

MEDİPOL
UNV İSTANBUL
MEDİPOL
ÜNİVERSİTESİ

T.C.

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**MİGRENLİ KADINLARDA KAS İSKELET SİSTEMİ
VE FONKSİYONELLİĞİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Fzt. NESLİŞAH GÜN

FİZYOTERAPİ VE REHABİLİTASYON ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Doç. Dr. Fatma Mutluay

İkinci Tez Danışmanı

Doç. Dr. Hanefi Özbek

İSTANBUL-2015

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim boyunca eğitimime yaptığı katkılarından dolayı İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Z. Candan Alğun'a,

Eğitimim süresince bilgi ve tecrübelerinden sürekli faydalandığım, birlikte çalışmaktan onur ve keyif duyduğum, tezimin her aşamasında emek veren ve değerli katkılarını esirgemeyen, beni her zaman destekleyen ve motive eden, mesleki olarak daima örnek alacağım danışmanım Doç. Dr. Fatma Mutluay'a,

Tezin istatistiksel analizinde bilgisini ve zamanını esirgemeyen Doç. Dr. Hanefi Özbek'e,

Çalışmayı yapmak için gerekli izinleri almamda yardımcı olan, hasta değerlendirmem için gerekli tüm şartları sağlayan ve kaynaklarını paylaşan Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Sabahattin Saip'e,

Çalışma boyunca bana hasta yönlendiren Doç. Dr. Derya Uludüz ve Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Nöroloji Bölümü Baş Ağrısı Polikliniği'nde çalışan diğer tüm doktorlara ve çalışmam boyunca bana içtenlikle yardım eden tüm poliklinik personeline,

Lisans ve yüksek lisans eğitimim boyunca mesleki bilgi birikimime katkısı olan tüm hocalarıma,

Her zaman beni destekleyen, daima sevgileriyle yanımda olan anneme ve kardeşlerime teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI.....	i
BEYAN.....	ii
TEŞEKKÜR.....	iii
İÇİNDEKİLER.....	iv-v
ŞEKİL, RESİM VE TABLOLAR LİSTESİ.....	vi
KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ.....	vii
1.ÖZET.....	1
2.ABSTRACT.....	2
3.GİRİŞ VE AMAÇ.....	3-4
4.GENEL BİLGİLER.....	5-17
4.1. Baş Ağrısı.....	5
4.2. Tarihçe.....	5
4.3. Baş Ağrısının Patofizyolojisi.....	6
4.4. Baş Ağrıları Sınıflaması.....	6
4.5. Migren.....	8
4.6. Epidemiyoloji.....	8
4.7. Migren Patofizyolojisi.....	9
4.8. Migren Genetiği.....	10
4.9. Migren Sınıflaması.....	10
4.9.1. Aurasız Migren.....	10
4.9.2. Auralı Migren.....	11
4.10. Migrende Klinik Özellikler.....	11
4.10.1. Prodrom Dönem.....	12
4.10.2. Aura.....	12
4.10.3. Baş Ağrısı.....	12
4.10.4. Postdrom Dönem.....	13
4.11. Migren Tetikleyicileri.....	13
4.12. Migren Tanısı.....	14
4.13. Migren Tedavisi.....	14
4.13.1. Migrenin Farmakolojik Tedavisi.....	14
4.13.2. Migrenin Davranışsal Tedavisi.....	14
4.14. Migrende Fizyoterapi ve Rehabilitasyon.....	15
4.15. Migren ve Fonksiyonellik.....	16
5. GEREÇ VE YÖNTEM.....	18-28
5.1. Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri.....	18
5.2. Çalışmadan Dışlama Kriterleri.....	18
5.3. Çalışma Akışı.....	19
5.4. Olguların Değerlendirilmesi.....	19
5.4.1. Demografik Bilgiler- Klinik Özellikler.....	19
5.4.2. Kas İskelet Sistemi.....	19
5.4.2.1. Postür Değerlendirmesi.....	19
5.4.2.2. Kas Kuvvetinin Değerlendirilmesi.....	20
5.4.2.3. Esnekliğin Değerlendirilmesi.....	21
5.4.2.4. Eklem Hareket Açıklığının Değerlendirilmesi.....	21
5.4.2.5. Konnektif Doku Mobilitesinin Değerlendirilmesi.....	22
5.4.2.6. Tetik Nokta Değerlendirilmesi.....	22

5.4.2.6.1. Tetik nokta sayısı.....	22
5.4.2.6.2. Yansıyan ağrı.....	23
5.4.2.6.3. Gergin bant.....	23
5.4.2.6.4. Lokal seyirme yanıtı.....	23
5.4.2.6.5. Tetik noktaların duyarlılık derecesinin değerlendirilmesi-basınç ağrı eşiği ölçümü.....	24
5.4.2.7. Kas iskelet sistemi rahatsızlıkları değerlendirilmesi.....	25
5.4.3. Fonksiyonelliğin Değerlendirilmesi.....	25
5.4.4. Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi.....	26
5.4.5. Depresyon Düzeyinin Değerlendirilmesi.....	27
5.4.6. Uyku Kalitesinin Değerlendirilmesi.....	27
5.4.7. İstatistiksel Değerlendirme.....	28
6. BULGULAR.....	29-37
6.1. Demografik Bilgiler.....	29
6.2. Klinik Özellikler.....	29
6.3. Kas İskelet Sistemine Ait Bulgular.....	30
6.3.1. Postürün Değerlendirmesi.....	30
6.3.2. Kas Kuvvetinin Değerlendirilmesi.....	30
6.3.3. Esnekliğin Değerlendirilmesi.....	31
6.3.4. Eklem Hareket Açıklığının Değerlendirilmesi.....	31
6.3.5. Konnektif Doku Mobilitesinin Değerlendirilmesi.....	32
6.3.6. Tetik nokta değerlendirilmesi.....	32
6.3.7. Kas İskelet Sistemi Rahatsızlıkları Değerlendirilmesi.....	34
6.4. Fonksiyonellik.....	34
6.5. Yaşam Kalitesine Ait Bulgular.....	35
6.5.1. Yaşam Kalitesi Değerlendirmesi.....	35
6.5.2. Depresyon Düzeyinin Değerlendirilmesi.....	36
6.5.3. Uyku Kalitesinin Değerlendirilmesi.....	36
6.6. Korelasyonlar.....	37
6.6.1. Eklem Hareket Açıklığı.....	37
6.6.2. Baş Ağrısı Şiddeti ve Boyun Ağrısı Şiddeti.....	37
6.6.3. Baş Ağrılı Gün Sayısı ve Fonksiyonellik.....	37
6.6.4. Baş Ağrılı Gün Sayısı ve Yaşam Kalitesi.....	37
6.6.5. Fonksiyonellik ve Yaşam Kalitesi.....	37
6.6.6. Baş Ağrısı Şiddeti ve Uyku Kalitesi.....	37
7. TARTIŞMA.....	38-46
8. SONUÇ.....	47
9. KAYNAKLAR.....	48-53
10. EKLER.....	54-73
11. ÖZGEÇMİŞ.....	74

ŞEKİL, RESİM VE TABLolar LİSTESİ

Resim. 1: Tetik Nokta Sayısı-Manuel Kompresyon

Resim. 2: Basınç Ağrı Eşiği Ölçümü

Tablo. 1: Olguların Demografik Bilgileri

Tablo. 2: Baş Ağrısına Ait Klinik Özellikler

Tablo. 3: New York Postür Değerlendirme Testine Ait Özellikler

Tablo. 4: Otur-Uzan Testi Sonuçları

Tablo. 5: Eklem Hareket Açıklığı Değerleri

Tablo. 6: Cilt Kaydırma Testi

Tablo. 7: Tetik Nokta Sayısı Dağılımı

Şekil. 1: Tetik Noktalara Ait Bulgular

Tablo. 8: Tetik Noktaların Duyarlılık Derecesi

Tablo. 9: Olguların Kas İskelet Sistemi Problemlerinin Dağılımı

Tablo. 10: MİDAS Skoru Frekans Tablosu

Tablo. 11: SF-36 Alt Komponentleri

Tablo. 12: SF-36 Fiziksel ve Mental Sağlık Komponenti Sonuçları

Tablo. 13: Beck Depresyon Ölçeği Sonuçları

Şekil. 2: Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi Sonuçları

KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ

BDÖ	: Beck Depresyon Ölçeği
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
GNKİSA	: Genişletilmiş Nordic Kas İskelet Sistemi Anketi
IASP	: Uluslararası Ağrı Araştırmaları Teşkilatı(International Association For The Study Of Pain)
ICD-10	: Uluslararası Hastalık Sınıflaması (International Classification Of Diseases)
MİDAS	: Migrene Bağlı Günlük Aktivitelerde Yetersizlik Düzeyi Belirleme Ölçeği (Migraine Disability Assesment Scale)
NYPD	: New York Postür Değerlendirme Testi
PUKİ	: Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi
SF-36	: Kısa Form-36 (Short Form- 36)
SKM	: Sternocleidomasteideus Kası
UBD	: Uluslararası Baş Ağrısı Derneği (IHS- International Headache Society)
VKİ	: Vücut Kütle İndeksi
VAS	: Vizüel Analog Skalası

1.ÖZET

Migrenli Kadınlarda Kas İskelet Sistemi ve Fonksiyonelliğın Değerlendirilmesi

Amaç: Migren ağrısının tekrarlayıcı olması ve ağrıya eşlik eden klinik özellikleri, bireyleri fiziksel, fonksiyonel ve psikososyal yönlerden kısıtlamakta, yaşam kalitesini düşürmektedir. Baş ağrısı ve kas iskelet problemleri arasında pozitif ilişki olduğunu gösteren az sayıda klinik çalışma bulunmaktadır. Ancak bu çalışmalarda migrenin etkisi tüm yönleriyle incelenmemiştir. Çalışmamızın amacı, migrenli kadınlarda kas iskelet sistemini kapsamlı olarak değerlendirmek ve migren ağrısının fonksiyonellik ile yaşam kalitesi üzerine etkisini araştırmaktır.

Materyal ve Metod: Çalışmamızda migren tanısı ile takip edilen 50 kadın gönüllü dahil edildi. Olgulardan demografik ve klinik bilgileri alınarak, kas iskelet sistemi detaylı olarak değerlendirildi. Fonksiyonellik MIDAS formu, yaşam kalitesi SF-36 formu, depresyon düzeyi BDÖ, uyku kalitesi ise PUKİ ölçeği ile değerlendirildi.

Bulgular: Olgularımızda tetik noktalar, yansıyan ağrı ve gergin bant tespit edildi, en düşük ağrı eşiği boyun kaslarında ölçülerek olguların en fazla boyun ve omuz ağrısından yakındıkları kaydedildi. Olguların çoğunda fonksiyonellik düzeyi ve yaşam kalitesinin düşük, depresyon riskinin yüksek ve uyku kalitesinin kötü olduğu saptandı. Eklem hareket açıklığının popülasyon referans değerlerinden anlamlı bir şekilde farklı olduğu gözlemlendi ($p < 0.05$). Baş ağrısı ile boyun ağrısı şiddeti arasında anlamlı ilişki bulundu ($p < 0.05$). Baş ağrılı gün sayısının MIDAS skorunu etkilediği ($p=0.00$), baş ağrılı gün sayısı ile SF-36 fiziksel sağlık komponenti arasında ilişki olduğu görüldü ($p=0.012$). MIDAS skorları ile SF-36 fiziksel sağlık komponenti arasında aynı yönde anlamlı bir korelasyon bulundu ($p=0.026$). Olguların baş ağrısı şiddetinin uyku kalitesini etkilediği görüldü ($p=0.017$).

Sonuç: Çalışmamızın sonuçlarına göre migrenli bireylerde kas iskelet sistemi problemleri görülmektedir. Ayrıca migren, kişilerin fonksiyonellik düzeyini ve yaşam kalitesini düşürmekte, depresyon düzeyini ve uyku kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir.

Anahtar Sözcükler: Baş Ağrısı, Fonksiyonellik, Kas İskelet Sistemi, Migren, Yaşam Kalitesi

2. ABSTRACT

Evaluation Of Musculoskeletal System And Functionality In Women With Migraine

Purpose: Migraine is a recurrent pain and pain associated clinical characteristics limit the individuals physically, functionally and psychosocially and reduce their quality of life. There are few clinical studies show that there is a positive relationship between headache and musculoskeletal problems. But these studies didn't examine all aspects of migraine's effects. The aim of our study evaluate the musculoskeletal system comprehensively in women with migraine and impact of migraine pain on functionality and quality of life.

Material and Method: 50 female volunteers, who followed with diagnosis of migraine were included in the study. Demographic and clinical informations were taken, musculoskeletal system were evaluated in detail. For assesment of functionality MIDAS, for quality of life SF-36, for depression level BDI, for sleep quality PSQI were used.

Results: It was presented trigger points, referred pain and taut bands in the patients. The low pain threshold have measured in neck muscles. The individuals have more complaints about neck and shoulder pain. Most of the patients had lower functionality level and quality of life. It was founded that they have risk of depression and their sleep quality were poor. Range of motion was observed in a meaningful manner different than the reference population ($p < 0.05$). Significant correlation was found between neck pain and headache's severity ($p < 0.05$). It was shown that number of days with headache affect the MIDAS score and there was a relationship between number of days with headache and physical health component of SF-36 ($p = 0.012$). Between the MIDAS score and physical health component of SF-36, significant correlation ($p = 0.026$) was found. It was wiewed quality of life affected by intensity of headache.

Conclusion: According to the results of our study musculoskeletal problems are seen in individuals with migraine. However migraine reduces the functional level and quality of life, and affect the depression level and sleep quality negatively.

Key words: Functionality, Headache, Migraine, Musculoskeletal System, Quality of Life

3. GİRİŞ VE AMAÇ

Baş ağrısı insanlık tarihi boyunca en başta gelen sağlık sorunlarından biridir (1). Baş ağrısı nedeniyle sağlık kuruluşlarına başvuruların büyük oranını migren baş ağrıları oluşturmaktadır (2). Migren, genetik duyarlılığı olan kişilerde tetikleyici faktörlerle ortaya çıkan baş ağrısı atakları ile karakterize, multifaktöriyel nörovasküler bir sendromdur. Toplumda en sık karşılaşılan nörolojik hastalıklardan birisidir ve kadınlarda erkeklere göre 2-3 kat daha fazla görülmektedir. Ülkemizde migren prevalansı %16.4 olarak bulunmuştur ve en çok görüldüğü yaş grubunun ise 30-39 olduğu bildirilmiştir (3, 4).

Migren, bireylerin mesleki, akademik, sosyal, ailesel ve kişisel rollerini ve planlarını etkilemekte, fonksiyonelliğini kısıtlamakta, depresyon riskini de arttırmaktadır (1, 5). Ayrıca, migrenliler sağlıklı bireylere göre daha fazla uyku problemi yaşamaktadır (6). Tüm bu veriler ışığında migrenin yaşam kalitesini olumsuz etkileyen önemli sağlık sorunlarından biri olduğu görülmektedir (7). Migren prevalansının, insan üretkenliğinin en üst düzeyde olduğu yıllarda (yaşamın 2- 5 dekatlarında) yüksek olması migrenin toplumsal yükünün artmasına da neden olmaktadır(1).

Kas iskelet sistemi; mobilizasyon, kendine bakım ve her türlü sosyal ihtiyacın karşılanması gibi becerilerin gerçekleştirilmesinde etkin, hatta anahtar görevi üstlenen bir sistemdir (8). Kas iskelet sistemine bağlı problemler nedeniyle kaslarda spazm, postür bozukluğu, ağrı, ayrıca uyku bozuklukları ve yorgunluk görülmektedir (9). Uzun süreli ağrıya ve fiziksel yetersizliğe neden olmakta, dünyada yüz milyonlarca insanı etkilemektedir (10). Ülkemizde kas iskelet sistemi hastalıkları ölümcül olmayan ama en fazla hastalık yüküne neden olan temel hastalık grupları arasında 3. sırayı almaktadır (11).

Migren gibi kas iskelet sistemine bağlı problemler de toplumda sık görülür, yine kadınlarda erkeklere oranla daha fazla rastlanmaktadır (10). Bireylere, sağlık sistemleri ve topluma mali açıdan yk bindirmektedir ve dünya çapında engele neden olmaktadır (12). Kas iskelet sistemine bağlı ağrı ve fiziksel kısıtlanmalar kişilerin sosyal fonksiyonlarını, mental sağlıklarını, depresyon düzeylerini ve yaşam kalitelerini olumsuz etkilemektedir (10, 13).

Toplum temelli ve klinik çalışmalar baş ağrısı ve kas iskelet rahatsızlıkları arasında pozitif ilişki olduğunu göstermiştir (14). Kassal faktörler genel olarak gerilim tipi baş ağrısı ile ilişkilendirilmektedir (15). Gerilim tipi baş ağrısında boyun ağrısı görüldüğü ve boyun eklem hareket açıklığının etkilendiği bilinmektedir (16). Fakat baş ağrısının tanısından çok baş ağrısı frekansının kas iskelet sistemi problemleri ile ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (17). Bununla birlikte literatürde migrenlilerde kas gerginliği ve hassasiyeti olduğunu gösteren, özellikle baş ve boyun kaslarının etkilendiğini belirten sınırlı sayıda çalışma mevcuttur. Ancak bu çalışmalarda migrenin kas iskelet sistemine yaygın etkisi araştırılmamış ve kişinin fonksiyonelliği, yaşam kalitesi ile ilgili herhangi bir ilişki kapsamlı olarak incelenmemiştir.

Bu alışma, literatürden edindiğimiz bilgiler ışığında, toplumda yaygın olarak görülen iki sağlık sorununun da birbiri ile ilişkisi olduğuna dair verilerin bulunması nedeniyle planlanmıştır. Çalışmamızda migrenli hastalarda kas iskelet sistemi problemlerinin varlığı ve derecesi ile kişilerin fonksiyonelliği kapsamlı olarak incelenecektir.

Bu alışma, migrenin kas iskelet sistemi ile ilişkisini incelemek, ayrıca migren ağrısının kişilerin fonksiyonelliği ile yaşam kalitesi üzerine etkisini araştırmak amacıyla planlanmıştır.

4. GENEL BİLGİLER

4.1. BAŞ AĞRISI

Ağrı duygusal, bilişsel, davranışsal faktörlerden etkilenen geniş bir nörobiyolojiye sahip karmaşık bir deneyimdir. Uluslararası Ağrı Araştırmaları Teşkilatı (IASP-International Association For The Study Of Pain) ağrıyı; vücudun herhangi bir yerinden kaynaklanan, gerçek ya da olası bir doku hasarı ile birlikte bulunan, hastanın geçmişteki deneyimleriyle ilgili, sensoryal veya emosyonel hoş olmayan bir duygu olarak tanımlamaktadır (18).

Baş ağrısı, neredeyse herkesi yaşamının bir döneminde etkileyen yaygın bir ağrı durumudur. Dünya yetişkin nüfusunun yaklaşık yarısında aktif bir baş ağrısı bozukluğu olduğu tahmin edilmektedir (19).

4.2. TARİHÇE

Baş ağrısı ile ilgili bilgiler MÖ 7000 yılına dayanmakta olup yazılı kaynaklar milattan önce 3000 yılına kadar uzanabilmektedir. Yayınlanmış en eski kaynak “ hasta baş ağrısını” tanımlayan bir Sümer epik şiiridir. Milattan önce yaklaşık 1200’den kalma eski bir Mısır baş ağrısı reçetesi olan ve MÖ 2500’den kalma belgelere dayandığı söylenen Ebers Papirisü, migren, nevralsi ve saplanıcı baş ağrısını tanımlamaktadır (20).

Bin yıllar boyunca tıbbi literatür baş ağrısı tetikleyicilerini, rahatlatan faktörleri ve bileşenlerini tanımlamıştır. Hipokrat baş ağrısının egzersizle veya cinsel ilişki ile tetiklenebildiğine, migrenin mideden başa yükselen gazlardan kaynaklandığına ve kusma ile baş ağrısının kısmen rahatlayabileceğine inanmaktaydı. Plato kişinin vücudu ile fazla meşgul olmasının baş ağrısını tetikleyebildiğini savunmaktaydı. Klasik tanımlarından dolayı Kapadokyalı Aretaeus’a (MÖ 2. yüzyıl) migren baş ağrısının keşfi atfedilir. Migren terimi de ilk

kez Galen'in MS yaklaşık 200 yılında kullandığı Yunanca "hemicrania" kelimesinden türetilmiştir (21).

4.3. BAŞ AĞRISININ PATOFİZYOLOJİSİ

Baş ağrısı; baş ve boyunda bulunan ağrıya duyarlı yapıların traksiyonu, deplasmanı, inflamasyonu, vasküler spazmı veya distansiyonu nedeniyle oluşur. Beyin ve meninkslerin büyük bölümü ağrı reseptörleri taşımaz, bu nedenle ağrıya duyarsızdır. Başın ağrıya duyarlı yapıları kafa içinde: venöz sinüsler, anterior ve medial meningeal arterler, dura, n. trigeminus, n. glossopharyngeus ve n. vagus, internal carotid arterin proksimal ve Willis poligonuna gelen dallarıdır. Kafa dışında: kafa derisi, deri altı dokusu, kasları ve arterleri, boyun kasları, 2. ve 3. servikal sinirler, gözler, kulaklar, dişler, sinüsler, orofarinks ve nasal kavitenin mukoz membranıdır (22).

4.4. 3. BAŞ AĞRISI SINIFLAMASI

Uluslararası Baş Ağrısı Derneği (UBD-International Headache Society/IHS) baş ağrısı tanısında standart oluşturmak ve özellikle klinik araştırmalarda kullanılmak amacıyla ilk olarak 1988 yılında baş ağrısını ayrıntılı şekilde sınıflamış, bu ilk sınıflama sistemini 2004'te revize etmiştir (2).

UBD sınıflama sisteminde baş ağrısı başlıca üç grupta ele alınmaktadır: Primer baş ağrısı bozuklukları (1. – 4. kategoriler) ve sekonder baş ağrısı bozuklukları (5. - 12. kategoriler). Primer baş ağrısında baş ağrısının kendisi sorun oluşturur, altta yatan saptanabilir başka neden yoktur ve UBD kriterleri bu grup baş ağrısını belirti özelliklerine göre sınıflandırmaktadır. Sekonder baş ağrısı bozukluklarında ise baş ağrısı beyin tümörü inme veya metabolik bozukluk gibi bir başka hastalığa bağlanabilir ve UBD kriterleri bu grup baş ağrısını nedenlerine dayanarak sınıflandırmaktadır. UBD kriterleri Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından kabul

görmüş ve bu sistemin ana hatları Uluslararası Hastalık Sınıflaması'na (ICD-10) da alınmıştır (20).

A. PRİMER BAŞ AĞRISI

1. Migren
2. Gerilim tipi baş ağrısı
3. Küme baş ağrısı ve kronik paroksizmal hemikraniya
4. Yapısal bir bozuklukla ilişkisi olmayan çeşitli baş ağrısı

B. SEKONDER BAŞ AĞRISI

5. Kafa travmasıyla ilişkili baş ağrısı
6. Damarsal hastalıklarla ilişkili baş ağrısı
7. Damar dışı intrakraniyal hastalıklarla ilişkili baş ağrısı
8. Madde kullanımı veya yoksunluğu ile ilişkili baş ağrısı
9. Kafa dışındaki infeksiyonlarla ilişkili baş ağrısı
10. Metabolik bozuklukla ilişkili baş ağrısı
11. Yüz ve kraniyal yapılarla ilişkili baş ağrısı
12. Psikiyatrik hastalıklarla ilişkili baş ağrısı

C. KRANIYAL NEVRALJİLER, SANTRAL VE PRİMER YÜZ AĞRILARI VE DİĞER BAŞ AĞRILARI

13. Kraniyal nevrалjiler
14. Sınıflandırılmayan veya atipik özellik gösteren baş ve yüz ağrıları

Genellikle genç erişkin yaşta başlayan tekrarlayıcı özellikte olan primer baş ağrısı tüm baş ağrılarının %90 'ını oluşturmaktadır (1).Primer başağrıları içinde en sık karşılaşılanlar migren ve gerilim tipi baş ağrısıdır.Migren ise tüm başağrısı hastalıkları içinde doktora en fazla başvuru nedeni olan durumdur (23).

Gerilim Tipi Baş Ağrısı: Toplumda en sık görülen baş ağrısı tipidir. Ağrı genellikle yaygın iki taraflı oksipital veya frontal bölgede belirli, bazen çember gibi başı sarar özelliğindedir; künt, sıkıştırıcı tarzdadır, hafif veya orta şiddette olabilmektedir (24).

4.5. MİGREN

Migren baş ağrısı; orta ve şiddetli ataklarla karakterize genellikle tek taraflı ve/ veya zonklayıcı, rutin fiziksel aktivite ile tetiklenebilen, bulantı kusma ve/ veya ışığa ve sese hassasiyet ile ilişkili, saatler veya günler boyunca sürebilen baş ağrısıdır,nörovasküler bir bozukluk olarak atfedilir. Yetişkin toplumun %15'ini etkiler ve kadınlarda erkeklere göre üç kat fazla görülür. Dünya çapında ise genel nüfusun %15-20 sini etkileyen, bireylerin yaşam kalitesini ve verimliliğini önemli ölçüde azaltan ve iş gücü kaybına neden olan bir bozukluktur (25).

4. 6. EPİDEMİYOLOJİ

Türkiye Baş Ağrısı Çalışma Grubu'nun 1998 verilerine göre ülkemizde kadınların yıllık baş ağrısı prevalansının %65, erkeklerin ise %57 olduğu rapor edilmiştir. Aynı çalışmada, acil servislere başvuran hastaların %16'sının baş ağrılı hastalar olduğu bildirilmiştir (2).

Migren Prevelansı

Gelişmiş ülkelerde yapılan migren prevelans çalışmaları bu tür baş ağrısının erişkin kadınlarda %12-24; erkeklerde ise %5-12 oranlarında görüldüğünü göstermektedir. Ülkemizde gerçekleştirilen baş ağrısı epidemiyolojisi çalışmasında 15-55 yaş grubunda migren prevelansı %16.4 olarak bulunmuş olup, bu oran kadınlar için % 21.8 erkekler için % 10.9 olarak belirlenmiştir (2).

4.7. MİGREN PATOFİZYOLOJİSİ

Migren patogenezinde 2 ana teori vardır: vazojenik ve nörojenik teoriler.

Nörovasküler teori: Nörovasküler olaylar zinciri sırasında, trigeminal vasküler sistemin aktivasyonu migren baş ağrısının esasını teşkil eder. Migren etyolojisinde çeşitli teoriler öne sürülmüştür. Bugün kabul görmeyen vazodilatasyon teorisi, migren ağrısından esas olarak ekstrakraniyal arterial dilatasyonun sorumlu olduğunu savunur (2).

Nörojenik inflamasyon teorisi: Başın duyu ve ağrısını taşıyan trigeminal sinirin oftalmik dalı migren baş ağrılarında önemli rol oynamaktadır. Trigeminal sinirin periferik uçları meningeal damarları bir ağ şeklinde sardığından “trigeminovasküler sistem” olarak adlandırılır. Periferik duyarlılaşma sonucu trigeminovasküler sistemin aktivasyonu ve meninkslerde oluşan nörojenik inflamasyon migren patofizyolojisinin temelini oluşturur (3).

Trigeminal sinirin nukleusu beyin sapındaki nucleus caudalis dışında üst servikal bölgenin arka boynuzuna kadar işlevsel bir devamlılık ile uzanmaktadır. Bütün bu hücreler grubu “trigeminoservikal kompleks” olarak adlandırılmaktadır. Bu kompleks içinde hem trigeminal meningeal girdilerin, hem ciltten gelen servikal girdilerin ulaştığı nöronlar bulunmaktadır ve ağrının dağılımından sorumlu tutulmaktadır (20).

4.8. MİGREN GENETİĞİ

Migrenin ailesel kümelenme gösterebildiğine ilk kez 1870'de Tissot tarafından dikkat çekilmiştir. O zamandan beri migrenin genetik özellik gösterip göstermediğini inceleyen kontrollü çalışmalar migrenli bireylerin akrabaları arasında ailesel migren riskinin artmış olduğunu göstermektedir (20).

4.9. MİGREN SINIFLAMASI

UBD'nin oluşturduğu tanı kriterlerine göre migren, klinik olarak auranın varlığı ya da yokluğuna göre auralı ve aurasız olmak üzere 2 alt türe ayrılır. Migren çoğu kez öncesinde bir nörolojik defisit olmaksızın ortaya çıkarken (aurasız migren), migrenli hastaların %10-15 kadarında ağrıların hemen öncesinde 5-60 dakika arası süren, geçici nörolojik belirtiler görülebilir (auralı migren). Sınıflamada ise migrenin 6 alt türü yer alır (4).

Migren Sınıflaması (2004 sınıflaması)

1. Aurasız migren
2. Auralı migren
3. Çocukluk çağı periyodik sendromları
4. Retinal migren
5. Migren komplikasyonları
6. Olası migren

4.9.1. Aurasız migren

Tanım: 4-72 saat süren ataklarla kendini gösteren tekrarlayan baş ağrısı vardır. Baş ağrısının tipik özellikleri; unilateraldir, zonklayıcı tarzdadır, orta şiddette ya da şiddetlidir, rutin fiziksel aktiviteyle kötüleşme izlenir ve mide bulantısı ve/veya fotofobi ve fonofobi eşlik eder. Bu özellikleri içeren 5 atak varlığı ile tanı konmaktadır (25).

4.9.2. Auralı migren

Tanım: Genelde 5-20 dakikada yavaş yavaş gelişen ve 60 dakikadan az süren geri dönüşümlü, fokal nörolojik semptom ataklarıyla kendini gösteren tekrarlayan durumdur. Sıklıkla aura semptomlarını takiben aurasız migrende görülene benzer baş ağrısı izler. Daha az sıklıkla, baş ağrısında migren özellikleri görülmez veya baş ağrısı hiç yoktur (25).

Aurasız ve auralı migren dışında, sıklıkla migren öncülü olan çocukluk çağı periyodik sendromları, retinal migren ve migren komplikasyonları (kronik migren-15 gün/ay üzerinde atak, migren statusu-72 saatten uzun süren ağrı) gibi daha seyrek görülen migren tipleri de vardır (24).

4.10. MİGRENDE KLİNİK ÖZELLİKLER

Migrenin en belirgin klinik özelliği şiddetli baş ağrısıdır. Ancak migren klinik tablo olarak sadece baş ağrısından oluşmamaktadır. Hastaya göre değişmekle birlikte, baş ağrısı öncesi ve sonrası dönemde birçok değişik belirti ve bulgular ortaya çıkmakta ve bu belirtiler bazen baş ağrısından daha uzun sürebilmektedir. Bu nedenle migrenin klinik özellikleri dendiği zaman baş ağrısı ile birlikte bu dönemlerde görülen belirti ve bulgular da tabloya katılmaktadır (2).

Migrenin karakteristik özellikleri tekrarlayıcı olması, atağın ilaçsız olarak 4 saatten fazla {ve 3 günden az} sürmesi, tek yanlı oluşu (%80 hastada), zonklayıcı olması, atak sırasında sıklıkla ışıktan ve sestten rahatsız olma, merdiven çıkma gibi fiziksel eylemlerle ağrıda artış, ağrıya sıklıkla bulantı veya kusmanın eşlik etmesi, ağrının orta şiddette veya şiddetli olmasıdır (25).

Bir migren atağı değişik hastalarda değişik sürelerde olmak üzere dört dönemden oluşur; prodrom, aura, baş ağrısı ve postdrom. Bu dönemler baş ağrısı ile olan zamansal ilişkilerine göre adlandırılır. Dönemlerin süreleri aynı hastada ataktan

atağa farklılıklar gösterdiği gibi her migren atağında da tüm dönemlerin varolması gerekmektedir (2).

4.10.1. ProdromDönem

Baş ağrısının öncül habercilerinin ortaya çıktığı dönemdir. Birkaç saatten 48 saate dek uzayabilmektedir. Bu dönemde fotofobi, fonofobi, konsantrasyon güçlüğü, depresif belirtiler, öfori, huzursuzluk, diyare, kabızlık, sık idrara çıkma gibi çok çeşitli olabilen belirtiler görülmektedir. En sık görülenleri yorgunluk/ bitkinlik hissi (%72), konsantrasyon güçlüğü (%51) ve ense sertliğidir (%50) (2).

4.10.2. Aura

Aura baş ağrısından 1 saat önce başlayan, genellikle baş ağrısı başlamadan önce sonlanmakla birlikte, bazen baş ağrısı başladıktan sonra da bir süre devam edebilen, fokal nörolojik belirtilerdir. Aura belirtileri değişik sistemlerden kaynaklanabilmekte; görsel, duysal, motor, lisan, delüzyonlar ve bilinç değişiklikleri görülebilmektedir. Genellikle 5-20 dakika arası sürmekte, ancak bir saate kadar uzayabilmektedir (2).

En sık görülen auralar görsel auralardır. Baş ağrısı sırasında sıklıkla parlak ışıklar ve şeritler görülür. Duyusal auralar görsel auralardan sonra en sık görülen auralardır; genellikle görsel auralara eşlik eder veya görsel aurayı takiben ortaya çıkar. Sıklıkla pareteziler şeklindedir. Takiben uyuşma, hissizlik gibi negatif duysal auralar tabloya eşlik edebilir; elden başlayarak kola ve yüze yayılır. Motor auralar (%18) ve lisan bozuklukları ile olan auralar (%17-20) daha seyrek görülürler (2).

4.10.3. Baş Ağrısı

Baş ağrısı migren atağının en belirgin, hastayı en fazla rahatsız eden ve iş göremez hale gelmesine neden olan dönemidir. Migrende görülen tipik baş ağrısı değişik tetikleyici faktörler tarafından başlatılabildiği gibi, genellikle spontan olarak

ortaya çıkan tek taraflı, zonklayıcı, orta- ağır şiddette ve buna eşlik eden çeşitli belirti ve bulguların bulunduğu baş ağrısıdır. Ağrı, fizik aktivite ile başlayabilir ya da kötüleşebilir (2).

Ağrı, tipik olarak tek taraflı olsa da, hastaların bir bölümünde iki taraflıdır. Hastalar sıklıkla ağrıyı en yoğun olarak göz çevresinde hissettiklerini bildirirler. Ağrı; boyun ve omuza doğru yayılabilir. Ağrının bulunduğu bölgede (göz çevresi, saçlı deri) kutanöz allodini gelişebilir. Hastalar bu bölgeye dokunulduğunda aşırı hassasiyet ve ağrı hissederler (2).

4.10.4. Postdrom Dönem

Bu dönem baş ağrısının tamamen kaybolduğu dönemdir. Ağrıyı takiben hasta yorgun, tükenmiş, huzursuz, kolayca sinirlenebilen bir durumda olabilmektedir. Sıklıkla konsantrasyon güçlüğü görülmekte, hasta değişik ruh halleri içinde bulunabilmektedir. Bazı hastalar bu dönemde kendilerinde bir yenilenmişlik hissi hissedebilmekte, öforik veya depresif olabilmektedir(2).

4.11. MİGREN TETİKLEYİCİLERİ

Migreni olan kişilerin %64'ü migrenini tetikleyen bir veya daha fazla faktörün olduğunu bildirmektedir. Bu faktörler: parfüm ve koku, obezite, parlak gün ışığı, florasan ışığı, bilgisayar ekranına fazla bakmak, sigara, alkol, bazı gıdalar(çikolata, süt ürünleri vb.), yüksek irtifa, hava yolculuğu, ısı, egzersiz, zorlanma, seksüel aktivite, yüksek ses, kafein, enfeksiyonlar, boyun ağrısı, stres ve emosyonel sıkıntılar, yorgunluk, azalmış östrojen seviyesi (kadınlarda), mevsim değişiklikleri, az uyku ve geç uyumak, düzensiz beslenmek veya öğün atlamak olarak sayılabilir (25).

4.12. MİGREN TANISI

Migren tanısı hastadan alınan anamneze göre klinik olarak konmaktadır. Fizik ve nörolojik muayeneler ile laboratuvar incelemeleri genellikle normal bulunmakta ve daha çok, diğer daha korkutucu baş ağrısı nedenlerini dışlamada işe yaramaktadır (20).

4.13. MİGREN TEDAVİSİ

Migrenin akut ataklarını kontrol altına almaya ve migreni önlemeye yönelik çeşitli tedavi yöntemleri vardır. Tedavi seçenekleri, migrene eşlik eden eş zamanlı patolojiler ve komorbid hastalıkların varlığı göz önünde bulundurularak her hastaya özel olmaktadır (20).

4.13.1. Migrenin farmakolojik tedavisi:

Akut (sonlandırıcı) veya önleyici (profilaktik) olmaktadır. Akut tedavi, baş ağrısı başladıktan sonra geri çevirmeyi veya baş ağrısının ilerlemesini durdurmayı amaçlar. Önleyici tedavi ise o anda baş ağrısı olmasa bile beklenen atakların sıklığını ve şiddetini azaltmayı amaçlar (20).

4.13.2. Migrenin davranışsal tedavisi:

Farmakolojik tedaviler dışındaki tedavi yaklaşımları arasında gevşeme, biofeedback ve düzenli bir yaşam sürme, yeterli uyku alma, egzersiz yapma ve tütünü bırakma gibi davranışsal girişimler yer almaktadır. Davranışsal tedavi ayrıca düzenli öğünler, monosodyum glutamat ve alkollü içkilerden uzak durma, kafeini ve fazla ilaç kullanımını sınırlama ile stres yönetimini içermektedir (20).

4.14. MİGRENDE FİZYOTERAPİ VE REHABİLİTASYON

Migren genellikle kas iskelet sistemi ağrıları (fibromiyalji, kronik yorgunluk sendromu, artrit ve sırt ağrısı vb.) ile birlikte görülmektedir (25). Özellikle boyun ağrısı migrenli bireylerde sık görülen bir problemdir. Ayrıca artmış kas hassasiyeti ile bağlantılı olarak postüral ve mekanik anormallikler görülmektedir. Migrenin frekansının artması eşlik eden bu ağrılı durumların görülme riskini arttırmaktadır (1,14).

Migren genellikle ilaçla tedavi edilmektedir fakat bazı hastalar ilaçların yan etkileri, kontrendikasyonları gibi nedenlerden dolayı ilaçları tolere edememekte veya farklı nedenlerden dolayı ilaç kullanmak istememektedir. Bu yüzden kas iskelet sistemi problemlerini gidermeye yönelik fizyoterapi yöntemleri alternatif tedavi seçenekleri olarak kullanılmaktadır (25, 26). Literatürde fizyoterapinin baş ağrısında gözle görülür azalma sağladığını, kas iskelet sistemindeki semptomların tedavi edilmesiyle primer baş ağrısının frekansının ve insidansının azaldığını gösteren çalışmalar bulunmaktadır. Migrende görülen kas gerginliğini azaltmak ve gevşemeyi sağlamak amacıyla elektrofiziksel ajanlar, egzersizler ve manuel uygulamalar gibi çeşitli fizyoterapi yöntemleri kullanılmaktadır (27-31).

Hastalar, uygun bir fizyoterapi programı belirlenmeden önce kapsamlı olarak değerlendirilmelidir. Fizyoterapi ve rehabilitasyon alanında yapılan değerlendirmeler hastalığın neden olduğu bozuklukları, özür lülüğü ve engellilik durumunun ölçümünü kapsamaktadır. Migren hastalarında özellikle kas iskelet sistemi problemlerinin, kısıtlayıcı ve engelleyici etkilerinin değerlendirilmesi gerekmektedir. Migrene yönelik fizyoterapi ve rehabilitasyon değerlendirmesinin kapsamı aşağıdaki gibi olmalıdır:

Kas iskelet sisteminin değerlendirilmesi: Postür, miyofasyal değerlendirmeler (gergin bant, tetik nokta, lokal seğirme yanıtı, kas gerginliği, doku direnci), mekanik ölçümleri (eklem hareket açıklığı, kas kuvveti, esneklik) kapsamalıdır (28, 29).

Özürlülüğün değerlendirilmesi: Kişinin fonksiyonellik düzeyinin ölçülmesidir, migrene spesifik testlerdenmigrene bağlı günlük aktivitelerde yetersizlik düzeyi belirleme formu MİDAS (Migraine Disability Assessment Scale) kullanılmaktadır(32).

Yaşam kalitesi değerlendirmesi: Sağlığa ilişkin yaşam kalitesi indeksleri kullanılmaktadır. Yaşam kalitesine etkisi ve migren ile yakın ilişkisi olduğu için depresyon düzeyi ve uyku kalitesi ölçümleride değerlendirmeye katılmaktadır (6,33, 34).

4.15. MİGREN VE FONKSİYONELLİK

Migren hem atak sırasında hem de ataklar arasında kişisel aktivitelerin kısıtlanmasına yol açar (1).Yüksek prevalans göstermesi ve ağır sosyoekonomik yük dayatması yüzünden Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre kısıtlılığa yol açan hastalıklar arasında 19. sıradadır, kadınlarda ise 12. sıraya yerleştirilmiştir (35).

Günlük aktiviteyi etkileyen orta şiddette veya şiddetli ağrı olması migrenin tanı kriterlerinden birisidir ve hastaların yaklaşık %70'inde gözlenmektedir. Baş ağrısının ortaya çıktığı durumlarda bazı hastalar işlerini bırakarak evlerine gitmek zorunda kaldıklarını, bazıları ise işlerinin başından ayrılmadıklarını ancak verimliliklerinin düştüğünü belirtmektedir. DSÖ insanların normal aktivitelerini tamamen engelleyen veya kısıtlayan bu durumu özürlülük olarak tanımlamaktadır (36).Migrende görülen mide bulantısı, kusma, fonofobi hastaların günlük rutin aktivitelerinde etkilenmesine neden olmaktadır (33).

Baş Ağrısının Topluma Getirdiği Yük

Baş ağrısı genellikle sadece “ağrı” boyutu ile ele alınmakta, ağrının gerek kişiye gerekse topluma getirdiği yükler çoğunlukla göz ardı edilmektedir. Migren baş ağrısı sadece bir ağrı sorunu olarak görülmemeli, tüm sonuçları ile birlikte değerlendirilmelidir.

Türkiye çalışmasında son bir yıl içinde migrene bağlı iş gücü kaybının, yılda ortalama 5.4 gün olduğu bulunmuştur. Bu iş gücü kaybınamigrene yönelik sağlık harcamaları da eklendiğinde bütçeye çok fazla yük bindirdiği görülmektedir. Dolayısı ile migrenin doğru olarak tanınıp tedavi edilmesi kişinin yaşam kalitesini düzeltme yanında, topluma da olumlu katkılar getireceği düşünülmektedir (2).

5.GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışma, T.C. İstanbul Medipol Üniversitesi Etik Kurulu'nun 17.01.2014 tarih ve 10840098-12 sayılı onayı alınarak, Helsinki Deklerasyonu Kurallarına uygun olarak yapıldı. Çalışma T.C. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Baş Hekimliği'nin 25.02.2014 tarihli 45103048/ 171 sayılı izni ile hastanenin Nöroloji Anabilim Dalı'nda gerçekleştirildi (EK1). Çalışmaya katılan tüm gönüllülerden Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu alındı (EK2).

Çalışmaya, 27.03.2014-06.11.2014 tarihleri arasında İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı BaşAğrısı Polikliniği'nde migren tanısı ile takip edilen 50 kadın gönüllü dahil edildi.

5.1. Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri:

1. Kesin migren tanısı almış olmak
2. 20-60 yaş arasında kadın olmak

5.2. Çalışmadan Dışlama Kriterleri:

1. Doğumsal kas iskelet sistemi anomalisinin bulunması
2. Romatolojik hastalığının bulunması
3. Postürüne etki edebilecek herhangi bir travma öyküsünün bulunması

5.3.Çalışma Akışı

Uzman nörolog tarafından fizyoterapiste yönlendirilen migren tanılı 72 hasta ile yüzyüze yapılan görüşme sonrası çalışma kriterlerine uyan 50 kadın hasta belirlendi.

Çalışmaya dahil edilen hastalar değerlendirmelerin yapılmasına uygun genişlikte ve sessiz olan bir odada fizyoterapist tarafından değerlendirildi. Değerlendirmeye önce demografik ve klinik bilgilerin alınmasıyla başlandı. Daha sonra hastanın kas iskelet sistemi değerlendirildi. Sonrasında ise hastalara hastanın yaşam kalitesini, depresyon düzeyini, uyku kalitesini, migrene bağlı yetersizlik düzeyini belirleyen anketler verildi ve doldurulması istendi.

5.4.Olguların Değerlendirilmesi

5.4.1. Demografik Bilgiler- Klinik Özellikler

Hastanın adı, soyadı, yaşı, mesleği, eğitim durumu, kaydedildi. Hastanın kilosu ve boyu sorularak vücut kütle indeksi (VKİ) hesaplandı. VKİ vücut ağırlığı/boy uzunluğu² formülüyle kg/m² cinsinden hesaplandı (37).Klinik özellikler kısmında ise baş ağrısının süresi, son 3 ay içindeki baş ağrılı gün sayısı sorgulandı, baş ağrısı şiddeti vizüel analog skalası (VAS) ile değerlendirildi. Hastanın klinik öyküsü, demografik bilgilerini sorgulayan ön değerlendirme formu ekte verilmiştir (EK3).

5.4.2. Kas İskelet Sistemi

5.4.2.1. Postür Değerlendirmesi:

Çalışmaya katılan hastaların postürünü değerlendirmek için New York Postür Değerlendirme Testi (NYPD) kullanıldı. NYPD ile kişinin postürü incelenirken kolay ve doğru sonuca ulaşmak mümkün olabilmektedir. Bu değerlendirme

sisteminde vücudun 13 ayrı kısmında meydana gelebilecek postür değişiklikleri izlenerek puanlandırılmaktadır. Buna göre eğer kişinin postürü düzgünse beş (5), orta derecede bozulmuş ise üç (3), ciddi şekilde bozuk ise bir (1) puan verilir. Test sonucunda alınan toplam puan maksimum 65, minimum 13 olmaktadır.(EK4). Bu test için geliştirilmiş standart değerlendirme kriterleri toplam puan>45 ise “çok iyi”,40-45 ise “iyi”, 30-39 ise “orta”, 20-29 ise “zayıf” ve <=19 ise kötü olarak belirlenir (38).

Testin uygulanması sırasında hastadan testin uygun şekilde yapılabilmesi için ayakkabılarını, çoraplarını ve kıyafetlerini çıkartarak rahat bir şekilde ayakta durması istendi, postür posteriordan ve lateralden değerlendirilerek puanlama yapıldı.

5.4.2.2. Kas Kuvvetinin Değerlendirilmesi:

Kas kuvveti Dr. Robert W. Lovett'in 0-5 arasında puanlanan manuel kas testi kullanılarak değerlendirildi (39). Sırt ekstansörleri, lateral gövde fleksörleri, rectus abdominis, oblik gövde fleksörleri, skapular elevatörler, skapular depresörler, skapular abduktörler, boyun fleksörleri ve boyun ekstansörlerine kas testi yapıldı.

Sırt ekstansörleri, boyun ekstansörleri, skapular adduktörler ve depresörler yüzükoyun yatış pozisyonunda; oblik gövde fleksörleri, rectus abdominis ve boyun fleksörleri sırt üstü yatış pozisyonunda; skapular elevatörler ise oturma pozisyonunda değerlendirildi.

Gövde Kasları Kuvveti: Sırt ekstansörleri, sağ ve sol lateral gövde fleksörleri, rektus abdominis, sağ ve sol oblik gövde fleksörleri olmak üzere toplamda 6 kasın kuvvet değerleri toplandı ve toplam puan gövde kasları kuvveti olarak kaydedildi.

Skapular Kas Kuvveti: Skapular elevatörler, skapular depresörler, skapular abduktörlerin yine sağ ve solda olmak üzere ölçüm değerleri toplandı ve skapular kas kuvveti olarak kaydedildi.

Boyun Kas Kuvveti: Boyun fleksör ve ekstansiyon kaslarının kuvvet toplamı ölçümü ise boyun kas kuvveti olarak isimlendirildi.

5.4.2.3. Esnekliğin Değerlendirilmesi:

Gönüllülerde esnekliğin değerlendirilmesi için otur uzan testi kullanıldı.

Otur uzan testi: Otur uzan testi alt lumbal bölge ve hamstring kası esnekliğini ölçen bir testtir (40). Oturma pozisyonunda; test yapılan kişi sert bir zeminde her iki dizi ekstansiyonda, uzun otururken, ayaklar çıplak ve sabit bir objeye dayanarak dizlerini bükmeden elleri ile ayaklarına uzanması istendi. Bu pozisyonunda, el parmakları ile ayakların dayandığı obje arasındaki uzaklık mezura ile ölçüldü. Objeye yüzeyinden önceki değerler negatif, sonraki değerler ise pozitif olarak santimetre cinsinden kaydedildi (41).

Ölçüm değeri; -20 cm'den az ise çok zayıf, -19/-10 cm arasında ise zayıf, -9/-1 cm arası ise orta, 0 / 4cm arasında ise normal kabul edildi.

5.4.2.4. Eklem Hareket Açıklığının Değerlendirilmesi:

Çalışmada boyun ve omuz eklemi hareket açıklığının derecesini ölçmek için gonyometrik ölçüm yapıldı. Ölçüm için universal gonyometre kullanıldı (41). Servikal bölgede fleksiyon ekstansiyon, lateral fleksiyon ve rotasyon hareketleri; omuz ekleminde fleksiyon, ekstansiyon abduksiyon, internal ve eksternal rotasyon hareketlerinin açıklığı ölçüldü.

5.4.2.5. Konnektif Doku Mobilitesinin Değerlendirilmesi

Konnektif doku mobilitesini değerlendirmek için cilt kaydırma testi (skin roll, pinch and roll test) kullanıldı. Cilt kaydırma testi baş parmak ve diğer parmaklar arasında deri ve subkuten dokuların ilerletilmesiyle yapılmaktadır. Ağrılı intervertebral disfonksiyonların tanısında kullanılmaktadır. Normal cilt ve altındaki yapıların kolayca hareket etmesi gerekmektedir (42). Hasta sırtı açık olacak halde rahat bir şekilde sandalyeye oturtuldu. Deri her iki elle ilk üç parmak arasına sıkıştırılarak skapulanın alt ucundan başlanarak yukarı doğru yuvarlandı. Yuvarlama akromionun iz düşümü hizasında sonlandırıldı (43). Konnektif doku mobilitesi testi hastanın kişisel reaksiyonu ve araştırmacının sıkıştırma ve yuvarlamada hissettiği deri direnci olarak iki bölümde değerlendirildi. Test sırasında hastadan hissettiği ağrıyı; ağrı yoksa 0, hafifse 1, ortaysa 2, şiddetliyse 3 olarak puanlaması istendi. Araştırmacının hissettiği deri direnci yoksa 0, hafifse 1, ortaysa 2, şiddetliyse 3 olarak puanlandı (44).

5.4.2.6. Tetik Nokta Değerlendirilmesi

Tetik nokta değerlendirilmesi tetik nokta sayısı bulunarak tetik noktaların ağrı eşiği ölçülerek, gergin bant, yansıyan ağrı ve seğirme yanıtı varlığı araştırılarak yapıldı. Değerlendirme sırasında hastaların rahat bir şekilde ve sırtı açık olacak biçimde kıyafetlerini çıkartıp sandalyede oturması sağlandı (42,43).

5.4.2.6.1. Tetik nokta sayısı: Sağ ve solda olmak üzere trapezin üst parçası, supraspinatus, sternokleidomasteideus (SKM), levator skapula, ve infraspinatus kaslarında tetik nokta varlığı arandı. Bu kasların anatomik bölgelerine denk gelen toplam 10 noktaya baş parmakla parmak ucu beyazlaşana kadar basınç uygulandı (Resim.1). Basınç sonrası hastanın ağrı hissettiğini söylediği noktaların sayısı tetik nokta sayısı olarak kaydedildi.



Resim.1: Tetik Nokta Sayısı-Manuel Kompresyon

5.4.2.6.2. Yansıyan ağrı: Kompresyon sırasında tetik noktanın orjininde değil uzakta hissedilen ağrıdır. Ağrı yansıyan veya yayılan olarak tanımlanır (45).Tetik nokta sayısı değerlendirilirken manuel kompresyon sırasında basınç verilen nokta dışında herhangi bir yerde yansıyan ağrı olup olmadığı hastaya soruldu, cevap var ise 1 yok ise 0 olarak değerlendirildi.

5.4.2.6.3. Gergin bant: Gergin bantlar kısalmış kas fibril grubudur ve kas fibrillerinin üstüne dik olarak deri ve subkuten dokunun kaydırılmasıyla en iyi şekilde palpe edilmektedir (46).Hastaların üst sırt bölgesindeki dokuları kaydırılarak dokunun kaymasını engelleyen gergin nokta varlığı arandı, varsa 1 yoksa 0 olarak değerlendirildi.

5.4.2.6.4. Lokal seyirme yanıtı: Gergin bant uyarıldığında ani ortaya çıkan seyirme cevabıdır (47). Tetik noktalara yapılan manuel kompresyon sırasında servikal, üst torakal ve skapula çevresi dokular gözlemlendi, gözle görülür bir seyirme varsa 1 yoksa 0 olarak değerlendirildi.

5.4.2.6.5. Tetik noktaların duyarlılık derecesinin değerlendirilmesi- basınç ağrı eşiği ölçümü: Çalışmamızda tetik noktaların ağrı eşiğini ve ağrı toleransını objektif olarak ölçmek amacı ile basınç ağrı eşiğini kg/cm² veya libre(lb)/cm² olarak ölçebilen Baseline- 5.5 lb/ 2.5 kg marka algometre kullanıldı. Alet ucunda 1 cm çapında yuvarlak lastik bir disk bulunan metal pistondan oluşmaktadır. Lastik diskin deriye dik olarak sürekli bastırılmasıyla uygulanan basınç, metal piston aracılığıyla kadradaki ibreyi saat yönünde ilerletir. Alet 2.5 kg a kadar ölçüm yapabilir. Tetik nokta üzerine 90°lik açıyla yerleştirilip hastanın ağrıyı ilk hissettiği an alet çekilir ibrenin gösterdiği değer okunur. Alet üzerinde bulunan sıfırlama düğmesine basıldığı zaman alet tekrar ölçüm yapılabilir hale gelir (48).

Trapez, SKM, supraspinatus, levator scapula, infraspinatus, torasik paravertebraller, anterior, posterior ve medial skalen kaslarına algometrik ölçüm yapıldı. Hastanın basıncı değil ağrıyı hissettiği noktada alet çekildi ve ölçüm değeri yazıldı. Her ölçüm 3 kez tekrarlandı. Ölçüm aralarında 30 saniye beklendi, 3 ölçümün ortalama değeri ağrı eşiği olarak kaydedildi (44, 49).Sağ ve solda olmak üzere toplam 18 kasın algometrik ölçümlerinin ortalaması alınarak her hastanın basınç ağrı eşiği olarak kabul edildi (Resim.2).



Resim.2:Basınç Ağrı Eşiği Ölçümü

Kas iskelet sistemine ait yukarıdaki parametrelerin yer aldığı form ekte verilmiştir (EK5).

5.4.2.7. Kas iskelet sistemi rahatsızlıkları değerlendirilmesi

Kas iskelet sistemi rahatsızlıklarını sorgulamak amacıyla “Genişletilmiş Nordic Kas İskelet Sistemi Anketi (GNKİSA)” kullanıldı. GNKİSA, dokuz vücut bölgesinde (boyun, omuzlar, sırt, dirsekler, el bilekleri/eller, bel, kalçalar/uyluklar, dizler, ayak bilekleri/ ayaklar) kas iskelet sistemi ağrılarının başlangıcı, prevalansı ve sonucu ile ilgili güvenilir bilgi sağlayan, kendi kendine veya kişisel görüşme tekniği ile doldurulabilen bir ankettir. GNKİSA çalışan ve/veya genel toplumlarda yapılan çalışmalarda kas iskelet sistemi ağrıları ve ilgili durumlar için kullanılabilen bir ölçektir. GNKİSA, dokuz vücut bölgesinde şimdiye kadar, son 12 ay içinde, son dört hafta içinde ve değerlendirmenin yapıldığı gün, acı, ağrı veya rahatsızlık olup olmadığını evet/hayır şeklinde sorgular. Çalışmamızda GNKİSA çalışmaya katılan bireyler tarafından dolduruldu. Tüm soruların cevaplanması 10-15 dakika gibi bir zaman almaktadır (50). Çalışmamızda son 1 ay içinde vücut bölgesinde ağrı varsa 1 yoksa 0 olarak puanlandı. Ayrıca ağrının şiddeti 1 hafif-.....-10 dayanılmaz olarak hasta tarafından doldurulduğu gibi değerlendirildi. Ağrının sıklığı sürekli ise 1, sık sık ise 2, nadiren ise 3 olarak puanlandı (EK6).

5.4.3. Fonksiyonelliğin Değerlendirilmesi:

Hastaların fonksiyonellik düzeyini değerlendirmek için migrene bağlı günlük aktivitelerde yetersizlik düzeyi belirleme formu (Migraine Disability Assessment Scale) MİDAS anketi uygulandı. Baş ağrısına bağlı özürülük düzeyini ölçen birçok ölçek vardır. En çok kullanılan ve geçerliliği kanıtlanan MİDAS’tır. MİDAS anketi Lipton ve arkadaşları tarafından oluşturulmuştur. Türkçeye çevrilerek geçerlilik, güvenilirlik çalışması yapılmış olan MİDAS, son 3 ay içindeki tüm aktivite alanlarında migren özürülüğünü belirleyen ve hastalar tarafından doldurulan bir testtir. Anket 5 sorudan oluşur. 5 sorunun toplamı kaybedilen toplam gün sayısı

anket skorunu verir. Anket sonunda 2 ek soru kliniğe faydası olması açısından sorulur anket skorunu etkilemez. Son 3 ay içindeki baş ağrısı olan gün sayısını ve baş ağrısının ortalama şiddetini sorgular. Puanlama aşağıdaki şekilde yapılır (36, 51).

MİDAS derecesi	Tanımı	MİDAS puanı
1	hiç kayıp yok ya da çok az	0-5
2	hafif kayıp	6-10
3	orta derecede kayıp	11-20
4	ciddi kayıp	21+

Hastalara anketin maddeleri açıklanarak son üç ay içindeki baş ağrılarını göz önüne almaları gerektiği hatırlatılarak doldurmaları istendi. Her soruya verilen değerler toplandı ve anket skoru belirlendi (EK7).

5.4.4. Yaşam Kalitesi Değerlendirmesi

Hastaların yaşam kalitesini değerlendirmek için SF-36 sağlık taraması kullanıldı. Sağlığa ilişkin yaşam kalitesinin ölçeklendirilebilmesine yönelik pek çok çalışma yapılmaktadır. Ware ve arkadaşları tarafından 1988 yılında geliştirilen jenerik yaşam kalitesi ölçeği SF-36 bu alanda kullanılan ölçeklerin başında gelir. SF-36, yaşam kalitesini 2 temel komponent kapsamındaki 8 alt başlıkta değerlendirir. Bu 2 temel komponentten mental sağlık kapsamına; emosyonel rol fonksiyon , dirilik , mental sağlık ve sosyal fonksiyon alt boyutları girerken, fiziksel sağlık komponenti kapsamına; fiziksel fonksiyon , fiziksel rol fonksiyon , bedensel ağrı ve genel sağlık anlayışı girmektedir. Bu alt boyutlar arasındaki etkileşimin sınırları değişkendir (52) (EK8).

Hastalara anketi uygulamadan önce nasıl doldurulması gerektiği ile ilgili açıklamalar yapıldı ve anketi doldurmaları için zaman tanındı. Anket puanlaması için <http://www.sf-36.org/demos/SF-36.html> adresinden yararlanıldı.

5.4.5. Depresyon Düzeyinin Değerlendirilmesi

Hastaların depresyon düzeyi Beck Depresyon Ölçeği ile değerlendirildi. Envanter 21 maddelik kendini değerlendirme türü bir ölçektir. Maddeler depresyonun ciddiyetine göre sıfırdan 3'e kadar değişen dereceli bir ölçek üzerinde değerlendirilmektedir. Puan aralığı 0-63'tür. BDÖ'nün Türk toplumuna uyarlanarak geçerlik ve güvenirlik çalışması, (Hisli 1989) tarafından yapılmıştır (53). Hastalara anket verilerek her soru için kendilerine en uygun cevabı seçmeleri söylendi. Bilgilerin gizli tutulacağı tekrardan hatırlatılıp rahat şekilde anketi doldurulmaları sağlandı. Her sorunun puanı toplanarak anket skoru elde edildi. Puanlama aşağıdaki gibi yapıldı (EK8).

0-9: Depresyon yok=119-29: orta depresyon=3

10-18: hafif depresyon=230-63:şiddetli depresyon=4

5.4.6. Uyku Kalitesinin Değerlendirilmesi

Çalışmada uyku kalitesini değerlendirmek için Pittsburgh Uyku Kalitesi Anketi (PUKİ) kullanıldı. PUKİ, bireyde son bir aylık uyku kalitesi uyku miktarı, uyku bozukluğunun varlığı ve şiddetini değerlendirmemizi sağlayan 19 soru içeren güvenli ve tutarlı bir uyku anketi olup Türk hastalara uyarlaması Ağargün ve arkadaşlar tarafından yapılmıştır. Subjektif uyku kalitesi, uyku gecikmesi, uyku süresi, uyku verimliliği, uyku bozukluğu, uyku ilacı kullanımı ve gündüz işlerinde bozulmanın değerlendirildiği yedi öğeden oluşur. Her birinin yanıtı belirti sıklığına göre 0-3 arasında puanlanır. Puanlama; geçen ay boyunca hiç olmamışsa 0, haftada

birden az ise 1, haftada bir veya iki kez ise 2, haftada üç veya daha fazla ise 3 olarak yapılır. Ankette sorulan uyku kalitesi değerlendirmesi ise; çok iyi 0, oldukça iyi 1, oldukça kötü 2, çok kötü 3 olarak puanlanır. Elde edilen global skor 0 ile 21 arasında değişir. Global skor 5 ve üzerinde olması klinik olarak uyku kalitesinin anlamlı düzeyde kötü olduğunu gösterir (54). Anket fizyoterapist ve hasta yalnızken sözel sorularak dolduruldu (EK 9).

5.4.7. İstatistiksel Değerlendirme

Veriler yüzde (%), ortalama± standart sapma, minimum-maksimum değer şeklinde ifade edildi. İstatistiksel analiz için Student's t independent ve Spearman korelasyon analizi testleri kullanıldı. $p < 0.05$ olasılık değeri anlamlı olarak kabul edildi. İstatistik analizleri SPSS paket programı (Release 18.0) kullanılarak gerçekleştirildi.

6. BULGULAR

6.1. Demografik Bilgiler

Çalışmaya alınan 50 kadın olguya ait demografik bilgiler Tablo 1'de verilmiştir.

Tablo 1. Olguların Demografik Bilgileri

Değişkenler		N=50
Yaş (Ort±StS)	(min.20-max.54)	38,36 ± 8,60
VKİ (Ort ± StS)	(min.17.26-max.40.38)	26,70 ± 5,48
İş durumu (%)	Çalışmıyor (n=33)	66
	Çalışıyor (n=17)	34
Eğitim durumu (%)	İlkokul (n=22)	44
	Ortaokul (n=4)	8
	Lise (n=13)	26
	Önlisans (n=1)	2
	Lisans (n=9)	18
	Yüksek lisans (n=1)	2
Medeni Durum(%)	Evli (n=39)	78
	Bekar (n=11)	22

Çalışmayan olgularımızın 30'u ev hanımı, 1'i emekli, 2'si öğrenci, çalışanlar ise farklı sektörlerde çalışan kişilerdir.

6.2. Klinik Özellikler

Olguların klinik özellikleri Tablo 2'de verilmiştir.

Tablo 2. Baş Ağrısına Ait Klinik Özellikler

	Min.-Max.	Ort. ± SS
Baş Ağrısı Başlangıç Yaşı (yıl)	7-45	27,68±8.60
Baş Ağrısı Süresi (yıl)	0.5-30	10.7±8.37
Baş Ağrılı Gün Sayısı/ son 90 günde	2-90	27.26±26.76
Baş Ağrısı Şiddeti (0-10)*	3-10	7.92±1.73

*0 yok-.....-10 dayanılmaz(Vizüel Analog Skalası ile)

Olguların 42'sinde son 90 gün içindeki baş ağrılı gün sayısı 50 günden az bulunmuştur. Bu olguların 14'ünde ağrılı gün sayısı 10 günden daha az olup sayıca en büyük grubu oluşturmaktadır. 50 günden fazla ağrı çeken grup ise 8 kişiden oluşmaktadır.

Olguların % 90'ı ağrı şiddetini >5 (orta-şiddetli) olarak değerlendirmiş, bunların 13'ünde ağrının şiddeti 8 olarak, 11'inde ise dayanılmaz olarak bildirmiştir. Baş ağrısını < 5 (hafif)olarak değerlendiren olgu sayısı sadece 2 kişidir.

6.3. Kas İskelet Sistemine Ait Bulgular

6.3.1. Postürün Değerlendirilmesi

Olguların postür değerlendirmesine ait bilgiler Tablo 3'te verilmiştir..

Tablo 3. NYPD Ait Özellikler

NYPD skoru	n=50	%
<19 (çok kötü)	0	0
20-29 (zayıf)	1	2
30-39 (orta)	5	10
40-44 (iyi)	8	16
>45 (çok iyi)	36	72

Olguların hiçbirinin postürü çok kötü bulunmamış, sadece %2'sinin postürü zayıf olarak değerlendirilmiştir. %10'un postürü orta değerdayken, toplamda % 88'inin postürü iyi ve çok iyi olarak kaydedilmiştir.

6.3.2. Kas Kuvvetinin Değerlendirilmesi

Olguların kas kuvvetinde belirgin bir zayıflık görülmemiştir. En düşük kuvvet ortalamasına sahip, kas lateral abdominal kaslar olarak ölçülmüştür.

6.3.3.Esnekliğin Değerlendirilmesi

Olguların otur uzan testi değerleri Tablo 4’de verilmiştir.

Tablo 4. Otur-Uzan Testi Sonuçları

Değer	n=50	%
-20 den az (Çok Zayıf)	0	0
-19 ile -10 (Zayıf)	6	12
-9 ile -1 (Orta)	7	14
0 ile 4 (Normal)	37	74

6.3.4. Eklem Hareket Açıklığının Değerlendirilmesi

Olguların eklem hareket açıklığı değerleri Tablo5’de verilmiştir.

Tablo 5. Eklem Hareket Açıklığı Değerleri

		Referans	Max.- Min.	Ort± Sts
Boyun Lat. Flex.	SAĞ	45°	28°-45°	40,56±3,65
	SOL	45°	30°-45°	40,38±3,57
Boyun Rot.	SAĞ	55°	35°-58°	45,60±5,84
	SOL	55°	35°-60°	46,06±6,28
Boyun Fl.		45°	32°-45°	42,32±3,37
Boyun Ekst.		45°	10°-45°	31,76±7,71
Omuz Fleks.	SAĞ	180°	130°-182°	175,76±9,19
	SOL	180°	100°-180°	173,60±15,29
Omuz Ekst.	SAĞ	60°	20°-60°	48,32±11,73
	SOL	60°	20°-60°	47,64±12,25
Omuz Abd.	SAĞ	180°	92°-180°	168,32±21,81
	SOL	180°	87°-180°	167,16±23,46
Omuz İnt. Rot.	SAĞ	70°	60°-85°	68,64±3,97
	SOL	70°	60°-85°	68,48±3,99
Omuz Ext. Rot.	SAĞ	90°	64°-90°	87,20±4,69
	SOL	90°	63°-90°	87,38±4,49

6.3.5. Konnektif Doku Mobilitesinin Değerlendirilmesi

Olguların cilt kaydırma testinin palpasyonda ağrı ve doku direncinin değerlendirildiği kısımlarının sonuçları Tablo 6’da verilmiştir.

Tablo 6. Cilt Kaydırma Testi

	Palpasyonda Ağrı Değerlendirmesi		Doku Direnci	
	n=50	%	n=50	%
Yok	20	40,0	8	16
Hafif	17	34,0	22	44
Orta	11	22,0	18	36
Şiddetli	2	4,0	2	4

Olguların %40’ı palpasyon sırasında ağrı duymadığını belirtirken %60’ında ağrı görülmüştür. Olguların 42’sinde doku direnciyle karşılaşmış, 2 kişide şiddetli ağrı ve doku direnci görülmüştür.

6.3.6. Tetik nokta değerlendirilmesi

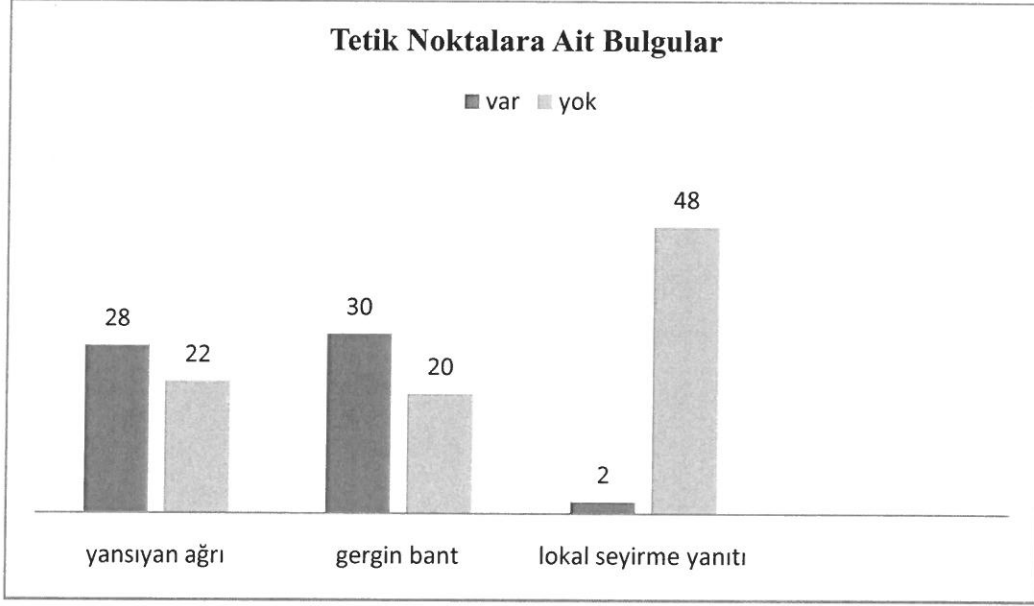
Olguların tetik nokta sayısı dağılımı Tablo7’de verilmektedir.

Tablo.7:Tetik Nokta Sayısı Dağılımı

	n=50	%
0	6	12
1	2	4
2	3	6
3	6	12
4	5	10
5	1	2
6	7	14
7	4	8
8	7	14
9	3	6
10	6	12

Olguların sadece 6’sında tetik noktaya rastlanmamıştır. 5 ve 5’ten fazla tetik sayısı olan hasta oranı % 56’dır.

Olgulardaki tetik noktalara ait bulgular olan yansıyan ağrı, gergin bant, lokal seyirme yanıtı varlığı Şekil 1’de verilmiştir.



Şekil 1. Olguların Tetik Noktalarına Ait Bulgular

Olguların tetik noktalarının duyarlılık dereceleri, kasların basınç ağrı eşiği ortalaması Tablo 8’de verilmiştir.

Tablo 8. Tetik noktaların duyarlılık derecesi

	Kasların basınç ağrı eşiği ortalaması (kg/m ²)
M. Trapezius	2.21±0.34
M. Supraspinatus	2,36±0.29
M. SKM	2.05±0.52
M. Scalenus Anterior	2.10±0.49
M. Scalenus Posterior	2.15±0.46
M. Scalenus Medius	2.16±0.47
M. Infraspinatus	2,44±0.35
Torakal paravertebral kaslar	2,44±0.25
M. Levator Scapula	2.33±0.25

Olguların en düşük basınç ağrı eşiği ortalamasına sahip kasları olarak boyun bölgesi kasları ölçülmüştür. En düşük ağrı eşiğine sahip kas ise SKM olmuştur.

6.3.7. Kas İskelet Sistemi Rahatsızlıkları Değerlendirilmesi

Olguların kas iskelet sistemine ait problemlerinin dağılımı Tablo 9'da verilmiştir.

Tablo 9. Olguların Kas İskelet Sistemi Problemlerinin Dağılımı

Vücut Bölgesi	n=50	(%)
Boyun ağrısı	40	80
Omuz ağrısı	39	58
Sırt ağrısı	22	44
Dirsek ağrısı	5	10
El-El Bileği ağrısı	11	22
Bel ağrısı	13	26
Kalça-Uyluk ağrısı	8	16
Diz ağrısı	15	30
Ayak-Bilek ağrısı	7	14

6.4. Fonksiyonellik

Olguların fonksiyonellik düzeyini ölçen migrene bağlı yetersizlik değerlendirme anketi sonuçları Tablo 10'da verilmiştir.

Tablo 10. MİDAS skoru frekans tablosu

Anket skor		Min.- Max.	Ort. ± STS	
MİDAS (0-270)		0-270	51.18±55.92	
MİDAS Derecesi	Tanımı	MİDAS puanı	n=50	%
1	Hiç kayıp yok veya çok az	0-5	3	6
2	Hafif kayıp	6-10	11	22
3	Orta derecede kayıp	11-20	6	12
4	Ciddi kayıp	21↑	30	60

6.5. Yaşam Kalitesine Ait Bulgular

6.5.1. Yaşam Kalitesi Değerlendirmesi

Olguların SF-36 yaşam kalitesi anketi sonuçları Tablo 11 ve Tablo 12’de verilmiştir.

Tablo 11.SF-36 Alt Komponentleri

	Min.- Max.	Ort.±STS
Fiziksel Fonksiyon	0-100	62.3±25.51
Rol Kısıtlanması-Fiziksel	0-100	14.5±26.76
Ağrı	0-84	46.4±17.82
Genel Sağlık	15-92	49.34±19.75
Vitalite-Enerji	10-85	37.6±19.22
Sosyal Fonksiyon	0-87.5	56.75±21.60
Rol Kısıtlanması-Emosyonel	0-100	9.99±22.58
Mental Sağlık	4-84	52±20.23

Olgular en düşük puanı anketin emosyonel rol kısıtlaması bölümünden almıştır.

Tablo 12. SF-36 Fiziksel ve Mental Sağlık Komponenti Sonuçları

	Min.- Max.	Ort. ± STS
Fiziksel Sağlık Komponenti	19-56.6	38.87±8.47
Mental Sağlık Komponenti	15.2-58.8	34.63±8.95

Olguların mental sağlık komponenti puanı fiziksel sağlık komponenti puanından düşük bulunmuştur.

6.5.2. Depresyon Düzeyinin Değerlendirilmesi

Olguların Beck Depresyon Ölçeği Sonuçları Tablo 14’de verilmiştir.

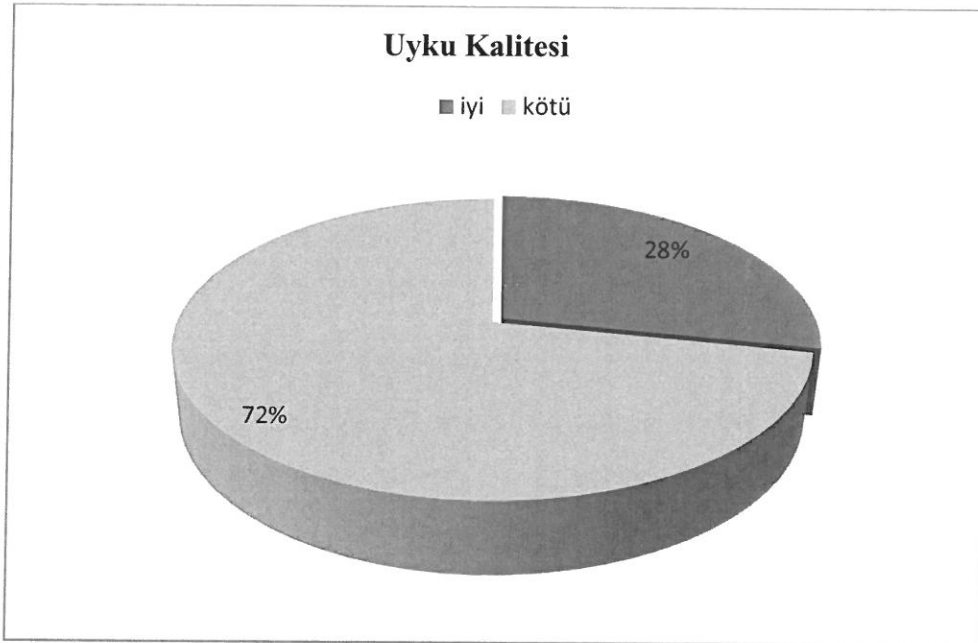
Tablo.13:Beck Depresyon Ölçeği Sonuçları

Anket skor	Min.- Max.	Ort. ± STS
BDÖ (0-63)	1-33	14.12±9.46
	n= 50	Yüzde%
Depresyon yok	22	44
Hafif düzeyde depresyon	11	22
Orta düzeyde depresyon	9	18
Şiddetli depresyon	8	16

Olguların % 56’sında depresyon görülmüştür.

6.5.3. Uyku Kalitesinin Değerlendirilmesi

Olguların Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi sonuçları Şekil 2’de verilmiştir.



Şekil 2.Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi Sonuçları

6.6. Korelasyon Analizi

6.6.1. Eklem Hareket Açıklığı

Olguların eklem hareket açıklığı ölçümlerinin referans değerleri ile kıyaslanması yapılmış ve tüm değişkenlerin ortalamalarının popülasyon üst referans değerinden (popülasyon ortalaması) anlamlı bir şekilde ($p < 0.05$) farklı olduğu saptanmıştır.

6.6.2. Baş Ağrısı Şiddeti ve Boyun Ağrısı Şiddeti

Olguların baş ağrısı şiddeti ile boyun ağrısı şiddeti ($p=0.01$, $r=0.446$) arasında aynı yönde anlamlı bir korelasyon bulunmuştur.

6.6.3. Baş Ağrılı Gün Sayısı ve Fonksiyonellik

Olguların baş ağrılı gün sayısı ile MİDAS skorları ($p=0.00$, $r=0.688$) arasında aynı yönde anlamlı bir korelasyon bulunmuştur.

6.6.4. Baş Ağrılı Gün Sayısı ve Yaşam Kalitesi

Olguların baş ağrılı gün sayısı ile SF-36 Yaşam Kalitesi Anketi fiziksel sağlık komponenti ($p=0.012$, $r=-0,354$) arasında ters yönde anlamlı bir korelasyon bulunmuştur.

6.6.5. Fonksiyonellik ve Yaşam Kalitesi

Olguların MİDAS skorları ile SF-36 Yaşam Kalitesi Anketi fiziksel sağlık komponenti ($p=0.026$, $r=0.316$) arasında aynı yönde anlamlı bir korelasyon bulunmuştur.

6.6.6. Baş Ağrısı Şiddeti ve Uyku Kalitesi

Olguların baş ağrısı şiddeti ile uyku kalitesi ($p=0.017$, $r=0.337$) arasında aynı yönde korelasyon bulunmuştur.

7. TARTIŞMA

Migren ağırlıklı olarak kadınları etkileyen, primerepizodik bir baş ağrısı bozukluğudur (55). Migren hastalarında baş ağrısı dışında, depresyon, yorgunluk, uyku problemleri yaşanmakta, ayrıca kas gerginlikleri, kaslarda hassasiyet eklem hareketlerinde azalma gibi kas iskelet sistemine ait bulgulara da rastlanmaktadır. Tüm bu fiziksel ve emosyoneletkilenimler hastalarda fonksiyonel yetersizliğe, iş gücü kaybına ve yaşam kalitesinin düşmesine neden olmaktadır (3, 6, 34, 52, 56,57). Migren hastalarında tüm bu olumsuz etkilenimlerden bahsedilse de literatürde özellikle kas iskelet sistemi problemlerini tüm yönleriyle ele alarak detaylı bir şekilde inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu nedenle planlamış olduğumuz çalışmamızda migren tanısıyla izlenen kadın hastalarda kas iskelet sistemi, fonksiyonellik ve yaşam kalitesidüzeyleri, depresyon varlığı ile uyku kalitesi değerlendirilmiştir. Ayrıca, baş ağrısı şiddeti ve süresi ile baş ağrılı gün sayısının bu değişkenler üzerindeki etkisi incelenmiştir.

Çalışmamıza 20-54 yaş arasında kadın hastalar dahil edilmiştir. Bu yaş aralığını tercih etme nedeni, yaşla birlikte postürde olabilecek muhtemel değişikliklerle ilgili riskleri dışlamaktır (58). Ayrıca sadece kadın hastaların seçilmesi de grubun homojen olmasını sağlamak için tercih edilmiştir. Yapılan analizlerde olgularımızın 30-50 yaş aralığında olduğu görülmüş olup bu sonucun migrenin yaşamın 2-5 dekatları arasında daha sık görüldüğünü bildiren epidemiyolojik bilgiler ile uyumlu olduğu bulunmuştur (1).

Kas iskelet sisteminin değerlendirilmesine öncelikle detaylı bir postür analiziyle başlanmaktadır. Klinik değerlendirmede postür analizi genellikle gözleme dayalı olarak yapılmaktadır. Çalışmamızda postür analizinin sonucunu skor olarak veren, kullanımı kolay ve daha anlaşılabilir olan New York Postür Değerlendirme Testi uygulanmıştır. Postür değerlendirme sonuçlarına göre hastaların çoğunda özellikle başın orta hattın uzaklaştığı, omuz seviyelerinin eşit olmadığı ve omuzların

hafif protraksiyonda olduğu, omurgada laterale doğru hafif eğilmelerin olduğu ve başın öne tilt yaptığı saptanmış, fakat bu sapmalar toplam skora yansımamıştır. Migrenlilerde postürün değerlendirildiği diğer çalışmalarda postür analizi standart ayakta duruş pozisyonunda ve klinik gözlemle yapılmış ve bulgular var/yok şeklinde sadece niteliksel olarak değerlendirilmiştir. Bu çalışmalarda da benzer şekilde başın öne tilt yaptığı ve omurgada eğrilikler olduğu sonucuna varılmıştır (28,29).Olgularımızın postür değerlendirmesi bu sonuçlara paralellik göstermekle birlikte kullandığımız yöntemin farklılığı nedeniyle doğrudan bir kıyaslama yapılamamıştır.

Uzun süren kas iskelet sistemi ağrılarının kas kuvveti üzerinde olumsuz etkisinin olduğu bilinmektedir (59,60).Migren ağrısının da böyle bir etki yapabileceği düşüncesiyle yapmış olduğumuz manuel kas testi sonuçlarına göre olgularımızın kas kuvvetleri genel olarak “iyi” değerinde bulunmuş, sadece gövde lateral fleksörlerinin “zayıf” olduğu gözlenmiştir. Gövde lateral fleksörlerinin test pozisyonundan kaynaklanarak genel popülasyonda da zayıf olduğu bilinmektedir, dolayısıyla sonuçlarımız bu bilgiyle uyum göstermektedir. Mevcut literatürde kas zayıflığının daha çok gerilim tipi baş ağrısı ve servikojenik baş ağrısı ile ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar ağırlıktadır. Ancak Oksanen ve ark. migren hastalarında da özellikle boyun kaslarında zayıflık ve endurans düşüklüğü olduğunu göstermişlerdir (61, 62). Kas kuvveti değerlendirmesinde manuel kas testi kullanılmıştır fakat daha önce yapılan çalışmalarda dinamometre kullanılmıştır. Olgularımızın boyun kaslarında herhangi bir kuvvetsizlik olmaması literatürdeki bu bilgilerin aksi yönünde bir sonuç olarak dikkati çekmektedir.

Kas iskelet sisteminin değerlendirilmesinde esneklik testleri önemli bir yer tutmaktadır. Esneklik, fiziksel sağlığın önemli bir göstergesidir ve esnekliğin azalması günlük yaşamda motor aktivitelerin yapılmasında problemlere, kas ağrılarına, düşme riskinin artmasına neden olabilmektedir (63).Bu durumun tersi de mümkündür, uzun süreli ağrıların kaslarda mobilitayı ve dolayısı ile esnekliği

azaltması ihtimali vardır. Olgularımızda esnekliğin değerlendirilmesi gerektiği düşüncesiyle en sık kullanılan testlerden biri olan “otur uzan testi” uygulanmıştır. Otur uzan testi sonuçlarına göre migrenli hastalarımızın %88’inin esnekliği “iyi ve normal” değerlerde bulunmuştur. Literatürde migrenli bireylerde esnekliği ölçen herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Her ne kadar sonuçlarımız esnekliğin etkilenmediğini gösterse de çalışmamız migren ağrısının esnekliğe etki etme olasılığını inceleyen ilk araştırma olup ve bu yönüyle diğer çalışmalardan farklılık göstermektedir.

Migren ağrısının en çok üst vücut bölgesini etkilediği ve boyun-omuz bölgesinde eklem hareket açıklığını kısıtlama riski olduğu düşüncesiyle olgulara goniometrik ölçüm yapılmıştır. Ölçüm sonuçlarına göre bu bölgelerdeki eklem hareket açıklığı normal olarak kabul edilen değerlerden daha az bulunmuştur ($p<0.05$). Migren hastalarında eklem hareketlerini inceleyen diğer çalışmalarda da eklem mobilitesinin etkilendiği ve eklem hareket açıklıklarının azaldığı saptanmıştır (64,65). Çalışmamızdan elde edilen sonuçlar bu bulgularla paralellik göstermekte ve ağrı nedeniyle özellikle boyun ve omuz bölgesinde kısıtlılıkların olabileceği düşüncesini desteklemektedir.

Miyofasial değişiklikler mobilitenin azalmasına, ağrılara neden olmakta, kişinin iyilik halini etkilemektedir(66).Konnektif doku mobilitesinin azalması, palpasyonda dokunun direnç göstermesi, tetik noktaların oluşması miyofasial anormalliklerin olduğunun göstergesidir. Meloche ve ark. baş ağrısı nedeniyle üst vücut bölgesinde konnektif doku mobilitesinde azalma ve bunun sonucunda da intervertebral disk fonksiyonlarında etkilenme olabileceğini göstermiştir (67). Kas iskelet sistemine ait klinik semptomların değerlendirilmesinde konnektif dokuların mobilitesine cilt kaydırma testi ile bakılmaktadır. Migren olgularında da doku mobilitesinin etkilenebileceğini göz önüne alarak yaptığımız cilt kaydırma testi sonucunda hastaların %60’ında palpasyonda ağrı olduğu görülmüş, %44’ünde hafif ve %36’sında orta şiddette,%4’ünde şiddetli doku direnci olduğu hissedilmiştir. Cilt

kaydırma testidaha çok servikojenik baş ağrısının değerlendirilmesinde kullanılmaktadır, ancak literatürde bu testin migren baş ağrısı için de kullanılabileceği savunulmaktadır (67). Bansevicius ve ark.yaptıklarıbir çalışmada gerilim tip baş ağrısı, servikojenik ve migren baş ağrılı hastalarda cilt kaydırma testini uygulamış ve sonuç olarak bu testin servikojenik baş ağrısının tanısında kullanılmasının daha doğru olacağını öne sürmüşlerdir (68). Çalışmamızda elde edilen sonuçlar, migrenlilerde de konnektif doku mobilitesinin azalabileceğini ve cilt kaydırma testinin kullanılabileceğini göstermektedir. Bulgularımız, cilt kaydırma testinin migren baş ağrısı için de kullanılabileceği savunan literatüre destek vermektedir.

Tetik nokta, herhangi bir iskelet kasının gergin bantı içinde bulunan, kompresyonla ağrılı, palpasyon sırasında lokal seyirme yanıtı oluşturan aşırı hassas noktalarır.Tetik noktalar tek bir iskelet kasında olabileceği gibi aynı anda birden fazla kasta da bulunabilir (69, 70).Travell ve Simons'a göre miyofasiyal tetik noktacklem hareketinin azalmasına, güçsüzlüğe, koordinasyonun azalmasına, kaslarda spazma neden olur (47). Baş ağrısı olan kişilerde özellikle serviko-kranial bölgede tetik noktaların normal popülasyona göre daha fazla görüldüğü bildirilmektedir(71). Çalışmamızda boyun, omuz ve torakal paravertebral kaslarda yapmış olduğumuz değerlendirme sonucunda olguların %88'inde tetik noktaların olduğu ve bu noktaların daha çok boyun kaslarında yerleştiği saptanmıştır. Olgularımızın büyük kısmında tetik nokta varlığı saptanmasına rağmen tetik nokta sayısı ile baş ağrısı şiddeti, süresi ve ağrılı gün sayısı arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır($p>0.05$). Literatürde daha önce yapılmış olan ve migrenli kişilerde tetik noktaların varlığını gösteren çalışmalar bulunmaktadır (27, 28).Bu çalışmalarda tetik nokta incelemesi sıklıkla boyun kasları ve trapez kasları üzerine yoğunlaşmıştır. Bizim çalışmamızda boyun kaslarının yanı sıra daha fazla sayıda omuz bölgesi kası değerlendirmeye alınmıştır. Her ne kadar değerlendirilen kaslar birebir aynı olmasa da sonuçlarımız tetik noktalarındaha çok boyun kaslarında olması nedeniyle literatür ile benzer bulunmuştur.

Tetik nokta değerlendirmesi kapsamında gergin bantların varlığı, yansıyan ağrı ve lokal seyirme yanıtlarına da bakılmaktadır. Değerlendirmeler sonucunda olgularımızın % 60'ında gergin bant, %58'inde yansıyan ağrının olduğu, lokal seğirme yanıtının ise sadece 1 olguda görüldüğü saptanmıştır. Marcus ve ark.'nın yapmış olduğu bir çalışmada migren hastalarında miyofasyal anormallikleri değerlendirmek için tetik nokta, gergin bant ve lokal seğirme yanıtı incelenmiştir. Bu çalışmada migrenlilerin %79.2'sindetetik nokta varlığını tespit etmişlerdir (30). Giamberradino ve ark. ise migrenli kişilerde yaptıkları tetik nokta değerlendirmesi sonucunda bir çok aktif tetik noktanın varlığını, yansıyan ağrının olduğunu ve bu ağrının migren atağının olduğu tarafta görüldüğünü saptamışlardır (71). Çalışmamızın sonuçları migren hastalarında miyofasyal anormalliklerin görülebildiğini göstermektedir. Gerek elde edilen sonuçlar gerekse literatürde migrende miyofasyal anormallikleri inceleyen az sayıda araştırma olması nedeniyle çalışmamızın bu konuda literatüre önemli bir katkı sağladığı düşüncesindeyiz.

Tetik noktaların ağrıya neden olduğu bilinmektedir. Periferden gelen uzamış ağrılı uyaranlar santral duyarlılığın artmasına neden olmakta bunun sonucunda ağrı duyusunu taşıyan afferent yollar duyarlı hale gelmektedir. Ağrı yollarının duyarlılığında meydana gelen bu artış migrenli bireylerde görülen kas hassasiyetinin artmasından sorumlu tutulabilmektedir (29). Bu durum ağrı eğiğinin düşmesine neden olmaktadır. Ağrıya yol açan en küçük kuvvet ağrı eğiği olarak tanımlanmaktadır ve ölçümünde kullanılan yöntemlerden biri "basınç ağrı eğiği" ölçümüdür (72). Olgulardaki tetik noktaların duyarlılığını sayısal olarak ölçmek amacıyla "Baseline Algometre" kullanılarak basınç ağrı eğikleri ölçülmüş ve ortalamaları alınmıştır. Yapılan değerlendirme sonucunda ağrı eğiği en düşük kaslar boyun kasları olarak (m. SKM=2.05 kg/m², m. scalenus anterieus=2.10 kg/m², m. scalenus posterius=2.15 kg/m², m. scalenus medius=2.15 kg/m²) kaydedilmiştir. Literatürdeki çalışmalarda migrenlilerin genel olarak ağrı eğiklerinin düşük olduğu özellikle boyun kaslarındaki ağrı eğiğinin daha düşük olduğu görülmüştür (6, 73). Bu açıdan çalışmamız önceki araştırmaların sonuçlarını destekler niteliktedir.

Çalışmaya dahil edilen migrenli hastalarda muhtemel kas iskelet sistemi problemlerinin dağılımını ve ağrı şiddetini ölçmek için “Nordic Kas İskelet Sistemi Anketi” kullanılmıştır. Anket sonuçlarından elde edilen veriler değerlendirildiğinde olguların %80’inde boyun ağrısı,%58’inde omuz ağrısı olduğu kaydedilmiştir. Yapılan korelasyon analizinde olguların baş ağrısı şiddeti ile boyun ağrısı şiddeti arasında anlamlı bir ilişki olduğu ($p=0.01$) görülmüştür. Olgularımızın en fazlaboyun ağrısı şikayetiyaşamaları, tetik noktaların daha çok boyun kaslarında bulunması ve boyun kaslarının en düşük ağrı eşiğine sahip olmasından kaynaklanmaktadır. Boyun ve omuz bölgesi ağrılarının baş ağrılarıyla ilgisi olduğu bilinmektedir. Hagen ve ark.yaptıkları çalışmalarda baş ağrılı hastalarda kas iskelet sistemi semptomlarının bulunduğunu ve en çok boyun şikayetleri olduğunu göstermişlerdir (17). Genel olarak perikraniyal hassasiyet ve boyun ağrılarının gerilim tipi baş ağrısında görüldüğünü savunan çalışmalar ağırlıkta olsa da Blascek ve ark. yaptıkları çalışmada aksine boyun ağrısının gerilim tipi baş ağrısı değil migrenle ilişkili olduğunu göstermişlerdir. Trigeminoservikal kompleksin ve meningeal duyu girdilerinin boyundaki yakınsamasının buna neden olduğunu düşünmüşlerdir (74). Calhoun ve ark. migrenlilerde boyun ağrısının migrenin tanı kriterlerinden biri olan kusmadan daha sık görüldüğünü savunmuşlardır (75). Ayrıca özellikle kronik migrende boyun ağrısının daha fazla görüldüğünü, migrenin frekansı arttıkça boyun ağrısına bağlı yetersizliğin arttığını gösteren çalışmalar da mevcuttur (76, 77). Çalışmamızdan elde edilen sonuçlar da literatüre benzer şekilde boyun ve omuz ağrısının migrenle ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır.

Migren hem atak sırasında hem de ataklar arasında kişisel aktivitelerin kısıtlanmasına yol açar (1). Hastalarda görülen kısıtlanma kişinin fonksiyonelliğini dolayısıyla yaşam kalitesini etkilemektedir (7). Migrende fonksiyonelliğin etkilendiği bilgisi doğrultusunda olgularımızda migrene bağlı yetersizliği ölçmek için MİDAS anketi kullanılmıştır. Bu anket literatürde de en çok tercih edilen anketlerden biridir. Anket sonuçlarına göre hiç kayıp yaşamayan veya minimal kayıp yaşayan hasta oranı %6 iken ciddi derecede kayıp yaşayan hasta oranı %60 olarak ölçülmüştür. Olguların baş ağrılı gün sayısı arttıkça MİDAS skorlarının da yükseldiği

yanı kaybın arttığı gözlenmiştir. Yapılan korelasyon analizi sonucunda MİDAS skoru ile SF-36 anketifiziksel komponenti arasında aynı yönde anlamlı ilişki olduğu görülmüştür. (p=0.026) Literatürdeki çalışmalar da ise migrenlilerin sağlıklı bireylere göre yüksek MİDAS skorları aldığı baş ağrısı frekansı arttıkça kaybın daha ciddi olduğu görülmüştür (34, 35). Daha önce yapılan araştırmalarda olduğu gibi çalışmamızın sonucunda da migrenin günlük yaşamda yetersizliğe neden olduğu kişilerin fonksiyonelliğini ve yaşam kalitesini olumsuz etkilediği görülmüştür.

Yaşam kalitesi genel bir tanımlama ile kişinin yaşamıyla ilgili olan tüm etmenlere dair iyilik halini belirtmektedir (52). DSÖ yaşam kalitesini hedefleri, beklentileri, standartları, ilgileri ile bağlantılı olarak, kişilerin yaşadıkları kültür ve değer yargılarının bütünü içinde kendi durumlarını algılama biçimi olarak tanımlamaktadır (78). Tüm kronik hastalıklarda olduğu gibi migrenin de yaşam kalitesini etkileyebileceği düşüncesiye olguların yaşam kaliteleri SF-36 anketi ile değerlendirilmiştir. SF-36 anketi bireyin hem mental hem fiziksel sağlığını değerlendirdiği ve migren için çok sık kullanılan bir ölçek olduğu için tercih edilmiştir (52). Yaşam kalitesi değerlendirmesi sonucunda hastaların en düşük skorları anketin emosyonel rol kısıtlaması komponentinde aldıkları görülmüş, mental sağlık ortalamaları fiziksel sağlık ortalamalarından daha düşük bulunmuştur. Yapılan korelasyon analizi sonucunda baş ağrılı gün sayısı ile anketin fiziksel sağlık komponenti arasında ters yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur (p=0.012). Migrenin yaşam kalitesini olumsuz etkilediğini gösteren birçok çalışma mevcuttur (7, 4). Sönmezler ve ark.yapmış oldukları bir çalışmada SF-36 anketini kullanmış, migrenlilerin fiziksel fonksiyon, fiziksel rol ve sosyal fonksiyonellik komponentlerinde düşük puan aldıklarını göstermiştir (52). Çalışmamızdan elde ettiğimiz olgularımızın yaşam kalitelerinin olumsuz yönde etkilendiği sonucu literatürdeki araştırmaların sonuçlarına benzerlik göstermektedir.

Literatürde, migrenli bireylerde depresyon görülme sıklığının yüksek olduğu, ayrıca migrenli bireylerin normal popülasyona göre daha çok depresyon riski taşıdığını gösteren çalışmalar mevcuttur (5, 34). Yaşam kalitesini etkileyen durumlardan biri olan depresyon düzeyi literatürde de çok tercih edilen Beck Depresyon Anketi ile değerlendirilmiştir. Olguların %56'sında depresyon olduğu görülmüştür. Yapmış olduğumuz yaşam kalitesi değerlendirmesi sonucu SF-36 anketinin mental sağlık komponenti ortalamasının düşük olması, bu veriyi desteklemiştir. Hung ve ark. yaptıkları araştırmada depresyon düzeyini Hamilton Depresyon Ölçeği ile değerlendirmiş, migrenli hastalarda yüksek oranda depresyon görüldüğü sonucuna varmışlardır (79). Farklı ölçüm yöntemleri kullanılmış olsa da çalışmamızın sonuçları literatürden elde edilen migrenli hastalarda depresyon görüldüğü bilgisini desteklemektedir.

Azalmış uyku kalitesi kronik ağrı sendromlarında sıklıkla görülen bir sonuçtur (80). Olgularımıza uygulanan PUKİ indeksi ile migren baş ağrısının uyku kalitesi üzerine etkisinin ne olduğunu görmek amaçlanmıştır. Olguların %72'sinde uyku kalitesinin kötü olduğu görülmüştür. Yapılan korelasyon analizi sonucunda baş ağrısı şiddetinin uyku kalitesi ile ilişkili olduğu saptanmıştır ($p=0.017$). Daha önce yapılan araştırmalar az uykunun migren ataklarını tetiklediğini, migren atak sıklığı arttıkça uyku kalitesinin düştüğünü ve gündüz uykululuk halinin arttığını ortaya koymuştur (6,31, 81). Çalışmamızda da migrenli hastalarda uyku kalitesinin kötü olduğu ve baş ağrısından olumsuz yönde etkilendiği sonucu literatürden elde edilen sonuçlara paralellik göstermektedir.

Çalışmanın limitasyonları, sağlıklı kişilerden oluşan bir kontrol grubunun bulunmaması ve olgu sayısının fazla olmaması olarak değerlendirilmiştir. Ayrıca hastaların değerlendirme yapılan gün atak döneminde olup olmadığı sorgulanmamıştır.

Çalışmamız sonucunda migrenli hastalarda kas iskelet problemlerine rastlanabileceği görülmüştür. Migrenin kişinin fonksiyonelliğini olumsuz yönde etkilediği hastalarda kısıtlanmaya neden olduğu saptanmıştır. Migrenli hastalarda yaşam kalitesinin düştüğü, depresyon görülme olasılığının yüksek olduğu ve uyku kalitelerinin kötü olduğu sonucuna varılmıştır.

Migren ile ilişkili tipik kas iskelet sistemi problemlerinin saptanması, baş ağrısına özel kas iskelet sistemi değerlendirme yöntemi geliştirilmesine yardımcı olacaktır. Bununla birlikte kronik baş ağrısında görülen kas iskelet sistemi problemlerinin iyice anlaşılması probleme yönelik fizyoterapi programlarının geliştirilmesini sağlayacaktır. Literatürde fizyoterapinin baş ağrısı frekansını azaltmada destekleyici olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur. Baş ağrısının frekansının azalması hem hastanın yaşam kalitesini arttıracak, hem dikkate değer ölçüde iş gücü kaybına sebep olan migrenin etkilerinin azalmasını sağlayacaktır. Elde ettiğimiz sonuçlar doğrultusunda, migrenli hastaların klinik izleminde bütüncül bir yaklaşımla gerek kas iskelet sistemi gerekse fonksiyonellik ve yaşam kalitesi açısından değerlendirilmesi gerektiğini önermekteyiz. Migrenin tedavisi ile ilgilenen sağlık ekibi içerisinde fizyoterapistin bulunması multidisipliner yaklaşım sağlayacak ve bu da hastalığın etkilerinin azaltılması açısından faydalı olacaktır.

8. SONUÇ

Bu çalışmada, migren tanısı almış 50 olgunun kas iskelet sistemi ve fonksiyonelliği incelenmiştir. Ayrıca hastaların yaşam kalitesi depresyon düzeyi ve uyku kalitesi araştırılmıştır.

Olgularımızın postür skorları iyi bulunmuştur. Çalışmamızda olguların eklem hareket açıklıklarının normal referans değerlerden düşük olduğu görülmüştür.

Cilt kaydırma testi sonucunda olguların çoğu palpasyon sırasında ağrı hissetmiş ve çoğunda doku direncinin olduğu görülmüştür.

Olgularımızın çoğunluğunda tetik nokta, yansıyan ağrı ve gergin bant bulunmuştur. Fakat lokal seyirme yanıtı yok denecek kadar az görülmüştür.

Boyun ve omuz bölgesi en çok ağrı şikayetinin olduğu vücut kısımları olarak saptanmıştır. Olguların baş ağrısı şiddeti ile boyun ağrısı şiddeti arasında aynı yönde korelasyon bulunmuştur.

Fonksiyonellik düzeylerinin düşük olduğu saptanmış, MİDAS skorları yüksek bulunmuş ve olguların çoğunda günlük hayatta kayıplarının fazla olduğu görülmüştür. Baş ağrılı gün sayısının fonksiyonellik ve yaşam kalitesi düzeyini etkilediği ortaya çıkmış, baş ağrılı gün sayısı arttıkça olguların fonksiyonelliğinin azaldığı görülmüştür.

Fonksiyonelliğin olumsuz etkilenmesi yaşam kalitesinin de azalmasına etki etmiştir. Baş ağrılı gün sayısı arttıkça olguların fiziksel sağlık düzeyleri daha düşük bulunmuştur. Olguların MİDAS skorları ile SF-36 Yaşam Kalitesi Anketi fiziksel sağlık komponenti arasında aynı yönde korelasyon bulunmuştur.

Olgularımızın çoğunda depresyon olduğu görülmüş ve uyku kalitelerinin düşük olduğu saptanmıştır. Olguların baş ağrısı şiddeti ile uyku kalitesi arasında aynı yönde korelasyon bulunmuştur.

9. KAYNAKLAR

1. Robbins MS, Grosberg BM, Lipton RB (eds). Headache. Black And Wiley, p:16, 57,106-8. 2013.
2. Erdine S. (Ed.) Ağrı, 3. Baskı, Nobel Tıp Kitabevleri, s:235-37, 261,265-67. 2007
3. İnan LE. Baş Ağrıları Nörolojide Yeni Ufuklar, Güneş Tıp Kitabevleri, s: 33,41.2011
4. Siva A. Baş Ağrısı Epidemiyolojisi, İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Baş, Boyun, Bel Ağrıları Sempozyum Dizisi No:30 Mayıs s:9-14. 2002
5. Rist MP, Schürks M, Buring EJ, Kurth T. Migraine, headache and the risk of depression: Prospective cohort study. Cephalalgia. 2013 September; 33(12): 1017- 1025
6. Engstrom M, Hagen K, Björk MH, Stovner LJ, Gravdahl GB, Stjern M, Sand T. Sleep quality, arousal and pain thresholds in migraineurs:A blinded controlled polysomnographic study. The Journal of Headache and Pain 2013, 14: 12
7. Kim S, Park S, The role of headache chronicity among predictors contributing to quality of life in patients with migraine: A hospital-based study . The Journal of Headache and Pain 2014, 15: 68
8. Anar Özdiñç S, Kokino S, Hakgüder A, Gezici B, Turan F. Farklı bölge kas iskelet sistemi hastalıklarında yaşam kalitesinin karşılaştırılması. Fizyoter Rehabil.19(3):123-128 2008 Aralık
9. Günel MK, Yağlı NV, Akel S, Şener G. Değişik kas iskelet sistemine bağlı problemlerde vücut farkındalığı tedavisinin etkinliği: Bir pilot çalışma Fizyoter Rehabil.19(1):37-42 2008 Nisan
10. Woolf AD, Pfleger B. Burden of major musculoskeletal conditions. Bull World Health Organ. 2003; 81(9): 646–656
11. TC. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Türkiye Hastalık Yüğü Çalışması, Ulusal Hastalık Yüğü Ve Maliyet Etkililik Projesi 2004
12. World Health Organization Scientific Group. The Burden of Musculoskeletal Conditions At The Start Of The New Millennium. Geneva: World Health Organization; 2003
13. Ross JA, Macdiarmid JI, Rostron CL, Watt SJ, Crawford JR. Psychological and physical correlates of musculoskeletal symptoms in male professional divers and offshore workers. Extrem Physiol Med. 2013; 2: 5.
14. Marcus AD, Scharff L, Mercer S, Turk CD. Musculoskeletal abnormalities in chronic headache: a controlled comparison of headache diagnostic groups, Headache1999;39:21-27

15. Aaseth K, Grande RB, Lundqvist C, Russell MB. Pericranial tenderness in chronic tension-type headache: The Akershus population-based study of chronic headache. *The Journal of Headache and Pain* 2014,15:58
16. Fernández-Mayoralas DM, De-Las-Peñas CF, Palacios-Ceña D, Cantarero-Villanueva I, Fernández-Lao C, Pareja JA. Restrictedneckmobility in children with chronic tension type headache: A blinded, controlled study. *J Headache Pain*. 2010 October; 11(5): 399–404
17. Hagen K, Einarsen C, Zwart JA, Svebak S, Bovim G. The co-occurrence of headache and musculoskeletal symptoms amongst 51.050 adults in Norway. *European Journal Of Neurology* 2002, 9: 527-533
18. Pain And Depression- Editors M.R. Clark, G.J. Treisman, 2004. Karger Syf 2
19. Daroff B, Fenichel GM, Jankoviç J, Mazziotta J. Bradley's Neurology in Clinical Practice Volume1: Principles of Diagnosis and Management. 6.th Edition Robert, Elsevier Saunders 2012
20. Silberstein DS, Lipton RB, Goadsby P. Klinik Uygulamada Baş Ağrısı. Ed. Ertaş M. Demir GA. Çeviren: Demir GA. Yelkovan Yayıncılık, s: 1, 11, 29, 69,83-85, Aralık 2004.
21. Siberstein SD, Stiles S, Young BW, Rozen TD. An Atlas Of Headache, The Parthenon Publishing Group, 2002.
22. Simon RP, Greenberg DA, Aminoff MJ. Clinical Neurology, Lange- Mc Graw Hill 7. Edition, 2009, Syf 70
23. Baykan B, İdrisoğlu HA. Baş Ağrısı, , Öge AE, Baykan B (Ed.) İTF Nöroloji. 2. Baskı, 2010, s: 375.
24. Baş Ağrısı Çalışma Grubu. Türk Nöroloji Derneği Baş Ağrısı Tanı ve Tedavi Rehberi 2011 Güncellenmiş Şekli.
25. Steiner TJ, Marteletti P (Eds). Handbook Of Headache, Practical Management. SPRINGER 2011.
26. Biondi DM. Physical treatments for headache: a structured review. *Headache* 2005; 45: 738-746
27. Mongini F, Evangelista A, Rota E, Ferrero L, Ugolini A, Milani C et al. Further evidence of the positive effects of an educational and physical program on headache, neck and shoulder pain in a working community. *J Headache Pain* 2010 11.409-415.
28. Marcus AD, Scharff L, Mercer S, Turk CD. Nonpharmacological treatment for migraine: incremental utility of physical therapy with relaxation and thermal biofeedback. *Cephalalgia* 18: 1998; 266-272.
29. Mongini F, Evangelista A, Milani C, Ferrero L, Ciccone G, Ugolini A. An educational and physical program to reduce headache,neck/shoulder pain in working community: A cluster- randomized controlled trial. *Plus One* January 2012, Volume7, Issue 1.

30. Chaibi A, Russel BM. Manuel therapies for primary chronic headaches: A systematic review of randomized controlled trials. *The Journal of Headache and Pain* 2014,15:67.
31. Chaibi A, Russel BM. Manuel therapies for migraine: A systematic review. *J Headache Pain* 2011 12:127-133.
32. Talarska D, Stachowiak MZ, Michalak M, Czajkowska A, Hudak K. Functioning of women with migraine headaches. *The scientific world journal*, volume 2014.
33. Köseoğlu E, Naçar M, Talaslioğlu A, Çetinkaya F. Epidemiological and clinical characteristics of migraine and tension type headache in 1146 females Kayseri, Turkey. *Cephalalgia*, 2003, 23, 381-388.
34. Buse DC, Rupnow MFT, Lipton RB. Assessing and managing all aspects of migraine: migraine attacks, migraine-related functional impairment, common comorbidities, and quality of life. *Mayo Clin Proc.* May 2009;84(5):422-435.
35. Yücel Y. Migren baş ağrısında tanı ve tedavi yaklaşımları. *Dicle Tıp Dergisi*, 2008, Cilt: 35, Sayı: 4. (281-286).
36. Yoldaş TK, Dönmez H, Solak EB, Çolpak Aİ. Ardışık 103 Migren hastasında MIDAS skorları ve demografik/klinik özellikler, *Türk Nöroloji Dergisi* 2008: Cilt 14, Sayı 6, S:388-393
37. Gill SV, The impact of weight classification on safety: timing steps to adapt to external constraints. *J Musculoskelet Neuronal Interact.* 2015 Mar;15(1):103-8
38. Tunç P. Sağlık Çalışanlarında Kas İskelet Sistemi Bozuklukları İle İlgili Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler. Yüksek Lisans Tezi.2008.Ankara.
39. Soyuer F, Mirza M. Relationship between lower extremity muscle strength and balance in multiple sclerosis. *Journal of Neurological Sciences (Turkish)*, 2006, Volume 23, Number 4, Page(s) 257-263.
40. Combleet SL, Woolsey NB. Assesment of hamstring muscle length in school aged children using sith and reach test and the inclinometer measure of hip joint angle. *Pt Journal, Physther.* 1996 76: 850-855.
41. Otman AS, Köse N. Tedavi Hareketlerinde Temel Değerlendirme Prensipleri, Pelikan Kitabevi, 2013.
42. Aydın T. Servikal Miyofasyal Ağrı Sendromunun Neden Olduğu Dizzinessta Kuru İğneleme Ve Egzersizin Etkinliği. Uzmanlık Tezi 2013 55-56.
43. Sjaastad O, Bakketeig LS. Skin-fold thickness and reproducibility of the skin roll test: Vaga Study, *J. Headache Pain* 2003,4:103-110.
44. Acar B, Miyofasyal Ağrı Sendromlu Hastalarda Farklı Fizik Tedavi Uygulamalarının Etkisi, Yüksek lisans Tezi, 2010 Syf 42.
45. Alvarez DJ, Rockwell G, Trigger points: Diagnosis and management, *American Family Physician* 2002;65: 653-60.
46. Barbero M, Cescon C, Tettamanti A, LeggeroV, Macmillan F, Coutts F et al. Myofascial trigger points and innervation zone locations in upper trapezius muscles. *Bmc Musculoskelet Disord.* 2013,14: 179.

47. Amasyalı SY, Dıraçoğlu D. Miyofasiyal ağrı sendromu patofizyolojisinde son görüşler. Nobel Medicus Cilt10 Sayı:2 Syf 6-11.
48. Özen Ş, Çağlar NS, Tütün Ş, Kavadar G, Özgönel L, Aytekin E ve ark. Lateral epikondilitte ultrason ve fonofrez tedavilerinin etkinliğinin karşılaştırılması: Prospektif tek kör randomize çalışma. İstanbul Med. J 2013;14: 20-4.
49. Maestú C, Blanco M, Nevado A, Romero J, Rodríguez-Rubio P, Galindo J et al. Reduction of pain thresholds in fibromyalgia after very low intensity magnetic stimulation: A double-blinded, randomized placebo-controlled clinical trial. Pain Res Manag. 2013 Nov-Dec; 18(6): E101–E106.
50. Tunçay SU, Yeldan İ. Kas iskelet sistemi rahatsızlıklarıyla fiziksel inaktivite ilişkili midir? Ağrı 2013;25(4):147-155.
51. Leonardi M, Steiner TJ, Scher AT, Lipton RB. The global burden of migraine: measuring disability in headache disorders with WHO's classification of functioning, disability and health (ICF). J Headache Pain. 2005 Dec; 6(6): 429–440.
52. Sönmezler A, Ünal İ, Yoldaş TK. Migren ve gerilim tipi baş ağrısının sağlığa ilişkin yaşam kalitesi üzerine etkileri. Cukurova Medical Journal 2013; 38 (3): 374-381.
53. Ören N, Gençdoğan B. Lise öğrencilerinin depresyon düzeylerinin bazı değişkenlere göre incelenmesi. Kastamonu Eğitim Dergisi, Mart 2007 Cilt:15 No:1, 85-92.
54. Güzel S, Kurtcebe ZS, Şencan S, Turhan N. Doğurganlık çağındaki kadınlarda hormonal değişikliklerin huzursuz bacak sendromu şiddeti, uyku ve yaşam kalitesi üzerine etkisi, Türk Fiz Tıp Rehab Derg 2013;59:45-51
55. Mauskop A. Migraine And Headache. Oxford University Press, 2009, page 1.
56. Shaik MM, Hassan NB, Tan HL, Gan SH. Quality of life and migraine disability among female migraine patients in a tertiary hospital in Malaysia. Biomed Res Int. 2015; 2015: 523717.
57. Spierings ELH. Migraine Questions And Answers. Second Edition. Merit Publishing 2002 S: 13-14.
58. Gündüz OH. Yaşlılarda postür ve yürüme, Türk Geriatri Dergisi 2000, Cilt 3, Sayı 4, S: 155-162.
59. Henriksen M, Klokke L, Bartholdy C, Graven-Nielsen T, Blidda H. The associations between pain sensitivity and knee muscle strength in healthy volunteers: A cross-sectional study. Pain Research And Treatment, Volume 2013, Article Id78705.
60. Çelik D, Sirmen B, Demirhan M. Subakromial sıkışma sendromunda ağrı ile kas gücü arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. Acta orthop traumatol tur.2011;45 (2):79-84
61. Oksanen A, Metsahonkala L, Viander S, Jappila E, Aroma M, Anttila P et al. Strength and mobility of the neck-shoulder in adolescent headache. Physiotherapy Theory And Practice 22(4):163-174, 2006

62. Oksanen A, Pöyhönen T, Liisa Metsahonkala L, Anttila P, Hiekkanen H, Laimi K Et Al Neck flexor muscle fatigue in adolescents with headache – An electromyographic study *European Journal of Pain* 11 (2007) 764–772
63. Lemmink KAPM, Kemper HCG, Greef MHG, Rispens P, Stevens M. The validity of the sit and reach test and the modified sit and reach test in middle-aged to older men and women. *Research Quarterly For Exercise And Sport* 2003. Vol.74, No.3 S: 331-336.
64. Uthakhup S, Sterling M, Jull G. Cervikal musculoskeletal impairment is common in elders with headache. *Man ther.* 2009 dec;14(6): 636-41.
65. Kidd RF, Nelson R. Musculoskeletal dysfunction of the neck in migraine and tension headache. *Headache.* 1993 Nov-Dec;33(10):566-9.
66. Jafri MS. Mechanisms of myofascial pain. *Int Sch Res Notices.* 2014;2014. pii: 523924.
67. Meloche JP, Bergeron Y, Bellavance A, Morand M, Huot J, Belzile G. Painful intervertebral dysfunction: Robert Maigne's original contribution to headache of cervical origin. The Quebec Headache Study Group. *Headache The Journal of Head and Face Pain* 07/1993; 33(6):328-34.
68. Gül K, Önal SA. Miyofasiyal ağrı sendromlu hastaların tedavisinde non-invazif ve invazif tekniklerin karşılaştırılması. *Ağrı* 2009;21(3):104-112.
69. Thomas K, Shankar H. Targeting myofascial taut bands by ultrasound. *Curr Pain Headache Rep.* 2013 Jul;17(7):349. Doi: 10.1007/S11916-013-0349-4.
70. Bansevicius D, Pareja JA. The "skin roll" test: a diagnostic test for cervicogenic headache? *Funct Neurol.* 1998 Apr-Jun;13(2):125-33.
71. Giamberardino MA, Tafuri E, Savini A, Fabrizio A, Affaitai G, Lerza R et al. Contribution of myofascial trigger points to migraine symptoms. *The Journal Of Pain.* Vol.8, No.11, 2007:869-878.
72. Kırdemir P, Özorak Ö. Postoperatif ağrı ve analjezik ihtiyacı preoperatif dönemde tahmin edilebilir mi? *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 2011;31(4):951-9
73. Grossi DB, Chaves TC, Gonçalves MC, Moreira VC, Canonica AC, Florencio LL et al. Pressure pain threshold in the craniocervikal muscles of women with episodic and chronic migraine. *Arq Neuropsiquiatr* 2011;69(4):607-61
74. Blascek A, Decke S, Alber L, Schroeder SA, Lehmann S, Straub A et al. Self reported neck pain is associated with migraine but not with tension-type headache in adolescents. *Cephalalgia* 2014, vol.34(11) 895-906.
75. Calhoun AH, Ford S, Millen C, Finkel AG, Truong Y, Nie Y. The prevalence of neck pain in migraine. *Headache*, 2010 sep; 50(8):1273-7.
76. Florencio LL, Chaves TC, Gonçalves MC, Casimiro EC, Dach F, Bigal ME et al. Neck pain disability is related to the frequency of migraine attacks: A cross-sectional study. *Headache.* 2014 Jul-Aug;54(7).
77. Carvalho GF, Chaves TC, Florencio LL, Braz CA, Dach F, Pena FL et al. Comparison between neck pain disability and cervical range of motion in patients

- with episodic and chronic migraine: a cross-sectional study. *J manipulative pyhsiol ther.* 2014 Nov- Dec;37(9):641-6.
78. Atar A. Kas iskelet sistemi hastalıklarına bağlı kronik ağruların yaşam kalitesi üzerine etkileri. Yüksek Lisans Tezi s:12. Ankara,2007.
79. Hung CL, Liu CY, Chen CY, Yang CH, Wang SJ. The impacts of migraine and anxiety disorders on painful physical symptoms among patients with major depressive disorder. *J Headache Pain.* 2014 Nov 10;15:73.
80. Salazar A, Duenas M, Ojeda B,Failde I. Association of painful musculoskeletal conditions and migraine headcahe with mental and sleep disorders among adults with disabilities, Spain.2007-2008. *Preventing Chronic Disease Public Health Research, Practice, And Policy.* Vol.11 February 27,2014)
81. Çetinkaya Y, Çömez N,Türkoğlu R, Gencer M, Tereli H. Migren atak sıklığı ile gündüz uykululuk hali. *Kocaeli tıp dergisi*,2012;1(1):23-26

10. EKLER

EK1. ÇALIŞMA İZNI



T.C.
CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
Nöroloji Anabilim Dalı Başkanlığı



Sayı: 45103048/171
Konu: Neslişah GÜN
Anket Çalışması hk.

Tarih: 25/02/2014

Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastane Başhekimliği'ne

İlgi: 17.02.2014 tarih ve 34507216/ 1304 sayılı yazınıza C.

Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Neslişah GÜN'ün, Üniversitemiz Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı tarafından da onaylanmış olan "Baş Ağrısı Olan Hastalarda Kas İskelet sisteminin ve Fonksiyonelliğinin Değerlendirilmesi" isimli tez çalışması kapsamındaki anket çalışmalarını Anabilim Dalımızda yapması uygundur. Bilgilerinize saygılarımızla arz ederiz.

Prof. Dr. Sabahattin SAİP
Anabilim Dalı Başkanı

EK 2. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Aşağıda bu araştırma ile ilgili detaylı bilgiler yer almaktadır, lütfen dikkatli bir şekilde tümünü okuyunuz.

ÇALIŞMAMIZ NEDİR?

Bu çalışma baş ağrısı olan hastalarda görülebilecek kas iskelet sistemi problemleri ve bu kişilerin fonksiyonel durumunu inceleyen bir araştırmadır.

ÇALIŞMANIN AMACI NEDİR?

Bu çalışmanın amacı; baş ağrısı tanısı konmuş hastalarda kas iskelet sistemi bulgularını değerlendirmek ve baş ağrısının bu kişilerin fonksiyonel düzeylerine etkisini incelemektir.

NASIL BİR UYGULAMA YAPILACAKTIR?

Hekiminiz tarafından tanısı konulan baş ağrısı teşhisi ile fizyoterapist yönlendirileceksiniz. Fizyoterapist tarafından yaşadığınız baş ağrılarıyla ilişkili olduğu düşünülen sırt, boyun ve omuz bölgenize; çene eklemimize yönelik bazı değerlendirmeler yapılacaktır. Ayrıca günlük yaşamınızdaki fonksiyonel durumunuzu değerlendirecek bazı anketler uygulanacaktır. Tüm testlerin öngörülen uygulanma süresi 45-60 dakikadır. Uygulanacak olan testlerin herhangi bir olumsuz yan etkisi yoktur ve sizi yormadan yapılacaktır.

SORUMLULUKLARIM NEDİR?

Araştırmamıza dahil olan hastaların değerlendirmelere uyum göstermeleri beklenmektedir. Bu koşullara uyulmadığı durumlarda araştırmacı sizi uygulama dışı bırakabilme yetkisine sahiptir.

ARAŞTIRMANIN DENEYSEL KISIMLARI

Araştırmamız deneysel bir çalışma değildir.

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI RİSKLER VEYA RAHATSIZLIKLAR NEDİR?

Bu araştırmada sizin için herhangi bir risk ya da rahatsızlık söz konusu değildir. Çalışma bilimsel bilgi birikimine katkı sağlamayı amaçlamakta olup, size doğrudan bir yarar sağlamayacaktır. Bu araştırma boyunca yapılacak değerlendirmeler için sizden ya da bağlı bulunduğunuz sosyal güvenlik kurulundan hiçbir ücret talep edilmeyecektir. Size de bir ödeme yapılması söz konusu olmayan bu araştırmaya katılmak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Bu çalışmada uygulanacak olan değerlendirme ve testler hiçbir şekilde risk taşımamaktadır ve size rahatsızlık verecek herhangi bir etkisi yoktur.

KATILIMCILARIN ÇALIŞMAYA DAHİL OLMASI

Çalışma bilimsel bilgi birikimine katkı sağlamayı amaçlamakta olup, araştırma boyunca yapılacak değerlendirmeler için sizden ya da bağlı bulunduğunuz sosyal güvenlik kurulundan hiçbir ücret talep edilmeyecektir. Size de bir ödeme yapılması

söz konusu olmayan bu araştırmaya katılmak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmaya katılmayabilir ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz.

İLETİŐİM

Araştırma hakkında veya araştırma ile ilgili herhangi bir terslik olduğunda iletiŐim kurabileceğiniz kişi ve telefon numarası aşağıda verilmiştir:

Fzt. Neslişah GÜN Tel: 05320501290

ÇALIŞMANIN SÜRESİ

Araştırmaya 1 saat süreyle katılacaksınız.

BİLGİLERİM KONUSUNDA GİZLİLİK SAĞLANABİLECEK MİDİR?

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın sorumluları, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaŐabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaŐabilirsiniz.

Çalışmaya Katılma Onayı

“Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu”ndaki tüm aÇıklamaları okudum. Bana yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü aŐıklama aşağıda adı belirtilen fizyoterapist tarafından yapıldı. Aklıma gelen tüm soruları araştırıcıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm aÇıklamaları ayrıntılarıyla anlamıŐ bulunmaktayım. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli olarak veya gerekçe göstermeden araştırmadan ayrılabilceğimi biliyorum. Bu araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

Bu formun imzalı ve tarihli bir kopyası bana verildi.

GÖNÜLLÜNÜN		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TEL.		
TARİH		

AÇIKLAMALARI YAPAN ARAŞTIRICININ		İMZASI
ADI & SOYADI		
TARİH		

EK 3. HASTA ÖN DEĞERLENDİRME FORMU

Hasta Ön Değerlendirme Formu

Adı- soyadı : Yaşı :
Cinsiyet : Boy :
Kilo : VKİ :
Medeni hali : Eğitim durumu :
Mesleği : Değerlendirme tarihi:
Baş ağrısı tipi :
Baş ağrısının süresi :

1. Herhangi bir kronik hastalığınız var mı?

*varsa belirtiniz.....

2. Son 6 ay içerisinde herhangi bir travma hikayeniz var mı?

*varsa belirtiniz.....

3. Doktor tarafından tanısı konulmuş herhangi bir ortopedik probleminiz var mı?

*varsa belirtiniz.....

4. Kullandığınız herhangi bir ilaç var mı?

*varsa isimleri.....

5. Son bir yıl içinde uzun süren dental (diş- çene eklemine yönelik) tedaviniz var mı?

.....

EK 4. NEW YORK POSTÜR DEĞERLENDİRME TESTİ

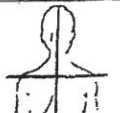
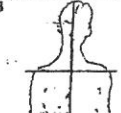

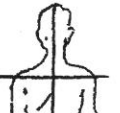



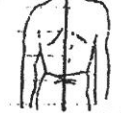
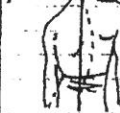




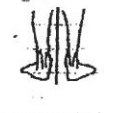
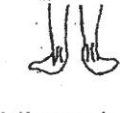



NEW YORK POSTÜR DEĞERLENDİRME TESTİ

Adı Soyadı:

TARİH:

Yaş:

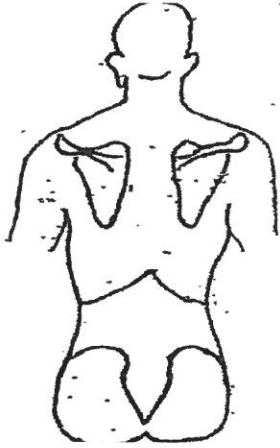
Cins:

	5	3	1	1.	2.	3.
A	 Baş dik pozisiz. Astu dörök merkezden geçiyor	 Baş hafifçe yana eğilmiş veya dönmüştür	 Baş ağırlı derecede yana eğilmiş veya dönmüştür			
B	 Omuzlar yata paralel	 Bir omuz diğerinden hafifçe yüksektir	 Bir omuz diğerinden ağırlı derecede yüksektir			
C	 Omurga düz	 Omurga hafif yana eğilmiş	 Omurga ağırlı derecede eğilmiştir			
D	 Kalçalar yata paralel	 Bir kalça diğerinden hafifçe yüksektir	 Bir kalça ağırlı derecede diğerinden yüksektir			
E	 Ayaklar düz	 Ayaklar hafifçe eğilmiştir	 Ayaklar penansiyonda			
F	 Arklar yüksek	 Arklar hafif düşüktür	 Arklar düşük düz taban			
	5 normal	3 orta seviyede	1 ileri seviyede	Birinci sayfa toplamı		

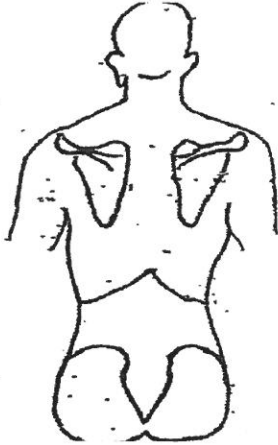
EK 5. KAS İSKELET SİSTEMİKLİNİK SEMPTOMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ FORMU

KAS İSKELET SİSTEMİKLİNİK SEMPTOMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

GERGİN BANT (Terapist gergin bant olan yerleri şekil üzerinde işaretler)



TETİK NOKTA (Terapist bulduğu trigger noktaları şekil üzerinde işaretler)



Yansıyan ağrı : VAR_ YOK_

Lokal seyirme yanıtı : VAR_ YOK_

Tetik Noktaların Duyarlılık Derecesinin Ölçümü- Basınç Ağrı Eşiği Ölçümü(basınç algometresi ile)

SAG

SOL

1.Ölçüm 2.ölçüm 3.ölçüm 1. Ölçüm 2.ölçüm3.ölçüm

- Trapez kası :
- Supraspinatus :
- SKM :
- Subscapularis :
- Skalenler
- *anterioraskalen:
- *posterioraskalen:
- *medialaskalen :
- Levatorscapula :
- İnfraspinatus :
- Torasikparavertebraller:
- Latissimusdorsi:

KONNEKTİF DOKU MOBİLİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ (SKİN ROLL-DOKU YUVARLAMA TESTİ)

**AĞRI (sözel hasta değerlendirir)
değerlendirir)**

DERİ DİRENCİ (terapist

Yok
Hafif
Orta
Şiddetli

Yok
Hafif
Orta
Şiddetli

SERVİKAL BÖLGE EKLEM AÇIKLIĞI DEĞERLENDİRMESİ (gonyometre ile ölçüm)

- Servikal fleksiyon :
- Servikal ekstansiyon :
- Sağ lateral fleksiyon :
- Sol lateral fleksiyon :
- Sol rotasyon :
- Sağ rotasyon :

OMUZ HAREKET AÇIKLIĞI DEĞERLENDİRMEĞİ

	SAĞ	SOL
Fleksiyon	:	
Ekstansiyon	:	
Abduksiyon	:	
İnternal rotasyon	:	
Eksternal rotasyon	:	

OTUR UZAN TESTİ:

KAS KUVVETİ DEĞERLENDİRMEĞİ (Manuel kas testi)

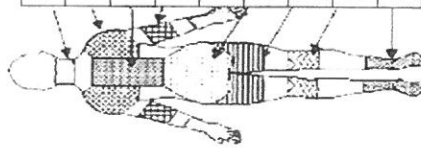
	SAĞ	SOL
SIRT EKSTANSÖRLERİ	:	
LATERAL GÖVDE FLEKSÖRLERİ	:	
M. RECTUS ABDOMİNİS	:	
OBLİK GÖVDE FLEKSÖRLERİ	:	
SKAPULAR ELEVASYON	:	
SKAPULAR DEPRESYON	:	
SKAPULAR ADDUKSİYON	:	
BOYUN FLEKSİYONU	:	
BOYUN EKSTANSİYONU	:	

EK 6. GENİŞLETİLMİŞ NORDİC KAS İSKELET SİSTEMİ ANKETİ

EK 2. Geniştirilmiş Nordic Kas İskelet Anketi (NMQ-E)

Anketin Yanıtlanması: Lütfen uygun kutuya x işareti koyarak cevaplandırınız. Her soru için bir x işareti. Vücudunuzun herhangi bir yerinde asla bir sorun yaşamamış olsanız bile bütün soruları cevaplayınız. Lütfen bir aşağıdaki vücut bölgesine geçmeden önce soruları soldan sağa doğru cevaplayınız. Bu resim vücudun nasıl bölündüğünü göstermektedir. Simitler çok net olarak belirlenmemiştir ve bazı bölgeler üst üste gelmektedir. Hangi bölgenin(eğer varsa) etkilendiği ya da etkilenmiş olduğuna kendiniz karar vermelisiniz.

	Bu vücut bölgesinde sorunuz (ağrı, acı, rahatsızlık hissi vb) oldu mu?	Cevabınız "hayır" ise diğer vücut bölgesine geçiniz. "evet" ise lütfen devam ediniz.	Bu sorun kaç yaşınızda başladı?	Bu sorun hiç hastanede yatmanız mı?	Bu sorun nedeniyle işinizi ya da görevinizi (geçici de olsa) zorun da kaldınız mı?	Son 12 ay süresince herhangi bir zamanda bu vücut bölgesinde sorunuz (ağrı, acı, rahatsızlık hissi vb) oldu mu?	Cevabınız "hayır" ise diğer vücut bölgesine geçiniz. "evet" ise lütfen devam ediniz.	Son bir ay (4 hafta) süresince herhangi bir zamanda (ağrı, acı, rahatsızlık hissi vb) oldu mu?	Bugün sorunuz (ağrı, acı, rahatsızlık hissi vb) oldu mu?	Son 12 ay süresince herhangi bir zamanda:			
										Bu sorun nedeniyle evde ya da ev dışında işleriniz aksadı mı?	Bu sorun nedeniyle sağlık hizmetlerine (doktor, fizik tedavi maser vb) başvurdu mu?	Bu sorun nedeniyle ilaç aldınız mı?	Bu sorun nedeniyle hastalık izni (rapor ya da izin) aldınız mı?
BOYUN	Evet Hayır				Evet Hayır	Evet Hayır		Evet Hayır	Evet Hayır	Evet Hayır	Evet Hayır	Evet Hayır	Evet Hayır
OMUZ	Evet Hayır				Evet Hayır	Evet Hayır		Evet Hayır	Evet Hayır	Evet Hayır	Evet Hayır	Evet Hayır	Evet Hayır
SIRT	Evet Hayır				Evet Hayır	Evet Hayır		Evet Hayır	Evet Hayır	Evet Hayır	Evet Hayır	Evet Hayır	Evet Hayır
DIRSEK	Evet Hayır				Evet Hayır	Evet Hayır		Evet Hayır	Evet Hayır	Evet Hayır	Evet Hayır	Evet Hayır	Evet Hayır
EL/EL BİLEĞİ	Evet Hayır				Evet Hayır	Evet Hayır		Evet Hayır	Evet Hayır	Evet Hayır	Evet Hayır	Evet Hayır	Evet Hayır
BEL	Evet Hayır				Evet Hayır	Evet Hayır		Evet Hayır	Evet Hayır	Evet Hayır	Evet Hayır	Evet Hayır	Evet Hayır
KALÇA/UYLUK	Evet Hayır				Evet Hayır	Evet Hayır		Evet Hayır	Evet Hayır	Evet Hayır	Evet Hayır	Evet Hayır	Evet Hayır
DİZ	Evet Hayır				Evet Hayır	Evet Hayır		Evet Hayır	Evet Hayır	Evet Hayır	Evet Hayır	Evet Hayır	Evet Hayır
AYAK/BİLEK	Evet Hayır				Evet Hayır	Evet Hayır		Evet Hayır	Evet Hayır	Evet Hayır	Evet Hayır	Evet Hayır	Evet Hayır



Yukarıdaki tabloda ilk soruya evet yanıtını verdiyseniz lütfen uygun gözleri doldurunuz.

	BOYUN	OMUZ	SIRT	DIRSEK	EL/EL BİLEĞİ	BEL	KALÇA/UYLUK	DİZ	AYAK/BİLEK
Ağrı ne sıklıkta oluyor									
1-Sürekli (hemen her gün)									
2-Sık sık (haftada birkaç gün)									
3-Nadiren (haftada bir gün ya da daha seyrek)									
Ağrınız tırtı günleri									
1-Az alıyor									
2-Fark etmiyor									
Ağrı şiddeti nedir? 1-10 arası bir değer veriniz									
(1 Çok hafif..... 10 dayanılmaz)									

EK 7. MIDAS ANKETİ

MIDAS ANKETİ

(Migrene bağlı günlük aktivitelerde yetersizlik düzeyi belirleme formu)

*1 ve 2 numaralı sorularda: İŞ, cret alınan iş, OKUL ise lise ya da niversite eğitimi anlamına gelir.
**3 ve 4 numaralı sorularda: Ev iŐleri evde yapılan iş, evin bakımı ve onarımı ile ilgili iŐler, alıŐveriŐ, çocukların ve yakınların bakımı gibi iŐleri kapsar.

1. Son 3 ay içinde baş ağrınlarnız nedeniyle kaç gün işe ya da okula gidemediniz?*
2. Son 3 ay içinde baş ağrınlarnız nedeniyle okulda ya da iŐteki verimliliğinizin yan yana veya daha fazla azaldığı gün sayısı nedir? (1. soruda işe ya da okula gidemediğinizi belirttiğiniz günleri dahil etmeyin)*
3. Son 3 ay içinde baş ağrınlarnız nedeniyle kaç gün ev işlerinizi yapamadınız?*
4. Son 3 ay içinde baş ağrınlarnız nedeniyle ev iŐlerindeki verimliliğinizin yan yana ya da daha fazla azaldığı gün sayısı nedir? (3. soruda ev işlerinizi yapamadığınızı belirttiğiniz günleri dahil etmeyin)**
5. Son 3 ay içinde baş ağrınlarnız nedeniyle kaç gün ailenize, sosyal yaŐamınıza ya da boŐ zamanlarınızda yaptığınız faaliyetlere zaman ayıramadınız?

Kaybedilen toplam gün sayısı (Skor):

A. Son 3 ay içinde kaç gün baş ağrınız oldu? (Eğer herhangi bir baş ağrınız 1 günden uzun sürdüyse, her günü sayın)

B. Son 3 ay içinde baş ağrınlarnızın ortalama Şiddetini aşağıdaki 0-10 arası değerlerden birini seçerek belirtiniz. "0" hiç ağrı olmaması, "10" ise dayanamayacağımız kadar Şiddetli ağrıyı Őaret etmektedir.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

MIDAS derecesi	Tanımı	MIDAS puanı
I	Hiç kayıp yok ya da çok az	0-5
II	Hafif kayıp	6-10
III	Orta derecede kayıp	11-20
IV	Ciddi kayıp	21+

EK 8. SF- 36 YAŞAM KALİTESİ ANKETİ

EK-2

KF-36 SAĞLIK TARAMASI

1. Genel olarak sağlığınızı nasıl değerlendirirsiniz?

Mükemmel.....
Çok iyi.....
İyi.....
Fena değil.....
Kötü.....

2. Geçen seneye karşılaştırıldığında, şimdi sağlığınızı nasıl değerlendirirsiniz?

1 Bir yıl önceye göre çok daha iyi..... 1
2 Bir yıl önceye göre daha iyi..... 2
3 Hemen hemen aynı..... 3
4 Bir yıl önceye göre daha kötü..... 4
5 Bir yıl önceye göre çok daha kötü..... 5

3. Aşağıdakiler normal olarak gün içerisinde yapıyor olabileceğiniz bazı faaliyetlerdir. Şu sıralarda sağlığınız sizi bu faaliyetler bakımından kısıtlıyor mu? Kısıtlıyorsa ne kadar?

FAALİYETLER	Evet, oldukça kısıtlıyor	Evet, biraz kısıtlıyor	Hayır, hiç kısıtlamıyor
a. Kuvvet gerektiren faaliyetler, örneğin ağır eşyalar kaldırmak, futbol gibi sporlarda uğraşmak	1	2	3
b. Orta zorlukta faaliyetler, örneğin masa kaldırmak, süpürmek, yürüyüş gibi hafif spor yapmak	1	2	3
c. Çarşı-pazar torbalarını taşımak	1	2	3
d. Birkaç kat merdiven çıkmak	1	2	3
e. Bir kat merdiven çıkmak	1	2	3
f. Eğilmek, diz çökmek, yerden birşey almak	1	2	3
g. Bir kilometreden fazla yürümek	1	2	3
h. Birkaç yüz metre yürümek	1	2	3
ı. Yüz metre yürümek	1	2	3
j. Yıkılmak ya da giyinmek	1	2	3

4. Geçtiğimiz bir ay (4 hafta) içerisinde işinizde veya diğer günlük faaliyetlerinizde bedensel sağlığınız nedeniyle aşağıdaki sorunların herhangi biriyle karşılaştınız mı?

	Her zaman	Çoğu zaman	Arada sırada	Çok ender	Hiçbir zaman
a. İş ya da iş dışı uğraşlarınıza verdiğiniz zamanı kısmak zorunda kalmak	1	2	3	4	5
b. Yapmak istediğinizden daha azını yapabilmek (bitmeyen projeler, temizlenmeyen ev gibi...)	1	2	3	4	5
c. Yapabildiğiniz iş türünde ya da diğer faaliyetlerde kısıtlanamak	1	2	3	4	5
d. İş ya da diğer uğraşları yapmada zorlanmak	1	2	3	4	5

5. Geçtiğimiz bir ay (4 hafta) içerisinde işinizde veya diğer günlük faaliyetlerinizde duygusal problemleriniz nedeniyle (üzüntülü ya da kaygılı olmak gibi) aşağıdaki sorunların herhangi biriyle karşılaştınız mı?

	Her zaman	Çoğu zaman	Arada sırada	Çok ender	Hiçbir zaman
a. İş ya da iş dışı uğraşlarınıza verdiğiniz zamanı kısmak zorunda kalmak.	1	2	3	4	5
b. Yapmak istediğinizden daha azını yapabilmek (bitmeyen projeler, temizlenmeyen ev gibi...)	1	2	3	4	5
c. İş ya da diğer uğraşları her zaman gibi dikkatlice yapamamak	1	2	3	4	5

6. Son bir ay (4 hafta) içerisinde bedensel sağlığınıza ya da duygusal problemlerinizi, ailenizi, arkadaşlarınızı, komşularınızı ya da diğer gruplarla normal olarak yaptığınız sosyal faaliyetlere ne ölçüde engel oldu?

Hiç.....	1
Biraz.....	2
Orta derecede.....	3
Epeyce.....	4
Çok fazla.....	5

7. Geçtiğimiz bir ay (4 hafta) içerisinde ne kadar bedensel ağrılarınız oldu?

Hiç.....	1
Çok hafif.....	2
Hafif.....	3
Orta hafiflikte.....	4
Ağrı derecede.....	5
Çok aşırı derecede.....	6

8. Son bir ay (4 hafta) içerisinde, ağrı normal işinize (ev dışında ve ev işi) ne kadar engel oldu?

Hiç olmadı.....	1
Biraz.....	2
Orta derecede.....	3
Epeyce.....	4
Çok fazla.....	5

9. Aşağıdaki sorular geçtiğimiz bir ay (4 hafta) içerisinde kendinizi nasıl hissettiğinizle ve işlerin sizin için nasıl gittiğiyle ilgilidir. Lütfen, her soru için nasıl hissettiğinize en yakın olan cevabı verin. Geçtiğimiz 4 hafta içindeki sürenin ne kadarı-

	Her Zaman	Çoğu Zaman	Arada Sıra	Çok Ender	Hiçbir Zaman
a. Kendinizi hayat dolu hissettiniz?	1	2	3	4	5
b. Çok sınırlı bir kişi oldunuz?	1	2	3	4	5
c. Hiçbirşeyin sizi neşlendiremeyeceği kadar moraliniz bozuk ve kötü oldu?	1	2	3	4	5
d. Sakin ve huzurlu hissettiniz?	1	2	3	4	5
e. Çok enerjiniz oldu?	1	2	3	4	5
f. Mutsuz ve kederli oldunuz?	1	2	3	4	5
g. Kendinizi bitkin hissettiniz?	1	2	3	4	5
h. Mutlu ve sevinçli oldunuz?	1	2	3	4	5
ı. Yorgun hissettiniz?	1	2	3	4	5

10. Geçtiğimiz bir ay (4 hafta) içerisinde, bu sürenin ne kadarında bedensel sağlığınıza ya da duygusal problemlerinize, sosyal faaliyetlerinize (arkadaş, akraba ziyareti gibi) engel oldu?

Her zaman.....	1
Çoğu zaman.....	2
Bazen.....	3
Çok ender.....	4
Hiçbir zaman.....	5

11. Aşağıdaki her bir ifade sizin için ne kadar DOĞRU ya da YANLIŞ?

	Kesinlikle Doğru	Çoğunlukla Doğru	Bilmiyorum	Çok kere Yanlış	Kesinlikle Yanlış
a. Başkalarından biraz daha kolay hastalandığımı düşünüyorum	1	2	3	4	5
b. Ben de tanıdığım herkes kadar sağlıklıyım	1	2	3	4	5
c. Sağlığımın kötü gideceğini sanıyorum	1	2	3	4	5
d. Sağlığım mükemmeldir	1	2	3	4	5

EK 9. BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ



BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ

Bu anket, şu anki durumunuzu açıklayabilecek olan çeşitli ifade gruplarından oluşmuştur. Tüm gruptaki ifadeleri dikkatlice okuyarak, geçen hafta ve bugün dahil olmak üzere nasıl hissettiğinizi en iyi şekilde açıklayan birini seçin. Seçtiğiniz seçeneği daire içine alın. Eğer her gruptaki ifadelerin birden fazlasının size eşit şekilde uyduğunu düşünüyorsanız her birini işaretleyin.

1. 0: Üzgün hissetmiyorum.

1: Üzgün hissediyorum.

2: Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım, bundan kurtulamıyorum.

3: O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.

2. 0: Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.

1: Gelecek hakkında karamsarım.

2: Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.

3: Gelecek hakkında umutsuz ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.

3. 0: Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.

1: Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.

2: Geçmişime baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.

3: Kendimi tümüyle başarısız bir kişi olarak görüyorum.

4. 0: Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.

1: Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum.

2: Artık hiçbir şeyden bana tam anlamıyla zevk vermiyor.

3: Herşeyden sıkılıyorum.

5. 0: Kendimi herhangi bir şekilde 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: Kendi kendimden pek memnun değilim.

2: Kendime çok kızıyorum.

3: Kendimden nefret ediyorum.

7. 0: Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.

1: Zayıf yanlarım ya da hatalarım için kendi kendimi eleştiririm.

2: Hatalarımdan dolayı her zaman kendimi kabahatli bulurum.

3: Her aksilik karşısında kendimi kabahatli bulurum.

8. 0: Kendimi öldürmek için düşüncelerim yok.

1: Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor fakat yapmıyorum.

2: Kendimi öldürmek isterdim.

3: Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.

9. 0: Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.

1: Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.

2: Çoğu zaman ağlıyorum.

3: Eskiden ağlayabilirdim.Şimdi istesem de ağlayamıyorum.

10. 0: Şimdi her zaman olduğumdan daha sinirli değilim.

1: Eskisine nazaran daha kolay kızıyor yada sinirleniyorum.

2: Şimdi hep sinirliyim.

3: Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.

11. 0: Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.

1: Başkaları ile eskisinden daha az konuşmak görüşmek, istiyorum.

2: Başkaları ile konuşma, görüşme isteğimi kaybettim:

3: Hiç kimseyle konuşmak, görüşmek istemiyorum.

12. 0: Eskiden olduğu kadar kolay karar verebiliyorum.

1: Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.

2: Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.

3: Artık hiç karar veremiyorum.

13. 0: Aynada kendime baktığımda bir değişiklik görmüyorum.

1: Daha yaşlanmışım ve çirkinleşmişim gibi geliyor.

2: Görüntüşümün çok değiştiğini ve daha çirkinleştiğimi hissediyorum.

3: Kendimi çok çirkin buluyorum.

14. 0: Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.

1: Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermek gerekiyor.

2: Her hangi bir şey yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.

3: Hiçbir şey yapamıyorum.

15. 0: Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.

1: Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.

2: Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.

3: Her zamankinden daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.

16. 0: Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.

1: Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.

2: Yaptığım her şey beni yoruyor.

3: Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.

17. 0: İştahım her zamanki gibi.

1: İştahım eskisi kadar iyi değil.

2: İştahım çok azaldı.

3: Artık hiç iştahım yok.

18. 0: Son zamanlarda kilo vermedim.

1: İki kilodan fazla kilo verdim.

2: Dört kilodan fazla kilo verdim.

3: Altı kilodan fazla kilo verdim.

Diyet yaparak kilo vermeye çalışıyorum. Evet _ Hayır _

19. 0: Sağlığımı beni fazla endişelendiriyor.

1: Ağrı, sancı, mide bozukluğu gibi rahatsızlıklar beni endişelendiriyor.

2: Sağlığımı beni endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zorlaşıyor.

3: Sağlığım hakkında o kadar endişeleniyorum ki başka hiçbir şey düşünmüyorum.

20. 0: Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme fark etmedim.

1: Cinsel konularla eskisinden daha az ilgiliyim.

2: Cinsel konularla şimdi çok daha az ilgiliyim.

3: Cinsel konularla olan ilgimi tamamen kaybettim.

21. 0: Bana cezalandırılmışım gibi gelmiyor.

1: Cezalandırılabilirim diye seziyorum.

2: Cezalandırılmayı bekliyorum.

3: Cezalandırıldığımı hissediyorum.

EK 10. PITTSBURGH UYKU KALİTESİ ANKETİ

PITTSBURGH UYKU KALİTESİ İNDEKSİ

İsim:

Yaş:

Tarih:

Açıklamalar:

Aşağıdaki sorular yalnızca geçen ayki mutad uyku alışkanlıklarınızla ilgilidir. Cevaplarınız geçen ay içindeki gün ve gecelerin çoğuna uyan en doğru karşılığı belirtmelidir. Lütfen tüm soruları cevaplandırınız.

1. Geçen ay geceleri genellikle ne zaman yattınız?.....
2. Geçen ay geceleri uykuya dalmanız genellikle ne kadar zaman (dakika olarak) aldı?.....
3. Geçen ay sabahları genellikle ne zaman kalktınız?.....
4. Geçen ay, geceleri kaç saat gerçekten uyudunuz?(bu süre yatakta geçirdiğiniz süreden farklı olabilir).....

Aşağıdaki soruların her biri için uygun cevabı seçiniz. Lütfen tüm soruları cevaplandırınız. Geçen ay aşağıdaki durumlarda belirtilen uyku problemlerini ne kadar sıklıkla yaşadınız?

5. 30 dakika içinde uykuya dalamadınız.

- | | |
|-------------------------|-------------------------------|
| 1. Geçen ay boyunca hiç | 3. Haftada bir veya iki kez |
| 2. Haftada birden az | 4. Haftada üç veya daha fazla |

6. Gece yarısı veya sabah erkenden uyandınız.

- | | |
|-------------------------|-------------------------------|
| 1. Geçen ay boyunca hiç | 3. Haftada bir veya iki kez |
| 2. Haftada birden az | 4. Haftada üç veya daha fazla |

7. Banyo yapmak üzere kalkmak zorunda kaldınız.

- | | |
|-------------------------|-------------------------------|
| 1. Geçen ay boyunca hiç | 3. Haftada bir veya iki kez |
| 2. Haftada birden az | 4. Haftada üç veya daha fazla |

8. Rahat bir şekilde nefes alıp veremediniz.

- | | |
|-------------------------|-------------------------------|
| 1. Geçen ay boyunca hiç | 3. Haftada bir veya iki kez |
| 2. Haftada birden az | 4. Haftada üç veya daha fazla |

9. Öksürdünüz veya gürültülü bir şekilde horladınız.

- | | |
|-------------------------|-------------------------------|
| 1. Geçen ay boyunca hiç | 3. Haftada bir veya iki kez |
| 2. Haftada birden az | 4. Haftada üç veya daha fazla |

10. Aşırı derecede üşüdünüz.

- | | |
|-------------------------|-------------------------------|
| 1. Geçen ay boyunca hiç | 3. Haftada bir veya iki kez |
| 2. Haftada birden az | 4. Haftada üç veya daha fazla |

11. Aşırı derecede sıcaklık hissettiniz.

- | | |
|-------------------------|-------------------------------|
| 1. Geçen ay boyunca hiç | 3. Haftada bir veya iki kez |
| 2. Haftada birden az | 4. Haftada üç veya daha fazla |

12. Kötü rüyalar gördünüz.

- | | |
|-------------------------|-------------------------------|
| 1. Geçen ay boyunca hiç | 3. Haftada bir veya iki kez |
| 2. Haftada birden az | 4. Haftada üç veya daha fazla |

13. Ağrı duydunuz.

- | | |
|-------------------------|-------------------------------|
| 1. Geçen ay boyunca hiç | 3. Haftada bir veya iki kez |
| 2. Haftada birden az | 4. Haftada üç veya daha fazla |

14. Diğer neden(ler). Lütfen belirtiniz.....

15. Geçen ay bu neden(ler)den dolayı ne kadar sıklıkla uyku problemi yaşadınız?

- | | |
|-------------------------|-------------------------------|
| 1. Geçen ay boyunca hiç | 3. Haftada bir veya iki kez |
| 2. Haftada birden az | 4. Haftada üç veya daha fazla |

16. Geçen ay uyku kalitenizi tümüyle nasıl değerlendirebilirsiniz?

1. Çok iyi 2. Oldukça iyi 3. Oldukça kötü 4. Çok kötü

17. Geçen ay, uyumanıza yardımcı olması için ne kadar sıklıkla uyku ilacı(reçeteli veya reçetesiz) aldınız?

- | | |
|-------------------------|-------------------------------|
| 1. Geçen ay boyunca hiç | 3. Haftada bir veya iki kez |
| 2. Haftada birden az | 4. Haftada üç veya daha fazla |

18. Geçen ay , araba sürerken, yemek yerken veya sosyal bir aktivite esnasında ne kadar sıklıkla uyanık kalmak için zorlandınız?

- | | |
|-------------------------|-------------------------------|
| 1. Geçen ay boyunca hiç | 3. Haftada bir veya iki kez |
| 2. Haftada birden az | 4. Haftada üç veya daha fazla |

19. Geçen ay , bu durum işlerinizi yeteri kadar istekle yapmanızda ne derecede problem oluşturdu?

- | | |
|---------------------------------------|--|
| 1. Hiç problem oluşturmadı | 3. Bir dereceye kadar problem oluşturdu. |
| 2. Yalnızca çok az problem oluşturdu. | 4. Çok büyük bir problem oluşturdu. |

11. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Neslişah	Soyadı	Gün
Doğum Yeri	Erzurum	Doğum Tarihi	25.05.1985
Uyruğu	Türk	Tc. Kimlik No.	16640004292
E-Mail	neslisahgun@gmail.com	Tel.	05320501290

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Lisans	Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü	2008
Lise	Yalova Şehit Osman Altinkuyu Anadolu Lisesi	2003

İş deneyimi

Görevi	Kurumu	Süre
Fizyoterapist	TC. Yalova Çınarcık Devlet Hastanesi	2015-
Fizyoterapist	Özel Gerçek Dünya Özel Eğt. ve Reh. Merk.	2011-2014
Fizyoterapist	Özel Aktif Fizik Tedavi Hastanesi	2010-2011

Yabancı dil	Okuma	Konuşma	Yazma
İngilizce	İyi	İyi	İyi

Yabancı dil sınav notu-ÜDS:	78.75
-----------------------------	-------

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı	82.5	84.7	74.3

Bilgisayar bilgisi	
MS Office	İyi düzeyde

Sertifikalar- kurslar

-Osteopati Eğitim Diploması: Institut Für Angewandte Osteopathie/ 2008-2014

-Kuru İğneleme –Dry Needling 1: AC-OMT and Dura Osteopathy Association/15-16.09.2011

-Üst Ekstremitte Ortopedik ve Sporcu Yaralanmaları Kursu: Osman Şahin/21-22.05.2012