

T.C.  
İSTANBUL GELİŞİM ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

MİGREN CERRAHİSİNE BAŞVURAN HASTALARDA  
ANKSİYETE, DEPRESYON, YAŞAM KALİTESİNİ  
DEĞERLENDİRME ÇALIŞMASI

PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI  
KLİNİK PSİKOLOJİ BİLİM DALI  
YÜKSEK LİSANS TEZİ

Hazırlayan  
Murat YAĞMUR

Tez Danışmanı  
Yrd. Doç. Dr. Güzin Mukaddes SEVİNÇER

İSTANBUL – 2017



## TEZ TANITIM FORMU

**YAZAR ADI SOYADI** : Murat YAĞMUR

**TEZİN DİLİ** : Türkçe

**TEZİN ADI** : Migren Cerrahisine Başvuran Hastalarda Anksiyete, Depresyon, Yaşam Kalitesini Değerlendirme Çalışması.

**ENSTİTÜ** : İstanbul Gelişim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü

**BİLİM DALI** : Psikoloji

**TEZİN TÜRÜ** : Yüksek Lisans

**TEZİN TARİHİ** : 18.01.2017

**SAYFA SAYISI** : 113

**TEZ DANIŞMANLARI** : Yrd. Doç. Dr. Güzin M. SEVİNÇER

**DİZİN TERİMLERİ** : Migren, Migren Cerrahisi, Anksiyete, Depresyon, Yaşam Kalitesi

**TÜRKÇE ÖZET** : Migren cerrahisi uygulaması düşünen bireylerin anksiyete, depresyon, yaşam kalitesi değerleri migren hastası olup migren cerrahisi düşünmeyen bireyler ve normal grupla karşılaştırıldığında Beck Anksiyete, Beck Depresyon ve MF07-01 çalışması Yaşam Kalitesi (SF36) Formu ölçek puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır. Bireylerin Beck anksiyete, Beck depresyon ve MF07-01 çalışması Yaşam Kalitesi (SF36) Formu ölçeklerinde migren cerrahisi düşünüp düşünmemesi açısından anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür.

**DAĞITIM LİSTESİ** : 1. İstanbul Gelişim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsüne  
2. YÖK Ulusal Tez Merkezine

Murat YAĞMUR

T.C.  
İSTANBUL GELİŞİM ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

**MİGREN CERRAHİSİNE BAŞVURAN HASTALARDA  
ANKSİYETE, DEPRESYON, YAŞAM KALİTESİNİ  
DEĞERLENDİRME ÇALIŞMASI**

**PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI  
KLİNİK PSİKOLOJİ BİLİM DALI  
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Hazırlayan  
Murat YAĞMUR**

**Tez Danışmanı  
Yrd. Doç. Dr. Güzin Mukaddes SEVİNÇER**

**İSTANBUL – 2017**

## BEYAN

Bu tezin hazırlanmasında bilimsel ahlak kurallarına uyulduğu, başkalarının ederlerinden yararlanılması durumunda bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunulduğu, kullanılan verilerde herhangi tahrifat yapılmadığını, tezin herhangi bir kısmının bu üniversite veya başka bir üniversitedeki başka bir tez olarak sunulmadığını beyan ederim.

Murat YAĞMUR

18 /01/ 2017



## JÜRİ ÜYELERİNİN KABUL VE ONAY SAYFASI

İSTANBUL GELİŞİM ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

MURAT YAĞMUR' un "Migren cerrahisine başvuran hastalarda anksiyete, depresyon, yaşam kalitesini değerlendirme çalışması" adlı tez çalışması, jürimiz tarafından PSİKOLOJİ bilim dalında YÜKSEK LİSANS tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan

Üye

Üye

Üye

ONAY

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

... / ... / 2017



## ÖZET

**Giriş:** Migren, ataklarla ilerleyen ve günlerce süren, genellikle tek taraflı yerleşimi olan, zonklayıcı özellikte, şiddetli ve baş hareketi ile artış gösteren, bireyin günlük aktivitelerini olumsuz etkileyen kronik bir baş ağrısıdır. Migrenli bireylerde anksiyete depresyonun daha fazla, yaşam kalitesinin ise daha düşük olduğu çeşitli çalışmalarla gösterilmiştir. Migren tedavisinde atak tedavisi ve koruyucu tedavi yöntemleri kullanılmakta olup son yıllarda migren şiddeti ve sıklığı çok yoğun hastalarda alternatif bir yöntem olarak migren cerrahisi her geçen gün artmaktadır. Bireylerin yaşamsal aktivitelerinde karşılaştıkları güçlük, engel ve çatışma durumlarına çözüm bulamadıklarında ortaya anksiyete, depresyon benzeri psikopatolojik hastalıklar çıkabilmektedir. Beraberinde yaşam kalitesinde ciddi olumsuz değişiklikler de yaşanabilmektedir. Migren hastalığına sahip bireylerin bu sorunları nedeniyle çeşitli tedavi yöntemlerine başvurdukları bilinmektedir. Migren hastalığıyla ilgili çok çeşitli tedavi yöntemleri olmakta olup en belirgin olan son yıllardaki cerrahi uygulamalardır. Migren cerrahisi migrenli hastaların tercih ettiği bir tedavi yöntemi olarak kullanılmaya başlanmıştır. Araştırmamızda, bu yönetime başvuran migrenli hastaların özellikle diğer migrenli hastalara göre yaşam kalitelerinde ciddi olumsuzluklar yaşayıp yaşamadığına, depresyon ve anksiyetelerinde ise diğer migren sorunu yaşayan, cerrahi uygulama düşünmeyen hastalara göre belirgin olumsuzluklar olup olmadığına bakılmıştır.

**Amaç:** Migren cerrahisine başvuran hastalardaki anksiyete, depresyon, yaşam kalitesi etkisinin, diğer migrenli hastalara göre bir farkının bulunup bulunmadığı araştırılmaktadır.

**Gereç ve Yöntem:** Bu çalışma, migren cerrahisine başvuran hastaların anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla kesitsel araştırma modeli kullanılarak yapılmıştır. 35'şer kişiden oluşan migren cerrahisine başvuran, başvurmayan ve migren sorunu bulunmayan 3 ayrı gruptan oluşan araştırmanın örnekleme toplamda 105 kişiliktir ve homojendir. Çalışmada Sosyodemografik Veri Formu, Beck Depresyon Envanteri, Beck Anksiyete Ölçeği ve Mf07-01 Çalışması Yaşam Kalitesi (Sf36) Formu kullanılmıştır. Kullanılan ölçme aracıyla elde edilen veriler, alt amaçlara uygun istatistiksel tekniklerle analiz edilmiştir. Katılımcılara uygulanan ölçeklerden elde edilen veriler kodlanarak, SPSS (Statistical Package For Social Sciences) 11,5 windows paket programı kullanılarak bilgisayar ortamına aktarılmış ve istatistiksel işlemlere tabi tutulmuştur.



**Bulgular:** Migren cerrahisine başvuran katılımcıların depresyon puanları (20,230 ± 10,514), migreni olup migren cerrahisine başvurmayan katılımcıların depresyon puanlarından (13,140 ± 9,795) yüksek bulunmuştur. Migren cerrahisine başvuran katılımcıların anksiyete puanları (19,910 ± 11,620), migren sorunu olmayan katılımcıların anksiyete puanlarından (11,060 ± 10,960) yüksek bulunmuştur. Migrenli olup migren cerrahisine başvurmayan katılımcıların fiziksel rol puanları (48,571 ± 41,983), migren cerrahisi başvuran katılımcıların fiziksel rol puanlarından (20,000 ± 36,279) yüksek bulunmuştur. Araştırmaya katılanların bedensel ağrı puanları ortalamalarının grup değişkenine göre anlamlı farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Migren cerrahisine başvuran katılımcıların bedensel ağrı puanları (56,629 ± 17,862), migren sorunu olmayan katılımcıların bedensel ağrı puanlarından (31,057 ± 25,545) yüksek bulunmuştur. Migren sorunu olmayan katılımcıların duygusal rol puanları (57,143 ± 44,700), migren cerrahisine başvuran katılımcıların duygusal rol puanlarından (22,857 ± 35,948) yüksek bulunmuştur.

**Sonuç:** Migren cerrahisine başvuran kişilerin depresyon ve anksiyeteleri daha fazla, yaşam kalitesi puanları daha düşük bulunmuştur. Bu grubun migreni olan ve cerrahiye başvurmayan gruptan daha farklı bir grup olduğu, psikopatoloji sıklığı açısından özellikle daha dikkatle ele alınması gereken bir grup olduğu gözlenmiştir. Bu alanda dünyada ve ülkemizde yeterince araştırma olmaması nedeniyle bizim çalışmamızda karşılaştırma yapılamamıştır. Bu alanın daha büyük gruplarla ve daha fazla değişkeni ve psikopatoloji sıklığını da içeren çalışmalara ihtiyaç vardır. Çalışmalarda da sözü edilen psikolojik değişkenler ile ilgili daha fazla araştırma yapılması, sağlık psikolojisi alanına önemli katkılar sağlayacaktır.

**Anahtar Kelimeler:** Migren, Migren Cerrahisi, Anksiyete, Depresyon, Yaşam Kalitesi.

## ABSTRACT

**Introduction:** When the individuals can't find a solution to the obstacles and the conflict situations they face in their staminal activities, such psychological diseases as anxiety and depression may occur. Herewith, there may be some negative changes in the quality of life. These individuals with migraine disease are known to resort to various kinds of treatment on account of these problems. There is a wide range of treatment methods for migraine disease, and the most noticeable one is the recent surgical applications. Migraine surgery has started to be used as a way of treatment that migraine patients prefer. Patients who resort to this method are observed to have more serious negativity in their quality of life in proportion to other migraine patients. In terms of their depression and anxiety levels, patients who choose to have surgical applications are observed to have noticeable drawbacks with regard to the patients who don't think of having any surgical applications. In this study, these differences are going to be dealt with.

**Objective:** Determining the difference in the effects of anxiety, depression and quality of life between the patients applying to surgery and the other patients with migraine disease.

**Material and Method:** This study has been prepared with the aim of evaluating the relationship of migraine patients applying to surgery with features such as anxiety, depression, quality of life and demographic properties by using cross-sectional research model based on the semi-structured survey. The sample of research consists of a homogeneous group of 105 individuals with their ages ranging from 20 to 56 and living in various cities. In the research, Socio-Demographic Data Form, Beck Depression Inventory, Beck Anxiety Scale, and Mf07-01 Study Quality of Life (Sf36) Form were used. The data obtained by means of the measuring instrument were analysed with the statistical techniques appropriate for subobjectives. The data obtained from the scales applied to participants was encoded, transferred to computer environment with the usage of SPSS( Statistical Package for Social Sciences) 11,5 Windows packaged software.

**Findings:** The depression points of the group thinking of migraine surgery have been found higher than the normal group of participants(  $9,290 \pm 9,761$ ) . the points of depression fort he group thinking of having migraine surgery ( $20,230 \pm 10,514$ ) have been found higher than the depression points of the participants

having migraine disease ( $13,140 \pm 9,795$ ). The anxiety points of the group of participants thinking of migraine surgery ( $19,910 \pm 11,620$ ) have been found higher than the anxiety points of the normal group of participants ( $11,060 \pm 10,960$ ). The physical role points of the group with migraine disease ( $48,571 \pm 41,983$ ) have been found higher than the physical role points of the group of participants thinking of having migraine surgery ( $20,00 \pm 36,279$ ). With the aim of determining the sources of meaningful differences of the average of physical pain points of the ones participating in the research according to the group variable, supplementary post-hoc analysis has been done. The physical pain points of the group of participants thinking of migraine surgery ( $56,629 \pm 17,862$ ) have been found higher than the physical pain points of the normal group of participants ( $31,057 \pm 25,545$ ). The emotional role points of the normal group of participants ( $51,143 \pm 44,700$ ) have been found higher than the emotional role points of the group of participants thinking of having migraine surgery ( $22,857 \pm 35,948$ )

**Result:** When the technical literature about migraine disease is analysed, it can be seen that more emphasis was put on anger and character features, also research about the psychological variables such as anxiety, depression and quality of life was seldom encountered. Doing more research about the psychological variables which are also mentioned in the research in our country will make important contributions to the field of health psychology. Because of the mostly ambulatory treatment of migraine patients, detection of the disease and getting contact in these places can be recommended. Considering that migraine disease is an important public health issue, effective measures to prevent the spread of it are necessary.

**Key Words:** Migraine, Migraine Surgery, Anxiety, Depression, Quality of Life

## İÇİNDEKİLER

ÖZET .....	I
ABSTRACT .....	VII
İÇİNDEKİLER .....	V
TABLolar LİSTESİ .....	IXIII
EKLER .....	XI
ÖNSÖZ.....	XVI
GİRİŞ.....	1
<b>BİRİNCİ BÖLÜM</b> .....	<b>5</b>
1.1. Araştırmanın Problemi.....	5
1.2. Hipotezler .....	5
1.3. Araştırmanın Amacı.....	6
1.4. Araştırmanın Önemi .....	6
1.5. Sayılıtlar.....	6
1.6. Sınırlılıklar.....	6
1.7. Tanımlar .....	7
<b>İKİNCİ BÖLÜM</b> .....	<b>8</b>
<b>KURAMSAL ÇERÇEVE</b> .....	<b>8</b>
2.1. AĞRININ ETİYOLOJİSİ.....	8
2.1.1. BAĞ AĞRISI .....	8
2.2. MİGREN .....	9
2.2.1. Migren Tarihçesi.....	10
2.2.2. Migrenin Sınıflandırılması.....	11
2.2.2.1. Aurasız migren .....	12
2.2.2.2. Auralı migren .....	12
2.2.2.3. Baziler tip migren .....	13
2.2.2.4 Ailesel hemiplejik migren (AHM).....	14
2.2.2.5. Sıklıkla migren öncüleri olan çocukluk çağı periyodik sendromları... 14	
2.2.2.5.1.Çocukluğun benign paroksizmal vertigosu.....	14
2.2.2.5.2. Tekrarlayıcı kusma atakları .....	14
2.2.2.5.3. Abdominal migren .....	14
2.2.2.6. Sporadik hemiplejik migren.....	15
2.2.2.7.Oftalmoplejik migren ve retinal migren .....	15

2.2.12.8. Migren komplikasyonları .....	15
2.2.2.8.1.Kronik migren .....	15
2.2.2.8.2 Migren statüsü.....	15
2.2.2.8.3. İnfarktsız ısrarlı aura .....	16
2.2.2.8.4. Migrenöz infarktlar.....	16
2.2.2.8.5 Migrenin tetiklediği nöbetler .....	16
2.2.3. Migren Tedavisi Çeşitleri .....	16
2.2.3.1. Atak Tedavisi.....	16
2.2.3.1.1. Nonspesifik Farmakolojik Ajanlar: Basit ve kombine seklinde analjezik ya da NSAİ: .....	16
2.2.3.1.2. Barbiturat Hipnotikler:.....	17
2.2.3.1.3. Opiyoidler: Baş ağrısının giderilmesi için.....	17
2.2.3.1.4. Spesifik Ajanlar: Ergot ve Dihidroergotamin; .....	17
2.2.3.1.5. Triptanlar: .....	17
2.2.3.1.6. Yardımcı ilaçlar: Atak esnasında .....	18
2.2.3.2. Migrende Koruyucu Tedavi: .....	18
2.2.3.2.1. Betaadrenerjik bloke edici ilaçlar .....	18
2.2.3.2.2. Amitriptilin ve diğer antidepresanlar: .....	18
2.2.3.2.3. Kalsiyum Kanal Blokerleri.....	18
2.2.3.2.4. Antiepileptik İlaçlar.....	18
2.2.3.2.5. Diğer İlaçlar .....	19
2.2.4. Migren Patofizyolojisi .....	19
2.2.4.1. Vasküler Teori.....	19
2.2.4.2. Nöral Teori.....	20
2.2.4.3. Nitrik Oksid .....	21
2.2.4.4. Asimetrik Dimetilarjinin .....	21
2.2.4.5. Migrende NO ve ADMA'nın Yeri .....	22
2.2.5. Migren Cerrahisi.....	23
2.3. ANKSİYETE .....	26
2.3.1. Anksiyetenin Belirtileri .....	27
2.3.2. Anksiyetenin Sebepleri.....	27
2.3.3. Anksiyeteyi Açıklayıcı Kuramlar .....	28
2.3.3.1. Psikanalitik Yaklaşım .....	28
2.3.3.2. Bilişsel Kuram ve Anksiyete.....	29
2.3.3.3. Öğrenme Kuramı ve Anksiyete .....	29

2.3.4. Anksiyete Ve Migren .....	30
2.4. DEPRESYON .....	31
2.4.1. Depresyon Tanımı .....	31
2.4.2. Depresyon Belirtileri .....	32
2.4.3. Depresyon Nedenleri .....	33
2.4.3.1. Biyolojik Nedenler .....	33
2.4.3.2. Fizyolojik Nedenler .....	33
2.4.3.3. Sosyal Nedenler ve Kişilik Faktörleri .....	33
2.4.4. Depresyonu Açıklayan Kuramlar .....	34
2.4.4.1. Psikoanalitik Kuram .....	34
2.4.4.2. Öğrenilmiş Çaresizlik Kuramı .....	34
2.4.4.3. Beck'in Bilişsel Kuramı .....	35
2.4.5. Depresyon Ve Migren .....	35
2.5. YAŞAM KALİTESİ .....	36
2.5.1. Yaşam Kalitesi Ve Migren .....	38
<b>ÜÇÜNCÜ BÖLÜM.....</b>	<b>40</b>
<b>YÖNTEM .....</b>	<b>40</b>
3.1. Araştırmanın Modeli .....	40
3.2. Çalışma Grubu .....	40
3.3. Araştırmanın Örneklemi.....	43
3.3. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları .....	43
3.3.1. Sosyodemografik Veri Formu.....	43
3.3.2. Beck Depresyon Envanteri.....	43
3.3.3. Beck Anksiyete Ölçeği.....	44
3.3.4. Mf07-01 Çalışması Yaşam Kalitesi (Sf36) Formu .....	44
3.4. Verilerin Toplanması.....	45
3.5. Veri Analiz Teknikleri .....	45
<b>DÖRDÜNCÜ BÖLÜM .....</b>	<b>46</b>
<b>BULGULAR .....</b>	<b>46</b>
1.1. Sadece Migren cerrahisi düşünen grupta analizler (n=35 kişi) .....	87
<b>BEŞİNCİ BÖLÜM.....</b>	<b>99</b>
<b>TARTIŞMA VE YORUM.....</b>	<b>99</b>
<b>KAYNAKÇA.....</b>	<b>107</b>
<b>EKLER .....</b>	<b>114</b>

EK – A: SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU .....

EK – B: BECK DEPRESYON ENVANTERİ .....

EK – C: BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ.....

EK – D: MF07-01 ÇALIŞMASI YAŞAM KALİTESİ (SF36) FORMU .....



## TABLolar LİSTESİ

<b>Tablo 4.1:</b>	Sosyo-Demografik Özellikler .....	46
<b>Tablo 4.2:</b>	Yaş ve Vücut Bulguları .....	49
<b>Tablo 4.3:</b>	Klinik Bulgular .....	49
<b>Tablo 4.4:</b>	Gruplara Göre Anksiyete, Depresyon ve SF-36 Bulguları .....	51
<b>Tablo 4.5:</b>	Anksiyete Düzeyleri .....	53
<b>Tablo 4.6:</b>	Depresyon Düzeyleri .....	54
<b>Tablo 4.7:</b>	Anksiyete ile Depresyon İlişkisine İlişkin Pearson Korelasyon Analizi	54
<b>Tablo 4.8:</b>	Anksiyete ve Depresyon ile SF-36 İlişkisine İlişkin Pearson Korelasyon .....Analizi .....	57
<b>Tablo 4.9:</b>	Anksiyete, Depresyon Ve SF-36 Düzeylerinin Cinsiyete Değişkenine ..... Göre Dağılımı .....	59
<b>Tablo 4.10:</b>	Anksiyete, Depresyon Ve SF-36 Düzeylerinin Doğum .....Yeri Değişkenine Göre Dağılımı	60
<b>Tablo 4.11:</b>	Anksiyete, Depresyon Ve SF-36 Düzeylerinin Yaş Grubu Değişkenine ..... Göre Dağılımı .....	61
<b>Tablo 4.12:</b>	Anksiyete, Depresyon Ve SF-36 Düzeylerinin Eğitim Düzeyi .....Değişkenine Göre Dağılımı.....	63
<b>Tablo 4.13:</b>	Anksiyete, Depresyon Ve SF-36 Düzeylerinin Bmi Değişkenine Göre .....Dağılımı .....	66
<b>Tablo 4.14:</b>	Anksiyete, Depresyon Ve SF-36 Düzeylerinin Sosyo Ekonomik .....Durum Değişkenine Göre Dağılımı .....	68
<b>Tablo 4.15:</b>	Anksiyete, Depresyon Ve SF-36 Düzeylerinin Çalışma .....	
	.....Durumu Değişkenine Göre Dağılımı .....	69
<b>Tablo 4.16:</b>	Anksiyete, Depresyon Ve SF-36 Düzeylerinin Medeni .....Durum Değişkenine Göre Dağılımı .....	72
<b>Tablo 4.17:</b>	Anksiyete, Depresyon Ve SF-36 Düzeylerinin Ağrı Atak Sıklığı .....Değişkenine Göre Dağılımı.....	73
<b>Tablo 4.18:</b>	Anksiyete, Depresyon Ve SF-36 Düzeylerinin Ağrıların Ev Ve İş .....Yaşamına Etkisi Değişkenine Göre Dağılımı .....	77
<b>Tablo 4.19:</b>	Anksiyete, Depresyon Ve SF-36 Düzeylerinin Tanı Konmuş .....Psikiyatrik Hastalık Değişkenine Göre Dağılımı .....	79
<b>Tablo 4.20:</b>	Anksiyete, Depresyon Ve SF-36 Düzeylerinin Kullandığınız .....Psikiyatri İlacı Değişkenine Göre Dağılımı .....	81



<b>Tablo 4.21:</b>	Anksiyete, Depresyon Ve SF-36 Düzeylerinin Ailede Psikiyatrik ..... Hastalık Değişkenine Göre Dağılımı.....	82
<b>Tablo 4.22:</b>	Anksiyete, Depresyon Ve SF-36 Düzeylerinin Mevcut Tıbbi Bir ..... Hastalık Değişkenine Göre Dağılımı.....	84
<b>Tablo 4.23:</b>	Anksiyete, Depresyon Ve SF-36 Düzeylerinin İntihar .....Öyküsü Değişkenine Göre Dağılımı.....	85
<b>Tablo 4.24:</b>	Yaş İle Klinik Özelliklerin Karşılaştırılması.....	87
<b>Tablo 4.25:</b>	Cinsiyet İle Klinik Özelliklerin Karşılaştırılması .....	89
<b>Tablo 4.26:</b>	BMI İle Klinik Özelliklerin Karşılaştırılması.....	91
<b>Tablo 4.27:</b>	Çalışma Durumu İle Klinik Özelliklerin Karşılaştırılması .....	94
<b>Tablo 4.28:</b>	Medeni Durum İle Klinik Özelliklerin Karşılaştırılması .....	96



## EKLER LİSTESİ

**EK – A:** SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

**EK – B:** BECK DEPRESYON ENVANTERİ

**EK – C:** BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ

**EK – D:** MF07-01 ÇALIŞMASI YAŞAM KALİTESİ (SF36) FORMU



## ÖNSÖZ

Bu tez çalışmasında Migren cerrahisine başvuran migren hastalarının anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesini değerlendirme çalışması yapılmak istenmiştir.

Öncelikle tez konusunu seçerken isteklerimi göz önünde bulundurup, sabırla bana yardımcı olan tez danışmanım Yrd. Doç. Dr. Güzin M. SEVİNÇER'e teşekkürlerimi sunarım. Bu zorlu tez sürecinde benden desteğini bir an için bile esirgemeyen değerli arkadaşlarıma ve tüm eğitim hayatım boyunca benden maddi ve manevi desteklerini esirgemeyen her zaman yanımda olan sevgili aileme teşekkürlerimi bir borç bilirim.

**İstanbul**

**Ocak 2017**

**Murat YAĞMUR**



## GİRİŞ

Migren cerrahisine başvuran bireylerin depresyon, anksiyete ve yaşam kalitesindeki değişimlerinin incelendiği araştırmamız, bu konu ile ilgili yapılmış benzer başka bir çalışma olmaması yönünden literatüre katkısı olacağını düşündüğümüz bir çalışmadır. Araştırmanın, alandaki bu yöndeki eksikliği gidermeye katkı sağlayacağı ve daha sonraki çalışmalar için veri niteliğinde özgün bir çalışma olacağı düşünülmektedir.

Baş ağrısının, toplumun genelinde görüldüğü kabul edilen ve insanların hayatlarında önemli rahatsızlığa yol açan yaygın bir sağlık sorunu olduğu bilinmektedir. Migren ise bireyin iyilik halini bozan, ataklarla seyreden ve günlük aktiviteleri olumsuz etkileyen kronik bir baş ağrısı çeşididir. Nöroloji kliniklerinde sık görülen bu baş ağrısının, bireyin iş gücü kaybına, sosyal ve ekonomik problemlere neden olması ve bireylerin yaşam kalitesini olumsuz etkilemesi yönüyle sosyoekonomik açıdan önemli bir sağlık problemidir.

Migren şiddet, sıklık ve süre bakımından farklılıklar gösterebilen, tekrarlayıcı ataklarla karakterize, genellikle başın bir tarafına lokalize olan, pulsatil karakterde, ataklara sıklıkla bulantı, kusma, ışık ve sese karşı hassasiyetin de eşlik edebildiği primer başağrısı çeşididir. Bazı dış uyarılara ve santral sinir sistemindeki endojen sıklık değişikliklere, nörovasküler reaksiyonun kalıtsal bir artmış duyarlılığı olarak da açıklanabilir.<sup>1</sup>

Anksiyete sıkıntı, bunalım, korku, endişe ve kaygı sözcüklerinin anlamlarından oluşmaktadır. Korkuya benzeyen bir duygu olmakla birlikte, kötü beklenti ve endişe olmalıdır. Hoş olmayan, acı veren duygulanım, geleceğe yönelik endişeli beklenti, kaygı nedenlerinin öznel olması, bedensel gerginlik, ruhsal tedirginlik ve panik durumları anksiteyi diğer psikiyatrik hastalıklardan ayırır. Tehlike beklentisi özellikle emosyoneldir. Anksiyete sıklıkla baş ağrısı ile beraber gider. Fakat baş ağrısı ve bu ruhsal durumlar arasındaki nedensel ilişki belirli değildir. Baş ağrısı hastalardaki anksiyete sonucu mudur yoksa kronik ya da sık tekrarlayan baş ağrıları nedeniyle hastalar depresif ya da anksiyeteli mi olmaktadır? Bu belirsizlik baş ağrısı dışında kronik ağrı sendromu gösteren hastalar için de geçerli olabilmektedir. Muhtemeldir ki her iki durum da, hastadan hastaya değişik oranlarda olmak üzere geçerlidir. Yani sık baş ağrıları nedeniyle bazı hastalar anksiyeteli

---

<sup>1</sup> şebnem Bıçakçı, Başağrılarında Yeni Sınıflama, Türkiye Klinikleri Nöroloji Dergisi, 2003; 1(2):85-93.

olabilirler ya da anksiyete hastanın psikosomatik bütünlüğü içinde baş ağrısına yol açabilir.<sup>2</sup>

Depresyon, ortaya çıkış nedenleri, gidişi ve tedavisi bakımından oldukça karmaşık bir ruhsal bozukluktur. Depresyon sadece ruhsal bir çöküntü durumu değildir, depresyon olarak tanımlanan belirtiler ve bulgular kümesinin bütünüdür. Genel olarak depresyon; üzüntülü duygudurum halinde düşüncede, konuşmada ve harekette yavaşlama, durgunluk, değersizlik, yorgunluk, dikkat eksikliği, isteksizlik, zevk alamama, karamsarlık duygusu ile fizyolojik işlevlerde yavaşlama gibi belirtileri içeren bir sendromdur.<sup>3</sup>

Genel popülasyonda her beş kişiden birinin yaşam boyu en az bir kez depresif nöbet yaşadığı belirlenmiştir. Bu hastalığın en yaygın belirtileri, çökkünlük, bunaltı, isteksizlik, ilgilerde azalma, zevk alamama, enerji azlığı, çabuk yorulma, dikkati yoğunlaştırma yetisinde azalma, dalgınlık, yetersizlik, değersizlik, suçluluk düşünceleri, psikomotor yavaşlama ya da ajitasyon olarak ifade edilmektedir. Bu belirtileri yaşayan bireylerin duygu ve düşüncelerini ifade etmelerinin uygun tedavinin başlanması açısından oldukça önemli olduğu düşünülmektedir. Kültürler arası farklılıklara bağlı olarak bireylerin depresyon belirtilerini yaşamalarına rağmen hekime başvurma oranlarının yetersiz olduğu görülmüştür. Bunun nedenleri arasında utanma, yargılanacağını düşünme, suçluluk, değersizlik gibi duygular yer almaktadır. Bireyler yaşadıkları bu duyguları bedenlerine yansıtabilmektedirler. Bütün bu sonuçlar migren hastalığı ile depresyon arasında bir ilişki olduğunu düşündürmektedir. Uysal ve arkadaşları çalışmalarında migren ve gerilim tipi baş ağrısı sıklığı yüksek olan bireylerde depresyon ve anksiyete düzeyinin de yüksek olduğunu saptamışlardır. Yaşar ve arkadaşları araştırmalarında migren hastalığına sahip olan bireylerde depresif belirti düzeylerinin kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek olduğunu bulmuşlardır. Depresyon, birey kadar çevresi ve bakımını üstlenenler üzerinde de olumsuz etkiler yaratabilmektedir. Depresyonun sosyal ve mesleki alanlarda yeti yitimine neden olabildiği ve bireylerin aile düzenleri ile ekonomik durumlarını olumsuz etkilediği düşünülmektedir. Bu hastalığa sahip olan bireyler ailelerine yeterli vakit ayıramayabilmekte, sosyal ve cinsel yaşamları

---

<sup>2</sup> Betül Baykan, Baş Ağrısı ve Genetik, Türk Nöroloji Dergisi, 2006, Cilt:12(4), s.24

<sup>3</sup> Şaban Karayağız, Bipolar ve Unipolar Depresyonda Aleksitimi Düzeylerinin Karşılaştırılması ve Yaşam Kalitesi İle İlişkisi, Kayseri: Erciyes Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalı, 2013. **(Uzmanlık Tezi)**

etkilenebilmekte, evlilik ve iş ilişkileri bozulabilmekte, sonuçta bu durum hem bireyi hem de aileyi olumsuz yönde etkileyebilmektedir.<sup>4</sup>

Yaşam kalitesi kavramı, yaşamda nelerden zevk aldığımız, ne olmak, nasıl yaşamak istediğimizi ifade etmesi sebebiyle, öznel veriler içermektedir ve farklı tanımlamalarla karşılaşmamıza sebep olmaktadır. "Yaşam Kalitesi", ait oldukları ve içinde buldukları kültür ve değer sistemleri çerçevesinde, hedefleri, beklentileri ve ilgileri ile bağlantılı olarak, yaşamdaki rolünü algılama biçimi olarak da tanımlanabilir.<sup>5</sup>

Migren ise yaşamın en verimli yılları olan 20-55'li yaşları arasında sık görülmesi nedeniyle yaşam kalitesine olumsuz etkileri yanında, toplumun üzerinde önemli ekonomik etkileri de olduğu düşünülen bir hastalıktır. Yapılan çalışmalarda migrenin hem atak sırasında hem de ataklar arasında iş yaşantısına, okul yaşantısına, aile ilişkilerine, arkadaş ilişkilerine, günlük aktivitelerin yerine getirilmesinde önemli derecede negatif etkiye sahip olduğu gösterilmiştir.<sup>6</sup>

Kişinin hayatında olumsuz etkilere neden olan migrenin çeşitli tedavi şekilleri bulunmaktadır. Atak tedavisi bunlardan birisidir ve bu yöntem nonspesifik farmakolojik ajanlar, barbiturat, opiyoidle, spesifik ajanlar, triptanlar ve yardımcı ilaçlar olarak alt dallara ayrılır. Bir diğeri ise koruyucu tedavi yöntemidir ve bu yöntem de betaadrenerjik bloke edici ilaçlar, amitriptilin ve diğer antidepresanlar, kalsiyum kanalı blokerleri, antiepileptik ilaçlar ve diğer ilaçlar olmak üzere alt dallara ayrılır. Bu tedavilerin dışında bir de migren cerrahisi yöntemi vardır.

Migren cerrahisi ise migrenin oluşmasına neden olan sinirlerin gevşetilmesiyle oluşan rahatlama yönelik bir girişimdir. Migren ağrılarının hissedildiği bölgeler şakak, alın, göz çevresi ve ensedir. Cerrahi müdahale yapılarak bu bölgelere mikro kamerayla yapılan endoskopik işlem ile migren ağrılarının neden olan sinirler gevşetilmeye çalışılır. Buna ek olarak sinirlere baskı yapan kaslara da işlem yapılır. Migren cerrahisi ise bu bölgelere açılan kesitlerden girilerek yapılan cerrahi yöntemlerin tümüdür. Buradan yola çıkarak temelde dört ana tetikleyici bölge olduğu belirtilmiştir.

---

<sup>4</sup> Baykan, a.g.e., s.24

<sup>5</sup> Karayağz, a.g.e., s.65

<sup>6</sup> Bıçakçı, a.g.e., s.:85-93.

Migren cerrahisine başvuran bireyler ile migreni olup migren cerrahisine başvurmeyan bireyler ve migren sorunu bulunmayan bireyler arasında depresyon, anksiyete ve yaşam kalitesi bakımından farklılık olup olmadığını incelediğimiz araştırmamız, bu konu ile ilgili yapılmış benzer başka bir çalışma olmaması yönünden literatüre katkısı olduğunu düşündüğümüz bir çalışmadır. Araştırmanın, alanda bu yöndeki eksikliği gidermeye katkı sağlayacağı ve daha sonraki çalışmalar için veri niteliğinde özgün bir çalışma olacağı düşünülmektedir.





## BİRİNCİ BÖLÜM

### 1.1. Araştırmanın Problemi

Migren cerrahisine başvuran hastalarda anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesi değerleri arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

#### Araştırmanın Alt Problemleri

1. Migren cerrahisine başvuran migrenli bireylerin migrenli olup cerrahiye başvurmayan ve migren sorunu olmayan gruba göre depresyon düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?
2. Migren cerrahisine başvuran migrenli bireylerin migrenli olup cerrahiye başvurmayan ve migren sorunu olmayan gruba göre anksiyete düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?
3. Migren cerrahisine başvuran migrenli bireylerin migrenli olup cerrahiye başvurmayan ve migren sorunu olmayan gruba göre yaşam kalitesi düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?
4. Migren cerrahisine başvuran migrenli bireylerin migrenli olup cerrahiye başvurmayan ve migren sorunu olmayan gruba göre anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesi düzeyleri ile cinsiyetleri arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?
5. Migren cerrahisine başvuran migrenli bireylerin migrenli olup cerrahiye başvurmayan gruba göre migren ağrı atak sıklığı arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?

### 1.2. Hipotezler

1. Migren cerrahisine başvuran migren hastalarının migrenli olup cerrahiye başvurmayan ve migren sorunu olmayan gruba göre depresyon düzeyleri daha yüksektir.
2. Migren cerrahisine başvuran migren hastalarının migrenli olup cerrahiye başvurmayan ve migren sorunu olmayan gruba göre anksiyete düzeyleri daha yüksektir.

3. Migren cerrahisine başvuran migren hastalarının migrenli olup cerrahiye başvurmayan ve migren sorunu olmayan gruba göre yaşam kalitesi düzeyleri daha düşüktür.

### **1.3. Araştırmanın Amacı**

Bu araştırmanın temel amacı; migren cerrahisine başvuran hastalarda depresyon, anksiyete ve yaşam kalitesindeki değerlerin incelenmesidir.

### **1.4. Araştırmanın Önemi**

Günümüzde insanların birçoğunda görülen migren ile ilgili literatürde araştırma yapıldığında birçok çalışmaya rastlanılmıştır. Fakat migren cerrahisine başvuran hastaların anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesi ile ilgili yapılan literatür incelenmesinde bu konular ile ilgili bir çalışmaya rastlanmamıştır. Araştırmanın, alandaki bu yöndeki eksikliği gidermeye katkı sağlayacağı ve daha sonraki çalışmalar için veri niteliğinde özgün bir çalışma olacağı düşünülmektedir.

### **1.5. Sayıtlar**

Araştırmanın sayıtları aşağıdaki gibidir:

1. Üzerinde araştırma yapılan bireyler evreni temsil etmektedir.
2. Araştırmada kullanılan Sosyodemografik Veri Formu, Beck Anksiyete Ölçeği, Beck Depresyon Envanteri ve Mf07-01 Çalışması Yaşam Kalitesi (Sf36) Formu ilgili değişkenleri geçerli ve güvenilir olarak ölçmektedir.

### **1.6. Sınırlılıklar**

Bu araştırma;

1. Migren cerrahisine başvuran 35 birey, başvurmayan 35 birey ve migren sorunu bulunmayan 35 bireyden oluşan homojen bir gruptan elde edilen verilerle sınırlıdır.
2. Elde edilen veriler internet ortamında sosyal paylaşım sitelerindeki özel gruplarda bulunan migren cerrahisine başvuran, başvurmayan ve migren sorunu bulunmayan bireylere uygulanan Sosyodemografik Veri Formu, Beck Anksiyete Ölçeği, Beck Depresyon Envanteri ve Mf07-01 Çalışması Yaşam Kalitesi (Sf36) Formu ile sınırlıdır.

## 1.7. Tanımlar

Bu araştırmada kullanılan temel kavramların tanımları aşağıdaki gibidir:

**Migren:** Ataklarla seyreden ve günlerce devam eden, çoğunlukla tek taraflı yerleşim gösteren, zonklayıcı özellikte, şiddetli ve baş hareketi ile artan, hatta kişinin günlük aktivitelerini olumsuz etkileyen kronik bir baş ağrısıdır.

**Migren Cerrahisi:** Migrenin oluşmasına neden olan sinirlerin gevşetilmesiyle oluşan rahattlamaya yönelik, migren ağrılarının hissedildiği bölgeler olan şakak, alın, göz çevresi ve ensesinde mikro kamerayla cerrahi müdahale yapılan endoskopik bir girişimdir.

**Depresyon:** Derin zntl bir duygu, durumu içinde düşünce, konuşma ve hareketlerde yavaşlama, durgunluk, değersizlik, küçüklük, güçsüzlük, isteksizlik, karamsarlık duygu ve düşünceleri ile fizyolojik işlevlerde yavaşlama gibi belirtileri içeren bir sendromdur.

**Anksiyete:** İten ya da dıştan kaynaklanabilecek tehlike beklentisi ile duyulan endişe ve korku duygusudur.

**Yaşam Kalitesi:** Fiziksel, zihinsel ve sosyal tam iyilik halidir.

## İKİNCİ BÖLÜM

### KURAMSAL ÇERÇEVE

#### 2.1. AĞRININ ETİYOLOJİSİ

Tarih kitapları ve arkeolojik kazılar sayesinde ağrının ilk çağlara kadar uzanan geçmişini, kültürel, teknik, başa çıkma yöntem ve araçlarını öğrenmekteyiz. Öyleki MÖ 7000 yılındaki neolitik döneme ait bir cihaz ile kafatasının delindiği ve trepanasyon olarak adlandırılan bir işlemin bulguları tespit edilmiştir.<sup>7</sup>

19 yüzyıla ait Paul Broca kranyumdan bir kemik diliminin kaldırılmasının yalnızca 30-45 dakika sürdüğünü gösteren insan kafatası bir insanın trepanasyon işleminde sağ kalabildiğini ispatlayan başka bir tarihsel kanıttır.<sup>8</sup>

Eski bir Mısır baş ağrısı reçetesi olan yaklaşık MÖ 1200 den kalma ve MÖ 2500 den kalma belgelere dayandığı belirtilen Ebers Papirüsü de ağrının uygarlık kadar eski olduğunu kanıtlayan başka bir somut delildir.<sup>9</sup>

İnsanları psikolojik, sosyal ve fiziksel olarak olumsuz etkilediğinden, kontrol altına alınması gereken en önemli sağlık problemlerinden biri ağrıdır.<sup>10</sup>

Bireylerin beyin yapılarının ağrıya sebep oluşturacak bir özelliği yoktur. İnsan vücudunun erken uyarı sesi ağrıdır. Ağrının oluşum yerleri; kafa derisi, kan damarları, kafadaki büyük toplardamarlar, beyin zarları atar damarları, kafa taban duyusu olan sinirler ve sinüslerdir.<sup>11</sup>

##### 2.1.1. BAĞ AĞRISI

Baş ağrısının bir belirti olarak tek başına bir hastalık olduğu düşünülmemektedir. Baş ağrısının, akut semptomların veya bir rahatsızlığın belirtisi olduğu düşünülmektedir.<sup>12</sup>

Ağrı ile ilgili 2004 senesinde International Association for the Study of Pain (IASP) 'nin yayınladığı sınıflandırmaya göre üç çeşit baş ağrısı vardır.

<sup>7</sup> Yavuz YÜCEL, Migren baş ağrısında tanı ve tedavi yaklaşımları. Dicle Tıp Dergisi, 2008, 35:281-286.

<sup>8</sup> Sultan TARLACI, Akut migren atağı Tedavisi, Nobel Med, 2006, s.281

<sup>9</sup> Yücel, a.g.e., s.281

<sup>10</sup> Yücel, a.g.e., s.282

<sup>11</sup> Tarlacı, a.g.e., s.4

<sup>12</sup> Tarlacı, a.g.e., s.5

### 1. Primer Başağrıları

Bu grupta; migren, gerilim, küme baş ağrıları, başka trigeminal otonomik baş ağrıları ve diğer primer baş ağrıları bulunmaktadır.

### 2. Sekonder Başağrıları

Bu grupta; baş ve boyun travması, damarsal rahatsızlıklar, kafa içi bozukları, madde kullanımı ya da bırakılmasına bağlı sebepler, enfeksiyon, homeostazis bozukluğu, kulak-burun-boğaz ve yüz ağrıları ile psikiyatrik rahatsızlıklar bulunmaktadır.

### 3. Kranial Nevraljiler Santral Fasiyal Ağrılar ve Diğer Baş Ağrıları

## 2.2. MİGREN

İlk olarak MS 2.yy.da Galen'in Yunanca kelime 'hemicrania' sözcüğünden türettiği migren, ataklarla ilerleyen ve günlerce süren, genellikle tek taraflı yerleşimi olan, zonklayıcı özellikte, şiddetli ve baş hareketi ile artış gösteren, bireyin günlük aktivitelerini olumsuz etkileyen kronik bir baş ağrısı olarak açıklanmaktadır.<sup>13</sup>

Migren ağrının başlaması ve bitmesi yaklaşık olarak erişkinlerde 4-72 saat, gençlerde 1-48 saattir. Fiziksel hareketler ile artan migren baş ağrısının atakları esnasında bulantı ya da kusma, fotofobi ve fonofobi olabilmektedir.<sup>14</sup>

Binlerce yıllık eski bir geçmişi olan migren ağrısının yerine önceki zamanlarda, tek taraflı ağrı olmasından dolayı "Bir başın yarısı" anlamındaki "Hemikronia" kelimesi kullanılmaktadır. Diğer baş ağrılarından zonklayıcı özelliği olması yönüyle farklıdır.<sup>15</sup>

Migrenli bir bireyde şu belirtiler görülmektedir:

1. Kişinin 6 aylık bir süre içerisinde en az 5 atak geçirmesi
2. Bireyin baş ağrılarının yaklaşık birkaç saatle, birkaç gün arasında olması (4-72 saat)
3. Kişinin şu özelliklerin en az iki tanesine sahip olması:
  - \* Baş ağrısının şiddetinin orta veya çok olması
  - \* Yapılan fiziksel aktiviteler sonucu ağrının kötüleşmesi.

<sup>13</sup> Mitthat DEMİRKAYA, Migrenli Kadın Hastalarda Atak Sırasında Ve Atak Sonrası Dönemde Seks Hormon Düzeyleri, T.C. Sağlık Bakanlığı Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, 2006, s.35. **(Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi)**

<sup>14</sup> Zeynep Kocabaş, Arif Çelebi, Migren Ve Gerilim Baş Ağrısında Anksiyete, Depresyon Ve Nörotik Eğilim Düzeyleri, Düşünen Adam, 1997, 10 (3):17-21.

<sup>15</sup> Yücel, a.g.e., s.282

- \* Tek taraflı gerçekleşmesi
- \* Zonklayıcı olması
- \* Baş ağrısının bulantı ya da kusma ile gürültü ya da ışık hassasiyeti özelliklerinin en az biriyle alakalı olması
- \* Kişide baş bir baş ağrısı sebebinin olmaması <sup>16</sup>

### 2.2.1. Migren Tarihçesi

Şiddet, sıklık ve süre açısından migren türleri farklılık gösterir, tekrarlayıcı ataklarla karakterize, çoğunlukla kafanın bir tarafına lokalize olan, pulsatil karakterde, ataklara genellikle bulantı, kusma, ışık ve sese karşı hassasiyetin de eşlik edebildiği bir primer baş ağrısı çeşididir.<sup>17</sup>

Kaynak incelendiğinde baş ağrısı ile ilgili olanların M.Ö. 3000 yıllarına dayandığı görülmektedir. M.Ö. 400 senesinde Hipokrat migren baş ağrısına liderlik edebilecek vizüel aurayı ve ağrının kusma ile rahatladığını söylemiştir. Aretaeus (M.S. 2.yy.) migreni, genellikle başın bir tarafında hissedilen, bulantı ile beraber olan ve ağrısız dönemlerin takip ettiği bir baş ağrısı olarak açıklamıştır. Migrene yaptığı bu klasik tanım nedeni ile migrenin kâşifi olarak görülmektedir.<sup>18</sup>

Gallen'in M.S. yaklaşık 200 senesinde kullandığı Yunanca "hemikrania" kelimesinden yola çıkılarak migren terimi bulunmuştur. Zaman içerisinde bu rahatsız edici, engellenmeye neden olan hastalık için "kör baş ağrısı", "safralı baş ağrısı" tarzında adlandırmalara da başvurulmuştur.<sup>19</sup>

1778 senesinde Fothergill migrenin tipik aurasını ya da migren hastalığını tanımlarken ilk defa "fortifikasyon spektrumu" terimine yer vermiştir. Bu şekilde açıklamasının sebebi görsel auranın, burçlardan oluşan bir kalenin içinde bulunan kasabayı benzemesidir.<sup>20</sup>

Migrenin nöral teorisini 1873 senesinde Liveing açıklamıştır. 1990 senesinde Deyl, migrenin hipofizde arada meydana gelen şişme ve buna bağlı trigeminal sinir kompresyonundan kaynaklandığını iddia etmiştir. 1901 senesinde Spitzer baş ağrısının tekrarlanan interventriküler foramen blokajı ve ardından lateral ventriküllerin genişlemesi sonucunda geliştiğini vurgulamıştır.<sup>21</sup>

<sup>16</sup> Arif Çakır, Migrende Klinik Özellikler ve Migrenin Temel Klinik Özelliklerinin IQ İle İlişkisi, İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nöroloji Kliniği, 2006, s.42. **(Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi)**

<sup>17</sup> Cihanser Erel, Baş Ağrıları, İstanbul: Osmanlı Matbaası, 1987, s.59.

<sup>18</sup> Balkan ve Oğuz, a.g.e., s.269-272.

<sup>19</sup> Gençtan, a.g.e., s.95

<sup>20</sup> Üneri, Şenbil ve Turgut, a.g.e., s.139

<sup>21</sup> Balkan ve Oğuz, a.g.e., s.269-272.

## 2.2.2. Migrenin Sınıflandırılması

1988 senesinden önce (1962 Ad-Hoc Komitesi) baş ağrısı sınıflama sistemlerinin belli kuralları ve isimlendirme bütünlüğü bulunmamaktadır. Uluslararası Baş Ağrısı Topluluğu (IHS) 1988 senesinde baş ağrısı tanısında standart olacak ve özellikle klinik araştırmalarda başvurulacak bir sınıflama sistemi geliştirmiştir. Uluslararası açıdan IHS kriterleri desteklenmiştir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'de bu kriterleri kabul etmiştir ve Uluslararası Hastalık Sınıflamasında bu sistemin ana hatlarına yer verilmiştir. 1988 sınıflamasının zamanla yeterli gelmemesinden dolayı 2003 senesinde tekrar bir düzenleme yapılmıştır.<sup>22</sup>

### 1.1. Aurasız migren

### 1.2. Auralı migren

#### 1.2.1. Tipik auralı migren baş ağrısı

#### 1.2.2. Tipik auralı migrensiz baş ağrısı

#### 1.2.3. Baş ağrısız tipik aura

#### 1.2.4. Ailesel hemiplejik migren

#### 1.2.5. Sporadik hemiplejik migren

#### 1.2.6. Baziler migren

### 1.3. Çoğunlukla migren öncüsü olan çocukluk dönemi tekrarlayıcı sendromları

#### 1.3.1. Tekrarlayıcı kusmalar

#### 1.3.2. Abdominal migren

#### 1.3.3. Çocukluk döneminin iyi huylu vertigosu

### 1.4. Retinal migren

### 1.5. Migren komplikasyonları

#### 1.5.1. Süregen migren

#### 1.5.2. Migren statusu

#### 1.5.3. İnfarktsız kalıcı aura

#### 1.5.4. Migrenöz infarkt

#### 1.5.5. Migrenin tetiklediği nöbet

### 1.6. Olası migren

#### 1.6.1. Aurasız olası migren

#### 1.6.2. Auralı olası migren

#### 1.6.3. Olası süregen migren

<sup>22</sup> Ronald Melzack, Patrick Wall, Wall And Melzack's Textbook Of Pain. Ağrı Tedavisi El Kitabı. Çeviren: Erdine, Serdar. Öncü Basımevi, Güneş Kitabevi Ltd.Şti., İstanbul, 2006, s.98.

### 2.2.2.1. Aurasız migren

Nöbetleri 4 ile 72 saat arası süren, başın bir tarafının lokalize, zonklayıcı, orta ya da şiddetli derecede ağrmasına aurasız migren denilmektedir. Ağrının yanı sıra kişide günlük aktivite ile şiddetlenmesine ek olarak bulantı, fotofobi ve fonofobi de görülür.<sup>23</sup>

#### Aurasız Migren Tanı Kriterleri

A ) B-D ile uyumlu en az beş nöbet

B ) Tedavinin başarısız olması sonucu 4 ile 72 saat arası süren baş ağrısı atakları

C) Aşağıdaki özelliklerden en az ikisi baş ağrısında görülür:

1. Tek taraflı yerleşim
2. Zonklayıcı nitelik
3. Orta ya da şiddetli derecede ağrı
4. Merdiven çıkma ya da bu tarza yakın fiziksel aktivitelerle ağırlaşma

D ) Ağrı esnasında aşağıdakilerden en az biri görülür:

1. Bulantı ya da kusma
2. Fotofobi ve fonofobi

E ) Aşağıdakilerden en az biri görülür:

1. Kişiye yapılan öykü, fizik ve nörolojik muayene herhangi bir organik hastalığı akla getirmez.
2. Öykü ya da nörolojik muayene bu rahatsızlığa sahip bireylerden birini telkin eder, fakat bu ihtimal uygun incelemelerle ortadan yok edilir.
3. Kişide bu tarz bir hastalık olsa dahi migren nöbetleri ilk olarak bu hastalıkla ilişkili olarak meydana gelmemiştir.

### 2.2.2.2. Auralı migren

Çoğunlukla 5 ile 20 dakika arasındaki bir zaman diliminde yavaş bir şekilde gelişen ve genellikle bir saatten kısa süren, serebral korteks ya da beyin sapında lokalize edilebilen nörolojik semptom nöbetleri ile meydana gelen idiopatik, tekrarlayıcı duruma auralı migren denilmektedir. Genellikle baş ağrısı, bulantı ya da fotofobi, nörolojik aura semptomlarının hemen peşinden veya bir saat içerisinde görülmeye başlanır. Çoğunlukla baş ağrısı 4 ile 72 saat arası olmaktadır. Bazı durumlarda

---

<sup>23</sup> Akşel Siva, Migren. I.U. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Baş, Boyun, Bel Ağrıları Sempozyum Dizisi No: 30,S.39-50.



ağrının hiç gerçekleşmediği olur. Uzamış auralı migren ise aura semptomlarının bir saatten uzun, bir haftadan kısa sürmesi durumudur.<sup>24</sup>

### **Auralı Migren Tanı Kriterleri**

A ) B ile uyumlu en az iki nöbet

B ) Aşağıdaki özelliklerden en az 3'ü görülür:

1. Fokal serebral kortikal ya da beyin sapı disfonksiyonunu gösteren, tamamen geri dönüşümlü, bir veya daha fazla aura semptomu
2. Bir aura semptomu en azından 4 dakikadan daha uzun bir sürede oluşur ya da 2 veya daha fazla semptom birbirini izleyerek meydana gelir.
3. Aura semptomlarının her biri 60 dakikadan kısa sürer. Fakat birden fazla aura semptomu bulunuyorsa kabul edilen süre bununla orantılı olarak artış gösterir.
4. Aurayı, baş ağrısı bir saatten kısa bir serbest arayla takip eder.

C ) Aşağıdakilerden en az biri görülür:

1. Kişiden alınan öykü, fizik ve nörolojik muayene organik bir rahatsızlığı akla getirmez.
2. Öykü ya da nörolojik muayene bu rahatsızlıklardan birini telkin eder, fakat bu ihtimal uygun incelemelerle yok edilir.
3. Bu tarz bir rahatsızlık vardır fakat migren nöbetleri ilk olarak bu rahatsızlıkla yakın zamansal ilişki göstererek meydana gelmemiştir.

### **2.2.2.3. Baziler tip migren**

1961 senesinde adölesan kızlara spesifik bir tablo olarak İlk kez Bickerstaff açıklamıştır. Bu migren çeşidine sahip bireylerin %33'ünde harekete duyarlılık ve hareketle mide bulantısı varken %25'inde ise epizodik vertigo hikayesi bulunur. Hastalar fonofobik ve işitmelerinde dalgalanmadan şikayetçilerdir. 5 dakika ile bir saat arası sürebilen aura 3 güne kadar devam edebilir. Genellikle temporal ve nazal alanlarda görsel semptomlar ilk olarak meydana gelir. İkinci sıklıktaki semptomlar ise vertigo ve ataksidir.<sup>25</sup>

---

<sup>24</sup> Yücel, a.g.e., s.284

<sup>25</sup> Melzack ve Wall, a.g.e., s.66

#### **2.2.2.4 Ailesel hemiplejik migren (AHM)**

Bu migren çeşidinde otozomal dominant kalıtım esastır. Ailenin bundan etkilenmeside demek %60'ında geni 19p13. kromozomun kısa koluna lokalize halde olması anlamına gelir. Genetik ve kilinik bir heterojenite vardır. Baş ağrısına bulantı ve kusmanın eşlik etmesi auralı migrene ile benzer yönüdür, baş ağrısı ve bulantı kusmayla beraber aynı zamanda fokal nörolojik semptomlar paroksismal olarak da meydana gelir.<sup>26</sup>

#### **2.2.2.5. Sıklıkla migren öncüleri olan çocukluk çağı periyodik sendromları**

##### **2.2.2.5.1.Çocukluğun benign paroksismal vertigosu**

Basser'in 1964 senesinde ilk defa tanımladığı bu durum çoğunlukla 1 ile 4 yaşları arasında oluşur. Tamamen sağlıklı bulunan çocuklarda kısa süreli, vertigo ya da dengesizlik, kusma, kaygı, nistagmus ile karakterize durumdadır. Bilinç kaybı olmasa dahi solukluk ve terleme eşlik edebilir. Bu çeşidin atakları saniyeler, dakikalar sürerken sıklığı ise haftada birkaç defa ile yılda bire kadar farklılık gösterebilir. Baş ağrısı olmayan ataklarda presipitan faktör de bulunmaz. Ataklar benign seyirlidir ve birkaç yıl içinde yok olur. Bir grup hastada bu durum sona erdikten sonra migren başlayabilir.<sup>27</sup>

##### **2.2.2.5.2. Tekrarlayıcı kusma atakları**

Hastaların her birinde alışılmış bir şekilde stereotipik olan yineleyici, epizodik, kusma ve yoğun bulantı atakları mevcuttur. Solukluk ve letarji ataklara eşlik eder. 1 ile 5 gün arası süren ataklar, epizodik, şiddetli, bulantılı kusma şeklinde gerçekleşir. Kusma durumu ataklar sırasında en az bir saat olmak üzere saatte en az 4 kez görülür. Atakların başka bir nedeni yoktur.<sup>28</sup>

##### **2.2.2.5.3. Abdominal migren**

Bu migren türü temelde çocuklarda gerçekleşir. Bu bozukluk, ataklar arası dönemlerin normal ilerlediği 1 ile 72 saat arası süren epizodik orta hat abdominal

<sup>26</sup> Baykan, a.g.e., s.24

<sup>27</sup> Ayşe Serdaroğlu, Çocukluk Çağında Migren. Klinik Pediatri, 2005, 4(2):59-62.

<sup>28</sup> Serdaroğlu, a.g.e., s.59

ağrı ataklarıyla belirlenen, idiyopatik yineleyicidir. Vazomotor semptomlar olan bulantı ve kusma ağrıya orta Őiddette eşlik edebilir.<sup>29</sup>

#### **2.2.2.6. Sporadik hemiplejik migren**

Bu auralı migren motor kuvvetsizliği barındırır. Birinci ya da ikinci derece akrabasında motor kuvvetsizliği barındıran aurası bulunmayan hastalar için bu terim kullanılır. Ailesel hemiplejik migrenle diğer klinik özellikleri benzerlik gösterir.<sup>30</sup>

#### **2.2.2.7.Oftalmoplejik migren ve retinal migren**

Oftalmoplejik migren; okuler kasların parezisinin eklendiği migren nöbetleridir. Retinal migren ise migren ağrısı ile beraber oküler veya vasküler nedenlere bağlı olmadan tekrarlayıcı monookuler skotom veya körlük belirtilerinin oluşmasıdır.<sup>31</sup>

#### **2.2.12.8. Migren komplikasyonları**

##### **2.2.2.8.1.Kronik migren**

Bu migren baş ağrıları; ilaç aşırı kullanımı olmadan 3 aydan uzun süre ve ayda 15 gün ya da daha fazla görülür. Cinsiyet yönünden ele alındığında kronik migrenli hastaların büyük yüzdesini kadınlar oluşturur ve bunların da %90'ında aurasız migren öyküsü bulunur. Kişilerde kronik günlük gerilim tipi baş ağrısı ile benzerlik gösteren günlük ya da neredeyse günlük olan baş ağrıları meydana gelir. Baş ağrıları kötüye kullanılan ilacın kesilmesi ile genelde düzelme eğilimi gösterir; ancak bu durumun gerçekleşmesi uzun zaman sürebilir.<sup>32</sup>

##### **2.2.2.8.2 Migren statüsü**

Migren atağının tedavi edilse ya da edilmese de 72 saatten daha uzun bir süre gerçekleşmesidir. Bu durumda hastada Şiddetli ve devamlı bir baş ağrısı ile eşlik eden ısrarlı bulantı kusma atakları görülür. Bunu tetikleyen etmenler olduğu gibi akut

<sup>29</sup> Serdaroğlu, a.g.e., s.60

<sup>30</sup> Övünç Özön, Hayrunnisa Bolay, Primer Baş Ağrılarında Tanı Ve Tedavi Yaklaşımları. Türk Nörosirürji Dergisi, 2003, 13:97-112.

<sup>31</sup> Özön ve Bolay, a.g.e., s.:98

<sup>32</sup> Melzack ve Wall, a.g.e., s.66

nörolojik bir duruma sekonder bir şekilde de gelişebilir. Bu durumdaki bireylere agresif tedavi uygulanmalıdır<sup>33</sup>

#### **2.2.2.8.3. İnfarktsız ısrarlı aura**

Bir ya da daha fazla aura semptomunun infarktın radyografik kanıtları olmaksızın auralı bir migrenli bireyde bir haftadan uzun süre ısrar etmesi haricinde, önceki atakların benzeridir.<sup>34</sup>

#### **2.2.2.8.4. Migrenöz infarktlar**

Bir ya da daha fazla aura semptomlarının auralı migreni olan hastalarda bir saatten uzun süre ısrar etmesiyle beraber nörolojik görüntülemeyle uygun bir alanda iskemik alanın gösterilmesi ile belirlenir. Bu bireylerin mutlaka başka vasküler sebepler yönünden de iyi değerlendirilmesi yapılmalıdır.<sup>35</sup>

#### **2.2.2.8.5 Migrenin tetiklediği nöbetler**

Auralı migrenin tetiklediği nöbetlere denir. Nöbet, bir epileptik atağın tanı ölçütlerini içerirken, migren aurası esnasında ya da auradan sonraki bir saat içinde gerçekleşir. Paroksizmal beyin bozukluklarının ilk örnekleri, migren ve epilepsidir. Postiktal dönemde migren benzeri baş ağrıları sıkça görülürken arada bir epileptik nöbet migren atağı esnasında ya da atağın ardından da görülebilir. Buna migralepside denilmektedir.<sup>36</sup>

### **2.2.3. Migren Tedavisi Çeşitleri**

İlk olarak etkin migren tedavisi doğru tanıda bulunularak ve hastaya yeteri kadar bilginin verilmesi ile gerçekleşir.<sup>37</sup>

#### **2.2.3.1. Atak Tedavisi**

**2.2.3.1.1. Nonspesifik Farmakolojik Ajanlar: Basit ve kombine seklinde analjezik ya da NSAİ:** Birçok hastada atak esnasında alınan basit analjezikler

---

<sup>33</sup> Melzack ve Wall, a.g.e., s.66

<sup>34</sup> Melzack ve Wall, a.g.e., s.67

<sup>35</sup> Melzack ve Wall, a.g.e., s.67

<sup>36</sup> Melzack ve Wall, a.g.e., s.67

<sup>37</sup> Özden Üneri, Nesrin Şenbil, Sevil Turgut, Migrenli Ergenlerde Yaşam Kalitesi. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2009, 10:137-141.

migren atağını durdurabilir. İlaç, atağın hissedildiği dönemde ve alınan bu ilacın etkin olabilmesi için de etkin dozda alınmalıdır. Hastalık için önerilen ilaçlar içerisinde bulunan ibuprofen 400–800 mg, asetil salisilik asit 1000 mg, naproksen 500- 1000 mg, asetaminofen 1000 mg dozlarında kullanılmalıdır. Tüketilen ilaçların yan etkilerine dikkat edilmeli ve aşırı kullanılmamalıdır.<sup>38</sup>

**2.2.3.1.2. Barbiturat Hipnotikler:** Yan etkileri göz önüne alınarak sınırlı tutulması gereken bu ilaçların kullanımı yakından takip edilmelidir. Bu ilaçlar diğer migren ilaçları yetersiz kaldığı zamanlarda kullanılır. Sedasyon ve baş dönmesi en fazla görülen yan etkisidir.<sup>39</sup>

**2.2.3.1.3. Opioidler:** Baş ağrısının giderilmesi için diğer ilaçlar yeterli değil ise basit analjeziklerle kombine olarak kodeine başvurulabilir. Güçlü narkotik analjezikler olan propoksifen, botorfanol, meperidin, morfin, hidromorfin, oksikodon da sınırlı bir şekilde verilebilir. Sedasyon listenmeyen yan etkileri arasındadır.<sup>40</sup>

**2.2.3.1.4. Spesifik Ajanlar: Ergot ve Dihidroergotamin;** Bunlardan orta ve şiddetli migren ataklarında yararlanılmaktadır. Vu ilaçların ekonomik olması ve klinik tecrübelerin çok uzun yıllara dayanması temel avantajları arasındadır. Sistemik etkilerinin bulunması ve doz hakkında net bir bilginin olmaması ise dezavantajdır. Oral yerine daha çok ektal uygulama kullanılır.<sup>41</sup>

**2.2.3.1.5. Triptanlar:** Migren baş ağrısında triptanlar güvenli ve etkindir. Kontrendikasyon göstermeyen durumlarda orta şiddetli migren ataklarında başvurulmaktadır. Pek çok avantajı bulunur. Bunlar içerisinde en mühimi iyi planlanmış kontrollü çalışmalarla etkinliklerinin belirlenmiş olmasıdır. Fiyatlarının yüksek ve kardiyovasküler hastalık halinde kullanımlarının sınırlı oluşu ise en önemli dezavantajdır.<sup>42</sup>

---

<sup>38</sup> Üneri, Şenbil ve Turgut, a.g.e., s.137

<sup>39</sup> Üneri, Şenbil ve Turgut, a.g.e., s.138

<sup>40</sup> Özön ve Bolay, a.g.e., s.97-112

<sup>41</sup> Özön ve Bolay, a.g.e., s.97-112

<sup>42</sup> Engin Gençtan, Çağdaş Yaşam Ve Normaldışı Davranışlar, Maya Matbaacılık Yayıncılık Ltd. Şti, Ankara, 1981.

**2.2.3.1.6. Yardımcı ilaçlar:** Atak esnasında bulantı ve kusma ağrı kadar rahatsız edicidir. Oral alınan ilaçların etkinliği midede staz olmasının mide içeriğinin boşalmasında gecikmeye yol açması nedeniyle azalmaktadır.<sup>43</sup>

**2.2.3.2. Migrende Koruyucu Tedavi:** Biireyde ağır işlev yitimi, akut tedavi almasını sınırlandırıcı durum, ender görülen hemiplejik migren, uzamış aura ve migrenöz infarkt veya ataklar migren spesifik ajanlarla kontrol altında, fakat sık kullanım durumunda koruyucu tedaviye yönelilir. Düşük dozda başlanılan koruyucu tedavide, etkinlik görülünceye kadar veya yan etkiler meydana gelinceye kadar doz fazlaştırılmalıdır. 4 haftadan sonra etkinlik ancak gözlenebilir.<sup>44</sup>

**2.2.3.2.1. Betaadrenerjik bloke edici ilaçlar:** Baş ağrılarında sıkça kullanılan bu grup, kendi benzerleri arasında 1. sırada yer almaktadır. Baş ağrısı koruyucu tedavisinde tüketilen başlıca beta blokerler propranolol, timolol, atenolol, metoprol, nadololdür. Bulantı, baş dönmesi, uyku sorunları, depresyon, yorgunluk başlıca yan etkilerindendir.<sup>45</sup>

**2.2.3.2.2. Amitriptilin ve diğer antidepresanlar:** Etkinliği birçok karşılaştırmalı çalışmada ispatlanan bu grup, Mmigren profilaksisinde, yaygın olarak kullanılmaktadır. Sık migren ataklarına akşamları alınan 10–150 mg dozunda amitriptilin, imipramin ya da desipraminin faydası olmaktadır. Yan etkileri arasında; sersemlik, ağızda kuruluk, bulanık görme, çok fazla terleme vardır.<sup>46</sup>

**2.2.3.2.3. Kalsiyum Kanal Blokerleri:** Migren içerisinde kısmi cevapları bulunur. Auralı migren frekansını verapamil 80-120 mg günde 3 defa olmak üzere azaltabilir, fakat aurasız migrende aynı etkiyi yaratmaz. Ekstrapiramidal sistem üzerinde uzun süre kullanımı sonucunda yan etkiler görülebilir.<sup>47</sup>

**2.2.3.2.4. Antiepileptik İlaçlar:** Migren profilaksisinde valproat, topiramet ve gabapentinden yararlanılmaktadır. NaV 250–500 mg/gün dozunda iken sedasyon, bulantı, kusma, alopesi, kilo alma gibi yan etkilere neden olmaktadır. İlacın uzun

---

<sup>43</sup> Özön ve Bolay, a.g.e., s.:98

<sup>44</sup> Melzack ve Wall, a.g.e., s.69

<sup>45</sup> Serdaroğlu, a.g.e., s.61

<sup>46</sup> Serdaroğlu, a.g.e., s.62

<sup>47</sup> Gençtan, a.g.e., 96

sürelili kullanımı karaciğer toksisitesine, teratojeniteye ve ilaç intoksikasyonuna neden olabilmektedir.<sup>48</sup>

**2.2.3.2.5. Diğer İlaçlar:** Migren profilaksisinde kullanılan diğer ilaçlar; vit B2 (riboflavin) 400 mg/ gün, koenzim Q 10mg/ gün, feverfew 50–82 mg/ gün, östradiol (topik jel) 1.5 mg /gün, botoks (tip A), atipik antipsikotikler (ketiapin, risperidon, olanzapin)dir.<sup>49</sup>

## 2.2.4. Migren Patofizyolojisi

Net bir şekilde aydınlatılmayan migren patofizyolojisi ile ilgili günümüzde de birçok çalışma sürdürülmektedir. Birçok soruya maruz kalan patofizyoloji ile alakalı eldeki kanıtlar aşırı uyarılabilir bir beynin olduğuna işaret etmektedir. Santral sinir sistemini migrendeki genetik eğilim uyarılabilir hale sokmaktadır.<sup>50</sup> Neden ve sonuçları nöronal, vasküler, genetik, anatomik, biyokimyasal faktörler beraber meydana getirmektedir.<sup>51</sup>

### 2.2.4.1. Vasküler Teori

Migren atağı bu teoriye göre, aurdan sorumlu olan intrakranial arterlerdeki vazokonstriksiyon ile oluşur ve bunu izleyen ve uzun süren vazodilatasyon döneminde tipik zonklayıcı başağrısına dönüşür.<sup>52</sup>

1948 senesinde Wolff ve arkadaşlarının serebral ve menenjal arterlerin uyarılmasının başağrısına neden olduğunu ispatlayan temel araştırmalarından günümüze, migren ağrısının temelinde yatan mekanizmanın intrakranyal kan damarlarının vazodilatasyonu olduğuna dair yaygın bir inanç vardı. Yapılan başka araştırmalarla da bu hipoteze dayanak sağlandı. Migren ataklarını tedavi etmek amacıyla yakın zamanda CGRP antagonistlerinin geliştirilmesi kısmen vazodilatasyonun kontrol altına alınmasının ya da tersine çevrilmesinin migren ağrısını durdurabileceği hipotezine dayanmaktaydı. Serebral ve menenjal damarları; hayvan ve in situ farmakolojik deneyler ve transkranyal Doppler kullanılarak yapılan insan in vivo çalışmaları, akut antimigren ajanların daralttığını ispatladı.<sup>53</sup>

<sup>48</sup> Gençtan, a.g.e., 96

<sup>49</sup> Melzack ve Wall, a.g.e., s.70

<sup>50</sup> Anne Macgregor, Managing Migraine In Primary Care;1999, S.1-69.

<sup>51</sup> MacGregor, a.g.e., s1-69.

<sup>52</sup> Sevin Balkan, Yurttaş Oğuz, Nöroloji Ders Kitabı, Ankara: Palme Yayıncılık, Yenilenmiş Dördüncü Basım, 2000, s.270.

<sup>53</sup> Balkan ve Oğuz, a.g.e., s.269-272

Ağrının zonklayıcı özelliği, ağrı yerleşiminin değişkenliği ve ergot uygulanması ile ağrının önlenmesi vasküler teorinin konusudur. Bir takım zorlukları bulunan vasküler teori, migren ataklarının prodromal özelliklerini içermektedir. Kan damarları üzerinde migren tedavisinde kullanılan bir takım ilaçların herhangi bir etkisi bulunmaz. Son zamanlarda yapılan kan akımı ile ilgili araştırmalar bu teoriye dayanak sağlamaktadır ve buna göre hastaların pek çoğunda aura bulunmaz. Saf bir vasküler başağrısı teorisine duyulan inanç bu önemli klinik gözlemler sayesinde azalma göstermektedir.<sup>54</sup>

Gerçekleştirdikleri bir araştırmada Schoonman ve arkadaşları, migren hastalarına nitrogliserin vererek serebral arterlerin çaplarını ölçtüler; sonuç olarak da, başağrısı bölgesi için kontrol edildiğinde bile, migren ağrısının major serebral ve menenjial kan damarlarında klinik ile alakalı bir vazodilatasyonla ilintili olmadığına ulaştılar.<sup>55</sup>

#### **2.2.4.2. Nöral Teori**

Bir nörofizyolog olan Aristides Leao'nun 1940'larda kortikal yayılan depresyon terimini tanımlamasının ardından migren patofizyolojisi, daha iyi açıklanmaya başlanmıştır. Bir odaktan başlayıp aynı hemisfere yayılan kalıcı olmayan nöronal depolarizasyon ve ardından gelişen uzun süreli baskılanmış nöronal aktiviteye CSD denilmektedir. 2-5mm/dk hızla başlangıç bölgesinden tüm ipsilateral hemisfer kortekse ulaşır.<sup>56</sup>

Bölgesel serebral kan akımının kısa süreli artmasının, peşinden de uzun süren hipoperfüzyonun sebebi CSD'dir.<sup>57</sup>

Olesen ve arkadaşları, migren atakları esnasında bireylerde ana bir arterin spazmı ile uyumlu olmayan ama CSD oluşumu ile tamamen örtüşen yavaş yayılan kortikal hipoperfüzyonun ilk kanıtlarını ortaya koymuşlardır. İncelenen pek çok olguda serebral hipoperfüzyonun ardından hiperemi oluşur. Aura evresinde potent bir vazodilatör olan kalsitonin geni ile alakalı peptidin (CGRP) salıverilmesi ile bu durum açıklık kazanır.<sup>58</sup>

Migren sırasında serebral kortekste ve beyinsapında kan akımının arttığı gözlenmiştir. Migrenin belirtilerini yok eden bir triptan enjeksiyonunun ardından da

<sup>54</sup> Balkan, Oğuz, a.g.e., s.269-272.

<sup>55</sup> Balkan ve Oğuz, a.g.e., s.269-272.

<sup>56</sup> Murat Alemdar, Macit Selekler, Migren Ve Kortikal Yayılan Depresyon, Ağrı, 2006, Cilt:18:4, S.24-30

<sup>57</sup> Jes Olesen, Are Headache Disorders Caused By Neurobiological Mechanisms? Curr Opin Neurol, 2006, 19(3):277-80.

<sup>58</sup> Jes Olesen, Peer Tfelt-Hansen, Messoud Ashina, Finding New Drug Targets For The Treatment Of Migraine Attacks. Cephalalgia Sep; 2009, 29(9):909-20.



beyin sapı aktivasyonu sürmüştür. Beyinsapı çekirdeğinde antinosisepsiyon ile alakalı olarak araştırmacılara göre birincil bir işlev bozukluğu vardır.<sup>59</sup>

Baş ağrısına ve migrene eşlik eden belirtiler, trigeminal vasküler sistemin aktivasyonu ve sensitizasyonu sorumluluğu altındadır. Dural kan damarlarının vazodilatasyonu ve nörojenik inflamatuvar reaksiyon nörovasküler bileşkede gerçekleşen iki değişikliktir. Sinir sonlanımlarını uyaran genişlemiş kan damarları CGRP, P maddesi ve nörokinin A gibi nöropeptidlerinin salınımına neden olur. Genişlemiş, şişmiş inflamasyona uğramış ve trigeminal sinir lifleri yoluyla ağrı ileten kan damarların oluşmasının sebebi bu değişikliklerdir. Bunun ardından ağrı trigeminal sinir aracılığıyla ikinci sıra nöronların bulunduğu beyinsapına ulaşır. Ağrının neden fiziksel aktivite ile arttığını ve neden hastaların baş ağrısı esnasında sessiz ve hareketsiz kalmayı seçtiklerini ilk sıra nöronların sensitizasyonu açıklamaktadır.<sup>60</sup>

#### **2.2.4.3. Nitrik Oksid**

1979 senesinde Nitrik oksid (NO), siklik guanozin monofosfat (cGMP ) üzerinden etki gösteren potent bir periferik vasküler düz kas gevşeticisi şeklinde açıklanmıştır. Bu gaz depolanamaz ve etki bölgesine serbestçe difüze olan kovalent bağla bağlı 2 atomlu bi durumdadır. Antikoagulan, antiplatelet ve fibrinolitik özellikleri sebebiyle normal endotel vasküler tonusunu ve yapıyı şekillendirir. Nitrik oksid ilk başlarda endotel kökenli gevşetici faktör (EDRF) olarak bilinirdi. Prostasiklin ve bradikinin ise öteki endotel kaynaklı vazodilatörlerdir.<sup>61 62</sup>

#### **2.2.4.4. Asimetrik Dimetilarjinin**

Endotelyal hücrelerden sentezlenen ve bireyin idrar, plazma ve dokularında görülen maddeye ADMA'a denilmektedir. L-arjininin guanidin analoglarının bilinen üç endojen sirkulasyon ürününden biri ADMA'dır. L-arjininden NOS'un uzaklaştırılması sayesinde ADMA ve L-NMMA, NO oluşumunu yarışmalı olarak inhibe hale getirebilir. NOS aktivitesinin endojen modülatörü olmasında ADMA'nın rolü vardır.<sup>63</sup>

<sup>59</sup> Alemdar ve Selekler, a.g.e., s.24-30

<sup>60</sup> Rami Burstein, David Yarnitsky, Itay Goor-Aryeh, An Association Between Migraine And Cutaneous Allodynia. Ann Neurol, 200, Volume:47, 614-624.

<sup>61</sup> Alemdar ve Selekler, a.g.e., s.24-30

<sup>62</sup> Balkan, a.g.e., s.269-272

<sup>63</sup> Rainer Böger, Arginine Metabolism: Enzymology, Nutrition And Clinical Significance. J. Nutr, 2004, Volume:10, 2842s-2847s.

#### 2.2.4.5. Migrende NO ve ADMA'nın Yeri

Sağlıklı gönüllülerde ve ağrısız migrenlilerde anjina pektoris için sık reçete edilen ekzojen NO sağlayan gliseril trinitratın başağrısına neden olduğu uzun süredir ispatlanmıştır. Ekzojen NO tedarik eden gliseril trinitratın ve vasküler endotelden NO serbestleştiren histaminin başağrısına neden olduğunun görülmesi, NO'in migren patogenezinde anahtar molekül olacağını akıllara getirmektedir.<sup>64</sup>

Migrenli bireylerde migren atağına NO-cGMP yolağının aktivasyonu neden olur. Migren ve başka vasküler başağrıların iyileştirilmesinde etkin olan fakat analjezik etkili olmayan ilaçla etkilerini NO-cGMP yolağında inhibitör ya da antagonistik etki göstererek ulaştırırlar. Bu 3 etki için NO Olesen ve arkadaşlarına göre migren patogenezinde anahtar rol oynamaktadır. NTG, NO sağlayan ilaçlar arasında, deneysel açıdan en fazla araştırılanıdır. Yüksek oranda lipofilik olan NTG kan beyin bariyerinden kolaylıkla geçiş sağlar. NTG ile tetiklenen başağrısı sağlık kontrollerine göre çok kısa süreli olmaktadır.<sup>65</sup>

Yapılan araştırmalar göre NTG verilmesi ile migrenli bireylerde sağlıklı gönüllülere oranla daha sık başağrısı oluşmaktadır. 1993'te yaptıkları bir çalışmada Olesen ve arkadaşları, aurasız migreni bulunan bireylere ve sağlıklı gönüllülere NTG vermiş ve sonucunda da iki tip başağrısı gerçekleştiğini fark etmişlerdir. Birinci ağrı NTG infuzyonundan hemen ardından oluşan başağrısıydı ve bunun migren olmadığı varsayılmaktaydı, bunun nedeni migrenin eşlik eden belirtilerinin bulunmamasıydı. İkinci ağrı da migrenlilerin genelinde sağlıklı gönüllülerden farklı olarak tipik migren karakterinde gecikmiş olarak meydana gelen başağrısıydı. Başağrısı infuzyondan 6-7 saat sonra en yüksek şiddetine ulaşmaydı. NO'yu serbestleştiren histamin de başağrısına neden olabilir. Endotelial histamin olan H1 reseptörünün aktivasyonu endojen NO oluşturur. Başağrısı histamin ile tetiklenir, histamin H1 blokeri olan mepiramin ile bütüne yakın bloke olurken, H2 blokeri olan simetidin ile çok düşük oranda bloke durumuna gelir. Bu durum da NO'in histamin ile tetiklenen başağrısına neden olduğunu akıllara getirir. Trombositler üzerine inhibitör etki gösteren NO agregasyonu inhibe ederek vazodilatasyona yol açar. Ergotamin ve sumatriptan gibi vazokonstriksiyon yapan ajanların bu durumda akut migren atağı tedavisinde etkin olması, NO yolunun aktivasyonu sayesinde oluşan intra ve ekstrakraniyal arterlerin dilatasyonunun başağrısı mekanizmasında yer aldığını akıllara getirmektedir.<sup>66</sup>

<sup>64</sup> Barbara Borroni, Renata Rao, Paolo Liberini, Elisabetta Venturelli, Michela Cossandi, Endothelial Nitric Oxide Synthase (Glu 298asp) Polymorphism Is An Independent Risk Faktör For Migraine With Aura, Headache, 2006, Volume:46, S.1575-1579.

<sup>65</sup> Balkan, a.g.e., s.269-272

<sup>66</sup> Balkan, a.g.e., s.269-272

NTG sayesinde serebral kan akımını artış göstermeden sefalik arterleri dilate hale getirir. Serebral kan akımını arttıran asetozolamid ise sadece serebral arterleri dilate hale getirmez.<sup>67</sup>

### 2.2.5. Migren Cerrahisi

Migren cerrahisinde migrenin oluşmasına neden olan sinirlerin gevşetilmesiyle oluşan rahatlama yönelik girişimlere migren cerrahisi denilmektedir. Migren ağrılarının hissedildiği bölgeler şakak, alın, göz çevresi ve ensedir. Cerrahi müdahale yapılarak bu bölgelere mikro kamerayla yapılan endoskopik işlem ile migren ağrılarının neden olan sinirler gevşetilmeye çalışılır. Buna ek olarak sinirlere baskı yapan kaslara da işlem yapılır. Migren cerrahisi ise bu bölgelere açılan kesitlerden girilerek yapılan cerrahi yöntemlerin tümüdür. Buradan yola çıkarak temelde dört ana tetikleyici bölge olduğu belirtilmiştir,<sup>68</sup>

1-Göz çevresi, alın kaş bölgesi

2-Şakak bölgesi

3-Ense bölgesi

4-Burun kökenli.

Dr.Bahman Guyuron Amerikanın en önemli plastik cerrahlarından biridir ve geliştirmiş olduğu endoskopik cerrahi tedavisi ile migrenlilerde yüzde 90 oranında iyileşme gerçekleştirmiştir.<sup>69</sup>

Bugüne kadar betablokerlerden, kalsiyum kanal blokerlerinden, antikonvülzanlardan, trisiklik antidepressanlardan ve nörotoksinlerden migrenin medikal tedavisinde faydalanılmıştır. Kontrendikasyonlar, yan etkiler ve tedaviye cevaptaki azlık nedeniyle bu medikal tedavilerin etkinliği yeterli gelmemiştir. Medikal tedaviler kullanılarak tamamen kontrol altına alınamamış olgular, önemli bir morbidite ve işgücü yitimine yol açmaktadır. İyileşmek amacıyla pek çok migrenli

<sup>67</sup> Olesen, Tfelt-Hansen, Ashina, a.g.e., s.909-20.

<sup>68</sup> Tarlacı, a.g.e., s.10

<sup>69</sup> Tarlacı, a.g.e., s.70

birey medikal tedaviye başvurmakta ve tetikleyici çevresel faktörleri kontrol etmeye uğraşmakta, ancak yine de tatmin edici neticelere ulaşmamaktadır.<sup>70</sup>

Migren cerrahisi ile ilgili yapılan araştırmalara göre migren cerrahisi için uygun olan aday bireyler, esas olarak, tanısını bir nöroloğun koyduğu migrene sahip ve yapılan medikal tedavilerden yarar görmemiş bireylerdir. Klinik bulguları periferik tip migreni anımsatan hastalar da cerrahiye aday grupta bulunmaktadır. Migren tanısı almış hastaların bir bölümünde sorunun baş bölgesindeki oksipital, supraorbital, supratroklear gibi sinirlerin sıkışmasına bağlı olabileceği klinik vakalarla belirlenmiş olduğundan, sadece bu tip hastalarda cerrahi tedavinin yararlı olabileceği varsayılmaktadır. Vurgulanan tetik noktalara yapılan botulinum toksin uygulamaları ile belirtileri ve atak sıklıkları azalan bireyler de cerrahi tedaviye adaydırlar. Pek çok suçlanan bölge olsa da, migrenin cerrahi tedavisi dört büyük periferik sinir ile alakalıdır. Frontal, temporal, oksipital ve nazoseptal tetik bölgeleri bu bölgeleri oluşturmaktadır. Botulinum toksin ile bu bölgelerin çevresine yapılan kemodenervasyon başarılı olmaktadır ve bu cerrahiden fayda bekleyen hastalar için pozitif öngördürücü bir faktör durumundadır. Lokal anestezi enjeksiyonlarının bu bölgelere yapılmasının ardından belirtilerin gerilemesi ile bu bölgeler her hastada test edilebilme imkanına sahip olur. Supraorbital ve supratroklear sinirlerin kompresyon veya iritasyonu sonucu frontal tetik bölgesinin oluştuğu varsayılmaktadır. Bu tetik bölgesinin cerrahi tedavisi saç çizgisinden veya gözkapağından gerçekleştirilecek bir kesi ile frontal kısımda bu sinirlerin dekomprese edilmesi veya bu sinirlerden innerve olan alandaki kasların parsiyel veya total rezeksiyonunu kapsamaktadır. Zigomatikotemporal sinirin basısı nedeniyle temporal tetik noktasının oluştuğu varsayılmaktadır. Transpalpebral veya endoskopik olarak bu sinirin segmental çıkarılması veya dekomprese edilmesi ile bu tetik noktaya müdahale de bulunmaktadır. Gerçekleştirilen araştırma sonuçlarına göre rezeksiyon ile dekompresyon arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır. Temporal fasyanın daha alt seviyelerinde cerrahi prosedür bulunmaktadır. Genellikle büyük oksipital sinir basısı ile beraber anılan bölge oksipital tetik noktasıdır. Cerrahi olarak bu sinire yapılacak posterior skalp orta hatta, vertikal veya transvers insizyonlar ile varabilir. Bu sinir, dekompresyonuna semispinalis capitis kasi seviyesinden başlayarak oblik capitis inferior kasi proksimaline kadar sürmelidir. Parsiyel rezeksiyonun bu kaslardan savunulduğu yayınlar da bulunmaktadır. Nazoseptal bölgedeki tetik noktaları son tetik noktasıdır ve yok edilmesi için de

---

<sup>70</sup> Böger, a.g.e., s2847

deviye septumun düzeltilmesi, konka bülloza cerrahisi, konka ablasyonu gibi standart cerrahi prosedürlerinin uygulanması gerekmektedir.<sup>71</sup>

Guyuron ve arkadaşları migren cerrahisi ile ilgili klinik çalışmalar yapmışlardır. 39 hastalık vaka serisi ve 22 hastalık prospektif kohort araştırmalarında migren cerrahisi yaptıran hastalarda gözle görülür iyileşme ve belirtilerde azalma gözlemlenmiştir. Guyuron ve arkadaşları daha sonra ilk randomize kontrollü çalışmayı gerçekleştirmişlerdir ve benzer sonuçlara ulaşmışlardır.<sup>72</sup> Gerçekleştirdikleri prospektif kohort çalışmada Dirnberger ve Becker de Guyuron ve arkadaşları ile benzerlik gösteren sonuçlara ulaşmışlardır.<sup>73</sup> Poggi ve arkadaşları 2008 senesinde bu dört anatomik tetik noktası üzerinde gerçekleştirdikleri enjeksiyon ve cerrahilerden sonra 16 aylık takipte olumlu sonuçlar olduğunu tespit etmişlerdir.<sup>74</sup> Janis ve arkadaşları 2011 senesinde 661 günlük takip sonucunda 24 hastanın 19 unda tetik noktalara botoks enjeksiyonu sonrasında belirtilerin azaldığını gözlemlenmiştir.<sup>75</sup> Uzun süreli sonuçların değerlendirildiği ilk çalışma Guyuron ve arkadaşlarının 2011 senesinde beş yıllık pozitif sonuçların bildirildiği 89 hasta ile yaptıkları çalışmadır. Gerçekleştirdikleri araştırmada Larson ve arkadaşları ise bu dört tetik noktaya aynı anda cerrahi uygulandığında sonuçların daha iyi olduğu sonucuna ulaşmışlardır.<sup>76</sup>

---

<sup>71</sup> Tarlacı, a.g.e., s.11

<sup>72</sup> Melzack R. Wall, a.g.e., s.66

<sup>73</sup> Melzack R. Wall, a.g.e., s.67

<sup>74</sup> Melzack R. Wall, a.g.e., s.68

<sup>75</sup> Melzack R. Wall, a.g.e., s.68

<sup>76</sup> Melzack R. Wall, a.g.e., s.69

### 2.3. ANKSİYETE

Freud, anksiyete kelimesini ruhbilim alanında ilk defa kullanan kişidir. Freud'a göre kaygı içgüdü ve dürtülerin neden olduğu gücün bastırılması sonucu meydana gelen bir durumdur. Freud daha sonra bu düşüncesini değiştirerek, kaygının merkezini benlik olarak ele almış, kaygıyı benliğin tehlikeli durumunu hissetmesiyle ilişkilendirmiştir. Kaygıyı yok etmek için bastırma (regresyon) düzeninin geliştiğini savunmuştur. Kaygının görevi Freud'a göre olası bir tehdit ve tehlikeye karşı benliği uyarmak ve savunma düzenlerine fonksiyon eklemektir.<sup>77</sup>

Korkuya benzeyen bir duygu olmakla beraber; kötü bir haber duyacakmış bir felaket olacakmış gibi bireyde sıkıntı, bir endişe duygusu olarak hissedilen ve tanımlanan anksiyetede bu hissin şiddeti farklı yoğunluklarda görülebilir. Anksiyeteleri ağır derecede olan bireyler bu sıkıntının yok olması için her şeye razı olduklarını söylerler.<sup>78</sup>

Kaygı Tükel (2000)'e göre; kişi için tehlike içeren açıklanabilir veya açıklanamaz herhangi bir durumda yaşanan; gerginlik, saldırma gibi duygu ve düşüncelere neden olan ve birey tarafından hoş olmayan bir duygu olarak açıklanan bir histir.<sup>79</sup>

Kaygının özellikleri Köknel (2004)'e göre şunlardır :

1. Nahoş olan, acı veren duygulanım durumu.
2. İleriye dair endişeli beklenti
3. Gerçekleşen durumların öznel hissedilmesi, anlaşılması, duyumsanması.
4. Bedende gerçekleşen gerginlik.
5. Ruhsal açıdan tedirginlik ve panik.<sup>80</sup>

<sup>77</sup> Vicdan Yücel, Genç Madde Bağımlılarında Kaygı Düzeyi Ve Belirleyici Etmenler, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 1998, s.41. **(Yayınlanmamış Doktora Tezi)**

<sup>78</sup> Gonca Karataş, Lut Tamam, Nurgül Özpoyraz, Anksiyete Bozukluklarında Gabapentin Tedavisi, Klinik Psikofarmakoloji Bülteni, 2003, 13:37-42.

<sup>79</sup> Öbekli Türkan, Şizofreni Ve Bipolar Bozukluk Tanısı İle Ayaktan Tedavi Gören Hastaların Eşlerinin Depresyon, Anksiyete Ve Cinsel İşlev Düzeylerinin İncelenmesi, İstanbul Arel Üniversitesi, İstanbul, 2013, s.35. **(Yüksek Lisans Tezi)**

<sup>80</sup> Tükel Raşit, Anksiyete Bozuklukları, Çizgi Tıp Yayınevi, Ankara, 2000, s.56.

### 2.3.1. Anksiyetenin Belirtileri

Anksiyetenin zihinsel, duygusal, davranışsal ve fiziksel belirtiler şunlardır:

#### 1. Zihinsel belirtiler:

- Düşünceler üzerinde kontrol sahibi olamama, dikkatin dağınık olması, yoğunlaşmada problem yaşanılması
- Kavramları hatırlamada güçlük yaşanması vs.

#### 2. Duygusal belirtiler:

- Panik duygusu
- Sinirlilik ve öfke durumunun sıradan bir hale gelmesi
- Ağlama isteğinin artması
- Sınırlandırılmış olma duygusu
- Şaşkınlık
- Depresif duygu durumu

#### 3. Davranışsal belirtiler:

- Çalışmaya karşı istekli olmama
- Başarı olmama
- beklenti ve gereksinim düzenleyememe, hafıza problemleri
- Kontrolü çevreye yükleme

#### 4. Fiziksel belirtiler:

- Başda ağrı, mide ve bağırsak problemleri
- Kalbin hızlı çarpması, ellerde terleme, kasılma
- Nefes hızlı hızlı alınması
- Yorgun ve halsiz olma
- Uyku problemleri.<sup>81</sup>

### 2.3.2. Anksiyetenin Sebepleri

Kaygının sebebi çocukluğa dayandırılabilir ve kaygının kökeninin yanlış eğitim olduğu varsayılabilir. Çocukluk yıllarında kaygı Geçtan'a (1981) göre

---

<sup>81</sup> Orhan Öztürk, Ruh Sağlığı Ve Bozuklukları. Nobel Tıp Kitapevleri, Ankara, 2001, s.56.

çevredeki kişilerden modellenerek oluşur. Anneden çocuğa kaygın empati yoluyla geçiş yapar.<sup>82</sup>

Kaygının sebeplerinin Cüceloğlu'na (1998) göre dört temel unsur bulunur:

1) Desteğin çekilmesi: Bireyler alışkın oldukları çevreden ayrıldıkları zaman kaygıya kapılabilirler. Çünkü yeni durumlarda alıştığı diğer durumlar bulunmaz.

2) Olumsuz bir sonucu beklemek: Kişi bir olayın sonucunun kendisi için kötü olacağını düşündüğü zaman bu olaylarla alakalı kaygıya kapılabilir.

c) İç çelişki: Önemsenilen ve inanılan bir düşünce ile yapılan davranış arasında bir çelişki meydana geldiğinde kaygıya kapılabilir.

4- Belirsizlik: İleriye yönelik bir kesinliğin olmaması kişide kaygıya neden olabilir.<sup>83</sup>

### **2.3.3. Anksiyeteyi Açıklayıcı Kuramlar**

#### **2.3.3.1. Psikanalitik Yaklaşım**

Adan ve diğerlerine ( 1995) göre kaygı üçe ayrılmaktadır:

1. Objektif ve Gerçek Kaygı: Bu türde kaygının kaynağı olan tehlike bireyin dışındadır ve ara ara yaşam boyunca ortaya çıkmaktadır.
2. Nörotik Kaygı: Bu türde kaygının kaynağı bireyin içindedir. Kişinin bastırılmış olduğu cinsel ve saldırgan duygularından meydana gelir.
3. Moral Kaygı: Bireyin hissettiği suçluluk, utanma gibi duyguların neden olduğu manevi sıkıntı halidir. Oluşmasının nedeni kişinin düşünce, duygu ve belleğindeki çelişki ve çatışmalardır.<sup>84</sup>

Anksiyetenin nedeni Adler'e göre, aşağılık duygularıdır. Kişi aşağılık duygularından arınmak amacıyla emniyet ve üstünlük kazanmayı hedefler, buna ulaşmak için ise anksiyeteden başkalarını kontrol etme aracı olarak faydalanır. Anksiyete Jung' a göre, kolektif bilinçaltından gelen, irrasyonel güçlerin ve şekillerin kişinin bilincini

---

<sup>82</sup> Tükel, a.g.e., s.56

<sup>83</sup> Tükel, a.g.e., s.57

<sup>84</sup> Nevzat Yüksel, Ruhsal Hastalıklar, Ankara, Çizgi Tıp Yayınevi, 2. Baskı, 2001, s.85.



kaplamasına karşı geliştirdiği bir tepki halidir. Rank'a göre ise bütün anksiyetelerin temelinde doğum travması bulunur. Bu durumun, bireyin yaşamında karşılaştığı bütün ayrılıklarda yinelendiğini belirtmiştir. Anksiyete Horney' e göre bireyin güvenliğinin tehlikede olduğu noktada oluşur.<sup>85</sup>

### 2.3.3.2. Bilişsel Kuram ve Anksiyete

Kaygının sebebi bu yaklaşımcılara göre olayların kendisi değil, bireyin istekleri, bu olayları nasıl ve ne şekilde hissedip yorumladığı ile alakalıdır.<sup>86</sup>

Bir kişinin davranışı, bu yaklaşıma göre; onun dünyayı ne şekilde yapılandırdığı ile ilişkilidir ve yanlış yaklaşımlar üzerinde temellenen sorunlar kişilerin gerçeği çarpıtmalardan oluşur. Beck bu kuramın kurucusudur ve o bilindişini görmezden gelerek, ruhsal problemlerinin temelinin bilinçte yattığını belirtmektedir. Bilinçaltı süreçlerin Beck'in kuramında önemli bir yeri vardır ve bireyi rahatsız elen düşünceler model değiştirerek oluşmaktadır.<sup>87</sup>

Birey bilişsel kuramda, iten ya da dıştan gelen tehditlere karşı kendisinde bir duyarlılık olduğunu düşünür. Bu düşünceyle kişi, stres altındayken kendine zarar verme ihtimali bulunan nesne veya durumlara karşı kaygı duyabilmektedir. Kişi kendine zarar gelebilecek olaylarla karşılaştığı zaman tehlikenin şiddetini abartabilmekte, öte taraftan bu tehlike ile başa çıkma kapasitesini de kmseyebilme özelliği gsterenilmektedir. Kişinin abartılmış tehlikesi, sistemini çalıştırarak kaygı durumuna neden olabilmektedir. Kaygıyı içsel ve dışsal tehlikeler oluştururken; istekler ise krkleyebilmektedir.<sup>88</sup>

### 2.3.3.3. ğrenme Kuramı ve Anksiyete

Anksiyeteyi ğrenme kuramcıları ğrenilmış emosyon olarak ele alırlar. Kaygının, acı verici ya da tehlikeli bir duruma karşı gösterilen koşulsuz bir tepki olduğu, fakat bazen korku verici veya tehlikesiz durumlara yönelik de meydana gelebildiği, böylece nevrotik anksiyete semptomları oluştuğu görüşündedirler.<sup>89</sup>

---

<sup>85</sup> Tkel, a.g.e., s.56

<sup>86</sup> Sümer Serkan, Farklı z-Anlayış Düzeylerine Sahip niversite ğrencilerinde Depresyon, Anksiyete Ve Stresin Değerlendirilmesi, Selçuk Üniversitesi, Konya, 2008, s.25. (**Yüksek Lisans Tezi**)

<sup>87</sup> Sümer, a.g.e., s.34

<sup>88</sup> Erhan Bayraktar, Panik Bozukluk, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayınları, İzmır, 1992, s.50.

<sup>89</sup> Sibel Ertürk, Anksiyete Bozukluklarında İşlevsel Olmayan Tutumların llmesi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmır, 1994, s.32. (**Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi**)

Anksiyetenin anormal davranışın sebebi olarak mı yoksa sonucunda mı oluştuğu konusunda öğrenme kuramcıları arasında görüş ayrılıkları olmuştur. Bunun yanı sıra anksiyete korkusunun düşük seviyedeki anksiyetenin yüksek seviyedeki anksiyeteye koşullanması neticesinde meydana geldiği konusunda görüş birliğine varmışlardır. Anksiyete korkusu A.J.Goldstein ve D.L.Chambless (1978)'e göre panik atakların sonucunda meydana gelir, bundan dolayı paniğin tecrübelerle alakalı olan duygusal sorunlarla sınırlandırabileceğini söylemişlerdir. Ayrıca anksiyete korkusunun, agorafobi oluşumundaki önemini belirtmişlerdir.<sup>90</sup>

#### 2.3.4. Anksiyete Ve Migren

Anksiyeti diğer psikiyatrik hastalıklardan ayıran yönleri; hoş olmayan, elem veren duygulanım, ileriye yönelik endişeli beklenti, kaygı sebeplerinin öznel olması, bedensel gerginlik, ruhsal tedirginlik ve panik durumlarıdır.<sup>91</sup>

Bireyde migren baş ağrısı tanısı var ise psikiyatrik yakınmaların da olduğu bilinmektedir. Belirli bir kişiliğe sahip olanlarda migrene eğilim olduğuna dair görüşler vardır. Baş ağrısıyla alakalı doktorların yaptığı klinik gözlemler ve kişilik testleriyle yapılan araştırmalar bu gözlemleri oluşturmaktadır. Buradan yola çıkarak tipik migrenli bir hastanın kişilik profilinin doktordan doktora değiştiği söylenebilirler bazı ortak görüşler olduğu da belirlenmiştir. Bu ortak görüşlerden biri migrenlilerde zekanın normalin üstünde olmasıdır. Bir diğeri sosyal ve kültürel seviyelerinin yüksek olmasıdır. Genellikle bu kişiler tutkulu, başarı arzusu yüksek, mükemmeliyetçi, düzenli, titiz, hiperaktif ve endişelidirler.<sup>92</sup>

Genellikle anksiyete baş ağrısı ile birlikte görülür. Ancak baş ağrısı ile bu ruhsal durumlar arasındaki nedensel ilişki net olmamaktadır. Baş ağrısının dışında bu belirsizlik kronik ağrı sendromu yaşayan bireyler için de geçerli olmaktadır.<sup>93</sup>

Migrenli hastaların birçoğuna (%51-58) hayatları boyunca yapılan psikiyatrik değerlendirmelerde her biri en az bir anksiyete bozukluğu yaşadıklarını söylemişlerdir. Panik bozukluğu, fobiler ve yaygın anksiyete bozukluğu migren hastalarında en fazla meydana gelen anksiyete bozukluklarıdır. Posttravmatik stres

---

<sup>90</sup> Karakaş Simge. Çalışan Gençlerde Depresyon Ve Anksiyetenin Yordayıcısı Olarak Kişilik Özellikleri, Ege Üniversitesi, İzmir, 2009, s.30. (Yüksek Lisans Tezi)

<sup>91</sup> Ertürk, a.g.e., s.32

<sup>92</sup> Baykan, a.g.e., s.30

<sup>93</sup> Baykan, a.g.e., s.31

bozukluğu Balaban ve arkadaşlarına (2012) göre sağlıklı insanlara oranla migrenlilerde daha çok görülmektedir.<sup>94</sup>

Bütün baş ağrı çeşitlerinde panik bozukluğunun prevalansının sağlıklı kontrollere göre yüksek olduğu tespit edilmiştir. Migren hastalarındaki prevalans Breslau (2003)'nun gerçekleştirdiği araştırmaya göre ise diğer baş ağrısı grupları ile farklılık göstermemektedir.<sup>95</sup>

## 2.4. DEPRESYON

### 2.4.1. Depresyon Tanımı

Depresyon tanımlanan ilk ruhsal problemlerden biridir ve Hipokrat tıp literatüründe tanımlayan ilk kişidir. Hipokrat'a göre depresyon durumu kara safradır ve o buna melankoli adını vermiştir.<sup>96</sup>

Hipokrat "kara safra" anlamına gelen melankoli kelimesiyle, kara sevdalı kişilik özelliklerinde, karaciğer ve safra yollarındaki sorunların neden olduğu durgunluk, isteksizlik, uykusuzluk, anksiyete ve intihar düşünceleriyle meydana gelen melankoli olarak isimlendirdiği bir hastalık tablosunu açıklamak istemiştir. Kara safranın etkili olduğu insanlarda Hipokrat'a göre çoğunlukla karasevdalı mizaç (melankolik) baskındır. Ona göre kişi eğer bu mizaca sahip ise atılgan, alıngan, yürekli ve duygusal olur ve melankoliye eğilimi bulunur.<sup>97</sup>

Oluşum sebepleri, gidişi ve tedavisi açısından depresyon, oldukça karmaşık bir ruhsal problemdir. Yalnızca ruhsal bir çöküntü hali olmayan depresyon, depresyon başlığı altında tanımlanan semptomlar ve bulgular kümesinin tamamıdır. Depresyon genel anlamda; üzüntülü duygudurum şeklinde düşüncede, konuşmada ve harekette yavaşlama, hareketsizlik, ilgisizlik, bitkinlik, dikkat bozukluğu, isteksizlik, haz alamama, kötümserlik duygusu ile fizyolojik fonksiyonlarda yavaşlama gibi semptomları kapsayan bir bozukluktur.<sup>98</sup>

---

<sup>94</sup> Carey Balaban, Neural Substrates Linking Balance Control And Anxiety, Physiology & Behaviour; 2002, Volume:77, 469-475.

<sup>95</sup> Ertürk, a.g.e., s.33

<sup>96</sup> Özcan Köknel, Ruhsal Çöküntü: Depresyon, İstanbul: Altın Kitaplar Yayınevi, 6.Baskı, 2005, s.58.

<sup>97</sup> Köknel, a.g.e., s.58

<sup>98</sup> Karayağız, a.g.e., s.65

## 2.4.2. Depresyon Belirtileri

Depresyonda olan kişide hoşlandığı şeylerde azalma ve ilgi yitimi, kendini hüzünlü ve üzgün hissetme, kilo alma veya verme, uyku problemleri, huzursuzluk, kararsızlık gibi semptomlar görülebilir.<sup>99</sup>

Majör depresif bozukluk ölçütleri DSM-V'e göre şunlardır:

1. Nerdeyse her gün, günün tamamına yakınında süren depresif duygudurum,
2. Faaliyetlere olan ilgide azalma ve haz duyamama,
3. Aşırı derecede kilo alıp verme,
4. Uyku bozuklukları,
5. Psikomotor ajitasyon veya retardasyon,
6. Halsizlik ve bitkinlik veya enerji yitimi,
7. Kendini değerli görememe ve suçluluk hissi,
8. Dikkati toplamada zorlanma ve karar vermede güçlük,
- 9.Özkıyım düşüncesi, planı ve teşebbüsü (DSM-V).

Daha önceki işlevselliğinde bir değişikliğin olmasıyla birlikte iki haftalık periyot sırasında, yukarıdaki semptomlardan beşinin ya da daha fazlasının bulunması; semptomlardan en az birinin ilk iki maddeden biri olması gerekir.<sup>100</sup>

Bu rahatsızlık duygudurumunun özünde durgunluk, isteksizlik, ilgisizlik bulunmaktadır. Depreyonlu bireyler genel olarak olayları olduğundan daha ciddi bir

<sup>99</sup> Karayağız, a.g.e., s.66

<sup>100</sup> Mahir Şeker, Güreş Eğitim Merkezlerindeki Güreşçilerin Depresyon, Kaygı Ve Stres Düzeylerinin İncelenmesi, Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, Muğla, 2014, s.35. (Yüksek Lisans Tezi)

biçimde değerlendirir ve olaylara kötümser yaklaşırlar. Bu kişilerde ara ara ağlama nöbetleri olabilir. Bu kişiler ileriye yönelik olumsuz ve kötümserdir.<sup>101</sup>

### **2.4.3. Depresyon Nedenleri**

Depresyonun oluşmasında pek çok faktörün etkisi bulunabilmektedir. Depresyonun meydana gelmesinde fizyolojik, biyolojik, kalıtsal ve sosyal pek çok faktör etkilidir.<sup>102</sup>

#### **2.4.3.1. Biyolojik Nedenler**

Depresyon ve mani gibi duygulanım bozukluklarındaki en önemli etkenlerin başında kalıtım bulunmaktadır. Mendel, kişinin hayatında kalıtımın önemi, rolü ve bununla alakalı araştırmaları gerçekleştirmiştir ve bunun sonucunda kalıtım yasaları terimini ortaya atmıştır. Kraepelin daha sonra duygulanım bozukluklarında, depresyon ve manide kalıtımın yerinin önemini belirtmiştir. Ruhsal bozuklukların kalıtımla alakasını araştırmak amacıyla yapılan aile çalışmalarında, duygulanım bozukluğu gösteren kişilerin birinci derece akrabalarında, hastalık yüzdesinin genel nüfustaki yüzdeden on, on beş kat daha fazla olduğu tespit edilmiştir.<sup>103</sup>

#### **2.4.3.2. Fizyolojik Nedenler**

Merkezi sinir sistemindeki yapılarda meydana gelen işlevsel bozuklukların rolünün, duygulanım bozukluklarının, özellikle de depresyonların oluşmasında önemli bir yeri vardır. Normal davranışlar, ruhsal rahatsızlıklar ve problemler, beynin farklı seviyelerinde bulunan yapıların fonksiyonlarında bir dizi fiziksel ve kimyasal sürecin ürünü olarak oluşurlar. Canlı organizmadaki seviyelerin yapısını ve fonksiyonlarını yakından tanımak, davranışların temelini bulabilmek, ruhsal rahatsızlıkların ve problemlerin oluşumunu anlayabilmek için şarttır.<sup>104</sup>

#### **2.4.3.3. Sosyal Nedenler ve Kişilik Faktörleri**

Toplumsal iletiler ile ilgili yapılan araştırmalara göre bunların zararlı, zorlayıcı, hastalık yapıcı toplumsal unsura dönüşmesinde iki etkenin önemli bir yeri

---

<sup>101</sup> Köknel, a.g.e., s.60

<sup>102</sup> Cengiz Güleç, Psikiyatri'nin Abc'si, İstanbul: Say Yayınları, 2.Baskı, 2009, s.105.

<sup>103</sup> Köknel, a.g.e., s.61

<sup>104</sup> Köknel, a.g.e., s.62

vardır. Bunlar: 1.Toplumsal alanın tehdit edici, tehlikeli boyuta bürünmesi. 2.Toplumsal ortam ile kişinin ruhsal durumu arasında çatışmanın meydana gelmesi. Kişinin duygu ve düşünce yatırımında bulunduğu davranış kalıpları, depresyona neden olan toplumsal faktörlerdir. Bunun sonucunda oluşan davranış kalıplarından meydana gelen toplumsal olaylar çatışmalar nedeniyle veya kaybedilen duygu yatırımı sebebiyle depresyona neden olmaktadır. Kişi ile kültürel ve toplumsal normlar arasında meydana gelen çatışmalar depresyona ve strese neden olmaktadır.<sup>105</sup>

#### **2.4.4. Depresyonu Açıklayan Kuramlar**

##### **2.4.4.1. Psikoanalitik Kuram**

“Yas ve Melankoli” makalesinde Freud (1917)’a göre, çocuğun erken oral gereksinimlerinin giderilmesi konusunda sınırlama yaşaması sonucunda o döneme saplanması, depresif karakterin temelini oluşturmaktadır. Depresyonun açıklamasında sonraki yaşlarda yaşanan kayıp ve yas olgularının önemli bir yeri bulunmaktadır. Kişide depresyon durumunda vicdan azabı, kendi kendini aşağılama, ceza beklentisi ile sonuçlanabilen benlik saygısında ciddi anlamda azalma olabilmektedir. Ego nesne yitiminin etkisini atlattığında ise mani ortaya çıkmaktadır.<sup>106</sup>

##### **2.4.4.2. Öğrenilmiş Çaresizlik Kuramı**

Öğrenilmiş çaresizlik kuramı kişinin olumsuz yaşam olayları ile ilgili yaptığı bilişsel yüklemelerle alakalıdır. Başarılı olmamayı kişi, bireysel veya çevresel, kalıcı veya kalıcı olmayan, özel veya genel sebeplere bağlayabilmektedir. Depresyona girme ihtimali kişinin olumsuz yaşam olaylarını bireysel, geçici olmayan ve genel sebeplere yüklediği durumlarda daha fazladır. Umutsuzluk kavramını da ekleyerek kuramı son haline getirenler Abramson, Metalsky ve Alloy (1989)’dir. Kişinin arzu edilen bir sonucun gerçekleşmeyeceği veya arzu edilmeyen bir sonucun gerçekleşeceği ve bu sonuçları değiştirmek için herhangi birşey yapamayacağı tarzındaki düşüncelerine umutsuzluk denilmektedir. Olumsuz sonuç düşüncesinin artışı ve hayatın pek çok alanına umutsuzluk ve çaresizlik hissinin genellenmesi ile

---

<sup>105</sup> Köknel, a.g.e., s.63

<sup>106</sup> Sümer Serkan, Farklı Öz-Anlayış Düzeylerine Sahip Üniversite Öğrencilerinde Depresyon, Anksiyete Ve Stresin Değerlendirilmesi, Selçuk Üniversitesi, Konya, 2008, s.44. (**Yüksek Lisans Tezi**)

genellenmiş umutsuzluk meydana gelmekte ve bu durumda depresyon semptomlarının oluşmasına neden olmaktadır.<sup>107</sup>

#### **2.4.4.3. Beck'in Bilişsel Kuramı**

Depresyonun özelliği olan psikolojik yapılar Beck'in bilişsel modeline göre, olumsuz bilişsel üçlü, şemalar ve bilişsel hatalar olarak 3 kavrama ayrılmaktadır. Bilişsel üçlünün bileşenleri, kişinin kendisini, dünyayı ve tecrübelerini, geleceği olumsuz algılamasıdır. Kişi depresif sendrom yaşıyorsa kendisini kusurlu, yeterli olmayan, rahatsız ve muhtaç olarak düşünmekte, sahip olduğunu sandığı kusurundan dolayı değerli olmadığını ve istenmeyen biri olduğunu varsaymakta ve nahoş tecrübelerini kendi psikolojik, ahlaki ve fiziksel yoksunluklarına bağlamaktadır. Kişi ikinci bileşenle alakalı olarak dünyayı amaçlarına ulaşmasını engelleyen baş edilemez zorluklarla dolu olarak düşünmektedir. Kişinin geleceğe yönelik olumsuz bakış açısı ise üçüncü bileşen ile alakalıdır.<sup>108</sup>

#### **2.4.5. Depresyon Ve Migren**

Hastanın ağrıyı kontrol etmesine, ağrıya uygulanan bilişsel ve davranışsal yaklaşımın faydası vardır. Bunun yanı sıra gevşeme, biyolojik geribildirim ve hipnoz gibi yöntemlere de başvurulmaktadır. Migren baş ağrısı ve depresyon ile alakalı yapılan araştırmalarda değişik sonuçlar elde edilmiştir. Çalışmaların bazılarında anlamlı bir ilişkiye ulaşılırken çalışmaların bazılarında ise anlamlı bir ilişkiye ulaşılmamıştır. Mükemmeliyetçi kişilik yapılarından dolayı migrenli bireyler sosyal hayatlarında bozucu veya engelleyici birtakım problemlere maruz kaldıklarında depresyon hastalığı ile benzerliği olan semptomlar gösterebilmektedir.<sup>109</sup>

Depresyonun sebeplerinden bazıları da serotonin, norepinefrin, endojen opioid peptitler gibi nörotransmitter maddelerin azalmasıdır. Bu bakımdan bakıldığında bu maddelerin azalmasının, santral ağrı baskılanmasının azalmasına da sebep olabileceği düşünülmektedir.<sup>110</sup>

Gerçekleştirilen araştırmalar incelendiğinde migrenin depresyon ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Migren hastası olan kişilerin duygu ve düşüncelerini tanımakta ve dile getirmekte zorlandıkları için psikiyatristlere gitmedikleri

<sup>107</sup> Sümer, a.g.e., s.35

<sup>108</sup> Alper Yusuf, Bütün Yönleriyle Depresyon, İstanbul: Özgür Yayınlar, 1.Basım, 2012, s.91.

<sup>109</sup> Sıtkı Karaca, Fethi Demir, Hasan Herken, Orhan Demir, & Rüstem Aşkın, Kronik Ağrılı Ve Migrenli Hastalarda Depresyon Düzeyleri Ve Ağrı İle Başa Çıkma Becerileri 1, Düşünen Adam, 1999, 12(4), S.31-33.

<sup>110</sup> Kocabaş ve Çelebi, a.g.e., s.20

düşünülmektedir. Migren hastası olan kişileri tedavi eden klinisyenlerin yapılan araştırmaların bulgularına bakıldığında psikiyatrik değerlendirmeyi görmezden gelmesi halinde tedavinin gidişatı olumsuz yönde etkilenebilmektedir.<sup>111</sup>

## 2.5. YAŞAM KALİTESİ

Hayatta nelerden haz duyduğumuz, ne olmak, ne şekilde yaşamak istediğimizi ifade etmesi nedeniyle yaşam kalitesi, öznel verileri içerisinde barındırmaktadır. Bireylerin ait oldukları ve içerisinde buldukları kültür ve değer sistemleri çerçevesinde, amaçları, istekleri ve ilgileri ile ilintili olarak, hayattaki rolünü algılama biçimine yaşam kalitesi denilmektedir.<sup>112</sup>

Yaşam kalitesi mutluluk ve hayattan memnuniyet duymayı içerir, genel anlamda iyi olma durumudur ve fiziksel işlevsellik, psikolojik durum, sosyal etkileşim ve ekonomik durum gibi dört etki alanı bulunmaktadır. Çok boyutlu olduğu için yaşam kalitesi kavramı, zaman içinde belli değişimlere uğrayabilir.<sup>113</sup>

Sağlığın Dünya Sağlık Örgütü tarafından 1948 senesinde, sadece hastalığın bulunmayışı değil, bedensel, ruhsal ve sosyal anlamda da tam bir iyilik durumu şeklinde tanımlamasının ardından, sağlıkla alakalı iyilik durumunun ölçülebilmesi amacıyla, sağlık hizmetleri kapsamında gerçekleştirilen uygulamalar ve araştırmalarda “yaşam kalitesi” teriminin değeri artmıştır.<sup>114</sup>

Yaşam kalitesinin ölçümü konusunun uzun yıllardır üzerinde durulmaktadır. Bentham, 19. yüzyılın ilk çeyreğinde, tanımlayıcı psikolojiyle alakalı olan yazısında, psikiyatride yaşam kalitesinin ölçümünün temellerini atmıştır.<sup>115</sup>

---

<sup>111</sup> Sümer, a.g.e., s.36

<sup>112</sup> Kocabaş ve Çelebi, a.g.e., s.21

<sup>113</sup> Ercan Göçgeldi, Mustafa Babayiğit, Hür Hassoy, Cengiz Açikel, İlker Taşçı Ve Süleyman Ceylan, Hipertansiyon Tanısı Almış Hastaların Algıladıkları Yaşam Kalitesi Düzeyinin Ve Etki Eden Faktörlerin Değerlendirilmesi, Gülhane Tıp Dergisi, 2008, 50, 172-179.

<sup>114</sup> Kadriye Avcı Ve Kayıhan Pala, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesinde Çalışan Araştırma Görevlisi Ve Uzman Doktorların Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 2004, Cilt:30(2), S.81-85.

<sup>115</sup> Yavuz Selvi, Özdemir Osman, Özdemir Güzel, Aydın Adem Ve Beşiroğlu, Lütfullah, Sağlık Çalışanlarında Vardiyalı Çalışma Sisteminin Sebep Olduğu Genel Ruhsal Belirtiler Ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi, Düşünen Adam Psikiyatri Ve Nörolojik Bilimler Dergisi, 2010, 23, 238-243.



Çevre, Bentham'a göre insanoğlunu, istek ve acı gibi iki ana duygunun egemenliğine mahkum hale getirmiştir. İlerleyen zamanlarda, bunların yerine, yeti kaybı ve yaşam kalitesi kavramı kullanılmıştır. Thurstone ve Lillerti de bunları izleyerek, 1920 ve 1930 seneleri arasında, günümüzde de kullanılan yaşam kalitesi ölçeğini geliştirmişlerdir.<sup>116</sup>

1939 senesinde ilk defa Thorndike yaşam kalitesi terimini; sosyal çevrenin kişide yansıyan tepkisi olarak tanımlamıştır. Yaşam kalitesi terimi 1960 senelerinden sonra daha çok sosyoloji ve ekonomi bilimlerinin ilgisini çekmiştir, maaşın, eğitimin, sağlığın ve yaşanılan yerin yaşam kalitesi ile yakın ilişkili olduğunu ve gayrisafi milli gelirin hesaplanmasında bir kanıt olarak kullanılabileceği belirtilmiştir. Yaşam kalitesi kavramını Weinstein ve Frankel ise, bireyin hayatında doyum bulması ve mutluluk sınırı olarak açıklamışlardır.<sup>117</sup>

Yaşam kalitesinin Mc Daniel ve Bach'a göre 4 temel özelliği bulunmaktadır;

- Dinamik olması
- Çok boyutlu olması
- İnteraktif olması
- Kişilerin isteklerine ve hayatlarındaki olaylarla uyumlu olması<sup>118</sup>

Yaşam kalitesinin değerlendirilmesi bireylerde yalnızca tanımı gereği mutlu olmak, kendinden hoşnut olmak ile alakalı öznel bir değerlendirmenin öneminin haricinde, içinde olduğu süreci, rahatsızlıkları ve bunun neden olduğu sağlık problemlerini, faaliyetleri ve iletişimlerinin çeşitli sebeplerle engellenmesi gibi noktaları da kapsamaktadır. Bundan dolayı bütün insanlarda yaşam kalitesi teriminin ifade ettikleri zamanla değişmektedir.<sup>119</sup>

Yaşam kalitesinin kapsadığı, fiziksel sağlık, psikolojik durum, bağımsızlık seviyesi, sosyal katılım, kişiler arası ilişkiler, kendi potansiyeline ulaşma, entelektüel gelişim, çevresel faktörler ve ruhsal iyilik hali ile alakalı boyutlar Çınar ve Eşer

<sup>116</sup> Fahriye Oflaz Ve Huriye Varol, Yatan Hastaların Anksiyete Ve Depresyon Düzeyleri Ve İlişkili Faktörlerin İncelenmesi. Sakarya Devlet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 2010, 17(1), 1-7.

<sup>117</sup> Avcı ve Pala, a.g.e., s81-85

<sup>118</sup> Arzu Yıldırım Ve Rabia Hacıhasanoğlu, Sağlık Çalışanlarında Yaşam Kalitesi Ve Etkileyen Değişkenler. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 2011, 2(2), 61-68.

<sup>119</sup> Selvi ve ark., a.g.e., s.240

(2004)'e göre, zaman içerisinde yaşanan fiziksel ve sosyal değişimler nedeniyle değişikliğe uğrayabilmektedir.<sup>120</sup>

### 2.5.1. Yaşam Kalitesi Ve Migren

Yetişkin nüfusun % 93 ü bütün hayatları süresince en az bir kez baş ağrısı yaşamaktadır. Migren baş ağrısının ise tüm dünyada görülme sıklığı yaklaşık olarak % 11'dir. Migren kadınlarda erkeklere oranla üç kat daha fazla etkilidir. Kişinin fiziksel, sosyal ve psikolojik durumu üzerinde ağrının olumsuz etkileri göz önüne alınarak bu kişilerin yaşam aktiviteleri farklı ölçeklerle incelenmiştir. Yapılan araştırmaların pek çoğunda SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği'nden yararlanılmıştır. Özellikle baş ağrılarının tetiklendiği kriz dönemlerinde migrenli bireylerin yaşam kalitelerinde önemli ölçüde olumsuzluklar yaşandığı tespit edilmiştir. Bundan dolayı yaşam kalitesi ve migren arasında anlamlı bir ilişki olduğu düşünülmektedir.<sup>121</sup>

Hayatın en verimli seneleri olan 20 ile 55 yaşları arasında migrenin görülme sıklığındaki artışın yaşam kalitesine olumsuz etkilerde bulunmasıyla birlikte, toplum üzerinde de mühim ekonomik etkileri olmaktadır. Fiziksel, sosyal, ekonomik etkileri bulunan ve önemli fonksiyonel bozukluklarla ilintili olan migren, kronik bir rahatsızlıktır. Yaşam kalitesi puanları, baş ağrısı bulunan hastalara oranla diyabet, hipertansiyon, osteoartrit, sırt ağrıları gibi kronik hastalığı bulunanlarda daha yüksektir.<sup>122</sup>

Lipton ve arkadaşları (2001), İngiltere'de gerçekleştirdikleri toplumsal temelli vaka kontrol çalışmasında, migrenli ve migrenli olmayan kişilerin arasındaki yaşam kalitesi ile işle alakalı eksiklikleri incelemişlerdir. Çalışmanın örneklemini 200 vaka, 200 kontrol grubu oluşturmuştur. Çalışma sonunda yaşam kalitesi puanlarının migrenli kişilerde migrenli olmayan kişilere oranla önemli derecede düşük olduğu tespit edilmiştir. Aynı çalışmada, migrenle ilişkili iş konusundaki sınırlılıklar düşük, orta, yüksek olarak sınıflandırılmıştır ve iş konusunda sınırlılığı yüksek olan grupta yaşam kalitesi puanlarının düşük olduğu tespit edilmiştir.<sup>123</sup>

<sup>120</sup> Mustafa Özkes, Yaşlıların Günlük Yaşam Aktivite Düzeylerinin Bellek Performansı Üzerindeki Etkisi, Ege Eğitim Dergisi, 2006, (7) 2: 27-41

<sup>121</sup> Özkes, a.g.e., s.27-41

<sup>122</sup> Gerard Duru, Jean Auray, Anne Gaudin, Impact Of Headache On Quality Of Life In A General Population Survey In France (Grim2000 Study), Headache, 2004, 44:571-580.

<sup>123</sup> Mustafa Ertaş, Betül Baykan, Elif Orhan, Mehmet Zarifoğlu, Necdet Karlı, Sabahattin Saip, Ayşe Onal, Aksel Siva, One-Year Prevalence And The Impact Of Migraine And Tension-Type Headache In Turkey: A Nationwide Home-Based Study In Adults, J Headache Pain, 2012, 13:147- 157.

Üneri, Şenbil ve Turgut (2009)'un Türkiye'de migrenli ergenler üzerinde gerçekleştirdiği çalışmanın sonucunda, yaşam kalitesi puanlarının migrenli ergenlerde migren tanısı konulmayan ergenlere oranla anlamlı derecede düşük olduğuna ulaşılmıştır.<sup>124</sup>



---

<sup>124</sup> Üneri ver ark., a.g.e., s.140

## ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

### YÖNTEM

#### 3.1. Araştırmanın Modeli

Bu çalışma, migren cerrahisine başvuran hastaların anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla yarı yapılandırılmış ankete dayalı kesitsel araştırma modeli kullanılarak yapılmıştır.

#### 3.2. Çalışma Grubu

		Normal Grup		Migrenli Grup		Migren Cerrahisi Düşünen Grup		p
		n	%	n	%	n	%	
Yaş grup	29 ve altı	7	%20,0	13	%37,1	5	%14,3	$X^2=5,751$ $p=0,219$
	30-39	13	%37,1	9	%25,7	12	%34,3	
	40 ve üstü	15	%42,9	13	%37,1	18	%51,4	
Cinsiyet	Erkek	10	%28,6	12	%34,3	5	%14,3	$X^2=3,889$ $p=0,143$
	Kadın	25	%71,4	23	%65,7	30	%85,7	
Doğum yeri	Ankara- izmir-İstanbul	14	%40,0	22	%62,9	8	%22,9	$X^2=13,107$ $p=0,011$
	Anadolu	19	%54,3	13	%37,1	26	%74,3	
	Yurtdışı	2	%5,7	0	%0,0	1	%2,9	
Eğitim düzeyi	İlköğretim (1-8 yıl)	3	%8,6	12	%34,3	3	%8,6	$X^2=36,803$ $p=0,000$
	Lise (9-11 yıl)	3	%8,6	6	%17,1	11	%31,4	
	Üniversite (12-15 yıl)	5	%14,3	11	%31,4	15	%42,9	
	Lisansüstü (16 yıl ve üstü)	24	%68,6	6	%17,1	6	%17,1	
Bmi grup	Zayıf	1	%2,9	1	%2,9	2	%5,7	$X^2=1,983$

	Normal	18	%51,4	20	%57,1	20	%57,1	p=0,921
	Hafif şişman	12	%34,3	12	%34,3	9	%25,7	
	Obez	4	%11,4	2	%5,7	4	%11,4	
Sosyo-ekonomik durum	Yetersiz	1	%2,9	1	%2,9	7	%20,0	<b>X<sup>2</sup>=10,950</b> <b>p=0,027</b>
	Orta	21	%60,0	26	%74,3	21	%60,0	
	İyi	13	%37,1	8	%22,9	7	%20,0	
Çalışma durumu	Çalışıyor	27	%77,1	19	%54,3	14	%40,0	<b>X<sup>2</sup>=10,033</b> <b>p=0,007</b>
	Çalışmıyor	8	%22,9	16	%45,7	21	%60,0	
Medeni durum	Bekar	8	%22,9	10	%28,6	4	%11,4	<b>X<sup>2</sup>=4,855</b> <b>p=0,302</b>
	Evli	26	%74,3	22	%62,9	27	%77,1	
	Diğer	1	%2,9	3	%8,6	4	%11,4	
Kiminle yaşadığı	Yalnız	1	%2,9	3	%8,6	2	%5,7	<b>X<sup>2</sup>=5,758</b> <b>p=0,451</b>
	Aile	33	%94,3	29	%82,9	31	%88,6	
	Aile dışı kişilerle	0	%0,0	3	%8,6	1	%2,9	
	Diğer	1	%2,9	0	%0,0	1	%2,9	

Yaş Grup açısından gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır ( $X^2=5,751$ ;  $p=0,219>0.05$ ).normal grup olanların 7'si (%20,0) 29 ve altı, 13'ünün (%37,1) 30-39, 15'i (%42,9) 40 ve üstü; grup migrenli grup olanların 13'ünün (%37,1) 29 ve altı, 9'unun (%25,7) 30-39, 13'ünün (%37,1) 40 ve üstü; migren cerrahisi düşünen grup olanların 5'i (%14,3) 29 ve altı, 12'si (%34,3) 30-39, 18'i (%51,4) 40 ve üstü olduğu görülmektedir.

Cinsiyet açısından gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır ( $X^2=3,889$ ;  $p=0,143>0.05$ ).normal grup olanların 10'unun (%28,6) erkek, 25'i (%71,4) kadın; grup migrenli grup olanların 12'si (%34,3) erkek, 23'ünün (%65,7) kadın; migren cerrahisi düşünen grup olanların 5'i (%14,3) erkek, 30'unun (%85,7) kadın olduğu görülmektedir.

Doğum Yeri açısından gruplar arasında anlamlı fark bulunmuştur ( $X^2=13,107$ ;  $p=0,011<0.05$ ).normal grup olanların 14'ünün (%40,0) ankara- izmir- istanbul,

19'unun (%54,3) anadolu, 2'si (%5,7) yurtdışı; grup migrenli grup olanların 22'si (%62,9) ankara- izmir- istanbul, 13'ünün (%37,1) anadolu; migren cerrahisi düşünen grup olanların 8'i (%22,9) ankara- izmir- istanbul, 26'sının (%74,3) anadolu, 1'i (%2,9) yurtdışı olduğu görülmektedir.

Eğitim Düzeyi açısından gruplar arasında anlamlı fark bulunmuştur ( $X^2=36,803$ ;  $p=0,000<0.05$ ).normal grup olanların 3'ünün (%8,6) ilköğretim (1-8 yıl), 3'ünün (%8,6) lise (9-11 yıl), 5'i (%14,3) Üniversite (12-15 yıl), 24'ünün (%68,6) lisansüstü (16 yıl ve üstü); migrenli grup olanların 12'si (%34,3) ilköğretim (1-8 yıl), 6'sının (%17,1) lise (9-11 yıl), 11'i (%31,4) Üniversite (12-15 yıl), 6'sının (%17,1) lisansüstü (16 yıl ve üstü); migren cerrahisi düşünen grup olanların 3'ünün (%8,6) ilköğretim (1-8 yıl), 11'i (%31,4) lise (9-11 yıl), 15'i (%42,9) Üniversite (12-15 yıl), 6'sının (%17,1) lisansüstü (16 yıl ve üstü) olduğu görülmektedir.

Bmi Grup açısından gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır ( $X^2=1,983$ ;  $p=0,921>0.05$ ).normal grup olanların 1'i (%2,9) zayıf, 18'i (%51,4) normal, 12'si (%34,3) hafif şişman, 4'ünün (%11,4) obez; grup migrenli grup olanların 1'i (%2,9) zayıf, 20'si (%57,1) normal, 12'si (%34,3) hafif şişman, 2'si (%5,7) obez; migren cerrahisi düşünen grup olanların 2'si (%5,7) zayıf, 20'si (%57,1) normal, 9'unun (%25,7) hafif şişman, 4'ünün (%11,4) obez olduğu görülmektedir.

Sosyo Ekonomik Durum açısından gruplar arasında anlamlı fark bulunmuştur ( $X^2=10,950$ ;  $p=0,027<0.05$ ). grup normal grup olanların 1'i (%2,9) yetersiz, 21'i (%60,0) orta, 13'ünün (%37,1) iyi; grup migrenli grup olanların 1'i (%2,9) yetersiz, 26'sının (%74,3) orta, 8'i (%22,9) iyi; grup migren cerrahisi düşünen grup olanların 7'si (%20,0) yetersiz, 21'i (%60,0) orta, 7'si (%20,0) iyi olduğu görülmektedir.

Çalışma Durumu açısından gruplar arasında anlamlı fark bulunmuştur ( $X^2=10,033$ ;  $p=0,007<0.05$ ). normal grup olanların 27'si (%77,1) çalışıyor, 8'i (%22,9) çalışmıyor; grup migrenli grup olanların 19'unun (%54,3) çalışıyor, 16'sı (%45,7) çalışmıyor; migren cerrahisi düşünen grup olanların 14'ünün (%40,0) çalışıyor, 21'i (%60,0) çalışmıyor olduğu görülmektedir.

Medeni Durum açısından gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır ( $X^2=4,855$ ;  $p=0,302>0.05$ ). normal grup olanların 8'i (%22,9) bekar, 26'sının (%74,3) evli, 1'i (%2,9) diğer; grup migrenli grup olanların 10'unun (%28,6) bekar, 22'si (%62,9) evli, 3'ünün (%8,6) diğer; migren cerrahisi düşünen grup olanların 4'ünün (%11,4) bekar, 27'si (%77,1) evli, 4'ünün (%11,4) diğer olduğu görülmektedir.

Kiminle Yaşadığı açısından gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır ( $X^2=5,758$ ;  $p=0,451>0.05$ ). normal grup olanların 1'i (%2,9) yalnız, 33'ünün (%94,3) aile, 1'i (%2,9) diğer; grup migrenli grup olanların 3'ünün (%8,6) yalnız, 29'unun (%82,9) aile, 3'ünün (%8,6) aile dışı kişilerle; migren cerrahisi düşünen grup olanların 2'si (%5,7) yalnız, 31'i (%88,6) aile, 1'i (%2,9) aile dışı kişilerle, 1'i (%2,9) diğer olduğu görülmektedir.

### **3.3. Araştırmanın Örneklemi**

Araştırmanın örneklemini, migren cerrahisine başvuran 35 migrenli birey, migren cerrahisine başvurmayan 35 migrenli birey ve migren sorunu olmayan 35 birey olmak üzere toplam 105 kişilik homojen bir gruptur.

### **3.3. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları**

Araştırmada kullanılan veriler dört ölçme aracı ile toplanmıştır.

#### **3.3.1. Sosyodemografik Veri Formu**

Sosyodemografik özelliklerin araştırıldığı formda kişilere yaş, boy, medeni durum, eğitim düzeyi, çocuk sayısı, ikamet yeri, gelir düzeyi, iş durumu, aktivitelerini engelleyecek baş ağrısı yaşayıp yaşamadıkları, migren tanısı alıp almadıkları, ağrı ataklarının sıklığı ve ağrıların iş-ev yaşamına etkileri ile ilgili sorular yöneltilmiştir.

#### **3.3.2. Beck Depresyon Envanteri**

Aaron Beck tarafından 1961 yılında geliştirilmiş, duygusal bilişsel, somatik ve motivasyonel bileşenleri ölçmeyi amaçlayan bir öz bildirim envanteridir. Envanterin temel amacı depresyon belirtilerini belirlemek olmakla birlikte bilişsel içeriğin de değerlendirilmesine de olanak verir. 21 maddeden oluşan ölçeğin on bir maddesi bilişleri, beş maddesi bedensel belirtileri, iki madde duyguları, ki madde davranışları, bir madde kişilerarası ilişkileri belirlemeye yöneliktir.

BDE' nin Türkiye'de iki uyarlaması bulunmaktadır. İlk olarak Tegin (1980) tarafından envanterin 1961'de oluşturulmuş formunun uyarlaması yapılmıştır. Ardından Hisli (1988) tarafından, envanterin 1978'de revize edilmiş formu Türkiye'ye uyarlanmıştır.

Hisli'nin (1988) poliklinik hastaları ile yaptığı geçerlik güvenilirlik çalışmasında, 17 ve üstündeki BDE puanlarının, tedavi gerektirebilecek depresyonu %90 üzerinde bir oranla ayırt edebildiği gözlemlenmiştir.

Envanterin uygulanışı sırasında, her bir maddeye 0-3 aralığında puanlar verilerek, 0-63 aralığında değişen bir skor elde edilir (Sorias, 1998). Envanterin, Türkiye için geçerlik ve güvenilirliği Hisli (1988) tarafından yapılmış ve ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0.80 olarak bulunmuştur.

### **3.3.3. Beck Anksiyete Ölçeği**

Beck ve arkadaşları (1988) tarafından geliştirilen, bireylerin yaşadığı anksiyete belirtilerinin sıklığının belirlenmesi amacıyla kullanılan kendini değerlendirme ölçeğidir.

Grup olarak uygulanabilir. Ergenlere ve erişkinlere uygulanır. Zaman sınırlaması yoktur. 21 maddeden oluşan Likert tipi bir ölçektir. Bireylerin kendi kendine cevaplandırabilecekleri, uygulanışı kolay bir ölçektir. Formun başında nasıl yanıtlanabileceğine dair bilgi vardır. Her madde için "Hiç", "Hafif derecede", "Orta derecede", "Ciddi derecede" seçeneklerinden birinin seçilmesi ve işaretlenmesi istenir. Verilen cevaplara 0 ile 3 arasında değişen puanlar verilir. Puan aralığı 0-63'tür. Maksimum puan 63'tür. Ölçekten alınan toplam puanların yüksekliği, bireyin yaşadığı anksiyetenin şiddetini gösterir. Özgün adı "Beck Anxiety Inventory" (BAI)'dir. Türkiye'de geçerlik ve güvenilirliği Mustafa Ulusoy, Nesrin Şahin ve Hüsnu Erkmen (1998) tarafından yapılmıştır.

### **3.3.4. Mf07-01 Çalışması Yaşam Kalitesi (Sf36) Formu**

Yaşam kalitesi ölçekleri içinde jenerik ölçek özelliğine sahip ve geniş açılı ölçüm sağlayan Kısa Form 36; Rand Corporation tarafından 1992 yılında geliştirilmiş ve kullanıma sunulmuştur. Ölçek geliştirilirken kısa, kolay uygulanabilir olmasının yanı sıra çok geniş bir kullanım yelpazesine sahip olması da amaçlanmıştır. 1990 yılında başlayan çalışmalarda 149 madde ile yola çıkılmış 22000'i aşkın kişi üzerinde yapılan çalışmalarda faktör analizi ile önce 20 maddeli biçimi olan SF-20 hazırlanmıştır. Ancak psikometrik özelliklerin ve kapsamının artırılması amacıyla 36 maddeye çıkarılarak SF-36 oluşturulmuştur.

SF-36'nın özelliklerinin başında bir kendini değerlendirme ölçeği olması gelmektedir. Beş dakika gibi kısa bir sürede doldurulabilmesi, sağlık durumunun olumsuz olduğu



kadar olumlu yönlerini de değerlendirebilmesi ölçeğin avantajları arasında sayılmaktadır. Ölçek 36 maddeden oluşmaktadır ve bunlar 8 boyutun ölçümünü sağlamaktadır; fiziksel fonksiyon (10 madde), sosyal fonksiyon (2 madde), fiziksel fonksiyonlara bağlı rol kısıtlılıkları (4 madde), emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları (3 madde), mental sağlık (5 madde), enerji/vitalite (4 madde), ağrı (2 madde) ve sağlığın genel algılanması (5 madde).

Ölçek son 4 hafta göz önüne alınarak değerlendirilmektedir. Akut biçimini oluşturmak amacıyla son 1 haftayı değerlendiren bir formu da uygulanmıştır. Değerlendirme 4. ve 5. maddeler dışında likert tipi (üçlü-altılı) yapılmaktadır; 4. ve 5. maddeler evet/hayır biçiminde yanıtlanmaktadır. Ölçek yalnızca tek bir toplam puan vermek yerine her bir alt ölçek için ayrı ayrı toplam puan vermektedir. Alt ölçekler sağlığı 0 ile 100 arasında değerlendirmektedir ve 0 kötü sağlık durumunu içerirken, 100 iyi sağlık durumuna işaret etmektedir.

### **3.4. Verilerin Toplanması**

Migren ve migren cerrahisi hastalarının üyesi olduğu sosyal medya platformunda migreni olup migren cerrahisi düşünen ve migreni olup migren cerrahisi düşünmeyen hasta grubuna ulaşıldı. Migren dahil herhangi bir nörolojik problemi olmayan grubun verileri ise etrafındaki çalışmaya katılmayı kabul eden migren dahil nörolojik problem öyküsü olmayan bireylerden toplandı. Ölçeklerin uygulama süresi yaklaşık 15-20 dakika arasında olduğu gözlenmiştir. Ölçekler internet ortamına Google Docs kullanılarak konmuştur ve katılımcılar internet ortamındayken cevaplamışlardır. 6 aylık bir süre içinde çeşitli defalar anket gönderimi yapılmıştır. Anket tanıtımı, gönderimi yapılmadığı günlerde de hastaların soruları, yorumları takip edilerek, uzun dönemli hastalarla karşılaşıldığı zaman da özellikle onlara direk anketi de paylaşarak araştırmaya katılım rica edilmiştir.

### **3.5. Veri Analiz Teknikleri**

Kullanılan ölçme aracıyla elde edilen veriler, alt amaçlara uygun istatistiksel tekniklerle analiz edilmiştir. Katılımcılara uygulanan ölçeklerden elde edilen veriler kodlanarak, SPSS (Statistical Package For Social Sciences) 11,5 windows paket programı kullanılarak bilgisayar ortamına aktarılmış ve istatistiksel işlemlere tabi tutulmuştur.

## DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

### BULGULAR

Tablo 4.1:Sosyo-Demografik Özellikler

		Normal Grup		Migrenli Grup		Migren Cerrahisi Düşünen Grup		p
		n	%	n	%	n	%	
Yaş grup	29 ve altı	7	%20,0	13	%37,1	5	%14,3	$X^2=5,751$ $p=0,219$
	30-39	13	%37,1	9	%25,7	12	%34,3	
	40 ve üstü	15	%42,9	13	%37,1	18	%51,4	
Cinsiyet	Erkek	10	%28,6	12	%34,3	5	%14,3	$X^2=3,889$ $p=0,143$
	Kadın	25	%71,4	23	%65,7	30	%85,7	
Eğitim düzeyi	İlköğretim (1-8 yıl)	3	%8,6	12	%34,3	3	%8,6	$X^2=36,803$ $p=0,000$
	Lise (9-11 yıl)	3	%8,6	6	%17,1	11	%31,4	
	Üniversite (12-15 yıl)	5	%14,3	11	%31,4	15	%42,9	
	Lisansüstü (16 yıl ve üstü)	24	%68,6	6	%17,1	6	%17,1	
Bmi grup	Zayıf	1	%2,9	1	%2,9	2	%5,7	$X^2=1,983$ $p=0,921$
	Normal	18	%51,4	20	%57,1	20	%57,1	
	Hafif şişman	12	%34,3	12	%34,3	9	%25,7	
	Obez	4	%11,4	2	%5,7	4	%11,4	
Sosyo-ekonomik durum	Yetersiz	1	%2,9	1	%2,9	7	%20,0	$X^2=10,950$ $p=0,027$
	Orta	21	%60,0	26	%74,3	21	%60,0	
	İyi	13	%37,1	8	%22,9	7	%20,0	
Çalışma durumu	Çalışıyor	27	%77,1	19	%54,3	14	%40,0	$X^2=10,033$ $p=0,007$
	Çalışmıyor	8	%22,9	16	%45,7	21	%60,0	

Medeni durum	Bekar	8	%22,9	10	%28,6	4	%11,4	$X^2=4,855$ $p=0,302$
	Evli	26	%74,3	22	%62,9	27	%77,1	
	Diğer	1	%2,9	3	%8,6	4	%11,4	
Kiminle yaşadığı	Yalnız	1	%2,9	3	%8,6	2	%5,7	$X^2=5,758$ $p=0,451$
	Aile	33	%94,3	29	%82,9	31	%88,6	
	Aile dışı kişilerle	0	%0,0	3	%8,6	1	%2,9	
	Diğer	1	%2,9	0	%0,0	1	%2,9	

Yaş Grup açısından gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır ( $X^2=5,751$ ;  $p=0,219>0.05$ ).normal grup olanların 7'si (%20,0) 29 ve altı, 13'ünün (%37,1) 30-39, 15'i (%42,9) 40 ve üstü; grup migrenli grup olanların 13'ünün (%37,1) 29 ve altı, 9'unun (%25,7) 30-39, 13'ünün (%37,1) 40 ve üstü; migren cerrahisi düşünen grup olanların 5'i (%14,3) 29 ve altı, 12'si (%34,3) 30-39, 18'i (%51,4) 40 ve üstü olduğu görülmektedir.

Cinsiyet açısından gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır ( $X^2=3,889$ ;  $p=0,143>0.05$ ).normal grup olanların 10'unun (%28,6) erkek, 25'i (%71,4) kadın; grup migrenli grup olanların 12'si (%34,3) erkek, 23'ünün (%65,7) kadın; migren cerrahisi düşünen grup olanların 5'i (%14,3) erkek, 30'unun (%85,7) kadın olduğu görülmektedir.

Eğitim Düzeyi açısından gruplar arasında anlamlı fark bulunmuştur ( $X^2=36,803$ ;  $p=0,000<0.05$ ).normal grup olanların 3'ünün (%8,6) ilköğretim (1-8 yıl), 3'ünün (%8,6) lise (9-11 yıl), 5'i (%14,3) Üniversite (12-15 yıl), 24'ünün (%68,6) lisansüstü (16 yıl ve üstü); migrenli grup olanların 12'si (%34,3) ilköğretim (1-8 yıl), 6'sının (%17,1) lise (9-11 yıl), 11'i (%31,4) Üniversite (12-15 yıl), 6'sının (%17,1) lisansüstü (16 yıl ve üstü); migren cerrahisi düşünen grup olanların 3'ünün (%8,6) ilköğretim (1-8 yıl), 11'i (%31,4) lise (9-11 yıl), 15'i (%42,9) Üniversite (12-15 yıl), 6'sının (%17,1) lisansüstü (16 yıl ve üstü) olduğu görülmektedir.

Bmi Grup açısından gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır ( $X^2=1,983$ ;  $p=0,921>0.05$ ).normal grup olanların 1'i (%2,9) zayıf, 18'i (%51,4) normal, 12'si (%34,3) hafif şişman, 4'ünün (%11,4) obez; grup migrenli grup olanların 1'i (%2,9) zayıf, 20'si (%57,1) normal, 12'si (%34,3) hafif şişman, 2'si (%5,7) obez; migren

cerrahisi düşünen grup olanların 2'si (%5,7) zayıf, 20'si (%57,1) normal, 9'unun (%25,7) hafif şişman, 4'ünün (%11,4) obez olduğu görülmektedir.

Sosyo Ekonomik Durum açısından gruplar arasında anlamlı fark bulunmuştur ( $X^2=10,950$ ;  $p=0,027<0.05$ ). grup normal grup olanların 1'i (%2,9) yetersiz, 21'i (%60,0) orta, 13'ünün (%37,1) iyi; grup migrenli grup olanların 1'i (%2,9) yetersiz, 26'sının (%74,3) orta, 8'i (%22,9) iyi; grup migren cerrahisi düşünen grup olanların 7'si (%20,0) yetersiz, 21'i (%60,0) orta, 7'si (%20,0) iyi olduğu görülmektedir.

Çalışma Durumu açısından gruplar arasında anlamlı fark bulunmuştur ( $X^2=10,033$ ;  $p=0,007<0.05$ ). normal grup olanların 27'si (%77,1) çalışıyor, 8'i (%22,9) çalışmıyor; grup migrenli grup olanların 19'unun (%54,3) çalışıyor, 16'sı (%45,7) çalışmıyor; migren cerrahisi düşünen grup olanların 14'ünün (%40,0) çalışıyor, 21'i (%60,0) çalışmıyor olduğu görülmektedir.

Medeni Durum açısından gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır ( $X^2=4,855$ ;  $p=0,302>0.05$ ). normal grup olanların 8'i (%22,9) bekar, 26'sının (%74,3) evli, 1'i (%2,9) diğer; grup migrenli grup olanların 10'unun (%28,6) bekar, 22'si (%62,9) evli, 3'ünün (%8,6) diğer; migren cerrahisi düşünen grup olanların 4'ünün (%11,4) bekar, 27'si (%77,1) evli, 4'ünün (%11,4) diğer olduğu görülmektedir.

Kiminle Yaşadığı açısından gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır ( $X^2=5,758$ ;  $p=0,451>0.05$ ). normal grup olanların 1'i (%2,9) yalnız, 33'ünün (%94,3) aile, 1'i (%2,9) diğer; grup migrenli grup olanların 3'ünün (%8,6) yalnız, 29'unun (%82,9) aile, 3'ünün (%8,6) aile dışı kişilerle; migren cerrahisi düşünen grup olanların 2'si (%5,7) yalnız, 31'i (%88,6) aile, 1'i (%2,9) aile dışı kişilerle, 1'i (%2,9) diğer olduğu görülmektedir.

**Tablo 4.2: Yaş ve Vücut Bulguları**

	Normal Grup		Migrenli Grup		Migren Cerrahisi Düşünen Grup		F	p
	Ort	Ss	Ort	Ss	Ort	Ss		
Yaş	37,630	9,711	35,260	11,257	38,940	8,616	1,241	0,293
Boy	166,310	6,751	166,510	7,159	164,630	8,555	0,663	0,518
Kilo	67,510	13,872	66,740	9,745	66,460	13,669	0,066	0,936
Bmi	24,300	4,045	24,144	3,679	24,570	5,034	0,088	0,916

Yaş, Boy, Kilo, Bmi açısından gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

**Tablo 4.3: Klinik Bulgular**

		Normal Grup		Migrenli Grup		Migren Cerrahisi Düşünen Grup		p
		N	%	n	%	n	%	
Ağrı atağı sıklığı	Günde birçok kez	0	%0,0	2	%5,7	4	%11,4	$\chi^2=39,505$ $p=0,000$
	Haftada birçok kez	1	%2,9	11	%31,4	16	%45,7	
	Ayda 1-4 kez	14	%40,0	20	%57,1	8	%22,9	
	Ayda birçok kez	20	%57,1	2	%5,7	7	%20,0	
Ağrıların ev iş yaşamına etkisi	İşime devam ederim	28	%80,0	7	%20,0	0	%0,0	$\chi^2=58,841$ $p=0,000$
	İşe dikkatimi veremem	6	%17,1	15	%42,9	13	%37,1	
	İşlerimi iptal ederim	1	%2,9	13	%37,1	22	%62,9	
Tanı konmuş psikiyatrik hastalık	Yok	33	%94,3	32	%91,4	31	%88,6	$\chi^2=0,729$ $p=0,694$
	Var	2	%5,7	3	%8,6	4	%11,4	
Kullandığınız psikiyatri ilacı	Yok	35	%100,0	32	%91,4	25	%71,4	$\chi^2=13,871$ $p=0,001$
	Var	0	%0,0	3	%8,6	10	%28,6	
Ailede psikiyatrik	Yok	34	%97,1	29	%82,9	34	%97,1	$\chi^2=6,765$

hastalık	Var	1	%2,9	6	%17,1	1	%2,9	<b>p=0,034</b>
Mevcut tıbbi bir hastalık	Yok	28	%80,0	26	%74,3	23	%65,7	X <sup>2</sup> =1,851 p=0,396
	Var	7	%20,0	9	%25,7	12	%34,3	
İntihar öyküsü	Evet	34	%97,1	32	%91,4	29	%82,9	X <sup>2</sup> =4,200 p=0,122
	Hayır	1	%2,9	3	%8,6	6	%17,1	

Ağrı Atağı Sıklığı açısından gruplar arasında anlamlı fark bulunmuştur (X<sup>2</sup>=39,505; p=0,000<0.05). normal grup olanların 1'i (%2,9) haftada birçok kez, 14'ünün (%40,0) ayda 1-4 kez, 20'si (%57,1) ayda birçok kez; grup migrenli grup olanların 2'si (%5,7) günde birçok kez, 11'i (%31,4) haftada birçok kez, 20'si (%57,1) ayda 1-4 kez, 2'si (%5,7) ayda birçok kez; migren cerrahisi düşünen grup olanların 4'ünün (%11,4) günde birçok kez, 16'sının (%45,7) haftada birçok kez, 8'i (%22,9) ayda 1-4 kez, 7'si (%20,0) ayda birçok kez olduğu görülmektedir.

Ağrıların Ev İş Yaşamına Etkisi açısından gruplar arasında anlamlı fark bulunmuştur (X<sup>2</sup>=58,841; p=0,000<0.05). normal grup olanların 28'i (%80,0) işime devam ederim, 6'sının (%17,1) işe dikkatimi veremem, 1'i (%2,9) işlerimi iptal ederim; grup migrenli grup olanların 7'si (%20,0) işime devam ederim, 15'i (%42,9) işe dikkatimi veremem, 13'ünün (%37,1) işlerimi iptal ederim; migren cerrahisi düşünen grup olanların 13'ünün (%37,1) işe dikkatimi veremem, 22'si (%62,9) işlerimi iptal ederim olduğu görülmektedir.

Tanı Konmuş Psikiyatrik Hastalık açısından gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır (X<sup>2</sup>=0,729; p=0,694>0.05). normal grup olanların 33'ünün (%94,3) yok, 2'si (%5,7) var; grup migrenli grup olanların 32'si (%91,4) yok, 3'ünün (%8,6) var; migren cerrahisi düşünen grup olanların 31'i (%88,6) yok, 4'ünün (%11,4) var olduğu görülmektedir.

Kullandığınız Psikiyatri İlacı açısından gruplar arasında anlamlı fark bulunmuştur (X<sup>2</sup>=13,871; p=0,001<0.05). normal grup olanların 35'i (%100,0) yok; grup migrenli grup olanların 32'si (%91,4) yok, 3'ünün (%8,6) var; migren cerrahisi düşünen grup olanların 25'i (%71,4) yok, 10'unun (%28,6) var olduğu görülmektedir.

Ailede Psikiyatrik Hastalık açısından gruplar arasında anlamlı fark bulunmuştur ( $X^2=6,765$ ;  $p=0,034<0.05$ ). normal grup olanların 34'ünün (%97,1) yok, 1'i (%2,9) var; grup migrenli grup olanların 29'unun (%82,9) yok, 6'sının (%17,1) var; migren cerrahisi düşünen grup olanların 34'ünün (%97,1) yok, 1'i (%2,9) var olduğu görülmektedir.

Mevcut Tıbbi Bir Hastalık açısından gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır ( $X^2=1,851$ ;  $p=0,396>0.05$ ). normal grup olanların 28'i (%80,0) yok, 7'si (%20,0) var; grup migrenli grup olanların 26'sının (%74,3) yok, 9'unun (%25,7) var; migren cerrahisi düşünen grup olanların 23'ünün (%65,7) yok, 12'si (%34,3) var olduğu görülmektedir.

İntihar Öyküsü açısından gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır ( $X^2=4,200$ ;  $p=0,122>0.05$ ). normal grup olanların 34'ünün (%97,1) evet, 1'i (%2,9) hayır; grup migrenli grup olanların 32'si (%91,4) evet, 3'ünün (%8,6) hayır; migren cerrahisi düşünen grup olanların 29'unun (%82,9) evet, 6'sının (%17,1) hayır olduğu görülmektedir.

**Tablo 4.4: Gruplara Göre Anksiyete, Depresyon ve SF-36 Bulguları**

	Normal Grup (1)		Migrenli Grup (2)		Migren Cerrahisi Düşünen Grup (3)		F	p	Fark
	Ort	Ss	Ort	Ss	Ort	Ss			
Anksiyete	11,060	10,960	15,000	9,393	19,910	11,620	6,021	<b>0,003</b>	<b>3 &gt; 1</b>
Depresyon	9,290	9,761	13,140	9,795	20,230	10,514	10,719	<b>0,000</b>	<b>3 &gt; 1</b> <b>3 &gt; 2</b>
Fiziksel Fonksiyonellik	73,714	25,877	75,714	17,579	68,143	19,444	1,191	0,308	
Fiziksel Rol	69,286	35,915	48,571	41,983	20,000	36,279	14,719	<b>0,000</b>	<b>1 &gt; 3</b> <b>2 &gt; 3</b>
Bedensel Ağrı	31,057	25,545	44,714	18,485	56,629	17,862	13,091	<b>0,000</b>	<b>2 &gt; 1</b> <b>3 &gt; 1</b>
Genel Sağlık	60,086	11,658	57,086	10,486	61,686	8,087	1,840	0,164	
Canlılık	50,714	15,394	47,571	12,270	47,143	10,094	0,816	0,445	

Sosyal Fonksiyonellik	49,643	18,060	50,714	17,663	51,071	15,861	0,065	0,937	
Duygusal Rol	57,143	44,700	44,762	43,494	22,857	35,948	6,108	<b>0,003</b>	<b>1 &gt; 3</b>
Ruh Sağlığı	52,229	15,307	52,229	8,398	50,629	9,046	0,232	0,794	

Araştırmaya katılanların anksiyete ortalamalarının grup değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $F=6,021$ ;  $p=0,003<0.05$ ). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Migren cerrahisi düşünen grup olan katılımcıların anksiyete puanları ( $19,910 \pm 11,620$ ), Normal grup olan katılımcıların anksiyete puanlarından ( $11,060 \pm 10,960$ ) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılanların depresyon puanları ortalamalarının grup değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $F=10,719$ ;  $p=0,000<0.05$ ). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Migren cerrahisi düşünen grup olan katılımcıların depresyon puanları ( $20,230 \pm 10,514$ ), Normal grup olan katılımcıların depresyon puanlarından ( $9,290 \pm 9,761$ ) yüksek bulunmuştur. Migren cerrahisi düşünen grup olan katılımcıların depresyon puanları ( $20,230 \pm 10,514$ ), Migrenli grup olan katılımcıların depresyon puanlarından ( $13,140 \pm 9,795$ ) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılanların fiziksel rol puanları ortalamalarının grup değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $F=14,719$ ;  $p=0,000<0.05$ ). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Normal grup olan katılımcıların fiziksel rol puanları ( $69,286 \pm 35,915$ ), Migren cerrahisi düşünen grup olan katılımcıların fiziksel rol puanlarından ( $20,000 \pm 36,279$ ) yüksek bulunmuştur. Migrenli grup olan katılımcıların fiziksel rol puanları ( $48,571 \pm 41,983$ ), Migren cerrahisi düşünen grup olan katılımcıların fiziksel rol puanlarından ( $20,000 \pm 36,279$ ) yüksek bulunmuştur.



Araştırmaya katılanların bedensel ağrı puanları ortalamalarının grup değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $F=13,091$ ;  $p=0,000<0.05$ ). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Migrenli grup olan katılımcıların bedensel ağrı puanları ( $44,714 \pm 18,485$ ), Normal grup olan katılımcıların bedensel ağrı puanlarından ( $31,057 \pm 25,545$ ) yüksek bulunmuştur. Migren cerrahisi düşünen grup olan katılımcıların bedensel ağrı puanları ( $56,629 \pm 17,862$ ), Normal grup olan katılımcıların bedensel ağrı puanlarından ( $31,057 \pm 25,545$ ) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılanların duygusal rol puanları ortalamalarının grup değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $F=6,108$ ;  $p=0,003<0.05$ ). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Normal grup olan katılımcıların duygusal rol puanları ( $57,143 \pm 44,700$ ), Migren cerrahisi düşünen grup olan katılımcıların duygusal rol puanlarından ( $22,857 \pm 35,948$ ) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılanların fiziksel fonksiyonellik, genel sağlık, canlılık, sosyal fonksiyonellik, ruh sağlığı puanları ortalamalarının grup değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

**Tablo 4.5: Anksiyete Düzeyleri**

	Normal Grup		Migrenli Grup		Migren Cerrahisi Düşünen Grup		p
	n	%	n	%	n	%	
Anksiyete Yok	20	%57,1	6	%17,1	6	%17,1	<b><math>X^2=23,837</math> <math>p=0,001</math></b>
Hafif Düzeyde Anksiyete	6	%17,1	16	%45,7	8	%22,9	
Orta Düzeyde Anksiyete	4	%11,4	7	%20,0	13	%37,1	

Şiddetli Düzeyde Anksiyete	5	%14,3	6	%17,1	8	%22,9	
----------------------------	---	-------	---	-------	---	-------	--

Anksiyete açısından gruplar arasında anlamlı fark bulunmuştur ( $X^2=23,837$ ;  $p=0,001<0.05$ ). normal grup olanların 20'si (%57,1) anksiyete yok, 6'sının (%17,1) hafif düzeyde anksiyete, 4'ünün (%11,4) orta düzeyde anksiyete, 5'i (%14,3) şiddetli düzeyde anksiyete; migrenli grup olanların 6'sının (%17,1) anksiyete yok, 16'sının (%45,7) hafif düzeyde anksiyete, 7'si (%20,0) orta düzeyde anksiyete, 6'sının (%17,1) şiddetli düzeyde anksiyete; migren cerrahisi düşünen grup olanların 6'sının (%17,1) anksiyete yok, 8'i (%22,9) hafif düzeyde anksiyete, 13'ünün (%37,1) orta düzeyde anksiyete, 8'i (%22,9) şiddetli düzeyde anksiyete olduğu görülmektedir.

**Tablo 4.6: Depresyon Düzeyleri**

	Normal grup		Migrenli grup		Migren cerrahisi düşünen grup		p
	N	%	n	%	n	%	
<b>Depresyon yok (&lt;17)</b>	30	% 85,7	26	% 74,3	17	% 48,6	<b><math>X^2=11,956</math> <math>p=0,003</math></b>
<b>Depresyon var (&gt;=17)</b>	5	% 14,3	9	% 25,7	18	% 51,4	

Depresyon açısından gruplar arasında anlamlı fark bulunmuştur ( $X^2=11,956$ ;  $p=0,003<0.05$ ). normal grup olanların 30'unun (%85,7) depresyon yok, 5'inin (%14,3) depresyon var; migrenli olanların 26'sının (%74,3) depresyon yok, 9'unun (%25,7) depresyon var; migren cerrahisi düşünenlerin 17'sinin (%48,6) depresyon yok, 18'inin (%51,4) depresyon var olduğu görülmektedir.

**Tablo 4.7: Anksiyete ile Depresyon İlişkinine İlişkin Pearson Korelasyon Analizi**

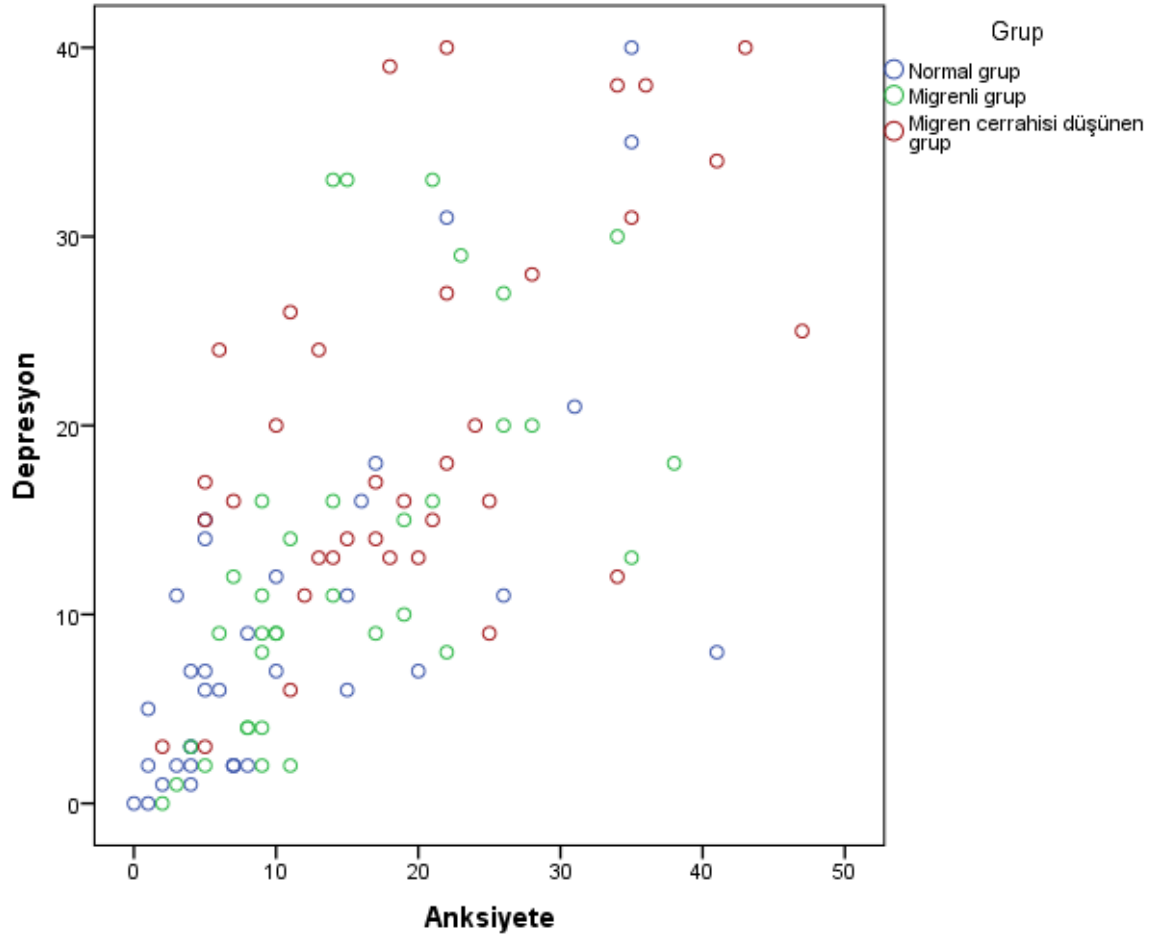
	Normal Grup		Migrenli Grup		Migren Cerrahisi Düşünen Grup	
	r	p	r	p	r	p

Depresyon - Anksiyete	0,719	<b>0,000</b>	0,610	<b>0,000</b>	0,587	<b>0,000</b>
-----------------------	-------	--------------	-------	--------------	-------	--------------

Normal grupta depresyon ile anksiyete arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında %71,9 düzeyinde pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. ( $r=0,719$ ;  $p=0,000<0,05$ ). Buna göre depresyon düzeyi arttıkça anksiyete düzeyi de artmaktadır.

Migrenli grupta depresyon ile anksiyete arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında %61,0 düzeyinde pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. ( $r=0,610$ ;  $p=0,000<0,05$ ). Buna göre depresyon düzeyi arttıkça anksiyete düzeyi de artmaktadır.

Migren cerrahisi düşünen grupta depresyon ile anksiyete arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında %58,7 düzeyinde pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. ( $r=0,587$ ;  $p=0,000<0,05$ ). Buna göre depresyon düzeyi arttıkça anksiyete düzeyi de artmaktadır.



**Tablo 4.8: Anksiyete ve Depresyon ile SF-36 İlişisine İlişkin Pearson Korelasyon Analizi**

	Normal Grup				Migrenli Grup				Migren Cerrahisi Düşünen Grup			
	Anksiyete		Depresyon		Anksiyete		Depresyon		Anksiyete		Depresyon	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
Fiziksel fonksiyonellik	-0,125	0,475	-0,178	0,305	-0,126	0,469	-0,292	0,089	-0,248	0,151	-0,453	<b>0,006</b>
Fiziksel rol	-0,136	0,438	-0,306	0,074	-0,151	0,386	-0,395	<b>0,019</b>	-0,132	0,450	-0,082	0,641
Bedensel ağrı	0,206	0,236	0,171	0,325	0,359	<b>0,034</b>	0,326	0,056	0,149	0,392	0,282	0,101
Genel sağlık	-0,015	0,933	0,157	0,366	0,044	0,800	-0,065	0,709	-0,256	0,137	0,066	0,708
Canlılık	-0,069	0,693	-0,048	0,783	-0,171	0,326	-0,034	0,847	0,035	0,840	-0,042	0,810
Sosyal fonksiyonellik	-0,199	0,253	-0,135	0,439	0,097	0,577	0,033	0,849	-0,033	0,849	-0,116	0,506
Duygusal rol	-0,475	<b>0,004</b>	-0,405	<b>0,016</b>	-0,348	<b>0,041</b>	-0,315	0,066	-0,296	0,085	-0,237	0,170
Ruh sağlığı	-0,139	0,426	-0,133	0,447	-0,259	0,132	-0,235	0,174	-0,602	<b>0,000</b>	-0,496	<b>0,002</b>

Normal grupta duygusal rol ile anksiyete arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında %47,5 düzeyinde negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. ( $r=-0,475$ ;  $p=0,004<0,05$ ). Buna göre duygusal rol düzeyi arttıkça anksiyete düzeyi azalmaktadır. Duygusal rol ile depresyon arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında %40,5 düzeyinde negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. ( $r=-0,405$ ;  $p=0,016<0,05$ ). Buna göre duygusal rol düzeyi arttıkça depresyon düzeyi azalmaktadır.

Migrenli grupta bedensel ağrı ile anksiyete arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında %35,9 düzeyinde pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. ( $r=0,359$ ;  $p=0,034<0,05$ ). Buna göre bedensel ağrı düzeyi arttıkça anksiyete düzeyi de artmaktadır. Duygusal rol ile anksiyete arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında %34,8 düzeyinde negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. ( $r=-0,348$ ;  $p=0,041<0,05$ ). Buna göre duygusal rol düzeyi arttıkça anksiyete düzeyi azalmaktadır. Fiziksel rol ile depresyon arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında %39,5 düzeyinde negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. ( $r=-0,395$ ;  $p=0,019<0,05$ ). Buna göre fiziksel rol düzeyi arttıkça depresyon düzeyi azalmaktadır.

Migren cerrahisi düşünülen grupta ruh sağlığı ile anksiyete arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında %60,2 düzeyinde negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. ( $r=-0,602$ ;  $p=0,000<0,05$ ). Buna göre ruh sağlığı düzeyi arttıkça anksiyete düzeyi azalmaktadır. Fiziksel fonksiyonellik ile depresyon arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında %45,3 düzeyinde negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. ( $r=-0,453$ ;  $p=0,006<0,05$ ). Buna göre fiziksel fonksiyonellik düzeyi arttıkça depresyon düzeyi azalmaktadır. Ruh sağlığı ile depresyon arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında %49,6 düzeyinde negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. ( $r=-0,496$ ;  $p=0,002<0,05$ ). Buna göre ruh sağlığı düzeyi arttıkça depresyon düzeyi azalmaktadır.

Diğer korelasyonlara istatistiksel olarak anlamlı değildi. ( $p>0,05$ ).

**Tablo 4.9: Anksiyete, Depresyon Ve SF-36 Düzeylerinin Cinsiyete Değişkenine Göre Dağılımı**

		N	Ort	Ss	t	p
Anksiyete	Erkek	27	12,700	10,557	-1,417	0,160
	Kadın	78	16,230	11,342		
Depresyon	Erkek	27	11,810	8,793	-1,331	0,186
	Kadın	78	15,050	11,507		
Fiziksel Fonksiyonellik	Erkek	27	77,222	21,765	1,335	0,185
	Kadın	78	70,897	21,040		
Fiziksel Rol	Erkek	27	55,556	42,366	1,355	0,178
	Kadın	78	42,628	42,851		
Bedensel Ağrı	Erkek	27	33,519	24,194	-2,848	0,010
	Kadın	78	47,808	21,861		
Genel Sağlık	Erkek	27	58,185	10,881	-0,841	0,402
	Kadın	78	60,115	10,072		
Canlılık	Erkek	27	48,704	14,845	0,107	0,915
	Kadın	78	48,397	12,047		
Sosyal Fonksiyonellik	Erkek	27	46,759	19,792	-1,318	0,191
	Kadın	78	51,763	15,955		
Duygusal Rol	Erkek	27	59,259	40,650	2,508	0,014
	Kadın	78	35,470	43,091		
Ruh Sağlığı	Erkek	27	52,741	13,315	0,557	0,578
	Kadın	78	51,333	10,542		

Araştırmaya katılanların bedensel ağrı puanları ortalamalarının cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $t=-2.848$ ;  $p=0.010<0,05$ ). Kadın katılımcıların bedensel ağrı puanları (47,808), erkek katılımcıların bedensel ağrı puanlarından (33,519) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılanların duygusal rol puanları ortalamalarının cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $t=2.508$ ;  $p=0.014<0,05$ ). Erkek katılımcıların duygusal rol puanları (59,259), kadın katılımcıların duygusal rol puanlarından (35,470) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılanların anksiyete, depresyon, fiziksel fonksiyonellik, fiziksel rol, genel sağlık, canlılık, sosyal fonksiyonellik, ruh sağlığı puanları ortalamalarının cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

**Tablo 4.10: Anksiyete, Depresyon Ve SF-36 Düzeylerinin Doğum Yeri Değişkenine Göre Dağılımı**

		N	Ort	Ss	t	p
Anksiyete	Ankara- İzmir- İstanbul	44	15,110	11,404	-0,230	0,819
	Anadolu	58	15,620	10,772		
Depresyon	Ankara- İzmir- İstanbul	44	13,140	11,249	-0,922	0,358
	Anadolu	58	15,100	10,204		
Fiziksel Fonksiyonellik	Ankara- İzmir- İstanbul	44	72,614	24,860	-0,114	0,909
	Anadolu	58	73,103	18,492		
Fiziksel Rol	Ankara- İzmir- İstanbul	44	52,841	40,783	1,543	0,126
	Anadolu	58	39,655	44,187		
Bedensel Ağrı	Ankara- İzmir- İstanbul	44	40,932	23,011	-1,254	0,213
	Anadolu	58	46,672	22,825		
Genel Sağlık	Ankara- İzmir- İstanbul	44	58,955	10,565	-0,353	0,725
	Anadolu	58	59,655	9,397		
Canlılık	Ankara- İzmir- İstanbul	44	48,409	12,703	-0,235	0,815
	Anadolu	58	48,966	11,190		
Sosyal	Ankara- İzmir- İstanbul	44	49,716	16,941	-0,455	0,650



Fonksiyonellik	Anadolu	58	51,293	17,629		
Duygusal Rol	Ankara- İzmir- İstanbul	44	45,455	44,368	0,733	0,466
	Anadolu	58	39,081	42,869		
Ruh Sağlığı	Ankara- İzmir- İstanbul	44	51,909	10,078	-0,213	0,832
	Anadolu	58	52,345	10,363		

Araştırmaya katılanların anksiyete, depresyon, fiziksel fonksiyonellik, fiziksel rol, bedensel ağrı, genel sağlık, canlılık, sosyal fonksiyonellik, duygusal rol, ruh sağlığı puanları ortalamalarının doğum yeri değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

**Tablo 4.11: Anksiyete, Depresyon Ve SF-36 Düzeylerinin Yaş Grubu Değişkenine Göre Dağılımı**

		N	Ort	Ss	F	p
Anksiyete	29 Ve Altı	25	20,240	12,255	3,973	<b>0,022</b>
	30-39	34	15,380	10,395		
	40 Ve üstü	46	12,610	10,476		
Depresyon	29 Ve Altı	25	16,760	12,557	0,887	0,415
	30-39	34	13,350	10,680		
	40 Ve üstü	46	13,480	10,171		
Fiziksel Fonksiyonellik	29 Ve Altı	25	80,400	18,367	2,945	0,057
	30-39	34	73,088	16,191		
	40 Ve üstü	46	67,826	24,892		
Fiziksel Rol	29 Ve Altı	25	53,000	43,493	0,701	0,498
	30-39	34	47,794	40,530		
	40 Ve üstü	46	40,761	44,522		

Bedensel Ağrı	29 Ve Altı	25	41,000	21,420	1,407	0,250
	30-39	34	49,588	22,338		
	40 Ve üstü	46	41,804	24,553		
Genel Sağlık	29 Ve Altı	25	56,720	10,442	1,436	0,243
	30-39	34	59,882	7,710		
	40 Ve üstü	46	61,000	11,629		
Canlılık	29 Ve Altı	25	50,200	14,683	0,616	0,542
	30-39	34	49,265	10,598		
	40 Ve üstü	46	46,957	13,186		
Sosyal Fonksiyonellik	29 Ve Altı	25	47,000	16,250	2,024	0,137
	30-39	34	55,147	13,802		
	40 Ve üstü	46	48,913	19,153		
Duygusal Rol	29 Ve Altı	25	42,667	45,664	0,391	0,677
	30-39	34	36,275	41,331		
	40 Ve üstü	46	44,928	44,565		
Ruh Sağlığı	29 Ve Altı	25	51,040	10,151	0,250	0,779
	30-39	34	52,824	9,013		
	40 Ve üstü	46	51,217	13,323		

Araştırmaya katılanların anksiyete puanları ortalamalarının yaş grubu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $F=3,973$ ;  $p=0,022<0,05$ ). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. yaş grubu 29 ve altı olanların anksiyete puanları ( $20,240 \pm 12,255$ ), yaş grubu 40 ve üstü olanların anksiyete puanlarından ( $12,610 \pm 10,476$ ) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılanların depresyon, fiziksel fonksiyonellik, fiziksel rol, bedensel ağrı, genel sağlık, canlılık, sosyal fonksiyonellik, duygusal rol, ruh sağlığı puanları ortalamalarının yaş

grubu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

**Tablo 4.12: Anksiyete, Depresyon Ve SF-36 Düzeylerinin Eğitim Düzeyi Değişkenine Göre Dağılımı**

		N	Ort	Ss	F	p
Anksiyete	İlköğretim (1-8 Yıl)	18	18,780	11,730	2,344	0,077
	Lise (9-11 Yıl)	20	15,100	11,415		
	Üniversite (12-15 Yıl)	31	17,650	11,623		
	Lisansüstü (16 Yıl Ve üstü)	36	11,720	9,762		
Depresyon	İlköğretim (1-8 Yıl)	18	17,000	10,415	4,719	<b>0,004</b>
	Lise (9-11 Yıl)	20	16,200	12,522		
	Üniversite (12-15 Yıl)	31	17,420	11,930		
	Lisansüstü (16 Yıl Ve üstü)	36	8,970	7,165		
Fiziksel Fonksiyonellik	İlköğretim (1-8 Yıl)	18	71,111	15,863	1,138	0,337
	Lise (9-11 Yıl)	20	75,250	15,515		
	Üniversite (12-15 Yıl)	31	67,258	26,389		
	Lisansüstü (16 Yıl Ve üstü)	36	76,250	21,327		
Fiziksel Rol	İlköğretim (1-8 Yıl)	18	36,111	37,595	3,252	<b>0,025</b>
	Lise (9-11 Yıl)	20	50,000	42,146		
	Üniversite (12-15 Yıl)	31	31,452	40,295		
	Lisansüstü (16 Yıl Ve üstü)	36	61,111	44,096		
Bedensel Ağrı	İlköğretim (1-8 Yıl)	18	48,889	15,815	3,109	<b>0,030</b>
	Lise (9-11 Yıl)	20	47,050	25,280		
	Üniversite (12-15 Yıl)	31	50,161	21,715		
	Lisansüstü (16 Yıl Ve üstü)	36	34,944	24,394		

Genel Sağlık	İlköğretim (1-8 Yıl)	18	59,444	10,993	0,042	0,989
	Lise (9-11 Yıl)	20	59,650	10,903		
	Üniversite (12-15 Yıl)	31	60,129	11,236		
	Lisansüstü (16 Yıl Ve üstü)	36	59,250	9,025		
Canlılık	İlköğretim (1-8 Yıl)	18	51,111	13,886	3,512	<b>0,018</b>
	Lise (9-11 Yıl)	20	43,000	9,375		
	Üniversite (12-15 Yıl)	31	45,645	14,477		
	Lisansüstü (16 Yıl Ve üstü)	36	52,639	10,789		
Sosyal Fonksiyonellik	İlköğretim (1-8 Yıl)	18	50,694	19,867	0,156	0,926
	Lise (9-11 Yıl)	20	51,875	19,141		
	Üniversite (12-15 Yıl)	31	48,790	13,052		
	Lisansüstü (16 Yıl Ve üstü)	36	51,042	18,022		
Duygusal Rol	İlköğretim (1-8 Yıl)	18	38,889	36,604	2,249	0,087
	Lise (9-11 Yıl)	20	45,000	43,629		
	Üniversite (12-15 Yıl)	31	26,882	40,752		
	Lisansüstü (16 Yıl Ve üstü)	36	53,704	46,652		
Ruh Sağlığı	İlköğretim (1-8 Yıl)	18	52,667	10,825	4,401	<b>0,006</b>
	Lise (9-11 Yıl)	20	47,800	13,009		
	Üniversite (12-15 Yıl)	31	48,129	12,066		
	Lisansüstü (16 Yıl Ve üstü)	36	56,444	7,755		

Araştırmaya katılanların depresyon puanları ortalamalarının eğitim düzeyi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $F=4,719$ ;  $p=0,004 < 0,05$ ). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. eğitim düzeyi İlköğretim (1-8 yıl) olanların depresyon puanları ( $17,000 \pm 10,415$ ), eğitim düzeyi Lisansüstü (16 yıl ve üstü) olanların depresyon puanlarından ( $8,970 \pm 7,165$ ) yüksek bulunmuştur. eğitim düzeyi Lise (9-11 yıl)

olanların depresyon puanları ( $16,200 \pm 12,522$ ), eğitim düzeyi Lisansüstü (16 yıl ve üstü) olanların depresyon puanlarından ( $8,970 \pm 7,165$ ) yüksek bulunmuştur. eğitim düzeyi Üniversite (12-15 yıl) olanların depresyon puanları ( $17,420 \pm 11,930$ ), eğitim düzeyi Lisansüstü (16 yıl ve üstü) olanların depresyon puanlarından ( $8,970 \pm 7,165$ ) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılanların fiziksel rol puanları ortalamalarının eğitim düzeyi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $F=3,252$ ;  $p=0,025 < 0.05$ ). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. eğitim düzeyi Lisansüstü (16 yıl ve üstü) olanların fiziksel rol puanları ( $61,111 \pm 44,096$ ), eğitim düzeyi İlköğretim (1-8 yıl) olanların fiziksel rol puanlarından ( $36,111 \pm 37,595$ ) yüksek bulunmuştur. eğitim düzeyi Lisansüstü (16 yıl ve üstü) olanların fiziksel rol puanları ( $61,111 \pm 44,096$ ), eğitim düzeyi Üniversite (12-15 yıl) olanların fiziksel rol puanlarından ( $31,452 \pm 40,295$ ) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılanların bedensel ağrı puanları ortalamalarının eğitim düzeyi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $F=3,109$ ;  $p=0,030 < 0.05$ ). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. eğitim düzeyi İlköğretim (1-8 yıl) olanların bedensel ağrı puanları ( $48,889 \pm 15,815$ ), eğitim düzeyi Lisansüstü (16 yıl ve üstü) olanların bedensel ağrı puanlarından ( $34,944 \pm 24,394$ ) yüksek bulunmuştur. eğitim düzeyi Üniversite (12-15 yıl) olanların bedensel ağrı puanları ( $50,161 \pm 21,715$ ), eğitim düzeyi Lisansüstü (16 yıl ve üstü) olanların bedensel ağrı puanlarından ( $34,944 \pm 24,394$ ) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılanların canlılık puanları ortalamalarının eğitim düzeyi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $F=3,512$ ;  $p=0,018 < 0.05$ ). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. eğitim düzeyi İlköğretim (1-8 yıl) olanların canlılık puanları ( $51,111 \pm 13,886$ ), eğitim düzeyi Lise (9-11 yıl) olanların canlılık puanlarından ( $43,000 \pm 9,375$ ) yüksek bulunmuştur. eğitim düzeyi Lisansüstü (16 yıl ve üstü) olanların canlılık puanları ( $52,639 \pm 10,789$ ), eğitim düzeyi Lise (9-11 yıl) olanların canlılık puanlarından ( $43,000 \pm 9,375$ ) yüksek bulunmuştur. eğitim düzeyi Lisansüstü (16 yıl ve üstü) olanların canlılık puanları ( $52,639 \pm 10,789$ ), eğitim düzeyi Üniversite (12-15 yıl) olanların canlılık puanlarından ( $45,645 \pm 14,477$ ) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılanların ruh sağlığı puanları ortalamalarının eğitim düzeyi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $F=4,401$ ;  $p=0,006<0.05$ ). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. eğitim düzeyi Lisansüstü (16 yıl ve üstü) olanların ruh sağlığı puanları ( $56,444 \pm 7,755$ ), eğitim düzeyi Lise (9-11 yıl) olanların ruh sağlığı puanlarından ( $47,800 \pm 13,009$ ) yüksek bulunmuştur. eğitim düzeyi Lisansüstü (16 yıl ve üstü) olanların ruh sağlığı puanları ( $56,444 \pm 7,755$ ), eğitim düzeyi Üniversite (12-15 yıl) olanların ruh sağlığı puanlarından ( $48,129 \pm 12,066$ ) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılanların anksiyete, fiziksel fonksiyonellik, genel sağlık, sosyal fonksiyonellik, duygusal rol puanları ortalamalarının eğitim düzeyi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

**Tablo 4.13: Anksiyete, Depresyon Ve SF-36 Düzeylerinin Bmi Değişkenine Göre Dağılımı**

		N	Ort	Ss	F	p
Anksiyete	Normal	58	16,710	11,388	2,885	0,061
	Hafif Şişman	33	11,210	7,849		
	Obez	10	16,100	13,812		
Depresyon	Normal	58	14,690	10,828	2,222	0,114
	Hafif Şişman	33	11,390	9,950		
	Obez	10	19,000	11,605		
Fiziksel Fonksiyonellik	Normal	58	73,017	20,667	0,145	0,865
	Hafif Şişman	33	72,273	23,851		
	Obez	10	69,000	21,318		
Fiziksel Rol	Normal	58	43,535	42,032	0,063	0,939
	Hafif Şişman	33	46,212	44,248		

	Obez	10	47,500	43,221		
Bedensel Ağrı	Normal	58	46,259	20,061	0,747	0,476
	Hafif Şişman	33	40,182	26,763		
	Obez	10	41,500	31,486		
Genel Sağlık	Normal	58	58,397	10,994	0,901	0,410
	Hafif Şişman	33	61,394	9,533		
	Obez	10	58,900	8,504		
Canlılık	Normal	58	47,155	12,846	1,070	0,347
	Hafif Şişman	33	50,455	13,072		
	Obez	10	52,000	11,106		
Sosyal Fonksiyonellik	Normal	58	52,802	14,817	1,528	0,222
	Hafif Şişman	33	48,485	19,951		
	Obez	10	43,750	19,764		
Duygusal Rol	Normal	58	36,207	40,602	0,728	0,485
	Hafif Şişman	33	47,475	47,893		
	Obez	10	43,333	44,583		
Ruh Sağlığı	Normal	58	49,862	11,637	2,084	0,130
	Hafif Şişman	33	54,667	10,231		
	Obez	10	53,600	11,501		

Araştırmaya katılanların anksiyete, depresyon, fiziksel fonksiyonellik, fiziksel rol, bedensel ağrı, genel sağlık, canlılık, sosyal fonksiyonellik, duygusal rol, ruh sağlığı puanları ortalamalarının bmi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ( $p > 0.05$ ).

**Tablo 4.14: Anksiyete, Depresyon Ve SF-36 Düzeylerinin Sosyo Ekonomik Durum Değişkenine Göre Dağılımı**

		N	Ort	Ss	F	p
Anksiyete	Yetersiz	9	21,110	10,717	1,886	0,157
	Orta	68	15,540	11,642		
	İyi	28	12,930	9,790		
Depresyon	Yetersiz	9	26,220	10,604	8,484	<b>0,000</b>
	Orta	68	14,320	10,750		
	İyi	28	10,110	8,612		
Fiziksel Fonksiyonellik	Yetersiz	9	66,667	21,506	0,451	0,638
	Orta	68	72,500	20,706		
	İyi	28	74,464	23,068		
Fiziksel Rol	Yetersiz	9	27,778	38,415	1,158	0,318
	Orta	68	45,588	43,611		
	İyi	28	52,679	42,130		
Bedensel Ağrı	Yetersiz	9	54,333	13,342	1,000	0,372
	Orta	68	43,662	21,827		
	İyi	28	42,000	28,342		
Genel Sağlık	Yetersiz	9	60,111	7,044	0,170	0,844
	Orta	68	59,191	10,776		
	İyi	28	60,500	10,094		
Canlılık	Yetersiz	9	43,333	7,500	0,855	0,428
	Orta	68	48,677	13,372		
	İyi	28	49,643	12,467		
Sosyal Fonksiyonellik	Yetersiz	9	51,389	15,866	0,697	0,501
	Orta	68	49,081	17,587		



	İyi	28	53,571	16,265		
Duygusal Rol	Yetersiz	9	18,519	29,397	2,452	0,091
	Orta	68	39,706	42,421		
	İyi	28	53,571	47,436		
Ruh Sağlığı	Yetersiz	9	51,111	6,254	0,525	0,593
	Orta	68	51,000	11,877		
	İyi	28	53,571	11,067		

Araştırmaya katılanların depresyon puanları ortalamalarının sosyo ekonomik durum değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $F=8,484$ ;  $p=0,000<0.05$ ). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. sosyo ekonomik durum Yetersiz olanların depresyon puanları ( $26,220 \pm 10,604$ ), sosyo ekonomik durum Orta olanların depresyon puanlarından ( $14,320 \pm 10,750$ ) yüksek bulunmuştur. sosyo ekonomik durum Yetersiz olanların depresyon puanları ( $26,220 \pm 10,604$ ), sosyo ekonomik durum İyi olanların depresyon puanlarından ( $10,110 \pm 8,612$ ) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılanların anksiyete, fiziksel fonksiyonellik, fiziksel rol, bedensel ağrı, genel sağlık, canlılık, sosyal fonksiyonellik, duygusal rol, ruh sağlığı puanları ortalamalarının sosyo ekonomik durum değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

**Tablo 4.15: Anksiyete, Depresyon Ve SF-36 Düzeylerinin Çalışma Durumu Değişkenine Göre Dağılımı**

		N	Ort	Ss	t	p
Anksiyete	Çalışıyor	60	14,000	11,125	-1,405	0,163
	Çalışmıyor	45	17,090	11,186		
Depresyon	Çalışıyor	60	11,620	9,662	-2,918	<b>0,004</b>

	Çalışmıyor	45	17,690	11,638		
Fiziksel Fonksiyonellik	Çalışıyor	60	74,167	23,599	0,912	0,364
	Çalışmıyor	45	70,333	17,819		
Fiziksel Rol	Çalışıyor	60	58,333	41,596	3,606	<b>0,000</b>
	Çalışmıyor	45	29,444	39,272		
Bedensel Ağrı	Çalışıyor	60	40,200	24,688	-2,034	<b>0,039</b>
	Çalışmıyor	45	49,378	20,218		
Genel Sağlık	Çalışıyor	60	57,867	10,334	-2,050	<b>0,043</b>
	Çalışmıyor	45	61,956	9,809		
Canlılık	Çalışıyor	60	50,750	11,819	2,146	<b>0,034</b>
	Çalışmıyor	45	45,444	13,434		
Sosyal Fonksiyonellik	Çalışıyor	60	48,542	17,236	-1,346	0,181
	Çalışmıyor	45	53,056	16,676		
Duygusal Rol	Çalışıyor	60	51,667	44,010	2,829	<b>0,005</b>
	Çalışmıyor	45	28,148	39,540		
Ruh Sağlığı	Çalışıyor	60	53,867	9,728	2,328	<b>0,022</b>
	Çalışmıyor	45	48,800	12,580		

Araştırmaya katılanların depresyon puanları ortalamalarının çalışma durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $t=-2.918$ ;  $p=0.004<0,05$ ). Çalışmayanların depresyon puanları (17,690), çalışanların depresyon puanlarından (11,620) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılanların fiziksel rol puanları ortalamalarının çalışma durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $t=3.606$ ;  $p=0.000<0,05$ ). Çalışanların fiziksel rol puanları (58,333), çalışmayanların fiziksel rol puanlarından (29,444) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılanların bedensel ağrı puanları ortalamalarının çalışma durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $t=-2.034$ ;  $p=0.039<0,05$ ). Çalışmayanların bedensel ağrı puanları (49,378), çalışanların bedensel ağrı puanlarından (40,200) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılanların genel sağlık puanları ortalamalarının çalışma durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $t=-2.050$ ;  $p=0.043<0,05$ ). Çalışmayanların genel sağlık puanları (61,956), çalışanların genel sağlık puanlarından (57,867) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılanların canlılık puanları ortalamalarının çalışma durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $t=2.146$ ;  $p=0.034<0,05$ ). Çalışanların canlılık puanları (50,750), çalışmayanların canlılık puanlarından (45,444) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılanların duygusal rol puanları ortalamalarının çalışma durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $t=2.829$ ;  $p=0.005<0,05$ ). Çalışanların duygusal rol puanları (51,667), çalışmayanların duygusal rol puanlarından (28,148) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılanların ruh sağlığı puanları ortalamalarının çalışma durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $t=2.328$ ;  $p=0.022<0,05$ ). Çalışanların ruh sağlığı puanları (53,867), çalışmayanların ruh sağlığı puanlarından (48,800) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılanların anksiyete, fiziksel fonksiyonellik, sosyal fonksiyonellik puanları ortalamalarının çalışma durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

**Tablo 4.16: Anksiyete, Depresyon Ve SF-36 Düzeylerinin Medeni Durum Değişkenine Göre Dağılımı**

		N	Ort	Ss	F	p
Anksiyete	Bekar	22	18,090	11,233	2,746	0,069
	Evli	75	13,830	10,793		
	Diğer	8	21,750	12,624		
Depresyon	Bekar	22	18,000	11,170	3,537	<b>0,033</b>
	Evli	75	12,490	10,316		
	Diğer	8	20,000	12,627		
Fiziksel Fonksiyonellik	Bekar	22	74,318	22,109	0,116	0,890
	Evli	75	72,200	21,486		
	Diğer	8	70,625	19,537		
Fiziksel Rol	Bekar	22	43,182	37,147	0,077	0,926
	Evli	75	47,000	44,449		
	Diğer	8	43,750	47,716		
Bedensel Ağrı	Bekar	22	44,682	18,851	0,891	0,413
	Evli	75	42,880	24,126		
	Diğer	8	54,375	25,668		
Genel Sağlık	Bekar	22	58,682	11,668	0,300	0,741
	Evli	75	60,093	9,945		
	Diğer	8	57,750	10,166		
Canlılık	Bekar	22	48,864	14,714	0,083	0,920
	Evli	75	48,200	12,672		
	Diğer	8	50,000	8,018		
Sosyal Fonksiyonellik	Bekar	22	50,568	18,691	0,192	0,826
	Evli	75	50,833	17,356		

	Diğer	8	46,875	8,839		
Duygusal Rol	Bekar	22	40,909	39,750	0,041	0,960
	Evli	75	41,333	44,802		
	Diğer	8	45,833	46,930		
Ruh Sağlığı	Bekar	22	48,182	11,413	1,526	0,222
	Evli	75	52,853	11,528		
	Diğer	8	50,500	6,024		

Araştırmaya katılanların depresyon puanları ortalamalarının medeni durum değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $F=3,537$ ;  $p=0,033<0.05$ ). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. medeni durum Bekar olanların depresyon puanları ( $18,000 \pm 11,170$ ), medeni durum Evli olanların depresyon puanlarından ( $12,490 \pm 10,316$ ) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılanların anksiyete, fiziksel fonksiyonellik, fiziksel rol, bedensel ağrı, genel sağlık, canlılık, sosyal fonksiyonellik, duygusal rol, ruh sağlığı puanları ortalamalarının medeni durum değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

**Tablo 4.17: Anksiyete, Depresyon Ve SF-36 Düzeylerinin Ağrı Atak Sıklığı Değişkenine Göre Dağılımı**

		N	Ort	Ss	F	p
Anksiyete	Günde Birçok Kez	6	19,330	9,374	3,117	<b>0,029</b>
	Haftada Birçok Kez	28	16,540	11,230		
	Ayda 1-4 Kez	42	17,500	11,502		
	Ayda Birçok Kez	29	10,170	9,780		

Depresyon	Günde Birçok Kez	6	20,670	10,424	4,419	<b>0,006</b>
	Haftada Birçok Kez	28	18,000	11,788		
	Ayda 1-4 Kez	42	14,380	10,576		
	Ayda Birçok Kez	29	9,000	8,648		
Fiziksel Fonksiyonellik	Günde Birçok Kez	6	57,500	14,405	1,530	0,211
	Haftada Birçok Kez	28	69,464	21,488		
	Ayda 1-4 Kez	42	75,000	18,078		
	Ayda Birçok Kez	29	75,000	25,530		
Fiziksel Rol	Günde Birçok Kez	6	4,167	10,206	2,819	<b>0,043</b>
	Haftada Birçok Kez	28	42,857	42,956		
	Ayda 1-4 Kez	42	45,833	42,740		
	Ayda Birçok Kez	29	57,759	42,837		
Bedensel Ağrı	Günde Birçok Kez	6	58,000	11,576	2,168	0,096
	Haftada Birçok Kez	28	47,893	20,979		
	Ayda 1-4 Kez	42	45,095	18,369		
	Ayda Birçok Kez	29	36,241	30,666		
Genel Sağlık	Günde Birçok Kez	6	62,167	5,345	0,247	0,863
	Haftada Birçok Kez	28	59,000	11,621		
	Ayda 1-4 Kez	42	60,191	9,099		
	Ayda Birçok Kez	29	58,862	11,498		
Canlılık	Günde Birçok Kez	6	55,833	16,857	3,051	<b>0,032</b>
	Haftada Birçok Kez	28	46,250	14,248		
	Ayda 1-4 Kez	42	45,714	11,454		
	Ayda Birçok Kez	29	53,103	10,725		
Sosyal Fonksiyonellik	Günde Birçok Kez	6	52,083	21,530	0,307	0,820
	Haftada Birçok Kez	28	48,214	16,214		

	Ayda 1-4 Kez	42	52,083	15,597		
	Ayda Birçok Kez	29	50,000	19,480		
Duygusal Rol	Günde Birçok Kez	6	0,000	0,000	2,321	0,080
	Haftada Birçok Kez	28	41,667	43,153		
	Ayda 1-4 Kez	42	41,270	42,808		
	Ayda Birçok Kez	29	50,575	45,965		
Ruh Sağlığı	Günde Birçok Kez	6	49,333	6,022	3,205	<b>0,026</b>
	Haftada Birçok Kez	28	48,857	13,613		
	Ayda 1-4 Kez	42	50,286	11,004		
	Ayda Birçok Kez	29	56,966	8,257		

Araştırmaya katılanların anksiyete puanları ortalamalarının ağrı atak sıklığı değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $F=3,117$ ;  $p=0,029<0.05$ ). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. ağrı atak sıklığı Haftada birçok kez olanların anksiyete puanları ( $16,540 \pm 11,230$ ), ağrı atak sıklığı Ayda birçok kez olanların anksiyete puanlarından ( $10,170 \pm 9,780$ ) yüksek bulunmuştur. ağrı atak sıklığı Ayda 1-4 kez olanların anksiyete puanları ( $17,500 \pm 11,502$ ), ağrı atak sıklığı Ayda birçok kez olanların anksiyete puanlarından ( $10,170 \pm 9,780$ ) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılanların depresyon puanları ortalamalarının ağrı atak sıklığı değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $F=4,419$ ;  $p=0,006<0.05$ ). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. ağrı atak sıklığı Günde birçok kez olanların depresyon puanları ( $20,670 \pm 10,424$ ), ağrı atak sıklığı Ayda birçok kez olanların depresyon puanlarından ( $9,000 \pm 8,648$ ) yüksek bulunmuştur. ağrı atak sıklığı Haftada birçok kez olanların depresyon puanları ( $18,000 \pm 11,788$ ), ağrı atak sıklığı Ayda birçok kez olanların depresyon puanlarından ( $9,000 \pm 8,648$ ) yüksek bulunmuştur. ağrı atak sıklığı Ayda 1-4 kez olanların depresyon puanları ( $14,380 \pm 10,576$ ), ağrı atak sıklığı Ayda birçok kez olanların depresyon puanlarından ( $9,000 \pm 8,648$ ) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılanların fiziksel rol puanları ortalamalarının ağrı atak sıklığı değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $F=2,819$ ;  $p=0,043<0.05$ ). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. ağrı atak sıklığı Haftada birçok kez olanların fiziksel rol puanları ( $42,857 \pm 42,956$ ), ağrı atak sıklığı Günde birçok kez olanların fiziksel rol puanlarından ( $4,167 \pm 10,206$ ) yüksek bulunmuştur. ağrı atak sıklığı Ayda 1-4 kez olanların fiziksel rol puanları ( $45,833 \pm 42,740$ ), ağrı atak sıklığı Günde birçok kez olanların fiziksel rol puanlarından ( $4,167 \pm 10,206$ ) yüksek bulunmuştur. ağrı atak sıklığı Ayda birçok kez olanların fiziksel rol puanları ( $57,759 \pm 42,837$ ), ağrı atak sıklığı Günde birçok kez olanların fiziksel rol puanlarından ( $4,167 \pm 10,206$ ) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılanların canlılık puanları ortalamalarının ağrı atak sıklığı değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $F=3,051$ ;  $p=0,032<0.05$ ). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. ağrı atak sıklığı Ayda birçok kez olanların canlılık puanları ( $53,103 \pm 10,725$ ), ağrı atak sıklığı Haftada birçok kez olanların canlılık puanlarından ( $46,250 \pm 14,248$ ) yüksek bulunmuştur. ağrı atak sıklığı Ayda birçok kez olanların canlılık puanları ( $53,103 \pm 10,725$ ), ağrı atak sıklığı Ayda 1-4 kez olanların canlılık puanlarından ( $45,714 \pm 11,454$ ) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılanların ruh sağlığı puanları ortalamalarının ağrı atak sıklığı değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $F=3,205$ ;  $p=0,026<0.05$ ). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. ağrı atak sıklığı Ayda birçok kez olanların ruh sağlığı puanları ( $56,966 \pm 8,257$ ), ağrı atak sıklığı Haftada birçok kez olanların ruh sağlığı puanlarından ( $48,857 \pm 13,613$ ) yüksek bulunmuştur. ağrı atak sıklığı Ayda birçok kez olanların ruh sağlığı puanları ( $56,966 \pm 8,257$ ), ağrı atak sıklığı Ayda 1-4 kez olanların ruh sağlığı puanlarından ( $50,286 \pm 11,004$ ) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılanların fiziksel fonksiyonellik, bedensel ağrı, genel sağlık, sosyal fonksiyonellik, duygusal rol puanları ortalamalarının ağrı atak sıklığı değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).



**Tablo 4.18: Anksiyete, Depresyon Ve SF-36 Düzeylerinin Ağırların Ev Ve İş Yaşamına Etkisi Değişkenine Göre Dağılımı**

		N	Ort	Ss	F	p
Anksiyete	İşime Devam Ederim	35	11,770	11,275	2,931	0,058
	İşe Dikkatimi Veremem	34	17,940	11,507		
	İşlerimi İptal Ederim	36	16,310	10,214		
Depresyon	İşime Devam Ederim	35	9,370	10,009	6,386	<b>0,002</b>
	İşe Dikkatimi Veremem	34	15,150	10,372		
	İşlerimi İptal Ederim	36	18,060	10,794		
Fiziksel Fonksiyonellik	İşime Devam Ederim	35	75,286	23,387	0,472	0,625
	İşe Dikkatimi Veremem	34	70,441	24,905		
	İşlerimi İptal Ederim	36	71,806	14,840		
Fiziksel Rol	İşime Devam Ederim	35	69,286	37,419	9,492	<b>0,000</b>
	İşe Dikkatimi Veremem	34	38,971	40,913		
	İşlerimi İptal Ederim	36	29,861	40,892		
Bedensel Ağrı	İşime Devam Ederim	35	32,514	23,695	7,531	<b>0,001</b>
	İşe Dikkatimi Veremem	34	48,529	21,310		
	İşlerimi İptal Ederim	36	51,278	20,575		
Genel Sağlık	İşime Devam Ederim	35	58,086	11,584	0,918	0,402
	İşe Dikkatimi Veremem	34	59,353	9,896		
	İşlerimi İptal Ederim	36	61,361	9,222		
Canlılık	İşime Devam Ederim	35	50,000	14,753	0,692	0,503
	İşe Dikkatimi Veremem	34	48,971	14,343		
	İşlerimi İptal Ederim	36	46,528	8,436		
Sosyal	İşime Devam Ederim	35	47,857	17,803	0,625	0,537

Fonksiyonellik	İşe Dikkatimi Veremem	34	51,471	15,001		
	İşlerimi İptal Ederim	36	52,083	18,298		
Duygusal Rol	İşime Devam Ederim	35	56,191	44,112	3,232	<b>0,044</b>
	İşe Dikkatimi Veremem	34	31,373	42,594		
	İşlerimi İptal Ederim	36	37,037	41,233		
Ruh Sağlığı	İşime Devam Ederim	35	54,171	12,992	1,277	0,283
	İşe Dikkatimi Veremem	34	50,353	11,404		
	İşlerimi İptal Ederim	36	50,556	9,028		

Araştırmaya katılanların depresyon puanları ortalamalarının ağrılarının ev ve iş yaşamına etkisi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $F=6,386$ ;  $p=0,002<0.05$ ). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. ağrılarının ev ve iş yaşamına etkisi işe dikkatimi veremem şeklinde olur diyenlerin depresyon puanları ( $15,150 \pm 10,372$ ), ağrılarının ev ve iş yaşamına etkisi işime devam ederim şeklinde olur diyenlerin depresyon puanlarından ( $9,370 \pm 10,009$ ) yüksek bulunmuştur. ağrılarının ev ve iş yaşamına etkisi işlerimi iptal ederim şeklinde olur diyenlerin depresyon puanları ( $18,060 \pm 10,794$ ), ağrılarının ev ve iş yaşamına etkisi işime devam ederim şeklinde olur diyenlerin depresyon puanlarından ( $9,370 \pm 10,009$ ) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılanların fiziksel rol puanları ortalamalarının ağrılarının ev ve iş yaşamına etkisi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $F=9,492$ ;  $p=0,000<0.05$ ). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. ağrılarının ev ve iş yaşamına etkisi işime devam ederim şeklinde olur diyenlerin fiziksel rol puanları ( $69,286 \pm 37,419$ ), ağrılarının ev ve iş yaşamına etkisi işe dikkatimi veremem şeklinde olur diyenlerin fiziksel rol puanlarından ( $38,971 \pm 40,913$ ) yüksek bulunmuştur. ağrılarının ev ve iş yaşamına etkisi işime devam ederim şeklinde olur diyenlerin fiziksel rol puanları ( $69,286 \pm 37,419$ ), ağrılarının ev ve iş yaşamına etkisi işlerimi iptal ederim şeklinde olur diyenlerin fiziksel rol puanlarından ( $29,861 \pm 40,892$ ) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılanların bedensel ağrı puanları ortalamalarının ağrıların ev ve iş yaşamına etkisi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur( $F=7,531$ ;  $p=0,001<0.05$ ). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. ağrıların ev ve iş yaşamına etkisi İşe dikkatimi veremem şeklinde olur diyenlerin bedensel ağrı puanları ( $48,529 \pm 21,310$ ), ağrıların ev ve iş yaşamına etkisi İşime devam ederim şeklinde olur diyenlerin bedensel ağrı puanlarından ( $32,514 \pm 23,695$ ) yüksek bulunmuştur. ağrıların ev ve iş yaşamına etkisi işlerimi iptal ederim şeklinde olur diyenlerin bedensel ağrı puanları ( $51,278 \pm 20,575$ ), ağrıların ev ve iş yaşamına etkisi İşime devam ederim şeklinde olur diyenlerin bedensel ağrı puanlarından ( $32,514 \pm 23,695$ ) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılanların duygusal rol puanları ortalamalarının ağrıların ev ve iş yaşamına etkisi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur( $F=3,232$ ;  $p=0,044<0.05$ ). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. ağrıların ev ve iş yaşamına etkisi İşime devam ederim şeklinde olur diyenlerin duygusal rol puanları ( $56,191 \pm 44,112$ ), ağrıların ev ve iş yaşamına etkisi İşe dikkatimi veremem şeklinde olur diyenlerin duygusal rol puanlarından ( $31,373 \pm 42,594$ ) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılanların anksiyete, fiziksel fonksiyonellik, genel sağlık, canlılık, sosyal fonksiyonellik, ruh sağlığı puanları ortalamalarının ağrıların ev ve iş yaşamına etkisi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır( $p>0.05$ ).

**Tablo 4.19: Anksiyete, Depresyon Ve SF-36 Düzeylerinin Tanı Konmuş Psikiyatrik Hastalık Değişkenine Göre Dağılımı**

		N	Ort	Ss	t	p
Anksiyete	Yok	96	14,770	10,691	-1,666	0,099
	Var	9	21,220	15,213		

Depresyon	Yok	96	13,650	10,489	-1,774	0,079
	Var	9	20,330	14,124		
Fiziksel Fonksiyonellik	Yok	96	72,135	21,530	-0,608	0,544
	Var	9	76,667	19,365		
Fiziksel Rol	Yok	96	45,833	42,715	-0,092	0,927
	Var	9	47,222	47,507		
Bedensel Ağrı	Yok	96	44,313	22,951	0,257	0,798
	Var	9	42,222	27,467		
Genel Sağlık	Yok	96	59,802	9,593	0,595	0,712
	Var	9	57,667	16,523		
Canlılık	Yok	96	49,635	11,174	3,173	0,092
	Var	9	36,111	21,032		
Sosyal Fonksiyonellik	Yok	96	50,391	17,058	-0,167	0,868
	Var	9	51,389	18,162		
Duygusal Rol	Yok	96	41,667	43,796	0,061	0,952
	Var	9	40,741	43,390		
Ruh Sağlığı	Yok	96	53,042	9,646	4,326	<b>0,025</b>
	Var	9	37,333	17,088		

Araştırmaya katılanların ruh sağlığı puanları ortalamalarının tanı konmuş psikiyatrik hastalık değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $t=4.326$ ;  $p=0.025<0,05$ ). tanı konmuş psikiyatrik hastalığı olmayanların ruh sağlığı puanları (53,042), tanı konmuş psikiyatrik hastalığı olanların ruh sağlığı puanlarından (37,333) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılanların anksiyete, depresyon, fiziksel fonksiyonellik, fiziksel rol, bedensel ağrı, genel sağlık, canlılık, sosyal fonksiyonellik, duygusal rol puanları ortalamalarının tanı konmuş psikiyatrik hastalık değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini

belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

**Tablo 4.20: Anksiyete, Depresyon Ve SF-36 Düzeylerinin Kullandığınız Psikiyatri İlacı Değişkenine Göre Dağılımı**

		N	Ort	Ss	t	p
Anksiyete	Yok	92	14,710	10,899	-1,511	0,134
	Var	13	19,690	12,783		
Depresyon	Yok	92	13,330	10,756	-2,272	0,025
	Var	13	20,540	10,389		
Fiziksel Fonksiyonellik	Yok	92	73,315	21,384	1,013	0,314
	Var	13	66,923	20,670		
Fiziksel Rol	Yok	92	47,826	42,847	1,193	0,236
	Var	13	32,692	42,555		
Bedensel Ağrı	Yok	92	43,348	23,736	-0,921	0,359
	Var	13	49,692	19,115		
Genel Sağlık	Yok	92	59,783	10,333	0,433	0,666
	Var	13	58,462	10,121		
Canlılık	Yok	92	49,022	12,519	1,168	0,245
	Var	13	44,615	14,210		
Sosyal Fonksiyonellik	Yok	92	50,679	16,818	0,323	0,747
	Var	13	49,039	19,406		
Duygusal Rol	Yok	92	43,841	43,903	1,417	0,159
	Var	13	25,641	38,858		
Ruh Sağlığı	Yok	92	52,130	11,164	1,053	0,295
	Var	13	48,615	11,983		

Araştırmaya katılanların depresyon puanları ortalamalarının kullandığınız psikiyatri ilacı değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $t=-2.272$ ;  $p=0.025<0,05$ ). psikiyatri ilacı kullananların depresyon puanları (20,540), psikiyatri ilacı kullanmayanların depresyon puanlarından (13,330) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılanların anksiyete, fiziksel fonksiyonellik, fiziksel rol, bedensel ağrı, genel sağlık, canlılık, sosyal fonksiyonellik, duygusal rol, ruh sağlığı puanları ortalamalarının kullandığınız psikiyatri ilacı değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

**Tablo 4.21: Anksiyete, Depresyon Ve SF-36 Düzeylerinin Ailede Psikiyatrik Hastalık Değişkenine Göre Dağılımı**

		N	Ort	Ss	t	p
Anksiyete	Yok	97	15,320	11,361	-0,013	0,989
	Var	8	15,380	9,724		
Depresyon	Yok	97	13,890	10,878	-1,087	0,280
	Var	8	18,250	11,436		
Fiziksel Fonksiyonellik	Yok	97	72,320	21,519	-0,341	0,734
	Var	8	75,000	19,640		
Fiziksel Rol	Yok	97	46,134	42,595	0,150	0,881
	Var	8	43,750	49,552		
Bedensel Ağrı	Yok	97	43,701	23,610	-0,662	0,509
	Var	8	49,375	18,369		
Genel Sağlık	Yok	97	60,268	10,158	2,301	0,023
	Var	8	51,750	8,648		
Canlılık	Yok	97	49,845	11,934	4,115	0,000
	Var	8	31,875	10,999		

Sosyal Fonksiyonellik	Yok	97	50,129	17,068	-0,725	0,470
	Var	8	54,688	17,599		
Duygusal Rol	Yok	97	41,924	43,642	0,275	0,784
	Var	8	37,500	45,207		
Ruh Sağlığı	Yok	97	52,206	11,186	1,631	0,106
	Var	8	45,500	11,097		

Araştırmaya katılanların genel sağlık puanları ortalamalarının ailede psikiyatrik hastalık değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $t=2.301$ ;  $p=0.023<0,05$ ). ailede psikiyatrik hastalık olmayanların genel sağlık puanları (60,268), ailede psikiyatrik hastalık olanların genel sağlık puanlarından (51,750) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılanların canlılık puanları ortalamalarının ailede psikiyatrik hastalık değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $t=4.115$ ;  $p=0.000<0,05$ ). ailede psikiyatrik hastalık olmayanların canlılık puanları (49,845), ailede psikiyatrik hastalık olanların canlılık puanlarından (31,875) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılanların anksiyete, depresyon, fiziksel fonksiyonellik, fiziksel rol, bedensel ağrı, sosyal fonksiyonellik, duygusal rol, ruh sağlığı puanları ortalamalarının ailede psikiyatrik hastalık değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

**Tablo 4.22: Anksiyete, Depresyon Ve SF-36 Düzeylerinin Mevcut Tıbbi Bir Hastalık Değişkenine Göre Dağılımı**

		N	Ort	Ss	t	p
Anksiyete	Yok	77	15,300	11,455	-0,038	0,970
	Var	28	15,390	10,682		
Depresyon	Yok	77	13,900	11,637	-0,500	0,571
	Var	28	15,110	8,808		
Fiziksel Fonksiyonellik	Yok	77	77,078	18,395	3,868	<b>0,000</b>
	Var	28	60,000	23,960		
Fiziksel Rol	Yok	77	51,623	43,743	2,292	<b>0,016</b>
	Var	28	30,357	36,866		
Bedensel Ağrı	Yok	77	42,052	24,458	-1,532	0,087
	Var	28	49,857	18,656		
Genel Sağlık	Yok	77	59,792	10,665	0,285	0,776
	Var	28	59,143	9,252		
Canlılık	Yok	77	48,571	13,569	0,126	0,900
	Var	28	48,214	10,383		
Sosyal Fonksiyonellik	Yok	77	48,377	16,140	-2,126	<b>0,036</b>
	Var	28	56,250	18,478		
Duygusal Rol	Yok	77	45,022	45,166	1,345	0,150
	Var	28	32,143	37,932		
Ruh Sağlığı	Yok	77	51,896	11,982	0,302	0,764
	Var	28	51,143	9,196		

Araştırmaya katılanların fiziksel fonksiyonellik puanları ortalamalarının mevcut tıbbi bir hastalık değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur( $t=3.868$ ;  $p=0.000<0,05$ ). mevcut tıbbi bir hastalığı olmayanların fiziksel



fonksiyonellik puanları (77,078), mevcut tıbbi bir hastalığı olanların fiziksel fonksiyonellik puanlarından (60,000) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılanların fiziksel rol puanları ortalamalarının mevcut tıbbi bir hastalık değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur( $t=2.292$ ;  $p=0.016<0,05$ ). mevcut tıbbi bir hastalığı olmayanların fiziksel rol puanları (51,623), mevcut tıbbi bir hastalığı olanların fiziksel rol puanlarından (30,357) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılanların sosyal fonksiyonellik puanları ortalamalarının mevcut tıbbi bir hastalık değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur( $t=-2.126$ ;  $p=0.036<0,05$ ). mevcut tıbbi bir hastalığı olanların sosyal fonksiyonellik puanları (56,250), mevcut tıbbi bir hastalığı olmayanların sosyal fonksiyonellik puanlarından (48,377) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılanların anksiyete, depresyon, bedensel ağrı, genel sağlık, canlılık, duygusal rol, ruh sağlığı puanları ortalamalarının mevcut tıbbi bir hastalık değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

**Tablo 4.23: Anksiyete, Depresyon Ve SF-36 Düzeylerinin İntihar Öyküsü Değişkenine Göre Dağılımı**

		N	Ort	Ss	t	p
Anksiyete	Evet	95	14,290	10,938	-3,012	<b>0,003</b>
	Hayır	10	25,100	9,134		
Depresyon	Evet	95	12,780	9,900	-4,538	<b>0,000</b>
	Hayır	10	27,900	11,229		
Fiziksel Fonksiyonellik	Evet	95	73,263	21,198	1,097	0,275
	Hayır	10	65,500	22,167		
Fiziksel Rol	Evet	95	46,842	42,720	0,653	0,515
	Hayır	10	37,500	46,022		

Bedensel Ağrı	Evet	95	42,442	23,320	-2,349	<b>0,021</b>
	Hayır	10	60,200	15,426		
Genel Sağlık	Evet	95	59,821	10,406	0,620	0,537
	Hayır	10	57,700	9,105		
Canlılık	Evet	95	49,316	12,729	2,114	<b>0,037</b>
	Hayır	10	40,500	10,395		
Sosyal Fonksiyonellik	Evet	95	50,526	17,670	0,092	0,927
	Hayır	10	50,000	10,206		
Duygusal Rol	Evet	95	43,509	44,049	1,400	0,119
	Hayır	10	23,333	35,312		
Ruh Sağlığı	Evet	95	52,674	10,895	2,833	<b>0,006</b>
	Hayır	10	42,400	11,027		

Araştırmaya katılanların anksiyete puanları ortalamalarının intihar öyküsü değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $t=-3.012$ ;  $p=0.003<0,05$ ). İntihar öyküsü olmayanların anksiyete puanları (25,100), intihar öyküsü olanların anksiyete puanlarından (14,290) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılanların depresyon puanları ortalamalarının intihar öyküsü değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $t=-4.538$ ;  $p=0.000<0,05$ ). İntihar öyküsü olmayanların depresyon puanları (27,900), intihar öyküsü olanların depresyon puanlarından (12,780) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılanların bedensel ağrı puanları ortalamalarının intihar öyküsü değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $t=-2.349$ ;  $p=0.021<0,05$ ). İntihar öyküsü olmayanların bedensel ağrı puanları (60,200), intihar öyküsü olanların bedensel ağrı puanlarından (42,442) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılanların canlılık puanları ortalamalarının intihar öyküsü değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur( $t=2.114$ ;  $p=0.037<0,05$ ). intihar öyküsü olanların canlılık puanları (49,316), İntihar öyküsü olmayanların canlılık puanlarından (40,500) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılanların ruh sağlığı puanları ortalamalarının intihar öyküsü değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur( $t=2.833$ ;  $p=0.006<0,05$ ). intihar öyküsü olanların ruh sağlığı puanları (52,674), İntihar öyküsü olmayanların ruh sağlığı puanlarından (42,400) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılanların fiziksel fonksiyonellik, fiziksel rol, genel sağlık, sosyal fonksiyonellik, duygusal rol puanları ortalamalarının intihar öyküsü değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

#### 1.1. Sadece Migren cerrahisi düşünen grupta analizler (n=35 kişi)

**Tablo 4.24: Yaş İle Klinik Özelliklerin Karşılaştırılması**

		29 Ve Altı		30-39		40 Ve üstü		p
		n	%	n	%	n	%	
Ağrı Atağı Sıklığı	Günde Birçok Kez	1	%20,0	1	%8,3	2	%11,1	$\chi^2=2,389$ $p=0,881$
	Haftada Birçok Kez	2	%40,0	4	%33,3	10	%55,6	
	Ayda 1-4 Kez	1	%20,0	4	%33,3	3	%16,7	
	Ayda Birçok Kez	1	%20,0	3	%25,0	3	%16,7	
Tanı Konmuş Psikiyatrik Hastalık	Yok	5	%100,0	9	%75,0	17	%94,4	$\chi^2=3,442$ $p=0,179$
	Var	0	%0,0	3	%25,0	1	%5,6	
Kullandığınız Psikiyatri İlacı	Yok	3	%60,0	10	%83,3	12	%66,7	$\chi^2=1,353$ $p=0,508$
	Var	2	%40,0	2	%16,7	6	%33,3	

Ailede Psikiyatrik Hastalık	Yok	5	%100,0	12	%100,0	17	%94,4	$\chi^2=0,972$ $p=0,615$
	Var	0	%0,0	0	%0,0	1	%5,6	
Mevcut Tıbbi Bir Hastalık	Yok	4	%80,0	8	%66,7	11	%61,1	$\chi^2=0,627$ $p=0,731$
	Var	1	%20,0	4	%33,3	7	%38,9	
İntihar Öyküsü	Evet	4	%80,0	11	%91,7	14	%77,8	$\chi^2=1,011$ $p=0,603$
	Hayır	1	%20,0	1	%8,3	4	%22,2	
Anksiyete	Anksiyete Yok	1	%20,0	1	%8,3	4	%22,2	$\chi^2=4,030$ $p=0,673$
	Hafif Düzeyde Anksiyete	1	%20,0	2	%16,7	5	%27,8	
	Orta Düzeyde Anksiyete	1	%20,0	5	%41,7	7	%38,9	
	Şiddetli Düzeyde Anksiyete	2	%40,0	4	%33,3	2	%11,1	
Depresyon	Depresyon Yok	3	%60,0	5	%41,7	9	%50,0	$\chi^2=0,505$ $p=0,777$
	Depresyon Var	2	%40,0	7	%58,3	9	%50,0	

Ağrı Atağı Sıklığı ile yaş grubu arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ( $\chi^2=2,389$ ;  $p=0,881>0.05$ ). yaş grubu 29 ve altı olanların 1'i (%20,0) günde birçok kez, 2'si (%40,0) haftada birçok kez, 1'i (%20,0) ayda 1-4 kez, 1'i (%20,0) ayda birçok kez; yaş grubu 30-39 olanların 1'i (%8,3) günde birçok kez, 4'ünün (%33,3) haftada birçok kez, 4'ünün (%33,3) ayda 1-4 kez, 3'ünün (%25,0) ayda birçok kez; yaş grubu 40 ve üstü olanların 2'si (%11,1) günde birçok kez, 10'unun (%55,6) haftada birçok kez, 3'ünün (%16,7) ayda 1-4 kez, 3'ünün (%16,7) ayda birçok kez olduğu görülmektedir.

Tanı Konmuş Psikiyatrik Hastalık ile yaş grubu arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ( $\chi^2=3,442$ ;  $p=0,179>0.05$ ). yaş grubu 29 ve altı olanların 5'i (%100,0) yok; yaş grubu 30-39 olanların 9'unun (%75,0) yok, 3'ünün (%25,0) var; yaş grubu 40 ve üstü olanların 17'si (%94,4) yok, 1'i (%5,6) var olduğu görülmektedir.

Kullandığınız Psikiyatri İlacı ile yaş grubu arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ( $\chi^2=1,353$ ;  $p=0,508>0.05$ ). yaş grubu 29 ve altı olanların 3'ünün (%60,0) yok, 2'si (%40,0) var; yaş grubu 30-39 olanların 10'unun (%83,3) yok, 2'si (%16,7) var; yaş grubu 40 ve üstü olanların 12'si (%66,7) yok, 6'sının (%33,3) var olduğu görülmektedir.

Ailede Psikiyatrik Hastalık ile yaş grubu arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ( $X^2=0,972$ ;  $p=0,615>0.05$ ). yaş grubu 29 ve altı olanların 5'i (%100,0) yok; yaş grubu 30-39 olanların 12'si (%100,0) yok; yaş grubu 40 ve üstü olanların 17'si (%94,4) yok, 1'i (%5,6) var olduğu görülmektedir.

Mevcut Tıbbi Bir Hastalık ile yaş grubu arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ( $X^2=0,627$ ;  $p=0,731>0.05$ ). yaş grubu 29 ve altı olanların 4'ünün (%80,0) yok, 1'i (%20,0) var; yaş grubu 30-39 olanların 8'i (%66,7) yok, 4'ünün (%33,3) var; yaş grubu 40 ve üstü olanların 11'i (%61,1) yok, 7'si (%38,9) var olduğu görülmektedir.

İntihar Öyküsü ile yaş grubu arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ( $X^2=1,011$ ;  $p=0,603>0.05$ ). yaş grubu 29 ve altı olanların 4'ünün (%80,0) evet, 1'i (%20,0) hayır; yaş grubu 30-39 olanların 11'i (%91,7) evet, 1'i (%8,3) hayır; yaş grubu 40 ve üstü olanların 14'ünün (%77,8) evet, 4'ünün (%22,2) hayır olduğu görülmektedir.

Anksiyete ile yaş grubu arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ( $X^2=4,030$ ;  $p=0,673>0.05$ ). yaş grubu 29 ve altı olanların 1'i (%20,0) anksiyete yok, 1'i (%20,0) hafif düzeyde anksiyete, 1'i (%20,0) orta düzeyde anksiyete, 2'si (%40,0) şiddetli düzeyde anksiyete; yaş grubu 30-39 olanların 1'i (%8,3) anksiyete yok, 2'si (%16,7) hafif düzeyde anksiyete, 5'i (%41,7) orta düzeyde anksiyete, 4'ünün (%33,3) şiddetli düzeyde anksiyete; yaş grubu 40 ve üstü olanların 4'ünün (%22,2) anksiyete yok, 5'i (%27,8) hafif düzeyde anksiyete, 7'si (%38,9) orta düzeyde anksiyete, 2'si (%11,1) şiddetli düzeyde anksiyete olduğu görülmektedir.

Depresyon ile yaş grubu arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ( $X^2=0,505$ ;  $p=0,777>0.05$ ). yaş grubu 29 ve altı olanların 3'ünün (%60,0) depresyon yok, 2'si (%40,0) depresyon var; yaş grubu 30-39 olanların 5'i (%41,7) depresyon yok, 7'si (%58,3) depresyon var; yaş grubu 40 ve üstü olanların 9'unun (%50,0) depresyon yok, 9'unun (%50,0) depresyon var olduğu görülmektedir.

**Tablo 4.25: Cinsiyet İle Klinik Özelliklerin Karşılaştırılması**

		Erkek		Kadın		p
		n	%	n	%	
Ağrı Atağı Sıklığı	Günde Birçok Kez	0	%0,0	4	%13,3	$X^2=1,458$ $p=0,692$
	Haftada Birçok Kez	2	%40,0	14	%46,7	
	Ayda 1-4 Kez	2	%40,0	6	%20,0	
	Ayda Birçok Kez	1	%20,0	6	%20,0	

Tanı Konmuş Psikiyatrik Hastalık	Yok	5	%100,0	26	%86,7	$\chi^2=0,753$ $p=0,523$
	Var	0	%0,0	4	%13,3	
Kullandığınız Psikiyatri İlacı	Yok	3	%60,0	22	%73,3	$\chi^2=0,373$ $p=0,447$
	Var	2	%40,0	8	%26,7	
Ailede Psikiyatrik Hastalık	Yok	5	%100,0	29	%96,7	$\chi^2=0,172$ $p=0,857$
	Var	0	%0,0	1	%3,3	
Mevcut Tıbbi Bir Hastalık	Yok	3	%60,0	20	%66,7	$\chi^2=0,085$ $p=0,569$
	Var	2	%40,0	10	%33,3	
İntihar Öyküsü	Evet	5	%100,0	24	%80,0	$\chi^2=1,207$ $p=0,366$
	Hayır	0	%0,0	6	%20,0	
Anksiyete	Anksiyete Yok	0	%0,0	6	%20,0	$\chi^2=1,784$ $p=0,618$
	Hafif Düzeyde Anksiyete	2	%40,0	6	%20,0	
	Orta Düzeyde Anksiyete	2	%40,0	11	%36,7	
	Şiddetli Düzeyde Anksiyete	1	%20,0	7	%23,3	
Depresyon	Depresyon Yok	3	%60,0	14	%46,7	$\chi^2=0,305$ $p=0,472$
	Depresyon Var	2	%40,0	16	%53,3	

Ağrı Atağı Sıklığı ile cinsiyet arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ( $\chi^2=1,458$ ;  $p=0,692>0.05$ ). cinsiyeti erkek olanların 2'si (%40,0) haftada birçok kez, 2'si (%40,0) ayda 1-4 kez, 1'i (%20,0) ayda birçok kez; cinsiyeti kadın olanların 4'ünün (%13,3) günde birçok kez, 14'ünün (%46,7) haftada birçok kez, 6'sının (%20,0) ayda 1-4 kez, 6'sının (%20,0) ayda birçok kez olduğu görülmektedir.

Tanı Konmuş Psikiyatrik Hastalık ile cinsiyet arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ( $\chi^2=0,753$ ;  $p=0,523>0.05$ ). cinsiyeti erkek olanların 5'i (%100,0) yok; cinsiyeti kadın olanların 26'sının (%86,7) yok, 4'ünün (%13,3) var olduğu görülmektedir.

Kullandığınız Psikiyatri İlacı ile cinsiyet arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ( $\chi^2=0,373$ ;  $p=0,447>0.05$ ). cinsiyeti erkek olanların 3'ünün (%60,0) yok, 2'si (%40,0) var; cinsiyeti kadın olanların 22'si (%73,3) yok, 8'i (%26,7) var olduğu görülmektedir.

Ailede Psikiyatrik Hastalık ile cinsiyet arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ( $X^2=0,172$ ;  $p=0,857>0.05$ ). cinsiyeti erkek olanların 5'i (%100,0) yok; cinsiyeti kadın olanların 29'unun (%96,7) yok, 1'i (%3,3) var olduğu görülmektedir.

Mevcut Tıbbi Bir Hastalık ile cinsiyet arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ( $X^2=0,085$ ;  $p=0,569>0.05$ ). cinsiyeti erkek olanların 3'ünün (%60,0) yok, 2'si (%40,0) var; cinsiyeti kadın olanların 20'si (%66,7) yok, 10'unun (%33,3) var olduğu görülmektedir.

İntihar Öyküsü ile cinsiyet arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ( $X^2=1,207$ ;  $p=0,366>0.05$ ). cinsiyeti erkek olanların 5'i (%100,0) evet; cinsiyeti kadın olanların 24'ünün (%80,0) evet, 6'sının (%20,0) hayır olduğu görülmektedir.

Anksiyete ile cinsiyet arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ( $X^2=1,784$ ;  $p=0,618>0.05$ ). cinsiyeti erkek olanların 2'si (%40,0) hafif düzeyde anksiyete, 2'si (%40,0) orta düzeyde anksiyete, 1'i (%20,0) şiddetli düzeyde anksiyete; cinsiyeti kadın olanların 6'sının (%20,0) anksiyete yok, 6'sının (%20,0) hafif düzeyde anksiyete, 11'i (%36,7) orta düzeyde anksiyete, 7'si (%23,3) şiddetli düzeyde anksiyete olduğu görülmektedir.

Depresyon ile cinsiyet arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ( $X^2=0,305$ ;  $p=0,472>0.05$ ). cinsiyeti erkek olanların 3'ünün (%60,0) depresyon yok, 2'si (%40,0) depresyon var; cinsiyeti kadın olanların 14'ünün (%46,7) depresyon yok, 16'sının (%53,3) depresyon var olduğu görülmektedir.

**Tablo 4.26: BMI İle Klinik Özelliklerin Karşılaştırılması**

		Zayıf		Normal		Hafif Şişman		Obez		p
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Ağrı Atağı Sıklığı	Günde Birçok Kez	0	%0,0	2	%10,0	2	%22,2	0	%0,0	$X^2=8,727$ $p=0,463$
	Haftada Birçok Kez	1	%50,0	12	%60,0	2	%22,2	1	%25,0	
	Ayda 1-4 Kez	1	%50,0	4	%20,0	2	%22,2	1	%25,0	
	Ayda Birçok Kez	0	%0,0	2	%10,0	3	%33,3	2	%50,0	
Tanı Konmuş Psikiyatrik Hastalık	Yok	1	%50,0	18	%90,0	8	%88,9	4	%100,0	$X^2=3,497$ $p=0,321$
	Var	1	%50,0	2	%10,0	1	%11,1	0	%0,0	

Kullandığınız Psikiyatri İlacı	Yok	2	%100,0	16	%80,0	5	%55,6	2	%50,0	$\chi^2=3,531$ $p=0,317$
	Var	0	%0,0	4	%20,0	4	%44,4	2	%50,0	
Ailede Psikiyatrik Hastalık	Yok	2	%100,0	19	%95,0	9	%100,0	4	%100,0	$\chi^2=0,772$ $p=0,856$
	Var	0	%0,0	1	%5,0	0	%0,0	0	%0,0	
Mevcut Tıbbi Bir Hastalık	Yok	1	%50,0	13	%65,0	6	%66,7	3	%75,0	$\chi^2=0,380$ $p=0,944$
	Var	1	%50,0	7	%35,0	3	%33,3	1	%25,0	
İntihar Öyküsü	Evet	2	%100,0	16	%80,0	8	%88,9	3	%75,0	$\chi^2=0,933$ $p=0,817$
	Hayır	0	%0,0	4	%20,0	1	%11,1	1	%25,0	
Anksiyete	Anksiyete Yok	0	%0,0	3	%15,0	2	%22,2	1	%25,0	$\chi^2=5,446$ $p=0,794$
	Hafif Düzeyde Anksiyete	0	%0,0	6	%30,0	2	%22,2	0	%0,0	
	Orta Düzeyde Anksiyete	1	%50,0	7	%35,0	4	%44,4	1	%25,0	
	Şiddetli Düzeyde Anksiyete	1	%50,0	4	%20,0	1	%11,1	2	%50,0	
Depresyon	Depresyon Yok	0	%0,0	11	%55,0	6	%66,7	0	%0,0	$\chi^2=7,177$ $p=0,066$
	Depresyon Var	2	%100,0	9	%45,0	3	%33,3	4	%100,0	

Ağrı Atağı Sıklığı ile bmi arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ( $\chi^2=8,727$ ;  $p=0,463>0.05$ ). bmi zayıf olanların 1'i (%50,0) haftada birçok kez, 1'i (%50,0) ayda 1-4 kez; bmi normal olanların 2'si (%10,0) günde birçok kez, 12'si (%60,0) haftada birçok kez, 4'ünün (%20,0) ayda 1-4 kez, 2'si (%10,0) ayda birçok kez; bmi hafif şişman olanların 2'si (%22,2) günde birçok kez, 2'si (%22,2) haftada birçok kez, 2'si (%22,2) ayda 1-4 kez, 3'ünün (%33,3) ayda birçok kez; bmi obez olanların 1'i (%25,0) haftada birçok kez, 1'i (%25,0) ayda 1-4 kez, 2'si (%50,0) ayda birçok kez olduğu görülmektedir.

Tanı Konmuş Psikiyatrik Hastalık ile bmi arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ( $\chi^2=3,497$ ;  $p=0,321>0.05$ ). bmi zayıf olanların 1'i (%50,0) yok, 1'i (%50,0) var; bminormal olanların 18'i (%90,0) yok, 2'si (%10,0) var; bmi hafif şişman olanların 8'i (%88,9) yok, 1'i (%11,1) var; bmi obez olanların 4'ünün (%100,0) yok olduğu görülmektedir.

Kullandığınız Psikiyatri İlacı ile bmi arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ( $\chi^2=3,531$ ;  $p=0,317>0.05$ ). bmi zayıf olanların 2'si (%100,0) yok; bmi normal olanların 16'sinin (%80,0)



yok, 4'ünün (%20,0) var; bmi hafif şişman olanların 5'i (%55,6) yok, 4'ünün (%44,4) var; bmi obez olanların 2'si (%50,0) yok, 2'si (%50,0) var olduğu görülmektedir.

Ailede Psikiyatrik Hastalık ile bmi arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ( $X^2=0,772$ ;  $p=0,856>0.05$ ). bmi zayıf olanların 2'si (%100,0) yok; bmi normal olanların 19'unun (%95,0) yok, 1'i (%5,0) var; bmi hafif şişman olanların 9'unun (%100,0) yok; bmi obez olanların 4'ünün (%100,0) yok olduğu görülmektedir.

Mevcut Tıbbi Bir Hastalık ile bmi arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ( $X^2=0,380$ ;  $p=0,944>0.05$ ). bmi zayıf olanların 1'i (%50,0) yok, 1'i (%50,0) var; bmi normal olanların 13'ünün (%65,0) yok, 7'si (%35,0) var; bmi hafif şişman olanların 6'sının (%66,7) yok, 3'ünün (%33,3) var; bmi obez olanların 3'ünün (%75,0) yok, 1'i (%25,0) var olduğu görülmektedir.

İntihar Öyküsü ile bmi arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ( $X^2=0,933$ ;  $p=0,817>0.05$ ). bmi zayıf olanların 2'si (%100,0) evet; bmi normal olanların 16'sının (%80,0) evet, 4'ünün (%20,0) hayır; bmi hafif şişman olanların 8'i (%88,9) evet, 1'i (%11,1) hayır; bmi obez olanların 3'ünün (%75,0) evet, 1'i (%25,0) hayır olduğu görülmektedir.

Anksiyete ile bmi arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ( $X^2=5,446$ ;  $p=0,794>0.05$ ). bmi zayıf olanların 1'i (%50,0) orta düzeyde anksiyete, 1'i (%50,0) şiddetli düzeyde anksiyete; bmi normal olanların 3'ünün (%15,0) anksiyete yok, 6'sının (%30,0) hafif düzeyde anksiyete, 7'si (%35,0) orta düzeyde anksiyete, 4'ünün (%20,0) şiddetli düzeyde anksiyete; bmi hafif şişman olanların 2'si (%22,2) anksiyete yok, 2'si (%22,2) hafif düzeyde anksiyete, 4'ünün (%44,4) orta düzeyde anksiyete, 1'i (%11,1) şiddetli düzeyde anksiyete; bmi obez olanların 1'i (%25,0) anksiyete yok, 1'i (%25,0) orta düzeyde anksiyete, 2'si (%50,0) şiddetli düzeyde anksiyete olduğu görülmektedir.

Depresyon ile bmi arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ( $X^2=7,177$ ;  $p=0,066>0.05$ ). bmi zayıf olanların 2'si (%100,0) depresyon var; bmi normal olanların 11'i (%55,0) depresyon yok, 9'unun (%45,0) depresyon var; bmi hafif şişman olanların 6'sının (%66,7) depresyon yok, 3'ünün (%33,3) depresyon var; bmi obez olanların 4'ünün (%100,0) depresyon var olduğu görülmektedir.

**Tablo 4.27: Çalışma Durumu İle Klinik Özelliklerin Karşılaştırılması**

		Çalışıyor		Çalışmıyor		p
		n	%	n	%	
Ağrı Atağı Sıklığı	Günde Birçok Kez	1	%7,1	3	%14,3	$\chi^2=3,266$ $p=0,352$
	Haftada Birçok Kez	9	%64,3	7	%33,3	
	Ayda 1-4 Kez	2	%14,3	6	%28,6	
	Ayda Birçok Kez	2	%14,3	5	%23,8	
Tanı Konmuş Psikiyatrik Hastalık	Yok	13	%92,9	18	%85,7	$\chi^2=0,423$ $p=0,470$
	Var	1	%7,1	3	%14,3	
Kullandığınız Psikiyatri İlacı	Yok	9	%64,3	16	%76,2	$\chi^2=0,583$ $p=0,348$
	Var	5	%35,7	5	%23,8	
Ailede Psikiyatrik Hastalık	Yok	14	%100,0	20	%95,2	$\chi^2=0,686$ $p=0,600$
	Var	0	%0,0	1	%4,8	
Mevcut Tıbbi Bir Hastalık	Yok	10	%71,4	13	%61,9	$\chi^2=0,338$ $p=0,417$
	Var	4	%28,6	8	%38,1	
İntihar Öyküsü	Evet	13	%92,9	16	%76,2	$\chi^2=1,643$ $p=0,209$
	Hayır	1	%7,1	5	%23,8	
Anksiyete	Anksiyete Yok	2	%14,3	4	%19,0	$\chi^2=0,478$ $p=0,924$
	Hafif Düzeyde Anksiyete	3	%21,4	5	%23,8	
	Orta Düzeyde Anksiyete	5	%35,7	8	%38,1	
	Şiddetli Düzeyde Anksiyete	4	%28,6	4	%19,0	
Depresyon	Depresyon Yok	8	%57,1	9	%42,9	$\chi^2=0,686$ $p=0,315$
	Depresyon Var	6	%42,9	12	%57,1	

Ağrı Atağı Sıklığı ile çalışma durumu arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ( $\chi^2=3,266$ ;  $p=0,352>0,05$ ). çalışma durumu çalışıyor olanların 1'i (%7,1) günde birçok kez, 9'unun (%64,3) haftada birçok kez, 2'si (%14,3) ayda 1-4 kez, 2'si (%14,3) ayda birçok kez; çalışma

durumu çalışmıyor olanların 3'ünün (%14,3) günde birçok kez, 7'si (%33,3) haftada birçok kez, 6'sının (%28,6) ayda 1-4 kez, 5'i (%23,8) ayda birçok kez olduğu görülmektedir.

Tanı Konmuş Psikiyatrik Hastalık ile çalışma durumu arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ( $X^2=0,423$ ;  $p=0,470>0.05$ ). çalışma durumu çalışıyor olanların 13'ünün (%92,9) yok, 1'i (%7,1) var; çalışma durumu çalışmıyor olanların 18'i (%85,7) yok, 3'ünün (%14,3) var olduğu görülmektedir.

Kullandığınız Psikiyatri İlacı ile çalışma durumu arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ( $X^2=0,583$ ;  $p=0,348>0.05$ ). çalışma durumu çalışıyor olanların 9'unun (%64,3) yok, 5'i (%35,7) var; çalışma durumu çalışmıyor olanların 16'sının (%76,2) yok, 5'i (%23,8) var olduğu görülmektedir.

Ailede Psikiyatrik Hastalık ile çalışma durumu arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ( $X^2=0,686$ ;  $p=0,600>0.05$ ). çalışma durumu çalışıyor olanların 14'ünün (%100,0) yok; çalışma durumu çalışmıyor olanların 20'si (%95,2) yok, 1'i (%4,8) var olduğu görülmektedir.

Mevcut Tıbbi Bir Hastalık ile çalışma durumu arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ( $X^2=0,338$ ;  $p=0,417>0.05$ ). çalışma durumu çalışıyor olanların 10'unun (%71,4) yok, 4'ünün (%28,6) var; çalışma durumu çalışmıyor olanların 13'ünün (%61,9) yok, 8'i (%38,1) var olduğu görülmektedir.

İntihar Öyküsü ile çalışma durumu arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ( $X^2=1,643$ ;  $p=0,209>0.05$ ). çalışma durumu çalışıyor olanların 13'ünün (%92,9) evet, 1'i (%7,1) hayır; çalışma durumu çalışmıyor olanların 16'sının (%76,2) evet, 5'i (%23,8) hayır olduğu görülmektedir.

Anksiyete ile çalışma durumu arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ( $X^2=0,478$ ;  $p=0,924>0.05$ ). çalışma durumu çalışıyor olanların 2'si (%14,3) anksiyete yok, 3'ünün (%21,4) hafif düzeyde anksiyete, 5'i (%35,7) orta düzeyde anksiyete, 4'ünün (%28,6) şiddetli düzeyde anksiyete; çalışma durumu çalışmıyor olanların 4'ünün (%19,0) anksiyete yok, 5'i (%23,8) hafif düzeyde anksiyete, 8'i (%38,1) orta düzeyde anksiyete, 4'ünün (%19,0) şiddetli düzeyde anksiyete olduğu görülmektedir.

Depresyon ile çalışma durumu arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ( $X^2=0,686$ ;  $p=0,315>0.05$ ). çalışma durumu çalışıyor olanların 8'i (%57,1) depresyon yok, 6'sının (%42,9) depresyon var; çalışma durumu çalışmıyor olanların 9'unun (%42,9) depresyon yok, 12'si (%57,1) depresyon var olduğu görülmektedir.

**Tablo 4.28: Medeni Durum İle Klinik Özelliklerin Karşılaştırılması**

		Bekar		Evli		Diğer		p
		n	%	n	%	n	%	
Ağrı Atağı Sıklığı	Günde Birçok Kez	1	%25,0	3	%11,1	0	%0,0	$\chi^2=8,487$ $p=0,205$
	Haftada Birçok Kez	1	%25,0	11	%40,7	4	%100,0	
	Ayda 1-4 Kez	2	%50,0	6	%22,2	0	%0,0	
	Ayda Birçok Kez	0	%0,0	7	%25,9	0	%0,0	
Tanı Konmuş Psikiyatrik Hastalık	Yok	4	%100,0	24	%88,9	3	%75,0	$\chi^2=1,247$ $p=0,536$
	Var	0	%0,0	3	%11,1	1	%25,0	
Kullandığınız Psikiyatri İlacı	Yok	2	%50,0	20	%74,1	3	%75,0	$\chi^2=1,018$ $p=0,601$
	Var	2	%50,0	7	%25,9	1	%25,0	
Ailede Psikiyatrik Hastalık	Yok	4	%100,0	26	%96,3	4	%100,0	$\chi^2=0,305$ $p=0,859$
	Var	0	%0,0	1	%3,7	0	%0,0	
Mevcut Tıbbi Bir Hastalık	Yok	2	%50,0	18	%66,7	3	%75,0	$\chi^2=0,602$ $p=0,740$
	Var	2	%50,0	9	%33,3	1	%25,0	
İntihar Öyküsü	Evet	4	%100,0	23	%85,2	2	%50,0	$\chi^2=3,971$ $p=0,137$
	Hayır	0	%0,0	4	%14,8	2	%50,0	
Anksiyete	Anksiyete Yok	1	%25,0	5	%18,5	0	%0,0	$\chi^2=2,812$ $p=0,832$
	Hafif Düzeyde Anksiyete	1	%25,0	6	%22,2	1	%25,0	
	Orta Düzeyde Anksiyete	1	%25,0	11	%40,7	1	%25,0	
	Şiddetli Düzeyde Anksiyete	1	%25,0	5	%18,5	2	%50,0	
Depresyon	Depresyon Yok	2	%50,0	15	%55,6	0	%0,0	$\chi^2=4,308$ $p=0,116$
	Depresyon Var	2	%50,0	12	%44,4	4	%100,0	

Ağrı Atağı Sıklığı ile medeni durum arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ( $\chi^2=8,487$ ;  $p=0,205>0.05$ ). medeni durum bekar olanların 1'i (%25,0) günde birçok kez, 1'i (%25,0)

haftada birçok kez, 2'si (%50,0) ayda 1-4 kez; medeni durum evli olanların 3'ünün (%11,1) günde birçok kez, 11'i (%40,7) haftada birçok kez, 6'sının (%22,2) ayda 1-4 kez, 7'si (%25,9) ayda birçok kez; medeni durum diğer olanların 4'ünün (%100,0) haftada birçok kez olduğu görülmektedir.

Tanı Konmuş Psikiyatrik Hastalık ile medeni durum arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ( $X^2=1,247$ ;  $p=0,536>0.05$ ). medeni durum bekar olanların 4'ünün (%100,0) yok; medeni durum evli olanların 24'ünün (%88,9) yok, 3'ünün (%11,1) var; medeni durum diğer olanların 3'ünün (%75,0) yok, 1'i (%25,0) var olduğu görülmektedir.

Kullandığınız Psikiyatri İlacı ile medeni durum arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ( $X^2=1,018$ ;  $p=0,601>0.05$ ). medeni durum bekar olanların 2'si (%50,0) yok, 2'si (%50,0) var; medeni durum evli olanların 20'si (%74,1) yok, 7'si (%25,9) var; medeni durum diğer olanların 3'ünün (%75,0) yok, 1'i (%25,0) var olduğu görülmektedir.

Ailede Psikiyatrik Hastalık ile medeni durum arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ( $X^2=0,305$ ;  $p=0,859>0.05$ ). medeni durum bekar olanların 4'ünün (%100,0) yok; medeni durum evli olanların 26'sının (%96,3) yok, 1'i (%3,7) var; medeni durum diğer olanların 4'ünün (%100,0) yok olduğu görülmektedir.

Mevcut Tıbbi Bir Hastalık ile medeni durum arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ( $X^2=0,602$ ;  $p=0,740>0.05$ ). medeni durum bekar olanların 2'si (%50,0) yok, 2'si (%50,0) var; medeni durum evli olanların 18'i (%66,7) yok, 9'unun (%33,3) var; medeni durum diğer olanların 3'ünün (%75,0) yok, 1'i (%25,0) var olduğu görülmektedir.

İntihar Öyküsü ile medeni durum arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ( $X^2=3,971$ ;  $p=0,137>0.05$ ). medeni durum bekar olanların 4'ünün (%100,0) evet; medeni durum evli olanların 23'ünün (%85,2) evet, 4'ünün (%14,8) hayır; medeni durum diğer olanların 2'si (%50,0) evet, 2'si (%50,0) hayır olduğu görülmektedir.

Anksiyete ile medeni durum arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ( $X^2=2,812$ ;  $p=0,832>0.05$ ). medeni durum bekar olanların 1'i (%25,0) anksiyete yok, 1'i (%25,0) hafif düzeyde anksiyete, 1'i (%25,0) orta düzeyde anksiyete, 1'i (%25,0) şiddetli düzeyde anksiyete; medeni durum evli olanların 5'i (%18,5) anksiyete yok, 6'sının (%22,2) hafif düzeyde anksiyete, 11'i (%40,7) orta düzeyde anksiyete, 5'i (%18,5) şiddetli düzeyde anksiyete; medeni durum diğer olanların 1'i (%25,0) hafif düzeyde anksiyete, 1'i (%25,0) orta düzeyde anksiyete, 2'si (%50,0) şiddetli düzeyde anksiyete olduğu görülmektedir.

Depresyon ile medeni durum arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ( $X^2=4,308$ ;  $p=0,116>0.05$ ). medeni durum bekar olanların 2'si (%50,0) depresyon yok, 2'si (%50,0) depresyon var; medeni durum evli olanların 15'i (%55,6) depresyon yok, 12'si (%44,4) depresyon var; medeni durum diğer olanların 4'ünün (%100,0) depresyon var olduğu görülmektedir.



## BEŞİNCİ BÖLÜM

### TARTIŞMA VE YORUM

Bu çalışma; migren cerrahisine başvuran hastaların anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesini araştırmak amacıyla gerçekleştirilmiştir. Bu çalışmadan elde edilen veriler literatür ışığında tartışılmıştır.

Yaptığımız araştırmada, migren cerrahisi düşünen grup olan katılımcıların anksiyete puanları, normal grup olan katılımcıların anksiyete puanlarından yüksek bulunmuştur. Çıkan bu bulgular, bu konuda daha önce yapılmış araştırmaları destekler niteliktedir. Senaratne ve arkadaşları çalışmasında bir anksiyete bozuklukları klinik örnekleminde migren ile anksiyete bozuklukları arasındaki ilişkiyi araştırmışlar ve bu hastalarda migreni olanları genel popülasyona oranla anlamlı derecede yüksek bulunmuşlardır. Antonaci ve arkadaşları çalışmalarında migrenli ve migrensiz bireyleri karşılaştırmış ve psikiyatrik bozuklukların migrenli bireylerde daha fazla görüldüğünü tespit etmişlerdir. Freitag 'ın araştırmasında (2008) yeni bir atağın geleceği endişesi aile ve sosyal yaşantısı yanında iş yaşantısı üretkenliği üzerinde negatif etkilerinin olduğu, dolayısıyla tedavi etkinliğini değerlendirilirken sadece atak sırası (iktal) değil, ataklar arası (inter iktal) döneminde göz önünde bulundurulması gerektiği belirtilmiştir. Peres ve ark. nın (2007) <sup>125</sup>yaptığı araştırmada, migrenli hastaların yeni bir atağın geleceğine karşı duydukları anksiyeteden ve korkudan dolayı sık sık ilaç kullandıkları bununda aşırı doz ilaç kullanımına sebep olduğu ileri sürülmüştür. Landy ve ark. nın (2011) <sup>126</sup>araştırmasında migrenli hastalardan iş yaşantılarındaki genel stres durumlarını ve migren atağının başladığı zamanki iş stres durumlarını 0-10 arasındaki skalada işaretlenmeleri istenmiştir. Migren atağının başladığı zamanki stres durumlarının önemli derecede yükseldiği belirlenmiştir. Yapılan araştırmalarda migrenli hastalarda depresif bozuklukların, obsesif kompulsif bozuklukların, spesifik fobilerin, suicid girişimlerini, ruh sağlığı servislerinin kullanımı arttığı belirlenmiştir. <sup>127 128</sup>

Yaptığımız araştırmada, migren cerrahisi düşünen grup olan katılımcıların depresyon puanları, normal grup olan katılımcıların depresyon puanlarından ve migrenli grup olan katılımcıların depresyon puanlarından yüksek bulunmuştur. Depresyon ve migren baş ağrısıyla ilgili yapılan çalışmalar farklı sonuçlar göstermektedir. Bazı çalışmalarda anlamlı bir

---

<sup>125</sup> Mario Peres, Juliane Mercante, Vera Guendler, Cephalalgiaophobia: A Possible Specific Phobia Of Illness, J Headache Pain. Feb, 2007, 8(1):56-59.

<sup>126</sup> Stephen Landy, Michael Runken, Christopher Bell, Assessing The Impact Of Migraine Onset On Work Productivity, Joem, 2011, 53(1), S.20

<sup>127</sup> Naomi Breslau, Glenn Davis, Migraine, Physical Health And Psychiatric Disorder: A Prospective Epidemiologic Study In Young Adults, J Psychiatr Res, 1993, Volume:27(2), 211- 221.

<sup>128</sup> Landy, Runken, Bell, Higbie, Haskins, a.g.e., s.20

ilişki bulunmuşken bazı çalışmalarda da ilişki bulunamamıştır. Migren hastalarının mükemmeliyetçi kişilik yapıları, sosyal yaşamlarında bozucu ya da engelleyici bir takım sorunlarla karşılaştıklarında depresyon hastalığına benzeyen belirtiler yaşamalarına sebep olabilmektedir.<sup>129</sup> Migren ve major depresyon tanısı almış bireylere yapılan genetik analizi çalışmalarında iki grupta benzer alt grup genler tespit edilmiştir. Migren hastalığına sahip olan bireylerde depresyona, genel popülasyona oranla 2.2 ile 4 kat daha fazla rastlandığı ifade edilmektedir. Migren hastalığına sahip olan bireylerin ömür boyu depresyon geçirme oranı %45 olduğu belirtilmektedir.<sup>130</sup> Benzer çalışmalarda anksiyete ve depresyonun genellikle baş ağrısı ile beraber görüldüğü, baş ağrısının bireylerin psikosomatik bütünlüğü içinde anksiyete ve depresyonun sonucu da, nedeni de olabileceği ifade edilmektedir. Dieter ve Swerdlow (1988)<sup>131</sup>, Invernizzi ve arkadaşları (1989)<sup>132</sup>, Stronks ve arkadaşları (1999)<sup>133</sup>, De Fidio ve arkadaşları (2000)<sup>134</sup>, Bigal ve arkadaşları (2003)<sup>135</sup>, Boz ve arkadaşları (2004)<sup>136</sup>, Abbate-Daga ve arkadaşları (2007)<sup>137</sup> gibi migren hasta grubuyla yapılan geçmiş çalışmalarda bildirilen verileri destekler niteliktedir.

Yaptığımız araştırmada, normal grup olan katılımcıların fiziksel rol puanları ve migrenli grup olan katılımcıların fiziksel rol puanları, migren cerrahisi düşünen grup olan katılımcıların fiziksel rol puanlarından yüksek bulunmuştur. Migrenli grup olan katılımcıların ve migren cerrahisi düşünen grup olan katılımcıların bedensel ağrı puanları, normal grup olan katılımcıların bedensel ağrı puanlarından yüksek bulunmuştur. Normal grup olan katılımcıların duygusal rol puanları, migren cerrahisi düşünen grup olan katılımcıların duygusal rol puanlarından yüksek bulunmuştur. Araştırmaya katılanların fiziksel fonksiyonellik, genel sağlık, canlılık, sosyal fonksiyonellik, ruh sağlığı puanları ortalamalarının grup değişkenine göre aralarında istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır. Benzer sonuçlara ulaşılan Lipton ve arkadaşlarının (2001)<sup>138</sup> yaptığı araştırmada, İngiltere’de yapılan toplumsal temelli vaka kontrol araştırmasında, migrenli ve migrenli olmayan bireyler arasında

<sup>129</sup> Sıtkı Karaca, Fethi Demir, Hasan Herken, Orhan Demir, & Rüstem Aşkın, Kronik Ağrılı Ve Migrenli Hastalarda Depresyon Düzeyleri Ve Ağrı İle Başa Çıkma Becerileri 1, Düşünen Adam, 1999, 12(4), S.31-

<sup>130</sup> Landy, Runken, Bell, Higbie, Haskins, a.g.e., s.21

<sup>131</sup> John Dieter, Bernard Swerdlow, A Replicative Investigation Of The Reliability Of The Mmpi In The Classification Of Chronic Headaches. Headache, 1998, 28, 212-222.

<sup>132</sup> Giordano Invernizzi, Costanzo Gala, Manuela Buono, Neurotic Traits And Disease Duration In Headache Patients, Cephalalgia, 1989, 9, 173-178.

<sup>133</sup> Landy, Runken, Bell, Higbie, Haskins, a.g.e., s.21

<sup>134</sup> Dario De Fidio, Vittorio Scirucchio, Beatrice Pastore, Chronic Daily Headache: Personality Study By Means Of Computerized Mmpi-2, Journal Of Headache And Pain, 2000, 1, 67-70.

<sup>135</sup> Özden Üneri, Nesrin Şenbil, Sevil Turgut, Migrenli Ergenlerde Yaşam Kalitesi. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2009, 10:137-141.

<sup>136</sup> Cavit Boz, Sibel Velioğlu, Mehmet Özmenoğlu, Kemal Sayar, Zekeriya Alioğlu, Bülent Yalman, Murat Topbaş, Temperament And Character Profiles Of Patients With Tension-Type Headache And Migraine, Psychiatry And Clinical Neuroscience, 2004, Volume:58, S.536-543.

<sup>137</sup> Giovanni Abbate-Daga, Secondo Fassino, Rossana Lo Giudice, Pinessi Lorenzo, Anger, Depression And Personality Dimensions In Patients With Migraine Without Aura, Psychotherapy And Psychosomatics, 2007, Volume:76,122-128.

<sup>138</sup> Özön ve Bolay, a.g.e., s.:98



yaşam kalitesi ve iş ile ilişkili yetersizlikler karşılaştırılmıştır. 200 vaka, 200 kontrol grubu alınmıştır. Migrenli bireylerin migrenli olmayan bireylere göre yaşam kalitesi puanları önemli derecede düşük bulunmuştur. Yine aynı çalışmada, migrene bağlı iş konusundaki kısıtlılıklar düşük orta, yüksek olarak sınıflandırılarak değerlendirilmiştir. İş konusunda kısıtlılığı yüksek olan grupta yaşam kalitesi puanları düşük bulunmuştur. Ülkemizde Üneri, Şenbil ve Turgut (2009)'un<sup>139</sup> migrenli ergenlerde yaptığı çalışmada yaşam kalitesi puanları migren tanısı olmayan ergenlere göre anlamlı derecede düşük bulunmuştur. Breslau (2003) ise yaptığı çalışmada, migren hastalarındaki prevalansın, diğer baş ağrısı gruplarından farklılaşmadığını belirtmiştir.<sup>140</sup> Son yıllarda yapılan çalışmalar koşullanmış korku ve kaçınma davranışlarında önemli bir rol oynayan beyin sapındaki periaqueductal gri bölgesinin ve amigdalanın bazı bölgelerinin migrenle de ilişkili olduğunu iddia etmektedir. Buna paralel olarak agorafobi eşlik eden panik bozuklukta bu bölgelerin önemi konusunda çalışmalar yapılmaya başlanmıştır. Dueland, Leira ve Cabelli'nin (2005)<sup>141</sup> İsrail ve 8 Avrupa ülkesinde yaşayan 1810 migrenli bayanlarda gerçekleştirdiği çalışmada son 6 ayda işe ya da okula gitmediği ortalama gün sayısı 1.9; ağrı yüzünden işe geç gittiği ya da erken ayrılmak zorunda kaldığı ortalama gün sayısı 1.5 gün olarak saptanmıştır. Geçen 6 ay süresi boyunca katılımcıların %74' ünün migren yüzünden işteki ya da okuldaki işlerini tam olarak yerine getiremediği, %62' sinin en az bir kere ya da daha fazla migren yüzünden ailesiyle veya arkadaşlarıyla vakit geçiremediği, %67' sinin bir kere ya da daha fazla migren yüzünden boş zaman aktivitelerine zaman ayıramadığı saptanmıştır. Lipton ve ark. (2007)<sup>142</sup> yaptığı çalışmada 10 migren hastasından 9' unun migren atağı sırasında normal fonksiyonlarına dönemmediği ve yarıdan fazlasının (%53.7) ciddi bir şekilde etkilenme yaşayıp yatma ihtiyacı duyduğu belirlenmiştir. Hastaların %25.3' ünün son üç ay içerisinde en az bir gün okula gidemedikleri belirlenmiştir.

Yaptığımız çalışmada, çalışmaya katılanların cinsiyet değişkeni ve anksiyete puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Anksiyete ile cinsiyet arasındaki ilişkiye yönelik literatür incelendiğinde farklı sonuçlar ortaya çıkmıştır. Bazı çalışma sonuçlarına göre öğrencilerin cinsiyetleri ile kaygı düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.<sup>143</sup>Yelkenci (2013)<sup>144</sup>, çalışmasında anksiyete ile cinsiyet arasındaki ilişkiyi incelediğinde kız öğrencilerde anksiyete puanını (17.87), erkek öğrencilerde (13.76) bulmuş

<sup>139</sup> Üneri, Şenbil, Turgut, a.g.e., s.137-141

<sup>140</sup> Breslau ve ark., a.g.e., s.221

<sup>141</sup> Aud Nome Dueland, Rogelio Leira, Sara Cabelli, The Impact Of Migraine On Psychological Well-Being Of Young Women And Their Communication With Physicians About Migraine: A Multinational Study, Curr Med Res Opin, 2005, 21:1297–1305.

<sup>142</sup> Özön ve Bolay, a.g.e., s.:99

<sup>143</sup> Nalan Akış, Emel İrgel, Kayıhan Pala, Gemlik Çıraklık Eğitim Merkezinde Okuyan Çırakların Çalışma Koşulları Ve Sosyal Sorunları, Ulusal İş Sağlığı Ve İşyeri Hekimliği Günleri Bildiri Kitabı, Bursa, 2001, s.56.

<sup>144</sup> İnci Yelkenci, Üniversite Sınavına Hazırlayan Öğrencilerin Depresyon İle Anksiyete Düzeylerinin Çeşitli Değişkenlere Göre İncelenmesi, İstanbul Arel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2013, s.25. (**Yüksek Lisans Tezi**)

ve aralarındaki ilişkinin anlamsız olduğunu belirtmiştir. Coş ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada anksiyete düzeyi ile cinsiyet arasında anlamlı bir farkın bulunmadığını belirtmişlerdir. Literatür incelendiğinde araştırma bulgularımızla çelişen sonuçlarda mevcuttur. Üniversite öğrencileri ile yapılan bir çalışmada kaygı düzeyinin cinsiyete göre farklılık gösterip göstermediği analiz edildiğinde kız ve erkek öğrencilerin kaygı düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olduğu bulunmuştur.<sup>145</sup> Lewinsohn ve arkadaşları, ergenlerde anksiyete bozuklukları ile ilgili yapmış oldukları çalışmada kadınların erkeklere oranla belirgin düzeyde yüksek anksiyete belirtileri gösterdiklerini belirtmişlerdir.<sup>146</sup> Sağlıklı bireylere kıyasla SAB olan bireylerin, sıklıkla kadın cinsiyetinde olduğu, kadın/erkek oranının 2/1 olduğu bildirilmiştir ancak klinik çalışmalar incelendiğinde bu oranının birbirine neredeyse eşit olduğunu bildiren yayınlar da mevcuttur.<sup>147</sup> Toplumda yapılan çalışmalarda kadın hastaların daha az tedavi arayışında buldukları, bu durumun 'sosyal ataklık' konusundaki beklentilerin cinsiyetler arasında farklılığı göstermesinden kaynaklandığı, kadınların daha pasif ve utangaç olmalarının daha çok kabul gördüğü ve bu beklentilerin tedavi arama davranışını etkileyebileceği bildirilmektedir.<sup>148</sup> Tümerdem (2007)<sup>149</sup> tarafından yapılan çalışmada da, erkek ve kız öğrencilerinin kaygı düzeyi açısından, fakülte değişkeni de göz önüne alındığında bir farklılaşma bulmamıştır. Marmara Üniversitesi'nde yapılan bir çalışmada da kızların sürekli kaygı düzeyleri ile erkeklerin sürekli kaygı düzeyleri arasında da bir anlamlılığa rastlanmamıştır.<sup>150</sup> Bu çalışmalar elde ettiğimiz bulguları desteklemektedir. Canbaz, Sünter, Aker ve arkadaşlarının (2007)<sup>151</sup> tıp fakültesi son sınıf öğrencilerinin kaygı düzeyi ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla 67'si (% 39.9) kız ve 101'i (% 60.1) erkek toplam 168 öğrenci üzerinde yaptıkları çalışmada kadınlardaki anksiyete puanının, erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu bulunmuştur. Kaygı ve strese verilen tepkilerde cinsiyet açısından farklılıklar olduğu; kadınlarda kaygıya daha sık rastlandığı, stres ve kaygı durumlarında erkeklerin daha saldırgan olduğu, kadınların stres karşısında daha çok kaygı ve çökkünlük gösterme eğilimleri olduğu tespit edilmiştir. Anksiyete konusunda yapılan diğer çalışmalar incelendiğinde de kız öğrencilerinin anksiyete

---

<sup>145</sup> Özlem Çakmak. Ve Hevedanlı Murat, Eğitim Ve Fen Edebiyat Fakülteleri Biyoloji Bölümü Öğrencilerinin Kaygı Düzeylerinin Çeşitli Değişkenler Açısından İncelenmesi, Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi, 2005, 4 (14):115-127.

<sup>146</sup> Peter Lewinsohn, Richard Zinbarg, John Seeley, Lifetime Comorbidity Among Anxiety Disorders And Between Anxiety Disorders And Other Mental Disorders İn Adolescents, Journal Of Anxiety Disorders, 1997, 11:377-394.

<sup>147</sup> Franklin Schneier, Myrna Weissman, Social Phobia: Comorbidity And Morbidity İn An Epidemiological Sample, Archives Of General Psychiatry; 1992, 49, 282-288.

<sup>148</sup> Çakmak ve Hevedanlı, a.g.e., s.115-127

<sup>149</sup> Recep Tümerdem, Dicle Üniversitesi Eğitim Fakültesi Ve Fen-Edebiyat Fakültesi Kimya Son Sınıf Öğrencilerinin Kaygılarını Etkileyen Etmenler, Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi, 2007, 20(20), S.25

<sup>150</sup> Betül Aydın, Üniversite Öğrencilerinin Kaygı Düzeyleri İle Ders Çalışma Tutum Ve Alışkanlıklarının İncelenmesi, Psikoloji Dergisi, 1990, Cilt:7(25), S.33-39.

<sup>151</sup> Sevgi Canbaz, Tefvik Sünter, Servet Aker, Yıldız Peşken, Tıp Fakültesi Son Sınıf Öğrencilerinin Kaygı Düzeyi Ve Etkileyen Faktörler, Genel Tıp Dergisi, 2007, Cilt:17(1), S.15-19.

düzeylerinin erkekler öğrencilerin anksiyete düzeylerinden daha yüksek olduğu saptanmıştır.<sup>152 153 154</sup>

Yaptığımız araştırmada, araştırmaya katılanların cinsiyet değişkeni ve depresyon puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Depresyon ile cinsiyet arasındaki ilişkiye yönelik literatür incelendiğinde farklı sonuçlar ortaya çıkmıştır. Bu çalışmaya benzer olarak Arslantaş ve arkadaşları, yaptıkları araştırmada cinsiyete göre depresyon sıklığında fark olmadığını belirtmişlerdir.<sup>155</sup> Bozkurt (1998)<sup>156</sup> ve Yelkenci (2013)<sup>157</sup> yapmış oldukları araştırmada depresyon düzeyi ile cinsiyet arasında anlamlı bir ilişki olmadığını belirtmişlerdir. Yelkenci (2013) çalışmasında depresyon ile cinsiyet arasındaki ilişkiyi incelediğinde kız öğrencilerde (37,05), erkek öğrencilerde (34,34) bulmuş ve aralarındaki ilişkinin anlamsız olduğunu belirtmiştir. Bu çalışmadan farklı olarak Çakır (2006)<sup>158</sup> yapmış olduğu çalışmada kız öğrencilerin depresyon ortalamaları erkeklere oranla daha yüksek çıkmıştır. Depresyon epidemiyolojisiyle ilgili çalışmalarda depresyon sıklığının kadınlarda, erkeklerden daha yüksek oranda olduğu bulunmuştur.<sup>159 160</sup> Bu sonuçlar araştırma bulgularımızla çelişmektedir. Cinsiyete göre depresyon düzeylerinin üniversite öğrencileri üzerinde ölçüldüğü diğer bazı araştırmalarda da, cinsiyet değişkeni açısından fark bulunmadığı bildirilmiştir.<sup>161 162</sup> Bu çalışmaların bizim yapmış olduğumuz araştırma sonuçları ile örtüştüğü görülmektedir. Cinsiyetler arasında fark bulunmamasının nedeni olarak da, toplumumuzda hemcinslerine göre üniversite eğitimi almayı başarmış kızların kendilerini daha iyi ifade edebilmeleri, daha güvenli ve daha fazla hakka sahip olduklarının bilincinde olmalarından kaynaklanıyor olabilir denmektedir.<sup>163</sup> Özdemir (2007) yapmış olduğu araştırmada ve erkek öğrencilerin bayan öğrencilere göre depresyon düzeylerinin daha fazla

<sup>152</sup> Şenol Varol, Lise Son Sınıf Öğrencilerinin Kaygılarını Etkileyen Etmenler, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Samsun, 1990, s.55. **(Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi)**

<sup>153</sup> Şeniz Özusta, Çocuklar İçin Durumluk Sürekli Kaygı Envanterinin Uyarılma, Geçerlik Ve Güvenirlik Çalışması, Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 1993, s.22. **(Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi)**

<sup>154</sup> Qi Dong, Bin Yang, And Ollendick Thomas, Fears In Chinese Children And Adolescent And Their Relation To Anxiety And Depression, Journal Of Child Psychology And Psychiatry, 1994, 35 (2): 351-363.

<sup>155</sup> Özusta, a.g.e., s.29

<sup>156</sup> Nergüz Bozkurt, Lise Öğrencilerinin Okul Başarısızlıklarının Altında Yatan Depresyonla İlişkili Otomatik Düşünce Kalıpları, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir, 1998, s.33. **(Yayınlanmamış Doktora Tezi)**

<sup>157</sup> Yelkenci, a.g.e., s.33

<sup>158</sup> Esra Çakır, Anadolu Öğretmen Liselerinde Okuyan Öğrencilerin Depresyon Ve Motivasyon Düzeyleri, Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2006, s.25. **(Yüksek Lisans Tezi)**

<sup>159</sup> Özusta, a.g.e., s.30

<sup>160</sup> Ümit Ertem ve Saadet Yazıcı, Ergenlik Döneminde Psikososyal Sorunlar Ve Depresyon, Aile Ve Toplum Dergisi, 2006, 3:7-12.

<sup>161</sup> Nilgün Sarı, Psikolojik Danışman Ve Rehberlik Öğrencilerinin Problem Alanları Ve Depresyon Seviyelerinin İncelenmesi, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 1991, s.29. **(Yayınlanmamış Yüksek Lisans, Tez)**

<sup>162</sup> Lale Özdel, Pamukkale Üniversitesi Öğrencilerinde Beck Depresyon Ölçeği'ne Göre Depresyon Sıklığı Ve Sosyo-Demografik Özelliklerle Depresif Belirtilerin Karşılaştırılması, Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Denizli, 2001, s.25. **(Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi)**

<sup>163</sup> Lale Özdel, Mehmet Bostancı, Osman Özdel ve Nalan Oğuzhanoğlu, Üniversite Öğrencilerinde Depresif Belirtiler Ve Sosyo-Demografik Özelliklerle İlişkisi, Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2002, 3:155-161.

olduğunu bulmuştur. Ayrıca Akandere (2003) de yaptığı araştırmada da erkek öğrencilerin bayan öğrencilere oranla depresyon düzeylerinin daha fazla olduğunu tespit etmiştir.<sup>164</sup> Kaya ve ark. (2007)<sup>165</sup> çalışmasında kadın olmanın depresif belirti yaygınlığı için risk faktörü olduğu bulunmuştur. Dion & Giordano (1990) Kanada Üniversitesi'nde yaptıkları bir çalışmada da kızlarda depresif belirti yaygınlığı anlamlı düzeyde yüksek bulunmuşlardır. Depresyon epidemiyolojisiyle ilgili yapılan çalışmalarda genel olarak varılan ortak kanı depresyonun sıklığının ve yaygınlığının kadınlarda erkeklerden daha yüksek oranda olduğudur.<sup>166</sup> <sup>167</sup> <sup>168</sup> <sup>169</sup> Hormonal farklılıklar, toplumsal değer yargıları, farklı stresörlerle karşı karşıya kalmak bayanlarda depresyon yatkınlığını arttırmaktadır.<sup>170</sup> İsveç'te çocuk ve ergenler üzerinde 2003 yılında The Seasonal Pattern Questionnaire (SPAQ) ölçek kullanılarak yapılan bir araştırmada 17–18 yaşlarda kız öğrencilerde depresyon semptomları % 25,5, erkeklerde ise %13,8 oranında bulunmuştur. 1999'da Diyarbakır'ın yoğun göç alan bir mahallesindeki bir lisede yapılan bir çalışmada kontrol grubu erkek öğrencilerde BDE puanı ortalaması 18.2 bulunmuş; kontrol grubu kızlarda BDE puanı ortalaması 22.0 bulunmuştur.

Yaptığımız araştırmada, araştırmaya katılanların cinsiyet değişkeni ve bedensel ağrı puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Kadın katılımcıların bedensel ağrı puanları, erkek katılımcıların bedensel ağrı puanlarından yüksek bulunmuştur. Araştırmaya katılanların cinsiyet değişkeni ve duygusal rol puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Erkek katılımcıların duygusal rol puanları, kadın katılımcıların duygusal rol puanlarından yüksek bulunmuştur. Araştırmaya katılanların cinsiyet değişkeni ve fiziksel fonksiyonellik, fiziksel rol, genel sağlık, canlılık, sosyal fonksiyonellik, ruh sağlığı puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Üner ve arkadaşlarının (2007)<sup>171</sup>, Çağan ve arkadaşlarının (2012) yaptıkları çalışmalarda çıkan sonuç araştırma sonucu ile

---

<sup>164</sup> Banu Özdemir, Üniversite Öğrencilerinde Görülen Depresyonun Giderilmesinde Dansın Etkisi, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya, 200, s.26. **(Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi)**

<sup>165</sup> Mine Kaya, Metin Genç, Burhanettin Kaya, Erkan Pehlivan, Tıp Fakültesi Ve Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinde Depresif Belirti Yaygınlığı, Stresle Başa Çıkma Tarzları Ve Etkileyen Faktörler, Türk Psikiyatri Dergisi, 2007, 18(2):137-146.

<sup>166</sup> Abiodun Adewuya. Bola Ola, Olutayo Aloba, Depression Amongst Nigerian University Students, Prevalence And Sociodemographic Correlates, Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol, 2006, Volume:41, 674-678.

<sup>167</sup> Diann Ackard, Dianne Neumark-Sztainer, Mary Story, Cheryl Perry, Parentchild Connectedness And Behavioral And Emotional Health Among Adolescents, American Journal Of Preventive Medicine, 2006, Volume:30, 59-66.

<sup>168</sup> Özdemir, a.g.e., s.25

<sup>169</sup> Seva Öner, Resul Buğdaycı, Tayyar Şaşmaz, Mersin Çıraklık Eğitim Merkezi Öğrencilerinde Depresyon Ve Etkileyen Faktörler, Mesleki Sağlık Ve Güvenlik Dergisi, 2004, 18: 36-42

<sup>170</sup> Orhan Doğan, Depresyonun Epidemiyolojisi, Duygudurum Dizisi, 2000, 1:29-38.

<sup>171</sup> Sarp Üner, Tülay Bağcı Bosi, Melih Velipaşaoğlu, Ankara'Da Bulunan İki Lisenin Öğrencilerinin Ruhsal Durumlarının Gsa–12 İle Değerlendirilmesi. Araştırma Makalesi, Toplum Hekimliği Bülteni, 2007, Ocak-Nisan, 26(1):25-31.

zıtlık göstermektedir. Araştırma sonuçlarına göre kızların ruh sağlığının erkeklere göre daha kötü olduğunu söyleyebiliriz.<sup>172</sup>

Yaptığımız araştırmada, araştırmaya katılanların anksiyete puan ortalamaları ile ağrı atak sıklığı değişkeni arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Ağrı atak sıklığı haftada birçok kez olanların ve ayda 1-4 kez olanların anksiyete puanları, ağrı atak sıklığı ayda birçok kez olanların anksiyete puanlarından yüksek bulunmuştur. Araştırmaya katılanların depresyon puan ortalamaları ile ağrı atak sıklığı arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Ağrı atak sıklığı günde birçok kez olanların, ayda 1-4 kez olanların ve haftada birçok kez olanların depresyon puanları, ağrı atak sıklığı ayda birçok kez olanların depresyon puanlarından yüksek bulunmuştur. Araştırmaya katılanların fiziksel rol puan ortalamaları ile ağrı atak sıklığı değişkeni arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Ağrı atak sıklığı haftada birçok kez olanların, ayda 1-4 kez olanların ve ayda birçok kez olanların fiziksel rol puanları, ağrı atak sıklığı günde birçok kez olanların fiziksel rol puanlarından yüksek bulunmuştur. Araştırmaya katılanların canlılık puan ortalamaları ile ağrı atak sıklığı değişkeni arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Ağrı atak sıklığı ayda birçok kez olanların canlılık puanları, ağrı atak sıklığı haftada birçok kez olanların ve ayda 1-4 kez olanların canlılık puanlarından yüksek bulunmuştur. Araştırmaya katılanların ruh sağlığı puan ortalamaları ile ağrı atak sıklığı değişkeni arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Ağrı atak sıklığı ayda birçok kez olanların ruh sağlığı puanları, ağrı atak sıklığı haftada birçok kez olanların ve ayda 1-4 kez olanların ruh sağlığı puanlarından yüksek bulunmuştur. Araştırmaya katılanların fiziksel fonksiyonellik, bedensel ağrı, genel sağlık, sosyal fonksiyonellik, duygusal rol puan ortalamaları ile ağrı atak sıklığı değişkeni arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Literatürde migren cerrahisine başvuran, başvurmayan ve migren sorunu olmayan bireylerin araştırıldığı diğer çalışmaları incelerken anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesi ile ağrı atak sıklığı arasındaki ilişkinin araştırıldığı başka bir çalışmaya rastlanmamıştır.

---

<sup>172</sup> Özlem Çağan ve Erkan Pehlivan, Malatya İl Merkezindeki Lise Son Sınıf Öğrencilerinin Ruhsal Durumlarının Gsa-12 İle Değerlendirilmesi, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 2012, 19(2):88-95.

## ÖNERİLER

Migren ile ilgili yapılan ilgili alan yazın incelendiğinde psikolojik değişkenler olarak anksiyete, depresyon, yaşam kalitesi gibi değişkenler ilgili araştırmalara nadiren rastlanılmıştır. Ülkemizdeki çalışmalarda da sözü edilen psikolojik değişkenler ile ilgili daha fazla araştırma yapılması, sağlık psikolojisi alanına önemli katkılar sağlayacaktır.

Araştırmaların mümkün olduğunca daha geniş örneklemelerde incelenmesi veri çeşitliliği açısından önerilmektedir.

Anksiyetenin günümüzde daha küçük yaşlarda görülmesinden dolayı, ruh sağlığı ekipleri tarafından bu konuda ailelere ve çocuklara eğitimler verilebilir, önerilerde bulunulabilir.

Eğitim seviyesinin artmasıyla beraber depresyon düzeyinin düştüğü ve yaşam kalitesi seviyesinin arttığı belirlenmiştir. Bu bağlamda bireyler eğitime teşvik edilebilir.

Çalışan bireylerin çalışmayanlara oranla depresyon düzeylerinin düşük, yaşam kalitesi seviyelerinin yüksek olmasından dolayı, çalışmayan insanlar çalışmaya yönlendirilebilir.

Ağrı atak sıklığının kişide depresyon ve anksiyete seviyelerini arttırdığı göz önüne alınırsa, uzmanlar tarafından bireylerin bu konuda bilgilendirilmeleri ve gerekli tedavi şekillerinin anlatılması önerilebilir.

Migren cerrahisi düşünen migren hastalarının psikiyatrik ve psikolojik değerlendirmeleri, ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası standartlaştırılabilir.

Migren cerrahisi son yıllarda dikkat çekmeye başlayan bir alandır. Çalışmamızda bulduğumuz üzere migren cerrahisi düşünen bireylerde anksiyete, depresyon anlamlı oranda yüksek iken, yaşam kalitesi belirgin olarak düşüktür. Bu bakımdan migren cerrahisi düşünen grup psikopatoloji eştanısı bakımından özel olarak dikkat edilmesi gereken bir grup olarak düşünülebilir. Bu alanda hem dünyada hem ülkemizde bildiğimiz kadarıyla başka çalışma yoktur. Bu alanda daha geniş örnekleme yapılacak çalışmalara ihtiyaç vardır.

## KAYNAKÇA

### TEZLER

BOZKURT Nergüz, Lise Öğrencilerinin Okul Başarısızlıklarının Altında Yatan Depresyonla İlişkili Otomatik Düşünce Kalıpları, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir, 1998. **(Yayınlanmamış Doktora Tezi)**

ÇAKIR Arif, Migrende Klinik Özellikler ve Migrenin Temel Klinik Özelliklerinin IQ İle İlişkisi, İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nöroloji Kliniği, 2006. **(Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi)**

ÇAKIR Esra, Anadolu Öğretmen Liselerinde Okuyan Öğrencilerin Depresyon Ve Motivasyon Düzeyleri, Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2006. **(Yüksek Lisans Tezi)**

DEMİRKAYA Mitthat, Migrenli Kadın Hastalarda Atak Sırasında Ve Atak Sonrası Dönemde Seks Hormon Düzeyleri, T.C. Sağlık Bakanlığı Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, 2006. **(Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi)**

ERTÜRK Sibel, Anksiyete Bozukluklarında İşlevsel Olmayan Tutumların Ölçülmesi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, 1994. **(Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi)**

KARAKAŞ Simge. Çalışan Gençlerde Depresyon ve Anksiyetenin Yordayıcısı Olarak Kişilik Özellikleri, Ege Üniversitesi, İzmir, 2009. **(Yüksek Lisans Tezi)**

KARAYAĞIZ Şaban, Bipolar ve Unipolar Depresyonda Aleksitimi Düzeylerinin Karşılaştırılması ve Yaşam Kalitesi İle İlişkisi, Kayseri: Erciyes Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalı, 2013. **(Uzmanlık Tezi)**

ÖBEKLİ Türkan, Şizofreni Ve Bipolar Bozukluk Tanısı İle Ayaktan Tedavi Gören Hastaların Eşlerinin Depresyon, Anksiyete Ve Cinsel İşlev Düzeylerinin İncelenmesi, İstanbul Arel Üniversitesi, İstanbul, 2013. **(Yüksek Lisans Tezi)**

ÖZDEL Lale, Pamukkale Üniversitesi Öğrencilerinde Beck Depresyon Ölçeği'ne Göre Depresyon Sıklığı ve Sosyo-Demografik Özelliklerle Depresif Belirtilerin Karşılaştırılması, Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Denizli, 2001. **(Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi)**

ÖZDEMİR Banu, Üniversite Öğrencilerinde Görülen Depresyonun Giderilmesinde Dansın Etkisi, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya, 2007. **(Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi)**

ÖZUSTA Şeniz, Çocuklar İçin Durumluk Sürekli Kaygı Envanterinin Uyarlama, Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması, Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 1993. **(Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi)**

SARI Nilgün, Psikolojik Danışman ve Rehberlik Öğrencilerinin Problem Alanları ve Depresyon Seviyelerinin İncelenmesi, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 1991. **(Yayınlanmamış Yüksek Lisans, Tez)**

SÜMER Serkan, Farklı Öz-Anlayış Düzeylerine Sahip Üniversite Öğrencilerinde Depresyon, Anksiyete Ve Stresin Değerlendirilmesi, Selçuk Üniversitesi, Konya, 2008. **(Yüksek Lisans Tezi)**

ŞEKER Mahir, Güreş Eğitim Merkezlerindeki Güreşçilerin Depresyon, Kaygı ve Stres Düzeylerinin İncelenmesi, Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, Muğla, 2014. **(Yüksek Lisans Tezi)**

VAROL Şenol, Lise Son Sınıf Öğrencilerinin Kaygılarını Etkileyen Etmenler, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Samsun, 1990. **(Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi)**

YELKENCİ İnci, Üniversite Sınavına Hazırlayan Öğrencilerin Depresyon İle Anksiyete Düzeylerinin Çeşitli Değişkenlere Göre İncelenmesi, İstanbul Arel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2013. **(Yüksek Lisans Tezi)**

YÜCEL Vicdan, Genç Madde Bağımlılarında Kaygı Düzeyi ve Belirleyici Etmenler, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 1998. **(Yayınlanmamış Doktora Tezi)**

## **KİTAPLAR**

AKIŞ Nalan, İRGEL Emel, PALA Kayıhan, Gemlik Çıracılık Eğitim Merkezinde Okuyan Çıracıların Çalışma Koşulları Ve Sosyal Sorunları, Ulusal İş Sağlığı ve İşyeri Hekimliği Günleri Bildiri Kitabı, Bursa, 2001.

ALPER Yusuf, Bütün Yönleriyle Depresyon, İstanbul: Özgür Yayınlar, 1.Basım, 2012.

BALKAN Sevin, OĞUZ Yurttaş, Nöroloji Ders Kitabı, Ankara: Palme Yayıncılık, Yenilenmiş Dördüncü Basım, 2000.

BAYRAKTAR Erhan, Panik Bozukluk, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayınları, İzmir, 1992.

EREL Cihanser, Baş Ağrıları, İstanbul: Osmanlı Matbaası, 1987.

GENÇTAN Engin, Çağdaş Yaşam ve Normaldışı Davranışlar, Maya Matbaacılık Yayıncılık Ltd. Şti, Ankara, 1981.

GÜLEÇ Cengiz, Psikiyatri'nin ABC'si, İstanbul: Say Yayınları, 2.Baskı, 2009.



KÖKNEL Özcan, Ruhsal Çöküntü: Depresyon, İstanbul: Altın Kitaplar Yayınevi, 6.Baskı, 2005.

MACGREGOR Anne, Managing Migraine in Primary Care;1999, s.1-69.

MELZACK Ronalde, WALL Patrick, Wall and Melzack's Textbook of Pain. Ağrı Tedavisi El Kitabı. Çeviren:Erdine, Serdar. Öncü Basımevi, Güneş Kitabevi Ltd.Şti., İstanbul, 2006.

ÖZTÜRK Orhan, Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Nobel Tıp Kitapevleri, Ankara, 2001.

TARLACI Sultan, Akut migren atağı Tedavisi, Nobel Med, 2006.

TÜKEL Raşit, Anksiyete Bozuklukları, Çizgi Tıp Yayınevi, Ankara, 2000.

YÜKSEL Nevzat, Ruhsal Hastalıklar, Ankara, Çizgi Tıp Yayınevi, 2. Baskı, 2001.

## **DERGİLER VE MAKALELER**

ABBATE-DAGA Giovanni, FASSİNO Secondo, GIUDİCE Rossana Lo, PİNESSİ Lorenzo, Anger, Depression and Personality Dimensions in Patients with Migraine without Aura, Psychotherapy and Psychosomatics, 2007, Volume:76,122–128.

ACKARD Diann, M., NEUMARK-SZTÄINER Dianne, STORY Mary, & PERRY Cheryl, Parentchild Connectedness And Behavioral And Emotional Health Among Adolescents, American Journal of Preventive Medicine, 2006, Volume:30, 59-66.

ADEWUYA Abiodun. OLA Bola, ALOBA Olutayo, Depression Amongst Nigerian University Students, Prevalence And Sociodemographic Correlates, Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol, 2006, Volume:41, 674-678.

ALEMDAR Murat, SELEKLER Macit, Migren Ve Kortikal Yayılan Depresyon, Ağrı, 2006, Cilt:18:4, s.24-30

ATEŞ Bahar, SAYGIN Özcan ve ZORBA Erdal, Ev Hanımlarının Fiziksel Kapasitelerinin Ve Yaşam Kalitelerinin Belirlenmesi, Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi, 2009, Cilt:6 (2), S.357- 367

AVCI Kadriye ve PALA Kayıhan, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesinde Çalışan Araştırma Görevlisi ve Uzman Doktorların Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 2004, Cilt:30(2), s.81-85.

AYDIN Betül, Üniversite Öğrencilerinin Kaygı Düzeyleri ile Ders Çalışma Tutum ve Alışkanlıklarının İncelenmesi, Psikoloji Dergisi, 1990, Cilt:7(25), s.33-39.

BALABAN Carey, Neural Substrates Linking Balance Control And Anxiety, Physiology & Behaviour; 2002, Volume:77, 469-475.

BAYKAN Betül, Baş ağrısı ve genetik, Türk Nöroloji Dergisi, 2006, Cilt:12(4), s.24

BIÇAKÇI Şebnem, Başağrılarında Yeni Sınıflama. Türkiye Klinikleri Nöroloji Dergisi, 2003; 1(2):85-93.

BORRONI Barbara, RAO Renata, LIBERINI Paolo, VENTURELLI Elisabetta, COSSANDI Michela, Endothelial Nitric Oxide Synthase (Glu 298Asp) Polymorphism Is An Independent Risk Faktör For Migraine With Aura, Headache, 2006, Volume:46, s.1575-1579.

BOZ Cavit, VELIOĞLU Sibel, ÖZMENOĞLU Mehmet, SAYAR Kemal, ALIOĞLU Zekeriya, YALMAN Bülent, TOPBAŞ Murat, Temperament And Character Profiles Of Patients With Tension-Type Headache And Migraine, Psychiatry and Clinical Neuroscience, 2004, Volume:58, s.536–543.

BÖGER Rainer, Arginine Metabolism: Enzymology, Nutrition And Clinical Significance. J. Nutr, 2004, Volume:10, 2842S-2847S.

BRESLAU Naomi, DAVIS Glenn, Migraine, Physical Health And Psychiatric Disorder: A Prospective Epidemiologic Study In Young Adults, J Psychiatr Res, 1993, Volume:27(2), 211- 221.

BURSTEIN Rami, YARNITSKY David, GOOR-ARYEH Itay, An Association Between Migraine And Cutaneous Allodynia. Ann Neurol, 200, Volume:47, 614-624.

CANBAZ Sevgi, SÜNTER Tefik, AKER Servet, PEŞKEN Yıldız, Tıp Fakültesi Son Sınıf Öğrencilerinin Kaygı Düzeyi Ve Etkileyen Faktörler, Genel Tıp Dergisi, 2007, Cilt:17(1), s.15-19.

ÇAĞAN Özlem ve PEHLİVAN Erkan, Malatya İl Merkezindeki Lise Son Sınıf Öğrencilerinin Ruhsal Durumlarının GSA-12 İle Değerlendirilmesi, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 2012, 19(2):88-95.

ÇAKMAK Özlem. Ve HEVEDANLI Murat, Eğitim Ve Fen Edebiyat Fakülteleri Biyoloji Bölümü Öğrencilerinin Kaygı Düzeylerinin Çeşitli Değişkenler Açısından İncelenmesi, Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi, 2005, 4 (14):115-127.

DE FIDIO Dario, SCIRUICCHIO Vittorio, PASTORE Beatrice, Chronic Daily Headache: Personality Study By Means Of Computerized MMPI-2, Journal of Headache and Pain, 2000, 1, 67–70.

DİETER John, SWERDLOW Bernard, A Replicative Investigation Of The Reliability Of The MMPI In The Classification Of Chronic Headaches. Headache, 1998, 28, 212-222.

DOĞAN Orhan, Depresyonun Epidemiyolojisi, Duygudurum Dizisi, 2000, 1:29-38.

DONG Qi, YANG Bin, And OLLENDICK Thomas, Fears In Chinese Children And Adolescent And Their Relation To Anxiety And Depression, Journal of Child Psychology and Psychiatry, 1994, 35 (2): 351-363.

DUELAND Aud Nome, LEIRA Rogelio, CABELLI Sara, The Impact Of Migraine On Psychological Well-Being Of Young Women And Their Communication With Physicians About Migraine: A Multinational Study, Curr Med Res Opin, 2005, 21:1297–1305.

DURU Gerard, AURAY Jean, GAUDIN Anne, Impact Of Headache On Quality Of Life In A General Population Survey In France (GRIM2000 Study), Headache, 2004, 44:571–580.

ERTAŞ Mustafa, BAYKAN Betül, ORHAN Elif, ZARİFOĞLU Mehmet, KARLI Necdet, SAİP Sabahattin, ONAL Ayşe, SİVA Aksel, One-Year Prevalence And The Impact Of Migraine And Tension-Type Headache İn Turkey: A Nationwide Home-Based Study İn Adults, J Headache Pain, 2012, 13:147– 157.

ERTEM Ümit ve YAZICI Saadet, Ergenlik Döneminde Psikososyal Sorunlar Ve Depresyon, Aile ve Toplum Dergisi, 2006, 3:7–12.

GÖÇGELDİ Ercan, BABAYİĞİT Mustafa, HASSOY Hür, AÇIKEL Cengiz, TAŞÇI İlker ve CEYLAN Süleyman, Hipertansiyon Tanısı Almış Hastaların Algıladıkları Yaşam Kalitesi Düzeyinin ve Etki Eden Faktörlerin Değerlendirilmesi, Gülhane Tıp Dergisi, 2008, 50, 172-179.

INVERNİZZİ Giordano, GALA Costanzo, BUONO Manuela, Neurotic Traits And Disease Duration İn Headache Patients, Cephalalgia, 1989, 9, 173-178.

KARACA Sıtkı, DEMİR Fethi, HERKEN Hasan, DEMİR Orhan, & AŞKIN Rüstem, Kronik Ağrılı ve Migrenli Hastalarda Depresyon Düzeyleri ve Ağrı ile Başa Çıkma Becerileri 1, Düşünen Adam, 1999, 12(4), s.31-33

KARATAŞ Gonca, TAMAM Lut, ÖZPOYRAZ Nurgül, Anksiyete Bozukluklarında Gabapentin Tedavisi, Klinik Psikofarmakoloji Bülteni, 2003, 13:37-42.

KAYA Mine, GENÇ Metin, KAYA Burhanettin, PEHLİVAN Erkan, Tıp Fakültesi ve Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinde Depresif Belirti Yaygınlığı, Stresle Başa çıkma Tarzları ve Etkileyen Faktörler, Türk Psikiyatri Dergisi, 2007, 18(2):137-146.

KOCABAŞ Zeynep, ÇELEBİ Arif, Migren Ve Gerilim Baş Ağrısında Anksiyete, Depresyon Ve Nörotik Eğilim Düzeyleri, Düşünen Adam, 1997, 10 (3):17-21.

LANDY Stephen, RUNKEN Michael, BELL Christopher, Assessing The Impact Of Migraine Onset On Work Productivity, JOEM, 2011, 53(1), s.20

LEWİNSOHN Peter, ZİNBERG Richard, SEELEY John, Lifetime Comorbidity Among Anxiety Disorders And Between Anxiety Disorders And Other Mental Disorders İn Adolescents, Journal of Anxiety Disorders, 1997, 11:377–394.

OFLAZ Fahriye ve VAROL Huriye, Yatan Hastaların Anksiyete ve Depresyon Düzeyleri ve İlişkili Faktörlerin İncelenmesi. Sakarya Devlet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 2010, 17(1), 1-7.

OLESEN Jes, Are Headache Disorders Caused By Neurobiological Mechanisms? Curr Opin Neurol, 2006, 19(3):277-80.

OLESEN Jes, TFELT-HANSEN Peer, AŞHİNA Messoud, Finding New Drug Targets For The Treatment Of Migraine Attacks. Cephalalgia Sep; 2009, 29(9):909-20.

OTLU Bahar Mete, Üniversite Öğrencilerinin Depresyon Düzeylerinin Ve Ailevi İşlevleri: Dokuz Eylül Üniversitesi, Buca Eğitim Fakültesi Örneği. Dokuz Eylül Üniversitesi Buca Eğitim Fakültesi Dergisi, 2008, 23:30-35

ÖNER Seva, BUĞDAYCI Resul, ŞAŞMAZ Tayyar, Mersin Çıraklık Eğitim Merkezi Öğrencilerinde Depresyon Ve Etkileyen Faktörler, Mesleki Sağlık Ve Güvenlik Dergisi, 2004, 18: 36-42

ÖZDEL Lale, BOSTANCI Mehmet, ÖZDEL Osman ve OĞUZHANOĞLU Nalan, Üniversite Öğrencilerinde Depresif Belirtiler ve Sosyo-Demografik Özelliklerle İlişkisi, Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2002, 3:155-161.

ÖZEKES Mustafa, Yaşlıların Günlük Yaşam Aktivite Düzeylerinin Bellek Performansı Üzerindeki Etkisi, Ege Eğitim Dergisi, 2006, (7) 2: 27-41

ÖZÖN Övünç, BOLAY Hayrunnisa, Primer Baş Ağrılarında Tanı Ve Tedavi Yaklaşımları. Türk Nörosirürji Dergisi, 2003, 13:97-112.

PERES Mario, MERCANTE Juliane, GUENDLER Vera, Cephalalgiaphobia: A Possible Specific Phobia Of İllness, J Headache Pain. Feb, 2007, 8(1):56-59.

SAİP Sabahattin, Primer Baş ağrıları. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Nörolog Olmayanlar İçin Nöroloji Sempozyum Dizisi, 2005, 42, 35-62.

SCHNEİER Franklin, WEİSSMAN Myrna, Social Phobia: Comorbidity And Morbidity İn An Epidemiological Sample, Archives of General Psychiatry; 1992, 49, 282–288.

SELVİ Yavuz, ÖZDEMİR Osman, ÖZDEMİR Güzel, AYDIN Adem ve BEŞİROĞLU, Lütfullah, Sağlık Çalışanlarında Vardiyalı Çalışma Sisteminin Sebep Olduğu Genel Ruhsal Belirtiler ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi, Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi, 2010, 23, 238-243.

SERDAROĞLU Ayşe, Çocukluk çağında migren. Klinik Pediatri, 2005, 4(2):59-62.

SİVA Aksel, Migren. I.U. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Baş, Boyun, Bel ağrıları Sempozyum Dizisi No: 30,s.39-50.

ÜNER Sarp, BAĞCI BOSİ Tülay, VELİPAŞAOĞLU Melih, Ankara'da Bulunan İki Lisenin Öğrencilerinin Ruhsal Durumlarının GSA-12 ile Değerlendirilmesi. Araştırma Makalesi, Toplum Hekimliği Bülteni, 2007, Ocak-Nisan, 26(1):25-31.

ÜNERİ Özden, ŞENBİL Nesrin, TURGUT Sevil, Migrenli Ergenlerde Yaşam Kalitesi. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2009, 10:137-141.

TÜMERDEM Recep, Dicle Üniversitesi Eğitim Fakültesi Ve Fen-Edebiyat Fakültesi Kimya Son Sınıf Öğrencilerinin Kaygılarını Etkileyen Etmenler, Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi, 2007, 20(20), s.25

YILDIRIM Arzu ve HACIHASANOĞLU Rabia, Sağlık Çalışanlarında Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Değişkenler. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 2011, 2(2), 61-68.

YÜCEL Yavuz, Migren baş ağrısında tanı ve tedavi yaklaşımları. Dicle Tıp Dergisi, 2008, 35:281-286.



## EKLER

## EK – A: SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

- 1.Yaşınız : .....
- 2.Cinsiyet : a)erkek b)kadın
3. Boy : .....cm
4. Kilo : .....kg
- 5.Medeni Durumunuz a) evli b) bekar c) boşanmış d) eşinden ayrı yaşıyor e) dul
- 6.Eğitim düzeyiniz? a)İlkokul - ortaokul b)Lise c) yüksek okul veya üniversite
- 7.Sahip olduğunuz çocuk sayısı : .....
- 8.Şu an yaşadığınız yer? a)köy b)kasaba c)şehir
- 9.Çocukluğunuzu geçirdiğiniz yer? a)köy b)kasaba c)şehir
- 10.Gelir düzeyiniz nedir ? a) Düşük b) Orta c) yüksek
11. Bir işte çalışıyor musunuz ? a) evet b) hayır
12. Günlük işlerinizi aksatacak şekilde baş ağrısı yaşıyor musunuz ? a)evet b)hayır
13. Doktora gidip ağrı ile ilgili migren tanısı aldınız mı ? a)evet b)hayır
164. Ağrı atağı sıklığı :
  - a) Günde birçok kez
  - b) Haftada birçok kez
  - c) Ayda 1-4 kez
  - d)Ayda birçok kez
14. Ağrıların ev – iş yaşamına etkisi:
  - a) İşime devam ederim
  - b) İşe dikkatimi veremem
  - c) işlerimi iptal ederim.

**EK – B: BECK DEPRESYON ENVANTERİ**

**1** (0) Üzgün ve sıkıntılı değilim.

- (1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
- (2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
- (3) O kadar üzgün ve sıkıntılıyım ki, artık dayanamıyorum.

**2** (0) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.

- (1) Gelecek için karamsarım.
- (2) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
- (3) Gelecek hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmış gibi geliyor.

**3** (0) Kendimi başarısız biri olarak görmüyorum.

- (1) Başkalarından daha başarısız olduğumu hissediyorum.
- (2) Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
- (3) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.

**4** (0) Her şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.

- (1) Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum.
- (2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
- (3) Her şeyden sıkılıyorum.

**5** (0) Kendimi herhangi bir biçimde suçlu hissetmiyorum.

- (1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
- (2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
- (3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.

**6** (0) Kendimden memnunum.

- (1) Kendimden pek memnun değilim.
- (2) Kendime kızgınım.
- (3) Kendimden nefrete ediyorum.

**7** (0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.

- (1) Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğunu düşünmüyorum.
- (2) Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum.
- (3) Her şeyi yanlış yapıyormuşum gibi geliyor ve hep kendimde kabahat buluyorum.

**8** (0) Kendimi öldürmek gibi düşüncülerim yok.

- (1) Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum.
- (2) Kendimi öldürmek isterdim.
- (3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.

**9** (0) İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor.

- (1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
- (2) Çoğu zaman ağlıyorum.

(3) Eskiden ağlayabilirdim ama şimdi istesem de ağlayamıyorum.

**10** (0) Her zaman olduğumdan daha canı sıkkın ve sinirli değilim.

(1) Eskisine oranla daha kolay canım sıkılıyor ve kızıyorum.

(2) Her şey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum.

(3) Canımı sıkın şeylere bile artık kızamıyorum.

**11** (0) Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğimi kaybetmedim.

(1) Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum.

(2) Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor.

(3) Artık çevremde hiç kimseyi istemiyorum.

**12** (0) Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum.

(1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.

(2) Eskiye kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum.

(3) Artık hiçbir konuda karar veremiyorum.

**13** (0) Her zamankinden farklı görüldüğümü sanmıyorum.

(1) Aynada kendime her zamankinden kötü görünüyorum.

(2) Aynaya baktığımda kendimi yaşlanmış ve çirkinleşmiş buluyorum.

(3) Kendimi çok çirkin buluyorum.

**14** (0) Eskisi kadar iyi iş güç yapabiliyorum.

(1) Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor.

(2) Ufacık bir işi bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum.

(3) Artık hiçbir iş yapamıyorum.

**15** (0) Uykum her zamanki gibi.

(1) Eskisi gibi uyuyamıyorum.

(2) Her zamankinden 1-2 saat önce uyanıyorum ve kolay kolay tekrar uykuya dalamıyorum.

(3) Sabahları çok erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum.

**16** (0) Kendimi her zamankinden yorgun hissetmiyorum.

(1) Eskiye oranla daha çabuk yoruluyorum.

(2) Her şey beni yoruyor.

(3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum.

**17** (0) İştahım her zamanki gibi.

(1) Eskisinden daha iştahsızım.

(2) İştahım çok azaldı.

(3) Hiçbir şey yiyemiyorum.

**18** (0) Son zamanlarda zayıflamadım.

(1) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 2 Kg verdim.

(2) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 4 Kg verdim.

(3) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 6 Kg verdim.



**19** (0) Sağlığımla ilgili kaygılarım yok.

(1) Ağrılar, mide sancıları, kabızlık gibi Őikayetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor.

(2) Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafamı başka Şeylere vermekte zorlanıyorum.

(3) Sağlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, başka hiçbir Şey düşünemiyorum.

**20** (0) Sekse karşı ilginde herhangi bir değişiklik yok.

(1) Eskisine oranla sekse ilgim az.

(2) Cinsel isteğim çok azaldı.

(3) Hiç cinsel istek duymuyorum.

**21** (0) Cezalandırılması gereken Şeyler yapığımı sanmıyorum.

(1) Yaptıklarımın dolaylı cezalandırılabilceğimi düşünüyorum.

(2) Cezamı çekmeyi bekliyorum.

(3) Sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor.

**Toplam BECK-D skoru:.....**

**EK – C: BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ**

İSİM:

TARİH:

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir.,

Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin **BUGÜN DAHİL SON BİR HAFTADIR** sizi ne kadar rahatsız ettiğimi yandaki uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz.

	Hiç	Hafif Düzeyde <i>Beni pek Etkilemedi</i>	Orta Düzeyde <i>Hoş değildi ama Katlanabildim</i>	Ciddi Düzeyde <i>Dayanmakta çok zorlandım</i>
1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karıncalanma				
2. Sıcak/ateş basmaları				
3. Bacaklarda halsizlik, titreme				
4. Gevşeyememe				
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu				
6. Baş dönmesi veya sersemlik				
7. Kalp çarpıntısı				
8. Dengeyi kaybetme duygusu				
9. Dehşete kapılma				
10. Sinirlilik				
11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu				

12. Ellerde titreme				
13. Titreklilik				
14. Kontrolü kaybetme korkuşu				
15. Nefes almada güçlük				
16. Ölüm korkuşu				
17. Korkuya kapılma				
18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi				
19. Baygınlık				
20. Yüzün kızarması				
21. Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan)				

**EK – D: MF07-01 ÇALIŞMASI YAŞAM KALİTESİ (SF36) FORMU****Adı-Soyadı:****Tarih:**

1. Genel sağlığını nasıl değerlendirirsiniz ? Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Mükemmel	1
Çok iyi	2
İyi	3
Orta	4
Kötü	5

2. Geçen yıl ile karşılaştırıldığında, sağlığını şu an için nasıl değerlendirirsiniz ?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Geçen seneden çok daha iyi	1
Geçen seneden biraz daha iyi	2
Geçen sene ile aynı	3
Geçen seneden biraz daha kötü	4
Geçen seneden çok daha kötü	5

3. Aşağıdaki tipik bir günümüzde yapmış olabileceğiniz bazı aktiviteler yazılmıştır. Sağlığınız bunları yaparken sizi sınırlandırmakta mıdır ? Öyleyse ne kadar ?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

AKTİVİTELER	Evet, çok kısıtlıyor	Evet, çok az kısıtlıyor	Hayır, hiç kısıtlamıyor
-------------	----------------------	-------------------------	-------------------------

a. Kuvvet gerektiren aktiviteler, koşma, ağır eşyaları kaldırmak, zor sporlar	1	2	3
b. Orta aktiviteler, bir masayı oynatmak, elektrik süpürgesi ile süpürmek, bowling,golf	1	2	3
c. Sebze-meyveleri kaldırmak, taşımak	1	2	3
d. Pek çok katı çıkmak	1	2	3
e. Tek katı çıkmak	1	2	3
f. Çömelmek, diz çökmek, eğilmek	1	2	3
g. 1 kilometreden fazla yürüyebilmek	1	2	3
h. Pek çok mahalle arası yürüyebilmek	1	2	3
i. Bir mahalleden (sokak) diğetine yürümek	1	2	3
j. Kendi kendine yıkanmak, giyinmek	1	2	3

4. Son 4 hafta içerisinde, fiziksel sağlığınız yüzünden günlük iş veya aktivitelerinizde aşağıdaki problemlerle karşılaştınız mı ?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

EVET HAYIR

- |   |   |   |
|---|---|---|
| a. İş yada diğere aktiviteler için harcadığınız zamanda kesinti | 1 | 2 |
| b. İsteddiğinizden daha az miktar işin tamamlanması             | 1 | 2 |
| c. İşin veya diğere aktivitelerin çeşidinde kısıtlama           | 1 | 2 |
| d. İş veya diğere aktiviteleri yaparken zorluk olması           | 1 | 2 |

5. Son 4 hafta içerisinde, duygusal problemler (örnek-üzüntü ya da sinirli hissetmek) yüzünden günlük iş veya aktivitelerinizde aşağıdaki problemlerle karşılaştınız mı ?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

EVET HAYIR

- |  |   |   |
|--|---|---|
| a. İş yada diğer aktiviteler ayırdığınız süreden kesilme oldu mu ? | 1 | 2 |
| b. İsteddiğinizden daha az kısım tamamlanması                      | 1 | 2 |
| c. İşin veya diğer aktiviteleri eskisi gibi dikkatli yapmama       | 1 | 2 |

6. Geçen 4 hafta içinde, fiziksel sağlık veya duygusal problemler, aileniz, arkadaşınız, komşularınız veya gruplar ile olan normal sosyal aktivitelerinize ne kadar engel oldu?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Hiç	1
Çok az	2
Orta derecede	3
Biraz	4
Oldukça	5

7. Son 4 hafta içerisinde, ne kadar fiziksel acı (ağrı) hissettiniz?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Hiç	1
Çok az	2
Orta	3
Çok	4
İleri derecede	5
Çok şiddetli	6

8.Son 4 hafta içerisinde, ağrı normal işinize ne kadar engel oldu?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Hiç	1
Çok az	2
Orta	3
Çok	4
İleri derecede	5

8. Aşağıdaki sorular sizin son 4 hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğiniz ve işlerin nasıl gittiği ile ilgilidir. Lütfen her soru için hissettiğinize en yakın olan sadece 1 cevap verin.

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

	Her Zaman	Çoğu Zaman	Bir Kısım	Bazen	Çok Nadir	Hiçbir Zaman
a. Kendinizi capcanlı hissediyormusunuz?	1	2	3	4	5	6
b. Çok sinirli bir kişi misiniz?	1	2	3	4	5	6
c. Kendinizi hiçbir şey güldürmeyecek kadar batmış hissediyormusunuz?	1	2	3	4	5	6
d. Kendinizi sakin ve huzurlu hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
e. Çok enerjiniz var mı?	1	2	3	4	5	6
f. kendinizi çökmüş ve karamsar hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
g. Yıpranmış hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
h. Mutlu bir insan mıydınız?	1	2	3	4	5	6
i. Yorulmuş hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6

Geçen 4 hafta içinde, fiziksel sağlık veya duygusal problemler, sosyal aktivitelerinize (arkadaşları, akrabaları ziyaret etmek gibi) ne kadar engel oldu?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Her zaman	1
Çoğu zaman	2
Bazı zamanlarda	3
Çok az zaman	4
Hiçbir zaman	5

9. Aşağıdaki cümleler sizin için ne kadar doğru ya da yanlış?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

	Tamamen Doğru	Çoğunlukla Doğru	Bilmiyorum	Çoğunlukla Yanlış	Tamamen Yanlış
a. Diğer insanlardan biraz daha kolay hasta oluyorum	1	2	3	4	5
b. Tanıdığım herkes kadar sağlıklıyım	1	2	3	4	5
c. Sağlığımın kötüleşmesini bekliyorum	1	2	3	4	5
d. Sağlığım mükemmel	1	2	3	4	5



