



T.C.

NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ

MERAM TIP FAKÜLTESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**MİGREN HASTALARININ YAŞAM KALİTESİ, ANKSİYETE VE  
DEPRESYON DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Cennet BÜYÜKYÖRÜK

UZMANLIK TEZİ

Danışman

Prof.Dr. Ruhuşen KUTLU

**KONYA, 2017**



T.C.  
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ  
MERAM TIP FAKÜLTESİ  
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**MİGREN HASTALARININ YAŞAM KALİTESİ, ANKSİYETE VE  
DEPRESYON DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Cennet BÜYÜKYÖRÜK

UZMANLIK TEZİ

Danışman

Prof.Dr. Ruhuşen KUTLU

**KONYA, 2017**

## TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince engin bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım, her türlü anlayış ve desteği gösteren, bilimsel ve manevi desteğini benden esirgemeyen tez danışmanım Sayın Prof. Dr. Ruhuşen Kutlu'ya teşekkürlerimi sunarım. Uzmanlık eğitimim süresince üzerimde büyük emekleri olan ve her türlü sorunumuzla yakından ilgilenerek yol gösteren değerli hocam Sayın Prof. Dr. Selma Çivi'ye teşekkür ederim. Eğitimim boyunca ve tez çalışmamda yardımlarını, bilgi ve deneyimini esirgemeyen Sayın Doç. Dr. Fatma Gökşin Cihan'a teşekkür ederim.

Tez hastalarımın toplanmasında desteklerini esirgemeyen Sayın Prof. Dr. Emine Genç'e ve Nöroloji Anabilim Dalındaki tüm araştırma görevlisi arkadaşlarıma teşekkür ederim.

Rotasyon eğitimlerim süresince destek veren, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Kadın Hastalıkları ve Doğum, Genel Cerrahi, Göğüs Hastalıkları, Kardiyoloji bölümlerindeki öğretim üyesi hocalarıma ve asistan arkadaşlarıma teşekkür ederim. Uzmanlık tezimin hazırlanmasında yardım ve katkılarını esirgemeyen tüm araştırma görevlisi arkadaşlarıma ve aile hekimliği polikliniği çalışanlarına teşekkür ederim.

Ayrıca bugünlere gelmemde emeği geçen sevgili annem, babam ve kardeşlerime, bu zorlu zaman diliminde beni büyük bir sabırla destekleyen ve her zaman yanımda olan sevgili eşim Dr. Ahmet Büyükyörük'e, canım oğullarım Kayra ve Ömer Taha'ya çok teşekkür ederim.

Dr. Cennet BÜYÜKYÖRÜK

Konya 2017

**ÖZET**  
**MİGREN HASTALARININ YAŞAM KALİTESİ, ANKSİYETE VE**  
**DEPRESYON DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Dr. Cennet BÜYÜKYÖRÜK**

**Uzmanlık Tezi**  
**KONYA-2017**

**Amaç:** Çalışmamızda migren tanısı olan ve olmayan hastaların anksiyete ve depresyon düzeylerinin değerlendirilmesi ve yaşam kalitesi üzerine etkilerinin karşılaştırılması amaçlanmıştır.

**Gereç ve yöntem:** Vaka-kontrol tipindeki bu analitik çalışmada Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Nöroloji Polikliniğine başvuran yeni ve/ veya eski migren tanısı olan 201 hasta ve Aile Hekimliği Polikliniğine herhangi bir sebeple başvurmuş migren tanısı almamış, şikayeti olmayan 201 gönüllü alınmıştır. Hastalar ile ilgili verilerin toplanması için sosyodemografik özellikleri belirleyen bir anket formu, hastane anksiyete ve depresyon ölçeği (HADÖ) ve yaşam kalitesini ölçmek için WHOQOL-BREF (TR) yaşam kalitesi ölçeği kullanılmıştır. Anketler araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği ile doldurulmuştur. Frekanslar, ortalama, standart sapma, ortanca, minimum ve maksimum değerler, Odds ratioları hesaplandı. Sonuçlar % 95'lik güven aralığında, anlamlılık  $p < 0.05$  düzeyinde değerlendirildi.

**Bulgular:** Çalışmamızda migreni olanların % 90,5'i (n=182) kadın, % 9,5'i (n=19) erkek idi. Migreni olan hastaların yaş ortalaması  $35 \pm 9,68$  yaş (min:18 - max:65) bulundu. Migreni olan hastaların 117'si (%67,2) ortaokul ve altı eğitilmiş iken migreni olmayanların 144'ü (%63,2) lise ve üstü eğitilmiş idi. Eğitim düzeyi düşük olanlarda migren olma riski eğitim düzeyi yüksek olanlardan daha fazla idi. Düşük eğitim düzeyi ile migren arasında anlamlı bir ilişki vardı ( $p < 0,001$ ). Medeni durum ve meslekler açısından gruplar arasında fark yoktu ( $p > 0,005$ ). Migren hastası olanların olmayanlara göre gelir seviyesi anlamlı şekilde düşük idi ( $p < 0,001$ ). Sigara içme oranı migreni olanlarda daha fazla bulundu ( $p = 0,037$ ). Migrenlilerin %75,1'inde (n=151) bulantı-kusma, % 74,6'sında (n=150) ışık ve sese hassasiyet , %71,1'inde (n=143) uykusuzluk baş ağrısına eşlik etmekte idi. Migreni olanların depresyon ve anksiyete puan ortalaması olmayanlara göre anlamlı şekilde yüksek idi ( $p < 0,001$ ). Migren hastalarının ayda

geçirdikleri atak sayısı ile HADÖ anksiyete-depresyon skorlarını karşılaştırıldığında ayda beş ve daha fazla atak geçirenlerde depresyon daha fazla görülürken anksiyete açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yok idi ( $\chi^2 = 5,570$ ;  $p=0,018$ ). Hastalık tanı süresi ile depresyon görülme sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktu ( $p=0,926$ ). Migreni olup evli olanlarda olmayanlara, çalışmayanlarda çalışanlara, ortaokul ve altı eğitimi olanlarda lise ve üstü eğitimi olanlara göre depresyon daha fazla görülmekte idi ( $p < 0,005$ ). Migreni olanlar ve olmayanlarda yaşam kalitesi karşılaştırıldığında kontrol grubunun yaşam kalitesi istatistiksel olarak anlamlı derecede daha iyi idi ( $p < 0,001$ ).

**Sonuç:** Migren hastaların yaşamlarını olumsuz yönde etkilediği için önemsenmesi gereken bir hastalıktır. Migren ve buna eşlik eden komorbid durumların varlığı hem sağlık sistemine, hem de ülke ekonomisine maddi yönden ağır yükler getirmektedir. Medikal tedavi ile birlikte hastaların yaşam kaliteleri ve psikiyatrik durumları da sorgulanmalı ve hastalar dikkatle değerlendirilmelidir. Aile hekimliği uzmanları olarak hastalarımızı değerlendirirken fiziksel, ruhsal, toplumsal, kültürel etkenlerin tümünü göz önünde bulundurmalı; hastayı bütüncül olarak değerlendirmeliyiz. Bu tez çalışmasında migrenin sadece bir baş ağrısı olmayıp hastanın kendisinin ve çevresindekilerin ruhsal durumlarını ve yaşam kalitesini de etkileyebilecek bir hastalık olduğuna dikkat çekmek istedik.

**Anahtar kelimeler:** Migren, Yaşam Kalitesi, Anksiyete, Depresyon

**ABSTRACT**  
**ASSESSMENT OF ANXIETY, DEPRESSION LEVELS AND QUALITY OF LIFE IN**  
**MIGRAINE PATIENTS**

**Dr. Cennet BÜYÜKYÖRÜK**

**THE MASTER THESIS**  
**KONYA-2017**

**Objectives:** The aim of this study was to compare the anxiety and depression levels and its effects on quality of life of the patients with and without migraine.

**Material and Methods:** In this case control-type analytical study, 201 patients who were diagnosed as migraine at Necmettin Erbakan University Meram Medical Faculty Neurology Clinic and 201 volunteers who applied to Family Practice Clinic for any reason and did not have any complaints, were included. A questionnaire form determining sociodemographic properties, Hospital Anxiety and Depression Scala (HADS) and Life Quality Scala (LQS) were used to collect data about patients. The surveys were completed by the researchers in face to face meetings. Frequencies, averages, standard deviations, median, minimum and maximum values, odds ratios were calculated. The results were evaluated at 95 % confidence interval and significance was evaluated at  $p<0.05$  level.

**Results:** In our study, patients with migraine were 90.5% (n=182) female and 9.5% (n=19) male. Average age of the migraine patients participated in our study was found  $35\pm 9.68$  years (min:18 - max:65). Of the migraine patients, 117 (67.2%) were elementary school and lower level educated while 144 (63.2%) of patients without migraine were high school and higher level educated. There was a significant relationship between lower levels of education and migraine ( $p<0.001$ ). There was no difference between the groups in terms of marital status and employment ( $p >0.05$ ). Income amount of migraine patients was significantly lower than those with no migraine ( $p <0.001$ ). Smoking rate was found higher among migraine patients ( $p=0.037$ ). In 75.1% of migraine patients (n=151) nausea and/or vomiting, in 74.6% (n=150) sensitivity to light and noise were accompanying headache. Mean scores of depression and anxiety were significantly higher in migraine patients ( $p <0.001$ ). When number of migraine attacks per month and anxiety-depression scores, depression level was observed to be higher among patients having five or more attacks in a month ( $\chi^2=5.570$ ;  $p=0.018$ ), while there was no statistically significant difference in case of anxiety. There was

no statistical significance between duration of diagnosis and depression rates ( $p=0.926$ ). Among migraine patients, depression was observed to be higher in married than singles, employed than unemployed, elementary school and lower level educated than high school and higher level educated ( $p < 0.005$ ). When patients with migraine and without migraine were compared, quality of life in control group was significantly better ( $p < 0.001$ ).

**Conclusion:** Migraine must be taken seriously as it has a negative impact on patients' lives, Migraine and its comorbid conditions have financially heavy burden on both health system and national economy. Besides medical treatment, the patients should be evaluated carefully for their quality of life and psychiatric conditions. As family physicians, we must consider physical, psychological, social and cultural factors when assessing our patients, and evaluate them as a whole. In this study, we draw attention to the fact that migraine is not only a headache but it also affects the patients' family and their community in terms of psychological state and the quality of life.

**Keywords:** Migraine, Quality of Life, Anxiety, Depression.

# İÇİNDEKİLER

## Sayfa

TEŞEKKÜR .....	ii
ÖZET .....	iii
ABSTRACT .....	v
SİMGELER ve KISALTMALAR.....	ix
TABLO VE ŞEKİL LİSTESİ.....	xi
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1.MİGREN .....	4
2.1.1.Tanım.....	4
2.1.2.Tarih .....	4
2.1.3. Epidemiyoloji .....	5
2.1.4.Etiyopatogenez .....	6
2.1.5.Tanı ve Klinik .....	9
2.1.6.Migren Atağı .....	12
2.1.7.Migrenli Hastaların Karakteristik Özelliği.....	12
2.1.8.Sınıflandırma .....	13
2.1.9.Migrene Eşlik Eden Hastalıklar .....	23
2.1.9.1.Migren ve Psikiyatrik Komorbidite.....	25
2.1.10. Tedavi.....	28
2.1.10.1.Farmakolojik Tedavi .....	28
2.1.10.2.Migrende Profilaktik Tedavi .....	31
2.1.10.3.Migrenin Profilaktik Tedavisinde Komorbiditenin Rolü.....	32
2.1.10.4. Nonfarmakolojik Tedaviler .....	33
2.2.DEPRESYON.....	33
2.2.1.Tanım.....	33
2.2.2. Epidemiyoloji .....	34
2.2.3. Etyoloji .....	34
2.2.4. Tanı ve Sınıflandırma .....	35
2.2.4.1. Yıkıcı Duygudurumu Düzenleyememe Bozukluğu .....	36
2.2.4.2. Major Depresyon Bozukluğu.....	36
2.2.4.3. Süregiden Depresyon Bozukluğu (Distimi) .....	37
2.2.4.4. Premenstrüel Disfori Bozukluğu .....	38
2.2.4.5. Tanımlanmış Diğer Bir Depresyon Bozukluğu.....	38
2.2.4.6. Tanımlanmamış Depresyon Bozukluğu.....	39
2.2.5. Major Depresif Bozukluk Tedavisi .....	39
2.3.ANKSİYETE.....	40
2.3.1. Tanım.....	40
2.3.2. Anksiyete Belirti ve Bulguları .....	40
2.3.3. Anksiyetenin Klinik Tipleri.....	41
2.3.4. Anksiyete Bozukluklarının Tedavisi .....	42
2.4.YAŞAM KALİTESİ.....	43
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	46
3.1. Araştırmanın Şekli.....	46
3.2. Araştırma Evreni .....	46
3.3. Araştırmanın Örnekleme .....	46
3.4. Verilerin Toplanması.....	46
3.4.1. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu (WHOQOL-	

BREF TR).....	47
3.4.2.Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği.....	50
3.5. Verilerin İstatistiksel Değerlendirilmesi .....	50
4. BULGULAR .....	52
4.1. Katılanların Sosyodemografik Özellikleri.....	52
4.2. Migrenli Hastaların 1. Derece Yakınlarında Migren Hastalık Durumu.....	54
4.3. Migrenli Hastalarda Tedavi ile İlgili Özellikler.....	54
4.4. Migrende Baş Ağrısına Eşlik Eden Semptomlar .....	54
4.5.Migren Ataklarını Tetikleyen Faktörlerin Dağılımı.....	55
4.6.Migren Hastalarında Tanı Süresi ile Yaşın Karşılaştırması.....	55
4.7. Migren Hastalarında HADÖ Skoru ile Tanı Süresinin Karşılaştırılması.....	56
4.8. Migren Atak Sıklığı İle Sosyodemografik Özelliklerin Karşılaştırılması.....	56
4.9. Migren Hastalarının Anksiyete ve Depresyon Parametreleri ile Atak Sıklığının Karşılaştırılması. ....	58
4.10. Katılanların Anksiyete ve Depresyon Durumlarının Karşılaştırılması.....	58
4.11. Katılanların Anksiyete ve Depresyon Parametreleri .....	59
4.12. Anksiyete İle Sosyodemografik Özelliklerin Karşılaştırılması.....	59
4.13. Depresyon İle Sosyodemografik Özelliklerinin Karşılaştırılması.....	61
4.14. Vaka ve Kontrol Grubunda WHOQOL BREF Genel Sağlık ve Yaşam Kalitesi Alanındaki Farklılıklar.....	62
4.15. Vaka ve Kontrol Grubunda WHOQOL BREF Genel Sağlık ve Yaşamdan Memnuniyet Alanındaki Farklılıklar.....	63
4.16.Migren Olan ve Olmayanların Yaşam Kalitesi Parametrelerinin Karşılaştırılması...63	
4.17.Cinsiyet ile Yaşam Kalitesi Parametrelerinin Karşılaştırılması.....	64
4.18. Medeni Durum ile Yaşam Kalitesi Parametrelerinin Karşılaştırılması.....	64
4.19. Eğitim Düzeyi ile Yaşam Kalitesi Parametrelerinin Karşılaştırılması.....	65
4.20. Sigara ile Yaşam Kalitesi Parametrelerinin Karşılaştırılması.....	66
4.21. Migreni Olanlarda ve Olmayanlarda Anksiyete ile Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki. ....	66
4.22. Migreni Olanlarda ve Olmayanlarda Depresyon ile Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki.....	67
4.23. Migren Hastalık Süresi ile WHOQOL BREF Genel Sağlık ve Yaşamdan Memnuniyetin Karşılaştırılması.....	68
4.24. Migren Hastalık Süresi ile WHOQOL BREF Genel Sağlık ve Yaşam Kalitesinin Karşılaştırılması.....	68
4.25.Ayda Atak Sıklığı ile WHOQOL BREF Genel Sağlık ve Yaşamdan Memnuniyetin Karşılaştırılması.....	69
4.26. WHOQOL BREF Genel Sağlık ve Yaşam Kalitesinin Ayda Atak Sıklığı ile Karşılaştırılması.....	69
4.27.Migren Hastalarında Bazı Parametrelerinin Korelasyonu.....	70
5. TARTIŞMA.....	73
6. SONUÇ.....	80
7.ÖNERİLER .....	82
8. KAYNAKLAR.....	83
9. EKLER .....	93
9.1. Hastaların Bilgilendirilmiş Olur (Rıza) Formu	
9.2. Migren Hastaların Demografik Özelliklerini Değerlendirme Formu	
9.3. WHOQOL-BREF (TR) Yaşam Kalitesi Değerlendirme Anketi	
9.4. Hastane Anksiyete Ve Depresyon Ölçeği	

## SİMGELER ve KISALTMALAR

- 5-HT:** 5-Hidroksitriptofan  
**ABD:** Amerika Birleşik Devletleri  
**AHM:** Ailesel Hemiplejik Migren  
**BA:** Bedensel Ağrı  
**CA:** Canlılık  
**CGRP:** Calcitonin Gene Related Peptide  
**DM:** Diabetes Mellitus  
**DSÖ:** Dünya Sağlık Örgütü  
**ECA:** Epidemiyolojik Alan Çalışması  
**EEG:** Elektroensefalografi  
**ER:** Emosyonel Rol  
**FF:** Fiziksel Fonksiyonellik  
**FHM:** Familial Hemiplejik Migren  
**FR:** Fiziksel Rol  
**GS:** Genel Sağlık  
**GSYM:** Genel Sağlık ve Yaşamdan Memnuniyet  
**GTBA:** Gerilim Tipi Baş Ağrısı  
**HADÖ:** Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği  
**HAM-A:** Hamilton Anksiyete Ölçeği  
**HAM-D:** Hamilton Depresyon Ölçeği  
**HRQoL:** Health-Related Quality of Life  
**HT:** Hipertansiyon  
**ICHD-II:** Uluslararası Baş Ağrısı Sınıflandırması II  
**IHS:** Uluslar Arası Baş Ağrısı Derneği  
**M.Ö. :** Milattan Önce  
**M.S. :** Milattan Sonra  
**MAO:** Monoaminooksidaz İnhibitörleri  
**MDB:** Majör Depresif Bozukluk  
**MOKSL:** Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi  
**NCS:** Ulusal Komorbidite Çalışması  
**NO:** Nitrik Oksit

**NSAİD:** Non Steroid Anti İnflamatuar İlaçlar

**OKB:** Obsesif Kompulsif Bozukluk

**Pg:** Prostoglandinler

**PRL:** Prolaktin

**SD:** Standart Deviasyon

**SF-36:** Kısa Form-36 (Short Form-36)

**SİYK:** Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi

**SNRI:** Selektif Noradrenalin Gerialım İnhibitörleri

**SSRI:** Selektif Serotonin Gerialım İnhibitörleri

**TNC:** Nucleus Kaudalis

**TSA:** Trisiklik Antidepresanlar

**VIP:** Vazoaktif İntestinal Peptit

**WHO:** Dünya Sağlık Örgütü

**WHOQOL- BREF TR:** Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu

## TABLO LİSTESİ

Tablo 1. Hafif Migren Atak Tedavisi.....	29
Tablo 2. Orta Şiddette Migren Atak Tedavisi .....	30
Tablo 3. 5-Hidroksitriptamin Reseptör Agonistleri Non-Selektif Olanlar .....	30
Tablo 4. Kombine İlaçlar.....	30
Tablo 5. Ağır Ataklar.....	30
Tablo 6. Katılanların Sosyodemografik Özellikleri .....	53
Tablo 7. Migreni Olan Hastalarının Kullandığı Tedavi Yöntemleri.....	54
Tablo 8. Migrende Baş Ağrısına Eşlik Eden Semptomların Varlığı.....	54
Tablo 9. Migreni Olan Hastalarının Ataklarını Tetikleyen Faktörler.....	55
Tablo 10. Tanı Süresi ile Yaşın Karşılaştırması.....	56
Tablo 11. HADÖ Puanı ile Tanı Süresinin Karşılaştırması .....	56
Tablo 12. Atak Sıklığı ile Sosyodemografik Özelliklerin İlişkisi .....	57
Tablo 13. HADÖ Puanına Göre Atak Sıklığının Karşılaştırması.....	58
Tablo 14. Migren Hastası ve Kontrol Gruplarının Depresyon ve Anksiyete Düzeyi .....	58
Tablo 15. Migren Hastası ve Kontrol Gruplarının HADÖ Anksiyete Skoru .....	59
Tablo 16. Anksiyete ile Sosyodemografik Özelliklerin İlişkisi... ..	60
Tablo 17. HADÖ Puanına Göre Depresyon ile Sosyodemografik Özelliklerin İlişkisi.....	61
Tablo 18. WHOQOL BREF Genel Sağlık ve Yaşam Kalitesinin Vaka ve Kontrol Gruplarında Karşılaştırılması.....	62
Tablo 19. WHOQOL BREF Genel Sağlık ve Yaşamdan Memnuniyetin Vaka ve Kontrol Gruplarında Karşılaştırılması.....	63
Tablo 20. Migren Olan ve Olmayanların Yaşam Kalite Parametrelerinin Karşılaştırılması.....	63
Tablo 21. Cinsiyet ile Yaşam Kalitesi Parametrelerinin Karşılaştırılması.....	64
Tablo 22. Medeni Durum ile Yaşam Kalitesi Parametrelerinin Karşılaştırılması.....	65
Tablo 23. Eğitim Düzeyi ile Yaşam Kalitesi Parametrelerinin Karşılaştırılması.....	65
Tablo 24. Sigara ile Yaşam Kalitesi Parametrelerinin Karşılaştırılması .....	66
Tablo 25. Anksiyete ve Yaşam Kalitesi Parametrelerinin Karşılaştırılması.....	67
Tablo 26. Depresyon ve Yaşam Kalitesi Parametrelerinin Karşılaştırılması.....	67
Tablo 27. Migren Hastalık Süresi ile WHOQOL BREF Genel Sağlık ve Yaşamdan Memnuniyetin Karşılaştırılması .....	68

Tablo 28.Tanı Süresi ile WHOQOL BREF Genel Sağlık ve Yaşam Kalitesinin Karşılaştırılması.....	68
Tablo 29.WHOQOL BREF Genel Sağlık veYaşamdan Memnuniyet ile Atak Sıklığının Karşılaştırılması.....	69
Tablo 30.WHOQOL BREF Genel Sağlık ve Yaşam Kalitesine Verilen Cevapların Ayda Atak Sıklığı ile Karşılaştırılması .....	69
Tablo 31.Migren Hastalarında Bazı Parametrelerinin Korelasyonu.....	70

### ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1.Migren Hastalarında Psikolojik Sağlık Alanı ile HADÖ-A arasındaki regresyon....	71
Şekil 2.Migren Hastalarında Psikolojik Sağlık Alanı ile HADÖ-D arasındaki regresyon....	71



## 1.GİRİŞ

Baş ağrısı, insanların var olduğu dönemden beri önemli sağlık problemlerinden biridir. Genel hasta ve nöroloji polikliniklerine başvuran hastalarda en sık görülen şikâyetlerin başında gelir. Baş ağrısı, nüfusun büyük bölümünü etkileyerek rahatsızlığa, günlük etkinliklerin olumsuz yönden etkilenmesine sebep olan bir sağlık sorunudur. İnsanların %90'dan fazlası hayatları boyunca en az bir kez baş ağrısı yaşar (Ramussen 1995).Tekrarlayan baş ağrıları kişileri, ailelerini ve toplumu negatif yönde etkileyebilir. Topluma ekonomik maliyeti yüksektir (Öyekçin 2007). Dünya Sağlık Örgütü'nde (DSÖ) global prevalansı %47 (son 1 yılda en az 1 semptom) olan ve büyük iş gücü kaybı nedenlerinden biri olarak değerlendirilmiştir (Latinovic 2006).

Ekstra ve intra kranial ağrıya hassas yapıların farklı sebep ve şekillerde uyarılmalarıyla baş ağrısı meydana gelir. Sebebi hastanın hayatını tehdit eden bir neden olabileceği gibi, organizmada iyi gitmeyen bir durumun sonucu da olabilir ( Jensen 2004). Tanısı ve tedavisi açısından baş ağrısının sınıflandırılması, primer ve sekonder tiplerinin ayırt edilmesi çok önemlidir (Öyekçin 2007). Primer baş ağrıları, gerilim tipi, migren, trigeminal otonomik sefaljiler ve diğer primer baş ağrıları olarak sınıflandırılır (Samancı 2016). Baş ağrısı olanların yaklaşık %90'a yakını primer tip baş ağrılarıdır ve bunların da %90'lık kısmını gerilim tipi ve migren tipi baş ağrıları oluşturur (Lance 1998). Primer baş ağrısı demek için, ağrının anamnez, fizik ve nörolojik muayene ve diğer ileri tetkikler sonucunda travma, sistemik hastalık, yapısal patolojiler gibi nedenlere bağlı olmadığı kanıtlanmalıdır. Bunlar, zamanla dinamik (iktal/interiktal) patern gösteren ve kompleks gen-çevre ilişkileri bulunan, santral sinir sisteminin bazı düzeylerdeki fonksiyonel bozuklukları ile karakterizedir. Geçerli, paraklinik tanı testleri yoktur. Patofizyolojik açıdan değerlendirmek kolay değildir. Migren tanısı koymak için baş ağrısı ile bu rahatsızlık arasında zaman ilişki olması gerekir. Sekonder baş ağrılarında, etiyojik etken olarak bir organik rahatsızlık bulunur (Öyekçin 2007).

Gerilim tipi baş ağrıları en sık görülen birincil baş ağrısıdır. Yapılan epidemiyolojik çalışmalar sonucunda ülkemizde gerilim tipi baş ağrısı prevalansı %31,7 olup migren prevalansı ise %16,4 olarak bulunmuştur. Genel olarak kadınların %21,8'ini erkeklerin %10,9'unu etkilemektedir (Siva 2003). Hayatın herhangi bir döneminde ortaya çıkabilir. Özellikle en sık 30-50 yaşlarında görülür (Sönmezler 2013).

Migren gastrointestinal, otonom, nörolojik, değişikliklerin eşlik ettiği tekrarlayıcı bir baş ağrısıdır. Migrenle birlikte sıklıkla psikiyatrik rahatsızlıklar, kardiyovasküler (Raynaud fenomeni, hipertansiyon, mitral kapak prolapsusu) ve nörolojik (epilepsi, inme) gibi diğer sistem rahatsızlıkları bulunabilir. Psikiyatrik sorunlardan özellikle anksiyete ve depresyon migren hastalarında sık

görülmektedir. Diğer sistem rahatsızlıkları, hastaların hayat kalitesini ve hastalığın tedavisini olumsuz yönde etkilemektedir (Lipton 2000, Yaşar 2013). Daha önce yapılmış olan çalışmaların çoğunda stres, migren nöbetlerini tetikleyen önemli bir risk faktörü olarak bulunmuştur ( Öyekçin 2007). Migren alt gruplarından auralı migrenlilerde aurasız migrenlilere göre psikiyatrik bozukluklara daha fazla rastlanmaktadır (Breslau 2000, Samaan 2009). Depresyonun özellikle migreni olanlarda toplumun genelinden 2,2 ile 4 kat daha fazla görüldüğü belirtilmiştir (Yaşar 2013).

Psikiyatrik rahatsızlıkların birlikte görüldüğü migren tiplerinin tekrarlayan migrene dönüşmesi kolay olmaktadır (Lipton 2009). Psikiyatrik rahatsızlıklar hekim tarafından sorgulanmadığı zaman hastalar ifade edemeyebilmekte ve bunun sonucunda da migren tedavisi güçleştirmektedir (Yaşar 2013).

Yaşam kalitesi insanlık var olalı beri olan bir durumdur. Kişisel sağlık durumundan da öte kişisel iyilik halini de içinde barındıran yaşam kalitesi geniş bir kavramdır (Saper 2001). Yaşam kalitesi, kişilerin yaşamlarındaki bütün hallerini ait oldukları kültürel yapı ve değer bütünlüğü içerisinde değerlendirme şeklindedir. Kronik ağrıya neden olan rahatsızlıklar, yaşam kalitesini negatif yönde etkilemektedir. İnsanların hayatla baş etme güçlerini azaltmaktadır (Altıparmak 2006). Migren de diğer kronik hastalıklar gibi yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir ( Sönmezler 2013).

Baş ağrısı sık karşılaşılan, günlük yaşamı negatif yönde etkileyen ve toplumun büyük bir bölümünü kapsayarak rahatsızlığa yol açan olumsuz bir sağlık sorunudur (Öyekçin 2007). Sık ve şiddetli geçirilen migren tipi baş ağrıları ev işleri ve günlük iş gücü kayıplarına neden olmaktadır (Saper 2001). Baş ağrısı şikâyeti yaşam kalitesini negatif yönde değiştirmektedir (Atasoy 2007). Bu sağlık sorunu genelde sadece 'ağrı' olarak dikkate alınmakta, ağrının gerek bireye, gerekse topluma getirdiği yükler çoğunlukla göz ardı edilmektedir. Migrenin sadece bir ağrı olmadığı başka sorunlara da yol açtığı akılda tutularak bütün sonuçlarıyla beraber değerlendirilmelidir. Ataklar bireyin ailesini, çalışıyorsa iş yerindeki verimini ve çevresindeki kişilerle olan ilişkilerini de kötü yönde etkilemektedir. Böylece bireyin yaşam kalitesi giderek bozulur. Sağlığa ayırdığı harcamaları artar, iş yerindeki verimsizlikten dolayı da kendisine ve topluma ekonomik bir yük getirmektedir. Ekonomik yükün önemli bölümü hastalığa bağlı işe gidememe ve işte verim düşüklüğüne bağlı iş gücü kaybından kaynaklanan dolaylı giderlerdir (Siva 2002).

Primer baş ağrıları doğru tanı ve tedavi edildiği zaman bireyin yaşam kalitesini düzeltmekte, toplumun ekonomisine olumlu katkı da bulunmaktadır. Özetle; migren hem yaşam kalitesini hem de toplum ekonomisini olumsuz etkileyen önemli bir sağlık sorunudur (Siva 2000, Roger 2009).

Yaşam kalitesi her yaştaki birey ve her hastalıkta önemli olmakla beraber, özellikle kısıtlılık yaratan hastalıklarda ve migren gibi hastalıklarda da değerlendirilmesi gereken bir durumdur (Taş 2008).

Biz de bu çalışmamızda düşük yaşam kalitesine, işgücü kaybına ve iş verimsizliğine dolaylı olarak ülke ekonomisine olumsuz etki eden migren hastalığını inceledik. Çalışmamızın amacı migren hastalarında anksiyete, depresyon belirti düzeylerinin ve bu düzeylerin migren atak sıklığı ve hastalık süresi ile olan ilişkisinin yaşam kalitesi üzerine olan etkisinin araştırılması ve tüm bu sonuçların migren olmayan kontrol grubu ile karşılaştırılmasıdır.



## **2. GENEL BİLGİLER**

### **2.1. MİGREN**

#### **2.1.1.Tanım**

Migren, süre, sıklık, şiddet açısından farklılıklar gösteren, rekürren ataklarla seyreden, çoğunlukla başın bir tarafına yerleşen, pulsatil karakterde bir baş ağrısıdır. Ataklara çoğunlukla bulantı, kusma, ışık ve sese karşı hassasiyetin de eşlik ettiği birincil baş ağrısı türüdür. Vücudun bazı dış stimulanlar ve merkezi sinir sistemindeki endojen döngüsel değişikliklere, nörovasküler reaksiyonunun kalıtsal artmış bir duyarlılığı olarak da tanımlanabilir. Migren nöronal bir süreçtir (Lipto 1999, İncekara Aydın 2010).

Tanısı, IHS sınıflamasına göre semptomlara dayanılarak konur. Migren baş ağrısı tanısının doğru olarak konulması gerekir. Migren tanısında dikkatli ve ayrıntılı hikâye en önemli kriterdir. Hastaya şikâyetlerinin başlama zamanı, seyri, tıbbi öyküsü, özellikleri, lokalizasyonu, nörolojik şikâyetler ve eşlik eden ek semptomları sorulmalıdır (Lipto 1999).

#### **2.1.2.Tarihçe**

Baş ağrısı ile ilgili ilk kaynaklara M.Ö. 3000 yıllarında rastlanmaktadır. Hipokrat, milattan önce dört yüz yılında hem migren tipi baş ağrısına öncülük eden vizüel aurayı hem de ağrının kusma ile rahatladığını belirtmiştir (İncekara Aydın 2010). İnsan kafataslarında, trepanasyon işleminin bulgularına milattan önce neolitik dönemde rastlanmıştı. Kenya'da Kisii kabilesinde başı ağrıyanlara trepanasyon uygulaması izine rastlanmıştır (Özbek 1998). M.Ö. 3700' lü yıllara ait ilk kaynaklar olan Mısır papirüslerine dayanarak baş ağrıları ve migrenin o yıllara kadar uzandığı düşünülmektedir (Saip 2000). Baş ağrısını anlatan Sümer epik şiirinin yazılı bulunduğu tablet en eski kaynaktır. M.Ö. 2500 yılına ait olan 'Eper Papirusu' nevrалjiyi ve migreni tanımlamaktadır. Aretaeus milattan sonra 2. yüzyılda yaşamış ve genellikle başı unilateral tutan bulantı ile beraber olan ve ardından ağrısız dönemlerin yaşandığı baş ağrısını belirtmiştir. Kapadokya'da yaşayan Aretaeus bu tanımlamayla migrenin kâşifi olarak kabul edilmiştir. M.S. 2. y.y' de migren terimi Galen tarafından ilk olarak Yunanca "hemicrania" kelimesinden çoğaltmıştır. Yunanca olan "hemicrania" daha sonra "hemigranea", "emigrania", "megranea" ve "megrim" ve daha sonra "migren" yarım baş ağrısı olarak kullanılmıştır. Fransızca 'migraine' kelimesi olarak en son ifade edilmiştir. Fothergill 1778 yılında migrenin tipik aurasını veya migren rahatsızlığını tanımlarken ilk kez "fortifikasyon spektrumu" terimini kullanmıştır (Silberstein 2004). Tissot 1783'te migrenin, sık rastlanan baş ağrılarından ayrımını ilk kez yapmıştır. Liveing 1873'de migrenin nöral teorisini ortaya koymuştur. Deyl 1900 yılında, migrenin hipofizde zaman zaman ortaya çıkan şişme ve buna bağlı trigeminal sinir

kompresyonundan kaynaklandığını öne sürmüştür. Spitzer 1901'de baş ağrısının tekrarlanan interventriküler foramen blokajı ve sonrasında lateral ventriküllerin genişlemesi sonucunda geliştiğini ileri sürmüştür (İncekara Aydın 2010). 1925'te ergotaminin cilt altı enjeksiyonu ile ciddi ve dirençli bir migren hastasını Rothlin tedavi etmiştir (Van 2007). Vasküler teoriyi 1930 yılında Wolff ve Graham tanımlamışlardır. Aura belirtileri bu teoriye göre, intrakranial damarlarda kasılmaya, ağrı ise ekstrakranial ve karotid arterde aşırı pulsasyon ve vazodilatasyon sonucu oluşmaktadır. Daha sonra 1938 yılında ergotaminin vazokonstriksiyon ile etkili olduğunu kanıtlamış. Ergotaminin bu etkisini migrenin damarsal teorisine bir ispat olarak göstermiştir (Edmeads 1990).

Nörojenik teori Leao tarafından 1944 yılında daha sonraki yıllarda ise Lauritzen ve Olesen tarafından öne sürülmüştür. Bu teoride aura döneminde lokus seruleusda ve rafe nükleusunda başlayan deşarjlar bölgesel kan akımını azaltmakta olduğunu bunun sonucunda meydana gelen nöronal depresyonun ön tarafa yayıldığını tespit etmiş. Bütün bunların sonunda spreading depresyon dalgasının oluştuğunu belirtmişlerdir (Adams 2001). Pat Humphrey ve arkadaşları tarafından sumatriptanın geliştirilmesi ile migren tedavisinde modern yaklaşımlar başlamıştır. 1962 yılında baş ağrısı tanısı için ortak kabul edilen kriterler 'Ad Hoc Komitesince' geliştirilmiştir. 1988 yılında da Uluslar arası Baş Ağrısı Topluluğu (IHS) tarafından migren ve diğer baş ağrıları bozuklukları tanı kriterleri yayınlanmıştır (Silberstein 2004). 1988 IHS sınıflamasının yetersiz kalması sonucunda IHS tarafından 2004 yılında yeni bir tanı ve sınıflama kriterleri yayınlanmıştır. Son yıllarda yapılan çalışmalarla migren epidemiyolojisi, patofizyolojisi ve genetiği ile ilgili önemli bilgilere ulaşılmıştır.

### **2.1.3. Epidemiyoloji**

Migren primer baş ağrıları arasında, özürüllük yapıcı etkisi en sık olan baş ağrısıdır. Dünya sağlık örgütü (WHO) tarafından dünya çapında iş görmezliğe yol açan hastalıklar arasında 19. sırada yer aldığı belirtilmektedir. Çoğunlukla genç ve orta yaş bireyler olmak üzere popülasyonun %10-12'sini etkiler. Yaşam boyu prevalansı erkeklerde %8, kadınlarda %25'tir (Rasmussen 2001).

Ülkemizde yapılan baş ağrısı epidemiyolojisi çalışmasında, 15-55 yaş grubunda migren prevalansı %16,4 olarak bulunmuş olup, bu oran kadınlarda %21,8, erkeklerde %10,9 olarak belirlenmiştir (Siva 2003).

Migren prevalansı yaş ve cinse göre değişir. Ergenlik öncesinde erkeklerde kızlara göre daha yüksektir. Çocukluk çağı ve adolesan dönemde migren prevalansı %2,4 ile 19 arasındadır. Puberte sonrası kızlarda daha hızlı artar. Kırk yaşına kadar prevalansdaki artış sürer daha sonra azalmaya başlar. En sık başlangıç yaşı ikinci ve üçüncü dekadadır. Elli yaş üzerinde migren ataklarının ilk kez

başlamasına %2 oranında rastlanır. Tüm çalışmalar migrene kadınlarda daha sık rastlandığını göstermektedir; erkek kadın oranı 1:2-3'tür. Kadınlarda daha sık görülmesinin nedeni kesin olarak bilinmemesine rağmen, kadın cinsiyet hormonlarının olayla ilişkili olduğu düşünülmektedir (Silberstein 2004). Migren atak sıklığını dikkate alan az sayıda çalışma mevcut olup, genel kanı migren ataklarının ayda birden az olduğu yönündedir. Fakat migrenli olguların yaklaşık %20'si ayda birden fazla atak geçirmektedir. Ortalama atak süresi bir günden az olup, hastaların beşte birinde 2-3 gün sürmektedir. En sık görülen aurasız migrendir ve yaklaşık %70'ini oluşturmaktadır. Auralı migrenin bir yıllık prevalansı %4 iken, aurasız migren için bu değer %6'dır (Rasmussen 2001). Auralı migren için pik insidansın erkeklerde 5 yaş, kızlarda 12-13 yaşlarda görüldüğü; aurasız migrende ise erkeklerde 10-11, kızlarda 14-17 yaşlar arasında olduğu saptanmıştır. Migren erkeklerde genç yaşlarda başlamaktadır. Auralı migren daha genç yaşlarda ortaya çıkmaktadır (İncekara Aydın 2010).

İrklara göre migren prevalansı değişiklik gösterir. Migren prevalansı Afrika kökenli Amerikalılarda % 16,2, beyaz Amerikalılarda % 20,4 ve göçmen Amerikalılarda % 9,2 olarak bulunmuştur. Ailesinde migren bulunan kişilerin migren olma olasılığı olmayan bireylere göre 2-4 kat artmaktadır. Migren prevalansı yaş, cinsiyet, ırk, genetik faktörler, çevresel faktörler, sosyokültürel seviye gibi birçok neden tarafından etkilenmektedir (Silberstein 2005). İrklara bağlı olarak prevalansının değişmesi genetik yatkınlığı desteklemektedir.

Migren tipi baş ağrısına toplumda sık rastlanması, başağrılarının günlük yaşam kalitesini bozması, işgücü kaybına neden olması, tanı ve tedavideki eksikliklerin neden olduğu gereksiz ilaç harcamaları migren ile ilgili çalışmalarda vurgulanan toplumsal açıdan önemli sosyal ve ekonomik sorunlardır (Mathew 2005).

#### **2.1.4. Etiyopatogenez**

Migren tipi baş ağrısı, genetik yatkınlığı olan kişilerde çeşitli tetikleyici faktörlere bağlı olarak vasküler ve nöronal yolların etkilenmesi sonucu ortaya çıkan, kişinin günlük yaşamsal faaliyetini etkileyerek iş gücü kaybına neden olan ve hayat konforuna olumsuz etkileri olan ağrılardır (Jensen 1999).

Migren, patofizyolojisinde hem nöronal hem de vasküler komponentlerin rol oynadığı, genel olarak nörovasküler bir bozukluk olarak düşünülmektedir. Birçok çalışma, ilgili nöronal yapıların içinde serebral korteks, beyin sapı (periakvaduktal gri madde, aminojik nükleus) ve trigeminovasküler sistemin hem periferik hem de santral komponentlerinin olduğunu göstermekte, fakat bu yapıların nasıl aktive oldukları ve ne gibi roller oynadığı konuları ise hala tartışılmaktadır (Ambrosini 2003).

Aile hikayesi, migrende genetik bir predispozisyona işaret etmektedir. Migren ile ilgili ilk genetik ilişki, famiyal hemiplejik migrenli (FHM) hastalarda gösterilmiştir (Burstein 2015). FHM ile ilgili, sinapslarda glutamat düzeyini düzenleyen proteinleri kodlayan üç farklı gen mutasyonu ortaya kondu. FHM tip1'de mutasyona uğrayan CACNA1A geninin, P/Q tipi kalsiyum kanallarının  $\alpha 1$  alt ünitesinin kodlanmasından sorumlu olduğu bulunmuştur (Ducros 2001). FHM tip 2'de ATP1A2 geninin mutasyona uğradığı ve Na<sup>+</sup>/K<sup>+</sup>-ATPaz pompasının  $\alpha 2$  alt ünitesini kodladığı gösterilmiştir. FHM tip3'te ise SCN1A gen mutasyonu varlığı gösterilmiş ve bu genin, voltaj bağımlı Na kanallarının  $\alpha 1$  alt ünitesini kodladığı saptanmıştır (Dichgans 2005). Toplu olarak bu genler, transmitter salınımını, gliaların sinapslardan glutamati temizlemesini (geri alınımını) ve aksiyon potansiyelinin oluşmasını düzenler (Ferrari 2015).

Bu bulgulardan sonra, geniş genom-bazlı çalışmalar sonucunda, auralı ve aurasız migren ile ilişkili olabilecek 13 potansiyel gen bulunmuştur (Anttila 2010, Freilinger 2012). Bunlardan üçü glutaminerjik nörotransmitter salınımını, ikisi de sinaptik gelişim ve plastisiteyi düzenlemekle sorumlu genlerdir (Anttila 2013). Genetik araştırmalarda elde edilen veriler, migren beyinde 'jeneralize' nöronal hipereksitabiliteyi açıklamak açısından da önem taşımaktadır.

Migren atağına neden olan mekanizmalar hala çok iyi anlaşılammış olsa da trigeminovasküler sistemin periferik ve santral komponentlerinden inflamatuvar mediyatörler salınmasına neden olan ve sonuçta ağrının yayılmasını ve devamını sağlayan beyin disfonksiyonu olarak kabul edilmektedir (Durham 2010).

Baş bölgesindeki ağrılarda önemli rolü olan 5. kranial sinir olarak da bilinen Trigeminal sinirin birinci dalı, oftalmik sinir aracılığı ile piamater, araknoidmater ve dura materdeki damarları ve intrakranyal damarların proksimal kesimi inerve eder. Trigeminal inervasyonu bulunmayan beyin parankiminde ağrı duyusu bulunmaz. Nöroseptörlerin ve trigeminal aksonların perivasküler lokalizasyonu nedeniyle büyük damarlar ve meninksler ağrıya duyarlıdır.

Trigeminal gangliona ağrı duyusunu beşinci kranial sinirin periferik aksonları iletir. Ağrı duyusu beşinci kranial sinirin santral aksonları ile gangliona ulaşır ve servikal ikinci omurgadan Nucleus kaudalise (TNC) iletilir. Beşinci kranial sinirin periferik aksonları aktive olarak ortodromik olarak ağrı duyusunu trigeminal gangliona iletir. Antidromik olarak da içerdiği nöropeptitlerin (substans P, kalsitonin geni ile ilişkili peptid ve nörokinin A) perivasküler alana salınmasıyla vazodilatasyona, protein ekstrasvazyonuna ve kan akımı artışı yaparak nörojenik inflamasyona neden olur. Bu ödem ve vazodilatasyon vasküler yapıların çevresindeki trigeminal aksonların daha çok uyarılmasına neden olur. Böylece daha çok ağrı meydana gelir. Nörojenik inflamasyon migren

modellerinde gösterilmiş ve triptanlarla bu nörojenik inflamasyon bloke edilmiştir. TNC'den çıkan ağrı duyusu lifleri beyin sapında talamusa, talamustan da kortekse, birincil duyu merkezine ve singulat kortekse ulaşır. Ağrılarla birlikte olan emosyonel ve affektif farklı bir yolağın aktivasyonunun sorumlu olduğu düşünülmektedir. Beyin sapındaki çoklu bağlantılar nedeniyle ağrının Nucleus kaudalisden ön beyin bölgelerine iletilmesi sırasında superior salivator nükleusun uyarılması ganglion pterigopalatinum, ganglion otikum aracılığı ile parasempatik aktivasyon meydana getirir. Bunun sonucunda NO ve VIP salınmasına neden olur. Bu mediatörler ise damarlarda genişlemeye sebep olmaktadır (Bolay 2002).

Periferik komponentleri anlamak önemlidir, çünkü anti-migren ilaçların etkin olması için kan-beyin bariyerini geçmesi ve merkezi sinir sistemine ulaşması şart değildir (Bigal 2014). Migren baş ağrısı sırasında, eksternal juguler vende, diğer nöropeptitler bulunmazken, CGRP düzeyi yüksek saptanmış ve ağrının geçmesiyle normal seviyeye indiği gösterilmiştir (Arulmani 2004). Bunun da ötesinde insanlarda, CGRP infüzyonunun belli kişilerde migren atağını tetiklediği ve triptan kullanımının ardından ağrı geçtikten sonra normal seviyelere indiği gösterilmiştir (Lassen 2002, Hansen 2010).

Nöroeksitatör aminler ve magnezyumdaki değişiklikler migrene yatkınlık nedeni olabilir. Magnezyum, ataklar arasında kanda, atak esnasında beyinde hücre içinde azalır. Magnezyum menstrual dönemde verildiği zaman menstüriyel migrenin atak süresinin ve şiddetinin hafiflemesine neden olmaktadır (Ferrari 1992).

Hormonal dalgalanmalar ile migren arasında yakın ilişki vardır. Bu durumu açıklayan en önemli çalışma Somerville ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Somerville, menstrual siklusun luteal fazında pik yapmış östrojenin ani azalması sonucunda baş ağrısının tetiklendiği ileri sürmüştür. Somerville, premenstrual östrojen desteğinin şiddetli menstrual migren ataklarını geciktirdiğini, ancak progesteron verilmesinin migreni etkilemediğini ortaya koymuştur. Östrojen seviyesindeki dalgalanmalar menstrual migrene neden olabilecek durumdadır. Prostoglandinler (Pg) özellikle Pg E2 ve Pg F2 östrojen ve progesteronun etkisiyle endometriyum tarafından salgılanır. Uterusta yoğun kasılmalara neden olur. Pg intramüsküler yapıldığında bölgesel ağrı oluşturmada, adrenerjik transmisyonu inhibe edip nosiseptif etkilerini düşürmektedir. Bu şekilde inflamasyon oluşturmaktadır. Menstrual baş ağrısı ve dismenoresi olanda prostoglandinlerin artmış olduğu bulunmuştur. Serotonin (5-HT) reseptörleri progesteron ve östrojen tarafından düzenlenmektedir. Dopamin serotonin tarafından inhibe eder. Tiroid realising hormonu uyarıp prolaktin salgılanmasını artırır. Böylece östrojen prolaktini arttırmış oluyor. Prolaktin artınca serotonin salgılanmasını artırır. Melatonin, PRL

salgısını arttırmaktadır. Sirkadiyen hipotalamik anormallik olduğu zaman hem migren tetiklenmekte hem de melatonin üretimi azalmaktadır. Melatoninin menstrual migrenli hastalarda luteal faz boyunca artmazken kontrol hastalarında arttığı gösterilmiştir. Östrojen serotonin üretimini artırmakta, serotoninin geri alınmasını ve eliminasyonunu azaltmaktadır. Serotonin reseptör sensitivitesi östrojene maruz kaldıkça artar. Östrojen geri çekilmesi muhtemelen serotonerjik tonusu azaltmaktadır. Spesifik serotonin reseptör agonisti olan triptanlar menstrual migreni bu şekilde önleyebilmektedir (Loder 2006).

Bazı talamik trigeminovasküler nöronların çevrenin ışıklandırılmasıyla spontan aktivitelerinin dramatik bir şekilde arttığı, karanlık çevrede de bazaline döndüğü gösterilmiştir (Kagan 2013). Anatomik ve elektrofizyolojik teknikleri birlikte kullanarak bu nöronların posterior ve lateral posterior talamik nükleusta, fotosensitif retinal ganglion hücrelerinden gelen fotik sinyali, meningeslerdeki nosiseptif sinyal ile birleştirdiği gösterilmiştir. Bu bulgular, migrende fotosensitivitenin mekanizmasını anlamamız için önemli bir basamak oluşturmaktadır. Sonuç olarak migren patofizyolojisi henüz tam olarak açıklanamamıştır ve nöronal hipereksitabilite ve/veya disinhibisyonun etyolojide rol oynadığı düşünülmektedir (Ertaş 2012).

### **2.1.5. Tanı ve Klinik**

Migren, farklı nörolojik belirtilerle çeşitli kombinasyonların da birlikte görüldüğü, birincil tekrarlayıcı bir baş ağrısıdır.

Migren tanısı, klinik uygulamada tanıyı doğrulayacak herhangi bir biyobelirteç olmadığı için, baş ağrısı özelliklerinin ve ilişkili diğer belirtilerin retrospektif veya prospektif bildirilmesine dayanmaktadır. Fizik ve nörolojik muayene normaldir. Laboratuvar ve görüntüleme yöntemleri genellikle başka nedenleri dışlamak için kullanılır.

Migren atağı yalnızca baş ağrısı ile sınırlı değildir. Migren atağı dört faza bölünebilir: baş ağrısından saatler veya günler önce ortaya çıkan prodrom fazı; baş ağrısının hemen öncesinde yer alan aura fazı; baş ağrısı fazı ve baş ağrısının düzelleme fazı. Her ne kadar insanların çoğunda birden fazla faz görülse de migren tanısı için zorunlu olarak bulunması gereken herhangi bir faz yoktur. Ancak tek bir hastada ve atakta bu aşamalardan sadece bir bölümü bulunur (Silberstein 2004).

### **1.Prodrom Evresi**

Prodrom evresi baş ağrısından saatler hatta günler öncesinden başlayabilir. Semptomlardan, hipotalamus, korteks ve limbik sistem aktivasyonunun sorumlu olduğu düşünülen bu evre, migren hastalarının %20-60'ında bulunur. Migreni olanlar çoğunlukla duygudurumlarında, davranışlarında birden bire meydana gelen ve psikolojik, otonomik veya nörolojik özellikler gösterebilen karakteristik

değişiklikten şikâyet etmektedir. Prodrom belirtileri kişiden kişiye değişiklik gösterir (Silberstein 2004). En sık görülen prodrom dönemi semptomları aşağıdaki gibidir.

### **Migrende görülen prodrom dönemi semptomları:**

- Nöropsikolojik semptomlar
- Artmış, ışık-ses-koku duyarlılığı
- Aşırı duyarlılık, tepkisellik, depresif duygudurumu
- Otonomik, sistemik semptomlar
- Hiperaktivite, öfori
- Donukluk, durgunluk, dikkatte ve konsantrasyonda azalma, düşüncede yavaşlama
- Halsizlik
- Konuşurken takılma, kelime bulma güçlüğü
- Uykuya meyil
- Ense sertliği
- Aşırı su içme, sık idrara çıkma, vücutta su tutulması
- Tatlı yeme isteği, açlık, iştah artışı veya iştahsızlık
- Karında şişlik hissi, kabızlık veya ishal hali

### **2.Aura**

Migrenlilerin %10 kadarında auralı migren atakları bulunmaktadır. Migren aurası bir atağın öncesinde, beraberinde veya nadiren sonrasında görülen fokal nörolojik belirtilerin (olumlu veya olumsuz) bir karışımıdır. Aura belirtilerinin çoğu 5–20 dakika içerisinde gelişir ve sıklıkla 60 dakikadan kısa sürer. Görsel, duyuşsal veya motor fenomenler şeklinde olabilir. Bazen konuşma veya beyin sapı işlevlerini de etkileyebilir. Baş ağrısı sıklıkla auranın bitiminden sonraki 60 dakika içinde ortaya çıkar, bazen gecikebilir veya hiç başlamayabilir (Silberstein 2004). Görsel aura en sık görülen aura tipidir. Görsel aura bulguları başın belli bir kısmında veya bazen tüm görme alanında olabilir (Ertuş 2003). En sık görülen ikinci aura şekli paretezilerdir. Uyuşukluk elden başlar, yukarıya kola yayılır, ardından yüze atlayarak dudakları ve dili etkiler. Duyuşsal auralar nadiren tek başına görülür. Daha çok görsel bir aurayı izleyerek ortaya çıkar. Motor belirtiler hastaların %18'inde olabilir. Çoğunlukla duyuşsal belirtilerle birlikte; gerçek zaaf nadirdir ve genelde tek taraflıdır. Lisan aurası duyuşsal auradan sonra en yaygın aura tipidir. Afazik auralar hastaların %17-20'sinde bildirilmiştir. Hafif konfüzyonla birlikte sıklıkla geçiçi ve hafif motor veya duyuşsal afazi, aleksi ve konsantrasyon

güçlüğü görülebilir. Bununla beraber, hastalar aura sırasında nadiren muayene edilebildiğinden, bildirilen bu konuşma bozuklukları (afazi) olmayabilir. Dizatri de olabilir (Silberstein 2004).

### **3. Baş Ağrısı Evresi**

Baş ağrısının migrendeki karakteri, süresi, şiddeti, eşlik eden bulgular ataktan atağa farklı olabilir. Hastadan hastaya da farklı olabilir. Ağrı çoğunlukla başın bir tarafında başlayıp zamanla diğer yana yayılabilir. Ya da evre boyunca hep aynı tarafta sürebilir. Hastaların %30'unda ağrı ilk başlangıcından geçene kadar iki taraflıdır. Göze ve şakağa yayılan zonkalayıcı karakterde bir ağrıdır. Beraberinde çoğu kez ensede de ağrı hissedilir. Ağrı orta veya ileri derecede şiddetlidir. Migren ağrısı öksürmek, hapşırma, öne eğilmek, merdiven çıkmak ya da fizik egzersiz gibi kafa içi basıncını artıran aktivite veya postürle alevlenir (Mathew 2005). Ağrı sırasında genellikle hiperestezi, sese (fonofobi), ışığa (fotofobi) ve kokuya karşı hassasiyet artışı (osmofobi) gözlenir. Şikâyetler başladıktan sonra bulantı hissi ve bazen de kusma görülür. Tedavi edilmemiş bir migren atağının süresi erişkinlerde 4–72 saat, çocuklarda ise 1–48 saat arasında değişebilmektedir. Derin uyku çoğunlukla ağrının kesilmesine yol açar (Ertuş 2003, Silberstein 2004). Baş ağrısı sırasında burun tıkanıklığı, bulanık görme, karın ağrıları, iştahsızlık, açlık, tenezm, diyare, poliüri görülebilir. İdrar miktarında azalma, solukluk, daha seyrek olarak kızarıklık, sıcak veya soğuk hissetme ve terleme gibi sistemik belirtiler atak sonrasında bulunabilir. Yüzde, kafa derisinde ve göz altlarında lokalize ödem, kafa derisinde duyarlılık ve ensede sertlik görülebilir. Konsantrasyon bozukluğu sıktır, nadiren bellek bozukluğu saptanabilir. Depresif semptomlar, yorgunluk, kaygı, sinirlilik ve huzursuzluk sık görülür. Gerçek vertigodan ziyade başta boşluk hissi ve bayılacakmış hissi şeklinde tanımlanan baş dönmesi de olabilir (İncekara Aydın 2010).

### **4. Postdrom Evresi**

İyileşme evresinde ağrı giderek azalır ve kaybolur. Postdrom dönemde iştahsızlık giderek yerini acıkma hissine bırakmakta, bazılarında tatlı yeme isteği belirlemekte, kişi sık idrara çıkma gereği duymaktadır (Zarifoğlu 2002). Migrenli kişi bu evrede yorgun, tükenmiş, ilgisiz ve huzursuz hissedebilir, dikkatini toplama güçlüğü, duygu durum değişiklikleri ve saçlı deride hassasiyet olabilir.

Bazı migrenliler ataktan sonra kendilerini aşırı derecede iyi hissedebilir, yenilenmişlik hissi, öforik olabilir, bazıları ise kendisini depresif ve hasta gibi hissedebilir. İyileşme fazında migrenli kişi kas ağrısı ve güçsüzlüğüyle de yaşayabilir (Saper 2001).

Migren ataklarının büyük bölümü spontan olarak ortaya çıkmaktadır. Bununla birlikte atakların başlamasında bazı internal ve/veya eksternal stimulusların da rol oynayabileceği bilinmektedir.

Bunların başında stres, açlık, uyku düzenindeki değişiklikler, bazı yiyecek ve içecekler ile menstrüasyon gelmektedir (Crystal 2010).

### **2.1.6. MİGREN ATAĞI**

Migren tipi baş ağrısı, bazen hiç uyarı semptomları olmaksızın başlarken bazen de halsizlik, öfori, depresyon, irritabilite, yemek yeme isteği, boyun ağrısı, esnemedede artma ve/veya ışığa, sese ve kokulara karşı hassasiyet gibi prodrom belirtilerle başlayabilir. Ağrı süresince otonomik semptomlar (bulantı, kusma, nazal/sinüs konjesyonu, rinore, lakrimasyon, pitoz, esneme, sık idrara çıkma, diyare), afektif semptomlar (irritabilite, depresyon), kognitif semptomlar (dikkat eksikliği, kelime bulma güçlüğü, geçici amnezi, bilinen ortamda yol bulma güçlüğü) ve duyuşsal semptomlar (fotofobi, fonofobi, osmofobi, kas gerginliği, kutanöz allodini) eşlik edebilir (Lipton 2001, Kelman 2006).

Baş ağrısından önce anlatılan auralar görülebilir. Baş ağrısı, tipik olarak yavaş başlayıp giderek artar, tek taraflıdır ve zonklayıcı karakterdedir (Stewart 1994). Fiziksel aktiviteyle artar ve orta düzeyde ya da belirgin derecede şiddetlidir. Bulantı, kusma, fotofobi, fonofobi eşlik edebilir.

Postdrom döneminde migren ağrısı giderek azalır ve kaybolur. Bu sırada konsantrasyon güçlüğü, depresyon, yorgunluk gibi bulgular bazı hastalarda görülebilir (Monteith 2011).

### **Migren Ataklarının Ortaya Çıkışını Kolaylaştıran Etkenler**

- Açlık, öğün atlama
- Fizik egzersiz ve aşırı yorgunluk (özellikle güneş altında veya sıcakta)
- Uyku düzeninde değişiklikler (fazla ya da az uyuma)
- Bazı besinler (alkol, yumurta, çikolata, kafein, kabuklu deniz hayvanları vb.)
- Alkollü içecekler ( bira, şarap vb)
- Sigara
- Güçlü ışıkve gürültü
- Stres
- Menstrüasyon
- Şiddetli kokular
- Hava değişimleri (basınç, nem, rüzgâr vb)
- Bazı ilaçlar (rezerpin, oral kontraseptifler vb.) (İncekara Aydın 2010).

### **2.1.7. MİGRENLİ HASTALARIN KARAKTERİSTİK ÖZELLİĞİ**

Migren hastalarının karakteristik özelliği çok tartışmalı bir konu olmuştur. Migrenli hastaların kişilik yapısını ilk defa, psikanalitik bakımdan tetkik eden Touraine ve Draper'dir. Migrenli hastalara Ross ve McNaughtan, Roschach Testi uygulamış. Bu test sonucunda hastaların mükemmeliyetçi,

kuralcı, katı, kırılğan, obsesif kompulsif özelliklere sahip, başarıyı elde etmede ısrarcı, cinsel uyumda zorlanan karakterde oldukları saptanmıştır. Migrenli kişilerin çocukluk dönemlerinde zayıf, hassas bir bünyeye sahip, utangaç, söz dinleyen, terbiyeli ve annelerine düşkün olmak gibi özellikleri vardır (Chakravarty 2008). Migrenli yetişkinler de ihtirashlı, titiz, inatçı, derli toplu olmak gibi özelliklere sahiptirler. Ayrıca migrenli bireylerin aşırı kontrollü, mükemmeliyetçi, öfkesini bastıran, ahlak kurallarına ve cinsellikle ilgili konulara aşırı duyarlı obsesif kişilik yapısında oldukları da ileri sürülmüştür.

Billie ve Wolff'e göre migreni olan kişiler ısrarcı, hırslı, mükemmeliyetçi ve bağışlayıcı değildir. Hastalar genellikle işlerini kendileri görür, ancak nöbetler sırasında etraflarını bitmez tükenmez ihtiyaçları ile rahatsız ederler (Çelepkolu 2011).

Aygül ve ark.'nın yaptığı çalışmada hastalarında geçerli bir kişilik yapısı tespit edilememiştir. Fakat hastaları kendilerini tanımlarken; içe kapanık, sinirli, titiz, duygusal olarak ifade etmiştir (Aygül 2007).

Migren ataklarının ortaya çıkmasında ruhi tesirlerin önemli rol oynadığı açıktır. Bu da hastalığın patogeneğinde hipotalamik bozukluğun yerinin olabileceğini düşündürmektedir (Çelepkolu 2011).

#### **2.1.8. Sınıflandırma**

Bir hastalık grubunun sınıflandırılmasındaki amaç hekimler arasında ortak konuşma dili oluşturmaktır. Baş ağrısı sınıflaması ilk olarak Ad Hoc Committee tarafından 1962'de yapılmıştır. Fakat baş ağrılarının semptomatik çeşitliliği karşısında bu sınıflama yetersiz kalmıştır. Daha sonra 1988 yılında Olesen'in başkanlığında oluşturulan "Uluslar arası Baş ağrısı Derneği'nin (IHS) Baş ağrısı Sınıflama Komitesi" tarafından tüm baş ağrılarını içeren sınıflandırma ve tanı ölçütleri yayınlanmıştır. Bu sınıflandırmanın en büyük avantajı baş ağrılarının biyolojik temelini ortaya koyup, ayırıcı tanı ve ağrı şiddetini belirlemeye yardımcı olmasıdır. Ancak, bazı baş ağrıları tiplerini tanımlamakta yetersiz kalmış. Ayrıca yeni tanımlanan baş ağrılarını kapsayamadığı için zaman içerisinde yenilenme ihtiyacı doğmuştur (Bıçakçı 2003). Hem klinik pratikte, hem de bilimsel araştırmalarda baş ağrısı bozukluklarının sınıflamasını iyileştirmek amacıyla, 2004 yılında IHS geniş bir grup baş ağrısı bozukluğu için tanı kriterlerini yayınlamıştır. Yeni sınıflamada özellikle migren baş ağrılarındaki değişiklikler dikkati çekmektedir. Yine yedi alt başlıktan oluşan bu grupta tanı zorluğu yaşanan kısmen ölçütleri karşılayan, kısmen karşılamayan gruplar, gerek auralı gerek aurasız migrende 'olası' adı altında toplanarak bunlara ait tanı ölçütleri oluşturulmuştur. Çocukluk çağı migren ataklarına abdominal migren alt başlığı eklenerek, yine migren komplikasyonları içerisinde kronik

migren, iskemi olmaksızın dirençli aura ve migrenin uyardığı epileptik nöbetler olarak yeni alt başlıklar yer almıştır. Oftalmoplejik migren alt başlığı 1.gruptan 13.gruba aktarılmıştır (İncekara Aydın 2010).

## **Uluslararası Bas Ağrısı Sınıflandırması [ICHD-II] (2004)**

### **1. MİGREN**

#### **1.1. Aurasız Migren**

#### **1.2. Auralı Migren**

##### **1.2.1 Özgün Auralı Migren**

##### **1.2.2 Migrene Benzemeyen Baş Ağrısı, Özgün Auralı**

##### **1.2.3 Özgün Aura Baş Ağrısız**

##### **1.2.4 Ailesel Hemiplejik Migren**

##### **1.2.5 Sporadik Hemiplejik Migren**

##### **1.2.6 Baziler Migren**

#### **1.3. Migrenin Yaygın Öncülleri Olabilecek Çocukluk Çağının Periyodik Sendromları**

##### **1.3.1 Tekrarlayıcı Kusma**

##### **1.3.2 Abdominal Migren**

##### **1.3.3 Çocukluk Çağının İyi Huylu, Ataklarla Giden Baş Dönmesi**

#### **1.4. Retinal Migren**

#### **1.5. Migren Komplikasyonları**

##### **1.5.1 Süreğen Migren**

##### **1.5.2 Migren Statusu**

##### **1.5.3 İskemi Olmaksızın Dirençli Aura**

##### **1.5.4 Migrene Bağlı İnfarktlar**

##### **1.5.5 Migrene Bağlı Epileptik Nöbetler**

#### **1.6. Olası Migren**

##### **1.6.1 Olası Aurasız Migren**

##### **1.6.2 Olası Auralı Migren**

##### **1.6.3 Olası Süreğen Migren**

## 1.1.Aurasız Migren (Hemikraniya)

Migren formları içinde en sık karşılılan form olup, olguların yaklaşık %90'ında sadece bu tür migren görülmektedir. Diğer hastalarda ise auralı migren atakları ya tek başına ya da aurasız migren atakları ile beraberdir (Ertaş 2003). Önceleri yaygın migren (common migraine), hemikrania simpleks olarak adlandırılan aurasız migren, 4–72 saat süren ataklar halinde gelen tekrarlayıcı bir baş ağrısı bozukluğudur. Genellikle tek taraflı yerleşim, zonklayıcı nitelik, orta-ağır şiddet, rutin fizik aktivite ile artış, bulantı ve/veya fotofobi ve fonofobi ile birliktelik tipik özelliklerindedir (Oğuzhanoğlu 2005). Yeni IHS sınıflandırmasının ek bölümünde ozmofobi, baş ağrısına eşlik eden belirtiler arasında migren tanısı için ek bir kriter olarak ileri sürülmüştür. Osmofobi migren atakları sırasında fonofobi ve fotofobi ile birlikte sıklıkla bildirilmektedir. Yakın zamanda yapılan bir çalışmada geniş bir hasta popülasyonunda migrenlilerin %25'inde saptanmıştır (Mathew 2005). Bir başka çalışmada ise migren hastalarının %43'ü baş ağrısı atağı esnasında osmofobi bildirmiştir ve olguların %90,8'inde ilk baş ağrısı atağının başlangıcından itibaren mevcuttur. Osmofobi; migren tanısı için düşük sensitivite (%43), yüksek spesifiteye (%100) sahiptir (Zanchin 2007).

### Tanı Kriterleri

- A. B-D ölçütlerine uyan en az 5 atak varlığı
- B. 4-72 saat süren baş ağrısı atakları (tedavi edilmiş olsun ya da olmasın)
- C. Baş ağrısı atakları aşağıdaki özelliklerden en az ikisini taşımalıdır:
  - 1. Tek taraflı
  - 2. Zonklayıcı özellikte
  - 3. Orta ya da ağır şiddetli
  - 4. Günlük bedensel hareketlerle şiddetlenme ( yürümek, merdiven çıkmak gibi)
- D. Baş ağrısı sırasında aşağıdakilerden en az birisi bulunmalıdır:
  - 1. Bulantı ve /veya kusma
  - 2. Organik herhangi bir başka hastalık belirtisi bulunmamalı (Çelepkolu 2011).

Üç aydan uzun süredir ayda on beş gün veya daha fazla sıklıkta atakların olduğu migren, “kronik migren” olarak tanımlanır. Çocuklarda ataklar 1-72 saat sürebilir. Migren baş ağrısı küçük çocuklarda genellikle iki taraflıdır. Tek taraflı erişkin şekli geç ergenlikte veya erken erişkinlikte ortaya çıkar. Baş ağrısı sıklıkla frontotemporal yerleşimlidir. Çocuklarda oksipital baş ağrısı başın bir tarafında ya da iki tarafında da olsa nadir görülür. Ama dikkatli olmak gerekir. Çünkü olguların çoğu yapısal bir lezyona bağlı olabilir (Oğuzhanoğlu 2005).

## 1. 2. Auralı Migren

Geri dönebilen, sıklıkla yavaş yavaş 5–20 dakikanın üzerinde gelişen ve 60 dakikadan kısa süren fokal nörolojik belirtilerle karakterize tekrarlayıcı bir durumdur. Aurasız migren özellikleri ile baş ağrısı sıklıkla aura belirtilerini izler. Seyrek olarak baş ağrısının migrenöz özellikleri olmayabilir veya baş ağrısı tümüyle yoktur. Görsel aura belirgin şekilde en sık rastlanan formdur. Duyusal belirtilerin dağılımı genellikle cheiro-oral (yüz ve el) dir. Güçsüzlük ve disfazi nadiren meydana gelir (Ferrari 2001).

### Tanı Kriterleri

**A.** B kriterlerine uyan en az 2 atak olmalı

**B.** Aşağıda belirtilen 4 özellikten en az 3 tanesi olmalı:

1. Bir ya da daha fazla sayıda, tümüyle geri dönüşümlü olan ve fokal serebral kortikal ve/veya beyin sapı fonksiyon bozukluğuna işaret eden aura belirtilerinin olması
2. Dört dakikadan daha uzun sürede yavaş yavaş gelişen en az bir aura belirtisi ya da 2 veya daha fazla sayıda birbiri ardı sıra gelişen belirtiler
3. Aura belirtileri 60 dakikadan uzun sürmemeli
4. Baş ağrısı, aurayı takiben 60 dakika içinde gelişmeli (baş ağrısı aura olmadan önce ya da aura ile birlikte başlamış olabilir)

**C.** Organik bir hastalık işareti olmamalı (Çelepkolu 2011).

### 1.2.1. Özgün Auralı Migren

Özgün aura görsel ve/veya duysal ve/veya konuşma belirtilerini içerir. Kademeli gelişimi, bir saatten daha uzun sürmemesi, pozitif veya negatif özelliklerin karışımını içermesi ve tam geri dönüşümü, aurasız migren ölçütlerini karşılayan baş ağrısı ile ilişkili aurayı tanımlar (İncekara Aydın 2010).

### Tanı Kriterleri

**A.** B-D kriterlerini tamamen taşıyan en az 2 atak olmalı

**B.** Aşağıdaki özelliklerden aura kaslarda güç kaybı olmadan en az birini taşımalı:

1. Reversible disfazik konuşma bozukluğu
2. Nonreversible olumlu özellikleri ve/veya olumsuz özellikleri içeren duysal belirtiler
3. Reversible olumlu belirtileri (noktalar ya da çizgiler, ışık titremeleri) ve/veya olumsuz bulguları içeren görsel belirtiler

**C.** En az aşağıdakilerden 2'si bulunmalı:

1. Beş dakika veya daha fazla sürede oluşan en az 1 aura belirtisi ve/veya daha uzun süren arka arkaya gelişen farklı aura belirtileri
  2. Tek yanlı duysal belirtiler ve/veya homonim görsel belirtiler
  3. Her belirti beş dakika veya bir saat devam etmeli
- D.** Aura anında veya aurayı izleyen bir saat içinde aurasız migren için olan tüm B-D ölçütlerini taşıyan baş ağrısı
- E.** Organik herhangi bir başka hastalık belirtisi bulunmamalı (Çelepkolu 2011).

### **1.2.2. Migrene Benzemeyen, Özgün Auralı Baş Ağrısı**

Duysal ve/veya konuşma ve/veya görsel belirtileri içeren tipik auradır. Yavaş gelişme, bir saatten uzun olmayan süre pozitif ve negatif belirtilerin karışımı ve tam geri dönüş ile karakterize aura, aurasız migrene ait ölçütleri tam karşılamayan baş ağrısına eşlik eder (İncekara Aydın 2010).

#### **Tam Kriterleri**

- A.** Tamamen B-D kriterlerini kapsayan en az 2 atak bulunmalı
- B.** Kas gücü kaybı olmadan aura. Aşağıdaki özelliklerden en az 1'ini kas gücü kaybı olmaksızın aura taşımalı:
1. Reversible olumlu özellikleri ve/veya olumsuz özellikleri kapsayan duysal belirtiler
  2. Reversible disfazik konuşma bozukluğu
  3. Reversible olumlu belirtileri (noktalar ya da çizgiler, ışık titremeleri) ve/veya olumsuz belirtileri içeren görsel belirtiler
- C.** En az aşağıdakilerden 2 tanesi olmalı:
1. Tek yanlı duysal belirtiler ve/veya homonim görsel belirtiler
  2. Beş dakika veya daha fazla sürede oluşan en az bir aura belirtisi ve/veya 5 dakika veya daha fazla sürede arka arkaya oluşan farklı aura belirtileri
  3. Her belirti beş-altmış dakika devam etmeli
- D.** Aurasız migren için olan B-D ölçütlerini taşımayan aura sırasında veya aurayı izleyen altmış dakika içindeki tüm baş ağrıları
- E.** Organik başka bir hastalık belirtisi bulunmamalı (Çelepkolu 2011).

### **1.2.3. Baş Ağrısız Özgün Aura**

Duysal ve/veya görsel ve/veya konuşma belirtilerini kapsayan özgün auraya baş ağrısı eşlik etmez. Yavaş gelişme, sürenin bir saatten fazla olmaması, pozitif ve negatif belirtilerin karışımı ve

tümüyle geri dönüş, baş ağrısına eşlik etmeyen aurayı belirler. Kırk yaşından sonra başladığında, negatif belirtiler hâkimse, aura uzun veya çok kısa sürüyorsa öncelikle diğer nedenler dışlanmalıdır (İncekara Aydın 2010).

#### **1.2.4. Ailesel Hemiplejik Migren**

Aurası kas gücü kaybı şeklinde olan migren tipi baş ağrısıdır. Ailesel hemiplejik migrende (AHM) ataklarda konfüzyon, bilinç bozukluğu, beyin omurilik sıvısında pleositoz, ateş bulunabilir. Hafif bir kafa travmasıyla tetiklenebilir. En az bir tane birinci veya ikinci derece yakınlarında motor güçsüzlük şeklinde aurası olan migren tipi baş ağrısının bulunması bu tanıyı akla getirir. Migren ataklarından bağımsız olarak % 50' sinde süreğen ilerleyici serebellar ataksi olabilir. Sıklıkla bu grup migren baziler tipte belirti verir (Çelepkolu 2011).

##### **Tanı Kriterleri**

- A.** En az B-C' yi karşılayan 2 atak
- B.** Aşağıdakilerden en az birinin ve aura olarak tamamen reversible motor güçsüzlüğün bulunması
  - 1.** Reversible disfazik konuşma bozukluğu
  - 2.** Hafif bir kafa travmasıyla tetiklenebilir.
  - 3.** Reversible duysal belirtiler
- C.** En az aşağıdakilerden ikisi:
  - 1.** Her bir aura belirtisi  $\geq$  beş dakika ile  $<$  bir gün içinde sonlanır.
  - 2.** Aurasız migren ölçütlerini karşılayan baş ağrısının aura sırasında ya da auradan sonraki altmış dakika içinde başlaması.
  - 3.** En az bir aura belirtisinin beş dakikadan uzun sürede gelişmesi ve/veya farklı aura belirtilerinin beş dakikada gelişmesi
- D.** Birinci veya ikinci derece yakınlarında en az bir tane A-E ölçütlerine uyan birinin bulunması
- E.** Herhangi başka bir hastalıkla ilişkisi olmamalı.

#### **1.2.5. Sporadik Hemiplejik Migren**

Birinci ya da ikinci derece yakınlarında kas gücü kaybıyla giden auralı migren hikayesi olmamalı ve hastada kas gücü kaybıyla birlikte auralı migren atağı görülmeli ( İncekara Aydın 2010).

##### **Tanı Kriterleri**

- A.** En az B-C kriterlerini dolduran 2 atak bulunmalı

**B.** Aura, reversible kas gücü kaybı olmalı ve aşağıdaki özelliklerden en az birini taşımalı:

1. Reversible olumlu özellikleri ve/veya olumsuz özellikleri kapsayan duyuşsal belirtiler
2. Reversible disfazik konuşma bozukluğu
3. Reversible olumlu belirtileri (noktalar ya da çizgiler, ışık titremeleri)  
ve/veya olumsuz belirtileri içeren görsel belirtiler

**C.** En az aşağıdakilerden 2 tanesi olmalı:

1. Beş dakika veya daha fazla sürede gelişen en az 1 aura belirtisi ve/veya beş dakika veya daha fazla sürede arka arkaya gelişen farklı aura belirtileri
2. Aura sırasında veya aurayı izleyen altmış dakika içinde aurasız migren için olan tüm B-D ölçütlerini taşıyan baş ağrısı
3. Her belirti beş dakikadan uzun, bir günden az devam etmeli

**D.** A-E ölçütlerinin tamamını taşıyan atakları olan 1. veya 2. derece akrabası olmalı

**E.** Organik başka bir hastalık belirtisi bulunmamalı (Çelepkolu 2011).

### **1.2.6. Baziler Arter Migreni, Baziler-Tip Migren ( Baziler Migren)**

İlk kez Bickerstaff tarafından 1961'de adölesan kızlara has bir tablo olarak tanımlanmıştır. Fakat her cinsten ve her yaş grubundan kişileri etkileyebilmekle beraber kadın hâkimiyeti burada da söz konusudur. Baziler migren demek için motor kayıp olmamalı. Ayrıca her iki oksipital lobdan ve/veya beyin sapından kaynaklanan aura belirtilerini içeren atak olmalıdır. Aura genellikle bir saatten kısa sürer. Ardından ortaya çıkan baş ağrısı sıklıkla oksipital yerleşimli ve şiddetlidir. Aura genellikle "teichopsia", görmenin kararması, gerçek geçici körlük gibi tipik migrenöz görsel bozukluklar ile başlar. Görsel belirtiler iki taraflıdır. Bu görsel auranın ardından sıklıkla ataksi, diplopi, bulantı-kusma, disartri olabilir. Vertigo, bilateral tinnitus, bazen de bilateral parezi ve pareteziler görülebilir. Özellikle genç hastalarda beyin sapı retiküler formasyonunun etkilenmesi bilinç bozukluğuna neden olabilir. Bu durum genellikle auranın diğer belirtileri azalırken ortaya çıkar. Bilinç bozukluğu; uykuyu andırır, nadiren stupor, komaya dönüşebilir. Sık olmayarak baziller migren atağı esnasında nöbet görülebilir. Bu durumlarda epileptiform EEG anormallikleri kaydedilmiştir (Boes 2004).

#### **Tanı Kriterleri**

**A.** Tamamen B-D kriterlerini içeren en az 2 atak olmalı

**B.** Kaslarda güç kaybı olmadan aura aşağıdaki tamamen reversible bulguların en az iki tanesini içermeli:

1. Diplopi

2. İşitme kaybı
3. Ataksi
4. Vertigo
5. Dizartri
6. Eş zamanlı 2 yanlı paresteziler
7. Tinnitus
8. Bilinç düzeyinde bozulma
9. Her iki gözde temporal ve nazal görme alanlarını içeren görsel belirtiler

C. En az aşağıdakilerden biri bulunmamalı:

1. Her belirti beş –altmış dakika sürmeli.
2. Beş dakika veya daha fazla sürede gelişen en az bir aura belirtisi ve/veya beş dakika veya daha fazla sürede ard arda gelişen farklı aura belirtileri.

D. Aura sırasında veya aurayı izleyen altmış dakika içinde aurasız migren için olan tüm B-D ölçütlerini taşıyan baş ağrısı

E. Organik başka bir hastalık belirtisi bulunmamalı (Çelepkolu 2011).

### 1.3. Öncül veya Migren ile Birlikte Olabilecek Çocukluk Çağının Periyodik Sendromları

#### 1.3.1. Reküren Kusmalar

Reküren bulantı ve kusma atakları vardır. Ataklar biribirinin tekrarıdır. Bu sırada solukluk ve halsizlik, ataklar arasında hasta tamamen normaldir. Tanı konabilen herhangi bir gastrointestinal hastalığı yoktur. Bu sınıf 1988 IHS sınıflandırmasında yoktu.

##### Tanı Kriterleri

- A. En az B ve D'ye uyan beş atak
- B. İleri derecede bulantı, kusma ve tekrarlayan ataklar bir saat – beş gün devam eder.
- C. Saatte en az dört kez olan kusma, bir saat sürer.
- D. Atak olmadığı zamanda sağlıklı
- E. Herhangi başka bir hastalığa bağlı değildir.

#### 1.3.2 Abdominal Migren

Sebebi bilinmeyen tekrarlayan bir bozukluktur. Bir ile yetmiş iki saat süren karın ağrısı vardır. Renal ve gastrointestinal hastalık öyküsü yoktur. Ağrı orta-ağır şiddettedir. Vazomotor belirtilerle, bulantı ve kusma ile ilişkilidir.

### **Tanı Kriterleri**

- A. B-D' yi karşılayan en az beş atak olmalı,
- B. Karın ağrısı 1-72 saat sürmeli
- C. Aşağıdaki özelliklerin tümünü karın ağrısı karşılamalı:
  - 1. Künt vasıflı,
  - 2. Orta-ağır şiddetli,
  - 3. Göbek etrafında, orta hatta yerleşim,
- D. Aşağıdakilerde en az ikisinin atak anında olması:
  - 1. Bulantı,
  - 2. Kusma,
  - 3. Solukluk,
  - 4. İştahsızlık,
- E. Başka bir hastalığa bağlı olmamalı.

### **1.3.2. Ataklarla Giden, İyi Huylu Çocukluk Döneminin Baş Dönmesi**

Kısa süreli kendiliğinden geçen baş dönmesi atakları olur. Bazı ataklarda baş ağrısıyla ilişkili olarak nistagmus veya kusma olabilir. Uyarıcı belirtiler yoktur.

### **Tanı Kriterleri**

- A. En az B-D' yi karşılayan beş atak
- B. Dakikalar veya saatler içinde kendiliğinden geçen çoklu ağır baş dönmesi atakları
- C. EEG normaldir.
- D. Odyometrik testler, vestibüler fonksiyonlar ve nörolojik muayene ataklar arasında normaldir.

### **1.4. Retinal Migren**

Skotom, yanıp sönen ışıklar ya da körlük dahil tekrarlayıcı monoküler görsel bozukluk ataklarıyla karakterizedir. Tek gözde görme bozukluğundan yakınan bazı hastalarda gerçekte hemianopsi vardır. Optik nöropati veya karotis diseksiyonu gibi tek gözde geçici körlüğün diğer sebepleri dışlanmalıdır (Oğuzhanoğlu 2005).

### **Tanı Kriterleri**

- A. En az B ve D'ye uyan 2 atak,
- B. Monooküler görsel olayların (körlük, sintilasyonlar, skotomlar vb) olması (muayene veya hastanın atak sırasında mevcut durumu çizmesi ile doğrulanan), atak sırasında tamamen reversible olması.

- C. 1.1. Aurasız migren kriterlerine uyan baş ağrısının aura sırasında ya da altmış dakika içinde başlaması,
- D. Yapılan oftalmolojik muayene normal
- E. Herhangi başka bir hastalığa bağlı değildir.

## **1.5. Migren Komplikasyonları**

### **1.5.1. Süreğen Migren**

Aşırı ilaç kullanımı olmayan toplam üç aydan fazla, ayda onbeş ya da daha fazla gün olan migren tipi baş ağrısı.

#### **Tanı Kriterleri**

Başka bir hastalığa bağlı olmayan son üç ay için ayda on beş gün veya daha fazla süre için 1.1'deki aurasız migren kriterlerinden C ve D'nin karşılanması.

### **1.5.2. Migren Statusu**

İşten düşüren ve yetmiş iki saatten uzun süren migren atağının bulunması.

#### **Tanı Kriterleri**

- A. Hastada olan baş ağrısı atağı 1.1'deki aurasız migren kriterlerini süre haricinde karşılamalı.
- B. Aşağıdakilerden ikisinin baş ağrısında olması:
  - 1. Ağır şiddette olması
  - 2. Yetmiş iki saatten uzun sürmesi
- C. Herhangi başka bir hastalığa bağlı değildir.

### **1.5.3. İskemi Olmaksızın Dirençli Aura**

Radyolojik infarkt kanıtı olmaksızın bir haftadan uzun süre devam eden aura belirtileri şeklinde tanımlanır. Aura motor, görsel veya duyuşal motor olabilir. Görsel aura genellikle çift taraflıdır ve yıllarca sürebilir. Devam eden olgularda posterior lökoensefalopati gibi organik durumların dışlanması önemlidir (Mathew 2005).

### **1.5.4. Migrene Bağlı İnfarkt**

Tüm ağrılar auralı migrene uyar ancak altmış dakikadan uzun süren auralı tek atak vardır. Migren aurasının bir ya da daha fazlası iskemik beyin lezyonuyla alakalıdır. İlgili bölgede infarkt alanı görüntülenmektedir.

### 1.5.5. Migrene Bağlı Epileptik Nöbet

Nöbeti migren aurası tetiklemektedir. Migren aurasıyla birlikte ya da sonrasındaki bir saat içinde nöbet ortaya çıkar.

### 1.6. Olası Migren

Migren tanı kriterlerinden biri dışında diğerlerini karşılayan baş ağrısı ve/veya atağına olası migren adı verilir.

#### 1.6.1. Olası Aurasız Migren

##### Tanı Kriterleri

- A. Aurasız migren için A-D tanı kriterlerinden herhangi biri hariç tümünü karşılayan ataklar
- B. Organik başka rahatsızlıkla ilişkisi bulunmamalı.

#### 1.6.2. Olası Auralı Migren

##### Tanı Kriterleri

- A. Auralı migren veya onun herhangi bir alt formu için A-D tanı kriterlerinden herhangi biri hariç tümünü karşılayan ataklar
- B. Organik başka bir hastalıkla ilişkisi bulunmamalı (Çelepkolu 2011).

### 2.1.9. MİGRENE EŞLİK EDEN HASTALIKLAR

Şu ana kadar yapılmış araştırmalarda migren hastalarında inme, depresyon, epilepsi, alerjiler ve astım gibi başka hastalıkların da gözlemlendiği belirtilmiştir. Ancak bu bağlantılar henüz tam olarak açıklanamamıştır ( Le 2011). İskemik atak ve kardiyovasküler sistem bozuklukları sıklıkla auralı migren ile ilişkilendirilmiştir (Burch 2012). Ayrıca migrene hipotansiyon ve senkop eşlik edebilmektedir (Fasaluna 2012). Bir başka komorbid hastalık olan uyku bozuklukları özellikle de uyku apneleri ve horlamanın varlığı, migrende kötü bir belirti olarak değerlendirilmektedir. Buna ek olarak narkoleptik hastalarda migren sıklığının 2-4 kat fazla olduğu belirtilmiştir ( Arruda 2010).

Komorbidite, indeks hastalığı olan olguda aynı anda bulunan herhangi bir ek durumun varlığı veya iki hastalık arasında tesadüf dışı bir ilişki olarak tanımlanabilir. Komorbidite ayırıcı tanıyı zorlaştırır, yaşam kalitesini bozar, tedavi rejimine uyumu etkiler, tedavi seçeneklerinde sınırlamalara yol açar ve indeks hastalığın gidişini değiştirerek bazı vakalarda kronikleşmesine neden olur. Lipton ve Silberstein'in belirttiği gibi komorbidite koinsidans veya önyargılı seçimden kaynaklanabilir, bir hastalık diğerine yol açabilir, her iki durum ortak çevresel ve genetik risk faktörleri ile ilişkili olabilir.

Ayrıca aynı çevresel veya genetik risk faktörleri beyinde her iki durumun ortaya çıkışını kolaylaştıran bir zemin hazırlayabilir.

Migren komorbiditesinin anlaşılması birçok açıdan önemlidir. Migren tanıda belirsizlik ve örtüşen semptomlara bağlı diğer hastalıklarla komorbid olabilir. Örneğin migren ve epilepsinin her ikisi de baş ağrısı yanı sıra geçici bilinç değişikliklerine yol açar. Migren aurası geçici iskemik atak veya inmenin bazı özelliklerini paylaşır. Diğer hastalıklar tekrarlayan atakların sekeli olarak ortaya çıkabilir. Örneğin, tedavi yan etkileri ve subklinik infarktlar ömür boyu atak sıklığı ile artabilir. Ayrıca migren ve komorbid hastalığın değerlendirilmesi ve bunun bilinmesi hastanın sağaltımında ve komorbid hastalık için kontrendike olan ilaçtan kaçınma ya da tek ilaçla her iki durumun kontrol altına alınması açısından önem taşımaktadır. Migren aralarında inme, epilepsi, astım, alerjik durumlar, depresyon ve anksiyete bozukluğunun da bulunduğu birçok nörolojik, sistemik ve psikiyatri bozuklukla komorbidite gösterir ( İncekara Aydın 2010).

### **Migren İle Komorbiditesi Bildirilen Hastalıklar**

#### **Psikiyatrik**

- Depresyon
- Anksiyete
- Panik atak
- Bipolar bozukluk

#### **Nörolojik**

- Epilepsi
- Tourette sendromu<sup>a</sup>

#### **Vasküler**

- Raynaud Fenomeni
- İskemik strokee, subklinik stroke, beyaz cevher lezyonları

#### **Kardiyak**

- Patent foramen ovale<sup>a</sup>
- Mitral valv prolapsusu<sup>a</sup>
- Atriyal septal anevrizma<sup>a</sup>

#### **Diğer**

- Astım / Alerji
- Uyku apnesi

- Sistemik lupus eritematozus<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Sadece klinik örneklerden elde edilen veri ( İncekara Aydın 2010).

### **2.1.9.1. Migren ve Psikiyatrik Komorbidite**

Migrenin genelde psikiyatrik ve somatik hastalıklarla birlikte gözlemlendiği bilinmektedir ve sıklıkla araştırılan bir konudur. Teggie ve ark. (2010) yaptıkları çalışmada, toplumun genelinde bildirilen migren oranının psikiyatrik hastalığa sahip olan popülasyonda daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Teggie 2010). En çok üzerinde durulan psikiyatrik bozukluklar, depresyon, bipolar bozukluk, anksiyete bozuklukları, fobiler ve öz-kıyım düşünceleridir (Pompili 2010, Yüksel 2015). Nitekim migrenli hastalarla yapılan çalışmalar, psikiyatrik hastalıklar içinde en çok duygudurum ve anksiyete bozukluklarının migrene eşlik ettiğini göstermiştir. Aynı zamanda migren hastalarında insomnia, hayat kalitesinde düşme ve yoğun stres bildirilmiştir.

Anksiyete bozuklukları, depresyon ve migren birçok kişiyi etkiler. Bu rahatsızlıklar yaklaşık %10–15 dolayında benzer prevalansa sahiptir. Genel olarak kadınları daha sık etkilemektedir (Alonso 2004). Migren belirgin iş gücü kaybına neden olur ve yaşam kalitesini düşürür. Migrenin getirdiği yükün bir kısmı eşlik eden psikiyatrik durumlardan kaynaklanır (Lipton 2000).

Klinik ve toplum temelli çalışmalar migren ve majör depresyon arasında bir ilişki olduğunu göstermektedir. Migren hastalarında kontrol gruplarına göre anksiyete, bipolar bozukluk, panik bozukluk, OKB ve sosyal fobinin daha yüksek olduğuna dair pek çok kanıt vardır (McWilliams 2004). Migren ve psikiyatrik hastalıklar arasındaki ilişkinin doğasını anlamak tanı ve tedavide önemlidir.

Merikangas ve arkadaşları, migren hastalarında duygudurum bozukluklarıyla anksiyete bozukluğunun daha sık bulunduğunu göstermişlerdir. Majör depresyon ve anksiyete bozukluğu sıklıkla birlikte görülmektedir. Migren, anksiyete bozukluğu ve majör depresyonun bir arada bulunduğu hallerde anksiyete bozukluğu genellikle migrenden önce ortaya çıkmaktadır; majör depresyon ise sıklıkla migrenden sonra başlamaktadır.

Breslau ve ark. 21-30 yaş arası 1007 genç erişkinde IHS tanımına göre migren ile psikiyatrik komorbiditeyi incelemişlerdir. Yaşam boyu duygudurum ve anksiyete bozuklukları oranları migren hastalarında daha yüksek saptanmıştır (Silberstein 2004).

Baş ağrısı ve depresyon komorbiditesi yaşlı popülasyonda nadiren çalışılmıştır. Wang ve ark., 65 yaş üzeri 1421 kişinin katılımıyla gerçekleştirdikleri çalışmalarında depresyon riskinin migreni olmayan hastalara oranla migren hastalarında daha fazla olduğunu göstermişlerdir.

Keçeci ve ark.'nın yaptığı çalışmada Türk toplumunda yaşam boyu major depresyon prevalansı migrenli olgularda yaklaşık üç kat daha yüksek bulunmuştur (Keçeci 2003).

Toplum çalışmalarına göre migren ve depresyon arasındaki ilişki için rölatif risk 2,2 ile 4 arasında değişmektedir. Bunun yanında migren ve depresyon arasındaki ilişki auralı migreni olan kişilerde aurasız migreni olan kişilere oranla daha fazladır (İncekara Aydın 2010).

Anksiyetenin nedeni baş ağrısı ve atakların zamanının belirsizliği olabileceği, depresyonun da eğer kötü tedavi edilirse durumun kontrol edilemez olmasının getirdiği çaresizliğin sonucunda ortaya çıkabileceği belirtilmektedir (Sheftell 2002). Bu hastalıkların birlikteliğinin ortaya çıkış nedenlerinin aynı etyolojiyi paylaşmaları olabileceği de tartışılmaktadır. Birçok yazar, seratoninerjik sistemdeki bozukluğun panik bozukluk ve migren komorbiditesinin nedeni olabileceğini söylemektedir. Bu hastalıkların sersemlik, bulantı, kusma gibi bazı ortak semptomları olduğundan bu tanılardan birisini alan hastaların diğer tanıyı da kolaylıkla alabilme olasılığı nedeniyle birlikteliklerinin sık olduğu ortaya atılan bir diğer görüştür (Breslau 1991).

Önceki çalışmalar, migrenliler arasında anksiyete ve depresyon bozuklukları riskinin yüksek olduğunu ve bu psikiyatrik komorbiditelerin baş ağrısı ile ilişkili hayat kalitesine büyük etkisi olduğunu göstermiştir. Migren, anksiyete ve/veya depresyon ile birlikte görüldüğünde migrene bağlı iş gücü kaybının belirgin olarak arttığı belirlenmiştir (Lanteri 2005).

Anksiyete, akut migren ilaçlarını erken almaya ve kullanması gerekenden fazla ilaç kullanmaya neden olabileceği için kronik günlük baş ağrısına dönüşüme de neden olabilir. İlaç aşırı kullanımı olan hastalarda da depresyon ve anksiyenin daha güçlü bir birliktelik gösterdiği saptanmıştır. Araştırmacılar depresyon ve anksiyete varlığında migrenin, ilaç aşırı kullanım baş ağrısına dönüşme olasılığının yüksek olduğunu da göstermişlerdir (Radat 2005).

Majör depresyon ve migren arasındaki bağlantı nedensel olmayabilir, paylaşılan genetik veya çevresel patogenetik etkenleri yansıtıyor olabilir. Alternatif olarak migren, majör depresyona yol açabilir veya majör depresyon tarafından ortaya çıkarılabilir. Migren hastalarındaki depresyon, yineleyici ciddi baş ağrısı ataklarına verilen psikolojik cevabın yansımaları olabilir hipotezi, sadece migrenin depresyona olan etkisini açıklamaya yeterlidir. Buna karşılık, paylaşılmış nedenler varsayımı, her hastalığın diğerinin ilk kez ortaya çıkma riskini artırabileceği üzerine kuruludur. Bazı çalışmalar, migren ve majör depresyon arasında, her hastalığın diğerinin ilk başlangıç riskini artırması ile karakterize çift yönlü etkiyi öne sürer (Breslau 2003). Dahası, diğer ağır baş ağrısı bozuklukları ile depresyon veya panik bozukluğu arasında böyle iki yönlü bir ilişki olmaması, bunun baş ağrısı ile genel bir ilişki yerine migrene özgü bir durumu yansıtıyor olabileceğini düşündürmektedir. İki yönlü

ilişkiyi bildiren çalışmalarda, depresyonu bulunan kişilerde ilk kez migren ortaya çıkma riski 2,8 ile 3,5 arasında değişmektedir. Diğer taraftan, migreni olan kişilerde ilk kez depresyon ortaya çıkma riski 2,4 ile 5,8 Aralığında değişmektedir. Bu bilgiler klinik pratik açısından önemlidir. Depresyonu veya migreni olan hastalar, diğer hastalığın var olup olmadığına dair değerlendirilmelidir. Ek olarak eşlik eden hastalık varlığında her iki durumu da iyileştirecek tedavi seçenekleri düşünülmelidir (Hamelsky 2006).

McWilliams ve ark., tarafından yapılan çalışma; migren ve anksiyete arasında bir ilişki olduğunu göstermiştir. Bu çalışmada migrenli olguların %9,1'i yaygın anksiyete bozukluğu ile komorbidite gösterirken, bu durum migren tanısı olmayan kişilerin sadece %2,5'i için geçerlidir (McWilliams 2004).

Migren ve migren dışı baş ağrıları ile depresyon ve anksiyete bozuklukları arasındaki ilişki baş ağrısı sıklığı arttıkça belirgin olarak artar (Zwart 2003).

Anksiyete bozuklukları ve majör depresyonun bir arada bulunduğu bireylerde, tek başına depresyon veya anksiyete bozukluğu olan bireyler ile karşılaştırıldığında migren olma olasılığı daha fazladır.

Baş ağrısı ile psikiyatrik hastalıkların komorbiditesinin önemli klinik ve terapötik etkileri vardır. Suisid girişimleri; migren olgularında, özellikle kadınlarda ve auralı migren hastalarında genel popülasyona kıyasla daha sık görülür. Aslında bu popülasyonda görülen suisid girişimlerinin sıklığı depresyonlu kişilerdekinin iki katıdır (İncekara Aydın 2010).

Komorbid duygudurum veya anksiyete bozukluğu varlığının migrenin tek başına bulunduğu duruma oranla daha kötü prognoza yol açtığı düşünülür. Fakat bu varsayımı destekleyen sınırlı sayıda ampirik veriler mevcuttur. Guidetti ve ark., 8 yıllık takip sonunda çocukluk veya adolesan çağında iki veya daha fazla komorbid psikiyatrik hastalığa sahip baş ağrısı olgularında düzelme oranının daha düşük olduğunu saptamışlardır. Anksiyete bozuklukları da gerek depresyona zemin hazırlayarak gerekse migrenin sürekliliğine yol açarak prognozu olumsuz etkilemektedir (Guidetti 1998).

Komorbid depresyon ve/veya anksiyete, migrenin tek başına bulunduğu duruma oranla daha yüksek medikal maliyete neden olmaktadır. Epizodik migren hastalarında anksiyete veya depresyon varlığının perikranial veya servikal alanlarda artmış kas hassasiyeti ile bağlantılı olduğu bildirilmiştir ve kronik migrene dönüşümü hızlandırabilir (İncekara Aydın 2010).

Sonuç olarak, migren olgularının anksiyete bozuklukları ve depresyon için yüksek risk altında olduğuna dair uzlaşma vardır. Bu bulgular aurasız migren ile karşılaştırıldığında auralı migrende daha aşikar ortaya çıkmaktadır (Radat 2005).

### **2.1.10. Tedavi**

Etkili bir migren tedavisi yapabilmek için doğru tanı, olası başka nedenlerin uygun tetkiklerle dışlanması ve baş ağrısının birey üzerinde oluşturduğu etkilerin iyi değerlendirilmesi gerekir. Migren baş ağrılarının sıklığı, şiddeti ve hastanın yaşam kalitesini etkilemesi bakımından kişiden kişiye farklılık gösterir. Tedavi planı düzenlenirken sadece hastanın tanısı, semptomları ve komorbid hastalıkları değil, hastanın beklentileri ve gereksinimleri de göz önünde bulundurulmalıdır (İncekara Aydın 2010).

Tedavi öncelikle hastanın bilgilendirilmesi ve eğitimiyle başlar. Migren tedavisinde temel ilke, migren baş ağrısı ile yaşamayı ve ataklardan korunmayı hastalara öğretmektir. Migren atak sıklığını, süresini, ağrı şiddetini azaltmak, migrenden kaynaklanan kayıpları azaltmak, yaşam kalitesini arttırmak, ilaç kullanımı azaltmak, kısaca migren ile yaşamayı öğrenmek önemlidir. Hastanın tetikleyici faktörlerden kaçınmasını sağlamak dahi bazen tek başına yeterli olabilmektedir. Ek olarak, “davranış terapisi”, “gevşeme eğitimi”, “stresle başa çıkma yöntemleri” uygun hastalarda oldukça faydalı olabilir (İncekara Aydın 2010).

Tedavi seçenekleri, migrene eşlik eden eş zamanlı patolojiler ve komorbid hastalıklar gözönünde bulundurularak hastaya özgü olmalıdır.

Temel olarak migren tedavisi, farmakolojik ve nonfarmakolojik olmak üzere iki tedavi yaklaşımından oluşur. Migrenin farmakolojik tedavisi akut atak tedaviyi ve profilaktik tedaviyi içerir.

#### **2.1.10.1. Farmakolojik Tedaviler**

Migrenin akut atak tedavisinin amacı baş ağrısı ve eşlik eden semptomları gidermek, yaşam kalitesini yükseltmek için atakların oluşturduğu engelleyiciliği ortadan kaldırmak ve ağrı progresyonunun önlenmesidir.

Akut atakların tedavisinde kullanılan ilaçlar spesifik ve non-spesifik şeklinde ayrılabilir. Atak şiddeti arttıkça fonksiyonel kısıtlılık artacağı için şiddetli ataklarda spesifik migren ilaçları, orta şiddetli ataklarda nonspesifik/ spesifik ilaçlar ve hafif şiddetli ataklarda non-spesifik ilaçlar kullanılır (İncekara Aydın 2010).

Farmakolojik tedavi, migren akut atak tedavisi ve profilaktik tedavi olarak iki aşamada gerçekleştirilir. Erken dönemde ilk sıra atak tedavisidir. Atak tedavisinde öncelikle olarak migrene spesifik olmayan tedaviler kullanılır.

Ağrı tedavisinde ilk basamak olarak, aspirin ve parasetamol gibi ağrı kesiciler verilmelidir. Özellikle çocuklar ve gebelerde ilk tercih parasetamol olmalıdır.

İbuprofen, naproksen sodyum, diklofenak sodyum, diklofenak potasyum ve benzeri antiinflamatuvar ilaçlar bu tedavilere cevap alınmadığı zaman kullanılır. Bu tedaviler, birçok çalışmada plasebodan daha üstün bulunmuştur ve akut atak tedavisinde yüksek doz kullanılırlar.

Hastalarında birçoğunda ağrıya eşlik eden bulantı ve kusma şikâyetleri mevcuttur ve migren atağının tek tedavisi bu nedenle analjezikler değildir. Migren atağı sırasında muhtemelen oluşan gastrik staz nedeniyle oral alınan analjeziklerin emilimi efektif düzeyde olmadığından öncelikle antiemetik ilaç verilerek gastrik motilite düzenlenmeli ve antiemetik ilaç alımından 20-30 dakika sonra analjezik verilmelidir. Antiemetik ilaç olarak domperidon veya metoklopramid verilebilir. Yanı sıra kusması çok olan hastalara, potasyum içeriği yüksek sıvılarla hidrasyon yapılmalıdır. Migrene özgü farmakolojik tedavi preparatları olan ergot türevleri ve triptanlar ise bir diğer seçenektir.

Ergot türevleri, damarlarda kasılma ve daralma yaptıkları için periferik damar hastalığı ve iskemik kalp hastalığı bulunanlarda, hipertansiflerde, hamile ve emziren kadınlarda, karaciğer ve böbrek yetmezliğinde kontrendike olmakla birlikte auralı migren hastalarında da kullanımı tartışmalıdır. Sumatriptan, zolmitriptan, naratriptan, rizatriptan, eletriptan gibi triptanlar 5-HT (5-Hidroksitriptofan) 1B/D/F reseptör agonisti olup, migren atak tedavisindeki etkilerinin damarlarda daralma ve nörojenik inflamasyonu engelleme özellikleri ile ilgili olduğu kabul edilmektedir. Migrende triptanlar hem baş ağrısında hem de ona eşlik eden fotofobi, fonofobi, bulantı ve kusma gibi belirtiler üzerinde etkilidir.

Migren ataklarını hafif, orta ve ağır şiddette migren atakları olarak ayıracak olursak tedavi şemaları aşağıda gösterilmiştir (Horasanlı 2008).

**Tablo 1. Hafif Migren Atak Tedavisi**

ASETİLSALİSİLİK ASİT (ASA)	650-1300 mg günde 6 kez
İBUPROFEN	400-800 mg günde 4 kez
NAPROKSEN SODYUM	275-550 mg günde 2-6 saatte bir
ASETOMİNOFEN	650-1300 mg günde 6 kez

## Orta Şiddette Migren Atak Tedavisi

**Tablo 2. 5-Hidroksitriptamin Reseptör Agonistleri Selektif Olanlar**

SUMATRİPTAN	50-100 mg po, 20 mg sprej, günde bir kez
ZOLMİTRİPTAN	2,5-5 mg, günde 2 saatte bir tekrarlanır
NARATRİPTAN	2,5 mg en fazla 5 mg
ELETRİPTAN	40 mg oral ihtiyaç olursa 80 mg ek doz

**Tablo 3. 5-Hidroksitriptamin Reseptör Agonistleri Non-Selektif Olanlar**

DİHİDROERGOTAMİN(DHE)	0,5-1,0 mg paranteral 1 saatte tekrarlanabilir.
ERGOTAMİN	1-2 mg oral, saatte bir, 3 defa

**Tablo 4. Kombine İlaçlar**

ASA+KODEİN+KAFFEİN	Dozları kombinasyona göre değişir
ASETAMİNOFEN+KODEİN	Dozları kombinasyona göre değişir
ASA+BUTALBİTAL+KAFFEİN	Dozları kombinasyona göre değişir

**Tablo 5. Ağır Ataklar**

BUTORPHANOL	1 mg sprej, 4 saatte bir tekrarlanır
KLORPROMAZİN	50 mg intamusküler veya 0,1 mg/kg
DEKSAMETAZON	12-20 mg intravasküler
METİLPREDNİSOLON	100-250 mg intravasküler
KETOROLAK	30-60 mg intamusküler
MEPERİDİN	50-100 mg im/iv
METOKLORPAMİD	10 mg intravasküler
PROKLORPERAZİN	25 mg
ZOLMİTRİPTAN	5 mg tablet
SUMATRİPTAN	50-100 mg

Migren atak tedavisi uygun dozda ve erken dönemde uygulanmalıdır. Baş ağrısı hafifken migren atağının erken tedavisi baş ağrısı rekürrensini, multipl ilaç kullanımını, iş göremezliği ve ilaç yan etkilerini azaltacaktır. Buna ek olarak giderek artan kanıtlar göstermiştir ki santral sensitizasyon ve

allodini oluşmadan tekil atakların etkin bir şekilde tedavi edilip ağrının en kısa zamanda giderilmesiyle hastalığın kronik migrene dönüşme olasılığı da azalmaktadır. Böylece tekil atakların erken ve etkin tedavisi ile hastalığın gidişini değiştirmek olanaklıdır (İncekara Aydın 2010).

Migren hastası atak sırasında genellikle hangi ilaçtan fayda gördüğünü dile getirecektir. Bu sebeple tedavi kişiye göre düzenlenmeli ve sık ve şiddetli/dirençli atak geçiren hastalara mutlaka farmakolojik tedavide ikinci adım tedavi olan profilaktik tedavi düzenlenmelidir.

### **2.1.10.2. Migrende Profilaktik Tedavi**

Profilaktik tedavi atak sıklığını, süresini ve şiddetini azaltmak, akut atakların tedaviye cevabını artırmak, baş ağrısı ile ilişkili fonksiyonel kısıtlılığı azaltmak amacıyla uygulanır. Akut tedaviye kontrendike olan durumlarda ve hasta aşırı ilaç kullanımı riski taşıyorsa profilaktik tedavi yapılması uygundur.

Migren önleyici ajanların hiçbiri migrene spesifik olmayıp, hastaların %60- 65'inden fazlasında etkili değildir. Profilaksi için ana kullanım alanları birbirinden farklı birçok ilaç bulunmaktadır (İncekara Aydın 2010).

Migrenin profilaktik tedavisinde kullanılan ajanlar aşağıda görülmektedir (Yücel 2008):

#### **Migren Profilaksisinde Kullanılan İlaçlar**

- Beta-Adrenerjik blokerler
- Trisiklik Antidepresanlar
- Diğer Antidepresanlar
- SSRI
- SNRI
- Antiepileptik Ajanlar
- Kalsiyum Kanal Blokerleri
- 5-HT2 Antagonistleri
- Metiserjid
- Siproheptadin
- Pizotifen
- Botulinum toksin tip A
- NSAİD'ler ve COX2 inhibitörleri
- Anjiyotensin inhibitörleri
- ACE inhibitörleri, Lisinopril

- Anjiyotensin II tip 1 reseptör blokerleri, Kandesartan
- Diğer ajanlar
- Riboflavin
- Koenzim Q10

### 2.1.10.3 Migrenin Profilaktik Tedavisinde Komorbiditenin Rolü

Profilaktik ilaç belirlenirken komorbid durumlar dikkate alınmalıdır. Beta blokerler özellikle komorbid anjina veya hipertansiyonlu hastalarda yararlıdır (Gökçay 2008). Konjestif kalp hastalığı, astım, Raynaud hastalığı ve Diabetes Mellitusta (DM) beta blokerler kontrendikedir. Ağır depresyonu olan kişilerde, enerji seviyesi düşük olan astenik tip hastalarda beta blokerlerden kaçınılmalıdır (Mathew 2005).

Kalsiyum kanal blokerleri koroner iskemi durumlarında ve hipertansiyon (HT), astım, Raynaud hastalığı gibi beta-bloker kontrendikasyonu olduğu durumlarda kullanılır (Gökçay 2008).

Özellikle depresyon, stres, anksiyete ve uyku bozukluğu ile birlikte sık migren atağı geçirenlerin tedavisinde başta amitriptilin olmak üzere trisiklik antidepresanlar (TSA) tercih edilebilir. Ayrıca komorbid depresyon ve anksiyete varlığında SSRI ve SNRI grubu antidepresanlar da kullanılabilir (Mathew 2005).

Epilepsi ve migren birlikteliğinde antiepileptikler ilk seçilecek ilaç grubudur. Alerji tedavisi için immunoterapi alan hastaların beta bloker kullanmaması gerektiği için, bu hastalarda bir antiepileptik ilaca geçilebilir. Beta blokerlerin kontrendike olduğu, astım, konjestif kalp yetmezliği, düşük arteryel tansiyon, ortostatik hipotansiyon ve kardiyak ileti bozuklukları gibi durumlarda antiepileptikler ilk sırada düşünülmesi gereken ilaçlardır (Mathew 2005).

Migren ve obezite varsa valproat ve flunarizin tercih edilmemeli, dikkat gerektiren iş yapanlarda yine TSA ve beta blokerler seçilmemelidir (İncekara Aydın 2010).

Özetle;

- Migren+depresyon olan hastada; SSRI, trisiklik antidepresanlar
- Migren+epilepsi olan hastada valproat veya topiramet
- Migren+hipertansiyon olan hastada betabloker veya kalsiyum kanal blokeri
- Migren+aterosklerozu olan hastada aspirin ve/veya kalsiyum kanal blokeri seçilebilir (Yücel 2008).

#### **2.1.10.4. Nonfarmakolojik Tedaviler**

Çeşitli nonfarmakolojik migren yönetimi yöntemleri mevcuttur. Tetikleyici faktörlerden kaçınmak, kognitif davranışsal teknikler ve tamamlayıcı tedavi teknikleri (akupunktur, hipnoterapi vb) tek başına ya da farmakolojik tedaviyle birlikte efektif migren yönetimini sağlayabilir (Horasanlı2008).

## **2.2.DEPRESYON**

### **2.2.1.Tanım**

Depresyon kelime olarak; çökme, kendini kederli hissetme, işlevsel ve yaşamsal aktivitenin azalması gibi anlamlarda kullanılmaktadır. Depresif duygular sağlıklı insanlarda istenmeyen ya da hayal kırıklığına neden olan yaşamsal olaylar karşısında ortaya çıkan sıkıntı, üzüntü ve keder içeren duygusal tepkiler olup, yaşamın normal birparçası olarak kabul edilebilir. Ancak klinikte ruhsal bir rahatsızlık olarak kabul edilen “depresif bozukluk” duygusal bir tepkiden çok daha şiddetli ve kişinin yaşamını olumsuz olarak etkileyen, hatta onun tüm yaşamsal işlevlerini bozan, belirli belirti kümelerinden oluşan bir hastalık tablosudur (Işık 2013).

Depresyon, derin üzüntü ile karakterize bireyin duygu, düşünce ve davranışlarında pek çok bozukluğa yol açan bir hastalık olarak tanımlanmaktadır. Duygu durum bozuklukları arasında yer alan depresyonda çökkün duygulanım hâkimdir. Bu duygu duruma en yakın normal insan deneyiminin çok sevilen birini kaybettiğinde yaşanan derin yas içinde olma durumu olduğu ifade edilmektedir (Engin 2015).

Depresif bireyde genel olarak yüz çizgileri belirgin, alın çizgileri derinleşmiş, omuzlar çökkün üzüntülü bir yüz ifadesinin mevcuttur. Bazı hastaların öz bakımı azalmış olabilmektedir. Genel olarak motor davranışlar yavaştır. Halsizlik, gün içinde ki yorgunluk bireyin tüm yaşantısını etkiler. Bazen de kişi çok sıkıntılı ve tedirgin görünür, yerinde duramaz, dövünür, ileri geri yürür. Bireyin konuşma ve düşünce hızı yavaşlamış olabilir. Hafif ve orta şiddetteki çökkünlüklerde hasta ile ilişki ve iş birliği kurmak güç olmaz. Ağır olgularda hiç konuşmama görülebilir. Bazı hastalar ilgisiz, duygusuz gibi görünebilir ilişki kurmak zor olabilir. Ses tonu alçaktır ve genellikle orta ve şiddetli vakalar da sosyal ilişki kurmak istemezler. Hastalarda genel anlamada yaşama karşı isteksizlik, zevk alamama, ilgi kaybı, enerji azlığı, uykuda azalma ve ya artma, iştahta azalma ve ya artma, yetersizlik, değersizlik, suçluluk düşünceleri, dikkati yoğunlaştırma yetisinde azalma, dalgınlık, ölüm ve öz kıyım düşünceleri hâkimdir (Öztürk 2011).

## 2.2.2 Epidemiyoloji

Depresyon bütün psikiyatrik hastalıklar içerisinde yaşam boyu en yüksek yaygınlığa sahiptir. Majör Depresif Bozukluğun (MDB) yaşam boyu yaygınlık oranı %5 ila 17'dir. Kadınlarda erkeklerden 2 kat daha fazla görülür. Hastaların yüzde ellisinde hastalık 20 ile 50 yaşlar arasında başlar. Çocukluk ve yaşlılık dönemlerinde de görülebilir. Yeni çalışmalar depresif bozukluğun 20 yaş altındaki bireylerde giderek arttığını göstermektedir. Majör Depresif Bozukluk en çok yakın kişisel ilişkileri olmayan boşanmış veya ayrılmış bireylerde görülmektedir. Sosyoekonomik durum ve depresif bozukluklar arasında bir bağlantı görülememiştir. Ancak muayene eden kişilerin kendilerinden farklı ırk veya kültürel alt yapıya sahip hastalarına, daha az duygudurum bozukluğu tanısı ve daha çok şizofreni tanısı koyduğu bilinmektedir (Lea 2003).

Major depresyon prevalansı insan hayatı boyunca %4,4 - %19,6 ve %17,1 dir. Yıllık görülmesi erkeklerde %3, kadınlarda ise %8 kadardır. Distimi görülme oranı ise %3,1- 3,9 olarak tespit edilmiştir.

Amerika Birleşik Devletleri (ABD) Epidemiyolojik Alan Çalışması'nda (Epidemiologic Catchment Area Study; ECA) major depresif bozukluğun yaşam boyu prevalansının %4,9, bir yıllık prevalansının %2,7, Ulusal Komorbidite Çalışması'nda (National Comorbidity Survey; NCS) ise yaşam boyu prevalansının %17,1, bir yıllık prevalansının %10,3, güncel prevalansının ise %4,9 olarak bulunduğu bildirilmiştir. 18-65 yaş arası erişkinlerde on farklı ülkede yapılan araştırmada yaşam boyu ve bir yıllık prevalans oranlarının sırasıyla %1,5-19,0 ve %0,8-5,8 bulunduğu bildirilmiştir. ECA'da major depresif epizotun yıllık insidansı %1,59 olarak bulunmuş, bu oran kadınlarda %1,89, erkeklerde ise % 1.10 olarak verilmiştir. 1998 yılında Türkiye Ruh Sağlığı Profili'nde depresyonun yıllık prevalansının %4, başka çalışmalarda yaşam boyu prevalansının kırsal kesimde %23,6, yarı kentsel kesimde %19 bulunduğu bildirilmiştir (Ürün 2012). Kayahan ve ark.'nın çalışmalarında 15-49 yaşları arasındaki kadınlarda depresyon prevalansı %25,8 olarak belirlenmiştir (Kayahan 2003).

## 2.2.3. Etyoloji

Biyolojik ve psikososyal ve genetik faktörler depresyonun etiyolojisinde rol oynamaktadır. Psikososyal etkenlerin; stresli/olumsuz yaşam olayları, bilişsel yatkınlık, kişiler arası yatkınlık olarak, biyolojik etkenlerin; biyojenik aminler, nöroendokrinolojik faktörler, nöroanatomik ve fonksiyonel değişiklikler olarak ayrı ayrı incelenebileceği belirtilmiştir. Genetik faktörlere bakıldığında ise ikizlerde %31-42 oranında kalıtımla geçiş bulunmuştur. Tekrarlayan ve erken başlangıçlı

depresyonda, genetik faktörlerin rolü daha fazladır. Bu faktörlerle beraber depresyona sebep olabilecek bazı model ve kuramlar geliştirilmiştir (Öztürk 2011).

Bilinen psikolojik kuramlar ve modeller; davranışçı yaklaşımlar (pekiştirme modeli, öğrenilmiş çaresizlik modeli), psikodinamik ve psikoanalitik yaklaşımlar (nesne kaybı modeli, benlik saygısının kaybı modeli ve saldırganlığın içe yönelmesi modeli ) olarak sıralanmaktadır (Ürün 2012, Gökdağ 2015).

Freud'un geliştirdiği klasik psikanalitik teoriye göre gerçek ya da gerçek olmayan bir sevgi nesnesi kaybı söz konusudur. Böylece kişide öz güvende azalma, benlik saygısında düşme ve terk edilmişlik duygusu oluşmaktadır. Kaybedilen nesneye duyulan saldırganlık ve nefret dürtüleri zaman geçtikçe kendisine dönmektedir. Kaybedilen nesneyle özdeşim kurmaktadır. Aslında bu bir savunma mekanizmasıdır. Kaybettikleri nesneye hem nefret hem de sevgi duyguları duyduklarından dolayı ambivalan duygulanım olmakta. Depresif bireyler suçluluk duygusuna kapılırlar ve kendilerini cezalandırırlar.

Bilişsel- davranışçı kurama göre dış dünyayı, kendilerini ve geleceği olumsuz olarak algılama özelliklerine sahip olurlar. Hatalı olarak alışkanlık haline getirdikleri bazı davranışları kullanmaktadırlar. Bunlar; seçici soyutlama, keyfini çıkarsama, kişiselleştirme, aşırı genelleme, büyültme ve küçültme ve ikili düşünmedir (Kayahan 2003).

Cloninger'in geliştirdiği Mizaç ve Karakter Envanteri kullanılarak yapılan bazı çalışmalarda depresif kişilerin zarardan kaçınma skorunda yükseleme, kendini yönetme ve işbirliği yapma skorunda azalma saptanmıştır (Richter 2000). Davranışçı kurama bakıldığı zaman öğrenilmiş davranışları sergileyen bireylerin çevrelerinden etkilenmeleri kaçınılmazdır. Bu düşünce bazı çalışmalarla desteklenmiştir. Birinci derece akrabaların da major depresyon öyküsü olanlarda depresyon görülme olasılığı artmaktadır (Kendler 1999).

#### **2.2.4. Tanı ve Sınıflama**

DSM-5 Tanı Ölçütlerine Göre Depresyon Bozukluklarının Sınıflandırılması:

- Yeğın (Majör) Depresyon Bozukluğu,
- Yıkıcı Duygudurumu Düzenleyememe Bozukluğu,
- Maddenin/ İlacın Yol Açtığı Depresyon Bozukluğu,
- Aybaşı Öncesi (Premenstrüel) Disfori Bozukluğu,
- Tanımlanmamış Depresyon Bozukluğu
- Tanımlanmamış Bir Diğer Depresyon Bozukluğu,
- Başka Bir Sağlık Durumuna Bağlı Depresyon Bozukluğu

şeklinde kategorilere ayırmıştır.

#### **2.2.4.1. Yıkıcı Duygudurumu Düzenleyememe Bozukluğu**

A- Davranışsal veya sözel olarak kendini gösteren, içinde bulunulan duruma göre süre ve yoğunluk açısından büyük ölçüde orantısız, tekrarlayıcı ağır öfke patlamaları.

B- Gelişim düzeyiyle öfke patlamaları tutarsızdır.

C- Haftada üç veya daha fazla öfke patlamaları ortaya çıkar.

D- Duygudurum öfke patlamaları aralarında hemen hemen her gün, çabuk kızma ile belirlidir. Başkalarınca bu durum gözlemlenebilir.

E- En az on iki aydır A- D tanı ölçütleri vardır. Bu süre içinde kişide ardışık üç ya da daha uzun süren A-D tanı ölçütlerinin olmadığı olmamıştır.

F- Tanı ölçütlerinden A- D üç ortamdan en az ikisinde (okul, ev, yaşlıları ile beraber) vardır. En az birinde ağır bir biçimde kendini gösterir.

G- On sekiz yaşından sonra veya altı yaşından sonra koyulmalı.

H- On yaşından önce A-E tanı ölçütleri vardır.

I- Hipomani ya da mani döneminin belirtileri bir günden daha uzun süren ayrı bir dönemi hiç olmamıştır.

J- Bu davranışlar yalnızca major depresyon bozukluğu döneminde ortaya çıkmaz ve başka bir ruhsal bozuklukla, distimi, ayrılma kaygısı bozukluğuyla, örselenme sonrası stres bozukluğu ile daha iyi açıklanamaz.

K- Bu belirtiler başka bir sağlık durumu ve ya nörolojik bir durumun fizyolojik etkilerine, madde kullanımına bağlanamaz.

#### **2.2.4.2. Major Depresyon Bozukluğu**

A- Aşağıdaki belirtilerden beşi ya da daha fazlası aynı 2 haftalık dönem boyunca bulunmuştur. Önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olmuştur.

1- Yemek yeme isteği azalmış ya da artmıştır. Kilo vermeye ya da almaya çalışmasa bile kilo alımı ya da artışı olur.

2- Neredeyse her gün uykusuzluk çekme ya da aşırı uyuma.

2- Çökkün duygudurum neredeyse günün tamamına hâkimdir ve kişinin kendisi veya başkaları bu durumu bildirir.

4- Neredeyse bütün etkinliklerin tamamına karşı ilgi kaybı ve zevk alamama vardır.

- 5- Neredeyse her gün düşünmekte ve odaklanmakta güçlük çekme ya da kararsızlık yaşama.
- 6- Yineleyici ölüm düşünceleri ya da öznel bir eylem tasarlama.
- 7- Neredeyse her gün psikodevinsel kışkırtma ya da yavaşlama gözlemlenir.
- 8- Neredeyse her gün değersizlik ya da aşırı suçluluk duyguları.
- 9- Neredeyse her gün bitkinlik ya da enerji düşüklüğü.

B- Bu belirtiler, klinik, toplumsal ve işlevsel anlamda sıkıntıya yol açmaktadır.

C- Bu belirtiler başka bir sağlık durumu veya nörolojik durumun fizyolojik etkilerine, madde kullanımına bağlanamaz.

D- Bu dönemi ortaya çıkaran şizofreni, şizoduygulanımsal bozukluk, şizofrenimsi bozukluk, psikozla ve sanrılı bozukluk giden tanımlanmış ya da tanımlanmamış durumlarla daha iyi açıklanamaz.

E- Hiçbir zaman hipomani ya da bir mani dönemi geçirmemiştir.

#### **2.2.4.3. Süregiden Depresyon Bozukluğu (Distimi)**

A- Kişinin kendisi veya başkalarınca gözlemlenen çökkün duygudurumu en az 2 yıl süre ile çoğu gün ve günün büyük bir bölümünde

B- Aşağıdakilerden ikisinin ve ya daha çoğunun depresyondayken varlığı

- 1- Umutsuzluk duyguları
- 2- Odaklanamama ve karar vermede güçlük.
- 3- Benlik saygısında azalma
- 4- Enerji düzeyinde azalma ya da bitkinlik
- 5- Uykuda artma ya da azalma
- 6- Yeme isteğinde artma ya da azalma.

C- Kişide bu bozuklukların iki yıllık sürede iki aydan daha uzun bir süre

A- B tanı ölçütlerinin olmadığı olmamıştır.

D- Tanı ölçütleri major depresyon bozukluğu için iki yıl süre ile sürekli olarak bulunabilir.

E- Hipomani ya da mani dönemi hiçbir zaman geçirmemiştir.

F- Bu dönemi ortaya çıkaran şizofreni, şizoduygulanımsal bozukluk, şizofrenimsi bozukluk, psikozla ve sanrılı bozukluk giden tanımlanmış ya da tanımlanmamış durumlarla daha iyi açıklanamaz.

G- Bu belirtiler, klinik, toplumsal ve işlevsel anlamda sıkıntıya yol açmaktadır.

H- Bu belirtiler başka bir sağlık durumu ve ya nörolojik bir durumun fizyolojik etkilerine, madde kullanımına bağlanamaz.

#### 2.2.4.4. Premenstrüel Disfori Bozukluğu

A- Döngü başlamadan önceki son hafta en az beş belirti menstrüel döngülerin çoğunluğunda bulunmalıdır. Döngü başladıktan birkaç gün sonra bu belirtiler azalır ya da yok olur.

B- Aşağıdaki belirtilerden biri ya da daha çoğu bulunmalıdır.

- 1- Belirgin bunaltı, gerginlik, diken üstünde olma durumu.
- 2- Belirgin umutsuzluk, çökkün duygudurum, kendini küçümseyen düşünceler.
- 3- Belirgin olarak öfkelenme, çabuk kızma, kişiler arası çatışma yaşama.
- 4- Belirgin duygusal değişkenlik.

C- B tanı ölçütündeki belirtilerle birleşince toplam beş belirtiyeye çıkmak üzere ayrıca aşağıdakilerden biri ya da daha fazlasının bulunması

- 1- Göğüslerde duyarlılık ya da şişme, eklem ya da kas ağrısı ya da kilo alma gibi bedensel belirtiler.
- 2- Aşırı yeme ya da bir takım yiyecekleri yemek için aşırı istek duyma.
- 3- Bunalmışlık ya da denetimi yitirmişlik duygusu.
- 4- Odaklanmakta öznel güçlük çekme
- 5- Aşırı uyku uyuma ya da uykusuzluk çekme.
- 6- Uyuşukluk, kolay uyuma, içsel güçte belirgin düşme.
- 7- Olağan etkinliklere karşı ilgide azalma.

D- Bu belirtilerin, klinik açıdan, evde, işte, okulda, toplumsal etkinliklerde, başkaları ile ilişkilerde bozulmaya neden olması.

E- Yalnızca bu bozukluk, panik bozukluğu, yeğin depresyon bozukluğu, kişilik bozukluğu ya da süre giden depresyon bozukluğu gibi başka bir bozukluğun belirtilerinin alevlenmesi değildir.

F- A tanı ölçütü, en az iki belirti döngü sırasında, ileriye dönük günlük derecelendirme ile doğrulanmalıdır.

G- Başka bir sağlık durumunun ya da bir maddenin fizyolojisiyle ilgili etkilerine bu belirtiler bağlanamaz.

#### 2.2.4.5. Tanımlanmış Diğer Bir Depresyon Bozukluğu

##### 1. Yineleyen Kısa Depresyon

Depresyonun çökkün duygudurumla birlikte en az diğer dört belirtisinin eş zamanlı olarak, en az ardışık 12 ay boyunca, en az ayda bir kez 2-13 gün ortaya çıktığı dönemdir. Bu klinik görünüm hiçbir zaman başka bir depresyon bozukluğunun ya da iki uçlu bozukluğun ya da psikoz bozukluğunun tanı ölçütlerini karşılamamıştır.

## **2. Kısa Süreli Depresyon Dönemi (4- 13 Gün)**

On dört günden daha kısa, dört günden daha uzun, çökkün duygulanımla birlikte major depresyon döneminin diğer sekiz belirtisinin en az dördüne sahip olan, klinik açıdan belirgin bir sıkıntının ya da işlevsellikte düşmenin eşlik ettiği dönemdir. Bu klinik görünüm hiçbir zaman başka bir depresyon bozukluğunun ya da iki uçlu bozukluğun ya da psikoz bozukluğunun tanı ölçütlerini karşılamamıştır.

## **3. Yeterli Belirtisi Olmayan Depresyon Dönemi**

Çökkün duygudurum ile birlikte major depresyon döneminin en az 2 hafta süreyle diğer 8 belirtisinden en az birine sahip olan, klinik açıdan belirgin bir sıkıntının ya da işlevsellikte düşmenin eşlik ettiği dönemdir. Bu klinik görünüm hiçbir zaman başka bir depresyon bozukluğunun ya da iki uçlu bozukluğun ya da psikoz bozukluğunun tanı ölçütlerini karşılamamıştır.

### **2.2.4.6. Tanımlanmamış Depresyon Bozukluğu**

Klinik ve toplumsal alanda belirgin bir sıkıntıya neden olan ya da işle ilgili alanlarda işlevselliğin bozulmasına sebebiyet veren, depresyon bozukluklarının özelliklerinin baskın olduğu, ancak depresyon bozukluklarının tanı kümesindeki ölçütlerininin tam karşılanmadığı dönemdir. Tanımlanmamış depresyon bozukluğu kategorisi, depresyon bozukluklarından herhangi özgül biri için tanı ölçütlerini karşılamamanın özel nedeni klinisyenlerce belirlenmek istenmediğinde ve daha özgül bir tanı koymak için yeterli bilgi olmadığı durumlarda (örn; acil servislerde) kullanılır (Amerikan Psikiyatri Birliği 1998, Köroğlu 2013).

### **2.2.5. Major Depresif Bozukluk Tedavisi**

Hasta yemiyor, içmiyor, fiziksel durumu giderek kötüye gidiyorsa ve intihar düşünceleri veya girişimleri varsa hastaneye yatırmak gerekir.

Antidepresan ilaçlara ek olarak anksiyete için benzodiazepinler, psikotik belirti eşliğinde de antipsikotikler eklenebilir. Antidepresanların etkisi 2-3 haftada ortaya çıkar. Antidepresan ilaçların başlangıçtaki yan etkileri konusunda hasta bilgilendirilmelidir.

Tedavide kullanılan bazı ilaçlar ise şöyledir:

- Trisiklik antidepresanlar: amitriptilin, imipramin, klomipramin, opipramol, maprotilin.
- SSRI (Selektif serotonin geri alım inhibitörleri): Yan etkisi en az ve kullanımı en kolay olan gruptur; Fluoksetin, sertraline, paroksetin, fluvoksamin, sitalopram, essitalopram.
- MAO (Monoaminooksidaz ) inhibitörleri: Maklobemid.

- SNRI (Seçici serotonin ve noradrenalin geri alım inhibitörleri): Venlafaksin, duloksetin, milnasipran.
- Noradrenalin ve dopamin geri alım inhibitörleri: Bupropiyon

## 2.3. ANKSİYETE

### 2.3.1. Tanım

Anksiyete, bunaltı, sıkıntılı durum, kaygı, boğulma hissi anlamına gelir. Çarpıntı, nefes almada zorluk, kalp hızının artması, hızlı nefes alma, aşırı terleme, ellerde ve ayaklarda titreme gibi otonomik belirtilerinin yanında sıkıntı, heyecan, kötü bir şey olacakmış hissi ve korkusu gibi psikolojik belirtileri de vardır. Bazı tanımlar anksiyeteyi kaynağı bilinmeyen bir tehlike beklentisi ile sınırlandırarak korkudan ayırt eder. Anksiyete bir uyararla ilişkili ya da ilişkisiz olabilen korku ve endişe belirtileriyle ortaya çıkan bir duygu durumudur (Tükel 2009).

Anksiyete, endişe hissinin otonom sinir sisteminin hiperaktivitesine bağlı olarak somatik belirtiler göstermesinin eşlik ettiği bir bozukluktur (Kaplan 1990). Tarih boyunca anksiyete var olmuştur ve de varlığı kabul edilmiştir. İnsanlığın var olduğu ilk dönemlerde insanı çevresinden gelecek tehlikelere karşı korumaya yönelik bir durum olan anksiyete günümüzde yaşamla mücadele etmenin, kendini kabul ettirebilmenin, yeni şeyler keşfetmenin, canlılığın ve rekabet ortamında daha olumlu işler yapabilmenin bir gereği olarak yaşanmaktadır. Aslında anksiyete; kişinin varlığına yönelik çeşitli bozucu, yıkıcı durumlara karşı geliştirdiği bir tepkidir. Bireyin yeni koşullara uyum sağlamasında ve de ruhsal gelişiminin daha üst basamaklara çıkmasında itici bir güçtür. Fakat ileri boyutlara ulaştığı zaman zararlı patolojik bir duruma dönüşür (Çevik 1993). Anksiyete kavramının, nerede patolojik nerede normal bir duygu olduğu tartışmalıdır. Anksiyete kişiler arası ilişkilerde kopukluklara ve kişinin verimini düşürdüğü durumlarda patolojik olarak değerlendirilir (Güleç 1998).

### 2.3.2. Anksiyete Belirtileri ve Bulguları

Anksiyete bozukluğu, tüm psikiyatrik bozukluklarda görülebilecek bir semptom olabileceği gibi tek başına veya primer semptom olarak da ortaya çıkarabilir.

- **Konuşma ve ilişki kurma:** Konuşması düzgündür. Fakat sesinde titreklik, heyecanlı ve zor konuşma olabilir.

- **Duygulanım:** Sanki kötü bir haber alacakmış gibi hissettiğini, içinde korkuya benzeyen bir duygusu olduğunu hasta anlatır. Korkunun nedenini bilemez. Bazen, özellikle uzun sürdüğünde, ruhsal çökkünlük, bıkkınlık belirtileri de birlikte olabilir
- **Genel görünüm:** Endişeli yüz, yerinde duramama, hareketlerinde tedirginlik, gergin duruş, çabuk kızma, sabırsızlık, çabuk irkilme ve huzursuzluk hastalarda vardır.
- **Fizyolojik belirtiler:** Otonomik uyarılma olur. Bunun sonucu olarak kalp atımında artış, çarpıntı, kan basıncında yükselme, boğulma hissi, hava açlığı, yüzde solukluk veya kızarma, kılların piloereksiyonu, ağız kuruluğu, kaslarda gerginlik, midriazis, terleme, sık idarar çıkma, sık defekasyon, öğürme ve bazen kusma, nefes almada zorluk, ellerde ve ayaklarda soğukluk ve karıncalanmalar görülebilir (Öztürk 1994).
- **Düşünce içeriği ve akımı:** Yakınmaları haricinde düşünce içeriğinde bir bozukluk yoktur. Sabırsızlıkla yakınmalarını anlatmak istediği için düşünce hızlanmış gibi görülür.
- **Bilişsel yetiler:** Bu yetilerinde bozukluk yoktur. Yorucu ve aşırı sıkıntı olduğundan hastanın dikkati çabuk dağılabilir ve geçici unutkanlıklar gelişebilir.

### 2.3.3. Anksiyetenin Klinik Tipleri

**Obsesif-kompulsif bozukluk:** Buradaki anksiyete içten kaynaklanan düşüncelerden gelişir. Anksiyetenin temel özelliklerindedir. Spielberg'in iki etmenli kuramına göre; gerçek bir tehlike veya tehdidin bulunduğu evresel koşullar karşısında oluşan, bireyin karmaşık coşkusal tepkilerinin anlatımı "durumluk-state-anksiyete" dir; bu türde bir tepki, çevresel stresin ortadan kalkması sonucu kaybolur. Ama kişinin, stres altında aşırı duyarlılık, karamsar olma, endişe duyma, huzursuzluk ve yaygın coşkusal tepkilerde bulunma eğilimi göstermesine de "sürekli-trait-anksiyete"denir (Lecompte 1988, Öner 1997).

**Yaygın anksiyete bozukluğunda (anksiyete nörozu):** Altı aydan daha uzun süre devam eden belirtiler vardır. Bu belirtilerin zaman zaman şiddeti azalır artabilir (Tomb 1994).

**Akut anksiyete atağı (panik bozukluk):** Yaşam deneyimlerinin en acı verenlerindedir. Belirtiler dakikalarla iki saate kadar sürebilen bir zaman dilimi boyunca şiddetli bir şekilde hissedilir. Nöbetler halinde tekrarlayabilir (Uzbay 2002).

**Kronik anksiyete:** Belirtiler daha uzun süreli ve hafiftir. Bu hastalar insan ilişkilerinde ve günlük aktivitelerinde kronik bir rahatsızlık duyarlar. Kronik yorgunluk ve konsantrasyon güçlüğünden dolayı iş verimlilikleri düşmüştür (Uzbay 2002).

**Fobik bozukluklar:** Anksiyete bozukluğu özel korkularla gider. Uyananla orantısız olan fobiler yoğun ve sürekli. Korkulan durumdan ya da objelerden kaçınırlar. Belirgin yetersizliğe ve huzursuzluğa yol açtığı için fobik bozukluk olarak isimlendirilir (Öztürk 1994).

**Anksiyete duygudurumu gösteren uyum bozukluğu:** Davranışsal veya duygusal semptomlar stres etkenine tepki olarak gelişir. Semptomlar beklenenden daha aşırıdır ve/veya mesleki ya da toplumsal işlevsellikte belirgin bozulmayla beraberdir (Amerikan Psikiyatri Birliği 1994).

#### **2.3.4. Anksiyete Bozukluklarının Tedavisi**

Tedavinin başarısı için en önemli kural doğru tanı koymaktır. Ayırıcı tanısı iyi yapılmalıdır. İleri derecede olan anksiyete bozukluklarında bilişsel davranışçı terapi, antidepressanlar beraber kullanılır. Daha hafif olanlarda yalnız bilişsel davranışçı terapinin kullanılması prognoz açısından daha iyidir. Diğer önemli husus ise hastanın ilaç kullanımına olan yaklaşımıdır. Tedaviye uyum önemlidir. Hasta ile bu konuda varsa tereddütleri açıkça konuşulmalıdır. İlaç tedavisi başladıktan sonra az sayıda hasta yazılan reçeteyi hiçbir zaman almazken hastaların %50'si ise ilk üç ay içinde ilaç kullanmayı bırakmıştır. Uygun tedavi yapılmadığı zaman hastalar sık sık doktora başvururlar ve de başarı elde edemezler. Özellikle panik bozukluğu olan hastalar kardiyoloji, acil servislere ve aile hekimlerine sık sık başvururlar. İş gücü ve ekonomik kayıplara da yol açan anksiyete bozukluklarını iyi tanıyıp tedavi edilmelidir (Kocabaşoğlu 2008).

Yaygın anksiyete bozukluğunun (YAB) tedavisinde ilaç tedavisi, relaksasyon eğitimi davranışçı ve bilişsel psikoterapiler gibi tedavi yöntemleri yararlı olmaktadır. Tedavide hem farmakolojik hem de psikolojik uygulamalar kullanılmalı. İlaç seçimi ve yöntem önemlidir. Hasta eğitilmeli ve anksiyeteyi artırabilecek ürünlerden uzak durulması öğretilmeli, kafein içeren gıdalar ve çikolatadan uzak durması belirtilmeli, stimülanlar, teofilin, alkol, kokain, esrar ve dekonjestanların kullanımı engellenmelidir. YAB tedavisi için günümüzde her biri farklı etki mekanizmasına ve yan etki profiline sahip 3 ilaç bulunmaktadır. Bunlar, buspiron, venlafaksindir, benzodiazepinlerdir. Son yıllarda anksiyetenin tedavisinde hidrosizin,  $\beta$ -adrenerjik antagonistler ve ondansetron gibi ilaçlar da kullanılmaktadır (Saatçioğlu 2001).

Tedavinin esaslarını anksiyetenin oluşturduğu fizyolojik ve otonomik belirtileri azaltmak, yaşam kalitesini iyileştirmek ve komorbid durumları tedavi etmek, sosyal anksiyete semptomlarını azaltmak, korku ile ilgili abartılı düşünce ve duyguların kontrolü, korkulan durumlardan fobik kaçınmayı azaltmaktır. Tipik performans kaygısı için, otuz dakika önce propranolol kullanılabilir (Andrews 2002).

Panik bozuklukta seçici serotonin gerilim inhibitörleri ya da serotonin noradrenalin gerilim inhibitörleri en iyi farmakoterapidir. İlk seçenek olarak kabul edilen ilaç grubu serotonin geri alım inhibitörleridir. Panik bozukluğunun bilişsel-davranışçı tedavisinin ilk aşaması, fizyolojik uyarılma belirtilerinin ortadan kaldırılmasıdır. Bunun için gevşeme eğitimi ve solunum egzersizleridir (Tükel 2009).

## 2.4. YAŞAM KALİTESİ

Yaşam kalitesi insanlık tarihi kadar eskidir (Işık 2010). Çeşitli çevrelerce farklı biçimde tanımlanabilme özelliğine sahip olan yaşam kalitesi tanımı çok geniş kapsamlıdır. Sınırları belirsiz ve de oldukça karmaşık bir kavramdır (Kaya 2006). Yaşam kalitesinin tanımı mevzusunda farklı yorumlar bulunmaktadır. Ayrıca kaliteli yaşamın ne olduğu filozofların da temel tartışma mevzusu olmuştur (Arslan 1999). Felsefik temellerine bakacak olursak dördüncü yüzyılda yaşayan Aristo ile on sekizinci yüzyılda yaşayan Jenemy Benth'in mutluluk kavramı ile ilgili düşüncelerine bakmak gerekmektedir. Yaşamımız Bentham'a göre 2 prensip ya da unsur tarafından idare edilmektedir. Memnuniyet prensibi birinci unsur, acı prensibi ikinci unsurdur (Işık 2010).

Politik kararlar alırken ilk kez 1960 yıllarında yaşam kalitesi kavramı gündeme gelmiştir. Gelir düzeyinin, eğitimin, sağlığın ve barınmanın yaşam kalitesi ile yakından alakalı olmasından dolayı bu amaçla kullanılmıştır. Gayrisafi Milli Hasıla'nın hesaplanmasında ekonomistler ilk kez bu kavramı bir gösterge olarak kullanmışlardır (Aldinç 2004).

Son yıllarda yeni ve pahalı sağlık teknolojilerinin ülkelerin kısıtlı sağlık bütçelerini zorlaması nedeniyle, sağlık ekonomisi ve ekonomik değerlendirme yöntemleri önemli olmuştur. Yaşam kalitesi ölçekleri ekonomik değerlendirmelerde maliyet-zarar analizinin temel verisini meydana getirmektedir (Aldinç 2004). Yaşam kalitesini, daha çok ekonomik yaşam düzeyi kavramına yakın bir anlamda bu nedenle ekonomistler ele almışlardır.

Tatarkiewicz, mutluluk kavramının iki bin yıl önce, ilk dönemlerde sadece başarı anlamında tanımlamış. Orta ve antik çağda insanın en yüksek seviyede erdem ve güzelliklere sahip olması veya mükemmel durumu olarak yaygınlaşmaya başladığını belirtmiş. Modern çağda ise, doyum için mutluluğun yeterli olmadığı ifade edilmiştir. Tatarkiewicz'e göre mutluluk hem duygusal hem de bilişsel durumu içeren bir çeşit memnuniyettir (Aldinç 2004).

Maelend yaşam kalitesini 4 farklı biçimde tanımlamıştır:

- **Mutluluk:** Kişisel tecrübelerin duygusal bileşenini yansıtır.
- **Memnuniyet:** Kişisel tecrübelerin mantık ve entelektüel durumlarını ifade eden bilişsel yönüdür.

- **Gereksinim duyulan memnuniyet:** İyi bir yaşam deneyiminden önceki memnuniyetten farklı, memnuniyet gereksinimlerini yansıtır.
- **Kendini gerçekleştirme:** Gelişme ve büyüme vurgular.

Nordenfelt yaşam kalitesini mutluluk olarak tanımlamıştır.

Yaşam kalitesini Naess, bireyin diğer insanlarla iyi ilişkilerini, öz saygının mutluluk durumunun ve aktivitesinin düzeyi olarak tanımlamıştır. Ayrıca kendini gerçekleştirmeye özen göstermiştir (Aldinç 2004).

Hörnquist; fiziksel, sosyal, psikolojik, yapısal aktivite, davranışsal ve maddi iyilik halinin de dahil olduğu yaşam alanlarındaki gereksinim duyulan memnuniyet düzeyi olarak yaşam kalitesini tanımlamaktadır. Görüldüğü üzere yaşam kalitesi tanımı konusunda farklı yorumlar mevcuttur.

Yaşam kalitesi, bireye özgül ve nesnel olmaktan çok genel ve öznel bir kavramdır. Dünya sağlık örgütü (DSÖ) yaşam kalitesini; hedefleri, beklentileri, ilgileri, kişinin kendi durumlarını nasıl algıladıkları şeklinde tanımlamaktadır (Arslantaş 2006). Yaşam kalitesi, temel olarak bireyin yaşam koşullarına uyumda bireysel tatmini etkileyen, hastalığın günlük yaşam üzerindeki sosyal, fiziksel ve mental etkilerine verdiği bireysel yanıtları temsil eden, yaşamdan hoşnut olma ve mutlu olmayı içeren genel olarak iyi olma durumu olarak kullanılan bir terimdir.

Bireyin sağlıklılık düzeyini tanımlamada kullanılan geleneksel göstergeler (hastalık, ölüm) sağlığın ölçümünde yetersizdir. Yaşam kalitesi bu durumda önem kazanmaktadır (Altıparmak 2006). Kişisel iyilik halinin bir anlatımıdır. Hayatın farklı alanlarında kişiye göre değişen bir doyumun ifadesidir (Taş 2008).

Tanımlaması ve ölçümü oldukça zor bir kavram olan yaşam kalitesi kişinin o anki durumunu, kendi değerler ve kültür sistemi içinde algılaması olarak tanımlanmaktadır (Memik 2007). İnanç, kültür ve toplumsal değerler yaşam kalitesinin ölçümünü zorlaştıran boyutlardır. Bu da yaşam kalitesi algısının bireylerin sosyo-kültürel durumlarından da etkilenen yalnızca ekonomik durumla ilişkin göstergelerden etkilenmeyen bir kavram olduğunu gösterir. Hastaların yaşam kalitesi bu durumda önem kazanmaktadır (Kaya 2006).

Yaşam kalitesini ölçmek için çeşitli yaşam kalitesi ölçekleri geliştirilmiştir. Bu ölçekler kişilerin çevresi ile aktif bir etkileşim içinde olduğu kabul edilerek, bireyin ruhsal, fiziksel ve sosyal iyilik halini derecelendirmektedir (Memik 2007). Bu kavram ölçülmek istendiğinde hem nesnel hem de öznel ölçeklerin birlikte ele alınması gerektiği ifade edilmektedir (Kaya 2006).

Nesnel ölçekler arasında bireyin ekonomik durumu, sağlık koşulları, barınma şartları, ikamet yeri ve aile durumu, bireyin dışsal koşulları, kişisel kriterleri ve değişimi ele alınmakla birlikte, aynı zamanda kişinin hayata bakışı ve duyguları da kişisel sağlık kavramı içinde yer almaktadır.

Son yıllarda yaşam kalitesine olan ilgi artmıştır. Bunun sonucu olarak da teknoloji gelişip sağlık alanında da önemli ilerlemeler olmuştur. Böylece yaşam süresi uzamış ve kronik hastalıklarla daha uzun süre birlikte yaşama görülmeye başlamıştır. Kronik hastalıklar, yaşam kalitesini olumsuz etkileyen faktörlerdir. Bu durumda hastaların yaşam kalitesi daha çok önem kazanmaktadır. Günümüzde tıbbi bakım ve tedavinin primer amacı yaşam süresini uzatmak ve kr sağlamaktan çok Yaşam Kalitesi'nin de sağlanması olmalıdır ( Karadeniz 2006).



### 3. GEREÇ VE YÖNTEM

#### 3.1. Araştırmanın Şekli

Vaka kontrol tipindeki bu analitik çalışmada migren tanısı olan ve olmayan hastaların anksiyete ve depresyon düzeylerini değerlendirmeyi ve yaşam kalitesi üzerine olan etkilerini karşılaştırılması amaçlandı.

#### 3.2. Araştırmanın Evreni

Bu çalışma 01.03.2014 ile 06.02.2017 tarihleri arasında Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Nöroloji polikliniğine başvuran yeni ve/ veya eski migren tanısı olan 201 hasta ve Aile Hekimliği Polikliniği'ne herhangi bir sebeple başvurmuş migren tanısı almamış, şikâyeti olmayan 201 gönüllüde yapılmıştır.

#### 3.3. Araştırmanın Örnekleme

Migren, en sık rastlanan nörolojik hastalıklardan biridir. Kadınlarda erkeklerden 2-3 kat daha fazla görülmektedir. Yapılan çalışmalara göre ülkemizde baş ağrısı prevalansı ortalama %16,4 olarak bildirilmektedir (Aydın 2013).

Araştırmamızda evrendeki birey sayısı bilinmediği için çalışmaya alınması gereken denek sayısı  $n=t^2 \cdot p \cdot q / d^2$  formülü kullanılarak hesaplanmıştır.

$n$  = Çalışmaya alınacak denek sayısı

$t$  = Evrendeki birey sayısı bilinmediği için serbestlik derecesi  $\infty$  olarak alınmıştır. 0.05 de  $\infty$  serbestlik derecesinde teorik  $t$  değeri tablodan bakılarak 1.96 bulunmuştur.

$p$  = Ülkemizde migren prevalansı %16 kabul edildi.  $p$  değeri = 0.16 alındı.

$q$  = Migren görülme sıklığı  $(1-p)$   $1-0.16 = 0.84$ 'dir.

$d$  = Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen  $\pm$  standart sapma miktarı. ( $\pm$ %5 sapma istediğimizden  $d=0.05$  alınmıştır).

$n = (1.96)^2 \times (0.16 \times 0.84) / (0.05)^2 = 201$  Çalışmamıza bu hesap doğrultusunda en az 201 migrenli hasta ve 201 migreni olmayan gönüllü olmak üzere 402 hasta alınması planlandı.

#### 3.4. Verilerin Toplanması

Çalışmaya başlamadan önce Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 21.02.2014 tarihinde 2014/597 no'lu etik onay alındı. Çalışmanın amacı hakkında hastalara kısaca bilgi verilerek katılmayı kabul edenlerin sözlü ve yazılı onamları alındı. Hastalarla ilgili verilerin toplanmasında araştırmacıların literatür doğrultusunda geliştirdikleri yaş, medeni durum, meslek, gelir düzeyi gibi sosyodemografik özellikleri belirleyen anket formu, hastane anksiyete ve depresyon ölçeği (HADÖ) ve yaşam kalitesini ölçmek için

WHOQOL-BREF (TR) yaşam kalitesi ölçeği kullanıldı. Anketler araştırmacı tarafından yüz yüze görüşülerek dolduruldu.

**Dışlama kriterleri:**

- Metabolik hastalığı olanlar,
- Yaşam kalitesini etkileyebilecek organik kronik hastalığı bulunan (kronik böbrek ve karaciğer hastalığı, hematolojik bir hastalık, kanser öyküsü, kontrolsüz hipertansiyonu, kafa içi yer kaplayıcı lezyonu saptanan vb.),
- Sistemik ve endokrin hastalığı olanlar,
- İnfeksiyöz hastalığı olanlar,
- Nörolojik hastalığı olanlar,
- Tümöral hastalığı olanlar,
- Psikiyatrik hastalığı olanlar,
- Mental retarde olanlar,
- 18 yaş altı olanlar,
- Gebe olanlar,
- Çalışmayı kabul ettiğine dair yazılı onamı olmayan hastalar araştırmaya dahil edilmemiştir.

**3.4.1. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu (WHOQOL- BREF TR )**

Hastaların yaşam kalitesini belirlemek amacı ile Türkler için Dünya Sağlık Örgütü yaşam kalitesi kısa formu WHOQOL-BREF TR kullanılmıştır. Bu ölçek 26 global ve ulusal soru olmak üzere 27 sorudan oluşmaktadır. Bu form ile bireylerin genel sağlık ve yaşam kalitesi (GSYK) fizik, sosyal, psikolojik ve çevre ile ilgili iyilik durumları ortaya konulmaktadır. Türkçe Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu (WHOQOL-BREF-TR) Dünya Sağlık Örgütü tarafından geliştirilmiş ve ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Eser ve ark. tarafından yapılmıştır. WHOQOL BREF, WHOQOL-100 içinden seçilen 26 soru ve dört alanı kapsamaktadır. Bu dört alan, fiziksel, ruhsal, sosyal ilişkiler ve çevre alanlarıdır. Her soru 1 ila 5 arasında puandır (Esen 2016).

WHOQOL BREF toplam dört alan ve ulusal çevre alanının eklenmesi ile beş alandan meydana gelmektedir. WHOQOL BREF TR ölçeğini kapsadığı 5 alanın içeriği;

**1. Bedensel Alan (Alan I):** Gündelik işleri yürütebilme, bedensel hareketlilik, fiziksel, canlılık ve bitkinlik, uyku ve dinlenme, ilaçlara ve tedaviye bağımlılık, ağrı ve rahatsızlık, çalışabilme gücü.

**Ağrı ve rahatsızlık:** Ağrı düzeyindeki değişiklikler ağrının kendisinden daha çok rahatsız edicidir. Zaman zaman ağrının olmasıyla oluşan ağrı tehdidi yaşam kalitesini etkileyebilir. Bireyin hoş

olmayan bedensel duyuları ve bu duyuların yaşamını ne ölçüde engellediğini, rahatsız ettiğini ortaya çıkarır. Sorular, bireyin ağrı derecesini araştırır ve ağrı azaldığında ulaştığı rahatlamayı kontrol eder.

**Canlılık ve bitkinlik:** Bireyin günlük işlerini gerçekleştirdiği gibi, bireyin kendini tazeleme gibi serbest etkinlikleri gerçekleştirme esnasındaki canlılık, coşku ve dayanıklılığını araştırır.

**Dinlenme ve uyku:** Bu alandaki sorular, bireyin ne kadar uyuyup istirahat ettiği, bunların bireyin yaşam kalitesine olan etkileri ile alakalıdır. Bu alanın temel noktası uykunun bozulmuş olup olmadığıdır. Uyku problemleri kavramı, gece uyanmaları, sabah erkenden uyanma, yeniden uyuyamama ve uykuya dalma güçlüğüyle dinlenmeden uyanmayı kapsamaktadır.

**Bedensel hareketlilik:** Kişinin evde ve iş yerinde dolaşabilme, işe gidebilme veya ulaşım araçlarını kullanabilme ve bir yerden başka bir yere gidebilme becerisiyle ilgilidir. Kullandığı araç ne olursa olsun istediği zaman başkasının yardımı olmadan gidebilme becerisine dayanır. Başkalarına kişinin bedensel hareketliliği önemli derecede bağımlıysa o bireyin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyeceği kabul edilmiştir.

**Günlük işleri yürütebilme:** Bireyin günlük faaliyetlerini yürütebilme becerisini araştırır. Bireyin günlük olarak yapması gereken işleri yürütebilme yetisine odaklanmıştır.

**Tedaviye veya ilaçlara bağımlılık:** Kişinin ruhsal ve bedensel iyilik durumunu sürdürmesi için tıbbi ve ilaçlara ne kadar bağımlı olduğunu araştırır.

**Çalışabilme gücü:** Bireyin enerjisini işi için kullanmasını araştırır. Bu bölüm, bireyin yaptığı iş ne olursa olsun bireyin işi yürütebilme becerisi üzerinde durmaktadır.

**2. Psikolojik Alan (Alan II):** Bireyin bedensel imgesi ve dış görünüşü, olumsuz duygular, bellek, dikkatini toplama becerisini kapsar (Arslantaş 2006).

**Olumlu duygular:** Kişinin denge, iç huzuru, barışıklık, neşe ve yaşamdaki iyi şeylerden tat alma, mutluluk, ümit gibi olumlu duyguları ne ölçüde yaşadığını araştırır.

**Düşünme, bellek ve dikkatini toplama, öğrenme:** Karar verme becerisi, düşünme, dikkatini toplama, öğrenme, bellek hakkındaki görüşünü araştırır.

**Benlik saygısı:** Bireyin kendisi ile ilgili ne algıladığını ve kendisine ne ölçüde değer verdiğini araştırır. Bu hissedilen duygular, bireyin kendisi hakkında aşırı olumsuz duygulardan olumlu duygulara kadar değişebilir.

**Dış görünüşü ve beden imgesi:** Bedensel görünüşüne bakış açısını araştırır. Bireyin beden görünümünden hoşnutluluk düzeyi ve bunun benlik kavramını nasıl etkilediği odak noktadır.

**Olumsuz duygular:** Suçluluk, yaşamdan zevk almama, ağlamaklı olma, keder, üzüntü sinirlilik, bunaltı ve ümitsizlik gibi olumsuz duyguları bireyin ne derecede yaşadığını araştırır (Arslantaş 2006).

**3. Sosyal İlişkiler Alanı (Alan III):** Diğer kişilerle ilişkileri, cinsel yaşamını ve sosyal desteğini içerir (Arslantaş 2006).

**Diğer kişilerle ilişkiler:** Bireyin başkaları ile kurmuş oldukları ilişkilerden ne ölçüde destek, dostluk ve sevgi beklediklerini ve bu alanda hissettiklerini araştırır.

**Sosyal destek:** Arkadaşlarından, ailesinden aldığı gündelik yardımları, destek ve bunları bireyin nasıl değerlendirdiğini araştırır.

**Cinsel yaşam:** Bireyin cinsel istek ve dürtüsünü kapsar. Cinsel etkinliğinin bireyin yaşam kalitesini nasıl etkilediğini araştırmaya yöneliktir. Cinsel isteğini yaşayabilme ve uygun şekilde ifade edebilme düzeyiyle ilgilidir (Arslantaş 2006).

**4. Çevre Alanı (Alan IV):** Maddi kaynaklar, fiziksel güvenlik, sağlık hizmetlerine ulaşabilirlik, ev ortamı, dinlenme ve boş zaman değerlendirme fırsatı, fiziksel ve ulaşım ile ilgili bireyin görüşlerini içerir (Arslantaş 2006).

**Fiziksel emniyet ve güvenlik:** Güvenlik algısını ve fiziksel zararlardan korumasını araştırır. Özgürlük olgusu doğrudan araştırılmaktadır. Bireyin korunma ve güvenliliğinin olup olmadığı konusundaki duygularına ve yaşam kalitesini etkilemesi açısından yaklaşır.

**Ev ortamı:** Yaşadığı esas yer ve bu ortamın bireyin yaşamına etkisi araştırılır.

**Maddi kaynaklar:** Maddi kaynaklarının rahat ve sağlıklı yaşam sürebilmesi için gerekli olan şeyleri ne ölçüde sağladığını ve bu kaynaklara bakışını araştırır. Gelir kişinin elde edebileceği şeylerle alakalı duygusunu içermektedir.

**Sağlık ve sosyal hizmetlerde ulaşabilirlik ve nitelik:** Bireyin yakın çevresindeki sağlık hizmetlerine ve sosyal yardıma bakış açısını değerlendirir.

**Yeni bilgi ve beceri edinme fırsatı:** Bireyin yerel ya da uluslar arası haberleri ne ölçüde edindiğini kapsar. Neler olup bittiği hakkında fikir sahibi olma ve yeni bilgi ve beceriler edinme fırsatlarını ve arzusunu araştırır.

**Boş zamanı değerlendirebilme, dinlenme ve bunlara katılabilme:** Eğlenme ve rahatlama fırsatlarına katılabilme yeteneğini, eğilimini ve boş vakitlerini değerlendirebilmeyi araştırır.

**Fiziksel çevre:** Çevresine bakış açısını araştırır. Gürültü, iklim ve çevrenin genel estetik görünümü, kirlilikle bunların bireyin yaşam kalitesini nasıl etkilediğini kapsar.

**Ulaşım:** Ulaşım araçlarını bir yere gidebilmek için bulabilmesini ve onlardan yararlanabilmesini ve ne kadar kolay olduğu ile ilgili fikrini kapsar (Arslantaş 2006).

**5. Alan V (Ulusal çevre alanı):** Bireylerin yaşadığı sosyal baskıyı içerir.

Bu alanda sosyal baskıyı araştırır. Türk toplumuna has sosyal baskı alanı oluşturulmuştur. Kişilerin subjektif görüşlerini WHOQOL BREF yansıtmaktadır. Her bir alanın puanı kendi başına öneme sahiptir. Diğer ölçekler gibi toplam bir puanı yoktur. Alanların puanı toplanıp tek bir yaşam kalitesi puanı ortaya konamaz (Arslantaş 2006).

### **3.4.2. Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği:**

Hastaların anksiyete ve depresyon durumunu belirlemek amacıyla Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADÖ) kullanılmıştır. Ölçek Zigmoid ve Snaith (1983) tarafından hastalarda anksiyete ve depresyon yönünden riski belirlemek, düzeyini ve şiddetini ölçmek amacıyla kendini değerlendirmek için geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkiye’de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Aydemir ve ark.(1997) tarafından yapılmıştır. Bedensel hastalığı olan hastalar ve birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuranlar için tanı koymak amaçlı değil anksiyete ve depresyonu kısa sürede tanımlayıp risk grubunu belirlemek için kullanılır. Ölçek toplam 14 soru içermekte ve tek sayılar anksiyeteyi, çift sayılar depresyonu ölçmektedir. Yanıtlar dördümlü Likert biçiminde ve 0-3 arasında puanlanmaktadır. Hastaların her iki alt ölçekten alabilecekleri en düşük puan 0, en yüksek puan 21’dir. HADÖ’nin Türkçe formunun kesme noktaları anksiyete alt ölçeği (HAD-A) için 10/11, depresyon alt ölçeği (HAD-D) için 7/8 olarak saptanmıştır (Aydemir 1997).

### **3.5. Verilerin İstatistiksel Değerlendirilmesi**

Çalışmada elde edilen veriler değerlendirilirken, istatistik paket programı kullanıldı. Sürekli değişkenlere ait tanımlayıcı istatistikler ortalama ve standart sapma cinsinden, kategorik verilere ait tanımlayıcı istatistikler ise frekans ve yüzde cinsinden tablo halinde özetlendi. Niceliksel verilerin karşılaştırılmasında normal dağılım varsayımını karşılayanlarda Student-t ve Tek Yönlü Varyans Analizi (One-Way ANOVA) testi, karşılamayan ve anormal dağılım gösterenlerde Mann-Whitney U testi kullanıldı. Kategorik yapıdaki verilerin karşılaştırılmasında ise Chi-Square testi, normal dağılım göstermeyen üçlü gruplarda Kruskal Wallis testi kullanıldı. Sonuçlar % 95’lik güven aralığında, anlamlılık  $p < 0,05$  düzeyinde değerlendirildi. Parametreler arası korelasyon Pearson korelasyon analiz ile yapıldı. Korelasyon katsayısı (r) ; 0,00–0,24 arası zayıf, 0,25–0,49 arası orta, 0,50–0,74 arası güçlü, 0,75–1,00 arası çok güçlü ilişki olarak değerlendirildi.

## 4. BULGULAR

### 4.1. Katılanların Sosyodemografik Özellikleri

Çalışmamıza Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Nöroloji polikliniğinde migren tanısı almış 18 yaş üstü 201 kişi ve aile hekimliği polikliniğine herhangi bir sebeple başvurmuş migren tanısı almamış, 201 kişi alındı. Yaş ve cinsiyet yönünden iki grup birbirine benzerdi.

Çalışmaya katılan migrenli olanların ve olmayanların % 90,5'i (n=182) kadın, % 9,5'i (n=19) erkek idi. Migrenli hastaların yaş ortalaması  $35 \pm 9,68$  yaş (min:18-max:65), ortancası 34 yaş bulundu. Migrenli olanlardan 87 (%45,5) kişi 34 yaş altı iken, 114 (%54,5) kişi 34 yaş ve üstü idi. Boy ortalaması  $163,04 \pm 0,64$  cm, vücut ağırlığı ortalaması  $69,7 \pm 12,99$  kg dı. Hastaların 83'ü (%41,3) normal kilolu, 118 (%58,7)'i fazla kilolu idi.

Katılan kontrol grubunun yaş ortalaması  $34,8 \pm 9,49$  yaş (min:18-max:61) bulundu. Boy ortalaması  $163 \pm 0,62$  cm, vücut ağırlığı ortalaması  $68,09 \pm 11,52$  kg idi. Kontrol grubunun 100'ü (%49,8) normal kilolu 101'i (%50,2) fazla kilolu idi. Migrenli olanlarda normal kilolu olanlar anlamlı derecede daha fazlaydı ( $\chi^2 = 37,811$ , **p<0,001**) (Tablo 6).

Migrenli hastaların 117'si (%67,2) ortaokul ve altı eğitimi iken kontrol grubunun 144'ü (%63,2) lise ve üstü eğitimi idi. Ortaokul ve altı eğitimi olanlarda migren sıklığı anlamlı derecede daha fazla idi ( $\chi^2 = 36,479$ , **p<0,001**). Çalışmamızda medeni durum açısından gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmadı ( $\chi^2 = 5,325$ , p=0,215).

Migrenli hastaların %62,2'si (n=125) ev hanımı, %15,9'u (n=32) memur, %12,9'ü (n=26) işçi ve %9'i (n=18) öğrenci iken kontrol grubunun %34,3'ü (69) ev hanımı, %38,3'ü (n=77) memur, %13,9'i (n=56) işçi ve %10,7'si (n=43) öğrenci idi. Meslekler açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ( $\chi^2 = 4,481$ , p=0,214).

Migrenli hastaların % 31,8'ünün geliri giderinden az, %59,7'inin geliri giderine eşit, %8,5'inin geliri giderinden fazla iken kontrol grubunun % 29,9'unun geliri giderinden az, %56,2'sinin geliri giderine eşit, %13,9'unun geliri giderinden fazla idi. Ekonomik durumu düşük olanlarda anlamlı derecede migren daha fazla görülmekte idi ( $\chi^2 = 4,331$ , **p <0,001**).

Migren hastalarının sigara içme oranı kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede fazla idi ( $\chi^2 = 4,331$ , **p=0,037**) (Tablo 6).

**Tablo 6. Katılanların Sosyodemografik Özellikleri**

	Migren (+)		Migren (-)		Toplam		$\chi^2$	p
	n	%	n	%	n	%		
<b>Cinsiyet</b>								
Kadın	182	50,0	182	50,0	364	100	<0,001	1,000
Erkek	19	50,0	19	50,0	38	100		
<b>Yaş</b>								
<34 yaş	87	45,5	104	54,5	191	100	2,883	0,090
≥34 yaş	114	54,0	97	46,0	211	100		
<b>BKİ</b>								
Normal kilolu*	83	45,4	100	54,6	183	100	37,811	<0,001
Fazla kilolu/obezler**	118	53,9	101	46,1	219	100		
<b>Medeni durumu</b>								
Evli olanlar	161	53,3	141	46,7	302	100	5,325	0,215
Evli olmayanlar	40	40,0	60	60,0	100	100		
<b>Eğitim</b>								
≤Ortaokul eğitilmiş	117	67,2	52	32,8	174	100	36,479	<0,001
≥Lise eğitilmiş	84	36,8	144	63,2	228	100		
<b>Meslek</b>								
Ev hanımı	125	64,4	69	35,6	194	100	4,481	0,214
Memur	32	29,4	77	70,6	109	100		
İşçi	26	48,6	27	51,9	52	100		
Öğrenci	18	41,9	25	58,1	43	100		
<b>Ekonomik durumu</b>								
Geliri giderinden az	64	51,6	60	48,4	124	100	37,811	<0,001
Geliri giderine eşit	120	51,5	113	48,5	233	100		
Geliri giderinden fazla	17	37,8	28	62,2	45	100		
<b>Sigara kullanımı</b>								
Sigara içiyor	44	61,1	28	38,9	72	100	4,331	0,037
Sigara içmiyor	157	47,6	173	52,4	330	100		

\*Normal kilolu (BKİ: 18,5-24,99 kg/m<sup>2</sup>), \*\*Fazla kilolu/obez (BKİ: ≥25 kg/m<sup>2</sup>)

#### 4.2. Migrenli Hastaların 1. Derece Yakınlarında Migren Hastalık Durumu

201 migren hastasının %46,8'inde (n=94) 1. derece yakınlarında migren hastalığı varken, % 53,2'sinin (n=107) 1. derece yakınlarında migren hastalığı yok idi.

#### 4.3. Migrenli Hastalarda Tedavi ile İlgili Özellikler

Migrenli hastaların % 75,6'sı (n=152) atak anında ağrı kesici % 41,8'i (n=84) karanlık ortam tercih ediyordu. % 41,8'i (n=84) düzenli migren ilacı kullanıyordu. %5 (n=10) hasta ise herhangi bir tedavi kullanmıyor idi (Tablo 7).

**Tablo 7. Migreni Olan Hastalarının Kullandığı Tedavi Yöntemleri**

Tedaviler	Evet		Hayır		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Ağrı kesiciler	152	75,6	49	24,4	201	100
Karanlık ortam	84	41,8	117	58,2	201	100
Migren ilaçları	84	41,8	117	58,2	201	100
Tedavi almayanlar	10	5,0	191	95,0	201	100

#### 4.4. Migrende Baş Ağrısına Eşlik Eden Semptomlar

Migrenlilerin %75,1'inde (n=151) bulantı-kusma, % 74,6'sında (n=150) ışık ve sese hassasiyet, %71,1'inde (n=143) uykusuzluk baş ağrısına eşlik etmekte idi. Ayrıca baş ağrısına azalan sırayla yorgunluk ve halsizlik, uyuşukluk, görmede bozukluk, anksiyete, karıncalanma hissi ve depresyonun eşlik ettiği saptandı (Tablo 8).

**Tablo 8. Migrende Baş Ağrısına Eşlik Eden Semptomların Varlığı**

Semptomlar	Evet		Hayır		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Yorgunluk-halsizlik	131	65,2	70	34,8	201	100
Uykusuzluk	143	71,1	58	28,9	201	100
Bulantı-kusma	151	75,1	50	24,9	201	100
Görmede bozukluk	70	34,8	131	65,2	201	100

Uyuşukluk	90	44,8	111	55,2	201	100
Karınçalanma	53	26,4	148	36,8	201	100
Geçici felç hali	8	4,0	193	96,0	201	100
Işık- sese hassasiyet	150	74,6	51	25,4	201	100
Anksiyete	58	28,9	143	71,1	201	100
Depresyon	37	18,4	164	81,6	201	100

#### 4.5. Migren Ataklarını Tetikleyen Faktörlerin Dağılımı

Migrenlilerin 194'ünde (%96,5) atakları tetikleyen bir faktör vardı. Bulgulara göre bu faktörlerin başında gürültü %78,1 (n=157) geliyor idi. Azalan sırayla %70,1 (n=141) uykusuzluk, %68,7 (n=138) ışık, %62,7 (n=126) açlık, %45,8 (n=92) stres, %15,4 (n=31) kafeinli gıdalar, %9,5 (n=19) gazlı içecekler içmek, %3 (n=6) balık yemek migren ataklarını tetikliyor idi (Tablo 9).

**Tablo 9. Migreni Olan Hastalarının Ataklarını Tetikleyen Faktörler**

Tetikleyen Faktörler	Evet		Hayır		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Işık	138	68,7	63	31,3	201	100
Gürültü	157	78,1	44	21,9	201	100
Uykusuzluk	141	70,1	58	28,9	201	100
Açlık	126	62,7	75	37,3	201	100
Kafeinli gıdalar	31	15,4	169	74,5	201	100
Balık	6	3,0	195	97,0	201	100
Stres	92	45,8	109	54,2	201	100
Gazlı içecekler	19	9,5	182	90,5	201	100

#### 4.6. Migren Hastalarında Tanı Süresi ile Yaşın Karşılaştırması

Migren hastalarında yaşı 34 ve üstünde olanların %66,7'sinin (n=76) tanı süresi sekiz yıl ve üstünde idi. Tanı süresi sekiz yıldan az olanların çoğu genç yaş grubuydu. Yaş arttıkça tanı süresi anlamlı derecede artmakta idi ( $p < 0,001$ ) (Tablo 10).

**Tablo10. Tanı Süresi ile Yaşın Karşılaştırması**

Migren hastalarının yaşı	Tanı Süresi <8 Yıl		Tanı Süresi ≥8 Yıl		Toplam		$\chi^2$	p
	n	%	n	%	N	%		
<34 yaş	62	71,3	25	28,7	87	100	28,398	<0,001
≥34 yaş	38	33,3	76	66,7	114	100		

#### 4.7. Migren Hastalarında HADÖ Skoru ile Tanı Süresinin Karşılaştırılması

Migren hastalık tanı süresi ile anksiyete skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ( $\chi^2=0,126$ ;  $p=0,722$ ). Aynı şekilde tanı süresi ile depresyon skoru arasında da fark saptanamamıştır ( $\chi^2=0,009$ ;  $p=0,926$ ) (Tablo 11).

**Tablo 11. HADÖ Puanı ile Tanı Süresinin Karşılaştırması**

HADÖ	Tanı Süresi <8 Yıl		Tanı Süresi ≥8 Yıl		$\chi^2$	p
	n	%	n	%		
Anksiyete (+)	47	48,5	50	51,5	0,126	0,722
Anksiyete (-)	53	51,0	51	49,0		
Depresyon (+)	64	50,0	64	50,0	0,009	0,926
Depresyon (-)	36	49,3	37	50,7		

#### 4.8. Migren Atak Sıklığı ile Sosyodemografik Özelliklerin Karşılaştırılması

Migren hastalarının ayda geçirdikleri atak sıklıkları ile sosyodemografik özelliklerini karşılaştırdık. Kadınların %53'ü (n=97) ayda beş ve daha fazla atak geçirirken erkeklerin %26,3'ü (n=5) geçirmekteydi. Kadınlarda erkeklere göre anlamlı derecede atak sıklığı daha fazla idi ( $\chi^2=3,989$ ;  $p=0,046$ ).

Eğitim düzeyi düşük olanlarda daha sık atak görülürken yüksek olanlarda daha az atak görülmekte idi. Bu sonuç istatistiksel olarak hesaplandığında anlamlı idi ( $\chi^2=11,061$ ;  $p=0,001$ ).

Ayda geçirilen atak sayısı ile yaş, BKİ, medeni durum, meslek, ekonomik durum ve sigara kullanımı karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanamamıştır ( $p>0,005$ ) (Tablo12).

**Tablo 12. Atak Sıklığı ile Sosyodemografik Özelliklerin İlişkisi**

	Ayda <5 atak		Ayda ≥5 atak		$\chi^2$	p
	n	%	n	%		
<b>Cinsiyet</b>						
Kadın	85	66,7	97	53,3	3,989	<b>0,046</b>
Erkek	14	73,7	5	26,3		
<b>Yaş</b>						
<34 yaş	45	51,7	42	48,3	0,375	0,541
≥34 yaş	54	47,4	60	62,6		
<b>BKİ</b>						
Normal kilolu*	38	45,8	45	54,2	0,681	0,409
Fazla kilolu/obez**	61	51,7	57	48,3		
<b>Medeni durumu</b>						
Evli olanlar	82	50,9	79	49,1	0,605	0,437
Evli olmayanlar	17	42,5	23	57,5		
<b>Eğitim</b>						
≤Ortaokul eğitilmiş	46	39,5	71	60,7	11,061	<b>0,001</b>
≥Lise eğitilmiş	53	63,1	31	36,9		
<b>Meslek</b>						
Çalışanlar	32	56,1	25	43,9	1,510	0,219
Çalışmayanlar	67	46,7	77	53,5		
<b>Ekonomik durumu</b>						
Geliri az	29	40,6	38	59,1	3,112	0,211
Geliri eşit	65	54,2	55	45,8		
Geliri fazla	8	47,1	9	52,9		
<b>Sigara kullanımı</b>						
Sigara içiyor	24	54,5	20	45,5	0,389	0,533
Sigara içmiyor	75	47,8	82	52,2		

\*Normal kilolu (BKİ: 18,5-24,99 kg/m<sup>2</sup>), \*\*Fazla kilolu/obez (BKİ: ≥25 kg/m<sup>2</sup>)

#### 4.9. Migren Hastalarının Anksiyete ve Depresyon Parametreleri ile Atak Sıklığının Karşılaştırılması

Migren hastalarının ayda geçirdikleri atak sayısı ile HADÖ anksiyete-depresyon skorlarını karşılaştırdık. Yaptığımız karşılaştırma sonucunda ayda beş ve daha fazla atak geçirenlerde depresyon daha fazla görülürken anksiyete açısından anlamlı bir fark tespit edilememiştir ( $\chi^2=5,570$ ;  $p=0,018$ )(Tablo 13).

**Tablo 13. HADÖ Puanına Göre Atak Sıklığının Karşılaştırması**

	Ayda <5 atak		Ayda $\geq$ 5 atak		$\chi^2$	p
	n	%	n	%		
Anksiyete (+)	47	48,5	50	51,5	0,048	0,827
Anksiyete (-)	52	50,0	52	50,0		
Depresyon (+)	55	43,0	73	57,0	5,570	<b>0,018</b>
Depresyon (-)	44	60,3	29	39,7		

#### 4.10. Katılanların Anksiyete ve Depresyon Durumlarının Karşılaştırılması

Hastane Anksiyete ve Depresyon ölçeğine (HADÖ) göre anksiyete puanı 11 ve üzerinde olanlarda anksiyete var, 11'in altında olanlar anksiyete yok olarak alındı; depresyon puanı 8 ve üzerinde olanlar depresyon var, 8'in altında olanlar depresyon yok olarak alındı.

**Tablo 14. Migren Hastası ve Kontrol Gruplarının Depresyon ve Anksiyete Düzeyi**

	Migren (+)		Migren (-)		$\chi^2$	p
	n	%	n	%		
Depresyon (+)	128	68,1	60	31,9	46,203	<b>&lt;0,001</b>
Depresyon (-)	73	34,1	141	65,9		
Anksiyete (+)	97	72,9	36	27,1	41,810	<b>&lt;0,001</b>
Anksiyete (-)	104	38,7	165	61,3		

Çalışmaya katılan migrenli hastaların % 72,9'sinde (n=97), kontrol grubunun %27,1'inde (n=36) anksiyete var idi. Migrenli olanlarda olmayanlara göre anksiyete anlamlı derecede fazla idi ( $\chi^2=46,203$ ,  $p<0,001$ ). Migrenli hastaların %68,1'inde (n=128) depresyon varken, kontrol grubunun

%31,9'u (n=60) depresyon var idi. Migreni olanlarda olmayanlara göre depresyon anlamlı derecede fazla idi ( $\chi^2=41,810$ ,  $p<0,001$ )(Tablo15).

#### 4.11. Katılanların Anksiyete ve Depresyon Parametreleri

Migreni olanların anksiyete puan ortalaması  $10,95 \pm 4,72$ , migreni olmayanların anksiyete puan ortalaması  $7,06 \pm 3,89$  olarak bulundu ( $p<0,001$ ).

Migreni olanların depresyon puan ortalaması  $9,37 \pm 4,62$ , migreni olmayanların depresyon puan ortalaması  $5,5 \pm 4,39$  olarak bulundu ( $p<0,001$ ). Migreni olanlarda anksiyete ve depresyon puan ortalamaları olmayanlardan anlamlı derecede fazla idi (Tablo 14) .

**Tablo 15.Migren Hastası ve Kontrol Gruplarının HADÖ Anksiyete Skoru**

HADÖ Skoru	Migreni olan Ortalama $\pm$ SD*	Migreni olmayan Ortalama $\pm$ SD	t	p
HAD-Anksiyete	10,95 $\pm$ 4,72	7,06 $\pm$ 3,89	9,007	<b>&lt;0,001</b>
HAD-Depresyon	9,37 $\pm$ 4,62	5,5 $\pm$ 4,39	8,448	<b>&lt;0,001</b>

(SD\*: standart deviasyon)

#### 4.12. Anksiyete ile Sosyodemografik Özelliklerin Karşılaştırılması

Migreni olanlar ve olmayanlar anksiyete ve sosyodemografik özellikler açısından karşılaştırıldı (Tablo 5). Migreni olup sigara içenlerin %63,6'sında (n=26) anksiyete bulundu. Migreni olmayıp sigara içenlerin ise %64'ünde (n=18 ) anksiyete tespit edilmedi.

Bu sonuca göre migreni olup sigara içenlerde anksiyete istatistiksel olarak anlamlı derecede fazla idi ( $p=0,021$ ).

Migren hastalarının normal kilolu olanlarında fazla kilolu olanlarına göre anksiyete aniamlı derecede daha fazla idi (%51,8) ( $p=0,040$ ). Migren olmayanlarda anksiyete ile kilo arasında anlamlı bir ilişki yok idi. Hem hasta grubunda hem de kontrol grubunda anksiyete ve diğer sosyodemografik özellikler açısından istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı (Tablo 16).

**Tablo 16. Anksiyete ile Sosyodemografik Özelliklerin İlişkisi**

	Migren (+)				P	Migren (-)				P
	Anksiyete(+)		Anksiyete(-)			Anksiyete(+)		Anksiyete(-)		
	n	%	n	%		n	%	n	%	
<b>Cinsiyet</b>										
Kadın	91	50,0	91	50,0	0,198	32	17,6	150	82,4	0,951
Erkek	6	31,6	13	68,4		4	21,1	15	78,9	
<b>Yaş</b>										
<34 yaş	43	49,4	44	50,6	0,778	21	20,2	83	79,8	0,490
≥34 yaş	54	47,4	60	52,6		15	15,5	82	84,5	
<b>BKİ</b>										
Normal kilolu*	43	51,8	40	48,2	0,040	24	24,0	76	76,0	0,398
Fazla kilolu/obez**	54	45,8	64	54,2		12	11,9	89	88,1	
<b>Medeni durumu</b>										
Evli olanlar	82	50,9	79	49,1	0,179	22	15,6	119	84,4	0,268
Evli olmayanlar	15	37,5	25	62,5		14	23,3	46	76,7	
<b>Eğitim</b>										
≤Ortaokul eğitilmiş	58	49,6	59	50,4	0,660	11	19,3	46	80,7	0,905
≥Lise eğitilmiş	39	46,4	45	53,6		25	17,4	119	82,6	
<b>Meslek</b>										
Çalışanlar	25	43,9	32	56,1	0,432	16	15,4	88	84,6	0,434
Çalışmayanlar	72	50,0	72	50,0		20	20,6	77	79,4	
<b>Ekonomik durumu</b>										
Geliri az	35	54,7	29	45,3	0,166	12	20,0	48	80,0	0,314
Geliri eşit	57	47,5	63	52,5		22	19,5	91	80,5	
Geliri fazla	5	29,4	12	70,6		2	7,1	165	82,1	
<b>Sigara kullanımı</b>										
Sigara içiyor	28	63,6	16	36,4	0,021	10	35,7	18	64,3	0,014
Sigara içmiyor	69	43,9	88	56,1		26	15,0	147	85,0	

\*Normal kilolu (BKİ: 18,5-24,99 kg/m<sup>2</sup>), \*\*Fazla kilolu/obez (BKİ: ≥25 kg/m<sup>2</sup>)

#### 4.13. Depresyon ile Sosyodemografik Özelliklerinin Karşılaştırılması

Migreni olanlarda depresyon ile meslek, eğitim düzeyi ve medeni durum gibi sosyodemografik özellikler karşılaştırıldığında; evli olanlarda olmayanlara, çalışmayanlarda çalışanlara, ortaokul ve altı eğitim seviyesi olanlarda lise ve üstü eğitimi olanlara göre depresyon anlamlı derecede daha fazla idi ( $p < 0,005$ ).

Migreni olmayanların eğitim düzeyi düşük olanlarında depresyon istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazla görülmekte idi ( $p=0.004$ ). Depresyon ve diğer sosyodemografik özellikler arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı ( $p > 0,005$ )(Tablo 17).

**Tablo 17. HADÖ Puanına Göre Depresyon ile Sosyodemografik Özelliklerin İlişkisi**

	Migren (+)				P	Migren (-)				P
	Depresyon(+)		Depresyon (-)			Depresyon(+)		Depresyon(-)		
	n	%	n	%		n	%	n	%	
<b>Cinsiyet</b>										
Kadın	117	64,3	65	35,7	0,764	57	31,3	125	68,7	0,253
Erkek	11	57,9	8	42,1		3	15,8	16	84,2	
<b>Yaş</b>										
<34 yaş	52	59,8	35	40,2	0,314	28	26,9	76	73,1	0,348
≥34 yaş	76	66,7	38	33,3		32	33,0	65	67,0	
<b>BKİ</b>										
Normal kilolu*	56	67,5	27	32,5	0,349	30	30,0	70	70,0	0,963
Fazla kilolu/obez**	72	61,0	46	39,0		30	29,7	71	70,3	
<b>Medeni durumu</b>										
Evli olanlar	109	67,7	52	32,3	0,028	47	33,3	94	66,7	0,137
Evli olmayanlar	19	47,5	21	52,5		13	21,7	47	78,3	
<b>Eğitim</b>										
≤Ortaokul eğitimi	88	75,2	29	24,8	<0,001	26	45,6	31	54,4	0,004
≥Lise eğitimi	40	47,6	44	52,4		34	23,6	110	76,4	
<b>Meslek</b>										
Çalışanlar	29	50,9	28	49,1	0,027	26	25,0	78	75,0	0,120
Çalışmayanlar	99	68,8	45	31,2		34	35,1	63	64,9	
<b>Ekonomik</b>										

<b>durumu</b>										
Geliri az	45	70,3	16	29,7	4,800	16	26,7	44	73,3	5,628
Geliri eşit	76	63,3	44	36,7		40	35,4	73	64,6	
Geliri fazla	128	63,7	73	36,3		60	29,9	141	70,1	
<b>Sigara kullanımı</b>										
Sigara içiyor	30	68,2	14	31,8	0,600	12	42,9	16	57,1	0,162
Sigara içmiyor	98	62,4	59	37,6		48	27,7	125	72,3	

\*Normal kilolu (BKİ: 18,5-24,99 kg/m<sup>2</sup>), \*\*Fazla kilolu/obez (BKİ: ≥25 kg/m<sup>2</sup>)

#### 4.14. Vaka ve Kontrol Grubunda WHOQOL BREF Genel Sağlık ve Yaşam Kalitesi Alanındaki Farklılıklar

Migreni olanlar ve olmayanlar genel sağlık ve yaşam kalitesi yönünden karşılaştırıldığında kontrol grubunun daha iyi olduğu tespit edildi. Bu ilişki istatistiksel olarak anlamlıydı ( $\chi^2= 36,99$ ;  $p<0,001$ )(Tablo 18).

**Tablo 18. WHOQOL BREF Genel Sağlık ve Yaşam Kalitesinin Vaka ve Kontrol Gruplarında Karşılaştırılması**

Genel sağlık ve yaşam kalitesi	Migren (+)		Migren(-)		Toplam		$\chi^2$	p
	n	%	n	%	n	%		
Çok kötü	11	68,8	5	31,2	16	100	36,997	<0,001
Biraz kötü	24	72,7	9	27,3	33	100		
Ne iyi, ne kötü	115	59,3	79	40,7	16	100		
Oldukça iyi	44	32,1	93	67,9	16	100		
Çok iyi	7	31,8	15	68,2	16	100		

#### 4.15. Vaka ve Kontrol Grubunda WHOQOL BREF Genel Sağlık ve Yaşamdan Memnuniyet Alanındaki Farklılıklar

Genel sağlık ve yaşamdan memnuniyet yönünden iki grubu karşılaştırdığımızda migreni olmayanların yaşamdan memnuniyeti istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek idi ( $\chi^2=126,097$ ;  $p < 0,001$ ).

**Tablo 19. WHOQOL BREF Genel Sağlık ve Yaşamdan Memnuniyetin Vaka ve Kontrol Gruplarında Karşılaştırılması**

GSYM*	Migren (+)		Migren(-)		Toplam		$\chi^2$	p
	n	%	n	%	n	%		
Hiç hoşnut değil	27	87,1	4	12,9	31	100	126,097	<0,001
Çok az hoşnut	68	86,1	11	13,9	79	100		
Ne hoşnut ne değil	69	56,6	53	43,4	122	100		
Epeyce hoşnut	34	23,3	112	76,7	146	100		
Çok hoşnut	3	12,5	21	87,5	24	100		

GSYM\*: Genel sağlık ve yaşamdan memnuniyet

#### 4.16. Migren Olan ve Olmayanların Yaşam Kalitesi Parametrelerinin Karşılaştırılması

Her iki grubun yaşam kalitesi parametreleri karşılaştırıldı. Sosyal ilişkiler, çevre alanı, psikolojik sağlık puan ortalaması kontrol grubunda daha yüksek bulundu ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı ( $p < 0,001$ ). Fiziksel sağlık alanında her iki grup arasında istatistiksel olarak fark saptanmadı. ( $p=0,511$ )(Tablo 20).

**Tablo 20. Migren Olan ve Olmayanların Yaşam Kalite Parametrelerinin Karşılaştırılması**

Yaşam kalitesi parametreleri	Migren (+)	Migren(-)	p
	Ortalama $\pm$ SD	Ortalama $\pm$ SD	
Fiziksel sağlık	52,97 $\pm$ 17,31	73,91 $\pm$ 67,44	0,511
Psikolojik sağlık	53,65 $\pm$ 18,05	65,57 $\pm$ 16,01	0,066
Sosyal ilişkiler	54,43 $\pm$ 21,60	66,98 $\pm$ 16,84	<0,001
Çevre alanı	58,35 $\pm$ 17,62	66,65 $\pm$ 13,79	<0,001

#### 4.17. Cinsiyet ile Yaşam Kalitesi Parametrelerinin Karşılaştırılması

Migreni olanlarda ve olmayanlarda cinsiyet ile tüm yaşam kalitesi parametreleri karşılaştırıldı. Migreni olan erkeklerin psikolojik sağlık puan ortalaması kadınlardan istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek idi ( $p<0,001$ ). Diğer yaşam kalitesi parametreleri arasında cinsiyetlere göre farklılık saptanmadı ( Tablo 21).

Kontrol grubunda ise cinsiyet ile psikolojik sağlık ( $p=0,015$ ), çevre alanı ( $p=0,022$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı. Erkek cinsiyette olanların puan ortalaması kadınlardan daha yüksekti. Cinsiyet ile diğer yaşam kalitesi parametreleri arasında farklılık saptanmadı ( $p >0,05$ ) (Tablo 21).

**Tablo 21. Cinsiyet ile Yaşam Kalitesi Parametrelerinin Karşılaştırılması**

	Migren (+)			Migren(-)		
	Kadın	Erkek	p	Kadın	Erkek	p
Yaşam kalitesi parametreleri	Ortalama $\pm$ SD	Ortalama $\pm$ SD		Ortalama $\pm$ SD	Ortalama $\pm$ SD	
Fiziksel sağlık	52,25 $\pm$ 17,44	59,68 $\pm$ 14,75	0,075	73,68 $\pm$ 70,74	76,10 $\pm$ 14,64	0,882
Psikolojik sağlık	52,73 $\pm$ 18,04	62,52 $\pm$ 15,88	<b>0,024</b>	64,68 $\pm$ 15,90	74,05 $\pm$ 14,92	<b>0,015</b>
Sosyal ilişkiler	53,80 $\pm$ 21,72	60,52 $\pm$ 19,79	0,197	66,31 $\pm$ 16,86	73,42 $\pm$ 15,59	0,080
Çevre alanı	58,12 $\pm$ 18,07	60,63 $\pm$ 12,59	0,556	65,93 $\pm$ 13,65	73,52 $\pm$ 13,54	<b>0,022</b>

#### 4.18. Medeni Durum ile Yaşam Kalitesi Parametrelerinin Karşılaştırılması

Migreni olanlarda ve olmayanlarda medeni durum ile tüm yaşam kalitesi parametreleri karşılaştırıldı. Migreni olanlar ve olmayanlarda evli olmayanların sosyal ilişki alan puanı daha yüksekti ve bu yükseklik istatistik olarak anlamlıydı ( $p=0,022$ ;  $p=0,038$ ). Diğer yaşam kalitesi parametreleri ile medeni durum arasında anlamlı bir ilişki yoktu ( $p>0,05$ ) (Tablo 22).

**Tablo 22. Medeni Durum ile Yaşam Kalitesi Parametrelerinin Karşılaştırılması**

	Migren (+)			Migren(-)		
	Evli olanlar	Evli olmayanlar	p	Evli olanlar	Evli olmayanlar	p
Yaşam kalitesi parametreleri	Ortalama ± SD	Ortalama ± SD		Ortalama ± SD	Ortalama ± SD	
Fiziksel sağlık	52,00± 17,31	56,80± 17,01	0,117	76,92± 79,74	66,83± 16,07	0,333
Psikolojik sağlık	52,57± 17,66	58,00± 19,14	0,089	66,41± 16,13	63,58± 15,67	0,253
Sosyal ilişkiler	52,70± 21,53	61,40± 20,68	<b>0,022</b>	68,58± 16,74	63,21± 16,60	<b>0,038</b>
Çevre alanı	58,09± 17,93	59,40± 16,48	0,677	66,54 ± 14,42	66,90 ± 12,29	0,868

#### 4.19. Eğitim Düzeyi ile Yaşam Kalitesi Parametrelerinin Karşılaştırılması

Migreni olanlarda ve olmayanlarda eğitim düzeyi ve yaşam kalitesi parametreleri karşılaştırıldı. Eğitim seviyesi lise ve üstü olan migren hastalarının psikolojik sağlık ( $p=0,024$ ), sosyal ilişkiler ( $p=0,036$ ) ve çevre alanı ( $p= 0,004$ ) puanları ortaokul ve altı eğitimli olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksekti. Fiziksel sağlık alanı ile eğitim seviyesi arasında anlamlı bir ilişki yoktu ( $p=0,212$ ) (Tablo 23).

Migreni olmayanlarda lise ve üstü eğitimlilerin psikolojik sağlık ve çevre alanı puanları ortaokul ve altı eğitimli olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksekti ( $p=0,010$ ;  $p=0,007$ ). Fiziksel sağlık ve sosyal ilişkiler alanları ile eğitim seviyeleri arasında bir ilişki saptanmadı ( $p >0,05$ ) (Tablo 23).

**Tablo 23. Eğitim Düzeyi ile Yaşam Kalitesi Parametrelerinin Karşılaştırılması**

	Migren (+)			Migren(-)		
	Ortaokul ve altı eğitimliler	Lise ve üstü eğitimliler	p	Ortaokul ve altı eğitimliler	Lise ve üstü eğitimliler	p
Yaşam kalitesi parametreleri	Ortalama ± SD	Ortalama ± SD		Ortalama ± SD	Ortalama ± SD	
Fiziksel sağlık	51,66± 17,57	54,76± 16,87	0,212	67,19± 15,70	76,57± 78,99	0,375
Psikolojik sağlık	51,22± 17,35	57,04± 18,55	<b>0,024</b>	60,94± 17,74	67,39± 14,94	<b>0,010</b>
Sosyal ilişkiler	51,72± 23,29	58,20± 18,45	<b>0,036</b>	63,50± 17,31	68,36± 16,51	0,065
Çevre alanı	55,35± 17,36	62,53± 17,22	<b>0,004</b>	62,50± 14,22	68,29± 13,31	<b>0,007</b>

#### 4.20. Sigara ile Yaşam Kalitesi Parametrelerinin Karşılaştırılması

Migreni olanlarda sigara içme ile yaşam kalitesi parametrelerini karşılaştırdığımızda çevre alanı puan ortalaması ve sigara içme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı ( $p=0,006$ ). Sigara içmeyenlerde puan ortalamaları daha yüksekti. Sigara içme ile fiziksel sağlık ( $p=0,397$ ), psikolojik sağlık ( $p=0,057$ ), sosyal ilişkiler( $p=0,631$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı. Kontrol grubunda sigara içme ile yaşam kalitesi parametreleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı ( $p>0,005$ ) (Tablo 24).

**Tablo 24. Sigara ile Yaşam Kalitesi Parametrelerinin Karşılaştırılması**

	Migren (+)			Migren(-)		
	Sigara içenler	Sigara içmeyenler	p	Sigara içenler	Sigara içmeyenler	p
Yaşam kalitesi parametreleri	Ortalama $\pm$ SD	Ortalama $\pm$ SD		Ortalama $\pm$ SD	Ortalama $\pm$ SD	
Fiziksel sağlık	51,00 $\pm$ 16,80	53,50 $\pm$ 17,46	0,397	71,82 $\pm$ 15,68	74,25 $\pm$ 72,45	0,860
Psikolojik sağlık	49,09 $\pm$ 18,32	54,93 $\pm$ 17,82	0,057	64,85 $\pm$ 14,09	65,68 $\pm$ 16,33	0,801
Sosyal ilişkiler	53,04 $\pm$ 21,80	54,82 $\pm$ 21,59	0,631	65,64 $\pm$ 17,45	67,20 $\pm$ 16,78	0,651
Çevre alanı	52,00 $\pm$ 19,14	60,14 $\pm$ 16,80	<b>0,006</b>	66,78 $\pm$ 14,43	66,63 $\pm$ 13,73	0,956

#### 4.21. Migreni Olanlarda ve Olmayanlarda Anksiyete ile Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki

Migreni olanlarda anksiyete ile fiziksel sağlık, psikolojik sağlık, sosyal ilişkiler ve çevre alanı gibi yaşam kalitesi parametreleri karşılaştırıldığında anksiyetesi olmayanların puan ortalamaları anlamlı derecede yüksek idi ( $p<0,001$ ).

Migreni olmayanlarda anksiyete ile psikolojik sağlık ( $p<0,001$ ), sosyal ilişkiler ( $p<0,001$ ) ve çevre alanı ( $p<0,001$ ) gibi yaşam kalitesi parametreleri karşılaştırıldığında anksiyetesi olmayanların puan ortalamaları anlamlı derecede yüksek idi. Fiziksel sağlık alanında ise anlamlı bir ilişki bulunmadı ( $p=0,085$ ) (Tablo 25).

**Tablo 25. Anksiyete ve Yaşam Kalitesi Parametrelerinin Karşılaştırılması**

	Migren (+)			Migren(-)		
	Anksiyete (+)	Anksiyete (-)	p	Anksiyete (+)	Anksiyete (-)	p
Yaşam kalitesi parametreleri	Ortalama ± SD	Ortalama ± SD		Ortalama ± SD	Ortalama ± SD	
Fiziksel sağlık	47,04± 15,00	58,48± 17,56	<0,001	56,36± 16,30	77,74± 73,54	0,085
Psikolojik sağlık	43,43± 14,26	63,19± 15,89	<0,001	49,80± 15,62	69,00± 13,93	<0,001
Sosyal ilişkiler	44,98± 20,58	63,24± 18,66	<0,001	59,38± 15,94	68,64± 16,62	0,003
Çevre alanı	51,02± 16,97	65,20± 15,38	<0,001	56,44± 12,20	68,87± 13,13	<0,001

**4.22. Migreni Olanlarda ve Olmayanlarda Depresyon ile Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki**

Migreni olanlarda depresyon ile fiziksel sağlık, psikolojik sağlık, sosyal ilişkiler ve çevre alanı gibi yaşam kalitesi parametreleri karşılaştırıldığında depresyonu olmayanların yaşam kalitesi parametrelerinin puan ortalamaları depresyonu olanlardan anlamlı derecede yüksek idi ( $p<0,001$ ).

Migreni olmayanlarda da depresyon ile fiziksel sağlık, psikolojik sağlık, sosyal ilişkiler ve çevre alanı gibi yaşam kalitesi parametreleri karşılaştırıldığında depresyonu olanların yaşam kalitesi parametrelerinin puan ortalamaları anlamlı derecede düşük idi ( $p=0,049$ ), ( $p<0,001$ ), ( $p<0,001$ ), ( $p<0,001$ ).

**Tablo 26. Depresyon ve Yaşam Kalitesi Parametrelerinin Karşılaştırılması**

	Migren (+)			Migren(-)		
	Depresyon (+)	Depresyon(-)	p	Depresyon (+)	Depresyon(-)	p
Yaşam kalitesi parametreleri	Ortalama ± SD	Ortalama ± SD		Ortalama ± SD	Ortalama ± SD	
Fiziksel sağlık	46,71± 15,32	63,90± 15,08	<0,001	59,56± 15,32	80,02± 79,20	0,049
Psikolojik sağlık	46,07± 15,14	66,95± 14,78	<0,001	52,28± 15,47	71,21± 12,55	<0,001
Sosyal ilişkiler	47,86± 21,17	65,94± 17,12	<0,001	57,83± 16,13	70,87± 15,63	<0,001
Çevre alanı	53,01± 16,49	67,72± 15,58	<0,001	56,45± 11,78	70,99± 12,23	<0,001

#### 4.23. Migren Hastalık Süresi ile WHOQOL BREF Genel Sağlık ve Yaşamdan Memnuniyetin Karşılaştırılması

Migren tanısı alalı 8 yıldan az olanlarla 8 yıl ve daha fazla olanlar arasında genel sağlık ve yaşamdan memnuniyet puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu ( $\chi^2=1,093$ ;  $p=0,895$ ) (Tablo 27).

**Tablo 27. Migren Hastalık Süresi ile WHOQOL BREF Genel Sağlık ve Yaşamdan Memnuniyetin Karşılaştırılması**

GSYM*	Tanı Süresi <8 yıl		Tanı Süresi ≥8 yıl		Toplam		$\chi^2$	p
	n	%	n	%	n	%		
Hiç hoşnut değil	13	48,1	14	51,9	27	100	1,093	0,895
Çok az hoşnut	32	47,1	36	52,9	68	100		
Ne hoşnut ne değil	35	50,7	34	49,3	69	100		
Epeyce hoşnut	19	55,9	15	44,1	34	100		
Çok hoşnut	1	33,3	2	66,7	3	100		

GSYM\*: Genel sağlık ve yaşamdan memnuniyet

#### 4.24. Migren Hastalık Süresi ile WHOQOL BREF Genel Sağlık ve Yaşam Kalitesinin Karşılaştırılması

Migren tanısı alalı 8 yıldan az olanlarla 8 yıl ve daha fazla olanlar arasında genel sağlık ve yaşam kalitesi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu ( $\chi^2=4,256$ ;  $p=3,373$ ) (Tablo 28).

**Tablo 28. Tanı Süresi ile WHOQOL BREF Genel Sağlık ve Yaşam Kalitesinin Karşılaştırılması**

Genel sağlık ve yaşam kalitesi	Tanı süresi						$\chi^2$	p
	8 yıldan az		8 yıl ve üstü		Toplam			
	n	%	n	%	N	%		
Çok kötü	6	54,5	5	45,5	11	100	4,256	3,373
Biraz kötü	9	37,5	15	62,5	24	100		
Ne iyi, ne kötü	55	47,8	60	52,2	115	100		
Oldukça iyi	27	61,4	17	38,6	44	100		
Çok iyi	3	42,9	4	57,1	7	100		

#### 4.25. Ayda Atak Sıklığı ile WHOQOL BREF Genel Sağlık ve Yaşamdan Memnuniyetin Karşılaştırılması

Ayda beşin altında migren atağı geçirenler ile beş ve üstünde atak geçirenler karşılaştırıldığında genel sağlık ve yaşamdan memnuniyet puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu ( $\chi^2=7,191$ ;  $p=0,126$ ) (Tablo 29).

**Tablo 29. WHOQOL BREF Genel Sağlık ve Yaşamdan Memnuniyet ile Atak Sıklığının Karşılaştırılması**

GSYM*	Ayda <5 atak		Ayda $\geq$ 5 atak		Toplam		$\chi^2$	p
	n	%	n	%	n	%		
Hiç hoşnut değil	10	37,0	17	63,0	27	100	7,191	0,126
Çok az hoşnut	31	45,6	37	54,4	68	100		
Ne hoşnut ne değil	38	55,1	31	44,9	69	100		
Epeyce hoşnut	17	50,0	17	50,0	34	100		
Çok hoşnut	3	100	0	0,00	3	100		

GSYM\*: Genel sağlık ve yaşamdan memnuniyet

#### 4.26. WHOQOL BREF Genel Sağlık ve Yaşam Kalitesinin Ayda Atak Sıklığı ile Karşılaştırılması

Ayda beşin altında migren atağı geçirenler ile beş ve üstünde atak geçirenler karşılaştırıldığında genel sağlık ve yaşam kalitesi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yok idi ( $\chi^2=5,741$ ;  $p=0,219$ ) (Tablo 30).

**Tablo 30. WHOQOL BREF Genel Sağlık ve Yaşam Kalitesinin Ayda Atak Sıklığıyla Karşılaştırılması**

Genel sağlık ve yaşam kalitesi	Ayda <5 atak		Ayda $\geq$ 5 atak		Toplam		$\chi^2$	p
	n	%	n	%	n	%		
Çok kötü	4	36,4	7	63,6	11	100	5,741	0,219
Biraz kötü	7	29,2	17	70,8	24	100		
Ne iyi, ne kötü	61	53,0	54	47,0	115	100		
Oldukça iyi	23	52,3	21	47,7	44	100		
Çok iyi	4	57,1	3	42,9	7	100		

#### 4.27. Migren Hastalarında Bazı Parametrelerinin Korelasyonu

Migren hastalarının yaşı ile anksiyete ve çevre alanı arasında ilişki bulunmazken, depresyon ile zayıf bir korelasyon saptandı ( $r^2=0,166$ ). Yaş ile psikolojik sağlık ve sosyal ilişkiler alanı arasında negatif yönde zayıf derecede bir korelasyon saptandı ( $r^2=-0,147$ ,  $r^2=-0,179$ ). Yaş ile BKİ arasında pozitif yönde orta derecede bir korelasyon bulundu ( $r^2=0,261$ ).

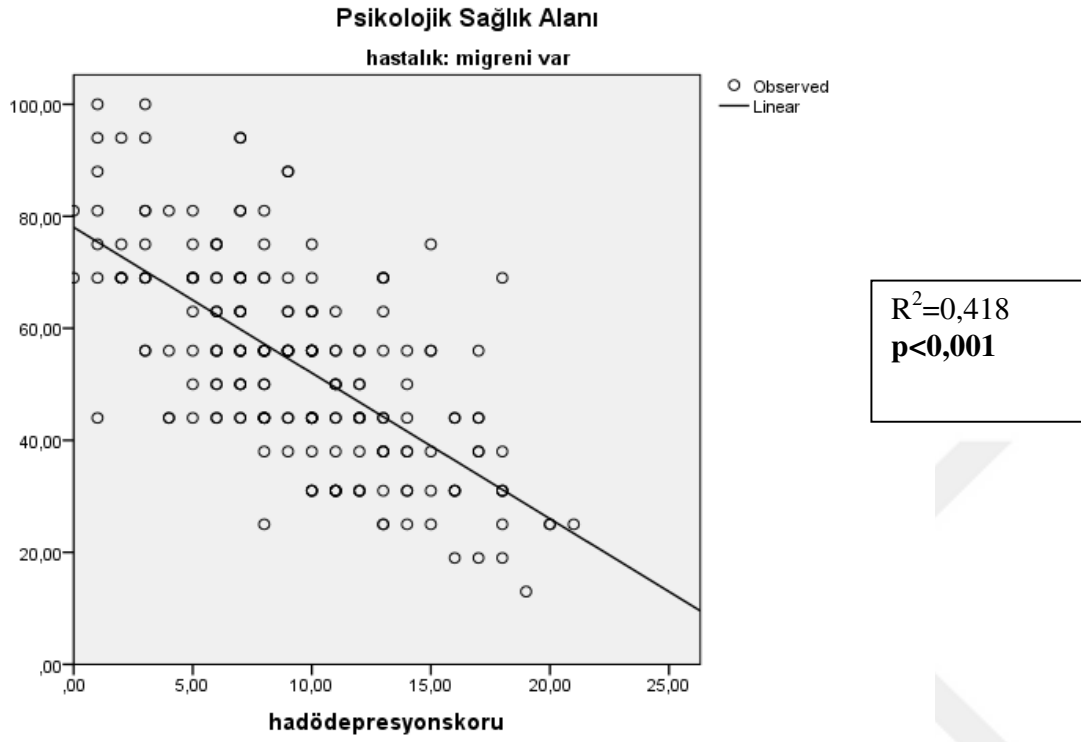
Migreni olan hastaların HADÖ-A puanı ile fiziksel sağlık ve çevre alanı arasındaki korelasyon incelendiğinde, negatif yönde orta derecede anlamlı bir korelasyon vardı ( $r^2=-0,395$ ,  $r^2=-486$ ). Sosyal ilişkiler ile HAD-A arasında ise negatif yönde güçlü derecede korelasyon bulundu ( $r^2=-0,524$ ). Migreni olan hastaların HADÖ-D puanı ile fiziksel sağlık ve çevre alanı arasındaki korelasyon incelendiğinde negatif yönde orta derecede anlamlı bir korelasyon bulundu ( $r^2=-0,476$ ,  $r^2=-490$ ). Sosyal ilişkiler ile HAD-D arasında ise negatif yönde güçlü derecede korelasyon bulundu ( $r^2=-0,577$ ) (Tablo 31).

**Tablo 31. Migren Hastalarında Bazı Parametrelerinin Korelasyonu**

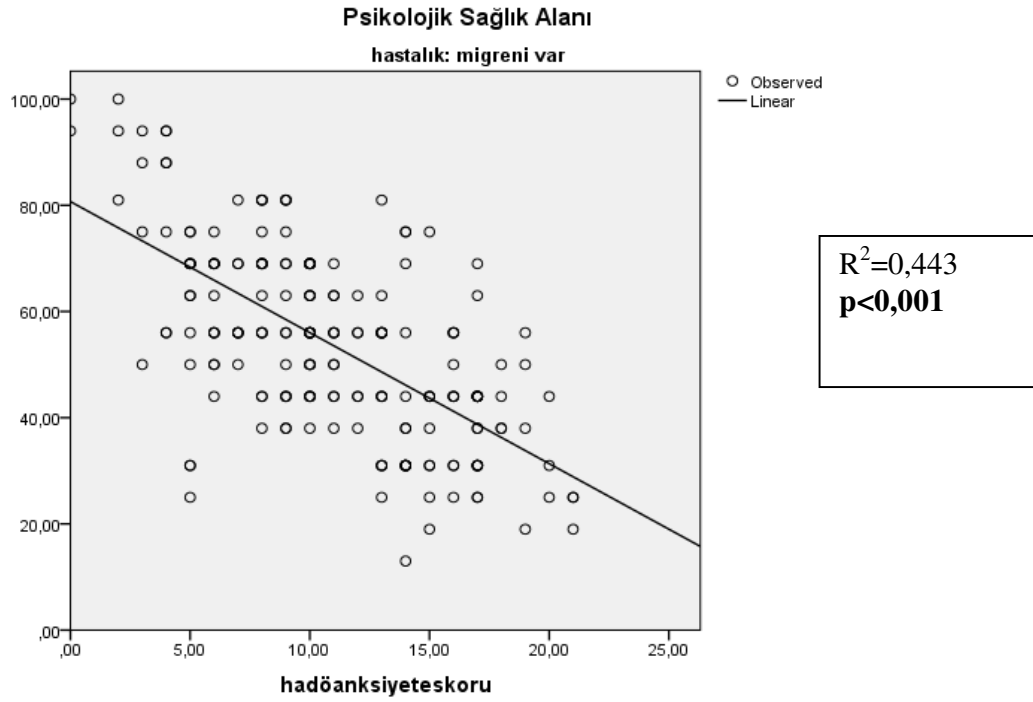
		1	2	3	4	5	6	7	8
<b>1-Yaş</b>	r	1							
	p								
<b>2- HADÖ-A</b>	r	0,016	1						
	p	0,817							
<b>3- HADÖ-D</b>	r	<b>0,166*</b>	<b>0,586**</b>	1					
	p	0,019	0,000						
<b>4-BKİ</b>	r	<b>0,261**</b>	-0,012	0,116	1				
	p	0,000	0,865	0,101					
<b>5-Fiziksel Sağlık Alanı</b>	r	0,005	<b>- 0,395**</b>	<b>-0,476**</b>	-0,049	1			
	p	0,946	0,000	0,000	0,487				
<b>6-Psikolojik Sağlık Alanı</b>	r	<b>-0,147*</b>	<b>-0,646**</b>	<b>-0,665**</b>	- 0,054	<b>0,596**</b>	1		
	p	0,038	0,000	0,000	0,446	0,000			
<b>7-Sosyal Sağlık Alanı</b>	r	<b>-0,179*</b>	<b>-0,524**</b>	<b>-0,577**</b>	-0,083	<b>0,459**</b>	<b>0,674**</b>	1	
	p	0,011	0,000	0,000	0,241	0,000	0,000		
<b>8-Çevre Alanı</b>	r	-0,063	<b>-0,486**</b>	<b>-0,490**</b>	-0,031	<b>0,412**</b>	<b>0,616**</b>	<b>0,558**</b>	1
	p	0,376	0,000	0,000	0,663	0,000	0,000	0,000	

\*\* Korelasyon 0,01 seviyesinde önemlidir.

\* Korelasyon 0,05 seviyesinde önemlidir.



Şekil 1. Migren Hastalarında Psikolojik Sağlık Alanı ile HADÖ-D arasındaki regresyon



## **Şekil 2. Migren Hastalarında Psikolojik Sağlık Alanı ile HADÖ-A arasındaki regresyon**

Migreni olan hastaların psikolojik sağlık alanı ile HADÖ-A puanı arasındaki korelasyon incelendiğinde, negatif yönde güçlü derecede anlamlı bir korelasyon bulundu ( $r=0,418$   $p<0,001$ ). Doğrusal regresyon analizi yapıldığında HADÖ-A puanındaki artışın % 41,8'i migren etki skoruna atfedilmektedir (Şekil 1).

Migreni olan hastaların psikolojik sağlık alanı ile HADÖ-D puanı arasındaki korelasyon incelendiğinde negatif yönde güçlü derecede anlamlı bir korelasyon bulundu ( $r=0,443$   $p<0,001$ ). Doğrusal regresyon analizi yapıldığında HADÖ-D puanındaki artışın %44,3'ü migren etki skoruna atfedilmektedir (Şekil 2).



## 5. TARTIŞMA

Migren başın tek tarafına lokalize, zonklayıcı özellikte, orta veya şiddetli dereceli ağrıyla karakterize, tekrarlayıcı birincil baş ağrısıdır (Savrun 1996). Migren tipi baş ağrısı patofizyolojik mekanizmaları tam olarak aydınlatılmayan, beynin kompleks, karmaşık bir hastalığıdır. Özellikle migrenin ilaçla tedavisi, hastadan hastaya değişken etkinlik göstermektedir ve tanı koydurucu bir laboratuvar testi yoktur. Tanı IHS kriterlerine göre konulmaktadır. Diğer çoğu kronik hastalıklarda olduğu gibi baş ağrısı sendromları sadece hastanın yaşam kalitesini etkilemekle kalmaz aynı zamanda toplumlarda ciddi ekonomik yüke de neden olur.

Yapılan epidemiyolojik çalışmalar sonucunda ülkemizde migren prevalansı %16,4 olarak bulunmuştur. Genel olarak kadınların %21,8'ini erkeklerin %10,9'unu etkilemektedir. Hayatın herhangi bir döneminde ortaya çıkabilir. Özellikle en sık 30-50 yaşlarında görülür (Sönmezler 2013).

Migren prevalansı yaş ve cinse göre değişir. Ergenlik öncesinde erkeklerde kızlara göre daha yüksektir. Puberte sonrası kızlarda daha hızlı artar. Kırk yaşına kadar prevalansdaki artış sürer daha sonra azalmaya başlar. En sık başlangıç yaşı ikinci ve üçüncü dekadıdır. Elli yaş üzerinde migren ataklarının ilk kez başlamasına %2 oranında rastlanır. Tüm çalışmalar migrene kadınlarda daha sık rastlandığını göstermektedir; erkek kadın oranı 1:2-3'tür. Kadınlarda daha sık görülmesinin nedeni kesin olarak bilinmemesine rağmen, kadın cinsiyet hormonlarının olayla ilişkili olduğu düşünülmektedir (Silberstein 2004).

Çalışmamıza Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Nöroloji polikliniğinde migren tanısı almış on sekiz yaş üstü 201 erişkin birey ve aile hekimliği polikliniğine herhangi bir sebeple başvurmuş migren tanısı olmayan, şikayeti olmayan 201 erişkin birey alındı.

Hastalarımızın % 90,5'i (n=182) kadın, % 9,5'i (n=19) erkekti. Migrenin, daha önce yapılmış olan çalışmalarda erkeklere göre kadınlarda 2 ya da 3 kat fazla olduğu gösterilmiştir. Çelepkolu ve ark. (2011) yaptığı bir çalışmada migren hastalarının %63,6'ü kadın olarak bulunmuş. Başka bir çalışmada, 2011 ve 2013 yıllarında baş ağrısı kliniğine başvuran migren tanısı almış 200 hastanın 167'sinin (%83,5) kadın olduğu belirtilmektedir. Smitherman ve ark. (2013) yaptığı çalışmada migren ve diğer ciddi baş ağrıları, özellikle üreme yaşındaki kadınlar arasında yaygın ve önemli bir halk sağlığı problemi olarak belirtilmiştir. Ayrıca aynı çalışmada baş ağrısı yükü 18-44 yaşlarındaki kadınlarda en yüksek oranda bulunmuş. Çalışmamızda da katılımcıların büyük kısmının kadınlardan oluşmasının nedeni migrenin kadınlarda daha ağır seyretmesi ve hastaneye başvuru oranının kadınlarda daha yüksek olması ile ilişkili olabilir. Kadınlarda migrenin daha ağır seyretmesinin sebebi seks hormonları,

reseptör bağlanmaları, genetik faktörler, çevresel stresör faktörlerine farklı maruziyet ve stres ile acı algısının cevabının değişik olması olabilir (Peterlin 2011).

Migrenli hastaların yaş ortalaması  $35 \pm 9,68$  yaş (min:18 - max:65) idi. İncekara Aydın ve ark. nın yaptıkları çalışmada migren hastalarının yaş ortalamasını  $37,0 \pm 9,7$  (19-60) yıl bulmuştur. Kuzudişli'nin 155 migrenli hastayla yaptığı çalışmada yaş ortalaması  $33,8 \pm 9,8$  idi. Wang ve ark. nın (2001) 901 baş ağrılı hastada yaptığı çalışmada migrenlilerin yaş ortalaması  $41,8 \pm 20,3$ , Hoppe ve ark. nın (2009) 301 migrenliyle yaptığı çalışmada yaş ortalaması  $42,6 \pm 11,4$  idi. Bussone ve ark. nın 68 migrenlide yaptığı çalışmasında yaş ortalaması 38,52 olarak bulunmuş. Leonardi ve ark. nın (2010) 102 migrenlide yaptığı çalışmada yaş ortalaması  $43,5 \pm 11,4$ , Eyigürbüz ve ark. nın (2011) 45 migrenli ile yaptığı çalışmada yaş ortalaması  $34 \pm 7,93$  olarak belirtilmiştir. Yurtdışındaki çalışmalar, migren hastalarının yaş ortalamalarını daha yüksek raporlamışlardır. Bu durum muhtemelen farklı toplumların farklı nüfus yapısına sahip olması ile ilişkilidir. Daha önce Ertaş ve ark. da yapmış oldukları çalışmada migren prevalansının 35-40 yaş arasında en yüksek düzeye ulaştığını bildirmişlerdir. Younger ve ark. nın (2016) yaptığı çalışmada hastaların migrenleri yaşa göre önemli derecede değişkenlik gösteriyordu ve hem erkeklerde hemde kadınlarda yaş aralığı 35 ve 45 yaş arası olarak bulunmuştu. Hastaların yaş ortalaması ile ilgili verilerimiz bu çalışmalar ile uyumlu olmuştur.

Eğitim durumu açısından bakıldığında hastalarımızın 117'si (%67,2) ortaokul ve altı eğitimli idi. İncekara Aydın ve ark. nın (2010) yaptığı çalışmada migreni olanlar ve olmayanların eğitim seviyesi arasında fark tespit edilmemiş. Garcia ve ark. nın (2016) Avusturya'da 150 hastada yaptığı bir çalışmada 38 (% 25,3) hasta ilkokulu; 54 (% 36) orta öğretim okulunu bitirmiş ve 55 (% 36,7) üniversite çalışmalarına başlamıştı. Karbay ve ark. nın (2016) yaptığı çalışmada 42'si (%41,6) okuryazar veya ilkokul mezunu, 21'i (%20,8) ortaokul veya lise mezunu, 38'i (%37,6) üniversite veya lisansüstü mezunuydu. Ertaş ve ark. nın yaptığı çalışmada migren prevalansının en yüksek olduğu grubun eğitimsiz grup olduğu belirlenmişti (%31,6). Bizim çalışmamızda da hastalarımızda eğitim seviyesi düşük olanlar daha fazla idi.

Edirne ilinde 2010 yılında Taşçı ve ark. nın Identity Migren Testi kullanarak 1453 kişi üzerinde yaptığı bir araştırmada, çalışmayanlarda Identity Migren Testini çalışanlara oranlara daha yüksek oranda pozitif bulunmuştur. Bizim yaptığımız çalışmada migrenli hastaların %62,2'si (125) ev hanımı iken kontrol grubunun %34,3'ü (69) ev hanımıydı ve iki grup arasında fark bulunmamakta idi.

Daha önce yapılmış birçok çalışmada sosyo ekonomik ve eğitim seviyesi düşük bireylerde migren prevalansı daha yüksek bulunmuştur. Çalışmamızda migrenli hastaların % 31,8'ünün geliri giderinden az, %8,5'inin geliri giderinden fazla iken kontrol grubunun % 29,9'unun geliri giderinden

az, %13,9'unun geliri giderinden fazla bulunarak diğer çalışmalarla sonucumuz uyumluydu. Bizim çalışmamızdaki bu farklılık özellikle kontrol grubunun Aile hekimliği polikliniğine herhangi bir sebeple hastane personelinin daha çok başvuru yapmasından kaynaklanıyor olabilir.

Taşçı ve ark. nın (2013) yaptığı çalışmada sigara içenlerle içmeyenlerde migren görülme arasında fark bulunmazken bizim çalışmamızda migren hastalarının sigara içme oranı daha yüksekti.

Migren atak sıklığını dikkate alan az sayıda çalışma mevcut olup, genel kanı migren ataklarının ayda birden az olduğu yönündedir. Fakat migrenli olguların yaklaşık %20'si ayda birden fazla atak geçirmektedir. Ortalama atak süresi bir günden az olup, hastaların beşte birinde 2–3 gün sürmektedir. Yaptığımız çalışmada kadın hastaların ayda geçirdiği migren atak sayısı erkeklere göre daha fazlaydı.

Migren ve psikiyatrik bozukluklar arasındaki ilişki hem klinik hem de epidemiyolojik çalışmalarda bildirilmiştir. Migrenli bireylerde psikiyatrik bozuklukların yaygınlığı artmıştır. Psikiyatrik hastalarda migren değerlendiren çalışmalar sınırlıdır ve bu çalışmaların çoğunluğu sadece majör depresyonu olan hastaların incelenmesine odaklanmıştır. Senaratne ve ark. yaptıkları bir çalışmada, anksiyete bozukluğu kliniği örneğinde migren baş ağrısı prevalansını ve özelliklerini Anksiyete Bozuklukları Kliniğindeki 206 ardışık poliklinik olgusunu migren prevalansı açısından değerlendirmişler. Anksiyete bozukluğu kliniğinde migren prevalansını % 67 olarak bulmuşlardır. Ayrıca migren hastalığı olanlarda diğer psikiyatrik bozukluklara daha fazla raslanmıştır (p= 0.012). Bu çalışmada, anksiyete bozukluğu hastalarında genel popülasyona kıyasla migren baş ağrısı sıklığının arttığını göstermişlerdir. Smitherman ve ark. nın (2013) yaptığı başka bir çalışmada, migrenin baş ağrısı sıklığına bağlı olarak, diğer fiziksel ve psikiyatrik komorbiditeler için risk artışına sebep olduğu belirtilmiştir.

Migren, geniş tıbbi ve psikiyatrik komorbiditeyle ilişkili yaygın görülen bir nörolojik bozukluktur. Nüfus ve klinik temelli çalışmalar psikiyatrik komorbiditelerin, özellikle de ruh hali ve anksiyete bozukluklarının kronik migreni olan kişilerde epizodik migren hastalarından daha sık olduğunu göstermektedir. Ek çalışmalar, psikiyatrik komorbiditelerin migren kronifikasyonu için bir risk faktörü olabileceğini düşündürmektedir (yani, epizodik kronik migrene ilerleme). Migrenli hastalarda eşlik eden psikiyatrik koşulları tanımlamak ve uygun bir şekilde tedavi etmek önemlidir. Çünkü bu koşullar migrenle ilişkili özürülük ve etkinin artmasına, sağlıklı ilişkili yaşam kalitesinin düşmesine ve tedavi sonuçlarının kötüleşmesine katkıda bulunabilir. Burada, klinik ve nüfusa dayalı çalışmalarda migreni olan kişiler arasında depresyon, anksiyete ve travma sonrası stres bozukluğu gibi çeşitli psikiyatrik komorbiditelerin oranları hakkındaki güncel literatür gözden geçirildiğinde migrenlilerde daha yüksek bulunmuştur (Buse 2013).

Migren ve majör depresyon arasındaki ilişki klinik gruplar ve genel popülasyon örneklemelerinde gözlenmiştir. Migrenlilerin %47'inde depresyona rastlanırken, bu oran migreni bulunmayanlarda %17 dir ve hem migren hem de depresyon hayat kalitesini ciddi derecede düşüren hastalıklardır. Toplum çalışmalarına göre migren ve depresyon arasındaki ilişki için rölatif risk 2,2 ile 4 arasında değişmektedir. Keçeci ve ark. nın (2003) yaptığı çalışmaya göre Türk toplumunda yaşam boyu majör depresyon prevalansı migrenli olgularda yaklaşık üç kat daha yüksektir. Bir başka araştırmaya göre migreni olmayan olgular ile karşılaştırıldığında migrenlilerin depresyon geliştirme riski üç kattan fazladır. Aynı şekilde daha önce migren tanısı olmayan depresyondaki kişilerin depresyonu olmayan olgular ile kıyaslandığında migren geliştirme riski üç kat yüksektir. Basit psikiyatrik yakınmaları olan olgularda migren sonrası depresyon oluşumunun altı kat arttığı rapor edilmişti. Migren baş ağrısı ve depresyon birlikteliği 65 yaş ve üzeri kişilerde de gösterilmiştir (İncekara Aydın 2010).

Zwart ve ark. nın (2003) 20 yaş ve üzeri 50000 den fazla kişinin dahil edildiği çalışmalarında migren, migren dışı baş ağrısı ve baş ağrısı atak sıklığı ile depresyon ve anksiyete hastalıkları arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Psikiyatrik değerlendirme Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADÖ) kullanılarak yapılmıştır. Genel olarak migreni olan kişilerin kontrol grubuna kıyasla depresyon (rölatif risk 2,7) veya anksiyete bozukluklarına (rölatif risk 3,2) sahip olma riski daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca, baş ağrısı sıklığı arttıkça depresyon ve anksiyete hastalıklarının olasılık oranının arttığı saptanmıştır. Sharma ve ark. nın (2013) Hindistan'da HAD-Ö ölçeği kullanılarak 71 migren hastası üzerinde yaptıkları araştırmada da migrenlilerde depresyon ve anksiyeteye daha sık rastlanmıştır. Hung ve ark. majör depresyon hastaları üzerine migren etkisini inceledikleri çalışmalarında anksiyete, depresyon ve fiziksel semptomları değerlendirmek için üç psikiyatrik ölçek kullanmıştır. Bunlar; HAM-D, Beck Depresyon Envanteri ve HADÖ'dir. Hem kronik migren hem epizodik migren grubundaki hastaların her üç psikometrik ölçek üzerinden aldıkları toplam puan migreni olmayan grupla karşılaştırıldığında daha yüksek bulunmuştur (İncekara Aydın 2010). HAD-Ö anksiyete depresyon anketi kullanarak migren hastalarında yaptığımız çalışmamızda kontrol grubuna göre migreni olanlarda depresyon ve anksiyeteye daha fazla raslandı. Bu çalışmamızda evli olan, eğitim seviyesi düşük, çalışmayan bayanlarda depresyon görülme oranı anlamlı derecede daha yüksek bulundu.

Klinik çalışmalarda sadece baş ağrısı şiddeti değil, baş ağrısı sıklığı da depresyon ve anksiyete bozuklukları ile bağlantılı gibi görünmektedir. Baş ağrısı atak sıklığı ve ruhsal bozukluklar arasındaki ilişki yaşlı popülasyonda da gösterilmiştir. İncekara Aydın ve ark. nın yaptığı çalışmada hasta

grubunda migren atak sıklığına göre HAM-D, HAM-A ve MOKSL skorlarını değerlendirilmiş istatistiksel olarak anlamlı olmamakla beraber tüm ölçeklerde haftada 1-2 kez baş ağrısı atağı geçirenlerin puan ortalamasının ayda 1-2 kez veya yılda birkaç kez baş ağrısı atağı geçirenlere kıyasla daha yüksek olduğu saptanmış (İncekara Aydın 2010). Biz de çalışmamızda migren hastalarının ayda geçirdikleri atak sayısı ile HADÖ anksiyete-depresyon skorlarını karşılaştırdık. Yaptığımız karşılaştırma sonucunda ayda beş ve daha fazla atak geçirenlerde depresyon daha fazla görülürken anksiyete açısından anlamlı bir fark tespit edemedik. Ayrıca migren hastalık tanı süresi arttıkça hastalarda depresyon ve anksiyete görülme oranı artmaktaydı. Bu sonuç literatür bilgileriyle uyumluydu.

Yaşam kalitesi, hayattan duyulan hoşnutluk, mutluluk olarak ifade edilebileceği gibi, bireyin kültür ve değerler sistemi içinde, kendi durumlarını algılayış biçimidir. Yaşam kalitesi kişisel iyilik halini içine alan geniş bir kavramdır (Alemdar 2006).

Tüm hastalıklarda olduğu gibi migren de yaşam kalitesini etkilemekte ve bireyin yaşamdan aldığı doyumunu azaltmakta, sosyal ve fiziksel işlevsellikleri olumsuz yönde etkilemektedir.

Literatürde yaşam kalitesini ölçmek amacıyla birçok yaşam kalitesi ölçeği kullanılmıştır. Biz de çalışmamızda migrenli hastaların yaşam kalitelerini ölçmek için WHOQOL Bref TR ölçeğini kullandık.

Çalışmamızda grupların cinsiyet farklılığının yaşam kalitesi puan ortalamalarının karşılaştırılmasında; kadınların psikolojik sağlık alan puan ortalamalarının erkeklere kıyasla anlamlı olarak daha düşük olduğu saptanmıştır. Daha önce yapılan çalışmalarda da kadınların yaşam kalitesi puanları, erkeklere göre da düşük bulunmuştur. Eren ve arkadaşlarının (2006) polio sekeli hastalarda yaşam kalitesi ile ilişkisini araştırdıkları çalışmada; kadınların sosyal alan ve çevresel alan puanlarının erkeklere göre anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur. Arslantaş ve ark. nın (2006) yaşlılarda yaşam kalitesi çalışmalarında da erkeklerin sosyal alan hariç diğer alan puan ortalamaları kadınlardan daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Çalışmamızda daha önce yapılan çalışmalarla uyumlu sonuçlar bulundu. Bu da bize kadınların ev işini yapma, çocuk büyütme gibi temel ailevi vasıflardan ve sosyal, kültürel baskılardan erkeklere göre daha fazla etkilendiğini ve yıprandığını göstermektedir.

Çalışmamızda migreni olanlar ve olmayanlar genel sağlık ve yaşam kalitesi yönünden karşılaştırıldığında kontrol grubunun daha iyi olduğu tespit edildi. Üneri ve ark.nın (2009) migrenli ergenlerde yaptıkları yaşam kalitesi çalışmasında migrenli grubun yaşam kalitesi puanlarının kontrol grubuna göre daha düşük olduğu saptanmıştır.

Çalışmamızda grupların medeni hali ile yaşam kalitesi puan ortalamaları karşılaştırıldığında evli olan migren hastalarının sosyal ilişki alan puan ortalaması olmayanlara göre düşüktü. Esen ve ark.nın (2006) yaptıkları çalışmada da medeni halin yaşam kalitesini etkilemediği saptanmıştır. Güven'nin 2007'de diabetes mellituslu hastalarda yaşam kalitesini araştırdığı çalışmada evli hastaların yaşam kalitesi; bekar hastalara kıyasla daha yüksek bulunmuştur.

Migreni olanlarda ve olmayanlarda eğitim düzeyi ve yaşam kalitesi parametreleri karşılaştırdık. Eğitim seviyesi yükseldikçe migreni olanlarda psikolojik sağlık, sosyal ilişkiler ve çevre alanı puanlarının ortalamaları yükselmekteydi. Aldinç ve ark. (2004) eğitimin artması ile yaşam kalitesinin arttığını bildirmişlerdir. Aydemir ve ark. (2000) çalışmasında yüksek eğitim grubunda yaşam kalitesi puanlarını yüksek olarak bulmuşlardır. Üstün ve ark. (2006) çalışmasında lise eğitimi alan hastaların yaşam kalitesi puanları okur-yazar olmayan ve ilköğretim okulu mezunu olan hastalara göre daha yüksek saptamışlardır. Biz de çalışmamızda literatür bilgileriyle uyumlu sonuç bulduk. Eğitimin artmasıyla yaşam kalitesi de olumlu olarak etkilenmekte ve artmakta idi.

Suijlekom ve ark. 2003'te 39 migrenli hastaya SF-36 uygulamış migrenlilerde FF (fiziksel fonksiyonellik) puan ortalamasını normalden düşük olduğunu belirtmiştir. 2004'te Bussone G ve arkadaşları 68 migren hastasının FF puan ortalamasını normalden anlamlı derecede düşük bulmuştur. 2010'da 102 migren hastasında, hastalığın şiddetiyle yaşam kalitesi düzeyinin incelendiği bir çalışmada, Raggi ve ark., FF puanlarının hastalığın şiddetiyle ters orantılı olarak düştüğünü bildirmiştir. 2009'da Buse DC ve ark. nın 1970-2008 tarihleri arasındaki literatür taraması ile migrenlilerin tüm boyutlarda olduğu gibi FF boyutunda da normalden düşük puanlara sahip olduğu sonucuna ulaşmıştır.

Hollanda'da 2003'te yapılan bir çalışma migrenlilerde FR (Fiziksel Rol) puan ortalamasını 29,5 olarak normal popülasyondan düşük bulmuştur. Raggi ve ark. ise migren şiddeti arttıkça FR puanlarının 29,3'e kadar düştüğünü gözlemlemiştir. Buse DC ve arkadaşları FR puanlarını migrenlilerde normal popülasyondan düşük saptamıştır. Yine benzer bir sonuç Hollanda'da yapılan bir çalışmada saptanmıştır. İtalya'da 2010'daki bir çalışmada da migren şiddeti arttıkça ER (Emosyonel Rol) puanlarında normale göre düşüş gözlenmiştir. Aynı yıl Leonardi ve ark. nın (2010) çalışmasında migrenli grupta ER puanları normalden düşük bulunmuştur. Çalışmamızda migren tanısı alalı 8 yıldan az olanlarla 8 yıl ve daha fazla olanlar arasında genel sağlık ve yaşamdan memnuniyet puanları açısından ve yaşam kalitesi puanları açısından bir fark bulunmadı. Ayda beşin altında migren atağı geçirenler ile beş ve üstünde atak geçirenler karşılaştırıldığında genel sağlık ve yaşam kalitesi puanları ve genel sağlık ve yaşamdan memnuniyet puanları arasında da fark yoktu.

Sharma ve ark. nın (2013) 71 yeni tanı konmuş migren hastası ile görüşme yapmış. Yaş ve cinsiyete uygun sağlıklı kişiler (n=71) kontrol olarak kullanılmış. Kısa Form-36, Migren Engelli Değerlendirme Ölçeği ve Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği uygulanmıştır. SİYK'nin öngördürücüleri regresyon analizi kullanılarak belirlenmiştir. Migrenlilerin, SF-36'nın tüm alt ölçeklerinde, fiziksel, genel sağlık ve rol duygusal alt ölçekleri bakımından kontrollere göre daha kötü oldukları belirlenmiş. Hintli migren hastalarında sağlıklı kontrollere kıyasla HRQoL önemli ölçüde azalmış olarak bulunmuş. Bu hastalarda klinik olarak anlamlı anksiyete ve depresif belirtilerin görülme sıklığı da çok daha yüksek bulunmuş. Bu bulgular, dünyanın diğer bölgelerindeki çalışmalarla da uyumlu bulunmuş ve migrenin kültürel farklılıkların yaşam kalitesi üzerindeki öznel etkisini önemli ölçüde değiştirmediğini öne sürmüşlerdir.



## 6. SONUÇLAR

- Migren tanısı almış 18 yaş üstü kadın ve erkek hastaların migreni olmayanlarla anksiyete depresyon düzeyi ve yaşam kalitesini karşılaştırdığımız bu çalışmada;
- Migrenli hastaların kiloları kontrol grubuna göre daha azdı bu fark istatistiksel olarak anlamlıydı.
- Eğitim düzeyi, meslek ve medeni durum açısından migreni olanlarla olmayanlar arasında anlamlı bir fark yoktu.
- Migren bayanlarda erkeklere göre yaklaşık 9 kat fazlaydı.
- Gelir düzeyi ile migren arasında anlamlı bir ilişki vardı. Migren orta ve düşük gelir düzeyi olanlar daha fazla görülmekte idi.
- Migren hastalarının %46,8'inde 1.derece yakınlarında migren hastalığı vardı.
- Tanı süresi sekiz yıldan az olanların çoğu genç yaş grubuydu. Yaş artıkça tanı süresi istatistiksel olarak anlamlı derecede artmaktaydı.
- Migren'li hastaların %41,8'i düzenli migren ilacı kullanırken %41,8'i atak anında ağrı kesiciler kullanıyordu.
- Migren hastalarında atak anında baş ağrısına bulantı-kusma, ışık ve sese hassasiyet, uykusuzluk eşlik etmekteydi. Ayrıca baş ağrısına azalan sırayla yorgunluk ve halsizlik, uyuşukluk, görmede bozukluk, anksiyete, karıncalanma hissi ve depresyonun eşlik ettiği saptandı.
- Migrenlilerin %96,5'inde atağı tetikleyen bir faktör vardı. Bulgulara göre bu faktörlerin başında gürültü geliyordu. Uykusuzluk, ışık, açlık, stres, kafenli gıdalar, gazlı içecekler içmek, balık yemek migren ataklarını tetikleyen diğer faktörlerdi.
- Migreni olanlarda anksiyete ve depresyona daha fazla raslanmaktaydı. Bu sonuç istatistiksel olarak anlamlıydı.
- Migrenlilerde tanı süresi artıkça depresyon ve anksiyete görülme açısından bir fark yoktu.
- Migren hastalarının ayda geçirdikleri atak sayısı ile HADÖ anksiyete-depresyon skorlarını karşılaştırdık. Yaptığımız karşılaştırma sonucunda ayda beş ve daha fazla atak geçirenlerde depresyon daha fazla görülürken anksiyete açısından anlamlı bir fark tespit edilememiştir.
- Ayda beş ve daha fazla atak geçiren kadın hasta oranı erkek hasta oranına göre iki kat fazlaydı. Cinsiyetle atak sıklığı arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı idi.
- Eğitim düzeyi düşük olanlarda daha sık atak görülürken yüksek olanlarda daha az atak görülmekteydi. Bu sonuç istatistiksel olarak hesaplandığında anlamlı bulunmuştur.

- Ayda geçirilen atak sayısı yaş, BKİ, medeni durum, meslek, ekonomik durum ve sigara kullanımı ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu.
- Migreni olup sigara içenlerde anksiyetenin daha fazla görüldüğü tespit edildi. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlıydı.
- Migren hastalarının normal kilolu olanlarında fazla kilolu olanlarına göre anksiyete anlamlı olarak daha fazlaydı.
- Hem hasta grubunda hem de kontrol grubunda anksiyete ve diğer sosyodemografik özellikler açısından istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktu.
- Evli olanlarda olmayanlara, çalışmayanlarda çalışanlara, ortaokul ve altı eğitim seviyesi olanlarda lise ve üstü eğitimi olanlara göre depresyon anlamlı olarak daha fazla idi.
- Migreni olanlar ve olmayanlar genel sağlık ve yaşam kalitesi yönünden karşılaştırıldığında kontrol grubunun daha iyi olduğu tespit edildi.
- Genel sağlık ve yaşamdan memnuniyet yönünden iki grubu karşılaştırdığımızda migreni olmayanların yaşamdan memnuniyeti daha yüksekti.
- Her iki grubun yaşam kalitesi parametreleri karşılaştırıldığında sosyal ilişkiler, çevre alanı, psikolojik sağlık puan ortalaması kontrol grubunda istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulundu. Fiziksel sağlık alan puanı açısından migreni olanlarla olmayanlar arasında fark yoktu.
- Migreni olan ve olmayan erkeklerin psikolojik sağlık puan ortalaması kadınlardan istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksekti. Migreni olmayan erkeklerin çevre alan puan ortalaması da yüksekti. Diğer yaşam kalitesi parametreleri açısından cinsiyet ve gruplar arasında fark yoktu.
- Migreni olanlar ve olmayanlarda evli olmayanların sosyal ilişki alan puanı daha yüksekti ve bu yükseklik istatistik olarak anlamlıydı. Diğer yaşam kalitesi parametreleri ile medeni durum arasında anlamlı bir ilişki yoktu.
- Eğitim seviyesi lise ve üstü olan migren hastalarının psikolojik sağlık, sosyal ilişkiler ve çevre alanı puanları ortaokul ve altı eğitimli olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksekti. Fiziksel sağlık alanı ile eğitim seviyesi arasında anlamlı bir ilişki yoktu.
- Migreni olmayanlarda lise ve üstü eğitimlilerin psikolojik sağlık ve çevre alanı puanları ortaokul ve altı eğitimli olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksekti. Fiziksel sağlık ve sosyal ilişki alanları ile eğitim seviyeleri arasında bir ilişki yoktu.
- Migreni olanlarda çevre alanı puan ortalaması sigara içmeyenlerde daha yüksekti. Sigara içme ile fiziksel, psikolojik sağlık, sosyal ilişkiler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktu.

- Kontrol grubunda sigara içme ile yaşam kalitesi parametreleri arasında anlamlı bir ilişki yoktu.
- Migrenlilerde anksiyetesi ve depresyonu olmayanların yaşam kalitesi parametrelerinin puan ortalaması anksiyetesi ve depresyonu olanlardan daha yüksekti.
- Kontrol grubunda da depresyon ve anksiyetesi olanların yaşam kalitesi puan ortalamaları daha düşük bulundu.
- Migrenlilerde hastalık tanı süresi ve atak sıklığı ile yaşam kalitesi arasında bir ilişki yoktu.

## 7. ÖNERİLER

Migrenin basit bir baş ağrısı şikayeti olmadığı, ciddiye alınması gereken bir sağlık sorunu ve yaşam kalitesi düşürücü hastalık olduğu ve baş ağrısı için doktora baş vurulmasının önemi vurgulanmalı. Birincil baş ağrılarından migrenin yaşam alanlarını etkileyen bir sağlık sorunu olması sebebiyle hastalarda yaşam kalitesi ile ilgili veriler tedavi memnuniyeti ve bireysel ihtiyaçların tespit edilmesi sağlanarak daha iyi tedavi yaklaşımları ve baş etme yöntemleri geliştirilmeli.

Kişilerin stresle baş etme becerilerinin zayıflığı konusunda, kişilere stresle baş etme konusunda destek olarak psikiyatri, nöroloji ve aile hekimliği dallarının ortak olarak çalışması fayda sağlayabilir. Kronik ağrı sendromlarının tedavisinde amaç, ağrı şiddetinin azaltılması ve yaşam kalitesinin artırılmasıdır. Buna göre hastalığa eşlik eden psikiyatrik bozuklukların değerlendirilmesi ve gerekirse tedavi edilmesi, tedaviye uyum ve prognozu olumlu yönde etkileyecektir.

## 8. KAYNAKLAR

- Adams RD, Victor M. Principles of neurology, 7th edition, Mc Graw Hill international editions. 2001, Chapter 10.
- Akça ÖF, Özkan M, Teber S. Migren ve gerilim tipi baş ağrısı olan ergenlerde anksiyete duyarlılığı ve dissosiyatif belirtiler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2013; 14:161-6.
- Aldinç H, Aytar B, Demet ME, Seçen AE, Şahin A, Yılmaz H. Ankara ilinden seçilen birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuran 18 yaş ve üzeri kişilerin medikososyal özelliklerine göre yaşam kalitelerinin karşılaştırılması. *Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D.* 2004; s37.
- Alemdar M, Selekler M. Migren ve kortikal yayılan depresyon. *Ağrı*,2006;18.4.
- Altıparmak S. Gebelerde sosyo-demografik özellikler, öz bakım gücü ve yaşam kalitesi ilişkisi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 2006;5-6; s:416-23.
- Ambrosini A, Schoenen J. The electrophysiology of migraine. *Curr Opin Neurol*. 2003.07.15 ed. 2003;16(3):327–31.
- Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Beşinci Baskı (DSM- 5), Tanı ölçütleri başvuru el kitabından çev, Köroğlu E,Hekimler Yayın Birliği, Ankara. 2013; 91-112.
- Andrews G et al. *The Treatment of Anxiety Disorders: Clinician Guides and Patient Manuals*, Cambridge University Pres. 2002; p: 148-98.
- Anttila V, Stefansson H, Kallela M, Todt U, Terwindt GM, Calafato MS, et al. Genome-wide association study of migraine implicates a common susceptibility variant on 8q22.1. *Nat Genet. United States*; 2010;42(10):869–73.
- Anttila V, Winsvold BS, Gormley P, Kurth T, Bettella F, McMahon G, et al. Genome-wide meta-analysis identifies new susceptibility loci for migraine. *Nat Genet. United States*; 2013;45(8):912–7.
- Arslan S, Kutsal Y. Geriatriye yaşam kalitesinin değerlendirimi (Quality of life assesment in geriatrics). *Geriatrici*.1999;2(4):173-8.
- Arslantaş D, Metintaş S, Ünal A, Kalyoncu C. Eskişehir Mahmudiye ilçesi yaşlılarında yaşam kalitesi. *Osmangazi Tıp Dergisi* 2006;28(2):81-9.
- Arulmani U, Maassenvandenbrink A, Villalon CM, Saxena PR. Calcitonin gene-related peptide and its role in migraine pathophysiology. *Eur J Pharmacol. Netherlands*; 2004;500(1-3):315–30.

- Aydemir Ç, Kasım İ, Cebeci S, Göka E, Tüzer V. Kronik böbrek yetmezliği hastalarının yakınlarında yaşam kalitesi ve psikiyatrik semptomlar. *Kriz Dergisi* 10(2): 29-39.
- Aydemir Ö, Güvenir T, Küey L, Kültür S. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*.1997;8:280-7.
- Aydemir Ö, Yağcı E, Gülseren L, Kültür S. Menopoz döneminde anksiyete ve depresyon. *Türk Psikiyatri Dergisi*.1999;10:268-274.
- Aygül R, Deniz O, Güzelcik M, Erol A. Baş ağrısı tipi ile psikiyatrik eş tanı, depresyon ve anksiyete düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2007;8:281-6.
- Bıçakçı Ş. Baş ağrılarında yeni sınıflama. *Türkiye Klinikleri Nöroloji Dergisi* 2003; 1(2):85-93.
- Bigal ME, Walter S, Rapoport AM. The vasodilatory activity of CGRP: a response. *Headache*. United States; 2014;54(4):748–9.
- Boes JC, Capobianco JD, Cutrer MF, Dodick WD, Eross JE, Swanson WJ. Headache and other craniofacial pain. In: Bradley GW, Daroff BR, Fenichel MG, Marsden DC. *Neurology in Clinical Practice* (fourth ed.), London, Butterworth-Heinemann. 2004;73,2055-106.
- Bolay H, Reuter U, Dunn A, Huang Z, Boas D, Moskowitz A. Intrinsic brain activity triggers trigeminal meningeal afferents in a migraine model. *Nature Medicine*, 2002; 8 (2): 136-42.
- Breslau N, Davis GC, Andreski P. Migraine, psychiatric disorders, suicide attempts: an epidemiologic study of young adults. *Psychiatry Res. Ireland*; 1991 Apr;37-1; p:11–23.
- Breslau N, Lipton RB, Stewart WF, Schultz LR, Welch KM.: Comorbidity of migraine and depression: investigating potential etiology and prognosis. *Neurology* 2003; 60,1308- 12.
- Breslau N, Merikangas K, Bowden CL. Comorbidity of migraine and major affective disorders. *Neurology*. United States; 1994;44(10 Suppl 7):S17–22.
- Breslau N, Schultz LR, Stewart WF, Lipton RB, Lucia VC, Welch KMA. Headache and major depression. Is the association specific to migraine? *Neurology*. 2000; 54.308–13.
- Burch RC, Rist PM, Winter AC, Buring JE. Migraine and risk of incident diabetes. *Cephalalgia* 2012; 32(13) 991–7.
- Burstein R, Nosedà R, Borsook D. Migraine: multiple processes, complex pathophysiology. *J Neurosci*. United States; 2015;35(17):6619–29.
- Buse DC, Rupnow MFT, Lipton RB. Assessing and managing all aspects of migraine: migraine attacks, migraine-related functional impairment, common comorbidities and quality of life. *Mayo Clin Proc*. 2009; 84(5): 422-35

- Buse DC, Silberstein SD, Manack AN, Papapetropoulos S, Lipton RB. Psychiatric comorbidities of episodic and chronic migraine. *J Neurol*. 2013;260(8):1960-9.
- Buse DC, Stephen D, Silberstein Aubrey NM, Spyros P, Lipton RB. Psychiatric comorbidities of episodic and chronic migraine. *J Neurol*. 2013; 260:1960–9.
- Bussone G, Usai S, Grazzi L, Rigamonti A, Solari A, D’Amico D. Disability and quality of life in different primary headaches: results from Italian studies. *Neurol Sci*.2004; 25:105-7.
- Chakravarty A, Mukherjee A, Roy D. Migraine pain location in adult patients from eastern India. 2008; 98-102.
- Chasman DI, Schurks M, Anttila V, de Vries B, Schminke U, Launer LJ, et al. Genome-wide association study reveals three susceptibility loci for common migraine in the general population. *Nat Genet*. United States; 2011;43(7):695–8.
- Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facial pain. Headache Classification Committee of the International Headache Society. *Cephalalgia* 1988;8:1-96.
- Crystal SC, Robbins MS. Epidemiology of tension type headache. *Curr Pain Headache Rep*. 2010;14(6):449-54.
- Çelepkolu H. Migren ve gerilim tipi baş ağrılı hastaların yaşam kalitesinin değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2011.
- Çevik A.Yaygın anksiyete bozukluğunun kliniği, 2. Anksiyete Bozuklukları Sempozyumu. Sivas, Cumhuriyet Üniv. Tıp Fak. Basımevi. 1993;s:25-33.
- Dichgans M, Freilinger T, Eckstein G, Babini E, Lorenz-Depiereux B, Biskup S, et al. Mutation in the neuronal voltage-gated sodium channel SCN1A in familial hemiplegic migraine. *Lancet* (London, England). England; 2005 ;366(9483):371–7.
- Ducros A, Denier C, Joutel A, Cecillon M, Lescoat C, Vahedi K, et al. The clinical spectrum of familial hemiplegic migraine associated with mutations in a neuronal calcium channel. *N Engl J Med*. United States; 2001;345(1):17–24.
- Durham PL, Vause C V. Calcitonin gene-related peptide (CGRP) receptor antagonists in the treatment of migraine. *CNS Drugs*. New Zealand; 2010;24(7):539–48.
- Edmeads J. The treatment of headache: a historical perspective. In: Gallagher RM, ed. *Therapy for headache*. New York: Marcel Decker Inc., 1990: 1-8.
- Engin B. Depresyon nedenleri, belirtileri, tanısı ve tedavisi, <http://www.saglik.net/depresyon.html>. 12 Haziran 2015.

- Eren İ, Çivi İnanlı İ, Kutluhan S. Polio sekeli olan hastalarda psikiyatrik belirtilerin yaşam kalitesi ile ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2006; 7: 223-31.
- Ertas M, Baykan B, Orhan EK, Zarifoglu M, Karli N, Saip S, et al. One-year prevalence and the impact of migraine and tension-type headache in Turkey: a nation wide home-based study in adults. *J Headache Pain*. 2012.01.17 ed. 2012;13(2):147-57.
- Ertas M. Migren. *Türkiye Klinikleri Nöroloji Dergisi* 2003; 1(2):116-23.
- Esen E, Çam O. Histerektomi olmuş kadınların yaşam kalitesinin incelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 2006; 22(1): 107-117.
- Eser E. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin kavramsal temelleri ve ölçümü. *Sağlıkta Birikim-1*(2).
- Eyigürbüz T, Bilge S, Aykac S, Celebi A, Cınar SM. Koruyucu tedavi olarak flunarizin veya propranolol kullanan migrenli hastalarda major depresif bozukluk sıklığı ve yaşam kalitesi. *JAREM* 2011; 1: 33-7.
- Fasaluna AJ, Ibekwe TS, Nworgu OG. Migraine-associated vertigo: a review of the pathophysiology and differential diagnosis. *International Journal of Neuro Science* 2012;22:107-13.
- Ferrari MD. Biochemistry of migraine. *Path Biol*, 1992; 40: 287-292.
- Ferrari MD, Han J, Genetics of headache. In: Silberstein SD, Lipton RB, Dalessio DJ, eds. *Wolff's Headache and Other Head Pain*. Oxford University Press 2001: p. 73-84.
- Ferrari MD, Klever RR, Terwindt GM, Ayata C, van den Maagdenberg AMJM. Migraine pathophysiology: lessons from mouse models and human genetics. *Lancet Neurol*. England; 2015 ;14(1):65-80.
- Freilinger T, Anttila V, de Vries B, Malik R, Kallela M, Terwindt GM, et al. Genome-wide association analysis identifies susceptibility loci for migraine without aura. *Nat Genet*. United States; 2012;44(7):777-82.
- García-Cabo Fernández C, Sánchez-Lozano P, Pérez-Álvarez A, Martínez-Ramos JM, Martínez-Rodríguez L, Pascual J. Sociodemographic characteristics of a cohort of patients with chronic migraine from a health district in Asturias. *Neurologia*. 2016;31(3):157-60. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26304652>.
- Gökçay F, Şirin H. Migren tedavisi. *Sendrom* 2008; 20(2):33-47.
- Gökdağ C, Arkar H. [An Examination of the Relationships Between Psychobiological Model of Personality and Cognitive Theory in Patients Diagnosed with Major Depression and Healthy Individuals]. *Türk Psikiyatri Derg*. 2016;27(4):257-265. Turkish. PubMed PMID: 28046195.

- Guidetti V, Galli F, Fabrizi P, Giannantoni AS, Napoli L, Bruni O, et al. Headache and psychiatric comorbidity: clinical aspects and outcome in an 8-year follow-up study. *Cephalalgia* 1998; 18(7):455-62.
- Güleç C, Köroğlu E. *Psikiyatri Temel Kitabı*, Hekimler Yayın Birliği, 1998; 1.baskı.
- Hamelsky SW, Lipton RB. Psychiatric comorbidity of migraine. *Headache* 2006; 46(9):1327
- Hansen JM, Hauge AW, Olesen J, Ashina M. Calcitonin gene-related peptide triggers migraine-like attacks in patients with migraine with aura. *Cephalalgia*. England; 2010;30(10):1179–86.
- Hoppe A, Weidenhammer W, Wagenpfeil S, Melchart D, Linde K. Correlations of headache diary parameters, quality of life and disability scales. *Headache* 2009; 49: 868-878.
- Horasanlı E, Usta B, Yeşilay A. *Medikal Akupunktur*. *Yeni Tıp Dergisi* 2008;25:70-5.
- Hung CI, Liu CY, Juang YY, Wang SJ. The impact of migraine on patients with major depressive disorder. *Headache*. 2006; 46(3):469-77.
- Işık A, Meriç M. Hayatın kalitesi( quality of life) kavramının felsefik temelleri; Aristo, Bentham ve Nordenfelt. *Ege Akademik Bakış*.2010;10(1):424-34.
- İncekara Aydın F. *Migren hastalarında nörolojik ve psikiyatrik komorbidite*, Nöroloji Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2010.
- Jensen R. Pathophysiological mechanisms of tension type headache: a review of epidemiological and experimental study. *Cephalalgia* 1999; 19 (6): 602-21.
- Jensen R, Rasmussen BK. Burden of headache, *Expert Rev Pharmacoeconomics Outcomes Res* 2004; 4: 353–9.
- Juang KD, Wang SJ, Fuh JL, Lu SR, Su TP. Comorbidity of depressive and anxiety disorders in chronic daily headache and its subtypes. *Headache*. United States; 2000; 40(10):818–23.
- Kagan R, Kainz V, Burstein R, Nosedá R. Hypothalamic and basal ganglia projections to the posterior thalamus: possible role in modulation of migraine headache and photophobia. *Neuroscience*. United States; 2013;248:359–68.
- Kaplan HI, Sadock BJ. *Concise textbook of Clinical Psychiatry*. Middle East Edition. Baltimore: William&Wilkins; 1990.
- Karadeniz G, Üstün M. Hemodiyaliz tedavisi gören hastaların yaşam kalitesi ve bilgilendirici hemşirelik yaklaşımının önemi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*. 2006;1-1;33-42
- Kaya AG. İzmir’ de yaşam kalitesi ve yoksulluk. *İzmir İktisat Kongresi Araştırma Merkezi Öğrenci Çalışma Raporları Serisi, ÖÇR No.2006/02*.

- Kayahan B, Altıntoprak E, Karabilgin S, Öztürk Ö. On beş-kırk dokuz yaşları arasındaki kadınlarda depresyon prevalansı ve depresyon şiddeti ile risk faktörleri arasındaki ilişki, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2003; 4:208-18.
- Kececi H, Dener S, Analan E. Co-morbidity of migraine and major depression in the Turkish population. *Cephalalgia* 2003; 23(4):271-5.
- Kelman L. The premonitory symptoms (prodrome): a tertiary care study of 893 migraineurs. *Headache*. United States; 2004;44(9):865-72.
- Kelman L, Tanis D. The relationship between migraine pain and other associated symptoms. *Cephalalgia*. England; 2006;26(5):548-53.
- Kendler KS, Karkowski LM, Prescott CA. Causal relationship between stressful life events and the onset of major depression, *American Journal of Psychiatry*. 1999; 156-6:837-841.
- Kocabaşoğlu N. Türkiye’de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum Dizisi. 2008; s:175-184.
- Lanteri-Minet M, Radat F, Chautard MH, Lucas C. Anxiety and depression associated with migraine: influence on migraine subjects’ disability, quality of life and acute migraine management. *Pain*. Netherlands; 2005;118(3):319-26.
- Lassen LH, Haderslev PA, Jacobsen VB, Iversen HK, Sperling B, Olesen J. CGRP may play a causative role in migraine. *Cephalalgia*. England; 2002;22(1):54-61.
- Latinovic R, Gulliford M, Ridsdale L. Headache and migraine in primary care: consultation, prescription and referral rates in a large population. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. England. 2006;77-3; p:385-7.
- Lea R, Whorwell PJ. New insights into the psychosocial aspects of irritable bowel syndrome. *Current gastroenterology reports*, 2003. 5-4: p. 343-50.
- Lecompte A, Öner N. Süreksiz-Durumluluk, Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı. Boğaziçi Üniversitesi Matbaası, İstanbul;1988.
- Leonardi M, Raggi A, Bussone G, D’Amico D. Health-related quality of life, disability and severity of disease in patients with migraine attending to a specialty headache center. *Headache* 2010; 50: 1576-86.
- Lipton RB, Goadsby P, Silberstein SD. Classification and epidemiology of headache. *Headache in primary care* 1999;1(6):1-10.
- Lipton RB, Hamelsky SW, Kolodner KB, Steiner TJ, Stewart WF. Migraine, quality of life and depression: a population-based case control study. *Neurology*. 2000;55:629-35.

- Lipton RB, Stewart WF, Diamond S, Diamond ML, Reed M. Prevalence and burden of migraine in the United States: data from the American Migraine Study II. *Headache*. United States; 2001;41(7):646–57.
- Lipton RB, Bigal ME. The epidemiology of migraine. *Am J Med* 2005; 118:3-10.
- Mathew NT. Migren, Bölüm 2. Baş ağrısı El Kitabı. (Lippincott Williams&Wilkins, Philadelphia USA, 2.baskı, 2005) Türkçe Ed.:Ertuş M, Ertuş NK. Sigma yay. 2005:28-59.
- McWilliams LA, Goodwin RD, Cox BJ. Depression and anxiety associated with three pain conditions: results from a nationally representative sample. *Pain* 2004; 111:77-83.
- Memik N, Üneri Ö. Çocuklarda yaşam kalitesi kavramı ve yaşam kalitesi ölçeklerinin gözden geçirilmesi. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*. 2007; 14(1): 48-56.
- Monteith TS, Goadsby PJ. Acute migraine therapy: new drugs and new approaches. *Curr Treat Options Neurol*. 2011;13(1):1-14.
- Oğuzhanoğlu, A. Baş ağrısı Bozukluklarının Uluslararası Sınıflaması. 2.Basım. Denizli. Türk Nöroloji Derneği Yayınları.2005;2:26-38.
- Öner N. Türkiye'de Kullanılan Psikolojik Testler. 3. Basım. Boğaziçi Üniversitesi Yayınları. İstanbul; 1997.
- Öyekçin D, Sarıkaya Ö, Duraklı M, Erol A. Baş ağrısı tipi ile psikiyatrik eş tanı, depresyon ve anksiyete düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*.2007; 8: 281-6.
- Öztürk MO, Uluşahin A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları I, 11. Baskı. Ankara, Tuna Matbaacılık Ltd. Şti. 2011; 342-7.
- Peterlin BL, Gupta S, Ward TN, Macgregor A. Sex matters: evaluating sex and gender in migraine and headache research. *Headache*. United States; 2011. p. 839–42.
- Pompili M, Serafini G, Di Cosimo D, Dominici G. Psychiatric comorbidity and suicide risk in patients with chronic migraine. *Nuropsychiatr Dis Treat* 2010; 6:81-91.
- Raggi A, Leonardi M, Bussone G, D'Amico D. Value and utility of disease specific and generic instruments for assessing disability in patients with migraine and their relationships with health-related quality of life. *Neurol Sci* (2011) 32: 387–92.
- Ramussen BK. Epidemiology of headache. *Cephalalgia* 1995; 15:45-68.
- Rasmussen BK. Epidemiology of headache. *Cephalalgia* 2001; 21(7):774-7.

- Richter J, Eisemann M, Richter G. Temperament and character during the course of unipolar depression among inpatients, *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*. 2000; 250-1:40-7.
- Roger K, Cady MD. The future of migraine: Beyond just another pill. *Mayo Clinic Proceedings*; 2009;84(5):397-9.
- Saatçioğlu Ö. Yaygın Anksiyete Bozukluğunun Tedavisi ve Yeni Yaklaşımlar. 2001, *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, s:60-77.
- Samaan Z, Farmer A, Craddock N, Jones L, Korszun A, Owen M, et al. Migraine in recurrent depression: casecontrol study. *Br J Psychiatry*. 2009;1 94:350–4.
- Samancı B, Sezgin M, Karbay M, Ően C, Samancı Y, Kocasoy E, et al. Mezial temporal lob epilepsili hastalarda koku disfonksiyonunun değerlendirilmesi.32. Ulusal Klinik Nörofizyoloji EEG-EMG Kongresi, Kongre Kitapçığı s.51. Poster Sunumu, Muğla, Nisan 2016.
- Saper J, Biandi D, MacGregor A. *Klinisyenin El Kitabı Baş Ağrısı*, 3.Baskı, İngiltere: Science Press Limited, 2001.
- Savrun M, Karaali F, Kökrek Z. Baş ağrıları ve ilişkili psikişik semptomlar. *Yeni Sempozyum*. 1996;34(3-4); s:65-7.
- Senaratne R, Van Ameringen M, Mancini C, Patterson B, Bennett M. The prevalence of migraine headaches in an anxiety disorders clinic sample. *CNS Neurosci Ther*. 2010;16(2):76-82.
- Sharma K, Remanan R, Singh S. Quality of life and psychiatric co-morbidity in Indian migraine patients: a headache clinic sample. *Neurol India*. 2013;61(4):355-9.  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24005724>.
- Sheftell FD, Atlas SJ. Migraine and psychiatric comorbidity: from theory and hypotheses to clinical application. *Headache*. United States; 2002;42(9):934–44.
- Silberstein SD, Lipton RB, Goadsby PJ. *Klinik Uygulamada BaŐađrısı*. (Martin Dunitz Ltd. Londra, 2002) Türkçe ed.:Ertas M, Akman-Demir G. *Yelkovan Yayınları*, 2004; 1-113.
- Silberstein SD, Dodick D, Freitag F, Pearlman SH, Hahn SR, Scher AI, et al. Pharmacological approaches to managing migraine and associated comorbidities-clinical considerations for monotherapy versus polytherapy. *Headache*. United State 2007;47(4):585–99.
- Siva A. Baş Ağrısı Epidemiyolojisi. *İstanbul Üniversitesi CerrahpaŐa Tıp Fakóltesi Sürekli Tıp Eğitim Etkinlikleri Sempozyum Dizini No: 30, İstanbul 2002: s:9-14*.
- Siva A. BaŐađrısı epidemiyolojisi. *Türkiye Klinikleri Nöroloji*. 2003: 1(2):94-7.

- Smitherman TA, Burch R, Sheikh H, Loder E. The prevalence, impact, and treatment of migraine and severe headaches in the United States: a review of statistics from national surveillance studies. *Headache*. 2013;53(3):427-36.
- Smitherman TA, McDermott MJ, Buchanan EM. Negative impact of episodic migraine on a university population: quality of life, functional impairment, and comorbid psychiatric symptoms. *Headache*. 2011;51(4):581-9. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21457242>.
- Sönmezler A, Ünal İ, Yoldaş TK. Migren ve Gerilim Tipi Baş Ağrısının Sağlığa İlişkin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkileri. *Çukurova Medical Journal* 2013; 38-3:374-81.
- Stankewitz A, May A. Increased limbic and brainstem activity during migraine attacks following olfactory stimulation. *Neurology*. United States; 2011;77(5):476–82.
- Stewart WF, Shechter A, Lipton RB. Migraine heterogeneity. Disability, pain intensity, attack frequency and duration. *Neurology*. United States; 1994;44 (6 Suppl 4):24–39.
- Suijlekom HA, Lame I, Suzanne GM, Kessels AGH, Weber WE. Quality of life patients with cervicogenic headache: a comparison with control subjects and patients with migraine or tension-type headache. *Headache* 2003; 43; 1034-41.
- Taş F, Bal YH. Pediatrik onkoloji hastalarında yaşam kalitesi kavramı (Quality of life concept in pediatric oncology patients). *Türk Onkoloji Dergisi*. 2008; 23(2):104-7.
- Teggi R, Caldirola D, Colombo B, Perna G, Comi G. Dizziness, migrainous vertigo and psychiatric disorders. *The Journal of Laryngology & Otology* 2010; 124, 285-90.
- The International Classification of Headache Disorders: 2nd edition. *Cephalalgia* 2004; 24:9-160
- The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (beta version). *Cephalalgia*. 2013.06.19 ed. 2013;33(9):629–808.
- Tomb AD. Aile Hekimleri için Psikiyatri, çev. Tunca Z, Fidaner H. Saray Medikal Yay. İzmir. 1994;s.70-7.
- Tükel R. Panik Hastasına Yaklaşım, Klinik Görünüm, Ayırıcı Tanı ve Tedavi İlkeleri, *Klinik Gelişim Dergisi*. 2009; s:1-9.
- Uzbay IT. Anksiyetenin nörobiyolojisi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*. 2002;Ek 1:5-13.
- Üneri Ö, Şenbil S, Turgut S. Migrenli ergenlerde yaşam kalitesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2009; 10: 137-41.
- Ünsal A, Ünal C, Baytemir Ç. Anxiety and depression levels of inpatients in the city centre of Kırşehir in Turkey. *International Journal of Nursing Practice*. 2011; 17: 411–8.

- Van de Ven RC, Kaja S, Plomp JJ, Frants RR, van den Maagdenberg AM, Ferrari MD. Genetic models of migraine. *Arch Neurol*. 2007;64:643–6.
- Wang SJ, Fuh JL, Lu SR, Juang KD. Quality of life differs among headache diagnoses: analysis of SF-36 survey in 901 headache patients. *Pain*. Netherlands; 2001;89(2-3):285–92.
- Yaşar H, Balıbey H, Alay S, Tekeli H, Türker T, Bayar N. Migren Hastalarında Anksiyete, Depresyon ve Obsesif-Kompulsif Belirti Düzeyleri, *Journal of Mood Disorders* 2013;3-4: 156-61.
- Yücel Y. Migren Baş Ağrılarında Tanı ve Tedavi Yaklaşımları. *Dicle Tıp Dergisi*, 2008. Cilt: 35, Sayı: 4, s:281-6.
- Younger DS, Epidemiology of Migraine; *Neurol Clin*. 2016;34(4):849-861.  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27719997>
- Zanchin G, Dainese F, Trucco M, Mainardi F, Mampreso E, Maggioni F. Osmophobia in migraine and tension-type headache and its clinical features in patients with migraine. *Cephalalgia*. 2007; 27(9):1061-8
- Zarifoglu M. Baş ağrıları. İçinde: *Klinik Nöroloji*, Oğul E.(ed.). 2002; Nobel & Günes, İstanbul, 105-30.
- Zwart JA, Dyb G, Hagen K, Odegard KJ, Dahl AA, Bovim G, et al. Depression and anxiety disorders associated with headache frequency. The Nord-Trondelag Health Study. *Eur J Neurol* 2003;10(2):147-52.

## 9. EKLER

### HASTALARIN BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR (RIZA) FORMU

Sayın :.....

Tarih:

Migren en sık rastlanan nörolojik hastalıklardan biridir. Kadınlarda erkeklerde olduğundan 2-3 kat daha fazla görülmektedir. Migren sıklığı yaşamın en verimli yıllarında (30-35 yaş) zirveye ulaşır. Migren, yaşam kalitesinin de diyabet, depresyon, hipertansiyon ve osteoartritte olduğu kadar kayıplara yol açar. Migren, çoğunlukla basın bir tarafında zonklama tarzında ağrı yapan, ataklar halinde gelen, bulantı, kusma, ışık ve sese karşı duyarlılık rahatsız olma ile birlikte olan, hastaların bir kısmında aura belirtileri bulunan, genetik yükünlüğü olan bir bas ağrısı tipidir. Migren ve gerilim tipi, primer baş ağrıları içerisinde en sık görülen iki tipi oluştururlar. Hayatı tehdit eden sonuçlarının olmaması nedeniyle gerekli önemi görmezler. Oysa özellikle migren olmak üzere her iki tip baş ağrısı atakları eğitim ve işe devamı engellemesi nedeniyle sosyo kültürel gerilemeye neden olurlar. Ayrıca iş gücü kaybı ve yapılan sağlık harcamaları yönünden her ikisinin de ülke ekonomisine getirdiği yüksek tüm ülkelerde büyük miktarlara varmaktadır. Yapılan klinik ve toplum temelli çalışmalar; migren ile major depresyon ve anksiyete bozuklukları [panik atak, obsesif-kompulsif bozukluk (OKB), yaygın anksiyete bozukluğu ve sosyal fobi] arasında komorbidite varlığını göstermektedir. Özellikle auralı migrende duygudurum bozuklukları ve anksiyete hastalıklarının gelişme riski daha yüksek bulunmuştur. Çalışmaya katıldığınız takdirde sizden anketimizdeki sorulara cevap vermeniz istenecektir.

Bilgi için Arş. Gör. Dr. Cennet Büyükyörük ile görüşebilirsiniz.

Çalışmaya katılmayı, başta veya çalışmanın seyri sırasında herhangi bir zamanda reddedebilirsiniz. Aynı zamanda çalışmada sizi çalışma dışı bırakabilir. Çalışma esnasında yapılacak olan harcamalar için hiçbir şekilde sizin sağlık güvencenizden faydalanılmayacaktır. Kimliğinizi ortaya çıkaracak kayıtlar gizli tutulacak, kamuoyuna açıklanamayacak, araştırma sonuçlarının yayımlanması halinde dahi kimliğiniz gizli kalacaktır. Bu çalışmaya gönüllü olarak katıldığınızı dair belgeyi imzalamanız gerekmektedir.

Yukarıdaki gönüllü araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri gösteren metni okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarda söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün Adı Soyadı :

İmzası :

Adresi:

Telefonu:

Velayet/Vesayet altında bulunanlar için:

Veli/Vasisinin Adı Soyadı:

İmzası :

Telefonu:

**Araştırma Yapan Araştırmacının**

**Adı Soyadı : Dr. Cennet Büyükyörük**

**Telefon : 03322236867**

## MİGREN HASTALARIN DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNİ DEĞERLENDİRME FORMU

Çalışmamızda kullanılacak olan bu anket veri toplamak amacıyla doldurulmaktadır. Bilgileriniz kesinlikle herhangi bir yerde paylaşılmayacaktır. Anketimize katıldığınız için teşekkür ederiz.

Dr. Cennet BÜYÜKYÖRÜK

Başvuru numarası:	Dosya No:				
Yaş:	Boy:	Kilo:	Bel:	Kalça:	Boyun:
Medeni Durum:	1. Bekar	2. Evli	3. Dul		
Eğitim Durumu:	1.Okuryaz değil 2. Okuryazar	3. İlköğretim 4.Ortaokul	5.Lise	6.Yüksekokul	
Meslek:	1.Ev hanımı	2.Memur	3.Emekli	4.İşçi	5.Öğrenci
Ekonomik Durum:	1.Geliri giderinden az		2.Geliri giderine eşit	3.Geliri giderinden fazla	
Sigara kullanımı:	1.içiyor		2.içmiyor	3. bırakmış	
Alkol kullanımı:	1.içiyor		2.içmiyor	3. bırakmış	
Migren auralı mı?	1.Evet 2.Hayır				
Atak sıklığı					
Tanı süresi:					
Ailede migren öyküsü	1 .Var 2. Yok				
Ağrıyı azaltan arttıran etken varlığı:	1.Evet		2.Hayır		
Kullandığı tedavi:	1.Ağrı kesici	2. Karanlık oda	3.Migren ilaçları		
Eşlik eden semptom:	1.Yorgunluk, halsizlik	2.Bulantı-kusma	3. Işık ve sese duyarlılık	4. Baş ağrısı	5. Görmede bozukluk
	6.Uyuşukluk	7. Karıncalanma	8. Geçici felç hali	9. Anksiyete	10. Depresyon
Tetikleyen faktörler	1.Işık	2.Gürültü	3.Uykusuzluk	4.Açlık	5.Kafeinli gıda
	6.Balık	7.Peynir	8.Gazlı içecek	9.Stres	

## WHOQOL-BREF (TR)

### SİZİNLE İLGİLİ

Başlamadan önce kendinizle ilgili genel bir kaç soruyu cevaplamanızı istiyoruz. Lütfen doğru yanıtları yuvarlağa alınız ya da verilen boş yerleri doldurunuz.

Cinsiyetiniz nedir?

Erkek

Kadın Doğum tarihiniz nedir?

/ /  
GÜN / AY / YIL

Gördüğünüz en yüksek eğitim derecesi nedir?

Hiç eğitim almadım

İlkokul-ortaokul  
Lise veya  
eşdeğeri Yüksek

Medeni durumunuz nedir?

hiç evlenmemiş  
evli  
evli gibi yaşıyor

ayrılmış  
boşanmış  
eşi ölmüş

Şu anda bir hastalığınız var mı?

evet

hayır

Eğer şu anda sağlığınızla ilgili yolunda gitmeyen bir durum varsa, sizce bu nedir?

hastalık / sorun

### Açıklama

Bu anket sizin yaşamınızın kalitesi, sağlığınız ve yaşamınızın öteki yönleri hakkında neler düşündüğünüzü sorgulamaktadır. **Lütfen bütün soruları cevaplayınız.** Eğer bir soruya hangi cevabı vereceğinizden emin olamazsanız, **lütfen size en uygun görünen cevabı** seçiniz. Genellikle ilk verdiğiniz cevap en uygunu olacaktır.

Lütfen kurallarınızı, beklentilerinizi, hoşunuza giden ve sizin için önemli olan şeyleri sürekli olarak gözönüne alınız. Yaşamınızın **son iki haftasını** dikkate almanızı istiyoruz. Örneğin bir soruda son iki hafta kastedilerek şöyle sorulabilir:

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
1	İhtiyacınız olan desteği başkalarından alabiliyor musunuz?	1	2	3	4	5

Son iki hafta boyunca başkalarından aldığınız desteğin miktarını en iyi karşılayan rakamı yuvarlağa almalısınız. Buna göre, eğer başkalarından çokça yardım aldıysanız, aşağıdaki gibi 4 rakamını yuvarlağa almanız gerekiyor:

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
1	İhtiyacınız olan desteği başkalarından alabiliyor musunuz?	1	2	3	4	5

Son iki hafta içinde, ihtiyacınız olan desteği başkalarından hiç alamadıysanız, 1 rakamını yuvarlağa almalısınız.



1

Lütfen her soruyu okuyunuz, duygularınızı değerlendiriniz ve her bir sorunun ölçeğinde size en uygun olan yanıtın rakamını yuvarlağa alınız.

		Çok kötü	Biraz kötü	Ne iyi, ne kötü	Oldukça iyi	Çok iyi
1 G1	Yaşam kalitenizi nasıl buluyorsunuz?	1	2	3	4	5

		Hiç hoşnut değil	Çok az hoşnut	Ne hoşnut, ne de değil	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut
2 G4	Sağlığımızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki sorular son iki hafta içinde kimi şeyleri **ne kadar** yaşadığınızı soruşturmaktadır.

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
3 F1.4	Ağrılarınızın yapmanız gerekenleri ne kadar engellediğini düşünüyorsunuz?	1	2	3	4	5
4 F11.3	Günlük uğraşlarınızı yürütebilmek için herhangi bir tıbbi tedaviye ne kadar ihtiyaç duyuyorsunuz?	1	2	3	4	5

5 F4.1	Yaşamaktan ne kadar keyif alırsınız?	1	2	3	4	5
6 F24.2	Yaşamınızı ne ölçüde anlamlı buluyorsunuz?	1	2	3	4	5

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Son derecede
7 F5.3	Dikkatinizi toplamada ne kadar başarılısınız?	1	2	3	4	5
8 F16.1	Günlük yaşamınızda kendinizi ne kadar güvende hissediyorsunuz?	1	2	3	4	5
9 F22.1	Fiziksel çevreniz ne ölçüde sağlıklıdır?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki sorular son iki haftada kimi şeyleri ne ölçüde **tam olarak** yaşadığınızı ya da yapabildiğinizi soruşturmaktadır.

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
10 F2.1	Günlük yaşamı sürdürmek için yeterli gücünüz kuvvetiniz var mı?	1	2	3	4	5
11 F7.1	Bedensel görünüşünüzü kabullenir misiniz?	1	2	3	4	5
12 F18.1	İhtiyaçlarınızı karşılamaya yeterli paranız var mı?	1	2	3	4	5
13 F20.1	Günlük yaşantınızda size gerekli bilgi ve haberlere ne ölçüde ulaşabiliyorsunuz?	1	2	3	4	5
14 F21.1	Boş zamanları değerlendirme uğraşları için ne ölçüde fırsatınız olur?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki sorularda, son iki hafta boyunca yaşamınızın çeşitli yönlerini ne ölçüde **iyi ya da doyurucu** bulduğunuzu belirtmeniz istenmektedir.

		Çok kötü	Biraz kötü	Ne iyi, ne kötü	Oldukça iyi	Çok iyi
15 F9.1	Bedensel hareketlilik (etrafta dolaşabilme, bir yerlere gidebilme) beceriniz nasıldır?	1	2	3	4	5

		Hiç hoşnut değil	Çok az hoşnut	Ne hoşnut, ne de değil	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut
16 F13.3	Uygunuzdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
17 F10.3	Günlük uğraşlarınızı yürütebilme becerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
18 F12.4	İş görme kapasitenizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
19 F6.3	Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
20 F13.3	Aileniz dışındaki kişilerle ilişkilerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
21 F15.3	Cinsel yaşamınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
22 F14.4	Arkadaşlarınızın desteğinden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
23 F17.3	Yaşadığımız evin koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
24 F19.3	Sağlık hizmetlerine ulaşma koşullarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
25 F23.3	Ulaşım olanaklarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki soru son iki hafta içinde bazı şeyleri **ne sıklıkta** hissettiğiniz ya da yaşadığınıza ilişkindir.

		Hiçbir zaman	Nadiren	Arasıra	Çoğunlukla	Her
26 F8.1	Ne sıklıkta hüznü, ümitsizlik, bunaltı, çökkünlük gibi olumsuz duygulara kapılırsınız?	1	2	3	4	5

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
U. 27	Yaşamınızda size yakın kişilerle (eş, iş arkadaşı, akraba) ilişkilerinizde baskı ve kontrolle ilgili	1	2	3	4	5

Bu formun doldurulmasında size yardım eden oldu mu?  
 ..... Bu formun doldurulması ne kadar süre aldı? .....

**Soru formu ile ilgili yazmak istediğiniz görüş var mı?**

## EK.4.HASTANE ANKSİYETE VE DEPRESYON ÖLÇEĞİ

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

1. Kendimi gergin, “ patlayacak gibi” hissediyorum.

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

2. Eskiden zevk aldığım şeylerden hala zevk alıyorum.

- Aynı eskisi kadar
- Pek eskisi kadar kadar
- Yalnızca biraz eskisi kadar
- Neredeyse hiç eskisi kadar değil

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

- Kesinlikle öyle ve oldukça da şiddetli
- Evet ama çok da şiddetli değil
- Biraz ama beni endişelendiriyor.
- Hayır, hiç öyle değil

4. Gülebiliyorum ve olayların komik tarafını görebiliyorum.

- Her zaman olduğu kadar
- Şimdi pek o kadar değil
- Şimdi kesinlikle o kadar değil
- Artık hiç değil

5. Aklımdan endişe verici düşünceler geçiyor.

- Çoğu zaman
- Birçok zaman
- Zaman zaman ama çok sık değil
- Yalnızca bazen

6. Kendimi neşeli hissediyorum.

- Hiçbir zaman
- Sık değil
- Bazen
- Çoğu zaman

7. Rahat rahat oturabiliyorum ve kendimi gevşek hissediyorum.

- Kesinlikle
- Genellikle
- Sık değil
- Hiçbir zaman

8. Kendimi sanki durgunlaşmış gibi hissediyorum.

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

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

- Hiçbir zaman
- Bazen
- Oldukça sık
- Çok sık

10. Dış görünüşüme ilgimi kaybettim.

- Kesinlikle
- Gerektiği kadar özen göstermiyorum
- Pek o kadar özen göstermeyebiliyorum
- Her zamanki kadar özen gösteriyorum

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

- Gerçektende çok fazla
- Oldukça fazla
- Çok fazla değil
- Hiç değil

12. Olacakları zevkle bekliyorum.

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

13. Aniden panik duygusuna kapılıyorum.

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

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

- Sıklıkla
- Bazen
- Pek sık değil
- Çok seyrek

