşük puanınsa FA 17.9±6.4 alt boyutunda olduğu bulunmuştur (Demir Saka ve ark.,2022). Uz, Kitiş (2017)'in araştırmasında SYBD II Ölçeği toplam puan ortalaması 132.87±12.47 olarak hesaplanmıştır. Alınan puanların en yüksek MG 26.35±4.01, en düşük ise FA 17.91±4.49 alt boyutunda olduğu bulunmuştur. Gözüyeşil ve ark., (2019) çalışmasında kadınların SYBD II Ölçeği toplam puan ortalamaları 142.73±26.3 olarak bulunmuştur. En çok MG 27.16±4.4, en az FA 18.76±5.6 alt boyutundan puanlar alınmıştır.

Güneş ve Şahin (2019) çalışmasında öğrencilerin SYBD II puan ortalamasını 132.52±20.05 olarak bulmuştur. Gür ve Sunal (2019) çalışmasında SYBD II ölçeğinden aldıkları puan ortalamasının 131,36±26,71'dir.Yine diğer çalışmalarla benzer olarak en çok puanı MG ve an az ise FA alt boyutlarında olduğu görülmüştür. Çalışmamız literatürdeki diğer erişkin grup çalışmaları ile karşılaştırıldığında ölçek toplam puanının diğer çalışmalarla benzediği görülmüştür. COVID-19 pandemisinde yapılan bir çalışma olduğu ve süreç içerisinde SYBD'nin SYBD II ölçeği ile değerlendirildiği Öğe ve ark. (2021) yapmış olduğu bir çalışmada ölçeğin ortalama değerinin 137.64±23.35 olduğu görülmüştür. Araştırmamızı ilgili literatürle karşılaştırdığımızda en yüksek puan ortalamasındaki alt boyutumuz değişiklik göstermiştir. Bu değişikliğin katılımcıların tanımlayıcı özelliklerinden, değerlendirilen parametrelerin ve popülasyonların farklı olmasından kaynaklanmış olabileceği düşünülmüştür. Benzer olarak FA en düşük puan ortalamasına sahip olduğu görülmüştür. FA değerinin az

olması, katılımcıların egzersizlerin anlam ve önem kavramlarını yeterli derecede bilmediklerini ya da bunu davranışa çeviremediklerini gösterebilir. Bu bağlamda migren tanılı kişilerde FA seviyelerinin düşük olduğu, bu seviyeleri arttırmak için yönlendirme ve tavsiyeler verilmesi gerektiği düşünülmektedir.

Çalışmamızın SYBD toplam puanları ile katılımcıların tanımlayıcı özellikleri değerlendirildiğinde özet olarak; ev hanımlarında, baş ağrısı sıklığını daha az yaşayanlarda, menopoza girmeyen kadın katılımcılarda, migrene özgü ilaç kullananlarda, su tüketimi daha fazla olanlarda daha yüksek saptandı. Neticede bulgularımız yaygın olarak alt gruplarda da benzer oranlarda çıkmıştır. Bazı gruplara özgü farklılık gösteren sonuçlar elde edilmiştir: Bunlar kısaca şöyledir: Migrene özgü ilaç kullanan katılımcıların SYBD II Ölçeği alt boyut puanlarına bakıldığında beslenme, SS, FA, MG, Kİ ve toplam puanlar daha yüksek hesaplandı. Beslenme alt puanları 40 yaş üzerinde, ev hanımlarında, daha az fast-food tüketenlerde, ilaç kullanan katılımcılarda ilaç ile ağrının geçme süresi daha az olanlarda daha yüksekti. Stres yönetimi alt boyut puanları sabahları dinlenmiş uyananlarda ve günde 6-8 saat uyuyanların daha az uyuyanlara göre yüksek olduğu görüldü. Fiziksel aktivite alt boyut puanı gelir durumu giderine eşit olanlarda, baş ağrısını daha az sıklıkla yaşayanlarda, migrene özgü ilaç kullananlarda, kahve tüketenlerde daha yüksek bulundu.

SYBD ile ilgili etmenler için yapılan araştırmaların sonuçları ile sonuçlarımızın kıyaslanması aşağıda detaylandırılmıştır. Katılımcıların cinsiyetine göre SYBD II Ölçek alt boyutları SS, FA, B, MG, Kİ, SY ve total puanlar arasında cinsiyete göre karşılaştırıldığında istatiksel anlamlı farklılığın bulunmadığı görülmüştür. Başka çalışmalarda da cinsiyetin SYBD'yi etkilemediği bulunmuştur (Çelik ve ark., 2017; Şimşek ve ark. 2012). Beslenme alt boyutunda migrenli bireylerin yaş grupları incelendiğinde anlamlı fark görülmüştür.

Elde edilmiş sonuçlar, yaş artışı ile doğru besin alımı davranışlarının edinilmesinde artış olabileceğini göstermektedir. Ayrıca yaşla birlikte kişilerin SYBD II Ölçek toplam puan ortalamasının artması, kişilerin sağlıkla ilişkili enformasyon ve tecrübelerine, dengeli yaşam sürmelerine, alınan yaş ile birlikte ortaya çıkabilen sağlık sorunları ve bunlar neticesinde görülen kayıplardan dolayı kişilerin sağlıklarına daha çok ehemmiyet vermelerine neden olabilir.

2020'de yapılmış bir araştırmada 11 ayrı ölçüt ile 41 ülkede "iyi yaşam" düzeylerini ölçmüştür. Türkiye 41 ülke içinde 38. sıradadır.Türkiye geçen 20 sene içinde yurttaşlarının

hayat kalitesinde mühim gelişme göstermiş olsada çalışmadaki diğer ülkelere göre sadece bir kaçından daha iyi puanlar aldığı belirtilmiştir. Türkiye'de kişilere genel olarak yaşam memnuniyetlerine 0-10 arasında puanlama yapmaları istenildiğinde takribi olarak 5,5 puan bulunmuştur. Bu puan diğer ülkelerde 6.5'tur (https://www.oecdbetterlifeindex.org/countries/turkiye/ Erişim Tarihi: 11.10.2022).

Literatüre bakıldığında ağrının bireyin fiziki, sosyal ve tinsel hususunda negatif etkililiği dikkate alınmış olup günlük eylemleri başka ölçeklerle sorgulanmaya çalışılmış olup bunlardan biri de SF-36'dır (Taşkapılıoğlu ve Karlı, 2013). Bu doğrultuda polikliniklere başvuran IHS 2018 ölçütlerine göre migren tanısı alan kişilerde SF-36 ölçeği kullanarak yaşam kalitelerini değerlendirmeye çalıştık. Alt boyut puanları değerlendirildiğinde ağrı skoru ortalaması 35,580±17,994, canlılık ortalaması 42,430±15,634, emosyonel rol kısıtlılık ortalaması 41,670±38,585 olarak bulunmuştur. FF ve SF ortalaması ise sırası ile 77,820±19,721 ve 55,090±23,078 olarak bulunmuştur. Hastaların SF-36 "fiziksel sağlık puan ortalaması" 48,254±17,399, "mental sağlık puan ortalaması" 49,260±16,080 olarak saptanmıştır. Baş ağrısı sıklığının yaşam kalitesi üzerine etkisi incelendiğinde baş ağrısı sıklığını daha az yaşadığını belirten katılımcıların ölçeğin alt boyutlarından aldığı puanların daha yüksek olduğu saptanmıştır. Yine çalışmamızda baş ağrısı süresinin yaşam kalitesine olan etkisine bakıldığında hastaların bedensel ağrı ve canlılık puanlarının baş ağrısı süresine göre anlamlı farklılık görülmüştür. İlgili alan yazın incelendiğinde Sönmezler ve ark. (2013) yaptığı çalışmada, baş ağrısını yaşayan grupların SF-36'nın bütün boyutlarında kontrol edilen gruba görece daha az puanlar aldıkları saptanmıştır. FF alt boyutunda, migren tanılı grupta, kontrol grubunda ve de gerilim tiplii baş ağrı gruplarında anlamlı derecede düşük puanlara sahip olduğu belirlenmiştir. Migren ve gerilim tipi baş ağrısı grubu puanları arasında GS, BA, MS, C, ERK anlamlı fark olmadığı görülmüştür. Yapılmış farklı bir araştırmada SF-36'nın FF, FRK, BA, C ve MS alanları için baş ağrısı olan bireylerin olmayanlara göre ortalama puanlarının daha düşük olduğu istatiksel olarak bulunmuş özellikle migren varlığı ve baş ağrısı şiddetinin artmasının yaşam kalitesini düşürdüğü görülmüştür (Arslantaş ve ark., 2013). Sharma ve ark. (2013), sağlıklı kontrol grubu ile migren hastalarında SF-36 ile SİYK değerleyen çalışmalarında 8 alt boyut ile fiziksel ve zihinsel bileşen ortalama puanlarında anlamlı bir azalma olduğunu bildirmişlerdir. Ayranci ve ark. (2011) yapmış olduğu bir çalışmada da baş ağrısı olan kişilerin SF-36'nın bütün ortalama puanlarıda baş ağrısı tariflemeyenlere göre anlamlı derecede az seviyede olduğu bildirilmiştir. Lipton ve ark. (2003) İngiltere'de migren hastaları ile yaptıkları çalışmada yüksek engellilik düzeyinin düşük yaşam kalitesine neden olduğu bulunmuştur. Ek

olarak, aynı çalışmada migrenli hastaların sağlıklı bireylerle kıyaslamasında daha düşük seviyede SİYK skorları elde edildiği görülmüştür. Leonardi ve ark. (2010) migreni olan kişilerde engellilik ve yaşam kalitesinin araştırıldığı bir çalışma neticesinde SF-36 değerlerinin toplumun norm değerlerinden düşük olduğu görülmüştür. Engellilik skorlarınınsa daha yüksek hesaplaması yapılmıştır. SİYK ile engellilik arasında anlamlı bağlantı saptanmıştır. Bu neticeler baş ağrısının insanın yaşamında engellilik yaratarak hayat kalitesini negatif etkileyebildiğini göstermektedir.

Ülkemizde de Demiral ve ark. (2006) 1279 bireyle gerçekleştirdiği çalışmada katılımcıların "ağrı skoru ortalaması 82.9 ± 18.9", "canlılık ortalaması 64.5 ± 12.9", "emosyonel rol kısıtlılık ortalaması 90.1 ± 19.4" olup FF ve SF ortalaması sırasıyla 83.8 ± 20.0 ve 91.0 ± 12.9 olarak bulunmuştur. Bizim çalışmamızda SF-36 ölçeğinin tüm alt boyutlarından alınan puanların Demiral ve ark. yapmış olduğu çalışmada saptanan SF-36 alt boyut puanlarından daha düşük olduğu görülmüştür. Buna göre migren hastalığının bireylerin yaşam kalitelerinde bozulmaya neden olduğu söylenebilir.

İlgili alan yazına bakıldığında migren hastalarının SYBD davranışlarının ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesini gösteren ilgili yazına rastlanamamış ancak, farklı gruplarla yapılmış çalışmalarda kişilerin SYBD puanları arttıkça daha yüksek yaşam kalitesi puanlarına sahip oldukları görülmüştür. (Güneş ve Şahin, 2019, Gürsel ve ark., 2016, Dirimeşe ve ark., 2016, Küçükberber ve ark., 2011). Bizim çalışmamızda da SF-36 ölçeğinin alt boyutlarından FF, GS, C, MS ile SYBD II alt ölçekleri (beslenme alt boyutu hariç) puanları ile içerisinde pozitif yönünde anlamlı korelasyonlar saptanmıştır.

Migren biyopsikososyal yaklaşılması gereken bir süreçtir. Özellikle SYBD II Ölçeği ve SF-36 SİYK ölçeğinin migren tanısına sahip olan bireylerin bulunduğu gruplarda uygulanması, bu grubun hastalığının yaşam biçimi davranışlarını ve yaşam kalitesini ne kadar etkilediğini öğrenmemize katkı sağlayacaktır. Migrenin belirli yaş gruplarında ve kadın cinsiyetinde yaygın olması bu özel gruplara yönelik teşhis, tedavi ve sağlığı geliştiren programların oluşturulabilmesi açısından önem arz etmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Migren hastalarında SYBD ve yaşam kalitesinin ölçülmesi gayesiyle gerçekleştirilen çalışmanın sonuçları şunlardır:

Hastaların çoğunluğunun kadın (%87.9, n=123), %95'inin evli, %42,1'inin üniversite mezunu olduğu, katılımcıların yaş ortalamasının ise 39,81±11,18 olduğu görüldü.

Hastaların migren tanı süresi 10,13±7,48 yıl, baş ağrısı şiddeti ortalaması 7,62±2,04 (1-10) olarak hesaplandı. Baş ağrısı sıklığı hastaların %39,3`ünde neredeyse her gün olduğu şeklinde belirtildi.

Migren, sağlık üzerinde büyük olumsuz etkisi olan yaygın bir baş ağrısıdır ve diyet faktörleri dahil yaşam biçimi davranışları gibi çeşitli endojen ve eksojen faktörler migrenin şiddetini ve sıklığını etkileyebilir. Çalışmamızda katılımcıların migreni tetikleyen faktörlerini değerlendirdiğimizde, atağın en çok sırasıyla; stres, yorgunluk, gürültü, parlak ışık, yetersiz uyku ve öğün atlama/ açlık ile tetiklendiği tespit edilmiştir. Bu sonuç SYBD olarak stres yönetiminin ve beslenmenin migrenin klinik özelliklerini hafifletmede önemli bir faktör olduğunu doğrular niteliktedir.

Çalışmaya katılan hastaların MIDAS ortalaması 54,110±45,272 olarak bulundu. Hastaların fonksiyonellik seviyelerine bakıldığında %74,3'ünün "ciddi derecede kaybı" olduğu görüldü. Migrene bağlı yeti yitimini etkileyen faktörler değerlendirildiğinde atak sıklığı, atak süresi ve şiddetindeki artışın daha fazla yeti yitimine sebep olduğu tespit edildi.

Hastaların SYBD II ölçeği puan ortalamaları 130,41±17,83 (88-192) olarak hesaplandı. Katılımcıların SYBD Ölçeği puanları incelendiğinde, en düşük puanların fiziksel aktivite (15,39±5,55) ve stres yönetimi (18,61±3,86), en yüksek puanların ise kişilerarası ilişkiler (26,07±4,23) ve manevi gelişim (25,68±4,12) alt boyutlarından alındığı görüldü.

Çalışmaya katılan migrenli bireyler arasında migrene özgü ilaç kullananların SYBD alt boyut puanlarının migrene spesifik olmayan ilaç kullananların puanlarından yüksek olduğu görüldü.

Araştırmaya katılan hastaların uyku süresi ve sabahları dinlenmiş uyanma durumuna göre SYBD incelendiğinde sırasıyla; stres yönetimi puanları uyku süresine göre anlamlı farklılık göstermektedir. Günde 6-8 saat uyuyanların stres yönetimi puanlarının 4-6 saat uyuyanların puanlarından yüksek olduğu, sabahları dinlenmiş uyananların stres yönetimi puanlarının (19,630) sabahları dinlenmiş uyanmayanların puanlarından (18,160) yüksek olduğu görülmüştür.

Hastaların SF-36 fiziksel sağlık puan ortalaması 48,254±17,399 bulunmuştur. Mental sağlık puan ortalaması ise 49,260±16,080 olarak saptanmıştır. Katılımcıların SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinden en düşük puanı FRK (30,54±39,90) ve BA (35,58±17,99) alt boyutlarından, en iyi puanı FF (77,82±19,72) alt boyutundan aldığı saptandı.

Yaşın yaşam kalitesi üzerine etkisine bakıldığında hastaların yaşı arttıkça fiziksel fonksiyonellik puanlarının azaldığı görülürken cinsiyete göre yaşam kalitesi puanları arasında fark görülmediği tespit edildi.

Hastaların FF, FRK,BA, GS C ve MS alt boyut puanlarının baş ağrısı sıklığına göre anlamlı fark gösterdiği saptandı. Hastalarda baş ağrısı sıklığı azaldıkça alınan alt boyut puanlarının arttığı görüldü.

Uyku sorunu varlığının bireylerin yaşam kalitesine olan etkisine bakıldığında ise uyku sorunu olanların fiziksel fonksiyonellik, genel sağlık algısı, canlılık ve mental sağlık puanlarının uyku sorunu olmayanlara göre daha düşük olduğu saptanmıştır. Sabahları dinlenmiş uyananların canlılık puanları (49,070), sabahları dinlenmiş uyanmayanların puanlarından (39,480) yüksek bulunmuştur.

SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin alt boyutlarından FF, GS, C ve MS ile SYBD II alt ölçekleri (beslenme alt boyutu hariç) puanları ile pozitif yönlü anlamlı korelasyonlar saptandı.

Migren, dünya genelinde yaygınlığının yüksek olması, büyük tıbbi ve maddi yükü, bireylerin fonksiyonelliklerine olan etkileri ve insanların hayat kalitesinde ciddi düşüşlere sebep olmasıyla ciddi bir halk sağlığı sorunu haline gelmiştir.

Migren hastalarının sağlıkla ilgili yaşam biçimi davranışlarını ve yaşam kalitelerini değerlendirdiğimiz çalışmamız pandemi koşulları nedeniyle az sayıda katılımcı içermektedir.

Bu nedenle daha büyük örneklem ile yapılacak ileri çalışmalar sonuçların genelleştirilebilmesine katkı sunabilir.

Migren neden olduğu ağrıya ek olarak eşlik eden diğer semptomlar ve yüksek derece fonksiyonellik kaybı nedeniyle ciddi derecede maddi ve manevi kayıplara sebep olan bir hastalıktır. Literatürde migrenli bireylerin SYBD ve yaşam kalitesinin birlikte değerlendirildiği çalışmaların arttırılması ve ayrıca migrenin neden olduğu yüksek yeti yitimi sebebiyle migrende yeti yitimiyle ilişkili olan faktörlerin tespit edilmesinin önemli olduğu görülmektedir.

Migreni tetikleyen etmenler bireyden bireye değişebilmektedir. Tedavisinde birey kendini iyi tanımalıdır. Stres, gürültü, açlık, hava değişimleri gibi etmenler migrende tetikleyici olabilmektedir. Migreni olan bireylerin atak dönemlerinde tüm bu etmenlerin minimize edilmesi uygun ve etkin ağrı tedavisi yöntemi olabilmektedir.

Migren hastalarının klinik özellikleri, sağlıkla ilgili yaşam biçimi davranışlarının ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi, migren hastalarının hastalıklarını nasıl yönettikleri ve bu hastalarda ağrının nasıl önlenebileceği ya da ağrının yönetimi konusunda önemli veriler sağlayarak oluşturulacak rutin tedavi program ve hemşirelik bakımına katkı sağlayabilir.

Migrenli bireylerin sağlık davranışları günlük rutinlerinin bir parçasıdır ve migren yönetimini iyileştirmek için klinik uygulamada hedeflenebilir. Davranış değişikliği zorludur ve ideal olarak multidisipliner bir ekip tarafından desteklenmelidir. Gelecekteki araştırmalar, migrende belirli davranış değişikliği müdahalelerini ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının migren sonuçları ve bireylerin yaşam kaliteleri üzerindeki etkisini değerlendirmeye odaklanmalıdır.

KAYNAKLAR

Acaray, A., (2004). Kronik Hemodiyaliz Hastalarının Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. C. Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 8(1)

Akyol, A. (1993). Yaşam kalitesinin hemşirelik yönünden önemi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, *9*(3), 71-75.

Al-Qahtani, M. F. (2017). Assesing healty lifestyles in female university students: Eastern province, Saudi Arabia. Saudi J Health Sci,6(3), 169-75. doi:10.4103/sjhs.sjhs_102_17

Altay, H. & Toprak Çelenay, Ş. (2021). Migrenli Bireylerin Klinik Özellikleri ve Fiziksel Aktivite İlişkisi . Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi , 5 (3) , 454-468 . DOI: 10.46237/amusbfd.928039

Altıparmak, S. (2006). Gebelerde Sosyo-Demografik Özellikler, Öz Bakım Gücü Ve Yaşam Kalitesi İlişkisi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, *5*(6), 416-423.

Ardahan, M., (2006). Prostat Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitesinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı İlişkisi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 22(2):1-14.

Arslantas, D., Tozun, M., Unsal, A., & Ozbek, Z. (2013). Headache and its effects on health-related quality of life among adults. *Turkish neurosurgery*, *23*(4), 498–504. https://doi.org/10.5137/1019-5149.JTN.7304-12.0

Arslantaş, D., Metintaş, S., Ünsal, A., & Kalyoncu, C. (2006). Eskişehir Mahmudiye ilçesi yaşlılarında yaşam kalitesi. *Osmangazi Tıp Dergisi*, *28*(2), 81-89.

Aslantaş, D, Metintaş, S, Ünsal, A, Kalyoncu, C. (2007). Eskişehir kırsal kesim oğrencilerinde başağrısı sıklığı ve etkileyen faktörler, *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 16, 1-5.

Atalar, A. Ç., Bozkurt, M., Çalışkan, Z., Vo, P., Ertaş, M., & Baykan, B. (2019). Migrenin Yükü İle Yaşamak:"My Migraine Voice" Anketinin Türkiye Sonuçlarının Analizi.

Avcı K. Pala K. (2004) Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesinde Çalışan Araştırma Görevlisi ve Uzman Doktorların Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 30 (2): 81-5.

Ayranci U, Tozun M, Unsal A. (2011). Headache among adults and its effect on quality of life in a town of western Turkey. Pakistan Journal of Medical Sciences. 27(4):775-779.

Bahar Özvarış, Ş. (2016). Sağlığı geliştirme ve sağlık eğitimi. 2. Baskı, Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları.

Bahar, Z., Beşer, A., Gördes, N., Ersin, F., & Kıssal, A. (2008). Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği II'nin geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, *12*(1), 1-13.

Baykan, B., Ertas, M., Karlı, N., Uluduz, D., Uygunoglu, U., Ekizoglu, E., Kocasoy Orhan, E., Saip, S., Zarifoglu, M., & Siva, A. (2015). Migraine incidence in 5 years: a population-based prospective longitudinal study in Turkey. *The journal of headache and pain*, *16*, 103. https://doi.org/10.1186/s10194-015-0589-2

Bayrak Özarslan, B., (2013). *Diyabetik Koroner Arter Hastalarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ve Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi.* Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi.

Bıçakcı, Ş., Öztürk, M., Üçler, S., Karlı, M. ve Siva, A. (2018). *Başağrısı Tanı Ve Tedavi Güncel Yaklaşımlar*, s.27. Türk Nöroloji Derneği. İstanbul: Galenos Yayınevi.

Bigal, M. E., & Lipton, R. B. (2009). The epidemiology, burden, and comorbidities of migraine. *Neurologic clinics*, *27*(2), 321–334. https://doi.org/10.1016/j.ncl.2008.11.011

Boylu, E. , Adıgüzel, T. , Özden, T. & Domaç, F. M. (2012). Migrenli Olgularda Dizabilitenin Midas Ölçeği ile Değerlendirilmesi . Duzce Medical Journal , 14 (1) , 10-13 . Retrieved from https://dergipark.org.tr/tr/pub/dtfd/issue/48281/611249

Buse, D. C., Rupnow, M. F., & Lipton, R. B. (2009). Assessing and managing all aspects of migraine: migraine attacks, migraine-related functional impairment, common comorbidities, and quality of life. *Mayo Clinic proceedings*, *84*(5), 422–435. https://doi.org/10.1016/S0025-6196(11)60561-2

Bussone, G., Grazzi, L., Usai, S., Mosconi, P., Genco, S., Puca, F. M., & D'Amico, D. (2001). Disability in migraine patients: Italian experience. *The Journal of Headache and Pain*, *2*(1), s29-s31.

Bussone, G., Usai, S., Grazzi, L., Rigamonti, A., Solari, A., & D'Amico, D. (2004). Disability and quality of life in different primary headaches: results from Italian studies. *Neurological sciences : official journal of the Italian Neurological Society and of the Italian Society of Clinical Neurophysiology*, *25 Suppl 3*, S105–S107. https://doi.org/10.1007/s10072-004-0263-y

Bülbül, E. , Çelik, S. , Alçiçek, H. , Dindar, A. , Furtana, M. , Günal, M. , Öztunç, B. , Karga, S. & Yılmaz, A. (2020). Hemşirelik Öğrencilerinde Diyabet Riski ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Belirlenmesi . Türkiye Diyabet ve Obezite Dergisi , 4 (3) , 230-238 . DOI: 10.25048/tudod.780220

Büyükyörük, C., (2017). *Migren Hastlarının Yaşam Kalitesi, Anksiyete Ve Depresyon Düzeylerinin Değerlendirilmesi*. Uzmanlık Tezi, Necmettin Erbakan Üniversitesi.

Cevheroğlu, S., & Acaroğlu, R. (2015). Total parenteral beslenen hastalarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, *23*(2), 96-104.

Charles A. (2018). The Migraine Aura. *Continuum (Minneapolis, Minn.)*, *24*(4, Headache), 1009–1022. https://doi.org/10.1212/CON.0000000000000627

Ciddi G. (2020) *Migrenli Hastalarda Fiziksel Aktivite Seviyesinin Baş Ağrısı, Fonksiyonellik Ve Yaşam Kalitesine Etkisi.* İstanbul Medipol Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Cieza, A., Causey, K., Kamenov, K., Hanson, S. W., Chatterji, S., & Vos, T. (2021). Global estimates of the need for rehabilitation based on the Global Burden of Disease study 2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet (London, England)*, *396*(10267), 2006–2017. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32340-0

Çelik, A., Kardaş Kin, Ö. ve Karadakovan, A. (2017). Huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerde yalnızlık durumu ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları. *İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2(3), 17-23.

Çetiner SH.(2014). *Hastane Çalışanlarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Belirlenmesi.* Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstütüsü.

Dağdeviren, Z., Şimşek, Z. (2013). Şanlıurfa il merkezindeki lise öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışları ve ilişkili faktörler.TAF Preventive Medicine Bulletin, 12(2), 135-142.

Dahlöf, C., Loder, E., Diamond, M., Rupnow, M., Papadopoulos, G., & Mao, L. (2007). The impact of migraine prevention on daily activities: a longitudinal and responder analysis from three topiramate placebo-controlled clinical trials. *Health and quality of life outcomes*, *5*, 56. https://doi.org/10.1186/1477-7525-5-56

Değerli, H., Yiğit, A. (2020) Sağlığın Korunması ve Geliştirilmesinde Bireylerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranış Düzeyinin Belirlenmesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi,* 11(27), 573-586.

Demir Saka, S. , Gözüm, S. & Demir Avcı, Y. (2022). Birinci Basamakta Çalışan Sağlık Personelinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Sağlıklı Davranış Geliştirme Niyetlerinin Değerlendirilmesi . Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care , 16 (2) , 403-411 . DOI: 10.21763/tjfmpc.997952

Demiral, Y., Ergor, G., Unal, B., Semin, S., Akvardar, Y., Kıvırcık, B., & Alptekin, K. (2006). Normative data and discriminative properties of short form 36 (SF-36) in Turkish urban population. *BMC public health*, *6*, 1-8

Demirkirkan, M. K., Ellidokuz, H., & Boluk, A. (2006). Prevalence and clinical characteristics of migraine in university students in Turkey. *The Tohoku journal of experimental medicine*, *208*(1), 87–92. https://doi.org/10.1620/tjem.208.87

Diener, H. C., Bussone, G., Van Oene, J. C., Lahaye, M., Schwalen, S., Goadsby, P. J., & TOPMAT-MIG-201(TOP-CHROME) Study Group (2007). Topiramate reduces headache days in chronic migraine: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. *Cephalalgia: an international journal of headache*, *27*(7), 814–823. https://doi.org/10.1111/j.1468-2982.2007.01326.x

Dirimeşe, E. , Demir Korkmaz, F. D. & Okgün Alcan, A. (2016). Koroner Arter Bypass Greft Cerrahisi Öncesi Hastaların Yaşam Kalitesi Ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının İncelenmesi . Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi , 5 (2) , 56-61 . Retrieved From https://dergipark.org.tr/en/pub/balikesirsbd/issue/38438/452572

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

Dönmezer, G. (2014). *Migrenli hastaların beslenme durumları ile antropometrik ölçümlerinin belirlenmesi* (Master's thesis, Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü).

Dzoljic, E., Vlajinac, H., Sipetic, S., Marinkovic, J., Grbatinic, I., & Kostic, V. (2014). A survey of female students with migraine: what is the influence of family history and lifestyle?. *International Journal of Neuroscience*, *124*(2), 82-87.

Editör A. Kemal Erdemoğlu. Baş Ağrısı Çalışma Grubu. (2011). Başağrısı Tanı ve Tedavi Rehberi, Güncellenmiş Şekli. Türk Nöroloji Derneği.16-30

Ekizoğlu E., Kocasoy Orhan E., Baykan B., (2019*). Baş Ağrısı.* http://www.itfnoroloji.org/basagrisi/basagrisi.htm [Erişim Tarihi: 3 Mayıs 2022].

Ertas, M., Baykan, B., Orhan, E. K., Zarifoglu, M., Karli, N., Saip, S., Onal, A. E., & Siva, A. (2012). One-year prevalence and the impact of migraine and tension-type headache in Turkey: a nationwide home-based study in adults. *The journal of headache and pain*, *13*(2), 147–157. https://doi.org/10.1007/s10194-011-0414-5

Ertaş M. (2002). İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Baş, Boyun, Bel Ağrıları Sempozyum Dizisi No: 30 • Mayıs; s. 51-54. https://www.aan.com/policy-and- guidelines/guidelines/

Ertaş, M., Siva, A., Dalkara, T., Uzuner, N., Dora, B., Inan, L., Idiman, F., Sarica, Y., Selçuki, D., Sirin, H., Oğuzhanoğlu, A., Irkeç, C., Ozmenoğlu, M., Ozbenli, T., Oztürk, M., Saip, S., Neyal, M., Zarifoğlu, M., & Turkish MIDAS group (2004). Validity and reliability of the Turkish Migraine Disability Assessment (MIDAS) questionnaire. *Headache*, *44*(8), 786–793. https://doi.org/10.1111/j.1526-4610.2004.04146.x

Eser, E., Yüksel, H., Baydur, H., Erhart, M., Saatli, G., Özyurt, B. C., Özcan, C. & Ravens-Sieberer, U. (2008). Çocuklar İçin Genel Amaçlı Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Ölçeği (Kid-KINDL) Türkçe Sürümünün Psikometrik Özellikleri. *Turk Psikiyatri Dergisi*, *19*(4).

Evans, R., ve Sims, S. (2016). Learn how to improve health behaviour. 31.07.2022 tarihinde Human Kinetics: https://canada.humankinetics.com/blogs/excerpt/learn-how-to-improve-health-behavior adresinden alındı

Evers, S., Afra, J., Frese, A., Goadsby, P. J., Linde, M., May, A., Sándor, P. S., & European Federation of Neurological Societies (2009). EFNS guideline on the drug treatment of migraine--revised report of an EFNS task force. *European journal of neurology*, *16*(9), 968–981. https://doi.org/10.1111/j.1468-1331.2009.02748.x

Ezer, S. (2018). *Sağlık Çalışanlarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ile Profesyonel Yaşam Kaliteleri Arasındaki İlişkinin ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi* (Doctoral dissertation, Yüksek Lisans Tezi, Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı, İstanbul).

Farhud, D. D. (2015). Impact of lifestyle on health. Iranian journal of public health, 44, 1442.

Frazel J. E. (2004). Optimize migraine management in primary care. *The Nurse practitioner*, *29*(4), 22–33. https://doi.org/10.1097/00006205-200404000-00004

Ford, E. S., Zhao, G., Tsai, J., & Li, C. (2011). Low-risk lifestyle behaviors and all-cause mortality: findings from the National Health and Nutrition Examination Survey III Mortality Study. *American journal of public health*, *101*(10), 1922–1929. https://doi.org/10.2105/AJPH.2011.300167

Fukui, P. T., Gonçalves, T. R., Strabelli, C. G., Lucchino, N. M., Matos, F. C., Santos, J. P., Zukerman, E., Zukerman-Guendler, V., Mercante, J. P., Masruha, M. R., Vieira, D. S., & Peres, M. F. (2008). Trigger factors in migraine patients. Arquivos de neuro-psiquiatria, 66(3A), 494–499. https://doi.org/10.1590/s0004-282x2008000400011

García-Cabo Fernández, C., Sánchez-Lozano, P., Pérez-Álvarez, A., Martínez-Ramos, J. M., Martínez-Rodríguez, L., & Pascual, J. (2016). Sociodemographic characteristics of a cohort of patients with chronic migraine from a health district in Asturias. *Neurologia (Barcelona, Spain)*, *31*(3), 157–160. https://doi.org/10.1016/j.nrl.2015.06.009

GBD 2015 Neurological Disorders Collaborator Group (2017). Global, regional, and national burden of neurological disorders during 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *The Lancet. Neurology*, *16*(11), 877–897. https://doi.org/10.1016/S1474-4422(17)30299-5

GBD 2016 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators (2017). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet (London, England)*, *390*(10100), 1211–1259. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32154-2

Gedikoglu, U., Coskun, O., Inan, L. E., Ucler, S., Tunc, T., & Emre, U. (2005). Validity and reliability of Turkish translation of Migraine Disability Assessment (MIDAS) questionnaire in patients with migraine. *Cephalalgia : an international journal of headache*, *25*(6), 452–456. https://doi.org/10.1111/j.1468-2982.2004.00881.x

Giffin, N. J., Lipton, R. B., Silberstein, S. D., Olesen, J., & Goadsby, P. J. (2016). The migraine postdrome: An electronic diary study. *Neurology*, *87*(3), 309–313. https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000002789

Gökçal, E., Tamer, S., & Kiremitçi, Ö. (2015). Migrenli kadınlarda vücut kitle indeksinin ağrı, özürlülük ve uyku üzerine etkileri. *Van Tıp Dergisi*, *22*(2), 84-89.

Gözüyeşil, E., Filiz, T. A. Ş., & DÜZGÜN, A. A. (2019). 15-49 yaş arası kadınlarda meme kanseri endişesi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkileyen faktörler. *Cukurova Medical Journal*, *44*(4), 1215-1225.

Group, T. W. (1998). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Social science & medicine*, *46*(12), 1569-1585.

Guitera V., Muñoz P., Castillo J., Pascual J., (2002). Quality Of Life İn Chronic Daily Hedadache: A Study İn A General Population. Neurology, 58;1062-5.

Gül, S., (2008). *Migren Ağrısının Özellikleri Ve Ağrının Bireyin Günlük Aktiviteleri Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi.* Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi.

Gülcivan, G., & Topçu, B. (2017). Meme Kanserli Hastaların Yaşam Kalitesi İle Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi. *Namık Kemal Tıp Dergisi (International Journal of Basic and Clinical Medicine)*.

Güneş, K., & Şahin, G. (2019). Hemşirelik öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile yaşam kaliteleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, *6*(4), 297-303. DOI: 10.34087/cbusbed.525733

Gür, G., & SUNAL, N. Koroner Arter Hastalarında Sağlık Algısı ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Belirlenmesi. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, *6*(2), 210-219.

Gürsel, N., Özbey, S., & Güzel, P. (2016). Öğretim elemanlarının sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi. *International Journal of Social Science Research*, *5*(2), 10-25.

Gürsoy, AE. ve Ertaş, M., (2013). Migrende profilaktik tedavi. Nöropsikiyatri Arşivi, 50(SUPPL.1), 30–35.

Hacıoğlu, N., (2014). *Hipertansiyonlu Hastaların Risk Faktörleri, Algıladıkları Yaşam Kalitesi Ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının İncelenmesi.* Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi.

Hauge, A. W., Kirchmann, M., & Olesen, J. (2010). Trigger factors in migraine with aura. *Cephalalgia*, *30*(3), 346-353

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

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

İdiman F. (2018). Migren Baş Ağrısı, Tipleri, Tanı Ve Tedavi. Migraine Headache, Types, Diagnosis And Treatment. Turkiye Klinikleri J Neurol-Special Topics;11(1):28-42.

İlik, F., Büyükgöl, H., Uyar, M. & Ertem, D. H. (2020). Migren Ataklarını Tetikleyici Bir Faktör Olarak Akıllı Telefonların Aşırı Kullanımı. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, (3), 447-450.

İltuş, F. (2007). *Migrende 24 Saatlik Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Türkiye'deki Geçerlik ve Güvenirliği.* Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Jalili Bahabadi, F., Estebsari, F., Rohani, C., Rahimi Khalifeh Kandi, Z., Sefidkar, R., & Mostafaei, D. (2020). Predictors of Health-Promoting Lifestyle in Pregnant Women Based on Pender's Health Promotion Model. *International journal of women's health*, *12*, 71–77. https://doi.org/10.2147/IJWH.S235169

Kahraman, A. 2021, *Migren Tanısı Alan Üniversite Öğrencilerinde Su Jok Tohum Terapi Uygulamasının Baş Ağrısının Şiddeti, Süresi Ve Sıklığına Etkisi: Randomize Tek Kör Plasebo Kontrollü Çalışma,* Doktora Tezi, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi.

Karaca, T., & Aslan, S. (2019). Hemşirelik öğrencilerinin sağlık durumu algılarının ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, (4), 734-739.

Karlı, N., Baykan, B., Ertaş, M., Zarifoğlu, M., Siva, A., Saip, S., Ozkaya, G., Turkish Headache Prevalence Study Group, & Onal, A. E. (2012). Impact of sex hormonal changes on tension-type headache and migraine: a cross-sectional population-based survey in 2,600 women. *The journal of headache and pain*, *13*(7), 557–565. https://doi.org/10.1007/s10194-012-0475-0

Karli, N., Zarifoğlu, M., Ertafş, M., Saip, S., Oztürk, V., Biçakçi, S., Boz, C., Selçuki, D., Oğuzhanoğlu, A., Neyal, M., Siva, A., Irkeç, C., Kaleağasi, H., Kansu, T., Sarica, Y., Taşdemir, N., & Uzuner, N. (2006). Economic impact of primary headaches in Turkey: a university hospital based study: part II. *The journal of headache and pain*, *7*(2), 75–82. https://doi.org/10.1007/s10194-006-0273-7

Keith, S. W., Wang, C., Fontaine, K. R., Cowan, C. D., & Allison, D. B. (2008). BMI and headache among women: results from 11 epidemiologic datasets. *Obesity*, *16*(2), 377-383.

Kelman L. (2005) Headache and Sleep: Examination of Sleep Patterns and Complaints in a Large Clinical Sample of Migraineurs. Headache; 45:904-910.

Kelman, L. (2004). The premonitory symptoms (prodrome): a tertiary care study of 893 migraineurs. *Headache*, *44*(9), 865–872. https://doi.org/10.1111/j.1526-4610.2004.04168.x

Kemm, J. (2015). Health promotion: ıdeology, discipline, and specialism. 1.Baskı, United Kingdom: Oxford University Press.

Kılıç, M., & Öztunç, G. (2012). Ağrı kontrolünde kullanılan yöntemler ve hemşirenin rolü. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 7(21), 35-51.

Kocaman, F. (2014). *Obez bireylerde sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin değerlendirilmesi.* (Master's thesis, İstanbul Bilim Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.).

Koç, Z. (2004). Hasta Bakımı Hizmetleri ve Yaşam Kalitesi. *Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu*, 8-10.

Koçoğlu, D. (2006). *Konya Kent Merkezinde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ve Yaşam Kalitesinde Sağlıkta Sosyoekonomik Eşitsizlikler.* Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi.

Koçyiğit H., Aydemir Ö., Fişek G. ve ark. (1999). Kısa Form-36‟nın Türkçe Versiyonunun Güvenilirliği ve Geçerliliği. İlaç ve Tedavi Dergisi.

Kung, T. A., Guyuron, B., & Cederna, P. S. (2011). Migraine surgery: a plastic surgery solution for refractory migraine headache. *Plastic and reconstructive surgery*, *127*(1), 181–189. https://doi.org/10.1097/PRS.0b013e3181f95a01

Kuru,N. Ve Piyal, B., (2012). Gata Eğitim Hastanesine Başvuran Koroner Arter Hastalığı Tanılı Bireylerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Belirlenmesi. Taf, Preventive Medicine Bulletin, 11(3): 287-298.

Küçükberber, N., (2011). *Kalp Hastalarında Yaşam Kalitesi ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları.* Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi.

Küçükberber, N., Özdilli, K., & Yorulmaz, H. (2011). Kalp hastalarinda sağlikli yaşam biçimi davranişlari ve yaşam kalitesine etki eden faktörlerin değerlendirilmesi. *Anatolian Journal of Cardiology/Anadolu Kardiyoloji Dergisi*, *11*(7).

Leischik, R., Dworrak, B., Strauss, M., Przybylek, B., Schöne, D., Horlitz, M., ... & Dworrak, T. (2016). Plasticity of health. *German Journal of Medicine*, *1*, 1-17.

Leonardi, M., Raggi, A., Bussone, G., & D'Amico, D. (2010). Health-related quality of life, disability and severity of disease in patients with migraine attending to a specialty headache center. *Headache*, *50*(10), 1576–1586. https://doi.org/10.1111/j.1526-4610.2010.01770.x

Lipton, R. B., Bigal, M. E., Diamond, M., Freitag, F., Reed, M. L., Stewart, W. F., & AMPP Advisory Group (2007). Migraine prevalence, disease burden, and the need for preventive therapy. *Neurology*, *68*(5), 343–349. https://doi.org/10.1212/01.wnl.0000252808.97649.21

Lipton, R. B., Liberman, J. N., Kolodner, K. B., Bigal, M. E., Dowson, A., & Stewart, W. F. (2003). Migraine headache disability and health-related quality-of-life: a population-based case-control study from England. *Cephalalgia : an international journal of headache*, *23*(6), 441–450. https://doi.org/10.1046/j.1468-2982.2003.00546.x

Lipton, R. B., Stewart, W. F., Diamond, S., Diamond, M. L., & Reed, M. (2001). Prevalence and burden of migraine in the United States: data from the American Migraine Study II. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*, *41*(7), 646-657.

Manack, A. N., Buse, D. C., & Lipton, R. B. (2011). Chronic migraine: epidemiology and disease burden. *Current pain and headache reports*, *15*(1), 70–78.

Marcus, D. A., Scharff, L., Mercer, S., & Turk, D. C. (1998). Nonpharmacological treatment for migraine: incremental utility of physical therapy with relaxation and thermal biofeedback. *Cephalalgia : an international journal of headache*, *18*(5), 266–242. https://doi.org/10.1046/j.1468-2982.1998.1805266.x

Martelletti, P., & Steiner, T. J. (Eds.). (2011). *Handbook of headache: practical management*. Springer Science & Business Media.

Mendes, C. K. T. T., de Andrade, F. B., de Castro, D. N., Alves, M. D. S. F., de Vasconcelos Torres, G., Moreira, M. A. P., & Silva, A. O. (2014). Health, aging and quality of life: An evaluation of experience in family health unit through popular education. *Health*, *2014*

Miller, V. A., Palermo, T. M., Powers, S. W., Scher, M. S., & Hershey, A. D. (2003). Migraine headaches and sleep disturbances in children. *Headache*, *43*(4), 362–368. https://doi.org/10.1046/j.1526-4610.2003.03071.x

Millichap, J. G., & Yee, M. M. (2003). The diet factor in pediatric and adolescent migraine. *Pediatric neurology*, *28*(1), 9-15.

Munsch, S., Biedert, E., & Keller, U. (2003). Evaluation of a lifestyle change programme for the treatment of obesity in general practice. *Swiss medical weekly*, *133*(9-10), 148–154.

Newman, LC. (2009). Treatment of Migraine: Acute, preventive, and future therapies. American Academy of Neurology.

Olesen J. (2018). International Classification of Headache Disorders. *The Lancet. Neurology*, *17*(5), 396–397. https://doi.org/10.1016/S1474-4422(18)30085-1

Öntürk, H. (2018). *Akut migren ataklarında aromatik yağlarla yapılan masajın ağrının şiddeti ve yaşam kalitesine etkisi.* Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Öğe, B., YILDIRIM, İ., GENCER, Y. G., & Fatih, E. R. İ. Ş. Covid-19 Pandemi Döneminde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ile Yaşam Kalitesi İlişkisinin İncelenmesi. *Gaziantep Üniversitesi Spor Bilimleri Dergisi*, *6*(4), 343-358.

Öğütmen, B., Yıldırım, A., Sever, M., Bozfakioğlu, S., Ataman, R., Erek, E., Çetin, O. Ve Emel, A. (2006). Health- Related Quality Of Life Kidney Transplantation In Comprasion Intermitent Hemodialysis, Peritoneal Dialysis And Normal Controls. Transplantation Proceedings, 38(2), 419-421.

Özge A., Buğdaycı R., Şaşmaz T., Kaleağası H., Kurt Ö., Karakelle A., Tezcan H., Siva A. (2002). The Sensitivity And Specificity Of The Case Definition Criteria İn Diagnosis Of Headache. Cephalgia, 22: 791-8.

Özge, A., Uludüz, D., Domaç, F. (2021, Haziran 11). Küresel Migren ve Ağrı Derneği.

Türkiye Migren Raporu, İstanbul, Türkiye. https://migraine-pain.org/turkiye-migren-raporu-yayinlandi/

Özkan, İ. G., (2013). *Migren Hastalarında Öz Yeterlilik, Ağrıyla Başa Çıkmada Kendi Genel Yönetim Stratejileri ve Yaşam Kalilitesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi: Teorik Bir Modelin Test Edilmesi.* Doktora Tezi. Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Özkan, S., & Yılmaz, E. (2008). Hastanede çalışan hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, *3*(7), 89-105.

Öztoprak, F. S. & Ege, E. (2021). Kadın İşçilerin Kanser Bilgi Yükü İle Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları İlişkisinin İncelenmesi . Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi , 37 (2) , 141-156 . Doı: 10.53490/Egehemsire.809621

Özveren, H. (2011). Ağrı kontrolünde farmakolojik olmayan yöntemler. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, *18*(1), 83-92.

Patrick, D. L., Hurst, B. C., & Hughes, J. (2000). Further development and testing of the migraine-specific quality of life (MSQOL) measure. *Headache*, *40*(7), 550–560. https://doi.org/10.1046/j.1526-4610.2000.00086.x

Penzien, D. B., Rains, J. C., Andrew, M. E., Galovski, T. E., Mohammad, Y., & Mosely, T. (2001). Relationships of Daily stress, sleep and headache: a timeseries analysis. *Cephalalgia*, *21*, 262-263.

Perry, L., Xu, X., Gallagher, R., Nicholls, R., Sibbritt, D., & Duffield, C. (2018). Lifestyle Health Behaviors of Nurses and Midwives: The 'Fit for the Future' Study. *International journal of environmental research and public health*, *15*(5), 945. https://doi.org/10.3390/ijerph15050945

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.

Pınar, R. (2012). Türkiye'de hemşirelik alanında yaşam kalitesi. *Cerrahi Bakım ve Yaşam Kalitesi Sempozyumu*, 5-10.

Pistoia, F., Sacco, S., & Carolei, A. (2013). Behavioral therapy for chronic migraine. *Current pain and headache reports*, *17*(1), 304. https://doi.org/10.1007/s11916-012-0304-9

Robbins, MS., Grosberg BM., Lipton RB. (Eds). (2013). Headache. Black And Wiley, P:16,57,106-8.

Rohmann, J. L., Rist, P. M., Buring, J. E., & Kurth, T. (2020). Migraine, headache, and mortality in women: a cohort study. *The journal of headache and pain*, *21*(1), 27. https://doi.org/10.1186/s10194-020-01091-9

Rosenberg, L., Butler, N., & Seng, E. K. (2018). Health behaviors in episodic migraine: why behavior change matters. *Current Pain and Headache Reports*, *22*(10), 1-6.

Ross, A., Bevans, M., Brooks, A. T., Gibbons, S., & Wallen, G. R. (2017). Nurses and Health-Promoting Behaviors: Knowledge May Not Translate Into Self-Care. *AORN journal*, *105*(3), 267–275. https://doi.org/10.1016/j.aorn.2016.12.018

Saip S. (2005). Primer Başağrıları. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Nörolog Olmayanlar İçin Nöroloji Sempozyum Dizisi, 42, 35-62.

Saneei, P., Esmaillzadeh, A., Keshteli, A. H., Reza Roohafza, H., Afshar, H., Feizi, A., & Adibi, P. (2016). Combined Healthy Lifestyle Is Inversely Associated with Psychological

Disorders among Adults. *PloS one*, *11*(1), e0146888. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0146888

Sayılgan, N , Domaç, F , Güleç, H . (2019). Migren Ve Gerilim Tipi Baş Ağrısı Tanılı Bireylerde Psikiyatrik Eştanı Ve Yaşam Kalitesi İle İlişkisi: Ön Çalışma . Cukurova Medical Journal 44 (2019):44-51<Https://Dergipark.Org.Tr/En/Pub/Cumj/İssue/42403/448419>

Saxena, S., Orley, J., & WHOQOL Group (1997). Quality of life assessment: The world health organization perspective. *European psychiatry : the journal of the Association of European Psychiatrists*, *12 Suppl 3*, 263s–6s. https://doi.org/10.1016/S0924-9338(97)89095-5

Shafieyan, Z., Qorbani, M., Rastegari Mehr, B., Mahboubi, M., Rezapour, A., Safari, O., Ansari, H., Esmaeli Kia, M., Asayesh, H., & Mansourian, M. (2015). Association Between Lifestyle and Hypertension in Patients Referred to Health Care Centers of Ilam City in 2014. *Global journal of health science*, *8*(6), 161–167. https://doi.org/10.5539/gjhs.v8n6p161

Sharma, K., Remanan, R., & Singh, S. (2013). Quality of life and psychiatric co-morbidity in Indian migraine patients: a headache clinic sample. *Neurology India*, *61*(4), 355–359. https://doi.org/10.4103/0028-3886.117584

Silberstein S. D. (2004). Migraine. *Lancet (London, England)*, *363*(9406), 381–391. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(04)15440-8

Silberstein SD, Lipton R, Goadsby P. Headache in Clinical Practice. (2004). *Klinik Uygulamada Baş Ağrısı* p.69-112. Ertas, M. (Ed.) Demir GA. (Ed.). Demir, GA, (Çev.). Yelkovan Yayıncılık, İstanbul.

Silberstein SD, Stıles A, Young WB, Rozen TD. (2002). AnAtlas Of Headache-The Ansiklopedia of visual medicine series. New York, Parthenon Publishing

Silberstein, S. D., Lipton, R. B., Dodick, D. W., Freitag, F. G., Ramadan, N., Mathew, N., Brandes, J. L., Bigal, M., Saper, J., Ascher, S., Jordan, D. M., Greenberg, S. J., Hulihan, J., & Topiramate Chronic Migraine Study Group (2007). Efficacy and safety of topiramate for the treatment of chronic migraine: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Headache*, *47*(2), 170–180. https://doi.org/10.1111/j.1526-4610.2006.00684.x

Silvestrini, M., Bartolini, M., Coccia, M., Baruffaldi, R., Taffi, R., & Provinciali, L. (2003). Topiramate in the treatment of chronic migraine. *Cephalalgia : an international journal of headache*, *23*(8), 820–824. https://doi.org/10.1046/j.1468-2982.2003.00592.x

Siva, A. (2002). Baş ağrısı epidemiyolojisi. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Baş, Boyun, Bel Ağrıları Sempozyum Dizisi, 30: 9-14.

Somerville B. W. (1972). The role of estradiol withdrawal in the etiology of menstrual migraine. *Neurology*, *22*(4), 355–365. https://doi.org/10.1212/wnl.22.4.355

Sönmezler, A., İbrahim, Ü. N. A. L., & Yoldaş, T. K. (2013). Migren ve gerilim tipi baş ağrısının sağlığa ilişkin yaşam kalitesi üzerine etkileri. *Cukurova Medical Journal*, *38*(3), 374-381.

Söylemez, N. (2017). *Migren hastalarının ameliyat öncesi yaşam doyumları ile öz yeterlilikleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi*(Master's thesis, Sağlık Bilimleri Enstitüsü).

Stanaway, J. D., Afshin, A., Gakidou, E., Lim, S. S., Abate, D., Abate, K. H., ... & Bleyer, A. (2018). Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet*, *392*(10159), 1923-1994.

Stenholm, S., Head, J., Kivimäki, M., Kawachi, I., Aalto, V., Zins, M., Goldberg, M., Zaninotto, P., Magnuson Hanson, L., Westerlund, H., & Vahtera, J. (2016). Smoking, physical inactivity and obesity as predictors of healthy and disease-free life expectancy between ages 50 and 75: a multicohort study. *International journal of epidemiology*, *45*(4), 1260–1270. https://doi.org/10.1093/ije/dyw126

Sunay, E. (2022). *Migren hastalarında duygu düzenleme güçlüğünün ağrının şiddeti, ağrının süresi ve yeti yitimi ile ilişkisinin incelenmesi* (Master's thesis, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul).

Şafak, D. , Korkmazer, B. & Şahin, E. M. (2022). The Association between Migraine And Sleep Quality . Konuralp Medical Journal , 14 (1) , 124-131 . DOI: 10.18521/ktd.765038

Şafak, D. (2018). *Migren tipi baş ağrısında atak sıklığının uyku kalitesi ile ilişkisinin değerlendirilmesi* (Uzmanlık Tezi, Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı).

Şen, Ç., Karli, N., Zarifoğlu, M., Pala, K., Seferoğlu, M., & Özkaya, G. (2011). Impact of Migraine Treatment on Economic Burden and Workplace Productivity Among Migraineurs Employed in Schools: A Prospective Study. *Journal of Neurological Sciences*, *28*(4).

Şentürk, B., (2013). *Migreni Olan Kadınlarda Menstrüasyon Siklusunun Rolü ve Migrenin Yaşam Kalitesine Etkisi.* Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Şimşek, H., Öztoprak, D., İkizoğlu, E., Safalı, F., Yavuz, Ö., Onur, Ö., Tekel, Ş. ve Çiftçi, Ş. (2012). Tıp Fakültesi öğrencilerinde sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve ilişkili etmenler, *DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 26(3), 151-157.

Şimşek, H., Öztoprak, D., İkizoğlu, E., Safalı, F., Yavuz, Ö., Onur, Ö., Tekel, Ş. ve Çiftçi, Ş. (2012). Tıp Fakültesi öğrencilerinde sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve ilişkili etmenler, *DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 26(3), 151-157.

Taş, F., & Yılmaz, H.B. (2008). Quality of life concept in pediatric oncology patients. *Turkish Journal of Oncology*, *23*(2).

Taşdemir İÜ (2019). *Birinci basamakta takip edilen migren hastalarında yaşam kalitesinin ve yetiy itiminin araştırılması.* Tıpta Uzmanlık Tezi, T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi.

Taşkapılıoğlu Ö., & Karlı, N. (2013). Migrende Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. *Archives Of Neuropsychiatry/Noropsikiatri.*

Tekbaş, S., (2010). *Jinekolojik Kanser Hastalarında Yaşam Kalitesi Ve Tedavi Bakımının Etkileri.* Doktora Tezi, Trakya Üniversitesi.

The WHO (2004). *Cross-National Study of Health Behavior in School-Aged Children From 35 Countries; Findings From 2001-2002*. Journal of School Health, 74(6), 204-206.

Tombul, K., Balcıoğlu, İ., Ertem, D. H., Göksan, A. B. B., & Uludüz, D. U. (2015). Migren tipi başağrısı olan olgularda kişilik özellikleri. In *Yeni Symposium* (Vol. 53, No. 2, p. 30).

Topbaşı G. (1996). *Migrenli Hastaların Ağrı Algıları, Anksiyete ve Beden İmajı Doyum Düzeyinin Hemşirelik Bakım Planına Rehber Olacak Şekilde Değerlendirilmesi.* (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi) İstanbul Üniversitesi.

Tülek, Z., (2014). *Nörolojik Sistem Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı: Baş Ağrısı,* İç Hastalıkları Hemşireliği, In: Enç, N. (ed.), Nobel Tıp Kitabevleri,İstanbul, ISBN: 978-605-335-075-0, 300-305.

Uchendu, C., Windle, R., & Blake, H. (2020). Perceived Facilitators and Barriers to Nigerian Nurses' Engagement in Health Promoting Behaviors: A Socio-Ecological Model Approach. *International journal of environmental research and public health*, *17*(4), 1314. https://doi.org/10.3390/ijerph17041314

Uneri, O. S., Agaoglu, B., Coskun, A., & Memik, N. C. (2008). Validity and reliability of Pediatric Quality of Life Inventory for 2-to 4-year-old and 5-to 7-year-old Turkish children. *Quality of Life Research*, *17*(2), 307-315.

Unger, J. (2006). Migraine headaches: a historical prospective, a glimpse into the future, and migraine epidemiology.Disease-a-month,52(10), 367-384.

Uz, D., & Kitiş, Y. (2017). Bir Hastanede Çalışan Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ve Öz Etkililik Düzeylerinin Belirlenmesi. *Gazi Sağlık Bilimleri Dergisi*, *2*(3), 27-39.

Üneri, Ö., & Çakın Memik, N., (2007). Çocuklarda yaşam kalitesi kavramı ve yaşam kalitesi ölçeklerinin gözden geçirilmesi. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, *14*(1), 48-56.

Üre RS. (2010). *Migren hastalarında serum adiponektin düzeyleri.* Uzmanlık tezi. Başkent Üniversitesi.

Üzen, Ş. (2017). *Migreni Olan Bireylerde Lokal Soğuk Uygulamanın Baş Ağrısı Ve Yaşam Kalitesine Etkisi.* İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Walker, S. N., Volkan, K., Sechrist, K. R., & Pender, N. J. (1988). Health-promoting life styles of older adults: comparisons with young and middle-aged adults, correlates and patterns. *Advances in Nursing Science*.

Ware, J.E., Sherbourne, C.D. (1992). *The MOS 36-Item Healthy Survey, I. Conceptual Fromework and Item Selection*. Med Care, 30(6), 473-483.

Wells, R. E., O'Connell, N., Pierce, C. R., Estave, P., Penzien, D. B., Loder, E., Zeidan, F., & Houle, T. T. (2021). Effectiveness of Mindfulness Meditation vs Headache Education for Adults With Migraine: A Randomized Clinical Trial. *JAMA internal medicine*, *181*(3), 317–328. https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2020.7090

Wright, W. L. (2008). Assessing functional impairment during and between migraine attacks. *The Journal for Nurse Practitioners*, *4*(3), 201-207.

Yalçınkaya, M., Özer, F.G., & Karamanoğlu, A. Y. (2007). Sağlık çalışanlarında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni,6(6), 409-420.

Yaman, M., Demirkıran, M. K., & Serdar, O. R. U. Ç. (2007). Migrende Basagrisini Tetikleyici ve Kötülestirici Faktörler. *Duzce Medical Journal*, *9*(3), 9-13.

Yayla, M. (2013). Birinci Basamağa Başvuran Klasik Migrenli ve Kronik Günlük Başağrılı Hastalarda Sosyodemografik ve Semptomatik Faktörlerin Değerlendirilmesi ve Karşılaştırılması. *Ankara Medical Journal*, *13*(2), 54-56.

Yılmaz, E. (2006). *Kronik ağrılı hastalarda yaşam kalitesi.* (Doctoral dissertation, Marmara Universitesi (Turkey)).

Yılmaz, E. (2012). Cerrahi hemşireliği ve yaşam kalitesi ile ilgili yapılan çalışmalar-Ulusal boyut. *Cerrahi Bakım ve Yaşam Kalitesi*.

Yoldaş T, Dönmez H, Solak E, Çolpak Işıkay A., (2008). Ardışık 103 migren hastasında MİDAS skorları ve demografik / klinik özellikler. Türk Nöroloji Dergisi, 14(6), 388 - 393

Yücel, Y. (2008). Migren Baş Ağrısında Tanı Ve Tedavi Yaklaşımları.. *Dicle Tıp Dergisi,* 35(4):281-6.

Zaman M. (2007). *Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi"nde Çalışan Yardımcı Sağlık Personelinin Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi.* Yüksek Lisans Tezi, Erciyes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Zaybak, A. Ve Fadıloglu, Ç. (2004). Üniversite Öğrencilerinin Sağlığı Geliştirme Davranışı Ve Bu Davranışı Etkileyen Etmenlerin Belirlenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 20(1):71–95.

EKLER

EK-1: Hasta Bilgi Formu

EK-2: Migrene Bağlı Günlük Aktivitelerde Yetersizlik Düzeyi Değerlendirme Formu (MIDAS)

EK-3: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (SYBD II)

EK-4: Short Form 36 (SF-36)

EK-5: Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

EK-6: Ölçek İzin Belgeleri

EK-1 : Hasta Bilgi Formu

A. Sosyodemografik Özellikler

Ad Soyad: Telefon:

Yaşı: Cinsiyeti: Kadın ( ) Erkek ( )

Eğitim durumu: 1. Okur yazar ( ) 2. İlkokul ( ) 3. Ortaöğrenim ( ) 4.Lise ( ) 5. Üniversite ( ) 6. Lisanüstü ( )

Medeni Durum: 1. Evli ( ) 2. Bekar ( ) 3. Dul veya ayrı yaşıyor( )

Çocuk Sahibi Olma Durumu: 1. 1-2 çocuk ( ) 2. 3 çocuk ve üzeri ( ) Yok ( )

Çalışma Durumu: Çalışıyor ( ) Çalışmıyor ( ) Emekli ( ) Öğrenci ( ) Ev Hanımı ( )

İşiniz: ……

Çalışma Düzeni: 1.Mesai Saatleri içerisinde ( ) 2.Vardiyalı ( ) 3. Fazla Mesaili ( ) 4. Benim için geçerli değil ( )

Sosyal Güvenceniz var mı? 1. Evet ( ) 2. Hayır( )

Gelir Durumu: 1.Gelir gidere göre az ( ) 2. Gelir gidere eşit ( ) 3. Gelir gidere göre fazla ( )

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

Kiminle Birlikte Yaşamaktasınız?

1.Evde Yalnız( ) 2. Eş ( ) 3. Eş ve çocuklar ( ) 4 .Ailesi İle Birlikte ( )

B. Hastalıkla İlgili Özellikler

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

2. Ailede migren tanısı alan sizin dışınızda başka birey var mı?
□ Evet □ Hayır

3. Baş Ağrınızın karakterini nasıl tanımlarsınız? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)
□Zonklayıcı □Sıkıştırıcı □Basınç hissi □Diğer (oyucu, elektrik çarpmış gibi, iğne batma hissi, vb.)

4. Baş ağrısınızın sıklığı:
□ Her gün □ Haftada 4-6 gün □ Haftada 1-3 gün □ 2 haftada 1 □ Ayda 1
□ Hiç Geçmiyor □ Diğer:.....

5. Baş ağrınızın süresi ne uzunluktadır?
□1 saatten kısa □1-4 saat arasında □4-12 saat arasında □12-24 saat arasında □24 saatten uzun

6. 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

7. Baş ağrısını, başınızın hangi bölümünde daha yoğun hissediyorsunuz? (Dikkat birden fazla cevap işaretlenebilir!)

□Ağrı, başın tek yanına sınırlı
□İki taraflı, ama başın bir yanında daha belirgin
□İki yanda aynı/ tüm baş ağrıyor
□Şakakta
□Kafa arkasında
□Göz etrafında
□Kafanın tepesinde
□Boyun ağrısı daha belirgin

8. Baş ağrısı ile birlikte aşağıdaki rahatsızlıklardan hangisini veya hangilerini hissediyorsunuz? (Dikkat: Birden fazla cevap işaretlenebilir!)

Bulantı □	Gözde yaşarma □
Kusma □	Gözde Kızarma □
Işıktan Rahatsızlık □	Burun Akıntısı □
Sesten Rahatsızlık □	Göz Kapağında Düşme □
Kokudan Rahatsızlık □	Yüzde Kızarma □
Baş Dönmesi □	Yüzde Terleme □
Bayılır gibi olmak,halsizlik □	Kulak Çınlaması □
Diğer:	

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

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

11.Varsa hastalığa ilişkin bir ilaç kullanıyor musunuz? □ Evet □ Hayır

12. Baş ağrısının özelliği:
□ Sürekli □ Ataklar halinde □ Sürekli ama zaman zaman şiddetlenen □Kümeler Halinde
□ Diğer…….

13. Menopoza girdiniz mi? □ Evet □ Hayır □ Bu benim için geçerli değil

14. Baş ağrınızın adetle (menstrüasyon) ile ilişkisi: □ Var. □ Yok □ Bu benim için geçerli değil

15. Baş ağrınızın öncesinde başlayan 5 ila 60 dk süren ve sonrasında tamamen kaybolan aşağıdaki şikayetlerden size eşlik eden var mı?
□Görsel şikayetler (zigzag çizgiler, parlak şekiller.. gibi)
□Konuşma bozukluğu (belirgin sarhoşvari konuşma gibi)
□Baş dönmesi, çift görme.
□Kol/bacak ya da hem kol hem de bacağınızda geçici güç kaybı (uyuşma değil!)
□Ağrı öncesinde şikayetim olmaz

16. Baş ağrınızla ilgili ağrı kesici alıyor musunuz? □ Evet □ Hayır

17. Cevabınız evet ise; baş ağrınız ilaç aldığınızda ne kadar sürede geçiyor ? ……..

18. Baş ağrınız için kullandığınız ilaçları yazınız? ……..

19. Baş ağrısı şikayetiniz için aldığınız bu ağrı kesici ilaçların kullandığınız miktarını işaretleyiniz?
□Haftada 1-3 adet □ Haftada 4-7 adet □ Günde 2-4 adet □ Günde 4 adetten fazla
□ Düzensiz değişebiliyor

20. Baş ağrısı şikayetiniz için aldığınız ağrı kesici ilaçları, bu sıklıkta ne zamandır kullanıyorsunuz?

□ 1 aydan az □ 1 ay □6-12 ay □12-24 ay □4-5 yıl

21. Baş ağrınızı tetikleyen faktörler nelerdir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

Öğün atlama/açlık □	Parlak Işık, Güneş □	Gürültü/ Ses □
Diyet yapmak □	Regl dönemi □	Okuma □
Stres □	Güçlü/Ağır Kokular □	Öksürme/Hapşırma □
Yorgunluk □	Yiyecek, içecekler (çay,kahve,çikolata,peynir, diğer…..) □	Fazla televizyon seyretmek/ Bilgisayar ekranına/ telefona bakmak □
Yetersiz Uyku □	Sigara Dumanı/ Sigara Kullanmak □	Hava Değişikliği (nem, sıcaklık veya soğuk hava) □
Fazla/Aşırı uyku □	Seyahat □	Diğer: …….

C. Yaşam Şekli İle İlgili Özellikler

1. Sigara kullanıyor musunuz?

□ Hiç içmemiş □ Bırakmış □ Evet

2.Alkol kullanıyor musunuz?

□ Hayır hiç kullanmam □ Bıraktım ( )

□ Evet, sadece sosyal ortamlarda kullanırım

□ Evet kullanırım. Ayda 1-3 kez ( ) haftada 1-5 kez ( ) hemen hemen her gün ( )

3.Günde kaç öğün yemek yersiniz? Ana Öğün: ..... Ara Öğün: .....

4.Fast-food tüketim sıklığınız ?

1.Ayda 1-3 kez () 2.Haftada 1-5 kez ( ) 3.Hemen hemen her gün ( ) 4. Hiç tüketmem ( )

Boy: Kilo:

5.Günde kaç bardak su tüketirsiniz ?

……. bardak ……. Lt. (Araştırmacı tarafından doldurulacaktır.)

6..Günlük ortalama kahve tüketiminiz ne kadardır ?

…….. kupa/fincan ……. Kahve Kahve Tüketmiyorum ( )

7. Günde kaç saat uyursunuz? 1. 4-6 Saat ( ) 2. 6-8 Saat. ( ) 3. 8-10 saat

8. Herhangi bir uyku sorununuz var mı ? □ Evet □ Hayır

9. Sabahları dinlenmiş uyanır mısınız? □ Evet □ Hayır

EK-2 : Migrene Bağlı Günlük Aktivitelerde Yetersizlik Düzeyi Belirleme Formu (MIDAS)

(Migrene Bağlı Günlük Aktivitelerde Yetersizlik Düzeyi Belirleme Formu)

TALİMATLAR: Lütfen son üç ay içinde yaşadığınız BÜTÜN baş ağrılarını düşünerek aşağıdaki soruları cevaplayınız. Cevaplarınızı her sorunun sonunda yer alan kutuya yazınız. Eğer son üç ay içerisinde söz konusu etkinliği hiç yapmadıysanız kutuya '0' yazınız.

*****MIDAS Anketi son birkaç ayda migrenin sizi ne denli etkilediğini değerlendirmek amacı ile geliştirilmiştir.**

1- Son üç ay içinde kaç gün, baş ağrısı nedeniyle okulunuza ya da işinize gidemediniz? ☐

2- Son üç ay içinde kaç gün, baş ağrınız yüzünden işte veya okuldaki verimliliğinizde yarı yarıya ya da daha fazla azalma oldu? ☐

(1. maddede cevapladığınız, okula ya da işe gitmediğiniz günleri saymayın)

3- Son üç ay içinde kaç gün, baş ağrınız yüzünden ev işlerinizi yapamadınız? ☐

4- Son üç ay içinde kaç gün, baş ağrısı nedeniyle ev işlerinizde verimliliğiniz yarı yarıya azaldı? ☐

(3. maddede cevapladığınız, ev işi yapamadığınız günleri saymayın)

5- Son üç ay içinde kaç gün, baş ağrınız yüzünden ailenizi, sosyal ya da boş zamanlarınızdaki aktivitelerinizi ihmal ettiniz? ☐

TOPLAM MIDAS PUANI: ☐

EK-3 : Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (SYBD II)

Bu ankette şu anki yaşam tarzınız ve alışkanlıklarınız ile ilgili sorular yer almaktadır. Lütfen soruları mümkün olduğu kadar doğru ve eksiksiz yanıtlayınız. Her alışkanlığınızın sıklığını uygun seçeneği daire içine alarak belirtiniz. Hiçbir zaman 1, bazen 2, sık sık 3, düzenli olarak 4 olarak değerlendirilmektedir.

		Hiçbir Zaman	**Bazen**	**Sık Sık**	**Düzenli**
1	Bana yakın olan kişilerle endişelerimi ve sorunlarımı tartışırım				
2	Sıvı ve katı yağı, kolesterolü düşük bir diyeti tercih ederim				
3	Doktora ya da bir sağlık görevlisine, vücudumdaki olağandışı belirti ve bulguları anlatırım				
4	Düzenli bir egzersiz programı yaparım				
5	Yeterince uyurum				
6	Olumlu yönde değiştiğimi ve geliştiğimi hissederim				
7	İnsanları başarıları için takdir ederim				
8	Şekeri ve tatlıyı kısıtlarım				
9	Televizyonda sağlığı geliştirici programları izler ve bu konularla ilgili kitapları okurum				
10	Haftada en az üç kez 20 dakika ve/veya daha uzun süreli egzersiz yaparım (hızlı yürüyüş, bisiklete binme, aerobik, dans gibi)				
11	Her gün rahatlamak için zaman ayırırım				
12	Yaşamımın bir amacı olduğuna inanırım				
13	İnsanlarla anlamlı ve doyumlu ilişkiler sürdürürüm				
14	Her gün 6-11 porsiyon ekmek, tahıl, pirinç ve makarna yerim				
15	Sağlık personeline önerilerini anlamak için soru sorarım				
16	Hafif ve orta düzeyde egzersiz yaparım (Örneğin haftada 5 kez ya da daha fazla) yürürüm				
17	Yaşamımda değiştiremeyeceğim şeyleri kabullenirim				
18	Geleceğe umutla bakarım				
19	Yakın arkadaşlarıma zaman ayırırım				
20	Her gün 2-4 porsiyon meyve yerim				
21	Her zaman gittiğim sağlık personelinin önerileri ile ilgili sorularım olduğunda başka bir sağlık personeline danışırım				
22	Boş zamanlarımda yüzme, dans etme, bisiklete binme gibi eğlendirici fizik aktiviteler yaparım				
23	Uyumadan önce güzel şeyler düşünürüm				
24	Kendimle barışık ve kendimi yeterli hissederim				
25	Başkalarına ilgi, sevgi ve yakınlık göstermek benim için kolaydır				
26	Her gün 3-5 porsiyon sebze yerim				
27	Sağlık sorunlarımı sağlık personeline danışırım				

		Hiçbir Zaman	Bazen	Sık Sık	Düzenli
28	Haftada en az üç kere kas güçlendirme egzersizleri yaparım				
29	Stresimi kontrol etmek için uygun yöntemleri kullanırım				
30	Hayatımdaki uzun vadeli amaçlar için çalışırım				
31	Sevdiğim kişilerle kucaklaşırım				
32	Her gün 3-4 kez süt, yoğurt veya peynir yerim				
33	Vücudumu fiziksel değişiklikler, tehlikeli bulgular bakımından ayda en az bir kez kontrol ederim				
34	Günlük işler sırasında egzersiz yaparım (örneğin, yemeğe yürüyerek giderim, asansör yerine merdiven kullanırım, arabamı uzağa parkederim)				
35	İş ve eğlence zamanımı dengelerim				
36	Hergün yapacak değişik ve ilginç şeyler bulurum				
37	Yakın dostlar edinmek için çaba harcarım				
38	Hergün et, tavuk, balık, kuru bakliyat, yumurta, çerez türü gıdalardan 3-4 porsiyon yerim				
39	Kendime nasıl daha iyi bakabileceğim konusunda sağlık personeline danışırım				
40	Egzersiz yaparken nabız ve kalp atışlarımı kontrol ederim				
41	Günde 15-20 dakika gevşeyebilmek, rahatlayabilmek için uygulamalar yaparım				
42	Yaşamımda benim için önemli olan şeylerin farkındayım				
43	Benzer sorunu olan kişilerden destek alırım				
44	Gıda paketlerinin üzerindeki besin, yağ ve sodyum içeriklerini belirleyen etiketleri okurum.				
45	Bireysel sağlık bakımı ile ilgili eğitim programlarına katılırım.				
46	Kalp atımım hızlanana kadar egzersiz yaparım.				
47	Yorulmaktan kendimi korurum.				
48	İlahi bir gücün varlığına inanırım.				
49	Konuşarak ve uzlaşarak çatışmaları çözerim.				
50	Kahvaltı yaparım.				
51	Gereksinim duyduğumda başkalarından danışmanlık ve rehberlik alırım.				
52	Yeni deneyimlere ve durumlara açığım.				

EK-4 : Kısa Form 36 (Short Form 36) SF-36

Aşağıdaki sorular sizin kendi sağlığınız hakkındaki görüşünüzü, kendinizi nasıl hissettiğinizi ve ağrınız sırasında günlük aktivitelerinizi ne kadar yerine getirebildiğinizi öğrenmek amacındadır. Size uygun yanıtı verin.

1-Genel sağlık durumunuz hakkında aşağıdaki tanımlardan hangisi doğrudur?

1)Mükemmel 2) Çok iyi 3) İyi 4) Orta (fena değil) 5) Kötü

2-Bir yıl öncesi ile karşılaştırdığınızda genel sağlık durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?

1)Bir yıl öncesinden çok daha iyi 2) Bir yıl öncesinden biraz iyi 3) Hemen hemen aynı 4)Bir yıl öncesinden biraz daha kötü 5) Bir yıl öncesinden çok daha kötü

3. Aşağıdaki maddeler gün boyunca yaptığınız etkinlikler ile ilgilidir. Sağlığınız şimdi bu etkinlikleri kısıtlıyor mu? Kısıtlıyorsa ne kadar?

	Evet, oldukça kısıtlıyor	Evet, biraz kısıtlıyor	Hayır, hiç kısıtlamıyor
a) Zorlu aktiviteler; örneğin koşma, ağır eşyaları kaldırma, zor sporlara katılma vb.			
b) Orta derecede aktiviteler; örneğin bir masayı kaldırma, elektrikli süpürgeyi itme, hafif sporlara katılma vb			
c)Ağır kaldırma ve yük taşıma			
d) Tek bir merdiven basamağını çıkma			
e) Çok sayıda merdiven basamağını çıkma			
f) Öne eğime, çömelme veya diz çökme			
g)Bir kilometre yürüme			
h) İki kilometreden fazla yürüme			
i) 100 m yürüme			
j)Kendi kendine banyo yapma veya giyinme			

4-Son 4 hafta içinde çalışma sırasında veya günlük aktiviteleriniz sırasında aşağıdaki problemlerden herhangi birini yaşadınız mı?

	Evet	**Hayır**
a)Çalışma yaşamınızda veya diğer aktivitelerinizde geçirdiğiniz zamanı kısalttınız mı?		
b)Hedeflediğinizden daha azını mi yaptınız?		
c)Çalışma veya diğer yaptığınız işlerin çeşidinde kısıtlama yaptınız mı?		
d) Çalışma yaşamınızda veya diğer aktivitelerinizi yapmakta güçlük çektiniz mi?(aşırı efor gösterdiniz mi?)		

5-Son 4 hafta içinde çalışma sırasında veya günlük aktiviteleriniz sırasında duygusal sorunlar nedeniyle (depresyon veya sıkıntı gibi nedenlerle) aşağıdaki problemlerden herhangi birini yaşadınız mı?

	Evet	**Hayır**
a)Çalışma yaşamınızda veya diğer aktivitelerinizde geçirdiğiniz zamanı kısalttınız mı?		
b)Hedeflediğinizden daha azını mı yaptınız?		
c)Çalışma veya diğer aktivitelerinizi her zamanki gibi dikkatlice yapabildiniz mi?		

6-Son 4 hafta içinde fizik sağlığınız veya duygusal sorunlarınız sizin ailenizle, arkadaşlarınızla, komşularınızla olan sosyal ilişkilerinizi ne ölçüde etkiledi?

1)Hiç etkilemedi 2) Çok az 3)Orta derecede 4)Oldukça 5)Çok fazla

7-Son 4 hafta içinde ne kadar ağrınız oldu?

1)Hiç olmadı 2)Çok az 3) Az 4)Orta derecede 5)Çok 6)Çok Şiddetli

8-Son 4 hafta içinde ağrınız sizin normal çalışmanızı ne kadar etkiledi?

1)Hiç etkilemedi 2) Biraz etkiledi 3) Orta derecede etkiledi 4) Oldukça etkiledi 5) Çok etkiledi

9-Aşağıdaki cümlelerin sizin için ne kadar doğru ya da yanlış olduğunu belirtiniz.

	Kesinlikle Doğru	**Çoğunlukla Doğru**	**Emin Değilim**	**Çoğunlukla Yanlış**	**Kesinlikle Yanlış**
a) Ben diğer insanlara göre daha kolay hastalanıyorum					
b) Tanıdığım kişiler kadar sağlıklıyım					
c) Sağlığımın kötüleşmekte olduğunu düşünüyorum					
d) Sağlığım mükemmel					

10- Aşağıdaki sorular duygularınızı ve son bir ay içinde nasıl olduğunuzu anlamak için düzenlenmiştir. Her bir soru için lütfen size en uygun tek bir yanıtı işaretleyin.

	Her zaman	**Çoğu Zaman**	**Oldukça**	**Bazen**	**Nadiren**	**Hiçbir Zaman**
1)Kendinizi yaşam dolu olarak mı hissediyorsunuz?						
2)Çok sinirli biri mi oldunuz?						
3)Sizi hiç bir şeyin neşelendiremeyeceği kadar kendinizi üzgün hissettiniz mi?						
4)Kendinizi sakin ve barışçı hissettiniz mi?						

5)Çok enerjik oldunuz mu?						
6)Kendinizi kalbi kırık ve üzgün hissettiniz mi?						
7)Kendinizi yıpranmış hissettiniz mi?						
8)Mutlu bir insan oldunuz mu?						
9)Yorgunluk hissettiniz mi?						

11) Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız sosyal etkinliklerinizi (arkadaş veya akrabalarınızı ziyaret etmek gibi) ne sıklıkta etkiledi?

1) Sürekli 2) Çoğu Zaman 3) Bazen 4)Ara sıra 5) Hiç bir zaman

EK-5: Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

YAZILI BİLGİLENDİRME VE ONAM FORMU

İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı

Sayın katılımcı,

'Migren Hastalarının Yaşam Kalitesi İle Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi' adlı bu araştırma ile migren hastalarının sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi belirlenerek hastalığın yönetiminin sağlanmasında etkili faktörlerin belirlenmesi ve bakımın planlanmasında hemşirelere yol göstereceği düşünülmektedir.

Çalışma için sizden, araştırmacı tarafından yüz yüze doldurulacak olan Hasta Bilgi Formu, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Yaşam Kalitesi Ölçeğine eksiksiz cevap vermeniz beklenmektedir. Sorulara vereceğiniz yanıtların içtenlikle olması cevapların geçerliliği açısından oldukça önemlidir. Bu nedenle gerçeği yansıtan yanıtlar vermenizi rica ederim.

Araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Bu formu okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz lütfen formu imzalayınız

Bu veriler bilimsel nitelikli yayınlarda kullanılmasının yanı sıra başka bir yerde kullanılmayacak ve başkalarına verilmeyecektir. Kimlik ilgileriniz alınmayacaktır. Bu araştırmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme yapılmayacaktır.

Yardımlarınız ve içtenliğiniz için teşekkür ederim.

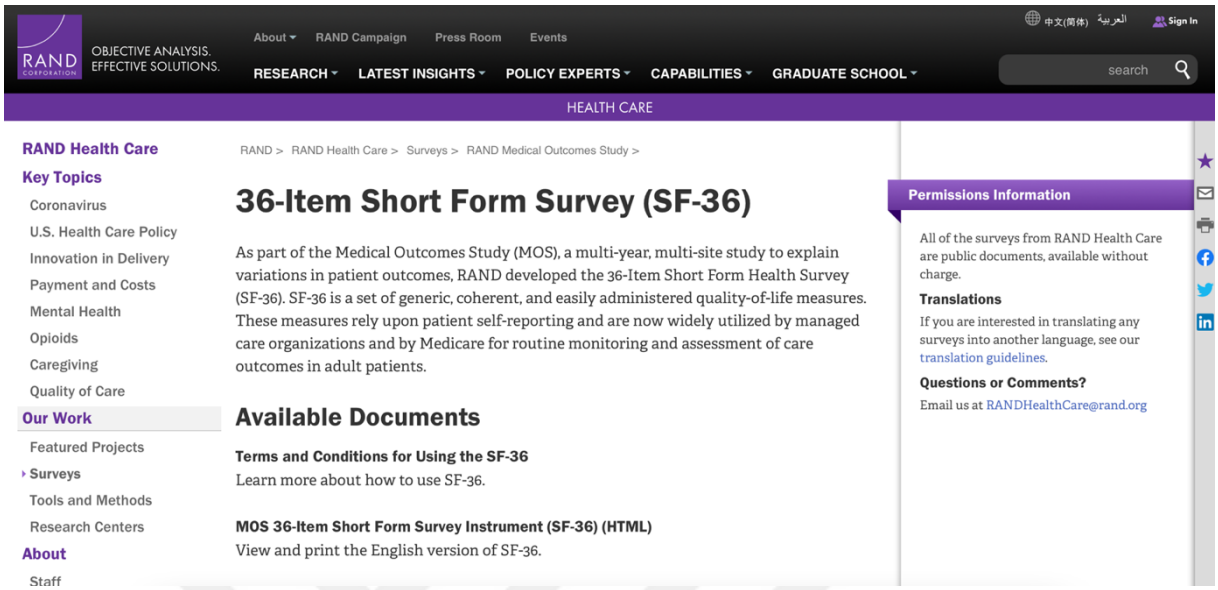
Danışman	**Araştırmacı**
Doç. Dr. Zeliha TÜLEK	Zeynep TURGUT

EK-6: Ölçek İzinleri

EK-6.1 : Migrene Bağlı Günlük Aktivitelerde Yetersizlik Düzeyi Belirleme Formu (MIDAS)

EK-6.2: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (SYBD II)

EK-6.3: Kısa Form 36 (Short Form 36) SF-36



İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI

MİGREN HASTALARININ YAŞAM KALİTESİ VE SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ (1)

ORİJİNALLİK RAPORU

%14	%14	%5	%8
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

TÜM KAYNAKLARI EŞLEŞTİR (SADECE SEÇİLİ OLAN KAYNAĞI YAZDIR)

%13

★ acikbilim.yok.gov.tr

İnternet Kaynağı

Alıntıları çıkart	üzerinde	Eşleşmeleri çıkar	Kapat
Bibliyografyayı Çıkart	üzerinde		

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.**

Zeynep TURGUT ERTUĞRUL

İÜC Tarih ve Sayı: 27.12.2021-273692

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.**

Zeynep TURGUT ERTUĞRUL

ÖZGEÇMİŞ