



**MİGREN HASTALARINDA AĞRIYLA BAŞA ÇIKMADA
KENDİ GENEL YÖNETİM STRATEJİLERİ VE
ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

Buse EKİNCİ
İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Tez Danışmanı
Prof. Dr. Mehtap TAN

Yüksek Lisans Tezi-2023



SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
Graduate School of Health Sciences

**MİGREN HASTALARINDA AĞRIYLA BAŞA ÇIKMADA
KENDİ GENEL YÖNETİM STRATEJİLERİ VE
ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

Buse EKİNCİ

**İç Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi**

**Tez Danışmanı
Prof. Dr. Mehtap TAN**

**ERZURUM
2023**

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER	I
TEŞEKKÜR	III
ÖZET	IV
ABSTRACT.....	V
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	VI
TABLolar DİZİNİ.....	VII
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1.Migrenin Tanımı	3
2.2. Epidemiyolojisi	3
2.3. Patogenez	4
2.4. Migrende Tanı ve Sınıflandırma.....	4
2.4.1. Auralı Migren	5
2.4.2. Aurasız Migren	6
2.5.Migrenin Kliniği	7
2.5.1. Prodrom Evresi	7
2.5.2.Aura Evresi	7
2.5.3. Baş Ağrısı Evresi	7
2.5.4. Postdrom Evresi	8
2.6.Migrenin Tetikleyicileri	8
2.7. Migren de Tedavi.....	9
2.7.1. Farmakolojik Tedavi.....	9
2.7.1.1. Akut Tedavi	9
2.7.1.2. Profilaktik Tedavi	10

2.7.2.Non- farmakolojik Tedavi	10
2.8. Migrenli Hastalarda Kendi Kendine Hastalık Yönetim Stratejileri.....	11
2.9. Migrende Hemşirelik Yaklaşım.....	14
3. MATERYAL VE METOT.....	16
3.1. Araştırmanın Tipi.....	16
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	16
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi.....	16
3.4. Veri Toplama Araçları	16
3.4.1. Hasta Bilgi Formu	17
3.4.2. Migrenli Hastalarda Kendi Kendine Hastalık Yönetim Stratejileri Ölçeği	17
3.5. Verilerin Toplanması	17
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi	18
3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	19
3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri	19
4. BULGULAR.....	20
5. TARTIŞMA.....	47
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	57
KAYNAKLAR	60
EKLER	69
EK-1. ETİK BİLDİRİM VE İNTİHAL BEYAN FORMU	69
EK-2. ETİK KURUL ONAY FORMU	70
EK-3. KURUM İZNİ	71
EK-4. KİŞİSEL BİLGİ FORMU	72
EK-5. MİGRENLİ HASTALARDA KENDİ KENDİNE HASTALIK YÖNETİM STRATEJİLERİ ÖLÇEĞİ	78

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans sürecim boyunca her durumda desteğini hissettiğim, kariyerimde rol model aldığım değerli danışman hocam Prof. Dr. Mehtap TAN’a en derin saygı ve şükranlarımı sunarım.

Her zaman desteğini hissettiğim, başaracağıma inanmamı sağlayan değerli meslektaşım Gülüstan DAYAN’a ,

Her daim beni destekleyen ve bana inanan, kendimi dünyanın en şanslı insanı olarak görmemi sağlayan aileme, Sonsuz teşekkür ederim.

Buse EKİNCİ

ÖZET

Migren Hastalarında Ağrıyla Başa Çıkmada Kendi Genel Yönetim Stratejileri ve Etkileyen Faktörler

Amaç: Bu araştırma, migren hastalarında ağrıyla başa çıkmada kendi genel yönetim stratejileri ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla tanımlayıcı-kesitsel tipte gerçekleştirilmiştir.

Materyal ve Metot: Araştırma, Temmuz 2022-Aralık 2023 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırmanın evrenini Temmuz 2022-Nisan 2023 Iğdır Aralık İlçe Toplum Sağlığı Merkezine bağlı aile hekimliği birimlerine başvuran ve migren tanısı alan hastalar oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemini ise bu tarihler arasında araştırma kriterlerini sağlayan 150 migren hastası oluşturmuştur. Araştırmanın verileri, Kişisel Bilgi Formu ve Migrenli Hastalarda Kendi Kendine Hastalık Yönetim Stratejileri Ölçeği (MHKKHYSÖ)'ni kullanılarak elde edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde Cronbach Alpha güvenirlik analizi, Kolmogorov-Smirnov (K-S) testi, tanımlayıcı istatistik testleri, bağımsız gruplarda t testi ve Tek Yönlü ANOVA Varyans Analizi kullanılmıştır. Araştırmada, anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak alınmıştır.

Bulgular: Araştırmada MHKKHYSÖ alt boyutlarından Palyatif Stratejiler alt boyut puanı 2.52, Kaçınılması Gereken Stratejiler alt boyut puanı 3.08, Sistemik Bilişsel ve Davranışsal Stratejiler alt boyut puanı 3.07 ve Sistemik Kas Gerilimini Azaltan Stratejiler altboyut puanı 1.90 olarak bulunmuştur. Araştırmada, migrenli hastaların eğitim durumu, çocuk sayısı, migren tanı süresi, migrende baş ağrısı sıklığı, migren kaynaklı baş ağrısında genel durumu, migrende baş ağrısı şiddeti, migren baş ağrısında reçete edilmeyen ilaç kullanma durumuna göre migren hastalığında kendi kendine hastalık yönetim stratejileri puanı açısından anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği belirlenmiştir.

Sonuç: Araştırmada, migrenli hastaların MHKKHYSÖ'nden ortalama 2.67 ± 0.55 puan ile migren hastalığında kendi kendine hastalık yönetim stratejilerini kullanımının orta düzeyde olduğu; hastalık yönetim stratejileri açısından kas gerilimini azaltan stratejilerini kullanımlarının en düşük, kaçınılması gereken stratejileri kullanımının ise en yüksek olduğu saptanmıştır. Migren hastalarında eğitim durumu, migren tanı süresi, baş ağrısı sıklığı ve şiddeti ile reçete edilmeyen ilaç kullanma durumunun ağrıyla başa çıkmada kendi genel yönetim stratejilerini etkileyen faktörler arasında bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Ağrı ile başa çıkma, hastalık yönetim stratejisi, hemşirelik, migren

ABSTRACT

Own General Management Strategies and Affecting Factors in Coping with Pain in Migraine Patients

Aim: This study was carried out in a descriptive-sectional type in order to determine the general management strategies and influencing factors in coping with pain in migraine patients.

Material and Methods: The research was conducted between July 2022 and December 2023. The population of the research consisted of patients who applied to family medicine units affiliated with Iğdır Aralık District Community Health Center between July 2022 and April 2023 and were diagnosed with migraine. The sample of the research consisted of 150 migraine patients who met the research criteria between these dates. The data collection form including the Personal Information Form and the Scale of Self-Illness Management Strategies in Migraine Patients (MPMISSS). Cronbach Alpha reliability analysis, Kolmogorov-Smirnov (K-S) test, descriptive statistics tests, independent groups t test and One Way ANOVA Analysis of Variance were used to evaluate the data. In the study, the level of significance was taken as $p < 0.05$.

Results: In the study, the sub-dimensions of MHKKHYSÖ Palliative Strategies sub-dimension score was 2.52, Strategies to be Avoided sub-dimension score was 3.08, Systematic Cognitive and Behavioural Strategies sub-dimension score was 3.07 and Systematic Strategies to Reduce Muscle Tension sub-dimension score was 3.07. It was determined that the patients with migraine differed significantly in terms of self-management strategies score in migraine disease according to their education level, number of children, migraine diagnosis duration, migraine headache frequency, general condition in migraine-induced headache, migraine headache severity, and non-prescribed medication use in migraine headache.

Conclusion; In the study, it was found that the use of self-management strategies in migraine patients was moderate, with a mean score of 2.67 ± 0.55 on the MPMISSS; in terms of disease management strategies, it was determined that the use of strategies that reduce muscle tension was the lowest, and the use of strategies to be avoided was the highest. In the study, the use of self-management strategies in migraine disease was moderate; Educational status, duration of migraine diagnosis, frequency and severity of headache, and use of non-prescribed medication were found to be among the factors affecting their general management strategies in coping with pain in migraine patients.

Keywords: Coping with pain, disease management strategy, migraine, nursing

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

BKİ	: Beden Kitle İndeksi
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
ICDH	: Uluslararası Baş Ağrısı Bozuklukları Sınıflandırması
IHS	: Uluslararası Baş ağrısı Derneği
KYD	: Kortikal Yayılan Depresyon
MAX	: Maksimum
MHKKHYSÖ	: Migrenli Hastalarda Kendi Kendine Hastalık Yönetim Stratejileri Ölçeği
MİN	: Minimum
NSAİİ	: Nonstreoid İnflamatuvar İlaç

TABLÖLAR DİZİNİ

<u>Tablo No</u>	<u>Sayfa No</u>
Tablo 2.1. Migrenli hastaların ağrı yönetiminde kullandıkları stratejiler	14
Tablo 3.1. MHKKYSÖ ve alt boyutlarına ilişkin çarpıklık ve basıklık değerleri	18
Tablo 3.2 MHKKHYSÖ ve alt boyutlarına ait iç tutarlılık katsayısı cronbach alfa değerleri	19
Tablo 4.1. Migrenli hastaların tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı	20
Tablo 4.2. Migrenli hastaların migren hastalığıyla ilgili özelliklerinin dağılımı	22
Tablo 4.3. Migrenli hastaların migren atağıyla ilgili özelliklerinin dağılımı	23
Tablo 4.4. Migrenli hastaların migren atağı sırasında yaşadığı semptomların dağılımı	26
Tablo 4.5. Migrenli hastaların migren tedavisiyle ilgili özelliklerinin dağılımı	27
Tablo 4.6. Migrenli hastaların migren atağını etkileyen faktörlerin dağılımı	28
Tablo 4.7. Migrenli hastaların kullandığı tıbbi olmayan yöntemlerin dağılımı	29
Tablo 4.8. MHKKHYSÖ ve alt boyutlarına ait puan ortalamaları	30
Tablo 4.9. Migrenli hastaların tanıtıcı/sosyodemografik özelliklerine göre MHKKHYSÖ ve alt boyutları puan ortalamalarının karşılaştırılması	31
Tablo 4.10. Migrenli hastaların migren hastalığıyla ilgili özelliklerine göre MHKKHYSÖ ve alt boyutları puan ortalamalarının karşılaştırılması	35
Tablo 4.11. Migrenli hastaların migren atağıyla ilgili özelliklerine göre MHKKHYSÖ ve alt boyutları puan ortalamalarının karşılaştırılması.....	37
Tablo 4.12. Migrenli hastaların migren atağı sırasında yaşadığı semptomlara göre MHKKHYSÖ ve alt boyutları puan ortalamalarının karşılaştırılması	42
Tablo 4.13. Migrenli hastaların migren tedavisiyle ilgili özelliklerine göre MHKKHYSÖ ve alt boyutları puan ortalamalarının karşılaştırılması	44

1. GİRİŞ

Migren genetik yatkınlık taşıyan bireylerde çeşitli tetikleyici etmenlerle oluşan, genel olarak başta bir tarafa lokalize olan zonklayıcı karakterde ve atak özellikleri açısından değişiklik gösteren, tekrarlayıcı atak özelliğine sahip rutin fiziksel aktivite ile kötüleşen ve genellikle ışık ve ses hassasiyeti, bulantı ve kusmanın da görülebildiği kompleks bir nörolojik bozukluktur (IHS, 2018; Karlı ve ark., 2022).

Etiyolojisi tam olarak bilinmemekle birlikte migrende baş ağrısı, kişinin genetik yatkınlıkları ve endojen ya da ekzojen etkenlere bağlı olarak nörovasküler olaylar dizisi sonucu epizodik bir şekilde oluşmaktadır. Migren baş ağrısının temelini trigeminal vasküler sistemin aktivasyonu oluşturmaktadır (Karlı ve ark., 2022).

Migrenin 2019 tahminlerine göre Global Hastalık Yüğü dünya genelinde yaşa göre düzeltilmiş prevalansı %14.72'dir (12.81-16.92) ve migren 1.12 milyardan fazla kişiyi etkilemektedir. Kadınlarda %18.46 (16.09- 21.16) erkeklerde ve %10.92 (9.45- 12.66)] oranında görülmektedir. Migren prevalansı 30-34 yaş grubunda zirve yapmaktadır (Karlı ve ark., 2022).

Migren ülkemiz için öncelikli nörolojik sorunların başlıcalarından biridir (Atalar ve ark., 2021). Türkiye'de 18-65 yaş arası bireylerde migren prevalansı yapılan anket bazlı bir çalışmada, %16.4 bulunmuş ve bu hastalığın kadınlarda 3 kat daha sık görüldüğü bulunmuştur (Ertaş ve ark., 2021). Migren her yaş grubunda görülebilmekle birlikte, özellikle yaşamın üretken dönemindeki bireyleri etkilemektedir. Dünyada engelliliğin en sık ikinci nedeni olan migren, 15-49 yaş grubundaki kadınlarda bu açıdan ilk sırada yer almaktadır (Karlı ve ark., 2022; Steiner ve ark., 2020). Sosyal ilişkiler, iş yaşamı ve yaşam kalitesi üzerindeki olumsuz etkileri ve neden olduğu sağlık kaynakları (sağlık profesyonellerine başvuru, acil servis hizmetleri, hastaneye yatış,

görüntüleme, vb.) kullanımı ile hem migrenli bireyler hem de toplum üzerinde önemli yük oluşturmaktadır (Şafak ve ark., 2019; Marteletti ve ark., 2018; Vo ve ark., 2018).

Migren tedavisinin amacı, atak görülme sıklığını ve şiddetini azaltma, ağrı süresini kısaltma, yaşam kalitesini artırma, migren kaynaklı oluşan kayıpları azaltma, aşırı ilaç kullanımını önleme, migren hastasının günlük hayat aktivitelerine dönmesini sağlama ve hastayı migren ile tedavisi hakkında bilgilendirip, hastanın hastalık yönetimini kendisinin yapmasını sağlamaktır (Türk Nöroloji Derneği, 2022).

Kendi kendine hastalık yönetiminde amaç, hastalığın belirtileri, tedavisi, fiziksel ve aynı zamanda sosyal sonuçları, yaşam biçimi değişikliği hakkında bireyin bilinç seviyesi artırmak, hastayı hastalığı konusunda desteklemek ve yaşam kalitesini yükselmektir. Kendi kendine hastalık yönetimi migrenli bireylerde oldukça önemlidir. Öz bakımında, hastanın kendisi görev alır. Ağrı ile başa çıkma biçimlerinin bilinmesi, ağrı davranışının düzeltilmesi ve ağrılı durumların tedavisi açısından oldukça önemlidir (Türk Nöroloji Derneği, 2022).

Migrenin yönetilmesinde, hemşirelerin rolü yönetimin her yönünü kapsar. Hastalık yönetiminde hemşireler, tedavi, bakım ve eğitim verici rolleriyle birlikte danışmanlık rollerini de yerine getirirler. Eğitim ve danışmanlık konusundaki hizmetler, bireylerin migren yönetimi yetenekleri konusundaki inançlarının artırılmasına özgü planlanmalıdır (Öntürk, 2021; Ebrahimi, 2018).

Bu tez çalışması ile amacımız olumlu başa çıkma yöntemlerinin güçlendirilmesini sağlayıp, olumsuz olan yöntemlerin belirlenmesinin yanısıra bu stratejileri ve yöntemleri etkileyen faktörleri belirleyip, hastaların ağrıyla başa çıkmaları ve daha sağlıklı yaşayabilmeleri konusunda farkındalık kazanmalarına katkı sağlamaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1.Migrenin Tanımı

Migren tüm dünyada ve ülkemizde yüzyıllardır bilinen insanoğlunun en çok yakındığı baş ağrısı türü olarak bilinmektedir. Migren sözcüğü, tek taraflı baş ağrısı ve ‘bir başın yarısı’ anlamına gelen 'hemicrania' kelimesinden türetilmiştir (IHS, 2018; Karlı ve ark., 2022).

Migren, ataklar şeklinde gelen, çoğunlukla tek taraflı yerleşim göstermekle birlikte zonklayıcı veya sıkıştırıcı karakterde olup 4-72 saat kadar sürebilen, bulantı ve kusmanın eşlik ettiği, koku ve ışık hassasiyetinin bulunduğu, bireyin günlük yaşam kalitesini olumsuz etkileyecek kadar şiddetli, tekrarlayıcı ve baş hareketleriyle birlikte şiddetlenen baş ağrısı ataklarıdır (IHS, 2018; Karlı ve ark., 2022).

2.2. Epidemiyolojisi

Migrenin 2019 tahminlerine göre Global Hastalık Yüku dünya genelinde yaşa göre düzeltilmiş prevalansı %14,72’dir. (12,81-16,92) ve migren 1,12 milyardan fazla kişiyi etkilemektedir. Kadınlarda %18,46 (16,09- 21,16) erkeklerde ve %10,92 (9,45- 12,66)] oranında görülmektedir. Migren prevalansı 30-34 yaş grubunda zirve yapmaktadır (Atalar ve ark., 2021).

Türkiye’de 18-65 yaş arası bireylerde migren prevalansı yapılan anket bazlı bir çalışmada, %16,4 bulunmuş ve bu hastalığın kadınlarda 3 kat daha sık görüldüğü bulunmuştur (Ertaş ve ark., 2021). Migren her yaş grubunda görülebilmekle birlikte, özellikle yaşamın üretken dönemindeki bireyleri etkilemektedir.Dünyada engelliliğin en sık ikinci nedeni olan migren, 15-49 yaş grubundaki kadınlarda bu açıdan ilk sırada yer almaktadır (Karlı ve ark., 2022; Steiner ve ark., 2020). Sosyal ilişkiler, iş yaşamı ve yaşam kalitesi üzerindeki olumsuz etkileri ve neden olduğu sağlık kaynakları (sağlık profesyonellerine başvuru, acil servis hizmetleri, hastaneye yatış, görüntüleme, vb.)

kullanımı ile hem migrenli bireyler hem de toplum üzerinde önemli yük oluşturmaktadır (Şafak ve ark., 2019; Marteletti ve ark., 2018; Vo ve ark., 2018).

Migren görülme sıklığı, adölesan dönemi sonrası kadınlarda ve sosyoekonomik seviyesi düşük toplumlarda artmakta olup erişkin nüfusta erkek-kadın oranı 1/2 'yi bulmaktadır (Şafak ve ark., 2019; Marteletti ve ark., 2018).

2.3. Patogenez

Migren atakları sırasında baştaki kan damarlarında görülen vazodilatasyon sonucu migrenin vasküler bir hastalık olduğu düşünülmektedir. Son araştırmalar, migrenin sadece kan damarlarındaki değişikliklerle açıklanamayacağını göstermiş olup beyin sapı, subkortikal ve kortikal alanları etkileyen değişken ve karmaşık bir bozukluk olarak görülmesine yol açmıştır. Migrenin ana belirti ve semptomları, beyin 1940'lerde tanımlanan kortikal yayılan depresyon (KYD) olarak bilinen bir fenomene duyarlı olması nedeniyle aşırı uyarılmasının sonucudur. Serebral korteksin zararlı uyarılara verdiği cevap olarak bilinen KYD'nin migren aurasının nörofizyolojik karşılığı olduğu düşünülmektedir. KYD trigeminovasküler sistemi duyarlılaştırmakta ve trigeminovasküler afferentlerin aktive olması sonucu migren baş ağrısı oluşmaktadır. Hipokampus, serebral korteks ve serebellum üzerinde; başlangıç bölgesinden 2-6 mm/dk hızla yayılan depolarizasyon dalgası olan KYD'nin başlama ve yayılma mekanizmalarının yanısıra bir migren atağının başlama, devam etme ve sonlanma mekanizmaları büyük ölçüde bilinmemektedir (Su ve ark., 2018; Olgun, 2021; Bıçakcı ve ark., 2018).

2.4. Migrende Tanı ve Sınıflandırma

Baş ağrısı sınıflaması, ilk kez 1988 yılında Uluslararası Başağrısı Derneği (IHS) tarafından başağrıların tanısının kolaylaştırılması, etkin ve başarılı bir şekilde tedavi edilebilmesi ve ortak bir dil kullanılması amacıyla yapılmıştır (ICDH I). İlk sınıflama

2004 yılında yapılmış olup, değişiklikler yapılarak ICHD-II yayınlanmıştır. Akabinde 2013 yılında ICHD-3'ün beta versiyonu yayınlanmış ve 2018 yılında sınıflamanın son hali olan ICHD-3 yayınlanmıştır (Olesen, 2018).

ICHD-3, migreni; aurasız migren, auralı migren ve kronik migren olmak üzere üç ana başlıkta inceler. Doğru bir teşhis için her birinin klinik özellikleri dikkatle irdelenmelidir (Eigenbrodt ve ark., 2021).

Migrenin 2 major tipi auralı migren ve aurasız migrendir. Migren baş ağrılarının %15-20'sini de auralı migren, %80- 85'ini aurasız migren oluşturmaktadır (Bıçakçı ve ark., 2018).

2.4.1. Auralı Migren

Aura, görsel semptomlar ile santral sinir sisteminin diğer fokal nörolojik belirtilerine yol açan, ataklarla kendini gösteren yineleyici ve geriye dönüşlü ortalama 5 ila 20 dakika içinde artarak gelişen bir bozukluk olarak tanımlanmaktadır (IHS, 2018).

Auralı Migren için ICHD-3 Tanı Kriterleri (IHS, 2018; Öztürk, 2018)

B ve C kriterlerini karşılayan en az iki atağın varlığı

B: Geri dönüşümü olan bu aura semptomlarından bir veya birden fazlasını yaşaması

a. Motor

b. Duyusal

c. Beyin sapı

d. Görsel

e. Konuşma ve/veya dil

f. Retinal

C. Aşağıdaki altı özellikten en az üçünün pozitif olması:

a. En az bir aura semptomunun ≥ 5 dakika veya daha uzun sürede ortaya çıkması

- b. İki veya daha fazla aura semptomunun birbiri ardısıra görülebilir
- c. Her bir aura semptomu 5-60 dakikada biter
- d. En az bir aura semptomu unilateraldir
- e. . En az bir aura semptomu pozitif bulgu içerir
- f. Aura 60 dakika içinde başlayan baş ağrısı ile birlikte olabilir.
- D. Başka bir ICHD-3 tanısı ile daha iyi açıklanamaz

2.4.2. Aurasız Migren

Aurasız migren tek bölgede ağrı ile karakterize, zonklayıcı şekilde, orta ya da çok şiddetli, rutin fiziksel aktiviteyle kötüleşen, mide bulantısı, fotofobi ve fonofobinin eşlik edebildiği 4 saat ile 3 güne kadar uzayabilen ataklarla kendini gösteren, sık görülen bir migren çeşididir (IHS, 2018).

ICHD-3 Aurasız Migren Tanı Kriterleri (IHS, 2018; Öztürk, 2018)

- 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

2.5.Migrenin Kliniği

Bir migren atağı başlıca dört dönemden oluşmaktadır. Prodrom, aura, baş ağrısı ve postdrom olmak üzere dört ayrı evreden oluşmaktadır. Bu 4 dönemin tümü her migren atağında görülmeyebilir (Dodick, 2018).

2.5.1. Prodrom Evresi

Migreni olan hastaların takribi %50-60' ında, baş ağrısından günler ya da saatler öncesinde başlayan evredir. Bu evre beynin çeşitli bölümlerinin etkilenmesiyle ortaya çıkar. Bu dönemde hastada aşırı yorgunluk hissi, depresyon, öfori, konsantrasyon güçlüğü, uyku hali, aşırı yeme isteği ve sık idrara çıkma gibi belirtiler görülür (IHS, 2018).

2.5.2.Aura Evresi

Auralı migreni olan kişilerde sıklıkla baş ağrısından önce başlayan 15 ile 20 dakika içinde gelişen ve süresi 1 saatten az olan geçici nörolojik bozuklukları içeren evredir. Aura evresinde genellikle görsel semptomlar meydana gelmektedir. Ayrıca duyuşsal, motor belirtiler, konuşma ve dil bozuklukları da görülmektedir (IHS, 2018; Bıçakçı ve ark., 2018).

2.5.3. Baş Ağrısı Evresi

Bu dönem 4-72 saat arasında değişiklik gösteren, genellikle bir baş yarımını tutan, orta ve ileri derece ağrı yoğunluğu olan zonklayıcı tarzda bir ağrı ile seyreder. Bu evrede ağrıyla birlikte sıklıkla bulantı, kokuya hassasiyet, fotofobi, fonofobi gibi karakteristik belirtiler görülmektedir. Ağrının başın bir yarımında meydana gelmesi migren için tipik olsa da özellikle aurasız migreni olan kişilerde ağrı iki tarafta da görülmektedir. Ağrı genellikle enseden, baş arkasından veya başın bir tarafından yavaş başlar ve fiziksel aktivite ile şiddetlenir (IHS, 2018; Çopur ve ark., 2021; Aygün ve ark., 2018).

2.5.4. Postdrom Evresi

Ağrıdan sonra gelen bu evrede, kişinin yorgunluk, bitkinlik hissettiği, migren atağının giderek kaybolduğu ve sonrasında rahatlama hissinin olduğu görülür. Bu evrede tatlı yeme isteği, acıkma hissi, sık miksiyon ihtiyacı görülebilir. Bu evrede bireyler kendilerini iyi hisseder (IHS, 2018; Çopur ve ark., 2021; Aygün ve ark., 2018).

2.6.Migrenin Tetikleyicileri

Migren fiziksel, çevresel, uyku, beslenme düzeni, stres, ışık gibi hem bedensel hem çevresel birçok faktörden etkilenebilmektedir (Aygün ve ark., 2018; Yüksel ve ark., 2022). Alkollü içecekler ve özellikle kırmızı şarap, kahve, peynir, çikolata, sodyum glutamat içeren yiyecekler ve tatlandırıcılar, açlık dehidratasyon gibi diyetel etkenlerin migreni tetiklediği görülmüştür (Yüksel ve ark., 2022; Bohm ve ark., 2018; Kesserwani ve ark., 2021; Özön ve ark., 2018). Menarş, menstruasyon, ovulasyon, gebelik, doğum, menopoz hormon replasman tedavisi gibi hormonal faktörlerin yanısıra stres, keskin kokular, fazla/az uyku, yüksek ses, parlak ışık ve hava ve basınç değişimi gibi birçok çevresel faktörün de migren ataklarını tetiklediği bilinmektedir (Yüksel ve ark., 2022; Bohm ve ark., 2018; Kesserwani ve ark., 2021; Özön ve ark., 2018; Marmura ve ark., 2018). Ayrıca yorgunluk, seyahat, boyun problemleri, fiziksel aktivite, cinsel aktivite, sigara dumanı ve başın duruşu gibi çok sayıda diğer faktörün de atakları tetiklediği görülmektedir (İdman ve ark., 2018). Tetikleyici etmenlerin, migren atağının başlamasında ne gibi bir etkisinin olduğu hala tam anlamıyla bilinmemekle birlikte, bu tetikleyici etmenlerin her migren hastası için aynı etkiye sahip olmayacağı gibi, aynı hasta için de her zaman aynı etkiyi göstermemektedir. Migren ataklarının birden fazla tetikleyicinin birlikte varlığı tarafından başlatılması daha olası gözükmemektedir. Bazı tetikleyiciler atak için yatkınlık oluştururken kuvvetli bir başka bir etken son tetikleyici olabilmektedir (Marmura ve ark., 2018).

2.7. Migren de Tedavi

Migren; iş gücünü azaltan ve insanların yaşam kalitesini düşüren, genellikle zonklayıcı ve tek taraflı yerleşen baş ağrısı ataklarıyla karakterize kronik bir rahatsızlıktır (Özge ve ark., 2018). Tedavi edilmediği takdirde bu ataklar tipik olarak 4 ile 72 saat sürer (Olla ve ark., 2020). Etkili bir migren tedavi planı; doğru tanının konması ve baş ağrısının hasta üzerindeki etkisinin ele alınabilmesine bağlı olarak hastanın tedavi seçeneklerini, tedavi süresini, yan etki profilini, iyileşme beklentileri konusunda eğitim verilmesini ve kobormid ve rastlantısal durumlarının gözönüne alınmasıyla oluşturulur. Migren tedavisine yönelik yaklaşımlar nonfarmakolojik ve farmakolojik olarak 2 ana gruba ayrılır (Berktaş ve ark., 2019).

2.7.1. Farmakolojik Tedavi

Farmakolojik tedavi yaklaşımı; ataktaki ağrıyı azaltmak/ sonlandırmak, ağrıya eşlik eden bulantı ve kusmayı gidermek amacıyla yapılan akut tedavi ve atakları önlemeye yönelik profilaksi (koruyucu) tedavi olarak iki gruba ayrılır (Aygün ve ark., 2018).

2.7.1.1. Akut Tedavi

Migrenin akut tedavisi, migren ataklarını çabuk, efektif, kararlı ve 24 saat içinde tekrarlamaksızın kalıcı olarak tedavi etmeyi, baş ağrısı ve eşlik eden bulguları azaltmayı veya gidermeyi, kişinin hayat kalitesini artırmayı ve en kısa sürede normal günlük yaşam aktivitelerine dönmesini amaçlar (Aygün ve ark., 2018). Atakların özellikleri, bireyden bireye ve aynı bireyde migren atakları arasında değişim göstermektedir. Dolayısıyla akut tedavinin de kişisel olarak planlanmasının yanısıra ataklara özel olarak da planlanması gerekmektedir (Vargas, 2018).

Atak tedavisi olabildiğince en erken dönemde uygulanmalıdır (Berktaş ve ark., 2019). Auraları olan hastalar, ağrının başlamasını beklemeden ilaçlarının büyük kısmını

aura sırasında almalıdır (Mayans ve Walling, 2018). Baş ağrısı şiddeti hafifken uygulanan erken tedavi, baş ağrılarının tekrarlamasını, kişinin kısıtlılığını, çoklu ilaç kullanımını ve ilaç advers etkilerini azaltacaktır. Atak tedavisinde en çok migrene spesifik olmayan ilaçlar kullanılmakta olup ilk tercih edilen non-steroid antiinflatuar ilaçlar (NSAİİ) ve basit veya kombine analjeziklerdir. Migrene spesifik olmayan ilaçlar arasında steroidler, nöroleptikler, opioidler ve antiemetikler bulunmaktadır. Triptanlar ve ergot alkaloidleri ise migrene spesifik ilaçlar grubunda yer almaktadır (Berktaş ve ark., 2019).

2.7.1.2. Profilaktik Tedavi

Migren ataklarının ayda 2 kereden fazla olması, akut tedaviye yanıtızlık, kontrendikasyon veya ciddi yan etkilerin varlığı, atakların kişinin hayat kalitesini bozması, iş gücü kaybına neden olması ve auraların sık, uzun süreli, ya da rahatsız edici olması profilaktik tedavi gerektiren durumlardır. Migren hastalarının yaklaşık %40'ı, akut tedaviyle kontrol altında olsa da profilaktik tedaviye ihtiyaç duyar. Profilaktik tedavi öncelikle atakların şiddetini, sıklığını ve süresini azaltmayı amaçlar. Ayrıca akut tedavinin etkinliğinin artırılması, başağrısının oluşturduğu özörlölüğün azaltılması da amaçlar arasındadır (Aygün ve ark., 2018). Beta blokör ilaçlar, antiepileptik ilaçlar, kalsiyum antagonistleri ve antidepresan ilaçlar migren profilaksisinde kullanılan ilaçlardır. Profilaktik tedavinin etkin olarak kabul edilebilmesi için, tedavi ile atak sıklığında minimum %50 azalma görölmesi gerekmektedir. Profilaktik tedavi minimum 2 ay alınmalı ve etkili olduğı göröldüğünde 6 ay devam etmelidir (Berktaş ve ark., 2019).

2.7.2.Non- farmakolojik Tedavi

Nonfarmakolojik yöntemler, ağrının kontrol edilmesinde analjeziklerle beraber veya yalnız başına uygulanabilen, yan etkileri olmayan, kolay bir biçimde hastalara

öğretilebilen ve maliyeti olmayan uygulamalardır (Gündüz ve Çalışkan, 2018). Migrende nonfarmakolojik tedavi, en az farmakolojik tedavi kadar önemlidir. Bu bağlamda ilk olarak hastayı hastalık ve tetikleyiciler hakkında bilgilendirmek gerekmektedir. Tetikleyen faktörlerin bulunması amacıyla günlük tutulmalıdır. Aynı zamanda migren hastalarının yaşam biçimi davranışlarını da değiştirmeleri gerekmektedir. Stres yaratabilecek faktörlerden kaçınmak, düzenli uyku alışkanlığı, düzenli egzersiz yapmak ve düzenli beslenmek bu davranışlara örnek verilebilir (Aygün ve ark., 2018). Nonfarmakolojik tedavi, farmakolojik tedavilerin etkinliğini artırabilir ya da farmakolojik tedaviye duyulan ihtiyacı azaltabilir (Gündüz ve Çalışkan, 2018). Migren atağı esnasında ışıksız ve sessiz bir ortamda olmak, uyumak, başa soğuk uygulama yapmak migreni iyileştiren etkenlerdendir. Kognitif-davranıcı tedaviler, biyofeedback, gevşeme teknikleri, meditasyon, yoga, masaj ve akupunktur nonfarmakolojik yöntemlere örnek verilebilir (Aygün ve ark., 2018).

2.8. Migrenli Hastalarda Kendi Kendine Hastalık Yönetim Stratejileri

Kronik hastalığa sahip olan bireyler kompleks bir tedavi ve kendi kendine bakım gibi hastalık yönetimiyle de karşılaşmaktadır (Gülden, 2018). Kronik bir hastalığa sahip olan bireylerin hastalığın semptomlarıyla baş etme, tedaviye nedeniyle oluşan kısıtlama veya sıkıntılar, geleceğe yönelik kaygılar gibi birçok olumsuz duygu sebebiyle fiziksel, bilişsel ve sosyal yaşamları etkilenmektedir (Durna, 2013). Kronik sağlık problemlerinde kendi kendine hastalık yönetimi, kronik bir hastalıkla yaşam sürmenin gerekli kıldığı yaşam stili değişikliklerini ve kişinin tedaviyi, semptomları, hastalık boyutlarının sonuçlarını yönetme becerisi şeklinde ifade edilmektedir (Lawless ve ark., 2021). Kronik bir rahatsızlığı olan kişilerde, kişilerin gündelik hayatta hastalıklarıyla alakalı rastladığı problemlerde gereksinimlerini saptayabilmesi, gereksinimleri sağlamak amacıyla çok boyutlu stratejilerin geliştirilmesi öz yönetimin amaçlarındandır.

Kronik hastalıkların yönetimi, hastalığın tedavisinden ziyade hastanın öz-yönetim becerisi edinmesi amacıyla çeşitli eğitim öğretim yöntemleriyle güçlendirilmesini kapsar. Halk sağlığı konusunda önemli sorun teşkil eden kronik hastalıklarda, sadece tıbbi tedavi ve eğitim hastalıkla yönetim için yeterli değildir. Dolayısıyla hastalık belirtilerinin engellenmesi ve yok edilmesi bakımından, kişiyi yönetimde yükümlü kılan ve sağlık hizmetleriyle bütünleşmeyi sağlayan öz yönetim stratejileri önem arz etmektedir. Bu stratejiler, hastanın sağlık problemlerini tespit edip bu konuda çözme becerisi kazanmaları ve sağlık durumlarına yönelik amaçlarını saptayabilmeleri ve bakım planının geliştirilmesinde yer almaları manasına gelmektedir. Yönetimde kronik rahatsızlığı olan bireyleri, pasif durumdan aktif duruma geçiren öz yönetim stratejileri, kişilerin sağlık durumlarında gelişmeyi sağması ve lüzumsuz olarak sağlık alımının engellenmesi bakımından önemlidir. Öz yönetimde süreç, etkileşimli, canlı ve yineleyici olaylar dizisidir. Bu süreçte kronik hastalığa sahip bireyin, yaşam biçimi değişikliklerini, tedavi ve hastalık belirtilerini ailesi, sosyal çevresi ve sağlık profesyonelleri ile yönetebilmesi beklenmektedir. Öz yönetimi, öz yeterlilik, hastalık hakkında bilgi düzeyi ve öz ayarlama gibi endojen ve ekzojen etkenlerden etkilenmektedir. Dolayısıyla bu etkenleri kapsayacak şekilde gerçekleştirilecek girişimlerin planlanması, erişilen sonuçların daha başarılı olmasını sağlayacaktır. Ek olarak, başa çıkma metotlarının uygulanması ve motivasyonla birlikte yüksek sağlık inancı ve sosyal destek varlığı da süreci belirli kılan unsurlardır (Şentürk, 2021).

Migren nörolojik hastalıklar arasında engelliliğin önde gelen sebebidir (Steiner ve ark., 2018). Düşük yaşam kalitesi ve acı çekme yönünden hastaya ve tıbbi maliyetler ve çalışma hayatındaki üretkenliğin azalması yönünden topluma önemli bir yük oluşturmaktadır ancak migrenin iyi şekilde yönetilmesi sağlık hizmeti kullanımının azalmasına, hayat kalitesinin ve üretkenliğinin artmasına ve hasta memnuniyetin

sağlanmasına yol açmaktadır (Eltrafi ve ark., 2023). Kişilerin hayat kalitesini oldukça düşüren kronik bir hastalık olan migrende hastanın kendi kendini yönetmesi kaçınılmazdır ve hastalar kendi durumlarıyla alakalı her türlü kararı kendileri vermektedir. Migrenin özyönetiminde tetikleyicilerden kaçınmak ve maksimum yarar için reçete edilen abortif veya profilaktik ilaçları belirtilen şekilde kullanmak yer almaktadır. Çok yönlü klinik tecrübelerle göre yönetimde ilk adım tetikleyici faktörlerin tanınması ve kaçınılmasıdır (Matthews ve Kneipp, 2020). Migren öz yönetimini kolaylaştıran müdahaleler çoğunlukla davranışsal stratejileri kapsar. Yaşam kalitesini yükseltmek ve migren sıklığını azaltmak amacıyla ve oluşturulan davranış terapileri, hastaların tedavilerinde aktif rol almaya ve kendi kendine yönetim stratejileri kullanmaya teşvik eder. Tetikleyicilerin belirlenmesi ve yönetimi, yaşam biçimi düzenlemeleri, gevşeme stratejileri ve bilişsel terapi bu stratejilere örnektir. Atakların önlenmesi için gevşeme egzersizleri, stres azaltmayı içeren psikoterapi, başa çıkma stratejileri ve davranış terapisinin yanısıra aerobik egzersiz konularında hasta bilgilendirilmelidir (İnan ve Tanık, 2019). Hangi migren atağının tedavi edileceği, ne zaman tedavi edileceği, nasıl tedavi edileceği ve herhangi bir davranış ya da hayat tarzı değişikliğine hastanın kendisi karar verir. Bu nedenle hasta eğitimi oldukça önemlidir (Buse ve Andrasik, 2009). Eğitim migren patofizyolojisi, prodromal erken uyarı işaretleri, tetikleyicilerin belirlenmesi ve yönetme stratejileri, etkili akut ilaç kullanımı, davranışsal yönetim becerileri, strese kurtulma ve gevşeme tekniklerini içermelidir (Meise ve Luedtke, 2022). Migrenli hastaların baş ağrılarını yönetmek için kullandıkları tedavi stratejileri ve bunların etkinliği hakkında yapılan araştırma çok azdır (Chang ve ark., 2019). Yapılan bir araştırmada (Peters ve ark., 2005) hastaların kullandıkları genel hastalık yönetim stratejileri aşağıdaki tablo 2.1’ de verilmiştir.

Tablo 2.1. Migrenli hastaların ağrı yönetiminde kullandıkları stratejiler

Genel yönetim stratejileri akut genel yönetim stratejileri	
Akut yönetim alanları	Spesifik akut yönetim teknikleri
Kaçınılması gereken teknikler	Alkolden kaçınmak Işıktan kaçınmak Tetikleyici yiyeceklerden kaçınmak Kahve ve çaydan kaçınmak Ani baş hareketlerinden kaçınmak Egzersizden kaçınmak Gürültüden kaçınmak
Yetersizlik davranışları	Ev işlerini yapmaktan kaçınmak Sosyal olaylardan uzak durmak Hareketleri yavaşlatmak
Aktif akut yönetim	Biofeedback Soğuk uygulama Sıcak uygulama Masaj Rahatlama teknikleri
Profilaktik genel yönetim stratejileri	Koyu ışıklardan kaçınmak Düzenli uyumak Ağır egzersizden kaçınmak Relaksasyon teknikler Sesten kaçınmak Stresten kaçınmak Tetikleyici yiyeceklerden kaçınmak Diğer tetikleyici faktörlerden kaçınmak Düzenli yemek yemek

2.9. Migrende Hemşirelik Yaklaşım

Migren yönetiminde oldukça büyük öneme sahip olan hemşireler hasta eğitimi ve bakımı üzerinde doğrudan etkiye sahiptir (Urits, 2020). Bakım hastaya özel planlanmalıdır (Durna, 2013). Hemşirelerin ağrı değerlendirilmesinde pek çok

sorumlulukları bulunmaktadır (Olgun ve Çelik, 2021). Ağrı izleminde hasta bakımı ve takibi de bunlardan biridir. Ağrının yeri, süresi, niteliği, zamanı ve sıklığı ve ağrıyı tetikleyen faktörler sorgulanmalıdır (Durna, 2013). Hastaya ağrı günlüğü tutması için bilgi verilebilir. Ağrıya yönelik özbakım eğitimi verilmeli ve migren ve mekanizması hakkında hasta bilgilendirilmelidir. Hemşire hastanın yaşam tarzını sorgulamalı ve baş ağrısının tetikleyen stresli olayların tanınmasına yardımcı olarak bunlarla baş etmesine yardımcı olmalıdır. Hastayı egzersiz, relaksasyon ve sosyalizasyon konusunda teşvik etmelidir. Farmakolojik tedavinin etkileri, yan etkileri ve bunların yanısıra sakin ve karanlık bir ortamda dinlenme, relaksasyon teknikleri, yoga, mediatasyon, akupunktur, masaj, sıcak uygulama gibi ağrı giderme yöntemleri konusunda hastayı bilgilendirmelidir. Analjeziklerin yan etkileri hakkında bilgi vermeli, uzun süre kullanımda ağrıyı kronikleştirebileceği konusunda hastayı uyarmalıdır. Hasta önerilen sağlık taramaları ve kontrolleri konusunda bilgilendirilmelidir (Olgun ve Çelik, 2021). Ağrıyı tetikleyen etmenlerin tanınmasına ve yaşamından çıkarmasına yardımcı olmalıdır. Hemşire rehberliğinde yaşam tarzı değişikliklerinin yaşam kalitesini ve hasta menuniyetinin artırdığı görülmüştür. Ağrı kontrolünde hemşirenin rolü hastanın daha önceki ağrıları hakkındaki deneyimlerini ve ağrıyla başa çıkma metotlarını öğrenerek gerekli olduğunda bu bilgilerden faydalanmak, ağrıyla baş etme stratejilerini hastaya öğretmek, rehberlik etmek, planlanan farmakolojik veya nonfarmakolojik tedaviyi uygulamak, sonuçlarını izlemek ve hastaya empatik yaklaşımı sağlamaktır. (Midilli ve Yücel, 2019).

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma, tanımlayıcı kesitsel niteliktedir.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, Iğdır Aralık Toplum Sağlığı Merkezine bağlı aile hekimliği birimlerinde 2022 yılı Kasım-Aralık 2023 tarihleri arasında yapılmıştır. Iğdır Toplum Sağlığı Merkezi'ne bağlı 9 aile hekimliği birimi bulunmakta olup, ilgili birimlerde toplamda 9 aile hekimi ve 6 aile sağlığı elemanı çalışmaktadır. 7 birim A grubu, 1 birim B grubu ve 1 birim ise E grubu olarak hizmet vermektedir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

Araştırmanın evrenini; Temmuz 2022-Nisan 2023 tarihlerinde belirtilen ilgili birimlere başvuran migren hastaları oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemini; Aynı tarihlerde Iğdır Aralık Toplum Sağlığı Merkezine bağlı Aile Hekimliği Birimlerine başvuran ve araştırmaya katılma ölçütlerini sağlayan 150 migren hastası oluşturmuştur.

Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri;

- Migren tanısı alan
- 18 yaş ve üzeri olan
- İletim kurmakta zorluk yaşamayan
- Araştırmaya katılmak için gönüllü olan
- Okuryazar olan

3.4. Veri Toplama Araçları

Çalışmanın verilerini toplamak için iki form kullanılmıştır. Bunlar;

- Kişisel Bilgi Formu
- Migrenli Hastalarda Kendi Kendine Hastalık Yönetim Stratejileri Ölçeği kullanılmıştır.

3.4.1. Kişisel Bilgi Formu (Ek-4)

Form, araştırmacılar tarafından literatür (Özkan, 2013) taraması sonucu geliştirilmiş olup migreni olan hastaların sosyo-demografik özelliklerini, ağrıyla başa çıkmada kullanılan tıbbi olmayan yöntemleri ve migren atağının özelliklerine ilişkin bilgileri içermektedir.

3.4.2. Migrenli Hastalarda Kendi Kendine Hastalık Yönetim Stratejileri Ölçeği (MHKKHYSÖ) (Ek-5)

Hastanın, migren baş ağrısı yönetiminde kendi kullandığı stratejileri değerlendirmek amacıyla oluşturulmuştur. Ölçeğin geçerlilik güvenirlik çalışması Özkan tarafından 2017 yılında yapılmıştır (Özkan, 2013). Ölçek 4 alt boyut ve 17 maddeden oluşmaktadır. Değişkenler faktör analiz sonucu, toplam açıklanan varyansı %63.283 olan 4 faktörde gruplandırılmıştır. Ölçekte; 10 ve 11 numaralı maddeler birinci faktör başlığı altında toplanarak palyatif stratejiler, 3,4,5,9 ve 12 numaralı maddeler ikinci faktör başlığı altında toplanarak kaçınılması gereken stratejiler, 13,14 ve 15 numaralı maddeler üçüncü faktör başlığı altında toplanarak sistematik bilişsel ve davranışsal stratejiler, 16 ve 17 numaralı maddeler dördüncü faktör başlığı altında toplanarak sistematik kas gerilimini azaltan stratejiler şeklinde adlandırılmıştır. Özkan tarafından Cronbach's Alpha değeri 0.911 olarak bulunmuştur (Özkan, 2013). Bu araştırmada ise; Cronbach's Alpha değeri 0.77 olarak bulunmuştur.

3.5. Verilerin Toplanması

Veriler, 2022 Kasım-Aralık 2023 tarihlerinde Iğdır Aralık Toplum Sağlığı Merkezi'ne bağlı 9 Aile Hekimliği Birime başvuran migren hastalarından toplanmıştır. Kişilere araştırmanın amacı açıklanarak katılım için sözlü onamları alınmıştır. Veriler, yüz yüze görüşülerek toplanmıştır. Kişisel bilgi formu ve MHKKHYÖ ölçek soruları, araştırmacı tarafından hastalara iletilmiştir. Görüşme, Aralık Toplum Sağlığı

Merkezi’ndeki gebe bilgilendirme sınıfında gerçekleştirilmiştir. Görüşme yaklaşık olarak 15-20 dk sürmüştür.

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen veriler bilgisayar ortamına aktarılarak SPSS (ver:23.0) programı ile analiz edilmiştir. MHKKHYSÖ ve alt boyutlarından elde edilen verilerin normal dağılımda olup olmadığı Kolmogorov-Smirnov (K-S) ve Shapiro Wilks testleri ile belirlenmiştir. Araştırmada, bağımsız gruplarda ortalamalar arasında farklılık olup olmadığının karşılaştırılmasında; ikili grup için Bağımsız gruplarda t testi, ikiden fazla grup için ise ANOVA Varyans analizi kullanılmıştır. Grupların homojen olup olmadıkları Levene Testi ile incelenmiştir. ANOVA Varyans analizinde anlamlı fark olduğu belirlenen gruplar arasındaki farkın tespit edilmesi için Tukey Post Hoc testi ve Tamhane’s T2 testi kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde anlamlılık düzeyi $p<0.05$ kabul edilmiştir.

Verilerin normallik dağılım bulguları Tablo 3.1’de verilmiştir.

Tablo 3.1. MHKKHYSÖ ve alt boyutlarına ilişkin çarpıklık ve basıklık değerleri

MHKKHYSÖ ve Alt Boyutları	N	Min	Maks.	$\bar{X}$	SD	Çarpıklık	Basıklık
Palyatif Stratejiler	150	1.00	4.83	2.52	0.76	0.496	0.186
Kaçınılması Gereken Stratejiler	150	1.00	5.00	3.08	0.77	0.544	0.358
SistematiK Bilişsel ve Davranışsal Stratejiler	150	1.00	5.00	3.07	0.91	-0.240	0.054
SistematiK Kas Gerilimini Azaltan Stratejiler	150	1.00	5.00	1.90	0.73	0.894	1.351
MHKKHYSÖ Toplam	150	1.65	4.53	2.67	0.55	1.233	2.237

Verilerin Ölçek ve Alt Boyutları Güvenirlik Analizi Bulguları tablo 3.2’ de verilmiştir.

Tablo 3.2. MHKKHYSÖ) ve alt boyutlarına ait iç tutarlılık katsayısı değerleri

MHKKHYSÖ ve Alt Boyutları	N	Madde Sayısı	Maddeler	Cronbach Alfa
Palyatif Stratejiler	150	6	5, 6, 14, 15, 16, 17	0.66
Kaçınılması Gereken Stratejiler	150	5	1, 2, 3, 4, 7	0,62
SistematiK Bilişsel ve Davranışsal Stratejiler	150	3	8, 9, 10	0.68
SistematiK Kas Gerilimini Azaltan Stratejiler	150	3	11,12,13	0.77
MHKKHYSÖ Toplam	150	17	1-17	0.77

3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmadan elde edilen sonuçlar, bu araştırmadaki evrene genellenebilir.

3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırma süresince hastaların gizliliğine, gizliliğin korunmasına ve araştırma etiğine önem verilmiştir. Araştırmada, katılımcılara çalışma ile alakalı bilgi verilmiş, çalışmaya katılımda zorunluluk olmadığı, diledikleri zaman çalışmadan ayrılacakları iletilmiş ve katılım için sözel izinleri alınmıştır. Araştırma için, Erzurum Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulundan 30.06.2022 tarihinde 64 nolu kararla onay alınmıştır (Ek-3). Araştırmanın gerçekleştirilebilmesine yönelik Iğdır İl Sağlık Müdürlüğü'nden kurum izni alınmıştır (Ek-4).

4. BULGULAR

Bu bölümde, migren hastalarında ağrıyla başa çıkmada kendi genel yönetim stratejileri ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla tanımlayıcı türde yapılan çalışmanın tablo ve bulguları aşağıda yer almaktadır.

Tablo 4.1. Migrenli hastaların tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı (n=150)

Tanıtıcı Özellikler	n	%
Yaş [$\bar{X} \pm SD$ (Min.- Maks.)]= [38.62±13.40 (18-81) yaş]		
17-45 (genç)	105	70.0
46-65 (orta yaş)	39	26.0
>65 yaş (yaşlı)	6	4.0
Cinsiyet		
Kadın	96	64.0
Erkek	54	36.0
Eğitim Durumu		
Okuryazar	39	26.0
İlköğrenim	24	16.0
Ortaöğrenim	41	27.3
Yükseköğrenim	46	30.7
Medeni Durum		
Evli	94	62.7
Bekâr	56	37.3
Çocuk Sayısı		
Yok	50	33.3
1-2 çocuk	37	24.7
3 çocuk ve üzeri	63	42.0
Sosyal Güvence		
Var	109	72.7
Yok	41	27.3
Meslek		
Ev hanımı	49	32.7
İşçi	42	28.0
Memur	34	22.7
Serbest	19	12.7
Emekli	6	4.0
Gelir Durumu		
Gelir giderden az	5	3.3
Gelir gidere denk	130	86.7
Gelir giderden fazla	15	10.0
Toplam	150	100.0

Tablo 4.1. (Devamı)

Tanıttıcı Özellikler	n	%
Migren Harici Kronik Hastalık Durumu		
Var	53	35.3
Yok	97	64.7
Kronik Hastalık Tanısı* (n=53)		
Kalp damar hastalıkları (HT, KY, ritim bozukluğu)	26	49.1
Kas-iskelet sistemi hastalıkları (boyun fıtığı, romatizma)	11	20.7
Endokrin ve metabolizma hastalıkları (DM, yüksek kolestrol)	10	18.8
Akciğer Hastalıkları (KOAİ-astım, bronşit, TBC)	9	16.9
Böbrek Hastalıkları (KBY)	6	11.3
Sindirim sistemi hastalıkları (reflü)	6	11.3
Diğer (vertigo, dermatit, panik atak, göz hastalıkları)	6	11.3
Beden Kitle İndeksi		
Zayıf (<18.5 kg/m ²)	3	2.0
Normal (≥18.5- ≤24.99 kg/m ²)	76	50.7
Kilolu (≥25.00 - ≤29.99 kg/m ²)	59	39.3
Obez (≥30.0 kg/m ²)	12	8.0
Antropometrik Ölçümler	$\bar{X} \pm SD$ (Min.-Maks.)	
Boy (cm)	165.59±9.29 (140-196) cm	
Ağırlık (kg)	68.15±11.81 (38-130) kg	
BKİ (kg/m²)	24.88±3.98 (15.94-44.98) kg/m ²	

*Yüzdelere birden fazla migren harici kronik hastalık tanısı olan hastalar üzerinden hesaplanmıştır.

Tablo 4.1’de migrenli hastaların tanıttıcı özelliklerine göre dağılımı verilmiştir.

Tablo 4.1 incelendiğinde; araştırmaya katılan migrenli hastaların ortalama 38.62±13.40 (18-81) yaşında ve %70’inin 17-45 yaş grubunda, %64’ünün kadın, %30.7’inin yükseköğrenim mezunu, %62.7’sinin evli, %42’sinin 3 ve üzeri çocuğu olduğu, %72.7’sinin sosyal güvencesi bulunduğu, %32.7’sinin ev hanımı ve %86.7’sinin geliri gidere denk olduğu belirlenmiştir. Migrenli hastaların %64.7’sinde migren harici kronik hastalık tanısı bulunmazken, %35.3’ünde kronik hastalık tanısının olduğu saptanmıştır. Migren harici kronik hastalık tanısı olan migrenli hastaların %49.1’inde kalp damar hastalığı (HT, KY, ritim bozukluğu) tanısı (n=26) olduğu tespit edilmiştir.

Araştırmada migrenli hastaların boy uzunluğunun ortalama 165.59 ± 9.29 (140-196) cm, vücut ağırlığının ortalama 68.15 ± 11.81 (38-130) kg ve BKİ'sinin ise 24.88 ± 3.98 (15.94-44.98) kg/m^2 olduğu, %50.7'sinin normal (≥ 18.5 - ≤ 24.99 kg/m^2) beden kitle indeksinde olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.1).

Tablo 4.2. Hastaların migren hastalığıyla ilgili özelliklerinin dağılımı (n=150)

Migren Hastalığıyla İlgili Özellikler	n	%
Migren Hastalık Tanı Süresi		
6-12 ay	19	12.7
1-5 yıl	66	44.0
6-10 yıl	35	23.3
11 yıl ve üzeri	30	20.0
Migren Şikâyetleriyle Hastaneye Geliş Sıklığı		
Sık sık	34	22.7
Ara sıra	44	29.3
Nadiren	72	48.0
Migren Hakkında Bilgi Alma Durumu		
Evet	99	66.0
Hayır	51	34.0
Migren Hakkında Bilgi Alınan Kaynak* (n=99)		
Doktor	68	68.6
İnternet	25	25.2
Hemşire	18	18.1
Diğer (çevresindeki kişiler)	27	27.2

*Yüzdelere, birden fazla kaynaktan bilgi aldığı ifade eden migrenli hastalar üzerinden hesaplanmıştır.

Tablo 4.2’de migrenli hastaların migren hastalığıyla ilgili özelliklerinin dağılımı verilmiştir.

Tablo 4.2 incelendiğinde; araştırmaya katılan migrenli hastaların %44’ünün 1-5 yıl süredir migren hastalığı tanısı aldığı, %48’inin nadiren, migren şikâyetleriyle hastaneye geldiği saptanmıştır. Araştırmada migrenli hastaların %66’sının migren hakkında bilgi aldığı belirlenirken, migren hakkında bilgi alanların; %68.6’sının doktordan (n=68), %18.1’inin hemşireden (n=18) migren hakkında bilgi aldığı tespit edilmiştir. (Tablo 4.2).

Tablo 4.3. Hastaların migren atağıyla ilgili özelliklerinin dağılımı (n=150)

Migren Atağıyla İlgili Özellikler	n	%
Migrende Baş Ağrısı Sıklığı		
Her gün	19	12.7
Haftada 4-6 gün	28	18.7
Haftada 1-3 gün	50	33.3
İki haftada bir kez	23	15.3
Ayda bir kez	19	12.7
Değişken	11	7.3
Migrende Atağı Başladığında Baş Ağrısının Durumu		
Yavaş ilerleyen	88	58.7
Ani	50	33.3
Değişken	12	8.0
Migren Kaynaklı Baş Ağrısında Genel Durumu		
Yorgun/bitkin	76	50.7
İçe kapanık/ sersem gibi	58	38.7
Diğer	16	10.7
Migrende Baş Ağrısı Karakteri*		
Zonklayıcı	94	62.7
Ağırlık hissi	48	32.0
Sıkıcı	43	28.7
Patlayıcı	38	25.3
Uyuşma-yanma-karıncalanma	21	14.0
Bıçak saplama	18	12.0
Oyucu	8	5.3

Tablo 4.3. (Devamı)

Migren Atağıyla İlgili Özellikler	n	%
Migrende Baş Ağrısı Özelliği		
Düzensiz aralıklarla gelen	63	42.0
Ataklar halinde	46	30.7
Sürekli	41	27.3
Migren Baş Ağrısının Menstrüasyon İlişkisi** (n=96)		
Yok	58	60.4
Var	38	39.6
Migrende Baş Ağrısı Süresi		
1 saatten kısa	11	7.3
1-4 saat arasında	37	24.7
4-12 saat arasında	51	34.0
12-24 saat arasında	30	20.0
24 saatten uzun	21	14.0
Migrende Baş Ağrısı Şiddeti		
Hafif şiddette	9	6.0
Orta şiddette	42	28.0
Şiddetli	69	46.0
Çok şiddetli	30	20.0
Migrende Baş Ağrısı Yerleşimi*		
Başın ön tarafında	55	36.7
Gözlerin arkasında	34	22.7
Başın sağ yarısında	30	20.0
Başın arkasında	29	19.3
Başın tüm bölgesinde	27	18.0
Başın sol yarısında	22	14.7
Aura Durumu		
Var	68	45.3
Yok	82	54.7
Auranın Zamanı** (n=68)		
Ağrıdan önce	39	57.3
Ağrı sırasında	38	55.8
Ağrıdan sonra	7	10.2
Auranın Özelliği ** (n=68)		
Görsel bulgular	50	73.6
Diğer bulgular (dikkat toparlayamama, hassasiyet, uyuşma, kabızlık, ishal, terleme, ensede sertlik)	18	26.4
Auranın Süresi ** (n=68)		
5 dakikadan dan az	11	16.2
5-20 dakika arasında	24	35.2
20-60 dakika arasında	22	32.4
60 dakikadan uzun	11	16.2

*Yüzdelere, birden seçenek işaretleyen migrenli hastalar üzerinden hesaplanmıştır.

** Yüzdelere, aura belirtisi olan migrenli hastalar üzerinden hesaplanmıştır.

Tablo 4.3’de migrenli hastaların migren atağıyla ilgili özelliklerinin dağılımı verilmiştir.

Tablo 4.3 incelendiğinde; araştırmaya katılan migrenli hastaların %33.3’ünde haftada 1-3 gün baş ağrısı olduğu, %58.7’sinde migren kaynaklı baş ağrısının yavaş ilerleyen özellikte olduğu ve %50.7’sinin migren baş ağrısı olduğunda genel durum açısından kendisini yorgun/bitkin hissettiği belirlenmiştir. Araştırmada, migrenli hastaların baş ağrısı karakteri açısından; %62.7’sinde zonklayıcı (n=94) baş ağrısı olduğu tespit edilmiştir. Migrenli hastaların %42’sinin baş ağrısı düzensiz aralıklarla geldiği, %46’sının baş ağrısının şiddetli olduğu saptanırken, kadın migrenli hastaların %39.6’sı baş ağrısı ile menstrüasyon arasında ilişki bulunduğunu ifade etmiştir. Araştırmada, migrenli hastaların migren baş ağrısının yerleşimi açısından; baş ağrısının %36.7’sinde başın ön tarafında (n=55) yerleştiği belirlenmiştir. Araştırmada, migrenli hastaların, %54.7’sinde aura belirtilerinin olmadığı saptanmıştır. Aura olan migrenli hastaların %57.3’ünde ağrıdan önce (n=39), aura görülmektedir. Aura olan migrenli hastaların %73.6’sında görsel (n=50) bulgular görülmektedir. Aura olan migrenli hastalarda; %35.2’sinde 5-20 dakika arasında (n=24) olduğu saptanmıştır. (Tablo 4.3).

Tablo 4.4. Hastaların migren atağı sırasında yaşadığı semptomların dağılımı (n=150)

Migren Atağı Sırasında Yaşanan Semptomlar	n	%
Bulantı/ Midede Rahatsızlık Hissi		
Var	126	84.0
Yok	24	16.0
Kusma		
Var	92	61.3
Yok	58	38.7
Işığa Hassasiyet		
Var	143	95.3
Yok	7	4.7
Sese ve Gürültüye Hassasiyet		
Var	143	95.3
Yok	7	4.7
Kokulara Hassasiyet		
Var	108	72.0
Yok	42	28.0
İştahsızlık		
Var	113	75.3
Yok	37	24.7
Fiziksel Aktivite ile Ağrıda Artış		
Var	131	87.3
Yok	19	12.7
Baş Dönmesi		
Var	104	69.3
Yok	46	30.7
Toplam	150	100.0

Tablo 4.4'te migrenli hastaların migren atağı sırasında yaşadığı semptomların dağılımı verilmiştir.

Tablo 4.4 incelendiğinde; araştırmaya katılan migrenli hastaların %84'ünde bulantı/ midede rahatsızlık hissi (n=126), %61.3'ünde kusma (n=92), %95.3'ünde ışığa hassasiyet (n=143), %95.3'ünde sese ve gürültüye hassasiyet (n=143), %72'sinde kokulara hassasiyet (n=108), %75.3'ünde iştahsızlık (n=113), %87.3'ünde fiziksel aktivite ile ağrıda artış (n=131) ve %69.3'ünde baş dönmesi (n=104) semptomunun görüldüğü saptanmıştır. (Tablo 4.4).

Tablo 4.5.Hastaların migren tedavisiyle ilgili özelliklerinin dağılımı (n=150)

Migren Tedavisiyle İlgili Özellikler	n	%
Migren Baş Ağrısında Ağrı Kesici İlaç Kullanma Durumu		
Evet	124	82.7
Hayır	26	17.3
Migren Baş Ağrısında Kullandığı İlaç Türü* (n=124)		
NSAİİ	99	79.8
Parasetamol	79	63.7
Flurbiprofen	37	29.8
Ergotamin	6	4.8
Migren Baş Ağrısında Kullandığı İlaç Miktarı** (n=124)		
Haftada 1-3 adet	47	37.9
Haftada 4-7 adet	32	25.8
Günde 2-4 adet	21	16.9
Günde 4 adetten fazla	2	1.4
Değişken sayıda	22	17.7
Migren Baş Ağrısında Reçete Edilmeyen İlaç Kullanma Durumu		
Evet	95	63.3
Hayır	55	36.7

*Yüzdeler, migren kaynaklı baş ağrısında birden fazla ağrı kesici ilaç kullanan migrenli hastalar üzerinden hesaplanmıştır.

** Yüzdeler, migren kaynaklı baş ağrısında ağrı kesici ilaç kullanan migrenli hastalar üzerinden hesaplanmıştır.

Tablo 4.5'te migrenli hastaların migren tedavisiyle ilgili özelliklerinin dağılımı verilmiştir.

Tablo 4.5 incelendiğinde; araştırmaya katılan migrenli hastaların %82.7'sinin migren kaynaklı baş ağrısında ağrı kesici ilaç kullandığı, ilaç kullanan migrenli hastaların; %79.8'inin NSAİİ (n=99), %63.7'sinin Parasetamol (n=79), %29.8'inin Flurbiprofen (n=37) ve %4.8'inin Ergotamin (n=6) kullandığı saptanmıştır. Araştırmada, migren kaynaklı baş ağrısında ağrı kesici ilaç kullandığını belirten hastaların; %37.9'unun haftada 1-3 adet ilaç (n=47) kullandığı tespit edilmiştir. Araştırmaya katılan migrenli hastaların %63.3'ünün migren kaynaklı baş ağrısında doktor tarafından reçete edilmeyen ağrı kesici ilaç kullandığı belirlenmiştir (Tablo 4.5).

Tablo 4.6. Hastaların migren atağını etkileyen faktörlerin dağılımı (n=150)

Migren Atağını Etkileyen Faktörler*	n	%
Stres	119	79.3
Uykusuzluk	106	70.7
Gürültü, ses	105	70.0
Açlık	92	61.3
Parlak ışık, güneş	89	59.3
Yorgunluk	80	53.3
Nem, sıcaklık veya soğuk hava	74	49.3
Öne eğilme	64	42.7
Ağır kokular	60	40.0
Ağır egzersiz yapma	51	34.0
Menstrüasyon	47	31.3
Sigara dumanı ya da sigara kullanma	43	28.7
Aşırı uyku	27	18.0
Yiyecek/ içecekler	25	16.7
Öksürme	22	14.7
Diyet yapma	17	11.3

**Yüzdelere, migrenli hastaların migren atağını etkileyen birden fazla faktör üzerinden hesaplanmıştır.*

Tablo 4.6’da migrenli hastaların migren atağını etkileyen faktörlerin dağılımı verilmiştir.

Tablo 4.6 incelendiğinde; araştırmaya katılan migrenli hastaların migren atağını etkilen faktörler arasında; %79.3’ünde stres (n=119), %70.7’sinde uykusuzluk (n=106), %70’inde gürültü, ses (n=105), %61.3’ünde açlık (n=92), %59.3’ünde parlak ışık, güneş (n=89) olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.6).

Tablo 4.7.Hastaların migren atağıyla başa çıkabilmek için kullandığı tıbbi olmayan yöntemlerin dağılımı (n=150)

Tıbbi Olmayan Yöntemler*	n	%
Uyumak	113	75.3
Karanlık ortamda bulunma	99	66.0
Hareket etmemek	79	52.7
Masaj ve sıkıcı bandaj	38	25.3
Soğuk kompres	31	20.7
Buz uygulamak	25	16.7
Bitkisel yöntemler	19	12.7
Sıcak uygulama	15	10.0
Relaksasyon teknikleri	5	3.3
Egzersiz	5	3.3
Akupunktur	5	3.3
Biofeedback	2	1.3

**Yüzdelere, migrenli hastaların migren atağıyla başa çıkabilmek için kullandığı birden fazla tıbbi olmayan yöntem üzerinden hesaplanmıştır.*

Tablo 4.7’de migrenli hastaların migren atağıyla başa çıkabilmek için kullandığı tıbbi olmayan yöntemlerin dağılımı verilmiştir.

Tablo 4.7 incelendiğinde; araştırmaya katılan migrenli hastaların migren atağıyla başa çıkabilmek için kullandığı tıbbi olmayan yöntemler arasında; hastaların %75.3’ünün uyuduğu (n=113), %66’sının karanlık ortamda bulunduğu (n=99), %52.7’sinin hareket etmediği (n=79), %25.3’ünün masaj ve sıkıcı bandaj yaptığı (n=38), %20.7’sinin soğuk kompres uyguladığı (n=31) saptanmıştır. (Tablo 4.7).

Tablo 4.8.MHKKHYSÖ ve alt boyutlarına ait puan ortalamaları

MHKKHYSÖ ve Alt Boyutları	N	Madde Sayısı	Min	Maks.	Medyan	$\bar{X} \pm SD$
Palyatif Stratejiler	150	6	1.00	4.83	2.50	2.52±0.76
Kaçınılması Gereken Stratejiler	150	5	1.00	5.00	3.00	3.08±0.77
SistematiK Bilişsel ve Davranışsal Stratejiler	150	3	1.00	5.00	3.00	3.07±0.91
SistematiK Kas Gerilimini Azaltan Stratejiler	150	3	1.00	5.00	1.66	1.90±0.73
MHKKHYSÖ Toplam	150	17	1.65	4.53	2.65	2.67±0.55

Tablo 4.8’de migrenli hastaların Migrenli Hastalarda Kendi Kendine Hastalık Yönetim Stratejileri Ölçeği (MHKKHYSÖ) ve alt boyutlarına ait puan ortalamaları verilmiştir.

Tablo 4.8 incelendiğinde; araştırmaya katılan migrenli hastaların MHKKHYSÖ’den 2.67±0.55 (min.-maks.: 1.65-4.53 ve medyan: 2.65) puan aldıkları ve migrenli hastaların kendi kendine hastalık yönetim stratejileri kullanımının orta düzeyin biraz üzerinde olduğu belirlenmiştir. Araştırmada migrenli hastaların MHKKHYSÖ’nin Palyatif Stratejiler alt boyutundan 2.52±0.76 (min.-maks.: 1-4,83 ve medyan: 2.5) puan, Kaçınılması Gereken Stratejiler alt boyutundan 3.08±0.77 (min.-maks.: 1-5 ve medyan: 3) puan, SistematiK Bilişsel ve Davranışsal Stratejiler alt boyutundan 3.07±0.91 (min.-maks.: 1-5 ve medyan: 3) puan ve SistematiK Kas Gerilimini Azaltan Stratejiler alt boyutundan 1.90±0.73 (min.-maks.: 1-5 ve medyan: 1.66) puan aldıkları belirlenmiştir. Araştırmada migrenli hastaların sistematiK kas gerilimini azaltan stratejileri kullanımının en düşük, kaçınılması gereken stratejileri kullanımının ise en yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4.8).

Tablo 4.9. Hastaların tanıtıcı özelliklerine göre MHKKHYSÖ ve alt boyutları puan ortalamalarının karşılaştırılması

Özellikler	n	MHKKHYSÖ ve Alt Boyutları				
		Palyatif Stratejiler	Kaçınılması Gereken Stratejiler	SistematiK Bilişsel ve Davranışsal Stratejiler	SistematiK Kas Gerilimini Azaltan Stratejiler	MHKKHYSÖ Toplam
		$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$
Yaş						
17-45 (genç)	105	2.53±0.77	3.17±0.76	3.14±0.89	1.87±0.68	2.71±0.51
46-65 (orta yaş)	39	2.49±0.73	2.81±0.74	2.81±0.99	1.94±0.88	2.54±0.63
>65 yaş (yaşlı)	6	2.50±0.84	3.30±0.98	3.55±0.54	2.05±0.77	2.84±0.65
Test değeri		^a F=0.045	^a F=3.495	^a F=2.770	^a F=0.255	^a F=1.601
Anlamlılık düzeyi		p=0.956	p=0.083	p=0.066	p=0.776	p=0.205
Cinsiyet						
Kadın	96	2.48±0.82	3.13±0.76	3.00±1.00	1.86±0.77	2.66±0.58
Erkek	54	2.57±0.65	2.99±0.80	3.19±0.72	1.97±0.67	2.70±0.51
Test değeri		^b t=-0.673	^b t=1.109	^b t=-1.182	^b t=-0.882	^b t=-0.419
Anlamlılık düzeyi		p=0.502	p=0.269	p=0.239	p=0.379	p=0.676
Eğitim Durumu						
Okuryazar ¹	39	2.45±0.70	2.79±0.76	2.90±0.90	1.77±0.73	2.51±0.50
İlköğrenim ²	24	2.38±0.70	3.01±0.55	2.79±0.85	1.70±0.71	2.52±0.38
Ortaöğrenim ³	41	2.66±0.75	3.19±0.89	3.13±0.03	2.05±0.67	2.79±0.66
Yükseköğrenim ⁴	46	2.51±0.84	3.27±0.72	3.30±0.80	1.97±0.78	2.78±0.53
Test değeri		^a F=0.796	^a F=3.166	^a F=2.278	^a F=1.713	^a F=2.995
Anlamlılık düzeyi		p=0.498	p=0.026*	p=0.082	p=0.167	p=0.033*
Fark		-	4>1**	-	-	4>1**
Medeni Durum						
Evli	94	2.50±0.78	3.01±0.77	3.09±0.90	1.86±0.76	2.64±0.60
Bekâr	56	2.55±0.73	3.20±0.77	3.04±0.94	1.97±0.69	2.72±0.47
Test değeri		^b t=-0.401	^b t=-1.466	^b t=0.325	^b t=-0.843	^b t=-0.898
Anlamlılık düzeyi		p=0.689	p=0.145	p=0.746	p=0.401	p=0.371
Çocuk Sayısı						
Yok ¹	50	2.56±0.72	3.04±0.80	3.36±0.86	1.90±0.59	2.73±0.55
1-2 çocuk ²	37	2.43±0.77	2.90±0.72	2.89±0.97	1.82±0.81	2.54±0.57
3 çocuk ve üzeri ³	63	2.59±0.78	3.34±0.77	3.07±0.83	2.01±0.73	2.79±0.50
Test değeri		^a F=0.721	^a F=4.544	^a F=3.137	^a F=0.958	^a F=3.136
Anlamlılık düzeyi		p=0.488	p=0.012*	p=0.046*	p=0.386	p=0.046*
Fark		-	3>1**	3>2**	-	3>1**
Sosyal Güvence						
Var	109	2.52±0.71	3.14±0.80	3.09±0.93	1.93±0.69	2.70±0.56
Yok	41	2.50±0.87	2.93±0.68	3.02±0.89	1.82±0.83	2.60±0.52
Test değeri		^b t=0.134	^b t=1.461	^b t=0.399	^b t=0.848	^b t=0.991
Anlamlılık düzeyi		p=0.868	p=0.149	p=0.690	p=0.398	p=0.323

Tablo 4.9. (Devamı)

	n	Sistematik				
		Palyatif Stratejiler	Kaçınılması Gereken Stratejiler	Sistematik Bilişsel ve Davranışsal Stratejiler	Kas	MHKKH YSÖ Toplam
					Gerilimini	
					Azaltan Stratejiler	
		$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$
Meslek						
Ev hanımı	49	2.51±0.85	2.86±0.69	2.89±0.99	1.80±0.84	2.56±0.60
İşçi	42	2.51±0.77	3.11±0.78	3.00±1.06	2.01±0.75	2.69±0.55
Memur	34	2.54±0.78	3.37±0.73	3.35±0.70	1.90±0.61	2.81±0.48
Serbest	19	2.52±0.38	3.10±0.53	3.11±0.65	1.94±0.61	2.69±0.19
Emekli	6	2.51±0.58	3.05±0.99	3.15±0.69	1.91±0.66	2.68±0.61
<i>Test değeri</i>		^a F=0.010	^a F=2.234	^a F=1.342	^a F=0.471	^a F=1.093
<i>Anlamlılık düzeyi</i>		p=0.999	p=0.069	p=0.257	p=0.757	p=0.362
Gelir Durumu						
Gelir giderden az	5	2.16±0.72	3.48±0.94	2.86±0.90	1.80±0.76	2.61±0.45
Gelir gidere denk	130	2.51±0.75	3.06±0.76	3.08±0.92	1.86±0.75	2.66±0.55
Gelir giderden fazla	15	2.72±0.84	3.10±0.86	3.04±0.92	2.24±0.44	2.80±0.57
<i>Test değeri</i>		^a F=1.069	^a F=0.671	^a F=0.142	^a F=1.814	^a F=0.484
<i>Anlamlılık düzeyi</i>		p=0.346	p=0.513	p=0.868	p=0.167	p=0.617
Kronik Hastalık Tanısı						
Var	53	2.45±0.81	2.97±0.78	3.03±0.97	1.92±0.88	2.61±0.66
Yok	97	2.55±0.73	3.14±0.77	3.09±0.89	1.89±0.64	2.70±0.48
<i>Test değeri</i>		^b t=-0.808	^b t=-1.316	^b t=-0.412	^b t=0.246	^b t=-0.995
<i>Anlamlılık düzeyi</i>		p=0.420	p=0.190	p=0.681	p=0.806	p=0.321
BKİ						
Zayıf ¹	3	2.83±0.16	3.06±0.80	3.55±0.38	1.66±0.33	2.82±0.21
Normal ²	76	2.48±0.79	3.29±0.86	3.21±0.99	1.89±0.72	2.74±0.61
Kilolu ³	59	2.56±0.67	2.84±0.63	2.98±0.77	1.92±0.66	2.60±0.43
Obez ⁴	12	2.48±1.05	2.93±0.43	2.47±0.93	1.94±1.19	2.51±0.70
<i>Test değeri</i>		^a F=0.293	^a F=4.096	^a F=2.860	^a F=0.128	^a F=1.099
<i>Anlamlılık düzeyi</i>		p=0.854	p=0.008*	p=0.039*	p=0.944	p=0.352
<i>Fark</i>		-	2>3**	1>4***	-	-

^aANOVA Varyans Analizi, ^bBağımsız gruplarda t testi, *p<0.05, **Tukey Post Hoc Testi, ***Tamhane's T2 Testi.

Tablo 4.9'da migrenli hastaların tanıtıcı/sosyodemografik özelliklerine göre Migrenli Hastalarda Kendi Kendine Hastalık Yönetim Stratejileri Ölçeği (MHKKHYSÖ) ve alt boyutları puan ortalamalarının karşılaştırılması verilmiştir

Araştırmaya katılan migrenli hastaların hastalarının eğitim durumuna göre MHKKHYSÖ puanı ve Kaçınılması Gereken Stratejiler alt boyutu puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği saptanmıştır. ($p<0.05$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ANOVA Varyans analizi Tukey Post Hoc Testi sonuçlarına göre; yükseköğrenim mezunu migrenli hastaların MHKKHYSÖ puanı ve Kaçınılması Gereken Stratejiler alt boyutu puanlarının, okuryazar olan migrenli hastalara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Araştırmaya migrenli hastaların eğitim durumuna göre Sistematik Bilişsel ve Davranışsal Stratejiler alt boyutu, Sistematik Kas Gerilimini Azaltan Stratejiler alt boyutu ve Palyatif Stratejiler alt boyutu puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık göstermediği saptanmıştır. ($p>0.05$) (Tablo 4.9).

Araştırmaya katılan migrenli hastaların hastalarının çocuk sayısına göre MHKKHYSÖ puanı ile Kaçınılması Gereken Stratejiler alt boyutu puanı ve Sistematik Bilişsel ve Davranışsal Stratejiler alt boyutu puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği belirlenmiştir ($p<0.05$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ANOVA Varyans analizi Tukey Post Hoc Testi sonuçlarına göre; üç ve üzeri çocuğu olan migrenli hastaların MHKKHYSÖ puanı ve Kaçınılması Gereken Stratejiler alt boyutu puanının, çocuğu olmayan migrenli hastalara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Üç ve üzeri çocuğu olan migrenli hastaların Sistematik Bilişsel ve Davranışsal Stratejiler alt boyutu puanının, bir-iki çocuğu olan migrenli hastalara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. ($p<0.05$). Araştırmaya migrenli hastaların çocuk sayısına göre Sistematik Kas Gerilimini Azaltan Stratejiler alt boyutu ve Palyatif Stratejiler alt boyutu puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık göstermediği saptanmıştır. ($p>0.05$) (Tablo 4.9).

Araştırmaya katılan migrenli hastaların hastalarının BKİ'ne göre Kaçınılması Gereken Stratejiler alt boyutu puanı ile Sistematik Bilişsel ve Davranışsal Stratejiler alt boyutu puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği saptanmıştır. ($p<0.05$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ANOVA Varyans analizi Tukey Post Hoc Testi ile Tamhane's T2 Testi sonuçlarına göre; normal BKİ'deki migrenli hastaların Kaçınılması Gereken Stratejiler alt boyutu puanının, kilolu migrenli hastalara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Zayıf BKİ'ne sahip migrenli hastaların Sistematik Bilişsel ve Davranışsal Stratejiler alt boyutu puanının, obez migrenli hastalara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. ($p<0.05$). Araştırmada zayıf migrenli hastaların MHKKHYSÖ puanının yüksek olduğu ancak, migrenli hastaların BKİ'ne göre MHKKHYSÖ puanı, Sistematik Kas Gerilimini Azaltan Stratejiler alt boyutu puanı ve Palyatif Stratejiler alt boyutu puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık göstermediği saptanmıştır. ($p>0.05$) (Tablo 4.9).

Araştırmaya katılan migrenli hastalardan; 65 yaş üzerindeki, erkek, evli, sosyal güvencesi bulunan, memur, geliri giderden fazla olan ve kronik hastalık tanısı olan migrenli hastaların MHKKHYSÖ puanlarının daha yüksek olduğu ancak, migrenli hastaların yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, sosyal güvence, meslek, kronik hastalık tanısı ve gelir durumuna göre MHKKHYSÖ puanı ve alt boyutu puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık göstermediği saptanmıştır. ($p>0.05$) (Tablo 4.9).

Tablo 4.10. Migrenli hastaların migren hastalığıyla ilgili özelliklerine göre MHKKHYSÖ ve alt boyutları puan ortalamalarının karşılaştırılması

MHKKHYSÖ ve Alt Boyutları						
Migren Hastalığıyla İlgili Özellikler	n	SistematiK				MHKKHYSÖ Toplam
		Palyatif Stratejiler	Kaçınılması Gereken Stratejiler	Bilişsel ve Davranışsal Stratejiler	Kas Gerilimini Azaltan Stratejiler	
		$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	
Migren Hastalık Tanı Süresi						
6-12 ay ¹	19	2.50±0.53	2.81±0.73	3.28±0.98	2.05±0.53	2.65±0.25
1-5 yıl ²	66	2.65±0.70	3.22±0.72	3.09±0.88	1.95±0.71	2.77±0.47
6-10 yıl ³	35	2.53±0.86	3.24±0.97	3.32±0.94	1.84±0.74	2.75±0.73
11 yıl ve üzeri ⁴	30	2.21±0.82	2.78±0.52	2.60±0.77	1.75±0.87	2.36±0.53
<i>Test değeri</i>		^a F=2.346	^a F=3.664	^a F=4.099	^a F=0.854	^a F=4.331
<i>Anlamlılık düzeyi</i>		p=0.075	p=0.014*	p=0.008*	p=0.467	p=0.006*
<i>Fark</i>		-	1>4**	3>4***	-	1>4***
Migren Şikâyetleriyle Hastaneye Geliş Sıklığı						
Sık sık ¹	34	2.27±0.76	3.12±0.60	2.71±0.89	1.92±0.68	2.54±0.40
Ara sıra ²	44	2.56±0.80	3.11±0.83	3.40±0.72	2.04±0.70	2.78±0.61
Nadiren ³	72	2.60±0.72	3.05±0.82	3.02±0.97	1.81±0.77	2.67±0.57
<i>Test değeri</i>		^a F=2.372	^a F=0.155	^a F=5.534	^a F=1.411	^a F=1.776
<i>Anlamlılık düzeyi</i>		p=0.097	p=0.856	p=0.005*	p=0.247	p=0.173
<i>Fark</i>		-	-	3>1**	-	-
Migren Hakkında Bilgi Alma Durumu						
Evet	99	2.56±0.76	3.17±0.78	3.11±0.87	1.97±0.70	2.73±0.55
Hayır	51	2.43±0.75	2.92±0.73	3.00±1.00	1.76±0.78	2.55±0.54
<i>Test değeri</i>		^b t=1.033	^b t=1.877	^b t=0.701	^b t=1.676	^b t=1.875
<i>Anlamlılık düzeyi</i>		p=0.303	p=0.062	p=0.485	p=0.096	p=0.063

^aANOVA Varyans Analizi, ^bBağımsız gruplarda t testi, *p<0.05, **Tukey Post Hoc Testi, ***Tamhane's T2 Testi.

Tablo 4.10'da migrenli hastaların migren hastalığıyla ilgili özelliklerine göre Migrenli Hastalarda Kendi Kendine Hastalık Yönetim Stratejileri Ölçeği (MHKKHYSÖ) ve alt boyutları puan ortalamalarının karşılaştırılması verilmiştir

Araştırmaya katılan migrenli hastaların migren hastalık tanı süresine göre MHKKHYSÖ puanı ile Kaçınılması Gereken Stratejiler alt boyutu puanı ve SistematiK Bilişsel ve Davranışsal Stratejiler alt boyutu açısından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde

farklılık gösterdiği saptanmıştır.($p<0.05$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ANOVA Varyans analizi Tukey Post Hoc Testi ile Tamhane's T2 Testi sonuçlarına göre sonuçlarına göre; 6-12 ay ile 6-10 yıl süredir migren tanısı olan hastaların MHKKHYSÖ puanı ile Kaçınılması Gereken Stratejiler alt boyutu puanı ve Sistemik Bilişsel ve Davranışsal Stratejiler alt boyutu puanlarının, 11 yıl ve üzeri süredir migren tanısı olan hastalara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. ($p<0.05$). Araştırmaya migrenli hastaların migren hastalık tanı süresine göre Sistemik Bilişsel ve Davranışsal Stratejiler alt boyutu, Sistemik Kas Gerilimini Azaltan Stratejiler alt boyutu ve Palyatif Stratejiler alt boyutu puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık göstermediği saptanmıştır. ($p>0.05$) (Tablo 4.10).

Araştırmaya katılan migrenli hastaların migren şikâyetleriyle hastaneye geliş sıklığına göre Sistemik Bilişsel ve Davranışsal Stratejiler alt boyutu açısından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği saptanmıştır. ($p<0.05$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ANOVA Varyans analizi Tukey Post Hoc Testi sonuçlarına göre; hastaneye nadiren gelen migrenli hastaların Sistemik Bilişsel ve Davranışsal Stratejiler alt boyutu puanının, hastaneye sık sık gelen hastalara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. ($p<0.05$). Araştırmada, ara sıra hastaneye gelen migrenli hastaların MHKKHYSÖ puanının yüksek olduğu ancak, migrenli hastaların migren şikâyetleriyle hastaneye geliş sıklığına göre MHKKHYSÖ puanı, Sistemik Kas Gerilimini Azaltan Stratejiler alt boyutu puanı, Kaçınılması Gereken Stratejiler alt boyutu puanı ve Palyatif Stratejiler alt boyutu puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık göstermediği saptanmıştır. ($p>0.05$) (Tablo 4.10).

Araştırmaya katılan migrenli hastalardan; migren hakkında bilgi alan hastaların MHKKHYSÖ puanlarının daha yüksek olduğu ancak, migrenli hastaların migren

hakkında bilgi alma durumuna göre MHKKHYSÖ puanı ve alt boyutu puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık göstermediği saptanmıştır. ($p>0.05$) (Tablo 4.10).

Tablo 4.11. Migrenli hastaların migren atağıyla ilgili özelliklerine göre MHKKHYSÖ ve alt boyutları puan ortalamalarının karşılaştırılması

Migren Atağıyla İlgili Özellikler	n	MHKKHYSÖ ve Alt Boyutları				
		Palyatif Stratejiler	Kaçınılması Gereken Stratejiler	SistematiK Bilişsel ve Davranışsal Stratejiler	SistematiK Kas Gerilimini Azaltan Stratejiler	MHKKHYSÖ Toplam
		$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$
Migrende Baş Ağrısı Sıklığı						
Her gün ¹	19	2.00±0.59	2.83±0.53	2.85±0.97	1.96±0.68	2.39±0.36
Haftada 4-6 gün ²	28	2.45±0.68	2.99±0.72	3.25±0.90	1.82±0.76	2.64±0.56
Haftada 1-3 gün ³	50	2.44±0.77	3.18±0.80	2.98±0.94	1.84±0.71	2.64±0.53
İki haftada bir kez ⁴	23	2.82±0.57	2.90±0.68	2.81±0.83	1.68±0.63	2.64±0.43
Ayda bir kez ⁵	19	2.61±0.73	3.17±0.93	3.33±0.76	2.10±0.61	2.81±0.50
Değişken ⁶	11	3.13±0.97	3.54±0.90	3.48±1.01	2.42±1.01	3.19±0.86
Test değeri		^a F=4.563	^a F=1.753	^a F=1.657	^a F=2.040	^a F=3.433
Anlamlılık düzeyi		p=0.001*	p=0.126	p=0.149	p=0.076	p=0.006*
Fark		4>1**	-	-	-	4>1***
Migrende Atağı Başladığında Baş Ağrısının Durumu						
Yavaş ilerleyen	88	2.53±0.79	3.04±0.79	3.06±0.92	1.87±0.78	2.66±0.60
Ani	50	2.57±0.74	3.19±0.80	3.19±0.88	1.94±0.67	2.75±0.51
Değişken	12	2.53±0.79	3.04±0.79	3.06±0.92	1.87±0.78	2.66±0.60
Test değeri		^a F=1.246	^a F=0.796	^a F=1.791	^a F=0.220	^a F=1.526
Anlamlılık düzeyi		p=0.291	p=0.453	p=0.170	p=0.803	p=0.221
Migren Kaynaklı Baş Ağrısında Genel Durumu						
Yorgun/bitkin ¹	76	2.56±0.81	3.23±0.80	3.16±0.96	1.88±0.81	2.74±0.55
İçe kapanık/ sersem gibi ²	58	2.35±0.61	2.86±0.69	2.95±0.75	1.88±0.59	2.52±0.47
Sinirli ve gergin ³	16	2.92±0.88	3.18±0.80	3.06±1.21	2.08±0.82	2.87±0.72
Test değeri		^a F=3.921	^a F=4.114	^a F=0.798	^a F=0.524	^a F=3.885
Anlamlılık düzeyi		p=0.022*	p=0.018*	p=0.452	p=0.593	p=0.023*
Fark		3>1***	1>2**	-	-	1>2**
Migrende Baş Ağrısı Özelliği						
Düzensiz aralıklarla	63	2.48±0.66	2.96±0.66	3.00±0.83	1.80±0.75	2.59±0.41
Ataklar halinde	46	2.55±0.80	3.03±0.92	3.23±0.99	2.01±0.71	2.72±0.69
Sürekli	41	2.54±0.86	3.32±0.73	2.99±0.94	1.93±0.73	2.74±0.57
Test değeri		^a F=0.145	^a F=2.741	^a F=1.084	^a F=1.132	^a F=1.102
Anlamlılık düzeyi		p=0.866	p=0.068	p=0.341	p=0.325	p=0.335
Migren Baş Ağrısının Menstrüasyon İlişkisi (n=96)						
Yok	58	2.47±0.75	3.02±0.71	3.04±0.94	1.70±0.65	2.59±0.51
Var	38	2.50±0.84	3.30±0.73	3.08±1.03	2.02±0.80	2.75±0.57
Test değeri		^b t=-0.227	^b t=-1.978	^b t=-0.209	^b t=-2.273	^b t=-1.489
Anlamlılık düzeyi		p=0.821	p=0.051	p=0.835	p=0.025*	p=0.139

Tablo 4.11. (Devamı)

MHKKHYSÖ ve Alt Boyutları						
n		MHKKHYSÖ ve Alt Boyutları				MHKKHYSÖ Toplam
		Palyatif Stratejiler	Kaçınılması Gereken Stratejiler	Sistematik Bilişsel ve Davranışsal Stratejiler	Sistematik Kas Gerilimini Azaltan Stratejiler	
Migrende Baş Ağrısı Süresi						
1 saatten kısa ¹	11	3.13±0.32	2.90±0.45	3.09±0.81	1.81±0.63	2.82±0.22
1-4 saat arasında ²	37	2.72±0.65	3.00±0.77	3.14±0.90	1.96±0.76	2.74±0.51
4-12 saat arasında ³	51	2.45±0.72	3.12±0.85	3.16±0.96	1.77±0.55	2.65±0.52
12-24 saat arasında ⁴	30	2.42±0.95	3.32±0.80	3.10±0.96	2.18±0.93	2.77±0.77
24 saatten uzun ⁵	21	2.13±0.64	2.90±0.64	2.68±0.79	1.74±0.74	2.38±0.35
<i>Test değeri</i>		^b F=4.308	^b F=1.254	^b F=1.139	^b F=1.877	^b F=1.999
<i>Anlamlılık düzeyi</i>		<i>p</i> =0.003*	<i>p</i> =0.291	<i>p</i> =0.341	<i>p</i> =0.118	<i>p</i> =0.098
<i>Fark</i>		1>3-5**	-	-	-	-
Migrende Baş Ağrısı Şiddeti						
Hafif şiddette ¹	9	2.48±0.58	3.11±0.31	3.25±1.01	2.11±0.66	2.73±0.14
Orta şiddette ²	42	2.73±0.60	2.90±0.83	3.32±0.90	1.85±0.65	2.75±0.52
Şiddetli ³	69	2.49±0.83	3.23±0.85	3.13±0.80	1.95±0.80	2.72±0.64
Çok şiddetli ⁴	30	2.20±0.74	3.00±0.54	2.52±0.97	1.78±0.71	2.42±0.36
<i>Test değeri</i>		^b F=3.774	^b F=1.733	^b F=5.303	^b F=0.649	^b F=2.675
<i>Anlamlılık düzeyi</i>		<i>p</i> =0.012*	<i>p</i> =0.163	<i>p</i> =0.002*	<i>p</i> =0.585	<i>p</i> =0.049*
<i>Fark</i>		2>4**	-	2>4**	-	1-2>4**
Aura Durumu						
Var	68	2.50±0.75	3.19±0.79	3.05±0.93	1.97±0.73	2.70±0.49
Yok	82	2.53±0.77	2.99±0.76	3.08±0.91	1.89±0.74	2.65±0.60
<i>Test değeri</i>		^a t=-0.236	^a t=1.587	^a t=-0.176	^a t=0.184	^a t=0.526
<i>Anlamlılık düzeyi</i>		<i>p</i> =0.814	<i>p</i> =0.115	<i>p</i> =0.861	<i>p</i> =0.854	<i>p</i> =0.600
Auranın Özelliği (n=68)						
Görsel bulgular	50	2.65±0.86	3.25±0.81	2.89±0.99	2.13±0.83	2.78±0.60
Diğer bulgular	18	2.24±0.72	3.14±0.91	2.79±0.90	1.61±0.65	2.49±0.37
<i>Test değeri</i>		^a t=1.717	^a t=0.424	^a t=0.337	^a t=2.302	^a t=1.811
<i>Anlamlılık düzeyi</i>		<i>p</i> =0.093	<i>p</i> =0.674	<i>p</i> =0.738	<i>p</i> =0.026*	<i>p</i> =0.077
Auranın Süresi (n=68)						
5 dakikadan dan az	11	2.81±0.60	3.16±0.74	3.19±0.54	2.22±0.79	2.88±0.38
5-20 dakika arasında	24	2.47±0.82	3.10±0.89	3.05±0.87	1.83±0.63	2.64±0.44
20-60 dakika arasında	22	2.28±0.58	3.12±0.77	3.21±0.96	1.82±0.57	2.63±0.41
60 dakikadan uzun	11	2.55±0.98	3.36±0.77	2.75±1.20	2.00±1.03	2.73±0.76
<i>Test değeri</i>		^b F=1.360	^b F=0.313	^b F=0.726	^b F=0.990	^b F=0.874
<i>Anlamlılık düzeyi</i>		<i>p</i> =0.263	<i>p</i> =0.816	<i>p</i> =0.540	<i>p</i> =0.403	<i>p</i> =0.459

^aBağımsız gruplarda t testi, ^bANOVA Varyans Analizi, *p<0.05, **Tukey Post Hoc Testi.

Tablo 4.11’de migrenli hastaların migren atağıyla ilgili özelliklerine göre Migrenli Hastalarda Kendi Kendine Hastalık Yönetim Stratejileri Ölçeği (MHKKHYSÖ) ve alt boyutları puan ortalamalarının karşılaştırılması verilmiştir.

Araştırmaya katılan migrenli hastaların migren kaynaklı baş ağrısı sıklığına göre MHKKHYSÖ puanı ve Palyatif Stratejiler alt boyutu puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği saptanmıştır. ($p<0.05$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ANOVA Varyans analizi Tukey Post Hoc Testi ile Tamhane’s T2 Testi sonuçlarına göre; iki haftada bir kez migren kaynaklı baş ağrısı olan hastaların MHKKHYSÖ puanı ve Palyatif Stratejiler alt boyutu puanının, her gün migren kaynaklı baş ağrısı olan hastalara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. ($p<0.05$). Araştırmada, migren kaynaklı baş ağrısı sıklığına göre MHKKHYSÖ puanı, Sistemik Kas Gerilimini Azaltan Stratejiler alt boyutu puanı, Kaçınılması Gereken Stratejiler alt boyutu puanı ve Sistemik Bilişsel ve Davranışsal Stratejiler alt boyutu puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık göstermediği tespit edilmiştir. ($p>0.05$) (Tablo 4.11).

Araştırmaya katılan migrenli hastaların migren kaynaklı baş ağrısında genel durumuna göre MHKKHYSÖ puanı ile Palyatif Stratejiler alt boyutu ve Kaçınılması Gereken Stratejiler alt boyutu puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği saptanmıştır. ($p<0.05$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ANOVA Varyans analizi Tukey Post Hoc Testi sonuçlarına göre; migren atağında baş ağrısında kendini sinirli ve gergin hisseden hastaların Palyatif Stratejiler alt boyutu puanının, kendini yorgun/bitkin hisseden migrenli hastalara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. ($p<0.05$). Migren atağında baş ağrısında kendini yorgun/bitkin hisseden hastaların MHKKHYSÖ puanı ve Kaçınılması Gereken

Stratejiler alt boyutu puanının, kendini sinirli ve gergin hisseden migrenli hastalara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. ($p<0.05$) (Tablo 4.11).

Araştırmaya katılan migrenli hastaların migren kaynaklı baş ağrısının menstrüasyon ile ilişkisine göre Sistemik Kas Gerilimini Azaltan Stratejiler alt boyutu puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği saptanmıştır. ($p<0.05$); baş ağrısının menstrüasyon ile ilişkisi olduğunu ifade eden migrenli hastaların Sistemik Kas Gerilimini Azaltan Stratejiler alt boyutu puanının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Araştırmada, migren kaynaklı baş ağrısının menstrüasyon ile ilişkisi olduğunu ifade eden migrenli hastaların MHKKHYSÖ puanının biraz yüksek olduğu ancak, migrenli hastaların migren kaynaklı baş ağrısının menstrüasyon ile ilişkisine göre MHKKHYSÖ puanı, Kaçınılması Gereken Stratejiler alt boyutu puanı, Sistemik Bilişsel ve Davranışsal Stratejiler alt boyutu puanı ve Palyatif Stratejiler alt boyutu puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık göstermediği saptanmıştır. ($p>0.05$) (Tablo 4.11).

Araştırmaya katılan migrenli hastaların migren kaynaklı baş ağrısının süresine göre Palyatif Stratejiler alt boyutu puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği saptanmıştır. ($p<0.05$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ANOVA Varyans analizi Tukey Post Hoc Testi sonuçlarına göre; migren kaynaklı baş ağrısının 1 saatten kısa sürdüğünü ifade eden hastaların Palyatif Stratejiler alt boyutu puanının, baş ağrısının 4-12 saat ile 12-24 saat arasında sürdüğünü ifade eden migrenli hastalara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. ($p<0.05$). Araştırmada, migren kaynaklı baş ağrısının 1 saatten kısa sürdüğünü ifade eden hastaların MHKKHYSÖ puanının biraz yüksek olduğu ancak, migrenli hastaların migren kaynaklı baş ağrısının süresine göre MHKKHYSÖ puanı, Kaçınılması Gereken Stratejiler alt boyutu puanı ve Sistemik Bilişsel ve Davranışsal

Stratejiler alt boyutu puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık göstermediği saptanmıştır. ($p>0.05$) (Tablo 4.11).

Araştırmaya katılan migrenli hastaların migren kaynaklı baş ağrısı şiddetine göre MHKKHYSÖ puanı, Palyatif Stratejiler alt boyutu puanı ve Sistemik Bilişsel ve Davranışsal Stratejiler alt boyutu açısından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği saptanmıştır. ($p<0.05$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ANOVA Varyans analizi Tukey Post Hoc Testi sonuçlarına göre migren kaynaklı baş ağrısı hafif ve orta şiddetteki hastaların MHKKHYSÖ puanı, Palyatif Stratejiler alt boyutu puanının, migren kaynaklı baş ağrısı çok şiddetli hastalara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. ($p<0.05$). Araştırmada, migrenli hastaların migren kaynaklı baş ağrısı şiddetine göre Kaçınılması Gereken Stratejiler alt boyutu puanı ve Sistemik Kas Gerilimini Azaltan Stratejiler alt boyutu puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p>0.05$) (Tablo 4.11).

Araştırmaya katılan migrenli hastalardan; migrende atağı başladığında baş ağrısı ani ilerleyen, migren atağındaki baş ağrısı sürekli olan, aura belirtileri görülen, aura süresi 5 dakikadan daha az olan migrenli hastaların MHKKHYSÖ puanlarının daha yüksek olduğu ancak, migrenli hastaların migrende atağı başladığında baş ağrısının durumu, migrende baş ağrısı özelliği, aura durumu ve auranın süresine göre MHKKHYSÖ puanı ve alt boyutu puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık göstermediği saptanmıştır. ($p>0.05$) (Tablo 4.11).

Tablo 4.12. Migrenli hastaların migren atağı sırasında yaşadığı semptomlara göre MHKKHYSÖ ve alt boyutları puan ortalamalarının karşılaştırılması

Migren Atağı Sırasında Yaşanan Semptomlar	n	MHKKHYSÖ ve Alt Boyutları				
		Palyatif Stratejiler	Kaçınılması Gereken Stratejiler	SistematiK Bilişsel ve Davranışsal Stratejiler	SistematiK Kas Gerilimini Azaltan Stratejiler	MHKKH YSÖ Toplam
		$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$
Bulantı/ Midede Rahatsızlık						
Hissi						
Var	126	2.47±0.78	3.10±0.79	3.01±0.93	1.90±0.76	2.65±0.59
Yok	24	2.75±0.59	3.00±0.70	3.40±0.78	1.88±0.57	2.79±0.26
<i>Test değeri</i>		^a t=-1.660	^a t=0.536	^a t=-1.934	^a t=0.112	^a t=-1.110
<i>Anlamlılık düzeyi</i>		p=0.099	p=0.593	p=0.055	p=0.911	p=0.269
Kusma						
Var	92	2.42±0.84	3.04±0.84	3.11±0.93	1.95±0.78	2.64±0.66
Yok	58	2.67±0.59	3.15±0.67	3.00±0.89	1.82±0.64	2.72±0.32
<i>Test değeri</i>		^a t=-2.178	^a t=-0.854	^a t=0.775	^a t=1.090	^a t=-0.966
<i>Anlamlılık düzeyi</i>		p=0.031*	p=0.395	p=0.439	p=0.277	p=0.336
Işığa Hassasiyet						
Var	143	2.53±0.75	3.09±0.78	3.06±0.89	1.92±0.73	2.68±0.56
Yok	7	2.14±0.87	2.88±0.55	3.23±1.38	1.57±0.73	2.45±0.44
<i>Test değeri</i>		^a t=1.345	^a t=0.697	^a t=-0.485	^a t=1.226	^a t=1.082
<i>Anlamlılık düzeyi</i>		p=0.181	p=0.487	p=0.629	p=0.222	p=0.281
Sese ve Gürültüye						
Hassasiyet						
Var	143	2.52±0.76	3.09±0.79	3.05±0.90	1.90±0.73	2.67±0.56
Yok	7	2.35±0.71	2.88±0.52	3.42±1.15	1.95±0.75	2.63±0.31
<i>Test değeri</i>		^a t=0.580	^a t=0.687	^a t=-1.048	^a t=-0.176	^a t=0.222
<i>Anlamlılık düzeyi</i>		p=0.563	p=0.487	p=0.296	p=0.861	p=0.824
Kokulara Hassasiyet						
Var	108	2.51±0.80	3.18±0.84	3.09±0.91	1.97±0.76	2.71±0.61
Yok	42	2.53±0.66	2.83±0.51	3.00±0.93	1.72±0.63	2.56±0.33
<i>Test değeri</i>		^a t=-0.146	^a t=2.476	^a t=0.542	^a t=1.905	^a t=1.974
<i>Anlamlılık düzeyi</i>		p=0.885	p=0.014*	p=0.588	p=0.059	p=0.051
İştahsızlık						
Var	113	2.47±0.78	3.13±0.83	3.00±0.92	1.87±0.71	2.65±0.60
Yok	37	2.67±0.68	2.92±0.53	3.27±0.87	2.00±0.79	2.73±0.39
<i>Test değeri</i>		^a t=-1.391	^a t=1.465	^a t=-1.509	^a t=-0.994	^a t=-0.734
<i>Anlamlılık düzeyi</i>		p=0.169	p=0.145	p=0.133	p=0.322	p=0.464
Fiziksel Aktivite İle Ağrıda						
Artış						
Var	131	2.48±0.74	3.08±0.80	3.04±0.92	1.89±0.71	2.65±0.56
Yok	19	2.73±0.85	3.12±0.62	3.26±0.87	1.96±0.92	2.80±0.50
<i>Test değeri</i>		^a t=-1.320	^a t=-0.236	^a t=-0.964	^a t=-0.382	^a t=-1.106
<i>Anlamlılık düzeyi</i>		p=0.189	p=0.813	p=0.337	p=0.703	p=0.271
Baş Dönmesi						
Var	104	2.56±0.83	3.21±0.80	3.10±0.91	2.00±0.79	2.75±0.61
Yok	46	2.41±0.56	2.80±0.63	2.99±0.92	1.68±0.52	2.50±0.33
<i>Test değeri</i>		^a t=1.330	^a t=3.079	^a t=0.713	^a t=2.836	^a t=3.229
<i>Anlamlılık düzeyi</i>		p=0.186	p=0.002*	p=0.477	p=0.005*	p=0.002*

^aBağımsız gruplarda t testi, ^bANOVA Varyans Analizi, *p<0.05, **Tukey Post Hoc Testi.

Tablo 4.12’de migrenli hastaların migren atağı sırasında yaşadığı semptomlara göre Migrenli Hastalarda Kendi Kendine Hastalık Yönetim Stratejileri Ölçeği (MHKKHYSÖ) ve alt boyutları puan ortalamalarının karşılaştırılması verilmiştir

Araştırmaya katılan migrenli hastaların migren atağı sırasında kusma semptomuna göre Palyatif Stratejiler alt boyutu puanı ($p<0.05$), migren atağı sırasında kokulara hassasiyet semptomuna göre Kaçınılması Gereken Stratejiler alt boyutu puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği belirlenmiştir ($p<0.05$); migren atağı sırasında kusma semptomu olmayan migrenli hastaların Palyatif Stratejiler alt boyutu puanının, migren atağı sırasında kokulara hassasiyet semptomu olan migrenli hastaların Kaçınılması Gereken Stratejiler alt boyutu puanının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. (Tablo 4.12).

Araştırmaya katılan migrenli hastaların migren atağı sırasında baş dönmesi semptomuna göre MHKKHYSÖ puanı, Kaçınılması Gereken Stratejiler alt boyutu puanı ve Sistemik Kas Gerilimini Azaltan Stratejiler alt boyutu puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği belirlenmiştir ($p<0.05$); migren atağı sırasında baş dönmesi semptomu olan migrenli hastaların MHKKHYSÖ puanı, Kaçınılması Gereken Stratejiler alt boyutu puanı ve Sistemik Kas Gerilimini Azaltan Stratejiler alt boyutu puanı alt boyutu puanının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. (Tablo 4.12).

Araştırmaya katılan migrenli hastaların migren atağı sırasında bulantı/ midede rahatsızlık hissi, kusma, ışığa hassasiyet, sese ve gürültüye hassasiyet, kokulara hassasiyet, iştahsızlık ve fiziksel aktivite ile ağrıda artış semptomlarını yaşama durumuna göre MHKKHYSÖ puanı ve alt boyutu puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık göstermediği saptanmıştır. ($p>0.05$) (Tablo 4.12).

Tablo 4.13. Migrenli hastaların migren tedavisiyle ilgili özelliklerine göre MHKKHYSÖ ve alt boyutları puan ortalamalarının karşılaştırılması

Migren Tedavisiyle İlgili Özellikler		MHKKHYSÖ ve Alt Boyutları				
		Sistematik			Sistematik	MHKKHYSÖ
		Kaçınılması		Kas	MHKKHYSÖ	
		Palyatif	Gereken	Bilişsel ve		
n	Stratejiler	Stratejiler	Davranışsal	Azaltan	Toplam	
	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$
Migren Baş Ağrısında Ağrı Kesici İlaç Kullanma Durumu						
Evet	124	2.48±0.79	3.16±0.78	3.00±0.94	1.91±0.76	2.67±0.59
Hayır	26	2.71±0.60	2.70±0.65	3.38±0.69	1.87±0.59	2.68±0.31
Test değeri		^a t=-1.402	^a t=2.787	^a t=-1.917	^a t=0.248	^a t=-0.049
Anlamlılık düzeyi		p=0.163	p=0.006*	p=0.057	p=0.805	p=0.961
Migren Baş Ağrısında Kullandığı İlaç Miktarı** (n=124)						
Haftada 1-3 adet ¹	47	2.56±0.85	3.27±0.90	3.12±0.97	2.02±0.84	2.77±0.67
Haftada 4-7 adet ²	32	2.51±0.74	3.00±0.74	3.17±0.58	2.02±0.57	2.68±0.51
Günde 2-4 adet ³	21	2.23±0.62	2.97±0.53	2.48±0.94	1.63±0.56	2.32±0.32
Günde 4 adetten fazla ⁴	2	2.33±0.47	2.80±0.00	3.00±0.00	2.33±0.47	2.58±0.24
Değişken sayıda ⁵	22	2.54±0.84	3.20±0.80	3.20±1.15	1.69±0.87	2.70±0.65
Test değeri		^b F=0.781	^b F=0.979	^b F=2.601	^b F=1.955	^b F=1.833
Anlamlılık düzeyi		p=0.540	p=0.422	p=0.039*	p=0.106	p=0.127
Fark		-	-	2>3**	-	-
Migren Baş Ağrısında Reçete Edilmeyen İlaç Kullanma Durumu						
Evet	95	2.39±0.73	3.05±0.76	2.88±0.89	1.87±0.67	2.58±0.55
Hayır	55	2.73±0.76	3.13±0.80	3.40±0.86	1.95±0.84	2.83±0.53
Test değeri		^a t=-2.719	^a t=-0.571	^a t=-3.500	^a t=-0.594	^a t=-2.701
Anlamlılık düzeyi		p=0.007*	p=0.569	p=0.001*	p=0.554	p=0.008*

^aBağımsız gruplarda t testi, ^bANOVA Varyans Analizi, *p<0.05, **Tamhane's T2 Testi

Tablo 4.13'de migrenli hastaların migren tedavisiyle ilgili özelliklerine göre Migrenli Hastalarda Kendi Kendine Hastalık Yönetim Stratejileri Ölçeği (MHKKHYSÖ) ve alt boyutları puan ortalamalarının karşılaştırılması verilmiştir

Araştırmaya katılan migrenli hastaların migren kaynaklı baş ağrısında ağrı kesici ilaç kullanma durumuna göre Kaçınılması Gereken Stratejiler alt boyutu puanı

açısından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği belirlenmiştir ($p<0.05$); migren kaynaklı baş ağrısında ağrı kesici ilaç kullanan migrenli hastaların Kaçınılması Gereken Stratejiler alt boyutu puanının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır. Araştırmada, migren kaynaklı baş ağrısında ağrı kesici ilaç kullanmayan migrenli hastaların MHKKHYSÖ puanının biraz yüksek olduğu ancak, migrenli hastaların migren kaynaklı baş ağrısında ağrı kesici ilaç kullanma durumuna göre MHKKHYSÖ puanı, Sistematik Kas Gerilimini Azaltan Stratejiler alt boyutu puanı, Sistematik Bilişsel ve Davranışsal Stratejiler alt boyutu puanı ve Palyatif Stratejiler alt boyutu puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık göstermediği saptanmıştır. ($p>0.05$) (Tablo 4.13).

Araştırmaya katılan migrenli hastaların migren kaynaklı baş ağrısında reçete edilmeyen ağrı kesici ilaç kullanma durumuna göre MHKKHYSÖ puanı, Palyatif Stratejiler alt boyutu puanı ve Sistematik Bilişsel ve Davranışsal Stratejiler alt boyutu puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği belirlenmiştir ($p<0.05$); migren kaynaklı baş ağrısında reçete edilmeyen ağrı kesici ilaç kullanan migrenli hastaların MHKKHYSÖ puanı, Palyatif Stratejiler alt boyutu puanı ve Sistematik Bilişsel ve Davranışsal Stratejiler alt boyutu puanı alt boyutu puanının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. (Tablo 4.13).

Araştırmaya katılan migrenli hastaların migren kaynaklı baş ağrısında kullandığı ilaç miktarına göre Sistematik Bilişsel ve Davranışsal Stratejiler alt boyutu açısından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği saptanmıştır. ($p<0.05$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ANOVA Varyans analizi Tamhane's T2 Testi sonuçlarına göre; haftada 4-7 adet ilaç kullanan migrenli hastaların Sistematik Bilişsel ve Davranışsal Stratejiler alt boyutu puanının, günde 2-4 arasında adet ilaç kullanan hastalara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

($p < 0.05$). Araştırmada, haftada 1-3 arasında adet ilaç kullanan migrenli hastaların MHKKHYSÖ puanının yüksek olduğu ancak, migrenli hastaların migren kaynaklı baş ağrısında kullandığı ilaç miktarına göre MHKKHYSÖ puanı, Sistematik Kas Gerilimini Azaltan Stratejiler alt boyutu puanı, Kaçınılması Gereken Stratejiler alt boyutu puanı ve Palyatif Stratejiler alt boyutu puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık göstermediğı saptanmıştır. ($p > 0.05$) (Tablo 4.13).



5. TARTIŞMA

Migren yaşam kalitesini olumsuz etkileyen ve toplum üzerinde önemli ekonomik etkileri olan bir hastalıktır. Migrenli bireylerde kendi kendine hastalık yönetimi oldukça önemlidir. Migren hastalarının ağrıyla başa çıkma yöntemlerinin bilinmesi, geliştirilmesi ve bu yöntemlerini etkileyen faktörlerin belirlenmesinin literatürde yer bulmasının önemli olduğu düşünülerek bu çalışmada; migren hastalarında ağrıyla başa çıkmada kendi genel yönetim stratejileri ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Araştırmada migrenli hastaların ortalama 38.62 yaşında ve çoğunluğunun 17-45 yaş grubunda, kadın ve yükseköğrenim mezunu olduğu saptanmıştır. Konu ile alakalı literatür incelendiğinde, bulduğumuz sonuçların literatürle uyumlu olduğu görülmüştür (Özkan, 2013; Okan ve ark., 2022).

Yapılan bir araştırmada katılımcıların %71,2'sinin evli olduğu ve %52,5'inin ev hanımı olduğu bulunmuştur (Can, 2018). Bu çalışmada ise katılımcıların %62.7'sinin evli olduğu ve %32.7'sinin ev hanımı olduğu saptanmıştır. Bunun sebebi araştırmada yapılan bölgedeki kadınların büyük çoğunluğunun ev hanımı olması olabilir.

Auralı migreni olan hastalarda inme ve kardiyovasküler olay görülme riski, aurasız migreni olan hastalara göre daha belirgindir (Ashina ve ark., 2021). Katılımcıların %35.3'ünde kronik hastalık tanısının olduğu saptanmış olup, migren harici kronik hastalık tanısı olan migrenli hastaların %49.1'inin kalp damar hastalığı (HT, KY, ritim bozukluğu) tanısı aldığı görülmüştür.

Örneklemeye katılan hastalar; beden kitle indekslerine göre gruplara ayrıldığında %50.7'sinin normal, %39.3'ünün kilolu, %8'inin obez ve %2'sinin ise zayıf olduğu belirlenmiştir. Obezitenin migrende güçlü bir risk faktörü olduğu ifade edilmiştir (Ray ve ark., 2016). Migren ve obezite arasındaki ilişkinin araştırıldığı bir çalışmayla obezite

ve migren görülme sıklığı arasında ilişki olduğu doğrulanmıştır (Kristoffersen ve ark., (2020).

Yapılan bir araştırmada migren hastalık süresi 10.81 ± 10.51 yıl olarak tespit edilmiştir (Atalar ve ark., 2021). Bu çalışmada ise migrenli hastaların çoğunlukla 1-5 yıldır migren tanısı aldığı görülmüştür.

Araştırmada, migrenli hastaların çoğunluğunun (%48) nadiren migren şikayetleriyle hastaneye geldiği saptanmıştır. Literatür yapılan çalışmalar incelendiğinde incelendiğinde gerek diğer çalışmalarda gerekse bu çalışmada migren tedavisi için düzenli doktor kontrolüne gitme oranları düşüktür (Kır, 2017; Kardeş, 2022).

Araştırmada migrenli hastaların %66'sının migren hakkında bilgi aldığı, %34'ünün bilgi almadığı, migren hakkında bilgi alanların; en çok doktordan (%68.6) ve çevresindeki kişilerden aldığı, çok azının hemşireden(%18.1) bilgi aldığı saptanmıştır. Kronik nörolojik hastalıklar hakkındaki farkındalığın araştırıldığı bir çalışmada, kişilerin en çok sağlık çalışanlarından bilgi aldıkları saptanmıştır. Yine aynı çalışmada eğitim düzeyini yükseldikçe bilgi sahibi olma oranının arttığı görülmüştür (Ortan ve ark., 2014). Bizim çalışmamızda da bu oranın fazlalığı katılımcılarımızın çoğunun yükseköğrenim mezunu olmasıyla açıklanabilir.

Araştırmada migren hastalarının baş ağrı sıklığını incelediğimizde katılımcılarımızın çoğunluğunun (%33.3) haftada 1 -3 gün, %12.7'sinin ise her gün baş ağrısı yaşadıkları görülmüştür. Migren hastaları ile yapılan bir çalışmada katılımcıların ayda ortalama 5.5 atak geçirdiği saptanmıştır (Harmancı ve Kul, 2021). Bir başka çalışmada ise migren hastalarının ayda ortalama 4 atak geçirdiği görülmüştür (Altay ve Çelenay, 2021).

Yapılan çalışmalarda migren ağrısının sıklıkla tek taraflı ve zonklayıcı özellikte, orta şiddette veya dafa fazla şiddette olduğu bildirilmiştir (şafak ve ark., 2022; Atalar ve ark., 2019). Literatürdeki çalışmalarla benzer olarak bu çalışmada da katılımcıların %62.7'si ağrısını zonklayıcı nitelikte, %36.7'si ağrısını tek taraflı ve %46'sı ağrısını şiddetli olarak tanımlamıştır.

Aura, migrenlilerin yaklaşık %15-30'unda (Berktaş, 2019) ağrı atağı başlamadan görölen kalıcı olmayan bir nörolojik bozuluktur. Bu çalışmada migrenli hastaların %54.7' sinde aura belirtilerinin olmadığı görülürken, %45.3'ünde aura belirtilerinin olduğu ve aurası olan katılımcıların; %57.3' ünün ağrıdan önce aura yaşadığı tespit edilmiştir.

Araştırmaya katılan migrenli hastaların %82.7' sinin migren kaynaklı baş ağrısında ağrı kesici ilaç kullandığı, hastaların; %37.9'unun haftada 1-3 adet ilaç, %25.8'inin haftada 4-7 adet ilaç, %16.9'unun günde 2-4 adet ilaç, %17.7'sinin değişken sayıda ilaç ve %1.4'ünün ise günde 4 adetten fazla ilaç kullandığı tespit edilmiştir. Araştırmamıza katılan migrenli hastaların %63.3'ünün migren kaynaklı baş ağrısında doktor tarafından reçete edilmeyen ağrı kesici ilaç kullandığı belirlenmiştir. Yapılan bir araştırmada katılımcıların büyük bir kısmının (%81.3) atak sırasında analjezik kullandığı belirlenmiştir. Aynı araştırmada katılımcıların %62.3'ün de reçetesiz ilaç kullandığı saptanmıştır (Kozak ve ark., 2017). Migren hastalarının %83,6'sının kombine analjezik ve NSAİ kullandığını ve %16,4'ünün basit analjezikler kullandığı bir çalışmada saptanmıştır (Kayar ve ark., 2023). Bu araştırmada ise hastaların %79.8'inin NSAİİ kullandığı görölmüştür.

Araştırmaya katılan migrenli hastaların migren atağıyla başa çıkabilmek için en çok kullandığı tıbbi olmayan yöntemlerin sırayla; uyumak (%75.3), karanlık ortamda bulunmak (%66), hareketsiz kalmak (%52.7) masajve sıkıcı bandaj yapmak (%25.3)

olduğu, en az kullanılan yöntemlerin ise sırayla; sıcak uygulama (%10), relaksasyon teknikleri, egzersiz, akupunktur(%3.3)ve biofeedback (%1.3) uygulaması olduğu tespit edilmiştir. Migreni olan ergenler ve ebeveynleri üzerinde yapılan bir araştırmada hastaların en sık kullandıkları ağrıyla başa çıkma yöntemleri Yatma/ Uzanma/ Uyuma/ Karanlığa kaçma olarak bulunmuştur (Kayar ve ark., 2023).

Araştırmaya katılan migren hastalarının Migrenli Hastalarda Kendi Kendine Hastalık Yönetim Stratejileri Ölçeği sonuçlarına göre 2.67 ± 0.55 (min.-maks.: 1.65-4.53 ve medyan: 2.65) puan aldıkları ve migrenli hastaların kendi kendine hastalık yönetim stratejileri kullanımının orta düzeyin biraz üzerinde olduğu belirlenmiştir. Ölçeğin, Palyatif Stratejiler alt boyutu 2.52 ± 0.76 (min.- maks.: 1-4,83 ve medyan: 2.5) puan, Kaçınılması Gereken Stratejiler alt boyutu 3.08 ± 0.77 (min.-maks.: 1-5 ve medyan: 3) puan, Sistemik Bilişsel ve Davranışsal Stratejiler alt boyutu 3.07 ± 0.91 (min.-maks.: 1-5 ve medyan: 3) puan ve Sistemik Kas Gerilimini Azaltan Stratejiler alt boyutu ise 1.90 ± 0.73 (min.-maks.: 1-5 ve medyan: 1.66) puan bulunmuştur. Araştırmada migrenli hastaların sistemik kas gerilimini azaltan stratejileri kullanımının en düşük, kaçınılması gereken stratejileri kullanımının ise en yüksek olduğu saptanmıştır. Yapılan bir araştırmada hastaların Kendi Kendine Hastalık Yönetim Stratejilerinin zayıf olduğu görülmekle birlikte kendi kendine hastalık yönetiminde katılımcıların en fazla kaçınılması gereken stratejileri kullandıkları, en az ise sistemik kas gerilimini azaltan stratejileri kullandıkları saptanmıştır (Özkan, 2013).

Araştırmada migrenli hastaların eğitim düzeyine göre kendi kendine hastalık yönetim stratejileri alt boyutu puanları açısından anlamlı farklılık bulunmuştur. Yükseköğrenim mezunu migrenli hastaların kendi kendine hastalık yönetim stratejilerinin, okuryazar olan migrenli hastalara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır. Migrenli hastaların eğitim düzeyi yükseldikçe kendi kendine

hastalık yönetim stratejilerinin arttığı görülmüştür. Literatürte migrenli hastaların eğitim düzeyine göre kendi kendine hastalık yönetim stratejileri açısından anlamlı farklılık ortaya koyan sınırlı çalışmalar yer almaktadır (Özkan, 2013).

Yapılan bir araştırmaya göre eğitim düzeyi yükseldikçe, kişilerin ağrı kontrolü için ilaç dışı yöntemlere başvurma eğilimlerinin arttığı saptanmıştır (Afşar ve Pınar, 2010). Yükseköğrenim mezunu migren hastalarının kendi kendine hastalık yönetim stratejileri ölçeği genel puanının daha yüksek olması, hastalıklarıyla alakalı araştırma yaparak daha fazla bilgi sahibi olmaları nedeniyle durumu daha kolay kontrol altına almalarıyla açıklanabilir.

Araştırmaya katılan migren hastalarının yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, sosyal güvence, meslek, kronik hastalık tanısı ve gelir durumuna göre kendi kendine hastalık yönetim stratejileri ölçeği genel puanı ve alt boyutu puanları açısından anlamlı farklılık bulunmamıştır. Literatür incelendiğinde özellikle migrenli hastaların sosyodemografik özellikleriyle, hastalık yönetim stratejileri arasındaki ilişkiyi gösteren herhangi bir nitel çalışmaya rastlanılmamıştır. Ancak bu çalışmadan elde edilen bu bulguları açıklar nitelikte sayılabilecek, farklı kronik ağrıları, migren ve baş ağrısı yakınmaları olan hastaların ağrıyla başa çıkma yöntemleri arasındaki ilişkileri ele alan çalışmaların olduğu görülmektedir (Özkan, 2013; Kayar ve ark., 2023; Afşar ve Pınar, 2010; Babadağ, 2014; Kandemirci, 2010). Algoloji hastalarıyla yapılan bir çalışmaya göre uygulanan ağrıyla baş etme metotlarının, yaş faktörüne göre değişkenlik göstermediği saptanmıştır (Babadağ, 2014). Bu çalışmada kadın migrenli hastaların kendi kendine hastalık yönetim stratejileri ölçeği genel puanlarının, erkek migrenli hastaların migren genel yönetim stratejileri ölçeği genel puanlarından yüksek olduğu görülmüştür. Yapılan bir araştırmada ağrıyla başa çıkma yollarının cinsiyete göre farklılık gösterdiği düşünülmüştür (Tzourio ve ark., 2003). Konu ile ilgili literatür incelendiğinde,

erkeklerin ağrıyla başa çıkma stratejileri kullanımının, kadınlardan daha fazla olduğunu gösteren çalışmalar (Tzourio ve ark., 2003; Levine, 2012) olduğu gibi ağrıyla başa çıkmada herhangi bir cinsiyet farklılığının bulunmadığını bildiren araştırma bulguları da söz konusudur (Levine, 2012; Lynch, 2003). Bu noktada konu ile alakalı var olan cinsiyet farklılaşmasının daha iyi anlaşılması için bu alanda daha fazla araştırmaya ihtiyaç olduğu görülmektedir. Bu araştırmaya katılan migrenli hastalardan; evli olan hastaların kendi kendine hastalık yönetim stratejileri ölçeği genel puanının, bekar olan hastaların genel puanından daha yüksek olduğu saptanmıştır. Yapılan bir araştırma sonucunda ağrıyla baş etmede çaresizlik hissinin, bekar kadınlara oranla evli olan kadınlarda daha çok görüldüğü saptanmıştır (Sallfors ve ark., 2003).

Çalışmaya katılan migrenli hastalardan; sosyal güvencesi bulunan, memur, geliri giderden fazla olan ve kronik hastalık tanısı olan hastaların kendi kendine hastalık yönetim stratejileri ölçeği genel puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Yapılan bir araştırmada migrenli hastaların kendi kendine yönetim stratejilerinin sosyoekonomik durumu yüksek ve düşük olan kadınlar arasında farklılık gösterdiği saptanmıştır (Kandemirci, 2010). Kanserli hastalar üzerinde yapılan bir araştırmaya göre ise gelir-gider durumunun ağrıyla başa çıkma metotlarını etkilediği saptanmıştır. Araştırmada geliri giderinden az olan hastaların, ağrıyı daha şiddetli algıladıkları ve olumsuz baş etme yöntemlerini kullanıkları görülmüştür (Afşar ve Pınar, 2010). Bu durum ekonomik gücün yetersiz olması sebebiyle bireylerin bakıma ve ilgili kaynaklara ulaşmasının zor olmasıyla açıklanabilir.

Araştırmada migrenli hastaların migren hastalık tanı süresine göre kendi kendine hastalık yönetim stratejileri puanı açısından anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği bulunmuştur. 6 ay-10 yıl arasında migren tanısı olan hastaların migren hastalığında kendi kendine hastalık yönetim stratejilerinin, 11 yıl ve üzeri süredir migren tanısı olan

hastalara oranla daha yüksek olduğu görülmüştür. Diyabetli bireylerde öz yönetiminin değerlendirildiği bir çalışmada, diyabet süresinin artmasıyla hastalık yönetiminin daha iyi olduğu saptanırken, bir başka çalışmada ise diyabet süresinin arttıkça hastalık yönetiminin zorlaştığı bildirilmiştir (Yılmaz ve ark., 2019). Bu çalışmada 11 yıl ve üzeri tanı süresinin, en düşük genel yönetim puanına sahip olmasının hastaların tükenmişlik düzeyleriyle alakalı olabileceği düşünülmüştür. Çalışmada migren hastalarının migren şikâyetleriyle hastaneye geliş sıklığı ve migren hakkında bilgi alma durumlarının migren hakkında bilgi alma durumlarına göre genel puanı arasında anlamlı düzeyde farklılık bulunmamıştır.

Araştırmada migrenli hastaların migren baş ağrısı sıklığına göre kendi kendine hastalık yönetim stratejileri puanı açısından anlamlı düzeyde farklılık bulunmuştur. Araştırmada iki haftada bir kez migren kaynaklı baş ağrısı olan hastaların kendi kendine hastalık yönetim stratejileri ölçeğinden alınan genel puanının, her gün migren kaynaklı baş ağrısı olan hastalara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür. Yapılan bir araştırmada baş ağrı sıklığındaki artışın, migreni olan hastalarda hastalık yönetim stratejilerinin uygulanmasının arttığını göstermiştir (Afşar ve Pınar, 2010). Bulunan bu sonuç literatürle uyumlu değildir.

Kızlarda migren atakları sıklığının daha yüksek olmasının, kızların menarş süreçleriyle ilişkili olabileceği ve bu durumun migreni olan kızlarda östrojenin sinir sistemi üzerindeki etkilerinden kaynaklanabileceği belirtilmektedir (Ozan ve ark., 2023). Gebelikte migren üzerine yapılan bir çalışmada gebelerin %37.2'sinin menstrüasyon dönemine yakın atak geçirme sıklığının arttığı belirtilmiştir. Araştırmada, migren kaynaklı baş ağrısının menstrüasyon ile ilişkisi olduğunu ifade eden migrenli hastaların kendi kendine hastalık yönetim stratejileri ölçeğinden alınan puanının biraz yüksek olduğu saptanmıştır.

Çalışmada orta ve hafif düzeyde ağrı şiddetine sahip olan migrenli hastaların kendi kendine hastalık yönetim stratejileri ölçeği genel puanlarının (2.75±0.52), şiddetli düzeyde ağrı şiddetine sahip olan migrenli hastaların kendi kendine hastalık yönetim stratejileri ölçeği genel puanlarından (2.42±0.36) yüksek olduğu görülmüştür. Ağrının şiddeti arttıkça hastaların ilaç kullanmadan ağrının dinmeyeceğini düşünmeleri sonucu kendi kendine hastalık yönetim stratejileri kullanımında azalma olduğu düşünülebilir. Tekrarlayan baş ağrısı olan çocuklar üzerinde yapılan bir araştırmaya göre ağrı şiddeti ile ağrı kesici kullanımı arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Bandell, 2002).

Araştırmada migrenli hastaların migren kaynaklı baş ağrısının süresine göre palyatif stratejiler puanı açısından anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği bulunmuştur. Baş ağrısının 1 saatten kısa sürdüğünü ifade eden hastaların palyatif stratejilerinin, baş ağrısının 4-12 saat ile 12-24 saat arasında sürdüğünü ifade eden migrenli hastalara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ağrı süre uzadıkça, hastaların ağrıdan kurtulmak için tıbbi çareye başvurmalarının, kendi kendine hastalık yönetim stratejileri kullanımlarında azalmaya sebebiyet verdiği düşünülebilir.

Çalışmada migren atağı sırasında bulantı/ midede rahatsızlık hissi, kusma, fotofobi, fonofobi, kokulara ve gürültüye hassasiyet, iştahsızlık ve fiziksel aktivite ile ağrıda artış semptomlarını yaşama durumuna göre migren hastalığında kendi kendine hastalık yönetim stratejileri açısından anlamlı düzeyde farklılık göstermediği bulunmuştur.

Araştırmada, migrende atağında baş dönmesi yaşama durumuna göre kendi kendine hastalık yönetim stratejileri puanı açısından anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği bulunmuştur. Migren atağı sırasında baş dönmesi semptomu olan migrenli hastaların kendi kendine hastalık yönetim stratejileri ölçeği puanının anlamlı düzeyde daha yüksek

olduğu belirlenmiştir. Migren belirtilerinin hayat kalitesi ve ağrı şiddeti üzerine etkisinin incelendiği bir araştırmada, bulantı ve baş dönmesi semptomu bulunan hastaların ağrı düzeyleri, olmayan hastalara göre daha yüksek bulunmuştur (Öntürk, 2021). Yapılan bir çalışma sonucu sık nonfarmakolojik metotlarının kullanıldığı hastaların ağrı düzeylerinin daha düşük olduğu saptanmıştır (Çelik, 2014). Migren atağı sırasında yaşanan semptomların, ağrıyla başa çıkmada kendi genel yönetim stratejilerine etkisini gösteren çalışmalara ihtiyaç bulunmaktadır.

Araştırmada migren kaynaklı baş ağrısında reçete edilmeyen ağrı kesici ilaç kullanma durumuna göre kendi kendine hastalık yönetim stratejileri açısından anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği bulunmuştur. Baş ağrısında reçete edilmeyen ağrı kesici ilaç kullanan migrenli hastaların hastalık yönetim stratejilerinin anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur. Migrende ağrı yönetim stratejileri ve bunların etkinliğinin incelendiği bir araştırmada reçeteli ilaç kullanımının ağrı yönetimindeki etkinliği, diğer stratejilerden daha yüksek bulunmuştur (Chang ve ark., 2021). Çalışmalarda eğitim seviyesi yükseldikçe, reçetesiz ilaç kullanımının yaygınlaştığı, daha çok ilaç bilgisine sahip olmanın, kişilerde hastalıklarının yönetimine dair daha fazla güvene sebebiyet vererek reçetesiz ilaç kullanımı oranındaki yükselişe katkı sunabileceği ifade edilmektedir (Williams ve ark., 2016; Pereirave ark., 2012; İmaye ve ark., 2017; Miller ve ark., 2018; Skogvold ve ark., 2019).

Araştırmada migren kaynaklı baş ağrısında ağrı kesici ilaç kullanma durumuna göre kaçınılması gereken stratejiler puanı açısından anlamlı düzeyde farklılık bulunmuştur. Araştırmada migren kaynaklı baş ağrısında ağrı kesici ilaç kullanmayan migrenli hastaların kendi kendine hastalık yönetim stratejileri ölçeği genel puanının, ağrı kesici ilaç kullananlara göre biraz yüksek olduğu bulunmuştur. Bireylerde ağrıyla

başı çıkmada işlevsel olmayan stratejiler kullanımının, ağrı kesici ilaçlar kullanma ile pozitif yönde ilişkili olduğunu bulmuşlardır (Miller ve ark., 2018).

Araştırmada migrenli hastaların migren kaynaklı baş ağrısında kullandığı ilaç miktarına göre migren hastalığında kendi kendine hastalık yönetim stratejileri puanı açısından anlamlı düzeyde farklılık göstermediği belirlenmiştir. Araştırmada haftada 1-3 arasında adet ilaç kullanan migrenli hastaların kendi kendine hastalık yönetim stratejileri puanının yüksek olduğu saptanmıştır. Literatürde artan ağrı şiddeti ve sıklığının, sık ağrı kesici ilaç alımıyla ilişkili olduğu gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Skogvold ve ark., 2019).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

- Araştırmada, migrenli hastaların migren atağıyla başa çıkabilmek için en çok kullandığı tıbbi olmayan yöntemlerin sırayla; uyumak, karanlık ortamda bulunmak, hareketsiz kalmak, masaj ve sıkıcı bandaj yapmak olduğu, en az kullanılan yöntemlerin ise sırayla; sıcak uygulama, relaksasyon teknikleri egzersiz, akupunktur ve biofeedback uygulaması olduğu bulundu.
- Araştırmada, migrenli hastaların migren hastalığında kendi kendine hastalık yönetim stratejileri kullanımının orta düzeyin biraz üzerinde olduğu bulundu.
- Araştırmada migrenli hastaların sistematik kas gerilimini azaltan stratejileri kullanımının en düşük, kaçınılması gereken stratejileri kullanımının ise en yüksek olduğu bulundu.
- MHKKHYSÖ genel puanından;
 - Yükseköğrenim mezunu olanlar, okuryazar olanlara göre,
 - Üç ve üzeri çocuğu olanlar, çocuğu olmayanlara göre,
 - 6 ay-10 yıl arasında migren tanısı olanlar, 11 yıl ve üzeri süredir migren tanısı olanlara göre,
 - iki haftada bir kez migren kaynaklı baş ağrısı olanlar, her gün migren kaynaklı baş ağrısı olanlara göre,
 - baş ağrısında reçete edilmeyen ağrı kesici ilaç kullananlar, kullanmayanlara göre,
 - migren atağı sırasında baş dönmesi semptomu olanlar, olmayanlara göre, istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek puan almıştır.
- Araştırmada, zayıf BKİ'ne sahip migrenli hastaların migren hastalığında kendi kendine hastalık yönetim stratejileri puanının yüksek olduğu bulundu.

- Araştırmada, 65 yaş üzerindeki, erkek, evli, sosyal güvencesi bulunan, memur, geliri giderden fazla olan ve kronik hastalık tanısı olan migrenli hastaların kendi kendine hastalık yönetim stratejileri puanlarının daha yüksek olduğu bulundu.
- Araştırmaya katılan migrenli hastaların migren şikâyetleriyle hastaneye geliş sıklığına göre sistematik bilişsel ve davranışsal stratejilerinin anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği bulundu.
- Araştırmada, ara sıra hastaneye gelen ve migren hastalığında bilgi alan hastaların migren hastalığında kendi kendine hastalık yönetim stratejileri puanının yüksek olduğu bulundu.
- Araştırmada kendini yorgun/bitkin hisseden hastaların migren hastalığında kendi kendine hastalık yönetim stratejilerinin daha yüksek olduğu bulundu.
- Araştırmada, migren kaynaklı baş ağrısının menstrüasyon ile ilişkisi olduğunu ifade eden migrenli hastaların migren hastalığında kendi kendine hastalık yönetim stratejilerinin daha yüksek olduğu bulundu.
- Araştırmada migrenli hastaların migren kaynaklı baş ağrısının süresine göre palyatif stratejiler puanı açısından anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği, baş ağrısı 1 saatten kısa sürdüğünü ifade eden hastaların palyatif stratejilerinin anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulundu.
- Araştırmada, baş ağrısı hafif ve orta şiddetteki hastaların hastalık yönetim stratejilerinin daha iyi olduğu bulundu.
- Araştırmada, migren atağında baş ağrısı ani ilerleyen, migren atağındaki baş ağrısı sürekli olan, aura belirtileri görülen, aura süresi 5 dakikadan daha az olan migrenli hastaların migren hastalığında kendi kendine hastalık yönetim stratejilerinin daha iyi düzeyde olduğu bulundu.

- Araştırmada, baş ağrısında ağrı kesici ilaç kullanan migrenli hastaların kaçınılması gereken stratejilerinin anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulundu.
- Araştırmada, migren kaynaklı baş ağrısında kullandığı ilaç miktarına göre sistematik bilişsel ve davranışsal stratejiler puanı açısından anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği haftada 4-7 adet ilaç kullanan migrenli hastaların sistematik bilişsel ve davranışsal stratejilerinin günde 2-4 arasında adet ilaç kullanan hastalara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulundu.

Bu sonuçlar doğrultusunda:

- Migrenli hastalarında, başarılı bir migren yönetimi için migrenli hastaların hastalık yönetimi konusundaki öz yeterlilikleri hemşireler tarafından değerlendirilmeli,
- Migrenli hastalığının hemşirelik yaklaşımında migren atağını önleme ve yönetme becerileri konusundaki hastaları desteklemeli,
- Migrenli hastalarında reçete edilmeyen ilaç kullanımını önlemek için hemşireler tarafından migrenli hastalara migrende akılcı ilaç kullanımı konusunda eğitim ve danışmanlık verilmeli,
- Birinci basamakta çalışan hemşirelerin migrenli hastalara sağlık danışmanlığı yaparak, migrenin sıradan bir baş ağrısı olmadığı, uygun tedavi yöntemleriyle ağrı şiddet ve süresinin azaltılabileceği konusunda bilgilendirme yapmaları ve gerektiğinde sağlık kuruluşuna başvurmaları konusunda teşvik etmeleri,
- Migrenli hastaların yaşam kalitesini artırmak için hemşirelik uygulamaları hastaların migren atağını önleme ve yönetme becerileri konusundaki kendilerine olan güvenini artıracak şekilde planlanma yapılması,
- Migrenli hastaların, hastalığın yönetiminde yer alabilecek tamamlayıcı ve destekleyici tedaviler konusunda sağlık personelleri ve hemşireler tarafından eğitim ve danışmanlık konusunda bilgilendirilmelerini önerebiliriz.

KAYNAKLAR

- Afşar, F., & Pınar, R. 2010. Kanser Hastalarında Ağrı Ve Ağrı İle Başetme Yöntemlerinin Değerlendirilmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(3),19-28
- Akbulut Kolikoğlu, E. 2022. Migren Hastalarının Kişilik Tipi Özelliklerinin Araştırılması Uzmanlık Tezi, Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Erzurum: Atatürk Üniversitesi.
- Altay, H., & Çelenay, Ş. T. 2021. Migrenli bireylerin klinik özellikleri ve fiziksel aktivite ilişkisi. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 5(3), 454-468.
- Ashina, M., Katsarava, Z., Do, T. P., Buse, D. C., Pozo-Rosich, P., Özge, A., Lipton, R. B. (2021). Migraine: epidemiology and systems of care. *The Lancet*, 397(10283), 1485-1495.
- Atalar, A. Ç., Bozkurt, M., Çalışkan, Z., Vo, P., Ertaş, M., & Baykan, B. (2021). Living with burden of migraine: The analysis of “my migraine voice” survey results in Turkey. *Archives of Neuropsychiatry*, 58(2), 115.
- AYGÜN, R. B., Fatma, G. E. N. Ç., & ŞAHİN, E. (2018). MİGREN TEDAVİSİNDE ECZACININ ROLÜ. *Lectio Scientifc*, 2(1), 8-20.
- Babadağ, B. (2014). Algoloji hastalarının ağrı inançları ile ağrıyla başa çıkma durumları arasındaki ilişki. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Eskişehir: TC Eskişehir Osmangazi Üniversitesi.
- Bandell-Hoekstra, I.E., Abu-Saad, H.H., Passchier, J., Frederiks, C.M., Feron, F.J., & Knipschild, P. 2002. Coping and quality of life in relation to headache in Dutch schoolchildren. *European Journal of Pain*, 6(4), 315-321.

- Berktaş, F., Ekemen, E., Kiroğlu, O., & Fazilet, A. 2019. Migren tedavisinde antidepresan ilaçların rolü. *Cukurova Medical Journal*, 44, 555-566.
- Bıçakçı, Ş., Öztürk, M., Üçler, S., Karlı, N., & Siva, A. 2018. Baş ağrısı tanı ve tedavi güncel yaklaşımlar. *İstanbul, Turkey: Galenos Yayınevi*, 111-117.
- Bohm, P. E., Stancampiano, F. F., & Rozen, T. D. (2018, November). Migraine headache: updates and future developments. In *Mayo Clinic Proceedings* (Vol. 93, No. 11, pp. 1648-1653). Elsevier.
- Buse, D. C., Fanning, K. M., Reed, M. L., Murray, S., Dumas, P. K., Adams, A. M., & Lipton, R. B. 2019. Life with migraine: effects on relationships, career, and finances from the chronic migraine epidemiology and outcomes (CaMEO) study. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*, 59(8), 1286-1299.
- Buse, D. C., & Andrasik, F. 2009. Behavioral medicine for migraine. *Neurologic clinics*, 27(2), 445-465.
- Can, E. 2018 Migren Hastalarında Profilaktik İlaç Kullanımına Uyumun Araştırılması Uzmanlık Bitirme Tezi, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı, Ankara: Gazi Üniversitesi.
- Chang, H. Y., Jensen, M. P., Yang, C. C., & Lai, Y. H. (2019). Migraine-specific quality of life questionnaire Chinese version 2.1 (MSQv2. 1-C): psychometric evaluation in patients with migraine. *Health and Quality of Life Outcomes*, 17(1), 1-7.
- Çopur, T., Bozdağ, S., & Levent, Ö. 2021. Migren Tedavisinde Nanoteknoloji Temelli İlaç Taşıyıcı Sistemler. *Hacettepe University Journal Of The Faculty Of Pharmacy*, 41(1), 23-34.
- Dodick, D. W. (2018). A phase-by-phase review of migraine pathophysiology. *Headache: the journal of head and face pain*, 58, 4-16.

- Durna, Z. (2013). İç Hastalıkları Hemşireliği. İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık, 466.
- Ebrahimi Belil, F., Alhani, F., Ebadi, A., & Kazemnejad, A. (2018). Self-efficacy of people with chronic conditions: A qualitative directed content analysis. *Journal of clinical medicine*, 7(11), 411.
- Eigenbrodt, A.K., Ashina, H. Khan, S., Diener, H., Dimos, D., Sinclair, A. J., et al. (2021), Diagnosis and management of migraine in ten steps, Consensus Statement. *Nature Reviews Neurology*, 17, 501–514.
- Eltrafi, A., Shrestha, S., Ahmed, A., Mistry, H., Paudyal, V., & Khanal, S. 2023. Economic Burden of Chronic Migraine in OECD countries: A Systematic Review.
- Ertas, M., Baykan, B., Kocasoy Orhan, E., Zarifoglu, M., Karli, N., Saip, S., ... & 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.
- GÜNDÜZ, C. S., & ÇALIŞKAN, N. (2018). Ağrı Kontrolünde Uygulanan Non-farmakolojik Yöntemler: Etkinliği Hakkındaki Kanıtlar Yeterli mi?. *Journal of Traditional Medical Complementary Therapies*, 1(2):76-81.
- Hang, Hao-Yuan Yang, Chih-Chao; Jensen, Mark P, Lai, Yeur-Hur. 2021. The Frequency And Perceived Effectiveness Of Pain Self-Management Strategies Used By Individuals With Migraine. *Journal of Nursing Research*, 29(3):154,
- Harmancı, H., & Kul, B. (2021). Pain catastrophizing in migraine patients and associated factors. *Journal of Health Sciences and Medicine*, 4(6), 876-881.
- Yüksel, H., Kenar, S. G., Gürsoy, G. T., & Bektaş, H. (2022). Migren Tetikleyici Sayısının Migren Karakteristikleri Üzerine Etkileri. *Journal of Ankara*

University Faculty of Medicine/Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Mecmuası, 75(4):556-561.

İdiman, F. 2018a. Migren baş ağrısı, tipleri, tanı ve tedavi. *Türkiye Klinikleri NeurologySpecial Topics*, 11(1), 28-42.

IHS. 2018. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS) The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. *Cephalalgia*. 38(1):1-211.

imaye D, Limaye V, Krause G, Fortwengel G. A Systematic review of the literature to assess self-medication practices. *Ann Med Health Sci Res*. 2017;7:1-15.

İnan, L. E., Aktürk, T., & Tanik, N. 2019. Migren Hastalığında Olgular ile Bilişsel Davranışçı Terapi Yaklaşımı, 9(1):67-7

Kandemirci, D. 2010. Kadınlarda baş ağrısını tetikleyen günlük stres faktörleri, ağrıyı değerlendirme biçimi ve baş etme yolları arasındaki ilişkinin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir: Ege Üniversitesi.

Kardeş, G. 2022. Gebe Kadınlarda Migren Atağı Görülme Sıklığı ve Baş Ağrısı ile Baş Etme Durumlarının Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, İzmir: Ege Üniversitesi.

Kesserwani H. 2021. Migraine Triggers: An Overview Of The Pharmacology, Biochemistry, Atmospheric, And Their Effects On Neural Networks. *Cureus*. 13:E14243.

Kır, S. 2017. Kocaeli İli; İzmit, Başiskele ve Derince İlçelerinde Takip Altındaki Gebelerde Tekrarlayan Baş Ağrısı Prevalansı ile Baş Ağrılarının Neden Olduğu Yaşam Kalitesi ve Sosyal Kayıpların Belirlenmesi. Tıpta Uzmanlık Tezi. Kocaeli.

- Klemenc-Ketis, Z., Hladnik, Z., & Kersnik, J. 2010. Self-medication among healthcare and non-healthcare students at University of Ljubljana, Slovenia. *Medical Principles and practice*, 19(5), 395-401.
- Kozak HH, Boysan M, Uca AU, Aydın A, Kılınç İ, Genç E. 2017. Sleep quality, morningness–eveningness preference, mood profile, and levels of serum melatonin in migraine patients: a case–control study. *Acta Neurol Belg*, 117:111-119.
- Kristoffersen, E. S., Børte, S., Hagen, K., Zwart, J. A., & Winsvold, B. S. (2020). Migraine, obesity and body fat distribution—a population-based study. *The journal of headache and pain*, 21, 1-8.
- Lawless, M. T., Tieu, M., Feo, R., & Kitson, A. L. 2021. Theories of self-care and self-management of long-term conditions by community-dwelling older adults: A systematic review and meta-ethnography. *Social Science & Medicine*, 287, 114393
- Levine, B.J. 2012. A case study examining coping strategies, family environment, functioning, and quality of life in adolescents with juvenile primary fibromyalgia syndrome. Unpublished master's thesis, California State University, Fullerton
- Marmura Mj. 2018. Triggers, Protectors, And Predictors In Episodic Migraine. *Curr Pain Headache Rep*. 22:81.
- Martelletti, P., Schwedt, T. J., Lanteri-Minet, M., Quintana, R., Carboni, V., Diener, H. C., ... & Vo, P. (2018). My Migraine Voice survey: a global study of disease burden among individuals with migraine for whom preventive treatments have failed. *The journal of headache and pain*, 19(1), 1-10.

- Matthews, A. R., & Kneipp, S. 2020. Learning migraine self-management: the role of mothers and socioeconomic status. *The Journal for Nurse Practitioners*, 16(2), 31-34.
- Mayans, L., & Walling, A. 2018. Acute migraine headache: treatment strategies. *American family physician*, 97(4), 243-251.
- Midilli, T. S., & Yücel, Ş. 2019. Cerrahi kliniklerinde çalışan hemşirelerin ağrı yönetiminde nonfarmakolojik yöntemleri kullanma durumları ve etkileyen faktörler. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, (1), 60-66.
- Miller, M.M., Meints, S.M., & Hirsh, A.T. 2018. Catastrophizing, pain, and functional outcomes for children with chronic pain: a meta-analytic review. *The Journal of Pain*, 159(12), 2442-2460.
- Karlı, H., Bıçakcı, Ş., & Bozkurt, M. 2022. CGRP: New Focus in Migraine. *Turkish Journal Of Neurology*, 28(1).
- Okan, B. A. R. İ., Söğüt, Ö., Çakmak, S., & Kaplan, O. 2021. Migren Atak ile Acil Servise Başvuran Hastaların İlk Değerlendirilmesinde C-Reaktif Protein/Albumin Oranı. *Anatolian Clinic the Journal of Medical Sciences*, 26(1), 80-87.
- Olesen, J. 2018. Headache classification committee of the international headache society (IHS) the international classification of headache disorders. *Cephalalgia*, 38(1), 1-211.
- Olgun N.,Çelik S.2021.Tüm Yönleriyle İç Hastalıklar Hemşireliği,Ankara Nobel Tıp Kitabevleri.Ankara,607-616.
- Olla, D., Sawyer, J., Sommer, N., & Moore, J. B. 2020. Migraine treatment. *Clinics in plastic surgery*, 47(2), 295-303.

- Öntürk, H. 2021. Migrende görülen belirtilerin yaşam kalitesi ve ağrı şiddeti üzerine etkisinin incelenmesi. *Van Sağlık Bilimleri Dergisi*, 14(2), 209-215.
- Ortan, P., Ashı, A. K. I. N., Demiralın, F., Trakyalı, A. U., Bilgin, R., Arpacı, E., & Gedizlioğlu, M. 2014. Nörolojik Hastalığı Olmayan Bir Grupta Kronik Nörolojik Hastalıklar Hakkında Farkındalığın Araştırılması: Kesitsel Bir Anket Çalışması. *İzmir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi*, 18(2), 12-17.
- Ozan Kayar, Fevziye Toros, Gülen Güler Aksu, Aynur Özge. 2023. *Epizodik migren tanısı olan ergenlerde baş ağrısı karakteristikleri ve ağrıyla başa çıkma stratejileri üzerinde içe yönelim sorunlarının rolü*. *Agri* 2023;35(3):119–133
- Özge, A., Uludüz, D., Yalın, O. Ö., & Uygunoğlu, U. 2018. Kronik migren: hastalık yükü, komorbidite ve tedavi. *Türk Noroloji Dergisi*, 24(2), 117.
- Özkan İG.2013. Migren hastalarında öz Yeterlilik, ağrıyla başa çıkmada Kendi Genel yönetim Stratejileri Ve yaşam Kalitesi arasındaki ilişkinin İncelenmesi: Teorik Bir Modelin Test Edilmesi: Marmara Üniversitesi (Turkey).
- Özön, A. Ö., Karadaş, Ö., and Özge, A. 2018. Efficacy of diet restriction on migraines. *Archives of Neuropsychiatry*, 55(3), 233-237.
- Öztürk M. 2018. Migren atak ve profilaktik tedavi. Türk Nöroloji Derneği Yayını. Galenos yayınevi, İstanbul. ss. 51-67.
- Pereira CM, Alves VF, Gasparetto PF, Carneiro DS, Carvalho DGR, 2012. Valoz FEF. Self-medication in health students from two Brazilian universities. *RSBO*. 9(4):361-7.
- Peters M, Abusaad H, Robbins I, Vydelingum V, Dowson A, Murphy M. 2005. Patients management of the migraine and chronic daily headache: A study of the member of the migraine action association. (United Kingdom). *Headache*, 45: 571-581.

- Ray S, Singh SB, Halford JCG, Harrold JA, Kumar R. 2016. A Pilot Study of Obesogenic Eating Behaviors in Children with Migraine. *J Child Neurol.* 31:895–8.
- Şafak, D. , Korkmazer, B. & Şahin, E. M. 2022. The Association between Migraine And Sleep Quality. *Konuralp Medical Journal*, 14 (1) , 124-131.
- Sallfors, C., Hallberg, L. R. M., & Fasth, A. (2003). Gender and age differences in pain, coping and health status among children with chronic arthritis. *Clinical and experimental rheumatology*, 21(6), 785-793.
- Şentürk, S. G. (2021). Kronik Hastalıkların Yönetiminde Öz Yönetim Stratejilerinin Önemi ve Hemşirenin Rolü. *Avrasya Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(1), 9-13.
- Skogvold, L., & Magnussen, L.H. 2019. Chronic tension-type headache and coping strategies in adolescents: A qualitative interview study. *Physiotherapy Research International*, 24(3), 1-6.
- Steiner TJ, Stovner LJ, Vos T, Jensen R, Katsarava Z. 2018. Migraine is first cause of disability in under 50s: will health politicians now take notice?. *J Headache Pain.* 19(1):17.
- Su, M., & Yu, S. (2018). Chronic migraine: A process of dysmodulation and sensitization. *Molecular pain*, 14, 1744806918767697.
- TAN, G. (2018). KRONİK HASTALIK YÖNETİMİNDE TAMAMLAYICI VE ALTERNATİF TEDAVİ KULLANIMI VE HEMŞİRENİN ROLÜ. *Van Sağlık Bilimleri Dergisi*, 11(2), 21-24.
- Türk Nöroloji Derneği. Başağrısı Tanı ve Tedavi Güncel yaklaşım Rehberi(2022) [https://www.noroloji.org.tr/TNDDData/Uploads/files/ba%C5%9F%20a%C4%](https://www.noroloji.org.tr/TNDDData/Uploads/files/ba%C5%9F%20a%C4%2022.pdf) 18 .08.2022.

- Tzourio, C., Gagniere, B., El Amrani, M., Alperovitch, A., & Bousser, M. G. 2003. Relationship between migraine, blood pressure and carotid thickness. A population-based study in the elderly. *Cephalalgia*, 23(9), 914-920.
- Urits, I., Gress, K., Charipova, K., Zamarripa, A. M., Patel, P. M., Lassiter, G., ... & Viswanath, O. 2020. Pharmacological options for the treatment of chronic migraine pain. *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology*, 34(3), 383-407.
- Vargas, B. B. 2018. Acute treatment of migraine. *CONTINUUM: Lifelong Learning in Neurology*, 24(4), 1032-1051.
- Vo P, Fang J, Bilitou A, Laflamme AK, Gupta S. Patients' perspective on the burden of migraine in Europe: a cross-sectional analysis of survey data in France, Germany, Italy, Spain, and the United Kingdom. *J Headache Pain* 2018;19:82.
- Williams A, Crawford K. Self-medication practices among undergraduate nursing and midwifery students in Australia: A cross-sectional study. *Contemp. Nurse*. 2016;52:410-20.
- Yilmaz, F. T., Şahin, A. D., & Türesin, A. K. 2019. Tip 2 diyabetli bireylerde hastalığı kabul düzeyinin glisemik kontrol ile ilişkisi. *Cukurova Medical Journal*, 44(4), 1284-1291.

EKLER

EK-1. ETİK BİLDİRİM VE İNTİHAL BEYAN FORMU

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ Graduate School of Health Sciences		
ETİK BİLDİRİM VE İNTİHAL BEYAN FORMU¹		
Öğrencinin Adı ve Soyadı	Buse Ekinci	
Öğrencinin Numarası	-	
Ana Bilim Dalı	İç Hastalıkları Hemşireliği	
Öğrencinin Kayıtlı Olduğu Program	Yüksek Lisans	
Türü		
Yukarıda bilgileri verilen tezin intihal tespit yazılımıyla (Turnitin) yapılan tarama sonucunda elde edilen benzerlik oranları aşağıdaki gibidir. Beyan edilen bilgilerin doğru olduğunu, aksi hâlde doğacak hukuki sorumlulukları kabul ve beyan ederiz.		
Bölümler	Benzerlik Oranı	Maksimum Benzerlik Oranları
I. Giriş	% 14	% 15
II. Genel Bilgiler	% 9	% 35
III. Materyal ve Metod	% 28	% 35
IV. Bulgular	% 10	% 15
V. Tartışma	% 9	% 20
<i>Not: Yedi kelimeye kadar benzerlikler ile Başlık, Kaynakça, İçindekiler, Teşekkür, Dizin ve Ekler kısımları tarama dışı bırakılabilir. Yukarıdaki azami benzerlik oranları yanında tek bir kaynaktan olan benzerlik oranlarının %5'den büyük olmaması gerekir.</i>		
¹ Bu form bilgisayar ortamında doldurulmalı, çıktısı imzalı Tez Savunması Jüri Öneri Formu'yla birlikte Ana Bilim Dalı Başkanlığı aracılığıyla ÖBYS üzerinden Enstitüye iletilmelidir.		

EK-2. ETİK KURUL ONAY FORMU

ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU		
KARAR		
ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı
	TELEFON	+90 442 234 65 11
	FAKS	+90 442 236 09 68
	E-POSTA	atatipetikkurul@gmail.com
SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI		Prof. Dr. Mehtap TAN
ARAŞTIRMACININ AÇIK ADI		Migren Hastalarında Ağrıyla Başa Çıkma Kendi Genel Yönetim Stratejileri Ve Etkileyen Faktörler
KARAR BİLGİLERİ	Toplantı Sayısı: 6 Karar No: 64	Tarih:30.06.2022
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmacının/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve çalışmanın bütçesinin Kendisi tarafından karşılanması koşulu ile yapılmasında bilimsel ve etik açıdan sakınca olmadığına oy birliği ile karar verildi. Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir. Araştırmacıya çalışmalarında başarılar dileriz.	

EK-3. KURUM İZNİ



T.C.
İÇİŞİLERİ BAKANLIĞI
İçişleri Bakanlığı

İÇİŞİLERİ BAKANLIĞI
İÇİŞİLERİ BAKANLIĞI
14.10.2022 13:42 E-69984779-771-9362
00175930015

Sayı : E-69984779-771
Konu : Uygulama İzni (Buse EKİNCİ)

ERZURUM ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
(Öğrenci İşleri Daire Başkanlığına)

İlgi : 19/09/2022 tarihli ve 87364060-E-88179374-300-2200281736 sayılı yazı.

İlgi tarih ve sayılı yazınız Başkanlığımız tarafından incelenmiş olup, uygulama izni uygun bulunduğundan gerekli izin verilmiştir.
Gereğini bilgilerinize arz ederim.

EK-4. KİŞİSEL BİLGİ FORMU

- Adı Soyadı:
- Boy/Kilo:
- E-Mail:
- 1. Yaşı:
- 2. Cinsiyeti: 1.Kadın () 2.Erkek ()
- 3. Eğitim durumu: 1.Okur yazar değil () 2. Okur yazar () 3. İlköğrenim ()
4. Ortaöğrenim () 5. Yükseköğrenim ()
- 4. Medeni Durum: 1. Evli () 2. Bekar () 3. Dul veya ayrı yaşıyor ()
- 5. Çocuk Sahibi Olma Durumu: 1. 1-2 çocuk () 2. 3 çocuk ve üzeri () Yok ()
- 6. Sosyal Güvencesi var mı? 1. Evet () 2. Hayır ()
- 7. Mesleğiniz: 1. Ev hanımı () 4.Emekli ()
2. Memur () 5.Serbest ()
3. Asker () 6.Diğer ()
- 8. Maddi Durumu: 1.Kötü () 2.Orta () 3. İyi ()
- 9. Migren Hastalığı tanısı alma süreniz?
1. 6-12 ay () 2. 1-5 yıl () 3. 6-10 yıl () 4.11 yıl ve üzeri ()
- Başka bir hastalığınız var mı? 1.Evet () 2.Hayır ()
- Cevabınız evet ise; hastalığın adı:
- 10. Baş ağrısının sıklığı:
1. Her gün
2. Haftada 4-6 gün
3. Haftada 1-3 gün
4. 2 haftada 1
5. Ayda 1
6. Diğer:.....
- 11. Baş ağrınızın başlangıcı:
1. Ani
2. Yavaş ilerleyen
3. Diğer:.....
- 12. Baş ağrınızın karakteri:
1. Zonklayıcı
2. Sıkıcı
3. Patlayıcı
4. Ağırılık hissi
5. Bıçak saplanma
6. Oyucu
7. Uyuşma-yanma-karınçalanma

8. Diğer
- 13. Baş ağrısının özelliği:
 1. Sürekli
 2. Ataklar halinde
 3. Düzensiz aralıklarla gelen
 4. Diğer:.....
 - 14. Baş ağrınızın adetle (menstrüasyon) ile ilişkisi:
 1. Yok
 2. Var:

Mens olma yaşıınız:.....

- 15. Baş ağrısının sıklığı
 1. Her gün
 2. Haftada 4-6 gün
 3. Haftada 1-3 gün
 4. İki haftada 1
 5. Ayda 1
 6. Diğer:.....
- 15. Baş ağrınızın süresi ne uzunluktadır?
 1. 1 saatten kısa
 2. 1-4 saat arasında
 3. 4-12 saat arasında
 4. 12-24 saat arasında
 5. 24 saatten uzun
- 16. Baş ağrınızın şiddeti
 1. Hafif
 2. Orta
 3. Şiddetli
 4. Çok şiddetli (yatağa düşürecek kadar şiddetli)

Aura ;baş ağrısı ataklarında ağrı döneminden önce dakikalar içinde yavaş olarak gelişen (5-20 dk) ve 60 dakikadan kısa süre içinde kaybolan geçici fokal nörolojik semptomlardır.

- 17. Baş ağrınızı önceden haber veren aura (şikayet ya da belirti) var mı?
 1. Evet
 2. Hayır
- **Evet ise:**
Auranın zamanı:

1. Ağrıdan önce
2. Ağrı sırasında
3. Ağrıdan sonra

Auranın özelliği:

1. Görsel bulgular (Gözlerde parlama, ışık çakmaları, zig zag çizgilenmeler, bulanık görme)

2. Diğer (Dikkat toparlayamama, ışığa, sese ve kokuya hassasiyet; elde, ayakta, dilde uyuşma; kabızlık, ishal, terleme, ensede sertlik)

Auranın süresi:

- 1.5 dk. dan az
2. 5-20 dk arasında
3. 20-60 dk arasında
4. 60 dakikadan uzun

18. Aşağıdaki belirtilerden hangisi sizde ağrıyla birlikte bulunmaktadır, işaretleyiniz?

Baş ağrısı sırasında:

Bulantı/ Midede rahatsızlık hissi	Var ☐	Yok ☐	Bazen ☐
Kusma	Var ☐	Yok ☐	Bazen ☐
Işığa hassasiyet	Var ☐	Yok ☐	Bazen ☐
Sese ve gürültüye hassasiyet	Var ☐	Yok ☐	Bazen ☐
Kokulara hassasiyet	Var ☐	Yok ☐	Bazen ☐
İştahsızlık	Var ☐	Yok ☐	Bazen ☐
Fiziksel aktivite ile Ağrıda artış	Var ☐	Yok ☐	Bazen ☐
Baş dönmesi	Var ☐	Yok ☐	Bazen ☐

19. Baş ağrınızın yerleşimi nasıldır?

1. Başın sağ yarısında
2. Başın sol yarısında

3. Başın ön tarafında

4. Başın arkasında

5. Gözlerin arkasında

6. Başın tüm bölgesinde

20. Baş ağrısı sonrasındaki dönemdeki genel durumunuz nasıldır?

1. Yorgun/bitkin

2. İçe kapanık/ sersem gibi

3. Diğer:

21. Baş ağrınızla ilgili ağrı kesici alıyor musunuz?

1. Evet

2. Hayır

22. Cevabınız evet ise kullandığınız ilaçları yazınız?

23. Evet ise, Miktarını işaretleyiniz?

1. Haftada 1-3 adet

2. Haftada 4-7 adet

3. Günde 2-4 adet

4. Günde 4 adetten fazla

5. Düzensiz değişebiliyor

24. Baş ağrınızla ilgili doktorunuz tarafından reçete edilmeyen ağrı kesicileri kullanır mısınız ?

1. Evet

2. Hayır

25. Baş ağrınızla ilgili hastaneye ne sıklıkla gelirsiniz?

1. Sık sık

2.Ara sıra

3.Nadiren

27.Migren hakkında hiç bilgi aldınız mı?

1. Evet

2. Hayır

28.Cevabınız evet ise kimden bilgi aldınız?

1. Doktor

2. Hemşire

3. İnternet

4. Diğer

9.Baş ağrınızı tetikleyen faktörler nelerdir?

1. Stres

2. Açlık

3. Uykusuzluk

4.Aşırı uyku

5. Menstrüasyon

6.Yorgunluk

7. Yiyecek/ içecekler (çay, kahve, çikolata, peynir, kırmızı şarap,.....)

8.Diyet yapmak

9. Parlak ışık, güneş

10. Gürültü, ses

11. Nem, sıcaklık veya soğuk hava

12. Sigara dumanı ya da sigara kullanmak

13. Ağır kokular

14. Ağır egzersiz yapmak

15. Öksürme

16.Öne eğilme

17.Diğer.....

29.Baş ağrınızla başa çıkabilmek için tıbbi olmayan hangi yöntemleri kullanıyorsunuz?

1.Hareket etmemek

2. Uyumak

3.Karanlık ortamda bulunmak

4.Sıcak uygulama

5.Soğuk kompres

6.Buz uygulamak

7.Relaksasyon teknikleri

8.Biofeedback

9.Egzersiz

10.Bitkisel yöntemler

11.Akupunktur

12. Diğer.....

EK-5. MİGRENLİ HASTALARDA KENDİ KENDİNE HASTALIK YÖNETİM STRATEJİLERİ ÖLÇEĞİ (MHKKHYSÖ)

	Asla	Nadiren	Bazen	Çoğunlukla	Herzaman
1- Baş ağrımı önlemek için tetikleyici yiyecek ve içecekleri(kaşar peyniri, çikolata, kahve....vb) almaktan kaçınırım	1	2	3	4	5
2- Başım ağrıdığı ya da ağrıyacağını hissettiğim zaman ani baş hareketlerinden kaçınırım	1	2	3	4	5
3- Başım ağrıdığı ya da ağrıyacağını hissettiğim zaman yavaş hareket ederim	1	2	3	4	5
4- Başım ağrıdığı ya da ağrıyacağını hissettiğim zaman gürültülü ortamdaki uzaklaşıyorum	1	2	3	4	5
5-Başım ağrıdığı zaman kendi kendimle konuşur, ağrının üstesinden gelebileceğim konusunda kendimi telkin ederim	1	2	3	4	5
6- Başım ağrıdığı sırada ağrımı kısa vadeli, yönetilebilir olarak yorumlarım.	1	2	3	4	5
7- Baş ağrımı önlemek için koyu ışığa uzun süreli maruz kalmaktan (uzun süreli bilgisayar kullanımı gibi) kaçınırım.	1	2	3	4	5
8- Baş ağrımı önlemek için düzenli yemek yerim	1	2	3	4	5
9- Baş ağrımı önlemek için düzenli uyurum.	1	2	3	4	5
10- Baş ağrımı tetiklememesi için stresli durumlardan kaçınırım.	1	2	3	4	5
11 -Baş ağrımı önlemek için düzenli olarak meditasyon ya da yoga yaparım	1	2	3	4	5
12-Başım ağrıdığı ya da ağrıyacağını hissettiğim zaman derin nefes egzersizleri yaparım.	1	2	3	4	5
13- Baş ağrımı önlemek için gün boyunca germe egzersizleri yaparım.	1	2	3	4	5
14-Başım ağrıdığı zaman başıma soğuk uygularım.	1	2	3	4	5
15-Baş ağrımı tetiklememesi için çalışırken boynumu sürekli aynı pozisyonda tutmayıp, pozisyonumu değiştiririm.	1	2	3	4	5
16-Başım ağrıdığı zaman ağrımı önemsemem günlük rutin işlerime devam ederim	1	2	3	4	5
17- Başım ağrıdığı zaman başka şeyler düşünerek ilgimi ağrıdan başka şeylere yönlendirmeye çalışırım.	1	2	3	4	5