

T.C.
ORDU ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**MİGREN TİPİ BAŞ AĞRISI OLAN
BİREYLERİN DUYGUSAL ÖZ-
YETERLİKLERİNİN ANKSİYETE
DUYARLILIĞI, YETİ YİTİMİ VE AĞRI DÜZEYİ
İLE İLİŞKİSİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Ceyda BOL

Hemşirelik Anabilim Dalı

TEZ DANIŞMANI

Doç. Dr. Nevin GÜNAYDIN

ORDU-2023

ONAY

Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü öğrencisi Ceyda BOL tarafından hazırlanan ve Doç. Dr. Nevin GÜNAYDIN danışmanlığında yürütülen “*Migren Tipi Baş Ağrısı Olan Bireylerin Duygusal Öz-Yeterliklerinin Anksiyete Duyarlılığı, Yeti Yitimi ve Ağrı Düzeyi İle İlişkisi*” adlı bu tez, jürimiz tarafından 21/ 08/ 2023 tarihinde oybirliği ile Hemşirelik Anabilim Dalı Hemşirelikte Tezli Yüksek Lisans Programında Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Danışmanı : Doç. Dr. Nevin GÜNAYDIN

Başkan : Prof. Dr. Fatma DEMİRKIRAN İmza.....
(Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı)

Jüri Üyesi : Doç. Dr. Nevin GÜNAYDIN İmza.....
(Ordu Üniversitesi, Hemşirelik Anabilim Dalı)

Jüri Üyesi : Dr. Öğr. Üyesi Aslıhan ÇATIKER İmza.....
(Ordu Üniversitesi, Hemşirelik Anabilim Dalı)

ONAY

... / ... / 20... tarihinde enstitüye teslim edilen bu tezin kabulü, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun/...../20... tarih ve sayılı kararı ile onaylanmıştır.

...../...../20...

İmza

Enstitü Müdürü

Doç. Dr. Hanife DURGUN

TEZ BİLDİRİMİ

Tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanan bu tezin yazılmasında bilimsel ahlak kurallarına uyulduğunu, başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunulduğunu, tezin herhangi bir kısmının bu üniversite veya başka bir üniversitedeki başka bir tez çalışması olarak sunulmadığını beyan ederim.

Ceyda BOL

TEŞEKKÜR

Tüm lisanüstü eğitimim boyunca bilgi ve tecrübelerini paylaşan değerli danışmanım Doç. Dr. Nevin GÜNAYDIN'a,

Tez savunma sınavımda değerli zamanlarını ayırarak katkılarını sunan sayın Prof. Dr. Fatma DEMİRKIRAN ve Dr. Öğr. Üyesi Aslıhan ÇATIKER hocalarıma,

Beni bugünlere getiren, her zaman yanımda olan ve desteklerini hep hissettiğim aileme sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Ceyda BOL

ÖZET

MİGREN TİPİ BAŞ AĞRISI OLAN BİREYLERİN DUYGUSAL ÖZ-YETERLİKLERİNİN ANKSİYETE DUYARLILIĞI, YETİ YİTİMİ VE AĞRI DÜZEYİ İLE İLİŞKİSİ

Amaç: Bu araştırma, migren tipi baş ağrısı olan bireylerde; duygusal öz-yeterlik, anksiyete duyarlılığı, yeti yitimi ve ağrı düzeyi ilişkisini ve etkileyen faktörleri saptamak amacıyla planlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: İlişki arayıcı ve tanımlayıcı türde olan çalışmanın örneklemini, Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Rize Devlet Hastanesi nöroloji polikliniğine başvuran migren tanılı 260 kişiden oluşmuştur. Veriler çalışmayı kabul eden ve seçim kriterlerine uyan katılımcılardan Kişisel Bilgi Formu, Duygusal Öz-Yeterlik Ölçeği, Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3, Migren Yeti Yitimi Ölçeği (MIDAS), Vizual Analog Skala (VAS) ile toplandı. Hastaların tanımlayıcı özelliklerine göre ölçek seviyelerindeki değişimlerin incelenmesinde bağımsız gruplar tek yönlü varyans analizi (Anova), t-testi ve post hoc (Tukey, LSD) analizlerinden faydalanılmıştır.

Bulgular: Hastaların yaş ortalamasının 40.260 ± 12.029 olarak saptandı. Hastalar baş ağrısı süresine göre %39.2'sinin 1-5 yıl süreli; %51.2'sinin haftada 1-3 gün baş ağrısının olduğu, %39.2'sinin başının tamamının, %43.5'unun baş ağrısının ataklar halinde, %38.8'inin zonklayıcı şekilde olduğu belirlenmiştir. Hastaların duygusal öz-yeterlik puan ortalaması 114.431 ± 17.471 , anksiyete duyarlılığı puan ortalaması 24.858 ± 16.467 , VAS ortalaması 7.450 ± 1.563 , yeti yetimine göre %67.7'sinin ciddi kayıp yaşadığı saptandı. Anksiyete duyarlılığı toplam ile duygusal öz-yeterlik toplam ($r=0.138$), duyguları anlama ($r=0.24$), duyguları algılama ($r=0.186$) arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). Ayrıca duygusal özyeterliğin anksiyete duyarlılığı üzerine ve anksiyete duyarlılığının VAS üzerine etkisi anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Bunun yanında hastaların yeti yetimine göre anksiyete duyarlılığı toplam puanları anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0.05$).

Sonuç: Çalışmanın sonucunda, migren hastalarının duygusal öz-yeterliklerinin anksiyete duyarlılığını, anksiyete duyarlılığının ise VAS düzeyini artırdığı saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Migren, Duygusal Öz-Yeterlik, Anksiyete Duyarlılığı, Yeti Yitimi, Ağrı, Psikiyatri Hemşireliği

ABSTRACT

THE RELATIONSHIP OF EMOTIONAL SELF-EFFICIENCY OF INDIVIDUALS WITH MIGRAINE-TYPE HEADACHE WITH ANXIETY SENSITIVITY, DISABILITY AND PAIN LEVEL

Aim: This research was conducted in individuals with migraine type headache; It was planned to determine the relationship between emotional self-efficacy, anxiety sensitivity, disability and pain level and the affecting factors.

Materials and Methods: The sample of the study, which was a relationship-seeking and descriptive study, consisted of 260 people diagnosed with migraine who applied to the neurology outpatient clinic of Recep Tayyip Erdoğan University Training and Research Hospital and Rize State Hospital. Data were collected from participants who accepted the study and met the selection criteria using the Personal Information Form, Emotional Self-Efficacy Scale, Anxiety Sensitivity Index-3, Migraine Disability Scale (MIDAS), and Visual Analogue Scale (VAS). Independent groups one-way analysis of variance (ANOVA), t-test and post hoc (Tukey, LSD) analyzes were used to examine the changes in scale levels according to the descriptive characteristics of the patients.

Results: The average age of the patients was found to be 40.260 ± 12.029 . According to the duration of the headache, 39.2% of the patients lasted 1-5 years; It was determined that 51.2% had a headache 1-3 days a week, 39.2% had a headache all over the head, 43.5% had a headache in attacks, and 38.8% had a throbbing headache. The mean emotional self-efficacy score of the patients was 114.431 ± 17.471 , the mean anxiety sensitivity score was 24.858 ± 16.467 , the mean VAS score was 7.450 ± 1.563 , and it was determined that 67.7% of them experienced serious loss according to their disability. A positive significant relationship was found between anxiety sensitivity total and emotional self-efficacy total ($r=0.138$), understanding emotions ($r=0.24$), perceiving emotions ($r=0.186$) ($p<0.05$). Additionally, the effect of emotional self-efficacy on anxiety sensitivity and anxiety sensitivity on VAS was found to be significant ($p<0.05$). In addition, the total scores of anxiety sensitivity differ significantly according to the patients' abilities ($p<0.05$).

Conclusion: As a result of the study, it was determined that the emotional self-efficacy of migraine patients increased their anxiety sensitivity, and anxiety sensitivity increased their VAS level.

Key words: Migraine, Emotional Self-Efficacy, Anxiety Sensitivity, Disability, Pain, Psychiatric Nursing

İÇİNDEKİLER

KAPAK	
ONAY	
TEZ BİLDİRİMİ	I
TEŞEKKÜR	II
ÖZET	III
ABSTRACT	IV
İÇİNDEKİLER	V
TABLolar DİZİNİ	IX
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	X
EKLER	XI
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	2
1.3. Araştırma Soruları	3
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Baş Ağrısı	4
2.2. Migren	5
2.2.1. Migren Tanımı	5
2.2.2. Migrenin Epidemiyolojisi ve Prevelansı	6
2.2.3. Migrenin Patofizyolojisi	7
2.2.4. Migren Tetikleyicileri ve Risk Faktörleri	8
2.2.5. Migrenin Sınıflandırılması	8
2.2.5.1. Aurasız Migren	9
2.2.5.2. Auralı Migren	10

2.2.5.3. Kronik Migren.....	11
2.2.5.4. Migren Komplikasyonları.....	11
2.2.5.5. Olası Migren	11
2.2.5.6. Migrenle İlgili Epizodik Sendromlar.....	11
2.2.6. Migrenin Evreleri	12
2.2.6.1. Prodrom Evresi.....	12
2.2.6.2. Aura Evresi	12
2.2.6.3. Ağrı Evresi	12
2.2.6.4. Postdrom Evresi	13
2.2.7. Migrenin Komorbiditesi.....	13
2.2.8. Migren ve Kişilik Özellikleri	14
2.2.9. Migren Tedavisi.....	16
2.2.9.1. Farmakolojik Tedaviler	16
2.2.9.1.1. Akut Tedavi	17
2.2.9.1.2. Profilaktif Tedavi	17
2.2.9.2. Non-Farmakolojik Tedaviler.....	18
2.2.10. Migrende Yaşam Tarzı	19
2.2.11. Migren ve Fiziksel Aktivite.....	19
2.2.12. Migren ve Uyku.....	19
2.2.13. Migren ve Hemşirelik Bakımı	20
3. GEREÇ VE YÖNTEM	21
3.1. Araştırmanın Türü	21
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	21
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	21
3.4. Veri Toplama Araçları	22

3.4.1. Kişisel Bilgi Formu.....	22
3.4.2. Duygusal Öz-Yeterlik Ölçeği.....	22
3.4.3. Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3	23
3.4.4. Migren Yeti Yitimi Ölçeği (MİDAS)	23
3.4.5. Vizual Analog Skala(VAS).....	24
3.5. Verilerin Değerlendirilmesi.....	24
3.6. Araştırmanın Etik Boyutu	25
4. BULGULAR.....	27
5. TARTIŞMA.....	63
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	73
6.1. Sonuçlar.....	73
6.2. Öneriler	76
7. KAYNAKLAR.....	77
8. EKLER.....	94
Ek 1: Kişisel Bilgi Formu	94
Ek 2: Duygusal Öz-Yeterlik Ölçeği	96
Ek 3: Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3	98
Ek 4: Migren Yeti Yitimi(MİDAS) Ölçeği.....	99
EK 5: Vizual Analog Skala(VAS).....	100
EK 6: Duygusal Öz-Yeterlik Ölçeği Kullanım İzni Yazısı	101
EK 7: Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3 Kullanım İzni Yazısı.....	102
EK 8: Migren Yeti Yitim Ölçeği (MİDAS) Kullanım İzni Yazısı.....	103
Ek 9: İl Sağlık Müdürlüğü Onayı (Rize Devlet Hastanesi)	104
Ek 10: İl Sağlık Müdürlüğü Onayı (Rize Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi).....	105

Ek 11: Etik Kurul Onayı	106
Ek 12: Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu	107
9. ÖZGEÇMİŞ	108

TABLolar DİZİNİ

	Sayfa No
Tablo 3.1. Normal Dağılım.....	25
Tablo 4.1. Hastaların Tanımlayıcı Özelliklere Göre Dağılımı.....	27
Tablo 4.2. Duygusal Öz-Yeterlik Puan Ortalamaları.....	30
Tablo 4.3. Anksiyete Duyarlılığı Puan Ortalaması.....	30
Tablo 4.4. VAS Ortalamaları.....	30
Tablo 4.5. Hastaların Yeti Yitimine Göre Dağılımı.....	31
Tablo 4.6. Duygusal Öz-Yeterlik, Anksiyete Duyarlılığı ve VAS Puanları Arasında Korelasyon Analizi	33
Tablo 4.7. Duygusal Öz-Yeterliğin Anksiyete Duyarlılığı Toplam Üzerine Etkisi ..	34
Tablo 4.8. Duygusal Ö-Yeterliğin VAS Üzerine Etkisi.....	34
Tablo 4.9. Duygusal Öz-Yeterliğin Yeti Yitimi Üzerine Etkisi	35
Tablo 4.10. Anksiyete Duyarlılığının VAS Üzerine Etkisi	35
Tablo 4.11. Duygusal Öz-Yeterlik Puanlarının Yeti Yitimine Göre Dağılımı.....	36
Tablo 4.12. Anksiyete Duyarlılığı Puanlarının Yeti Yitimine Göre Dağılımı	37
Tablo 4.13. VAS Puanlarının Yeti Yitimine Göre Dağılımı	38
Tablo 4.14. Duygusal Öz-Yeterlik Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Dağılımı.....	42
Tablo 4.15. Anksiyete Duyarlılığı Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Dağılımı.....	48
Tablo 4.16. VAS Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Dağılımı.....	53
Tablo 4.17. Yeti Yitimi Derecesine Göre Tanımlayıcı Özelliklerin Karşılaştırılması.....	60

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ADİ-3	: Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3
ark	: Arkadaşları
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
GBD	: Global Burden of Disease
ICHD	: The International Classification of Headache Disorders
ICHD-2004	: The International Classification of Headache Disorders-2004
ICHD-3	: The International Classification of Headache Disorders-3
IHS	: International Headache Society
KDİ	: Kaygı Duyarlılığı İndeksi
Max	: Maksimum
MİDAS	: Migren Yeti Yitimi Ölçeği
Min	: Minimum
NSAİİ	: Non-Steroidal Anti-İnflamatuvar İlaçlar
Ort	: Ortalama
r	: Pearson Korelasyonu
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences
SS	: Standart Sapma
t	: Bağımsız Örneklem t-Testi
T.C	: Türkiye Cumhuriyeti
VAS	: Vizual Analog Skala

EKLER

Ek No	Sayfa No
Ek 1. Kişisel Bilgi Formu	94
Ek 2. Duygusal Öz-Yeterlik Ölçeği	96
Ek 3. Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3	98
Ek 4. Migren Yeti Yitimi (MIDAS) Ölçeği	99
Ek 5. Vizual Analog Skala (VAS)	100
Ek 6. Duygusal Öz-Yeterlik Ölçeği Kullanım İzni Yazısı	101
Ek 7. Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3 Kullanım İzni Yazısı	102
Ek 8. Migren Yeti Yitimi Ölçeği (MIDAS) Kullanım İzni Yazısı	103
Ek 9. İl Sağlık Müdürlüğü Onayı (Rize Devlet Hastanesi).....	104
Ek 10. İl Sağlık Müdürlüğü Onayı (Rize Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi)	105
Ek 11. Etik Kurul Onayı.....	106
Ek 12. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu.....	107

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Baş ağrısı, çok eski dönemlerden günümüze kadar insanların en yaygın gözlemlenen fiziksel şikayetlerinden biri olmuştur (Çekin, 2019). Migren tipi baş ağrısı; ergen, yetişkin ve orta yaşlı kadınlarda yaşam kalitesini etkileyen, önemli bir birincil baş ağrısı sebebidir (Burch ve ark., 2019; GBD 2016; Olesen ve ark., 2018). Migren; bulantı, kusma, ses ve ışık hassasiyetinin beraberlik gösterdiği; genellikle zonklayıcı özellikte, tek taraflı, orta-ağır şiddette, tekrarlayan ataklar biçiminde ve uzun süreli olarak ortaya çıkan, yaygın gözlemlenen bir baş ağrısı türüdür (Olesen ve ark., 2018). Migren, kişinin yaşam kalitesini azaltan, sosyal hayatını kısıtlayan, iş ve okul başarısını düşüren bir hastalıktır (Demirtaş, 2021). Global Hastalık Yüğü verileri, tüm dünyada 1,12 milyardan fazla bireyin migrenden etkilendiğini göstermektedir (GBD, 2019). Migren, sıklıkla depresyon, bipolar bozukluk ve/veya panik bozukluk, anksiyete gibi ek hastalıklar ve psikiyatrik belirtilerle ilişkili nörolojik bir hastalık olarak kabul edilmektedir (Karimi ve ark., 2021). Literatürde migrenli kişilerde psikiyatrik hastalıkların sıklığının, migren hastalığına sahip olmayanlara göre daha yüksek olduğu belirtilmektedir (Al-Hayani, 2021). Anksiyete veya depresyon varlığı, migrenli bireyler üzerindeki yükü arttırarak, hastalığın seyrini olumsuz etkilemektedir (Pompili ve ark., 2010). Migren, depresyon ve/veya anksiyete ile birlikte ortaya çıktığında migren hastalığına bağlı iş gücü kaybının belirgin olarak arttığı ve yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiği gösterilmiştir (Lanteri-Minet ve ark., 2005). Baş ağrısı olan hastalarda, anksiyete yüksekliğine sahip olanların ağrıdan daha fazla korktukları saptanmıştır (Norton ve Asmundson, 2004).

“Anksiyete duyarlılığı, zararlı fiziksel ve/veya toplumsal sonuçları olduğuna inanılan anksiyeteye bağlı duyum ve belirtilere karşı aşırı bir korku” olarak tanımlanmaktadır. Anksiyete duyarlılığı fazla olan bireyler, bir anda meydana gelen, açıklanamayan ve görece daha şiddetli fiziksel anksiyete semptomlarını yanlış bir biçimde tehlikeli olarak yorumlamaya yatkın olup çoğunlukla kaçınma eğiliminde olurlar (Mantar ve ark., 2010). Bu sebeple yüksek psikiyatrik ek hastalık riski taşıyan hastaların saptanması, migren hastalığının yönetimi için kritik öneme sahiptir

(Irimiave ark., 2018). Migren hastalığına sahip bireylerin alıngan, aşırı duyarlı ve süpergolarının çok katı olduğu ve narsistik yaralanmalara karşı daha dayanıksız oldukları ve buna bağlı ortaya çıkan olumsuz duyguların (özellikle umutsuzluk), tedavi arayışı gibi ağrıyla baş etme yöntemlerini etkisizleştirdiği saptanmıştır (Sosyal ve ark., 2000; Davidson ve ark., 2008; Akçakoca ve ark., 2015). Duyguları yönetebilmekte ve farkındalığında eksiklik, hastalığın kontrolüne yönelik bozulmalara sebep olabilmektedir (Zeidner ve ark., 2002; Schutte ve ark., 2007). “Duygusal özyeterlik, duyguyla ilgili, kişinin kendisine yönelik algıladığı yetenekler, bu yeteneklerin değerlendirilmesi ve bağlantılı bir inancın gelişmesi olarak tanımlanırken, diğeri duyguyla ilgili bilişsel yeteneklere sahip olmaktır” (Petrides ve ark., 2006). Duygusal öz-yeterliğin kişinin öznel iyi oluşunu ve mizacını pozitif olarak etkilediği düşünülmektedir (Totan ve ark., 2010).

Migren tipi baş ağrısı çeken bireylerin duygusal öz-yeterliklerinin, anksiyete duyarlılığı, yeti yitimi ve ağrı düzeylerinin inceleneceği bu çalışmada, migren tipi baş ağrısı çeken bireylerin yaşadığı güçlüklerin ve etkileyen faktörlerin belirlenecek olması; bu bireylerin yaşadıkları fizyolojik, ruhsal sorunlara etkili ve uygun maliyetli yaklaşımların geliştirilmesine katkı sağlayacaktır. Aynı zamanda bu hastaların bakım ve tedavi sürecinin iyileştirilmesine, yaşam kalitelerinin artırılmasına yardımcı olacaktır. Ayrıca ruhsal değişkenlerin iyileştirilmesinin ağrı düzeyini azaltmada etkililik düzeyinin belirlenecek olması, ruhsal ve psikolojik faktörler açısından güçlendirilmelerine odaklanılmasına yardımcı olacaktır.

Yukarıdaki tüm bilgiler ışığında, migren tipi baş ağrısı olan bireylerde; duygusal öz-yeterlik, anksiyete duyarlılığı, yeti yitimi ve ağrı düzeyi ilişkisinin incelenmesinin migren tipi baş ağrısı olan bireylerin hastalık kontrolüne yönelik yaklaşımlara katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma, migren tipi baş ağrısı olan bireylerde; duygusal öz-yeterlik, anksiyete duyarlılığı, yeti yitimi ve ağrı düzeyi ile ilişkisini ve etkileyen faktörleri saptamak amacıyla yürütülmüştür.

1.3. Araştırma Soruları

- 1) Migren tipi baş ağrısı olan bireylerin duygusal öz-yeterlikleri ne düzeydedir?
- 2) Migren tipi baş ağrısı olan bireylerin anksiyete duyarlılığı ne düzeydedir?
- 3) Migren tipi baş ağrısı olan bireylerin yeti yitimi ne düzeydedir?
- 4) Migren tipi baş ağrısı olan bireylerin ağrısı ne düzeydedir?
- 5) Migren tipi baş ağrısı olan bireylerin duygusal öz-yeterlikleri ile anksiyete duyarlılığı arasında ilişki var mı?
- 6) Migren tipi baş ağrısı olan bireylerin duygusal öz-yeterlikleri ile yeti yitimi arasında bir ilişki var mıdır?
- 7) Migren tipi baş ağrısı olan bireylerin duygusal öz-yeterlikleri ile ağrı düzeyleri arasında bir ilişki var mıdır?
- 8) Migren tipi baş ağrısı olan bireylerin duygusal öz-yeterliklerini, anksiyete duyarlılıklarını ve yeti yitimini etkileyen faktörler nelerdir?
- 9) Migren tipi baş ağrısı olan bireylerin duygusal öz-yeterliklerini anksiyete duyarlılıkları, yeti yitimi, ağrı yordamakta mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Baş Ağrısı

Ağrı, fiziksel ve kimyasal uyaranların serbest sinir uçlarını uyarması, gerilme ve kan akışının azalması sonucunda oluşmaktadır (Taşdemir, 2015). Ağrı, merkezi ve periferik sinir sisteminin birçok bölgesinde oluşan çok sayıda unsurlardan etkilenen kompleks bir nörobiyolojik deneyimdir (Argoff ve ark., 2019).

Baş ağrısı, Dünya genelinde önemli bir sağlık problemidir (Stovner ve ark., 2018). Ayrıca en sık görülen nörolojik belirtilerden biridir. Baş ağrısı; kardiyovasküler, nörolojik ve psikiyatrik sistemlerdeki çeşitli hastalıklarla beraberdir (Bellini ve ark., 2013).

Baş ağrısı, genellikle herkesin yaşamının bir evresinde tecrübe ettiği oldukça sık görülen bir sağlık problemidir (Steiner, 2019). Baş ağrısı, 35 yaşından önce başlamaktadır ve 25-55 yaş aralığında ilerleyen zamanlarda kötüleşme gözlenmektedir (Alharbi ve Alateeq, 2020). Yapılan bir araştırmada; baş ağrılarının yaşam süresince görülme oranı %96 olarak saptanmıştır (Rizzoli ve Mullally, 2018).

Uluslararası Baş Ağrısı Bozuklukları Sınıflandırması (ICHD), baş ağrılarını primer, sekonder ve ağrılı kraniyal nöropatikler, diğer baş ve yüz ağruları olarak sınıflandırmaktadır (Gökçay, 2018). Bunlar;

“A. Primer Baş Ağrıları

1. Migren
2. Gerilim tipi baş ağrısı
3. Trigeminal otonomik baş ağrıları
4. Diğer primer baş ağrısı sendromları

B. Sekonder Baş Ağrıları

1. Baş ve/veya boyun travmasına bağlı baş ağrısı
2. Kranial veya servikal damarsal bozukluklara bağlı baş ağrısı
3. Damarsal olmayan intrakraniyal bozukluklara bağlı baş ağrıları
4. Madde kullanımı veya kesilmesine bağlı baş ağrısı

5. Enfeksiyona bağlı baş ağrısı

6. Homeostaz bozukluğuna bağlı baş ağrısı

7. Kraniyum, boyun, gözler, kulaklar, burun, sinüsler, ağız ya da diğer yüz veya kraniyal yapıların bozukluklarına bağlı baş ağrısı ya da yüz ağrısı

8. Psikiyatrik bozukluklara bağlı baş ağrısı

C. Ağrılı Kraniyal Nöropatiler, Diğer Yüz ve Baş Ağrıları

1. Ağrılı kraniyal nöropatiler ve diğer yüz ağrıları

2. Diğer baş ağrısı bozuklukları (sınıflandırılmayan)” (Gökçay, 2018)

Genellikle sık görülen baş ağrısı tipleri; küme, gerilim ve migren baş ağrılarıdır. Primer baş ağrılarında olan migren, genç erişkinlerdeki baş ağrılarının yaklaşık %90’ını kapsamaktadır (Raposio ve Bertozzi, 2019).

Baş ağrılarının tedavi planlamasında multidisipliner olunması gerekmektedir. Hastanın nöroşirürji, dahiliye ve nöroloji gibi bölümlerin yanında psikiyatristler tarafından da değerlendirilmelidir. Erken tanı ve tedaviyle hastaların yaşam kalitelerinin ve fonksiyonelliğinin arttığı gözlemlenecektir (Sayılğan ve ark., 2018). Çünkü migreni olan bireylerde, atak dönemleri dışında bile yaşam kalitelerinin azaldığı saptanmıştır. Bu durum kişinin sosyal ve aile yaşamında olumsuzluklara ve iş gücünde kayıplara yol açmaktadır (Mannix ve ark., 2016).

2.2. Migren

2.2.1. Migren Tanımı

Baş ağrısı, çok eski dönemlerden günümüze kadar insanların en yaygın gözlemlenen fiziksel şikayetlerinden biri olmuştur. Farklı biçimleri bulunan baş ağrısı toplumun çoğunluğunu etkileyerek, günlük yaşam aktivitelerinde problemlere ve rahatsızlığa, iş yaşamında kısıtlılıklara sebep olarak yaşam kalitesini düşürmektedir (Çekin, 2019). Uzun yıllardır bilinen migren kavramı Bergamalı Galen tarafından Yunanca kelime olan “hemikrania” dan türetmiştir. Migrende tek taraflı baş ağrısının daha ön planda olmasından dolayı devamında “migranea” ve “hemigranea” kavramları kullanılmıştır. Günümüzde ise Fransızca “migraneur” kavramından “migren” e dönüştürülmüştür (Unger, 2006; Kahraman, 2021). Migren

herhangi bir yapısal nedenden olmayan, otonom, nörolojik ve gastrointestinal değişikliklerin birlikte olduğu gerilim tipi baş ağrısından sonra en yaygın olan primer tipi baş ağrısı bozukluğudur (Kellerman ve Rakel, 2022). Migren, otonom sinir sistemi fonksiyon bozukluğu ile ilgili fotofobi, fonofobi, bulantı, kusma gibi belirtilerin eşlik ettiği tekrarlayan baş ağrısı atakları ile karakterize, epizodik, geri dönüşlü döngüsel bir baş ağrısıdır (Colombo, 2014; Amin ve ark., 2018; Li ve ark., 2019). Migrene eşlik eden diğer belirtiler arasında poliüri, burun tıkanıklığı, abdominal kramplar, bulanık görme, aşırı yemek yeme isteği veya anoreksia bulunmaktadır (Argoff ve ark., 2019).

Migren, dünya nüfusunun %15'inin oluşturmaktadır (AlQarni ve ark., 2020). Migren atakları, kişinin yaşam kalitesini azaltan, sosyal hayatını kısıtlayan, iş ve okul başarısını düşüren bir hastalıktır (Demirtaş, 2021). Migren nedeniyle mortaliteye rastlanılmamasına rağmen kişinin tecrübe ettiği ağrı sonucunda hem ekonomik açıdan hem de yaşam kalitesinde yarattığı olumsuzluklar açısından kişiye migrenin olumsuz yansımaları olmaktadır (Taşkapılıoğlu ve Karlı, 2013).

2.2.2. Migrenin Epidemiyolojisi ve Prevelans

Toplumun geniş bir kesimine etki eden ve iş gücü kaybına neden olan migren, kişinin sosyal katılımını ve iş yaşamının kısıtlanmasına, ek olarak ilaç kullanımının artması gibi sağlık harcamalarıyla ekonomik anlamda zarara sebep vermektedir (Silberstein, 2004; Akçakoca ve ark., 2015; Antonaci ve ark., 2016; Ong ve Felice, 2018). Migren hastalığının prevelansı cinsiyet ve yaşa göre farklılıklar göstermektedir (Finocchi ve Strada, 2014). Migren, Global Hastalık Yüğü verileri, tüm dünyada 1,12 milyardan fazla bireyin etkilendiğini düzeltilmişlik prevalansının yaşa göre %14,72 olduğunu göstermektedir. Prevalans, 30-34 yaş arasında pik yapmaktadır. Kadınlarda daha yaygın görülmektedir (Finocchi ve Strada, 2014; GBD, 2018).

Türkiye'de yapılan saha çalışmasında migren prevalansının 2008'de %16,4 iken, 2013'te 16,7; kronik prevalansının ise %1,7 olarak saptanmıştır (Baykan ve ark., 2015; Ertas ve ark., 2012; Atalar ve ark., 2019). Türkiye'de yapılan benzer bir araştırmada ise, 15-55 yaş aralığında migrenin prevelansının %16,4 olduğu ve bu oran erkeklerde %10,9, kadınlarda ise %21,8 olduğu saptanmıştır (Berktaş ve ark.,

2019). Farklı ülkelerde yapılmış araştırmalarda ise migren prevalansı erkek ve kadınlarda görölme oranı sırasıyla; Fransa %8-16, Almaya %22-32, Japonya %7-13 ve ABD’de %18-16 saptanmıştır (Silberstein ve ark., 2002; Lipton ve ark., 2007; Bigal ve ark., 2009; Kung ve ark., 2011).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), migrenin kadınlarda daha fazla engelliliğe neden olduğunu ve dünyada engelliliğe sebep olan hastalıklar arasında üçüncü sırada yer aldığını saptamıştır (Ecigin ve ark., 2017). Ayrıca migren, 50 yaş altındaki kişilerde engelliliğin başlıca sebebi olmaktadır (Steiner ve ark., 2018; Ashina ve ark., 2021).

Bireyleri sosyal, bedensel ve işlevsel olarak olumsuz yönde etkilemekte; yaşam kalitesini düşürmektedir (Raggi ve ark., 2012; Leonardi ve Raggi, 2019; Doane ve ark., 2020). Migren bedensel, sosyal ve ekonomik ağrı sıklığında artış ile birlikte artmaktadır (Lipton ve Silberstein, 2015; Leonardi ve Raggi, 2019; Doane ve ark., 2020). Sağlıkla ilişkili kaynak kullanımını ve beraberlik gösteren ek hastalıkların yaygınlığı sebebiyle kronik migrenin kişi ve toplum üzerindeki yükü daha fazla olmaktadır (Bloudek ve ark., 2012; Lipton ve Silberstein, 2015; Doane ve ark., 2020; Ashina ve ark., 2021).

Migrenin etkin tedaviyle birlikte ağrı düzeyinin ve sıklığının azaltılması ile işlevselliğinin tekrardan kazandırılması migrende kronikleşmenin önlenmesi açısından da önem arz etmektedir (American Headache Society, 2019). “Bir ay içinde görölme sıklığına göre Migren baş ağrısı, ICHD-3 (The International Classification of Headache Disorders-3) tanı kriterlerine göre, epizodik (<15gün/ay) ve kronik migren (3 aydan daha uzun süredir, ≥ 8 ’i migren özellikleri taşıyan ≥ 15 gün/ay baş ağrısı) olmak üzere ikiye ayrılır (Olesen ve ark., 2018).” Pek çok nedenle epizodik migren atakları zaman içinde artarak, kronik migrene dönüşebilmektedir (Bigal ve ark., 2008; Çimen Atalar ve Yalın, 2019; Lipton ve ark., 2019).

2.2.3. Migrenin Patofizyolojisi

Migren hastalığının patogenezi güçlü bir genetik bileşendir ve sıklıkla ailelerde kümelen-diği saptanmıştır. Migrenin ikizlerle yapılan araştırmalarda kompleks bir nörolojik hastalık olduğu ileri sürölmektedir. İkiz kardeşlerle yapılan araştırmalarda migren hastalığının kalıtımı %42 olduğu varsayılmaktadır (Ashina ve ark., 2021).

2.2.4. Migren Risk Faktörleri ve Tetikleyicileri

Migrenin risk faktörleri içerisinde kadın olmak ve ailede migren hastalığının varlığı ilk sıralarda yer almaktadır. Kadınlarda menstrüasyon, gebelik ve perimenopoz sırasında yaşanan hormonal etkilerden dolayı östrojen seviyesindeki dalgalanmalar cinsiyet farklılığındaki önemli etkenlerdir. Kadınların çoğu menstrüal döngüyle birlikte migreni yaşarken bir kısmı ise migren ataklarını farklı zamanlarda da yaşamaktadır (Smitherman, 2016).

Migreni olan kişilerin ataklarını artıran çevresel veya kişisel etmenlere migren tetikleyicileri denilmektedir (Smitherman, 2016). Bu tetikleyiciler; oral kontraseptifler, gebelik, doğum, menstrüasyon, uyku bozuklukları, açlık, sigara içmek, stres, duygular, egzersiz, parlak ışık, kafeinli içecekler, kokular, hava değişiklikleri, çikolata ve eskitilmiş peynirdir (Smitherman, 2016; Marmura, 2018; Tai ve ark., 2019; Hindiyeh ve ark., 2020; Yamanaka ve ark., 2020; Chongchitpaise ve ark., 2021)

2.2.5. Migrenin Sınıflandırılması

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

“1.Aurasız Migren

2.Auralı Migren

-Tipik auralı migren

- Tipik başağrılı aura
- Tipik baş ağrısız aura

-Beyin sapı auralı migren

-Hemiplejik migren

- Familya hemiplejik migren (FHM).4 tipi vardır:
 - ✓ Tip1 (FHM1)
 - ✓ Tip 2 (FHM2)
 - ✓ Tip 3 (FHM3)

- ✓ Diğer lokuslar
- Sporadik hemiplejik migren

-Retinal migren

3.Kronik migren

4.Migren komplikasyonları

-Migren statusu

-Migrenözenfarkt

-Enfarktsız uzamış aura

-Migren aurasının başlattığı nöbet

5.Olası migren

-Olası aurasız migren

-Olası auralı migren

6.Migrenle ilgili epizodik sendromlar

-Tekrarlayıcı gastrointestinal bozukluk

- Siklik kusma sendromu
- Abdominal migren

-Benign paroksizmal vertigo

-Benign paroksizmal tortikolis” (Olesen ve ark., 2021).

2.2.5.1. Aurasız Migren

Aurasız migren,4 saat ile 3 güne kadar sürebilen ataklarla olan, tek taraflı ağrı ile karakterize, orta ya da çok şiddetli, zonklayıcı şekilde, rutin fiziksel aktiviteyle kötüleşen, fonofobi, mide bulantısı ve fotofobinin beraberlik gösterebildiği, yaygın görülen bir migren çeşididir (Olesen ve ark., 2018; Ertürk, 2020).

“Aurasız Migren Tanı Ölçütleri;

A. Aşağıdaki B-D ölçütlerini karşılayan en az beş atak

B. 4-72 saat süren baş ağrısı atakları (tedavi edilmemiş veya tedavi başarısız yapılmış)

C. Baş ağrısı aşağıdaki dört özellikten en az ikisine sahiptir:

1. Tek taraflı konum
2. Orta veya şiddetli ağrı yoğunluğu
3. Orta veya şiddetli ağrı yoğunluğu
4. Rutin fiziksel aktivite (örneğin yürüme veya merdiven çıkma) ile şiddetlenme veya bunlardan kaçınmaya neden olma

D. Baş ağrısı sırasında aşağıdakilerden en az biri:

1. Mide bulantısı ve/veya kusma
2. Fotofobi ve fonofobi

E. Başka bir ICHD-3 teşhisi ile daha iyi açıklanamaz” (Olesen ve ark., 2021).

2.2.5.2. Auralı Migren

Auralı migrende aura, ortalama 5 ila 20 dakika içinde artarak oluşan, görsel belirtilerle santral sinir sisteminin diğer fokal nörolojik semptomlarına yol açan, ataklarla kendini gösteren geriye dönüşlü ve tekrarlayıcı bir rahatsızlık olarak tanımlanmaktadır (Olesen ve ark., 2018; Ertürk, 2020). Aura renksiz veya renkli parıltılardan oluşabilmektedir veya zikzak halinde dış hatlarada sahip olabilmektedir (Diamond ve ark., 2015). Baş ağrısı, sıklıkla aura semptomlarının beraberinde veya takiben meydana gelebileceği gibi nadiren de görülebilmektedir (Olesen ve ark., 2018; Ertürk, 2020).

“Auralı migren tanı ölçütleri şunlardır

A. Aşağıdaki B ve C ölçütlerini karşılayan en az iki atak

B. Aşağıdaki tam düzelen aura semptomlarından bir veya daha fazlası:

1. Görsel
2. Duyusal
3. Konuşma ve/veya lisan
4. Motor
5. Beyin sapı
6. Retinal

C. Aşağıdaki altı özellikten en az üçü:

1. En az bir aura semptomu 5 dakika içinde veya daha uzun sürede ortaya çıkar.
2. Art arda iki veya daha fazla aura semptomu ortaya çıkar.
3. Her bir aura semptomu 5-60 dakika sürer.
4. En az bir aura semptomu tek taraflı
5. En az bir aura semptomu pozitif
6. Auraya baş ağrısı eşlik eder veya bunu 60 dakika içinde takip eder.

D. Başka bir ICHD-3 teşhisi ile daha iyi açıklanamaz” (Olesen ve ark., 2021).

2.2.5.3. Kronik Migren

Üç aydan uzun süren, ayda 15 gün ve üzerinde olan, en az 8 gün/ayda görülen migren türüdür (Olesen ve ark., 2021).

2.2.5.4. Migren Komplikasyonları

Hem migrenin alt formu, alt tipi ve tipi hem de komplikasyonları için ayrı ayrı sınıflandırma yapılmaktadır (Olesen ve ark., 2021).

2.2.5.5. Olası Migren

Migren gibi atakların, yukarıda sınıflandırılan bir migren alt tipi veya tipine ait tüm ölçütleri yerine getirmek için gerekli olan durumlardan birinin eksik olması ve diğer baş ağrısı bozukluk ölçütlerinin karşılanmamasıdır (Olesen ve ark., 2021).

2.2.5.6. Migrenle İlgili Epizodik Sendromlar

Aynı anda aurasız veya auralı migreni olan veya bu baş ağrısı bozukluklarından herhangi birini geliştirme olasılığı fazla olan bireylerde olmaktadır. Geçmiş yıllarda çocukluk döneminde meydana geldiği belirtilmesine rağmen, yetişkinlik döneminde ortaya çıktığı saptanmıştır. Bu bireylerde meydana gelebilecek ek belirtiler içerisinde araç tutması epizodları, uykuda konuşma, uykuda yürüme, bruksizm ve gece terörü gibi periyodik uyku bozuklukları yer almaktadır (Olesen ve ark., 2021).

2.2.6. Migrenin Evreleri

Migren genellikle otonomik belirtilerle tekrarlayan, şiddetli baş ağrısıyla meydana gelmektedir. Migreni olan bireylerin yaklaşık %15-30'unda auralı migren görülmektedir ve auralı migreni olanlar da sıklıkla aurasız migren geçirmektedir. Ağrının süresi, şiddeti ve atak sıklığı değişkendir. Genel olarak; prodrom, aura, ağrı fazı ve postdrom olmak üzere dört evreden meydana gelmektedir (Olesen, 2018).

2.2.6.1. Prodrom Evresi

Prodrom evresi, "migren hastalarının yaklaşık %60'ında ağrının veya auranın başlangıcından iki saat ile iki gün arasında değişiklik gösterebilen bir sürede ortaya çıkmaktadır." Bu semptomlar sinirlilik, değişmiş ruh hali, öfori, depresyon, yorgunluk, sert kaslar (özellikle boyunda), belirli yiyecekler için istek, kabızlık veya ishal, sese ve kokuya duyarlılıktır (Ropper ve Samuels, 2019; Belopasova ve ark., 2020).

2.2.6.2. Aura Evresi

Aura evresi, "5-20 dakika arasında gelişir ve sıklıkla 60 dakikadan kısa sürmektedir." Aura; bir atak başlamadan veya başlaması sırasında ortaya çıkan fokal nörolojik eksikliklerdir. Aura; ataksi, çift görme, vertigo, çınlama ve dizartri şeklinde olabilmektedir. En yaygın görülen aura tipleri, duysal ve görsel şikayetlerdir (Meşe Pekdemir, 2021). Genellikle her iki görme alanının bir yarısında zikzak biçiminde parlayan ışıklı çizgiler ve görme alanında küçük lekeler benzeyen yavaş bir şekilde gelişen, bir saate kadar uzayabilen geçici görsel problemler oluşmaktadır. Nadiren vücudun bir tarafında karıncalanma, uyuşukluk ve sözcük bulmada güçlükler gözlenmektedir (Diamond ve ark., 2015; Smitherman ve ark., 2016; Young ve ark., 2018).

2.2.6.3. Ağrı Evresi

Ağrı evresi fotofobi, osmofobi, fonofobi, kusma ve bulantı atakları da gözlemlenmektedir. Migren baş ağrısı, tipik olarak orta - ağır şiddette, zonklayıcı ve tek yönlü bir ağrıdır. Bunun dışında bazı hastalarda iki taraflı olabilmektedir, tek taraflı başlayıp yer değiştirebileceği gibi yaygın da olabilmektedir. Hastalar

genellikle ense bölgesinden başlayıp, başın tepesine oradan da gözlerine yayılan baş ağrısı yakınması ile polikliniğe başvurumaktadırlar. Fiziksel hareket ile ağrı artış göstermektedir. Ağrı, günün herhangi bir zamanında olabileceği gibi sabahları daha yaygın başlamaktadır. Yetişkinlerde baş ağrısı ortalama 4-72 saat sürmektedir. Hastalar ağrı esnasında sessiz ve karanlık bir ortamda yatmak istemektedirler ve hareketten kaçınmaktadırlar. Bu evrede bulantı, hastaların büyük çoğunluğunda gözlemlenirken, kusma daha nadir gözlemlenmektedir (Diamond ve ark., 2015; Smitherman ve ark., 2016; Young ve ark., 2016; Meşe Pekdemir, 2021).

2.2.6.4. Postdrom Evresi

Postdrom evresi, baş ağrısının sona erme anı ile hastanın tamamen atak öncesi bazal haline geldiğini hissettiği an arasında geçen süre olarak tanımlanmaktadır. 48 saate kadar sürebilen bu evrede konsantrasyon güçlüğü, uyku hali, yorgunluk, duygu durum değişikliği, hiper/hipoaktivite, aşırma veya fotofobi gibi belirtiler gözlemlenebilmektedir. Migren postdromu, akut baş ağrısının varlığıyla meydana gelen semptomlardan sonra ortaya çıkan kognitif zorluklar, yorgunluk, düşünme bozukluğu, duygudurum değişiklikleri, gastrointestinal semptomlar ve güçsüzlük olarak tanımlanabilmektedir. Kişinin enerji düzeyindeki düşüklük ve diğer belirtiler birkaç saat içinde düzelebilmektedir veya bir/iki günde devam edebilmektedir (Diamond ve ark., 2015; Bose ve Goadsby, 2016; Smitherman ve ark., 2016; Bıçakcı ve ark., 2018; Olesen ve ark., 2018; Young ve ark., 2018).

2.2.7. Migrenin Komorbiditesi

Migren, sıklıkla depresyon, bipolar bozukluk ve/veya panik bozukluk, anksiyete gibi ek hastalıklar ve psikiyatrik belirtilerle ilişkili nörolojik bir hastalık olarak kabul edilmektedir (Karimi ve ark., 2021).

Migrenin kompleks bir hastalık olmasının nedeni komorbiditesinin fazla olmasından kaynaklanmaktadır (Aldemir ve ark., 2020). Migrenin psikiyatrik ve fizyolojik gibi çeşitli hastalıklarla komorbiditesi gözlenmektedir (Dosterhout ve ark., 2016). Yapılan bir araştırmada migren hastalığının komorbiditelerini gruplara göre sıralanmıştır. Psikiyatrik komorbiditeler, travma sonrası stres bozukluğu, intihar, anksiyete, depresyon, panik bozukluğu; nörolojik komorbiditeler, inme, huzursuz

bacak sendromu, multiple skleroz, epilepsi, iskemik inme ve uyku bozuklukları; tıbbi komorbiditeler, anjina, miyokard enfarktüsü, astım, alerjik rinit ve vasküler durumlardır (Burch ve ark., 2019).

Literatürde migrenli kişilerde psikiyatrik hastalıkların sıklığının migren hastalığına sahip olmayanlara göre daha yüksek olduğu belirtilmektedir. Depresyon, anksiyete veya stresle ilgili psikiyatrik hastalıkların mevcut olması, migrenin kronikleşmesinde, tedavinin etkinliğinde ve ek hastalık riskinde rol oynamaktadır (Al-Hayani, 2021). Migren hastalarında, psikiyatrik hastalıklardan; mani, anksiyete bozukluğu, depresyon, panik bozukluk ve intihar sık rastlanmaktadır (Frediani ve Villani, 2007; İncekara ve ark., 2013). Benzer şekilde anksiyete veya depresyon varlığının, migrenli bireyler üzerindeki yükü arttırarak, hastalığın seyrini olumsuz etkilediği belirtilmektedir (Pompili ve ark., 2010). Yine yapılan araştırmalar sonucu, migren ağrısını başlatan ve kronikleşmesine sebep olan etmenler arasında psikolojik stresin, ön sıralarda olduğu bulunmuştur (Lipton ve Bigal, 2007). Majör depresyon ve anksiyete bozukluğunun bir arada olduğu durumlarda migrenden önce anksiyete bozukluğu, meydana gelmektedir; majör depresyon ise sıklıkla migrenden sonra oluşmaktadır (İncekara, 2010). Migren, depresyon ve/veya anksiyete ile birlikte ortaya çıktığında migren hastalığına bağlı iş gücü kaybının belirgin olarak arttığı ve yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiği gösterilmiştir (Lanteri-Minet ve ark., 2005). Migrenli bireylerde, anksiyete yüksekliğine sahip olanların ağrıdan daha fazla korktukları saptanmıştır (Norton ve Asmundson, 2004). “Anksiyete duyarlılığı, zararlı fiziksel ve/veya toplumsal sonuçları olduğuna inanılan anksiyeteye bağlı duyum ve belirtilere karşı aşırı bir korkudur”. Anksiyete duyarlılığı fazla olan bireyler, bir anda meydana gelen, açıklanamayan ve görece daha şiddetli fiziksel anksiyete semptomlarını yanlış bir biçimde tehlikeli olarak yorumlamaya yatkın olup çoğunlukla kaçınma eğilimindedirler (Mantar ve ark., 2010). Bu sebeple yüksek psikiyatrik ek hastalık riski taşıyan hastaların saptanması, migren hastalığının yönetimi için kritik öneme sahiptir (Irimia ve ark., 2018).

2.2.8. Migren ve Kişilik Özellikleri

Migren hastalığına sahip bireylerin alıngan, aşırı duyarlı ve süpergolarının çok katı olduğu ve narsistik yaralanmalara karşı daha dayanıksız oldukları saptanmıştır.

Migren hastalığına sahip bireylerin narsistik yaralanmalara karşı kendilerini korumak amacıyla obsesif kişilik özellikleri gösterdikleri saptanmıştır (Soysal ve ark, 2000). Kişilik örüntüsü ve baş ağrısı üzerine yapılan araştırmada, migren hastalığına sahip bireylerde gözlemlenen obsesif-kompulsif ve paranoid kişilik özellikleri sağlıklı migren tipi baş ağrısı olmayan bireylere göre anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır (Tamgaç ve ark., 2007).

Ayrıca devamlı ağrıları olan hastalarda olumsuz duygusunun (özellikle umutsuzluk), sıklıkla yaşandığı ve yoğun olduğu saptanmıştır. Aynı zamanda problemlerle karşılaştıklarında baş etme yöntemlerinin, kısıtlı olduğu varsayılmaktadır (Davidson ve ark., 2008; Akçakoca ve ark., 2015). Olumsuz duygu (sıklıkla umutsuzluk), bireyin ağrıyı yönetme, tedavi arayışı gibi ağrıyla baş etme yöntemlerini etkisizleştirdiği gibi sosyal çevresinden yardım isteme, ilgi görme gibi farklı sosyal çevre sorunlarıyla baş etmesini de zorlaştırmaktadır (Winterowd ve ark., 2003). Kronik baş ağrısı mevcut olan bireylerin %35'inde şiddetli umutsuzluk saptanmış olması kavramın önemine dikkat çekmektedir (De Filippis ve ark., 2008).

Sosyal psikolojiye göre duygularını sözel ifade etme yetisi sınırlı olan bireylerde, somatoform ağrı bozukluğu gözlemlenmektedir. Bu bireylerin hastalık davranışını bakım, destek ve ilgi bulmak için geçerli bir yol olarak öğrendiklerini ve bunun ağrının devamlılığını şiddetini ve algılanmasını etkilediğini ifade etmişlerdir (Hollifield, 2005). Somatizasyon gözlemlenen kişilerin ortak özellikleri, genelde ailesiyle destekleyici ve güvenli bir bağ kuramayan, sağlıksız ve karmaşık ailelerde büyüyen bireyler olarak belirtilmektedir (Dülgerler, 2000).

Baş ağrısının tekrarlayan biçimde olması, kronik migrene dönüşmesinde; düşük sosyoekonomik düzey, göç, kadın olmak, kafa travması öyküsüne sahip olma, eğitim düzeyi ve genetik yatkınlığın etkili olduğu bildirilmiştir. Uyku bozuklukları, stresli olaylar, şişmanlık, kahve tüketimi, başlangıçtaki baş ağrısı sıklığı, ilk dönemde fazla ilaç kullanmak, aşırı diğer ağrı sendromu ile birliktelik ve pıhtılaşma, iltihabi hastalıklar ise değiştirilebilen risk faktörleridir. Bu faktörlere rağmen duygusal stresin en çok etkileyen faktörlerden biri olduğu saptanmıştır (Pistoia ve ark., 2013).

Migren tipi baş ağrısında, kişilik özellikleri üzerine yerleşen davranışsal, bilişsel veya dinamik süreçlere müdahaleyi amaçlayan psikolojik tedavilerin önemli etkisi vardır (Taşdemir, 2015). Duygulara ilişkin uyumlu algılama, duygunun; doğru anlaşılması, bilinci geliştirici düzenlenmesi ve kullanımı, fiziksel ve zihinsel olarak sağlıklı olmaya önemli faydalar sağlamaktadır. Zeidner, Roberts ve Matthews (2002) duygusal zekâ seviyesinin, ruh sağlığı problemlerini etkileyebileceğini ileri sürmektedir (Totan ve ark., 2010). Duyguları yönetebilmekte ve farkındalığında eksiklik, dürtü kontrolüne yönelik bozulmalara sebep olabilmektedir (Zeidner ve ark., 2002; Schutte ve ark., 2007). Öz-yeterlik, görevle ilgili bireyin inancıdır. Tecrübe ve bilgiyle zamanla değişen dinamiktir (Totan ve ark., 2010). “Duygusal öz-yeterlik, duyguyla alakalı, kişinin kendisine yönelik algıladığı yetenekler, bu yeteneklerin değerlendirilmesi ve bağlantılı bir inancın gelişmesi olarak tanımlanırken; diğeri duyguyla ilgili bilişsel yeteneklere sahip olmayı ifade etmektedir” (Petrides ve ark., 2006). Duygusal öz-yeterliğin, kişinin öznel iyi oluşunu ve mizacını pozitif yönde etkilediği düşünülmektedir (Totan ve ark., 2010).

Migrenin psikiyatrik hastalıklarla birlikteliğinin bilinmesi ve detaylandırılmasının migren tanısı almış kişilere katkı sağlayacağı gözlemlenmiştir. Ayrıca migren hastalığı olan kişilere psikolojik ve psikiyatrik etkenlerle ilgili bilgilendirmelerin yapılmasının klinik öneminin olduğu düşünülmektedir (Çekin, 2019).

2.2.9. Migren Tedavisi

Temel olarak migren tedavisi, nonfarmakolojik ve farmakolojik olmak üzere iki tedaviden oluşmaktadır (Saygın ve ark., 2005; Horasanlı ve ark., 2008; Smith ve ark., 2010; Ünsal, 2012).

2.2.9.1. Farmakolojik Tedaviler

Migren ataklarının, ilaçla tedavisi "akut tedavi" (abortif tedavi) ve "profilaksi" (engelleme tedavi) olmak üzere iki farklı tedaviden oluşmaktadır (Kahraman, 2021).

2.2.9.1.1. Akut Tedavi

Akut tedavi, başlamış olan bir baş ağrısının atağını azaltmak veya bitirmek amacıyla uygulanmaktadır (Demirkaya ve ark., 2006; Uludüz ve ark., 2020). Bunların dışında;

-Başka bir ilaca gereksinimi azaltmak,

- Akut ataklarda sık yinelenen fazla ilaç tüketiminin önüne geçmek,

- İşlevsellik kaybını yok etmek,

-Atak nedeniyle yapılan hastane girişlerini azaltmak gibi akut migren tedavisinin temel bazı amaçları bulunmaktadır (Dikmen, 2016).

Akut tedaviye başlama zamanı, tedavinin etkinliği açısından önem arz etmektedir. Atağın karakterine göre en etkili ajanların özellikle allodini/santral sensitizasyon başlamadan önce atağın başlangıcında uygulanması tedavinin cevabını arttırmaktadır (Bıçakçı ve ark., 2018). “Atağa uygun” tedavide uygulanacak özgül ilaçların seçiminde migren ataklarının sıklığı, süresi, şiddeti, belirtileri eşlik eden hastalıkların varlığı, daha önce uygulanan tedavilerin başarı durumu ve bireyin tercihi dikkate alınmaktadır (Uludüz ve ark, 2020).

“Atak tedavisinde kullanılan ilaçlar;

1. Kombine ve basit analjezikler, non-steroidal anti-inflamatuvar ilaçlar (NSAİİ)

2. Nöroleptikler

3. Opioidler

4. Anti-emetikler

5. Migrene özgül ilaçlar (triptanlar, ergot türevleri)” (Bıçakçı ve ark., 2018).

2.2.9.1.2. Profilaktif Tedavi

Migrenin profilaktik tedavisinde amaç; migren atak sıklığını azaltmak, migrene bağlı engelliliği azaltarak kişinin normal fonksiyonlarını kazanmasını sağlamak ve tüm bunları sağlarken de yan etki oluşturmayacak bir tedavi uygulamaktır (Gürsoy ve Ertaş, 2013; Dodick, 2018).

“Profilaktik tedavi gerektiren durumlar şunlardır:

- Seyrek ama uzun süreli ve/veya özürllülüğe yol açan ataklar,
- Ayda ≥ 2 atak, ayda 4 ya da daha çok ağırlı gün,
- 2-3 gün süren ve kayıp oluşturan, daha seyrek fakat ciddi kayıp oluşturan ataklar,
- Atak tedavisine rağmen günlük aktiviteleri engelleyen ataklar,
- Atak ilaçlarının kullanımına bağıli komplikasyon gelişimi,
- Atak ilaçlarının kontrendike olduğu durumlar,
- Hastanın profilaksi isteği,
- Giderek sıklaşan ataklar ve ilaç aşırı kullanımına neden olan baş ağrısı gelişme riski,
- Özel durumlar: Baziler migren, komplike migren gibi” (Bıçakçı ve ark., 2018; Uludüz ve ark., 2020).

Profilaktik tedavide antidepresanlar, beta adrenerjik antagonistler, kalsiyum kanal blokörleri, serotonin antagonistleri, antikonvülsanlar ve diğer profilaktik ajanlar (magnezyum suplemanı, sisteinillökotrien reseptör antagonisti montelukast, koenzim Q10 ve histamin infüzyonu) uygulanmaktadır (Horasanlı ve ark., 2008; Yücel, 2008; Milanlıoğlu ve Tombul, 2013; Bıçakçı ve ark., 2018).

2.2.9.2. Non-Farmakolojik Tedaviler

Non-farmakolojik tedavide hastanın var olan hastalığı hakkında bilgilendirilmesi ve yaşam biçiminin düzenlenmesi ilk önemli adımdır. Şiddetli migren atakları tecrübe eden kişilerde hayat tarzı değişiklikleri (stresten kaçınma, dengeli ve sağlıklı ve beslenme, optimal uyku düzeni) beyindeki sinaptik ve glikojen ve enerji dengesinin en uygun hale getirilmesi gibi karmaşık mekanizmalar aracılığıyla pozitif etkiler oluşturabilmektedir (Erdener ve Dalkara, 2018). Tetikleyici faktörlerden uzak durma stratejileri; dengeli ve sağlıklı beslenme, yeterli ve düzenli uyku, diyet, yeterli düzeyde fiziksel aktivite ile ilgili tetikleyici etkenlerden kaçınma (nitritler, kakao, uzun süren açlık, alkol, yetersiz su tüketimi, aspartam, kafein, peynir, narenciye), çevresel faktörlerin etkisini azaltma (güçlü

koku, parlak ışık, stres, hava değişiklikleri) gibi nonfarmakolojik uygulamalar tedavinin temelini oluşturmaktadır (Erdener ve Dalkara, 2018; Öztürk, 2018). Bunların yanı sıra migren tedavisinde ilaç dışı yöntem olarak tamamlayıcı ve destekleyici tedavi yöntemleri de kullanılmaktadır (Topçu, 2009; Kaşıkçı ve Lafçı, 2014).

2.2.10. Migrende Yaşam Tarzı

Yaşam tarzı, kişilerin kontrolü altında olan ve kişilerin sağlık risklerini etkileyen tüm davranışlarıdır. Yaşam tarzı etkenleri, sağlığı özendirmede ve hastalıkları yönetmede önemli bir etkidir (Sosyal ve Dergisi, 2019). Sağlıklı hayat tarzı davranışları ve migren ilişkisi hususunda ise stres, beslenme, uyku, fiziksel aktivite gibi yaşam tarzı davranışlarının migrenin meydana gelmesini bağımsız olarak etkilediği bildirilmektedir (Woldeamanuel ve Cowan, 2016). Migrende yaşam tarzı ile ilgili tetikleyici öğeler arasında; beslenme ile ilişkili faktörler (Molarius ve ark., 2008), yetersiz fiziksel aktivite seviyesi (Varkey ve ark., 2008), uyku (Kelman ve Rains, 2005), stres (Silberstein, 2004) ve hidrasyon (Spigt ve ark., 2012) gibi etkenler yer almaktadır (Buran, 2021).

2.2.11. Migren ve Fiziksel Aktivite

Düzenli fiziksel aktivitenin, sağlıklı büyüme ve yaşlanmayı desteklediği, mortalite riskini azalttığı ve birçok kronik hastalığın meydana gelmesini engellediği yüksek düzeyde kanıt sağlayan son meta analizlerde açıkça belirtilmektedir (Fong ve ark., 2012; Je ve ark., 2013; Thivel ve ark., 2018). Literatürde migrenli kişilerin düşük fiziksel aktivite düzeylerine sahip oldukları ve düşük fiziksel aktivite düzeylerinin de daha yüksek migren prevalansı, dizabilite, ağrı yoğunluğu ve kronikleşme ile ilgili olduğu belirtilmektedir (Varkey ve ark., 2008; Krøllve ark., 2017).

2.2.12. Migren ve Uyku

Uyku ve migren arasında yeterince anlaşılmamış ve karmaşık bir ilişki söz konusudur. Migrenli kişiler migren atakları öncesinde, anında düşük uyku kalitesi varlığını bildirmekte ve bunu migren tetikleyicisi olarak görmektedirler. Bununla birlikte, uykunun baş ağrısını bitirmede terapötik bir rol oynadığı belirtilmektedir

(Vgontzas ve Pavlović, 2018; Tiseo, 2020). Bruksizm, insomnia, horlama, huzursuz bacak sendromu ve gündüz aşırı uykululuk gibi uyku bozuklukları migrenli kişilerde görülmektedir (Song ve ark., 2018).

2.2.13. Migren ve Hemşirelik Bakımı

Bütünsel yaklaşımı benimseyen hemşireler, etkili bakım uygulamaları ile kişilerin yaşam kalitesinin artmasında önemli rolleri vardır. Hemşireler, hastalığın ve tedavinin olumsuz etkilerine karşı önlem olarak bireylerin tedavi sürecini etkili yönetme konusunda destek olmaktadır (Öntürk, 2018). Hemşire bireyin yaşam biçiminin değerlendirmesine ve yaşamındaki stresli durumları tanımlamasını sağlayarak, bireyin stresli durumlarla etkili bir şekilde baş etmesine yardımcı olmaktadır. Hemşire, bireye nonfarmakolojik ve farmakolojik yöntemler konusundaki bilgi vermektedir (Tülek, 2014).

Migren tanısı alan bireylere koyulabilecek hemşirelik tanıları; akut/kronik ağrı, yorgunluk, bulantı, anksiyete, aktivite intoleransı, etkisiz cinsel yaşam ve beslenmede dengesizliktir (Tülek, 2014; Üzen, 2017).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırma, tanımlayıcı ve ilişki arayıcı tiptedir.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Bu araştırma Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Rize Devlet Hastanesi nöroloji polikliniğine başvuran migren tipi baş ağrısı olan hastalar üzerinde gerçekleştirilmiştir. Araştırma verileri 31/05/2022-31/11/2022 tarihleri arasında toplanmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

Araştırmanın evrenini Rize Devlet Hastanesine nöroloji polikliniğine son bir yılda başvuran migren tanılı 511 hasta ve Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesine son bir yılda başvuran migren tanılı 650 hasta oluşturmaktadır. Araştırmanın örnekleme, yapılan güç analizi sonucunda %95 güven (1- α), %95 test gücü (1- β), $\rho= 0,23$ ve iki yönlü hipoteze göre çalışmaya dâhil edilmesi gereken minimum vaka sayısı 239 kişi olarak belirlenmiştir (Polat, 2014). Çalışmanın örneklemini, Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Rize Devlet Hastanesi nöroloji polikliniğine başvuran migren tanılı 260 kişiden oluşmuştur.

Araştırmaya Alınma Kriterleri:

-“ICHHD-2004'e (Uluslararası Baş Ağrısı Sınıflaması International Classification of Headache Disorders, 2004)”e göre migren tanısı almış olanlar

-18 yaşının üzerinde olan,

-Türkçe konuşan ve anlayabilen,

- En az ilkokul mezunu olan bireyler çalışma kapsamına alınacaktır.

Araştırmadan Dışlama Kriterleri

- Mevcut şikayetleri dışında kanser ve hipertansiyon hastalığı olanlar,
- Mental retardasyon, ağır psikotik bozukluğu ve organik mental bozukluğu olanlar, araştırma kapsamı dışında tutulacaktır.

3.4. Veri Toplama Araçları

Araştırma verileri araştırmacı tarafından hazırlanan migren tanılı hastaların demografik ve sosyal özelliklerini içeren Kişisel Bilgi Formu (EK 1), Duygusal Öz-Yeterlik Ölçeği (EK 2), Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3 (EK 3), Migren Yeti Yitimi Ölçeği (MIDAS) (EK 4) ve Vizual Analog Skala (VAS) (EK 5) ile toplandı. Form ve ölçekler, katılımcıların kendileri tarafından dolduruldu.

3.4.1. Kişisel Bilgi Formu

Kişisel bilgi formu sorularında; yaş, cinsiyet, medeni hal, çocuğa sahip olup-olmama durumu, eğitim düzeyi, meslek, gelir durumu, baş ağrısı süresi, baş ağrısı atağı sıklığı, baş ağrısının yeri, baş ağrısının özelliği, baş ağrısı niteliği, baş ağrısının parlak ışık vb. durumlarda artıp-artmama durumu, psikolojik yardım alıp-almama durumu, psikiyatrik ilaç kullanıp-kullanmama durumu, baş ağrısıyla başa çıkmada kullanılan yöntemler ve ek hastalık durumuna ilişkin sorular yer almaktadır (Çelik, 2009; Şentürk, 2013; Yağmur, 2017; Deringöl, 2018; Çekin, 2019; Sarıdoğan, 2019; Sağlı Diren, 2020) (EK 1).

3.4.2. Duygusal Öz-Yeterlik Ölçeği

Kirk, Shutte ve Hine (2008) tarafından geliştirilen duygusal öz-yeterlik ölçeği, Türk kültürüne Tarık TOTAN ve arkadaşları tarafından 2010 yılında uyarlanmıştır. “Ölçeğin toplamından veya alt boyutlarından alınan yüksek puanlar, cevap veren kişinin ilgili alanda kendine ait yeterliğinin üst seviyede olduğuna inandığına, alınan düşük puanlar ise cevap veren kişinin ilgili alanda kendine ait yeterliğinin alt düzeyde olduğunu saptamaktadır.” 5’li likert tipinde, 32 maddeden oluşmaktadır. “Ölçeğin alt boyutları, “duyguları düzenleme” (madde 1, 2, 8, 12, 16, 20, 24, 28, 32), “duyguları düşünceye destekleyici olarak kullanma” (madde 3, 6, 10, 14, 18, 22, 26, 30), “duyguları anlama” (madde 4, 7, 11, 15, 19, 23, 27, 31) ve “duyguları algılama”

(madde 5, 9, 13, 17, 21, 25, 29)dır. Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0.96 olarak bulunmuştur” (Totan ve ark., 2010) (EK 2). Bu araştırmada Duygusal Özyeterlik ölçeğinin güvenilirliği Cronbach’s Alpha=0,953 olarak yüksek bulunmuştur.

3.4.3. Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3

Anksiyete Duyarlılığı İndeksi Reiss ve arkadaşları tarafından 1986 yılında geliştirilmiştir (Mantar ve ark., 2011). 2000 yılında ölçeğın Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını Ayvaşık yapmıştır. Ölçek Türkçe’ye Kaygı Duyarlılığı İndeksi (KDİ) olarak çevrilmiştir. Bu araştırmada 4 faktörlü yapı bulunmuştur ancak tek faktörlü yapının daha güvenilir olduğu belirtilmiştir (Ayvaşık, 2000). Anksiyete Duyarlılığı’nın daha etkin şekilde ve çok boyutlu olarak ölçülebilmesi amacıyla Taylor ve arkadaşları (2007) Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3 (ADİ-3) geliştirmişlerdir (Mantar ve ark., 2010). “Anksiyete duyarlılığını fiziksel, sosyal ve bilişsel alt boyutları ile değerlendiren, her alt boyutta 6’şar madde bulunan, ‘çok az’ ve ‘çok fazla’ aralığında puanlanan, beşli Likert tipi ölçüm yapan bir öz bildirim ölçeğidir.” Yüksek puanlar anksiyete duyarlılığının arttığını göstermektedir (Taylor ve ark., 2007). “Ölçeğın sosyal alt boyutu; topluluk içinde utanç verici belirtiler gösterme korkusunu, bilişsel alt boyut; kognitif olarak kontrolünü kaybetme ya da konsantrasyon güçlüğu yaşama endişesini, fiziksel alt boyut ise somatik duyumların acil bedensel bir problemin işareti olduğuna dair korku duymayı değerlendirmektedir” (Rifkin ve ark., 2015). “Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında Cronbach alfa değerleri; fiziksel, sosyal ve bilişsel alt boyutlar için sırasıyla 0.89, 0.82, 0.88 ve tüm ölçek için 0.93 saptanmıştır” (Mantar, 2008), (EK 3). Bu araştırmada Anksiyete Duyarlılığı ölçeğinin güvenilirliği Cronbach’s Alpha=0,969 olarak yüksek bulunmuştur.

3.4.4. Migren Yeti Yitimi Ölçeği (MIDAS)

MIDAS ölçeği Stewart ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Ertaş ve arkadaşları tarafından 2004 yılında yapılmıştır. “MIDAS ölçeği iş/okul, ev işi ve ailesel/toplumsal etkinlikler gibi üç önemli etkinlik alanında migren nedeniyle ortaya çıkan kayıpları ölçmek üzere tasarlanmıştır.” Sorular son üç ay göz önünde bulundurularak cevaplanır. “Türkçe versiyonunda ölçeğın alfa yükü 0.68 bulunmuştur” (Ertaş ve ark., 2004). MIDAS, baş ağrısı ile

ilgili kayıpları ve baş ağrısının şiddetini ölçmek üzere 5 sorudan oluşmaktadır. Verilen cevapların toplamı ile toplam sonuç bulunmaktadır. Aynı zamanda toplam alınan puanlarla ağrı sıklığı derecelendirilmektedir. Puan aralıkları;

Puan 0-5: I. Derece (Hiç kayıp yok ya da çok az)

Puan 6-10: II. Derece (Hafif kayıp)

Puan 11-20: III. Derece (Orta derecede kayıp)

Puan 21 ve üzeri: IV. Derece (Ciddi kayıp), olarak düzenlenmiştir ve ağrı sıklığı derecelendirilmiştir (Kılıç ve ark., 2012) (EK 4).

3.4.5. Vizual Analog Skala (VAS)

Visual Analog Skala (VAS) ölçülemeyen ağrı gibi bir değişkeni, sayısal hale çevirmek için kullanılmaktadır. Ağrının var olmadığı yerden bireyin işaretlediği yere kadar olan mesafenin uzunluğu bireyin ağrısını göstermektedir (EK 5).

3.5. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen veriler bilgisayar ortamında SPSS 22.0 istatistik programı aracılığıyla analiz edilmiştir. Araştırmaya katılan bireylerin tanımlayıcı özelliklerinin belirlenmesinde yüzde ve frekans analizlerinden, ölçeğin incelenmesinde standart sapma ve ortalama istatistiklerinden faydalanılmıştır. Araştırma değişkenlerinin normal dağılım gösterip göstermediğini belirlemek üzere Skewness (Çarpıklık) ve Kurtosis (Basıklık) değerleri incelenmiştir.

İlgili literatürde, “değişkenlerin basıklık çarpıklık değerlerine ilişkin sonuçların +1.5 ile -1.5 (Tabachnick ve Fidell, 2013), +2.0 ile -2.0 (George ve Mallery, 2010) arasında olması normal dağılım olarak kabul edilmektedir”. Değişkenlerin normal dağılım gösterdiği saptanmıştır. Verilerin analizinde parametrik yöntemler kullanılmıştır.

Bağımsız gruplarda kategorik parametrelerin oranları arasındaki farklar Fisherexact ve Ki-Kare testleri ile analiz edilmiştir.

Hastaların ölçek düzeylerini belirleyen boyutlar arasındaki ilişkiler lineer regresyon ve pearsonkorelasyon analizleri aracılığıyla incelenmiştir. “Korelasyon katsayıları (r) 0.00-0.25 çok zayıf; 0.26-0.49 zayıf; 0.50-0.69 orta; 0.70-0.89 yüksek;

0.90-1.00 çok yüksek olarak değerlendirilmiştir” (Kalaycı,2006). Hastaların tanımlayıcı özelliklerine göre ölçek seviyelerindeki değişimlerin incelenmesinde post hoc (Tukey, LSD) ve bağımsız gruplar t-testi.tek yönlü varyans analizi (Anova) analizlerinden faydalanılmıştır.

Etki büyüklüğünü hesaplamak için Eta kare (η^2) ve Cohen (d) katsayıları kullanılmıştır. “Etki büyüklüğü gruplar arasındaki farkın önemli kabul edilecek büyük bir fark olup olmadığını göstermektedir. Cohen değeri 0.2:küçük; 0.5:orta; 0.8:büyük olarak, eta kare değeri 0.01:küçük; 0.06:orta; 0.14:büyük olarak değerlendirilmektedir” (Büyüköztürk ve ark., 2018).

Tablo 3.1. Normal Dağılım

	Basıklık	Çarpıklık
Duygusal Özyeterlik Toplam	0.905	-0.681
Duyguları Düzenleme	1.268	-0.733
Duyguları Düşünceyi Destekleyici Olarak Kullanma	0.405	-0.595
Duyguları Anlama	0.916	-0.582
Duyguları Algılama	0.220	-0.533
Anksiyete Duyarlılığı Toplam	-1.041	0.402
Fiziksel Duyarlılık	-0.774	0.526
Bilişsel Duyarlılık	-1.096	0.463
Sosyal Duyarlılık	-0.674	0.276
Vas	-0.004	-0.256

3.6. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmada kullanılan Duygusal Öz-Yeterlik Ölçeği için Prof. Dr. Tarık TOTAN’dan (EK 6), Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3 için Prof. Dr. Tunç ALKIN’dan (EK 7), Migren Yeti Yitimi Ölçeği için Prof. Dr. Mustafa ERTAŞ’dan (EK 8) ölçek kullanım izni e-posta yoluyla alınmıştır. Araştırmaya başlamadan önce, araştırmanın Rize Devlet Hastanesi (07.06.2022 tarihli E-64247179-799-4417 sayılı araştırma izni) (EK 9) ve Rize Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi (05.08.2022 tarihli E-64247179-799-6105 sayılı araştırma izni) (EK 10) yapılabilmesi için İl Sağlık Müdürlüğünden ve Ordu Üniversitesi Klinik

Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 27.09.2022 tarihli E-91120269-800-0779340 sayılı etik kurul onayı alındı (EK 11). Araştırma süresinde Helsinki Bildirgesi kurallarını uyuldu. Araştırmaya katılan kişilerin araştırmanın gönüllülük esasına dayandığı ve istedikleri zaman araştırmadan ayrılacakları konusunda bilgi verilerek "gönüllülük ilkesine" uyuldu. Ayrıca bilgilerinin başka kişi ve kurumla paylaşılmayacağı, araştırmadan elde edilen sonuçların bilimsel amaçla kullanılacağı ve kişisel bilgilerin açıklanmayacağı konusunda bilgilendirme yapılarak "gizlilik ilkesine" uyuldu. Araştırmaya katılmaya gönüllü katılımcılara çalışmanın amacı anlatılacak ve katılmayı kabul eden bireylerin sözlü ve yazılı onamları alınacaktır (EK 12).

4. BULGULAR

Bu çalışmada araştırma sorularına yanıt bulmak için uygulanan istatistik analiz verilerine ve bulgularına yer verilmiştir. Elde verilen istatistiksel olarak $p=0.05$ anlamlılık düzeyine göre değerlendirilmiştir.

Hastaların yaşa göre dağılımına bakıldığında, %32.3 (84)'ünün 41-50 yaş, %25 (65)'inin 31-40 yaş aralığında olduğu ve yaş ortalamasının 40.260 ± 12.029 (Min=18; Maks=69) olduğu saptanmıştır. Hastaların %86.5 (225)'unun kadın; %74.2 (193)'sinin evli; %70.8 (184)'inin çocuk sahibi olduğu; %29.6 (77)'sının ilkokul, %28.5 (74)'unun üniversite, %27.7 (72)'sinin lise düzeyinde eğitime sahip olduğu; %36.9 (96)'sının ev hanımı, %24.6 (64)'sının işçi olduğu ve hastaların gelir düzeyine göre %51.5 (134)'unun gelirinin gidere denk olduğu belirlenmiştir.

Hastalar baş ağrısı süresine göre incelendiğinde, %39.2 (102)'sinin 1-5 yıl, %31.9 (83)'unun 6-10 yıldır baş ağrısının olduğu; %51.2 (133)'sinin haftada 1-3 gün baş ağrısının olduğu; %39.2 (102)'sinin başının tamamının, %26.2 (68)'sinin başının yan tarafının, %24.2 (63)'sinin başının ön tarafının ağrıdığı; %43.5 (113)'unun baş ağrısının ataklar halinde, %42.7 (111)'sinin düzensiz aralıklarla geldiği; %38.8 (101)'inin zonklayıcı, %24.2 (63)'sinin sıkıştırıcı nitelikte baş ağrısının olduğu; %85.4 (222)'ünün baş ağrısının parlak ışıkta arttığı; %85 (221)'inin daha önce psikolojik yardım almadığı; %19.6 (51)'sının psikiyatrik ilaç aldığı; %91.2 (237)'sinin ağrı kesici aldığı; %81.2 (211)'inin ek bir hastalığı olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.1. Hastaların Tanımlayıcı Özelliklere Göre Dağılımı

Gruplar	Frekans(n)	Yüzde (%)
Yaş (Ort: 40.260 ± 12.029)		
30 ve Altı	63	24.2
31-40	65	25.0
41-50	84	32.3
51 ve Üzeri	48	18.5
Cinsiyet		
Kadın	225	86.5
Erkek	35	13.5

Tablo 4.1. “Devam”Hastaların Tanımlayıcı Özelliklere Göre Dağılımı

Gruplar	Frekans (n)	Yüzde (%)
Medeni Durum		
Evli	193	74.2
Bekar	67	25.8
Çocuk Sahipliği		
Evet	184	70.8
Hayır	76	29.2
Eğitim Durumu		
İlkokul	77	29.6
Ortaokul	37	14.2
Lise	72	27.7
Üniversite	74	28.5
Meslek		
Ev Hanımı	96	36.9
Memur	40	15.4
Emekli	22	8.5
İşçi	64	24.6
Diğer	38	14.6
Gelir Düzeyi		
Gelir Giderden Az	90	34.6
Gelir Gidere Denk	134	51.5
Gelir Giderden Fazla	36	13.8
Baş Ağrısı Süresi		
1 Yıdan Az	44	16.9
1-5 Yıl	102	39.2
6-10 Yıl	83	31.9
11 Yıl ve Üzeri	31	11.9
Baş Ağrısı Atağı Sıklığı		
Her Gün	22	8.5
Haftada 1-3 Gün	133	51.2
Haftada 4-7 Gün	52	20.0
İki Haftada 1 Gün	41	15.8
Ayda 1 Gün	12	4.6
Baş Ağrısının Yeri		
Başın Ön Tarafı	63	24.2
Başın Yanları	68	26.2
Başın Arkası	27	10.4
Başın Tamamı	102	39.2
Baş Ağrısının Özelliği		
Sürekli Gelen	36	13.8
Ataklar Halinde Gelen	113	43.5
Düzensiz Aralıklarla Gelen	111	42.7

Tablo 4.1. “Devam”Hastaların Tanımlayıcı Özelliklere Göre Dağılımı

Gruplar	Frekans(n)	Yüzde (%)
Baş Ağrısının Niteliği		
Zonklayıcı	101	38.8
Sıkıştırıcı	63	24.2
Saplanıcı	46	17.7
Yakıcı	3	1.2
Oyucu	10	3.8
Batıcı	9	3.5
Künt	6	2.3
Basınç Hissi	22	8.5
Baş Ağrısının Parlak Işıқта Artması		
Evet	222	85.4
Hayır	38	14.6
Daha Önce Psikolojik Yardım Durumu		
Evet	39	15.0
Hayır	221	85.0
Psikiyatrik İlaç Kullanma Durumu		
Evet	51	19.6
Hayır	209	80.4
Baş Ağrısı İle Başa Çıkma Yöntemleri		
Herhangi Bir Şey Kullanmıyorum	7	2.7
Ağrı Kesici Alırım	237	91.2
Masaj Yaparım/yaptırıyorum	16	6.2
Ek Hastalık Varlığı		
Var	49	18.8
Yok	211	81.2
Ek Hastalık		
Diyabet	28	57.1
Kanser	3	6.1
Psikiyatrik Hastalık	16	32.7
Kalp Hastalığı	2	4.1

Tablo 4.2.’de hastaların duygusal öz-yeterliğe yönelik; aritmetik ortalama, standart sapma ve minimum-maksimum düzeyleri verilmiştir. Hastaların “duygusal öz-yeterlik toplam” ortalaması 114.431 ± 17.471 (Min=48; Maks=154), “duyguları düzenleme” ortalaması 32.196 ± 4.632 (Min=14; Maks=43), “duyguları düşüncüyü destekleyici olarak kullanma” ortalaması 28.085 ± 4.850 (Min=11; Maks=40), “duyguları anlama” ortalaması 29.185 ± 4.844 (Min=11; Maks=40), “duyguları

algılama” ortalaması 24.965 ± 4.269 (Min=11; Maks=35) olarak saptanmıştır.

Tablo 4.2. Duygusal Öz-Yeterlik Puan Ortalamaları

	N	Ort	Ss	Min.	Maks.	Alpha
Duygusal Özyeterlik Toplam	260	114.431	17.471	48.000	154.000	0.953
Duyguları Düzenleme	260	32.196	4.632	14.000	43.000	0.948
Duyguları Düşünceyi Destekleyici Olarak Kullanma	260	28.085	4.850	11.000	40.000	0.943
Duyguları Anlama	260	29.185	4.844	11.000	40.000	0.938
Duyguları Algılama	260	24.965	4.269	11.000	35.000	0.944

Tablo 4.3’te hastaların anksiyete duyarlılığına yönelik; aritmetik ortalama, standart sapma ve minimum-maksimum düzeyleri aşağıda yer almaktadır. Hastaların “anksiyete duyarlılığı toplam” ortalaması 24.858 ± 16.467 (Min=0; Maks=62), “fiziksel duyarlılık” ortalaması 9.435 ± 6.845 (Min=0; Maks=24), “bilişsel duyarlılık” ortalaması 7.804 ± 6.322 (Min=0; Maks=23), “sosyal duyarlılık” ortalaması 7.619 ± 4.443 (Min=0; Maks=19) olarak saptanmıştır.

Tablo 4.3. Anksiyete Duyarlılığı Puan Ortalamaları

	N	Ort	Ss	Min.	Maks.	Alpha
Anksiyete Duyarlılığı Toplam	260	24.858	16.467	0.000	62.000	0.969
Fiziksel Duyarlılık	260	9.435	6.845	0.000	24.000	0.955
Bilişsel Duyarlılık	260	7.804	6.322	0.000	23.000	0.953
Sosyal Duyarlılık	260	7.619	4.443	0.000	19.000	0.946

Tablo 4.4.’te VAS ortalaması verilmiştir. Hastaların “VAS” ortalaması 7.450 ± 1.563 (Min=2; Maks=10) olarak saptanmıştır.

Tablo 4.4. VAS Ortalaması

	N	Ort	Ss	Min.	Maks.
VAS	260	7.450	1.563	2.000	10.000

Tablo 4.5'te hastaların yeti yetimine göre dağılımı verilmiştir. Hastalar yeti yetimine göre 18'i (%6.9) hafif kayıp, 66'sı (%25.4) orta derecede kayıp, 176'sı (%67.7) ciddi kayıp olarak dağılmaktadır.

Tablo 4.5. Hastaların Yeti Yetimine Göre Dağılımı

Gruplar	Frekans(n)	Yüzde (%)
Yeti Yetimi		
Hafif Kayıp	18	6.9
Orta Derecede Kayıp	66	25.4
Ciddi Kayıp	176	67.7

Tablo 4.6'da hastaların duygusal öz-yeterlik, anksiyete duyarlılığı ve VAS düzeylerini belirleyen boyutlar arasındaki ilişkiler korelasyon analizi ile incelenmesi verilmiştir. Duygusal öz-yeterlik toplam, duyguları düzenleme, duyguları düşünceyi destekleyici olarak kullanma, duyguları anlama, duyguları algılama, anksiyete duyarlılığı toplam, fiziksel duyarlılık, bilişsel duyarlılık, sosyal duyarlılık, VAS, yeti yetimi, puanları arasında korelasyon analizleri incelendiğinde; duyguları düzenleme ile duygusal öz-yeterlik toplam arasında $r=0.926$ pozitif çok yüksek ($p=0.000<0.05$), duyguları düşünceyi destekleyici olarak kullanma ile duygusal özyeterlik toplam arasında $r=0.94$ pozitif çok yüksek ($p=0.000<0.05$), duyguları düşünceyi destekleyici olarak kullanma ile duyguları düzenleme arasında $r=0.84$ pozitif yüksek ($p=0.000<0.05$), duyguları anlama ile duygusal özyeterlik toplam arasında $r=0.952$ pozitif çok yüksek ($p=0.000<0.05$), duyguları anlama ile duyguları düzenleme arasında $r=0.823$ pozitif yüksek ($p=0.000<0.05$), duyguları anlama ile duyguları düşünceyi destekleyici olarak kullanma arasında $r=0.853$ pozitif yüksek ($p=0.000<0.05$), duyguları algılama ile duygusal öz-yeterlik toplam arasında $r=0.94$ pozitif çok yüksek ($p=0.000<0.05$), duyguları algılama ile duyguları düzenleme arasında $r=0.817$ pozitif yüksek ($p=0.000<0.05$), duyguları algılama ile duyguları düşünceyi destekleyici olarak kullanma arasında $r=0.83$ pozitif yüksek ($p=0.000<0.05$), duyguları algılama ile duyguları anlama arasında $r=0.897$ pozitif yüksek ($p=0.000<0.05$), anksiyete duyarlılığı toplam ile duygusal özyeterlik toplam arasında $r=0.138$ pozitif çok zayıf ($p=0.026<0.05$), anksiyete duyarlılığı toplam ile

duyguları anlama arasında $r=0.24$ pozitif çok zayıf ($p=0.000<0.05$), anksiyete duyarlılığı toplam ile duyguları algılama arasında $r=0.186$ pozitif çok zayıf ($p=0.003<0.05$), fiziksel duyarlılık ile duygusal öz-yeterlik toplam arasında $r=0.183$ pozitif çok zayıf ($p=0.003<0.05$), fiziksel duyarlılık ile duyguları düşünceyi destekleyici olarak kullanma arasında $r=0.151$ pozitif çok zayıf ($p=0.015<0.05$), fiziksel duyarlılık ile duyguları anlama arasında $r=0.301$ pozitif zayıf ($p=0.000<0.05$), fiziksel duyarlılık ile duyguları algılama arasında $r=0.232$ pozitif çok zayıf ($p=0.000<0.05$), fiziksel duyarlılık ile anksiyete duyarlılığı toplam arasında $r=0.956$ pozitif çok yüksek ($p=0.000<0.05$), bilişsel duyarlılık ile duygusal öz-yeterlik toplam arasında $r=0.16$ pozitif çok zayıf ($p=0.010<0.05$), bilişsel duyarlılık ile duyguları düşünceyi destekleyici olarak kullanma arasında $r=0.137$ pozitif çok zayıf ($p=0.027<0.05$), bilişsel duyarlılık ile duyguları anlama arasında $r=0.264$ pozitif zayıf ($p=0.000<0.05$), bilişsel duyarlılık ile duyguları algılama arasında $r=0.212$ pozitif çok zayıf ($p=0.001<0.05$), bilişsel duyarlılık ile anksiyete duyarlılığı toplam arasında $r=0.972$ pozitif çok yüksek ($p=0.000<0.05$), bilişsel duyarlılık ile fiziksel duyarlılık arasında $r=0.919$ pozitif çok yüksek ($p=0.000<0.05$), sosyal duyarlılık ile anksiyete duyarlılığı toplam arasında $r=0.851$ pozitif yüksek ($p=0.000<0.05$), sosyal duyarlılık ile fiziksel duyarlılık arasında $r=0.694$ pozitif orta ($p=0.000<0.05$), sosyal duyarlılık ile bilişsel duyarlılık arasında $r=0.762$ pozitif yüksek ($p=0.000<0.05$), VAS ile anksiyete duyarlılığı toplam arasında $r=0.162$ pozitif çok zayıf ($p=0.009<0.05$), VAS ile fiziksel duyarlılık arasında $r=0.158$ pozitif çok zayıf ($p=0.011<0.05$), VAS ile sosyal duyarlılık arasında $r=0.188$ pozitif çok zayıf ($p=0.002<0.05$), yeti yetimi ile VAS arasında $r=0.15$ pozitif çok zayıf ($p=0.016<0.05$) düzeyde korelasyon bulunmuştur. Diğer değişkenler arasındaki korelasyon ilişkileri istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Tablo 4.6. Duygusal Öz-Yeterlik, Anksiyete Duyarlılığı ve VAS Puanları Arasında Korelasyon Analizi

	Duygusal Öz-yeterlik Toplam	Duyguları Düzenleme	Duyguları Düşünceyi Destekleyici Olarak Kullanma	Duyguları Anlama	Duyguları Algılama	Anksiyete Duyarlılığı Toplam	Fiziksel Duyarlılık	Bilişsel Duyarlılık	Sosyal Duyarlılık	Vas	Yeti Yetimi
Duygusal Öz-yeterlik Toplam	r p	1.000 0.000									
Duyguları Düzenleme	r p	0.926** 0.000	1.000 0.000								
Duyguları Düşünceyi Destekleyici Olarak Kullanma	r p	0.940** 0.000	0.840** 0.000	1.000 0.000							
Duyguları Anlama	r p	0.952** 0.000	0.823** 0.000	0.853** 0.000	1.000 0.000						
Duyguları Algılama	r p	0.940** 0.000	0.817** 0.000	0.830** 0.000	0.897** 0.000	1.000 0.000					
Anksiyete Duyarlılığı Toplam	r p	0.138* 0.026	-0.025 0.693	0.118 0.058	0.240** 0.000	0.186** 0.003	1.000 0.000				
Fiziksel Duyarlılık	r p	0.183** 0.003	0.004 0.946	0.151* 0.015	0.301** 0.000	0.232** 0.000	0.956** 0.000	1.000 0.000			
Bilişsel Duyarlılık	r p	0.160** 0.010	-0.011 0.864	0.137* 0.027	0.264** 0.000	0.212** 0.001	0.972** 0.000	0.919** 0.000	1.000 0.000		
Sosyal Duyarlılık	r p	0.001 0.982	-0.083 0.184	0.008 0.896	0.050 0.423	0.030 0.634	0.851** 0.000	0.694** 0.000	0.762** 0.000	1.000 0.000	
Vas	r p	0.013 0.833	0.010 0.879	-0.037 0.556	0.031 0.622	0.050 0.418	0.162** 0.009	0.158* 0.011	0.117 0.059	0.188** 0.002	1.000 0.000
Yeti Yetimi	r p	0.067 0.281	0.068 0.276	0.036 0.566	0.092 0.140	0.057 0.364	0.083 0.181	0.091 0.143	0.061 0.331	0.082 0.187	0.150* 0.016

*<0.05; **<0.01; Pearson Korelasyon Analizi

Tablo 4.7’de duygusal öz-yeterlik ile anksiyete duyarlılığı arasındaki neden sonuç ilişkisinin incelenmesine yönelik regresyon analizi bulguları verilmiştir. Duygusal öz-yeterlik ile anksiyete duyarlılığı arasındaki neden sonuç ilişkisini belirlemek üzere yapılan regresyon analizi anlamlı bulunmuştur (F=5.006; p=0.026<0.05). Anksiyete Duyarlılığı düzeyindeki toplam değişim %1.5 oranında duygusal öz-yeterlik toplam tarafından açıklanmaktadır (R²=0.015). Duygusal öz-yeterlik anksiyete duyarlılığı düzeyini arttırmaktadır (β=0.138).

Tablo 4.7. Duygusal Öz-Yeterliğin Anksiyete Duyarlılığı Toplam Üzerine Etkisi

Bağımsız Değişken	Standart Edilmemiş Katsayılar		Standart Edilmiş Katsayılar β	t	p	%95 Güven Aralığı	
	B	SE				Alt	Üst
Sabit	9.978	6.727		1.483	0.139	-3.269	23.226
Duygusal Özyeterlik Toplam	0.130	0.058	0.138	2.237	0.026	0.016	0.244

*Bağımlı Değişken=Anksiyete Duyarlılığı Toplam. R=0.138; R²=0.015; F=5.006; p=0.026; Durbin Watson Değeri=1.979

Tablo 4.8.’de duygusal öz-yeterlik ile VAS arasındaki neden sonuç ilişkisini incelenmesi verilmiştir. Duygusal öz-yeterlik ile VAS arasındaki neden sonuç ilişkisini belirlemek üzere yapılan regresyon analizi anlamlı bulunmamıştır (F=0.045; p=0.833>0.050).

Tablo 4.8. Duygusal Öz-Yeterliğin VAS Üzerine Etkisi

Bağımsız Değişken	Standart Edilmemiş Katsayılar		Standart Edilmiş Katsayılar β	t	p	%95 Güven Aralığı	
	B	SE				Alt	Üst
Sabit	7.319	0.644		11.356	0.000	6.050	8.588
Duygusal Özyeterlik Toplam	0.001	0.006	0.013	0.212	0.833	-0.010	0.012

*Bağımlı Değişken=Vas, R=0.013; R²=-0.004; F=0.045; p=0.833; Durbin Watson Değeri=1.753

Tablo 4.9.’da duygusal öz-yeterlik ile yeti yetimi arasındaki ilişkinin incelenmesi verilmiştir. Duygusal öz-yeterlik ile yeti yetimi arasındaki neden sonuç

ilişkinin belirlemek üzere yapılan regresyon analizi anlamlı bulunmamıştır (F=1.169; p=0.281>0.050).

Tablo 4.9. Duygusal Öz-Yeterliğin Yeti Yetimi Üzerine Etkisi

Bağımsız Değişken	Standart Edilmemiş Katsayılar		Standart Edilmiş Katsayılar	t	p	%95 Güven Aralığı	
	B	SE	β			Alt	Üst
Sabit	3.337	0.253		13.183	0.000	2.839	3.836
Duygusal Özyeterlik Toplam	0.002	0.002	0.067	1.081	0.281	-0.002	0.007

*Bağımlı Değişken=Yeti Yetimi, R=0.067; R²=0.001; F=1.169; p=0.281; Durbin Watson Değeri=1.963

Tablo 4.10.'da anksiyete duyarlılığı ile VAS arasındaki ilişkinin incelenmesi verilmiştir. Anksiyete duyarlılığı ile VAS arasındaki neden sonuç ilişkisini belirlemek üzere yapılan regresyon analizi anlamlı bulunmuştur (F=6.915; p=0.009<0.05). VAS düzeyindeki toplam değişim %2.2 oranında anksiyete duyarlılığı tarafından açıklanmaktadır (R²=0.022). Anksiyete Duyarlılığı VAS düzeyini arttırmaktadır (β =0.162).

Tablo 4.10. Anksiyete Duyarlılığının VAS Üzerine Etkisi

Bağımsız Değişken	Standart Edilmemiş Katsayılar		Standart Edilmiş Katsayılar	t	p	%95 Güven Aralığı	
	B	SE	β			Alt	Üst
Sabit	7.073	0.174		40.709	0.000	6.731	7.415
Anksiyete Duyarlılığı Toplam	0.015	0.006	0.162	2.630	0.009	0.004	0.027

*Bağımlı Değişken=VAS, R=0.162; R²=0.022; F=6.915; p=0.009; Durbin Watson Değeri=1.719

Tablo 4.11.'de duygusal öz-yeterlik puanlarının yeti yetimine göre dağılımı incelenmiştir. Hastaların duygusal öz-yeterlik toplam, duyguları düzenleme, duyguları düşüncüyü destekleyici olarak kullanma, duyguları anlama, duyguları algılama puanları yeti yetimine göre anlamlı farklılık göstermemektedir (p>0.05).

Tablo 4.11. Duygusal Öz-Yeterlik Puanlarının Yeti Yetimine Göre Dağılımı

	Grup	N	Ort	Ss	F	p
Duygusal Öz-Yeterlik Toplam	Hafif Kayıp	18	111.944	20.212		
	Orta Derecede Kayıp	66	112.955	20.069	0.604	0.547
	Ciddi Kayıp	176	115.239	16.136		
Duyguları Düzenleme	Hafif Kayıp	18	31.944	5.241		
	Orta Derecede Kayıp	66	31.576	5.531	0.892	0.411
	Ciddi Kayıp	176	32.455	4.184		
Duyguları Düşünceyi Destekleyici Olarak Kullanma	Hafif Kayıp	18	27.722	5.312		
	Orta Derecede Kayıp	66	27.864	5.311	0.171	0.843
	Ciddi Kayıp	176	28.205	4.642		
Duyguları Anlama	Hafif Kayıp	18	28.056	5.703		
	Orta Derecede Kayıp	66	28.727	5.345	1.093	0.337
	Ciddi Kayıp	176	29.472	4.546		
Duyguları Algılama	Hafif Kayıp	18	24.222	4.870		
	Orta Derecede Kayıp	66	24.788	4.796	0.426	0.654
	Ciddi Kayıp	176	25.108	4.005		

Tek Yönlü Varyans Analizi

Tablo 4.12.'de anksiyete duyarlılığı puanlarının yeti yetimine göre dağılımı incelenmiştir. Hastaların yeti yetimine göre anksiyete duyarlılığı toplam puanları anlamlı farklılık göstermektedir ($F_{(2, 257)}=4.954$; $p=0.008<0.05$). Farkın nedeni; yeti yetimi orta derecede kayıp olanların anksiyete duyarlılığı toplam puanlarının ($\bar{x}=27.500$), yeti yetimi hafif kayıp olanların anksiyete duyarlılığı toplam puanlarından ($\bar{x}=13.944$) yüksek olmasıdır. Yeti yetimi ciddi kayıp olanların anksiyete duyarlılığı toplam puanlarının ($\bar{x}=24.983$), yeti yetimi hafif kayıp olanların anksiyete duyarlılığı toplam puanlarından ($\bar{x}=13.944$) yüksek olmasıdır.

Hastaların yeti yetimine göre fiziksel duyarlılık puanları anlamlı farklılık göstermektedir ($F_{(2, 257)}=5.560$; $p=0.004<0.05$). Farkın nedeni; yeti yetimi orta derecede kayıp olanların fiziksel duyarlılık puanlarının ($\bar{x}=10.561$), yeti yetimi hafif kayıp olanların fiziksel duyarlılık puanlarından ($\bar{x}=4.611$) yüksek olmasıdır. Yeti yetimi ciddi kayıp olanların fiziksel duyarlılık puanlarının ($\bar{x}=9.506$), yeti yetimi hafif kayıp olanların fiziksel duyarlılık puanlarından ($\bar{x}=4.611$) yüksek olmasıdır.

Hastaların yeti yetimine göre bilişsel duyarlılık puanları anlamlı farklılık göstermektedir ($F_{(2, 257)}=3.416$; $p=0.034<0.05$). Farkın nedeni; yeti yetimi orta derecede kayıp olanların bilişsel duyarlılık puanlarının ($\bar{x}=8.742$), yeti yetimi hafif kayıp olanların bilişsel duyarlılık puanlarından ($\bar{x}=4.389$) yüksek olmasıdır. Yeti

yetiimi ciddi kayıp olanların bilişsel duyarlılık puanlarının (\bar{x} =7.801), yeti yetimi hafif kayıp olanların bilişsel duyarlılık puanlarından (\bar{x} =4.389) yüksek olmasıdır.

Hastaların yeti yetimine göre sosyal duyarlılık puanları anlamlı farklılık göstermektedir ($F_{(2, 257)}=3.920$; $p=0.021<0.05$). Farkın nedeni; yeti yetimi orta derecede kayıp olanların sosyal duyarlılık puanlarının (\bar{x} =8.197), yeti yetimi hafif kayıp olanların sosyal duyarlılık puanlarından (\bar{x} =4.944) yüksek olmasıdır. Yeti yetimi ciddi kayıp olanların sosyal duyarlılık puanlarının (\bar{x} =7.676), yeti yetimi hafif kayıp olanların sosyal duyarlılık puanlarından (\bar{x} =4.944) yüksek olmasıdır.

Tablo 4.12. Anksiyete Duyarlılığı Puanlarının Yeti Yitimine Göre Dağılımı

	Grup	N	Ort	Ss	F	p	Fark
Anksiyete Duyarlılığı Toplam	Hafif Kayıp	18	13.944	15.226			
	Orta Derecede Kayıp	66	27.500	16.505	4.954	0.008	2>1 3>1
	Ciddi Kayıp	176	24.983	16.209			
Fiziksel Duyarlılık	Hafif Kayıp	18	4.611	5.553			
	Orta Derecede Kayıp	66	10.561	6.327	5.560	0.004	2>1 3>1
	Ciddi Kayıp	176	9.506	6.972			
Bilişsel Duyarlılık	Hafif Kayıp	18	4.389	5.054			
	Orta Derecede Kayıp	66	8.742	6.249	3.416	0.034	2>1 3>1
	Ciddi Kayıp	176	7.801	6.375			
Sosyal Duyarlılık	Hafif Kayıp	18	4.944	4.893			
	Orta Derecede Kayıp	66	8.197	4.843	3.920	0.021	2>1 3>1
	Ciddi Kayıp	176	7.676	4.161			

Tek Yönlü Varyans Analizi

Tablo 4.13'te VAS puanlarının yeti yetimine göre dağılımı incelenmiştir. Hastaların yeti yetimine göre VAS puanları anlamlı farklılık göstermektedir ($F_{(2, 257)}=3.208$; $p=0.042<0.05$). Farkın nedeni; yeti yetimi ciddi kayıp olanların VAS puanlarının (\bar{x} =7.590), yeti yetimi hafif kayıp olanların VAS puanlarından (\bar{x} =6.670) yüksek olmasıdır.

Tablo 4.13. VAS Puanlarının Yeti Yetimine Göre Dağılımı

Grup	N	Ort	Ss	F	p	Fark
Hafif Kayıp	18	6.670	2.000			
VAS Orta Derecede Kayıp	66	7.320	1.638	3.208	0.042	3>1
Ciddi Kayıp	176	7.590	1.463			

Tek Yönlü Varyans Analizi

Tablo 4.14'te duygusal öz-yeterlik puanlarının tanımlayıcı özelliklere göre dağılımının incelemesi verilmiştir.

-Yaş

Hastaların duygusal öz-yeterlik toplam puanları yaşa göre anlamlı farklılık göstermektedir (F=4.052; p=0.008<0.05; $\eta^2=0.045$).

Hastaların duyguları düzenleme, duyguları düşünceyi destekleyici olarak kullanma, duyguları anlama puanları yaşa göre anlamlı farklılık göstermektedir (p<0.05). Hastaların duyguları algılama puanları yaşa göre anlamlı farklılık göstermemektedir (p>0.05).

-Cinsiyet

Hastaların duygusal öz-yeterlik toplam, duyguları düzenleme, duyguları düşünceyi destekleyici olarak kullanma, duyguları anlama, duyguları algılama puanları cinsiyete göre anlamlı farklılık göstermemektedir (p>0.05).

-Medeni Durum

Evlilerin duygusal öz-yeterlik toplam puanları (x=113.171), bekarların duygusal özyeterlik toplam puanlarından (x=118,060) düşük bulunmuştur (t=-1.985; p=0.048<0.05; d=0.281; $\eta^2=0.015$). Evlilerin duyguları düzenleme puanları (x=31.767), bekarların duyguları düzenleme puanlarından (x=33.433) düşük bulunmuştur (t=-2.564; p=0.011<0.05; d=0.364; $\eta^2=0.025$). Hastaların duyguları düşünceyi destekleyici olarak kullanma, duyguları anlama, duyguları algılama puanları medeni duruma göre anlamlı farklılık göstermemektedir (p>0.05).

-Çocuk Sahipliği

Çocuk sahibi olanların duygusal öz-yeterlik toplam puanları ($x=113.044$), çocuk sahibi olmayanların duygusal öz-yeterlik toplam puanlarından ($x=117.790$) düşük bulunmuştur ($t=-2.004$; $p=0.046<0.05$; $d=0.273$; $\eta^2=0.015$). Çocuk sahibi olanların duyguları düzenleme puanları ($x=31.707$), çocuk sahibi olmayanların duyguları düzenleme puanlarından ($x=33.382$) düşük bulunmuştur ($t=-2.684$; $p=0.008<0.05$; $d=0.366$; $\eta^2=0.027$). Hastaların duyguları düşünceyi destekleyici olarak kullanma, duyguları anlama, duyguları algılama puanları çocuk sahipliğine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

-Eğitim Durumu

Hastaların duygusal öz-yeterlik toplam puanları eğitim durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir ($F=5.103$; $p=0.002<0.05$; $\eta^2=0.056$). Hastaların duyguları düzenleme duyguları düşünceyi destekleyici olarak kullanma, duyguları anlama, duyguları algılama puanları eğitim durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0.05$).

-Meslek

Hastaların duygusal öz-yeterlik toplam puanları mesleğe göre anlamlı farklılık göstermektedir ($F=3.239$; $p=0.013<0.05$; $\eta^2=0.048$). Farkın nedeni memur olanların duygusal öz-yeterlik toplam puanlarının ev hanımlarının duygusal öz-yeterlik toplam puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Memur olanların duygusal öz-yeterlik toplam puanlarının emekli olanların duygusal öz-yeterlik toplam puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Memur olanların duygusal öz-yeterlik toplam puanlarının işçi olanların duygusal öz-yeterlik toplam puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$).

Hastaların duyguları düzenleme, duyguları düşünceyi destekleyici olarak kullanma, duyguları algılama puanları mesleğe göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0.05$). Hastaların duyguları anlama puanları mesleğe göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

-Hastaların duygusal öz-yeterlik toplam, duyguları düzenleme, duyguları düşünceyi destekleyici olarak kullanma, duyguları anlama, duyguları algılama

puanları; gelir düzeyine ve baş ağrısı süresine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

-Baş Ağrısı Atağı Sıklığı

Hastaların duyguları anlama puanları baş ağrısı atağı sıklığına göre anlamlı farklılık göstermektedir ($F=2.628$; $p=0.035<0.05$; $\eta^2=0.040$). Hastaların duygusal öz-yeterlik toplam, duyguları düzenleme, duyguları düşünceyi destekleyici olarak kullanma, duyguları algılama puanları baş ağrısı atağı sıklığına göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

-Baş Ağrısının Yeri

Hastaların duygusal öz-yeterlik toplam, duyguları düzenleme, duyguları düşünceyi destekleyici olarak kullanma, duyguları anlama, duyguları algılama puanları baş ağrısının yerine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

-Baş Ağrısının Özelliği

Hastaların duyguları düşünceyi destekleyici olarak kullanma puanları baş ağrısının özelliğine göre anlamlı farklılık göstermektedir ($F=4.712$; $p=0.01<0.05$; $\eta^2=0.035$). Farkın nedeni ataklar halinde gelen baş ağrısı olanların duyguları düşünceyi destekleyici olarak kullanma puanlarının sürekli gelen baş ağrısı olanların duyguları düşünceyi destekleyici olarak kullanma puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Düzensiz aralıklarla gelen baş ağrısı olanların duyguları düşünceyi destekleyici olarak kullanma puanlarının sürekli gelen baş ağrısı olanların duyguları düşünceyi destekleyici olarak kullanma puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$).

Hastaların duygusal öz-yeterlik toplam, duyguları düzenleme, duyguları anlama, duyguları algılama puanları baş ağrısının özelliğine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

-Baş Ağrısının Parlak Işıқта Artması

Parlak ışıқта artanların duygusal öz-yeterlik toplam puanları ($x=115.874$), parlak ışıқта artmayanların duygusal öz-yeterlik toplam puanlarından ($x=106.000$) yüksek bulunmuştur ($t=3.279$; $p=0.001<0.05$; $d=0.576$; $\eta^2=0.040$). Parlak ışıқта artanların duyguları düzenleme puanları ($x=32.473$), parlak ışıқта artmayanların

duyguları düzenleme puanlarından ($x=30.579$) yüksek bulunmuştur ($t=2.349$; $p=0.02<0.05$; $d=0.412$; $\eta^2=0.021$). Parlak ışıkta artanların duyguları düşünceyi destekleyici olarak kullanma puanları ($x=28.464$), parlak ışıkta artmayanların duyguları düşünceyi destekleyici olarak kullanma puanlarından ($x=25.868$) yüksek bulunmuştur ($t=3.099$; $p=0.002<0.05$; $d=0.544$; $\eta^2=0.036$). Parlak ışıkta artanların duyguları anlama puanları ($x=29.559$), parlak ışıkta artmayanların duyguları anlama puanlarından ($x=27.000$) yüksek bulunmuştur ($t=3.057$; $p=0.002<0.05$; $d=0.537$; $\eta^2=0.035$). Parlak ışıkta artanların duyguları algılama puanları ($x=25.378$), parlak ışıkta artmayanların duyguları algılama puanlarından ($x=22.553$) yüksek bulunmuştur ($t=3.871$; $p=0<0.05$; $d=0.680$; $\eta^2=0.055$).

-Daha Önce Psikolojik Yardım Durumu

Daha önce psikolojik yardım alanların duygusal öz-yeterlik toplam puanları ($x=107.103$), daha önce psikolojik yardım almayanların duygusal özyeterlik toplam puanlarından ($x=115.724$) düşük bulunmuştur ($t=-2.881$; $p=0.021<0.05$; $d=0.500$; $\eta^2=0.031$). Daha önce psikolojik yardım alanların duyguları düzenleme puanları ($x=30,154$), daha önce psikolojik yardım almayanların duyguları düzenleme puanlarından ($x=32,557$) düşük bulunmuştur ($t=-3,033$; $p=0.022<0.05$; $d=0,527$; $\eta^2=0,034$). Daha önce psikolojik yardım alanların duyguları düşünceyi destekleyici olarak kullanma puanları ($x=25.923$), daha önce psikolojik yardım almayanların duyguları düşünceyi destekleyici olarak kullanma puanlarından ($x=28.466$) düşük bulunmuştur ($t=-3.068$; $p=0.016<0.05$; $d=0.533$; $\eta^2=0.035$). Daha önce psikolojik yardım alanların duyguları anlama puanları ($x=27.462$), daha önce psikolojik yardım almayanların duyguları anlama puanlarından ($x=29.489$) düşük bulunmuştur ($t=-2.432$; $p=0.016<0.05$; $d=0.422$; $\eta^2=0.022$). Hastaların duyguları algılama puanları daha önce psikolojik yardım durumuna göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

-Hastaların duygusal öz-yeterlik toplam, duyguları düzenleme, duyguları düşünceyi destekleyici olarak kullanma, duyguları anlama, duyguları algılama puanları; psikiyatrik ilaç kullanma durumuna, baş ağrısı ile başa çıkma yöntemlerine ve ek hastalık varlığına göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Tablo 4.14. Duygusal Öz-Yeterlik Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Dağılımı

Demografik Özellikler	n	Duygusal Özyeterlik Toplam	Duyguları Düzenleme	Duyguları Düşünceyi Destekleyici Olarak Kullanma	Duyguları Anlama	Duyguları Algılama
		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
Yaş						
30 ve Altı	63	119.905±14.768	33.841±3.785	29.540±4.413	30.524±3.805	26.000±3.835
31-40	65	112.415±17.660	31.600±4.464	27.292±5.061	28.739±5.109	24.785±4.389
41-50	84	110.643±18.617	31.191±5.062	27.071±5.030	28.214±5.248	24.167±4.404
51 ve Üzeri	48	116.604±16.775	32.604±4.565	29.021±4.235	29.729±4.621	25.250±4.225
F=		4.052	4.640	4.458	3.194	2.360
p=		0.008	0.004	0.005	0.024	0.072
PostHoc=		1>2, 1>3 (p<0.05)	1>2, 1>3 (p<0.05)	1>2, 1>3, 4>3 (p<0.05)	1>2, 1>3 (p<0.05)	
Cinsiyet						
Kadın	225	115.067±17.795	32.391±4.754	28.204±4.958	29.342±4.900	25.129±4.316
Erkek	35	110.343±14.803	30.943±3.564	27.314±4.064	28.171±4.396	23.914±3.845
t=		1.492	1.727	1.010	1.332	1.570
p=		0.137	0.085	0.313	0.184	0.118
Medeni Durum						
Evli	193	113.171±17.710	31.767±4.656	27.762±4.900	28.845±5.050	24.798±4.274
Bekar	67	118.060±16.354	33.433±4.363	29.015±4.614	30.164±4.070	25.448±4.251
t=		-1.985	-2.564	-1.831	-1.931	-1.074
p=		0.048	0.011	0.068	0.055	0.284
Çocuk Sahipliği						
Evet	184	113.044±18.221	31.707±4.803	27.745±5.046	28.832±5.158	24.761±4.369
Hayır	76	117.790±15.095	33.382±3.973	28.908±4.259	30.040±3.883	25.461±4.001
t=		-2.004	-2.684	-1.766	-1.837	-1.203
p=		0.046	0.008	0.079	0.067	0.230
Eğitim Durumu						
İlkokul	77	117.208±16.209	32.662±4.263	28.922±4.192	30.039±4.739	25.584±4.175
Ortaokul	37	108.541±19.068	30.297±5.333	26.622±5.413	27.703±5.374	23.919±4.567
Lise	72	110.194±18.693	31.375±4.834	26.639±5.141	28.125±5.230	24.056±4.484
Üniversite	74	118.608±15.138	33.460±4.014	29.351±4.415	30.068±3.904	25.730±3.783
F=		5.103	5.159	6.036	4.060	3.243
p=		0.002	0.002	0.001	0.008	0.023
PostHoc=		1>2, 4>2, 1>3, 4>3 (p<0.05)	1>2, 4>2, 4>3 (p<0.05)	1>2, 4>2, 1>3, 4>3 (p<0.05)	1>2, 4>2, 1>3, 4>3 (p<0.05)	1>2, 4>2, 1>3, 4>3 (p<0.05)
Meslek						
Ev Hanımı	96	111.375±20.336	31.313±5.365	27.333±5.432	28.427±5.706	24.302±4.912
Memur	40	122.150±12.980	34.100±3.713	30.525±3.637	30.800±3.681	26.725±3.038
Emekli	22	112.864±15.667	31.773±3.878	27.364±3.935	28.955±4.971	24.773±3.804
İşçi	64	112.938±15.855	31.875±4.233	27.422±4.787	28.906±4.400	24.734±3.892
Diğer	38	117.447±15.054	33.211±3.926	28.947±4.172	30.000±3.770	25.290±4.145
F=		3.239	3.250	4.007	2.067	2.444
p=		0.013	0.013	0.004	0.086	0.047
PostHoc=		2>1, 2>3, 2>4 (p<0.05)	2>1, 5>1, 2>4 (p<0.05)	2>1, 2>3, 2>4 (p<0.05)		2>1, 2>4 (p<0.05)

Tablo 4.14. “Devam” Duygusal Öz-Yeterlik Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Dağılımı

Demografik Özellikler	n	Duygusal Öz yeterlik Toplam	Duyguları Düzenleme	Duyguları Düşünceyi Destekleyici Olarak Kullanma	Duyguları Anlama	Duyguları Algılama
Gelir Düzeyi		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
Gelir Giderden Az	90	113.822±17.44 0	32.522±4.557	27.567±4.827	28.911±4.90 7	24.822±4.34 6
Gelir Gidere Denk	13 4	114.455±17.88 2	31.828±4.741	28.276±4.938	29.366±4.95 9	24.985±4.35 8
Gelir Giderden Fazla	36	115.861±16.34 5	32.750±4.410	28.667±4.579	29.194±4.31 5	25.250±3.81 3
F=		0.174	0.902	0.876	0.236	0.131
p=		0.840	0.407	0.418	0.790	0.877
Baş Ağrısı Süresi		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
1 Yıldan Az	44	111.773±20.53 3	31.818±5.186	26.955±5.984	28.591±5.72 8	24.409±4.91 5
1-5 Yıl	102	114.824±17.61 8	32.294±4.866	28.186±4.719	29.275±4.91 7	25.069±4.12 0
6-10 Yıl	83	115.181±15.60 7	32.205±4.125	28.313±4.412	29.349±4.38 5	25.313±3.81 2
11 Yıl Ve Üzeri	31	114.903±17.53 4	32.387±4.492	28.742±4.590	29.290±4.57 7	24.484±4.97 9
F=		0.412	0.129	1.063	0.267	0.581
p=		0.744	0.943	0.365	0.849	0.628
Baş Ağrısı Atağı Sıklığı		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
Her Gün	22	114.318±13.06 9	33.409±3.034	27.000±4.332	29.364±3.47 2	24.546±3.26 2
Haftada 1-3 Gün	133	113.812±17.76 6	31.962±4.730	28.038±4.793	28.962±4.86 2	24.850±4.38 4
Haftada 4-7 Gün	52	111.577±19.88 5	31.673±5.625	27.615±5.591	27.981±5.21 1	24.308±4.34 6
İki Haftada 1 Gün	41	119.293±13.51 7	32.781±3.305	29.073±4.009	31.098±4.29 4	26.342±3.74 6
Ayda 1 Gün	12	117.250±20.87 2	32.833±5.114	29.250±5.512	30.000±5.56 0	25.167±5.47 4
F=		1.266	0.845	0.999	2.628	1.468
p=		0.284	0.497	0.409	0.035	0.212
PostHoc=					4>2, 4>3 (p<0.05)	
Baş Ağrısının Yeri		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
Başın Ön Tarafı	63	111.746±18.59 6	31.238±4.937	27.397±4.60 9	28.571±5.435	24.540±4.68 6
Başın Yanları	68	113.353±18.08 0	32.206±5.036	27.662±5.15 3	28.721±4.472	24.765±4.40 9
Başın Arkası	27	117.704±16.78 8	32.667±3.903	29.852±4.61 4	30.074±4.506	25.111±4.50 1
Başın Tamamı	102	115.941±16.45 1	32.657±4.297	28.324±4.78 3	29.637±4.770	25.324±3.85 7
F=		1.154	1.333	1.891	1.147	0.506
p=		0.328	0.264	0.131	0.331	0.679

Tablo 4.14. “Devam” Duygusal Öz-Yeterlik Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Dağılımı

Demografik Özellikler	n	Duygusal Özyeterlik Toplam	Duyguları Düzenleme	Duyguları Düşünceyi Destekleyici Olarak Kullanma	Duyguları Anlama	Duyguları Algılama
Baş Ağrısının Özelliği		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
Sürekli Gelen	36	108.750±18.713	31.389±5.195	25.833±5.380	27.722±5.289	23.806±4.381
Ataklar Halinde Gelen	113	115.407±17.624	32.363±4.702	28.319±4.837	29.478±4.988	25.248±4.126
Düzensiz Aralıklarla Gelen	111	115.279±16.696	32.288±4.378	28.577±4.516	29.360±4.494	25.054±4.352
F=		2.231	0.640	4.712	1.935	1.607
p=		0.109	0.528	0.010	0.147	0.202
PostHoc=				2>1, 3>1 (p<0.05)		
Baş Ağrısının Parlak Işıktaki Artması		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
Evet	222	115.874±17.278	32.473±4.574	28.464±4.820	29.559±4.887	25.378±4.187
Hayır	38	106.000±16.371	30.579±4.700	25.868±4.467	27.000±3.980	22.553±3.984
t=		3.279	2.349	3.099	3.057	3.871
p=		0.001	0.020	0.002	0.002	0.000
Daha Önce Psikolojik Yardım Durumu		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
Evet	39	107.103±21.361	30.154±6.072	25.923±6.063	27.462±5.558	23.564±5.175
Hayır	221	115.724±16.411	32.557±4.245	28.466±4.513	29.489±4.655	25.213±4.053
t=		-2.881	-3.033	-3.068	-2.432	-2.240
p=		0.021	0.022	0.016	0.016	0.065
Psikiyatrik İlaç Kullanma Durumu		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
Evet	51	114.373±20.427	31.510±5.390	27.726±5.661	29.882±5.912	25.255±5.007
Hayır	209	114.445±16.727	32.364±4.426	28.172±4.642	29.014±4.546	24.895±4.080
t=		-0.026	-1.181	-0.589	1.148	0.539
p=		0.979	0.239	0.556	0.331	0.590
Baş Ağrısı İle Başa Çıkma Yöntemleri		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
Herhangi Bir Şey Kullanmıyorum	7	113.857±9.788	33.000±3.559	28.000±1.633	28.000±3.162	24.857±3.532
Ağrı Kesici Alırım	237	114.587±17.483	32.203±4.596	28.089±4.849	29.274±4.909	25.021±4.265
Masaj Yaparım/yaptırırım	16	112.375±20.448	31.750±5.710	28.063±5.927	28.375±4.530	24.188±4.778
F=		0.123	0.179	0.001	0.471	0.286
p=		0.884	0.836	0.999	0.625	0.751
Ek Hastalık Varlığı		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
Var	49	112.837±15.598	31.735±4.622	27.674±4.185	28.857±4.178	24.571±4.047
Yok	211	114.801±17.892	32.303±4.639	28.180±4.996	29.261±4.992	25.057±4.323
t=		-0.708	-0.774	-0.658	-0.525	-0.716
p=		0.479	0.440	0.511	0.600	0.474

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

Tablo 4.15'te anksiyete duyarlılığı puanlarının tanımlayıcı özelliklere göre dağılımının incelemesi verilmiştir.

-Hastaların anksiyete duyarlılığı toplam, fiziksel duyarlılık, bilişsel duyarlılık, sosyal duyarlılık puanları; yaşa, cinsiyete, medeni duruma, çocuk sahipliği, eğitim durumu ve mesleğe göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

-Gelir Düzeyi

Hastaların anksiyete duyarlılığı toplam puanları gelir düzeyine göre anlamlı farklılık göstermektedir ($F=6,372$; $p=0.002<0.05$; $\eta^2=0,047$). Farkın nedeni geliri giderden az olanların anksiyete duyarlılığı toplam puanlarının geliri giderden fazla olanların anksiyete duyarlılığı toplam puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Geliri gidere denk olanların anksiyete duyarlılığı toplam puanlarının geliri giderden fazla olanların anksiyete duyarlılığı toplam puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$).

Hastaların fiziksel, bilişsel ve sosyal duyarlılık puanları gelir düzeyine göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0.05$).

-Baş Ağrısı Süresi

Hastaların anksiyete duyarlılığı toplam, fiziksel duyarlılık, bilişsel duyarlılık, sosyal duyarlılık puanları baş ağrısı süresine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

-Baş Ağrısı Atağı Sıklığı

Hastaların anksiyete duyarlılığı toplam puanları baş ağrısı atağı sıklığına göre anlamlı farklılık göstermektedir ($F=3.460$; $p=0.009<0.05$; $\eta^2=0.051$). Farkın nedeni baş ağrısı atağı sıklığı iki haftada 1 gün olanların anksiyete duyarlılığı toplam puanlarının baş ağrısı atağı sıklığı her gün olanların anksiyete duyarlılığı toplam puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Baş ağrısı atağı sıklığı iki haftada 1 gün olanların anksiyete duyarlılığı toplam puanlarının baş ağrısı atağı sıklığı haftada 1-3 gün olanların anksiyete duyarlılığı toplam puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Baş ağrısı atağı sıklığı haftada 1-3 gün olanların anksiyete duyarlılığı toplam puanlarının baş ağrısı atağı sıklığı haftada 4-7 gün olanların anksiyete duyarlılığı toplam puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Baş ağrısı atağı sıklığı iki haftada 1 gün olanların anksiyete duyarlılığı toplam puanlarının baş ağrısı atağı

sıklığı haftada 4-7 gün olanların anksiyete duyarlılığı toplam puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Baş ağrısı atağı sıklığı ayda 1 gün olanların anksiyete duyarlılığı toplam puanlarının baş ağrısı atağı sıklığı haftada 4-7 gün olanların anksiyete duyarlılığı toplam puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$).

Hastaların fiziksel duyarlılık puanları baş ağrısı atağı sıklığına göre anlamlı farklılık göstermektedir ($F=4.622$; $p=0.001<0.05$; $\eta^2=0,068$). Farkın nedeni baş ağrısı atağı sıklığı iki haftada 1 gün olanların fiziksel duyarlılık puanlarının baş ağrısı atağı sıklığı her gün olanların fiziksel duyarlılık puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Baş ağrısı atağı sıklığı iki haftada 1 gün olanların fiziksel duyarlılık puanlarının baş ağrısı atağı sıklığı haftada 1-3 gün olanların fiziksel duyarlılık puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Baş ağrısı atağı sıklığı haftada 1-3 gün olanların fiziksel duyarlılık puanlarının baş ağrısı atağı sıklığı haftada 4-7 gün olanların fiziksel duyarlılık puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Baş ağrısı atağı sıklığı iki haftada 1 gün olanların fiziksel duyarlılık puanlarının baş ağrısı atağı sıklığı haftada 4-7 gün olanların fiziksel duyarlılık puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Baş ağrısı atağı sıklığı ayda 1 gün olanların fiziksel duyarlılık puanlarının baş ağrısı atağı sıklığı haftada 4-7 gün olanların fiziksel duyarlılık puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$).

Hastaların bilişsel duyarlılık puanları baş ağrısı atağı sıklığına göre anlamlı farklılık göstermektedir ($F=4.806$; $p=0.001<0.05$; $\eta^2=0,070$). Farkın nedeni baş ağrısı atağı sıklığı iki haftada 1 gün olanların bilişsel duyarlılık puanlarının baş ağrısı atağı sıklığı her gün olanların bilişsel duyarlılık puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Baş ağrısı atağı sıklığı iki haftada 1 gün olanların bilişsel duyarlılık puanlarının baş ağrısı atağı sıklığı haftada 1-3 gün olanların bilişsel duyarlılık puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Baş ağrısı atağı sıklığı haftada 1-3 gün olanların bilişsel duyarlılık puanlarının baş ağrısı atağı sıklığı haftada 4-7 gün olanların bilişsel duyarlılık puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Baş ağrısı atağı sıklığı iki haftada 1 gün olanların bilişsel duyarlılık puanlarının baş ağrısı atağı sıklığı haftada 4-7 gün olanların bilişsel duyarlılık puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Baş ağrısı atağı sıklığı ayda 1 gün olanların bilişsel duyarlılık puanlarının baş ağrısı atağı sıklığı haftada 4-7 gün olanların bilişsel duyarlılık puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$).

Hastaların sosyal duyarlılık puanları baş ağrısı atağı sıklığına göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

-Baş Ağrısının Yeri

Hastaların fiziksel duyarlılık puanları baş ağrısının yerine göre anlamlı farklılık göstermektedir ($F=3.546$; $p=0.015<0.05$; $\eta^2=0.040$). Farkın nedeni başın ön tarafı olanların fiziksel duyarlılık puanlarının başın yanları olanların fiziksel duyarlılık puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Başın arkası olanların fiziksel duyarlılık puanlarının başın yanları olanların fiziksel duyarlılık puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$).

Hastaların anksiyete duyarlılığı toplam, bilişsel duyarlılık, sosyal duyarlılık puanları baş ağrısının yerine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

-Baş Ağrısının Özelliği

Hastaların anksiyete duyarlılığı toplam, fiziksel duyarlılık, bilişsel duyarlılık, sosyal duyarlılık puanları baş ağrısının özelliğine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

-Baş Ağrısının Parlak Işıқта Artması

Parlak ışıқта artanların fiziksel duyarlılık puanları ($x=9.784$), parlak ışıқта artmayanların fiziksel duyarlılık puanlarından ($x=7.395$) yüksek bulunmuştur ($t=1.999$; $p=0.047<0.05$; $d=0.351$; $\eta^2=0.015$). Parlak ışıқта artanların bilişsel duyarlılık puanları ($x=8,144$), parlak ışıқта artmayanların bilişsel duyarlılık puanlarından ($x=5.816$) yüksek bulunmuştur ($t=2.112$; $p=0.013<0.05$; $d=0.371$; $\eta^2=0.017$). Hastaların anksiyete duyarlılığı toplam, sosyal duyarlılık puanları baş ağrısının parlak ışıқта artmasına göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

-Daha Önce Psikolojik Yardım Durumu

Hastaların anksiyete duyarlılığı toplam, fiziksel duyarlılık, bilişsel duyarlılık, sosyal duyarlılık puanları daha önce psikolojik yardım durumuna göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

-Psikiyatrik İlaç Kullanma Durumu

Psikiyatrik ilaç kullananların anksiyete duyarlılığı toplam puanları ($x=34.373$), psikiyatrik ilaç kullanmayanların anksiyete duyarlılığı toplam puanlarından ($x=22.536$) yüksek bulunmuştur ($t=4.794$; $p=0<0.05$; $d=0.749$; $\eta^2=0.082$). Psikiyatrik ilaç kullananların fiziksel duyarlılık puanları ($x=13.608$), psikiyatrik ilaç kullanmayanların fiziksel duyarlılık puanlarından ($x=8.416$) yüksek bulunmuştur ($t=5.084$; $p=0<0.05$; $d=0.794$; $\eta^2=0.091$). Psikiyatrik ilaç kullananların bilişsel duyarlılık puanları ($x=11.745$), psikiyatrik ilaç kullanmayanların bilişsel duyarlılık puanlarından ($x=6.842$) yüksek bulunmuştur ($t=5.210$; $p=0<0.05$; $d=0.814$; $\eta^2=0.095$). Psikiyatrik ilaç kullananların sosyal duyarlılık puanları ($x=9.020$), psikiyatrik ilaç kullanmayanların sosyal duyarlılık puanlarından ($x=7.278$) yüksek bulunmuştur ($t=2.537$; $p=0.012<0.05$; $d=0.396$; $\eta^2=0.024$).

-Hastaların anksiyete duyarlılığı toplam, fiziksel duyarlılık, bilişsel duyarlılık, sosyal duyarlılık puanları baş ağrısı ile başa çıkma yöntemlerine ve ek hastalık varlığına göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Tablo 4.15. Anksiyete Duyarlılığı Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Dağılımı

Demografik Özellikler	n	Anksiyete Duyarlılığı Toplam	Fiziksel Duyarlılık	Bilişsel Duyarlılık	Sosyal Duyarlılık
Yaş		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
30 Ve Altı	63	24.064±17.152	9.032±7.381	7.429±6.640	7.603±3.941
31-40	65	24.939±17.369	9.169±7.162	8.215±6.523	7.554±5.087
41-50	84	26.369±15.762	9.929±6.512	8.179±6.078	8.262±4.350
51 Ve Üzeri	48	23.146±15.772	9.458±6.391	7.083±6.143	6.604±4.226
F=		0.455	0.249	0.469	1.433
p=		0.714	0.862	0.704	0.234
Cinsiyet		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
Kadın	225	25.031±16.822	9.498±6.981	7.809±6.427	7.724±4.540
Erkek	35	23.743±14.139	9.029±5.973	7.771±5.688	6.943±3.749
t=		0.430	0.377	0.033	0.968
p=		0.668	0.707	0.974	0.271
Medeni Durum		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
Evli	193	25.415±16.325	9.793±6.814	8.005±6.251	7.617±4.475
Bekar	67	23.254±16.891	8.403±6.882	7.224±6.536	7.627±4.383
t=		0.925	1.435	0.871	-0.016
p=		0.356	0.153	0.385	0.987
Çocuk Sahipliği		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
Evet	184	25.544±16.123	9.842±6.707	8.071±6.172	7.630±4.487
Hayır	76	23.197±17.270	8.447±7.117	7.158±6.669	7.592±4.364
t=		1.045	1.498	1.059	0.063
p=		0.297	0.135	0.291	0.950

Tablo 4.15. “Devam”Anksiyete Duyarlılığı Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Dağılımı

Demografik Özellikler	n	Anksiyete Duyarlılığı Toplam	Fiziksel Duyarlılık	Bilişsel Duyarlılık	Sosyal Duyarlılık
Eğitim Durumu		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
İlkokul	77	27.156±16.490	10.753±6.681	8.766±6.617	7.636±4.398
Ortaokul	37	26.676±15.785	10.378±6.701	8.027±5.728	8.270±4.851
Lise	72	23.681±16.828	8.917±7.100	7.597±6.430	7.167±4.393
Üniversite	74	22.703±16.352	8.095±6.650	6.892±6.161	7.716±4.372
F=		1.198	2.304	1.151	0.523
p=		0.311	0.077	0.329	0.667
Meslek		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
Ev Hanımı	96	26.073±15.810	10.240±6.514	8.208±6.224	7.625±4.568
Memur	40	22.175±14.912	7.600±5.812	6.975±5.951	7.600±4.205
Emekli	22	21.909±17.196	8.682±7.530	6.773±6.604	6.455±3.839
İşçi	64	24.984±18.110	9.453±7.519	7.828±6.589	7.703±4.927
Diğer	38	26.105±16.655	9.737±7.016	8.211±6.511	8.158±3.894
F=		0.624	1.138	0.452	0.520
p=		0.646	0.339	0.771	0.721
Gelir Düzeyi		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
Gelir Giderden Az	90	24.444±17.026	9.256±7.168	7.667±6.434	7.522±4.495
Gelir Gidere Denk	134	27.358±16.636	10.530±6.818	8.784±6.406	8.045±4.567
Gelir Giderden Fazla	36	16.583±11.095	5.806±4.603	4.500±4.430	6.278±3.591
F=		6.372	7.127	6.841	2.300
p=		0.002	0.001	0.001	0.102
PostHoc=		1>3, 2>3 (p<0.05)	1>3, 2>3 (p<0.05)	1>3, 2>3 (p<0.05)	
Baş Ağrısı Süresi		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
1 Yıldan Az	44	26.614±17.411	10.091±7.575	8.114±6.851	8.409±4.299
1-5 Yıl	102	24.951±16.743	9.275±7.082	7.980±6.398	7.696±4.348
6-10 Yıl	83	23.542±15.990	9.169±6.627	7.386±6.042	6.988±4.490
11 Yıl Ve Üzeri	31	25.581±15.941	9.742±5.686	7.903±6.284	7.936±4.802
F=		0.362	0.214	0.184	1.086
p=		0.781	0.887	0.907	0.356
Baş Ağrısı Atağı Sıklığı		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
Her Gün	22	22.273±15.028	7.773±5.546	6.591±5.679	7.909±4.760
Haftada 1-3 Gün	133	24.895±16.407	9.368±6.937	7.902±6.309	7.624±4.388
Haftada 4-7 Gün	52	19.577±12.605	7.192±4.644	5.346±4.550	7.039±4.187
İki Haftada 1 Gün	41	30.829±19.446	12.610±8.185	10.537±7.524	7.683±4.709
Ayda 1 Gün	12	31.667±16.827	12.083±6.986	10.250±5.848	9.333±4.868
F=		3.460	4.622	4.806	0.691
p=		0.009	0.001	0.001	0.599
PostHoc=		4>1, 4>2, 2>3, 4>3, 5>3 (p<0.05)	4>1, 4>2, 2>3, 4>3, 5>3 (p<0.05)	4>1, 4>2, 2>3, 4>3, 5>3 (p<0.05)	
Baş Ağrısının Yeri		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
Başın Ön Tarafı	63	28.413±17.435	10.937±7.487	9.222±6.479	8.254±4.461
Başın Yanları	68	20.927±15.430	7.471±5.755	6.471±5.822	6.985±4.876
Başın Arkası	27	27.815±17.489	11.148±7.161	8.667±6.627	8.000±4.682
Başın Tamamı	102	24.500±15.854	9.363±6.766	7.588±6.344	7.549±4.053
F=		2.625	3.546	2.306	0.964
p=		0.051	0.015	0.077	0.410
PostHoc=			1>2, 3>2 (p<0.05)		
Baş Ağrısının Özelliği		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
Sürekli Gelen	36	23.639±13.908	8.361±5.792	7.194±5.064	8.083±4.487
Ataklar Halinde Gelen	113	26.345±16.488	9.991±6.852	8.416±6.498	7.938±4.245
Düzensiz Aralıklarla Gelen	111	23.739±17.208	9.216±7.148	7.378±6.502	7.144±4.618
F=		0.815	0.872	0.948	1.123
p=		0.444	0.419	0.389	0.327

Tablo 4.15. “Devam”Anksiyete Duyarlılığı Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Dağılımı

Demografik Özellikler	n	Anksiyete Duyarlılığı Toplam	Fiziksel Duyarlılık		Bilişsel Duyarlılık	Sosyal Duyarlılık
Baş Ağrısının Parlak Işıқта Artması		Ort ± SS	Ort ± SS		Ort ± SS	Ort ± SS
Evet	222	25.626±16.673	9.784±6.957		8.144±6.481	7.698±4.390
Hayır	38	20.368±14.611	7.395±5.820		5.816±4.920	7.158±4.779
t=		1.827	1.999		2.112	0.692
p=		0.069	0.047		0.013	0.490
Daha Önce Psikolojik Yardım Durumu		Ort ± SS	Ort ± SS		Ort ± SS	Ort ± SS
Evet	39	28.769±17.069	10.590±6.935		9.077±6.084	9.103±5.519
Hayır	221	24.167±16.301	9.231±6.825		7.579±6.350	7.358±4.186
t=		1.614	1.144		1.366	2.280
p=		0.108	0.254		0.173	0.066
Psikiyatrik İlaç Kullanma Durumu			Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
Evet		51	34.373±15.924	13.608±6.853	11.745±6.167	9.020±4.856
Hayır		209	22.536±15.783	8.416±6.461	6.842±5.991	7.278±4.280
t=			4.794	5.084	5.210	2.537
p=			0.000	0.000	0.000	0.012
Baş Ağrısı İle Başa Çıkma Yöntemleri			Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
Herhangi Bir Şey Kullanmıyorum		7	20.000±20.008	7.143±7.175	6.571±6.973	6.286±5.992
Ağrı Kesici Alırım		237	25.447±16.460	9.696±6.915	7.975±6.389	7.776±4.354
Masaj Yaparım/yaptırırım		16	18.250±14.007	6.563±4.885	5.813±4.820	5.875±4.884
F=			1.755	1.989	1.013	1.706
p=			0.175	0.139	0.364	0.184
Ek Hastalık Varlığı			Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
Var		49	25.694±15.732	10.347±6.550	8.102±6.423	7.245±4.385
Yok		211	24.664±16.663	9.223±6.910	7.735±6.312	7.706±4.462
t=			0.394	1.036	0.366	-0.654
p=			0.694	0.301	0.715	0.514

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

Tablo 4.16’da VAS puanlarının tanımlayıcı özelliklere göre dağılımının incelemesi verilmiştir.

-Yaş

Hastaların VAS puanları yaşa göre anlamlı farklılık göstermektedir (F=3,156; p=0.025<0.05; $\eta^2=0,036$). Farkın nedeni 30 yaş ve altı olanların VAS puanlarının 31-40 yaş olanların VAS puanlarından yüksek olmasıdır (p<0.05). 30 yaş ve altı olanların VAS puanlarının 41-50 yaş olanların VAS puanlarından yüksek olmasıdır (p<0.05). 30 yaş ve altı olanların VAS puanlarının 51 ve üzeri olanların VAS puanlarından yüksek olmasıdır (p<0.05).

-Hastaların VAS puanları; cinsiyete, medeni duruma, çocuk sahipliğine, eğitim durumuna, mesleğe ve gelir düzeyine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

-Baş Ağrısı Süresi

Hastaların VAS puanları baş ağrısı süresine göre anlamlı farklılık göstermektedir ($F=3,505$; $p=0.016<0.05$; $\eta^2=0,039$). Farkın nedeni baş ağrısı süresi 1 yıldan az olanların VAS puanlarının baş ağrısı süresi 1-5 yıl olanların VAS puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Baş ağrısı süresi 1 yıldan az olanların VAS puanlarının baş ağrısı süresi 6-10 yıl olanların VAS puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$).

-Baş Ağrısı Atağı Sıklığı

Hastaların VAS puanları baş ağrısı atağı sıklığına göre anlamlı farklılık göstermektedir ($F=9.124$; $p=0<0.05$; $\eta^2=0.125$). Farkın nedeni baş ağrısı atağı sıklığı her gün olanların VAS puanlarının baş ağrısı atağı sıklığı haftada 1-3 gün olanların VAS puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Baş ağrısı atağı sıklığı haftada 4-7 gün olanların VAS puanlarının baş ağrısı atağı sıklığı haftada 1-3 gün olanların VAS puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Baş ağrısı atağı sıklığı her gün olanların VAS puanlarının baş ağrısı atağı sıklığı haftada 4-7 gün olanların VAS puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Baş ağrısı atağı sıklığı her gün olanların VAS puanlarının baş ağrısı atağı sıklığı iki haftada 1 gün olanların VAS puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Baş ağrısı atağı sıklığı haftada 1-3 gün olanların VAS puanlarının baş ağrısı atağı sıklığı iki haftada 1 gün olanların VAS puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Baş ağrısı atağı sıklığı haftada 4-7 gün olanların VAS puanlarının baş ağrısı atağı sıklığı iki haftada 1 gün olanların VAS puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Baş ağrısı atağı sıklığı her gün olanların VAS puanlarının baş ağrısı atağı sıklığı ayda 1 gün olanların VAS puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$).

-Baş Ağrısının Yeri

Hastaların VAS puanları baş ağrısının yerine göre anlamlı farklılık göstermektedir ($F=7,038$; $p=0<0.05$; $\eta^2=0,076$). Farkın nedeni başın tamamında baş ağrısı olanların VAS puanlarının başın ön tarafı olanların VAS puanlarından yüksek

olmasıdır ($p<0.05$). Başın tamamında baş ağrısı olanların VAS puanlarının başın yanları olanların VAS puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Başın tamamında baş ağrısı olanların VAS puanlarının başın arkası olanların VAS puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$).

-Baş Ağrısının Özelliği

Hastaların VAS puanları baş ağrısının özelliğine göre anlamlı farklılık göstermektedir ($F=13.453$; $p=0<0.05$; $\eta^2=0.095$). Farkın nedeni sürekli gelen baş ağrısı olanların VAS puanlarının ataklar halinde gelen baş ağrısı olanların VAS puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Sürekli gelen baş ağrısı olanların VAS puanlarının düzensiz aralıklarla gelen baş ağrısı olanların VAS puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$). Ataklar halinde gelen baş ağrısı olanların VAS puanlarının düzensiz aralıklarla gelen baş ağrısı olanların VAS puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$).

-Baş Ağrısının Parlak Işıқта Artması

Parlak ışıқта artanların VAS puanları ($x=7.610$), parlak ışıқта artmayanların VAS puanlarından ($x=6.530$) yüksek bulunmuştur ($t=4.077$; $p=0<0.05$; $d=0.712$; $\eta^2=0.061$).

-Hastaların VAS puanları daha önce psikolojik yardım durumuna ve psikiyatrik ilaç kullanma durumuna göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

-Baş Ağrısı ile Başa Çıkma Yöntemleri

Hastaların VAS puanları baş ağrısı ile başa çıkma yöntemlerine göre anlamlı farklılık göstermektedir ($F=5.952$; $p=0.003<0.05$; $\eta^2=0.044$). Farkın nedeni ağrı kesici alanların VAS puanlarının masaj yaptıranların VAS puanlarından yüksek olmasıdır ($p<0.05$).

-Ek Hastalık Varlığı

Ek hastalığı olanların VAS puanları ($x=6.940$), ek hastalığı olmayanların VAS puanlarından ($x=7.570$) düşük bulunmuştur ($t=-2.589$; $p=0.01<0.05$; $d=0.408$; $\eta^2=0.025$).

Tablo 4.16. VAS Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Dağılımı

Demografik Özellikler	n	VAS
Yaş		Ort ± SS
30 ve Altı	63	7.950±1.361
31-40	65	7.280±1.615
41-50	84	7.390±1.513
51 ve Üzeri	48	7.150±1.713
F=		3.156
p=		0.025
PostHoc=		1>2, 1>3, 1>4 (p<0.05)
Cinsiyet		Ort ± SS
Kadın	225	7.450±1.538
Erkek	35	7.460±1.738
t=		-0.013
p=		0.989
Medeni Durum		Ort ± SS
Evlü	193	7.400±1.511
Bekar	67	7.610±1.705
t=		-0.961
p=		0.337
Çocuk Sahipliği		Ort ± SS
Evet	184	7.460±1.511
Hayır	76	7.430±1.692
t=		0.130
p=		0.897
Eğitim Durumu		Ort ± SS
İlkokul	77	7.520±1.691
Ortaokul	37	7.780±1.357
Lise	72	7.210±1.491
Üniversite	74	7.460±1.581
F=		1.190
p=		0.314
Meslek		Ort ± SS
Ev Hanımı	96	7.540±1.666
Memur	40	7.270±1.502
Emekli	22	6.820±1.593
İşçi	64	7.500±1.436
Diğer	38	7.710±1.505
F=		1.396
p=		0.236
Gelir Düzeyi		Ort ± SS
Gelir Giderden Az	90	7.590±1.728
Gelir Gidere Denk	134	7.380±1.370
Gelir Giderden Fazla	36	7.390±1.809
F=		0.512
p=		0.600
Baş Ağrısı Süresi		Ort ± SS
1 Yıldan Az	44	8.110±1.715
1-5 Yıl	102	7.280±1.293
6-10 Yıl	83	7.280±1.648
11 Yıl Ve Üzeri	31	7.550±1.729
F=		3.505
p=		0.016
PostHoc=		1>2, 1>3 (p<0.05)

Tablo 4.16. “Devam”VAS Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Dağılımı

Demografik Özellikler	n	VAS
Baş Ağrısı Atağı Sıklığı		Ort ± SS
Her Gün	22	8.820±1.468
Haftada 1-3 Gün	133	7.290±1.423
Haftada 4-7 Gün	52	7.920±1.426
İki Haftada 1 Gün	41	6.710±1.401
Ayda 1 Gün	12	7.330±2.309
F=		9.124
p=		0.000
PostHoc=		1>2, 3>2, 1>3, 1>4, 2>4, 3>4, 1>5 (p<0.05)
Baş Ağrısının Yeri		Ort ± SS
Başın Ön Tarafı	63	7.220±1.475
Başın Yanları	68	7.000±1.639
Başın Arkası	27	7.150±1.562
Başın Tamamı	102	7.980±1.428
F=		7.038
p=		0.000
PostHoc=		4>1, 4>2, 4>3 (p<0.05)
Baş Ağrısının Özelliği		Ort ± SS
Sürekli Gelen	36	8.560±1.443
Ataklar Halinde Gelen	113	7.480±1.427
Düzensiz Aralıklarla Gelen	111	7.070±1.571
F=		13.453
p=		0.000
PostHoc=		1>2, 1>3, 2>3 (p<0.05)
Baş Ağrısının Parlak Işıқта Artması		Ort ± SS
Evet	222	7.610±1.499
Hayır	38	6.530±1.623
t=		4.077
p=		0.000
Daha Önce Psikolojik Yardım Durumu		Ort ± SS
Evet	39	7.690±2.028
Hayır	221	7.410±1.467
t=		1.034
p=		0.413
Psikiyatrik İlaç Kullanma Durumu		Ort ± SS
Evet	51	7.650±1.730
Hayır	209	7.410±1.520
t=		0.985
p=		0.326
Baş Ağrısı İle Başa Çıkma Yöntemleri		Ort ± SS
Herhangi Bir Şey Kullanmıyorum	7	6.860±2.116
Ağrı Kesici Alırım	237	7.550±1.508
Masaj Yaparım/yaptırırım	16	6.250±1.653
F=		5.952
p=		0.003
PostHoc=		2>3 (p<0.05)
Ek Hastalık Varlığı		Ort ± SS
Var	49	6.940±1.587
Yok	211	7.570±1.536
t=		-2.589
p=		0.010

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

Tablo 4.17’de Yeti Yetimi derecesine göre tanımlayıcı özelliklerin karşılaştırılması verilmiştir. Hastaların yeti yetimi derecesi; yaşa ve cinsiyete göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

-Medeni Durum

Hastaların yeti yetimi derecesi medeni duruma göre anlamlı farklılık göstermektedir ($X^2=8.675$; $p=0.013<0.05$). Yeti yetimi hafif kayıp olanların 16’sının (%88.9) evli, 2’sinin (%11.1) bekar; yeti yetimi orta derecede kayıp olanların 56’sının (%84.8) evli, 10’unun (%15.2) bekar; yeti yetimi ciddi kayıp olanların 121’inin (%68.8) evli, 55’inin (%31.2) bekar olduğu görülmektedir. Evlilerin oranı yeti yetimi hafif kayıp ve orta derecede kayıp olanların gruplarında yüksektir.

-Çocuk Sahipliği

Hastaların yeti yetimi derecesi çocuk sahipliğine göre anlamlı farklılık göstermektedir ($X^2=13.510$; $p=0.001<0.05$). Yeti yetimi hafif kayıp olanların 16’sının (%88.9) evet, 2’sinin (%11.1) hayır; yeti yetimi orta derecede kayıp olanların 56’sının (%84.8) evet, 10’unun (%15.2) hayır; yeti yetimi ciddi kayıp olanların 112’sinin (%63.6) evet, 64’ünün (%36.4) hayır olduğu görülmektedir. Çocuk sahibi olanların oranı yeti yetimi hafif kayıp ve orta derecede kayıp olanların gruplarında yüksektir.

-Eğitim Durumu

Hastaların yeti yetimi derecesi eğitim durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir ($X^2=16.198$; $p=0.013<0.05$). Yeti yetimi hafif kayıp olanların 9’unun (%50.0) ilkokul, 1’inin (%5.6) ortaokul, 6’sının (%33.3) lise, 2’sinin (%11.1) üniversite; yeti yetimi orta derecede kayıp olanların 28’inin (%42.4) ilkokul, 10’unun (%15.2) ortaokul, 15’inin (%22.7) lise, 13’ünün (%19.7) üniversite; yeti yetimi ciddi kayıp olanların 40’ının (%22.7) ilkokul, 26’sının (%14.8) ortaokul, 51’inin (%29.0) lise, 59’unun (%33.5) üniversite olduğu görülmektedir. Eğitim durumu ilkokul olanların oranı yeti yetimi hafif kayıp ve orta derecede kayıp olanların gruplarında yüksektir. Ortaokul mezunlarının oranı yeti yetimi orta derecede kayıp ve ciddi kayıp olanların gruplarında yüksektir. Lise mezunlarının oranı yeti yetimi hafif kayıp ve ciddi kayıp olanların gruplarında yüksektir. Üniversite mezunlarının oranı yeti yetimi orta derecede kayıp ve ciddi kayıp olanların gruplarında yüksektir.

-Meslek

Hastaların yeti yetimi derecesi mesleğe göre anlamlı farklılık göstermektedir. ($X^2=18.118$; $p=0.020<0.05$). Yeti yetimi hafif kayıp olanların 9'unun (%50.0) ev hanımı, 2'sinin (%11.1) memur, 2'sinin (%11.1) emekli, 4'ünün (%22.2) işçi, 1'inin (%5.6) diğer; yeti yetimi orta derecede kayıp olanların 36'sının (%54.5) ev hanımı, 9'unun (%13.6) memur, 5'inin (%7.6) emekli, 12'sinin (%18.2) işçi, 4'ünün (%6.1) diğer; yeti yetimi ciddi kayıp olanların 51'inin (%29.0) ev hanımı, 29'unun (%16.5) memur, 15'inin (%8.5) emekli, 48'inin (%27.3) işçi, 33'ünün (%18.8) diğer olduğu görülmektedir. Ev hanımlarının oranı yeti yetimi hafif kayıp ve orta derecede kayıp olanların gruplarında yüksektir. Memur olanların oranı yeti yetimi ciddi kayıp olanların grubunda yüksektir. İşçi olanların oranı yeti yetimi ciddi kayıp olanların grubunda yüksektir. Diğer meslek sahiplerinin oranı yeti yetimi ciddi kayıp olanların grubunda yüksektir.

-Gelir Düzeyi

Hastaların yeti yetimi derecesi gelir düzeyine göre anlamlı farklılık göstermektedir. ($X^2=19.970$; $p=0.001<0.05$). Yeti yetimi hafif kayıp olanların 6'sının (%33.3) gelir giderden az, 11'inin (%61.1) gelir gidere denk, 1'inin (%5.6) gelir giderden fazla; yeti yetimi orta derecede kayıp olanların 15'inin (%22.7) gelir giderden az, 48'inin (%72.7) gelir gidere denk, 3'ünün (%4.5) gelir giderden fazla; yeti yetimi ciddi kayıp olanların 69'unun (%39.2) gelir giderden az, 75'inin (%42.6) gelir gidere denk, 32'sinin (%18.2) gelir giderden fazla olduğu görülmektedir. Geliri giderden az olanların oranı yeti yetimi hafif kayıp ve ciddi kayıp olanların gruplarında yüksektir. Geliri gidere denk olanların oranı yeti yetimi hafif kayıp ve orta derecede kayıp olanların gruplarında yüksektir. Geliri giderden fazla olanların oranı yeti yetimi ciddi kayıp olanların grubunda yüksektir.

-Baş Ağrısı Süresi

Hastaların yeti yetimi derecesi baş ağrısı süresine göre anlamlı farklılık göstermektedir ($X^2=13.123$; $p=0.041<0.05$). Yeti yetimi hafif kayıp olanların 1'inin (%5.6) 1 yıldan az, 5'inin (%27.8) 1-5 yıl, 8'inin (%44.4) 6-10 yıl, 4'ünün (%22.2) 11 yıl ve üzeri; yeti yetimi orta derecede kayıp olanların 6'sının (%9.1) 1 yıldan az, 25'inin (%37.9) 1-5 yıl, 23'ünün (%34.8) 6-10 yıl, 12'sinin (%18.2) 11 yıl ve

üzeri; yeti yetimi ciddi kayıp olanların 37'sinin (%21.0) 1 yıldan az, 72'sinin (%40.9) 1-5 yıl, 52'sinin (%29.5) 6-10 yıl, 15'inin (%8.5) 11 yıl ve üzeri olduğu görülmektedir. Baş ağrısı süresi 1 yıldan az olanların oranı yeti yetimi ciddi kayıp olanların grubunda yüksektir. Baş ağrısı süresi 1-5 yıl olanların oranı yeti yetimi orta derecede kayıp ve ciddi kayıp olanların gruplarında yüksektir. Baş ağrısı süresi 6-10 yıl olanların oranı yeti yetimi hafif kayıp ve orta derecede kayıp olanların gruplarında yüksektir. Baş ağrısı süresi 11 yıl ve üzeri olanların oranı yeti yetimi hafif kayıp ve orta derecede kayıp olanların gruplarında yüksektir.

-Baş Ağrısı Atağı Sıklığı

Hastaların yeti yetimi derecesi baş ağrısı atağı sıklığına göre anlamlı farklılık göstermektedir. ($X^2=25.422$; $p=0.001<0.05$). Yeti yetimi hafif kayıp olanların 2'sinin (%11.1) her gün, 10'unun (%55.6) haftada 1-3 gün, 2'sinin (%11.1) haftada 4-7 gün, 2'sinin (%11.1) iki haftada 1 gün, 2'sinin (%11.1) ayda 1 gün; yeti yetimi orta derecede kayıp olanların 3'ünün (%4.5) her gün, 26'sının (%39.4) haftada 1-3 gün, 16'sının (%24.2) haftada 4-7 gün, 12'sinin (%18.2) iki haftada 1 gün, 9'unun (%13.6) ayda 1 gün; yeti yetimi ciddi kayıp olanların 17'sinin (%9.7) her gün, 97'sinin (%55.1) haftada 1-3 gün, 34'ünün (%19.3) haftada 4-7 gün, 27'sinin (%15.3) iki haftada 1 gün, 1'inin (%0.6) ayda 1 gün olduğu görülmektedir. Baş ağrısı atağı sıklığı her gün oranı yeti yetimi hafif kayıp ve ciddi kayıp olanların gruplarında yüksektir. Baş ağrısı atağı sıklığı haftada 1-3 gün olanların oranı yeti yetimi hafif kayıp ve ciddi kayıp olanların gruplarında yüksektir. Baş ağrısı atağı sıklığı haftada 4-7 gün olanların oranı yeti yetimi orta derecede kayıp ve ciddi kayıp olanların gruplarında yüksektir. Baş ağrısı atağı sıklığı iki haftada 1 gün olanların oranı yeti yetimi orta derecede kayıp olanların grubunda yüksektir. Baş ağrısı atağı sıklığı ayda 1 gün olanların oranı yeti yetimi hafif kayıp ve orta derecede kayıp olanların gruplarında yüksektir.

-Baş Ağrısının Yeri

Hastaların yeti yetimi derecesi baş ağrısının yerine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($X^2=4.761$; $p=0.575>0.05$). Yeti yetimi hafif kayıp olanların 5'inin (%27.8) başın ön tarafı, 5'inin (%27.8) başın yanları, 3'ünün (%16.7) başın arkası, 5'inin (%27.8) başın tamamı; yeti yetimi orta derecede kayıp olanların 17'sinin

(%25.8) başın ön tarafı, 16'sının (%24.2) başın yanları, 10'unun (%15.2) başın arkası, 23'ünün (%34.8) başın tamamı; yeti yetimi ciddi kayıp olanların 41'inin (%23.3) başın ön tarafı, 47'sinin (%26.7) başın yanları, 14'ünün (%8.0) başın arkası, 74'ünün (%42.0) başın tamamı olduğu görülmektedir.

-Baş Ağrısının Özelliği

Hastaların yeti yetimi derecesi baş ağrısının özelliğine göre anlamlı farklılık göstermektedir. ($X^2=11.409$; $p=0.022<0.05$). Yeti yetimi hafif kayıp olanların 4'ünün (%22.2) sürekli gelen, 2'sinin (%11.1) ataklar halinde gelen, 12'sinin (%66.7) düzensiz aralıklarla gelen; yeti yetimi orta derecede kayıp olanların 8'inin (%12.1) sürekli gelen, 25'inin (%37.9) ataklar halinde gelen, 33'ünün (%50.0) düzensiz aralıklarla gelen; yeti yetimi ciddi kayıp olanların 24'ünün (%13.6) sürekli gelen, 86'sının (%48.9) ataklar halinde gelen, 66'sının (%37.5) düzensiz aralıklarla gelen olduğu görülmektedir. Sürekli gelen baş ağrısı olanların oranı yeti yetimi hafif kayıp olanların grubunda yüksektir. Ataklar halinde gelen baş ağrısı olanların oranı yeti yetimi orta derecede kayıp ve ciddi kayıp olanların gruplarında yüksektir. Düzensiz aralıklarla gelen baş ağrısı olanların oranı yeti yetimi hafif kayıp ve orta derecede kayıp olanların gruplarında yüksektir.

-Baş Ağrısının Parlak Işıқта Artması

Hastaların yeti yetimi derecesi baş ağrısının parlak ışıkta artmasına göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($X^2=1.759$; $p=0.415>0.05$). Yeti yetimi hafif kayıp olanların 14'ünün (%77.8) evet, 4'ünün (%22.2) hayır; yeti yetimi orta derecede kayıp olanların 59'unun (%89.4) evet, 7'sinin (%10.6) hayır; yeti yetimi ciddi kayıp olanların 149'unun (%84.7) evet, 27'sinin (%15.3) hayır olduğu görülmektedir.

-Daha Önce Psikolojik Yardım Durumu

Hastaların yeti yetimi derecesi daha önce psikolojik yardım durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir ($X^2=9.871$; $p=0.007<0.05$). Yeti yetimi hafif kayıp olanların 4'ünün (%22.2) evet, 14'ünün (%77.8) hayır; yeti yetimi orta derecede kayıp olanların 17'sinin (%25.8) evet, 49'unun (%74.2) hayır; yeti yetimi ciddi kayıp olanların 18'inin (%10.2) evet, 158'inin (%89.8) hayır olduğu görülmektedir. Daha

önce psikolojik yardım alanların oranı yeti yetimi hafif kayıp ve orta derecede kayıp olanların gruplarında yüksektir.

-Psikiyatrik İlaç Kullanma Durumu

Hastaların yeti yetimi derecesi psikiyatrik ilaç kullanma durumuna göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($X^2=0.712$; $p=0.700>0.05$). Yeti yetimi hafif kayıp olanların 4'ünün (%22.2) evet, 14'ünün (%77.8) hayır; yeti yetimi orta derecede kayıp olanların 15'inin (%22.7) evet, 51'inin (%77.3) hayır; yeti yetimi ciddi kayıp olanların 32'sinin (%18.2) evet, 144'ünün (%81.8) hayır olduğu görülmektedir.

-Baş Ağrısı ile Başa Çıkma Yöntemleri

Hastaların yeti yetimi derecesi baş ağrısı ile başa çıkma yöntemlerine göre anlamlı farklılık göstermektedir ($X^2=19.524$; $p=0.001<0.05$). Yeti yetimi hafif kayıp olanların 3'ünün (%16.7) herhangi bir şey kullanmıyorum, 12'sinin (%66.7) ağrı kesici alırım, 3'ünün (%16.7) masaj yaparım/yaptırırım; yeti yetimi orta derecede kayıp olanların 2'sinin (%3.0) herhangi bir şey kullanmıyorum, 60'ının (%90.9) ağrı kesici alırım, 4'ünün (%6.1) masaj yaparım/yaptırırım; yeti yetimi ciddi kayıp olanların 2'sinin (%1.1) herhangi bir şey kullanmıyorum, 165'inin (%93.8) ağrı kesici alırım, 9'unun (%5.1) masaj yaparım/yaptırırım olduğu görülmektedir. Herhangi bir şey kullanmayanların oranı yeti yetimi hafif kayıp olanların grubunda yüksektir. Ağrı kesici alanların oranı yeti yetimi orta derecede kayıp ve ciddi kayıp olanların gruplarında yüksektir. Masaj yaptıranların oranı yeti yetimi hafif kayıp olanların grubunda yüksektir.

-Ek Hastalık Varlığı

Hastaların yeti yetimi derecesi ek hastalık varlığına göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($X^2=0.216$; $p=0.898>0.05$). Yeti yetimi hafif kayıp olanların 4'ünün (%22.2) var, 14'ünün (%77.8) yok; yeti yetimi orta derecede kayıp olanların 13'ünün (%19.7) var, 53'ünün (%80.3) yok; yeti yetimi ciddi kayıp olanların 32'sinin (%18.2) var, 144'ünün (%81.8) yok olduğu görülmektedir.

Tablo 4.17. Yeti Yetimi Derecesine Göre Tanımlayıcı Özelliklerin Karşılaştırılması

		Hafif Kayıp		Orta Derecede Kayıp		Ciddi Kayıp		Toplam		p
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Yaş	30 ve Altı	1	%5.6	11	%16.7	51	%29.0	63	%24.2	X ² =9.809 p=0.133
	31-40	5	%27.8	15	%22.7	45	%25.6	65	%25.0	
	41-50	7	%38.9	24	%36.4	53	%30.1	84	%32.3	
	51 ve Üzeri	5	%27.8	16	%24.2	27	%15.3	48	%18.5	
Cinsiyet	Kadın	16	%88.9	60	%90.9	149	%84.7	225	%86.5	X ² =1.701 p=0.427
	Erkek	2	%11.1	6	%9.1	27	%15.3	35	%13.5	
Medeni Durum	Evli	16	%88.9	56	%84.8	121	%68.8	193	%74.2	X ² =8.675 p=0.013
	Bekar	2	%11.1	10	%15.2	55	%31.2	67	%25.8	
Çocuk Sahipliği	Evet	16	%88.9	56	%84.8	112	%63.6	184	%70.8	X ² =13.510 p=0.001
	Hayır	2	%11.1	10	%15.2	64	%36.4	76	%29.2	
Eğitim Durumu	İlkokul	9	%50.0	28	%42.4	40	%22.7	77	%29.6	X ² =16.198 p=0.013
	Ortaokul	1	%5.6	10	%15.2	26	%14.8	37	%14.2	
	Lise	6	%33.3	15	%22.7	51	%29.0	72	%27.7	
	Üniversite	2	%11.1	13	%19.7	59	%33.5	74	%28.5	
Meslek	Ev Hanımı	9	%50.0	36	%54.5	51	%29.0	96	%36.9	X ² =18.118 p=0.020
	Memur	2	%11.1	9	%13.6	29	%16.5	40	%15.4	
	Emekli	2	%11.1	5	%7.6	15	%8.5	22	%8.5	
	İşçi	4	%22.2	12	%18.2	48	%27.3	64	%24.6	
	Diğer	1	%5.6	4	%6.1	33	%18.8	38	%14.6	
Gelir Düzeyi	Gelir Giderden Az	6	%33.3	15	%22.7	69	%39.2	90	%34.6	X ² =19.970 p=0.001
	Gelir Gidere Denk	11	%61.1	48	%72.7	75	%42.6	134	%51.5	
	Gelir Giderden Fazla	1	%5.6	3	%4.5	32	%18.2	36	%13.8	

Tablo 4.17. “Devam”Yeti Yetimi Derecesine Göre Tanımlayıcı Özelliklerin Karşılaştırılması

		Hafif Kayıp		Orta Derecede Kayıp		Ciddi Kayıp		Toplam		p
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Baş Ağrısı Süresi	1 Yıldan Az	1	%5.6	6	%9.1	37	%21.0	44	%16.9	$X^2=13.123$ p=0.041
	1-5 Yıl	5	%27.8	25	%37.9	72	%40.9	102	%39.2	
	6-10 Yıl	8	%44.4	23	%34.8	52	%29.5	83	%31.9	
	11 Yıl Ve Üzeri	4	%22.2	12	%18.2	15	%8.5	31	%11.9	
Baş Ağrısı Atağı Sıklığı	Her Gün	2	%11.1	3	%4.5	17	%9.7	22	%8.5	$X^2=25.422$ p=0.001
	Haftada 1-3 Gün	10	%55.6	26	%39.4	97	%55.1	133	%51.2	
	Haftada 4-7 Gün	2	%11.1	16	%24.2	34	%19.3	52	%20.0	
	İkiHaftada 1 Gün	2	%11.1	12	%18.2	27	%15.3	41	%15.8	
	Ayda 1 Gün	2	%11.1	9	%13.6	1	%0.6	12	%4.6	
Baş Ağrısının Yeri	Başın Ön Tarafı	5	%27.8	17	%25.8	41	%23.3	63	%24.2	$X^2=4.761$ p=0.575
	Başın Yanları	5	%27.8	16	%24.2	47	%26.7	68	%26.2	
	Başın Arkası	3	%16.7	10	%15.2	14	%8.0	27	%10.4	
	Başın Tamamı	5	%27.8	23	%34.8	74	%42.0	102	%39.2	
Baş Ağrısının Özelliği	Sürekli Gelen	4	%22.2	8	%12.1	24	%13.6	36	%13.8	$X^2=11.409$ p=0.022
	Ataklar Halinde Gelen	2	%11.1	25	%37.9	86	%48.9	113	%43.5	
	Düzensiz Aralıklarla Gelen	12	%66.7	33	%50.0	66	%37.5	111	%42.7	
Baş Ağrısının Parlak Işıқта Artması	Evet	14	%77.8	59	%89.4	149	%84.7	222	%85.4	$X^2=1.759$ p=0.415
	Hayır	4	%22.2	7	%10.6	27	%15.3	38	%14.6	
Daha Önce Psikolojik Yardım Durumu	Evet	4	%22.2	17	%25.8	18	%10.2	39	%15.0	$X^2=9.871$ p=0.007
	Hayır	14	%77.8	49	%74.2	158	%89.8	221	%85.0	
Psikiyatrik İlaç Kullanma Durumu	Evet	4	%22.2	15	%22.7	32	%18.2	51	%19.6	$X^2=0.712$ p=0.700
	Hayır	14	%77.8	51	%77.3	144	%81.8	209	%80.4	

Tablo 4.17. “Devam”Yeti Yetimi Derecesine Göre Tanımlayıcı Özelliklerin Karşılaştırılması

	Herhangi Bir Şey Kullanmıyorum	3	%16.7	2	%3.0	2	%1.1	7	%2.7	
Baş Ağrısı İle Başa Çıkma Yöntemleri	Ağrı Kesici Alırım	12	%66.7	60	%90.9	165	%93.8	237	%91.2	$X^2=19.524$ p=0.001
	Masaj Yaparım/yaptırırım	3	%16.7	4	%6.1	9	%5.1	16	%6.2	
Ek Hastalık Varlığı	Var	4	%22.2	13	%19.7	32	%18.2	49	%18.8	$X^2=0.216$ p=0.898

5. TARTIŞMA

Yapılan araştırmalar, migren tipi baş ağrısı olan bireylerin aynı zamanda ruhsal ve psikiyatrik sorunlar yaşadıklarını göstermektedir (Frediani ve Villani, 2007; Lipton ve Bigal, 2007; İncekara, 2010; İncekara ve ark., 2013; Karimi ve ark., 2021). Migrenin kesin bir tedavisinin olmaması, tetikleyici faktörlerin kontrol altına alınmasının önemi (Pistoia ve ark., 2013), başka hastalıklara yol açması (Meşe Pekdemir, 2021) ya da var olan belirtileri şiddetlendirmesi ve yaşam kalitesini etkilemesi nedeniyle önemli olduğunu göstermektedir. Ülkemizde migren tipi baş ağrısı çeken bireylerin yaşadıkları ruhsal sorunları ayrı ayrı incelendiği araştırmalar (Soysal ve ark., 2000; Tamgaç ve ark., 2007; İncekara ve ark., 2013; İncekara, 2010; Çekin, 2019) mevcuttur. Ancak migren tipi baş ağrısı olan bireylerin duygusal öz-yeterlikleri, anksiyete duyarlılığı, yeti yitimi ve ağrı düzeyleri ile ilişkisinin birlikte incelendiği bir araştırmaya rastlanmamıştır.

Tüm migren tipi baş ağrısı çeken bireylerin duygusal öz-yeterliklerinin, anksiyete duyarlılığı, yeti yitimi ve ağrı düzeylerinin karşılaştırıldığı bu araştırmada, migren tipi baş ağrısı çeken bireylerin yaşadığı güçlüklerin ve etkileyen faktörlerin belirlenecek olması; bu bireylerin yaşadıkları fizyolojik, ruhsal sorunlara etkili ve uygun maliyetli yaklaşımların geliştirilmesine katkı sağlayacaktır.

Aynı zamanda bu hastaların bakım ve tedavi sürecinin iyileştirilmesine, yaşam kalitelerinin arttırılmasına yardımcı olacaktır.

Araştırmada, hastaların yaşa göre dağılımına bakıldığında, %32.3 (84)'ünün 41-50 yaş, %25 (65)'inin 31-40 yaş aralığında olduğu ve yaş ortalamasının 40.260 ± 12.029 (Min=18; Maks=69) olduğu saptanmıştır (Tablo 4.1). Danimarka'da yapılmış bir araştırmada, 25-34 yaş arasındaki kişilerde migren hastalığının en yüksek insidansı saptanmıştır (Ashida ve ark., 2021). Migrenle ilgili yapılan bir başka araştırmada ise, ortalama yaş $42,3 \pm 12,4$ olarak saptanmıştır (Seo ve Park, 2018). Migrenle ilgili yapılan araştırmalarda migren sıklığının, yetişkinlerde 40 yaşına kadar arttığı, 30-40 yaş aralığında en yüksek prevalansa sahip olduğu saptanmıştır (Lipton ve Bigal, 2005; Gazerani ve Cairns, 2020).

Araştırmada, hastaların %86.5 (225)'unun kadın; %74.2 (193)'sinin evli; %70.8 (184)'inin çocuk sahibi olduğu saptanmıştır (Tablo 4.1). Migrenin görölme

oranı, kadınlarda erkeklere göre yaklaşık 3 kat daha fazladır (Rizzoli ve Mulally, 2018). Migren hastalarında yapılan bir araştırmada, kadınların oranı %83.6 olduğu saptanmıştır (Seo ve Park, 2018). Kadınlarda migrenin daha yaygın görülmesinin sebebi kesin olarak bilinmemesine rağmen östrojen seviyesindeki değişikliklerinin tetikleyici bir faktör olabileceği saptanmıştır (MacGregor ve ark., 2006). Bu araştırmada ise kadınların oranı %86.5 olarak saptanmıştır. Bu araştırmanın bu yönü ile literatüre uyumlu olduğu saptanmıştır.

Araştırmada, hastaların %29.6 (77)'sının ilkokul, %28.5 (74)'unun üniversite, %27.7 (72)'sinin lise düzeyinde eğitime sahip olduğu; %36.9 (96)'sının ev hanımı, %24.6 (64)'sının işçi olduğu ve hastaların gelir düzeyine göre %51.5 (134)'unun gelirinin gidere denk olduğu saptanmıştır (Tablo 4.1). Yapılan bir araştırmada migren hastalığının yüksekokul mezunları ve ev hanımlarında yüksek olduğu saptanmıştır (Aygül ve ark., 2001). Avusturya'da yapılan bir araştırmada migren hastalığı olan kişilerin %36'sının ortaöğretim mezunu olduğu saptanmıştır (Garcia-Cabo Fernandez ve ark., 2016). Ertaş ve ark. (2012), yaptığı araştırmada migren prevalansının en fazla olduğu grubun eğitimsiz grup olduğu saptanmıştır. Özdemir ve ark. (2014), yaptığı araştırmada ise eğitim düzeyi arttıkça migrenin görülme oranının arttığı saptanmıştır.

Araştırmada, hastalar baş ağrısı süresine göre incelendiğinde, %39.2 (102)'sinin 1-5 yıl, %31.9 (83)'unun 6-10 yıldır baş ağrısının olduğu; %51.2 (133)'sinin haftada 1-3 gün baş ağrısının olduğu saptanmıştır (Tablo 4.1). Hastaların, %43.5 (113)'unun baş ağrısının ataklar halinde, %42.7 (111)'sinin düzensiz aralıklarla geldiği saptanmıştır (Tablo 4.1). Üre'nin (2010) yaptığı araştırmada bireylerin çok ayda 1-3 kez atak geçirmektedirken sadece %2.9 kişinin her gün atak yaşadığı saptanmıştır. Altay ve Toprak Çelenay'ın (2021) ve şafak ve arkadaşlarının (2022) yaptıkları araştırmada ortalama atak sayısı 4 olarak saptanmıştır. Ertaş ve ark. (2012) yaptığı araştırmada ise ayda ortalama atak sayısı 6 olarak saptanmıştır.

Araştırmada, hastaların %38.8 (101)'inin zonklayıcı, %24.2 (63)'sinin sıkıştırıcı nitelikte baş ağrısının olduğu saptanmıştır (Tablo 4.1). Hastaların, %39.2 (102)'sinin başının tamamının, %26.2 (68)'sinin başının yan tarafının, %24.2 (63)'sinin başının ön tarafının ağrıdığı saptanmıştır (Tablo 4.1). Atalar ve ark.

(2019), yaptığı araştırmada bireylerin %74'ünün zonklayıcı ağrı ve %67'sinin tek taraflı ağrı yaşadığı saptanmıştır. Şafak ve ark. (2022), yaptığı araştırmada %96.7'sinin zonklayıcı ağrısı, %88'inin tek taraflı ağrısı olduğu saptanmıştır.

Araştırmada, hastaların %85.4 (222)'ünün baş ağrısının parlak ışık, keskin koku, ses, gürültü gibi durumlarda arttığı saptanmıştır (Tablo 4.1). Lipton ve ark. (2001) Amerika'da yaptığı çalışmada, migreni olan kişilerde genellikle fonofobi ve fotofobi saptanmıştır. Bu durumu kusma ve bulantının takip ettiği saptanmıştır. Ülkemizde yapılan araştırmada da fotofobi ve fonofobi devamında bulantı ve kusmanın olduğu saptanmıştır (Ertaş ve ark., 2012; Altay ve Toprak Çelenay, 2021; Şafak ve ark., 2022).

Araştırmada, hastaların %85 (221)'inin daha önce psikolojik yardım almadığı; %19.6 (51)'sının psikiyatrik ilaç aldığı; %91.2 (237)'sinin ağrı kesici aldığı; %81.2 (211)'inin ek bir hastalığı olduğu saptanmıştır (Tablo 4.1). Migren hastalarıyla yapılan araştırmalarda astım, alerjiler, inme, depresyon ve epilepsi gibi farklı sistemlerle ilişkili birçok hastalığın birlikteliği gösterilmektedir. Fakat bu ilişkiler henüz tam olarak açıklanamamıştır (Wang ve ark., 2010). Migren, sıklıkla depresyon, bipolar bozukluk ve /veya panik bozukluk, anksiyete gibi ek hastalıklar psikiyatrik belirtilerle ilişkili nörolojik bir hastalık olarak kabul edilmektedir (Karimi ve ark., 2021). Literatürde migrenli kişilerde psikiyatrik hastalıkların sıklığının migren hastalığına sahip olmayanlara göre daha yüksek olduğu belirtilmektedir. Depresyon, anksiyete veya stresle ilgili psikiyatrik hastalıkların mevcut olması migrenin kronikleşmesinde, tedavinin etkinliğinde ve ek hastalık riskinde rol oynamaktadır (Al-Hayani, 2021). Migrenli hastalar arasında depresyon ve anksiyete bozuklukları riskinin yüksek olması bu psikiyatrik ek hastalıkların baş ağrısı ile ilişkili yaşam kalitesine etkisinin büyük olduğunu göstermektedir. Migren, depresyon ve/veya anksiyete ile birlikte ortaya çıktığında migren hastalığına bağlı iş gücü kaybının belirgin olarak arttığı gösterilmiştir (Lanteri-Minet ve ark., 2005). Bu sebeple yüksek psikiyatrik ek hastalık riski taşıyan hastaların saptanması migren hastalığının yönetimi için kritik öneme sahiptir (Irimia ve ark., 2018). Saygın ve ark. (2005) yaptığı araştırmada migreni olan bireylerin reçetesiz ilaç kullanma oranını %46.7 olarak saptanmıştır. Sağlı Diren'in (2020) yaptığı çalışmada; %23'ünün atak esnasında ilaç almadığı, %77'sinin atak esnasında ilaç kullandığı saptanmıştır.

Hastaların ilaç kullanımı literatürle benzer şekilde oldukça yaygın olduğu saptanmıştır.

Araştırmada, migren hastalarının “duygusal öz-yeterlik toplam” ortalaması 114.431 ± 17.471 (Min=48; Maks=154), “duyguları düzenleme” ortalaması 32.196 ± 4.632 (Min=14; Maks=43), “duyguları düşünceyi destekleyici olarak kullanma” ortalaması 28.085 ± 4.850 (Min=11; Maks=40), “duyguları anlama” ortalaması 29.185 ± 4.844 (Min=11; Maks=40), “duyguları algılama” ortalaması 24.965 ± 4.269 (Min=11; Maks=35) olarak saptanmıştır (Tablo 4.2). Araştırmada duygusal öz-yeterlik toplamı puanlarının tanımlayıcı özelliklere göre; yaşa, eğitim durumuna, mesleğe, baş ağrısının parlak ışıpta artmasına, daha önce psikolojik yardım alma durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p < 0.05$) (Tablo 4.14). Literatürde migren hastalarının duygusal öz-yeterliklerini inceleyen bir araştırmaya rastlanılmamıştır ama farklı örneklem grubuyla yapılan araştırmalar mevcuttur. Bunlar;

- Telef (2011), ilköğretim ve lise öğrencileriyle yaptığı araştırmada erkeklerin duygusal öz-yeterlik puanlarının yüksek olduğunu saptamıştır ($22,68 \pm 5,38$).

- Sakarya (2013), 10. ve 11. sınıf öğrencileriyle yaptığı araştırmada cinsiyete göre DÖYÖ alt boyutlarının kız (duygu düzenleme: 32.24 ± 5.34 ; destekleme: 27.71 ± 4.99 ; anlama: 29.63 ± 5.62 ; algılama: 26.29 ± 4.45) erkek (duygu düzenleme: 31.10 ± 5.93 ; destekleme: 27.51 ± 6.13 ; anlama: 28.16 ± 5.96 ; algılama: 25.40 ± 4.97) puan ortalamaları verilmiştir.

- Çoban ve Çiçek (2023), sağlık sektöründe çalışan kişiler üzerinde yaptıkları araştırmaya göre; katılımcıların duygusal öz-yeterlik puan ortalaması $3,25 \pm 0,65$ bulunmuştur.

- Asıcı ve Uygur (2017), üniversite öğrencileri üzerinde yaptıkları araştırmaya göre, duygusal öz-yeterlilik puan ortalaması 112.76 ± 16.53 ; DÖY alt boyuları olan duyguları algılama 25.68 ± 4.04 ; duyguları anlama 29.34 ± 5.02 ; duyguları düzenleme 30.30 ± 5.02 ; duyguları düşünceyi destekleyici olarak kullanma 27.44 ± 5.29 bulunmuştur.

- Kaygas ve ark. (2023), 7. ve 8. Sınıf öğrencileri üzerinde yaptıkları araştırmaya göre, duygusal öz-yeterlilik puan ortalaması 19.63 ± 5.97 bulunmuştur.

Bu araştırmada duygusal öz-yeterlik ile anksiyete duyarlılığı arasında anlamlı zayıf bir ilişki bulunduğu belirlenmiştir ($\beta=0.138$, $p<0.001$).

- Sakarya (2013), 10. ve 11. Sınıf öđrencileriyle yaptıđı arařtırmada, duygusal öz-yeterlik seviyeleri artıkça depresyon, kaygı, bedenselleřtirme, dūřmanlık ve olumsuz kendilik algısı dūzeylerinin dūřtūđünü saptamıřtır ($p<0,001$).

- oban ve iek (2023), sağlık sektöründe çalışan kişiler üzerinde yaptıkları araştırmaya göre; istismarcı yönetim ile duygusal öz-yeterlilik arasında negatif yönde ileri derecede anlamlı (-0.293) bir ilişki olduğunu ve istismarcı yönetimin duygusal öz-yeterlik algısı ($\beta= -0,293$; $p<0,001$) zerinde negatif bir etkiye neden olduğu saptanmıştır. Ayrıca duygusal öz-yeterlik algısının negatif iş yeri dedikodusu üzerinde ($\beta= -0,217$; $p<0,001$) negatif yönlü bir etkiye neden olduğu saptanmıştır.

- Asıcı ve Uygur (2017), niversite öğrencileri üzerinde yaptıkları araştırmaya göre, algılanan stres düzeyi ile duygusal öz-yeterlik leđinin; duyguları algılama ($r= -.140$, $p<0.05$), duyguları anlama ($r= -.184$, $p<0.05$), duyguları düzenleme ($r= -.294$, $p<0.05$), duyguları dūřunceyi destekleyici olarak kullanma ($r= -.363$, $p<0.05$) alt ölçekleri arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde negatif yönde ilişki saptanmıştır. Ayrıca duygusal öz-yeterliği yüksek olan bireylerin algıladıkları stres düzeyinin dūřk olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

- Kaygas ve ark. (2023), 7. ve 8. Sınıf đrencileri üzerinde yaptıkları araştırmaya göre, sosyal medya bağımlılığı, duygusal öz-yeterlikle ($r= -.258$, $p<0.05$) dūřk düzeyde negatif; sosyal kaygı, duygusal öz-yeterlik ($r= -.349$, $p<0.05$) ile dūřk düzeyde anlamlı ve negatif bir ilişkiye sahip olduğu saptanmıştır.

- COVID-19 döneminde 161 erkek ve 101 kadın gönüllü ile yapılan bir çalışmada, koronafobi leği toplam puanları ile AD-fiziksel ($r=.584$), AD (anksiyete duyarlılığı-bilişsel ($r=.556$), AD-sosyal ($r=.524$), AD-toplam ($r=.609$) arasında anlamlı pozitif ilişki saptanmıştır ($p<0.05$) (şahin ve Yığman, 2022).

Araştırmada, duygusal öz-yeterlik ile anksiyete duyarlılığı arasındaki neden-sonuç ilişkisini belirlemek üzere yapılan regresyon analizi zayıf ve anlamlı bulunmuştur ($F=5.006$; $p=0.026<0.05$). Anksiyete duyarlılığı düzeyindeki toplam değişim %1.5 oranında duygusal öz-yeterlik toplam tarafından açıklanmaktadır ($R^2=0.015$). Duygusal z-yeterlik anksiyete duyarlılığı düzeyini arttırmaktadır

($\beta=0.138$) (Tablo 4.7). Duygusal öz-yeterlik ile VAS arasındaki neden sonuç ilişkisini belirlemek üzere yapılan regresyon analizi anlamlı bulunmamıştır ($F=0.045$; $p=0.833>0.050$) (Tablo 4.8). Duygusal öz-yeterlik ile yeti yetimi arasındaki neden sonuç ilişkisini belirlemek üzere yapılan regresyon analizi anlamlı bulunmamıştır ($F=1.169$; $p=0.281>0.050$) (Tablo 4.9). Hastaların duygusal öz-yeterlik toplam, duyguları düzenleme, duyguları düşüncüyü destekleyici olarak kullanma, duyguları anlama, duyguları algılama puanları yeti yetimine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$) (Tablo 4.11). Üniversite öğrencileri üzerinde yapılan araştırmanın anksiyete duyarlılığının alt ölçeklerinin, anksiyeteyi yordama düzeylerine göre, bilişsel belirtilerden korkma ($\beta= .29$, $p<0,001$), fiziksel belirtilerden korkma ($\beta= .16$, $p<0,002$), sosyal belirtilerden korkma ($\beta= .11$, $p<0,05$) anlamlı olarak saptanmıştır (Kalyon ve Yazıcı, 2023).

Araştırmada, migren hastalarının “anksiyete duyarlılığı toplam” ortalaması 24.858 ± 16.467 (Min=0; Maks=62), “fiziksel duyarlılık” ortalaması 9.435 ± 6.845 (Min=0; Maks=24), “bilişsel duyarlılık” ortalaması 7.804 ± 6.322 (Min=0; Maks=23), “sosyal duyarlılık” ortalaması 7.619 ± 4.443 (Min=0; Maks=19) olarak saptanmıştır (Tablo 4.3). Anksiyete duyarlılığı puanlarının tanımlayıcı özelliklere göre; gelir düzeyi, baş ağrısı atağı sıklığı, psikiyatrik ilaç kullanma durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0.05$) (Tablo 4.15). Siyah ve beyaz Amerikalılar arasında anksiyete duyarlılığı açısından ırksal farklılıkları ortaya koymak için yapılan bir çalışmada, siyah (44.5 ± 17.2) ve beyaz (36.1 ± 17.7) Amerikalılar arasında anksiyete duyarlılığı açısından anlamlı bir fark olduğu saptandı. Anksiyete duyarlılığı alt boyutları açısından incelenirken, siyahların beyazlar ile karşılaştırıldığında yüksek düzeyde fiziksel ($14,4\pm 6,6$), bilişsel ($15,2\pm 6,5$), sosyal ($11,7\pm 6,6$) duyarlılık düzeylerine sahip oldukları saptandı (Ferguson ve ark., 2023). Üniversite öğrencilerinin anksiyete duyarlılığının depresyon, anksiyete ve stresi yordayıcı rolünü ortaya koymak için yapılan araştırmaya göre, anksiyete duyarlılığının alt boyutlarının; bilişsel (8.66 ± 5.32), fiziksel (7.51 ± 4.97) ve sosyal (6.47 ± 4.42) duyarlılık düzeylerine sahip olduğu saptanmıştır (Kalyon ve Yazıcı, 2023).

Anksiyete duyarlılığını yordayan farklı örneklem grubuyla yapılan araştırmalar mevcuttur. Bunlar;

- Namlı ve ark. (2020) yaptıkları araştırmaya göre, intihar girişiminde bulunan bipolar bozukluk tanısı olan bireylerin ADÖ genel toplam ve fiziksel duyarlılık puan ortancaları, girişimde bulunmayanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır (sırasıyla $p=0,003$, $p=0,006$).

- Oskanbaş (2023) yaptığı araştırmaya göre, kadınların anksiyete duyarlılığı ortalama puanı ($\bar{x}=22.10$, $SS=13,97$) anlamlı olarak erkeklerin ortalama puanından ($\bar{x}=18,91$, $SS=13,29$) yüksek olduğu saptanmıştır ($p=.045$).

- Doğangüneş Koyutürk (2022) yaptığı araştırmada, şizofreni hasta grubunda anksiyete duyarlılığının yüksek olduğu saptanmıştır (fiziksel duyarlılık: $U=1710.5$, $p<0.001$; sosyal duyarlılık: $U=1173$, $p<0.001$; bilişsel duyarlılık: $U=1602$ $p<0.001$; toplam ölçek: $U=1290$, $p<0.001$).

Araştırmada hastaların yeti yetimine göre anksiyete duyarlılığı toplam puanları anlamlı farklılık göstermektedir ($F_{(2, 257)}=4.954$; $p=0.008<0.05$). Hastaların yeti yetimine göre fiziksel ($F_{(2, 257)}=5.560$; $p=0.004<0.05$), bilişsel ($F_{(2, 257)}=3.416$; $p=0.034<0.05$) ve sosyal duyarlılık puanları ($F_{(2, 257)}=3.920$; $p=0.021<0.05$) anlamlı farklılık göstermektedir (Tablo 4.15). Araştırmada, migren hastaları yeti yetimine göre 18'i (%6.9) hafif kayıp, 66'sı (%25.4) orta derecede kayıp, 176'sı (%67.7) ciddi kayıp olarak saptanmaktadır (Tablo 4.5). Yeti yitimi derecesine göre tanımlayıcı özelliklerin; medeni durum, çocuk sahibi olma, eğitim durumu, meslek, gelir düzeyi, baş ağrısı süresi, baş ağrısı atağı sıklığı, baş ağrısının yeri, baş ağrısının özelliği, baş ağrısının parlak ışıkta artması, daha önce psikolojik yardım durumu, baş ağrısı ile başa çıkma yöntemlerine göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0.05$) (Tablo 4.17). Migren hastalarında ağrı atakları bireylerin günlük yaşamında sınırlılıklara neden olmaktadır (Siva, 2003). Bireylerin günlük yaşamlarında oluşan sınırlılıklar bireyin işlevselliğini olumsuz yönde etkilemektedir. Araştırmada migrenli hastalarda oluşan fonksiyonellik kaybı ve yetersizliği ölçmek için Migren Yeti Yitimi Ölçeği kullanılmıştır. Baş ağrısının neden olduğu yıllık harcama maliyeti Avrupa'da 27 milyar dolar ve Amerika Birleşik Devletleri'nde 20 milyar doların üzerinde olduğu öngörülmektedir. Migren hastalığının migren yeti yitimiyle ölçülen araştırmalarda belirgin iş gücü kayıplarına neden olduğu saptanmıştır (Leonardi ve ark., 2010; Stovner ve Andree, 2010). Uluslararası Migren Hastalık Yüğü

Çalışmasında hastaların %58'i ev işlerinde zorlanırken, %57'si üç aylık dönemde, 5 gün ve daha fazla işe gidememe ve okul devamsızlığı olduğunu saptamışlardır. Migren hastalarında haftalık iş saati kaybı dört, altı saat olarak saptanmıştır (Queiroz ve ark., 2009). Fransa'da migren hastalarıyla yapılan araştırma sonucuna göre migren yeti yitiminin %73'ünün hafif kayıp yaşadığı saptanmıştır (Henry ve ark., 2002). Amerika'da yapılan bir araştırmada yeti yitimine göre %30'u çok az kayıp yaşarken %27'sinin ciddi kayıp yaşadığını saptanmıştır (Blumenfeld ve ark., 2010). Torres-Ferrus ve arkadaşlarının (2016), migren hastalarıyla yaptığı araştırmada katılımcıların %38'inin yeti yitiminde ciddi kayıp yaşadığını saptanmıştır. Amerika'da yapılan epidemiyoloji araştırmasında hastaların %44'ünün çok az kayıp yaşadığı saptanmıştır (Scher ve ark., 2018). Akça'nın (2019), yapmış olduğu araştırmada migren hastalarının yeti yitimine göre %54'ünün ciddi kayıp yaşadığını saptanmıştır. Taşdemir'in (2019), migren hastalarıyla yaptığı araştırmada yeti yitiminin fonksiyonellik kaybına göre %29'u hafif kayıp, %28.6'sının ciddi kayıp yaşadığını saptamıştır. Sağlı Diren'in (2020), yaptığı çalışmada migren hastaların %38.6'sının orta derecede kayıp yaşadığını saptanmıştır. Kara'nın (2022), kronik migrenli hastalığı olan kadın katılımcılarla yaptığı araştırmada yeti yitimi ölçeğine göre %58.3'ünün ciddi derecede kayıp yaşadığını saptanmıştır. Migren hastalığının neden olduğu fonksiyonellik kaybı literatürle uyumlu olarak araştırmamızda da yüksek olduğu saptanmıştır.

Araştırmada anksiyete duyarlılığı ile VAS arasındaki neden sonuç ilişkisini belirlemek üzere yapılan regresyon analizi anlamlı bulunmuştur ($F=6.915$; $p=0.009<0.05$). VAS düzeyindeki toplam değişim %2.2 oranında anksiyete duyarlılığı tarafından açıklanmaktadır ($R^2=0.022$). Anksiyete Duyarlılığı VAS düzeyini arttırmaktadır ($\beta=0.162$) (Tablo 4.10). Araştırmada, hastaların "VAS" ortalaması 7.450 ± 1.563 (Min=2; Maks=10) olarak saptanmıştır (Tablo 4.4). Araştırmada, hastaların yeti yitimine göre VAS puanları anlamlı farklılık göstermektedir ($F_{(2, 257)}=3.208$; $p=0.042<0.05$). Farkın nedeni; yeti yitimi ciddi kayıp olanların VAS puanlarının ($\bar{x}=7.590$), yeti yitimi hafif kayıp olanların VAS puanlarından ($\bar{x}=6.670$) yüksek olmasıdır (Tablo 4.13). Araştırmada, VAS puanlarının tanımlayıcı özelliklerine göre; yaş, baş ağrısı süresi, baş ağrısı atağı sıklığı, baş ağrısının yeri, baş ağrısının özelliği, baş ağrısının parlak ışıkta artması,

baş ağrısıyla başa çıkma yöntemleri, ek hastalık varlığına göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0.05$) (Tablo 4.16). Akyıldız ve arkadaşlarının (2015), yaptığı araştırmada migreni olan hastaların ifade ettiği baş ağrısı şiddeti psikiyatrik baş ağrısı hastalarından daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.001$). Köroğlu'nun (2017), migren hastalarıyla yaptığı araştırmada VAS ortalaması "7.38±1.20 (7.6) olarak saptanmıştır. Saridoğan'ın (2019), yaptığı araştırmada migrenli hastaların baş ağrısı şiddeti (7 ± 2), gerilim tipi (6 ± 2) baş ağrısı olan hastalara göre anlamlı olarak daha şiddetli olduğu saptanmıştır ($p=0.003$).

Araştırmaya katılan hastaların duygusal öz-yeterlik toplamı puanlarının tanımlayıcı özelliklere göre; yaşa, eğitim durumuna, mesleğe, baş ağrısının parlak ışıkta artmasına, daha önce psikolojik yardım alma durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0.05$). Çatal (2019), duygusal öz-yeterlik ölçeği ve alt boyut puanlarının cinsiyete göre farklılaşmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Ceylan (2013), lise öğrencilerinin cinsiyete göre; kız öğrencilerin duygusal öz-yeterlik (119,49±16,18), duyguları düşüncüyü destekleyici olarak kullanma (30,15±5,75), duyguları anlama (30,71±5,03) ve duyguları algılama (27,12±4,09) puan ortalamaları erkek öğrencilerden daha yüksektir.

Araştırmaya katılan hastaların anksiyete duyarlılığı puanlarının tanımlayıcı özelliklere göre; gelir düzeyi, baş ağrısı atağı sıklığı, psikiyatrik ilaç kullanma durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0.05$). Namlı ve ark. (2020) yaptıkları araştırmaya göre, bipolar bozukluk ve şizofreni tanısı olan bireylerin yaş, hastalık süresi, eğitim yılı ve hastaneye yatış süreleri ile ADÖ bilişsel duyarlılık, sosyal duyarlılık, fiziksel duyarlılık ve genel toplam puanları arasında anlamlı düzeyde korelasyon saptanmamıştır ($p>0,05$). Oskanbaş (2023), yetişkinler üzerinde yaptığı araştırmaya göre; anksiyete duyarlılığı ortalama puanları bireylerin yaş grupları ($F=2.760$, $p=.065$) ve eğitim düzeyleri ($F=0.292$, $p=0.747$) arasında anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Araştırmaya katılan hastaların yeti yitimi derecesine göre tanımlayıcı özelliklerin; medeni durum, çocuk sahibi olma, eğitim durumu, meslek, gelir düzeyi, baş ağrısı süresi, baş ağrısı atağı sıklığı, baş ağrısının yeri, baş ağrısının özelliği, baş ağrısının parlak ışıkta artması, daha önce psikolojik yardım durumu, baş ağrısı ile

başa çıkma yöntemlerine göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p < 0.05$). Taşdemir (2019) migrenli hastalar üzerinde yaptığı araştırmaya göre, MIDAS evresi oranları dağılımı; kadınlarda ($\chi^2=26,254$, $p=0.000$), gelir durumu düşük olanlarda ($\chi^2=3.140$, $p=0.045$), eğitim almamış olanlarda ($\chi^2=6.520$, $p=0.011$) anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır; medeni durumları arasında ise anlamlı bir fark saptanmamıştır ($\chi^2=3.150$, $p=0.076$).

Araştırmaya göre duygusal öz-yeterlik, anksiyete duyarlılığı düzeyini artırmaktadır ($p < 0.05$). Araştırmaya katılan hastaların duygusal öz-yeterliklerinin; VAS ve yeti yitimiyle ilişkisini belirlemek üzere yapılan regresyon analizi anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

- Araştırmaya katılan hastaların yaşa göre dağılımına bakıldığında, %32.3 (84)'ünün 41-50 yaş, %25 (65)'inin 31-40 yaş aralığında olduğu ve yaş ortalamasının 40.260 ± 12.029 (Min=18; Maks=69) olduğu saptanmıştır.

- Araştırmaya katılan hastaların %86.5 (225)'unun kadın; %74.2 (193)'sinin evli; %70.8 (184)'inin çocuk sahibi olduğu saptanmıştır.

- Araştırmaya katılan hastaların %29.6 (77)'sının ilkokul, %28.5(74)'unun üniversite, %27.7(72)'sinin lise düzeyinde eğitime sahip olduğu saptanmıştır.

- Araştırmaya katılan hastaların %36.9 (96)'sının ev hanımı, %24.6 (64)'sının işçi olduğu saptanmıştır.

- Araştırmaya katılan hastaların gelir düzeyine göre %51.5 (134)'unun gelirinin gidere denk olduğu saptanmıştır.

- Araştırmaya katılan hastalar baş ağrısı süresine göre incelendiğinde, %39.2 (102)'sinin 1-5 yıl, %31.9 (83)'unun 6-10 yıldır baş ağrısının olduğu; %51.2 (133)'sinin haftada 1-3 gün baş ağrısının olduğu saptanmıştır.

- Araştırmaya katılan hastaların %39.2 (102)'sinin başının tamamının, %26.2 (68)'sinin başının yan tarafının, %24.2 (63)'sinin başının ön tarafının ağrıdığı saptanmıştır.

- Araştırmaya katılan hastaların %43.5 (113)'ünün baş ağrısının ataklar halinde, %42.7 (111)'sinin düzensiz aralıklarla geldiği saptanmıştır.

- Araştırmaya katılan hastaların %38.8 (101)'inin zonklayıcı, %24.2 (63)'sinin sıkıştırıcı nitelikte baş ağrısının olduğu saptanmıştır.

- Araştırmaya katılan hastaların %85.4 (222)'ünün baş ağrısının parlak ışıkta arttığı saptanmıştır.

- Araştırmaya katılan hastaların %85 (221)'inin daha önce psikolojik yardım almadığı saptanmıştır.

- Araştırmaya katılan hastaların %19.6 (51)'sının psikiyatrik ilaç aldığı saptanmıştır.

- Araştırmaya katılan hastaların %91.2 (237)'sinin ağrı kesici aldığı saptanmıştır.

• Araştırmaya katılan hastaların %81.2 (211)'inin ek bir hastalığı olduğu saptanmıştır.

• Araştırmaya katılan hastaların “duygusal öz-yeterlik toplam” ortalaması 114.431 ± 17.471 (Min=48; Maks=154), “duyguları düzenleme” ortalaması 32.196 ± 4.632 (Min=14; Maks=43), “duyguları düşüncelyi destekleyici olarak kullanma” ortalaması 28.085 ± 4.850 (Min=11; Maks=40), “duyguları anlama” ortalaması 29.185 ± 4.844 (Min=11; Maks=40), “duyguları algılama” ortalaması 24.965 ± 4.269 (Min=11; Maks=35) olarak saptanmıştır.

• Araştırmaya katılan hastaların anksiyete duyarlılığına yönelik; aritmetik ortalama, standart sapma ve minimum-maksimum düzeyleri aşağıda yer almaktadır. Hastaların “anksiyete duyarlılığı toplam” ortalaması 24.858 ± 16.467 (Min=0; Maks=62), “fiziksel duyarlılık” ortalaması 9.435 ± 6.845 (Min=0; Maks=24), “bilişsel duyarlılık” ortalaması 7.804 ± 6.322 (Min=0; Maks=23), “sosyal duyarlılık” ortalaması 7.619 ± 4.443 (Min=0; Maks=19) olarak saptanmıştır.

• Araştırmaya katılan hastaların “VAS” ortalaması 7.450 ± 1.563 (Min=2; Maks=10) olarak saptanmıştır.

• Araştırmaya katılan hastaların yeti yetimine göre 18'i (%6.9) hafif kayıp, 66'sı (%25.4) orta derecede kayıp, 176'sı (%67.7) ciddi kayıp olarak saptanmıştır.

• Araştırmaya katılan hastaların anksiyete duyarlılığı toplam ile duygusal öz-yeterlik toplam arasında $r=0.138$ pozitif çok zayıf ($p=0.026 < 0.05$) düzeyde korelasyon saptanmıştır.

• Araştırmaya katılan hastaların VAS ile anksiyete duyarlılığı toplam arasında $r=0.162$ pozitif çok zayıf ($p=0.009 < 0.05$) düzeyde korelasyon saptanmıştır.

• Araştırmaya katılan hastaların yeti yetimi ile VAS arasında $r=0.15$ pozitif çok zayıf ($p=0.016 < 0.05$) düzeyde korelasyon saptanmıştır.

• Araştırmaya katılan hastaların duygusal öz-yeterlik ile anksiyete duyarlılığı arasındaki neden sonuç ilişkisini belirlemek üzere yapılan regresyon analizi anlamlı bulunmuştur ($F=5.006$; $p=0.026 < 0.05$). Duygusal öz-yeterlik anksiyete duyarlılığı düzeyini arttırmaktadır ($\beta=0.138$).

• Araştırmaya katılan hastaların duygusal öz-yeterlik ile VAS arasındaki neden sonuç ilişkisini belirlemek üzere yapılan regresyon analizi anlamlı bulunmamıştır ($F=0.045$; $p=0.833>0.050$).

• Araştırmaya katılan hastaların duygusal öz-yeterlik ile yeti yetimi arasındaki neden sonuç ilişkisini belirlemek üzere yapılan regresyon analizi anlamlı bulunmamıştır ($F=1.169$; $p=0.281>0.050$).

• Araştırmaya katılan hastaların anksiyete duyarlılığı ile VAS arasındaki neden sonuç ilişkisini belirlemek üzere yapılan regresyon analizi anlamlı bulunmuştur ($F=6.915$; $p=0.009<0.05$). Anksiyete duyarlılığı VAS düzeyini arttırmaktadır ($\beta=0.162$).

• Araştırmaya katılan hastaların duygusal öz-yeterlik toplam, duyguları düzenleme, duyguları düşünceyi destekleyici olarak kullanma, duyguları anlama, duyguları algılama puanları yeti yetimine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

• Araştırmaya katılan hastaların yeti yetimine göre anksiyete duyarlılığı toplam puanları anlamlı farklılık göstermektedir ($F_{(2, 257)}=4.954$; $p=0.008<0.05$).

• Araştırmaya katılan hastaların yeti yetimine göre VAS puanları anlamlı farklılık göstermektedir ($F_{(2, 257)}=3.208$; $p=0.042<0.05$).

• Araştırmaya katılan hastaların duygusal öz-yeterlik toplamı puanlarının tanımlayıcı özelliklere göre; yaşa, eğitim durumuna, mesleğe, baş ağrısının parlak ışıkta artmasına, daha önce psikolojik yardım alma durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0.05$).

• Araştırmaya katılan hastaların anksiyete duyarlılığı puanlarının tanımlayıcı özelliklere göre; gelir düzeyi, baş ağrısı atağı sıklığı, psikiyatrik ilaç kullanma durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0.05$).

• Araştırmaya katılan hastaların yeti yetimi derecesine göre tanımlayıcı özelliklerin; medeni durum, çocuk sahibi olma, eğitim durumu, meslek, gelir düzeyi, baş ağrısı süresi, baş ağrısı atağı sıklığı, baş ağrısının yeri, baş ağrısının özelliği, baş ağrısının parlak ışıkta artması, daha önce psikolojik yardım durumu, baş ağrısı ile başa çıkma yöntemlerine göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0.05$).

• Araştırmaya katılan hastaların VAS puanlarının tanımlayıcı özelliklerine göre; yaş, baş ağrısı süresi, baş ağrısı atağı sıklığı, baş ağrısının yeri, baş ağrısının özelliği,

baş ağrısının parlak ışıkta artması, baş ağrısıyla başa çıkma yöntemleri, ek hastalık varlığına göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0.05$).

6.2. neriler

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki öneriler sunulmuştur:

- Migren hastalarının psikiyatrik semptom ve tanılarını ayırt edici yeni araştırmalar yapılabilir.

- Migrenli hastalara etkili baş etme yöntemlerinin eğitimi verilerek eğitim öncesi ve sonra anketler uygulanarak bireylerin yaşam kalitesi ve yeti yitimi düzeyleri araştırılabilir.

- Migren hastalarının, tedavilerinin poliklinik sonrası ilaç kullanımı olması ve genellikle yatarak tedavinin olmamasından dolayı polikliniğe başvuran hastaların belirlenip ağrı yönetimine yönelik bireysel baş etme becerileriyle ilgili eğitimler düzenlenebilir.

7. KAYNAKLAR

- Akçakoca Y, Yıldırım Ş, İnan LE. (2015). Migren ve gerilim tipi baş ağrısında bilişsel ve davranışçı tedavinin kullanımı. *Journal of Cognitive Behavioral Psychotherapy and Research*, 1, 10-17.
- Akça T. (2019). Migren Tanılı Hastalarda Baş Ağrısının ve Depresyon Varlığının Günlük Aktivite Kaybına Etkisi. Uzmanlık Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul.
- Akyıldız K, Sercan M, Yıldız N, Çevik A, Kıyan A. (2015). Baş ağrısı yalnızca baş ağrısı mıdır? Baş ağrısı ile ruhsal bozuklukların eştanısı. *Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 28 (1), 34-46.
- Aldemir A, Yücel K, Güven H, Kamaşak B, Dill A, Acer N, et al. (2020). Structural neuroimaging findings in migraine patients with restlessleg syndrome. *Neoradiology*, 62, 1301-1313.
- AlHarbi FG, AlAteeq MA. (2020). Quality of life of migraine patients followed in neurology clinics in Riyadh, SaudiArabia. *Journal of Family & Community Medicine*, 27 (1), 37.
- Al-Hayani M, AboTaleb H, Bazi A, Alghamdi B. (2021). Depression, anxiety and stress in Saudi migraine patients using DASS-21: Local population-based cross-sectional survey. *International Journal of Neuroscience*, 133 (3), 1-9.
- AlQarni MA, Fayi KA, Al-Sharif MN, Siddiqui AF, Alhazzani AA. (2020). Prevalence of migraine and non-migraine headache and its relation with other diseases in theadults of Aseer Region, Saudi Arabia. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 9 (3), 1567.
- Altay H, Toprak Çelenay Ş. (2021). Migrenli bireylerin klinik özellikleri ve fiziksel aktivite ilişkisi. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 5 (3), 454-468.
- American Headache Society. (2019). The American Headache Society Position Statement on integrating new migraine treatments into clinical practice. *Headache*, 59 (4), 650-651.

- Amin FM, Ari Steidou S, Baraldi C, Czapinska-Ciepiela EK, Ariadni DD, Di Lenola D, et al. (2018). The association between migraine and physical exercise. *The Journal of Headache and Pain*, 19 (83), 1-9.
- Antonaci F, Ghiotto N, Wu S, Pucci E, Costa A. (2016). Recent advances in migraine therapy. *Springer Plus*, 5 (637), 1-14.
- Argoff CE, Dubin A, Pilitsis JG. (2019). *Pain Management Secrets*. (4. bs.). Philadelphia: Elsevier.
- Ashina M, Katsarava Z, Do TP, Buse DC, Pozo-Rosich P, Özge A, et al. (2021). Migraine: Epidemiology and systems of care, *Lancet*, 397 (10283), 1485-1495.
- Ashina M, Terwindt GM, Al-Karagholi MM, Boer I, Lee MJ, Hay DL, et al. (2021). Migraine; Disease characterisation, biomarkers and precision medicine. *Lancet*, 397, 1496-1504.
- Asıcı E, Uygur SS. (2017). Duygusal öz-yeterlik ve affetmenin algılanan stres düzeyini yordayıcı rolü. *İnsan ve Toplum Bilimleri Araştırmaları Dergisi*, 6 (3), 1353-1375.
- Atalar AC, Bozkurt M, Çalışkan Z, Vo P, Ertaş M, Baykan B. (2019). Living with burden of migraine: The analysis of my migraine voice survey result in Turkey. *Archives of Neuropsychiatry*, 58 (2), 115.
- Aygül R, Deniz O, Güzelcik M, Aslan Ş. (2001). Migrenli hastaların sosyodemografik profili. *Atatürk Üniversitesi Tıp Dergisi*, 33 (1), 91-96.
- Ayvaşık HB. (2000). Kaygı duyarlılığı indeksi: Geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikoloji Dergisi*, 15 (46), 43-57.
- Baykan B, Ertas M, Karlı N, Uluduz D, Uygunoğlu U, Ekizoğlu E, et al. (2015). Migraine incidence in 5 years: A population-based prospective longitudinal study in Turkey. *The Journal of Headache and Pain* 16, 103.
- Bellini B, Arruda M, Cescut A, Saulle C, Persico A, Carotenuto M, et al. (2013). Headache and comorbidity in children and adolescents. *The Journal of Headache and Pain*, 14 (1), 1-11.

- Belopasova A, Dobrynina L, Gubanova M, Suslina AJHP. (2020). Achievements of recent decades in the diagnosis and study of migraine pathogenesis. *Human Physiology*, 46, 870-879.
- Berktaş F, Ekemen E, Kıroğlu O, Aksu F. (2019). Migren tedavisinde antidepresan ilaçların rolü. *Cukurova Medical Journal*, 44 (1), 555-566.
- Bıçakçı Ş, Öztürk M, Üçler S, Karlı N, Siva A. (2018). Baş ağrısı Tanı ve Tedavi Güncel Yaklaşımlar. İstanbul: Galenos Yayınevi.
- Bigal ME, Lipton RB. (2009). The epidemiology, burden and comorbidities of migraine. *Neurologic Clinics*, 27 (2), 321-334.
- Bigal ME, Serrano D, Buse D, Scher A, Stewart WF, Lipton RB. (2008). Acute migraine medications and evolution from episodic to chronic migraine: A longitudinal population-based study. *Headache*, 48, 1157-1168.
- Blumenfeld AM, Varon SF, Wilcox TK, Buse DC, Kawata AK, Manack A, et al. (2010). Disability, HRQoL and resource use among chronic and episodic migraineurs: Results from the International Burden of Migraine Study. *Cephalalgia*, 31 (3), 301-315.
- Bloudek LM, Stokes M, Buse DC, Wilcox TK, Lipton RB, Goadsby PJ, et al. (2012). Cost of healthcare for patients with migraine in five European countries: Results from the International Burden of Migraine Study. *The Journal of Headache and Pain*, 13, 361-378.
- Bose P, Goadsby PJ. (2016). The migraine prodrome. *Current Opinion in Neurology*, 29 (3), 299-301.
- Buran S. (2021). Vestibüler Migren ve Migren Hastalarında Sağlıkla İlgili Yaşam Tarzı Özelliklerinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.
- Burch RC, Buse DC, Lipton RB. (2019). Migraine epidemiology, burden and comorbidity. *Neurol Clin*, 37, 631-649.
- Büyüköztürk Ş, Çokluk Ö, Köklü N. (2018). Sosyal Bilimler İçin İstatistik. Ankara: Pegem Akademi.

- Ceylan İ. (2013). Ergenlerin Benlik Saygısı ve Duygusal Öz-Yeterlik Düzeylerinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.
- Colombo B.(2014). Migraine: Pathophysiology and Classification. Colombo B, Teggi T. (Ed.). Vestibular migraine and Related Syndromes. Switzerland: Springer International Publishing. S:1-18.
- Çatal U. (2019). Öğretmen Adaylarının Çatışma Eylem Stilllerinin Duygusal Öz-yeterlik Düzeylerine Göre İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.
- Çekin S. (2019). Migren Hastalığı Olan ve Olmayan Bireylerde Depresyon, Anksiyete ve Öfke Düzeylerinin Karşılaştırılması. Yüksek Lisans Tezi, Üsküdar Üniversitesi, İstanbul.
- Çelik DB. (2009). Migren Baş Ağrısı Hastalarında Öfke Tarzları ve Kişilik Özellikleri. Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi, İzmir.
- Çimen Atalar A, Yalın OO. (2019). Investigation of the risk factors for the transition of episodic migraines to chronic migraines. *Agri*, 31, 172-177.
- Çoban R, Çiçek B. (2023). İstirmarcı yönetimin negatif işyeri dedikodusuna etkisinde duygusal öz yeterliliğin rolü. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 26 (2), 439-460.
- Chongchitpaisan W, Wiwatanadate P, Tanprawate S, Narkpongphan A, Siripon N. (2021). Trigger of a migraine headache among Thai adolescents smartphone users: A time series study. *Environ Anal Heal Toxicol*, 36 (1), 1-8.
- Davidson MA, Tripp DA, Fabrigar LR, Davidson PR. (2008). Chronic pain assessment: A seven-factor model. *Pain Research and Management*, 13, 299-308.
- De Filippis S, Erbuto D, Gentili F, Innamorati M, Lester D, Tatarelli R, et al. (2008). Mental turmoil, suicide risk, illness perception and temperament, and their impact on quality of life in chronic daily headache. *The Journal of Headache and Pain*, 9, 349-57.

- Demirkaya M, Çetinkaya Y, Türkoğlu R, Kurtulmuş YŞ, Tireli H. (2006). Migrenli Kadın Hastalarda Atak Sırasında ve Ataklar Arası Dönemde Seks Hormonu Düzeyleri. *Journal of Neurological Sciences*, 25 (2), 84-91.
- Demirtaş MS. (2021). Aksaray ilindeki polikliniğe baş ağrısı ile başvuran adölesanlarda migren prevalansı ve etki eden sosyodemografik faktörler. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 8 (2), 291-296.
- Deringöl D. (2018). Migren Atakları ile Öfke ve Kaygı Durumları Arasındaki İlişki. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Bilim Üniversitesi, İstanbul.
- Diamond S, Cady RK, Diamond ML, Green MW, Martin VT. (2015). Headache and Migraine Biology and Management. Chicago: Academic Press.
- Dikmen PY. (2016). Erişkinlerde akut migren atağının tedavisi ve Amerikan Baş Ağrısı Derneği migren farmakoterapisi kanıt değerlendirmesi. *Turkish Journal of Neurology/Turk Noroloji Dergisi*, 22 (1), 3-7.
- Doane MJ, Gupta S, Fang J, Laflamme AK, Vo P. (2020). The humanistic and economic burden of migraine in Europe: A cross-sectional survey in five countries. *Neurology and Therapy*, 9, 535-549.
- Doğangüneş Koyutürk G. (2022). Şizofreni Hastalarında Anksiyete Duyarlılığı ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. Uzmanlık Tezi, Çukurova Üniversitesi, Adana.
- Dülgerler Ş. (2000). İlköğretim Okulu Öğretmenlerinde Somatizasyon Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenirlilik Çalışması. Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi, İzmir.
- Ecigin VL, Abajobir AA, Abate KH, Abd-Allah F, Abdulle AM, Abera SF, et al.(2017). Global, regional and national burden of neurological disorders during 1990-2015: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. 16 (11), 877-897.
- Erdener Ş, Dalkara T. (2018). Fizyopatoloji Temelinde Migren Tedavisi. Bıçakçı Ş, Öztürk M, Üçler S, Karlı N, Siva A. (Ed.). Baş Ağrısı Tanı ve Tedavi Güncel Yaklaşımlar, Türk Nöroloji Derneği Başağrısı Çalışma Grubu Uygulamaları. İstanbul: Galenos Yayınevi. S:33-50.

- Ertaş M, Baykan B, Kocasoy Orhan E, Zarifoğlu M, Karli N, Saip S, et al. (2012). One-year prevalence and the impact of migraine and tension-type headache in Turkey: A nationwide home-based study in adults. *The Journal of Headache and Pain*, 13 (2), 147-157.
- Ertaş M, Siva A, Dalkara T, Uzuner N, Dora B, İnan L, et al. (2004). Validity and reliability of the Turkish migraine disability assessment (MIDAS) questionnaire. *Headache*, 44 (8), 786-793.
- Ertürk YA. (2020). Kronik Migren Hastalarında Risk Faktörleri ve Tetikleyicilerin Belirlenmesi. Uzmanlık Tezi, Çukurova Üniversitesi, Adana.
- Ferguson AK, Cordova EA, Dawson D, Hunter LR, Raines AM. (2023). Differences in anxiety sensitivity among black and white veterans. *Journal of Racial and Ethnic Health Disparit*, 1-7.
- Finocchi C, Strada L. (2014). Sex-related differences in migraine. *Neurological Sciences*, 35 (1), 207-213.
- Fong DYT, Ho JWC, Hui BPH, Lee AM, Macfarlane DJ, Leung SSK, et al. (2012). Physical activity for cancer survivors: Meta-analysis of randomised controlled trials. *British Medical Journal*, 344 (7844), 17.
- Frediani F, Villani V. (2007). Migraine and depression. *Neurological Sciences*, 28 (2), 161-165.
- Garcia-Cabo Fernandez C, Sanchez-Lozano P, Pérez-Alvarez A, Martinez-Ramos JM, Martinez-Rodriguez L, Pascual J. (2016). Sociodemographic characteristics of a cohort of patients with chronic migraine from a health district in Asturias. *Neurologia (Barcelona, Spain)*, 31 (3), 157-160.
- Gazerani P, Cairns BE. (2020). Sex- specific pharmacotherapy for migraine: A Narrative Review. *Frontiers In Neuroscience*, 14, 222.
- GBD 2016 HeadacheCollaborators.(2018). Global, regional, and national burden of migraine and tension-type headache, 1990–2016: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet Neurology*, 17 (11), 954-976.

- George D, Mallery M. (2010). SPSS for Windows Step by Step: A Simple Guide and Reference, 17.0 update (10. bs.). Boston: Pearson
- Gökçay F. (2018). Başağrılı Hastada Tanı ve Tetkikler. Bıçakcı Ş, Öztürk M, Üçler S, Karlı N, Siva A. (Ed.). Başağrısı Tanı ve Tedavi Güncel Yaklaşımlar. İstanbul: Galenos. S:23-24.
- Gürsoy AE, Ertuş M. (2013). Migrende profilaktik tedavi. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 1, 30-35.
- Henry P, Auray JP, Guadin AF, Dartigues JF, Duru G, Minet ML, et al. (2002). Prevalence and clinical characteristics of migraine in France. *Neurology*, 59, 232-237.
- Hindiyeh NA, Zhang N, Farrar M, Banerjee P, Lombard L, Aurora SK. (2020). The role of diet and nutrition in migraine triggers and treatment: A systematic literature review. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*, 60 (7), 1300-1316.
- Hollifield MA. (2005). Somatoform disorders. Sadock BJ, Sadock VA. (Ed.). Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins. S:1800-1829.
- Horasanlı E, Usta B, Yeşilay A. (2008). Medikal akupunktur. *Yeni Tıp Dergisi*. 25, 70-75.
- Irimia P, Garrido-Cumbrera M, Santos-Lasaosa S, Aguirre-Vazquez M, Correa-Fernández Song TJ, Cho SJ ve ark. (2018). Poor sleep quality in migraine and probable migraine: A population study. *The Journal of Headache and Pain*, 19 (1), 58.
- İncekara AF. (2010). Migren Hastalarında Nörolojik ve Psikiyatrik Komorbidite. Uzmanlık Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi, Isparta.
- İncekara AF, Kutluhan S, Yürekli VA, Demirci K, Akdağ C, Zengin E. (2013). Neurologic and psychiatric comorbidity in migraine patients. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 33, 59-66.

- Je Y, Jeon JY, Giovannucci EL, Meyerhardt JA. (2013). Association between physical activity and mortality in colorectal cancer: A meta-Analysis of prospective cohort studies. *International Journal of Cancer*, 133 (8), 1905–1913.
- Kahraman A. (2021). Migren Tanısı Alan Üniversite Öğrencilerinde Su Jok Tohum Terapi Uygulamasının Baş Ağrısının Şiddeti, Süresi ve Sıklığına Etkisi: Randomize Tek Kör Plasebo Kontrollü Çalışma. Doktora Tezi, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Aydın.
- Kalaycı Ş. (2006). SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri. Ankara: Asil Yayın Dağıtım Limited Şirket. S:116.
- Kalyon A, Yazıcı H. (2023). Anksiyete duyarlılığının depresyon, anksiyete ve stresi yordayıcı rolü: Üniversite öğrencileri üzerinde bir araştırma. *Hakkâri Eğitim Fakültesi Dergisi (HEFDER)*, 2 (1), 1-12.
- Kara M. (2022). Kronik Migrenli Kadınlarda Denge Rehabilitasyonun Ağrı, Fiziksel Fonsiyon ve Depresyon Düzeyi Üzerine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Hasan Kalyoncu Üniversitesi, Gaziantep.
- Karimi L, Wijeratne T, Crewther SG, Evans AE, Ebaid D, Khalil H. (2021). The Migraine-Anxiety Comorbidity Among Migraineurs: A Systematic Review. *Frontiers in Neurology*, 11 (613372), 1-9.
- Kaşıkcı MK, Lafçı D. (2014). Yataklı sağlık kuruluşunda görev yapan sağlık personelinin tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlerini bilme ve kullanma durumları. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3 (4), 1-18.
- Kaygas Y, Şam M, Doğan YB, Yalçın C, Sonkur A, Eker Durmuş E. (2023). Ergenlerde sosyal medya bağımlılığının yordayıcıları olarak sosyal kaygı ve öz yeterlik. *Bağımlılık Dergisi*, 24 (4), 461-474.
- Kellerman RD, Rakel D. (2022). Current Therapy. Philadelphia: Elsevier Health Sciences.
- Kelman L, Rains JC. (2005). Headache and sleep: Examination of sleep patterns and complaints in a large clinical sample of migraineurs. *Headache*, 45 (7), 904–910.

- Kılıç S, Derman O, Akgül S, Kanbur N, Kutluk T, Aysu S. (2012). The use of the MIDAS Questionnaire to assess migraine and tension type headache in adolescents. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Science*, 32 (2), 466-471.
- Köroğlu E. (2017). Migren Hastalarında Bağlanma Özellikleri ve Algılanan Sosyal Desteğin Yeti Yitimine Etkisi. Tıpta Uzmanlık Tezi, Marmara Üniversitesi, İstanbul.
- Krøll LS, Hammarlund CS, Westergaard ML, Nielsen T, Sloth LB, Jensen RH, et al. (2017). Level of physical activity, well-being, stress and self-rated health in persons with migraine and co-existing tension-type headache and neck pain. *The Journal of Headache and Pain*, 18 (1), 46.
- Kung TA, Guyuron B, Cederna PS. (2011). Migraine surgery: A plastic surgery solution for refractory migraine headache. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 127 (1), 181-189.
- Lanteri-Minet M, Radat F, Chautard MH, Lucas C. (2005). Anxiety and depression associated with migraine: Influence on migraine subjects' disability, quality of life and acute migraine management. *Pain*, 118, 319-26.
- Leonardi M, Raggi A, Ajovalasit D, Bussone G, D'Amico D. (2010). Functioning and disability in migraine. *Disabil Rehabil*, 32 (1), 23-32.
- Leonardi M, Raggi A. (2019). A narrative review on the burden of migraine: When the burden is the impact on people's life. *The Journal of Headache and Pain*, 20, 41.
- Lipton RB, Stewart WF, Diamond S, Diamond ML, Reed M. (2001). Prevalence and burden of migraine in the United States: Data from the American Migraine Study II. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*, 41 (7), 646-657.
- Lipton RB, Bigal ME. (2007). Ten lessons on the epidemiology of migraine. *Headache*, 47, 2-9.
- Lipton RB, Bigal ME. (2005). The epidemiology of migraine. *The American Journal of Medicine*, 118 (1), 3-10.

- Lipton RB, Fanning KM, Buse DC, Martin VT, Hohaia LB, Adams AM, et al. (2019). Migraine progression in subgroups of migraine based on comorbidities: Result of the chronic migraine epidemiology and outcomes study. *Neurology*, 2224-2236.
- Li W, Bertisch SM, Mostofsky E, Buettner C, Mittleman MA. (2019). Weather, ambient air pollution, and risk of migraine headache onset among patients with migraine. *Environment International*, 132 (105100), 1-7.
- MacGregor E, Frith A, Ellis J, Aspirall L, Hackshaw A. (2006). Incidence of migraine relative to menstrual cycle phases of rising falling estrogen. *Neurology*, 12, 2154-2158.
- Mannix S, Skalicky A, Buse DC, Desai P, Sapra S, Ortmeser B, et al. (2016). Measuring the impact of migraine for evaluating outcomes of preventive treatments for migraine headaches. *Health and Quality of Life Outcomes*, 14 (1), 1-11.
- Mantar A. (2008). Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3'ün Türkçe Formunun Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışması. Uzmanlık Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, İzmir.
- Mantar A, Yemez B, Alkın T. (2010). Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3'ün Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 21 (3), 225-234.
- Mantar A, Yemez B, Alkın T. (2011). Anksiyete duyarlılığı ve psikiyatrik bozukluklardaki yeri. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 22 (3), 187-93.
- Marmura MJ. (2018). Triggers, protectors, and predictors in episodic migraine. Current Pain and Headache Reports. *Current Medicine Group*, 22 (1), 81.
- Meşe Pekdemir E. (2021). Migren Hastalarında Osmofobinin Klinik Önemi ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. Uzmanlık Tezi, Yozgat Bozok Üniversitesi, Yozgat.
- Milanlıoğlu A, Tombul T. (2013). Migren baş ağrısında: Ne yapmalıyız?. *Van Tıp Dergisi*, 20 (1), 40-47.

- Molarius A, Tegelberg Å, Öhrvik J. (2008). Socio-economic factors, lifestyle, and headache disorders - A population-based study in Sweden. *Headache*, 48 (10), 1426–1437.
- Namlı Z, Tamam L, Demirkol ME, Çakmak S. (2020). Bipolar bozukluk ve şizofrenide anksiyete duyarlılığı. *Cukurova Medical Journal*, 45 (2), 721-730.
- Norton PJ, Asmundson GJ. (2004). Anxiety sensitivity, fear, and avoidance behavior in headache. *Pain*, 111 (1), 218-223.
- Olesen J, Bes A, Kunkel R, Lance JW, Nappi G, Pfaffenrath V, et al. (2018). The international classification of headache disorders, 3rd edition. *Cephalalgia: An International Journal of Headache*, 38 (1), 1–211.
- Olesen J, Steiner TJ, Bendtsen L, Dodick D, Ducros A, Evers S, et al. (2021). The International Classification of Headache Disorders (3rd edition [ICHD-3]). Erişim: 15 Mart 2023, <https://ichd-3.org/>
- Olesen J. (2018). The international classification of headache disorders. Headache classification subcommittee of the international headache society. *Cephalalgia*, 38 (1), 1-211.
- Ong JJY, Felice MD. (2018). Migraine treatment: Current acute medications and their potential mechanisms of action. *Neurotherapeutics*, 15, 274-290.
- Oosterhout WPJ, Someren EJW, Louter MA, Schoonman GG, Lammers GJ, Rijsman RM, et al. (2016). Restless legs syndrome in migraine patients: prevalence and severity. *European Journal Of Neurology*, 23, 1110-1116.
- Oskanbaş A. (2023). Yetişkenlerde Micazın Zarardan Kaçınma Boyutunun, Ebeveynlik Stillерinin ve Durumluluk Sürekli Kaygı Düzeyinin Anksiyete Duyarlılığına Yordayıcı Etkileri. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, İstanbul.
- Öntürk H. (2018). Akut Migren Ataklarında Aromatik Yağlarla Yapılan Masajın Ağrının Şiddeti ve Yaşam Kalitesine Etkisi. Doktora Tezi, Haliç Üniversitesi, İstanbul.

- Özdemir G, Aygül R, Demir R, Özel L, Ertekin A, Ulvi H. (2014). Migraine prevalence, disability, and sociodemographic properties in the eastern in the region of Turkey: A population- based door-to-door survey. *Turkish Journal of Medical Sciences*, 44 (4), 624-629.
- Öztürk M. (2018). Migren-Atak ve Profilaktik Tedavi. Bıçakcı Ş, Öztürk M, Üçler S, Karlı N, Siva A. (Ed.). Başağrısı Tanı ve Tedavi Güncel Yaklaşımlar, Türk Nöroloji Derneği Başağrısı Çalışma Grubu Uygulamaları. İstanbul: Galenos Yayınevi. S:51-66.
- Petrides KV, Sangareasu Y, Furnham A, Fredrickson N. (2006). Trait emotional intelligence and children's peer relations at school. *Social Development*, 15 (3), 537-547.
- Pistoia F, Sacco S, Carolei A. (2013). Behavioral therapy for chronic migraine. *Current Pain and Headache Reports*, 17 (1), 304-313.
- Pompili M, Serafini G, Di Cosimo D, Dominici G. (2010). Psychiatric comorbidity and suicide risk in patients with chronic migraine. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 7 (6), 81-91.
- Queiroz LP, Peres MFP, Piovesan EJ, Kowacs F, Cicirelli MC, Souza JA, et al. (2009). A nationwide population- based study of migraine in Brazil. *Cephalalgia*, 29 (6), 642-649.
- Raggi A, Giovannetti AM, Quintas R, D'Amico D, Cieza A, Sabariego C, et al. (2012). A systematic review of the psychosocial difficulties relevant to patients with migraine. *The Journal of Headache and Pain*, 13 (8), 595-606.
- Raposio E, Bertozzi N. (2019). Trigger site inactivation for the surgical therapy of occipital migraine and tension-type headache: Our experience and review of the literature. *Plastic Reconstructive Surger*, 7 (11), 1-6.
- Rifkin LS, Beard C, Hsu KJ, Garner L, Björgvinsson T. (2015). Psychometric properties of the Anxiety Sensitivity Index-3 in an acute and heterogeneous treatment sample. *Journal of Anxiety Disorders*, 36, 99-102.
- Rizzoli P, Mullally WJ. (2018). Headache. *The American Journal of Medicine*, 131, 17-24.

- Ropper AH, Samuels MA. (2019). Headache and Other Craniofacial Pains. Ropper AH, Samuels MA, Klein JP, Prasad S. (Ed). Adams and Victor's principles of neurology. New York: McGraw-Hill Education. S:245-265.
- Sağlı Diren G. (2020). Migrenli Hastalarda Fiziksel Aktivite Seviyesinin Baş Ağrısı, Fonksiyonellik ve Yaşam Kalitesine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Medipol Üniversitesi, İstanbul.
- Sakarya Ö. (2013). Ergenlerin Ruhsal Belirtileri ile Duygusal Özyeterlik Düzeylerinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.
- Sarıdoğan AS. (2019). Migren ve Gerilim Tipi Baş Ağrısı Hastalarında Mükemmeliyetçilik ile Baş Ağrısı Klinik Özellikleri ve Eşlik Eden Depresyon ve Anksiyete Semptomları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Üsküdar Üniversitesi, İstanbul.
- Saygın MZ, Öztürk E, Koçer A, Lüleci A, Çalışkan M. (2005). Aurasız migren ile epizodik gerilim tipi başağrısı: Psikiyatrik morbidite ve ayırt edici diğer özelliklerin araştırılması. *Tip Araştırmaları Dergisi*, 3 (1), 22-26.
- Sayılgan N, Güleç H, Domaç F. (2018). Migren ve gerilim tipi baş ağrısı olan hastalarda psikosomatik tanı. *Cukurova Medical Journal*, 43, 262-267.
- Scher AI, Wang SJ, Katsarava Z, Buse DC, Fanning KM, Adams AM, et al. (2018). Epidemiology of migraine in men: Results from the Chronic Migraine Epidemiology and Outcomes Study. *Cephalalgia*, 39 (2), 296-305.
- Schutte NS, Malouff JM, Thorsteinsson EB, Bhullar N, Rooke S. (2007). A meta-analytic investigation of the relationship between emotional intelligence and health. *Personality and Individual Differences*, 42 (6), 921-933.
- Seo JG, Park SP. (2018). Significance of fatigue in patients with migraine. *Journal of Clinical Neuroscience*, 50, 69-73.
- Silberstein SD. (2004). Migraine. *The Lancet*, 363 (9406), 381-391.
- Silberstein SD, Stiles A, Young WB, Rozen TD. (2002). An Atlas of Headache-The Ansiklopedia of visual medicine series. New York: Parthenon Publishing.

- Siva A. (2003). Baş ağrısı epidemiyolojisi. *Turkiye Klinikleri Journal of Neurology*, 1(2), 94-97.
- Smitherman TA. (2016). Clinician's Manuel on Migraine. Berlin: Springer.
- Smith TR, Nicholson R, Banks JW. (2010). Migraine education improves quality of life in a primary care setting. *Headache*, 50 (4), 600-612.
- Song TJ, Cho SJ, Kim WJ, Yang KI, Yun CH, Chu MK. (2018). Poor sleep quality in migraine and probable migraine: A population study. *The Journal of Headache and Pain*, 19 (1), 58.
- Sosyal AŞ, Çıtak Ç, Özdemir DF, Gücüyener K, Serdaroğlu A. (2000). Baş ağrısı ile maskelenmiş obsesif kompulsif bozukluk: Bir olgu sunumu. *Klinik Psikiyatri*, 3, 269-272.
- Sosyal B, Dergisi B. (2019). Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi: Klinik sağlık hizmeti evaluation of healthy lifestyle behaviours: A research on hospitalized patients. *Balkan Journal of Social Sciences*, 8 (15), 43–52.
- Spigt M, Weerkamp N, Troost J, Van Schayck CP, Knottnerus JA. (2012). A randomized trial on the effects of regular water intake in patients with recurrent headaches. *Family Practice*, 29 (4), 370–375.
- Steiner TJ, Stovner LJ, Vos T, Jensen R, Katsarava Z. (2018). Migraine is first cause of disability in under 50s: Will health politicians now take notice?. *The Journal of Headache and Pain*, 19,17.
- Steiner TJ. (2019). The Meaning of “Headache” in the Context of Society. Steiner TJ, Stovner LJ. (Ed.). Societal Impact of Headache. Switzerland: Springer Cham. S:7-18.
- Stovner LJ, Andree C. (2010). Prevalence of headache in Europe: A review for the Eurolight Project. *The Journal of Headache and Pain*, 11, 289-299.
- Stovner LJ, Nichols E, Steiner TJ, Abd-Allah F, Abdelalim A, Al-Raddaldi RM, et al. (2018). Global regional and national burden of migraine and tension-type headache, 1990-2016: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet Neurology*, 17 (11), 954-976.

- Şafak D, Korkmazer B, Şahin EM. (2022). The association between migraine and sleep quality. *Konuralp Medical Journal*, 14 (1), 124-131.
- Şahin B, Yığman F. (2022). Relationship between cognitive flexibility, anxiety sensitivity and coronaphobia. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 13 (4), 551-557.
- Şentürk B. (2013). Migreni Olan Kadınlarda Menstrüasyon Siklusunun Rolü ve Migrenin Yaşam Kalitesine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul.
- Tabachnick BG, Fidell LS. (2013). Using Multivariate Statistics (6. bs.). Boston: Pearson.
- Tai MLS, Yet SXE, Lim TC, Pow ZY, Goh CB. (2019). Geographical differences in trigger factors of tension-type headaches and migraines. *Current Pain and Headache Reports. Current Medicine Group*, 23 (1), 12.
- Tamgaç A, Maner F, Gökalp PG, Öztürk M, Altunkaynak Y. (2007). Migren ve gerilim tipi baş ağrısı hastalarında kişilik örüntüsü. *Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 20 (1), 5–15.
- Taşdemir SN. (2015). Migren Tanısı Olan Hastalarda Kişilik Yapısı ve Özelliklerinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi, İstanbul.
- Taşdemir İU. (2019). Birinci Basamakta Takip Edilen Migren Hastalarında Yaşam Kalitesinin ve Yeti Yitiminin Araştırılması. Uzmanlık Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Adana.
- Taşkapılıoğlu Ö, Karlı N. (2013). Migrende Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 50 (1), 60-64.
- Taylor S, Zvolensky MJ, Cox BJ, Deacon B, Heimberg RG, Ledley DR, et al. (2007). Robust dimensions of anxiety sensitivity: Development and initial validation of the Anxiety Sensitivity Index-3. *Psychol Assess*, 19 (2), 176-188.
- Telef BB. (2011). Öz-Yeterlikleri Farklı Ergenlerin Psikolojik Semptomlarının İncelenmesi. Doktora Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.

- Thivel D, Tremblay A, Genin PM, Panahi S, Rivière D, Duclos M. (2018). Physical activity, inactivity, and sedentary behaviors: Definitions and implications in occupational health. *Front Public Heal*, 5, 6.
- Topçu SA. (2009). Hemşirelik uygulamaları ve eğitiminde tamamlayıcı ve alternatif tedaviler. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 6, 5-9.
- Torres- Ferrus M, Quintana M, Fernandez- Morales J, Alvarez- Sabin J, Pozo- Rosich P. (2016). When does chronic migraine strike? A clinical comparison of according to the headache days suffered per month. *Cephalalgia*, 37 (2), 104-113.
- Totan T, İkiz E, Karaca R. (2010). Duygusal öz-yeterlik ölçeğinin Türkçeye uyarlanarak tek ve dört faktörlü yapısının psikometrik özelliklerinin incelenmesi. *Buca Eğitim Fakültesi Dergisi*, 28, 71-95.
- Tiseo C, Vacca A, Felbush A, Filimonova T, Gai A, Glazyrina T, et al. (2020). Migraine and sleep disorders: a systematic review. *The Journal of Headache and Pain*, 21 (1), 126.
- Tülek Z. (2014). Nörolojik Sistem Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı: Baş Ağrısı, İç Hastalıkları Hemşireliği. Enc N. (Ed.). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Uludüz D, Öztürk M, Saip S, Bıçakcı Ş. (2020). Migren Klinik Protokolü (Versiyon 1.0). (Yayın No. 1173). Ankara: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. S:30.
- Unger J. (2006). Migraine headaches: A historical prospective, a glimpse into the future, and migraine epidemiology. *Disease-a-month*, 52 (10), 367-384.
- Ünsal İ. (2012). Migren ve Gerilim Tipi Baş Ağrısı Olan Hastalarda SF-36 Ölçeği ile Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi, Harran Üniversitesi, Şanlıurfa.
- Üre RS. (2010). Migren Hastalarında Serum Adiponektin Düzeyleri. Uzmanlık Tezi, Başkent Üniversitesi, Ankara.
- Üzen Ş. (2017). Migreni Olan Bireylerde Lokal Soğuk Uygulamanın Baş Ağrısı ve Yaşam Kalitesine Etkisi. Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul.

- Varkey E, Hagen K, Zwart JA, Linde M. (2008). Physical activity and headache: Results from the Nord-Trøndelag Health Study. *Cephalalgia*, 28 (12), 1292–1297.
- Vgontzas A, Pavlović JM. (2018). Sleep disorders and migraine: Review of literature and potential pathophysiology mechanisms. *Headache*, 58 (7), 1030–1039.
- Wang SJ, Chen PK, Fuh JL. (2010). Comorbidities of migraine. *Frontiers in Neurology*, 1, 16.
- Winterowd C, Beck AT, Gruener D. (2003). Cognitive Therapy with Chronic Pain Patients. New York: Springer Publishing Company. S:201-312.
- Woldeamanuel YW, Cowan RP. (2016). The impact of regular lifestyle behavior in migraine: A prevalence case-referent study. *Journal of Neurology*, 263 (4), 669–676.
- Yağmur M. (2017). Migren Cerrahisinde Başvuran Hastalarda Anksiyete, Depresyon, Yaşam Kalitesini Değerlendirme Çalışması. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Gelişim Üniversitesi, İstanbul.
- Yamanaka G, Morichi S, Suziki S, Go S, Takeshita M, Kanou K, et al. (2020). A review on the triggers of pediatric migraine with the aim of improving headache education. *Journal of Clinical Medicine*, 9 (11), 3717.
- Young WB, Fana F, Silberstein SD. (2018). Navigating life with migraine and other headaches. New York: Oxford University Press.
- Yücel Y. (2008). Migren baş ağrısında tanı ve tedavi yaklaşımları. *Dicle Tıp Dergisi*, 35 (4), 281-286.
- Zeidner M, Roberts RD, Matthews G. (2002). Can emotional intelligence be schooled? A critical review. *Educational Psychologist*, 37 (4), 215-231.

8. EKLER

Ek 1: Kişisel Bilgi Formu

Sayın Katılımcı,

Form No:

Bu çalışmada, “*Migren Tipi Baş Ağrısı Olan Bireylerin Duygusal Öz-Yeterliklerinin Anksiyete Duyarlılığı, Yeti Yitimive Ağrı Düzeyi İleİlişkisi*”ni belirlemek amaçlanmıştır. Soru formu ve ilgili ölçeklerin doldurulması 30 dakikanızı alacaktır. Tüm soruların eksiksiz ve içtenlikle cevaplanması bilimsel değeri nedeniyle oldukça önemlidir. Çalışma bulguları bilimsel amaç dışında hiçbir yerde yayımlanmayacaktır.

Katılımınız ve desteğiniz için şimdiden teşekkür ederiz.

Ceyda BOL

Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

- 1.Yaş: 2.Cinsiyet: 1) Kadın 2) Erkek
- 3.Medeni hal: 1) Evli 2) Bekar 4.Çocuğunuz var mı? 1) Evet 2) Hayır
- 5.Eğitim düzeyi: 1) İlkokul 2) Ortaokul 3) Lise 4) Üniversite 5)Üniversite ve üstü
- 6.Meslek: 1) Ev hanımı 2) Memur 3) Emekli 4) İşçi 5) Öğrenci 6)Diğer
- 7.Gelir durumu: 1) Gelir giderden az 2) Gelir gidere denk 3) Gelir giderden fazla
- 8.Baş ağrısı süresi: 1) 1 yıldan az 2) 1-5 yıl 3) 6-10 yıl 4) 11 yıl ve üzeri
9. Baş ağrısı atağı sıklığı? 1)Her gün 2) Haftada 1-3 gün 3) Haftada 4-7 gün 4) İki haftada 1 gün 5) Ayda 1 gün

Ek 1: “Devam” Kişisel Bilgi Formu

10. Baş ağrınızın yeri: 1)Başın ön tarafı 2) Başın yanları 3) Başın arkası
4)Başın tamamı

11. Baş ağrısının özelliği: 1)Sürekli gelen 2)Ataklar halinde gelen 3)Düzensiz aralıklarla gelen 4)Diğer

12.Baş ağrınızın niteliği nedir? 1)Zonklayıcı 2)Sıkıştırıcı 3)Saplanıcı 4)Yakıcı
5)Oyucu 6) Batıcı 7)Künt 8) Basınç hissi

13.Baş ağrınız parlak ışık, keskin koku, ses, gürültü vb. durumlarda artıyor mu?

1)Evet 2)Hayır

14.Hiç psikolojik yardım aldınız mı? 1)Evet 2)Hayır

15.Kullandığınız psikiyatrik ilaç var mı? 1)Evet 2) Hayır

16. Baş ağrınızla başa çıkmak için hangi yöntemleri kullanıyorsunuz?

1) Herhangi bir şey kullanmıyorum 2) Ağrı kesici alırım 3) Masaj yaparım/yaptırırım

4) Nefes egzersizleri uyguladım 5) Açık havaya çıkarım 6)Diğer

7)Alternatif tıp tedavileri uyguladım (Akapunktur vs.)

17.Ek herhangi bir başka hastalığınız var mı?

1)Herhangi bir hastalığım yok. 2)Hipertansiyon 3)Diyabet 3)Kanser

4)Psikiyatrik hastalık 5)Kalp hastalığı 6)Diğer(NEDİR?YAZIN.).....

Ek 2: Duygusal Öz-Yeterlik Ölçeği

Aşağıda verilen her bir ifadeyi okuduktan sonra, o ifade ile ilgili olarak “şu anda kendinizden ne kadar emin olduğunuzu” değerlendiriniz.

MADDELER	Hiç emin değilim	Çok az eminim	Biraz eminim	Çoğunlukla eminim	Kesinlikl e eminim
1.Kendi olumsuz duygularımı doğru olarak tanımlarım.					
2.Başkalarına olumsuz duygularımı olumlu duygularla değiştirmesi için yardım ederim.					
3.Olumsuz bir duygu hissederken olumlu bir duygu yaratırım.					
4.Olumlu bir duyguyu hissetmeme neyin sebep olduğunu bilirim.					
5.Başka biri olumsuz bir duygu hissederken o duyguyu doğru bir şekilde tanımlarım.					
6.Eski problemlere yeni çözümler getirirken olumlu duygularımı kullanırım.					
7.Başka birinin olumlu duygu yaşamasına neyin neden olduğunu kavrarım.					
8.Olumsuz duygumu olumlu duyguya çeviririm.					
9.Kendi olumlu duygularımı doğru olarak tanımlarım.					
10.Başkasının hissettiği duyguları kendimde oluşturabilirim.					
11.Olumsuz bir duygu hissetmeme neyin sebep olduğunu bilirim.					
12.Baskı altındayken kendi duygularımı düzenlerim.					
13.Başkasının ne zaman olumlu bir duygu yaşadığını doğru olarak tanımlarım.					
14.İçinde bulunduğum ortama en uygun ruh haline girerim.					
15.Başkasının olumsuz duygu yaşamasına neyin sebep olduğunu kavrarım.					
16.Diğer kişilerin baskı altındayken duygularını düzenlemesine yardımcı olurum.					
17.Beden dilimin ortaya koyduğu duygununu farkında olurum.					
18.İyi düşünceler oluşturmak için olumlu duyguları kullanırım.					
19.Duygularımın değişmesine neyin sebep olduğunu anlarım.					
20.Sinirli iken sakinleşirim.					
21.Başkasının beden dilinin ortaya koyduğu farkında olurum.					
22.Bilişsel performansımı arttırmak için duygu yaratırım.					
23.Başkasının duygularının değişmesine neyin sebep olduğunu anlarım.					
24.Başkasına sinirlendiği bir zamanda sakinleşmesi için yardımcı olurum.					
25.Yüz ifadem yoluyla hangi duygumu ifade ettiğimin farkında olurum.					
26.Fiziksel performansımı arttırmak için duygu yaratırım.					

Ek 2: ‘‘Devam’’ Duygusal z-Yeterlik leği

MADDELER	Hiç emin değilim	çok az eminim	Biraz eminim	çoğunlukla eminim	Kesinlikle eminim
27.Duyularımdaki farklılaşmaya neyin neden olduğunu belirlerim.					
28.Bir hedefe ulaşmaya çok yakinken duygularımı düzenlerim.					
29.Başkasının yüz ifadesi ile hangi duyguyu ifade ettiğinin farkında olurum.					
30.Yaratıcı düşüncelerimin ortaya çıkabilmesi için doğru duyguyu oluştururum.					
31.Başkasının duygularındaki farklılaşmasına neyin neden olduğunu belirlerim.					
32.Başkasının bir kayıp yaşamasının ardından duygularını düzenlemesine yardımcı olurum.					

Ek 3: Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3

MADDELER	Çok az	Az	Biraz	Fazla	Çok fazla
1.Sinirli görünmemek benim için önemlidir					
2.Kafamı bir işe veremediğim zaman,aklımı kaçıyorum diye endişelenirim.					
3.Kalbimin hızlı çarpması beni korkutur.					
4.Midem rahatsız olduğunda,ciddi bir hastalığım olabilir diye endişelenirim.					
5.Zihnimi bir işe verememek beni korkutur.					
6.Başkalarının yanında titrediğimde, insanların benim için neler düşüneceğinden korkarım.					
7.Göğsüm sıkıştığında,düzgün bir şekilde soluk alamayacağımdan korkarım.					
8.Göğsümde ağrı hissettiğimde, kalp krizi geçireceğim diye endişelenirim.					
9.Diğer insanların huzursuzluğumu fark edecek diye endişelenirim.					
10.Kendimi tuhaf ya da boşlukta gibi hissettiğimde, ruhsal bir hastalığım olabileceğinden endişelenirim.					
11.İnsanların önünde yüzümün kızarması beni korkutur.					
12.Kalbimin teklediğini fark ettiğimde,bende ciddi bir sorun olabileceğinden endişelenirim.					
13.Topluluk önünde terlemeye başladığımda, insanların hakkımda olumsuz düşüncelerinden korkarım.					
14.Düşüncelerim hızlanır gibi olduğunda, aklımı kaçıyorum diye endişelenirim.					
15.Boğazım sıkılmış gibi hissettiğimde,boğularak öleceğimden endişelenirim.					
16.Net(berrak biçimde) düşünmekte zorluk çekersem, bende bir sorun olabileceğinden endişelenirim.					
17.Toplum içinde bayılmanın benim için korkunç bir şey olduğunu düşünürüm.					
18.Zihnimde boşluk hissettiğimde, bende korkunç bir sorun olmasından endişelenirim.					

Ek 4: Migren Yeti Yitimi (MIDAS) Ölçeği

Aşağıdaki 5 soruya GÜN olarak verilen cevapları toplayarak kaybedilen toplam gün sayısını (puan) tespit edin.

1. Son 3 ay içinde baş ağrıları nedeniyle kaç gün işe veya okula gidemediniz?
.....
2. Son 3 ay içinde baş ağrıları nedeniyle işteki veya okuldaki verimliliğiniz yarı yarıya veya daha fazla azaldığı gün sayısı nedir?
3. Son 3 ay içinde baş ağrıları nedeniyle kaç gün ev işlerini yapamadınız?
4. Son 3 ay içinde baş ağrıları nedeniyle ev işlerindeki verimliliğiniz yarı yarıya veya daha fazla azaldığı gün sayısı nedir?
5. Son 3 ay içinde baş ağrıları nedeniyle kaç gün ailenize, sosyal yaşamınıza veya boş vakitlerinizde yaptığınız faaliyetlere zaman ayıramadınız?

Kaybedilen Toplam Gün Sayısı

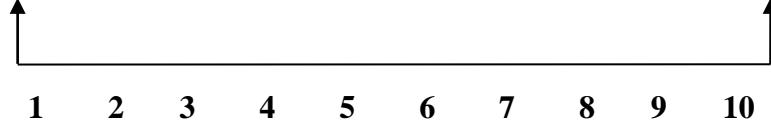
MİDAS Derecesi.....

EK 5: Vizual Analog Skala (VAS)

Migren atağı sırasındaki, ağrı Őiddetinizi aşağıdaki ölçek üzerinde iŐaretleyin.

Hiç ağrı olmaması

En dayanılmaz ağrı



EK 6: Duygusal Öz-Yeterlik Ölçeği Kullanım İzni Yazısı

4.12.2021 22:15

Gmail - Ölçek İzni Hakkında



Ceyda Bol <ceydaabol@gmail.com>

Ölçek İzni Hakkında

Tarik Totan <tariktotan@gmail.com>
Alıcı: Ceyda Bol <ceydaabol@gmail.com>

28 Kasım 2021 16:07

Merhaba

Ölçek ve puanlaması ekte yer almakta

Çalışmanızda başarılar dilerim

Saygılarımla

Prof. Dr. Tarık TOTAN
Adnan Menderes Üniversitesi,
Eğitim Fakültesi,
Eğitim Bilimleri Bölümü,
Rehberlik ve Psikolojik Danışma Anabilim Dalı,
Aytepe Mevkii, 09100
Kepez / AYDIN

Tel: +90.256.214.20.23 - 1521
Faks: +90.256.214.10.61

Prof. Dr. Tarık TOTAN,
Ph.D. of Guidance and Counseling
Adnan Menderes University,
Faculty of Education,
Department of Counseling & Guidance,
Aytepe Mevkii, 09100,
Kepez / AYDIN, TURKEY

Phone: +90.256.214.20.23 - 1521
Fax: +90.256.214.10.61

[Academia.edu](mailto:ceydaabol@gmail.com)
[Google Scholar](https://scholar.google.com/citations?user=ceydaabol)



Sender notified by
Mailtrack

Ceyda Bol <ceydaabol@gmail.com>, 26 Kas 2021 Cum., 20:52 tarihinde şunu yazdı:
(Ayrıntıları için tıklayın)

Duygusal Öz-yeterlik puanlama.docx
16K

EK 7: Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3 Kullanım İzni Yazısı



Ceyda Bol <ceydaabol@gmail.com>

Ölçek İzni Hakkında

3 ileti

Ceyda Bol <ceydaabol@gmail.com>
Alıcı: tunc.alkin@deu.edu.tr

22 Şubat 2022 14:41

Sayın hocam,
Ordu Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı'nda Dr.Öğr.Üyesi Nevin GÜNAYDIN hocamın danışmanlığında yürüttüğüm yüksek lisans tez çalışmam için geçerlik ve güvenilirliğini yapmış olduğunuz Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3 Ölçeği'ni, izniniz olursa kullanmak istiyorum.Kullanıma izin vermeniz halinde anketin özgün formu ve yönergesini gönderebilir misiniz?
Saygılarımla,

Ceyda Bol.

tunc.alkin@deu.edu.tr <tunc.alkin@deu.edu.tr>
Alıcı: Ceyda Bol <ceydaabol@gmail.com>

22 Şubat 2022 23:35

Merhabalar,

Geçerlik ve güvenilirliğini yaptığımız Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3 Ölçeği'ni, her türlü eğitsel çalışmalarınızda ve bilimsel araştırmalarınızda, ekte gönderdiğim dergiye atıfta bulunarak kullanabilirsiniz.

Ölçek ekteki uzmanlık tezinin 70. sayfasında bulunmaktadır.

Prof Dr Tunç ALKIN

EK 8: Migren Yeti Yitim Ölçeği (MIDAS) Kullanım İzni Yazısı



Ceyda Bol <ceydaabol@gmail.com>

Ölçek İzni Hakkında

3 İleti

Ceyda Bol <ceydaabol@gmail.com>

14 Nisan 2022 17:37

Alıcı: drmustafaertas@gmail.com

Sayın hocam,

Ordu Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı'nda Dr Öğr. Üyesi Nevin GÜNAYDIN hocamın danışmanlığında yürüttüğüm yüksek lisans tez çalışmam için geçerlik ve güvenilirliğini yapmış olduğunuz Migren Yeti Yitimi Ölçeği'ni, izniniz olursa kullanmak istiyorum. Kullanıma izin vermeniz halinde anketin özgün formu ve yönergesini gönderebilir misiniz?

Saygılarımla,

Ceyda Bol.

drmustafaertas@gmail.com <drmustafaertas@gmail.com>

14 Nisan 2022 20:10

Alıcı: Ceyda Bol <ceydaabol@gmail.com>

Tabii ki yapabilirsiniz. Yolluyorum

Sevgiler

Mustafa Ertaş

[Alınılanın metni gizlendi]



198K

Ek 9: İl Sağlık Müdürlüğü Onayı (Rize Devlet Hastanesi)



T.C.
RİZE VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : E-64247179-799
Konu : Hemşire Ceyda BOL/Bilimsel
Araştırma İzni

MÜDÜRLÜK MAKAMI

Hemşire Ceyda BOL, kurumunuza bağlı Rize Devlet Hastanesi'nde " Migren Tipi Baş Ağrısı Olan Bireylerde Duygusal Öz-Yeterlilerinin Anksiyete Duyarlılığı, Yeti Yitimi ve Ağrı Düzeyi ile İlişkisi " konulu çalışmasını yapmak üzere tarafına izin verilmesini talep etmektedir.

Çalışma planı "Bilimsel Araştırma Başvuru İnceleme Komisyonu" tarafından incelenmiş olup, çalışma süresince değişikliğe gidilmeden; sunulan hizmeti aksatmayacak şekilde, hasta mahremiyeti ve bilgi güvenliği hususlarında güvenlik tedbirleri alınarak çalışmanın yürütülmesi, yapılacak çalışma sonucunun Bakanlığımıza bilgisi dışında ilan edilmemesi ve çalışma sonucu ile ilgili tarafınıza bilgi verilmesi kaydıyla kurumunuza bağlı ilgili sağlık tesisinde 31/05/2022-31/11/2022 tarihleri arasında yapılması uygun görülmüştür.

Oturlarınıza arz ederim.

Fatih TURAN
Dest.Hiz.Bşk. Yrd.

Uygun görüşle arz ederim.

.../.../2022
Dr.Hakan GÖRGÜLÜ
Dest. Hizmet. Başkanı

OLUR
.../.../2022
Dr.Mustafa TEPE
İl Sağlık Müdürü

RİZE DEVLET HASTANESİ BAŞTABİRLİĞİNE

Bilgilerinizi ve yazınıza ile ekte gönderilen protokol metninin ilgili kişiye tebliği hususunda görüşleri rica ederim.

EKLER:
Protokol (2 Sayfa)

Dr.Mustafa TEPE
İl Sağlık Müdürü

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu: eaf65628-0820-4c36-9a16-6aba76342628 - Belge Doğrulama Adresi: <http://www.belgeler.gov.tr/saglik/bakanligi-ehya>
Papuzkaya Mahallesi Zübeyde Hanım Cad. Sağlık Kompleksi Kat:4 Rize/Merkez Bilgi için: Eriş Nuz ŞENTÜRK
Telefon: Faks No: 046421130364 EBE
e-Posta: corusaz.senturk@saglik.gov.tr İnternet Adresi: <http://www.rize.eitim@saglik.gov.tr> Telefon No: (0 464) 213 03 57

Ek 10: İl Sağlık Müdürlüğü Onayı (Rize Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi)



T.C.
RİZE VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : E-64247179-799
Konu : Hemşire Ceyda BOL/Bilimsel
Araştırma İzni

MÜDÜRLÜK MAKAMI

Hemşire Ceyda BOL, kurumunuza bağlı Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde " Migren Tipi Baş Ağrısı Olan Bireylerin Duygusal Öz Yeterliliklerinin Anksiyete Duyarlılığı,Yeti Yitimi ve Ağrı Düzeyi ile İlişkisi" konulu çalışmasını yapmak üzere tarafına izin verilmesini talep etmektedir.

Çalışma planı "Bilimsel Araştırma Başvuru İnceleme Komisyonu" tarafından incelenmiş olup,çalışma süresince değişikliğe gidilmeden;sunulan hizmeti aksatmayacak şekilde,hasta mahremiyeti ve bilgi güvenliği hususlarında güvenlik tedbirleri alınarak çalışmanın yürütülmesi, yapılacak çalışma sonucunun Bakanlığımız bilgisi dışında ilan edilmemesi ve çalışma sonucu ile ilgili tarafımıza bilgi verilmesi kaydıyla kurumunuza bağlı ilgili sağlık tesisinde 15/07/2022-01/02/2023 tarihleri arasında yapılması uygun görülmüştür.

Oturularınıza arz ederim.

Osman ŞİŞMAN
Dest.Hiz.Bşk.Yrd.

Uygun görüşle arz ederim.

../../2022
Dr.Hakan GÖRGÜLÜ
Dest. Hizmet. Başkanı

OLUR
../../2022
Dr.Mustafa TEPE
İl Sağlık Müdürü

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI RECEP TAYYİP ERDOĞAN ÜNİVERSİTESİ
EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ BAŞBAŞLIĞINA

Bilgilerinizi ve yazınız ile ekte gönderilen protokol metninin ilgili kişiyi tebliği hususunda gereğini rica ederim.

EKLER:
Protokol (2 Sayfâ)

Dr.Mustafa TEPE
İl Sağlık Müdürü

Bu belge, görevli elektronik tarza ile imzalanmıştır.

Belge Değerlendirme Kodu: 44440126-4480-4821-0340-48200014444 - Belge Değerlendirme Adresi: <http://www.belge.gov.tr>

Paçaklıyazı Mahallesi Zübeyde Hanım Cad. Sağlık Kompleksi Kat:4 Rize/Merkez
Telefon: Faks No: 04642130364
e-Posta: mesnet@saqlik.gov.tr İnternet Adresi:
<http://www.rize.edu.tr>

Bilgi için: Birim Niz ŞENTÜRK

Birim Sorumlusu

Telefon No: (0 464) 213 03 57



Ek 11: Etik Kurul Onayı



T.C.
ORDU ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARARLARI

Toplantı Tarihi	Toplantı Sayısı	Toplantı Saati	Karar Sayısı
16.09.2022	18	15:30	210

Ordu Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu, "Klinik Araştırmalar ve Biyoyararlanım/Biyoeşdeğerlik Çalışmaları Etik Kurullarının Standart Çalışma Yöntemi Esasları" 11.2.1 maddesi uyarınca Etik Kurul Başkan V. Doç. Dr. Ali YILMAZ başkanlığında toplanarak aşağıdaki kararları almıştır.

KARAR NO: 2022/210

Sorumlu yürütücü Dr. Öğr. Üyesi Nevin GÜNAYDIN'ın, KAЕК 151 Nolu başvurusunun değerlendirilmesi sonucu "Migren Tipi Baş Ağrısı Olan Bireylerin Duygusal Öz-Yeterliklerinin Anksiyete Duyarlılığı, Yeti Yitimi ve Ağrı Düzeyi ile İlişkisi" başlıklı araştırmasının etik ilke ve kurallara uygunluk açısından yapılabilirliğine ve konunun ilgili öğretim üyesine tebliğine toplantıya katılanların oy birliği ile karar verildi.

e-İmzalıdır
Doç. Dr. Ali YILMAZ
Ordu Üniversitesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkan V.

Ek 12: Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

Değerli Katılımcı,

Ben Ceyda BOL, Ordu Üniversitesi'nde yüksek lisans öğrencisiyim. Dr.Öğr.Üyesi Nevin GÜNAYDIN danışmanlığında Yüksek Lisans Tezi olarak *“Migren Tipi Baş Ağrısı Olan Bireylerin Duygusal Öz-Yeterliklerinin Anksiyete Duyarlılığı, Yeti Yitimive Ağrı Düzeyi İle İlişkisi”* isimli çalışmayı yürütmekteyim. Bu bilimsel araştırma migren tipi baş ağrısı olan bireylerde duygusal öz-yeterliklerinin, anksiyete duyarlılığı, yeti yitimive ağrı düzeyi ile ilişkisini inceleyeceğim. Bu araştırmanın, migren hastalığı olanların ruhsal durumu hakkında önemli sonuçlar elde etmek için yararlı olacağını düşünmekteyim.

Araştırma için Rize İl Sağlık Müdürlüğü'nden gerekli izinler alınmıştır. Bu çalışmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır. Araştırmadaki işlemlerin size hiçbir zararı olmayacaktır. Bu çalışmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır, katılmanız için hiçbir zorunluluk yoktur.

Araştırmaya katılmayı kabul etmenizden sonra, istediğiniz zaman çekilebilirsiniz ve çekilmeniz halinde hiçbir şekilde olumsuz etkilenmeyeceksiniz. Sorulara yanıtlarınız gizli tutulacak ve kimseyle paylaşılmayacaktır. Size araştırma hakkında detaylı bilgi verilecektir. Bu çalışmayla ilgili her türlü soruyu istediğiniz zaman aşağıda bulunan telefon numarasını arayarak yöneltebilirsiniz.

Zaman ayırdığınız için teşekkür ederim.

Saygılarımla...

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait bilgilerin araştırmada kullanılması konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyorum ve araştırmaya hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

Katılımcının Adı Soyadı:

Tarih ve İmzası:

Araştırmacının Adı Soyadı:

İş Adresi:

Telefonu:

E-Posta:

Tarih ve İmzası:

9. ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı : Ceyda BOL
Doğum Yeri : Altınordu/Ordu
Doğum Tarihi : 03.01.1998
Yabancı Dili : İngilizce
E-posta : ceydaabol@gmail.com

Öğrenim Durumu:

Derece	Bölüm/ Program	Üniversite	Yıl
Lisans	Sağlık Bilimleri Fakültesi/Hemşirelik	Ordu Üniversitesi	2015-2019
Yüksek Lisans	Sağlık Bilimleri Enstitüsü/Hemşirelik ABD.	Ordu Üniversitesi	2020-2023

İş Deneyimi:

Görev	Görev Yeri	Yıl
Hemşire	Rize Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi	2020-