



T. C.

**GAZIANTEP ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**MİGREN VE GERİLİM TİPİ BAŞ AĞRILI HASTALARIN
YAŞAM KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Hatice ÇELEPKOLU
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

FİZYOLOJİ ANABİLİM DALI

**DANIŞMAN
Doç. Dr. Sadrettin PENÇE**

**GAZIANTEP
2011**

T.C.
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
FİZYOLOJİ ANABİLİM DALI

Migren ve Gerilim Tipi Baş Ağrılı Hastaların Yaşam Kalitesinin
Değerlendirilmesi
Hatice ÇELEPKOLU

Tez Savunma Tarihi: 17.01.2011

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Onayı

Prof.Dr. Cahit BAĞCI

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

Bu tez çalışmasının bir “Yüksek Lisans” derecesi için uygun ve yeterli bir çalışma olduğunu onaylıyorum.

Prof. Dr. Cahit BAĞCI

Fizyoloji Anabilim Dalı Başkanı

Bu tez tarafımda okunmuş, kapsamı ve niteliği açısından bir “Yüksek Lisans” tezi olarak kabul edilmiştir.

Doç. Dr. Sadrettin PENÇE

Tez Danışmanı

Tez Jürisi

Prof. Dr. Münife NEYAL

Doç. Dr. Sadrettin PENÇE

Yrd. Doç. Dr. Mehmet BOŞNAK

İmza

BEYAN

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

Hatice Çelepkolu

İÇİNDEKİLER

ÖZET	1
ABSTRACT	2
TEŞEKKÜR	3
TABLolar LİSTESİ	4
KISALTMALAR LİSTESİ	6
1. GİRİŞ ve AMAÇ	7
2. GENEL BİLGİLER	9
2.1. Baş Ağrısı ve Migrenin Tarihçesi.....	9
2.2. Birincil Baş Ağrılarının Sınıflandırılması ve Tanı Ölçütleri....	10
2.3. Migren.....	22
2.3.1 Migrenin Fiziopatolojisi.....	22
2.3.1. Migrenin Kliniği.....	24
2.3.2. Migren Tetikleyicileri.....	27
2.3.3. Migrenli Hastaların Karakteristik Özelliği.....	28
2.4. Gerilim Tipi Baş Ağrısı.....	29
2.4.1. Gerilim Tipi Baş Ağrısı Fiziopatolojisi.....	29
2.4.2. Gerilim Tipi Baş Ağrısının Kliniği.....	30
2.4.3. Gerilim Tipi Baş Ağrısının Tetikleyicileri.....	32
2.5. Yaşam Kalitesi.....	32
2.6. Serebral Lateralizasyon.....	35
3. METOD VE METARYAL	36
3.1.Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Kısa Formu (WHOQOL BREF TR).....	37
3.2.Standardize Mini Mental Testi.....	40
3.3.Edinburg Lateralizasyon Testi.....	41
3.4.İstatistiksel Analiz.....	41
4. BULGULAR	42
5. TARTIŞMA	59
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	63
1) SONUÇLAR	63

2) ÖNERİLER.....	64
7. KAYNAKLAR.....	65
8. ÖZGEÇMİŞ	
9. EKLER	
EK 1. WHOQOL BREF TR ÖLÇEĞİ	
EK 2. Standardize Mini Mental Testi	
EK 3. Edinburg Lateralizasyon testi	

ÖZET

MİGREN VE GERİLİM TİPİ BAŞ AĞRILI HASTALARIN YAŞAM KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Hatice ÇELEPKOLU

Yüksek Lisans Tezi

Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü,

Fizyoloji Anabilim Dalı

Tez Yöneticisi: Doç. Dr. Sadrettin PENÇE

Ocak- 2011, 79 sayfa

Migren ve GTB en sık görülen birincil baş ağrılarıdır. Bu çalışmada migrenli ve gerilim tipli baş ağrılı hastaların yaşam kalitesini değerlendirmeyi amaçladık. Bu çalışmamızda IHS 2004 kriterlerine göre tanı alan GTB' li ve migrenli hastalar değerlendirildi. Çalışmamıza dahil olan 184 kişinin 99' u GTB, 55' i migren tanısı almış ve 30' uda kontrol grubuydu. Çalışmamıza alınan GTB' li hastalara, migrenli hastalara ve kontrol grubuna hazırlanan sosyodemografik sorular, WHQOL Bref TR, SMMT ve edingburg lateralizasyon anketleri uygulandı. Sonuçların istatistik karşılaştırmalarında ki- kare, Independent Sample T- testi, Mann Whitney U testi ve gruplar arasındaki farkın karşılaştırılmasında tek yönlü (One Way ANOVA) kullanıldı. Grupların birbirleriyle olan anlamlılıklarında Tukey HSD testi kullanıldı. P değerinin <0.05 olması anlamlı olarak kabul edildi. Çalışmamızda bayanların yaşam kalitesi puan ortalamalarını erkeklerden daha düşük saptadık (p<0,05). Çalışmaya alınan migrenli hasta grubunun yaşam kalitesini anlamlı olarak daha düşük saptadık (p<0.05). Gerilim tipli baş ağrılı grubunda yaşam kalitesi puan ortalaması kontrol grubuna göre daha düşüktü fakat istatistiksel olarak anlamlı değildi (p>0.05). Bu çalışma sonucunda migrenin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği ve yaşam kalitesini düşürücü etkisinin olduğu sonucuna varıldı.

Anahtar kelimeler: Migren, Gerilim Tipi Baş Ağrısı, Yaşam Kalitesi

ABSTRACT

EVALUATION of LIFE QUALITY of MIGRAINE PATIENTS AND PATIENTS WITH TENSION TYPE HEADACHE

Hatice Çelepkolu
M.S. Thesis

Gaziantep University Graduate School of Health Sciences,
Department of Physiology

Thesis Advisor: Doç. Dr. Sadrettin PENÇE

January-2011, 79 Pages

Migraine and tension type headache are the most common type of primary headaches. This present study is aimed to evaluate the quality of lives of the patients with migraine and tension type headache. In this study patients diagnosed with migraine and tension type headache according to IHS 2004 criteria are evaluated. 184 people are included in this study. 99 of these people are patients with TTH, 55 of these people are patients diagnosed with migraine and 30 of these are control group. Sociodemographic questions, Whoqol Bref TR, SMMT ve edingburg lateralizasyon questionnaire are applied to these 184 people. For statistical comparison of the results, chi-square test Independent Sample T- test, Mann Whitney U test, One Way ANOVA (to compare the differences between the groups) are used. To test the significance of the groups turkey HSD test is used. <0.05 P value is accepted significant. the point average of women's life quality is lower than the point average of men's life quality ($p<0,05$). The life quality of the patient group with migraine is lower according to significance ($p<0,05$). The life quality of patient group with tension type headache is lower than the life quality of control group ($p<0,05$) but it is statistically insignificant. Our results indicate that migraine influences quality of life negatively and impairs it.

Key Words : Migraine, Tension Type Headache, Quality of Life

TEŞEKKÜR

Tezimin oluŐunu sırasında deneyimlerini benimle paylaŐan danıŐmanım Doç. Dr. Sadrettin Pence'ye ve Fizyoloji Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Cahit Bağcı'ya, istatistiki değerlendirmede Biyoistatistik ve Tıp BiliŐimi Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Yrd. Doç. Dr. Seval Kul'a, migren ve GTB nin tanısında ve hataların yönlendirilmesinde bana yardımcı olan Siirt Devlet Hastanesi nöroloji uzmanı Uzm. Dr. Yaşar Altun'a, WHOQOL BREF TR Ölçeğinin puanlamasında Prof. Dr. Erhan Eser'e ve manevi desteklerinden dolayı aileme ve arkadaşlarıma teşekkür ederim.

Saygılarımla
Hatice Çelepkolu

TABLULARIN LİSTESİ

Tablo 1. Migren-Kontrol Grupların Cinsiyete Göre Karşılaştırılması.....	42
Tablo 2. Migren-Kontrol Grupların Yaşlara Göre Karşılaştırılması.....	43
Tablo 3. Migren-Kontrol Grupların Medeni Duruma Göre Karşılaştırılması.....	43
Tablo 4. Migren-Kontrol Grupların Aylık Gelirlerine Göre Karşılaştırılması.....	43
Tablo 5. Migren-Kontrol Grupların Kullandıkları Ele Göre Karşılaştırılması.....	44
Tablo 6. GTB-Kontrol Grupların Cinsiyete Göre Karşılaştırılması.....	44
Tablo 7. GTB-Kontrol Grupların Yaşlara Göre Karşılaştırılması.....	44
Tablo 8. GTB-Kontrol Grupların Medeni Duruma Göre Karşılaştırılması.....	45
Tablo 9. GTB-Kontrol Grupların Aylık Gelirlerine Göre Karşılaştırılması.....	45
Tablo 10. GTB-Kontrol Grupların Kullandıkları Ele Göre Karşılaştırılması.....	46
Tablo 11. Migren-GTB Grupların Cinsiyete Göre Karşılaştırılması.....	46
Tablo 12. Migren-GTB Grupların Yaşlara Göre Karşılaştırılması.....	46
Tablo 13. Migren-GTB Grupların Medeni Duruma Göre Karşılaştırılması.....	47
Tablo 14. Migren-GTB Grupların Aylık Gelirlerine Göre Karşılaştırılması.....	47
Tablo 15. Migren-GTB Grupların Kullandıkları Ele Göre Karşılaştırılması.....	48
Tablo 16. Grupların SMMT Puanlarına Göre Karşılaştırılması.....	48
Tablo 17. Grupların Cinsiyetleri İle SMMT Puanlarının Karşılaştırılması	48
Tablo 18. Grupların Kullandıkları El İle SMMT Puanlarının Karşılaştırılması...	49
Tablo 19. Grupların Cinsiyet İle Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının.....	49
Tablo 20. Grupların Medeni Durum İle Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	50
Tablo 21. Grupların Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	50
Tablo 22. Bedensel Alan Puan Ortalamalarının Gruplarla İlgili Tukey HSD Test Sonuçları.....	51
Tablo 23. Grupların Meslek Grupları ile Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	51
Tablo 24. Bedensel Alan Puan Ortalamalarının Meslek Grupları ile İlgili Tukey HSD Test Sonuçları.....	52
Tablo 25. Ruhsal Alan Puan Ortalamalarının Meslek Grupları ile İlgili Tukey HSD Test Sonuçları.....	52

Tablo 26.Çevresel Alan Puan Ortalamalarının Meslek Grupları ile İlgili Tukey HSD Test Sonuçları.....	53
Tablo 27. Grupların Aylık Gelir Durumları ile Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	53
Tablo 28. Grupların Yaş Grupları ile Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	54
Tablo 29.Bedensel Alan Puan Ortalamalarının Yaş Grupları ile İlgili Tukey HSD Test Sonuçları.....	54
Tablo 30. Grupların Eğitim Durumu ile Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	55
Tablo 31. Bedensel Alan Puan Ortalamalarının Eğitim durumu ile İlgili Tukey HSD Test Sonuçları.....	55
Tablo 32. Ruhsal Alan Puan Ortalamalarının Eğitim Durumu ile İlgili Tukey HSD Test Sonuçları.....	56
Tablo 33.Çevresel Alan Puan Ortalamalarının Eğitim Durumu ile İlgili Tukey HSD Test Sonuçları.....	56

KISALTMALAR

DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
EGTB	Epizodik Gerilim Tipi Baş Ağrısı
EEG	Elektroensefalografi
FHM	Family Hemiplejik Migren
fMRG	Fonksiyonel Manyetik Rezonanz Görüntüleme
GTB	Gerilim Tipi Baş Ağrısı
IHS	Uluslararası Baş Ağrısı Topluluğu
K+	Potasyum
KGTB	Kronik Gerilim Tipi Baş Ağrısı
Mg	Magnezyum
M.S.	Millattan Sonra
M.Ö.	Millattan Önce
PET	Positron Emisyon Tomografi
SMMT	Standardize Mini Mental Test
TL	Türk Lirası
YK	Yaşam Kalitesi
WHOQOL BREF TR	Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu

1. GİRİŞ VE AMAÇ

En eski uygarlıklardan bu yana baş ağrısı insanoğlunu rahatsız eden hastalıklardan biridir (1). M.Ö. 3000 yılına kadar dayanan baş ağrısı kaynakları mevcuttur (1).

Migren, genellikle bulantı, kusma, gibi gastrointestinal (2), nörolojik ve otonomik değişikliklerin, görüldüğü multifaktöriyel, disabilitenin (kısıtlılık) de eşlik ettiği kronik bir hastalıktır (3,4,5,6).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından migren en çok kısıtlılık yaratan hastalıklar arasında yer alır (7). Gerilim tipi baş ağrısı en sık karşılaşılan primer baş ağrısı (8) ve en önemli tiplerinden biridir (2). Gerilim tipi baş ağrılarının ve migrenin patogenezi (9) halen aydınlatılabilmemiş değildir (10).

Baş ağrısı sık karşılaşılan, günlük hayatı olumsuz etkileyen ve toplumun büyük bir bölümünü etkileyerek rahatsızlığa yol açan olumsuz bir durumdur (2). Sık ve şiddetli yaşanan birincil baş ağrıları ev işlerinin ve iş gücü kayıplarına nedendir (11). Baş ağrısı şikayeti yaşam kalitesini olumsuz yönde etkiler (12). Baş ağrısı çoğunlukla sadece 'ağrı' boyutu ile ele alınmakta, ağrının gerek bireye, gerekse topluma getirdiği yükler çoğunlukla göz ardı edilmektedir. Migren ve GTB yalnızca bir ağrı sorunu olarak görülmemeli, bütün sonuçları ile beraber değerlendirilmelidir. Ataklar kişinin ailesini, çalışan biri ise iş yerindeki verimini ve ilişkilerini de olumsuz etkiler. Böylece bireyin yaşam kalitesi giderek bozulurken, sağlık harcamaları artar, iş yerinde verimsizlik şeklinde de dolaylı olarak 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 giderler' dir. Migrenin A.B.D bütçesine getirdiği yıllık yükün 1.4-17.2 milyar dolar arasında olduğu tahmin edilmektedir. Türkiye çalışmasında migrene bağlı işgücü kaybının yılda ortalama 5.4 gün olduğu tespit edilmiştir. Bu iş gücünün tahmini yükü 270 trilyon TL, GTB'ya bağlı işgücü kaybı yılda 2.7 gün getirdiği yükün yılda 270 trilyon TL olacağı hesaplanmaktadır (13).

Primer baş ağrılarının doğru tanı ve tedavi edilmesinin bireyin yaşam kalitesini düzeltme yanında, toplumun ekonomisine getireceği olumlu katkı da göz ardı edilmemelidir. Yani; migren ve GTB hem yaşam kalitesini hem de toplum ekonomisini olumsuz etkileyen önemli birincil baş ağrılarıdır (13,14).

Yaşam kalitesi insanlık tarihi kadar eskidir (15). Kişisel sağlık durumundan ziyade kişisel iyilik halini de içinde ihtiva eden yaşam kalitesi geniş bir kavramdır (16).

Yaşam kalitesi her yaştaki birey ve her hastalıkta önemli olmakla beraber, özellikle kısıtlılık yaratan hastalıklarda, GTB ve migren baş ağrıları gibi hastalıklarda da değerlendirilmesi gereken bir mevzudur (17).

Biz de bu çalışmamızda kısıtlılık yaratan ve bu kısıtlılığın neden olduğu düşük yaşam kalitesini, işgücü kaybı ve iş verimsizliğiyle dolaylı olarak ülke ekonomisine olumsuz etki eden Migren ve GTB' yı ele aldık. Ve çalışmamızda migren ve GTB'lı hastaların yaşam kalitesini araştırmayı amaçladık.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. BAŞ AĞRISI VE MİGRENİN TARİHÇESİ

Nörolojide baş ağrısı rahatsızlığı sık rastlanan bir şikayettir (18). Hem temel tıpta hem de nörolojide günümüzde baş ağrısı en sık rastladığımız şikayetlerdendir (1). Baş ağrısı toplumun hemen her kesiminde görülen önemli bir sağlık problemidir (19,20). En eski uygarlıklardan beri insanoğlunu rahatsız eden baş ağrısı, üzerinde çalıştıkları önemli rahatsızlıklardan biridir (1).

Milattan önce (M.Ö.) kalan neolitik insan kafataslarında, trepanasyon işleminin bulguları mevcuttur. Kenya’ da Kisii kabilesinde başı ağrıyanlara trepanasyon (Özbek 1998) uygulaması izine rastlanmıştır (21).

M.Ö. 3700’ lü yıllara ait ilk kaynakların Mısır papirüslerine dayanarak baş ağrıları ve migrenin o yıllara kadar uzandığı düşünülmektedir (22). Baş ağrısına ait M.Ö. 3000 yılına kadar uzanan kaynaklarda mevcuttur. Baş ağrısını anlatan Sümer Epik şiirinin yazılı bulunduğu tablet en eski kaynaktır. M.Ö. 2500 yılına ait olan ‘Eper Papirusu’ nevrалjiyi ve migreni tanımlamaktadır (3). M.Ö. 400 yılında Hipokrat hastaların migrenden önce aura semptomları ve hastaların kusma ile iyileştiklerini belirtmiştir. M.S. 2. yüzyılda yaşayan Aretaeus genellikle başı unilateral tutan bulantı ile beraber olan ve ağrısız dönemlerin de ardından yaşandığı baş ağrısı tanımlamıştır (5). Bu tanımlama ile Kapadokya’ da yaşayan Aretaeus migrenin kaşifi olarak kabul edilmiştir (3). M.S. 2. y.y’ de migren terimi Galen tarafından ilk olarak Yunanca “hemicrania” kelimesinden çoğaltmıştır (8). Yunanca olan “hemicrania” daha sonra “hemigranea”, “emigrania”, “megranea” ve “megrim” ve daha sonra “migren” yarım baş ağrısı olarak kullanılmıştır (23). Fransızca ‘migraine’ kelimesi olarak en son kullanılmıştır (24).

Fathergill ‘fortikasyon spektrum’ ifadesini klasik görsel aurasını 1788’ de kullanmıştır (5). Tissot 1783’ te migreni, sık rastlanan baş ağrılarından ayırımı ilk kez yapmıştır (24). 1925’ te ergotaminin cilt altı enjeksiyonu ile ciddi ve dirençli bir migren hastasını Rothlin tedavi etmiştir (5). Harol Wolff ve John Graham 1930’da vasküler teoriyi tanımlamışlardır (24). 1944’de Leao (spreading depression) yayılan

depresyon dalgasından söz etmiştir (22). 1962 yılında baş ağrısı tanısı için ortak kabul edilen kriterler 'Ad Hoc Komitesince' geliştirilmiştir (22). 1988 yılında da Uluslar arası Baş Ağrısı Topluluğu (IHS) tarafından migren ve diğer baş ağrıları bozuklukları tanı kriterleri yayınlanmıştır (4). 1988 IHS sınıflamasının yetersizliği nedeniyle 2004 yılında IHS tarafından yeni bir sınıflama ve tanı kriterleri yayınlanmıştır (1).

2.2. BİRİNCİL BAŞAĞRILARININ SINIFLANDIRILMASI VE TANI ÖLÇÜTLERİ

Primer baş ağrılarında tanı kriterlerinin çok net olmayışı tanı koymada önemli bir güçlüktür (1,25). GTB'nin net olmayan özellikler taşıması, biyolojik bir belirtecinin bulunmaması ve tanısal kriterlerinin düzenlenmemiş olması GTB araştırmaları için önemli engelleri oluşturur (26).

Gerilim tipi baş ağrıları ve migren baş ağrıları arasında mevcut olan benzerlikler her zaman ikisini, kesin olarak ayırma imkânımızın olmadığı bilinmektedir (22,27). GTB ve migren baş ağrısı birçok insanda farklı zaman diliminde, birlikte görülebilen baş ağrılarıdır (2). Her iki ağrı tipinin bu şekilde birlikte olması iki ağrının ayrımını zorlaştırabilmektedir (8).

Laboratuar tetkikleri fizik ve nörolojik muayene normal tespit edilir ve ikincil baş ağrılarını dışlamak için kullanılmaktadır (5). Organik bir neden primer baş ağrılarında tespit edilemez (11). Primer baş ağrılarının tanısı hastanın verdiği öyküyle konmaktadır (25). Bu durumda hekimler hastaların hafızasına güvenmek zorundadır. Primer baş ağrılarında tanıyı koymadaki zorluklardan biri hastalar iyilik zamanlarında baş ağrılarının özellikleri ile ilgili ayrıntıları tam olarak anımsayamayabilirler (1).

NINDB (Uluslararası Nörolojik Hastalıklar ve Körlük Enstitüsü) 1962 tanı ve kriterleri fazlaca genel ve belirsiz bulunması nedeniyle 1988 Uluslararası Baş Ağrısı Derneği (IHS), sınıflama kriterlerini yayınlamıştır (16). 1988 IHS kriterlerinin yetersiz oluşu ve klinik pratikte baş ağrısı sınıflamasını daha da iyileştirmek amacıyla daha kapsamlı bir tanı kriteri 2004 yılında yayınlanmıştır (1).

Baş ağrıları 3 kategoriye ayrılmış ve 14 başlık altında bir araya getirilmiştir (1).

Uluslararası Baş Ağrısı Sınıflandırması [International Classification of Headache Disorders-ICHD-II] (2004) (28)

A. BİRİNCİL BAŞ AĞRILARI

1.MİGREN

1.1. Aurasız Migren

1.2. Auralı Migren

1.2.1 Özgün Auralı Migren

1.2.2 Özgün Auralı, Migrene Benzemeyen Baş Ağrısı

1.2.3 Baş Ağrısız Özgün Aura

1.2.4 Ailesel Hemiplejik Migren (AHM)

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 (Yaygın Migren, Hemikraniya Simpleks)

Tanımı: Ataklar şeklinde ortaya çıkan, 4-72 saat süren, genellikle tek taraflı,

zonklayıcı, orta veya şiddetli, günlük bedensel hareketlerle artış gösteren, fotofobi, fonofobi, bulantı ve kusmanın eşlik ettiği tekrarlayıcı bir baş ağrısı hastalığıdır.

Tanı Ölçütleri:

- 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. Fotofobi ve fonofobi
- E. Başka bir organik hastalık işareti olmamalı

1. 2. Auralı Migren (Klasik Migren, Oftalmik, Hemiparestezik, Hemiplejik ya da Afazik Migren)

Tanımı: Geri dönüşümlü fokal nörolojik belirtilerin, 5-20 dakikadan fazla ve 60 dakikadan az sürdüğü, tekrarlayıcı ataklarla karakterize baş ağrısı hastalığıdır. Aura belirtilerini genellikle aurasız migren tipi baş ağrısı izler.

Tanı Ölçütleri

- A. B ölçütlerini dolduran 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 veya aura ile birlikte başlamış olabilir)
- C. Organik hastalık işareti olmamalı

1.2.1. Özgün Auralı Migren

Tanımı: Özgül aura, görsel ve/veya duysal ve/veya konuşma ile ilgili belirtilerden oluşur.

Tanı Ölçütleri

A. B-D ölçütlerini tamamen dolduran en az iki atak olmalı

B. Kas gücü kaybı olmaksızın aura aşağıdaki özelliklerden en az birini taşımalı:

1. Tamamen geri dönüşümlü pozitif belirtileri (ışık titremeleri, noktalar ya da çizgiler) ve/veya negatif belirtileri (görme kaybı) içeren görsel belirtiler
2. Tamamen geri dönüşümlü pozitif özellikleri (toplu iğne ve iğne) ve/veya negatif özellikleri (uyuşukluk) kapsayan duysal belirtiler
3. Tamamen geri dönüşümlü disfazik konuşma bozukluğu

C. Aşağıdakilerden en az iki tanesi olmalı:

1. Homonim görsel belirtiler ve/veya tek yanlı duysal belirtiler
2. Beş dakika veya daha fazla sürede gelişen en az bir aura belirtisi ve/veya daha fazla sürede ard arda gelişen farklı aura belirtileri
3. Her belirti 5-60 dakika sürmeli

D. Aura sırasında veya aurayı izleyen 60 dakika içinde aurasız migren için olan tüm B-D ölçütlerini taşıyan baş ağrısı

E. Başka bir organik hastalık işareti olmamalı

1.2.2. Özgün Auralı, Migrene Benzemeyen Baş Ağrısı

Tanımı: Özgün aura, görsel ve/veya duysal ve/veya konuşma ile ilgili belirtilerden oluşur. Baş ağrısı aurasız migren tanı ölçütlerini taşımaz.

Tanı Ölçütleri

A. B-D ölçütlerini tamamen dolduran en az iki atak olmalı

B. Kas gücü kaybı olmaksızın aura aşağıdaki özelliklerden en az birini taşımalı:

1. Tamamen geri dönüşümlü pozitif belirtileri (ışık titremeleri, noktalar ya da çizgiler) ve/veya negatif belirtileri (görme kaybı) içeren görsel belirtiler
2. Tamamen geri dönüşümlü pozitif özellikleri (toplu iğne ve iğne) ve/veya negatif özellikleri (uyuşukluk) kapsayan duysal belirtiler
3. Tamamen geri dönüşümlü disfazik konuşma bozukluğu

C. Aşağıdakilerden en az iki tanesi olmalı:

1. Homonim görsel belirtiler ve/veya tek yanlı duysal belirtiler

2. Beş dakika veya daha fazla sürede gelişen en az bir aura belirtisi ve/veya 5 dakika veya daha fazla sürede ard arda gelişen farklı aura belirtileri
3. Her belirti 5-60 dakika sürmeli

D. Aura sırasında veya aurayı izleyen 60 dakika içinde aurasız migren için olan tüm B-D ölçütlerini taşımayan baş ağrısı

E. Başka bir organik hastalık işareti olmamalı

1.2.3. Baş Ağrısız Özgün Aura

Tanım: Burada baş ağrısı hiç gelişmez ya da auradan sonra 60 dakika içinde başlamaz. 40 yaşından sonra, negatif görsel belirtiler, çok uzun veya çok kısa sürüyorsa önce diğer nedenleri araştırmak gereklidir.

1.2.4. Ailesel Hemiplejik Migren (AHM)

Tanım: Kas gücü kaybı şeklinde aurası olan migren baş ağrısıdır. En az bir tane birinci veya ikinci derece yakınlarında motor güçsüzlük şeklinde aurası olan migren baş ağrısının bulunması bu tanıyı düşündürmelidir. AHM'de ataklarda bilinç bozukluğu, konfüzyon, ateş, BOS'da pleositoz bulunabilir. Hafif bir kafa travmasıyla tetiklenebilir. % 50' sinde süregelen ilerleyici serebellar ataksi migren ataklarından bağımsız olarak görülebilir.

Tanı Ölçütleri

A. B-C' yi karşılayan en az 2 atak

B. Aura olarak tamamen düzelen motor güçsüzlüğün ve aşağıdakilerden en az birinin olması

1. Tamamen geri dönüşümlü görsel bulgular
2. Tamamen geri dönüşümlü duysal belirtiler
3. Tamamen geri dönüşümlü disfazik konuşma bozukluğu

C. Aşağıdakilerden en az 2'si:

1. En az bir aura belirtisinin ≥ 5 dakikadan uzun sürede gelişmesi ve/veya farklı aura belirtilerinin ≥ 5 dakikada gelişmesi
2. Her bir aura belirtisi ≥ 5 dakika ile < 24 saat içinde sonlanır
3. Aurasız migren ölçütlerini karşılayan baş ağrısının aura sırasında ya da auradan sonraki 60 dakika içinde başlaması

D. 1. veya 2. derece yakınlarında en az bir tane A-E ölçütlerine uyan birinin bulunması

E. Diğer bir hastalıkla ilişkili olmaması

Not: AHM sıklıkla baziler tipte belirti verir

1.2.5. Sporadik Hemiplejik Migren

Tanım: Hastada kas gücü kaybı ile birlikte olan auralı migren atağı görülürken; birinci derece ya da ikinci derece akrabalarında kas gücü kaybıyla giden auralı migren hikayesi bulunmamalıdır.

Tanı Ölçütleri

- A.** B-C ölçütlerini tamamen dolduran en az iki atak olmalı
- B.** Aura, tamamen geri dönüşümlü kas gücü kaybı ile aşağıdaki özelliklerden en az birini taşımalı:
1. Tamamen geri dönüşümlü pozitif belirtileri (ışık titremeleri, noktalar ya da çizgiler) ve/veya negatif belirtileri (görme kaybı) içeren görsel belirtiler
 2. Tamamen geri dönüşümlü pozitif özellikleri (toplu iğne ve iğne) ve/veya negatif özellikleri (uyuşukluk) kapsayan duysal belirtiler
 3. Tamamen geri dönüşümlü disfazik konuşma bozukluğu
- C.** Aşağıdakilerden en az iki tanesi olmalı:
1. Beş dakika veya daha fazla sürede gelişen en az bir aura belirtisi ve/veya 5 dakika veya daha fazla sürede ard arda gelişen farklı aura belirtileri
 2. Her belirti 5 dakikadan uzun, 24 saatten kısa sürmeli
 3. Aura sırasında veya aurayı izleyen 60 dakika içinde aurasız migren için olan tüm B-D ölçütlerini taşıyan baş ağrısı
- D.** Birinci ya da ikinci derece akrabalarda A-E ölçütlerinin tamamını taşıyan ataklar olmamalı
- E.** Başka bir organik hastalık işareti olmamalı

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

Tanımı: Baziler migren diyebilmek için, motor zaaf olmaksızın her iki oksipital hemisferden ve/veya beyin sapından kaynaklanan aura belirtilerini içeren migren atağı olmalıdır.

Tanı Ölçütleri

- A.** B-D ölçütlerini tamamen dolduran en az iki atak olmalı
- B.** Kas gücü kaybı olmaksızın aura aşağıdaki tamamen geri dönüşümlü belirtilerin en az iki tanesini içermeli:
1. Dizartri
 2. Vertigo
 3. Tinnitus
 4. İşitme kaybı

5. Diplopi

6. Her iki gözde temporal ve nazal görme alanlarını içeren görsel belirtiler

7. Ataksi

8. Bilinç düzeyinde bozulma

9. Eş zamanlı iki yanlı pareteziler

C. Aşağıdakilerden en az bir tanesi olmalı:

1. Beş dakika veya daha fazla sürede gelişen en az bir aura belirtisi ve/veya

5 dakika veya daha fazla sürede ard arda gelişen farklı aura belirtileri

2. Her belirti 5-60 dakika sürmeli

D. Aura sırasında veya aurayı izleyen 60 dakika içinde aurasız migren için olan tüm B-D ölçütlerini taşıyan baş ağrısı

E. Başka bir organik hastalık işareti olmamalı

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

1.3.1. Tekrarlayıcı Kusmalar

Tanım: 1988 sınıflamasında yoktur. Tekrarlayan bulantı ve kusma atakları vardır. Bu ataklar birbirinin aynısıdır. Atak sırasında halsizlik ve solukluk vardır. Çocuk ataklar arasında normaldir. Tespit edilebilen herhangi bir GIS hastalığı yoktur.

Tanı Ölçütleri

A. B ve D' ye uyan en az 5 atak

B. Tekrarlayan ataklar, yoğun bulantı ve kusma 1 saat – 5 gün devam eder.

C. Ataklardaki kusma en az saatte 4 kez olur ve 1 saat sürer.

D. Ataksız dönemde normaldir.

E. Başka bir hastalığa bağlı değildir.

1.3.2 Abdominal Migren

Tanım: İdiyopatik tekrarlayan bir bozukluktur. 1-72 saat süren karın ağrısı vardır. Ağrı orta-ağır şiddettedir ve vazomotor belirtilerle, bulantı ve kusma ile ilişkilidir. GIS veya renal hastalık öyküsü yoktur.

Tanı Ölçütleri

A. B-D' yi karşılayan en az 5 atak olmalı,

B. 1-72 saat süren karın ağrısı..

C. Karın ağrısı aşağıdaki özelliklerden tümünü karşılamalı:

1. Orta hatta, göbek etrafında yerleşim,

2. Künt vasıflı,
3. Orta-ağır şiddetli.

D. Ağrı sırasında aşağıdakilerden en az 2'sinin olması:

1. İştahsızlık,
2. Bulantı,
3. Kusma,
4. Solukluk.

E. Başka bir hastalığa bağlı olmamalı.

1.3.2. Çocukluk Döneminin İyi Huylu, Ataklarla Giden Baş Dönmesi

Tanım: Kısa süreli baş dönmesi atakları olur. Uyarıcı belirtiler yoktur. Kendiliğinden geçer. Bazı ataklarda baş ağrısı ile birlikte ilişkili olarak nistagmus veya kusma görülebilir

Tanı Ölçütleri

- A. B-D' yi karşılayan en az 5 atak
- B. Dakikalar veya saatler içinde kendiliğinden geçen çoklu ağır baş dönmesi atakları
- C. Nörolojik muayene, odyometrik testler ve vestibüler fonksiyonlar ataklar arasında normaldir
- D. EEG normaldir.

1.4. Retinal Migren

Tanım: Tekrarlayan ataklar şeklinde monooküler görsel bozukluk (skotom, körlük) ve eşlik eden migren baş ağrısı vardır.

Tanı Ölçütleri

- A. B ve D' yi karşılayan en az iki atak,
- B. Atak sırasında tamamen geri dönüşümlü olan monooküler görsel olayların (sintilasyonlar, skotomlar, körlük vb) olması (muayene veya hastanın atak sırasında mevcut durumu çizmesi ile doğrulanan),
- C. 1.1. Aurasız migren ölçütlerini karşılayan baş ağrısının aura sırasında ya da 60 dk. içinde başlaması,
- D. Normal oftalmolojik muayene,
- E. Başka bir hastalığa bağlı değildir.

1.5. Migren Komplikasyonları

1.5.1. Süreğen Migren

Tanım: İlaç aşırı kullanımının bulunmadığı, ayda 15 ya da daha fazla gün olan, toplam 3 aydan fazla olan migren baş ağrısı

Tanı Ölçütleri

Son 3 ay için ayda 15 gün veya daha fazla süre için 1.1 aurasız migren ölçütlerinden C ve D' nin karşılanması, başka bir hastalığa bağlı olmaması .

1.5.2. Migren Statusu

Tanım: 72 saatten uzun süren ve işten düşüren migren atağının olması

Tanı Ölçütleri

A. Hastadaki mevcut baş ağrısı atağı 1.1. aurasız migren ölçütlerini süre haricinde karşılar.

B. Baş ağrısında aşağıdakilerden ikisinin olması:

1. 72 saatten uzun sürmesi.

2. Ağır şiddette olması.

C. Başka bir hastalığa bağlı değildir.

1.5.3. İskemi Olmaksızın Dirençli Aura

Tanım: 1 haftadan uzun süren aura belirtileri vardır.

1.5.4. Migrene Bağlı İnfarkt

Tanım: Bir ya da daha fazla migren aurası iskemik beyin lezyonu ile ilişkilidir. Görüntülemeye ilgili bölgede infarkt alanı tespit edilir. 60 dk'nın üzerinde seyreden auralı tek atak dışında tüm ağrıları auralı migrene uyar.

1.5.5. Migrene Bağlı Epileptik Nöbet

Tanım: Migren aurası tarafından tetiklenen nöbettir. Burada migren aurası sırasında ya da sonraki 1 saat içinde nöbet vardır.

1.6. Olası Migren (Migrenöz Bozukluk)

Tanım: Baş ağrısı ve/veya atağı migren tanı ölçütlerinden biri dışında diğerlerini karşılıyorsa olası migren adı verilir.

1.6.1. Olası Aurasız Migren

Tanı Ölçütleri:

A. 1.1. Aurasız migren için A-D tanı ölçütlerinden biri dışında tümünü karşılayan ataklar

B. Başka bir organik bozuklukla ilişkili olmamalı

1.6.2. Olası Auralı Migren

Tanı Ölçütleri:

- A. 1.2. Auralı migren veya onun herhangi bir alt formu için A-D tanı ölçütlerinden biri dışında tümünü karşılayan ataklar
- B. Başka bir organik bozuklukla ilişkili olmamalı.

2. GERİLİM BAŞ AĞRILARI

2.1. Sık Olmayan Epizodik Gerilim Baş Ağrıları (EGBA)

- 2.1.1 Perikraniyal Kasların Bozukluğu ile İlişkili Sık Olmayan EGBA
- 2.1.2 Perikraniyal Kasların Bozukluğu Olmaksızın Sık Olmayan EGBA

2.2. Sık Epizodik Gerilim Baş Ağrıları (EGBA)

- 2.2.1 Perikraniyal Kasların Bozukluğu ile İlişkili Sık EGBA
- 2.2.2 Perikraniyal Kasların Bozukluğu Olmaksızın Sık EGBA

2.3. Süreğen Gerilim Baş Ağrısı (SGBA)

- 2.3.1 Perikraniyal Kasların Bozukluğu ile İlişkili SGBA
- 2.3.2 Perikraniyal Kasların Bozukluğu Olmaksızın SGBA

2.4. Olası Gerilim Baş Ağrısı

- 2.4.1 Olası Sık Olmayan Epizodik GBA
- 2.4.2 Olası Sık Olan Epizodik GBA
- 2.4.3 Olası Süreğen GBA

2. 1. Sık Olmayan Epizodik Gerilim Baş Ağrıları (EGBA) (28)

Tamm: Dakikalar-günler süren baş ağrısı atakları vardır. Ağrı iki taraflı, basınç ya da sıkıştırıcı vasıflı ve hafif-orta şiddetlidir. Günlük bedensel hareketlerle şiddetlenmez. Bulantı yoktur. Fotofobi ya da fonofobi olabilir. GBA en sık görülen baş ağrısı tipidir. GBA gerek sıklık, gerekse şiddet bakımından çok değişkenlik göstererek; nadir ve kısa baş ağrısı ataklarından, sık ve genellikle sürekli olan kısıtlayıcı baş ağrılarına kadar her şekilde karşımıza çıkabilir.

2.1. Sık Olmayan Epizodik GBA

Tanı Ölçütleri

- A. B-D' yi tam karşılayan ayda 1 günden az (<12 gün/yıl) olan en az 10 atak
- B. Baş ağrısı 30 dk- 7 günde sonlanacak
- C. Aşağıdakilerden en az 2 tanesinin olması:
 - 1. İki taraflı yerleşim
 - 2. Basınç/sıkıştırıcı vasıflı
 - 3. Hafif-orta şiddetli

4. Günlük bedensel hareketlerle kötülemez

D. Aşağıdakilerden 2' sinin olması

1. Bulantı ya da kusmanın olmaması

2. Fotofobi ya da fonofobinin olması

E. Başka bir organik bozuklukla ilişkili olmamalı

2.1. Sık Olmayan Epizodik GBA

2.1.1. Perikraniyal Hassasiyetle İlişkili Sık Olmayan Epizodik GBA

Tam Ölçütleri

A. 2.1 için A-E ölçütlerinin olması

B. Manuel olarak muayenede perikraniyal hassasiyetliğin olması

2.1.2. Perikraniyal Hassasiyetle İlişkisiz Sık Olmayan Epizodik GBA

Tam Ölçütleri

A. 2.1 için A-E ölçütlerinin olması

B. Manuel olarak muayenede perikraniyal hassasiyetliğin olmaması

2.2. Sık Epizodik GBA

Tam Ölçütleri

A. ≥ 1 ve <15 gün/ayda en az 10 baş ağrısı atağı, en az 3 ay boyunca (≥ 12 ve <180 gün/yıl) olmalıdır ve B-D tam olarak karşılanmalıdır.

B. Baş ağrısı 30 dk- 7 günde sonlanır.

C. Aşağıdakilerden en az 2 tanesinin olması:

1. İki taraflı yerleşim

2. Basınç/sıkıştırıcı vasıflı

3. Hafif-orta şiddetli

4. Günlük bedensel hareketlerle kötüleşmeme

D. Aşağıdakilerden 2' sinin olması

1. Bulantı ya da kusmanın olmaması

2. Fotofobi ya da fonofobinin olması

E. Başka bir organik bozuklukla ilişkili olmamalı.

2.3. Süreğen GBA

Tam Ölçütleri

A. Son 3 ay boyunca ayda \geq

15 gün baş ağrısı atağı olması (≥ 180 gün/yıl) ve B-D tam olarak karşılanmalıdır.

B. Baş ağrısı saatler içinde sonlanır ya da süreğendir

C. Aşağıdakilerden en az 2 tanesinin olması

1. İki taraflı yerleşim
2. Basınç/sıkıştırıcı vasıflı
3. Hafif-orta şiddetli
4. Günlük bedensel hareketlerle kötüleşmeme

D. Aşağıdakilerden 2' sinin olması

1. Hafif bulantı ya da fotofobi ya da fonofobiden bir tanesi
2. Ya orta ya da ağır bulantı ya da kusma

E. Başka bir hastalığa bağlı değildir

2.4. Olası GBA

Tanı Ölçütleri

A. 2.1. Sık olmayan veya 2.2. Sık EGBA' nın , 2.3. Süreğen GBA' nın A-D tanı ölçütlerinden biri dışında hepsini karşılayan baş ağrısı atakları

B. 1.1. Aurasız migren için tanı ölçütlerini tam doldurmayan ataklar(28)

3. KÜME VE DİĞER TRİGEMİNAL OTONOMİK BAŞ AĞRILARI

4. DİĞER BİRİNCİL BAŞ AĞRILARI

B. İKİNCİL BAŞ AĞRILARI

C. KRANİYAL NEVRALJİLER, SANTRAL ve BİRİNCİL FASİYAL

AĞRI ve DİĞER BAŞ AĞRILARI (28)

2.3 MİGREN

2.3.1. MİGREN FİZYOPATOLOJİSİ

Bazı bilim adamları senelerce migren için birleştirici bir teori geliştirmeye çalışmışlardır (11). Son 20 yıldır migren baş ağrısını fizyopatolojisi, farmakolojisi, epidemiyolojisi ve genetiği ile ilgili büyük gelişmelere tanıklık edilmiştir (1). Hiçbir teori şu ana kadar prodromal bulgular, aura, baş ağrısı, bunlarla ilişkili belirtiler ve düzelme dönemi dahil olmak üzere migreni oluşturan tüm evreleri açıklamayı başaramamış değildir (11).

“Migreni” yani başın bir yarımını etkileyen ve çoğunlukla görsel ve gastrointestinal belirtilerle ilişkili yarım baş ağrısını ilk tanımlayan kişi M.S. 2. Yüzyılda Kapadokya’ da yaşamış olan Aretaeus’ tur. 1600’lü yıllarda Thomas Willis migren baş ağrısı ortaya çıkışında vasküler etkenlerin varlığına değinmiş ve ondan sonra geliştirilen benzer karşıt görüşler sonucu yakın zamana dek migrenin öncelikle vasküler (29) veya nörojenik kökenli olabileceği tartışması süregelmiştir (30).

“Günümüzde migrenin nörojenik kökenli olduğu, atakların ortaya çıkışının beynin aşırı duyarlılığı (kortikal hipereksitabilite) veya bir başka deyişle uyarılma eşiğinde düşme ile ilişkili olabileceği ve olasılıkla beyin sapındaki bazı yapıların atak sürecini başlattığı öne sürülmektedir” (26). Beyin sapı mekanizmalarının ehemmiyeti her zaman için migren patogenezinde vurgulanmaktadır (5). Migren atakları esnasında beyin sapı yapılarının aktive olduğu PET ve fMRG çalışmalar ile gösterilmiş ve bu bulgulardan yola çıkarak beyin sapının migren ağrısının jeneratörü olabileceği de öne sürülmüştür (1).

Locus coeruleus ve raphe çekirdekleri gibi aminojik beyin sapı çekirdekleri serebral kan akımını düzenlemekte, kortikal nöronal uyarılabilirliği etkileyebilmekte ve endojen ağrı mekanizmalarını kontrol etmektedir. Bu yapıların etkisiyle trigeminovasküler sistemin dolaylı veya doğrudan etkilenmesiyle de ağrının ortaya çıkabileceği bir olasılık olarak görülmektedir (26). Migrenin altında yatan neden, aşırı uyarılabilir bir serebral korteksin oluşudur (8). Muhtemelen birçok gen üzerindeki etkileri de nöronal iyon kanallarında (özellikle kalsiyum iyon kanalları) bozukluklara neden olmaktadır (1). Nöronların aşırı uyarılabilirlik

durumu için farklı patofizyolojik açıklamalar yapılmaktadır. Bunlar: Mitokondri defekti, beyindeki Magnezyum eksikliği ve iyon kanalı anormalileridir (11).

Leao 1944'de "spreading depression" (yayılan depresyon) teorisini yayınlamış ve serebral korteks boyunca yavaş bir hızla hareket eden kortikal nöronal aktivite dalgasının inhibisyonundan bahsetmiştir (22).

Yayılan depresyon, oligemi dalgasına eşlik eder ve her iki olayda görsel skotom oluşumuna karşılık gelir (11). "Migren aurasında korteks boyunca yaklaşık 2-3 mm/dk hızla ilerleyen beyin kan akımı azalması (oligemi) ile ilişkilidir" (5). İlk kez Leao nöronal depresyonun; vazodilatasyon ile kan akımı artışı ile aynı zamanda oluştuğunu göstermiştir (31). Migren yayılan oligemi ve iskeminin nedenidir (3). Migren aurasını en iyi açıklayan, yayılan depresyondur ve migren aurasını artık sadece iskemiyle ifade etmek mümkün değildir. Uyarıcı bir aminoasit olan glutamat salınımı ve K⁺ hareketi depresyonun yayılmasında önemli faktörlerdir (22). Mg²⁺ uyarıcı aminoasitlerin özellikle glutamatın salınımını artırır (32).

Migren patogenezinde en az üç mekanizmanın varlığına dair deneysel ve klinik kanıtlar bulunmaktadır. Bu mekanizmalar: ekstrakraniyal vazodilatasyon, ekstrakraniyal nörojenik inflamasyon ve santral ağrı transmisyonunun azalmış inhibisyonu'dur (22). 1930'larda Wolff ve Graham tarafından ekstrakraniyal arteriyel vazodilatasyon mekanizması ilk olarak ileri sürüldü. Bu inflamasyon, ağrı duygusunda rol alan primer duysal sinir liflerinden, aktive olduklarında salgıladıkları kimyasal maddeler ile meydana getirilmektedir (22).

Migren ataklarında serotonin rolünden de söz edilmektedir. Serotoninin ön maddesi "Tryptophan" dır (33). Serotoninin kan dolaşımında azalması kafa derisi arterlerinde genişlemeye daha küçük arterlerde de rölatif daralmaya ve sonuç olarak da ekstrakraniyal arterlerde distansiyona neden olmaktadır (34,35). " Migren krizinde 5-HT'nin üriner metabolit olarak 5-hidroksi-indolasetik asitin atılımında belirgin bir artış gözlemlenmiştir" (34). Ayrıca serotonin barsak hareketlerini (3) artırdığından migrende çoğunlukla ishal görülür (33). Migrenli olgularda vestibüler olgularada sık rastlanır. Taşıt tutması vestibüler fonksiyonlarla alakalı bir olgudur. Bir çalışmada da (Genç 2000) aurasız migren grubunda taşıt tutması yatkınlığının daha yüksek oranda bulunmuştur (36).

Migren kalıtım ve soya çekim özelliği taşıyan kronik bir hastalıktır (34,37). Genetik olarakda multifaktöriyel bir hastalıktır (26). Hemiplejik migren (FHM) otozomal dominant geçişlidir (26). FHM kalsiyum kanalı (CACNA1a), Na-K-ATPaz pompası (ATP1A2) ve sodyum kanalı (SCN1A) ile ilişkili bazı genlerdeki mutasyonlardan kaynaklandığı kesin olarak kanıtlanmıştır (7).

Özetle fiziksel, psikolojik ya da biyolojik stresin, olasılıkla genetik yatkınlık sonucu beyin duyarlılığı artmış kişilerde, bu eşğin aşılmasına neden olarak migren dönemlerini başlattığı; bu arada beyin sapı mekanizmalarının aktive edilmesi ile birlikte ağrının ortaya çıktığı ve bu sürenin sonunda da giderek eşğin yükselmesiyle atağın sonlanacağı ileri sürülmektedir (26).

2.3.2. MİGRENİN KLİNİĞİ

Migren, kişinin günlük hayat aktivitelerini engelleyecek derecede şiddetli (37) ve başın hareketleriyle artan baş ağrısı olarak kabul edilmektedir (30). Migren en çok rastlanan kronik ve tekrarlayıcı baş ağrısı nedenidir (38,39). Baş ağrılarının %15-20'sini migren baş ağrısı oluşturur (18). Migrenin bir yıllık prevalansı erkeklerde %6, kadınlarda %15 olarak tespit edilmiştir (1).

Migren en fazla çocukluğun sonlarında, puperte ve yetişkinliğin başlarında ortaya çıkar ve daha sonra görülme sıklığı azalır, 40'lı yaşlarda prevalans tekrar artar ve yaşlılıkta bu artış sonlanır (11). Migren kadınlarda erkeklere oranla 3 kat fazla görülmektedir (18). Kadınların baş ağrısı şikayeti ile doktora daha fazla başvurmalarından dolayı kadın oranının daha yüksek olduğu şeklinde açıklanmaktadır (40). Erkeklerin %8'nin, kadınların %20'nin migrenli olduğu bilinmektedir (7).

Migren öyküye dayanılarak konan bir tanıdır (8). Migren tanısı için spesifik bir radyolojik inceleme ve laboratuvar testi mevcut değildir (22). Laboratuvar tetkikleri, fizik ve nörolojik muayene çoğunlukla normal bulunur ve daha fazla ikincil baş ağrılarının nedenlerini dışlamada kullanılmaktadır (1).

Migrenli hastalar çoğunlukla birbirinden farklı baş ağrısı çeşitleri ve buna eşlik eden farklı semptomatolojiler gösterirler (41). Bundan dolayı tanıda, en önemli etken, dikkatli ve ayrıntılı anemnez ile tüm olayların zamansal tanımıdır (24). Bu sebeptendir ki hekimler hastaların hafızasına güvenmek durumundadırlar (1). Migren

tedavisinin temelini ayrıntılı öykü, fizik muayene ve doğru tanı oluşturmaktadır (42).

Migrendeki baş ağrısı; tek taraflı, ataklar arasında veya bir atak boyunca bir yandan diğer yana geçebilir, çift taraflı hafif yada orta şiddetli, zonklayıcı yada pulsatif olabilir (11). Migren baş ağrısı başın arka bölümleri ve enseyi kapsayacak kadar yaygın, hatta omuza kadar yayılabilir (34,35). Baş ağrısı migrende gündüz ve gece her zaman oluşabileceği gibi en fazla sabaha karşı ile öğle vakitleri arasında başlamaktadır (5). Tedavi edilmemiş bir migren atağının süresi 24 saattir ve alışılmış zaman aralığı erişkinlerde 4-72 saat arasındadır (5). Migren baş ağrısı egzersiz ile artar (18,43). Migrenli olguların yaklaşık %90'ı aurasızdır (44). En sık görülen migren aurasız migrendir (1).

Migren baş ağrısı ataklar ile seyreden, yaşam kalitesini bozan ve verimini düşüren kronik bir hastalıktır (45).

Migren atağının prodrom, aura, ağrı ve postdrom dönemleri vardır (26).

1)Prodrom (Öncü) Evre:

Migrenli olguların %20'si ile%60'ında baş ağrısından önceki saatler veya günler içinde öncü fenomenler görülür (4). Ağrıdan önceki saatler, hatta bazı olgularda günler içinde yavaşça gelişen bu belirtiler prodrom evresini meydana getirir (26). Bunlar genellikle psikolojik, nörolojik ve otonomik semptomlar olup, bunların başında depressif ruh hali, öforik davranış, artmış duyarlılık hali ve tepkisellik, durgunluk, donukluk, konsantrasyon ve dikkat azalması, düşüncede yavaşlama, kelime bulma güçlüğü gibi nöro-psikolojik değişiklikler gelmektedir (26).

Prodrom dönemi belirtilerinin anatomik karşılığı frontal loblar, hipotalamus serebral hemisfer ve santral nöroadrenerjik sistemler lokus ceruleus olduğu görülecektir (26). Bir migren atağının genellikle beynin bir çok bölümünü etkilediği "nörojenik" bir başlangıç dönemi ile ortaya çıktığını söylemek doğru olacaktır (26).

2) Aura evresi:

Aura, migren ağrısının meydana gelmesinden hemen önce veya ağrı esnasında gözlenen herhangi bir nörolojik bozukluk olarak tanımlanabilir (31). Migren baş ağrılarını yaklaşık %15'ine aura adını verdiğimiz nörolojik semptomlar öncülük eder (18). Auralı migrenlilerde her atakta aura olması şartı yoktur (30). Aura görsel, duysal veya motor fenomenler şeklinde olabilir ve bazen dil veya beyin sapı işlevlerini de etkiler (5,4). Aura belirtileri çoğunlukla 5-20 dakika içinde gelişmekte ve genellikle süre 60 dakikayı geçmemektedir (26).

Aura belirtileri arasında homonim görsel bozukluklar, tek taraflı uyuşma veya karıncalanmalarla şekillenen somatosensoriyel belirtiler, tek taraflı paraziler ve kelime bulma güçlüğü ve afaziye andıran konuşma bozuklukları gelmektedir. Görsel belirtiler pozitif ve negatif belirtiler olarak değerlendirilmektedir (26).

Pozitif belirtiler, yanıp sönen ışık parlamaları, şeklinde olan ve basit tip olarak kabul gören "photopsia" (fotopsi) yada şekilsel özellikler taşıyan ve scintillating scotoma (takopsia veya fortifikasyon spektrumu) olarak adlandırılan komplike tipte görsel halüsinasyonlar şeklinde ayrılmaktadır.

Negatif belirtiler genelde görme alanının hemianopik olarak etkilediği bir görme bulanıklığı şeklindedir(26).

3)Baş ağrısı evresi:

Migrendeki baş ağrısı tek taraflı (ataklar arasında veya bir atak boyunca bir yandan diğer yana geçebilir), çift taraflı hafif yada orta şiddetli, zonklayıcı yada pulsatif olabilir (11,4). Ağrı zonklayıcı nitelikte olup şakak ve göze yayılım gösterir, çoğu kez ensede hatta omuza kadar yayılabilir (8,34).

Migren baş ağrısı hastaların %50-80'inde en azından başlangıçta zonklayıcı (pulsatif) özellikte, sonradan künt ağrıya dönüşebilir (34). Migrenli olguların %60 kadarında baş ağrısı atakları ayda 1 yada seyrek olurken %10 olguda ise 5 veya daha fazladır (1).

Ağrı d6neminde ağrıya eşlik eden başlıca semptomlar bulanık g6rme, burun tıkanıklığı, iştahsızlık, diyare, karın ağrıları, poliuri, solukluk sıcak veya soğuk hissetme, bulantı, kusma, fotofobi ve fonofobidir (1,30,5). Depresyon, yorgunluk, kaygı, sinirlilik ve huzursuzluk ağrı d6neminde sık g6r6l6r (4). Ani hareketler, y6r6mek, zihinsel uğraşlar, ışık ve g6r6lt6 gibi uyaranlar ağrıyı artırıcı 6zellik taşır (46,30). Migrenli olgular ağrı d6neminde loş ve sessiz bir odada uzanmayı tercih etmektedir (30,46,1).

4) Postdrom (İyileşme) Evresi:

İyileşme evresinde ağrı giderek azalır ve kaybolur (4). Postdrom d6nemde iştahsızlık giderek yerini acıkma hissine bırakmakta, bazılarında tatlı yeme isteği belirlemekte, kişi sık idrara 6ıkma gereği duymaktadır (26). Migrenli kişi bu evrede yorgun, t6kenmiş, huzursuz ve kayıtsız hissedebilir, konsantrasyon g66l6đ6 ve kafa derisinde hassasiyet, duygu durum değişiklikleri olabilir (4).

Bazı migrenliler ataktan sonra kendilerini aşırı derecede iyi hissedebilir, yenilenmişlik hissi, 6forik olabilir, bazıları ise kendisini depresif ve hasta gibi hissedebilir (4). İyileşme fazında migrenli kişi kas ağrısı ve g66s6zl6đ6yle de karşılabilir (11).

2.3.3. MİGREN TETİKLEYİCİLERİ

Migrenli hastalarda migren ataklarını tetikleyici fakt6rlerin aurasız migrende %90, auralı migrende %60 oranında olduğu kaydedilmektedir (26).

Migren ataklarının ortaya 6ıkışını tetikleyen fakt6rler arasında ; stres, a6lık, uyku d6zenindeki sapmalar (az uyku, 6ok uyku) bazı yiyecekler ve i6ecekler (peynir, 6okolata, kırmızı şarap, bira), lodos, doğum kontrol hapı, menstruasyon, post6r ve pozisyon bozuklukları, koku (parf6m), parlak ışık, sigara dumanı ve 6ks6r6k sayılabilir (26,22,1,18,47). Bu migren tetikleyici fakt6rlerin t6m migrenliler i6in ge6erli olduğu yanılığına d6ř6lmemelidir (26).

Besinler bireyden bireye farklılık g6stermektedir (26). Kırmızı ve beyaz şarabın, peynirlerin ve nitratların (1) ya da sodyum monoglutamat i6eren besinlerin provoke edici 6zelliği g6sterilmiştir (22). Migren atakların ortaya 6ıkışını

kolaylaştıran faktörler arasında “ çikolata” da sayılmaktadır (26,30). Prodrom dönemindeki migrenlilerde tatlı yeme ihtiyacı ortaya çıkmakta çoğunlukla en kolay ulaşılabilen çikolata olduğundan, kısa bir süre sonra da baş ağrısı başlayınca ataktan çikolata sorumlu tutulmaktadır (30,26).

Migren atağının başlamasını tetikleyici bir başka faktörde hava durumu değişiklikleri ve rüzgar (lodos) sayılmaktadır (22). Migren ataklarını streste sık tetikleyebilmektedir. Migren ataklarının sıklığı belirten olgularda ayrıntılı bir öykü alınması ile bu kişilerin bazılarında depresyonun varlığını ortaya koyacaktır (22). Migren ile depresyonun epidemiyolojisi arasında dikkate değer bir benzerlik bulunmaktadır (3). Sık ve şiddetli migren atağı geçirmenin de kendi başına depresyon etkeni olabileceği göz ardı edilmemelidir (22,45).

Kadınların %50’ sinden fazlasında migren ile adet dönemleri arasında bir ilişkinin olduğu bildirilmektedir (30). Kadınlık hormonlarının tetikleyici etkenler olduğunun en belirgin kanıtı; baş ağrısı görülme oranının buluş çağı sırasında kızlarda net bir şekilde artmasına rağmen erkeklerde artmamasından anlaşılmaktadır (24). Araştırmalar menstruel siklusun luteal fazı sırasında meydana gelen östrojen ve progesteron/progestin ‘geri çekilmesi’ ve kombine hormonal kontrasepsiyonun (doğum kontrolünün) (CHC) hormonsuz aralığı esnasında meydana gelen baş ağrısına odaklanmaktadır (48). Menstruasyon ile migren atağının çıkışı arasındaki ilişkinin östrojen düzeyindeki düşme ile ilgili olduğu kabul edilmektedir . “ Hamilelikte ilk üç ay içinde atakların ortaya çıkabilmesi veya artmasına karşın ikinci ve üçüncü trimestirlarda ağrı ataklarında seyrelme ve hafifleme olmaktadır. Doğum sonucu östrojen düzeyindeki ani düşme ile atakların geri dönüşü de ilişkili kabul edilmektedir” (22).

2.3.4. MİRENLİ HASTALARIN KARAKTERİSTİK ÖZELLİĞİ

Migrenin karakteristik özelliği çok tartışmalı bir konu olmuştur (24). Migrenli hastaların şahsiyet yapısını ilk defa, psikanalitik bakımdan tetkik eden Touraine ve Draper’ dir (23). Migrenli hastalara Ross ve McNaughtan Roschach Testi uygulamış ve hastaların katı, mükemmeliyetçi, kırılgan, kuralcı, obsesif kompulsif özelliklere sahip, cinsel uyumda zorlanan, başarıyı elde etmede ısrarcı karakterde oldukları saptanmıştır (24). Migrenli kişilerin çocukluk dönemlerinde

zayıf, hassas bir bünyeye sahip, utangaç, sözdinler, terbiyeli, ve annelerine düşkünlük gibi özellikleri vardır. Migrenli yetişkinler de ihtirash, titiz, inat, derli toplu olmak gibi özelliklere sahiptirler (23). Ayrıca migrenli bireylerin aşırı kontrollü, mükemmeliyetçi, öfkesini bastıran, ahlak kurallarına ve cinsellikle ilgili konulara aşırı duyarlı obsesif kişilik yapısında oldukları da ileri sürülmüştür (49).

Wolff; migren hastalarını hırslı, mükemmelci, ısrarcı ve bağışlayıcı olmayan kişiler olarak tanımlamıştır. Wolff' un teorisini Billie' nin 1962' deki raporu doğrulamıştır (24).

Migrenli hastalar genellikle işlerini kendileri görür, ancak nöbetler sırasında etraflarını bitmez tükenmez ihtiyaçları ile rahatsız ederler (23).

Aygül ve ark. (2001)' nin çalışmalarında hastalarında geçerli bir kişilik yapısı tespit edilememiştir. Fakat hastaları kendilerini tanımlarken; içe kapanık sınırlı, titiz, duygusal olarak ifade etmiştir (40).

Migren ataklarının ortaya çıkmasında ruhi tesirlerin önemli rol oynadığı açıktır. Bu da hastalığın patojenezinde hipotalamik bozukluğun yerinin olabileceğini düşündürmektedir (23).

2.4. GERİLİM TİPİ BAŞ AĞRISI

2.4.1. GERİLİM TİPİ BAŞ AĞRISININ FİZYOPATOLOJİSİ

İnsanoğlunu etkileyen ağrılı durumlardan en yaygın olanı baş ağrısıdır. Baş ağrısı nörolojik hastalıkların yanı sıra sistemik hastalıklara da eşlik edebilen bir belirtidir (7).

Gerilim tipi baş ağrısı; primer baş ağrılarının en sık rastlanan ve en önemli tiplerinden biridir (2). Toplumda en sık görülen birincil baş ağrısını oluşturmaktadır (50,18). Gerilim tipi baş ağrısı belirgin bir sağlık sorunu ve sosyoekonomik sorun oluşturmaktadır (2). Gerilim tipi baş ağrısının fizyopatolojisi net değildir (7,51). Anormal kas kasılmasının değil anormal sinir hücrelerinin duyarlılığı ve ağrının kolaylaşmasının bir klinik yansımasıdır. Daha önceleri kas kökenli bir baş ağrısı olduğu öne sürüldüyse de kanıt yoktur. Artmış EMG aktivitesi olmaması,

botulinum toksin uygulamalarının baş ağrısız sonuç vermesi buna ters düşmektedir (7). Ayrıca Stefan Evers'de (2006) çalışmasında botulinum toksinin kullanımının gerilim tipi baş ağrısı için endikasyon olarak kabul edilmediğini belirtmiştir (52). Trigeminal siniri motor nöronlara bağlayan internöronlarda normal olmayan bir modülasyon bulunduğu düşünülmekte ve bu anormalliğin limbik sistemden, bazal gangliyonlardan veya dorsal raphe nukleusundaki serotonerjik nöronlardan kaynaklanabileceği ifade edilmektedir (7). Ayrıca kronik GTB' nin de patofizyolojisi net olmamakla birlikte santral serotonerjik nöronların ve serotoninin rolü oldukça belirgindir (49). Kronik gerilim tipinde supraspinal fasilitasyon sonucu trigeminal kaudal nukleus nöronlarının aşırı duyarlılaştığı düşünülmektedir (7).

Eğer migrende damarsal nosiseptörün aşırı duyarlılığı söz konusu ise; KGTB'da da perikraniyal kaslarda myofasiyal nosiseptörün aşırı duyarlılığı ile giden bir bozukluk söz konusu olabileceği bildirilmektedir (7). Sekonder segmental santral duyarlılaşma, uyarıların supraspinal modülasyon bozukluğu ve myofasyal dokudan doğan uzamış ağırlı uyarıların kronik forma çevriminde önemli olduğu düşünülmektedir. Fiziksel veya psikolojik stresler ya da fizyolojik olmayan çalışma koşulları sonucu GTB ağrısı atağı oluşabilir. Zorlanan kaslardan gelen nosisepsiyon artışı ağrı modülasyonu bozulmuş kişilerde atağı tetikleyebilir. Emosyonel mekanizmalar da endojen antinosiseptif sistemin aktivitesinin azalması KGTB'na neden olabilir. Trigeminal kaudal nukleus nöronlarının duyarlılaşması normalde ağrıya neden olmayacak implusların ağırlı olması ve tetik noktaları oluşturarak GTB belirtilerinin çakışmasına ve trigeminal vasküler sistemin de aktivasyonuna yol açabilir (7).

GTB'nin fizyopatolojisinde yer alan bu mekanizmaların önceliğinin her hastada farklı olabileceği hatta aynı GTB'lilerde de zaman içinde farklılık gösterebileceği belirtilmektedir (22).

2.4.2. GERİLİM TİPİ BAŞ AĞRISI'NIN KLİNİĞİ

Gerilim tipi baş ağrısı en fazla dikkat çeken baş ağrısı olmasa da, topluma maliyeti en yüksek hastalıklardan biridir (53). GTB prevalansı genel populasyonda % 30- 80 arasındadır (42). Epizodik gerilim tipi baş ağrısı (EGTB)'nın toplumda

görülme oranı % 20-30 KGTB'nin ise görülme oranı %3 civarında olduğu belirtilmektedir (22).

GTB çoğunlukla 20 yaş civarında başlamaktadır. Kadınlar da erkeklere oranla daha sık görülmektedir (22,7). Yaşın artmasıyla GTB'nin görülme sıklığı azalmaktadır (53,22).

GTB için bir tanı testi mevcut değildir (8). GTB'nin belirsiz özellikler taşıması düzenlenmiş tanısal ölçütlerinin ve biyolojik bir belirtecinin bulunmaması, GTB araştırmaları önündeki en büyük engelleri meydana getirir. Bu sebepten dolayı doğru tanı için en yararlı gereç ayrıntılı bir anemnezdır (7).

Gerilim tipi baş ağrısı ataklar şeklinde görülebildiği gibi, üç aydan daha uzun süre günlük veya gün aşırı baş ağrısının olduğu kronikleşmiş halde de görülmesi nadir değildir (7).

GTB'de ağrı çoğunlukla bilateral, frontal ve temporal bölgelerde, boyuna yayılan ve başı çember gibi saran tarzda; künt, basınç hissi ve gerilme özelliğinde hafif ve orta şiddettedir (9). Hastaların %10 civarında ağrı tek taraflı olabilmektedir. Ağrı atak sırasında yer değiştirebilir (8). GTB'de sürekli, lokalize olmayan künt bir ağrı tanımlanır (7), fakat %17'sinde zonklayıcı özellik olabileceği bulunmuştur (22). Ağrının da GTB'nin % 25'inde fizik aktivite ile artması özelliği taşıyabilir (26). Migren ve GTB hastalarında baş ağrısı esnasında kafa derisi hassasiyeti daha çok ve daha şiddetlidir (8). GTB'li hastalarda ağrı günün her hangi bir saatinde başlayabilir (22).

GTB' de kusma, fonofobi, fotofobi ve şiddetli ağrı gibi migrenin tipik özelliklerini görülmez (53). Ancak, bazı GTB'li hastalarda fotofobi ve fonofobi bulunabilir (8).

Bir çok insan migren ve GTB'yi farklı zamanlarda birlikte yaşamış olabilir (2).

GTB, IHS sınıflamasında; sık olmayan epizodik, sık epizodik, süreğen gerilim ve olası gerilim baş ağrısı olarak gruplandırılmıştır (26).

2.4.3. GERİLİM TİPİ BAŞ AĞRISININ TETİKLEYİCİLERİ

Gerilim tipi baş ağrısının başlamasına ve devam etmesine sebep olabilen faktörler oromandibular bozukluklar, anksiyete, psikososyal stres, depresyon, hezeyan veya düşünce olarak gelişen somataform bozuklukları, kaslarda zorlanmaya neden olan kötü çalışma pozisyonları, aşırı çalışma ve uykusuzluk, postür ve pozisyon bozuklukları gibi kötü sağlık bakımına sahip kişilerin işten sonra rahatlayamaması gibi faktörler tetikleyiciler arasında sayılabilir (53,18,54,22,55). Gerilim tipi baş ağrısı migrende olduğu gibi menstruasyon sırasında da ortaya çıkabilmektedir (22).

Migren ve GTB' de psikiyatrik problemlerin varlığı da bilinmektedir (25). KGTB'de aile öyküsünde depresyon saptanmıştır (7). Boz ve arkadaşları KGTB hastalarında zarardan kaçınma skorlarını yüksek saptadılar (Boz ve ark. 2004) (56). Bu yükseklik hastaların daha çok depresif semptomolojiye sahip olduklarını gösterir. Zarardan kaçınma skorlarının yüksek bulunması KGTB'lı hastaların strese bir cevap olarak GTB geliştirmeye eğilimli bir mizaca sahip olduklarını göstermektedir. Ayrıca KGTB hastalarında yapmış oldukları çalışmada kendi kendini yönetme skorunu da düşük bulmuşlardır. Bu da KGTB'lilerin diğer insanları ve durumları kendi hüsrانlarından sorumlu tutan ve kendi davranışlarının kendi isteklerinin etkisi dışında olduğunu düşünen kişiler olduklarını düşündürmektedir (56).

GTB'yi tetikleyici temel faktörler depresyon ve kötü sağlık bakımı olduğundan dolayı ağrıyı en çok azaltan ve geçiren yöntem istirahatıdır (8).

2.5. YAŞAM KALİTESİ

Yaşam kalitesi insanlık tarihi kadar eskidir (57). Yaşam kalitesi kavramı çok geniş kapsamlı, sınırları belirsiz, oldukça karmaşık ve özellikle de çeşitli çevrelerce farklı biçimde tanımlanabilme özelliğine sahiptir (58). Yaşam kalitesinin tanımı mevzusunda farklı yorumlar bulunmaktadır (59). Ayrıca kaliteli yaşamın ne olduğu filozoflarında temel tartışma mevzusu olmuştur (60). Yaşam kalitesi kavramının felsefik temellerine bakıldığında; 4. yüzyılda yaşayan Aristo ile 18. y.y' da yaşayan Jenemy Benth' ın mutluluk kavramı ile ilgili düşüncelerine bakmak gerekmektedir

(57). Bentham' a göre yaşamımız iki prensip veya unsur tarafından idare edilmektedir. Birinci unsur, memnuniyet prensibi, ikinci unsurda acı prensibidir (57).

İlk kez 1960'larda yaşam kalitesi kavramı politik kararların alınmasında gündeme gelmiştir. Gelir düzeyinin, eğitimin, sağlığın ve barınmanın yaşam kalitesi ile yakından alakalı olmasından dolayı bu amaçla kullanılmıştır. Ekonomistler yaşam kalitesini ilk kez Gayrisafi Milli Hasıla'nın hesaplanmasında bir gösterge olarak kullanmışlardır (61).

Pahalı ve yeni sağlık teknolojilerinin ülkelerin kısıtlı sağlık bütçelerini zorlaması nedeniyle, sağlık ekonomisi ve ekonomik değerlendirme yöntemleri son yıllarda önem kazanmıştır. Ekonomik değerlendirmelerde yaşam kalitesi ölçekleri maliyet- zarar analizinin temel verisini meydana getirmektedir (61). Bu nedenle ekonomistler yaşam kalitesini, daha çok ekonomik yaşam düzeyi kavramına yakın bir anlamda ele almışlardır (60).

Tatarkiewicz, mutluluk kavramının 2000 yıl önce, ilk dönemlerde sadece başarı anlamında, antik ve orta çağda insanın mükemmel durumu ya da en yüksek seviyede erdem ve güzelliklere sahip olması olarak yaygınlaşmaya başladığını; modern dönemde ise, doyum için mutluluğun yeterli olmadığını belirtmiştir (61).

Tatarkiewicz' e göre mutluluk hem duygusal hem de bilişsel içerene, içeren bir çeşit memnuniyettir (61).

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 gereksinimleri yansıtır.
- **Kendini gerçekleştirme:** Gelişme ve büyümeyi vurgular.

Nordenfelt yaşam kalitesini mutluluk olarak tanımlamıştır (61).

Naess yaşam kalitesini bireyin aktivitesinin, başka insanlarla iyi ilişkilerini, öz saygının ve mutluluk durumunun düzeyi olarak tanımlamış ve kendini gerçekleştirme önem vermiştir (61).

Hörnquist; fiziksel, sosyal, psikolojik, yapısal aktivite, davranışsal ve maddi iyilik halinin de dahil olduğu yaşam alanlarındaki gereksinim duyulan memnuniyet düzeyi olarak yaşam kalitesini tanımlamaktadır (61). Görüldüğü üzere yaşam kalitesi tanımı konusunda farklı yorumlar mevcuttur.

Dünya sağlık örgütü (DSÖ) yaşam kalitesini; hedefleri, beklentileri, ilgileri, kişinin kendi durumlarını nasıl algıladıkları şeklinde tanımlamaktadır (62,63). Temel olarak yaşam kalitesi, bireyin yaşam koşullarına uyumda bireysel tatmini etkileyen, hastalığın günlük yaşam üzerindeki fiziksel, mental ve sosyal etkilerine verdiği bireysel yanıtları temsil eden, mutlu olma ve yaşamdan hoşnut olmayı içeren genel olarak iyi olma durumu olarak kullanılan bir terimdir. Özgül ve nesnel olmaktan çok yaşam kalitesi, genel ve öznel bir kavramdır (64).

Bireyin sağlıklılık düzeyini tanımlamada kullanılan geleneksel göstergeler (hastalık, ölüm) sağlığın ölçümünde yetersizdir. Yaşam kalitesi bu durumda önem kazanmaktadır (16). Yaşam kalitesi kişisel iyilik halinin bir anlatımı ve hayatın farklı alanlarında subjektif bir doyum ifadesidir (17).

Yaşam kalitesi tanımlaması ve ölçümü oldukça zor bir kavramdır. Kişinin o anki durumunu, kendi kültür ve değerler sistemi içinde algılaması olarak tanımlanmaktadır (65). İnanç, kültür ve toplumsal değerler yaşam kalitesinin ölçümünü zorlaştıran boyutlardır (64). Bu da yaşam kalitesi algısının yalnızca ekonomik durumla ilişkin göstergelerden değil, aksine bireylerin sosyo-kültürel durumlarından da etkilenen bir kavram olduğunu gösterir (58). Hastaların yaşam kalitesi budurumda önem kazanmaktadır (16).

Yaşam kalitesini değerlendirmek için çeşitli ölçekler mevcuttur (63). Yaşam kalitesini ölçmek için Yaşam Kalitesi Ölçekleri geliştirilmiştir. Bu ölçekler kişilerin çevresi ile dinamik bir etkileşim içinde olduğu varsayımıyla, bireyin fiziksel, ruhsal ve sosyal iyilik halini derecelendirmektedir (65). Yaşam kalitesini ölçmek

istediğinde hem nesnel hem de öznel ölçeklerin birlikte ele alınması gerektiği ifade edilmektedir (57).

Nesnel ölçekler arasında bireyin sağlık statüsü (somatik durumu), ekonomik durumu, barınma koşulları, ikamet yeri ve aile durumu, bireyin öznel kriterleri bireyin değişimi ve dışsal koşullar da ele alınmakla birlikte, aynı zamanda kişinin duyguları ve hayata bakışı da öznel sağlık kavramı içinde yer almaktadır (57).

Son yıllarda yaşam kalitesine olan ilginin artmasının nedeni; teknolojik gelişmeye paralel olarak sağlık alanında da önemli ilerlemelerin kaydedilmesidir. Bunların sonucu olarak yaşam süresi uzamış ve kronik hastalıklarla daha uzun süre birlikte yaşama zorunluluğu doğmuştur (66). Kronik hastalıklar, yaşam kalitesini olumsuz etkileyen faktördür (67). Bu durumda hastaların yaşam kalitesi daha çok önem kazanmaktadır. Bunların sonucu olarak günümüzde tıbbi bakım ve tedavinin birincil amacı belki de yaşam süresini uzatmak ve kür sağlamak değil, “Yaşam Kalitesi”nde birlikte sağlanması olmalıdır (66).

2.7. SEREBRAL LATERALİZASYON

Serebral lateralizasyon beynin sağ ve sol hemisferi arasında anatomik ve fonksiyonel farklılaşma olarak ifade edilir.(68). Serebral lateralizasyon yüksek serebral fonksiyonlar ve bunların bozukluklarının anlaşılması için gerekli bilimsel yaklaşımın temelini meydana getirir (69).

Sağ elimizi sol beyin, sol elimizi sağ beyin yönetmektedir. Sağ ellilerde sol beyin, sol ellilerde sağ beyin baskındır.

Çeşitli el işlemlerini yapmak için bir eli yani sağ ya da sol eli kullanma eğilimine ‘el tercihi’ denir. Bazı insanlar; kibrit çakma, kutu kapağı açma işlemlerini sağ eli ile yapar. Bu kişilere ‘sağ elli’ denir. Bazıları da bu ve buna benzer işlemleri sol elli ile yapar. Bunlara da ‘sol elli’ denir. Bazıları ise her iki elini eşit kullanırlar bunlara da ambidekster yani iki elli denir (68).

3. METOD VE MATERYAL

Çalışmamızda Mayıs 2008 – Mayıs 2009 tarihleri arasında Siirt Devlet Hastanesi Nöroloji Polikliniğine baş ağrısı yakınması ile başvuran, başka hastalığı olmayan, İnternational Headache Society (IHS) tarafından 2004’ te belirlenmiş olan kriterlere göre Migren ve Gerilim Tipi Baş Ağrısı tanısı konan hastalar değerlendirildi.

Çalışma kapsamına alacağımız hastaları belirlemek için kullandığımız temel kriterler;

- 1) IHS 2004 kriterlerine uygun olarak migren ve GTB tanısı alan hastalar
- 2) Sekonder baş ağrısı tanısı (kafa travması, enfeksiyona bağlanan baş ağrısı vb.) dışlanmış hastalar
- 3) Uygulanacak anketleri doğru algılama ve doğru yanıt verebilme becerisine sahip hastalar

Sekonder baş ağrısı almış hastalar, anket sorularını algılamayan ve doğru yanıt veremeyen hastalar çalışma dışı bırakıldı.

Çalışmamıza 35 migren bayan, 20 migren erkek, 69 GTB’li bayan, 30 GTB’li erkek ve 12 kontrol bayan, 18 kontrol erkek olmak üzere 184 olgu katıldı. Hastalardan yazılı onam formu ve Gaziantep Üniversitesinden Yerel Etik Kurul onayı alınmıştır. Tüm hastalar çalışmamıza gönüllü olarak katılmıştır. Çalışmaya katılmayı kabul eden hastalara çalışmacı tarafından hazırlanan sosyodemografik form, WHOQOL BREF – TR, Edinburg Lateralizasyon Testi, Standardize Mini Mental Test’leri yüz yüze yapılan görüşme ile uygulandı.

Toplanan verilerin istatistiksel analiz incelemesi SPSS 16.0 istatistik paket programı ile bilgisayar ortamında yapıldı.

3.1. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu (WHOQOL- BREF TR):

Dünya sağlık örgütü faaliyetleri sonucu, kişinin iyilik halini ölçen ve kültürler arası karşılaştırmalara imkan veren geniş kapsamlı World Health Organization- Quality Of Life (WHOQOL) formu geliştirilmiştir (63). WHOQOL-BREF, WHOQOL- 100 arasından seçilen 26 sorudan meydana gelmektedir (62,69,63). Eser ve arkadaşları tarafından bir ulusal soru eklenmesi ile WHOQOL-BREF TR Türkçe güvenilir ve geçerliliği yapılmıştır (16,63). Ölçeğin Türkçe versiyonu 27 sorudan oluşmaktadır. Her soru 1 ila 5 arasından puandır (70). WHOQOL BREF toplam dört alan ve ulusal çevre alanının eklenmesi ile beş alandan meydana gelmektedir (63,71).

WHOQOL BREF TR ölçeğini kapsadığı 5 alanın içeriği;

1. Alan I (Bedensel Alan): Fiziksel, gündelik işleri yürütebilme, ilaçlara ve tedaviye bağımlılık, canlılık ve bitkinlik, bedensel hareketlilik, ağrı ve rahatsızlık, uyku ve dinlenme, çalışabilme gücü (63).

•Ağrı ve rahatsızlık: Kişinin hoş olmayan bedensel duyuları ve bu duyuların yaşamını ne ölçüde rahatsız ettiğini, engellediğini ortaya çıkarır. Bu alandaki sorular, bireyin ağrı derecesini araştırdığı gibi, ağrı azaldığında ulaştığı rahatlamayı da kontrol eder. Ağrı düzeyindeki değişiklikler ağrının kendisinden daha fazla rahatsız edicidir. Ağrının zaman zaman olması ile meydana gelen ağrı tehdidi yaşam kalitesini etkileyebilir (71).

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

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

•Bedensel hareketlilik: Bireyin bir yerden başka yere gidebilme, evde ve iş yerinde dolaşabilme, işe gidebilme veya ulaşım araçlarını kullanabilme becerisi ile ilgili görüşüdür. Bireyin kullandığı vasıta ne olursa olsun istediği zaman başkasının yardımı olmadan gidebilme becerisine kilitlenmiştir. Bireyin hareketliliğinin başkalarına önemli derecede bağımlı olmasının 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.

•İlaçlara veya tedaviye bağımlılık: Bireyin bedensel ve ruhsal iyilik durumunu sürdürmesi için ilaçlara ve tıba ne kadar bağımlı olduğunu araştırır.

•Çalışabilme gücü: Bireyin enerjisinin işi için kullanmasını araştırır. Bu bölüm, bireyin yaptığı iş ne olursa olsun bireyin işi yürütebilme becerisi üzerinde durmaktadır (71).

2. Alan II (Ruhsal Alan): Bireyin bedensel imgesi ve dış görünüşü, olumsuz duygular, bellek, dikkatini toplama becerisini kapsar (63).

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

•Düşünme öğrenme, Bellek ve dikkatini toplama: bireyin düşünme, öğrenme, bellek, dikkatini toplama ve karar verme becerisi hakkındaki görüşünü araştırır.

•Benlik saygısı: Bireyin kendisi ile ilgili ne hissettiğini araştırır. Bu hissedilen duygular, bireyin kendisi hakkında olumlu duygularından, aşırı olumsuz duygularına dek değişebilir. Bireyin kendisine ne ölçüde değer verdiği araştırılır.

•Beden imgesi ve dış görünüş: Bireyin bedensel görünümüne bakış açısı araştırır. Bireyin beden görünümünden hoşnutluluk düzeyi ve bunun kendilik kavramını nasıl etkilediği bu alanın odak noktasıdır.

•Olumsuz duygular: Ümitsizlik, suçluluk, üzüntü, ağlamaklı olma, keder, sinirlilik, bunaltı ve yaşamdan zevk almama gibi olumsuz duyguların bireyin ölçüde yaşadığını araştırı (71).

3. Alan III (Sosyal İlişkiler Alanı): Kişinin diğer kişilerle ilişkileri, sosyal destek ve cinsel yaşamını içerir (63).

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

•Sosyal destek: Ailesinden, arkadaşlarından aldığı destek, gündelik yardımları, onayları bireyin nasıl değerlendirdiğini araştırır.

•Cinsel yaşam: Bireyin cinsel dürtü ve isteğini kapsar. Cinsel isteğini uygun şekilde ifade edebilme ve yaşayabilme düzeyiyle ilgilidir. Cinsel etkinliğinin bireyin yaşamkalitesini nasıl etkilediğini araştırmaya yöneliktir (71).

4. Alan IV (Çevre Alanı): Maddi kaynaklar, fiziksel güvenlik, sağlık hizmetlerine ulaşabilirlik, ev ortamı, dinlenme ve boş zaman değerlendirme fırsatı, fiziksel ve ulaşım ile ilgili bireyin görüşlerini içerir (63).

•Fiziksel güvenlik ve emniyet: Bireyin fiziksel zararlardan koruma ve güvenlik algısını araştırır. Bireyin 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: Bireyin maddi kaynaklarına bakışını, bu kaynakları sağlıklı ve rahat yaşam sürebilmesi için gerekli olan şeyleri ne ölçüde sağladığını araştırır. Gelir kişinin elde edebileceği şeylerle ilgili doyum ya da doyumsuzluk 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 neler olup bittiği hakkında fikir sahibi olma ve yeni bilgi ve beceriler edinme arzusu ve fırsatlarını araştırır. Bireyin yerel ve uluslararası haberleri ne ölçüde edindiğini kapsar.

•Dinlenme ve boş zamanı değerlendirebilme ve bunlara katılabilme: bireyin boş vakitlerini değerlendirebilme, eğlenme ve rahatlanma fırsatlarına katılabilme eğilim ve yeteneğini araştırır.

•Fiziksel çevre: bireyin çevresine bakış açısını araştırır. Kirlilik, gürültü, iklim ve çevrenin genel estetik görünümü ile bunların bireyin yaşam kalitesini olumlu ya da olumsuz nasıl etkilediğini kapsar.

Ulaşım bireyin bir yerlere gidebilmek için ulaşım araçlarını bulabilmesinin ve onlardan yararlanabilmesini ne kadar kolay olduğu ile ilgili fikrini kapsar (71).

5. Alan V (Ulusal çevre alanı): Bireylerin yaşadığı sosyal baskıyı içerir (63).

•Sosyal baskı, bu alanda Türk toplumuna has sosyal baskı alanı meydana getirilmiştir (69). WHOQOL BREF, kişilerin subjektif görüşlerini yansıtmaktadır. Diğer ölçekler gibi toplam bir puana sahip değildir. Yani bu tür alanların puanı toplanıp tek bir yaşam kalitesi puanı ortaya konamaz ve her bir alanın puanı kendi başına öneme sahiptir (71).

3.2. Standardize Mini Mental Test

Folstein ve arkadaşları tarafından ilk kez 1975' te Mini Mental Test (MMT) yayınlanmıştır (72). MMT; standart nöropsikiyatrik muayene yöntemleri içerisinde bilişsel performansı kantitatif biçimde değerlendirmek amacıyla kullanılan testlerin çok fazla soru ihtiva etmeleri ve uygulama 30 dakikadan çok zaman almamalarından dolayı yaşlıların özellikle de deliryumda olan demanslı yaşlıların muayenesinde uygulaması kısa süren bir bilişsel değerlendirme aracı olarak üretilmiştir (72). Test; yönelim, kayıt hafızası, dikkat ve hesaplama, hatırlama ve lisan olmak üzere beş ana başlık altında toplanmıştır (73). Ve test on bir maddeden oluşmaktadır, testin toplam puanı 30'dur (72). SMMT skorları 23-30 arasında

normal, 19-23 sınırdaki ve 19'un altındaki skorlarda bozuk olarak değerlendirilmektedir (74).

3.3. Edinburg Lateralizasyon Testi:

1971'de Oldfield tarafından geliştirilen ölçekteki on farklı etkinlikte, deneklerin hangi ellerini, hangi sıklıkla kullandıkları sorulmaktadır. Her zaman belirli işte aynı elini kullananlara 10 puan; sıklıkla aynı, bazen diğer elini kullananlara 5 puan verilerek hangi elini yüzde kaç kullandığı hesaplanmıştır. Her zaman sağ elini kullanan kişiler “%100 sağ elini kullanan” olarak değerlendirilmiştir (73). Testte yazı yazma, taş fırlatma, dış fırçalama, bıçak kullanma, çatal kullanma, kürek sapı tutma, kibrit çakma, kavanoz kapağı açma gibi eylemlerini hangi el ile yaptığı deneklere sorulmaktadır. Daima sağ, iki elle, daima sol, genellikle sol elle, genellikle sağ elle gibi sorulara alınan yanıtlar -100 ve +100 arasında puanlanmaktadır (74). Puanlamaya göre -100/-40 solak; +40/+100 sağlak; -40/+40 iki eli olarak kabul edilmiştir (77).

Bizde çalışmamızda her eylemi sağ eli ile yapanları sağlak, sol eli ile yapanları solak olarak değerlendirdik.

3.4. İSTATİSTİK ANALİZ

Veriler, SPSS 16.0 windows software programı ile analiz edildi. Bütün sonuçların standart sapmaları ve ortalamaları hesap edildi. İstatistik karşılaştırmada ki- kare, Independent Sample T- testi, Mann Whitney U testi ve gruplar arasındaki farkın karşılaştırılması için tek yönlü (One Way) ANOVA testi kullanıldı. Grupların birbirleriyle olan anlamlılıklarında Tukey HSD testi kullanıldı. P değerinin <0.05 olması anlamlı olarak kabul edildi.

4. BULGULAR

Hastalara görüşmeci tarafından hazırlanan sosyodemografik ölçek, WHOQOL BREF TR Yaşam Kalitesi Ölçeği, SMMT, Edinburg lateralizasyon anketleri uygulanmıştır. Çalışmada Migren- kontrol, GTB- Kontrol ve Migren-GTB olarak gruplanarak karşılaştırılma yapıldı. Test sonuçları incelendiğinde aşağıdaki sonuçlar bulundu.

Çalışmaya alınan 184 kişinin; 55'i migren, 99'u GTB'li ve 30'u kontrol grubundan oluşmaktaydı.

Kadınların 35'i migren'li ve erkeklerin 20'si migren'li hastadan oluşmaktaydı. Gruplar cinsiyete göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0.05$).

Tablo 1. Migren-Kontrol Gruplarının Cinsiyete Göre Karşılaştırılması

	CİNSİYET		P*
	Kadın	Erkek	
Migren	35 (%63,6)	20 (%36,4)	0.036*
Kontrol	12 (%40,0)	18 (%60,0)	

*ki kare Testi

Çalışmaya alınan gruplar yaşa göre 14- 24 yaş aralığı, 25- 34 yaş, 35- 44 yaş ve 45 ve üzeri yaş aralığı olarak dört gruba ayrıldı. Migrenli hastaların 22' si (%40, 0) 25-34 yaş aralığı, 18' i (%32, 7) 14- 24 yaş aralığından oluşmaktaydı. Gruplar yaşa göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0.05$).

Tablo 2. Migren-Kontrol Grupların Yaşlara Göre Karşılaştırılması

	YAŞ				P*
	14- 24 yaş	25- 34 yaş	35- 44 yaş	45 yaş ve üzeri	
Migren	18 (%32,7)	22 (%40,0)	9 (%16,4)	6 (%10,9)	0.493
Kontrol	6 (%20,0)	16 (%53,3)	6 (% 20,0)	2 (%6,7)	

*ki kare Testi

Çalışmaya alınan gruplar medeni durumuna göre evli ve bekar olarak iki gruba ayrıldı. Bekar gruba dul, boşanmış ve hiç evlenmemişler dahil edildi. Migrenlilerin 31' i (%56,4) evli, 24' ü (%43,6) bekarı. Gruplar medeni duruma göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı (p>0.05).

Tablo 3. Migren-Kontrol Gruplarının Medeni Duruma Göre Karşılaştırılması

	MEDENİ DURUM		P*
	Bekar	Evli	
Migren	24 (%43,6)	31 (%56,4)	0.574
Kontrol	15 (%50,0)	15 (%50,0)	

*ki kare Testi

Çalışmaya alınan gruplar aylık gelirlerine göre 450- 1000 TL, 1001- 2000 TL ve 2001 TL ve üzeri olarak üç gruba ayrıldı. Migrenlilerin 32' si (%58,2) 1001- 2000 TL, 21' i (%38,2) 450- 1000 TL arası gelire sahipti. Gruplar aylık gelir durumlarına göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı (p>0.05).

Tablo 4. Migren-Kontrol Gruplarının Aylık Gelirlerine Göre Karşılaştırılması

	AYLIK GELİR			P*
	450- 1000 TL	1001- 2000 TL	2001 TL ve üzeri	
Migren	21 (%38,2)	32 (%58,2)	2 (%3,6)	0.340
Kontrol	14 (%46,7)	16 (%53,3)	0	

*ki kare Testi

Çalışmaya alınan gruplar kullandıkları ele göre sol eli ve sağ eli olmak üzere iki gruba ayrıldı. Migrenlilerin 49'u (%89,1) sağ eli ve 6'sı (%10,9) sol eli olarak tespit edildi. Gruplar kullandıkları ele göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p<0.05$).

Tablo 5. Migren-Kontrol Gruplarının Kullandıkları Ele Göre Karşılaştırılması

	KULLANILAN EL		P*
	Sağ	Sol	
Migren	49 (%89,1)	6 (%10,9)	0.000
Kontrol	26 (%86,7)	4 (%13,3)	

*ki kare Testi

Çalışmaya alınan 99 GTB'lı hastanın 69' u (%69,7) kadın, 30' u (%30,3) erkek hastadan oluşmaktaydı. Gruplar cinsiyete göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p<0.05$).

Tablo 6. GTB-Kontrol Grupların Cinsiyete Göre Karşılaştırılması

	CİNSİYET		P*
	Kadın	Erkek	
GTB	69 (%69,7)	30 (%30,3)	0.003*
Kontrol	12 (%40,0)	18 (%60,0)	

*ki kare Testi

Çalışmaya alınan gruplar yaşa göre 14- 24 yaş aralığı, 25- 34 yaş, 35- 44 yaş ve 45 ve üzeri yaş aralığı olarak dört gruba ayrıldı. GTB'lı hastaların 46'sı (%46,5) 14-24 yaş aralığı, 36'sı (%36,4) 25- 34 yaş aralığından oluşmaktaydı. Gruplar yaşa göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p<0.05$).

Tablo 7. GTB-Kontrol Grupların Yaşlara Göre Karşılaştırılması

	YAŞ				P*
	14- 24 yaş	25- 34 yaş	35- 44 yaş	45 yaş ve üzeri	
GTB	46 (%46,5)	36 (%36,4)	10 (%10,1)	7 (%7,1)	0.050*
Kontrol	6 (%20,0)	16 (%53,3)	6 (%20,0)	2 (%6,7)	

*ki kare Testi

Çalışmaya alınan gruplar medeni durumuna göre evli ve bekar olarak iki gruba ayrıldı. Bekar gruba dul, boşanmış ve hiç evlenmemişler dahil edildi. GTB'lilerin 34'ü (%34,3) evli, 65'i (%65,7) bekarı. Gruplar medeni duruma göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0.05$).

Tablo 8. GTB-Kontrol Grupların Medeni Duruma Göre Karşılaştırılması

	MEDENİ DURUM		P*
	Bekar	Evli	
GTB	65 (%65,7)	34 (%34,3)	0.182
Kontrol	15 (%50,0)	15 (%50,0)	

*ki kare Testi

Çalışmaya alınan gruplar aylık gelirlerine göre 450- 1000 TL, 1001- 2000 TL ve 2001 TL ve üzeri olarak üç gruba ayrıldı. GTB'lilerin 65'i (%65,7) 450-1000 TL, 28'i (%28,3) 1001- 2000 TL arası gelire sahipti. Gruplar aylık gelir durumlarına göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p<0.05$).

Tablo 9. GTB-Kontrol Gruplarının Aylık Gelirlerine Göre Karşılaştırılması

	AYLIK GELİR			P*
	450- 1000 TL	1001- 2000 TL	2001 TL ve üzeri	
GTB	65 (%65,7)	28 (%28,3)	6 (%6,1)	0.015*
Kontrol	14 (%46,7)	16 (%53,3)	0	

*ki kare Testi

Çalışmaya alınan gruplar kullandıkları ele göre sol eli ve sağ eli olmak üzere iki gruba ayrıldı. GTB'lilerin 91'i (%91,9) sağ eli ve 8'ide (%8,1) sol eli olarak tespit edildi. Gruplar kullandıkları ele göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0.05$).

Tablo 10. GTB-Kontrol Grupların Kullandıkları Ele Göre Karşılaştırılması

	KULLANILAN EL		P*
	Sağ	Sol	
GTB	91 (%91,9)	8 (%8,1)	0.386
Kontrol	26 (%86,7)	4 (%13,3)	

*ki kare Testi

Çalışmaya alınan migrenli hastaların 35'i (%63,6) kadın, GTB'lilerin 69'u (%69,7) kadın, migrenlilerin 20'si (%36,4) erkek ve GTB'lilerin 30'u (%30,3) erkek hastadan oluşmaktaydı. Çalışmada GTB'li hasta sayısı migrenli hastadan fazlaydı. Her iki hastalıkta da kadın hasta sayısı erkek hastadan fazla olarak bulundu. Gruplar cinsiyete göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0.05$).

Tablo 11. Migren-GTB Grupların Cinsiyete Göre Karşılaştırılması

	CİNSİYET		P*
	Kadın	Erkek	
Migren	35 (%63,6)	20 (%36,4)	0.442
GTB	69 (%69,7)	30 (%30,3)	

*ki kare Testi

Çalışmaya alınan gruplar yaşa göre 14- 24 yaş aralığı, 25- 34 yaş, 35- 44 yaş ve 45 ve üzeri yaş aralığı olarak dört gruba ayrıldı. GTB' li hastaların 46' sı (%46,5) 14-24 yaş aralığı, 36'sı (%36.4) 25- 34 yaş aralığından oluşmaktaydı. Migrenli hastaların 22 si (%40,0) 25-34 yaş, 18'ide (%32,7) 14- 24 yaş aralığından oluşmaktaydı. Yaş arttıkça migrenli ve GTB'li hasta sayısının azaldığı görüldü. Gruplar yaşa göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0.05$).

Tablo 12. Migren-GTB Grupların Yaşlara Göre Karşılaştırılması

	YAŞ				P*
	14- 24 yaş	25- 34 yaş	35- 44 yaş	45 yaş ve üzeri	
Migren	18 (%32,7)	22 (%40,0)	9 (%16,4)	6 (%10,9)	0.325
GTB	46 (%46,5)	36 (%36.4)	10 (%10,1)	7 (%7,1)	

*ki kare Testi

Çalışmaya alınan gruplar medeni durumu göre evli ve bekar olarak iki gruba ayrıldı. Bekar gruba dul, boşanmış ve hiç evlenmemişler dahil edildi. GTB' lilerin 34'ü (%34,3) evli, 65'i (%65,7) bekarı. Migrenlilerin 24'ü (%43,6) bekar, 31'ide (%56,4) evliydi. Gruplar medeni duruma göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p<0.05$).

Tablo 13. Migren-GTB Gruplarının Medeni Duruma Göre Karşılaştırılması

	MEDENİ DURUM		P*
	Bekar	Evli	
Migren	24 (%43,6)	31 (%56,4)	0.008*
GTB	65 (%65,7)	34 (%34,3)	

*ki kare Testi

Çalışmaya alınan gruplar aylık gelirlerine göre 450- 1000 TL, 1001- 2000 TL ve 2001 TL ve üzeri olarak üç gruba ayrıldı. GTB'lilerin 65'i (%65,7) 450-1000 TL, 28'i (%28,3) 1001- 2000 TL arası gelire sahipti. Migrenlilerin 32' si (%58,2) 1001- 2000 TL, 21'i (%38,2) 450- 1000 TL arası gelire sahipti. Her iki grupta düşüğe gelirden daha fazlaydı. Gruplar aylık gelir durumlarına göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p<0.05$).

Tablo 14. Migren-GTB Gruplarının Aylık Gelirlerine Göre Karşılaştırılması

	AYLIK GELİR			P*
	450- 1000 TL	1001- 2000 TL	2001 TL ve üzeri	
Migren	21 (%38,2)	32 (%58,2)	2 (%3,6)	0.001*
GTB	65 (%65,7)	28 (%28,3)	6 (%6,1)	

*ki kare Testi

Çalışmaya alınan gruplar kullandıkları ele göre sol eli ve sağ eli olmak üzere iki gruba ayrıldı. GTB'lilerin 91'i (%91,9) sağ eli ve 8'ide (%8,1) sol eli olarak tespit edildi. Migrenlilerin 49'u (%89,1) sağ eli, 6'sı (%10,9) sol elliydi. Gruplarda sağ el baskındı. Gruplar kullandıkları ele göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0.05$).

Tablo 15. Migren-GTB Grupların Kullandıkları Ele Göre Karşılaştırılması

	KULLANILAN EL		P*
	Sağ	Sol	
Migren	49 (%89,1)	6 (%10,9)	0.559
GTB	91 (%91,9)	8 (%8,1)	

*ki kare Testi

SMMT (Standardize Mini Mental Test)

Çalışmaya alınan gruplar SMMT puanları ile karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p>0.05$).

Tablo 16. Grupların SMMT Puanlarına Göre Karşılaştırılması

N (Denek sayısı)	Gruplar	Ort \pm SD	P*
55	Migren	26.84 \pm 3.26	0.994
99	GTB	26.82 \pm 2.62	
30	Kontrol	26.77 \pm 2.50	

*One –Way ANOVA

Çalışmaya alınan grupların SMMT puanları ile cinsiyetleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0.05$).

Tablo 17. Grupların Cinsiyetleri İle SMMT Puanlarının Karşılaştırılması

Cinsiyet	N (Denek sayısı)	Sıra ort.	Sıra toplamı	U	P*
Erkek	68	94.83	64448,50	3785,50	0,645
Kadın	116	91.13	10571,50		

*Mann-Whitney Test

U=Mann-Whitney U

Çalışmaya alınan gruplar kullandıkları el ile SMMT puan ortalamaları ile karşılaştırıldıklarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0.05$).

Tablo 18. Grupların Kullandıkları El İle SMMT Puanlarının Karşılaştırılması

Kullanılan el	N (Denek sayısı)	Sıra ort.	Sıra toplamı	U	P*
Sol eli	18	89.81	1616,50	1445.50	0.819
Sağ eli	166	92.79	15403,50		

*Mann-Whitney Test

U=Mann-Whitney U

Gruplar cinsiyet ile yaşam kalitesi puanları karşılaştırıldığında kadınların bedensel, ruhsal ve sosyal alan puanları erkeklere göre daha düşük bulundu. Bedensel, ruhsal ve sosyal alan puanları ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p<0.05$).

Tablo 19. Grupların Cinsiyet İle Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Whoqol Bref TR	CİNSİYET		P*
	Kadın N=116	Erkek N=68	
Bedensel Alan	13.40±2.68	15.17±2.48	0.000*
Ruhsal Alan	13.21±2.68	14.85±2.25	0.000*
Sosyal Alan	13.91±3.19	15.17±2.78	0.008*
Çevresel Alan	13.15±2.52	13.64±2.02	0.174

*Independent-Sample T Test

Grupların medeni durumları ile yaşam kalitesi puanları karşılaştırıldığında grupları medeni durumları ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0.05$).

Tablo 20. Grupların Medeni Durum İle Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Whoqol Bref TR	MEDENİ DURUM		P*
	Bekar N=104	Evli N=80	
Bedensel Alan	14.26±2.47	13.79±3.05	0.250
Ruhsal Alan	13.65±2.88	14.03±2.30	0.337
Sosyal Alan	14.24±3.06	14.56±3.16	0.485
Çevresel Alan	13.52±2.35	13.08±2.34	0.209

*Independent-Sample T Test

Grupların yaşam kalitesi puan ortalamaları karşılaştırıldığında bedensel ve çevresel alan puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p < 0.05$). Fakat çevresel alan puan ortalamasının hangi gruplar arasında olduğunu bulmak için Tukey HSD test sonucuna göre anlamlı farklılık saptanmadı ($p > 0.05$). Ruhsal ve sosyal alan puanları ile gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p > 0.05$). Migrenli hasta grubunun bedensel ve çevresel alan puanları diğer gruplara göre daha düşük saptandı.

Tablo 21. Grupların Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Whoqol Bref TR	GRUPLAR			P*
	Migren N=55	GTB N=99	Kontrol N=30	
Bedensel Alan	13.01±2.63	14.26±2.80	14.05±2.74	0.001*
Ruhsal Alan	13.50±2.68	13.75±2.56	14.62±2.80	0.165
Sosyal Alan	14.44±2.95	14.33±3.24	14.44±2.97	0.968
Çevresel Alan	12.69±2.11	13.57±2.59	13.74±1.69	0.050*

*One –Way ANOVA

ANOVA test sonucuna göre grupların bedensel alan puanlarına göre karşılaştırılmasında anlamlı fark saptandı ($p:0.001$).

Gruplar arası farkların, hangi gruplar arasında olduğunu bulmak amacıyla yapılan Tukey HSD test sonuçlarına göre Migrenli hasta grubu (ort. :13.01) ile GTB (ort.: 14.26) ve kontrol grubu (ort.: 14.05) arasında bedensel alan puan ortalaması bakımından anlamlı farklılık saptandı ($p < 0.05$).

Tablo 22. Bedensel Alan Puan Ortalamalarının Gruplarla İlgili Tukey HSD Test Sonuçları

Gruplar	Ort.	Tukey HSD	P*
(1) Migren	13.01	1-2**	0.014*
(2) GTB	14.26	1-3**	0.000*
(3) Kontrol	14.05		0.147

*P<0.05

** Gruplar ortalamaları arasında anlamlı fark vardır.

Grupların meslekleri ve yaşam kalitesi puan ortalamaları karşılaştırıldığında bedensel alan, ruhsal ve çevresel alan puan ortalamaları arasında anlamlı fark saptandı (p<0.05). Grupların meslekleri ile sosyal alan puan ortalamaları arasında da fark saptandı; fakat Tukey HSD testi ile meslek grupları arasında anlamlı fark saptanmadı (p>0.05).

Tablo 23. Grupların Meslek Grupları ile Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Whoqol Bref TR	MESLEK GRUPLARI						P*
	Öğrenci N=58	Memur N=15	İşçi N=7	Sağlık p. N=63	Ev hanım N=31	SERBEST N=10	
Bedensel Alan	14.21±2.50	15.04±2.05	15.59±2.50	14.44±2.62	11.70±2.62	15.42±2.52	0.000*
Ruhsal Alan	13.75±2.64	14.26±2.32	15.42±2.70	14.13±2.59	12.17±2.43	15.46±1.90	0.001*
Sosyal Alan	14.45±2.91	14.75±2.91	15.61±4.84	14.56±3.18	12.90±3.30	16.00±2.81	0.043*
Çevresel Alan	13.70±2.34	12.88±1.87	13.20±2.21	13.74±2.07	11.75±2.68	14.35±1.87	0.001*

*One –Way ANOVA

ANOVA test sonucuna göre grupların bedensel alan puanlarına göre karşılaştırılmasında anlamlı fark saptandı (p:0.000).

Gruplar arası farkların, hangi gruplar arasında olduğunu bulmak amacıyla yapılan Tukey HSD test sonuçlarına göre ev hanımı grubunun bedensel alan puan ortalaması diğer 5 gruba göre anlamlı olarak daha düşük saptandı (p<0.05).

Tablo 24. Bedensel Alan Puan Ortalamalarının Meslek Grupları ile İlgili Tukey HSD Test Sonuçları

Meslekler	Ort.	Tukey HSD	P*
(1) Örgenci	14.21	5-1**	0.000*
(2) Memur	15.04	5-2**	0.001*
(3) işçi	15.59	5-3**	0.004*
(4) Sağlık personeli	14.44	5-4**	0.000*
(5) Ev hanımı	11.70	5-6**	0.001*
(6) serbest	15.42		

*P<0.05

** Gruplar ortalamaları arasında anlamlı fark vardır

ANOVA test sonucuna göre grupların ruhsal alan puanlarına göre karşılaştırılmasında anlamlı fark saptandı (p:0.001).

Gruplar arası farkların, hangi gruplar arasında olduğunu bulmak amacıyla yapılan Tukey HSD test sonuçlarına göre ev hanımı grubunun ruhsal alan puan ortalaması işçi, s. personeli ve serbest meslek gruplarına göre anlamlı olarak düşük saptandı (p<0.05).

Tablo 25. Ruhsal Alan Puan Ortalamalarının Meslek Grupları ile İlgili Tukey HSD Test Sonuçları

Meslekler	Ort.	Tukey HSD	P*
(1) Örgenci	13.75	3-5**	0.030*
(2) Memur	14.26	4-5**	0.007*
(3) işçi	15.42	6-5**	0.006*
(4) Sağlık personeli	14.13		
(5) Ev hanımı	12.17		
(6) serbest	15.46		

*P<0.05

** Gruplar ortalamaları arasında anlamlı fark vardır.

ANOVA test sonucuna göre grupların çevresel alan puanlarına göre karşılaştırılmasında anlamlı fark saptandı (p:0.001).

Gruplar arası farkların, hangi gruplar arasında olduğunu bulmak amacıyla yapılan Tukey HSD test sonuçlarına göre ev hanımı grubunun çevresel alan puan ortalaması öğrenci, s. personeli ve serbest meslek gruplarına göre anlamlı olarak düşük saptandı (p<0.05)

Tablo 26.Çevresel Alan Puan Ortalamalarının Meslek Grupları ile İlgili Tukey HSD Test Sonuçları

Meslekler	Ort.	Tukey HSD	P*
(1) Örgenci	13.70	5-1**	0.002*
(2) Memur	12.88	5-4**	0.001*
(3) işçi	13.20	5-6**	0.022*
(4) Sağlık personeli	13.74		
(5) Ev hanımı	11.75		
(6) serbest	14.35		

*P<0.05

** Gruplar ortalamaları arasında anlamlı fark vardır.

Grupların aylık gelir durumları ile yaşam kalitesi puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı (p>0.05).

Tablo 27. Grupların Aylık Gelir Durumları ile Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Whoqol Bref TR	AYLIK GELİR			*P
	450-1000TL N=100	1001-2000TL N=76	2000TL ve üzeri N=8	
BedenselAlan	13.82±2.98	14.19±2.42	15.71±1.90	0.147
Ruhsal Alan	13.68±2.77	13.83±2.49	15.41±2.15	0.204
Sosyal Alan	14.24±2.94	14.38±3.28	16.16±3.06	0.241
ÇevreselAlan	13.08±2.40	13.56±2.25	14.33±2.44	0.200

*One –Way ANOVA

Grupların yaşları ile yaşam kalitesi puan ortalamaları karşılaştırıldığında bedensel alan puan ortalamaları ile yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı (p<0.05). Çevresel alan, sosyal ve ruhsal alan puan ortalamaları ile yaş arasında anlamlı farklılık saptanmadı (p>0.05).

Tablo 28. Grupların Yaş Grupları ile Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Whoqol Bref TR	YAŞ GRUPLARI				P*
	14-24 yaş N=70	25-34 yaş N=74	34-44 yaş N=25	44 yaş ve üzeri N=15	
BedenselAlan	14.02±2.51	14.64±2.57	13.94±3.01	11.50±2.84	0.001*
Ruhsal Alan	13.61±2.79	14.21±2.74	13.57±1.97	13.20±2.40	0.380
Sosyal Alan	14.41±3.10	14.68±3.10	14.29±3.13	12.88±2.83	0.241
ÇevreselAlan	13.24±2.39	13.78±2.23	12.83±2.223	12.41±2.65	0.101

*One –Way ANOVA

ANOVA test sonucuna göre grupların bedensel alan puanlarına göre karşılaştırılmasında anlamlı fark saptandı (p:0.001).

Gruplar arası farkların, hangi gruplar arasında olduğunu bulmak amacıyla yapılan Tukey HSD test sonuçlarına göre 45 ve üzeri yaş grubunun bedensel alan puan ortalaması diğer 3 gruba göre anlamlı olarak daha düşük saptandı (p<0.05).

Tablo 29. Bedensel Alan Puan Ortalamalarının Yaş Grupları ile İlgili Tukey HSD Test Sonuçları

Yaş Grupları	Ort.	Tukey HSD	P*
(1)14-24 Yaş Aralığı	14.02	4-1**	0.005*
(2)25-34 Yaş Aralığı	14.64	4-2**	0.000*
(3)35-44 Yaş Aralığı	13.94	4-3**	0.027*
(4)45ve üzeri Yaş	11.50		

*P<0.05

** Gruplar ortalamaları arasında anlamlı fark vardır.

Grupların eğitim durumları ile yaşam kalitesi puan ortalamaları karşılaştırıldığında bedensel alan, ruhsal ve çevresel alan puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı (p<0.05).

Tablo 30. Grupların Eğitim Durumu ile Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Whoqol Bref TR	EĞİTİM DURUMU				P*
	Okur yazar değil N=13	İlköğretim mezun N=19	Lise mezunu N=73	Üni. Mezunu N=79	
Bedensel Alan	9.8±2.49	12.87±2.09	14.12±2.47	14.96±2.44	0.000*
Ruhsal Alan	12.41±2.08	12.45±2.81	13.68±2.79	14.50±2.34	0.002*
Sosyal Alan	13.12±2.29	13.12±4.19	14.42±2.81	14.85±3.08	0.068
Çevresel Alan	11.86±2.53	12.11±2.87	13.56±2.23	13.66±2.14	0.005*

*One –Way ANOVA

Grupların eğitim durumları ve yaşam kalitesi puan ortalamaları karşılaştırıldığında bedensel alan, ruhsal ve çevresel alan puan ortalamaları ile anlamlı fark saptandı ($p<0.05$). ANOVA test sonucuna göre grupların bedensel alan puanlarına göre karşılaştırılmasında anlamlı fark saptandı ($p:0.000$).

Gruplar arası farkların, hangi gruplar arasında olduğunu bulmak amacıyla yapılan Tukey HSD test sonuçlarına göre okur yazar olmayan grubun bedensel alan puan ortalaması diğer 3 gruba göre anlamlı olarak daha düşük saptandı ($p<0.05$).

Tablo 31. Bedensel Alan Puan Ortalamalarının Eğitim Durumu ile İlgili Tukey HSD Test Sonuçları

Eğitim durumu	Ort.	Tukey HSD	P*
(1)Okur yazar değil	9.89	1-2**	0.004*
(2)İlköğretim mezunu	12.87	1-3**	0.000*
(3)Lise mezunu	14.12	1-4**	0.000*
(4)Üniversite mezunu	14.96	2-4**	0.005*

* $P<0.05$

** Gruplar ortalamaları arasında anlamlı fark vardır.

ANOVA test sonucuna göre grupların ruhsal alan puanlarına göre karşılaştırılmasında anlamlı fark saptandı ($p:0.002$).

Gruplar arası farkların, hangi gruplar arasında olduğunu bulmak amacıyla yapılan Tukey HSD test sonuçlarına göre okur yazar olmayan grubunun ruhsal alan puan ortalaması ve ilköğretim mezun grubun ruhsal alan puan ortalaması anlamlı olarak üniversite mezunu gruptan daha düşük saptandı ($p<0.05$).

Tablo 32. Ruhsal Alan Puan Ortalamalarının Eğitim Durumu ile İlgili Tukey HSD Test Sonuçları

Eğitim durumu	Ort.	Tukey HSD	P*
(1)Okur yazar değil	12.41	1-4**	0.035*
(2)İlköğretim mezunu	12.45	2-4**	0.011*
(3)Lise mezunu	13.68		
(4)Üniversite mezunu	14.50		

*P<0.05

** Gruplar ortalamaları arasında anlamlı fark vardır.

ANOVA test sonucuna göre grupların çevresel alan puanlarına göre karşılaştırılmasında anlamlı fark saptandı (p:0.005).

Gruplar arası farkların, hangi gruplar arasında olduğunu bulmak amacıyla yapılan Tukey HSD test sonuçlarına göre üniversite mezunu grubun çevresel alan puan ortalaması okur yazar olmayan grup ve ilköğretim mezunu gruba göre anlamlı olarak daha yüksek saptandı (p<0.05).

Tablo 33.Çevresel Alan Puan Ortalamalarının Eğitim Durumu ile İlgili Tukey HSD Test Sonuçları

Eğitim durumu	Ort.	Tukey HSD	P*
(1)Okur yazar değil	11.86	4-1**	0.046*
(2)İlköğretim mezunu	12.11	4-2**	0.044*
(3)Lise mezunu	13.56		
(4)Üniversite mezunu	13.66		

*P<0.05

** Gruplar ortalamaları arasında anlamlı fark vardır.

5. TARTIŞMA

Migren; tek taraflı lokalizasyonlu, zonklayıcı özellikte, orta veya şiddetli dereceli ağrıyla karakterize, tekrarlayıcı birincil baş ağrısıdır (49).

Gerilim tipi baş ağrısı da çift taraflı lokalizasyonlu, basınç veya gerilim şeklinde hissedilen, fiziksel aktivite ile değişmeyen birincil baş ağrısıdır (49). Belirgin bir sağlık problemi ve sosyoekonomik sorun oluşturmaktadırlar (2).

Yaşam kalitesi, hayattan duyulan hoşnutluk, mutluluk olarak ifade edilebileceği gibi, bireyin kültür ve değerler sistemi içinde, kendi durumlarını algılayış biçimidir (31). Yaşam kalitesi kişisel iyilik halini içine alan geniş bir kavramdır (60).

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

Literatürde yaşam kalitesini ölçmek amacıyla bir çok yaşam kalitesi ölçeği kullanılmıştır. Biz de çalışmamızda migrenli ve GTB'li hastaların yaşam kalitelerini ölçmek için WWOQOL Bref TR ölçeğini kullandık. Çalışmamızda migrenli ve GTB'li hastaların yaşam kalitesini araştırmayı amaçladık.

Çalışmamızda grupların cinsiyet farklılığının yaşam kalitesi puan ortalamalarının karşılaştırılmasında; kadınların bedensel alan, ruhsal alan ve sosyal 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 (60,61). Eren ve ark. (2006)'nın polio sekeli hastalarda yaşam kalitesi ile ilişkisini araştırdıkları çalışmada; kadınların sosyal alan ve çevresel alan puanlarının erkeklere göre anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur (78). Arslantaş ve ark. (2006)'nın Eskişehir Mahmudiye İlçesi yaşlılarında yaşam kalitesi çalışmalarında da erkelerin sosyal alan hariç diğer alan puan ortalamaları kadınlardan daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (63). 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 erkelere göre daha fazla etkilendiğini ve yıprandığını göstermektedir.

Çalışmamızda grupların yaşam kalitesi puan ortalamaları karşılaştırıldığında migrenli grubun bedensel alan ve çevresel alan puan ortalamalarının GTB'li ve

kontrol gruplarından anlamlı olarak daha düşük olduğu bulundu. GTB'li grubunda yaşam kalitesi alanlarından; ruhsal alan, sosyal alan ve çevresel alan puanlarını kontrol grubundan daha düşük olarak bulduk. Üneri ve ark. (2009)'nın migrenli ergenlerde yaptıkları yaşam kalitesi çalışmasında migrenli grubun yaşam kalitesi puanlarının kontrol grubuna göre daha düşük olduğu saptanmıştır (79). Bizim çalışmamızda da migrenlilerin yaşam kalitesi puanları daha düşük olarak bulundu. Bu da birincil baş ağrılarında migrenin ve GTB' nin yaşam kalitesini önemli ölçüde etkilediği şeklinde yorumlanabilir.

Çalışmamızda grupların medeni hali ile yaşam kalitesi puan ortalamaları karşılaştırıldığında medeni hal ile yaşam kalitesi arasında anlamlı fark bulunmadı. Medeni halin yaşam kalitesini etkilemediğini saptadık Yurdakul ve ark. (2007)' nin çalışmasında medeni hal ile yaşam kalitesi arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır (80). Esen ve ark. (2006)' nin yaptıkları çalışmada da medeni halin yaşam kalitesini etkilemediği saptanmıştır (70). Güven (2007)' nin diabetes mellitus' lu hastalarda yaşam kalitesini araştırdığı çalışmada evli hastaların yaşam kalitesi; bekar hastalara kıyasla daha yüksek bulunmuştur (60). Çalışmamızın sonucuna göre medeni halin yaşam kalitesini etkileyen bir faktör olmadığını söyleyebiliriz.

Çalışmamızda migren, GTB ve kontrol grupların meslekleri ile yaşam kalitesi puan ortalamaları karşılaştırıldığında; meslekler ile yaşam kalitesinin tüm alt ölçekleri ile anlamlı bir fark bulundu. Ev hanımlarının yaşam kalitesi puan ortalamaları tüm alt ölçeklerde diğer mesleklerden daha düşük saptadık. Yurdakul ve ark. (2007)' nin çalışmasında ev hanımlarının yaşam kalitesi ile ilişkili istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptamamıştır (80). Farklı sonuç bulmamız örnek farklılığından kaynaklanıyor olarak düşünülmektedir.

Çalışmamızda grupların aylık gelir durumu ile yaşam kalitesi puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı. Fakat yaşam kalitesi ortalamaları incelendiğinde gelir durumu yüksek olan grubun yaşam kalitesi puanlarının tüm alanlarda daha yüksek olduğunu bulduk. Aldinç ve ark. (2004)'nin çalışmasında gelir durumu arttıkça yaşam kalitesinde arttığı ifade edilmektedir (61). Altınparmak (2006)'ın yaptığı çalışmada gelir düzeyi ile ilgili göstergeler olumlu hale geldikçe yaşam kalitesinin yükseldiği tespit edilmiştir (16). Yurdakul ve ark. (2007)'nin çalışmasında gelir giderden yüksek olanların yaşam kalitesi puan ortalamalarını yüksek saptamıştır (80). Esen ve ark. (2006)'nin çalışmasında gelir düzeyi arttıkça yaşam kalitesi puan ortalamasının da arttığını

tespit ettiler (70). Biz de çalışmamızda literatür bilgileriyle uyumlu sonuç bulduk, fakat istatistiksel olarak anlamlı olarak saptamadık.

Çalışmamızda grupların yaşları ile yaşam kalitesi puan ortalamaları karşılaştırıldığında bedensel alan ile yaş arasında anlamlı bir ilişki bulundu. 45 yaş ve üzeri yaş aralığının bedensel alan puan ortalamasını diğer yaş aralıklarından anlamlı olarak daha düşük olarak saptadık. Güven (2007)'nin ile Aldinç ve ark. (2004)'in yapmış oldukları çalışmalarda da ilerleyen yaşın yaşam kalitesini düşürdüğü bildirilmektedir (61,60). Üstün ve ark. (2006)'nın hemodiyaliz tedavisi gören hastaların yaşam kalitesini araştırdıkları çalışmada da 45 yaş ve üzeri grubun yaşam kalitesini tüm alanlarda en düşük olarak tespit etmişlerdir (67). Arslantaş ve ark. (2006)'ın çalışmasında da sosyal alan hariç diğer puan ortalamaları yaş arttıkça azaldığını bulmuşlardır (63). Çalışmamızda etkilenen alan bedensel alan olmuştur. Bedensel alan kişinin enerji harcayarak günlük iş ve uğraşlarını ne kadar yerine getirebildiğini algılamasıyla ilişkilidir. Buda bize ileri yaş ve hastalığın en fazla bedensel alanı yani günlük işleri etkilediğini göstermektedir.

Çalışmamızda grupların eğitim durumları ile yaşam kalitesi puan ortalamaları karşılaştırıldığında bedensel alan, ruhsal alan ve çevresel alan puan ortalamaları arasında anlamlı ilişki bulundu. Okur yazar olmayan grubun bedensel alan puanı, diğer meslek gruplarına göre anlamlı olarak daha düşük bulundu. İlköğretim mezunu grubun bedensel alan puan ortalaması üniversite mezunu grubun bedensel alan puanından anlamlı olarak düşük bulundu. İlköğretim mezunu ve okur yazar olmayan grubun ruhsal alan ve çevresel alan puan ortalamaları anlamlı olarak üniversite mezunu gruptan daha düşük olarak bulundu. Güven (2007), Aldinç ve ark. (2004)'nın eğitimin artması ile yaşam kalitesinin arttığını bildirmişlerdir (61,60). Aydemir ve ark. (2000)'in çalışmasında yüksek eğitim grubunu yaşam kalitesi puanlarını yüksek olarak bulmuşlardır (81). Yurdakul ve ark. (2007)'in çalışmasında da eğitim düzeyleri ile yaşam kalitesi arasında anlamlı farklılık saptamıştır (80). Üstün ve ark. (2006)'ın çalışmasında lise eğitimi alan hastaların yaşam kalitesi puanları okur- yazar olamayan ve ilköğretim okulu mezunu olan hastalara göre daha yüksek saptamışlardır (67). Arslantaş ve ark. (2006) nın çalışmasında da yaşam kalitesi öğrenimi düşük olanlarda daha düşük bulunmuştur (63). Biz de çalışmamızda literatür bilgileriyle uyumlu sonuç bulduk. Eğitimin artmasıyla yaşam kalitesi de olumlu olarak etkilenmekte ve artmaktadır (16,70).

Çalışmamızda migrenli ve kontrol gruplarının kullandıkları ele göre karşılaştırılmasında gruplar arasında anlamlı ilişki bulundu. Çalışmada sağlak migrenli sayısı solak migrenli sayısından fazlaydı. Sol ellikte migrene yatkınlığın olduğuna dair araştırmalar mevcuttur (82). Geschwind- Behan hipotezine göre de sol ellilerde migrenin görülmesi daha sıktır (83). Herring (1995)' in çalışmasında migrenlilerde sol ellilik tespit edilmemiştir (83). Biehl ve ark. (2008)' ın çalışmasında da migrenli hatalarda sol ellilik tespit edilmemiştir (84). Kutlu ve ark. (1999)'ın erkek ve kadın migrenli hastalarda el tercihi; serebral lateralizasyon ve migren arasındaki ilişkiyi araştırdıkları çalışmada sağlak oranını yüksek bulmuşlardır (85). Bizim çalışmamızda da sağlak migrenli sayısı daha fazlaydı. Farklı sonuçların bulunması çalışılan örneklerin farklı ve farklı sosyo kültüre sahip olmasından kaynaklı bilinir. Bizim sağlak migrenli hasta sayımızın fazlalığı; toplumumuz da solaklığa yatkınlığı olsa bile özellikle yeme ve yazma gibi çok yapılan eylemlerde aktif veya pasif etkilenme ile sağ elini kullanmaya yönelmelerine neden olabilir. Bu sonuçlar el tercihinde, genetik sebeplerin öneminin yanında, sosyokültürel etkinin de yadsınamayacağını göstermektedir.

Çalışmamızda GTB ve migren gruplarının kullandıkları ele göre karşılaştırılmasında anlamlı ilişki bulunmadı. Herring (1995)'ın çalışmasında da migrenli ve GTB'li hastalar arasında anlamlı fark gözlemlenmemiştir (83). Bizde çalışmamızda Herring'le benzer bulgu elde ettik.

Çalışmamızda GTB ve kontrol grupların kullandıkları ele göre karşılaştırılmasında anlamlı ilişki bulunmadı.

Çalışmamıza alınan grupların standardize mini mental puanlarına göre karşılaştırılmasında anlamlı ilişki bulunmadı. Literatür araştırmalarında bizim çalışmamıza benzer çalışma bulunmadığından dolayı karşılaştırma olanağı bulamadık. Bu da bize GTB ve migrenin kişilerin bilişsel özelliğine negatif etkide bulunmadığı olarak ifade edilebilir.

Yaşam kalitesini tanımlamak ve değerlendirmek oldukça zordur. Yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde nesnel ve öznel ölçekler birlikte ele alınmalıdır. Bu bakımdan bireyin sağlık durumu, ekonomik durumu, eğitim durumu, medeni hali, barınma koşulları, ikamet yeri, aile durumu, bireyin değişimi, dışsal koşullar kişinin duyguları ve hayata bakış açısı bir bütün olarak ele alınmalıdır. Bireyin yaşam koşullarına uyumda bireysel doyumu etkileyen, hastalığın günlük yaşam üzerindeki

fiziksel, mental ve sosyal etkilerine verdiği bireysel yanıtı temsil eder, hayattan memnun olma genel olarak iyi olma durumudur yaşam kalitesi.

Sağlık alanında önemli ilerlemelerin kaydedilmesi yaşam süresini uzatmış, migren ve GTB gibi hastalıklarla daha uzun süre yaşama zorunluluğu yaratmıştır. Bu nedenle sadece amaç, hastalığa tedavi bulmak olmamalıdır, tedavi ile birlikte bireyin yaşam kalitesini de birlikte yükseltmek amaç olmalıdır. Bunu da iyi bir ekonomi, psikiyatrik destek ve eğitim ile sağlayabiliriz.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. SONUÇLAR

- 1- Çalışmamızdaki grupların cinsiyet ile yaşam kalitesi puan ortalamalarının karşılaştırıldığında anlamlı fark saptandı ($p<0.05$). Kadınların bedensel alan, ruhsal alan ve sosyal alan puan ortalamaları erkeklerden anlamlı olarak düşük saptandı.
- 2- Çalışmadaki grupların medeni hal ile yaşam kalitesi puan ortalamaları karşılaştırıldığında anlamlı fark saptanmadı ($p>0.05$).
- 3- Çalışmadaki gruplar yaşam kalitesi puan ortalamalarına göre karşılaştırıldığında bedensel alan ve çevresel alan puan ortalamaları arasında anlamlı fark saptandı ($p<0.05$). Migrenli grubun bedensel alan puan ortalaması, GTB' li ve kontrol grubundan anlamlı olarak daha düşük saptandı ($p:0.001- p<0.05$). GTB' lı hastaların ruhsal alan, sosyal alan ve çevresel alan puan ortalamaları kontrol grubundan daha düşük saptadık.
- 4- Çalışmamızdaki grupların meslekleri ve yaşam kalitesi puan ortalamaları karşılaştırıldığında bedensel alan, ruhsal alan ve çevresel alan puan ortalamaları ile anlamlı fark saptandı ($p<0.05$). Meslek gruplarından ev hanımlarının bedensel alan, ruhsal alan ve çevresel alan puanları anlamı olarak daha düşük saptandı ($p<0.05$). Ev hanımlarının yaşam kalitesi diğer mesleklerden daha düşük saptadık.
- 5- Çalışmadaki grupların aylık gelir durumları ile yaşam kalitesi puan ortalamaları karşılaştırıldığında anlamlı fark saptanmadı ($p>0.05$). Fakat gelir durumu yüksek olan grubun yaşam kalitesi puan ortalaması daha yüksekti.
- 6- Çalışmadaki grupların yaşları ile yaşam kalitesi puan ortalamaları karşılaştırıldığında bedensel alan puan ortalaması ile yaş arasında anlamlı ilişki saptandı ($p:0.001-p<0.05$). 45 ve üzeri yaş grubun bedensel alan puanı diğer yaş gruplarından daha düşük olarak saptadık.
- 7- Çalışmadaki gruplar eğitim durumu ile yaşam kalitesi puan ortalamalarının karşılaştırıldığında bedensel alan, ruhsal alan ve çevresel alan puan ortalamaları arasında anlamlı fark saptadık ($p<0.05$). okur yazar olmayan grubun bedensel alan puan ortalaması diğer eğitim gruplarından daha düşük

olarak saptadık. İlköğretim mezunu grubun bedensel alan puan ortalaması üniversite mezunu gruptan daha düşüktü. Okur yazar olmayan grup ile ilköğretim grubun ruhsal alan, çevresel alan puan ortalamaları üniversite mezunu grubun puan ortalamasından daha düşüktü. Eğitimin yaşam kalitesini olumlu olarak etkilendiğini saptadık.

- 8- Çalışmadaki migren ve kontrol grubu kullandıkları ele göre karşılaştırıldığında anlamlı ilişki bulundu ($p<0.05$). Sağlık migrenli sayısı solak migrenli sayısından fazla olarak bulduk.
- 9- Çalışmadaki GTB ve migrenli grupların kullandıkları ele göre karşılaştırılmasında anlamlı ilişki bulunmadı ($p>0.05$).
- 10- Çalışmadaki GTB ve kontrol grupların kullandıkları ele göre karşılaştırıldığında anlamlı ilişki bulunmadı ($p>0.05$).
- 11- Çalışmadaki grupların SMMT puanlarına göre karşılaştırılmasında anlamlı ilişki bulunmadı ($p>0.05$).

6.2. ÖNERİLER

- 1- Migrenin ve GTB' nin basit baş ağrısı şikayeti olmadığı, ciddiye alınması gereken bir sağlık sorunu ve yaşam kalitesi düşürücü hastalık oldukları ve baş ağrısı için doktora baş vurulmasının önemi vurgulanmalı.
- 2- Birincil baş ağrılarında migren ve GTB' nin tüm 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.
- 3- Birincil baş ağrısı olan GTB ve migrenin; öğrenci, sağlık personeli ve ev hanımlarında daha fazla görüldüğünü saptadık. Buda bize kişilerin mesleklerinin getirmiş olduğu stresin birincil baş ağrılarını tetikleyici olduğunu düşündürebilir. Kişilerin stresle baş etme becerilerinin zayıflığı konusunda, kişilere stresle baş etme konusunda destek olarak psikiyatri ile nöroloji dallarının ortak olarak çalışması fayda sağlayabilir.
- 4- Eğitimin yaşam kalitesi üzerine olan olumlu etkisi nedeniyle eğitimin önemi ve bireysel eğitime yönlendirme amaçlama önerilebilir.

7. KAYNAKLAR

1. Çakır A. Migrende Klinik Özellikler ve Migrenin Temel Klinik Özelliklerinin IQ ile İlişkisi. 2006, İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nöroloji Kliniği, Uzmanlık Tezi, s46, İstanbul, (Doç. Dr. Orhan Yağsız).
2. 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: 281-286.
3. Sandler M, Collins G(eds.), 1990, Migraine: A Spektrum of Ideas. Araştırma Işığında Migren, İdrisoğlu HA, Tınaz R, Bilimsel ve Teknik Yayınları Çeviri Vakfı, İstanbul, 1993.
4. Silberstein SD, Lipton RB, 2002, Headache In Clinical Practice, Klinik Uygulamada Baş Ağrısı, 2. Baskı, Ertaş M, Akman –Demir G, Yelkovan Yayıncılık, İstanbul, 2004; 1-128.
5. Över F. Migren Baş Ağrılı Hastalarda Beyaz Cevher Lezyonlarının Klinik ve Laboratuvar Özellikleri. 2008, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, s50, Adana, (Yrd.Doç.Dr. Şebnem Bıçakçı).
6. Agorwol S, Magu S, Kamal K. Reversible white matter abnormalities in a patient with migraine. Neurolog India 2008;56(2):182-185.
7. Baykan B, İdrisoğlu HA, Baş ağrısı.
<http://www.itfnoroloji.org/basagrasi/basagriri.htm>. Erişim tarihi: 20.06.2010.
8. Çağrı S. İstanbul İlinin Maltepe İlçesindeki Okul Çocuklarında Migren Ve Greilim Tipi Baş Ağrısı Prevalansı ile Klinik Özellikleri. 2005, Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nöroloji Kliniği, Uzmanlık Tezi, s80, İstanbul, (Doç. Dr. Ülkü Türk Börü).
9. Ülker M, Günaydın S, Sosyal A, Arpacı B. Migren hastalarında serum magnezyum düzeyleri ve oksipital korteks transmanyetik stimülasyonu ile fosfen ilişkisi. Journal of Neurological Sciences [elektronik Dergi].
<http://www.jns.dergisi.org/text.php3?id=258.subat> 2009; 34-42.
10. Demirtürk F. Gerilim Tipi Baş Ağrısı Tedavisinde Konnektif Doku Manipulasyonu ile Vertebral Mobilizasyon Yöntemlerinin Karşılaştırılması. 2000, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Uzmanlık Tezi, s61, Ankara, (Doç. Dr. İnci Akarcalı).

11. Saper J, Biandi D, MacGregor A. Klinisyenin El Kitabı Baş Ağrısı, 3. Baskı, İngiltere: Science Press Limited, 2001.
12. Atasoy N, Atasoy HT, Ünal A, Konuk N, Atik L. Sürengen günlük baş ağrısında psikiyatrik komorbidite. Klinik Psikiyatri, 2007;7: 26-31.
13. Siva A. Baş Ağrısı Epidemiyolojisi. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitim Etkinlikleri Sempozyum Dizini No: 30, İstanbul 2002:9-14.
14. Roger K, Cady MD. The future of migraine: Beyond just another pill. Mayo Clinic Proceedings; 2009;84(5):397-399.
15. Işık A, Meriç M. Hayatın Kalitesi (Quality of Life) Kavramının Felsefik Temelleri; Aristo, Bentham ve Nordenfelt. Ege Akademik Bakış, 2010:10(1);421-434.
16. Altıparmak S. Gebelerde sosyo-demografik özellikler, öz bakım gücü ve yaşam kalitesi ilişkisi. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2006:5(6); 416-423.
17. Taş F, Bal Yılmaz H. Pediatrik onkoloji hastalarında yaşam kalitesi kavramı (Quality of life concept in pediatric oncology patients). Türk Onkoloji Dergisi. 2008; 23(2):104-107.
18. Özön Ö, Bolay H. Primer beş ağrılarında tanı ve tedavi yaklaşımları (Diagnosis and treatment in primary cephalgia). Türk Nöroşirürji Dergisi. 2003;13:97-112.
19. Shukla R. Headache and hormens. Annals of Indian Academy of Neurology. 2002:5:75-87.
20. Vurucu S, Erdal M, Özdemir L, Ünay B, Sağlam K, Akın R. Primer baş ağrılı hastalarda öykü, fizik inceleme ve laboratuvar bulguların değerlendirilmesi. 2008;50:13-18.
21. Özbek M. Çayönü' ünde kafatası delgi operasyonu. Hacettepe Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Dergisi. 1998;109-126.
22. Saip S, Siva A. Migrende Klinik Özelliklere. İçinde: Ağrı, Erdine S.(ed.). 2000; Alemdar Ofset; 192-198.
23. Zileli T. Migren Tipindeki Vasküler Baş ağrıları Üzerinde Araştırmalar: UML-491' in Vazomotor Refleksler ve Hipotalamustaki Vazomotor Merkezler Üzerine Tesirin Harsley-Clarke Stereotoksik aletiyle araştırılması. Ankara, 1964.

24. Lüleci A. Maltepe İlçesi Doğurganlık Çağındaki Kadınlarda Migren Prevalansının Araştırılması.2004, Dr Lütü Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nöroloji Kliniği, Uzmanlık Tezi, s64, İstanbul, (Doç.Dr. Ülkü Türk Börü).
25. Mıhoğlu H, Tulunay CF. Migren Patogenezi ve Tedavisi. İçinde: Ağrı, Erdine S.(ed.). 2000; Alemdar Ofset; 199- 206.
26. Zarifoğlu M. Başağrıları. İçinde: Klinik Nöroloji, Oğul E. (ed.). 2002; Nobel & Güneş, İstanbul, 105-130.
27. Nadkar MY, Desai SD, Itolıkar MW. Migraine: Pitfalls in the diagnosis. J Assoc Physicians India. 2010;58 suppl:10-13.
28. International Headache Society: Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facial pain. Cephalalgia volume 2003;24 (suppl 1);24-36.
29. Chakravarty A, Mukherjee A, Roy D. Migraine pain location in adult patients from eastern india. 2008;98-102.
30. Siva A. Migren. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Sempozyum Dizisi No:30,2002;s. 39-50.
31. Alemdar M, Selekler M. Migren ve kortikal yayılan depresyon. Ağrı, 2006;18:4.
32. Akkaya ÖF, Tunalı G. Aurasız ve görsel auralı migren olgularında serum magnezyum düzeyi değişikliği. Ondokuz Mayıs Üniversitesi. Tıp Dergisi.2007;24(4):113-120.
33. Çavuşoğlu G. Migren Tipi Vasküler Baş Ağrılarında Elektroforez ile Lipoproteinlerin Araştırılması.1972, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Bölümü, Uzmanlık Tezi, s66,Ankara, (Prof.Dr. Turgut Zileli).
34. Kaya A. Başın dışındaki damarlardan ve kaslardan kaynaklanan baş ağrıları- migren ve gerilim baş ağrısı. İçinde: Baş ağrısı ve yüz nevraljileri. Ege Üniversitesi Matbaası, Bornova, 1981:95-137.
35. Arulmozhi DK, Veeranjanyulu A, Badhankar SL, Arora SK. Investigations of sapindus trifolıatus in dopaminergic and serotonergic systems: Putative antimigraine mechanisms. Indian J Pharmaol 2005;37(2):120-125.
36. Genç E. Aurasız migrenli hastalarda vestibüler durum. Genel Tıp Dergisi 2000; 10(2).

37. Tajti J, Pardutz A, Vamos E, Tuka B, Kuris A, Bohar Z, Fejes A, Toldi J, Vecsei L. Migraine is a neuronal disease. *Journal of Neurol Transmission*. 2010;15.
38. Serdaroğlu A. Çocukluk çağında migren. *Klinik Pediatri*, 2005; 4(2):59-62.
39. Sonal SM, Aneesh TP, Revikumar KG. Prophylaxis in migraine management. *Journal of Young Pharmacists*. 2010;1(1).
40. 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;8:281-286.
41. Komşuoğlu S, Selekler HM. Migren sınıflaması ve dikkat edilmesi gereken noktalar. *TK' in Tıp Bilileri*. 2003;23:250-254.
42. Bektaş M. İlköğretim çağı çocuklarının baş ağrıları. *Ege Pediatri Bülteni*. 2006;13(3):149-154.
43. Xingyue H, Yuhang L, Xinmin L, Mowei S, Roger AD, Wei W. Line bisection performance in right-handed primary headache sufferers. *Neurology India* 2007;55(4)333-337.
44. Saip S. Primer Baş Ağrıları. <http://www.ctf.edu.tr/stek/pdfs/42/4204.pdf>
Erişim tarihi: 20.09.2010.
45. Mula M, Viana M, Jouch R, Schmitz B, Bettucci D, Cavonna AE, Strigara G, Toto MG, Israel H, Reuter U, Monaco F. Health-related quality of life measurer and psychiatric comorbidity in patients with migraine. *European Journal of Neurlogy*. 2009;1-6.
46. Kaya R. Migren Türü Baş Ağrılarında Diğer Tedavi Yöntemleri ile Birlikte Akupunktur Uygulaması Sonuçlarının Değerlendirilmesi. 1978, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Bilim Dalı, Uzmanlık Tezi,s65, Ankara.
47. Scher A, Bigol ME, Lipton RB. Comorbidity of migraine. *Curr Opin Neurol*.2005;18(3):305-10.
48. MacGregor EA. Menüüel migrem. *Current Opinion in Neurology TÜRKÇE BASKI*. 2008;2(3):134-142.
49. Savrun M, Karaali F, Kökrek Z. Başağrıları ve ilişkili psikiş semptomlar. *Yeni Sempozyum*. 1996;34(3-4):65-67.
50. Crystal SC, Robbins MS. Epidemiology of tension type headache. *Curr Pain Headache Rep*. 2010;14(6):449-54.

51. Ailani J. Tension-type headache end women: do sex hormones influence tention-type headache? Curr Pain Headache Rep.2010;14(6):436-40.
52. Evers S. Başağrısında botulinum toksini kullanımının yeri. Current Opinion in Neurology TÜRKÇE BASKI. 2006; 1(3):172-179.
53. Bendtsen L, Jensen R. Gerilim tipi baş ağrısı: en sık, aynı zamanda en çok ihmal edilen, baş ağrısı bozukluğu. Current Opinion in Neurology TÜRKÇE BASKI, 2006;1(3):165-171.
54. İrkeç C, Batur HZ, Aksoy Ö, Doğanay H. Gerilim baş ağrısı ve migren patogenezinin nöroimmünolojik yaklaşım / the neuroimmunologic approach to tension type headache and migraine. Türk Nöroloji Dergisi, 2006; 12(2): 129-133.
55. Cathcart S, Winefield AH, Lushington K, Rolan P. Stres and tention-type headache mechonism. Cephelelga. 2010;30:1250-1267.
56. Boz C, Sayar K, Velioğlu S, Hocaoğlu Ç, Alioğlu Z, Yalman B, Özmenoğlu M. Kronik gerilim tipi baş ağrılı hastalarda mizaç ve karakter profili. Türk Psikiyatri Dergisi 2004;15(2):105-111.
57. Işık A, Meriç M. Hayatın kalitesi(quolity of life) kavramının felsefik temelleri;Aristo, Bentham ve Nordenfelt. Ege Akademeik Bakış,2010;10(1):424-434.
58. Kaya AG. İzmir' de yaşam kalitesi ve yoksulluk. İzmir İktisat Kongresi Araştırma Merkezi Öğrenci Çalışma Raporları Serisi, ÖÇR No.2006/02.
59. Arslan Ş, Kutsal Y. Griatride yaşam kalitesinin değerlendirimi (Quality of life assesment in geriatrics). Geriatri . 1999;2(4):173-178.
60. Güven T. Dabetes Mellitus' lu Hastalarda Yaşam kalitesi ve Depresyon Etkilerinin Araştırılması. 2007, Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği, Uzmanlık Tezi,s72, İstanbul, (Doç. Dr. Oğuz Karamustafaloğlu).
61. 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.

62. Kaya N, Akpınar Z, Çilli A. Multipl sklerozda yaşam kalitesinin depresyon ve anksiyete ile ilişkisi. *Anatolian Journal of Psychiatry* 2003;4:220-225.
63. Arslantaş D, Metintaş S, Ünal A, Kalyoncu C. Eskişehir mahmudiye ilçesi yaşlılarında yaşam kalitesi. *Osmangazi Tıp Dergisi* 2006;28(2):81-89.
64. Eser E. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin kavramsal temelleri ve ölçümü. *Sağlıkta Birikim*,1(2).
65. 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.
66. Müezzinoğlu T. Yaşam Kalitesi. *Üroloji Derneği* 2004 güz dönemi konuşması,Manisa.
67. Karadeniz G, Üstün M. Hemodiyaliz tedavisi gören hastaların yaşam kalitesi ve bilgilendirici hemşirelik yaklaşımının önemi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*. 2006;1(1):33-42.
68. Pençe S. Dişi ve erkek sprage-dawley sıçanlarda pençe tercihi ve vücut ağırlığı ile beyin anatomik parametreleri arasındaki ilişkiler.1998, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Fizyoloji Anabilim Dalı,s47,Erzurum, Doktora Tezi,(Prof. Dr. Üner Tan).
69. Tan Ü, Çalışkan S. Allometry and asymmetry in the dog brain:right hemisphere is heavier regardless of paw preference. *Inf J Neurosci* 1987;189-194.
70. Esen E, Çam O. Histerektomi olmuş kadınların yaşam kalitesinin incelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 2006; 22(1): 107-117.
71. Neze H. Epilepsi Hastalarında Psikiyatrik Komorbidite ve Bunun Yaşam Kalitesine Etkisi. 2006, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Uzmanlık Tezi, s86, İstanbul, (Doç. Dr. Cem İnem).
72. Güngen C, Ertan T, Eker E, Yaşar R, Engin F. Standardize mini mental test'in türk toplumunda hafif demans tanısında geçerlilik ve güvenirliliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2002; 13(4): 273-281.
73. Soyuer F, Erdoğan F, Öztürk A. İnme hastalarında kognitif fonksiyon ve fonksiyonel durum arasında ilişki var mıdır?. *Journal of Neurological*

Sciences [Turkis] .2007;21: (2)# 11; 115-120.

<http://www.jns.dergisi.org/text.php3?id=150>.

74. Folstein Mini-Mental State Exan.

<http://www.utmb.edu/psycholog/folstein%20Mini.pdf>. Erişim tarihi:

14.06.2010.

75. Karaman D, Türkboy T, Gökçe FS. Özgül öğrenme bozukluğu ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu binişikliğinin bilişsel özellikleri. Çocuk ve Gençlek Ruhsal Sağlığı Dergisi 2006; 13(2): 60-68.

76. Akhan G, Koyuncuoğlu Hr, Eren N, Altan R, Koyu A, Çalışkan S. Isparta ili ilk, orta ve ilköğretim okullarında el tercihi dağılımı. SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi, 1996; 3(1): 23-27.

77. Edinburgh Handedness Inventory.

www.cse.yorku.ca/course...07/.../EdinburghInventory.html. Erişim tarihi:

19.05.2010.

78. Eren İ, Çivi İnanlı İ, Kutluhan S. Polio sekeli olan hastalarda psikiyatrik belirtilerin yaşam kalitesi ile ilişkisi. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2006; 7: 223-231.

79. Üneri Ö, Şenbil S, Turgut S. Migrenli ergenlerde yaşam kalitesi. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2009; 10: 137-141.

80. Yurdakul M, Eker A, Kaya D. Menopozal dönemdeki kadınların yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. F.Ü.Sağlık.Bil.Derg, 2007; 21(5): 187-193.

81. 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.

82. Milenkoviç S, Blojevic G, Kocijancic R. Left-handedness and health. Srp Arh Celok Lek.2010;138(5-6):387-90.

83. Herring R. Left-handedness. Cephalalgia.1995;15(2):145-6.

84. Biehl K, Frese A, Marziniak M, Hussetedt IW, Evers S. Migraine and left-handedness are not associated. A new case-control study and meta-analysis. Cephalalgic.2008;28(5):553-7.

85. Kutlu N, Yolda T, Bağcı C, Zeren T. Erkek ve kadın migrenli hastalarda el tercihi, serebral lateralizasyon ve migren arasındaki ilişkiler. Genel Tıp Derg, 1999;9(3): 105-106.

8. ÖZGEÇMİŞ

Hatice Çelepkolu 1983 yılında Siirt' te doğdu. İlk, Orta ve Yüksek öğrenimini Siirt'te tamamladı. Siirt devlet hastanesinde 2007 yılında hemşire olarak göreve başlayan Hatice Çelepkolu halen görevine devam etmektedir. Hatice Çelepkolu 2008 yılında Gaziantep Üniversitesi Fizyoloji Anabilim Dalında yüksek lisansa başladı, 2011 yılında başarıyla tamamladı.

9. EKLER

EK 1

WHOQOL-BREF (TR)

Yönerge

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
	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
	İhtiyacınız olan desteği başkalarından alabiliyor musunuz?	1	2	3	4	5

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

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	Sağlığınızdan 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 yürütmek 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.	İhtiyaçlarınızı karşılamaya yeterli	1	2	3	4	5

1	paramız var mı?					
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	Uykunuzdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
17 F10. 3	Günlük uğraşlarımızı 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.	Yaşadığımız evin koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5

3	kadar hoşnutsunuz?					
24 F19. 3	Sağlık hizmetlerine ulaşma koşullarımızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
25 F23. 3	Ulaşım olanaklarımızdan 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	Arasına	Çoğunlukla	Her zaman
26 F8.1	Ne sıklıkta hüznün, 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 kontrole ilgili zorluklarınız ne ölçüdedir?	1	2	3	4	5

EK 2

STANDARDİZE MİNİ MENTAL TEST

YONELİM

- Hangi yıl icindeyiz..... ()
Hangi mevsimdeyiz ()
Hangi aydayız ()
Bu gun ayın kacı ()
Hangi gundayız ()
Hangi ulkede yaşıyoruz ()
Şu an hangi şehirde bulunmaktasınız ()
Şu an bulunduğunuz semt neresidir ()
Şu an bulunduğunuz bina neresidir ()
Şu an bu binada kaçınıcı kattasınız ()

KAYIT HAFIZASI

Size birazdan soyleyeceğim uc ismi dikkatlice dinleyip ben bitirdikten sonra tekrarlayın

(Masa, Bayrak, Elbise) (20 sn sure tanır)..... ()

DİKKAT ve HESAP YAPMA

100'den geriye doğru 7 çıkartarak gidin. Dur deyinceye kadar devam edin.
(100, 93, 86, 79, 72, 65) ()

HATIRLAMA

Yukarıda tekrar ettiğiniz kelimeleri hatırlıyor musunuz? Hatırladıklarınızı söyleyin.

(Masa, Bayrak, Elbise)..... ()

LİSAN

a) Bu gorduğunuz nesnelere isimleri nedir? (saat, kalem) (20 sn tut)
..... ()

b) Şimdi size soyleyeceğim cumleyi dikkatle dinleyin ve ben bitirdikten sonra tekrar edin.

"Eğer ve fakat istemiyorum" (10 sn tut)..... ()

c) Şimdi sizden bir şey yapmanızı isteyeceğim, beni dikkatle dinleyin ve soylediğimi yapın.

"Masada duran kağıdı sağ/sol elinizle alın, iki elinizle ikiye katlayın ve yere bırakın lutfen" Süre 30sn ()

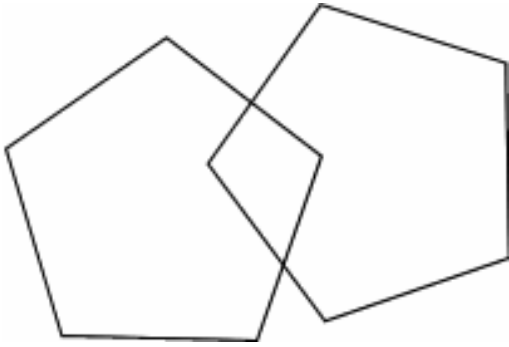
d) Şimdi vereceğim kağıda aklınıza gelen anlamlı bir cumleyi yazın
..... ()

"GOZLERİNİZİ KAPATIN"..... ()

e) Şimdi size bir cumle vereceğim. Okuyun ve yazıda soylenen şeyi yapın.

f) Size gostereceğim şeklin aynısını cizin. (arka sayfada)..... ()

GÖZLERİNİZİ KAPATIN



EK 3

LATERALİZASYON ANKET FORMU

Kendinizi hangi eli kabul ediyorsunuz?.....
El değiştirdiniz mi?.....
Evet ise hangi yaşta ve neden?.....

Aktiviteler	Daime sol elle	Genellikle sol el ile	Her iki el ile	Genellikle sağ elle	Daima sağ elle	Verilen puan
Yazı yazma						
Resim yapma						
Top veya taş atma						
Makas tutma						
Diş fırçalama						
Bıçak tutma						
Çatal tutma						
Kürek sapı tutma (alta gelen el)						
Kibrit çakma						
Bir kutunun kapağını açma (açan el)						
Toplam Puan						

Akraba evliliği var mı?: (.....)

Kim ile kim arasında?: (.....)

T.C.
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK DEĞERLENDİRME KOMİSYONU

ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAYI

BAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU	
	ARAŞTIRMA ADI	Nöroloji hastalarında yaşam kalitesinin değerlendirilmesi
	SORUMLU ARAŞTIRICI UNVAN/ADI-SOYADI	Doç.Dr.Sadrettin PENÇE GAÜN Tıp Fak. Fiziyojji A.D
	YARDIMCI ARAŞTIRICI UNVAN/ADI-SOYADI	Hemşire Hatice ÇELEPKOLU Sağ. Bil Ens.Fiziyojji A.D
	KOORDİNATÖR MERKEZ	
DESTEKLEYİCİ		

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Değişiklik No/Tarihi	Dili
	PROTOKOL	-	-
	ARAŞTIRICI BROŞÜRÜ	-	-
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLURU	-	-
OLGU RAPOR FORMU	-	-	

ÇALIŞMA ESASI	İYİ KLİNİK UYGULAMALARI KLAVUZU
---------------	---------------------------------

KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 01/2011-30	Tarih:27.01.2011
	Tıp Fakültesi Fiyoloji Anabilim Dalı öğretim üyesi Doç.Dr.Sadrettin PENÇE'nin sorumluluğunda yürütülen 18.06.2009 Tarih ve 6-2009/225 karar nolu "Nöroloji hastalarında yaşam kalitesinin değerlendirilmesi" adlı projenin adının "Migren ve gerilim tipi baş ağrılı hastaların yaşam kalitesinin değertendirilmesi" şeklinde değiştirilmesi ile ilgili protokol değişikliğinin uygun olduğuna karar verilmiştir.	

ETİK KURUL ÜYELERİ						
Unvanı/Adı-Soyadı/ Etik Kurul Üyeligi	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki (*)	Katılım (**)	İmza
Doç.Dr.Belgin ALAŞEHİRLİ Başkan	Farmakoloji	G.Ü.Tıp Fak. Farmakoloji A.D.	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Prof.Dr.Vedat DAVUTOĞLU	Kardiyoloji	G.Ü.Tıp Fak. Kardiyoloji A.D	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Prof.Dr.Serdar ÜŞÜMEZ Raportör/Üye	Diş Hekimi	G.Ü. Diş Hek. Fak.	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Doç.Dr.Ercan SIVASLI Üye	Pediyatri	G.Ü.Tıp Fak. Pediyatri A.D.	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Yrd.Doç.Dr.Beyhan CENGİZ Üye	Fiziyojji	G.Ü.Tıp Fak. Fiziyojji A.D.	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Yrd.Doç.Dr.Ş.Nur AKSOY Üye	Biyokimya	G.Ü.Tıp Fak. Biyokimya A.D.	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Ecz.Ahmet BOŞNAK Üye	Eczacı	G.Ü. Tıp Fak. Farmakoloji A.D.	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	Katılmadı

* Araştırma ile ilişki

** Toplantıda Bulunma