



T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**AKUT MİGREN ATAKLARINDA AROMATİK YAĞLARLA YAPILAN
MASAJIN AĞRININ ŞİDDETİ VE YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ**

HATİCE ÖNTÜRK
DOKTORA TEZİ

HEMŞİRELİK

TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. NECMİYE SABUNCU

İSTANBUL - 2018



T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**AKUT MİGREN ATAKLARINDA AROMATİK YAĞLARLA YAPILAN
MASAJIN AĞRININ ŞİDDETİ VE YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ**

HATİCE ÖNTÜRK
DOKTORA TEZİ

HEMŞİRELİK

DANIŞMAN
Prof. Dr. NECMİYE SABUNCU

İKİNCİ DANIŞMAN
Doç. Dr. LEMAN ŞENTURAN

İSTANBUL - 2018

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Hemşirelik Anabilim Dalı Doktora Programı Öğrencisi Hatice ÖNTÜRK tarafından hazırlanan *"Masajın Ağrının Akut Migren Ataklarında Aromatik Yağlarla Yapılan Şiddeti ve Ağrının Yaşam Kalitesine Etkisi"* konulu çalışması jürimizce Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 22.06.2018

(Jüri Üyesinin Ünvanı, Adı, Soyadı ve Kurumu):

İmzası

Jüri Üyesi : Prof.Dr.Necmiye SABUNCU
: Haliç Üniversitesi



Jüri Üyesi : Prof.Dr.Nevin KANAN
: İstanbul Üniversitesi



Jüri Üyesi : Prof.Dr.Merdiye ŞENDİR
: Sağlık Bilimleri Üniversitesi



Jüri Üyesi : Prof.Dr.Şule ECEVİT
: Marmara Üniversitesi



Jüri Üyesi : Dr.Öğr.Üy.Makbule BATMAZ
: Haliç Üniversitesi



Bu tez Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulunun kararıyla kabul edilmiştir.

Prof.Dr. Nur TUNALI
Vekil Müdür



I. İntihal Raporu

AKUT MİGREN ATAKLARINDA AROMATİK YAĞLARLA YAPILAN MASAJIN AĞRININ ŞİDDETİ VE YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ

ORIJINALLIK RAPORU

% 24	% 22	% 17	% 15
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	acikerisim.fsm.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	% 2
2	www.istanbulsaglik.gov.tr İnternet Kaynağı	% 1
3	Submitted to Istanbul University Öğrenci Ödevi	% 1
4	www.researchgate.net İnternet Kaynağı	% 1
5	Submitted to Gaziantep Aniversitesi Öğrenci Ödevi	% 1
6	dergipark.ulakbim.gov.tr İnternet Kaynağı	% 1
7	thejournalofheadacheandpain.springeropen.com İnternet Kaynağı	<% 1
8	docplayer.biz.tr İnternet Kaynağı	<% 1

II. Teşekkür

Doktora eğitimim süresince bana yol gösteren, ışık tutan ve kendisini her daim saygıyla anacağım kıymetli danışmanım Prof. Dr. Necmiye Sabuncu'ya, tez hazırlama aşamasında desteklerini esirgemeyen, sabırla ve özveriyle destek sunan ikinci danışman hocam Doç. Dr. Leman Şenturan'a, kıymetli bilgileri ile tez çalışmama katkı sunan Prof. Dr. Filiz Meriçli ve Prof. Dr. Merdiye Şendir'e, Bitlis Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreteri Uzm. Dr. Adnan Budak'a, Bitlis Devlet Hastanesi acil klinik doktorları Uzm. Dr. Ramazan Güven ve Uzm. Dr. Gökhan Eyüpoğlu'na, Dr. Öğr. Üyesi Zafer Cömert'e, tüm acil klinik hemşirelerine ve çalışanlarına, desteklerinden dolayı arkadaşlarıma, katkılarından dolayı Gülcan Kendirkıran'a, hayatımın her anında destekleri ile yanımda olan kıymetli aileme ve çalışmayı yürütmeme izin veren hastalarımın teşekkür eder, şükranlarımı sunarım.

III. İçindekiler

V.	Şekil, Resim ve Tabloların Listesi	VII
VI.	Şekillerin Listesi	VII
VII.	Tabloların Listesi	VIII
1.	Özet	1
2.	Summary	2
3.	Giriş ve Amaç	3
3.1.	Araştırmanın Hipotezleri.....	4
4.	Genel Bilgiler	5
4.1.	Migren.....	5
4.1.1.	Migrende Sınıflama.....	7
4.1.2.	Migrenin Nedenleri	11
4.1.3.	Migreni Tetikleyici Faktörler	11
4.1.4.	IHS Tanı Kriterleri	14
4.1.5.	Migrende Tedavi	14
4.1.6.	Tamamlayıcı ve Destekleyici Tedaviler.....	17
4.2.	Ağrı	26
4.2.1.	Ağrının Değerlendirilmesi ve Ölçülmesi	28
4.3.	Yaşam Kalitesi	30
4.4.	Migren Ağrısında Hemşirelik Bakımı.....	32
4.4.1.	Ağrı Yönetiminde Hemşirelik Tanıları	32
4.4.2.	Migren Ağrısı ve Hemşirelik Bakımı	32
5.	Gereç ve Yöntem	35
5.1.	Çalışmanın Amacı ve Tipi	35
5.2.	Çalışmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	35
5.3.	Çalışmanın Örnekleme	35
5.4.	Çalışmaya Dahil Etme Kriterleri.....	35
5.5.	Veri Toplama Araçları	36
5.5.1.	Onam Formu (Ek 1)	36
5.5.2.	Hasta Bilgi formu (Ek 2).....	36
5.5.3.	Görsel Kıyaslama Ölçeği-GKÖ (Ek 3)	36
5.5.4.	Migrende 24 Saatlik Yaşam Kalitesi Ölçeği (Ek 4).....	37
5.5.5.	Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Ölçeği (Ek 5)	39

5.4.6. Tansiyon Aleti.....	40
5.4.7. Pulseoximetre.....	40
5.4.8. Aromatik Yağlar	41
5.6. Veri Toplama Süreci	42
5.6.1. Kontrol Grubu	43
5.6.2. Deney Grubu	43
5.7. Verilerin Değerlendirilmesi	46
5.8. Etik Yön	46
6. Bulgular.....	47
7. Tartışma	54
8. Sonuç ve Öneriler.....	60
8.1. Sonuçlar	60
8.2. Öneriler	60
9. Kaynaklar	61
10. Ekler	81
Ek 1. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu	81
Ek 2. Hasta Bilgi Formu	83
EK 3. Görsel Kıyaslama Ölçeği - (GKÖ)	85
Ek 4. Migrende 24 Saatlik Yaşam Kalitesi Ölçeği.....	86
Ek 5. Depresif Belirti Envanteri (Öz Bildirim) (IDS-SR).....	88
Ek 6. Kurumdan Alınan İzin	95
Ek 7. Etik Kurul Onayı	96
Ek 8. Görüşüne Başvurulan Uzman ve Akademisyenler	97
11. Özgeçmiş.....	98

IV. Simgeler ve Kısaltmalar

ASP	: American Pain Society
24 s MQoLQ	: 24 Saatlik Yaşam Kalitesi Ölçeği
DBE- Ö	: Depresif Belirti Envanteri – Özbildirim
GTBA	: Gerilim Tipi Baş Ağrısı
IASP	: Uluslararası Ağrı Sınıflandırmaları Birliği (International Association on For the Study of Pain)
IBM SPSS	: Statistical Package for Social Sciences
ICHD	: Uluslararası Baş Ağrısı Bozuklukları Sınıflandırması - International Classification of Headache Disorders
IDS- SR	: Inventory for Depressive Symptomatology- Self-Report Form
IHS	: International Headache Society
MYKÖ	: Migrende Yaşam Kalitesi Ölçeği
NSAİ	: Non Steroidal Antienflamatuar İlaçlar
OKB	: Obsesif Kompulsif Bozukluk
GKÖ	: Görsel Kıyaslama Ölçeği
WHO	: World Health Organization
WHOQOL	: The World Health Organization Quality of Life
YK	: Yaşam Kalitesi

V. ŞEKİL, RESİM VE TABLOLARIN LİSTESİ

VI. ŞEKİLLERİN LİSTESİ

Şekil 4.1. Aromaterapi bitki örnekleri	23
Şekil 4.2. Lavanta bitkisi	25
Şekil 4.3. Nane bitkisi.....	26
Şekil 5.1 Görsel Kıyaslama Ölçeği-GKÖ.....	37
Şekil 5.2 Pulseoximetre	41
Şekil 5.3 Pulseoximetre	41
Şekil 5.6 Çalışma Deseni	45

VII. TABLOLARIN LİSTESİ

Tablo 4.1 Migreni tetikleyici faktörler	13
Tablo 4.2 Ağrı ile ilgili kavramlar	28
Tablo 6.1 Hastaların demografik özellikleri	47
Tablo 6.2 Hastaların Depresif Belirtilerinin Değerlendirilmesi	48
Tablo 6.3 Hastaların GKÖ Skorlarının Değerlendirilmesi	48
Tablo 6.4 Hastaların Uygulama Öncesi–Sonrası Migrende 24 Saatlik Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanlarının Değerlendirilmesi	49
Tablo 6.5 Hastaların Yaşam Bulgularının Değerlendirilmesi	50
Tablo 6.6 Deney Grubunun Demografik Özelliklerine Göre Uygulama Öncesi-Sonrası GKÖ Skor Farklarının Değerlendirilmesi.....	51
Tablo 6.7 Deney Grubunun Demografik Özelliklerine Göre Uygulama Öncesi-Sonrası Yaşam Bulguları Farklarının Değerlendirilmesi.....	52
Tablo 6.8 Deney Grubunda Demografik Özelliklere Göre Uygulama Öncesi-Sonrası Migrende 24 Saatlik Yaşam Kalitesi Ölçeği Farklarının Değerlendirilmesi.....	53

1. ÖZET

Çalışma, migren tanısı konmuş bireylerde, akut migren atağı sırasında tıbbi tedaviye ek olarak aromatik yağlarla yapılan masajın ağrının şiddeti ve yaşam kalitesine etkisinin saptanması amacıyla deneysel olarak yapıldı. Çalışmanın örneklemini acil kliniğe migren atağı ile başvuran, çalışma kriterlerine uyan ve araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden 35 deney 35 kontrol olmak üzere toplam 70 hasta oluşturdu. Veriler, Hasta Bilgi Formu, Depresif Belirti Envanteri - Öz Bildirim- (IDS-SR), Migrende 24 Saatlik Yaşam Kalitesi Ölçeği-MYKÖ, Görsel Kıyaslama Ölçeği (GKÖ), tansiyon aleti ve pulseoximetre ile toplandı. Akut migren atağı esnasında tıbbi tedaviye ek olarak, deney grubu hastalara aromatik yağ karışımı kullanılarak 15 dakika alın, şakak ve boyun köküne masaj uygulandı ve uygulamaya üç hafta boyunca devam edildi. Kontrol grubuna ise herhangi bir uygulama yapılmadı. Verilerin değerlendirilmesinde istatistiksel analizler için IBM SPSS Statistics 22 (IBM SPSS, Türkiye) programı kullanıldı. Tanımlayıcı istatistiksel metotların (ortalama, standart sapma, frekans) yanı sıra normal dağılım gösteren iki grup arası niceliksel verilerin değerlendirilmesinde Mann Whitney U Testi kullanıldı. İki'den fazla grup arası değerlendirmelerde ise Kruskal Wallis testi, farklılığa neden olan grubun tespitinde ise yine Mann Whitney U testi kullanıldı. Deney grubunun uygulama öncesi GKÖ skorlarının, kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptandı ($p:0,030$; $p<0,05$). Deney grubunda uygulama öncesine göre uygulama sonrasında GKÖ puanlarında görülen düşüşün, kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptandı. Deney grubunun uygulama sonrası migrende yaşam kalitesi toplam ve alt boyut ölçek puanlarının kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu görüldü ($p<0,05$). Aromatik yağlarla yapılan masajın, deney grubunun tedavi sonrasındaki MYKÖ toplam puanları, kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptandı ($p:0,005$; $p<0,01$). Çalışma sonucunda lavanta ve nane yağı kullanılarak yapılan masajın migren hastalarının ağrısının azaltılmasında etkili olduğu ve yaşam kalitelerini olumlu etkilediği görüldü.

Anahtar Kelimeler: Aromaterapi, masaj, migren ağrısı, yaşam kalitesi.

2. SUMMARY

THE EFFECT OF MASSAGE WITH AROMATIC OILS ON PAIN LEVEL AND LIFE QUALITY DURING ACUTE MIGRAINE ATTACK

The study was conducted empirically to determine the effect of massage with aromatic oils along with medical treatment during migraine attacks on pain level and quality of life of patients diagnosed with migraine. Sample of this study consisted of 70 patients admitted to the emergency clinic with a migraine attack, met working criteria and agreed to participate in the study voluntarily. 35 patients were in the experimental group and the rest was in the control group. Data were collected with the Patient Information Form, Depressive Symptom Inventory, Self-Report (IDS-SR), 24 Hours Quality of Life Scale-FTSC in Migraine Patients, Visual Analogue Scale (VAS), Sphygmomanometer and Pulseoximeter. In addition to medical treatment during the acute migraine attack, patients in the experimental group had massage for 15 minutes with aromatic oil blend applied to the forehead, temple and neck root. They had massage for three weeks. Patients in the control group did not receive any treatment. IBM SPSS Statistics 22 (IBM SPSS, Turkey) program was used to evaluate the data for statistical analysis. The Mann Whitney U test was used to evaluate the descriptive statistical methods (mean, standard deviation, frequency) as well as quantitative data between two groups with normal distribution. The Kruskal Wallis test was used for multiple intergroup evaluations, and the Mann Whitney U test was used to determine the causing difference. Pre-treatment VAS scores of the experimental group were found to be statistically higher than control group ($p: 0,030$, $p < 0,05$). In the experimental group, the decrease in the VAS scores after the treatment was found to be statistically higher than the control group. It was seen that the total and subscale quality of life scores of the experimental group following the treatment were significantly higher than the control group ($p < 0,05$). After massage with aroma oils, the total score of 24 Hours Quality of Life Scale-FTSC in Migraine Patients of the experimental group was found to be statistically higher than the control group ($p: 0,005$, $p < 0,01$). As a result of the study, massage with lavender and mint oil was found to be effective in decreasing the pain of migraine patients and it was found that the quality of life was affected positively.

Key Words: Aromatherapy, Massage, Pain of Migraine, Quality of life.

3. GİRİŞ VE AMAÇ

Migren, Yunanca başın tek tarafını tutan ağrı anlamına gelen ‘‘hemicrania’’ kelimesinden türetilmiştir. Migren terimini ilk kez MS 2.yy’da Galen’in kullandığı bilinmektedir (Unger, 2006).

Migren hastalığı MÖ. 7000’li yıllara kadar uzanmaktadır. Dünyaca ünlü birçok insan migren ağrısından yakınmıştır. Pascal, Sezar, Nietzsche, Charles Darwin, Prenses Margaret, Karl Marx, Alfred Nobel, Tolstoy ve Freud bunlardan bazılarıdır (Silberstein et. al. 1998).

Ağrı şiddeti, bireylerin yaşam kalitesine etkisi, yoğun ilaç tüketimi, sıklıkla yaşanan hastane başvurusu ile birey ve ülke ekonomisi üzerine etkisine bakıldığında migren, üzerinde durulması gereken en önemli konulardan biridir (Yücel, 2008).

Migren atağı esnasında, hastaların bazılarının işlerini yapamaz duruma gelip çalışmayı bıraktıkları, bazılarının ise çalışmaya devam etse bile performanslarının % 50’den fazla azaldığı bilinmektedir. Bu yönleriyle migren, bireylerin günlük yaşamını ve normal aktivitelerini bazen tamamen bazen de kısmen etkilemektedir. DSÖ migreni disability (işlevsellik kaybı, engellilik durumu) olarak değerlendirmektedir (Domaç ve ark. 2012; Üçler, 2018).

Migren tedavisinde, ağrı sayısına göre atak tedavisi ya da koruyucu tedavi uygulanabilir. Aylık ağrı sayısı ikinin üzerinde ise birey koruyucu tedaviye alınır. Koruyucu tedavide bireylerin özelliklerine göre epilepsi ilaçları ya da bazı durumlarda antidepresanlar kullanılabilir (Erdine, 2013; Üçler, 2018; <http://www.yenisafak.com/saglik/bas-agrisindan-ote-bir-hastalik-migren-318564>. Erişim Tarihi 18.08.2017).

Migren atağı esnasında ağrı ile baş etmede ilaçlı tedaviler ve ilaç dışı tedavi yöntemleri bulunmaktadır. Tamamlayıcı ve destekleyici tedaviler ilaç dışı uygulamalar olup, yaygın olarak kullanılırlar. Migren ağrısında en sık kullanılan tamamlayıcı ve destekleyici tedavi yöntemleri; hidroterapi, masaj, acupressure, akupunktur, aromaterapi, yoga, davranış terapisi, hipnoterapi, stres yönetimi ve psikoterapidir (Young et. al. 2004).

Tamamlayıcı ve destekleyici tedavilerin, hem kuramsal bilgiye dayanan hem de bilimsel olarak problem tanılama, çözme, beceri ve yetkisine sahip, doğru yaklaşımlarda bulunan hemşirelerin rol ve sorumlulukları kapsamında olduğu bilinmektedir (Turan ve

ark. 2010). Tamamlayıcı ve destekleyici tedaviler arasında masaj ilk sıralarda gelmektedir. Yüzyıllardır kullanılmakta olan masaj yöntemi hemşirelik uygulamaları arasında önemli bir yere sahiptir ve hemşireliğin doğası içerisinde (Ayık, 2016).

Çalışma, migren tanısı konmuş bireylerde akut migren atağı sırasında tıbbi tedaviye ek olarak aromatik yağlarla uygulanan masajın, ağrının şiddeti ve yaşam kalitesine olan etkisinin saptanması amacıyla deneysel bir çalışma olarak planlandı ve yapıldı.

3.1.Araştırmanın Hipotezleri

H0: Akut migren atağı deneyimleyen bireylerde aromatik yağlarla yapılan masajın ağrı şiddetine etkisi yoktur.

H1: Akut migren atağı deneyimleyen bireylerde aromatik yağlarla yapılan masajın ağrı şiddetine etkisi vardır.

H2: Akut migren atağı deneyimleyen bireylerde aromatik yağlarla yapılan masajın yaşam kalitesine etkisi yoktur.

H3: Akut migren atağı deneyimleyen bireylerde aromatik yağlarla yapılan masajın yaşam kalitesine etkisi vardır.

4. GENEL BİLGİLER

4.1.Migren

Migren, çoğunlukla tek taraflı yerleşim gösteren, ataklar şeklinde gelen, günler yada haftalarca devam eden, zonklayıcı yada sıkıştırıcı tarzda, oldukça şiddetli ve fiziksel aktivite ile kötüleşen, geçici özürülük durumuna neden olan baş ağrı durumudur. Migren bazı durumlarda kişinin günlük aktivitelerini olumsuz etkileyen bir prognoz ile devam eder (Rothrock, 2008; Demirkaya, 2006; Özden ve ark. 2015; IHS-2018; Üçler, 2018). Dünya Sağlık Örgütü migreni günlük yaşam kalitesini düşüren 20 önemli kronik hastalık arasında sıralamaktadır (Bradley ve ark. 2008; İdiman, 2018).

Migren bilinen en eski kronik hastalıklardan biridir. M.Ö. 1200 yılında eski Mısırlılar tarafından yazıldığı bilinen migren ile ilgili ilk tıbbi yazılara rastlanmıştır. Döneme ait yazılarda migrenden nevrалjik ve zonklayıcı baş ağrısı şeklinde bahsedilmiştir. Her dönem biraz daha açıklığa kavuşan migren sonraki dönemlerde, Mezopotamya ve civarında baş ağrısı ile birlikte ortaya çıkan görsel bozukluklar tarif edilmiştir (Lüleci, 2004; Erdine, 2007). M.Ö. 400'lü yıllarda Hipokrat tarafından, migren atağından önce ortaya çıkan ve kimi zaman kusma ile devam eden görsel aura tanımlanmıştır. Hipokrat, bu ağrılı atakları sağ gözde ışık parlaması, sonrasında ise şakak bölgesinden başlayarak tüm baş bölgesini kaplayan ve boyuna doğru yayılım gösteren, şiddetli ağrı atağı şeklinde tanımlamıştır (Lüleci, 2004; İdiman, 2018). Ağrı niteliğine baktığımız zaman; sıkıştırıcı, nabız gibi atan, zonklayıcı, yanar nitelikte, bazen ateş ve hararetin de eşlik ettiği, matkapla delinir gibi, derinden hissedilir tarzda olduğu görülür (<http://www.yenisafak.com/saglik/bas-agrisindan-ote-bir-hastalik-migren-318564>, Erişim Tarihi 18.08.2017).

İlerleyen zamanlarda Celsus, kırmızı şarabın, soğuk, sıcak, rüzgar vb hava değişimlerinin migrenin başlamasına neden olacağını ifade etmiştir. Kapadokya'da yaşayan Aretaeus, M.S. 2. y.y. da migreni, sıklıkla başın bir tarafında hissedilen, bulantı ile karakterize, zaman zaman ağrısız dönemlerin takip ettiği, çok fazla tetikleyici unsur olabilen baş ağrısı şeklinde tanımlamıştır. Yaptığı bu ayırt edici ve açık tanım Aretaeus migrenin kaşifi yapmıştır (İdiman,2018).

Migren ile ilgili tedavi nteliğindeki ilk uygulamaların 13. y.y.'da başladığı düşünülmektedir. Bu dönemde özellikle Avrupa'da opiyum ile sirke karıştırılarak hazırlanan ağrı kesici karışımların, migren ağrısında kullanılmaya başlandığı bilinmektedir (Lüleci, 2004). Zaman içinde migrenin diğer zorlayıcı baş ağrılarından ayıran belirtiler gözlenmeye başlamıştır. Tisso tarafından 1783 yılında migrenin diğer baş ağrılarında daha farklı bir ağrı çeşidi olduğu ileri sürülmüştür. Tisso migreni diğer baş ağrılarında farklı olarak “supraorbital nevralji” ismiyle tanımlamıştır (Silberstein, 1998).

Migren ağrısının hipofizin şişmesinden kaynaklandığı 1900'lü yıllarda Dely tarafından ileri sürülmüştür. Dely, şişen hipofizin trigeminal sinire yaptığı basının etkisi ile migren ağrısının ortaya çıktığını ifade etmiştir. Spitzer 1901 yılında tekrarlayann nitelikte baş ağrısının interventriküler foramen blokajışeklinde ortaya çıktığını, ventriküllerin genişlemesi ile ağrının devam ettiğini bildirmiştir (Lüleci, 2004).

Çalışmalar, baş ağrısının, genel olarak toplumlarda % 90 oranından daha fazla görüldüğü yönündedir. Bu yaygın tablo, insan hayatını önemli ölçüde etkilemektedir (Bradley ve ark. 2008). Ayrıca baş ağrıları toplumda sosyal problemlere, ciddi ekonomik giderlere, iş gücü kayıplarına, bireylerin yaşam kalitesinde düşüşe neden olduğu için fiziksel, ruhsal, sosyol ve ekonomik yönden üzerinde durulması gerekir (Akçalı ve Bonay 2007; Karlı ve ark. 2006).

Migrende, ağrının şiddeti, süresi, yeri ve ağrı ile birlikte ortaya çıkan belirtiler kişiden kişiye değişiklik gösterebildiği gibi, aynı kişide de migren belirtileri değişkenlik gösterebilmektedir (İdiman, 2018). Migren ağrısı her zaman aynı belirti ve bulgularla ortaya çıkmamaktadır. Ataklar farklı nedenlerle, farklı özelliklerde, farklı semptomlarla ve farklı zamanlarda ortaya çıkabilir (Özden ve ark. 2015; Russel et al. 1994).

Ağrı süresi değişmekle birlikte genellikle yetişkin bireylerde 4-72 saat kadar devam eder. Genç bireylerde bu süre 1-48 saatir (Üçler, 2018; Richard, et. al. 2016; Salomone, Caraci and Capasso, 2009; İdiman, 2018).

Bütün çalışmalar migrenin kadınlarda daha yüksek bir oranda görüldüğünü göstermektedir. Bu durumun kadınlardaki hormonal değişikliklerden kaynaklandığı düşünülmektedir (Lüleci, 2004; Özden ve ark. 2015).

Hemen hemen her yaş grubunda görülmekle birlikte, migren sıklıkla 30–50 yaşlar arasında yaygındır (Wacogne ve ark., 2003). Migren yetişkinlerde 40'lı yaşlarda

artış göstermektedir. İlerleyen yaşlarda ise sıklığı azalır (Yücel, 2008; Lipton ve ark., 2001). Ülkemizde özellikle 30–39 yaş aralığında görülmektedir (Ertas ve ark, 2012). Yetişkinlerde, çoğunluğunu kadınlar oluşturmak üzere % 12 oranında görülmektedir (Lipton ve ark. 2001; Izzati-Zade, 2008; İdiman, 2018). Ülkemize baktığımızda migren görülme oranı yaklaşık % 16 oranında bulunmuştur (Ertas ve ark. 2012).

Yapılan bir çalışma, baş ağrıları primer ve sekonder olarak ikiye ayrılmıştır. Baş ağrılarının % 90'ı primer tipte olmak üzere çoğunluğu gerilim tipi baş ağrısını göstermektedir. Gerilim tipi baş ağrısından sonra çoğunlukla migren tipi baş ağrısı görülmektedir (İdiman, 2018; Salomone, Caraci ve Capasso, 2009). Fiziksel hareketlerin migren ağrısını artırdığı bilinmektedir. Vakaların büyük çoğunluğunda atak sırasında bulantı, bazen kusma, ışığa ve sese duyarlılık görülmektedir (IHS, 2013; Üçler, 2018).

Migren türü baş ağrıları, nörovasküler, paroksizmal ve kronik özellik göstermektedir. Migren çeşitli nörolojik, gastrointestinal ve otonomik değişikliklerle karakterize epizodik (art arda gelen) baş ağrısıdır. Migren atağında başlıca dört dönem bulunmaktadır. Bunlar; baş ağrısından önce kendini gösteren belirtilerle birlikte görülen prodromal faz, ağrıdan kısa bir süre öncesinde ortaya çıkan auralı faz, ağrı fazı ve ağrının yavaş yavaş azalmaya başladığı iyileşme fazıdır. Migren atağının tüm fazlarında görülen çeşitli bilişsel ve fiziksel semptomlar yaklaşık aynı düzeylerde bildirilmiştir (Sarıtaş et. al. 2002).

Konuşma güçlüğü, yorgunluk, bitkinlik, dikkati toplayamama, ense setliği, ağrı öncesi sık görülen haberci belirtilerdir (Stephen et. al. 2002). Çalışmalar migrenin anksiyete ve depresyonla ilişkili olduğunu bildirmiştir (Cupini et.al.2009). Migrene psikiyatrik sorunların eklenmesi migrenin kronikleşmesine neden olmaktadır (Lipton, 2009). Bu sorunlar hastalar tarafından çoğunlukla dile getirilmemektedir. Klinisyenler tarafından da sorgulanmayan bu durum, migren tedavisini güçleştirmektedir.

4.1.1. Migrende Sınıflama

Araştırmacılar, yıllardır migreni baş ağrısı gibi subjektif bir duyu olmaktan çıkarıp objektif hale getirmek için çalışmaktadır. Baş ağrısı bazen tek başına önemli bir semptom olarak hastalığın kendisi iken bazen de başka bir hastalığın işaretidir. Böylesi bir semptomu hekimler arasında ortak dil olacak şekilde sınıflamak çok zor olmuştur. Yapılan her sınıflandırma önerisi, ölçütlere uymayan hastalara hangi açıdan bakılacağı

endişesini beraberinde getirmiştir. Tüm hastaları kapsayacak bir sınıflandırma ise günlük pratikten uzaklaşmaya neden olmuştur (Özge ve Karadaş, 2018).

Uluslararası Baş Ağrısı Derneği (IHS) tarafından yıllar içinde değişen çeşitli sınıflandırmalar yapılmıştır. İlk sınıflandırma 1988 de yapılmıştır. Migren ve benzer başağrıları, 2004 yılında IHS tarafından tekrar sınıflandırılmıştır. Bu sınıflandırmada; migren türü ağrılar, gerilim türü ağrılar, spontan otonom semptomlarla ortaya çıkan ağrılar ve daha az görülen primer ağrılar olmak üzere dört grupta toplanmıştır. Son sınıflandırma ise 2013 yılında yine IHS tarafından yapılmıştır (IHS, 2004; Akçalı ve Bolay, 2007; Karlı, 2007).

1988 IHS'ye Göre Auralı Migren Tanılama Kriterleri

A) B'ye uyan en az iki nöbet,

B) Aşağıdaki özelliklerden en az 3'ü,

1. Fokal serebral kortikal ve/veya beyin sapı disfonksiyonunu gösteren, tamamen geri dönüşümlü, bir ya da daha çok aura semptomu,
2. En azından bir aura semptomu 4 dakikadan daha uzun bir süre içinde tedricen gelişir veya 2 ya da daha çok semptom birbirini izleyerek ortaya çıkar.
3. Aura semptomlarından hiçbiri 60 dakikadan uzun sürmez. Eğer birden çok aura semptomu varsa kabul edilen süre orantılı olarak artar.
4. Baş ağrısı, aurayı 60 dakikadan kısa bir serbest arayla izler.

C) Aşağıdakilerden en az biri;

1. Öykü, fizik ve nörolojik muayene organik bir hastalığı düşündürmez
2. Öykü ve/veya nörolojik muayene bu hastalıklardan birini telkin eder, ancak bu olasılık uygun incelemelerle ortadan kaldırılır
3. Böyle bir hastalık mevcuttur fakat migren nöbetleri ilk olarak bu hastalıkla yakın zamansal ilişki göstererek ortaya çıkmamıştır.

2004 IHS Migren Sınıflaması

1.1.Aurasız migren

1.2.Auralı migren

1.2.1. Tipik auralı migren baş ağrısı

1.2.2. Tipik auralı migrensiz baş ağrısı

- 1.2.3. Baş ağrısız tipik aura
- 1.2.4. Ailesel hemiplejik migren
- 1.2.5. Sporadik hemiplejik migren
- 1.2.6. Baziler migren
- 1.3.Çoğunlukla migren öncüsü olan çocukluk dönemi tekrarlayıcı sendromları
 - 1.3.1. Tekrarlayıcı kusmalar
 - 1.3.2. Abdominal migren
 - 1.3.3. Çocukluk döneminin iyi huylu vertigosu
- 1.4.Retinal migren
- 1.5.Migren komplikasyonları
 - 1.5.1. Süregen migren
 - 1.5.2. Migren statusu
 - 1.5.3. İnfarktsız kalıcı aura
 - 1.5.4. Migrenöz infarkt
 - 1.5.5. Migrenin tetiklediği nöbet
- 1.6.Olası migren
 - 1.6.1. Aurasız olası migren
 - 1.6.2. Auralı olası migren
 - 1.6.3. Olası süregen migren

2013 IHS Migren Sınıflaması

- 1.1 Aurasız migren
- 1.2 Auralı migren
 - 1.2.1 Tipik auralı migren
 - 1.2.1.1 Baş ağrısı ile birlikte tipik aura
 - 1.2.1.2 Baş ağrısız tipik aura
 - 1.2.2 Beyin sapı auralı migren
 - 1.2.3 Hemiplejik migren
 - 1.2.3.1 Familyal hemiplejik migren
 - 1.2.3.1.1 Familyal hemiplejik migren tip 1
 - 1.2.3.1.2 Familyal hemiplejik migren tip 2
 - 1.2.3.1.3 Familyal hemiplejik migren tip 3

- 1.2.3.1.4 Familyal hemiplejik migren, diğerk lokalizasyonlar
- 1.2.3.2 Sporadik hemiplejik migren
- 1.2.4 Retinal migren
- 1.3 Kronik migren
- 1.4 Migren komplikasyonları
 - 1.4.1 Migren statusu
 - 1.4.2 İnfarkt olmadan persistan aura
 - 1.4.3 Migrenöz infarkt
 - 1.4.4 Migren aurası ile tetiklenen nöbet
- 1.5 Olası migren
 - 1.5.1 Aurasız olası migren
 - 1.5.2 Auralı olası migren
- 1.6 Migren ile ilişkili olabilecek epizodik sendromlar
 - 1.6.1 Tekrarlayıcı gastrointestinal rahatsızlık
 - 1.6.1.1 Siklik kusma sendromu
 - 1.6.1.2 Abdominal migren
 - 1.6.2 Benign paroksismal vertigo
 - 1.6.3 Benign paroksismal tortikollis”

Auralı Migren

Auralı migren, 5-20 dakika içinde yavaş yavaş ortaya çıkan, 60 dakikadan daha az süren, serebral korteks yada beyin sapına yerleşmiş, beraberinde nörolojik belirtilerin eşlik ettiği, tekrarlayıcı bir durumdur. Nörolojik aura semptomlarını, şiddetli ağrı, bulantı ve ışık hassasiyeti takip eder. Auralı migrende bazen rahatsızlık verici durum öncü belirtilerle kalır ve ağrı görülmez (Karlı, 2007; Akçalı ve Bolay 2007) .

Aura semptomları, çift görme, konuşma bozukluğu, yürüme ve denge güçlüğü, gibi beyin sapı ile ilişkili belirtiler şeklindeyse “baziler migren”, aura semptomları 60 dakikadan daha uzun, bir haftadan kısa sürerse “uzamış auralı migren” şeklinde adlandırılmaktadır (Üçler, 2018; Lüleci, 2013).

Aurasız Migren

Aurasız migren, ağrı süresinin 4-72 saat olduğu, başın tek tarafını tutan, zonklayıcı yada sıkıştırıcı tarzda, orta veya şiddetli ağrıların görüldüğü migren çeşididir. Fiziksel

hareketlerle artan, ışığa ve sese duyarlılıkla birlikte bulantı ve kusmanın görüldüğü atak çeşididir (IHS, 1998; Akçalı ve Bolay 2007). Migren sınıflandırması yapılırken ilkin aura olup olmadığı göz önüne alınmış, sonra da eşlik eden bazı rahatsızlıklara göre isimlendirmeler yapılmıştır (Saip, 2005).

4.1.2. Migrenin Nedenleri

Migren oldukça kompleks bir tablo olup, hastalıkla birlikte ortaya çıkan durumlara bakıldığında bir çok sistemi etkilediği görülmektedir (Yaşar, 2013). Migren atakları serebrovasküler hastalıkları taklit eden farklı klinik bulgularla da kendini gösterebilmektedir (Demircan et. al. 2011). Ancak bazen, migrene sıklıkla kardiyovasküler sistem hastalıklarının varlığının neden olduğu bilinmektedir. Bununla birlikte özellikle epilepsi ile karakterize nörolojik bozukluklar ve yaygın psikiyatrik hastalıklar da migren nedenidir (Radaf, 2005; Üçler, 2018). Psikiyatrik sorunların başında anksiyete, depresyon ve majör depresyon gelmektedir. Tüm bu sorunlar migren tedavisini güçleştirmekte, hastaların hayat kalitesini düşürmekte, tedavi maliyetini artırmaktadır (İdiman, 2018; Yaşar, 2013; Özden ve ark, 2015; Cupini et. al. 2009).

Bir yıldan uzun bir sürede yapılan bir araştırmada, migreni deneyimleyen bireylerde, anksiyete, orta yada şiddetli depresyon varlığı ve panik bozukluk sağlıklı bireylere göre daha yüksek oranda bildirilmiştir (Antonaci et. al. 2011).

Son yıllarda baş ağrısı ve eşlik eden psikiyatrik hastalıklar üzerine yapılan kapsamlı bir araştırmada, araştırmaya alınan 374 hastadan 49'unda psikiyatrik bozukluğu olduğu bildirilmiştir. Anksiyete bozuklukları, migrenlilerde % 18.4, gerilim tipi baş ağrısı hastalarda % 19.3 oranındadır. Panik bozukluğu oranları, migren hastaları için % 12.7 iken, gerilim tipi baş ağrısı yaşayan hastalar için % 5.5 olarak bildirilmiştir. Ayrıca obsesif kompulsif bozukluk, migren hastalarında % 2.3, gerilim tipi ağrı yaşayan hastalarda % 1,1 oranında olduğu gösterilmiştir (Beghi et. al. 2010).

4.1.3. Migreni Tetikleyici Faktörler

Migren atağının ortaya çıkışını kolaylaştıran faktörlere tetikleyici faktörler denir. Hormonal değişimler migreni tetikleyen temel faktörlerdendir. Hormonal faktörlerin yanısıra çeşitli hava değişimleri, (soğuk, sıcak, nem, rüzgar, basınç değişikliği vb), ağır ve keskin kokular, kötü kokular, migren ağrısını başlatabilmektedir. Atakların ne kadar süreceği ise bireyin o anki bedensel ve fiziksel durumu, migren atağını başlatan

faktörler ve yaşanan değişimlere göre farklılık göstermektedir. Hiçbir zaman atak süresi ve sıklığı tahmin edilememektedir. (Saip, 2005).

Ülkemizde yapılan kapsamlı bir çalışmada, stres migreni tetikleyen temel etken olarak belirlenmiştir (Aslantaş ve ark. 2007).

Migreni tetikleyen faktörler, migrenli bireylerde farklı hassasiyetler gösterebilir. Migren vakalarının bazılarında bir tetikleyici unsur atağı başlatmaya neden olurken, bazı vakalarda bir çok tetikleyici faktörün bir arada bulunması atağın başlamasına neden olmaktadır. Migren atağında en çok görülen tetikleyiciler, stresin varlığı, menstrüasyon öncesi dönem, uyku düzensizlikleri, beslenme düzeninde yaşanan olumsuzluklar, uzun süre ayakta kalmak ve yorgunluk, hava değişimleri (basınç, nem, rüzgâr), alkol tüketimi, kokulu ajanlar (kokulu kimyasal solüsyonlar ve gazlar, sprey, kolonya vb maddeler), kötü kokulu ortamlar, parlak ışık, sigara, yüksek alanlar, zorlayıcı öksürük, bazı gıdalar (balık, kırmızı mercimek, asitli içecekler vb.), öne eğilme, aşırı ses ve mental gerginliktir (Demirkaya, 2006; Sarıtaş et. al. 2013).

Hastaların dörtte biri bazı yiyeceklerin migren ataklarını tetiklediğinden söz eder. Mesela monosodyum glutamat (hidrolize maya ekstraları, hidrolize bitkisel proteinler, doğal tatlandırıcılar gibi) içerikli yiyecekler, sıklıkla çorba ve Çin yemeklerinde bulunur. Nitritler (koruyucu madde içeren etler, sosisli yiyecek); tiramin içerenler (şarap, peynir); feniletilamin içerenler (çikolata, sarımsak, soğan, kabuklu çerezler) potansiyel tetikleyici faktörlerdir. Alkol, tatlandırıcılar, turunçgiller, turşular ve sirke muhtemel sebeplerdir. Bu yiyecekler tüm hastalar tarafından belirtilmez, diyetten tamamen çıkartılması da migren olmayacağı anlamına gelmez (Loretta and Mueller, 2007; Yücel, 2008).

Migreni tetikleyici faktörler Tablo 4.1 de verilmiştir.

Tablo 4.1 Migreni tetikleyici faktörler

Etkenin Cinsi	Etkenler
Hormonal faktörler	Menopoz Gebelik Doğum Adet görme Doğum kontrol ilaçları Östrojen replasman tedavisi Menarş
Besinsel faktörler	Monosodyum glutamat Aspartam Öğün atlanması Öğün geciktirilmesi Çikolata Aşırı kahve ve sigara tüketimi Tiraminli yiyecekler Nitritli yiyecekler Turunçgiller Sigara ve alkol tüketimi
Ruhsal faktörler	Depresyon Sıkıntı, üzüntü Anksiyete Çoşku Beklenti Kaygı ve diğer psikolojik etkenler
Çevresel faktörler	İklim değişimleri(Sıcak, soğuk, nem, rüzgar) Basınç değişiklikleri Parlak ışıklar (Güneş ışınları, aşırı aydınlatma, yetersiz aydınlanma) Floresan ışığı
Uyku İle İlgili faktörler	Uykusuzluk Aşırı uyuma Aralıklı uyuma
İlaçlarla İlgili faktörler	Nitrogliserin Histamin Reserpin Hidralazin Ranitidin Östrojen ve östrojen içeren ilaçlar
Diğer faktörler	Kafa travması Ağır hareket Egzersiz Yorgunluk Uzun süre ayakta kalmak

4.1.4. IHS Tanı Kriterleri

IHS tarafından yapılan tanılama kriterleri 9 maddede toplanmıştır. Bunlar;

1. 6 aylık bir zaman diliminde en az 5 atak görülmesi
2. Baş ağrıları süresinin birkaç saat ile birkaç gün arasında değişmesi
3. Baş ağrıları sırasında aşağıda belirtilen durumlardan ikisinin varlığı
4. Ağrının orta şiddette, çok şiddetli ya da dayanılmaz olması
5. Fiziksel hareketlerle ağrının kötüye doğru prognoz göstermesi
6. Baş ağrısının tek taraflı yerleşim göstermesi
7. Ağrı niteliğinin çoğunlukla zonklayıcı tarzda olması
8. Ağrıya, bulantı, kusma veya ikisinin birlikteliği, gürültü ve ışık duyarlılığı belirtilerinden birinin eşlik etmesi
9. Baş ağrısına neden olabilecek başka bir hastalığın olmaması (Öztürk, 2013; Yücel, 2008).

4.1.5. Migrende Tedavi

Migren tedavisi ilaçlı tedavi ve ilaç dışı tedavi olmak üzere iki ana grupta incelenebilir. Tedavide hastayı en çok rahatsız eden semptomların tesbit edilmesi, doğru öykü alınması ve doğru tanılama çok önemlidir.

Migrenin ilaçlı tedavisi semptomatik ve profilaktik tedavi olmak üzere iki şekildedir (Lüleci, 2013; Erdine, 2013).

4.5.1 Akut (atak – semptomatik) Tedavi

Akut migren tedavisinde temel bazı amaçlar vardır. Bunlar;

Kısa sürede ağrı şiddetini azaltmak,

Migren belirtilerini yok etmek veya azaltmak,

İşlevsellik kaybını yok etmektir.

Bir gün içinde migren atağının tekrarlamamasını sağlamak,

Başka bir ilaca ihtiyacı azaltmak,

Akut ataklarda sık tekrarlanan aşırı ilaç tüketiminin önüne geçmek,

Atak nedeniyle yapılan hastane girişlerini azaltmaktır (Dikmen, 2016).

Atak esnasında ağızdan alınan ilaçlar, midede gastrik staza neden olmaktadır. Bu yüzden alınan ilaçların biyoyararlanımları azalabilmektedir. Tedaviyi olumsuz yönde etkileyen bu durum ağrılı süreci uzatmaktadır. Bu yüzden migrenin akut tedavisinde, mide motilitesini düzenlemek amacıyla ağızdan verilen ilaçların emilimini hızlandırmak için tedaviye antiemetik bir ilaçla başlanmalıdır. Akut atak tedavisinde basit analjezikler, non-steroid antiinflamatuarlar, antiemetikler (oral ya da intramusküler) kullanılmaktadır. Domperidon ve metoklopramid antiemetik ilaç olarak ilk tercih edilebilecek ilaçlardır. Etkili bir tedavi için, bu ilaçlar alındıktan 20-30 dakika sonra ağrı kesici bir ilaç kullanılmalıdır. Narkotik analjezikler (tramadol, kontramol), kortikosteroidler, spesifik migren ilaçları (ergot alkaloidleri, triptanlar) kullanılmaktadır (Akdal, 2007).

Çocuk ve hamilelerde parasetamol hafif ve orta şiddetli ataklarda tercih edilmektedir. Aspirin ya da metamizole ilk tercih edilebilecek ilaçlardır. Bu ilaçların etkili olmadığı durumlarda NSAİ türevi bir ilaç (diklofenak sodyum, ibuprofen, naproksen sodyum, diklofenak potasyum) kullanılabilir (Erdine, 2007; Akdal, 2007; Lipchik and Jeanette, 2004).

Hafif migren atağı, sessiz ve loş bir ortamda uyuma ve dinlenme ile atlatılabilir. Ataklar şiddetli ise analjezik, antiemetik ve diğer migrene özel ilaçlar ile önlenir. Ağrı kesici ve NSAİ ilaçlar kullanılabilir; bu tip ilaçların bir çok çalışmada plasebodan daha iyi olduğu saptanmıştır

Migren atağının en şiddetli olduğu aşamada, fonofobi (ses), fotofobi (ışık) ve ozmofobi (koku) hassasiyeti hastayı rahatsız eden niteliktedir. En uygun migren tedavisine karar verebilmek için hastanın en rahatsız edici bulunduğu semptomları belirlemek gerekir. Ağrı süresi, şiddeti, yeri, ağrıyı başlatan durumlar, hastanın kişilik yapısı, geçmiş deneyimleri, ağrıyı ifade edişi, inanışları, aile öyküsü, destek sistemleri ve sosyal kaynakları hakkında veri toplanmalıdır (Topbaşı, 1996; Yücel, 2008).

Tedavide temel prensip hastaya;

Migren ile yaşamayı,

Ataklardan korunma yöntemlerini,

Atağı tetikleyen faktörleri ve bu faktörlerden korunma yollarını öğretmektir.

Ayrıca hormonal kaynaklı olduğu için pre-menstürel ve

Ani basınç değişikliğinden kaynaklanan ataklardan kaçınmanın mümkün olmadığı anlatılmalıdır (Lipchik and Jeanette. 2004).

Semptomatik tedavide atağın olumsuzluklarından kurtulabilmek için etkili ilaç tedavisine hemen başlanmalıdır (Dikmen, 2016; IHS, 2013).

4.5.2 Kronik (koruyucu – profilaktik) Tedavi

Bir aylık süre içinde en az iki akut atak deneyimleyen veya on günden daha fazla ilaç kullanan hastalara profilaktik tedavi başlanması önerilmektedir.

Profilaktik tedavinin amaçları;

- Atak sayısını, ağrı şiddetini ve ağrı süresini yok etmek ya da en aza indirmek,
- Atak tedavisini yeniden etkili kılmak,
- Kişinin fonksiyonlarını düzeltmek,
- İş görmezliğini azaltmak,
- Yaşam kalitesini yükseltmek,
- Maliyeti azaltmak,
- Epizodik migrenin olası kronik migrene ilerleyişini durdurmak,
- Aşırı analjezik kullanımından kaçınmak (Erdine, 2013; Lüleci, 2013).

Çok sık olmamakla beraber ortaya çıkan ve ilaçlı tedaviye olumlu cevap vermeyen durumlarda da profilaktik tedavi başlanabilir.

Profilaktik tedaviye alınan hastalarda ilk 4-6 haftalık süreç tedavinin etkisini ölçmek adına önemlidir. İlk etapta etkili doz tek ilaç kullanımı önerilir. Bu süre sonunda atak sayısında % 50 oranında azalma görülmesi profilaktik tedaviye cevabın olumlu olduğunu gösterir. Bu durumda profilaktik tedaviye 6 ay veya daha uzun bir süre devam edilir. Profilaktik tedavi için belirlenen süre dolduğunda ilaç yavaş yavaş ve doz düşürülerek kesilmelidir (Topbaşı, 1996; Lüleci, 2013).

Profilaktik tedavide beta blokerler, antikonvülzanlar, antidepresanlar, kalsiyum kanal blokerleri, non- steroid anti inflamatuvarlar, serotonin antagonistleri, botulinum toksini tip A, trisiklik antidepresanlar ve bazı antiepileptik ilaçlar kullanılmaktadır (Topbaşı, 1996; Erdine, 2013).

Beta blokerlerden propranolol, migren profilaksisinde en sık olarak kullanılan ilaçtır. Hasta beta blokerlerin sık görülen yan etkileri konusunda

bilgilendirilmelidir. En sık karşılaşılan yan etkiler, uyku bozuklukları, orta ya da şiddetli depresyon, halsizlik ve çabuk yorulma, kilo alımı ve cinsel isteksizlikler. Hastalarda astım varlığı, şiddetli depresyon, kalp yetmezliği, raynaud sendromu ve tip I diyabet varsa beta blokerler kullanılmamalıdır (Lüleci, 2013; Erdine, 2013).

Migren tedavisinde yukarıda belirtilen profilaktik ve semotomatik tedavilerin yanı sıra tamamlayıcı ve destekleyici tedavi yöntemleri de kullanılmaktadır. En sık kullanılan yöntemler; masaj, aromaterapi, akupunktur, hacamat, solunum egzersizleri, düzenli beslenme ve uyku, gevşeme teknikleri, düzenli yaşam, egzersiz, kriz ve stres yönetimidir (Diamond, 2001).

Kas iskelet sistemi rahatsızlıkları sıklıkla migrene eşlik etmektedir (Steiner and Marteletti, 2011). Sırt ve boyun ağrıları migren tetikleyici olarak bilinmektedir. Bu faktörleri azaltmak için tamamlayıcı ve destekleyici yöntemlerden biri olan manuel terapiler kullanılmaktadır (Diamond, 2001).

4.1.6. Tamamlayıcı ve Destekleyici Tedaviler

Migren ataklarında ilaçlı tedavi yöntemlerinin yanı sıra tamamlayıcı ve destekleyici tedaviler de kullanılmaktadır. Tamamlayıcı ve destekleyici tedavi yöntemlerinin yüzyıllardır tüm dünyada ve ülkemizde hastalar tarafından sık tercih edilen tedavi yöntemi olduğu bilinmektedir (Topçu, 2009; Kaşıkçı ve ark. 2014). Tamamlayıcı ve destekleyici tedaviler; modern tıp tedavilerine destek sağlamak amacıyla kullanılmaktadır. Bu destek uygulamalar bireyi, ruhsal, bedensel ve fiziksel açılardan bir bütün olarak ele almaktadır. Bu doğrultuda hastalıklardan korunma ve tedavide geleneksel ve folklorik uygulamalardan yararlanma ilkesine dayanır (Kaşıkçı ve ark. 2014; Potter and Perry, 2013).

Tamamlayıcı ve destekleyici tedaviler birçok hastalık ve hastalık belirtisinde olduğu gibi, migrenin akut ve kronik ağrılarında da sıklıkla kullanılmaktadır. Migrende kullanılan tamamlayıcı tedavilerin başında aromaterapi, masaj, hacamat, akupunktur ve davranış terapisi gelmektedir. Aromaterapi uygulamaları uygulama kolaylığı, hemen etki etmesi ve ağrısız olması nedeniyle son zamanlarda oldukça yaygınlaşmıştır. Örneğin; Lavanta uçucu yağının biyolojik yapısı incelendiğinde, başta linalol olmak üzere bazı etkili ve aktif maddeler içerdiği, bu maddelerin deri yoluyla hızlı emildiği, ağrı kesici ve sakinleştirici etkilere sahip olduğu bilinmektedir (Cavanagh ve Wilkinson

2002). Lavanta uçucu yağının bu etkisinin migren üzerinde olumlu sonuç vereceği düşünülmektedir.

Tamamlayıcı ve destekleyici yöntemler, sinir ve kas iskelet sistemi üzerine etki ederek gevşeme ve sakinlik durumu oluşturmaktadır. Bu etki bireylerin yaşam bulgularını düzenlemekle birlikte, uyku düzensizliklerini azaltma, ağrı derecesinin düşürülmesi ve kaygı durumunun giderilmesi için kullanılmaktadır (Özer ve Arslan, 2010).

Aromaterapi çoğunlukla masaj yoluyla uygulanmaktadır. Masajın, kan akımını hızlandırdığı, sakinleştirici etkisi ile sinir sistemini ve yara iyileşmesini olumlu yönde etkilediği bilinmektedir (Çınar, Eşer and Khorshid. 2009; Ayık, 2016). Ayrıca masajın kas tonüsünü düzenleme, gevşemeyi sağlama, kan basıncını ve ağrıyı azaltma, iyilik halini ve hasta memnuniyetini artırma gibi birçok yararı da bilinmektedir (Ernst, 2009).

Günümüzde tüm dünyada maliyetli sağlık giderleri, ilaçlı tedavilerin yan etkileri, kronik hastalıklardaki artışlar ve bazı hastalıkların komplikasyonları insanları hayvansal ve bitkisel içerikli doğal tedavilere yöneltmektedir. Farklı iklimlerin görülmesine bağlı olarak ülkemizde çok çeşitli bitki ve hayvan türleri bulunmaktadır (Gül, 2014). Bu zenginliğin ülkemizde son yıllarda tamalayıcı ve destekleyici tedavilerin gelişmesine katkı sağladığı düşünülmektedir.

Yılan Kökü olarak bilinen bitki türünün antihipertansif etkisi, karanfil bitkisinin antidiyabetik etkisi bilinmektedir. Dünya üzerinde benzer çalışmalar yapılmaktadır (Özbek ve ark. 2008; Başer, 2004).

Gül ve lavanta uçucu yağı kullanılarak uygulanan pilot bir aromaterapi çalışmasında (Columbia Presbyterian Medical Center) deneklerin ayakları dilüe edilmiş uçucu yağ ile ovulduğunda, kalp atım monitörü parasempatik yüksek göstermiştir (Özer, 2002).

Bazen aroma ya da kokuyu bir an düşünmek, gerçek aroma ya da kokunun hissedildiği andaki kadar etkili olabilmektedir. Sadece tıbbi tedaviye odaklanan sağlık profesyonelleri holistik felsefe ve integratif sağlık anlayışı çerçevesinde tedavi ve bakıma katkı sağlayan ve kanıtları oluşmuş tüm sağlık yaklaşımlarını dikkate almalıdır.

Hemşireler, migren ağrılarında akupunktur, romatoid hastalıklarda termal kaplıcalar, venöz hastalıklar ve baş ağrısında hirudoterapi (sülük tedavisi), ağrı tedavisinde nonfarmakolojik, noninvaziv çok sayıda uygulama, kemoterapiye bağlı

bulantı ve anksiyetesi olan hastalarda akupunktur ya da aromaterapinin sağlık sistemlerine yerleştiğini bilmeli ve hastalarını bu uygulamaları yapma yetkisi bulunan güvenilir merkezlere yönlendirmelidir (İlgaz ve ark.2016). Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği, 2014; Gözüm ve Platin, 2015; Manyanga ve ark. 2014; Gözüm, Arıkan ve Büyükavcı. 2007).

4.1.6.1.Tamamlayıcı ve Destekleyici Tedavi Yöntemleri

Migrenin akut ve kronik atakları sırasında Non Farmakolojik birçok tamamlayıcı ve destekleyici tedavi yöntemi kullanılmaktadır.

Tamamlayıcı ve destekleyici tedaviler olarak bilinen yöntemler şunlardır. Meditasyon, hayal kurma, masaj, beslenme tedavileri, gevşeme teknikleri, terapötik dokunma, refleksoloji, aromaterapi, müzik terapi, homeopati, bitkisel tedaviler, şiropraksi, hipnoterapi, shiatsu, hacamat, solunum egzersizleri, hipnoterapi ve terapötik dokunmadır (Çetin 2007; Turan ve ark, 2016).

Masaj: Masaj, Eski Yunanca da ‘’massein’’ kelimesinden türetilmiştir. Ağrıyı azaltmak, stresi gidermek, anksiyeteyi hafifletmek, dolaşımı düzenlemek ve genel sağlık durumunu düzeltmek için uygulanan fiziksel dokunma girişimlerindedir (Özer, 2002; Erol, et. al. 2014; Ucuzal and Kanan, 2014; Sabuncu ve ark. 2014). Bir başka deyişle, yumuşak dokulara elle ve ya çeşitli mekanik dokunuşlarla uyarı gönderilmesi ilkesine dayanır. (Turan ve ark. 2010; Potter and Perry, 2013; Ünsal, 2014).

1930’lu yıllarda masajla ilgili ilk araştırmalar yayınlanmaya başlanmıştır. Bu araştırmalar genellikle masajın kan akımını artırdığı ve kas atrofisini azalttığı yönündeydi (Ayık, 2017; Ünsal, 2014; Sabuncu ve ark. 2014). Masaj yoluyla ruhsal olarak hoş bir duygu oluşunun yanısıra fiziksel olarak da genel bir rahatlık sağlanır. Masaj, kan ve lenf dolaşımında hızlanma, kaslar üzerinde gevşeme, ve arteriollerde genişleme vb şekillerde etki eder. Masaj, duygusal ve psikolojik yönlerden de olumlu etkiler göstermektedir. Masaj çeşitli hastalıklarda tamamlayıcı ve destekleyici tedavi olarak kullanılmaktadır. Kanseri hastalarında masaj, lenf ödemi çözme, kas gerginliğini azaltmak, uykusuzluğu gidermek, anksiyete ve depresyonu azaltır (Sabuncu, Özhan, Dursun, 2014; Nazlıkul ve Eraltan 2002; Turan et. al. 2009; Potter and Perry. 2013; Ünsal, 2014).

Esansiyel yağların en sık kullanılma şekli masaj yoludur. Masaj, bu yağların ısı ve friksiyon yoluyla deriden emilimini hızlandırmakta ve artırmaktadır. Masaj yoluyla

absorbe edilen maddeler kanda 20 dakikada etkisini gösterirken, solunum yoluyla oluşan etki daha hızlıdır. Kokuların bu şekilde hızlı etki göstermesinin nedeni beyin ile burnun doğrudan ilişki içerisinde olmasıdır. Şöyle ki, birinci kafa sinir çifti olan olfaktor, kokuların alınmasından ve burun deliklerinin tavanında bulunan reseptörlere iletilmesinden sorumludur (Price & Price, 2007; Meriçli, 2014).

Shiatsu: Vücuttaki belli noktaların uyarılması esasına dayanır. Bu bölgelere basınç uygulamak suretiyle iyileşme sürecini hızlandırır. Tarihi Çin meridyen sistemine dayanan bir masaj çeşididir (Potter and Perry, 2013). Shiatsu uygulamalarının temel amacı vücuttaki enerji akışını düzenlemek, belli noktalarda oluşan tıkanıklıkları ortadan kaldırarak vücudun doğal işleyişini sağlamak ve sürdürmektir (Khorshid ve Yapucu 2005).

Refleksoloji: Avuç içi, ayak ve kulaklara uygulanan bir çeşit masaj uygulamasıdır. Ayaklarda vücudun bütün organlarına karşılık gelen refleks noktaları mevcuttur. Bu noktalar, organların aynası özelliğine sahiptir. Refleksoloji bu noktalara yaptığı dokunuşlarla organizmada bazı olumlu etkiler (stresin azaltılması, ağrı ve anksiyetenin giderilmesi vb.) oluşturur. Bir takım özel el ve parmak teknikleri kullanılarak bedende olumlu bazı fizyolojik düzenlemelere neden olur (Nazlıkul ve Eraltan 2002; Gürkan ve Bilge, 2006; Potter and Perry, 2013).

Terapötik dokunma: Bir hemşire tarafından geliştirilmiş yöntem olup, elle dokunarak, vücutta bir takım olumlu etkiler oluşturmak amacıyla kullanılır. Eller yüzyıllardır güçlü ve duyarlı duyu organları olarak kabul edilmektedir. Terapötik dokunmada ellerin gücünden ve dokunma anında ortaya çıkan enerjiden faydalanılır. Bu şekilde bazı ruhsal ve mekanik etkiler ortaya çıkar ve kişide gerilemeye başlamış enerji yeniden ortaya çıkmaya başlar (Özer, 2004; Khorshid ve Yapucu 2005; Potter ve Perry 2013; Ucuzal and Kanan, 2014).

Homeopati: Sağlıklı yada hasta bireylerde belirli bir bitkisel maddenin vücuda verilerek bağışıklık sistemini güçlendirmeye ve iyileşmeyi hızlandırmaya dönük bir uygulamadır. Homeopati, benzerle benzerin tedavi edilmesi ilkesine dayanmaktadır. Homeopati bazı özel etkilere sahip maddelerin seyreltilmesi ile oluşturulan karışımlardır. Aynı madde hem hastalığa neden olmakta hem de seyreltilmiş formu bu hastalığın belirtilerini gidermektedir. Homeopati birçok hastalığın (artrit, astım, soğuk

algınlığı, gribal enfeksiyonlar ve alerjik hastalıklar) tedavsinde kullanılmaktadır (Turan, 2006; Potter and Perry, 2013).

Beslenme terapileri: Çeşitli diyetlerin kullanılması esasına dayanır. Bu yöntem, sağlığın sürdürülmesi, hastalıkların önlenmesi, enerjinin yükseltilmesi, yaşam süresinin uzatılması, yaşam kalitesinin artırılması, vücut ağırlığının dengede tutulmasında kullanılmaktadır (Nazlıkul ve Eraltan 2002; Karagöz 2006; Özçelik ve Fadiloğlu 2009; Potter and Perry, 2013).

Hipnoterapi: Hipnoterapi; uykuya benzer bir şekilde bilinç değişikliği oluşturulmasıdır. Ani duygulanım bozukluğu, değişen duygu durumu ve ruhsal olarak, hastanın başka bir duruma odaklanmasını sağlayan karmaşık bir yöntemdir. Özellikle ağrı yönetimi ve yara iyileşmesinde başvurulan yöntemlerden biridir (Potter and Perry, 2013; Cassileth ve ark. 2007; Uçan ve Ovayolu 2007).

Akupunktur: İğne batırma (Acu-Puncture) sanatı anlamında bir tedavi şeklidir. Vücutta belli noktalarına çelik, gümüş ve altından yapılmış iğnelerin batırılarak uygulanır. Bu yöntemde amaç, endokrin ve sinir sistemini uyararak uyum içinde çalışmasını sağlamaktır. Uzun yıllardan beri çeşitli toplumlar tarafından kullanılmaktadır. Günümüzde kullanımı artmıştır (Kavaklı, 2010; Potter and Perry, 2013; Horasanlı, Usta ve Yeşilay 2008).

Şiropaksi: Sinir sistemi ve kas, skelet sistemine ait yapılar (kas, eklem, kemik, tendon, kıkırdak ve ligament) üzerine etki eden bir yöntemdir. Stres, zonklar tarzda atım, baskı, sıkışma ve basıncı gidererek rahatlama sağlamak amacıyla kullanılır. Şiropaksi, bir çeşit boyun çektirme hareketi olup, kemik ve eklemlerin maniplasyonuna dayanır. Boyun bölgesindeki ağırlığı azaltır. Şiropaksi bazı durumlarda (boyun fitiği, romatizmal hastalıklar, tümöral oluşumlar, enfeksiyon) kontrendikedir (Potter and Perry, 2013; Cassileth ve ark. 2007).

4.1.6.2.Aromaterapi

Aromaterapi migrende ağrıyı hafifletmek ve yaşam kalitesini artırmak amacıyla yaygın olarak kullanılan tamamlayıcı ve destekleyici tedavi yöntemlerinden biridir. Aromaterapi; bitkilerin çiçek, yaprak, kabuk, kök ya da tohumundan elde edilen esansiyel yağların sağlığı geliştirmek, çeşitli hastalıkları ve semptomları tedavi etmek amacıyla kullanılmasıdır (Snyder and Lindquist. 2010).

Aromaterapide amaç, uçucu yağlar kullanılarak, sağlığın korunması ve geliştirilmesi, komplikasyonların tedavisi, bazı semptomların giderilmesi ve iyilik halinin artırılması şeklinde sıralanabilir. Kullanım şekli olarak masaj, koklama ve soluma sıklıkla tercih edilmektedir. Aromatik yağların dolaşım yoluyla lenf sistemine ulaşarak iyileşmeye katkı sağladığı bilinmektedir. En sık görülen etkileri stresin azaltılması, üst solunum yolu enfeksiyonlarından korunma ve bu enfeksiyonların daha hafif atlatılması, menstruel problemlerin azaltılması, baş ağrılarının geçirilmesidir (Nazlıkul ve Eraltan 2002; Jennings 2004; Yıldırım ve ark. 2006; Cassileth ve ark. 2007).

Bitkisel kaynaklı uygulamalar uzun yıllardan beri insanoğlunun tedavi ve iyilik durumu sağlamak amacıyla kullanılmaktadır. Bu bitkiler ilaç sanayindeki geniş kullanımın yanısıra masaj uygulamalarında, bazı hastalıkların tedavisinde de kullanılmaktadır. Ayrıca, baharat, çay, kolonya ve parfüm yapımında oldukça geniş bir kullanım alanına sahiptir

Aromaterapi sadece esansiyel yağ asidi şeklinde değil, aynı zamanda infüzyon, çay, tütsü, duman, parfüm, kolonya, merhem, losyon, kompres ve banyo şeklinde de kullanım alanı bulmuştur (Buckle, 2015; Şentürk ve Küçükgülü, 2015).

Hastalıkları önlemede bağışıklık sistemin çok önemli bir rolü vardır. Aromaterapi uygulamaları bağışıklık sistemini güçlendiren önemli uygulamalardan biridir (Yaylı, 2013). (Yaylı, 2013). Günümüzde aromaterapi uygulamalarını üç başlık altında toplayabiliriz. Bunlar; estetik aromaterapi, klinik aromaterapi ve holistik aromaterapidir (Buckle, 2015).

Klinik ve holistik aromaterapide bitkilerin en etkili mekanizması uçucu yağlardan elde edilir (Yaylı, 2013). Uçucu yağlara esansiyel yağlar da denir. Çeşitli yöntemlerle elde edilen uçucu yağların elde edilmesinde, bitkinin kök, çiçek, tohum, yaprak, kabuk, meyve vb yapıları kullanılır. Uçucu yağlar, renksiz ya da açık sarı renkli, uçucu özellikte, ağır kokulu ve yarı kıvamlı özelliktedir. Şekil 4.1'de uçucu yağ elde edilebilen bazı bitkilere ait örnekler verilmiştir. Açıkta bırakıldıklarında yada oda ısısında buharlaştıklarından dolayı uçucu yağlar, havayla temas ile uçtukları için eterik yağlar, ve içerdikleri aroma sayesinde parfüm yapımında kılınımından dolayı ise esansiyel yağlar şeklinde isimlendirilirler (Çalikoğlu, 2006;Yaylı, 2013).



Şekil 4.1. Aromaterapi bitki örnekleri

Uçucu yağların, antibiyotik, antispazmotik, antiseptik, antifungal, antiviral ve antimikrobiyal etkileri bilinmektedir. Sık kullanılan antiseptik yağlar, geyik otu, lavanta, tarçın, kekik, portakal kabuğu, karanfil uçucu yağlarıdır (Yaylı, 2013).

Esansiyel yağların aroma bileşikleri aromaterapi uygulamalarında çeşitli amaçlarla (stres, ağrı, sinirlilik, çeşitli düzeylerdeki depresyon, halsizlik ve yorgunluk problemlerinin giderilmesi) kullanılmaktadır (Cooke and Ernst, 2000; Buckle, 1998; Arslan ve Özer, 2007). Örneğin lavanta uçucu yağı masaj sırasında buharlaşacağı için inhale de edileceğinden olfactory bulb (koku alma mukozası) sinir hücreleri kanalıyla da hızla limbik sisteme ulaşarak etki gücünü artırmaktadır (Buckle, 2015). Bitkilerden elde edilen öz yağlar; solunum yolu, deri yolu, ağız yolu ve vajinal yolla uygulanmaktadır.

Solunum yoluyla: Bitkisel öz yağı, örneğin lavanta yağı, bir gazlı beze damlatılıp göğüs üzerine konularak uygulanabileceği gibi doğrudan buğu şeklinde ya da terapinin yapıldığı ortama koku yayılması şeklinde de uygulanabilir (Buckle, 1998).

Deri yoluyla: Banyo, kompres, masaj gibi girişimlerle yapılan uygulama şeklidir (Buckle, 1999).

Ağız yoluyla: Bitkisel içerikli ilaçların ağızdan alınması şeklinde uygulanır.

Vajina yoluyla: Sistit ve mantar enfeksiyonlarında vajinal yolla uygulanmaktadır (Arslan ve Özer, 2007).

4.1.6.3.Lavanta

Lavanta (*Lavandula spp.*), Lamiaceae bitki grubundan olup, çalimsı türde, önemli bir esansiyel yağ bitkisidir (Buckle, 2015). Lamiaceae türü içinde kıymetli esansiyel yağa sahip ve ekonomik olarak değerli bitkiler (nane, adaçayı, oğulotu, kekik, lavanta, reyhan) bulunmaktadır. Bir çok coğrafi koşulda yetişen bu bitki türleri tıbbi olarak başka çeşitli amaçlarla da kullanılmaktadır (Bağdat ve ark. 2006). Şekil 4.2’de lavanta bitki örneği verilmiştir.

Lavanta uçucu yağı, depresyon ve anksiyete için en yaygın kullanılan uçucu yağlar arasındadır. Diğer önemli uçucu yağlar ise yasemin, aromatik asya ağacı yağı, sandal ağacı yağı, portakal çiçeği, melisa, bergamot ve gül yağı olarak sıralanabilir (Freeman, 2009).

Lavanta yağının genel olarak gerginlik, stres, uykusuzluk vb durumlarda kullanıldığı ve depresyon tedavisinde olumlu etki gösterdiğine dair kanıtlar mevcuttur. (Cavanagh ve Wilkinson 2002). Günümüzde bazen uykuya geçişi kolaylaştırmak ve uyku kalitesini yükseltmek amacıyla lavanta kokulu yastıkların kullanıldığı bildirilmektedir (Meriçli, 2014).

Bazı çalışmalarda ise, lavantanın uyanıklık sağladığı, iyilik duygularını ve uyku alışkanlıklarını geliştirdiği için saldırganlığı ve anksiyeteyi azalttığı gösterilmiştir (Bilgiç ve ark. 2015). Bir başka çalışmada ise lavanta uçucu yağının saç dökülmesi, migren ve akne tedavisinde kullanıldığı belirtilmiştir (Körkçü ve ark. 2015).

Çalışmada rahatlatıcı ve sakinleştirici etkiye sahip olması, bütün uçucu yağlar içinde teksisitesinin çok düşük olması aynı zamanda bütün esansiyel yağlar içinde en az allerjik etki göstermesi nedeniyle lavanta yağı kullanımı tercih edilmiştir (Özer ve Aslan, 2007).



Şekil 4.2. Lavanta bitkisi

4.1.6.4.Nane

Nane uçucu yağı, *Mentha piperita* L.'nin çiçekli bitkisinin temiz hava bölgelerinden buhar distilasyonu yöntemi ile elde edilir.

Farklı türlere sahip nane bitkisinin insan organizması üzerinde çeşitli fizyolojik etkilere (antimikrobiyal, antispazmodik, antiseptik ve karminatif) sahiptir. Bu önemli etkilerinden dolayı yüzyıllardan beri ilaç sanayi, içki üretimi, çiklet, gıda ve parfüm yapımı, baharat yapımında ve çay olarak geniş bir kullanıma sahiptir (Özgün, 2015). Ayrıca yemek, salata ve turşularda taze ve kuru olarak tüketilmektedir (Kocabıyık ve Demirtürk 2008; Özbek ve Dadalı, 2007).

Şekil 4.3 te nane bitki örneği verilmiştir.



Şekil 4.3. Nane bitkisi

Nane uçucu yağı akut baş ağrısında içerdiği mentol sayesinde sıklıkla kullanılmaktadır. Öyle ki Almanyada eczanelerde Euminz adı ile baş ağrısı ve akut miğrende kullanılmak üzere aromaterapötik preparatlar bulunmaktadır (Meriçli, 2016). Nane uçucu yağının (Aetheroleum Menthae Piperitae) bileşiminde menthol ve menthone bulunmaktadır.

Mentol nane bitki türünün endüstriyel kullanıma neden olan değerli bir bileşiktir (Özgün, 2015). Bu bileşikten dolayı baş ağrısının yanısıra nane, irritable barsak sendromunun semptomatik tedavisinde, sindirim bozukluklarında, gaz birikmesinde, gastritin semptomatik tedavisinde, myalji ağrılarında da kullanılmaktadır (Göbel, et al. 1995).

4.2.Ağrı

Kelime anlamı olarak ağrı, ceza, intikam, işkence anlamına gelmektedir. (pain): Latince poena – pain sözcüğünden türetilmiş olup dilimize Fransızca'dan geçmiştir (Dikmen, 2013). Ağrının oluşum mekanizması oldukça karmaşık olup, ağrılı bölgede gerilme ve kan akımında yavaşlama sonucu oluştuğu bilinmektedir.

Baş ağrıları, kafa derisi, arter ve venler, beyin zarlarındaki arterler, boyun bölgesindeki kaslar ve sinir köklerinden ortaya çıkmaktadır. Ağrı beşinci yaşam bulgusu olarak kabul edilmektedir (Tarlacı, 2006; ASP, 2001; Şenturan, 2014; Craven and Hirnle, 2013).

Ağrı bireylerin medikal bakıma en fazla ihtiyaç duydukları durumlardan biridir. Çünkü; ağrı günlük yaşamı çok yönlü olarak etkilemekte ve yaşam kalitesini düşürmektedir (Büyükörenç ve ark. 2013). Uluslararası Ağrı Sınıflandırmaları Birliği (International Association on For the Study of Pain - IASP) ağrıyı şu şekilde tanımlamaktadır. “Vücudun belirli bir bölgesinden kaynaklanan, doku harabiyetine bağlı olan ya da olmayan, kişinin geçmişteki deneyimleri ile ilgili hoş olmayan emosyonel bir duyum” (Anıl, 2008).

Ağrı deneyimi insanlık tarihiyle başlar. İnsanoğlu her dönem ağrıyı anlamak, çözmek ve ağrıyı durdurmak ya da azaltmak için çeşitli yöntemler kullanmıştır (Eti Aslan, 2014; Şenturan, 2014). Bilim ve teknolojideki ilerlemeler ağrı tedavilerini de geliştirmiştir. Ağrı günümüze gelinceye kadar çok çeşitli denemelerden geçmiştir. Örneğin; M.Ö. 2600’lü yıllarda akupunktur, Çin bilimadamları tarafından ağrıyı gidermek için kullanılmaya başlanmıştır (Arslan, 2008).

Diş hekimi Horace Wells’in (1844) azot protoksiti soluyarak, dişini ağrısız bir şekilde çektirdiği, Cari Koller’ in ise (1884) kokaini göze damlatmak yoluyla lokal anesteziyi geliştirdikleri bilinmektedir (Arslan, 2008). 1948 yılında Kele, ağrı şiddetini ölçmek için ağrı kullanılabilir ölçeklerden bahsetmiştir. Ağrı tarihindeki en önemli buluşlardan biri, 1965 yılında Melzack ve Wail tarafından geliştirilen ve bu gün bile güncelliğini koruyan kapı kontrol teorisi öne sürülmüştür (Arslan, 2008).

Ağrı her zaman kötü değildir. Ağrı bazen kişiyi istirahate sevk edip, yaralanmış olan bölgeyi korur, daha fazla tahribat gelişmesini önler, iyileşme sürecinin başlamasını sağlar.

Bireyler ağrı duyumsadıklarında çeşitli tutum ve davranışlarla acı çektiklerini belli ederler. Bireylerin ağrıya verdikleri tepkileri şu şekilde gruplandırabiliriz.

Davranışsal tepkiler: Yüz buruşturma, gözleri kapatma, huzursuzluk, inleme, kasılma, ağrılı bölgeyi çekme, kesi yerini destekleme, hareketsiz kalma, bacakların karına doğru çekme, yüz buruşturma vb. tepkilerdir.

Fizyolojik tepkiler: Nabız, solunum hızı ve kan basıncında yaşanan değişimler,

Psikolojik tepkiler: Konfüzyon, korku, öfke, kaygı, anksiyete, sözel işlevlerde değişimler ve huzursuzluk (Craven and Hirnle, 2013; Eti Aslan, 2013).

4.7.1 Ağrı Kavramları

Ağrıyı daha anlaşılır kılmak için çeşitli kavramlar geliştirilmiştir. Her ne kadar ağrı olgusu bireysel ve kültürel farklılıklar gösterse de bazı ortak kavramlar kullanılmaktadır (Şenturan, 2014;Eti Aslan, 2014). Sık kullanılan ağrı kavramları Tablo 4.2 verilmiştir.

Tablo 4.2 Ağrı ile ilgili kavramlar

Ağrı Eşiği	Bireyin uyarılabildiği en düşük uyararla oluşan ağrı şiddetidir. Bir başka deyişle verilen bir uyarının ağrı oluşturduğu andır. Uykusuzluk, yorgunluk, açlık, anksiyete, korku, depresyon, sosyal izolasyon ağrı eşiğini azaltır. Buna karşılık, uyku ve dinlenme, sempati, dışa dönüklük, ağrı kesici ve antidepresan alımı ağrı eşiğini yükseltir (Eti Aslan, 2014; Dikmen, 2013).
Ağrı Toleransı	Bireyin ağrılı uyarının durdurulmasını istediği en düşük ağrı şiddetidir. Kronik ağrılar ağrı toleransını azaltır. Kültür, yaş, cinsiyet, kişilik yapısı, ağrı deneyimleri, ağrının ortaya çıkış nedeni ve ağrının birey için anlamı toleransı etkiler.
Ağrı Davranışı	Hastalarımızın ya da tanıdığımız insanların ağrılı durumları can sıkıcıdır. Ağrı deneyimleyen bireylerin yüz ifadesi, vücut pozisyonu ve ağrıyı ifade şekli ağrı şiddetine ilişkin ipucu verir. Ağrı yaşayan bireyden etkilendiğimiz durum ağrı davranışı şeklinde tanımlanır.
Acı	Ağrı ifadesi zaman zaman acı ifadesi ile aynı anlamda kullanılsada aslında farklı iki kavramdır. Acı duygusu ağrı, korku, tedirginlik, stres, vb ruhsal durumlarda ortaya çıkan olumsuz bir duygu biçimidir. Acıların hepsinde ağrı duyumsanmaz.
Ağrı Hafızası	Kültür, insan hafızasının toplamından meydana gelir. Hastaların ve sağlık personellerinin ağrı durumunda gösterdikleri tutum ve davranışlar, bireysel hassasiyet, kültür ve çevresinden etkilenmektedir.
İlaç Toleransı	Uzun süre aynı dozda ilaç kullanımı zaman içinde vücudun ilaca alışmasına neden olmaktadır. Bu durum ilacın etkisini gidererek azaltmaktadır. İlacın istenilen düzeyde etkisini sağlamak için doz artımına gidilir (Craven and Hirnle 2013).
Bağımlılık	İlaç kullanmaya karşı aşırı istek durumunun gelişmesidir. Fiziksel ve psikolojik bağımlılık olmak üzere iki grupta incelenebilir (Erdine, 2007; Dikmen, 2013;)

4.2.1. Ağrının Değerlendirilmesi ve Ölçülmesi

Ağrı ölçümünde ortak dil kullanılması, ağrının doğru bir şekilde ölçümü ile mümkündür. Ancak bu sayede doğru ve etkili bir tedavi yöntemi belirlenebilir (Eti

Aslan, 2002; Dikmen, 2013). Karmaşık bir olgu olan ağrının ölçümü de bir o kadar zordur. Tam bir değerlendirme fırsatı vermese de tüm dünyada kullanılan bir takım ölçek ve yöntemler geliştirilmiştir (Çöçelli ve ark. 2008). Günümüzde ağrı değerlendirilmesinde kullanılan birçok ölçek vardır. Ağrı ölçekleri Tip I ve Tip II olmak üzere başlıca iki grupta incelenebilir.

Tip 1 Ölçümler

Objektif verilere dayanan bu yöntemleri üç grupta toplayabiliriz

1-Fizyolojik yöntemler: Plazmada bulunan kortizol ve katekolamin düzeyinde artış, kan basıncı, nabız, saturasyon ve solunum değişiklikleri.

2- Nörofarmakolojik yöntemler: Plazma beta-endorfin düzeyi ile ters ilişki, cilt ısısında değişme.

3- Nörolojik yöntemler: Sinir iletim hızı, uyarılmış yanıtlar, pozitron emisyon tomografi (Dikmen, 2013;Eti Aslan,2014;).

Ağrı şiddeti ölçeklerle değerlendirilirken, ağrının; süresi, lokalizasyonu, niteliği, (zonklama, batma, yanma, sızlama, sancı), yayılımı ve artıran faktörlere göre değerlendirilmelidir (Enç, 2014).

Tip 2 Ölçümler

A- Tek Boyutlu Ölçekler

Tek boyutlu ölçekler doğrudan ağrı şiddetini ölçmeye yönelik ölçeklerdir. Bir çoğunda değerlendirme hasta tarafından yapılmaktadır. Genellikle akut ağrı ölçümünde kullanılmaktadır. Ağrı tedavisinin etkinliğini izlemek amacıyla sık kullanılan yöntemlerden biridir (Dikmen, 2013; Eti Aslan2014; Cline, Herman, Show et. al. 1992, Collins, Moore, McQuay 1997).

Sık kullanılan tek boyutlu ölçekler şunlardır.

- Sözel kategori ölçeği
- Sayısal ölçekler
- Görsel Kıyaslama Ölçeği
- Burford Ağrı Termometresi

B- Çok Boyutlu Ölçekler

Çok boyutlu ağrı ölçekleri, tek boyutlu ölçeklerin tüm ağrı çeşitlerinde ağrı şiddetini ortaya koyamaması nedeniyle geliştirilmiştir. Bazı araştırmacılar tek boyutlu ölçeklerden kaynaklanan sınırlı kullanımı ortadan kaldırmak amacıyla ağrıyı her boyutuyla ölçebilecek çok boyutlu ölçekleri geliştirme yoluna gitmiştir (Dikmen, 2013; Eti Aslan 2014; Lüleci,2013).

Ancak çok boyutlu ölçeklerin ağrıyı tüm yönleriyle ele almalarına karşın, bu ölçeklerin tek boyutlu ölçeklere göre, ağrı değerlendirmesini daha uzun sürede yapması ve anlaşılmasının güç olması, çok boyutlu ölçeklerin akut ağrıda ya da tedavi etkinliğini değerlendirmede ağrı şiddetini ölçmek için kullanımını güçleştirmektedir. Çok boyutlu ölçeklerin özellikle kronik ağrılarda, ağrının tüm yönlerini değerlendirmek amacıyla uygulanmasının tedaviye yararlı olacağı düşünülmektedir (Melzack ve Katz 1994; Eti Aslan,2014).

Sık kullanılan çok boyutlu ölçekler şunlardır;

- Mc Gill Melzack Ağrı Soru Formu
- Dartmount Ağrı Soru Formu
- West Haven-Yale Çizelgesi
- Anımsatıcı Ağrı Değerlendirme Kartı
- Wisconsin Kısa Ağrı Çizelgesi
- Ağrı Algılama Profili
- Davranış Modelleri

4.3.Yaşam Kalitesi

Bireylerin kültür ve değer sistemleri içinde, beklenti, ilgi alanı ve standartları doğrultusunda, yaşam içinde nerede olduğunu algılama biçimine yaşam kalitesi denir. Bireyin sağlık düzeyi, mesleği, barınma durumu, eğitim ve çevre durumları yaşam kalitesinin belirleyicileri olarak bilinmektedir. Yaşam kalitesi düzeyi ölçümü oldukça zordur. Çünkü kültürel yaklaşımlar, bireyin değer yargıları gibi bazı kompleks değerler yaşam kalitesi üzerine etkili olup, yaşam kalitesi ölçümünü güçleştirmektedir. Zorluklarına rağmen günümüzde kullanılan bazı ölçekler geliştirilmiştir.

Sağlıkta yaşam kalitesi, yaşam kalitesinin yalnızca küçük bir dilimini oluşturmaktadır. Sağlıkta yaşam kalitesi, bireylerin sağlığı algılama biçimini ve

konforunu gösterir. DSÖ dünyada bireylerin ve toplumların iyi bir düzeyde yaşam kalitesine ulaşmaları için çalışmaktadır (Taşkapılıoğlu, ve ark. 2013). Kapsamlı bir kavram olan yaşam kalitesi, bireyler tarafından değerlendirilmeleri ilkesine dayanır (WHOQOL 1998).

Sağlıkta yaşam kalitesi, bireylerin, sağlığı riske eden durumları, fonksiyonel durumları, sosyal destek mekanizmalarını, sosyo-ekonomik ve politik durumlarını içermektedir.

Sağlık düzeyinin ölçümü, sağlık hizmetlerinin ulaşılabilirliği ve kalitesinin ölçümü, yaşamın tüm açılardan değerlendirilmesini, toplumun hastalık, sağlık ve esenlik düzeyinin belirlenmesini ve bu durumların değişmesi durumunu içermelidir. Sağlıkta yaşam kalitesi toplumda kullanılan tüm hizmetlerin değerlendirilmesinde çok önemlidir ve yoğun olarak halk sağlığı uygulamalarını içerir (Leonardi, 2005; Hennessy, et al. 1994; Dominick 2002; Kindig et al. 2010).

Sağlık profesyonelleri yaşam kalitesi ölçümlerini sıkça kullanmaktadır. Özellikle disabiliteye neden olan, kronik veya yaşamı tehdit eden hastalıklarda hastanın yaşam kalitesine bakmak, tedavinin etkinliğini belirlemede (tedavinin fiziksel, psikolojik ve sosyal iyilik haline etkileri) gereklidir (Addington-Hall et al. 2001).

Bireylerin yaşam kalitesinin ölçümleri migren ve tedaviye yanıtının değerlendirilmesinde artan bir öneme sahiptir (Patrick et al. 2000). Hastalığın hastalara getirdiği yükün etkilerinin belirlenmesinde, klinik sınıflama ve uygulamalardaki sonuçların ölçümünde, belirlenen tedavinin sonuçlarının en iyi şekilde ortaya konulmasında, hastalığın çeşitli kategorilerine özel yüklerin belirlenmesinde kullanılabilmesinden dolayı baş ağrısında yaşam kalitesi ölçümleri özel bir yer tutar (Guitera et al. 2002). Yaşam kalitesindeki azalma, genel sağlık, canlılık ve mental sağlık alanlarında daha belirgindir. Migren hastaları için geliştirilmiş bir çok yaşam kalitesi ölçeği mevcuttur (Guitera et al. 2002).

Bu ölçeklerden biri de migren ağrısı çeken hastalarda 24 saatlik yaşam kalitesi ölçeğidir. Ölçek Santanella ve Harmair tarafından 1995 yılında geliştirilmiş ve Türk toplumuna kazandırılmıştır (İltuş, 2007). “The 24-Hour Migraine Quality of Life Questionnaire”-“Migrende 24 Saatlik Yaşam Kalitesi Ölçeği” migrenli bireylerin migren atakları sırasındaki yaşam kalitesini kısa dönemli olarak ölçmek amacıyla

geliştirilmiştir (Hartmaier et. al. 1995; Holroyd, 2002). Ölçek 7 dereceli likert tipi bir ölçektir (Santanello et. al. 1995).

Likert tipi ölçeklerin geliştirilmesinde yapılan işlemler diğer dereceleme ölçeklerinin geliştirilmesine göre daha kullanışlıdır. Bu yüzden davranış bilimlerinde özellikle tutumların ölçülmesinde diğer ölçeklere göre en sık ve en yaygın kullanılan ölçekler likert tipi ölçeklerdir (Tezbaşaran, 2004).

4.4.Migren Ağrısında Hemşirelik Bakımı

Ağrı, bireyi fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden etkiler. Bireyde uyku, sosyal yaşam, işlevsellik durumlarını etkileyerek yaşam kalitesini düşürür veya yükseltir.

Holistik yaklaşımı benimsemiş ve mesleği buna göre yerine getirmeye çalışan hemşireler, verdikleri etkili bakım uygulamaları ile yaşam kalitesinin yükselmesine çok büyük katkı sağlarlar. Hasta bireyin bakımında hemşire, hastalığın ve tedavinin olumsuz yönlerine karşın önlemler alır. Bireyin tedavi sürecini en zararsız şekilde atlatmasına yardımcı olur.

4.4.1. Ağrı Yönetiminde Hemşirelik Tanıları

Anksiyete ve korku

Baş etme mekanizmalarının yetersizliği

Fiziksel hareketlerde azalma

Kendi kendine beslenememe

Halsizlik

Ağrının neden olduğu hareketsizliğe bağlı konstipasyon

Cinsel isteksizlik

Uyku bozukluğu

Sosyal izolasyon

Bilgi eksikliği

Düşünme sürecinde bozulma (Çöçelli ve ark.2008; Uludağ, 2005; Ergin ve ark.2015).

4.4.2. Migren Ağrısı ve Hemşirelik Bakımı

- İyi bir hemşirelik yönetimi ile hastanın gerekli değişiklik ve düzenlemeleri yapması dolayısıyla yaşam kalitesinin iyileştirilmesi veya sürdürülmesi sağlanır.

- Hastaya kaliteli hizmet verebilmek için, ağrı durumunda; ağrıyı duyumsamak, doğru tanımlamak ve doğru değerlendirmek gerekir.
- Hemşirelerin ağrı ile baş etmede hastaya rehberlik yapması, ağrı durumunda kullanılan girişimleri bilmesi ve uygulaması, bu girişimler konusunda bilgilendirme yapması ve uygulamaların sonuçlarını izlemesi gerekir.
- Hemşire ağrı varlığında, hasta ve ailesi ile güven ilişkisi kurabilmelidir
- Profilaktik tedavide başarı için migrende, atak sıklığının giderilmesi, atakların daha hafif düzeyde atılması, ilaç kullanımında düzenli bir yol izlenmesini gerekir.
- Ayrıca migren ağrısı beraberinde iştahsızlık, yorgunluk, bulantı, kusma, konstipasyon, diyare, uykusuzluk, kaşıntı, halsizlik, kan basıncında yükselme, taşikardi, solunum sıkıntısı gibi fiziksel rahatsızlıkları getirmektedir. Hemşire ağrıyı değerlendirirken bu belirtilerin olup olmadığını belirlemeli ve gerekli önlemleri almalı.
- Hastanın ilaç alımından sonra bir şeyler yemesi sağlanır.
- Bazen kuru ekmek ya da bisküvi gibi hazmı kolay yiyeceklerle bulantı azaltılabilir.
- Hastanın atağa teslim olması ve dinlenmeye çalışması çok faydalı olacaktır.
- Uyku, iyileşmeyi hızlandıran, beden ve ruh sağlığını etkileyen en iyileştirici faktörlerden biridir.
- Yatma olanağı bulamayan hastaların hareketlerini yavaşlatması söylenmeli
- Hasta, üzerinde yoğunlaşması gereken işler yerine, rutin işleri aradan çıkarmayı tercih etmeli.
- Migren hastalarının çoğu migren belirtilerini azaltmak için tamamlayıcı tedavi yaklaşımlarını dener.
- Atak sırasında hastanın ensesine ya da en ağrılı noktaya sıcak su torbası ya da buz torbası konulmalı, ancak uzun süre bekletilmemeli.
- Bazı hastalarda müzik dinlemenin gevşeme sağladığı bilinmektedir.
- Akupunktur noktalarına bası uygulama bir çok hastada yararlı olmaktadır.
- Hastanın ışıktan rahatsızlık ve göz yaşarması durumunda gözlerini bir göz maskesi ile kapatmak faydalı olmaktadır.
- Hastanın kahve, çay, asitli içecekler ve portakal suyu içmesi engellenmeli

- Hastaya araç kullanmaması gerektiği söylenmeli
- Hastanın ağrısını azaltmak için destekleyici uygulamalar olarak bilnen, masaj, dikkati dağıtma vb. yapılmalı. Bir sonraki atak için ilacını alması yada düşük etkili bir ağrı kesici kullanması önerilir.
- Tedaviye erken başlamak bazen atağın gelmesini engelleyebilir.
- İlaçların doktor direktifine uygun kullanılması yönünde hasta eğitilir.

Baş ağrısının şiddetli olması, kullanılan ağrı kesiciye cevap vermemesi, halsizlik, güçsüzlük, uyuklama durumu, oryantasyon ve konsantrasyon bozukluğu kliniğebaşvuru gerektirir (http://www.saglikpark.com/haber/tamamlayici_tedaviler.htm. Erişim Tarihi:05.18.2017;http://www.saglikpark.com/haber/kendi_kendinize_yardim_etmek.htm: Erişim Tarihi: 05.11.2017; Kennedy Nkhoma & Arthur, 2013;Koç, 2010; Özveren, 2011; Eti Aslan & Badır, 2005;Çapar, 2010).

5. GEREÇ VE YÖNTEM

5.1.Çalışmanın Amacı ve Tipi

Çalışma, migren tanısı konmuş bireylerde, akut migren atağı sırasında tıbbi tedaviye ek olarak, aromatik yağlarla yapılan masajın ağrının şiddeti ve yaşam kalitesine olan etkisini incelemek amacıyla randomize kontrollü deneysel olarak yapıldı.

5.2.Çalışmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Çalışma, Bitlis Devlet Hastanesi acil servisinde yapıldı. Veriler 4 Nisan 2017-15 Ekim 2017 tarihleri arasında toplandı.

5.3.Çalışmanın Örneklemi

Çalışmanın örnekleme, acil servise migren ağrısı ile başvuran, Uluslararası Baş ağrısı Derneği 2013 kriterlerine göre migren tanısı konulmuş, araştırmaya dahil etme kriterlerine uyan 35 deney, 35 kontrol olmak üzere toplam 70 hastadır.

Örneklem sayısı güç analizi ile belirlendi. Deneysel bir çalışmada %80 güçle çalışmanın gerçekleştirilebilmesi için her bir grupta 30 bireyin çalışmaya dahil edilmesi önerilmektedir (Cohen, 1988). Bu nedenle daha önce yapılan benzer bir çalışma baz alınarak yapılan Power analizi sonucunda; ağrı skorlarına göre yapılan değerlendirmede Power:0,80, β :0,20 ve α :0,05 için tespit edilen örneklem sayısı her bir grup için minimum 16 birey olmak üzere toplam 32 birey olarak hesaplandı. İstatistiksel analizlerin uygulanabilirliği, vaka kayıpları olasılığı da göz önünde bulundurulduğunda, örneklem sayısının her bir grupta 35 hasta olmak üzere toplam 70 hasta olarak belirlendi.

Deney ve kontrol gruplarının belirlenmesinde basit randomizasyon yöntemi kullanıldı. Basit randomizasyon yönteminde, örneklem kriterlerine uyan hastaların hastaneye geliş sırasına göre, bir deney grubu, bir kontrol grubu olmak üzere gruplara dahil edildi. İlk hastanın hangi gruba dahil edileceği ise acil klinik sorumlu hemşiresi ile birlikte kura yöntemi ile belirlendi.

5.4.Çalışmaya Dahil Etme Kriterleri

Hastaların çalışmaya dahil edilebilmesi için aşağıdaki özelliklere sahip olmaları gözetildi.

18- 50 yaş arası olma
Gönüllü olarak çalışmaya katılmayı kabul etme
Migren tanısı konulmuş olma
Vital bulgularının normal sınırlarda olması
Tanımlanmış psikiyatrik bir tanısının konmamış olması
Gönüllü olarak çalışmaya katkıda bulunmak isteme
En az okuryazar olma ve iletişim probleminin olmaması
Türkçe konuşma

5.5. Veri Toplama Araçları

Araştırmada, Hasta Bilgi Formu, Depresif Belirti Envanteri - Öz Bildirim- (IDS-SR), Migrende 24 Saatlik Yaşam Kalitesi Ölçeği, Ağrı ölçeği (Görsel Kıyaslama Ölçeği-GKÖ), Tansiyon Aleti, Pulseoximetre ve Gönüllü Onam Formu olmak üzere toplam yedi araç kullanıldı.

5.5.1. Onam Formu (Ek 1)

5.5.2. Hasta Bilgi formu (Ek 2)

Araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda oluşturulmuş hasta bilgi formu iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde hastanın demografik özelliklerine ilişkin altı soru bulunmaktadır (Cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi, çalışılan iş ve özellikleri, tekrar ulaşılabilmek açısından telefon ve adres bilgileri).

İkinci bölüm ise migrene ve yapılan tedaviye ilişkin bilgileri içermektedir. Migrenin özelliklerine yönelik başlama yaşı, kaç yıldır migren hastası olduğu, migren atağını tetikleyen faktörler, ağrının yerleşimi, şekli ve sıklığı; tedaviye yönelik olarak, akut migren atağı sırasında hastaneye gelmeden önce kullandığı ilaç, hangi dozda aldığı, tedavi süresi, hastanede kalış süresi ile ilgili sorular bulunmaktadır. Akut migren atağı sırasında en sık görülen belirti ve bulguların varlığına yönelik sorular bu bölümde bulunmaktadır.

5.5.3. Görsel Kıyaslama Ölçeği-GKÖ (Ek 3)

Price ve ark. tarafından 1983 yılında geliştirilen ölçek hastada ağrının şiddetini ve ağrı düzeyini belirlemek için kullanılır.

Bu ölçek, sayısal olarak ölçülemeyen bazı değerleri sayısal hale çevirmek amacıyla kullanılmaktadır. Bir ucunda ağrısızlık, diğer ucunda olabilecek en şiddetli ağrı yazan 10 cm'lik bir cetvel üzerinde hasta kendi ağrısını işaretler.

Test çok uzun süreden beri kendini kanıtlamış ve tüm dünya literatüründe kabul görmüştür. Ayrıca literatürde testin, ağrı şiddeti ölçümünde diğer tek boyutlu ölçeklere göre daha duyarlı ve güvenilir olduğu belirtilmektedir (Cline, Herman, Show ve ark. 1992, Collins, Moore, Mc Quay1997, Eti-Aslan 1998b).

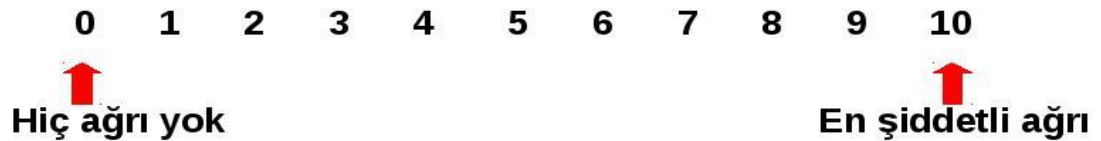
Sayısal ölçeklerin, ağrı şiddeti tanımını kolaylaştırmasında, puanlama ve kayıta kolaylık sağlamasında, tavan ve taban etki değerlendirmesinde yararlı oldukları için daha çok benimsendiğinin nedeni olarak belirtilmektedir (Eti Aslan, 2002).

Bu ölçeğe göre;

- 0-2 ağrı yok,
- 2-4 hafif ağrı,
- 4-6 orta şiddette ağrı,
- 6-8 şiddetli ağrı,
- 8-10 çok şiddetli ya da dayanılmaz ağrıyı ifade etmektedir.

Yapılan bu skorlamada sayı değeri arttıkça ağrı düzeyindeki artışı da göstermektedir (Çapar, 2010).

Görsel Kıyaslama Ölçeği – GKÖ



Şekil 5.1 Görsel Kıyaslama Ölçeği-GKÖ

5.5.4. Migrende 24 Saatlik Yaşam Kalitesi Ölçeği (Ek 4)

Ölçek, Santanello ve Hartmaier (1995) tarafından geliştirilmiştir. Migrenli bireylerin yaşam kalitesindeki değişikliği kısa süreli olarak belirlemeyi amaçlayan bir

ölçektir Ölçek, migren tipi baş ağrısını gidermek için ilaç alımından sonraki 24 saat süresince yaşam kalitesindeki değişikliği ölçmektedir. Türk toplumu için geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları, İltuş tarafından 2007 yılında yapılmıştır. Migren baş ağrıları olan hastalarda kısa süreli yaşam kalitesini izlemek amacıyla kullanılabilir (İltuş, 2007).

Migrende 24 Saatlik Yaşam Kalitesi Ölçeği yedili Likert tip bir ölçek olup, toplam 15 soru bulunmaktadır. Ölçekte yaşam kalitesi alanına yönelik beş boyut bulunmaktadır. Her bir boyutta üç madde vardır.

A. Migren semptomları alanıyla ilgili maddeler:

1. Zonklayıcı baş ağrısı
2. Işığa ve/veya gürültüye karşı hassasiyette artma
3. Bulantı

B. Duygular-endişeler alanıyla ilgili maddeler:

1. Migren baş ağrıları olduğu için moral bozukluğu
2. Fiziksel olarak rahatsız hissetme
3. Alınan migren ilaçlarının migrenle ilgili belirtileri geçirmeyeceğinden endişelenme

C. Çalışma fonksiyonelliği alanıyla ilgili maddeler:

1. Normal günlük işleri yapabilme
2. Makine veya motorlu araç kullanma
3. Dikkati sürdürebilme

D. Sosyal fonksiyonellik alanıyla ilgili maddeler:

1. Yakınlarla ilişkiler
2. Diğer insanlarla ilişkiler
3. Yaşamdan zevk alma

E. Enerji-canlılık alanıyla ilgili maddeler:

1. Enerji seviyesi
2. İyi bir gece uykusu geçirebilme

3. Ruh hali

Ölçekte bireylerden, maddelerin ifade ettiği duygu, düşünce ya da davranışların şiddet derecesine göre (7) “hiçbir zaman”, (6) “çok küçük bir kısmında”, (5) “küçük bir kısmında”, (4) “bir kısmında”, (3) “anamlı bir kısmında”, (2) “büyük kısmında”, (1) “zamanının tamamında” şıklarından birini işaretlemesi istenir. Birey, her bir maddeden en az 1, en çok 7, her bir yaşam kalitesi alanından en az 3, en çok 21 alt puan alabilmektedir. Toplam puan minimum 15, maksimum 105 arasındadır. Bireyin ölçekten aldığı puanlar ne kadar yüksek ise bireyin yaşam kalitesinin o oranda yüksek, puan ne kadar düşükse yaşam kalitesinin o oranda düşük olduğunu ifade etmektedir (Santanello, et al. 1995).

İltuş'un çalışmasına göre, “Migrende 24 Saatlik Yaşam Kalitesi Ölçeği” nin iç tutarlılığını ölçmek için yapılan Cronbach Alpha güvenirlik analizi sonuçlarına

Migren Semptomları için 0.73,

Duygular-Endişeler” için 0.72,

Çalışma Fonksiyonelliği için 0.74,

Sosyal Fonksiyonellik için 0.70,

Enerji-Canlılık için 0.79; toplam ölçek için 0,90 olarak bulundu (İltuş, 2007).

Araştırmada uygulama öncesi MYKÖ ölçeği toplamı için Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı 0.94, uygulama sonrası ise 0,90 olarak bulundu.

5.5.5. Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Ölçeği (Ek 5)

Çalışmada, akut migren atağı sırasında yaşanan ağrı şiddeti, atak sıklığı vb. durumun son bir hafta içinde yaşanan depresyon ile ilişkisi olup olmadığını araştırmak amacıyla Depresif Belirti Envanteri-Öz Bildirim Ölçeği kullanıldı. Depresif Belirti Envanteri (DBE) (Inventory for Depressive Symptomatology) (IDS) Rush ve arkadaşları tarafından 1986 ve 1996 yıllarında geliştirilmiştir (Rush at all. 1986). Ölçeğin, Türkçe güvenirlik ve geçerlik çalışmaları 2006 yılında Aslan ve ark. tarafından yapılmıştır (Aslan ve ark. 2006). Hasta tarafından doldurulan 4'lü likert tip bir öz bildirim değerlendirme anketidir. Ankette her biri depresyonun önemli bir belirtisini sorgulayan ve belirtinin şiddetine göre 4 derecede değerlendiren ve puan verilen (0: hiç belirti yok -3: çok şiddetli) 30 maddeden oluşmaktadır (Aslan ve ark, 2006).

Ankete göre hastanın aldığı puan:

≤ 15 ise normal,

16-24 arası hafif,

25-32 arası orta,

33-40 arası ağır,

41 ve üzeri çok ağır şiddetli depresyon belirtisi olarak belirtilmektedir (Aslan ve ark. 2005).

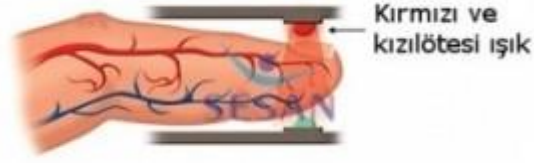
Ölçeğin iç tutarlılığı Cronbach Alfa yöntemiyle değerlendirilmiştir. Aslan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada Cronbach Alfa (α) 0.92 olarak bulunmuştur. Araştırmada IDS-SR ölçeği için Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı 0,88 olarak saptandı.

5.4.6. Tansiyon Aleti

Araştırmada, arteriyel kan basıncı ölçümünde aneroid tansiyon aleti kullanıldı. Tansiyon aleti perfect aneroid erişkin kancalı manşet tipi olup havalı özellikte tansiyon aletidir. Kullanılan tansiyon aletinin kalibrasyonu yaptırıldı. Ayrıca tansiyon aleti çalışmaya başlamadan önce ve çalışma sırasında zaman zaman dijital, civalı ve başka bir aneroid tansiyon aleti ile karşılaştırıldı, doğruluğu test edildikten sonra kullanılmaya başlandı. (<https://medikalimburada.com/tansiyon-aletleri-ve-steteskoplar>. Erişim Tarihi: 18.10.2016).

5.4.7. Pulseoximetre

Pulseoksimetre cihazı, kandaki oksijen moleküllerinin hemoglobin moleküllerine ne miktarda tutunduklarını gösteren, nabzı kolay ve hızlı bir şekilde ölçen, yaptığı ölçümleri kaydeden invazif olmayan, kullanımını pratik cihazdır. Şekil 5.4.6. ve Şekil 5.4.7'de pulseoksimetre cihazı örneği verilmiştir. Çalışmada kullanım kolaylığı göz önünde bulundurularak parmak tipi alet kullanıldı. Ölçümler tedaviden önce ve sonra her iki gruba uygulandı.



Şekil 5.2 Pulseoximetre



Şekil 5.3 Pulseoximetre

5.4.8. Aromatik Yağlar

Yapılan araştırmalar ve bilgisine başvuru uzmanlardan edinilen bilgiler, uçucu yağların cilde direk uygulanamayacağı, mutlaka cildi besleyen ve yumuşatan, ciltte oluşabilecek tahrişi önleyebilen bir taşıyıcı yağ içerisinde seyreltildikten sonra kullanılması gerektiği yönündedir. Görüşüne başvuru uzmanlardan Prof. Dr. Filiz Meriçli'nin önerisi (Ek 8. Uzman Listesi) uçucu yağların temini ve hazırlanması konusunda çeşitli yöntemler bulunmakla beraber, en çok önerilen yöntem, süperkritik CO₂ ekstraksiyonu ile elde edilmiş lavanta, nane ve badem yağının kullanılması şeklindedir. Bu nedenle önerilen şekilde kullanıldı.

Araştırmada kullanılan yağlar, Bitlis'te bulunan bir eczane aracılığı ile sipariş usulü elde edildi.

Yağ temininden sonra yağ karışımı, araştırmacı tarafından, loş bir ortamda, oda ısısında, hızlıca hazırlandı. Yağ karışımlarının hazırlanması konusunda çeşitli formüller kullanılmakla beraber yine uzman görüşleri doğrultusunda aşağıdaki formül kullanıldı.

120 g taşıyıcı yağ (badem yağı) içine toplam 12 damla uçucu yağ damlatılır
Lavandulae aetheroleum (Lavanta uçucu yağ) 6 damla
Menthae aetheroleum (Nane uçucu yağ) 6 damla

Taşıyıcı yağ olan tatlı badem yağının, ağzı sıkı kapaklı, koyu renkli şişeler içerisinde, 120 cc ve 200 cc lik olanları kullanıldı. Karışım 120 cc badem yağı içine, özel damlalığı bulunan lavanta uçucu yağından 6 damla, nane uçucu yağından 6 damla olmak üzere toplam 12 damla uçucu yağ konularak hazırlandı. Badem yağının 200 cc lik olanı kullanılırken, yine uzman görüşleri doğrultusunda 120 cc taşıyıcı yağ içerisine toplam 12 damla uçucu yağ konulduğu göz önüne alınarak, 200 cc lik badem yağı içerisine 10 damla lavanta uçucu yağı, 10 damla nane uçucu yağı olmak üzere toplam 20 damla uçucu yağ konuldu.

Elde edilen karışımlar 15 cc lik, ağzı sıkı kapaklı, koyu renkli şişelere konuldu. Yağ karışımları hastane ortamında çalışma için belirlenen, camsız, koyu renkli dolapta, karanlık ve serin kalacak şekilde muhafaza edildi.

5.6. Veri Toplama Süreci

İlk olarak acil servis doktor ve hemşireleri ile ayrı ayrı bilgilendirme toplantıları yapıldı. Doktor ve hemşirelere araştırmanın amacı ve araştırma planı hakkında bilgi verildi. Araştırmacı tarafından iletişim bilgileri ve çalışma planını gösterir duyurular hazırlandı. Duyurular, klinik sorumlu doktor ve sorumlu hemşirenin uygun gördükleri alanlara asıldı.

Veri toplama süreci hastanın kliniğe başvurması ile başladı. Hasta kliniğe geldiği zaman ilgili doktor ya da hemşire araştırmacı ile telefonla iletişim kurdu. Araştırmacı ortalama 5-10 dakika içerisinde hastaneye gelerek çalışmaya başladı. Araştırmacı, hasta ve hasta yakınına kendini tanıttı. Hastaya, araştırmacı tarafından, araştırmanın amacı, kurumdan alınan izin belgesi, neler yapılacağı ile ilgili bilgiler verildi. Çalışmaya katılmayı kabul eden hastalara, bilgilendirilmiş gönüllü onam formu imzalatıldı. Form, araştırmacı tarafından da imzalandı. Randomizasyon yöntemi ile belirlenen gruplara ait hastalara o grubun protokol numarası verildi. Çalışma, deney ve kontrol grupları üzerinde, aşağıda belirtildiği şekilde yapıldı.

5.6.1. Kontrol Grubu

Kontrol grubu hastalara, klinik rutin ve direktiflerine göre doktor tarafından verilen tıbbi tedavi klinik hemşiresi tarafından uygulandı. Tıbbi tedavi başladıktan 5-10 dakika sonra araştırmacı tarafından Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu okundu. Form araştırmacı ve katılımcı tarafından imzalandı. Daha sonra, araştırmacı tarafından, Hasta Bilgi Formunun demografik bilgilerin bulunduğu ilk bölüm dolduruldu, kan basıncı ölçüldü, oksijen saturasyon durumu ve ağrı değerlendirmesi yapıldı. Kontrol grubu hastalara herhangi bir girişimde bulunulmadı.

Hasta Bilgi Formunun ikinci bölümü, tıbbi tedavi devam ederken, hasta ağrısının hafiflediğini sözel olarak ifade ettikten sonra araştırmacı tarafından dolduruldu. Tıbbi tedaviden 30 dk sonra Migrende 24 Saatlik Yaşam Kalitesi Ölçeği araştırmacı tarafından uygulandı. Hastanın kan basıncı ikinci kez klinik hemşiresi tarafından ölçüldü. Araştırmacı tarafından, oksijen saturasyon durumu ve ağrı değerlendirmesi yapıldı. Son olarak araştırmacı tarafından Depresif Belirti Envanteri uygulandı. Kontrol grubu hastalara tıbbi tedaviden sonra herhangi bir uygulama yapılmadı.

Kontrol grubu hastalarla, tedaviden üç hafta sonra, hastane ortamında ikinci kez görüşülerek, Migrende 24 Saatlik Yaşam Kalitesi Ölçeği başka bir araştırmacı tarafından tekrar uygulandı. Ölçek uygulandıktan sonra, yarar sağlama ve adalet ilkesi gereği kontrol grubunu oluşturan tüm hastalara, deney grubunda kullanılan aromatik 15 cc yağ karışımı temin edildi. Kontrol grubu hastalara deney grubunda olduğu gibi 15 dk omuz, boyun kökü ve alın bölgesine masaj yapıldı ve hastaya masaj tekniği öğretildi.

5.6.2. Deney Grubu

Deney grubu hastalara, klinik rutin ve direktiflerine göre doktor tarafından verilen tıbbi tedavi klinik hemşiresi tarafından uygulandı. Tıbbi tedavi başladıktan 5-10 dakika sonra araştırmacı tarafından Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu okunarak, araştırmacı ve katılımcı tarafından imzalandı. Tıbbi tedavi devam ederken Hasta Bilgi Formunun demografik bilgilerin bulunduğu ilk bölüm araştırmacı tarafından dolduruldu. Hasta Bilgi Formunun İkinci bölümü, hasta ağrısının hafiflediğini sözel olarak ifade ettikten sonra araştırmacı tarafından dolduruldu. Araştırmacı tarafından Migrende 24 Saatlik Yaşam Kalitesi Ölçeği uygulandı. Kan basıncı ölçüldü, oksijen saturasyon durumu ve ağrı değerlendirmesi araştırmacı tarafından yapıldı. Bu işlemler

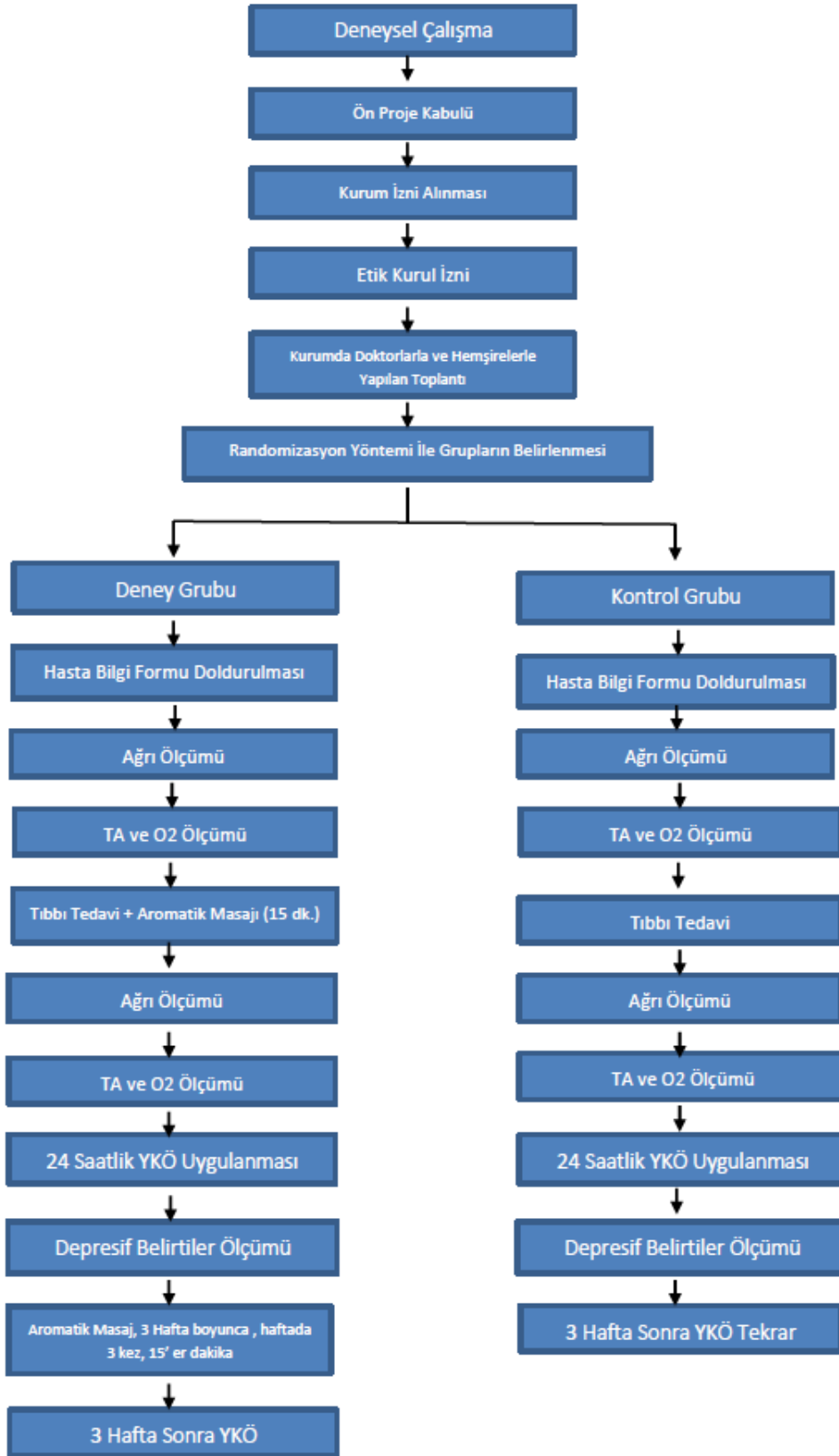
tamamlandıktan sonra deney grubu hastalara, alın, omuz ve boyun kökü bölgesine badem yağı ile dilüe edilmiş nane ve lavanta uçucu yağ karışımı sürülerek masaj yapıldı. Masaj alın bölgesine beş dakika, şakak bölgesine beş dakika ve boyun köküne beş dakika olmak üzere toplam onbeş dakika uygulandı.

Tıbbi tedavi ve masaj uygulamasından 30 dakika sonra kan basıncı klinik hemşiresi tarafından tekrar ölçüldü. Araştırmacı tarafından saturasyon durumu ve ağrı değerlendirildi. Depresif Belirti Envanteri araştırmacı tarafından uygulandı.

Masaj tekniği hasta veya hasta yakınına, araştırmacı tarafından, üç hafta boyunca, haftada üç kez, on beş dakika süre alın bölgesi, şakak ve boyun köküne masaj yapması için öğretildi. Bu amaçla, deney grubu hastalara 15 cc yağ verildi.

Deney grubu hastalarına tedaviden üç hafta sonra, telefonla ulaşılarak, Migrende 24 Saatlik Yaşam Kalitesi Ölçeği, başka bir araştırmacı tarafından tekrar uygulandı.

Şekil 5.6'da çalışma akışına ilişkin sistematik bir çalışma deseni verilmiştir.



Şekil 5.4 Çalışma Deseni

5.7.Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için IBM SPSS Statistics 22 (IBM SPSS, Türkiye) programı kullanıldı. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro Wilks testi ile değerlendirildi ve verilerin normal dağılıma uygunluk göstermediği saptandı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotların (ortalama, standart sapma, frekans) yanı sıra normal dağılım gösteren iki grup arası niceliksel verilerin değerlendirilmesinde Mann Whitney U Testi kullanıldı. İki'den fazla grup arası değerlendirmelerde ise Kruskal Wallis testi, farklılığa neden olan grubun tespitinde ise yine Mann Whitney U testi kullanıldı. Tedavi öncesi ve sonrası niceliksel verilerin değerlendirilmesinde Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi kullanıldı. Niteliksel verileri değerlendirilmesinde Ki-Kare Testi, Continuity (Yates) Düzeltmesi ve Fisher Tam Ki-Kare Testi kullanıldı. Anlamlılık $p < 0,05$ düzeyinde değerlendirildi.

5.8.Etik Yön

Ön Proje kabulünden sonra Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan onay alındı (Ek 7).

Veri toplama süreci öncesi Bitlis Devlet Hastanesi Başhekimliğinden yazılı izin alındı (Ek 6).

Migrende 24 Saatlik Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanabilmek için Türkçe'ye çevrilip Türkiye'de uygulanmasını sağlayan İltuş'tan kullanım izni alındı.

Veri toplamaya başlamadan önce, Bitlis Devlet Hastanesi Başhekimliğinden yazılı izin alındı (Ek 6).

Araştırmaya katılmayı kabul eden hastalardan Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu doldurularak onam alındı.

6. BULGULAR

Migren tanısı konmuş hastalarda, akut migren atağı sırasında tıbbi tedaviye ek olarak aromatik yağlarla uygulanan masajın, ağrının şiddeti ve yaşam kalitesine olan etkisinin araştırılması amacıyla yapılan çalışmada aşağıdaki bulgular saptandı.

Tablo 6.1 Hastaların demografik özellikleri

Özellikler		Deney (n=35)	Kontrol (n=35)	χ^2	p
		n (%)	n (%)		
Cinsiyet	Kadın	31 (%88,6)	21 (%60)	7,479	0,013*
	Erkek	4 (%11,4)	14 (%40)		
Okul	Okuryazar	9 (%25,7)	5 (%14,3)	6,325	0,173
	İlkokul	15 (%42,9)	11 (%31,4)		
	Ortaokul	2 (%5,7)	2 (%5,7)		
	Lise	2 (%5,7)	9 (%25,7)		
	Üniversite	7 (%20)	8 (%22,9)		
Meslek	Ev hanımı	25 (%71,4)	13 (%37,1)	11,789	0,002**
	Memur	7 (%20)	7 (%20)		
	Diğer meslekler	3 (%8,6)	15 (%42,9)		
Ağrının gün içinde başlama zamanı	Düzensiz	19 (%54,3)	23 (%65,7)	2,764	0,664
	Sabah	4 (%11,4)	2 (%5,7)		
	Öğle	5 (%14,3)	5 (%14,3)		
	Akşam	5 (%14,3)	5 (%14,3)		
Daha önce tedavi uygulanma	Gece	2 (%5,7)	0 (%0)	0,245	0,805
	Evet	12 (%34,3)	14 (%40)		
Acile gelmeden ağrı kesici alma	Hayır	23 (%65,7)	21 (%60)	0,001	1,000
	Evet	18 (%51,4)	18 (%51,4)		
	Hayır	17 (%48,6)	17 (%48,6)		

χ^2 : Ki-Kare Testi

* $p < 0,05$

** $p < 0,01$

Kontrol grubundaki katılımcıların %60.0'nin kadın, %31.4'ünün ilkokul mezunu, %42.9'unun diğer meslekler, %65.7'sinin ağrının gün içi başlama zamanı düzensiz, %60.0'nin daha önce tedavi uygulanmadığı, %51.4'ünün acile gelmeden ağrı kesici aldığı olduğu tespit edilmiştir (Tablo 6.1).

Deney grubundaki katılımcıların %88.6'sının kadın, %42.9'unun ilkokul mezunu, %71.4'ünün evhanımı, %54.3'ünün ağrının gün içi başlama zamanı düzensiz,

%65.7'sinin daha önce tedavi uygulanmadığı, %51.4'ünün acile gelmeden ağrı kesici aldığı olduğu tespit edildi.

Kontrol ve deney grubu hastaların cinsiyet ve meslek özellikleri hariç, demografik özellikler bakımından benzer olduğu görüldü ($p>0.05$).

Tablo 6.2 Hastaların Depresif Belirtilerinin Değerlendirilmesi N=70

	Deney (n=35)	Kontrol (n=35)	χ^2	P
	n (%)	n (%)		
Normal	6 (%17,1)	5 (%14,3)	1,297	0,862
Hafif depresyon	7 (%20)	7 (%20)		
Orta depresyon	10 (%28,6)	7 (%20)		
Ağır depresyon	6 (%17,1)	7 (%20)		
Şiddetli Depresyon	6 (%17,1)	9 (%25,7)		
Toplam	35 (%100)	35 (%100)		

Ki-Kare Testi

Deney ve kontrol grupları depresif belirtileri dağılımları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p>0,05$). (Tablo 6.2).

Tablo 6.3 Hastaların GKÖ Skorlarının Değerlendirilmesi N=70

Ölçek	Deney (n=35)	Kontrol (n=35)	Z	¹ p
	Ort±SS	Ort±SS		
1. ölçüm	9,26±0,95	8,54±1,69	-2,164	0,030*
2.ölçüm	3,57±1,38	3,94±1,53	-0,990	0,322
GKÖ Fark	-5,69±1,32	-4,60±2,06	-2,927	0,003**
Z	-5,200	-4,861		
²p	0,001**	0,001**		

¹Mann Whitney U Testi

²Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi

* $p<0,05$

** $p<0,01$

Deney grubunun uygulama öncesi GKÖ puanlarının, kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptandı ($p:0,030$; $p<0,05$). Hem deney hem de kontrol grubunda uygulama öncesi ve sonrası vas skorları arasında oluşan

farkın istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görüldü. Deney grubunda uygulama öncesine göre uygulama sonrasında GKÖ puanlarında görülen düşüşün, kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptandı. (Tablo 6.3).

Tablo 6.4 Hastaların Uygulama Öncesi–Sonrası Migrende 24 Saatlik Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanlarının Değerlendirilmesi

Alt Boyut ve Toplam Puan	Ölçeği Puanlarının Değerlendirilmesi		Z	p	
	Deney (n=35)	Kontrol (n=35)			
Migren Semptomları	1.ölçüm*	14,11±5,23	13,06±5,64	-0,843	0,399
	2. ölçüm**	15,37±4,41	12,43±5,25	-2,304	0,021*
	Fark	1,26±5,84	-0,63±5,66	-1,632	0,103
	Z	-1,539	-0,801		
	² p	0,124	0,423		
Duygular-Endişeler	1.ölçüm	7,80±6,21	6,14±4,21	-0,347	0,729
	2.ölçüm	11,86±6,26	8,60±5,48	-2,163	0,031*
	Fark	4,06±9,55	2,46±5,39	-1,766	0,077
	Z	-2,294	-2,407		
	² p	0,022*	0,016*		
Çalışma Fonksiyonelliği	1.ölçüm	12,40±6,43	11,60±6,61	-0,395	0,693
	2.ölçüm	14,94±4,83	11,77±5,67	-2,243	0,025*
	Fark	2,54±7,36	0,17±5,15	-1,419	0,156
	Z	-1,843	0,000		
	² p	0,065	1,000		
Sosyal Fonksiyonellik	1.ölçüm	10,83±6,68	10,51±6,78	-0,290	0,772
	2.ölçüm	14,29±5,24	10,60±5,55	-2,679	0,007**
	Fark	3,46±7,47	0,09±4,76	-2,037	0,042*
	Z	-2,473	-0,503		
	² p	0,013*	0,615		
Enerji-Canlılık	1.ölçüm	9,46±6,55	9,57±6,50	-0,030	0,976
	2.ölçüm	12,89±6,25	9,09±5,77	-2,562	0,011*
	Fark	3,43±6,68	-0,49±5,73	-2,652	0,008**
	Z	-2,865	-0,586		
	² p	0,004**	0,558		
Toplam	1.ölçüm	54,60±26,47	50,89±23,92	-0,458	0,647
	2.ölçüm	69,34±23,10	52,49±23,92	-2,785	0,005**
	Fark	14,74±30,59	1,60±17,17	-2,420	0,016*
	Z	-2,531	-0,060		
	² p	0,011*	0,952		

¹Mann Whitney U Testi

²Wilcoxon İşaretili Sıralar Testi

*p<0,05

**p<0,01

*Uygulama sırasında

** Uygulamadan üç hafta sonra

Deney grubunun uygulama sonrası toplam ve alt boyut ölçek puanlarının kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptandı (p<0,05). Deney grubunda uygulama öncesine göre uygulama sonrası Duygular-Endişeler, Çalışma-

Fonksiyonellik, Sosyal fonksiyonellik, enerji ve canlılık alt boyutları ve toplam puanlarında görülen artışlar, istatistiksel olarak anlamlı olduğu görüldü ($p<0,05$). (Tablo 6.5).

Tablo 6.5 Hastaların Yaşam Bulgularının Değerlendirilmesi

N=70

Hayati Bulgular			Z	¹ p	
	Deney (n=35)	Kontrol (n=35)			
Kan Basıncı	Öncesi	106,57±15,89	110,71±13,29	-1,287	0,198
	Sonrası	105,29±15,09	103,43±10,27	-0,428	0,669
	Fark	-1,29±12,80	-7,29±14,21	-1,828	0,067
	Z	-0,518	-2,797		
	² p	0,605	0,005**		
Nabız	Öncesi	78,06±14,27	78,71±10,17	-0,329	0,742
	Sonrası	76,83±13,42	80,51±11,21	-1,470	0,142
	Fark	-1,23±14,78	1,80±12,31	-0,194	0,846
	Z	-0,736	-0,576		
	² p	0,461	0,563		
Oksijen	Öncesi	95,40±2,4	94,80±3,34	-0,113	0,910
	Sonrası	94,66±5,89	95,94±2,31	-0,330	0,742
	Fark	-0,74±5,99	1,14±4,02	-0,929	0,353
	Z	-0,263	-1,531		
	² p	0,793	0,126		

¹Mann Whitney U Testi

²Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi

** $p<0,01$

Kontrol ve deney grubu hastaların kan basıncı, nabız ve oksijen değerlerinde uygulama öncesine göre uygulama sonrası değerlerde görülen değişimlerin istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık oluşturmadığı görüldü ($p<0,05$). (Tablo 6.5).

Tablo 6.6 Deney Grubunun Demografik Özelliklerine Göre Uygulama Öncesi-Sonrası GKÖ Puan

		Farklarının Değerlendirilmesi		N=35	
Deney Grubu Genel Özellikler	GKÖ		Z/ χ^2	P	
	Fark				
Cinsiyet	Kadın	-5,81±1,30	-1,421	0,155	
	Erkek	-4,75±1,26			
Okul	Okuryazar	-6,22±1,79	3,298	0,348	
	İlkokul	-5,27±1,03			
	Ortaokul/lise	-5,50±1,00			
	Üniversite	-6,00±1,29			
Meslek	Ev hanımı	-5,76±1,30	0,976	0,614	
	Memur	-5,29±1,60			
	Diğer	-6,00±1,00			
Ağrının gün içinde başlama zamanı	Düzensiz	-6,00±1,41	4,932	0,177	
	Sabah	-4,50±1,00			
	Öğle	-5,40±0,89			
	Akşam	-5,71±1,25			
Daha önce tedavi uygulama	Evet	-5,67±0,89	-0,072	0,943	
	Hayır	-5,70±1,52			
Acile gelmeden ağrı kesici alma	Evet	-5,78±1,40	-0,273	0,785	
	Hayır	-5,59±1,28			

Z: Mann Whitney U Testi

χ^2 : Kruskal Wallis Testi

Deney grubu hastalarının demografik ve ağrı özellikleri açısından uygulama öncesine göre uygulama sonrası GKÖ puanlarında görülen değişimlerin istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık oluşturmadığı görüldü ($p < 0,05$). (Tablo 6.7).

Tablo 6.7 Deney Grubunun Demograik Özelliklerine Göre Uygulama Öncesi-Sonrası YaşamBulguları Farklarının Değerlendirilmesi

N=35

Deney Grubu Genel Özellikler		Fark		
		Tansiyon	Nabız	Oksijen
Cinsiyet	Kadın	-1,13±13,27	-1,35±15,68	-1,19±6,19
	Erkek	-2,50±9,57	-0,25±4,03	2,75±2,22
	Z	-0,133	-0,729	-1,776
	P	0,894	0,466	0,076
Okul	Okuryazar	2,22±19,06	-6,33±20,80	-3,67±10,33
	İlkokul	-2,67±11,78	-1,40±14,76	-1,00±3,36
	Ortaokul/lise	1,25±10,31	7,75±8,18	1,50±2,89
	Üniversite	-4,29±5,35	0,57±4,76	2,29±1,80
	χ^2	1,038	3,595	6,286
	P	0,792	0,309	0,099
Meslek	Ev hanımı	-0,4±14,57	-2,92±16,72	-1,88±6,69
	Memur	-5,00±5,00	0,71±4,92	2,00±1,83
	Diğer	0,01±10,00	8,33±10,12	2,33±2,52
	χ^2	0,458	1,349	5,374
	P	0,795	0,509	0,068
Ağrının gün içinde başlama zamanı	Düzensiz	-1,32±14,42	-0,68±12,21	-1,42±7,49
	Sabah	2,50±15,00	-8,50±36,59	-1,75±5,85
	Öğle	-6,00±5,48	-0,80±8,79	0,60±2,61
	Akşam	0,001±11,90	1,14±5,18	0,71±2,69
	χ^2	0,883	0,036	0,695
	P	0,830	0,998	0,874
Daha önce tedavi uygulama	Evet	2,50±12,34	-3,92±14,02	0,33±2,81
	Hayır	-3,26±12,85	0,17±15,28	-1,30±7,11
	Z	-1,263	-0,576	-0,403
	P	0,206	0,565	0,687
Acile gelmeden ağrı kesici alma	Evet	-2,5±13,09	-2,33±16,51	-1,28±7,01
	Hayır	0,01±12,75	-0,06±13,11	-0,18±4,82
	Z	-0,760	-0,497	-0,632
	P	0,447	0,619	0,528

Z: Mann Whitney U Testi

χ^2 : Kruskal Wallis Testi

Deney grubundaki hastaların demografik ve ağrı özellikleri açısından uygulama öncesi ve uygulama sonrası yaşam bulgularında görülen değişimlerin; istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık oluşturmadığı görüldü ($p<0,05$). (Tablo 6.7).

Tablo 6.8 Deney Grubunda Demografik Özelliklere Göre Uygulama Öncesi-Sonrası Migrende 24 Saatlik Yaşam Kalitesi Ölçeği Farklarının Değerlendirilmesi

N=35

Deney Grubu Genel Özellikler		Fark					
		Migren Semptomları	Duygular-Endişeler	Çalışma Fonksiyonelliği	Sosyal Fonksiyonellik	Enerji-Canlılık	Toplam
Cinsiyet	Kadın	1,03±5,98	3,48±9,92	2,16±7,42	2,35±7,08	2,61±6,24	11,65±30,39
	Erkek	3,00±4,97	8,50±4,43	5,50±7,05	12,00±4,69	9,75±7,50	38,75±22,32
	Z	-0,469	-1,065	-0,701	-2,391	-1,718	-1,634
	P	0,639	0,287	0,483	0,017*	0,086	0,102
Okul	Okuryazar	1,00±6,89	5,33±4,27	0,22±6,61	1,78±5,54	0,89±3,98	9,22±22,2
	İlkokul	-0,73±5,79	1,00±11,93	1,73±7,58	3,00±8,28	2,60±8,01	7,60±35,07
	Ortaokul/lise	5,50±4,36	2,25±8,02	2,00±8,04	1,50±8,89	6,25±6,85	17,5±31,92
	Üniversite	3,43±3,87	10,00±7,68	7,57±6,53	7,71±6,90	6,86±5,30	35,57±24,10
	χ^2	4,292	3,126	3,616	1,870	4,732	3,282
	P	0,232	0,373	0,306	0,600	0,192	0,350
Meslek	Ev hanımı	0,16±6,13	2,52±9,65	1,36±7,00	2,00±6,61	2,16±6,63	8,20±29,80
	Memur	2,71±3,90	9,29±9,69	4,57±9,03	6,86±10,46	5,86±5,98	29,29±32,24
	Diğer	7,00±3,46	4,67±5,03	7,67±4,04	7,67±1,53	8,33±6,81	35,33±14,84
	χ^2	3,902	3,265	2,439	3,423	3,475	3,628
	P	0,142	0,195	0,295	0,181	0,176	0,163
Ağrının gün içinde başlama zamanı	Düzensiz	1,16±6,15	4,00±8,45	2,95±7,91	3,58±7,42	3,89±7,47	15,58±32,62
	Sabah	4,75±3,77	4,50±4,43	2,75±3,40	9,75±4,27	6,50±6,86	28,25±14,06
	Öğle	-1,40±8,71	2,20±17,27	3,00±10,17	2,60±9,15	0,20±6,83	6,60±46,53
	Akşam	1,43±2,88	5,29±9,46	1,00±6,40	0,14±6,82	2,71±3,82	10,57±19,16
	χ^2	2,077	0,084	0,549	4,961	3,805	1,616
P	0,557	0,994	0,908	0,175	0,283	0,656	
Daha önce tedavi uygulama	Evet	-0,50±3,94	1,25±8,20	1,17±6,15	2,00±6,06	1,50±5,90	5,42±25,34
	Hayır	2,17±6,51	5,52±10,04	3,26±7,95	4,22±8,13	4,43±6,96	19,61±32,44
	Z	-1,835	-1,810	-0,661	-0,766	-0,611	-1,461
	P	0,067	0,070	0,508	0,443	0,541	0,144
Acile gelmeden ağrı kesici alma	Evet	1,28±5,72	5,17±9,21	2,89±7,61	4,00±7,83	3,33±6,25	16,67±28,84
	Hayır	1,24±6,15	2,88±10,05	2,18±7,30	2,88±7,27	3,53±7,30	12,71±33,10
	Z	-0,133	-0,810	-0,215	-0,232	-0,331	-0,116
	P	0,894	0,418	0,830	0,817	0,740	0,908

Z: Mann Whitney U Testi

χ^2 : Kruskal Wallis Testi

* $p < 0,05$

Deney grubunda, erkek hastalarda uygulama öncesine göre uygulama sonrasında Sosyal Fonksiyonellik alt boyutu puanlarında görülen artış, kadın hastalardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptandı ($p < 0,05$). (Tablo 6.8).

7. TARTIŞMA

Migren, bilinen en eski hastalıklardan biri olup akut ya da kronik baş ağrısı çeşididir (Lüleci, 2004; Ünal, 2016; Saip, 2005). Migren ağrısı, genellikle tek taraflı yerleşim gösteren, günün herhangi bir saatinde başlayan, zonklayıcı tarzda, uluslararası başağrısı tanı kriterlerine göre 4-72 saat süren akut ya da kronik olarak ortaya çıkan baş ağrısıdır (Tombul ve ark. 2015; IHS, 2013; Demirkaya, 2006).

Migren ağrısı, şiddeti, hayat kalitesine etkisi, yoğun ilaç kullanımı ve artan sağlık harcamalarına bakıldığında topluma getirdiği çok yönlü zararlara bakıldığında üzerinde durulması gereken önemli konulardan biri olarak karşımıza çıkmaktadır (Yücel, 2008; Yavuz ve ark. 2013).

Migren ağrısı fiziksel aktivitelerle şiddetlenmekte, atakların çoğunda bulantı, fotofobi ve fonofobi belirtileri ortaya çıkmaktadır (IHS, 2013). Migren atağı sırasında bazı hastalar işlerini yapamazken, bazı hastalar işlerine devam etseler bile performanslarının yarı yarıya düştüğünü bildirmektedir. Bireylerin aktivitelerini ve yaşamlarını çok yönlü olarak etkilemektedir. DSÖ ye göre, migren, disability (engellilik, sakatlık, işlevsellik kaybı) durumu olarak değerlendirilmektedir (Domaç ve Ark. 2012). DSÖ'ne göre, migren dünyada işgörmezlik sebebi hastalıklar arasında 19. sırada yer almaktadır.

Literatürde migren tedavisi ile ilgili çeşitli yöntemler bulunmaktadır. Bireyleri ve toplumları bu denli etkileyen migrenin ilaçla tedavisinin yanısıra tamamlayıcı ve destekleyici tedavilerle de desteklendiği vurgulanmaktadır (Ünal, 2016; Çınar ve Khorshid, 2003; Arslan, 2007; Turan ve ark. 2010; Ilgaz ve Gözüm, 2016; Wilkinson et. al. 2008; Sağkal ve ark. 2013).

Aromaterapi, tamamlayıcı ve destekleyici yaklaşımlardan biridir. Literatürde aromaterapi ile yapılan masajın farklı örneklem gruplarında ağrı, stres ve gevşeme ile ilgili olarak uygulandığı çalışmalar bulunmaktadır (Domingos & Braga, 2015; Imanishi ve ark., 2009; Wilkinson ve ark., 2007; Wu ve ark., 2014; Edge, 2003). Özellikle ağrı şiddetinin azaltılması, hastanın ağrısız duruma getirilmesi ve yaşam kalitesinin yükseltilmesi için masaj yoluyla aromaterapi uygulamaları gittikçe yaygınlaşmaktadır (Ergin ve ark. 2017; Arslan, 2007; Buckle, 2001;Shin, 2016). Aromaterapi masaj ile birlikte uygulandığında esansiyel yağların deriden emilimini artırmaktadır (Ayık, 2016). Masaj uygulamaları fiziksel ve mental olarak gevşeme sağlar. Ağrıyı ileten sinirlerin

blokajına, kas spazmının azaltılmasına, stres ve gerginliğin azaltılarak bireyin rahat uykuyu uyumasına sebep olur. Ayrıca mekanik etki ile kan dolaşımının hızlanmasına ve ödeme bağlı ağrının azaltılmasına yardımcı olur (Arslan ve Çelebioğlu, 2006; Ayık, 2016).

Ağrının azaltılması amacıyla yapılan aromaterapi uygulamalarında uçucu yağ olarak en çok lavanta ve nane uçucu yağları kullanılmaktadır (Buckle, 2015; Kocacıyık ve Demirtürk 2008; (Göbel, et al. 1995). Nananın sanayide kullanımı içerdiği önemli bir madde olan mentol sayesinde. (Özgün, 2015). Nane, iritable barsak sendromunun tedavisinde, sindirim sistemi bozukluklarında, gastritin semptomatik tedavisinde, miyalji ve baş ağrılarında kullanılmaktadır (Göbel, et al. 1995). Lavanta yağı ise, rahatlatıcı ve sedatif olarak etki etmektedir. Ayrıca esansiyel yağlar içerisinde toksik ve alerjik etkisi en az olanın lavanta yağı olduğu belirtilmektedir (Ergin ve ark. 2017; Özer, 2007; Uzelli ve Korhan 2014). Bu nedenle çalışmada, ağrı kesici özelliklerinden dolayı yoğun olarak kullanılan nane ve lavanta yağları tercih edildi.

Literatür ve klinik deneyimler migren görülme oranının kadınlarda daha yüksek olduğu yönündedir. Migren prevalansının kadınlarda %15-25 oranında, erkeklerde %6-9 olduğu vurgulanmakta; ülkemizde genel duruma bakıldığında ise toplamda %16, kadınlarda %25, erkeklerde ise %9 olduğu belirtilmektedir (Ulusoy ve ark. 2015). Bir çok çalışma migrende erkek-kadın oranını 1:2-1:3 olarak göstermektedir. Bu farkın kadınlardaki hormonal değişikliklerden kaynaklandığı düşünülmektedir (Lüleci, 2004; Özden ve ark. 2015).

Çalışma bulguları literatürle benzerdir. Kontrol grubundaki hastaların %60.'ını deney grubundaki hastaların %88.6'sını istatistiksel olarak anlamlı şekilde kadın hastalar oluşturmaktadır. (Tablo 6.1).

Literatürde migren hastalarının stress, anksiyete, depresyon ve panik bozukluklar gibi psikiyatrik rahatsızlıklarla ilişkisi üzerine yapılmış birçok çalışma mevcuttur (Yavuz ve ark. 2013; Çapar, 2010; Tombul ve ark. 2015; Ünal, 2016).

Welch'in yaptığı bir çalışmada (1994), migreni tetikleyici etkenler arasında, parlak ışık, diyet, sıkıntı, stress, travma ve oksijen sıralanmaktadır.

Lüleci'nin (2004) 280 migren hastası üzerinde yaptığı "Doğurganlık çağındaki kadınlarda migren prevalansının araştırılması" isimli çalışmasında migreni tetikleyici

faktörler arasında, gürültü % 54,5; uykusuzluk % 41; açlık % 37; menstrüasyon % 33,1; parlak ışık % 27,6 ve sıkıntı % 81 olarak belirlenmiştir.

Migren ve psikiyatrik bozukluk arasında güçlü bir bağlantı bulunduğu iddia edilmektedir ve bu bozukluklar arasında; depresyon, yaygın anksiyete bozukluğu ve panik bozukluklar dikkat çekicidir (Taşdemir, 2015). Migrenin major depresyon, manik episod, çeşitli düzeylerde anksiyete bozuklukları ile ilişkisi olduğunu gösteren çalışmalar da vardır (Post, 1994; Breslau, 1994).

Çalışma bulgusu da literatürle benzerdir. Tüm hastalarda depresif belirtiler bulunmaktadır (Tablo 6.2). Deney grubu hastaların %20'si hafif, %28.6' sı orta, %17'si ağır ve %17'si şiddetli depresyon belirtisi gösterirken; kontrol grubu hastaların ise %20'si hafif, % 20'si orta, % 20'si ağır ve %25'i şiddetli depresyon belirtisi göstermekteydi. (Tablo 6.2).

Aromaterapi ile ilgili çalışmalar daha çok anksiyete ve ağrı üzerindeki etkisi ile ilgilidir (Domingos & Braga, 2015; Wu ve ark., 2014).

Rasoolia ve arkadaşlarının (2016) her biri 30 hastadan oluşan üç farklı grup üzerinde yaptıkları çalışmada; lavanta ve badem yağ karışımları ile yapılan aromaterapi masaj grubu, aromaterapi inhalasyon grubu ve kontrol grubu hastalarının ağrı ve anksiyete skorları karşılaştırıldığında aromaterapi masajı yapılan hastaların ağrı skorları öteki gruplara göre daha fazla düşüş göstermiştir (Rasoolia et. al. 2016).

Domingos ve Braga'nın (2015) çalışmasında iki hafta boyunca lavanta ve sardunya yağ karışımı ile yapılan yirmi dakikalık aromaterapi masajının anksiyete düzeyini azalttığı gösterilmektedir.

Wu ve ark. (2014) yaptıkları çalışmada %2 oranında lavanta karışımından oluşan esansiyel yağla yapılan aromaterapi masajının anksiyete düzeyini azalttığını bildirmektedir.

Yoğun bakımda 122 hasta üzerinde yapılan başka bir çalışmada lavanta yağı kullanılan aromaterapi masajının anksiyete düzeyini azalttığı bildirilmektedir (Dunn, Sleep, & Collett, 1995).

Ergin ve arkadaşlarının (2017) bir huzurevinde yaşayan yaşlılarda aromaterapinin anksiyete ve yaşam bulgularına etkisine ilişkin 264 yaşlı ile yaptıkları bir çalışmada, aromaterapinin anksiyeteyi azalttığı ve yaşam bulgularını düzenlediği belirlenmiştir.

Kolorektal cerrahi öncesi yapılan aromaterapi masajının anksiyete düzeyi ve uyku kalitesi üzerine etkisini inceleyen bir başka çalışmada ise, lavanta yağıyla aromaterapi masajı uygulanan deney grubu hastalarının ameliyat öncesi akşama göre ameliyat sabahı durumluk kaygı ölçeği puan ortalamasının azaldığı, hastaların daha hafif düzeyde anksiyete yaşadığı belirlenmiştir (Ayık, 2016).

Ünal ve Akpınar'ın (2016) diyaliz hastaları üzerine yaptığı bir çalışmada, sırt masajının ve ayaklara yapılan refleksoloji masajının, diyaliz hastalarında yorgunluğu ve ağrıyı azalttığı görülmüştür (Ünal ve Akpınar, 2016).

Palyatif bakım alan hastalarla yapılan bir başka çalışmada ise, hastalara lavanta yağı koklatılmış; çalışma sonrası, hastaların, kan basıncı ve nabız ortalamaları ile, anksiyete, ağrı ve depresyon puanlarında düşme saptanmıştır (Luis, 2002).

Apay ve arkadaşlarının (2012) ebelik ve hemşirelik öğrencilerini üzerinde yaptığı bir çalışmada, lavanta yağı ile yapılan masajının dismenoreyi azalttığı görülmüştür.

Literatür ve diğer çalışma sonuçları dikkate alınarak planlanan ve yürütülen çalışmada, verilen tıbbi tedaviye ek olarak, deney grubu hastalara aromatik yağ karışımları ile alın, şakak ve boyun köküne 15 dakikalık masaj uygulandı. Bu hastalara aromatik yağlarla yapılan masajın GKÖ ağrı puanlarında anlamlı bir düşüş oluşturduğu tespit edildi ($p < 0.05$). (Tablo 3). Kontrol grubundaki hastalarda da tedavi sonrası GKÖ puanlarında anlamlı bir düşüş oluştu ($z = -4,861$; $p = 0,001$). Bu beklenen bir sonuçtur. Çünkü her iki gruba da tıbbi tedavi uygulanmıştır. Uygulamanın etkinliğini gösteren sonuç deney grubu hastalarının GKÖ skorlarında oluşan farkın kontrol grubundaki hastalardan anlamlı düzeyde daha fazla olmasıdır ($z = -2,927$; $p = 0,003$). Bu bulgu çalışmanın “Akut migren atağı deneyimleyen bireylerde aromatik yağlarla yapılan masajın ağrı şiddetine etkisi vardır.” hipotezini doğrulamaktadır. Literatürde lavanta ve nane yağ karışımlarının migren ağrısı üzerine etkisine yönelik benzer bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Ancak farklı ağrı tiplerinde lavanta ve nane yağının etkisi olduğu gösterilmiştir (Meriçli; 2014; Özgün, 2015). Bulgu bu yönüyle literatüre katkı sağlamaktadır. Migren ağrılarında tıbbi tedavinin yanında tamamlayıcı ve destekleyici tedavi yöntemlerinin yaygınlaştırılması ve aromaterapi kullanımının yaşam boyu alışkanlık haline getirilmesi; akut migren ataklarında daha az ilaç tüketimi, atak

sirasında hastaneye başvuruların azaltılması ve atak aralıklarının uzatılmasına neden olacaktır.

Yaşam kalitesinin incelenmesi migren atağının tedaviye yanıtının değerlendirilmesinde ve uygun tedavi seçiminde büyük bir öneme sahiptir (Patrick et. al. 2000; Ruiz, et. al 2003; Stephen, 2004). Çünkü migren ağrısı bireyin yaşam kalitesi üzerine olumsuz etkiye sahiptir (Taşdemir, 2015; Ruiz, et al. 2003; Çilingir ve Bulut 2017; Üneri ve ark. 2009). Migren ağrısının olumsuz sonuçları arasında okul devamsızlığı ve başarısızlığı, iş devamsızlığı ve iş gücü kaybı, sosyal izolasyon, boş zaman faaliyetlerinde duraksama bulunmaktadır (Saper et. al. 2001; Ruiz, et al. 2003; Gökçal ve ark. 2015).

Migren ve diğer gerilim tipi ağrıların neden olduğu yıllık işgünü kaybını gösteren bir çalışmaya göre, çalışan migren hastalarının %43'ü, gerilim tipi baş ağrısı olan hastaların ise %12'sinin en az bir gün işe gidemedikleri, gitse bile % 50 den fazla verimsizleştiği; yıllık kaybın ise 1-7 gün arasında olduğu gösterilmiştir. Yıllık toplam iş günü kaybı 1000 kişide 270 gün olduğu belirtilmiştir (İltuş, 2006). Bunları destekler yönde migren ağrısının hastaların yaşam kalitesini düşürdüğüne ilişkin çok sayıda literatüre rastlanmıştır (Özden ve ark. 2015; Ruiz, et al. 2003; Ulusoy ve ark. 2015; Ferrari et. al. 2005).

Arslandaş ve arkadaşları (2013), sağlıkla ilişkili yaşam kalitesini inceledikleri çalışmalarında migren ve baş ağrısının artan şiddetinin yaşam kalitesini azalttığını göstermişlerdir (Arslandaş et. al. 2013).

Çalışmada (Tablo 6.4) hem deney hem de kontrol grubundaki hastaların yaşam kalitesi puan ortalamalarının, ölçekten alınacak en yüksek puanın 105 olduğu düşünüldüğünde, iyi olmadığı görülmektedir. Aralarında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (z ;-0,458, p ; 0,647). Ancak aromatik yağlarla üç hafta boyunca haftada üç kez yapılan masaj sonrası deney grubunun puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde yükseldi (z =2,531; p =0,003). Kontrol grubunun yaşam kalitesinde ise bir değişim oluşmadı. Deney grubundaki bu anlamlı artış tüm alt boyutlarda da görüldü (p <0,05). Aromatik yağlarla yapılan masaj hastaların yaşam kalitesini olumlu etkilemiştir. Bu bulgu çalışmanın "Akut migren atağı deneyimleyen bireylerde aromatik yağlarla yapılan masajın yaşam kalitesine etkisi vardır" hipotezini doğrulamaktadır.

Çalışmada (Tablo 6.5) görüldüğü gibi, araştırmaya katılan deney ve kontrol grubunda kan basıncı, nabız ve oksijen değerlerinin, uygulama öncesi ve uygulama sonrası ölçüm değerlerine göre istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık göstermediği tespit edildi ($p>0.05$).

Çalışma bulgularıyla benzerlik gösteren sonuçlar mevcuttur. Oh ve arkadaşlarının (2000) yaptığı çalışmada, aromaterapi sağlıklı bireylerde kan basıncını etkilememiş, ancak solunum ve nabız değerlerini düşürmüştür.

Rho ve arkadaşlarının (2006) yaptığı bir çalışmada, yaşlı kadınlarda, limon, lavanta, sarı papatya ve gül yağı karışımı ile, iki hafta boyunca, haftada üç kez 20 dakika uygulanan aromaterapi masajı sonrasında sistolik - diyastolik kan basıncı, kalp hızı ve solunum değerlerini etkilemediği bildirmiştir (Rho et. al. 2006).

Literatürde çalışma bulgusundan farklı sonuçlara da rastlanmıştır. Ergin ve arkadaşlarının (2017) yaptıkları bir çalışmada aromaterapinin anksiyeteyi azaltarak yaşam bulgularını düzenlediği belirlenmiştir.

Yi'nin (2002) çalışmasında, ameliyat öncesi deney ve kontrol grubundaki hastalarda sistolik, diyastolik kan basıncı ve nabız değerleri arasında farklılık saptanmıştır.

Hwang'ın (2006) "solunum yoluyla uygulanan aromaterapinin esansiyel hipertansiyonlu kişilerde kan basıncı ve strese cevabına etkisi" adlı çalışmasında deney grubu hastalarının kan basıncı ve nabız düzeylerinde önemli ölçüde düşme saptanmıştır.

Aromaterapinin migren ve yaşam kalitesi üzerine etkisinin incelendiği çalışmada, yaşam bulgularında değişiklik görülmemesi, çalışmanın yaşam bulguları bakımından homojen gruplar üzerinde yapıldığını ve çalışmaya katılan hastaların yaşam bulgularının normal sınırlarda olduğunu göstermesi bakımından önemlidir.

Çalışmada deney grubu hastalarının demografik ve ağrı özellikleri ile yaşam bulguları açısından, aromatik yağlarla yapılan masajın etkisinin anlamlı bir farklılık oluşturmadığı belirlendi ($p<0,05$). (Tablo 6.6 ve 6.7). Ne demografik özellikler, ne de yaşam bulguları aromatik yağlarla yapılan masajın ağrı üzerindeki etkisini değiştirmemektedir.

8. SONUÇ VE ÖNERİLER

8.1.Sonuçlar

Migren tanısı konmuş bireylerde, akut migren atağı sırasında tıbbi tedavi ile birlikte aromatik yağlarla yapılan masajın ağrının şiddeti ve yaşam kalitesine etkisinin saptanması amacıyla planlanan ve yürütülen çalışmada;

*Akut migren atağı geçiren hastaların, hafif, orta yada şiddetli depresyon belirtileri gösterdikleri,

* Tıbbi tedaviye ek olarak aromatik yağ karışımları ile alın, şakak ve boyun köküne, üç hafta boyunca haftada üç kez yapılan 15 dakikalık masajın ağrıyı azalttığı; yaşam kalitesini yükselttiği;

* Kan basıncı, nabız ve oksijen değerleri üzerine etkili olmadığı sonucuna varıldı.

8.2.Öneriler

Bu sonuçlar doğrultusunda;

1. Hemşirelere, hastaların yaşayabileceği akut migren ataklarında ağrının daha kısa sürede ve daha hafif atlatılmasında uygulanabilecek hemşirelik girişimleri konusunda eğitim verilmesi,
2. Hemşireliğin doğası içinde yer alan tamamlayıcı ve destekleyici tedaviler konusunda, hemşireliğin hak ettiği yeri alabilmesi için yasal düzenlemeler yapılırken, hemşireler ile ortak çalışmalar yapılması, aromaterapi vb tamamlayıcı ve destekleyici tedavi yöntemlerinin hemşirelik uygulamaları içinde yer verilmesine yönelik girişimlerde bulunulması, bu konuda kanun yapıcı mercilerle ortak çalışmaların planlanması.
3. Benzer çalışmaların uzun süreli olarak (3-6 ay) ve daha geniş hasta grupları üzerinde yürütülmesi,
4. Aromaterapi ve masajın etkisini ayrı ayrı inceleyebilmek için girişimlerinin hem ayrı ayrı ve hem de bir arada uygulandığı çalışmaların yapılıp sonuçlarının karşılaştırılması önerilebilir.

9. KAYNAKLAR

Addington Hall JA., Karla L. (2001). Measuring Quality of Life: Who Should Measure Quality of Life? *BMJ*,322:1417-20.

Akçalı D ve Bolay H. (2007). Migren başağrısı patofizyolojisi. (Edt) Erdine, S. Ağrı. 3. Baskı, Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, s; 261-271.

Aldemir T (2007). Ağrılı Hastalarda Ağrı Ölçümü, Ağrı. (Edt. Erdine, S). 3. Baskı. İstanbul Nobel Kitapevi.133-149.

American Pain Society –APS- (2001). Task Force on Pain in Infants, Children, and Adolescents. The Assessment and Management of Acute Pain in Infants, American Academy Of Pediatrics Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health.

Anıl AB. (2008). Ağrı Kontrolünde Farmakolojik Ve Nonfarmakolojik Yöntemler. V. Ulusal Acil Tıp ve Yoğun Bakım Kongresi, I. Ulusal Çocuk Acil Tıp ve Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi Bildiri ve Konuşma Özet Kitabı. Antalya.

Antonaci F., Nappi G., Galli F., Manzoni GC., Calabresi, P., Costa A. (2011). Migraine and psychiatric comorbidity. *J Headache Pain* 12(2):115-25.

Apay SE., Arslan SA., Akpınar RB., Celebioglu A. (2010). Effect of Aromatherapy Massage on Dysmenorrhea in Turkish Students. *Pain managemen nursing: official journal of the American Society of Pain*.

Akdal G.(2007). Migren ve Vertigo. (Edt). Erdine S. Ağrı. 3. Baskı. İstanbul, Nobel Kitapevi. 272- 266.

Arslan Y. (2008). Koroner Arter Baypas Cerrahisi Sonrası Parasetamol, Diklofenak Sodyum ve Tramadolün Postoperatif Analjezide Kullanımı. İstanbul Prof. Dr. Siyami

Ersek Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Merkezi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği
Uzmanlık Tezi (Danışman: Prof. Dr. Zuhâl Aykaç).

Arslan S., Çelebioğlu A. (2006). Postoperatif Ağrı Yönetimi ve Alternatif Uygulamalar.
International Journal of Human Sciences, 1(1), 1-7.

Arslantaş D., Tozun M., Ünsal Özbek Z. (2013). Headache and Its Effects on Health-
Related Quality of Life Among Adults. Erişkinlerde Baş Ağrısı ve Baş Ağrısının
Yaşam Kalitesi Üzerine Etkileri. Turkish Neurosurgery 2013, Vol: 23, No: 4, 498-504.

Ayık C. (2016). Ameliyat Öncesi Dönemde Aromaterapi Masajının Anksiyete ve Uyku
Kalitesine Etkisinin İncelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
Hemşirelik Esasları Yüksek Lisans Tezi. İzmir, (Danışman: Doç. Dr. Dilek Özden).

Babadağ B. (2014). Algoloji Hastalarının Ağrı İnançları İle Ağrıyla Başa Çıkma
Durumları Arasındaki İlişki. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri
Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Bilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir, (Danışman: Doç. Dr. Güler Balcı Alparslan).

Bağdat BR., Gümüştü A., Coşge B. (2006). Lamiaceae Familyasına Ait Önemli Bazı
Türlerin Kullanım Alanları. Ziraat Mühendisliği Dergisi. Temmuz-Aralık, Sayı:347,
S:(10-15),56.

Başer KHC. (2004). TEB Mised Sayı : 3-4 (12.01.2004).

Beghi E., Bussone G., Amico D., Cortelli P., Cevoli S., Manzoni GC, et al. (2010).
Headache, anxiety and depressive disorders: the HADAS study. J Headache.
Pain11(2):141-50.

Bilgiç D., Dağlar G., Özkan SA., Kadioğlu M. (2015). Postpartum Depresyonda
Tamamlayıcı ve Alternatif Tedaviler. KASHED, 2(2): 13-35.

Bradley WG., Daroff BR., Fenichel GM., Jankovic J. (2008) Tan E ve Özdemir SE. (Ed). Neurology in Clinical Practice. (5.Baskı). Ankara. Kalkan Matbaacılık. 134- 210, 2011–2059.

Buckle J. (1998). Clinical Aromatherapy and touch: complementary therapies for nursing practice. Critical Care Nurse,18:5.

Buckle J. (1999). Use of aromatherapy as a complementary treatment for chronic pain. Alternative Therapies in Health and Medicine. 5:42-9.

Buckle J. (2015). Clinical Aromatherapy, Essential Oils Of Healthcare. The Evolution of Aromaterapi. Elsevier Inc. 3:2-3.

Buckle J. (2015). Clinical Aromatherapy, Essential Oils Of Healthcare. The Evolution of Aromaterapi. Elsevier Inc. 3:39.

Buse DC., Manack AN., Fanning KM., Serrano D., Read ML., Turkel CC., Lipton R B. (2012). Chronic migraine prevalence, disability, and sociodemographic factors: Results from the American Migraine Prevalence and Prevention Study. Headache. 53:1456-1470.

Büyüköneç L., Törüner E. (2013). Çocukluk Yaşlarında Ağrı ve Hemşirelik Yönetimi. (Edt). Conk Z., Başbakkal H., Bolışık B. Pediatri Hemşireliği. Ankara Akademisyen Tıp Kitapevi, 881-896.

Breslau N, Merikangas K, Bowden CL. (1994). Comorbidity of migraine and major affective disorders. Neurology 44 (suppl 7): 17-22.

Breslau N., Rasmussen BK. (2001). The impact of migraine: epidemiology, risk factors and comorbidities. Neurology.56:4-12.

Cassileth RA, Deng G, Vickers A, Yeung KS, Chwistek M, Garrity D, Gubili J, Vroom P (2007). PDQ Onkoloji Kanserde Tamamlayıcı Tıp. İstanbul. İstanbul Medikal Yayıncılık (Çeviri Ed: E Topuz).

Cavanagh HMA., Wilkinson JM. (2002). Biological activities of lavender essential oil. *Phytother Res.*, 16:301– 308.

Cline ME., Herman J., Show F., Marton RD. (1992). Standardization of the visual analogue scale, *Nurs Res.*41(6):378-379.

Cohen J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale NJ: Erlbaum.

Collins SL., Moore AR., Mc Quay HJ. (1997) .The visual analogue pain intensity scale: what is moderate pain in millimetres? *Pain* 72:95-97.

Cooke B., Ernst E. (2000). Aromatherapy: a systematic review. *British Journal of General Practice*, 50:493-496.

Corner J., Cawley N., & Hildebrand S. (1995). An evaluation of the use of massage and essential oils on the wellbeing of cancer patients. *Int J Palliat Nurs*, 1(2); 67-73.

Corruble E., Legrand J. M., Duret C., Charles G., Guelf J.D. (1999). IDS-C and IDS-SR. Psychometric properties in depressed in-patients. *J Affect Disord.* 56:95-101.

Cupini LM., De Murtas M., Costa C., Mancini M., Eusebi P., Sarchielli P., et al. (2009). Obsessive-compulsive disorder and migraine with medication-overuse headache. *Headache.* 49(7):100513.

Craven RF., Hirnle CJ. (2013). *Fundamentals of Nursing, Human Health and Function.* 8th ed., Lippincott Comp, Philadelphia, p: 1144-1173.

Çalıkoğlu E., Kıralan M., Bayrak A. (2006). Türkiye 9. Gıda Kongresi, Uçucu Yağ Nedir, Nasıl Üretilir ve Türkiye'deki Durumuna Genel Bir Bakış, Bolu.

Çapar G. (2010) Kemoterapi Gören Kanserli Hastalarda Ağrı ile Anksiyete Ve Depresyon Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Serap ÜNSAR).

Çınar Ş., Eşer İ., & Khorshid L. (2009). The effects of back massage on the vital signs and anxiety level of elderly staying in a rest home. Hacettepe University Faculty of Health Sciences Nursing Journal, 16(2): 14-21.

Çilingir D., Bulut E. (2017). Yaşlı bireylerde ağrıya yaklaşım. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 2017;20:2.

Çöçelli LP., Bacaksız BD., Ovayolu N. (2008). Ağrı Tedavisinde Hemşirenin Rolü. The Nurse Factor In Pain Therapy. Gaziantep Tıp Dergisi.14: 53-58.

Demir GA. (2017). Baş ağrısı- migren. http://www.gulsenakmandemir.com/bas_agrisi_migren.html .Erişim Tarihi: 10 Ekim 2017.

Demircan A., Keleş A., Özel BA., Doğan NÖ. (2011). A Case of New Onset Migraine with Prolonged Aura Mimicking Cerebrovascular Accident in an Adolescent. JAEM, 10: 39-40.

Demirkaya M. (2006). Migrenli Kadın Hastalarda Atak Sırasında ve Ataklar Arası Dönemde Seks Hormonu Düzeyleri. Yayınlanmamış uzmanlık tezi, T.C. Sağlık Bakanlığı Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi: 2. Nöroloji Kliniği, İstanbul, (Danışman: Doç. Dr. Hülya Tireli).

Diamond S. (2001). A Fresh look at migraine therapy. Postgraduate Medicine, 109, 49-54.

Dikmen PY. (2016). Erişkinlerde Akut Migren Atağının Tedavisi ve Amerikan Baş Ağrısı Derneği Migren Farmakoterapisi Kanıt Değerlendirmesi. The Acute Treatment of Migraine Attack in Adults and American Headache Society Evidence Assessment of Migraine Pharmacotherapies. DO I:10.4274/tnd.93753 Turk J Neurol. 22:3-7.

Dikmen Y. (2013). Ağrı ve Yönetimi. Hemşirelik Bilim ve Sanatı. Edt. Atabek Aşti T., Karadağ A. Akademi. 634-666.

Domaç FM., Boylu E., Adıgüzel T., Özden T. (2012). Migrenli Olgularda Dizabilitenin Midas Ölçeği ile Değerlendirilmesi Evaluation of Disability in Migraine Cases With MIDAS. Düzce Tıp Dergisi. 14(1): 10-13.

Domingos TDS. & Braga EM.(2015). Massage with aromatherapy: effectiveness on anxiety of users with personality disorders in psychiatric hospitalization. Revista da Escola de Enfermagem da USP, 49(3): 450-456.

Dominick KL., Ahern FM., Gold CH., Heller DA. (2002). Relationship of health-related quality of life to health care utilization and mortality among older adults. Aging Clin Exp Res. 14:499-508.

Edge J. (2003). A pilot study addressing the effect of aromatherapy massage on mood, anxiety and relaxation in adult mental health. Complementary Therapies in Nursing and Midwifery, 9(2): 90-97.

Enç N. (2014). İç Hastalıkları Hemşireliği. Edt. Nuray Enç. Nobel Tıp Kitabevi. İstanbul.39-52.

Ertas M., Baykan B., Kocasoy OE., Zarifoğlu M., Karlı N., Saip S., Önal AE. ve Siva A. (2012). One-year prevalence and the impact of migraine and tension-type headache in Turkey: A nationwide home-based study in adults. J Headache Pain,13, 147– 157.

Erdine S.(2007). Tarihçe. (Edt). Erdine S. Ağrı. 3. Baskı. İstanbul, Nobel Kitapevi. 3-15.

Erdine S.(2007). Ağrı mekanizmaları ve Ağrıya Genel Yaklaşım. Ağrı. 3. Baskı. İstanbul. Nobel Kitapevi. 37-48.

Ergin E., Arslan GG., Yüce ŞÇ., Ayçemen N.(2017). Huzurevinde yaşayan yaşlılarda aromaterapinin anksiyete ve yaşam bulgularına etkisi. Effects of aromatherapy on anxiety and vital signs of the elderly living in nursing homes. Spatula DD. Cilt 7;Sayı:1.

Erol S., Ertunç M., Öztürk T.(2014). The Effect of a Hand Massage on Pain and Depression in the Older People Living in a Nursing Home: Pilot Study Huzurevinde Yaşayan Yaşlılara Uygulanan El Masajının Ağrı ve Depresyona Etkisi. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi;5(2):92-97.

Eti-Aslan F. (1998b). Postoperatif ağrı değerlendirmesinde görsel kıyaslama ve basit tanımlayıcı ölçeklerin duyarlılık ve seçiciliklerinin karşılaştırılması. VI. Ulusal Hemşirelik Kongresi, Ankara, S.178-186.

Eti-Aslan F., Pamir-Aksoy A. (2014). Ağrıda kanıta dayalı öneriler. Eti-Aslan, F. (Ed.). Ağrı Doğası ve Kontrolü. Akademisyen Tıp Kitabevi, Ankara, 113-114.

Ferrari, A., Alessandra, O., Bertolini, A., Cicero, AFG., Coccia, CPR., Leona, A., Sternieri, E. (2005). Adverse reactions related to drugs for headache treatment. Journal of Clinical Pharmacology. Volume 60, Issue 12, pp 893–900.

Freeman MP. (2009). Complementary and alternative medicine for perinatal depression. J Affect Disord. 112(13): 1-10.

Eti Aslan, F. (2002). Ağrı Değerlendirme Yöntemleri. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 6(1).

González JCA. (2012). Univ. Méd. ISSN 0041-9095. Bogotá (Colombia), 53 (4): 395-419,.

Göbel H. (1995). Essential plant oils and headache mechanisms. *Phytomedicine*, 2:93-102.

Gökçal E., Tamer S., Kiremitçi Ö.(2015). Migrenli Kadınlarda Vücut Kitle İndeksinin Ağrı, Özürlülük ve Uyku Üzerine Etkileri. *Van Tıp Dergisi*: 22(2): 84-89.

Gözüm S & Platin N. (2015). İntegratif/birleştirici/bütünleştirici sağlık hizmeti ve hemşirelik bakımı. *Numune Sağlık Dergisi*, 17, 40-44.

Gözüm S., Arıkan D., Büyükavcı M. (2007). Complementary and alternative medicine use in pediatric oncology patientsin Eastern Turkey. *Cancer Nursing*, 30 (1), 38-44.

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

Gullion CM., Rush AJ. (1998). Toward a generalizable model of symptoms in major depressive disorder. *Biol Psychiatry*. 44:959-972.

Gül V. (2014). Rize Yöresine Ait Tıbbi ve Aromatik Bitkilere Genel Bir Bakış. *Iğdır Üni. Fen Bilimleri Enst. Der. Iğdır Univ. J. Inst. Sci. & Tech.* 4(4): 97-107.

Gürkan A, Bilge A (2006). Alternatif terapiler ve psikiyatri hemşireliği. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 22 (1): 225-232.

International Headache Society: Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facial pain. *Cephalalgia* 8 (suppl 7): 1-96, 1988.

Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society (2004). The International Classification Of Headache Disorders. (2 nd Ed.). Cephalalgia, 24, 1151.

Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society (2013). The International Classification Of Headache Disorders. (3rd Ed.). Cephalalgia, 33(9), 629– 808.

Hennessy CH., Moriarty DG., Zack MM., Scherr PA., Brackbill R. (1994). Measuring health-related quality of life for public health surveillance. Public Health Rep.109:665-672.

Hwang JH.(2006). The effect of the inhalation method using essential oils on blood pressure and stress responses of clients with essential hypertension. Taehan.

Hartmaier S.L. Santanello NC. (1995) Development of a Brief 24-Hour Migraine-Specific Quality of Life Questionnaire. Headache,35: 320-329.

Holroyd KA. (2002). Assessment and Psychological Management of Recurrent Headache Disorders, Journal of Consulting and Clinical Psychology,70(3):656–77.

Horasanlı E., Usta B., Yeşilay A (2008). Medikal akupunktur. Yeni Tıp Dergisi, 25: 70-75.

Ilgaz A., Gözüm S. (2016). Tamamlayıcı Sağlık Yaklaşımlarının Güvenilir Kullanımı için Sağlık Okuryazarlığının Önemi DEUHFED. 9(2), 67-77

Imanishi J., Kuriyama H., Shigemori I., Watanabe S. (2009). Anxiolytic effect of aromatherapy massage in patients with breast cancer. Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine, 6(1): 123-128.

Izzatı-Zade KF. (2008). The role of serotonin in the pathogenesis and clinical presentations of migraine attacks. *Neuroscience and Behavioral Physiology*, 38 (5).

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

Jennings WM (2004). Aromatherapy practice in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 48 (1): 93–103.

İltuş F. (2007). Migrende 24 Saatlik Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Türkiye'deki Geçerlik Ve Güvenirliği. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. İzmir, (Danışman: Prof. Dr. Ayfer Karadakovan).

Karlı N.(2007). Migrende klinik özellikler. (Edt) Erdine, S. Ağrı.3. Baskı, Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, s;265-270.

Karlı N., Zarifoğlu M., Erteş M., Saip S., Öztürk V., Neyal M., Siva A., Kansu T., Sarıca Y. (2006). Economic impact of primary headaches in Turkey: a university hospital based study: part II. *J Headache Pain*, 7:75– 82.

Kaşıkçı M.K., Lafçı D. (2014). Yataklı Sağlık Kuruluşunda Görev Yapan Sağlık Personelinin Tamamlayıcı Ve Alternatif Tedavi Yöntemlerini Bilme ve Kullanma Durumları. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. Gümüşhane University Journal of Health Sciences*: 3(4).

Kavak A.(2010). Akupunktur. *Fırat Medical Journal*. Cilt 15, Sayı 1, 001-004.

Kindig DA., Booske BC. (2010). Remington PL. Mobilizing Action Toward Community Health (MATCH): metrics, incentives, and partnerships for population health. *Prev Chronic Dis*. 7:68.

Kocabıyık H ve Demirtürk BS (2008). Nane Yapraklarının İnfrared Radyasyonla Kurutulması. Tekirdağ Ziraat Fakültesi Dergisi Journal of kirdag Agricultural Faculty 5(3).

Kökçü B., Esen O., Uysal İ. (2015). Medicinal plants sold in Çanakkale/Turkey city center herbalists Medicinal plants sold in Çanakkale/Turkey city center herbalists Biological Diversity and Conservation – 8 / 3.

Leonardi M., Steiner TJ., Scher AT, Lipton RB. (2005). The global burden of migraine: measuring disability in headache disorders with WHO's Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). J Headache Pain. 6:429-440.

Lüleci A.(2004). Maltepe İlçesi Doğurganlık Çağındaki Kadınlarda Migren Prevalansının Araştırılması. Uzmanlık Tezi. (Tez Danışmanı: Doç. Dr. Ülkü Türk Börü).

Lipton RB., Stewart WF., Diamond S., Diamond ML., Ree M. (2001). Prevalence and burden of migraine in the United States: Data from the American migraine study 2. Headache, 41,646–57.

Lipton RB. (2009). Tracing transformation: chronic migraine classification, progression, and epidemiology. Neurology 2009;72:3–7.

Loretta L., Mueller DO. (2007). Diagnosing and Managing Migraine Headache ES10. JAOA. .

Louis M., Kowalski SD. (2002). Use of aromatherapy with hospice patient to decrease, pain, anxiety, depression and to promote an increased sense of well- being. Am J HOSP Palliat Care,19(6):381-386.

Manyanga T., Froese M., Zarychanski R., Abou Setta A., Friesen C., Tennenhouse M. (2014). Pain management with acupuncture in osteoarthritis: a systematic review and meta-analysis. *BMC Complementary Alternative Medicine*, 14, 312.

Meriçli F. (2014). Phytotherapy in Turkey and the Plants of Turkey as Source of Herbal Medicinal Products, Fourth International Meeting on Pharmacy&Pharmaceutical Sciences (IMPPS-4); 18-21 September, Istanbul.

Meriçli F. (2014). <http://www.enafarma.com.tr/bugune-baktigimizda/index.htm>. Erişim Tarihi:18.05.2018.

Nazlıkul H., Eraltan EH (2002). Tamamlayıcı Tıp. Nobel Tıp Kitabevleri, 4-51, 62-67.

Oh HG, Cho JY, Jun KK. (2000). Antistress effects of three aromatic blends being composed of synergic essential oils and differentiated effectiveness between three of them. *Journal of Korean Aromatherapy Society*.2,(1):1-23.

Özbek B., G Dadalı. (2007). Thin-layer drying characteristics and modelling of mint leaves undergoing microwave treatment. *Journal of Food Engineering*, 83: 541–549.

Özden SY., Baykan B., Ertekin E. (2015). Migrenli Hastalarda Obsesif- Kompulsif Belirtilerin Araştırılması. Investigation of obsessive-compulsive symptoms in patients with migraine. *27(1):18-25*.

Özer N. (2002). Stres ve Anksiyete İçin Alternatif Ve Tamamlayıcı Modeller, Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, Cilt: 5, Sayı: 1.

Özer N., Arslan S. (2010). Yoğun Bakım Hastalarının Duyusal Girdi Sorunlarında Tamamlayıcı Tedaviler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 13: 2.

Özer N., Arslan S. (2007). Dokunma, Müzik Terapi Ve Aromaterapinin Yoğun Bakım Hastalarının Fizyolojik Durumlarına Etkisi. *Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri*

Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Doktora Tez Erzurum, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Nadiye Özer).

Özçelik H., Fadiloğlu Ç (2009). Kanser hastalarının tamamlayıcı ve alternatif kullanım nedenleri. Türk Onkoloji Dergisi, 24 (1): 48-52.

Özgün N. (2015). Nane Uçucu Yağının Siklodekstrinler ile Mikroenkapsülasyonu. Ankara Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi. Ankara, (Danışman: Prof. Dr. Ali Bayrak).

Öztürk V. (2013). Migren Akut Tedavisi. Acute Treatment of Migraine. Nöropsikiyatri Arşivi. 50 Özel Sayı 1: 26-9.

Potter PA, Perry AG. (2013). Fundamentals of Nursing. 8th ed. Canada: Mosby Company, 643-657.

Patrick DL., Hurst BC., Hughes J. (2000). Further Development and Testing of the Migraine-Specific Quality of Life (MSQOL) Measure” Headache,40:550-60.

Post RM, Silberstein SD. (1994). Shared mechanisms in affective illness, epilepsy and migraine. Neurology; 44 (suppl 7): 37-47.

Radat F., Swendsen J. (2005). Psychiatric comorbidity in migraine: a review. Cephalalgia. 25:165–78.

Rasoolia AS., Salehib F., Mohammadpooraslc A., Goljaryand S., Zahra Seyyedia Z., Thomsons B (2016). Comparing the effects of aromatherapy massage and inhalation aromatherapy on anxiety and pain in burn patients, Burns 42:1774-1780.

Rothrock JF. (2008). What’s migraine?. American Headache Society, s.331.

Rush AJ., Gullion CM., Basco MR., Jarrett RB., Trivedi MH. (1996).The Inventory of Depressive Symptomatology (IDS). psychometric properties. Psychol Med. 26:477-486.

Rush AJ., Giles DE., Schlessner MA. (1986). The Inventory for Depressive Symptomatology (IDS). preliminary findings. Psychiatry Res. 18:65-87.

Russel MB., Iverson HK., Olesen J.(1994). Improved description of the migraine aura with a headache diary. Cephalalgia. 14:107–117.

Ruiz de Velasco I., González N. Etxeberria Y. (2003) Quality of Life in Migraine Patients: A Qualitative Study. Cephalalgia,23(9):892.

Rho KH., Han SH., Kim KS. (2006). Effects of aromatherapy massage on anxiety and self-esteem in Korean elderly women. Intern. J. Neuroscience.116 (12):1447-1455.

Richard B., Lipton MD., Adams AM., Dawn C., Kristina BM., Michael FL. Reed (2016). Comparison of the Chronic Migraine Epidemiology and Outcomes (CaMEO) Study and American Migraine Prevalence and Prevention (AMPP) Study: Demographics and Headache- Related Disability.

Sağkal T., Demiral S., Odabaş H., Altunok E.(2013). Kırsal Kesimde Yaşayan Yaşlı Bireylerin Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Yöntemlerini Kullanma Durumları. Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi. Cilt 27, Sayı 1, 019-026.

Sabuncu N., Özhan F., Dursun S.(2014). Kişisel hijyen ve uygulamaları. Sabuncu, N.(Ed). Hemşirelik bakımında ilke ve uygulamalar. Alter yayıncılık, Ankara, s;219-255.

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

Salomone S., Caraci F., Capasso A. (2009). Migraine. The Open Neurology Journal, 3, 64-71.

Saper J. Biondi D. MacGregor A. (2001) Klinisyenin El Kitabı. Baş Ağrısı Science Press Limited, 3. Baskı, Londra

Santanello NC. Hartmaier SL. (1995). Validation of a New Quality of Life Questionnaire for Acute Migraine Headache.. Headache, 35: 330-7.

Sarıtaş A., Çıkman M., Önder Hİ., Kandış H., Baltacı D. (2013). Retinal Migraine: A Case Report Retinal Migren: Olgu Sunumu. JAEMCR. 4: 29-31.

Silberstein SD., Lipton RB., Goadsby PJ. (1998). Headache in Clinical Practice, Isis Medical Media;1-7. Ltd.,Oxford.

Steiner TJ., Marteletti P. (Eds). (2011). Handbook of headache. Practical management. Springer. Press Limited 3. Londra.

Shin ES., Seo KH., Lee SH., Jang JE., Jung YM., Kim MJ., Yeon JY. (2016). Massage with or without aromatherapy for symptom relief in people with cancer. Cochrane Database Syst Rev.(6).

Stephen D., Silberstain RL., Peter J. (2002). Headache in clinical practice.

Stephen L.(2004) Migraine Throughout the Life Cycle: Treatment Through the Ages Neurology,62(5):2-8.

Şenturan L.(2014). Ağrının değerlendirilmesi. Sabuncu N.(Ed). Hemşirelik bakımında ilke ve uygulamalar. Alter yayıncılık, Ankara, s;449-463.

Şentürk SG., Küçükgüçlü Ö. (2015). Aromaterapi Uygulamasının Demanslı Bireylerde Görülen Davranışsal Değişiklikler Üzerine Etkisi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi. DEUHFED,8 (3), 190-194.

T.C. Sağlık Bakanlığı Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği
2014.http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2014/10/20141027-3.htm
Erişim:22.12.2014.

Tezbaşaran A. (2004). Likert Tipi Ölçeklerde Madde Seçmede Geleneksel Madde Analizi Tekniklerinin Karşılaştırılması, Türk Psikoloji Dergisi:19(54);77-87.

Tarlacı S. (2006). Akut Migren Atağı Tedavisi. Nobel Med, 2 (3), 4–14.

Taşdemir SN. (2015). Migren Tanısı Olan Hastalarda Kişilik Yapı ve Özelliklerinin İncelenmesi. Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, (Danışman: Prof. Dr. İsmet Kırpınar).

Taşkapılıoğlu Ö., Karlı N. (2013). Migrende Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi Assessment of Quality of Life in Migraine. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Bursa, Türkiye. Nöropsikiyatri Arşivi. 50 Özel Sayı 1: 60-64.

The WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL). (1998) Development and psychometric properties. Soc Sci Med 46:1569-1585.

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

Tombul K., Balcıoğlu İ., Ertem DH., Bingöl A., Göksan B., Uludüz DU.(2015). Migren tipi baş ağrısı olan olgularda kişilik özellikleri. Yeni Symposium. Cilt: 53, Sayı: 2.

Topçu SA. (2009). Hemşirelik Uygulamaları ve Eğitiminde Tamamlayıcı ve Alternatif Tedaviler. *Complementary and Alternative Therapy in Nursing Practice and Education*. Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, Cilt: 8, Sayı: 2.

Turan N., Öztürk A., Kaya N. (2010). Hemşirelikte Yeni Bir Sorumluluk Alanı: Tamamlayıcı Terapi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 3(1):.93-98.

Ucuzal M., Kanan N (2014). Foot Massage: Effectiveness on Postoperative Pain in Breast Surgery Patients. *Pain Management Nursing*, Vol 15, No 2 (June), 2014: pp 458-465.

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

Unal KS., Akpınar RB. (2016). The effect of foot reflexology and back massage on hemodialysis patients' fatigue and sleep quality. *Complementary Therapies in Clinical Practice*. 24: 139-144.

Uludağ B.(2005). Ağrı Hafızası. *Ağrı*. 17: 10-16.

Ulusoy EK., Ayar E., Bayındırlı D., Yön Mİ.(2015). Kronik Migrenli Kadın Hastalarda Dissosiyatif Belirtiler. Prevelansı ve Depresyon-Anksiyete ile İlişkisi *Prevalence of Dissociative Symptoms in Female Patients with Chronic Migraine, and Its Relationship with Depression-Anxiety*. *Selçuk Tıp Derg* 2015;31(2): 65-68.

Üçler S.(2018). Migren ve Gerilim Tipi Baş Ağrılarında Patofizyoloji *Pathophysiology of Migraine and Tension-Type Headache*. *Nöroloji AD, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Türkiye Klinikleri J Neurol-Special Topics* 2018;11(1):21-7.

Ünal M. (2016). Migren Kökenli Baş Ağrısında Spinal Manipülasyon Tedavisinin Ağrı Üzerine Etkisinin Araştırılması. Investigation of the Effects of the Spine Manipulative Treatment on Pain in Migraine Based Headache. İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi 2016; 1(3):51-53.

Üneri Ö., Şenbil N., Turgut S. (2009). Migrenli ergenlerde yaşam kalitesi. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2009; 10:137-14

Ünsal A.(2014). Hijyen uygulamaları. Aşti, TA, Karadağ, A.(Eds). Hemşirelik Bilimi ve Sanatı. Akademi Kitabevi. İstanbul. S:442-481.

Üzelli D. ve Korhan EA (2014). Yoğun Bakım Hastalarında Duyusal Girdi Sorunları ve Hemşirelik Yaklaşımı Sensory Input Problems of Intensive Care Patients and Nursing Approach. F.N. Hem. Dergisi, Cilt 22 - Sayı 2: 120-128.

Wacogne C., Lacoste JP., Guillibert E., Hugues F.C., Le Jeunne C. (2003). Stress, anxiety, depression and migraine. Cephalalgia, 23, 451–455.

Wilkinson S., Barnes K., Storey L. (2008). Massage for symptom relief in patients with cancer. J Adv Nurs. 63(5):430-9.

Wu JJ., Cui Y., Yang YS., Kang MS. (2014). Modulatory effects of aromatherapy massage intervention on electroencephalogram, psychological assessments, salivary cortisol and plasma brain-derived neurotrophic factor. Complementary Therapies in Medicine, 22(3): 456-462.

Welch KMA. Relationship of stroke and migraine. Neurology 1994; 44 (suppl 7): 33-36.

Yavuz M (2006). Ağrıda Kullanılan Nonfarmakolojik Yöntemler. Aslan FE. Eds. Ağrı Doğası ve Kontrolü. İstanbul: Mart Matbaacılık, 135-147.

Yavuz KF., Yavuz N., Ulusoy S., Alniak İ., Hafize N., Güneş G.(2013). Gerilim ve Migren Tipi Baş Ağrılarına Eşlik Eden İşlevsel Olmayan Bilişsel İçerikler ve Tutumlar. Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences 2013;26:12-21.

Yaşar H., Balıbey H., Alay S., Tekeli H., Türker T., Bayar N. (2013). Migren Hastalarında Anksiyete, Depresyon ve Obsesif-Kompulsif Belirti Düzeyleri. Journal of Mood Disorders, 3(4):156-61.

Yaylı N. (2013). Uçucu Yağlar ve Tıbbi Kullanımları. İlaç Kimyasi, Üretimi, Teknolojisi, Standardizasyonu Kongresi, Kimyagerler Derneği, 29-31 Mart, Antalya.

Yıldırım YY., Fadiloğlu Ç., Uyar M (2006). Palyatif kanser bakımında tamamlayıcı tedaviler. Ağrı, 18 (1): 26-32.

Yi YS. (2002). The effects of aromatherapy on the preoperative anxiety of surgical patient Master's Thesis. Seoul, Korea: Kyung Hee University.

Young WB., Silberstein SD. (2004). Migraine and Other Headaches, AAN Pres, New York.

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

<http://primaoliva.com/wp-content/uploads/2015/11/Lavender-Balsamic-Vinegar.jpg>,
Erişim Tarihi: 24.10.2017.

<http://www.yenisafak.com/saglik/bas-agrisindan-ote-bir-hastalik-migren318564>.
Erişim Tarihi 18.08.2017.

https://www.google.com.tr/search?q=nane+++bitki++resimleri&rlz1C1OPRA_enTR568TR568&tbm. Erişim Tarihi:23.10.2017.

http://www.gulsenakmandemir.com/bas_agrisi_migren.htm Erişim Tarihi: 10 Ekim 2015

<http://sesanltd.com.tr/pulse-oksimetre-cihazı/> Erişim Tarihi:18.10.2016.

<https://medikalimburada.com/tansiyon-aletleri-ve-steteskoplar>.ErişimTarihi: 18.10.2016.

<https://www.google.com.tr/search?q=vas+ağrı+skalası+formu>. (Erişim Tarihi: 18.11.2018).



10.EKLER

Ek 1. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

Sayın.....

Bu araştırma Haliç Üniversitesi, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalında doktora öğrencisi olan Hatice Öntürk ve Tez Danışmanı Prof. Dr. Necmiye Sabuncu tarafından planlanmıştır. Araştırmanın amacı “**Akut Migren Ataklarında Aromatik Yağlarla Yapılan Masajın Ağrının Şiddeti ve Yaşam Kalitesine Etkisi**”nin incelenmesidir.

Araştırmaya katılmayı kabul ederseniz, araştırmacı sizinle görüşecek ve çeşitli bilgiler toplayacaktır. Bunlar kişisel ve hastalığınıza ait bilgiler olacaktır. Araştırma sonuçları doktora tezi için ve bilimsel yayın amaçlı kullanılacaktır.

Araştırmadan elde edilen bilgiler akut migren atağı sırasında uygulanan tamamlayıcı ve destekleyici tedavi yöntemlerinin, tıbbi tedaviye etkisinin araştırılmasına ve ağrının daha rahat atlatılmasına katkı sağlayacaktır. Elde edilen bilgilerin gizliliği araştırmacı tarafından sağlanacaktır. Araştırmaya gönüllü olarak katılmaları beklenen hastaların kimliği yalnızca araştırmacı tarafından bilinecektir.

Araştırma sonuçları açıklanırken hastaların kimliği deşifre edilmeyecektir. Hastaların araştırmaya katılmama hakları vardır. Hastaların araştırmaya katılmayı reddetmesi onların hastanede almış oldukları tedavi ve bakımı hiçbir şekilde etkilemeyecektir. Araştırmaya katılmayı kabul eden hastalar istedikleri takdirde araştırmadan çekilebilirler.

Çalışma akut migren atağında ağrının aromatik yağlarla yapılan masaj ile daha hafif atlatılmasında size yön gösterecektir. Sizden beklenen size sorulan soruları durumunuza en uygun şekilde yanıtlamanızdır.

Bu onam formunu okudum ve gönüllü olarak çalışmaya katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcı imzası:

Tarih:

Bu çalışma ile ilgili bilgileri yukarıda adı geçen katılımcıya açıkladım ve yazılı onamını aldım.

Araştırmacının imzası:

Tarih:



Ek 2. Hasta Bilgi Formu

Form no :

Tarih :

Protokol no :

Aşağıdaki sorular sizin hastalığınız ve genel durumunuz konusunda açıklayıcı bilgileri alabilmek amacıyla düzenlenmiştir. Bu bilgiler araştırma sonuçlarının yayımlanması durumunda tüm kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır.

Size en uygun ifadeyi işaretlemenizi rica eder, teşekkür ederiz.

1. Ad-Soyadınız:..... Yaşınız:.....
2. Cinsiyetiniz (1) Kadın (2) Erkek
3. Telefon Numaranız: 050.....
4. Adres:
5. Eğitiminiz :
(1) Okur yazar (2) İlkokul (3) Ortaokul (4) Lise (5) Üniversite
6. Mesleğiniz, işiniz.....
7. Kaç yıldır migren hastasıdır.....
9. Ağrının sıklıkla gün içinde başlama zamanın işaretleyiniz
(1) Düzensiz (2) Sabah (3) Öğle (4) Akşam (5) Gece
10. Daha önce uygulanan ağrı tedavi yöntemleri:
Hacamat (1) Fizik tedavi (2) Masaj (3) İlaç tedavisi (4) Akupunktur (5) Psikoterapi (6) Davranış terapisi (7)
11. Acil servise gelmeden önce ağrı kesici aldınız mı? (1) Evet (2) Hayır
12. Hangi ilacı aldın

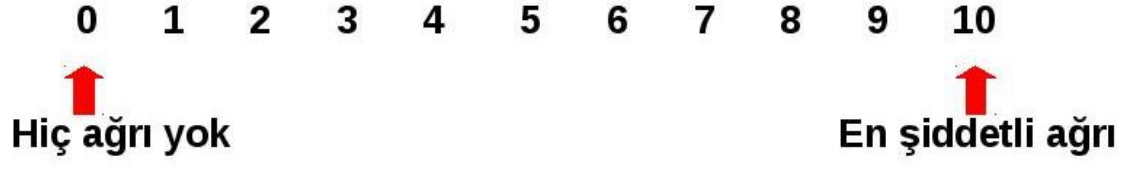
Acilde Uyg.İlaç.	
Vital Bulgular	Tansiyon:.... / mmhg Nabız:.....Dk Puls O2: Ateş: C° Solunum Sayısı: Dk

Acil serviste kalış süresi	30 dk.: <input type="checkbox"/>	60 dk. : <input type="checkbox"/>	90 dk. : <input type="checkbox"/>	120 dk. : <input type="checkbox"/>
	diğer:			

13. Ağrınız ile birlikte olan bulguları işaretleyiniz (Katılımcı birden fazla seçenek işaretleyebilir).

- | | | | |
|-------------------------|----------------------|------------------------|--------------------|
| (1) Işıktan rahatsızlık | (7) Kusma | (13) Burun tıkanıklığı | (19) Bulanık görme |
| (2) Göz yaşarması | (8) Kabızlık | (14) Titreme | (20) Geğirme |
| (3) İştahsızlık | (9) İshal | (15) Baş dönmesi | (21) Kilo kaybı |
| (4) Halsizlik | (10) His kaybı | (16) Çift görme | (22) Uykusuzluk |
| (5) Aşırı idrar | (11) Uyuşma | (17) Göğüs ağrısı | (23) Çarpıntı |
| (6) Bulantı | (12) Dengesiz yürüme | (18) Yutma güçlüğü | (24) Nefes darlığı |

EK 3. Görsel Kıyaslama Ölçeği - (GKÖ)



Ek 4. Migrende 24 Saatlik Yaşam Kalitesi Ölçeği

Migren başağrınız için kullandığınız ilaçların ilk dozunu aldıktan sonraki 24 saat içinde zamanınızın ne kadarında aşağıdaki olumsuzluklardan ne kadar etkileniyorsunuz?

(Lütfen her soru için bir kutucuk işaretleyiniz)

	Zamanının Tamamında	Büyük kısmında	Anlamlı bir kısmında	Bir kısmında	Küçük bir kısmında	Çok küçük bir kısmında	Hiçbir zaman
1. Işığa ve/veya gürültüye karşı hassasiyetiniz artar							
2. Bulantınız olur							
3. Zonklayıcı başağrınız olur							
4. Migren başağrılarınız olduğu için moraliniz bozulur							
5. Kendinizi fiziksel olarak rahatsız hissedersiniz							
6. Aldığınız migren ilaçlarınızın migrenle ilgili belirtilerinizi geçirmeyeceğinden endişelenirsiniz							

Migren ilacınızın ilk dozunu aldıktan sonraki 24 saat içinde migren ağrınız ve eşlik eden belirtiler zamanınızın ne kadarında aşağıdakileri yapma becerilerinizi kısıtlar: (Lütfen her soru için bir kutucuk işaretleyiniz).

	Zamanının Tamamında	Büyük kısmında	Anlamlı bir kısmında	Bir kısmında	Küçük bir kısmında	Çok küçük bir kısmında	Hiçbir zaman
7. Normal günlük işlerinizi yapabilmenizi (ev işleri, ev dışındaki işler, okul işleri)							
8. Dikkatinizi sürdürebilmenizi							
9. Makine veya motorlu araç kullanmanızı (evdeki aletler ve işyeri araçları dahil)							
10. Yaşamdan zevk almanızı							

Migren ilacınızın ilk dozunu aldıktan sonraki 24 saat içinde migren ağrınız ve eşlik eden belirtiler sizi aşağıdaki maddeler yönünden ne kadar olumsuz etkiler: (Lütfen her soru için bir kutucuk işaretleyiniz)

	Çok büyük ölçüde	Büyük ölçüde	Oldukça	Orta derecede	Biraz	Çokaz	Hiç
11. Size yakın olan insanlarla ilişkileriniz							
12. Diğer insanlarla ilişkileriniz							
13. Enerji seviyeniz							
14. İyi bir gece uykusu geçirebilmeniz							
15. Ruh haliniz							

Ek 5. Depresif Belirti Envanteri (Öz Bildirim) (IDS-SR)

HASTA ADI: _____ TARİH: _____

Lütfen son 7 gün için, her bir maddede sizi en iyi tanımlayan yanıtı çember içine alınız.

1. Uykuya dalmak

0. Uykuya dalmam hiçbir zaman 30 dakikadan uzun sürmez.
 1. Zamanın yarısından azında uykuya dalmam en az 30 dakika sürer.
 2. Zamanın yarısından çoğunda uykuya dalmam en az 30 dakika sürer.
 3. Zamanın yarısından çoğunda uykuya dalmam 60 dakikadan uzun sürer.

2. Gece uykusu

0. Geceleri uyanmam.
 1. Huzursuz ve hafif bir uykum vardır ve arada bir kısa süreler için uyanırım.
 2. Geceleri en az bir kere uyanırım ama tekrar kolayca uykuya dalarım.
 3. Zamanın yarısından çoğunda geceleri bir kereden sık uyanırım ve 20 dakika veya daha uzun bir süre uyanık kalırım.

3. Erken uyanmak

0. Çoğu zaman uyanmam gereken zamandan en fazla 30 dakika önce uyanırım.
 1. Zamanın yarısında gereken zamandan 30 dakikadan daha uzun bir süre önce uyanırım.
 2. Neredeyse her zaman uyanmam gereken zamandan en az bir saat önce uyanırım ama 'sonunda' tekrar uykuya dalarım.
 3. Uyanmam gereken zamandan en az bir saat önce uyanırım ve tekrar uykuya dalamam.

4. Fazla uyumak

0. Geceleri 7-8 saatten fazla uyumam ve gündüzleri de uyumam.
 1. 24 saatlik bir süre içinde gündüz uykuları dahil olmak üzere 10 saatten fazla uyumam.
 2. 24 saatlik bir süre içinde gündüz uykuları dahil olmak üzere 12 saatten fazla uyumam.
 3. 24 saatlik bir süre içinde gündüz uykuları dahil olmak üzere 12 saatten fazla uyurum.

5. Üzgün hissetmek

0. Üzgün hissetmem.
 1. Zamanın yarısından azında üzgün hissederim.
 2. Zamanın yarısından çoğunda üzgün hissederim.
 3. Neredeyse her zaman üzgün hissederim.

6. Çabuk sinirlenme, tahammülsüz hissetmek

0.Çabuk sinirlenme, tahammüslüklük hissetmem.

- 1 Zamanın yarısından azında sinirli, tahammüslüklük hissederim.
- 2 Zamanın yarısından çoğunda sinirli, tahammüslüklük hissederim.
3. Neredeyse her zaman aşırı derecede sinirli, tahammüslüklük hissederim.

7. Tedirgin veya gergin hissetmek

0. Tedirgin veya gergin hissetmem.

1. Zamanın yarısından azında tedirgin veya gergin hissederim.
2. Zamanın yarısından çoğunda tedirgin veya gergin hissederim.
3. Neredeyse her zaman aşırı derecede tedirgin veya gergin hissederim.

8. İyi veya istenilen olaylara duygu durumunuzun tepkisi

0. İyi olaylar olduğunda keyfim yerine gelir ve bu birkaç saat sürer.

1. İyi olaylar olduğunda keyfim yerine gelir ama kendimi her zamanki 'ben' gibi hissetmem.
2. Sadece bazı istenilen olaylar karşısında keyfim kısmen yerine gelir.
3. Çok iyi veya istenilen bir olay olsa bile keyfim hiçbir şekilde yerine gelmez.

9. Duygu durumun günün değişik saatlerine göre değişimi:

0. Duygu durumum ve günün değişik saatleri arasında düzenli bir ilişki yok.

1. Duygu durumum çevresel nedenlerle (örneğin: yalnız olmak, çalışıyor olmak) sık sık gün içinde değişir.
2. Genel olarak keyfim çevresel nedenlerden çok günün değişik saatlerine bağlıdır.
3. Duygudurumum günün belirli saatlerinde, önceden tahmin edilebilir bir şekilde daha iyi veya kötü olur.

9a Duygu durumunuz tipik olarak sabahları mı, öğleden sonraları mı yoksa akşamları mı daha kötü olur? (birini çember içine alın)

9b Duygu durumunuzun değişimi çevreden mi kaynaklanır? (evet veya hayır) (birini çember içine alın)

10. Duygu durumunuzun niteliği

0. Yaşadığım duygu durumu (içsel duygular) oldukça normal bir duygu durumu.

1. Üzgün bir ruh halindeyim ama bu üzüntü yakın olduğum birisi ölseydi veya beni terk etseydi hissedeceklerimle oldukça aynı.

2. Üzgün bir ruh halindeyim ama bu üzüntü yakın olduğum birisi ölseydi veya beni terk etseydi hissedeceklerimden farklı.

3. Üzgün bir ruh halindeyim ama bu üzüntü yas veya kayıp durumunda hissedilen üzüntüden oldukça farklı.

Lütfen sadece 11 ya da 12'yi doldurun

11. İştah azalması

0. İştahım her zamanki gibi.

1. Her zamankinden biraz daha az sıklıkta veya daha az miktarda (yemek) yiyorum.

2. Her zamankinden çok daha az ve ancak kendimi zorlayarak yiyorum.

3. 24 saatlik bir süre içinde nadiren yemek yiyorum ve ancak kendimi zorlayarak veya başkaları beni ikna ettiğinde yiyorum.

12. İştah artması

0. İştahım her zamanki gibi.

1. Her zamankinden daha sık yeme ihtiyacı duyuyorum.

2. Düzenli olarak her zamankinden daha sıklıkta veya daha az çok miktarda (yemek) yiyorum.

3. Öğünlerde ve öğün aralarında aşırı yeme zorunluluğu hissediyorum.

LÜTFEN 13 VEYA 14 DÜNCÜ SORUYU CEVAPLAYIN (HER İKİSİNİ DEĞİL)

13. Son iki hafta boyunca

0. Kilom değişmedi.

1. Sanki biraz kilo verdim.

2. Bir veya daha çok kilo verdim.

3. İki buçuk veya daha çok kilo verdim.

14. Son iki hafta boyunca

0. Kilom değişmedi.

1. Sanki biraz kilo aldım.

2. Bir kilo veya daha çok kilo aldım.

3. İki buçuk kilo veya daha çok kilo aldım.

15. Konsantre olma/ kara verme

0. Her zamanki konsantre olma veya karar verme kapasitemde bir değişiklik yok.

1. Zaman zaman kendimi karasız hissediyorum veya dikkatimin dağıldığını fark ediyorum.

2. Çoğu zaman dikkatimi odaklamakta veya karar vermekte zorlanıyorum.
3. Bir şey okuyacak kadar iyi konsantre olamıyorum veya önemsiz kararlar bile veremiyorum.

16. Kendime bakışım

0. Kendimi başkalarıyla aynı ölçüde değerli ve layık görüyorum.
1. Her zamankinden daha çok kendimi suçlayıcı davranışlarda bulunuyorum.
2. Çoğunlukla başkaları için sorun yarattığıma inanıyorum.
3. Neredeyse sürekli kendimdeki küçük ve büyük eksiklikleri düşünüyorum.

17. Geleceğime bakışım

0. Geleceğime iyimser bir bakışım var.
1. Zaman zaman geleceğimle ilgili kötümser oluyorum ama genellikle her şeyin daha iyi olacağına inanıyorum.
2. Yakın geleceğimin (1–2 ay) benim için iyi şeyler getirmeyeceğine oldukça eminim.
3. Geleceğimde herhangi bir zamanda benim için iyi şeyler olacağına dair umutsuzum.

18. Ölüm veya intihar düşünceleri

0. Ölüm veya intiharı düşünmüyorum.
1. Hayatın boş olduğunu düşünüyorum veya yaşamaya değer mi diye düşünüyorum.
2. İntiharı veya ölümü haftada birkaç kez birkaç dakikalığına düşünüyorum.
3. İntiharı veya ölümü günde birkaç kez detaylı olarak düşünüyorum veya intihar etmek için bir plan yaptım veya zaten intihar girişiminde bulundum.

19. Genel ilgi

0. Başka insanlara duyduğum veya aktivitelere duyduğum ilgide bir değişme yok.
1. Başka insanlara duyduğum veya aktivitelere duyduğum ilgide bir azalma fark ediyorum.
2. Eskiden ilgi duyduğum aktivitelerin sadece bir veya ikisine hala ilgi duyuyorum.
3. Eskiden ilgi duyduğum aktivitelere neredeyse hiç ilgi duymuyorum.

20. Enerji düzeyi

0. Her zamanki enerji düzeyimde bir değişiklik yok.
1. Her zamankinden daha kolay yoruluyorum.
2. Günlük işlerime başlamak veya onları bitirmek için çok çaba harcamam gerekiyor (örneğin: alışveriş, ev ödevi, yemek yapma veya işe gitme).
3. Günlük işlerimin çoğunu gerçek anlamda yapamıyorum çünkü gereken enerjiye sahip değilim.

21. Keyif ve zevk alma kapasitesi (cinsellikle ilgili konular dışında)

0. Zevkli aktivitelerden her zamanki kadar keyif alıyorum.
1. Zevkli aktivitelerden her zamanki kadar keyif almıyorum.
2. Herhangi bir aktiviteden pek keyif almıyorum.
3. Herhangi bir şeyden zevk veya keyif almam mümkün değil.

22. Cinselliğe ilgi (Lütfen ilgi düzeyine göre cevap verin, eylemlere göre değil)

0. Cinselliğe ilgim her zamanki gibi.
1. Cinselliğe ilgim her zamankine göre daha az veya cinsellikten eskiden aldığım zevki almıyorum.
2. Cinselliğe pek ilgi duymuyorum veya nadiren cinsellikten zevk alıyorum.
3. Cinselliğe karşı hiçbir şekilde ilgim yok veya cinsellikten hiç bir zevk almıyorum.

23. Kendini yavaşlatılmış hissetmek

0. Her zamanki hızımla düşünüyorum, konuşuyorum ve hareket ediyorum.
1. Düşünme hızımın azaldığını veya sesimin duygusuz veya tekdüze çıktığını hissediyorum.
2. Çoğu soruya cevap vermem birkaç saniye alıyor ve düşünme hızım yavaş.
3. Çoğu zaman sorulara cevap vermem aşırı bir çaba sarf etmeden mümkün değil.

24. Huzursuz hissetme

0. Kendimi huzursuz hissetmiyorum.
1. Çoğuzaman kıpır kıpırım, ellerimi ovuşturuyorum veya sık sık oturma pozisyonumu değiştiriyorum.
2. Kıpırdanma/hareket etme ihtiyacı duyuyorum ve oldukça huzursuzum.
3. Bazı zamanlarda oturur vaziyette kalmam mümkün değil ve dolanma ihtiyacı duyuyorum.

25. Ağrılar ve sızılar

0. Kollarımda veya bacaklarımda ağırlık hissetmiyorum ve ağrı veya sızılarım yok.
1. Bazen başım, karnım, sırtım veya eklemelerim ağrıyor ama bu ağrılar sadece bir süreliğine oluyor ve beni yapmam gerekenlerden alıkoymuyor.
2. Bu tür ağrılarım çoğu zaman oluyor.
3. Bu tür ağrılar o kadar kötü oluyor ki yaptığım işe devam edemiyorum.

26. Başka bedensel belirtiler

0. Bu semptomların hiçbiri bende yok: kalbin hızla çarpması, net olmayan görüş, Sıcak soğuk basması, göğüs ağrısı, kulak çınlaması, titreme.
1. Bu semptomların bazıları bende var ama hafif derecede ve sadece bazen.
2. Bu semptomların bazıları bende var ve beni oldukça rahatsız ediyorlar.

3.Bu semptomların bazıları bende var ve ortaya çıktıklarında o an yaptığım her ne ise bırakmak zorunda kalıyorum.

27. Kabızlık/ İshal

0. Bağırsaklarım her zamanki gibi çalışır.

1.Aralıklarla tekrar eden hafif derecede kabızlık/ ishal durumum var.

2.Çoğu zaman kabızlık veya ishal durumları yaşarım ama bu günlük hayatımı idame ettirmemi engellemez.

3.İlaç kullanmamı gerektiren kabızlık veya ishal durumları yaşarım veya bu durum günlük hayatımı idame ettirmemi engeller.

28. Panik/ Fobi belirtileri

0.Panik nöbetlerim veya belirli korkularım (fobilerim) (örneğin hayvanlardan veya yükseklikten) yoktur.

1.Hafif panik nöbetlerim veya korkularım vardır ama bunlar beni davranışımı değiştirmeye zorlamaz veya hayatımı idame ettirmemi engellemez.

2.Ciddi panik nöbetlerim veya korkularım vardır ve bunlar beni davranışımı değiştirmeye zorlar ama hayatımı idame ettirmemi engellemez.

3.En az haftada bir kere panik nöbetlerim veya ciddi korkularım olur ve bunlar günlük aktivitelerimi engeller.

29. Kişiler arası ilişkilerde hassasiyet

0.Hiç başkaları tarafından kolayca reddedilmiş, önemsenmemiş, eleştirilmiş veya incitilmiş hissetmedim.

1.Zaman zaman başkaları tarafından reddedilmiş, önemsenmemiş, eleştirilmiş veya incitilmiş hissettim.

2.Zaman zaman başkaları tarafından reddedilmiş, önemsenmemiş, eleştirilmiş veya incitilmiş hissettim, ama bu duygular ilişkilerimi veya işimi sadece hafif derecede etkilemiştir.

3.Bir çok zaman başkaları tarafından reddedilmiş, önemsenmemiş, eleştirilmiş veya incitilmiş hissettim ve bu duygular ilişkilerimi veya işimi olumsuz etkilemiştir.

30. Kurşun gibi ağırlaşma hissi / fiziksel enerji

0.Ağırlık duygusu yaşamıyorum veya fiziksel enerjim yokmuş gibi hissetmiyorum.

1.Zaman zaman ağırlaşma duygusu yaşıyorum veya fiziksel enerjim yokmuş gibi hissediyorum ama bu işimi, okulumu ve aktifliğimi olumsuz etkilemiyor.

2. Zamanın yarısında ağırlaşma duygusu yaşıyorum (fiziksel enerjim yokmuş gibi hissediyorum).

3.Çoğu zaman, günün birkaç saatinde, haftada birkaç gün ağırlaşma duygusu yaşıyorum (fiziksel enerjim yokmuş gibi hissediyorum).



Ek 6. Kurumdan Alınan İzin

BİTLİS DEVLET HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİ - BİTLİS DH
İNSAN KAYNAKLARI (ÖZLÜK) BİRİMİ
12:12/2016 10:13 - 19339967 - 641.99 - E.1336



T. C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Bitlis İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Bitlis Devlet Hastanesi

SAYI : B.10.1.TKH.4.13.H.13.0.01
KONU: Tez Çalışması İhk.

Dr. Hatice ÖNTÜRK
Öğretim Görevlisi

İLGİ: 12/12/2016 tarih ve E.1226 sayılı yazınız.

İlgili tarih ve sayılı dilekçenize istinaden, Hastanemizde "Akut Migren Ataklarında Aromatik Yağlarla yapılan Masajın Ağrının Şiddeti ve Kalitesine Etkisi" tez çalışması Hastanemiz Yöneticiliği tarafından uygun görülmüştür.

Bilgilerinize Rica ederim.

Uzm. Dr. Ramazan GÜVEN
Hastane Yöneticisi V.

Ek 7. Etik Kurul Onayı



**T.C.
YÜZÜNCÜ YIL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
KARAR FORMU**



KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 05	Tarih: 11.04.2017
	Prof.Dr. Necmiye SABUNCU sorumluluğunda yapılması tasarlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen "Akut Migren Ataklarında Aromatik Yağlarla Yapılan Masajın Ağrının Şiddeti ve Yaşam Kalitesine Etkisi" isimli bilimsel araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiştir. Araştırmacıların Yüzüncü Yıl Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulunun Çalışma Esasları Hakkında Yönergesinde belirtilen hususları yerine getirdikleri belirlenmiş olup, çalışmalarını ile ilgili tüm sorumluluk araştırmacılara ait olmak üzere, söz konusu çalışmanın gerçekleştirilmesinde sakınca bulunmadığına, toplantıya katılan Etik Kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu/oy birliği ile karar verilmiştir.	
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU		
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu	
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof.Dr. Oğuz TUNCER	

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
			E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr. Oğuz TUNCER	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>[Signature]</i>
Yrd.Doç.Dr. Şükran SEVİMLİ	Tıp Tarihi ve Etik	Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr. Sıddık KESKİN	İstatistik Uzmanı	Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>[Signature]</i>
Doç.Dr. Hakkı ŞİMŞEK	Kardiyoloji	Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>[Signature]</i>
Doç.Dr. Hüseyin GÜDÜCÜOĞLU	Tıbbi Mikrobiyoloji	Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>[Signature]</i>
Doç.Dr.A.Faruk KIROĞLU	KBB	Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>[Signature]</i>
Yrd.Doç.Dr. Abbas ARAS	Genel Cerrahi	Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>[Signature]</i>
Yrd.Doç.Dr. Celalettin SOYALP	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>[Signature]</i>
Yrd.Doç.Dr. Numan ÇİM	Kadın Hastalıkları ve Doğum	Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>[Signature]</i>
Yrd.Doç.Dr. Ramazan ÜSTÜN	Fizyoloji	Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>[Signature]</i>
Yrd.Doç.Dr. Ersoy ÖKSÜZ	Farmakoloji Uzmanı	Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>[Signature]</i>
Lütfü POLAT	Eczacı	Van Polat Eczanesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>[Signature]</i>
Nazlı AKTAŞ	Avukat	Yüzüncü Yıl Üniversitesi Hukuk Müşavirliği	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>[Signature]</i>
Özge Burak DEĞER	Sağlık Mesleği Mensubu Olmayan Üye	Van Sanayici ve İş Kadınları Derneği	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>[Signature]</i>
Adnan SELÇUK	Sağlık Mesleği Mensubu Olmayan Üye	Van İş Geliştirme Merkezi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>[Signature]</i>

Sayfa 2
Adres : Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Merkez Kampüsü Van
Tel : 432- 2150470
Faks : 432-2168352
e-posta: etikkurull@gmail.com

Ek 8. Görüşüne Başvurulan Uzman ve Akademisyenler

1. Prof. Dr. Filiz Meriçli (Yakın Doğu Üniversitesi-KKTC)
2. Uzm. Dr. Ramazan Güven (Bitlis Devlet Hastanesi Başhekim -Bitlis)
3. Uzm. Dr. Gökhan Eyüboğlu (Bitlis Devlet Hastanesi Acil Klinik -Bitlis)
4. Uzman Fizyoterapist İbrahim Mayda (Osteopat - İstanbul)



11.ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı Soyadı : Hatice Öntürk
Doğum Yeri : Van
Medeni Hali : Bekâr
Yabancı Dil : İngilizce
E-posta Adresi : onturk65@hotmail.com
Tel : 0505 623 94 44

Eğitim ve Akademik Durumu

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Lisans	Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi	1995
Yüksek Lisans	Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Farmakoloji ABD	1999

İş Tecrübesi

	Süre (Yıl)
YYÜ Tıp Fakültesi Pediatri Servisi (Hemşire)	5
Bitlis Eren Üniversitesi (Öğretim Görevlisi)	17

Mesleki Dernek/Kurul Üyeliği: Türk Hemşireler Derneği

Bildiriler/Yayınlar

Projeler

1. Mesleki ve Teknik Eğitimin Kalitesinin Gelistirilmesi Mal Alımı projesi, Avrupa Birliği, Araştırmacı, 01/01/2011 (Devam Ediyor- Uluslararası).
2. Mesleki ve Teknik Eğitimin Kalitesinin Gelistirilmesi Kalite Gelistirme, Avrupa Birliği, Araştırmacı, 21/05/2012 - 21/05/2014 (Uluslararası).
3. Mesleki ve Teknik Eğitimin Kalitesinin Gelistirilmesi METEK, Avrupa Birliği, Araştırmacı, 21/05/2012 - 21/05/2014 (Uluslararası).

Uluslararası hakemli dergilerde yayımlanan makaleler

1. Öntürk Hatice (2008). Anti inflammatory and Hepatoprotective Activities of Trigonella Foenum graecum L. Pharmacologyonline, 2, 126-122. (Yayın No: 929271)
2. Öntürk Hatice (2008). Investigation Of Acute Liver Toxicity and Anti Inflammatory Effects of Artemisia J. Jacq Pharmacologyonline

Ulusal hakemli dergilerde yayımlanan makaleler

1. Öntürk Hatice (2014). Alfa amanitinle oluşturulmuş böbrek ve karaciğer toksisitesinde alfa pinen ve silibinin etkisinin sıçanlar üzerinde araştırılması . Genel Tıp Dergisi 2008; , 18(4), 159-164. (Kontrol No: 929282)
2. Öntürk Hatice (2009). Bitlis İlinde 1998 2008 Yılları Arasında Sıtma Epidemiyolojisi. Ulusal Parazitoloji Kongresi. 1-6 Kasım 2009. 304 (Kontrol No: 929287)
3. Öntürk Hatice (2009). Trans karyofillen ve öjenol ün akut toksisitesi ve hipoglisemik etkinliğin diyabetik fareler üzerinde araştırılması. Genel Tıp Dergisi 2009 (19), 19 (Kontrol No: 929279)
4. Öntürk Hatice (2008). Alfa amanitinle oluşturulmuş böbrek ve karaciğer toksisitesinde alfa pinen ve silibinin etkisinin sıçanlar üzerinde araştırılması . Genel Tıp Dergisi 2008; 18(4) (Kontrol No: 929285)
5. Öntürk Hatice (2007). Deneysel diyabet oluşturulması ve kan seker seviyesinin ölçülmesi. Genel Tıp Dergisi 2007; 18(4), (Kontrol No: 929284)
6. Öntürk Hatice (2007). Reyhan Ocium Basilicum uçucu yağının antiinflamatuvar aktivitesinin araştırılması. Genel Tıp Dergisi, 17(7) (Kontrol No: 929275)

Sertifika

1. 1.Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulları Müdürler Toplantısı III ve Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulları Programlarına Yönelik Çekirdek Eğitim Programı Çalıştay II, Çukurova Üniversitesi, Sertifika, 24.04.2017 -26.04.2017 (Ulusal)
2. Konferans, Sağlıkın Korunması ve Hastaların Yaşam Kalitesinin Yükseltilmesi İçin Tamamlayıcı Yöntemler, Haliç Üniversitesi, Sertifika, 30.01.2017 -30.01.2017 (Ulusal)
3. 15. Ulusal Hemsirelik Kongresi, Genel Hemsirelik Temaları, Atatürk Üniversitesi, Sertifika, 10.04.2015 - 12.09.2015 (Ulusal)
4. Hemsirelikte Sistemik Yaklaşımlar, Hemsirelik Mesleğinin Profayonellesmesi yönünde çalışmalar içermektedir, Akdeniz Üniversitesi, Sertifika, 19.11.2014 -22.11.2014 (Ulusal)
5. Antibiyotik Farkındalık Sempozyumu, Doğru Antibiyotik Kullanımı İlkeleri, Kırıkkale Üniversitesi, Sertifika, 20.11.2012 -20.11.2012 (Ulusal)
6. 1. Uluslararası 2. Ulusal Ebelik Kongresi, Ebelik Mesleği, Karabük Üniversitesi, Sertifika, 13.10.2011 - 16.10.2011 (Uluslararası)
7. İnsan Kaynaklarının Gelistirilmesi Operasyonel Programı Hibe ve Tanıtım Projesi, Proje Ön Teklif Hazırlama Projesi, Urfa, Sertifika, 19.06.2011 -20.06.2011 (Uluslararası)
8. AB Standartlarında Teknik Sartname ve Pazar Araştırması Hazırlama Uygulama, METEK Projesi Kapsamında, Gazi Üniversitesi, Sertifika, 07.03.2011 -11.03.2011 (Uluslararası)
9. Uluslararası Ulusal Hemsirelik Öğrencileri Kongresi, Hemsirelik Kongresi, Fethiye, Sertifika, 01.04.2010 -03.04.2010 (Uluslararası)
10. 1.Uluslararası 3. Ulusal Tamamlayıcı Terapiler ve Destekleyici Bakım Kongresi, Tamamlayıcı terapiler, Akdeniz Üniversitesi, Kurs, 24.10.2016 -26.10.2016 (Uluslararası).

11. Refleksoloji, Refleksoloji masajı, yararları, etkileri, Antalya, Kurs, 24.10.2016 -24.10.2016 (Uluslararası)
12. I. Uluslararası Hemsirelik Eğitiminde Simülasyon Sempozyumu, Simülasyon Eğitimi, İstanbul Üniversitesi, Kurs, 05.01.2016 -06.01.2016 (Uluslararası)
13. Güvenli Ven İçi Girişimler Kursu, Temel Hemsirelik Uygulamaları, Antalya, Kurs, 19.11.2014 -22.11.2014 (Uluslararası)
14. Hemsirelikte Sistemik Yaklaşımlar, Hemsirelikte Sistemik Yaklaşımlar ve Önemi, Antalya, Kurs, 19.11.2014 -22.11.2014 (Uluslararası)
15. Hemsirelik Esasları Eğitimi, Temel Hemsirelik Uygulamaları, Hacettepe Üniversitesi, Kurs, 24.06.2009 -25.06.2009 (Ulusal)
16. I. Kadın Sağlığı Kongresi, Kadına Yönelik Siddet, Hacettepe Üniversitesi, Kurs, 20.03.2008 - 22.03.2008 (Uluslararası)
17. Basic Course in Laboratory Animals Science, Deney hayvanlarını kullanarak yapılan araştırmalar, Kayseri, Kurs, 01.05.2004 -02.05.2004 (Uluslararası)
18. I.Hemsirelik Eğitiminde Simülasyon Sempozyumu, Hemsirelik Eğitiminde Simülasyon Kullanımının Önemi, İstanbul Üniversitesi, Çalıştay, 05.01.2016 -06.01.2016 (Uluslararası)
19. METEK- Müfredat Geliştirme, Mesleki ve Teknik Eğitimin Kalitesinin Geliştirilmesi Projesi Kapsamı, Baskent Öğretmen Evi, Çalıştay, 06.05.2014 -09.05.2014 (Uluslararası)
20. METEK- Müfredat Geliştirme, Mesleki ve Teknik Eğitimin Kalitesinin Geliştirilmesi, Ankara, Çalıştay, 04.12.2013 -06.12.2013 (Uluslararası)
21. VI. Hemsirelik Esasları Çalıştayı, Temel Hemsirelik Uygulamalarını doğru uygulanması, Çukurova Üniversitesi, Çalıştay, 07.11.2013 -08.11.2013 (Uluslararası)
22. Uluslararası Çocuk Evleri ve Koruyucu Aile Sisteminin Geleceği, Çocuk Evleri, İstanbul Üniversitesi, Çalıştay, 24.11.2012 -25.11.2012 (Uluslararası)
23. II. Hemsirelik Esasları Çalıştayı, Temel Hemsirelik Eğitiminde Ortak Dil Oluşturulması, Hacettepe Üniversitesi, Çalıştay, 26.06.2009-26.06.2009 (Ulusal)



KATILIM BELGESİ

1. ULUSLARARASI ve 3. ULUSAL TAMAMLAYICI TERAPİLER ve
DESTEKLEYİCİ BAKIM UYGULAMALARI KONGRESİ
24 - 26 Kasım 2016 - ANTALYA

SAYIN

Hatice ÖKTÜRK

Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
ve Antalya İl Sağlık Müdürlüğü başkanlığında gerçekleştirilen

1. Uluslararası ve 3. Ulusal Tamamlayıcı Terapiler ve Destekleyici Bakım Uygulamaları
isimli kongremizde Refleksoloji Kursuna katılımınızdan dolayı teşekkür ederiz.

Prof. Dr. Zeynep ÖZER
Akdeniz Üniversitesi
Hemşirelik Fakültesi

Prof. Dr. Nurullah OKUMUS
T.C. Sağlık Bakanlığı
Sağlık Hiz. Gen. Müd.

Yard. Doç Dr. İlkay BOZ
Akdeniz Üniversitesi
Hemşirelik Fakültesi

Dr. Ünal HÜLÜR
Antalya
İl Sağlık Müdürlüğü



KATILIM BELGESİ

1. ULUSLARARASI ve 3. ULUSAL TAMAMLAYICI TERAPİLER ve
DESTEKLEYİCİ BAKIM UYGULAMALARI KONGRESİ
24 - 26 Kasım 2016 - ANTALYA

SAYIN *Dr. Hatice ÖNTÜRK*

Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
ve Antalya İl Sağlık Müdürlüğü başkanlığında gerçekleştirilen

1. Uluslararası ve 3. Ulusal Tamamlayıcı Terapiler ve Destekleyici Bakım Uygulamaları
isimli kongremize katılımlarınızdan dolayı teşekkür ederiz.

Prof. Dr. Zeynep ÖZER
Akdeniz Üniversitesi
Hemşirelik Fakültesi

Prof. Dr. Nurullah OKUMUŞ
T.C. Sağlık Bakanlığı
Sağlık Hiz./Gen. Müd.

Yard. Doç. Dr. İlkay BOZ
Akdeniz Üniversitesi
Hemşirelik Fakültesi

Dr. Ünal HÜLÜR
Antalya
İl Sağlık Müdürlüğü



T.C. HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU

KATILIM BELGESİ

Sayın..... *HATİCE ÖNTÜRK*

Haliç Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu tarafından 30 Ocak 2017 tarihinde
"Sağlığın Korunması ve Hastaların Yaşam Kalitesinin Yükseltilmesi için Tamamlayıcı Yöntemler"
adlı Aromaterapi konferansına katılmıştır.

Prof. Dr. Necmiye SABUNCU
T.C. Haliç Üniversitesi
Hemşirelik Yüksekokulu Müdürü