

T.C.
Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanlığı

**MİGREN TEDAVİSİNDE İLAÇ,
AKUPUNKTUR VE HİPNOTERAPİ
TEDAVİSİNİN ETKİNLİĞİNİN
KARŞILAŞTIRILMASI**

Dr. Özlem ÖZER DİŞÇİ

UZMANLIK TEZİ

Danışman
Yrd. Doç. Dr. Kenan TAŞTAN

ERZURUM-2016

İÇİNDEKİLER

ONAY	v
TABLolar LİSTESİ.....	vi
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	vii
KISALTMALAR DİZİNİ	viii
TEŞEKKÜR	x
ÖZET.....	xi
ABSTRACT	xiv
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1. Ağrı.....	5
2.1.1. Ağrı Kavramının Tanımı.....	5
2.1.2. Ağrının Sınıflandırılması	6
2.1.3. Baş Ağrısı.....	7
2.1.3.1. Baş Ağrısı Kavramı	7
2.1.3.2. Baş Ağrılarının Tarihçesi.....	7
2.1.3.3. Baş Ağrılarının Sınıflandırılması.....	8
2.1.3.4. Baş Ağrısı ile Hekime Başvuru, Tanı ve Tedavi Epidemiyolojisi.....	10
2.2. Migren	11
2.2.1. Migren Baş Ağrılarının Sınıflandırılması	13
2.2.1.1. Aurasız Migren (Yaygın Migren, Hemikraniya Simpleks)	13
2.2.1.2. Auralı Migren (Klasik Migren, Oftalmik, Hemiparestezik, Hemiplejik ya da Afazik Migren).....	13
2.2.1.3. Özgün Auralı Migren.....	14
2.2.1.4. Özgün Auralı, Migrene Benzemeyen Baş Ağrısı	15
2.2.1.5. Baş Ağrısız Özgün Aura.....	15
2.2.1.6. AHM	15
2.2.1.7. Sporadik Hemiplejik Migren	16
2.2.1.8. Baziler-Tip Migren (Baziler Arter Migreni).....	17
2.2.1.9. Tekrarlayıcı Kusmalar	18
2.2.1.10. Abdominal Migren	18

2.2.1.11. Çocukluk Döneminin İyi Huylu, Ataklarla Giden Baş Dönmesi	19
2.2.1.12. Retinal Migren	19
2.2.1.13. Süregen Migren	20
2.2.1.14. Migren Statusu	20
2.2.1.15. İskemi Olmaksızın Dirençli Aura	20
2.2.1.16. Migrene Bağlı İnfarkt	20
2.2.1.17. Migrene Bağlı Epileptik Nöbet	21
2.2.1.18 Olası Migren (Migrenöz Bozukluk)	21
2.2.1.19. Olası Aurasız Migren	21
2.2.1.20. Olası Auralı Migren	21
2.2.2. Migrenin Patofizyolojisi	21
2.2.3. Migren Kliniği	23
2.2.3.1. Prodrom Dönemi	23
2.2.3.2. Aura Dönemi	24
2.2.3.3. Baş Ağrısı Dönemi	24
2.2.3.4. Postdrom Dönemi	25
2.2.4. Migren Tetikleyicileri	25
2.2.5. Migren Tanısı	27
2.2.6. Migren Tedavisi	27
2.2.6.1. Farmakolojik Tedaviler	27
2.2.6.2. Nonfarmakolojik Tedaviler	31
2.3. Akupunktur	31
2.3.1. Akupunktur Tarihçesi	35
2.3.2. Akupunkturun Temel Etki Mekanizmaları	38
2.3.3. Akupunktur ve Migren	40
2.4. Hipnoz ve Hipnoterapi	40
2.4.1. Hipnozun Tarihçesi	41
2.4.2. Hipnoz ve Migren	44
3. GEREÇ VE YÖNTEM	45
3.1. Araştırma Tasarımı	45
3.2. Ortam ve Evren	45
3.3. Örneklem Miktarı	45

3.4. Örneklem Seçimi	45
3.5. Etik Kurul ve İzinler	46
3.6. Araştırma Protokolü	46
3.7. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması	47
3.8. İstatistik Analiz	50
3.9. İlaç Tedavisi Uygulama Planı	50
3.10. Akupunktur Tedavi Uygulama Planı.....	51
3.11. Hipnoterapi Tedavi Uygulama Planı.....	51
4. BULGULAR	53
5. TARTIŞMA	59
6. SONUÇ.....	64
7. KAYNAKLAR	65
8. EKLER.....	72
EK-1. Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul İzni.....	72
EK-2. Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölüm Başkanlığı Bölüm Kurul Kararı	74
EK-3. Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Kürsü Kurulu Kararı.....	75
EK-4. Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi İlaç Dışı Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Nöroloji Anabilim Dalı Başkanı veya Eğitim Sorumlusu Bilgilendirme Belgesi .	76
EK-5. Araştırma Amaçlı Çalışma için Aydınlatılmış Onam Formu	77
EK-6. ATYAM Akupunktur Tedavisi için Aydınlatılmış Onam Formu	79
EK-7. ATYAM Hipnoterapi Tedavisi için Aydınlatılmış Onam Formu	80
EK-8. Akupunktur Tedavisi Muayene Formu.....	81
EK-9. Hipnoterapi Tedavisi Muayene Formu	83
EK-10. SF-36 Ölçeği.....	85
EK-11. VAS ölçeği	88
EK-12. MIDAS Ölçeği.....	89
EK-13. Tıp Diploması	91
EK-14. Akupunktur Tedavisi Uygulama Sertifikası	92
EK-15. Hipnoterapi Tedavisi Uygulama Sertifikası	Error! Bookmark not defined.

ONAY

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanlığı'nın 07.05.2014 tarih ve 47 no'lu toplantısına ait 1 no'lu kararının b maddesi ile **“Migren Tedavisinde İlaç, Akupunktur ve Hipnoterapi Tedavisinin Etkinliğinin Karşılaştırılması”** konulu tez konusunun araştırma görevlisi Dr. Özlem ÖZER tarafından çalışılması uygun görülmüştür. Çalışma Dâhili Tıp Bilimleri Bölüm Başkanlığı'na 09.09.2015 tarih ve 3 sayılı oturumunun 33 nolu kararı ile tez çalışması olarak kabul edilmiştir. Seçilen konu incelenmek üzere Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu Başkanlığı'na görüşülmüş ve 17.09.2015 tarih ve 143 sayılı yazısı ile 6 nolu toplantısının 12 nolu kararınca çalışma etik kurallara uygun görülmüştür.

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 1. Migren Tetikleyicileri	26
Tablo 2. Hafif Migren Atak Tedavisi	29
Tablo 3. Orta Şiddette Migren Atak Tedavisi	29
Tablo 4. 5HT Reseptör Agonistleri Non-Selektif Olanlar	29
Tablo 5. Kombine İlaçlar.....	29
Tablo 6. Ağır Ataklar	30
Tablo 7. 27 Ekim 2014 tarih, 29158 sayılı Resmi Gazete, Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği, Akupunktur	38
Tablo 8. 27 Ekim 2014 tarih, 29158 sayılı Resmi Gazete, Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği, Hipnoz	44
Tablo 9. Çalışma gruplarındaki hastalara ilişkin cinsiyet dağılımı	53
Tablo 10. Çalışma gruplarındaki hastalara ilişkin yaş dağılımı	53
Tablo 11. Zamandan bağımsız olarak her üç tedavi şekli grubunun SF-36 ölçek puan durumlarının karşılaştırılması	54
Tablo 12. Zamandan bağımsız olarak her üç tedavi şekli grubunun ‘ruhsal sağlık’ alt parametresi puan durumlarının karşılaştırılması	55
Tablo 13. Zamandan bağımsız olarak her üç tedavi şekli grubunun ‘ağrı’ alt parametresi puan durumlarının karşılaştırılması	56
Tablo 14. Zamandan bağımsız olarak her üç tedavi şekli grubunun MIDAS ölçeği puan durumlarının karşılaştırılması	57
Tablo 15. Zamandan bağımsız olarak her üç tedavi şekli grubunun VAS ölçeği puan durumlarının karşılaştırılması	58

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Her üç tedavi şekli grubunun SF-36 ölçek puan durumlarının karşılaştırılması	54
Şekil 2. Her üç tedavi şekli grubunun MIDAS ölçeği puan durumlarının karşılaştırılması	57

KISALTMALAR DİZİNİ

ATYAM	: Akupunktur ve Tamamlayıcı Tıp Yöntemleri Uygulama ve Araştırma Merkezi
SF-36	: Short Form-36 (Yaşam Kalitesi Ölçeği)
VAS	: Vizuel Analog Skala
MIDAS	: Migraine Disability Assessment (Migrene Bağlı Kayıp Değerlendirme Ölçeği)
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences
ANOVA	: Analysis of Variance
IASP	: International Association for the Study of Pain (Uluslararası Ağrı Araştırmaları Teşkilatı)
MÖ	: Milattan önce
UBD	: Uluslararası Baş Ağrısı Derneği
IHS	: International Headache Society
NSAİ	: Nonsteroid antiinflatuar
TAT	: Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi
MS	: Milattan sonra
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
WHO	: World Health Organization
UHS	: Uluslararası Hastalık Sınıflaması
ICD	: International Classification of Disease
AHM	: Ailesel Hemiplejik Migren
GTBA	: Gerilim Tipi Baş Ağrısı
ICHD	: International Classification of Headache Disorders
BOS	: Beyin Omurilik Sıvısı
GİS	: Gastrointestinal Sistem
EEG	: Elektroensefalogram
5-HT	: 5-Hidroksitriptofan
ASA	: Asetilsalisilik Asit
MG	: Miligram
PO	: Peroral

SC	: Subkutan
IM	: Intramuskuler
IV	: Intravenöz
DHE	: Dihidroergotamin
KG	: Kilogram
SL	: Sublingual
SSRI	: Selektif Serotonin Reuptake İnhibitörü
SNRI	: Selektif Noradrenalin Reuptake İnhibitörü
GÇT	: Geleneksel Çin Tıbbı
CAM	: Complementary and Alternative Medicine
TENS	: Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation
MSS	: Merkezi Sinir Sistemi
PAG	: Periaquduktal Gri Cevher
ACTH	: Adrenokortikotropik hormon
SF-20	: Short Form-20
UP	: Uyarılmış Potansiyel

TEŞEKKÜR

Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda bulunduğum süre içerisinde uzmanlık eğitimimde ve birçok konuda yanımda olan, mesleki tecrübelerini her koşulda benimle paylaşan, değerli bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım, öğrencisi olmaktan onur duyduğum hocalarım; Prof. Dr. Zekeriya AKTÜRK'e, Doç. Dr. Memet IŞIK'a, Doç. Dr. Turan SET'e, Doç. Dr. Ümit AVŞAR'a, Doç. Dr. Yasemin ÇAYIR'a, Yrd. Doç. Dr. Kenan TAŞTAN'a, Yrd. Doç. Dr. Coşkun ÖZTEKİN'e ve Yrd. Doç. Dr. Murat NAVRUZ' a ayrı ayrı teşekkürlerimi sunuyorum.

Aile Hekimliği uzmanlığı eğitimim süresince ve yaptığım tez çalışmalarım sırasında bana destek ve yön vererek değerli yardımlarda bulunan sayın hocam Yrd.Doç. Dr. Kenan TAŞTAN'a teşekkürü bir borç bilirim.

Tez çalışmalarımızın planlama aşamasında bizlere yol gösteren Nöroloji ABD başkanı Sayın Prof. Dr. Hızır Ulvi hocamıza teşekkür ediyorum.

Çalışma arkadaşlarım olarak birlikte aynı ortamı, güzellikleri ve sıkıntılarıyla paylaştığım tüm araştırma görevlisi arkadaşlarıma teşekkür ediyorum.

Her zaman yanımda olan ve hayattaki en değerli varlıklarım olan, kızları olmaktan büyük gurur duyduğum, önümde daima bir rehber olan kıymetli babam Yılmaz ÖZER'e ve fedakârlıklarla her zaman yanımda olan kıymetli annem Hatice ÖZER'e ve iyi ki var'olan canım kardeşim Görkem ÖZER'e ve kendimi şanslı hissettiren, varlığıyla yaşam enerjisi veren, bu serüvende benimle beraber olan, çalışmalarımın her aşamasında bana destek veren değerli eşim Murat DİŞÇİ' ye,

Sonsuz saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Özlem ÖZER DİŞÇİ

ÖZET

“Migren Tedavisinde İlaç, Akupunktur ve Hipnoterapi Tedavisinin Etkinliğinin Karşılaştırılması”

Amaç: Bu çalışmada, temel konvansiyonel tedavi modalitesi (ilaç tedavisi) ile tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlerinden akupunktur ve hipnoterapi tedavisinin migren tedavisindeki sonuçlarının karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Bu tez çalışması Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı ve Atatürk Üniversitesi Akupunktur ve Tamamlayıcı Tıp Yöntemleri Uygulama ve Araştırma Merkezi (ATYAM)’nde yapıldı. 01.09.2015 tarihi ile 01.02.2016 tarihleri arasında Nöroloji polikliniğine başvuran yeni ve/ veya eski tanıli migren tanısı alan 90 hasta çalışmaya dahil edildi. Bu 90 hasta rastgele üç gruba ayrıldı; 1. gruba (n=30) sadece ilaç tedavisi verildi, 2. gruba (n=30) mesai günlerinde gün aşırı olmak üzere haftada 3 günden toplam 10 seans akupunktur tedavisi uygulandı ve 3. gruba ise (n=30) ise mesai günlerinde haftada 2 seans olmak üzere toplam 10 seans hipnoterapi uygulandı. Tüm hastalar tedavinin başlangıcında yani 0.ay ve tedavi etkinliğini kontrol etmek üzere tedavinin bitiminden sonraki 1. ay ve 3. ay “Yaşam Kalitesi (SF 36) Formu”, “Vizüel Analog Skala (VAS)” ve “Migrene Bağlı Kayıp Değerlendirme Ölçeği- *Migraine Disability Assessment Scale* (MIDAS)” ile değerlendirildi (Ek 10,11 ve 12). Ve 3 çeşit tedavi modalitesinin migren tedavisindeki etkileri karşılaştırılmış oldu.

Çalışmamızda verilerimiz SPSS 22.0 ile analiz edildi. Tanımlayıcı istatistiklerde kategorik veriler için sayı ve yüzde; numerik veriler için ortalama ve standart sapma sunuldu. Numerik değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu histogram grafiği ile incelendi. Hipotez testleri olarak Ki-Kare, tek yönlü ANOVA ve tekrarlayan ANOVA testleri kullanıldı. İstatistiksel olarak önemlilik sınırı $p<0,05$ kabul edildi.

Bulgular: Çalışmamıza katılan 90 hastanın 26’sı (%28,9) erkek, 64’ü (%71,1) kadınlardan oluşmaktaydı. Çalışmamıza katılan hastaların yaş ortalaması $33,04\pm6,975$ yıl idi (minimum 21, maksimum 53).

Çalışmamızın ana çıktısı her 3 çalışma grubundaki hastalara tedavi öncesi-0.ay, tedavi bitim tarihine göre 1.ay ve 3.ay ölçümleri uygulanan SF-36, VAS ve MİDAS ölçeklerinin ortalama puanları arasındaki değişikliklerdi.

SF-36 ölçeği ve alt parametrelerinin ayrı ayrı değerlendirilmesine dair 0.ay puanlaması sonrası tedavi sonrası 1.ay ve 3. ay ölçümleri tedavi grupları arasında anlamlı bulundu ($p<0,05$). Tedavi tipinden bağımsız olarak ise 0.ay ile 1.ay ve 1.ay ile 3.ay arasında yine anlamlı fark bulundu. ($p<0,05$). Tedavi şekillerine göre karşılaştırmada akupunktur ile hipnoterapi tedavileri arası anlamlı fark bulunmayıp ($p>0,05$), akupunktur ve hipnoterapi tedavileri ile ayrı ayrı ilaç tedavisi karşılaştırıldığında anlamlı fark bulundu ($p<0,05$).

MİDAS ölçeğine dair 0.ay puanlaması sonrası tedavi sonrası tedavi grupları arasında 1.ay ölçümleri arasında anlamlı fark bulunmayıp ($p>0,05$), 1.ay ölçümleri ile 3.ay ölçümleri karşılaştırıldığında anlamlı bulundu ($p<0,05$). Tedavi tipinden bağımsız olarak 0.ay ile 1.ay ve 1.ay ile 3.ay arasında yine anlamlı fark bulundu ($p<0,05$). Tedavi şekillerine göre karşılaştırmada her üç tedavi şeklinin birbirleriyle karşılaştırılmasında ise anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$).

VAS ölçeğine dair 0.ay puanlaması sonrası tedavi sonrası 1.ay ve 3. ay ölçümleri tedavi grupları arasında anlamlı fark bulundu ($p<0,05$). Ve yine tedavi şeklinden bağımsız olarak 0.ay ile 1.ay ve 1.ay ile 3.ay arasında yine anlamlı fark bulundu ($p<0,05$). Tedavi şekillerine göre karşılaştırma da akupunktur ile hipnoterapi tedavileri arası anlamlı fark bulunmayıp ($p>0,05$), akupunktur ve hipnoterapi tedavileri ile ayrı ayrı ilaç tedavisi karşılaştırıldığında anlamlı fark bulundu ($p<0,05$).

Sonuç: Migren, ataklar halinde gelen ve kişinin yaşam kalitesini etkileyen sık görülen bir baş ağrısı tablosudur. Birçok faktör tarafından tetiklenen migren baş ağrısının gerek akut atak gerek profilaktik tedavisinde hem medikal tedavi hem tamamlayıcı tedaviler sıkça kullanılmaktadır. Çalışmamızda 3 ayrı grubumuza 3 ayrı tedavi modalitesi belirlenen reçetelerde uygulandı. Tedavi öncesi ve tedavi bitiminden sonra 1. ve 3. aylarda uyguladığımız her üç ölçek değerlendirmesinin sonuçlarına göre tamamlayıcı tedavi modalitelerinin ölçek puanları üzerinde olumlu

etkiler gösterdiği saptandı. Sonuçlar gösteriyor ki tamamlayıcı tedavi modaliteleri olan akupunktur ve hipnoterapi tedavilerinin migren tedavisinde birbirlerine üstünlükleri olmasa da medikal tedaviye olan üstünlükleri ile migren baş ağrısının hem akut atak hem profilaktik tedavisinde esas tedavi olarak kullanılmaları mümkündür.

Anahtar kelimeler: Migren, baş ağrısı, akupunktur, hipnoterapi, medikal tedavi.

ABSTRACT

Comparison of the efficacy of Acupuncture, Hypnotherapy and Pharmacotherapy in migraine treatment

Objective: In this study it was aimed to compare the basic conventional treatment modality (medication) and the results and place of acupuncture and hypnotherapy treatments which are complementary and alternative.

Method: The thesis study was conducted at Ataturk University Medical Faculty Family Medicine Department and Ataturk University Acupuncture and Complementary Medical Methods Research and Application Center. 90 patients who have applied to Neurology outpatient department between the dates of 01.09.2015 and 01.02.2016 with diagnosis of migraine new or older cases included in the study. These 90 patients were randomly allocated into three groups; 1st group (n=30) will be given only medication, 2nd group (n=30) will be administered acupuncture therapy totally 10 sessions for three times in a week as every other day on working days and 3rd group (n=30) will be administered hypnotherapy totally 10 sessions for two times in a week on working days. All patients will be evaluated with “Life Quality (SF 36) Forms”, “VAS-Visual Analog Scale” and “MIDAS-Migraine Disability Assessment Test”. Also the tests will be done again on 1st and 3rd months after finish of treatment to control the effectiveness of treatment and effects of three kinds of treatment modality on migraine treatment will be compared.

The data were analysed with SPSS 22.0. Number and percentages were submitted for categorical data and average and standard deviation were submitted for numeric data. Suitability of numeric variables to normal distribution was examined with histogram graphic. Chi-Square, one way ANOVA and recurrent ANOVA tests were used as hypothesis tests. Statistically materiality limit was accepted as $p < 0,05$.

Findings: 26 (%28,9) of 90 patients who participated in our study were male and 64 (%71,1) were female. The average age of the patients participated in our study was $33,04 \pm 6,975$ years. (minimum 21, maximum 53).

Main results of our study was variances between average scores of SF-36, VAS and MIDAS tests that were applied on 1st and 3rd months according to target date of treathment of patients in every three groups before treathment.

Regarding seperate evaluation of SF-36 scale and its sub-parameters, pretreatment scores and 1st and 3rd months measurements after treathment were found significant among treathment groups ($p < 0,05$) and there was a significant difference between 0th and 1st months and 1st and 3rd months independently of treathment types ($p < 0,05$). In the comparison according to treathment types a significant difference wasn't found between acupuncture and hypnotherapy ($p > 0,05$), but acupuncture and hypnotherapy treathments and separated medical treathment was compared and a significant difference was found ($p < 0,05$).

Regarding MIDAS scale, whereas there was not a significant difference between pretreatment scores and 1st month measurements of treathment groups after treathment ($p > 0,05$), when 1st month and 3rd month measurements were compared it was found significant ($p < 0,05$). Independently of treathment types, a significant difference was found again between 0th-1st months and 1st-3rd months ($p < 0,05$). But a significant difference wasn't found when three treathment types were compared in each other in the comparison according to the treathment types ($p > 0,05$).

Regarding VAS scale, pretreatment scores, 1st month and 3rd month measurements after treathment were found significant among treathment groups ($p < 0,05$), independently of treathment types, a significant difference was found again between 0th-1st months and 1st-3rd months ($p < 0,05$). When they were compared according to treathment types a significant difference wasn't found between acupuncture and hypnotherapy ($p > 0,05$), but acupuncture and hypnotherapy treathments and separated medical treathments were compared and a significant difference was found ($p < 0,05$).

Conclusion: Migraine is a frequent headache table that comes in attacks and influence life quality of people. Moth medical treathment and complementary treathments are used frequently in the treathment of acute attacks and prophylactic treathment of migraine headache that is stimulated by a lot of factors. In our study

we applied three different treatment modalities to three different groups in programmed recipes and it was determined that according the results of every three scale that applied on 1st and 3rd months after and before treatment, complementary treatment modalities affect positively the scale scores. The results show that though acupuncture and hypnotherapy treatments that are complementary treatment modalities don't have advantages on each other in the treatment of migraine, it is possible that with the advantages to medication they are used as the basic treatments in acute and prophylactic treatments of migraine headache.

Keywords: migraine, headache, acupuncture, hypnotherapy, medical treatment.

1. GİRİŞ

Baş ağrısı, genel hasta poliklinikleri ve nöroloji polikliniklerine başvuran hastaların en sık görülen şikâyetlerden biridir. Yaşamları boyunca insanların % 90'ından fazlası en az bir kez baş ağrısından etkilenir ve günlük aktivitelerinin olumsuz etkilenmesine neden olur. Tanıda, multisistemik bir yaklaşımla, baş ağrısının primer mi yoksa sekonder mi olduğunun saptanması temel esastır. Baş ağrılarının sınıflandırılması, bilimsel araştırmalarda ve klinik uygulamada sistematik yaklaşım olanağı verdiği için yararlıdır. Uluslararası Baş Ağrısı Derneği (UBD-International Headache Society- IHS)'nin 2013 yılında kabul ettiği sınıflandırmaya göre tüm baş ağrılarının yüzde 90'ını primer baş ağrısı yani migren ve gerilim tipi baş ağrıları oluşturur. Baş ağrılarını primer ve sekonder olarak 14 ana ve yüzlerce alt gruba ayırmaktadır (1,2).

Migren, otozomal dominant kalıtımla geçen, patofizyolojisi henüz tam açıklanamamış, doğrudan doğruya baş ağrısı tablosu ile ortaya çıkan, başka bir hastalıkla ilişkisi olmayan primer baş ağrılarından biridir. Migren başlangıcından önce vazokonstriksiyon ile birlikte bölgesel serebral kan akımında azalma daha sonra bunu vazodilatasyon ve kan akımında çoğalmanın izlediği bildirilmiştir. Buradaki epizodik vazokonstriksiyon ve vazodilatasyonda nörotransmitterlerin kritik öneme sahip olduğu bilinmektedir. Migren tipi baş ağrısında, genelde ağrı başın tek tarafındadır. Ağrı, zonklayıcı özellikte olup orta veya şiddetlidir. Beraberinde bulantı, kusma olabilir. Krizler (atak) halinde gelir. Ağrı 4 ila 72 saat sürer. % 10 oranında görülen auralı tipinde ağrı başlangıcında görme bozuklukları olur, şahıs sestten ve ışıktan etkilenir ve baş hareketleri ve fiziksel aktiviteyle ağrı artar. Migren, kronik, paroksizmal ve nörovasküler hastalık olup, herhangi bir yaş döneminde başlar ve ilerleyen yaşlarda sıklığı azalır (1,3).

Migren tedavisinde genel ilke, migren ile yaşamayı ve ataklardan korunmayı hastalara öğretmektir. Şiddetli ağrı çekmelerine karşın hastalara, aslında migrenin zararsız bir durum olduğu ve tehlikeli bir hastalık olmadığı belirtilmeli ve hastalar rahatlatılmalıdır. Yani migren tedavisi öncelikle ilaç dışı önleyici yöntem ve daha sonra ilaçlarla atak tedavisini içermektedir. Geçmişten günümüze gelen akut migren

atak tedavisinde kullanılan nonsteroid antiinflatuarlar (NSAI), antiemetikler, ergotamin türevleri, narkotik ilaçlar gibi birkaç ilaç grupları vardır. Yine son zamanlarda migren atağının erken döneminde kullanılmasıyla triptanlar migren tedavisine büyük katkı sağlamıştır. Deksametazon ve daha birçok ilacın migren tedavisinde kullanımıyla ilgili çalışmalar da vardır (1,3).

Migren tedavisinde Tamamlayıcı ve Alternatif tedavi (TAT) yöntemleri de kullanılmaktadır. Bu yöntemlerden Akupunktur ve Hipnoterapi metodu tüm dünyada giderek yaygınlaşmaktadır. Halk arasında çeşitli sebeplerden kaynaklanan ağrıların tedavisinde TAT yaygın olarak kullanılmaktadır. Ülkemizde insanlar arasında alternatif tedavilere ilk tedavi seçeneği olarak başvurma oranı %34 ile %77 arasında bildirilmiştir. Ve ağrı, tıbbi yardım isteyen hastalar arasında en yaygın durumlardan biridir (4).

Bunlardan; Akupunktur, konvansiyonel tıp profesyonellerince de en eski ve iyi bilinen alternatif tedavi yöntemlerinden biridir. Akupunktur tedavisinin felsefesi, bedenin hastalığa yol açan durumların üstesinden gelebilmesi için beden ve zihin fonksiyonlarının yeniden düzenlenmesi üzerine yoğunlaşır (5).

Akupunktur, sözcük anlamı olarak Latince acus (iğne) ve punctura (batırma) kelimelerinden oluşan, vücudun belli noktalarına özel ince iğneler batırarak gerçekleştirilen ve geleneksel Çin tıbbının bilgi birikiminden kaynak alan alternatif ve tamamlayıcı bir tedavi yöntemidir. Akupunkturda uygulama, deriye ve deri altındaki kas dokusuna yapılır ve uygulama sırasındaki her türlü uyarıdan deri ve deri altı kas dokusu etkilenir. Akupunktur noktalarının % 70-80 kadarı tetik noktaları ile aynıdır ve ayrıca birçoğunun kasların motor noktaları ile aynı olduğu belirlenmiştir. Akupunktur noktaları düşük elektriksel dirence sahiptir.

Akupunktur iğnesinin akupunktur noktasına batırılmasıyla bir seri olaylar birbirini takip etmektedir; başlayan uyarılar, medulla spinalis, beyin sapı ve merkezi sinir sisteminde kortekse kadar ulaşır ve mezensefalonda periakvaduktal gri cevher ve periventriküler bölgedeki nöronları uyarak ağrı kontrol sistemini harekete geçirir. Ağrı kontrol sisteminin uyarılmasıyla beyin dokusunda ve plazmada beta

endorfin, enkefalin, serotonin ve norepinefrin düzeylerinin yükselir ve bu etki ile ağrı sendromlu hastalıkların tedavisinde akupunktur uygulaması tedavi yöntemi olarak kullanılabilir (6-10).

Sağlık Bakanlığı tarafından 27 Ekim 2014 tarihinde Resmi Gazete'de yayımlanan yönetmeliği ile akupunktur; ağrı tedavisinde etkin kullanılan yöntemlerden biridir. Akupunktur yan etkisi minimal düzeyde olan güvenli bir tedavi seçeneğidir. Tedavi seçeneklerinin yetersiz kaldığı durumlarda ve/veya komplikasyonlarının fazla olması ve iş gücü kaybına neden olması nedeniyle cerrahi yöntemlerin tercih edilemediği durumlarda ciddi yan etkinin olmadığı akupunktur tedavisinin tercih edilmesi uygun olabilir (6-12).

Tedavi seçeneklerinin yetersiz kaldığı durumlarda ve/veya komplikasyonlarının fazla olması ve iş gücü kaybına neden olması nedeniyle cerrahi yöntemlerin tercih edilemediği durumlarda ciddi yan etkinin olmadığı akupunktur tedavisinin tercih edilmesi uygun olabilir (6-12).

Diğer tedavi yöntemimiz Hipnoz ise, insanların tedavi arayışları kadar eski bir ilimdir ve bilinçaltına verilen mesajlar bütünüdür. Hastanın, terapistin yardımıyla kendi tedavi sorumluluğunu alması esasına dayanan “Zihin-vücut etkileşimleri” başlığı altında incelenen, yüzyıllarla ifade edilen bir tarihe sahip “Beyinsel fonksiyonların çalıştığı, bireysel denetimin açık olduğu, uyku hali olmadan, istekle gerçekleşen psşik bir durum” oluşturan, yine akupunktur tedavisi gibi konvansiyonel tedavi seçeneklerinin yetersiz kaldığı durumlarda ve/veya komplikasyonlarının fazla olması halinde tercih edilmesi uygun olabilecek güvenli bir tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemidir (13-17).

Sağlık Bakanlığı tarafından 27 Ekim 2014 tarihinde yönetmeliği çıkarılan hipnoz da ağrı tedavisinde etkin kullanılan yöntemlerden biridir (18-21). Ülkemizde hipnozun migren tedavisinde kullanımıyla ilgili yeterli sayıda çalışma bulunmamaktadır. Bunun nedeni hipnoterapinin 27 Ekim 2014 tarihinden önce Sağlık Bakanlığı tarafından bir tedavi yöntemi olarak kabul edilmemesidir. Bununla birlikte 1950’ li yıllardan itibaren hipnoterapiyi tedavi yöntemi olarak benimseyen

lkelerde migren ve ağrı kontrolü ile ilgili çalışmalar yapılmış ve Dünya Sağlık rgt tarafından hipnoterapinin kullanım endikasyonları arasında migren de yer almıştır.

Migren tedavisinde genel ilke, migren ile yaşamayı ve ataklardan korunmayı hastalara öğretmektir. Yani ncelikli olan hastaların değiştirebileceği şeyler olan tetikleyen faktörlerin bilinmesi ve bunlardan uzaklaşılmasının sağlanmasıdır.

Bu çalışmanın amacı; temel konvansiyonel tedavi modalitesi (ilaç tedavisi) ile tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlerinden akupunktur ve hipnoterapi tedavisinin migren tedavisindeki sonuçlarının ve yerinin karşılaştırılmasıdır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Ağrı

2.1.1. Ağrı Kavramının Tanımı

Ağrı, International Association for the Study of Pain (IASP- Uluslararası Ağrı Araştırmaları Teşkilatı) tarafından “doku hasarı veya potansiyel doku hasarı ile birlikte olan ya da böyle bir hasar süresince tanımlanan duysal ve emosyonel deneyim” olarak tanımlanan, tüm dünyada ve ülkemizde oldukça yaygın ve giderek artan bir sağlık problemidir (22).

Ağrı, sadece bir kavramdır ve kişi tarafından ifade edilişinden tutun da kişinin yaşı, cinsiyeti, ağrıya sebebiyet veren durum varlığı ve ağrı davranışı gibi birçok faktörden etkilenmektedir (22).

Vücudun herhangi bir yerinden kaynaklanan, gerçek ya da olası bir doku hasarı ile birlikte bulunan, insanın geçmişteki deneyimleriyle ilgili, duysal, afektif, hoş olmayan bir duyudur. Olası bir hasara karşı vücudumuzu uyarmak için sinyal üreten sinir sisteminin hayati fonksiyonlarından biridir. (23,24).

Ağrı, ağrı olarak hissedilmeden önce birçok aşamadan geçmektedir. Önce zarar verici (noxious) bir uyarı, belli bir vücut bölgesindeki algılayıcı (reseptif) sinir uçlarını uyarır. Bu uyarı ile aksiyon potansiyeli doğması aşamasına transdüksiyon denir. Bu potansiyel, çeşitli aşamlardan geçerek merkezi sinir sistemi'ne (MSS) taşınır. Bu aşamaya da transmisyon denir. Transmisyon aşamalarından geçerek beyin korteksinin ilgili bölgelerine iletilen uyarı, en son değerlendirmeye tabi tutulur ve gnostik ayırım yapılacaktır. Bu aşamaya da persepsiyon (idrak) denir. Ve bu idrake uygun olarak da bir davranış sergilenecektir (24).

Ağrı yaşantısı karşısında yaşanan duygusal uyarılma ve rahatsızlık yani ağrı affektif, ağrı şiddeti, bir kişinin ağrı hissini duyduğu en hafif uyarı düzeyi olan ağrı eşiği, bir kişinin tahammül edebileceği âzamî ağrı derecesi olan ağrı toleransı, kişinin

anatomik olarak ağrı yollarının sağlam olup olmaması, ağrı duyulan esnadaki psikolojik durum hatta etnik köken dahi kişinin ağrı davranışını etkileyecektir (24).

2.1.2. Ağrının Sınıflandırılması

1. Nörofizyolojik mekanizmalara göre

- a. Nosisseptif
- b. Somatik
- c. Visseral
- d. Nöropatik (nonnositseptif)
 - * Santral
 - * Periferik
- e. Psikojenik

2. Süreye göre

- a. Akut
- b. Kronik

3. Etyolojik faktörlere göre

- a. Kanseri ağrısı
- b. Postherpetik nevralkji
- c. Orak hücreli anemiye bağlı ağrı
- d. Artrit ağrısı

4. Ağrı bölgesine göre

- a. Baş ağrısı
- b. Yüz ağrısı
- c. Bel ağrısı
- d. Pelvik ağrı (25)

2.1.3. Baş Ağrısı

2.1.3.1. Baş Ağrısı Kavramı

Baş ağrısı, her toplumda her çağda insanlık tarihinin en başta gelen sağık sorunlarından biri olmuştur. Gerek birinci basamak gerek nöroloji polikliniklerinde sık karşılaşılan bir sorundur ve toplumda herhangi bir nedenle baş ağrısı şikâyeti yaşama prevalansı %90'ın üzerindedir.

Baş ağrılı hastada ilk aşama, hastanın baş ağrısının primer veya sekonder baş ağrısı olup olmadığının ayrımının yapılmasıdır (26,27).

2.1.3.2. Baş Ağrılarının Tarihçesi

Baş ağrısı ile ilgili bilgiler milattan önce (MÖ) 7000 yılına dayanmakta olup yazılı kaynaklar MÖ 3000 yılına kadar uzanabilmektedir. Yayınlanmış en eski kaynak “hasta baş ağrısını” tanımlayan bir Sümer epik şiiridir. MÖ yaklaşık 1200'den kalma eski bir Mısır baş ağrısı reçetesi olan ve MÖ 2500'den kalma belgelere dayandığı söylenen Ebers papirüsü, migren, nevrâlji ve saplanıcı baş ağrısını tariflemektedir (28,29).

Yıllar boyunca tıp literatürü baş ağrısı tetikleyicilerini, rahatlatan faktörleri bileşenlerini tanımlamışlardır.

Hipokrat, baş ağrısının egzersizle veya cinsel ilişki ile tetiklenebileceğini, migrenin mideden başa yükselen gazlardan kaynaklandığını ve kusma ile baş ağrısının rahatlayabileceğini söylemiştir (28,29).

Klasik tanımlamaları ile Kapadokyalı Aretaeus'a (MÖ 2.yüzyıl) migren baş ağrısının keşfi atfedilir. Migren terimi de ilk kez Galen'in milattan sonra (MS) yaklaşık 200 yılda kullandığı Yunanca 'hemicrania' kelimesinden türetilmiştir (28,29).

2.1.3.3. Baş Ağrılarının Sınıflandırılması

Uluslararası Baş Ağrısı Derneği (UBD-International Headache Society-IHS), baş ağrısı tanısında bir standart oluşturmak ve klinik araştırmalara kolaylık sağlamak amacıyla ilk olarak 1988 yılında baş ağrılarını ayrıntılı şekilde sınıflamış olup en son 2004'te revize etmiştir. UBD kriterleri Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ-World Health Organization-WHO) tarafından kabul görmüş ve bu sistemin ana hatları Uluslararası Hastalık Sınıflaması (UHS- International Classification of Disease-ICD-10)'na da alınmıştır (28-30).

UBD sınıflamasına göre baş ağrıları, nörolojik temelli olan 'primer baş ağrıları' ve diğer durumlara bağlı olan 'sekonder baş ağrıları' olarak kategorize edilmektedir. Nevraljiler ve diğer baş ağrısı tipleri üçüncü bir grup olarak ayrıca sınıflandırılmaktadır (28-30).

İyi bir anamnez, fizik ve nörolojik muayene ve gereğinde ileri tetkikler ile yapısal gösterilebilir bir nedenin veya sistemik bir hastalığın veya geçirilmiş bir kafa travmasıyla ilişkili ağrının dışlanabildiği baş ağrıları primer baş ağrıları olarak kabul edilmektedir. Baş ağrılarının %90'ını oluşturmaktadır (28-30).

Genellikle genç erişkin yaşta başlayan ve tekrarlayıcı özellikte olan primer baş ağrıları, %90'ını migren baş ağrıları oluşturmak üzere 4 alt gruba ayrılmaktadır (28-30).

A. Primer Baş Ağrıları

1. Migren

1.1. Aurasız Migren

1.2. Auralı Migren

1.2.1. Özgün Auralı Migren

1.2.2. Özgün Auralı, Migrene Benzemeyen Baş ağrısı

1.2.3. Baş ağrısız Özgün Aura

1.2.4. Ailesel Hemiplejik Migren (AHM)

- 1.2.5. Sporadik Hemiplejik Migren
- 1.2.6. Baziler Migren
- 1.3. Migrenin Yaygın Öncülleri Olabilecek Çocukluk Çağının Periyodik Sendromları
 - 1.3.1. Tekrarlayıcı Kusma
 - 1.3.2. Abdominal Migren
 - 1.3.3. Çocukluk Çağının İyi Huylu, Ataklarla Giden Baş Dönmesi
- 1.4. Retinal migren
- 1.5. Migren komplikasyonları
 - 1.5.1. Süregen Migren
 - 1.5.2. Migren Statusu
 - 1.5.3. İskemi Olmaksızın Dirençli Aura
 - 1.5.4. Migrene Bağlı İnfarktlar
 - 1.5.5. Migrene Bağlı Epileptik Nöbetler
- 1.6. Olası migren
 - 1.6.1. Olası Aurasız Migren
 - 1.6.2. Olası Auralı Migren
 - 1.6.3. Olası Süregen Migren
- 2. GTBA (Gerilim Tipi Baş Ağrısı)
 - 2.1. Sık Olmayan Epizodik GTBA
 - 2.1.1. Perikraniyal Kasların Bozukluğu ile İlişkili Sık Olmayan Epizodik GTBA
 - 2.1.2. Perikraniyal Kasların Bozukluğu Olmaksızın Sık Olmayan Epizodik GTBA
 - 2.2. Sık Epizodik GTBA
 - 2.2.1. Perikraniyal Kasların Bozukluğu ile İlişkili Sık Epizodik GTBA
 - 2.2.2. Perikraniyal Kasların Bozukluğu Olmaksızın Sık Epizodik GTBA
 - 2.3. Süregen GTBA
 - 2.3.1. Perikraniyal Kasların Bozukluğu ile İlişkili Süregen GTBA
 - 2.3.2. Perikraniyal Kasların Bozukluğu Olmaksızın Süregen GTBA
 - 2.4. Olası GTBA
 - 2.4.1. Olası Sık Olmayan Epizodik GTBA

2.4.2. Olası Sık Olan Epizodik GTBA

2.4.3. Olası Süregen GTBA

3. Küme ve Diğer Trigeminal Otonomik Baş Ağrıları

4. Diğer Birincil Baş Ağrıları

B. Sekonder Baş Ağrıları

C. Kranial Nevraljiler, Santral ve Birincil Fasiyal Ağrı ve Diğer Baş Ağrıları

2.1.3.4. Baş Ağrısı ile Hekime Başvuru, Tanı ve Tedavi Epidemiyolojisi

Toplumda yalnızca erişkin nüfusta değil, çocukluk ve adölesan dönemde de yaygın bir problem olan ağrı, çocuklar 15 yaşına geldiklerinde nüfusun yaklaşık %75'inde şiddetli baş ağrısı olarak kendini göstermektedir (30,31).

Her gün yaklaşık 190.000 migren atağı yaşanmakta olduğu ve bu atakların yaklaşık 3/4'ünün iş göremezliğe yol açtığı tahmin edilmektedir. DSÖ'nün 2001 yılındaki raporuna göre, migren, kadın ve erkeklerde yetersizliğe yol açan hastalıklar sıralamasında 19. sırada yer almaktadır (30,31).

Türkiye'de ise 15-45 yaş arası kadınlarda yaşam boyu baş ağrısı gözlenme sıklığı %70.9 olarak belirtilirken; 9-17 yaş arası çocuk ve gençlerde bu oran %83.4 olarak verilmiştir. Migren gözlenme sıklığı ise yetişkinlerde %12.5–19.9 arasında; çocuk ve gençlerde ise %8.8-14.5 arasında değişmektedir. Türkiye'de yapılan diğer epidemiyolojik çalışmalar da benzer sonuçları vurgulamaktadır (30,31).

Türkiye Baş Ağrısı Epidemiyolojisi Çalışması'nda hastaların %38.9'u baş ağrısı şikayeti ile doktora başvurmuş ve sonuçta %54'ünde 'süreğen gerilim tipi'; %47.1'inde 'migren'; %26.8'inde 'epizodik gerilim tipi' baş ağrısı tanıları konulmuştur (30,31).

Baş ağrısı şikayeti ile doktora başvurma eğiliminin 30 yaş üstü, eğitim düzeyi düşük ve gelir düzeyi yüksek olanlarda daha fazla olduğu gösterilmiştir. Hastaların

%85.7'si baş ağrısı esnasında ağrı kesici kullanmakta olduğunu; %8.8'i ise her gün ağrı kesici kullandığını belirtmiştir. İlaç kullanımı açısından detaylı değerlendirme yapıldığında; baş ağrısı için kullanılan analjeziklerin %33.6'sının doktor önerisi ile; %32.7'sinin baş ağrısı olan başka kişilerin önerisi ile; %29,6'sının hastanın kendi seçimi ile; sadece %11,4'ünün eczacı önerisi ile kullandığı belirtilmiştir (30,31).

Türkiye'de 1998 yılında yapılan bir araştırmaya göre 15-55 yas grubunda baş ağrısı görülme sıklığı %16,4 olarak bulunmuştur. Bu oran kadınlar için %21,8, erkekler için %10,9'dur. Batı Avrupa'nın gelişmiş ülkelerinde baş ağrısı ve migren sık rastlanan hastalıklardandır. Bu hastalıklardan şikâyetçi gençlerin sayısının artması özellikle dikkat çekicidir (30,31).

Türkiye'de yapılan bir çalışmada, hastaların yaklaşık %9'u ilaç tedavisinin yanı sıra alternatif tedavi yöntemlerini de kullanmakta olduğunu belirtmekte ve bu yaklaşımlar sırasıyla; bitkisel ilaçlar (%33), fizik tedavi/düzenli masaj (%24), akupunktur (%18) ve rahatlama teknikleri (%14) olarak sıralanmaktadır (30,31).

2.2. Migren

Migren, özgün bir hastalık mı yoksa bir sendrom mu olduğu tartışmalı olan, sıklıkla tek taraflı ve zonklayıcı tarzda bir ağrı ile paroksizmal olarak orta ve şiddetli ataklarla gelen, rutin fiziksel aktivite ile tetiklenebilen, bulantı kusma ve/veya ışığa ve sese hassasiyet ile ilişkili, nörolojik ve otonomik semptomların eşlik ettiği, saatler veya günler sürebilen, bireyin yaşam kalitesini ve verimliliğini önemli ölçüde azaltan ve iş gücü kaybına yol açan nörovasküler bir bozukluktur (31,32).

Migren tanısı, anamnez ile konulur. Başka bir deyişle migren, laboratuvar incelemelerin, radyolojik tekniklerin ve ataklar arasında nörolojik muayenenin normal olduğu en sık görülen primer baş ağrılarından (31,32).

Migren baş ağrısının tek bir klinik formu yoktur. Klinik özellikleri ve eşlik eden semptomları kişiden kişiye değişebildiği gibi, aynı kişinin her bir atağında da farklılık gösterebilir (31,32).

Uluslararası baş ağrısı sınıflandırması [International Classification of Headache Disorders-ICHD-II]'na göre migren baş ağrılarının sınıflaması şöyledir; (31,32).

Migren (32,33)

1.1. Aurasız Migren

1.2. Auralı Migren

1.2.1. Özgün Auralı Migren

1.2.2. Özgün Auralı, Migrene Benzemeyen Baş ağrısı

1.2.3. Baş ağrısız Özgün Aura

1.2.4. Ailesel Hemiplejik Migren (AHM)

1.2.5. Sporadik Hemiplejik Migren

1.2.6. Baziler Migren

1.3. Migrenin Yaygın Öncülleri Olabilecek Çocukluk Çağının Periyodik Sendromları

1.3.1. Tekrarlayıcı Kusma

1.3.2. Abdominal Migren

1.3.3. Çocukluk Çağının İyi Huylu, Ataklarla Giden Baş Dönmesi

1.4. Retinal migren

1.5. Migren komplikasyonları

1.5.1. Süregen Migren

1.5.2. Migren Statusu

1.5.3. İskemi Olmaksızın Dirençli Aura

1.5.4. Migrene Bağlı İnfarktlar

1.5.5. Migrene Bağlı Epileptik Nöbetler

1.6. Olası migren

1.6.1. Olası Aurasız Migren

1.6.2. Olası Auralı Migren

1.6.3. Olası Süregen Migren

2.2.1. Migren Baş Ağrılarının Sınıflandırılması

2.2.1.1. Aurasız Migren (Yaygın Migren, Hemikraniya Simpleks)

Ataklar şeklinde ortaya çıkan, 4-72 saat süren, genellikle tek taraflı, zonklayıcı, orta veya şiddetli, günlük bedensel hareketlerle artış gösteren, fotofobi, fonofobi, bulantı ve kusmanın eşlik ettiği tekrarlayıcı bir baş ağrısı hastalığıdır.

A. B-D kriterlerine uyan en az 5 atak varlığı

B. 4-72 saat süren baş ağrısı atakları (tedavi edilmiş olsun ya da olmasın)

C. Baş ağrısı atakları aşağıdaki özelliklerden en az ikisini taşımalıdır:

1. Tek taraflı
2. Zonklayıcı özellikte
3. Orta ya da ağır şiddetli
4. Günlük bedensel hareketlerle şiddetlenme (yürümek, merdiven çıkmak gibi)

D. Baş ağrısı sırasında aşağıdakilerden en az birisi bulunmalıdır:

1. Bulantı ve /veya kusma
2. Fotofobi ve fonofobi

E. Başka bir organik hastalık işareti olmamalı (32,33).

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

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

A. B kriterlerini dolduran en az 2 atak olmalı

B. Aşağıdaki 4 özellikten en az 3 tanesi olmalı:

1. Bir ya da daha fazla sayıda, tümüyle geri dönüşümlü ve fokal serebral kortikal ve/veya beyin sapı fonksiyon bozukluğuna işaret eden aura belirtilerinin olması
 2. Dört dakikadan daha uzun sürede yavaş yavaş gelişen en az 1 aura belirtisi ya da 2 veya daha fazla sayıda birbiri ardışına gelişen belirtiler
 3. Aura belirtileri 60 dakikadan uzun sürmemeli
 4. Baş ağrısı, aurayı takiben 60 dakika içinde gelişmeli (baş ağrısı aura olmadan önce veya aura ile birlikte başlamış olabilir)
- C. Organik hastalık işareti olmamalı (32,33).

2.2.1.3. Özgün Auralı Migren

Özgün aura, görsel ve/veya duysal ve/veya konuşma ile ilgili belirtilerden oluşur.

- A. B-D kriterlerini tamamen dolduran en az 2 atak olmalı
- B. Kasgücü kaybı olmaksızın aura aşağıdaki özelliklerden en az birisini taşımali:
 1. Tamamen geri dönüşümlü pozitif (ışık titremeleri, noktalar/çizgiler) ve/veya negatif (görme kaybı) özellikleri içeren görsel belirtiler
 2. Tamamen geri dönüşümlü pozitif (iğnelenme/karınçalanma hissi) ve/veya negatif (uyuşukluk) özellikleri içeren duysal belirtiler
 3. Tamamen geri dönüşümlü disfazik konuşma bozukluğu
- C. Aşağıdakilerden en az 2 tanesi olmalı:
 1. Homonim görsel belirtiler ve/veya tek yanlı duysal belirtiler
 2. Beş dakika veya daha fazla sürede gelişen en az bir aura belirtisi ve/veya daha fazla sürede ard arda gelişen farklı aura belirtileri
 3. Her belirti 5-60 dakika sürmeli
- D. Aura sırasında veya aurayı izleyen 60 dakika içinde aurasız migren için olan tüm B-D kriterlerini taşıyan baş ağrısı
- E. Başka bir organik hastalık işareti olmamalı(32,33).

2.2.1.4. Özgün Auralı, Migrene Benzemeyen Baş Ağrısı

Özgün aura, görsel ve/veya duyuşal ve/veya konuşma ile ilgili belirtilerden oluşur. Baş ağrısı aurasız migren tanı kriterlerini taşımaz.

A. B-D kriterlerini tamamen dolduran en az 2 atak olmalı

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

1. Tamamen geri dönüşümlü pozitif (ışık titremeleri, noktalar/çizgiler) ve/veya negatif (görme kaybı) özellikleri içeren görsel belirtiler
2. Tamamen geri dönüşümlü pozitif (iğnelenme/karıncalanma hissi) ve/veya negatif (uyuşukluk) özellikleri içeren duyuşal belirtiler
3. Tamamen geri dönüşümlü disfazik konuşma bozukluğu

C. Aşağıdakilerden en az 2 tanesi olmalı:

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

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

E. Başka bir organik hastalık işareti olmamalı (32,33).

2.2.1.5. Baş Ağrısız Özgün Aura

Burada baş ağrısı hiç gelişmez ya da auradan sonra 60 dakika içinde başlamaz. 40 yaşından sonra, negatif görsel belirtiler, çok uzun veya çok kısa sürüyorsa önce diğer nedenleri araştırmak gereklidir (32,33).

2.2.1.6. AHM

Kas gücü kaybı şeklinde aurası olan migren baş ağrısıdır. En az bir tane birinci veya ikinci derece yakınlarında motor güçsüzlük şeklinde aurası olan migren

baş ağrısının bulunması bu tanıyı düşündürmelidir. AHM'de ataklarda bilinç bozukluğu, konfüzyon, ateş, beyin omurilik sıvısında (BOS) pleositoz bulunabilir. Hafif bir kafa travmasıyla tetiklenebilir. %50'sinde süregen ilerleyici serebellar ataksi migren ataklarından bağımsız olarak görülebilir. AHM sıklıkla baziler tipte belirti verir.

A. B-C' yi karşılayan en az 2 atak

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

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

C. Aşağıdakilerden en az 2'si:

1. En az bir aura belirtisinin 5 dakika veya daha uzun sürede gelişmesi ve/veya farklı aura belirtilerinin 5 dakika veya daha uzun sürede gelişmesi
2. Her bir aura belirtisi 5 dakikadan 24 saate kadar sonlanır
3. Aurasız migren kriterlerini karşılayan baş ağrısının aura sırasında veya auradan sonraki 60 dakika içinde başlaması

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

E. Başka bir hastalıkla ilişkili olmaması (32,33).

2.2.1.7. Sporadik Hemiplejik Migren

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

A. B-C' yi karşılayan en az 2 atak

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

1. Tamamen geri dönüşümlü pozitif (ışık titremeleri, noktalar/çizgiler) ve/veya negatif (görme kaybı) özellikleri içeren görsel belirtiler

2. Tamamen geri dönüşümlü pozitif (iğnelenme/karınçalanma hissi) ve/veya negatif (uyuşukluk) özellikleri içeren duyuşal belirtiler
3. Tamamen geri dönüşümlü disfazik konuşma bozukluğu

C. Aşğıdakilerden en az 2'si:

1. Beş dakika veya daha fazla sürede gelişen en az bir aura belirtisi ve/veya 5 dakika veya daha fazla sürede ard arda gelişen farklı aura belirtileri
2. Her belirti 5 dakikadan uzun, 24 saatten kısa sürmeli
3. Aura sırasında veya aurayı izleyen 60 dakika içinde aurasız migren için olan tüm B-D kriterlerini taşıyan baş ağrısı

D. Birinci ya da ikinci derece akrabalarda A-E kriterlerinin tamamını taşıyan ataklar olmamalı

E. Başka bir organik hastalık işareti olmamalı (32,33).

2.2.1.8. Baziler-Tip Migren (Baziler Arter Migreni)

Baziler migren diyebilmek için, motor zaaf olmaksızın her iki oksipital hemisferden ve/veya beyin sapından kaynaklanan aura belirtilerini (dizatri, vertigo, tinnitus, isitme kaybı, diplopi, her iki gözde temporal ve nazal görme alanlarını içeren görsel belirtiler, ataksi, bilinç düzeyinde bozulma, eş zamanlı iki yanlı paresteziler) içeren migren atağı olmalıdır.

A. B-D' yi karşılayan en az 2 atak

B. Kaşgücü kaybı olmaksızın aura aşğıdaki tamamen geri dönüşümlü belirtilerin en az 2 tanesini içermeli:

1. Dizatri
2. Vertigo
3. Tinnitus
4. İşitme kaybı
5. Diplopi
6. Her iki gözde temporal ve nazal görme alanlarını içeren belirtiler
7. Ataksi

8. Bilinç düzeyinde bozulma
9. Eş zamanlı iki yanlı pareteziler

C. Aşağıdakilerden en az bir tanesi olmalı:

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

D. Başka bir organik hastalık işareti olmamalı (32,33).

2.2.1.9. Tekrarlayıcı Kusmalar

Tekrarlayan bulantı ve kusma atakları vardır. Bu ataklar birbirinin aynısıdır. Atak sırasında halsizlik ve yorgunluk vardır. Ataklar arasında çocuk normaldir. Tespit edilebilen herhangi bir gastrointestinal sistem (GIS) hastalığı yoktur.

- A. B ve D'ye uyan en az 5 atak
- B. Tekrarlayan ataklar, yoğun bulantı ve kusma 1 saat-5 gün devam eder.
- C. Ataklardaki kusma en az saatte 4 kez olur ve 1 saat sürer.
- D. Ataksız dönemde normaldir.
- E. Başka bir hastalığa bağlı değildir (32,33).

2.2.1.10. Abdominal Migren

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

- A. B-D'yi karşılayan en az 5 atak olmalı,
- B. 1-72 saat süren karın ağrısı
- C. Karın ağrısı aşağıdaki özelliklerden tümünü karşılamalı:
 1. Orta hatta göbek etrafında yerleşim,
 2. Künt vasıflı,

3. Orta-ağır şiddetli.

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

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

E. Başka bir hastalığa bağlı değildir (32,33).

2.2.1.11. Çocukluk Döneminin İyi Huylu, Ataklarla Giden Baş Dönmesi

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

- A. B-D'yi karşılayan en az 5 atak
- B. Dakikalar veya saatler içinde kendiliğinden geçen çoklu ağır baş dönmesi atakları
- C. Nörolojik muayene, odiyometrik testler ve vestibüler fonksiyonlar ataklar arasında normaldir.
- D. Elektroensefalogram (EEG) normaldir.
- E. Başka bir hastalığa bağlı değildir (32,33).

2.2.1.12. Retinal Migren

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

- A. B-D'yi karşılayan en az iki atak
- B. Atak sırasında tamamen geri dönüşümlü olan monooküler görsel olayların (sintilasyonlar, skotomlar, körlük vb.) olması (muayene veya hastanın atak sırasında mevcut durumu çizmesi ile doğrulanan),

- C. Aurasız migren kriterlerini karşılayan baş ağrısının aura sırasında ya da 60 dakika içinde başlaması,
- D. Normal oftalmolojik muayene,
- E. Başka bir hastalığa bağlı değildir (32,33).

2.2.1.13. Süregen Migren

İlaç aşırı kullanımının bulunmadığı, ayda 15 ya da daha fazla gün olan, toplam 3 aydan fazla olan migren baş ağrısıdır. Son 3 ay için ayda 15 gün ve daha fazla süre için aurasız migren kriterlerinden C ve D'nin karşılanması, başka bir hastalığa bağlı olmaması tanı kriterleridir (32,33).

2.2.1.14. Migren Statusu

72 saatten uzun süren ve işten düşüren migren atağının olması

- A. Hastadaki mevcut baş ağrısı atağı aurasız migren kriterlerini süre haricinde karşılar.
- B. Baş ağrısında aşağıdakilerden ikisinin olması:

1. 72 saatten uzun sürmesi

2. Ağır şiddette olması

- C. Başka bir hastalığa bağlı değildir (32,33).

2.2.1.15. İskemi Olmaksızın Dirençli Aura

1 haftadan uzun süren aura belirtileri vardır (32,33).

2.2.1.16. Migrene Bağlı İnfarkt

Bir ya da daha fazla migren aurası iskemik beyin lezyonu ile ilişkilidir. Görüntülemeye ilgili bölgede infarkt alanı tespit edilir. 60 dakikanın üzerinde seyreden auralı tek atak dışında tüm ağrıları auralı migrene uyar (32,33).

2.2.1.17. Migrene Bağlı Epileptik Nöbet

Migren aurası tarafından tetiklenen nöbettir. Burada migren aurası sırasında ya da sonrasındaki 1 saat içinde nöbet vardır (32,33).

2.2.1.18 Olası Migren (Migrenöz Bozukluk)

Baş ağrısı ve/veya atağı migren tanı kriterlerinden biri dışında diğerlerini karşılıyorsa olası migren adı verilir (32,33).

2.2.1.19. Olası Aurasız Migren

- A. Aurasız migren için A-D tanı kriterlerinin biri dışında tümünü karşılayan ataklar
- B. Başka bir organik bozuklukla ilişkili olmamalı (32,33).

2.2.1.20. Olası Auralı Migren

- C. Auralı migren veya onun herhangi bir alt formu için A-D tanı kriterlerinin biri dışında tümünü karşılayan ataklar
- D. Başka bir organik bozuklukla ilişkili olmamalı (32,33).

2.2.2. Migrenin Patofizyolojisi

17. yüzyıl 'da Willis, migrenin vasküler kökenli olabileceğini savunmuşsa da nörojenik teorileri tümünden dışlayamamıştır (32-35).

Günümüzde migrenin nörojenik kökenli olduğu, atakların ortaya çıkışının beynin aşırı duyarlılığı (kortikal hipereksitabilite) veya başka bir deyişle uyarılma eşliğinde düşme ile ilişkili olabileceği ve olasılıkla beyin sapındaki bazı yapıların atak sürecini başlattığı öne sürülmektedir.

Migren atağını başlatan olaylar büyük olasılıkla santral orjinli olup, ağrı ve eşlik eden otonomik bozukluklar ise vasküler kaynaklıdır. Bu bağlamda migren

patogenezini açıklamaya çalışan vasküler teori, hipoksik teori ve nöronal teori gibi çeşitli teoriler öne sürülmüştür

Migren ataklarında serotonin'in rolünden de söz edilmektedir. Ön maddesi 'Tryptophan' olan Serotonin'in kan dolasında azalması kafa derisi arterlerinde genişlemeye daha küçük arterlerde de rölâtif daralmaya ve sonuç olarak da ekstrakraniyal arterlerde distansiyona neden olmaktadır. Migren krizinde 5-HT'nin üriner metabolit olarak 5-hidroksi-indolasetik asitin atılımında belirgin bir artış gözlemlenmiştir.

Migren patogenezinde temel iki mekanizma vardır: vazojenik ve nörojenik mekanizmalar (32-35).

Migrende vasküler teorinin öncüsü Harold G. Wolff, aura semptomlarının serebral vazokonstriksiyon, baş ağrısının ise serebral vazodilatasyon nedeniyle olduğunu ileri sürmüştür (32-35).

Migrenin patogenezine ilişkin bugüne dek çok sayıda teori ortaya atılmış olup ağrının nasıl ve hangi beyin bölgesinden başladığı ve migrenin farklı evrelerinde hangi bölgelerin aktive olduğu tam olarak açıklanamamıştır.

Nörojenik inflamasyon teorisi: Başın duyu ve ağrısını taşıyan trigeminal sinirin oftalmik dalı başta olmak üzere periferik uçlarındaki duyarlılaşma sonucu trigeminovasküler sistem aktivasyonu ve meninkslerde oluşan nörojenik inflamasyonun migren patofizyolojisinde rol oynadığı söylenmektedir.

Nörovasküler teori: Migren baş ağrısının esasını, trigeminal vasküler sistemin aktivasyonunun teşkil ettiğini öne sürmektedir.

Migrenin soya çekim özelliği olduğunu ilk kez gösteren 1970'de Tissot'tur. Günümüzde bilinen şekliyle migren, multifaktöriyel kalıtılan, genetik yatkınlığı olan kişilerde çevresel faktörlerin tetiklemesi sonucu ortaya çıkan, fiziksel, psikolojik ya da biyolojik stres ile duyarlılığı artmış kişilerde eşğin düşmesi ile beyin sapı

mekanizmalarının aktive olması ile ağrı ve atağın ortaya çıkışı ile gelen bir tablodur (32-35).

2.2.3. Migren Kliniği

Migren, en çok rastlanan kronik ve tekrarlayan baş ağrısı kliniğidir. Migren en fazla çocukluk dönemi sonlarında, pubertede ve yetişkin dönemin başlarında görülen daha sonra yaşla birlikte görülme sıklığı azalan bir tablodur.

Sıklıkla tek taraflı, zonklayıcı özellikte, nörolojik ve otonomik semptomların eşlik edebildiği, genellikle ışık ve sestten etkilenilen ataklarla seyreden, atakların ilaçsız 4 ila 72 saat kadar sürebildiği, fiziksel eylemlerin ağrıya artışa sebep olabildiği, bulantı ve/veya kusmanın ağrıya eşlik edebildiği, kişiden kişiye farklılık gösteren, aynı kişide dahi tek bir klinik formda olmayan, ataklar arasında semptomsuz dönemleri olan bir baş ağrısı sendromudur.

Migren, klinik olarak sadece baş ağrısından oluşmamaktadır. Baş ağrısı öncesi ve sonrasında birçok değişik belirti ve bulgu görülebilmekte olup, zaman zaman bu dönemler baş ağrısı döneminden daha uzun sürmektedir.

Migren kliniği, prodrom, aura, baş ağrısı ve postdrom olmak üzere 4 ayrı evreden oluşmaktadır (34-37).

2.2.3.1. Prodrom Dönemi

Kişiyeye özgü karakteristik baş ağrısı öncü semptomlarının görüldüğü dönemdir. Birkaç saatten birkaç güne kadar uzayabilir. Çeşitli eksitator ve inhibitör özellikte öncül belirtiler görülebilmekte olup en sık görülenleri; yorgunluk/bitkinlik hissi (%72), konsantrasyon güçlüğü (%51) ve ense sertliği (%50) 'dir (35-38).

2.2.3.2. Aura Dönemi

Genellikle baş ağrısından 1 saat önce başlayan, çeşitli sistemleri etkileyebilen fokal nörolojik belirtilerin olduğu dönemdir. Görsel, duyuşsal, motor, lisan, delüzyonlar ve bilinç değışiklikleri görülebilmektedir.

En sık görülen auralar sıklıkla parlak şerit halinde ışıkların görüldüğü görsel auralardır. İkinci sıklıkta görülen auralar, sıklıkla görsel auralara eşlik eden uyuşma, hissizlik gibi negatif belirtilerle gelen duyuşsal auralardır (35-38).

2.2.3.3. Baş Ağrısı Dönemi

Migren atağının en belirgin, hastayı en fazla rahatsız eden ve günlük aktivitelerini en çok etkileyen dönemidir.

Migrenin tipik baş ağrısı genellikle tek taraflı, zonklayıcı, orta-ağır şiddette, öksürük, nefes tutma, her türlü baş hareketi ve fiziksel aktivite ile şiddetlenen, ağrının şekli, şiddeti, süresi, eşlik eden bulguları kişiden kişiye ve aynı kişinin de atağından atağına değışiklik gösteren bir ağrıdır ve sıklıkla ışığa (fotofobi), sese (fonofobi) ve bazen de kokuya (osmofobi) artmış duyarlılık vardır. Bulantı ve/veya kusma ağrıya eşlik edebilir. Ağrı genellikle ilaçsız 4 saat ila 72 saate kadar devam edebilmektedir. Ağrı, en yoğun olarak frontotemporal bölgede ve oküler bölgede görülmektedir. Zaman içerisinde ağrı tek taraflı kalabileceğı gibi, %40 iki taraflı olarak da devam edebilmektedir.

Rezölüsyon dönemi, ağrıyı takip eden dönemde ağrı sonrası saatler, günler sürebilen, kişide yorgunluk, bitkinlik zaman zaman da öfori ile gelebilen dönemdir. Migren atağı sırasında baş ağrısının neden olduğu yetersizlikler saptanırken hastaların hala günlük işlevlerine tam olarak dönemediğı bu dönem de göz önünde bulundurulmalıdır (35-38).

2.2.3.4. Postdrom Dönemi

Postdrom dönemde istahsızlık giderek yerini acıkma hissine bırakmakta, bazılarında tatlı yeme isteği belirlemekte, kişi sık idrara çıkma gereği duymaktadır.

Kişi kendini yorgun, tükenmiş, huzursuz ve kayıtsız hissedebilir, konsantrasyon güçlüğü ve kafa derisinde hassasiyet, duygu durum değişiklikleri olabilir. Bazı migrenliler ataktan sonra kendilerini asırı derecede iyi hissedebilir, yenilenmişlik hissi, öforik olabilir, bazıları ise kendisini depresif ve hasta gibi hissedebilir (35-38).

2.2.4. Migren Tetikleyicileri

Migrenli hastalarda migren ataklarını tetikleyici faktörlerin aurasız migrende %90, auralı migrende %60 oranında olduğu kaydedilmektedir.

Baş ağrısında tetikleyici bir faktörün olması onu, organik bir baş ağrısından uzaklaştırır. Tetikleyici etkenler arasında en sık olarak psikolojik etkenlerden bahsedilmektedir.

Bunun dışında hormonal, diyetle ilişkili, fiziksel-çevresel, uyku bozuklukları ile ilgili durumlar ve ilaçlar gibi pek çok tetikleyici faktörden bahsedildiği gösterilmiştir. (Tablo1)

Migrenli kadınların %50' sinden fazlasında baş ağrısı atağı ile adet dönemi arasında bir ilişkinin olduğu bildirilmektedir. Menstruasyon ile migren atağının çıkışı arasındaki ilişkinin östrojen düzeyindeki düşme ile ilgili olduğu kabul edilmektedir. Hamilelikte ilk üç ay içinde atakların ortaya çıkabilmesi veya artmasına karşın ikinci ve üçüncü trimestirlarda ağrı ataklarında seyrelme ve hafifleme olmaktadır. Doğum sonucu östrojen düzeyindeki ani düşme ile atakların geri dönüşü de ilişkili kabul edilmektedir. Benzer şekilde doğum kontrol hapı kullanan kadınların birçoğu, migrenlerinin ağırlaştığını fark etmişlerdir (35-38).

Tablo 1. Migren Tetikleyicileri (32)

Hormonal	Menarş Menstruasyon Ovulasyon Gebelik Doğum Doğum kontrol ilaçları Menopoz Östrojen replasman tedavisi
Diyetle ilişkili	Nitrit yüklü besinler Turunçgiller Alkol Monosodyum glutamat, Aspartam Eskitilmiş peynir Öğünlerin atlanması ya da geciktirilmesi Çikolata
Psikolojik	Sıkıntı, üzüntü gibi psikolojik etkenler ve sonrası dönemler Depresyon Coşku ya da beklenti
Fiziksel-Çevresel	Parlak ışıklar Kokular İklim değişiklikleri Basınç değişiklikleri Yüksek rakım
İlaçlar	Nitrogliserin Histamin Rezerpin Hidralazin Ranitidin Östrojen
Uyku	Uykusuzluk ya da aşırı uyuma
Diğerleri	Kafa travması Ağır hareket, egzersiz Yorgunluk

2.2.5. Migren Tanısı

Migren tanısı baş ağrısı özelliklerinin ve ilişkili diğer belirtilerin retrospektif olarak ifadenmesidir.

Tanısı anamnez ile konulur. Laboratuvar incelemeler, radyolojik görüntüleme ve ataklar arasında nörolojik muayene normaldir. Muayene ve gerektiğinde yardımcı incelemeler başka bir hastalığı dışlamak için yapılır (37,38).

2.2.6. Migren Tedavisi

Migren tedavisinde temel ilke, migren baş ağrısı ile yaşamayı ve ataklardan korunmayı hastalara öğretmektir. Migren atak sıklığını, süresini, ağrı şiddetini azaltmak, migrenden kaynaklanan kayıpları azaltmak, yaşam kalitesini arttırmak, ilaç kullanımını azaltmak, kısaca migren ile yaşamayı öğrenmek önemlidir.

Tedavi seçenekleri, migrene eşlik eden eş zamanlı patolojiler ve komorbid hastalıklar gözönünde bulundurularak hastaya özgü olmalıdır.

Temel olarak migren tedavisi, farmakolojik ve nonfarmakolojik olmak üzere iki tedavi yaklaşımından oluşur (32,35,36,37,38,39).

2.2.6.1. Farmakolojik Tedaviler

Farmakolojik tedavi, migren akut atak tedavisi ve profilaktik tedavi olarak iki aşamada gerçekleştirilir. Erken dönemde ilk sıra atak tedavisidir. Atak tedavisinde öncelikle olarak migrene spesifik olmayan tedaviler kullanılır.

Ağrı tedavisinde ilk basamak olarak, aspirin ve parasetamol gibi ağrı kesiciler verilmelidir. Özellikle çocuklar ve gebelerde ilk tercih parasetamol olmalıdır.

Bu ilaçlara yeterli yanıt alınamadığında non-steroid antiinflamatuar ilaçlardan biri tercih edilebilir (ibuprofen, naproksen sodyum, diklofenak sodyum, diklofenak potasyum vb).

Bu tedaviler, birçok çalışmada plasebodan daha üstün bulunmuştur ve akut atak tedavisinde yüksek doz kullanılırlar.

Hastalarında birçoğunda ağrıya eşlik eden bulantı ve kusma şikâyetleri mevcuttur ve migren atağının tek tedavisi bu nedenle analjezikler değildir.

Migren atağı sırasında muhtemelen oluşan gastrik staz nedeniyle oral alınan analjeziklerin emilimi efektif düzeyde olmadığından öncelikle antiemetik ilaç verilerek gastrik motilite düzenlenmeli ve antiemetik ilacı alımı 20-30 dakika sonra analjezik verilmelidir. Antiemetik ilaç olarak domperidon veya metoklopramid verilebilir. Yanısıra kusması çok olan hastalara, potasyum içeriği yüksek sıvılarla hidrasyon yapılmalıdır.

Migrene özgü farmakolojik tedavi preparatları olan ergot türevleri ve triptanlar ise bir diğer seçenektir.

Ergot türevleri, vazokonstüksiyon yaptığından dolayı iskemik kalp ve periferik damar hastalığı olanlarda, hipertansiflerde, karaciğer ve böbrek yetmezliğinde, hamile ve emziren kadınlarda kontrendike olmakla birlikte auralı migren hastalarında da kullanımı tartışmalıdır.

Triptanlar (örnek; sumatriptan, zolmitriptan, naratriptan, rizatriptan, eletriptan) 5-HT (5-Hidroksitriptofan) 1B/D/F reseptör agonisti olup, migren atak tedavisindeki etkilerinin vazokonstriktör ve nörojenik inflamasyonu engelleme özellikleri ile ilgili olduğu kabul edilmektedir. Triptanlar migrende hem baş ağrısında, hem de ona eşlik eden bulantı, kusma, fotofobi ve fonofobi gibi belirtiler üzerinde etkilidir.

Triptanların merkezi etkileri yanında sumatriptan ile periferde de gözlenen vazokonstriktör etki nedeniyle, iskemik kalp ve periferik damar hastalığı olanlarda kullanılması kontraendikedir.

Migren ataklarını hafif, orta ve ağır şiddette migren atakları olarak ayıracak olursak tedavi şemaları aşağıda gösterilmiştir (32,35,36,37,38,39).

Tablo 2. Hafif Migren Atak Tedavisi

ASETİLSALİSİLİK ASİT (ASA)	650-1300 mg 4 saat aralıklarla
İBUPROFEN	400-800 mg 6 saat aralıklarla
NAPROKSEN SODYUM	275-550 mg 2-6 saat aralıklarla
ASETOMİNOFEN	650-1300 mg 4 saat aralıklarla

Tablo 3. Orta Şiddette Migren Atak Tedavisi

5-HİDROKSİTRİPTAMİN RESEPTÖR AGONİSTLERİ SELEKTİF OLANLAR	
SUMATRİPTAN	50-100 mg po, 20 mg sprey, 24 saatte tekrar
ZOLMİTRİPTAN	2,5-5 mg, 2 saatte bir
NARATRİPTAN	2,5 mg, max. 5 mg
ELETRİPTAN	40 mg po ve gerekirse 80 mg ek doz

Tablo 4. 5-Hidroksitriptamin Reseptör Agonistleri Non-Selektif Olanlar

DİHİDROERGOTAMİN(DHE)	0,5-1,0 mg sc, im veya iv, 1 saatte tekrarlanabilir.
ERGOTAMİN	1-2 mg po, saatte bir, 3 kez verilebilir.

Tablo 5. Kombine İlaçlar

ASA+KODEİN+KAFEİN	Formülasyona göre farklı
ASETAMİNOFEN+KODEİN	Formülasyona göre farklı
ASA+BUTALBİTAL+KAFEİN	Formülasyona göre farklı

Tablo 6. Ağır Ataklar

BUTORPHANOL	1 mg sprey, 4 saatte bir
KLORPROMAZİN	50 mg im veya 0,1 mg/kg
DEKSAMETAZON	12-20 mg iv
METİLPREDNİSOLON	100-250 mg iv
KETOROLAK	30-60 mg im, max. 120 mg/gün
MEPERİDİN	50-100 mg im/iv
METOKLORPAMİD	10 mg iv
PROKLORPERAZİN	25 mg supp, veya 5-10mg iv/im
ZOLMİTRİPTAN	5 mg tablet, po veya sl
SUMATRİPTAN	50-100 mg po veya 6 mg sc

Migren hastası atak sırasında genellikle hangi ilaçtan fayda gördüğünü dile getirecektir. Bu sebeple tedavi kişiye göre düzenlenmeli ve sık ve şiddetli/dirençli atak geçiren hastalara mutlaka farmakolojik tedavide ikinci adım tedavi olan profilaktik tedavi düzenlenmelidir.

Profilaktik tedavide kullanılan ilaçlar; beta-blokerler, kalsiyum kanal antagonistleri, trisiklik antidepresanlar, serotonin antagonistleri, selektif serotonin gerilim inhibitörleri (SSRI) ve selektif noradrenalin gerilim inhibitörleri (SNRI) ve antiepileptik ilaçlardır.

Örneğin migren ile beraber hipertansiyon ve anjinası olan hastalarda ilk tercih edilen koruyucu tedavi beta-blokerlerden propranolol'dür. Bradikardi, hipotansiyon, uyku bozuklukları, depresyon, halsizlik, kilo alma ve daha nadir olarak impotans gibi yan etkilere yol açabilir. Bu yüzden astım, depresyon, konjestif kalp yetmezliği, Raynaud fenomeni ve insüline bağımlı diyabeti olanlarda kullanımı kontrendikedir.

Yine profilaktik tedavide en çok kullanılan trisiklik antidepresanlar amitriptilin ve imipramin iken; en çok kullanılan antiepileptik ilaç ise valproate'tır.

Özetle;

- Migren+depresyon olan hastada; SSRI, trisiklik antidepresanlar
- Migren+epilepsi olan hastada valproat veya topiramat
- Migren+hipertansiyon olan hastada betabloker veya kalsiyum kanal blokeri
- Migren+aterosklerozu olan hastada aspirin ve/veya kalsiyum kanal blokeri seçilebilir (32,35,36,37,38,39).

2.2.6.2. Nonfarmakolojik Tedaviler

Çeşitli nonfarmakolojik migren yönetimi yöntemleri mevcuttur. Tetikleyici faktörlerden kaçınmak, kognitif davranışsal teknikler ve tamamlayıcı tedavi teknikleri (akupunktur, hipnoterapi vb) tek başına ya da farmakolojik tedaviyle birlikte efektif migren yönetimini sağlayabilir (38,39).

2.3. Akupunktur

Akupunktur; latince iğne (acus) ve batırma, delme (punctura) kelimelerinden oluşmaktadır. Batı dillerinde “*acupuncture*” şeklinde yazılmaktadır. Türkçeye “iğnelemek” şeklinde tercüme edilebilir.

Geleneksel Çin Tıbbında, hastalıkların vücutta meridyen adı verilen kanallarda dolaşan yaşam enerjisinin (Qi) akışındaki bozukluklar nedeni ile oluştuğu varsayılmaktadır. Akupunkturla, vücuttaki meridyenler üzerindeki belli noktalara iğne batırmak suretiyle, bozulan enerji akışının düzeltilmesi amaçlanır.

Akupunkturda istenilen sonucu elde etmek için temel unsur, deriyi nereden uyaracağını bilmek ve uygun bir şekilde iğnelemektir. Geleneksel Çin tıbbında insan yaşayan evrenin bir parçası olarak kabul edilir ve her şeyin içinde var olan evrensel gücün, insanın da içinde bulunduğu inanılır.

Qi adı verilen bu yaşam enerjisi, insan vücudunda meridyen denilen kanallarda dolaşır. Akupunktur yöntemi ile bu kanallarda meydana gelen enerji dolaşım engelini ortadan kaldırarak dengeyi sağlamak ve bu şekilde hastalığı önlemek amaçlanır.

İnsan vücudunun kendi kendini onarım gücü çok yüksektir. Vücudumuzda bu gücü harekete geçiren belli uyarı noktaları vardır ki, bunlara “akupunktur noktaları” denir. Bu noktalar uyarılarak vücudumuzdaki enerji dolasımı normale döndürülür ve hastalık hali ortadan kaldırılır.

Böylece organizma ilaç tedavisine gerek kalmadan, kendi olanaklarıyla hastalığın ortadan kalkmasını sağlar.

Geleneksel Çin Tıbbı (GÇT), insanoğlunu evrenin ayrılmaz bir parçası olarak dikkate alır. Evrenin içindeki insan da dâhil her şey aynı yasalara uyarlar. Bundan dolayı sağlık ve hastalık, ruhsal, mental ve fiziksel denge veya dengesizlik sonucu ortaya çıkar.

GÇT teorisi, insan vücudundaki organlara karşılık gelen 12 çift simetrik ana meridyen tanımlar. Ayrıca 8 ekstra meridyen de mevcuttur. Bu tanımlanan temel organlar batı tıbbındaki organlarla benzer isme sahiptir. Ancak bu organların fizyolojik fonksiyonları ve anatomik yapıları birebir örtüşmez. Eski Çin geleneğinde organlar, anatomik yapılardan çok fonksiyonel sistemlerdir. Örneğin, bu geleneksel organlardan “Üçlü Isıtıcı” ve “Perikard” hiçbir surette anatomik representasyona sahip değildir. 12 ana meridyeni oluşturan organlar; akciğer, perikard, kalp, ince bağırsak, üçlü ısıtıcı, kalın bağırsak, dalak, karaciğer, böbrek, mide, safra kesesi, idrar kesesi’dir. Bütün organ ve meridyenler birtakım kurallara göre birbirleriyle bağlantılıdır.

Yin ve Yang, herhangi bir nesnenin adı olmaktan çok, karşıtlık ilişkilerini açıklayan bir kavramdır. Temelinde, doğa ve evrendeki her şeyin karşıtlık ilişkileri içinde yürüdüğünü kabul eder. Üreme, gelişme ve dönüşüm, karşıtlıkların sürekli çekişip itişen hareketliliği ile gerçekleşir. Yin dâhili enerjinin depolanması ve

korunmasıyla ilgilidir, Yang ise enerjinin kullanımıyla ilgilidir. Eğer Yin ve Yang denge halinde ise, canlının sağlığı yerindedir.

Kâinatta bulunan her şey zıddıyla bilinir. Bir şey Yin ise karşısı Yang olur. Örnekler verecek olursak, YİN; toprak, kadın, gece, ay, kısa, soğuk, iç, ön, alt, inhibisyon, eksiklik, kan. YANG ise; hava, erkek, gündüz, güneş, uzun, sıcak, dış, arka, üst, stimulasyon, fazlalıktır. Yin ve Yang arasındaki etkileşim Qi'yi (Hayat Enerjisi) üretir.

Akupunktur iğneleri ile Qi'ye ulaşılır. Bu uygulama ile Qi'nin çoğaltılması veya azaltılması mümkündür. Bu ikisi dengeli olursa sağlık hali var demektir.

Akupunktur hastalığın belirtilerine değil, nedenine yönelik bir tedavi metodudur. Tedavi esnasında hem organ, hem de o organın hastalanması ile ortaya çıkan psikolojik sorun çözümlenmeye çalışılır.

Hipokrat, canlıların kendi kendilerine iyi olma kudretinden ve iç hekimden bahseder. Paracelsus, “Hiçbir hayat sadece dış hekimin çabalarıyla var olamaz; dış hekim, iç hekime yardımcı olabilir” der.

Yine GÇT'ye göre beş element teorisi, dünyanın yapısını oluşturan temel maddelerin ağaç, ateş, toprak, metal ve su olduğunu ileri sürer. Beş element arasındaki dayanışma ve kontrol, sürekli hareket ve değişim durumunu belirler. GÇT'ye göre doğa olayları, insan vücudu, duyguları gibi evrendeki her şey bu beş elemente göre sınıflandırılabilir. Ve Qi, Sheng ve Ko adı verilen iki siklus ile bu 5 element içerisinde de bir dönüşüm ve tamamlanma gerçekleştirmektedir.

Akupunktur organizmanın kendi kendini tedavi ettiği bir metottur ve en önemli özelliği yan etkisinin olmamasıdır. İlaçsız tedavi yöntemi olan akupunktur, Uzakdoğu ülkelerinde üniversitelerde ders olarak da okutulmaktadır.

Akupunktur, alternatif tıp olarak değerlendirilmemelidir; binlerce yıllık geçmişle akupunktur tıbbın kendisidir. Bazen primer tedavi olarak bazen de sekonder yani destekleyici veya tamamlayıcı tedavi olarak uygulanmaktadır. Bu

acıdan baktığımızda batı dillerinde kısaca CAM denilen yani “complementary and alternative medicine” tedavi metodları içinde sayılmaktadır.

Akupunktur yaklaşık 5000 yıldır vücuda sivri bir cisim batırılarak uygulanmaktadır. Bu, taş çağında sivri taşlar iken sonraları iğneye dönüşmüştür. Günümüzde altın, gümüş ve çelik iğneler duruma göre tercih edilmekte ve kullanılmaktadır. Bu iğnelerin etkinliğini artırmak için iğne ucuna bağlanan moxa ile iğnelerin ısıtılması yöntemi de oldukça eskidir ve Çin’de hala akupunktur-moxibüsyon birlikte anılmaktadır. İğnelerin ucuna elektrik akımı verilerek akupunktur uygulamaları (elektroakupunktur) ise nispeten yenidir ve bir benzeri Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation (TENS) ile fizik tedavide iğnesiz olarak 1-2 yüzyıldır uygulansa da akupunktur ile birlikte son 50 yıldır anılmaya başlanmıştır. Aşağı yukarı 10 yıldır popüler olan lazer akupunktur uygulaması ise oldukça yenidir, teknolojisi hızla değişmektedir ve özellikle iğne korkusu olanlara ve çocuklara tavsiye edilmektedir. Mevcut tıbbi literatürün hemen tamamı iğneli akupunktur ile ilgilidir ve lazerin etkinliği ile ilgili daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

Akupunktur vücutta farklı yerlere yapılmaktadır. Ancak genelde vücut gövdesi ile kol ve bacaklar kullanılmaktadır. Bununla beraber mikrosistem olarak kulak, el, ayak ve bas gibi bölgelere yapılan akupunktur uygulamaları da vardır.

Uygulama tekniği açısından günümüzde elektroakupunktur, lazer, infrared ve moxa uygulamaları yapıyorsa da yapılan çalışmalarda kuru iğne uygulamasına karşı belirgin bir üstünlükleri görülmemiştir.

İnsan vücudundaki belirli akupunktur noktalarına iğneler sayesinde yapılan uyarılarla organizmanın hemen her yerine ulaşabilecek haberler iletilmektedir. Bu iletişim, akupunktur noktasını oluşturan hücrelerden lokal hücresel uyarıların sinir terminallerine ve son olarak da beyne ulaşır. Beyin de bu uyarıyı gerekli organlara ulaştırır ve ilgili organ ve uzuvlardaki enerji dengesi düzelir. Dolayısıyla hastalık da ortadan kalkmış olur. Vücuda konulan iğneler uygulama alanına göre değişik uzunlukta olup iğneler 15-30 dakikalık seans sonunda çıkarılır. Ortalama bir tedavi

hastanın durumuna ve hastalığının çeşidine göre değişmekle beraber 10-15 seans yapılarak tamamlanır. Bazen daha uzun süren tedaviler de yapılmaktadır.

Kulak akupunkturunda ise, kulak bir mikrosistemdir yani vücudun aynasıdır. Vücutta bozulan her fonksiyon kulaktan tespit edilebilir. Kulakta, vücuda ait her organın bir yansıma alanı bulunmaktadır. Bu alan üzerindeki akupunktur noktalarının uyarılması ile organların fonksiyon bozuklukları, ağrılar, hormonal bozukluklar düzeltilebilmektedir. Bu noktalar vücudun aksine kulakta birbirine çok yakın olduğu için tedavinin etkinliğini artırmak için kulak dedektörü ile yer tesbiti yapılarak iğneleme işlemi yapılır. Kulağa hem vücuttaki gibi geçici iğne, hem de haftada bir değişen kalıcı iğne konulabilir.

Binlerce yıldır bilinen ve uygulanan akupunktur tedavisi, maliyetinin çok düşük olması, uygulamasının pratik olması ve hastalara hemen hemen hiçbir yan etkisi olmadan fayda vermesi nedeniyle son yıllarda tekrar gündeme gelmiş ve yaygınlaşmıştır (40-43).

2.3.1. Akupunktur Tarihçesi

Çin’de 5000 yıl öncesine ait taş iğnelerle Akupunktur uygulandığına dair kanıtlar bulunmaktadır. MÖ 1000 yıllarında Shang hanedanı zamanında arkeolojik bulgular arasında akupunktur iğnelerine rastlanmıştır. Son zamanlardaki kazılarda elde edilen kanıtlar, bu iğneleri ilk kullananların Uygur Türkleri olduğunu, dolayısıyla bu yöntemin aslında Türk kökenli olduğunu göstermektedir.

Akupunkturla ilgili yazılı en eski kaynak Çince olan Sarı imparator Huang Di Nei Jing ve onun veziri arasında geçen konuşmalar tarzında kaleme alınan iç hastalıkları kitabıdır ve yazılım tarihi M.Ö. 200 yılıdır.

Bir Türk hekimi olan İbn-i Sina da 1100 yıllarında akupunktur enerji kanallarından veya meridyenlerden bahsetmiş, nabız muayenesi ile hastalıkların teferruatlı bir şekilde teşhis edilmelerini anlatmıştır. Akupunkturun Avrupa’da kullanılmaya başlanması 17. yüzyıla rastlar ve Pekin’e gönderilen “Cizvit

misyonerleri” aracılığı ile olmuştur. Bu dönemde Çin’de olan klasik akupunktur kitapları Avrupa dillerine tercüme edilmiş ve uygulanmaya başlanmıştır. 1822’de Çin’de akupunktur özellikle sarayda yasaklanmış, ancak halk arasında yaşamaya devam etmiştir. 1944’de Mao’nun geçmeyen bas ağrılarına akupunkturla şifa bulması sonrası akupunktur yeniden gözde olmuştur. Akupunkturun Amerika’ya girmesi ise eski Amerika başkanlarından Nixon’un 1972’de Çin’e yaptığı gezide beraberindeki heyette bulunan New York Times gazetesi muhabiri James Raston’da apandisit gelişmesiyle başlamıştır. Gazeteci apandisit için ameliyata alınmış, ameliyattan sonra ağrıları akupunkturla giderilmiştir. Bu olay Amerika basınında günlerce yer almış ve bu sayede akupunktur Amerika’ya girmiştir.

Kulak akupunkturunun gelişmesi ise oldukça yenidir. 50 yıl kadar önce Fransız doktor Nogier Mısır’a yaptığı bir gezi sırasında bazı kişilerin kulaklarındaki bir noktanın dağlanmış olduğunu fark eder. Nedenini sorduğunda ise bunun bel ağrısına iyi geldiğini öğrenir. Ülkesine döndüğünde araştırmalarına başlar ve kulakta vücudun her bir bölgesi/organi için bir yansıma alanı olduğunu fark eder ve bu dağlanan noktanın bel bölgesine tekabül ettiğini bulur. Akupunkturla ilgili en eski yazılı kaynak olan sarı imparatorun iç hastalıkları kitabına bakıldığında ise bu noktalarla uyumlu kulak noktalarının tarif edildiği görülmüştür.

1979 yılında DSÖ, akupunktur tedavisini bilimsel bir yöntem olarak kabul etmiş ve etkin olduğu tıbbi durumların listesini yayınlamıştır.

Türklerin akupunkturla tanışmaları bilindiğinden çok daha eskidir. Bundan öte tarihte ilk akupunktur tedavisinin Uygur Türkleri tarafından yapıldığını arkeolojik materyallere ve antik eserlere dayanarak iddia edenler vardır. 1960 yılında Kazan Türklerinden Dr. Kayır Doy İstanbul’da ilk akupunktur polikliniğini kurmuştur.

Daha sonra Sağlık Bakanlığı 1991 yılında konuya el atmış ve bir üst kurul oluşturarak akupunktur hakkındaki araştırmalar ve çalışmalar incelenmiştir. Bunun sonucunda akupunktur bilimsel bir tedavi yöntemi olarak kabul edilmiş ve ilk olarak 1991 yılında Akupunktur Yönetmeliği çıkarılarak bu tedavi yöntemi yasal hale

getirilmiştir. Daha sonra bu yönetmelik 2002 yılında yeniden düzenlenmiştir. Oluşturulan Akupunktur Bilim Kurulu, kimlerin bu tedaviyi uygulayacağını, hangi hastalıklarda nasıl uygulanacağını, eğitimin nasıl olacağını konularını esasa bağlamışlardır.

Akupunktur eğitimi için çeşitli fakülte ve eğitim hastanelerine yetki verilmiştir. Ayrıca akupunkturu tanıtmak, geliştirmek ve bilimsel çalışmalara destek vermek üzere akupunktur dernekleri kurulmuştur. Bunlar ulusal ve dünya kongreleri düzenleyerek Türk hekimleri ile diğer hekimler arasında bilgi ve tecrübe aktarımı ile akupunkturun hızla yayılmasına hizmet etmişlerdir.

Ve yakın tarihimizde Sağlık Bakanlığı tarafından 27 Ekim 2014 tarihinde yayımlanan Resmi Gazete'nin Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Yöntemleri Uygulama Yönetmeliği ile akupunktur **(Tablo 7)**; ağrı tedavisi başta olmak üzere birçok klinik tanıda etkin kullanılan tedavi yöntemlerinden biri olarak kabul edilmiştir (40-44).

Tablo 7. 27 Ekim 2014 tarih, 29158 sayılı Resmi Gazete, Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği, Akupunktur

1) AKUPUNKTUR

a) Tanımı: İğne, lazer ışınları, elektrik stimülasyonu, kupa, kulak için tohum, iğne ya da manyetik topçuklar, termik stimülasyon, akupres ve ses veya elektrik veya manyetik titreşimler gibi uyarı yöntemleri ile vücuttaki bulunmuş özel noktaların uyarılması suretiyle yapılan uygulamayı ifade eder.

b) Uygulamaya Yetkili Personel: İlgili alanda uygulama eğitimi almış sertifikalı tabip veya kendi alanında uygulama yapmak üzere diş tabibi.

c) Akupunktur Uygulanabilecek Durumlar: Akupunktur aşağıdaki uygulamalar ve ilişkili olabilecek alanlarda tedaviyi destekleyici yöntem olarak kullanılır. Hastalığı ortadan kaldıracak veya tek başına tedavi edeceği gibi beyanlarda bulunulamaz.

Ünitelerde :

- Kas - iskelet sisteminin mekanik ağrısı.
- Eklem ağrıları.
- Migren, gerginlik tipi ve organik olmayan diğer baş ağrıları.
- Diş ağrıları.
- Nöropatik ağrılar.
- Kas spazmı, bel fıtığı akut konservatif dönem ve kronik dönem bel ağrıları.
- İlaç yan etkisine bağlı, taşıt tutması ve gebelikte ilgili bulantı ve kusmalar.
- Fonksiyonel gastrointestinal sistem bozuklukları; kabızlık, motilite bozukları, reflü
- Allerjik rinit bulguları.
- Dismenore, infertilite, polikistik over sendromu ve premenstruel sendrom, doğum ağrısı.
- Organik nedene bağlı olmayan uyku bozukluğu.
- Eksojen obezite tanısı almış hastada diyet uyumu.
- Alerji, egzema ve cilt kuruluğuna bağlı kaşıntı.
- Sigarayla bırakma sırasında oluşan anksiyete.
- Anksiyete.
- Organik bir nedene bağlı olmayan gece işemeleri.

- Kemoterapi ve radyoterapiye bağlı bulantı, kusma, ağrı, ağız kuruluğu.
- Organik nedeni olmayan vertigo.
- Geriatrik hastalarda.
- Solunum sisteminin kronik hastalıklarında günlük yaşam kalitesini artırma.
- Genel iyilik halinin oluşması ve sürdürülmesine yardımcı olma.

Uygulama Merkezlerinde :

- Progresif nörolojik defisiti olmayan ve kauda ekuina saptanmayan sinir kökü irritasyonları.
- Alkol bağımlılığı tedavisinde oluşacak sıkıntıların azaltılması.
- Çocukta ekstubasyon sonrası solunum sıkıntısı.
- Kronik göz hastalıklarında hastanın tedaviye uyumunun artırılması.
- Unutkanlık ve hafıza problemlerinde yaşam kalitesinin artırılması.
- Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozuklukları.
- İdiopatik ve /veya Sjögren hastalığına bağlı göz kuruluğu.
- İnmeye bağlı kısmi felçlerde kas kontraktürleri veya güçsüzlüğü.

2.3.2. Akupunkturun Temel Etki Mekanizmaları

1960'lı yıllardan başlayarak batı tıbbi eğitimi almış geleneksel tıp hekimleri, akupunktur analjezisini özellikle de akupunkturun MSS'deki fizyolojik değişikliklerini araştırmaya başladılar. Batılı ülkelerdeki bu araştırmalar ve diğer çalışmalar akupunktur analjezisi için yolların, reseptörlerin ve değişik tipte endojen opioidlerin keşfiyle sonuçlandı. Bütün bunların sonucunda akupunkturun etki mekanizmasını açıklayan kapsamlı teori oluştu.

Akupunkturun etkilerini şöyle sıralayabiliriz:

- 1- Analjezik Etki
- 2- Homeostatik Etki
- 3- Otoimmün Etki

- 4- Sedatif Etki
- 5- Psikolojik Etki
- 6- Motor Fonksiyonları iyileştirici Etki

Akupunkturun temel analjezik etkisi üzerine düşünölmüş kapsamlı teoriye göre;

- 1- Spinal inhibisyon: Akupunktur iğneleri, spinal kordun anterolateral traktusuna impuls gönderen Tip I ve Tip II afferent sinirleri veya kastaki A delta liflerini uyarır. Spinal kord düzeyinde enkefalin ve dynorfin salınımı ile ağrı, presinaptik olarak bloke edilir. Böylece spinotalamik traktustan yukarı giden ağrı mesajı önlenir.
- 2- Supraspinal inhibisyon: Akupunktur, orta beyin yapılarında periakvaduktal gri cevher (PAG) ve raphe nukleus'ta bulunan aktive olmuş hücreler aracılığıyla uyarı verir. Bunlarda sırasıyla dorsolateral traktusa doğru inen sinyal göndererek spinal korda serotonin ve monoamin norepinefrin salınmasına neden olur. Bu nörotransmitterler, spinotalamik traktusa doğru olan sinyallerin transmisyonunu azaltarak presinaptik ve postsinaptik olarak ağrıyı inhibe ederler.
- 3- Kortikal inhibisyon: Hipotalamo-hipofizer aksın stimulasyonu ile hipofizden beta endorfinin kana sistemik salınımı uyarılır. Buna adrenokortikotropik hormon (ACTH) salınımı da eşlik eder. Akupunktur stimulasyonunu muhtemelen en fazla myelinli A-delta liflerinin iletlediği fakat diğler liflerin ve miyelinsiz C liflerinin de katkıda bulunabildiği kabul edilir. Sensoryal sinir liflerinin farklı olmaları sonucu De-Qi hissi değişik çeşitlerde algılanır. Değişik akupunktur uyarı modaliteleri değişik De-Qi hislerine yol açtığından dolayı afferent giriş tipine göre muhtelif beyin network alanları tetiklenir.

Akupunktur sadece MSS'deki depolardan endojen opioid salınımını uyarmaz, aynı zamanda diğler analjezik mekanizmaları da aktive eder. Örneğin, hipotalamik-limbik sistemi modöle ederek ağrıyı önler.

“Kapı kontrol teorisini” ortaya koyan Melzack tarafından 90’lı yıllarda, ağrı oluşumunda beyin çok önemli dinamik rolünün olduğu ve bugüne kadar bildiklerimizin, ağrı oluşumunun sadece bir kısmını oluşturduğu ileri sürülmektedir. Daha sonraları ise Melzack “Nöromatriks” teorisini tanımlamış, buna göre; vücudun algısını ve ağrı hissedilmesini sağlayan nöronlardan oluşan nöromatriksin beyinde önceden genetik olarak yapılanmış olup, daha sonra somatosensoryal inputlarla, deneyimlerle şekillenerek kişinin nöral imzasını ortaya çıkardığını ifade etmiştir.

Akupunktur ile aktive edilen bütün yapılar nosiseptif sistem ile ilgilidir ve Melzack tarafından tanımlanan “Nöromatriks” konseptinde önemli rol oynamaktadır. Bu konsepte göre, akupunktur, ağrı nöromatriksine gönderdiği mesajlarla dengesini bozar ve böylece ağrının algılanması modifiye edilir (43-46).

2.3.3. Akupunktur ve Migren

Migrenli hastaların bir kısmı geleneksel farmakolojik tedavilerden fayda görse de, bir kısmı da yeterince etki görememekte ve/veya bu tedavilerin yan etkilerini yaşamaktadırlar. Bu nedenle dünyanın pek çok yerinde TAT yöntemleri arayışı vardır. Türkiye’de de geleneksel farmakolojik tedavilerle beraber veya tek başına birçok tamamlayıcı tedavi yöntemi migrenin de içerisinde bulunduğu birçok ağrılı durumda tedavi amacıyla kullanılmakta olup akupunktur bu amaçla en sık kullanılan TAT yöntemlerinden biridir.

2.4. Hipnoz ve Hipnoterapi

Hipnoz, hastanın, terapistin yardımıyla kendi tedavi sorumluluğunu alması esasına dayanan “Zihin-vücut etkileşimleri” başlığı altında incelenen, yüzyıllarla ifade edilen bir tarihe sahip “Beyinsel fonksiyonların çalıştığı, bireysel denetimin açık olduğu, uyku hali olmadan, istekle gerçekleşen psişik bir durum” oluşturan, yine akupunktur tedavisi gibi konvansiyonel tedavi seçeneklerinin yetersiz kaldığı durumlarda ve/veya komplikasyonlarının fazla olması halinde tercih edilmesi uygun olabilecek güvenli bir tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemidir.

Hipnoterapi, hipnoz aracılığı ile (hipnoz sırasında) uygulanan tedavilere verilen genel isimdir. Bakışla, sözle veya bazı yardımcı nesneler kullanılarak, telkin ile oluşturulan özel bir bilinç hâlidir.

Hipnoz esnasında, kişi çevreden gelen tüm (ses, ışık, koku vb.) uyarılara kendini kapatır veya aldırılmazken, hipnoz yapan kişinin telkinlerini artmış bir dikkatle dinler, anlar ve gönüllü katılımı uygular.

Hipnoz, yüzyıllardır uygulanan, hastalarla kaynaşmada, anlaşmada ve onları anlamada uzun yıllardır, bir yaklaşım tekniği olarak kullanılmaktadır. Tıpta ve psikiyatride kullandığımız birçok teşhis ve tedavi yöntemlerinden sadece birisidir. Bu çerçevede hekimlerin elinde hastaları için kullandığı bir araç ve alet gibidir.

Hipnoz vasıtası ile belki de hastaların kendi iç dünyalarını anlayarak ve problemlerin kaynaklarını keşfetmeleri daha kısa sürede mümkün olmaktadır. Bunun da ötesinde hipnoz hastaların veya normal bireylerin kişiliklerini geliştirmede, performanslarını artırmada kullanılan ve hipnotizörün bu çerçevede yardım ettiği bir uygulamadır. Hipnoz vasıtası ile hasta hekimine kendi iç dünyasına girmesine izin verir. Hekiminden kendisini keşfetmesini ister (47,48).

2.4.1. Hipnozun Tarihçesi

Hipnoz, MÖ 5000 yıllarına kadar uzanan bir geçmişe sahiptir. İlk kez Fransız Anton Mesmer (1734-1815) hipnotik fenomenin medikal kullanımına dikkat çekerek, hipnozu ilk kez tıp alanında bir tedavi aracı olarak kullanan kişidir. Vücudumuzda manyetik bir sıvı olduğuna inanmış ve bu sıvının akışının iyileştirici etkisi olduğunu savunmuştur (47,48).

Marguis de Puysegur (1751-1825) bu değişik durumu somnambulizm olarak tarif etmiştir. Hastanın uykuda gibi görünürken hiperalert olduğuna dikkati çekmiş, James Braid (1795-1860) uykunun nöropsikolojik bir varyantı olarak "nörohipnoz" diye adlandırmıştır (47,48).

Braid, Yunanca ‘uyku’ anlamına gelen “Hipnoz” terimini ilk kez kullanan kişi olarak modern hipnozun babası sayılmaktadır. Manyetizmanın hipnoz oluşturma fikrini silmiş, hipnoz hakkında ilk kitabı yazmıştır. Kişinin telkine yatkınlığının önemli olduğunu vurgulamıştır. Fiziksel ve psikolojik durumlar için hipnozu kullanmıştır (47,48,49).

James Esdaile (1805-1859) Hindistanda hipno-anesteziyi kullanmıştır. Sadece hipnozla, yaklaşık 300 adedi major vakalar olan binlerce olgu yapmış ve deneyimlerini yayınlamıştır (48).

John Elliotson, birçok bakımdan öncüdür. 76 cerrahi vakasını sadece hipnoz kullanarak yaptığını bildirmiştir (49).

Elliotson ilk kez kanser için ameliyat ve ağrı dışında hipnoz uygulamıştır. İnoperabl bir mesane tümöründe günde 3 kez uyguladığı hipnoz ile ciltte iyileşme, tümör büyüklüğünde küçülme sağlamıştır. Hasta daha sonra öldüğünde otopsisinde kansere rastlanmamıştır (48).

Nörolog Jean-Martin Charcot (1825-1893) histeri tedavisinde hipnozu kullanmış ve post-hipnotik telkinler ve duysal hafıza keskinliğinde artış bu dönemde keşfedilmiştir (48).

1880 den itibaren hipnozun kullanılması, cerrahlardan ziyade zihinsel sağlıkla uğraşanlar tarafından gerçekleştirilmiştir (48).

Freud psikoterapide kullanmış ancak işe yaramaz bulup, hipnozun geri çekilmesine neden olmuştur (48).

II. Dünya savaşı sırasında yetersiz psikanalist sayısı ve çok sayıda savaş sonrası travmatik olaylar yüzünden hipnoz, yeniden gündeme gelmiştir (48).

1955 yılında İngiliz Tıp Birliği Cerrahi ve dış operasyonlarında anestezi ve analjezi oluşturmak için hipnotizmin yeri olduğunu ve normal doğum seyrini

değiştirmeksizin doğumda etkili bir ağrı giderme metodu olarak uygun olduğunu duyurmuştur (48).

Günümüzde klinik hipnoz genel anesteziye alternatif değil tamamlayıcı olarak sporadik vakalarda kullanılmaktadır. Bilimsel kurallar deneysel çalışmalardan rutin klinik pratiğe geçmesini sınırlamaktadır. Çünkü hipnotik durumda ölçülebilir fizyolojik değişkenleri bulmak çok zordur. Çift kör çalışma yapmak neredeyse imkânsızdır. Son zamanlarda anesteziye bilinçli sedasyon öne çıkarak hipnoza olan ilgiyi arttırmıştır. Gerçekte hipnoanaljezi, farmakolojik analjezi ve sedasyon ile hipnotik tekniklerin kombinasyonu olarak uygulanmaktadır. Günlük pratiğe, bu şekilde giriş yapmıştır (49).

Sağlık Bakanlığı tarafından 27 Ekim 2014 tarihinde yönetmeliği çıkarılan hipnoz (Tablo 8); ağrı tedavisinde etkin kullanılan tamamlayıcı tedavi yöntemlerinden birisidir.

Ülkemizde hipnozun migren tedavisinde kullanımıyla ilgili yeterli sayıda çalışma bulunmamaktadır. Bunun nedeni hipnoterapinin 27 Ekim 2014 tarihinden önce Sağlık Bakanlığı tarafından bir tedavi yöntemi olarak kabul edilmemesidir. Sağlık Bakanlığı tarafından 27 Ekim 2014 tarihinde yayımlanan Resmi Gazete'nin Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Yöntemleri Uygulama Yönetmeliği ile Hipnoterapi **(Tablo 8)**; ağrı tedavisi başta olmak üzere birçok klinik tanıda etkin kullanılan tedavi yöntemlerinden biri olarak kabul edilmiştir.

Bununla birlikte 1950' li yıllardan itibaren hipnoterapiyi tedavi yöntemi olarak benimseyen ülkelerde migren ve ağrı kontrolü ile ilgili çalışmalar yapılmış ve Dünya Sağlık Örgütü tarafından hipnoterapinin kullanım endikasyonları arasında migren de yer almıştır (50-52).

Tablo 8. 27 Ekim 2014 tarih, 29158 sayılı Resmi Gazete, Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği, Hipnoz.

4) HİPNOZ a) Tanımı: Hipnoz, telkin yoluyla diğer bir kişinin bilinç ve farkındalık, vücut, hisler, duygular, düşünceler, hafıza veya davranışlarında değişiklik elde etmek üzere tasarlanmış veya bu sonucu ortaya çıkaran işlemdir. b) Uygulamaya Yetkili Personel: Sertifika sahibi tabip ve diş tabibi ile tabip gözetiminde klinik psikolog ve psikolojinin tıbbi uygulamaları yetki belgesine sahip psikologlar. c) Hipnoz Uygulanabilecek Durumlar: Hipnoz aşağıdaki uygulamalar ve ilişkili olabilecek alanlarda tedaviyi destekleyici yöntem olarak kullanılır. Hastalığı ortadan kaldıracak veya tek başına tedavi edeceği gibi beyanlarda bulunulamaz. Ünitelerde : • Cerrahi işlemlerde: 1- Preoperatif ameliyat korkusunu yenme, anksiyete ve ağrıyla baş etme. 2- Postoperatif ağrı, bulantı, kusma ve anksiyete ile baş etme. 3- İntraoperatif ağrı, anksiyeteyi azaltma • Tüm tanısal ve girişimsel işlemler sırasında • Acil tıpta kaygı giderilmesinde ve tedaviye uyumun artırılmasında • İnfertilite tedavi sürecinde • Gebelik ve doğum süresince ve kadın hastalıklarında • Obesite • Yeme bozuklukları • Sigara bırakmada • Alkol bağımlılık tedavisinde (sadece psikiyatri uzmanı tarafından uygulanabilir) • Depresyon (sadece psikiyatri uzmanı tarafından uygulanabilir) • Anksiyete bozukluğu ve stres bozuklukları • Organik olmayan uyku bozuklukları • Organik olmayan cinsel fonksiyon bozuklukları • Fonksiyonel barsak bozuklukları • Akut ve kronik ağrı • Diş hekimliğinde; fobilerde, ağrı giderme, anestezi, diş gıcırdatma, tedaviye ve protezlere uyumu artırıcı, temporomandibüler eklem disfonksiyonu, trigeminal nevralji, ağız içi problemlerin giderilmesi • Atopik dermatit, seboreik dermatit, ürtiker gibi organik nedeni olmayan kaşıntılarda • Allerjik rinit, allerjik astım • Bağışıklık sisteminin güçlendirilmesi Uygulama Merkezlerinde: • Yanık tedavisinde ağrı ve anksiyete azaltılmasında • Doğum sırasında • İntraoperatif ağrı, ve anestezinin sağlanmasında • Kansere hastalarında ortaya çıkan ağrı, kusma, kaygı ve ilaç yan etkileriyle baş edilmesinde c) Uygulanmayacak Durumlar: Şizofreni ve psikopatik durumlar, alkol ya da ilaç intoksikasyonu, demans, intihar eğilimi olan klinik depresif kişilerde (psikiyatri uzmanı hariç) hipnoz uygulanmaz. Bakanlık, uygulama ve araştırmalar sonucunda ortaya çıkan öngörülemez durumlar, Bilim Komisyonunun görüşünü alarak bunların haricinde yasaklamalar getirebilir.
--

2.4.2. Hipnoz ve Migren

Dünyanın pek çok yerinde olduğu gibi ülkemizde de 27 Ekim 2014 tarihinde Resmi Gazete’de yayımlanan Hipnoterapi Yönetmeliği (**Tablo 8**) ile Hipnoz ve Hipnoterapi tedavisi, geleneksel farmakolojik tedavilerle beraber veya tek başına migrenin de içerisinde bulunduğu birçok ağrılı durumda tedavi amacıyla kullanılmakta olan TAT yöntemlerinden biridir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırma Tasarımı

Bu araştırma vaka-kontrol çalışması olarak tasarlandı.

3.2. Ortam ve Evren

Çalışma evrenimizi Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı ve Atatürk Üniversitesi Akupunktur ve Tamamlayıcı Tıp Yöntemleri Uygulama ve Araştırma Merkezi (ATYAM) denetiminde, 01.09.2015 tarihi ile 01.02.2016 tarihleri arasında Nöroloji polikliniğine başvuran ve yeni ve/ veya eski tanıli migren tanısı alan 90 hasta oluşturmuştur.

3.3. Örneklem Miktarı

Araştırmanın örneklem hesabı SF-36 (Short Form-36), MIDAS (Migraine Disability Assessment Scale) ve VAS (Vizüel Analog Scala) sonuç ölçütlerine ait puan ortalamaları esas alınarak hesaplanmıştır. Alfa yanılma payı %5 etki genişliği %10 olacak şekilde iki grup arasındaki farklılıkların %80 güç ile bağımsız gruplarda t testi kullanılarak saptanabilmesi için her bir grupta 30 kişilik örneklem gerektiği hesaplandı.

3.4. Örneklem Seçimi

Araştırma, Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı ile görüşülerek 01.09.2015 tarihi ile 01.02.2016 tarihleri arasında Nöroloji polikliniğine başvuran ve yeni ve/ veya eski tanıli migren tanısı alan 90 hasta alınarak oluşturulmuştur. Hastalar 30'ar kişiden üç gruba ayrılmıştır. Birinci grup hastalara akupunktur tedavisi, ikinci grup hastalara hipnoterapi tedavisi, üçüncü grup hastalara ise Nöroloji polikliniği bünyesinde ilaç tedavisi başlanmıştır.

Çalışmaya alınma kriterleri:

1. Nöroloji polikliniğine başvuran yeni ve/ veya eski migren tanısı alan hastalar.
2. Nöroloji polikliniği tarafından verilen ilaç tedavisini kullanmayı kabul eden hastalar veya TAT' ı kabul eden hastalar.
3. Bu çalışma için gönüllü olan ve aydınlatılmış onam formunu imzalayan hastalar.
4. 18 yaşında veya üzerinde olan ve 65 yaş ve altında olan migren tanılı hastalar.
5. Migren tanısının yanında başka bir hastalık tanısı almamış olan kişiler.

Hariç bırakma kriterleri:

1. Çalışmaya alınma kriterlerinin dışında kalanlar
2. Gebeler.

3.5. Etik Kurul ve İzinler

Bu çalışma için, Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanlığı'nın 07.05.2014 tarih ve 47 no'lu toplantısına ait 1 no'lu kararının b maddesi ile izin alınmış (Ek 3) ve Dâhili Tıp Bilimleri Bölüm Başkanlığı'na 09.09.2015 tarih ve 3 sayılı oturumunun 33 nolu kararı (Ek 2) ile ve Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu Başkanlığı'nın ve 17.09.2015 tarih ve 143 sayılı yazısı ile 6 nolu toplantısının 12 nolu kararınca (Ek 1) çalışma etik kurallara uygun görülmüştür. Ayrıca Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı'ndan onay alınmıştır. (Ek 4)

3.6. Araştırma Protokolü

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma Hastanesi Nöroloji Polikliniği'ne başvuran hastalardan rastgele seçilen, çalışmaya dâhil edilme kriterlerine uyan 90 hasta alındı. 30'ar kişiden oluşan 3 gruba ayrılan hastaların her birine SF-36 (Short Form-36) ölçeği, MIDAS (Migraine Disability Assessment

Scale) ve VAS (Vizüel Analog Scala) ölçekleri uygulandı (Ek 10,11 ve 12). Hastalar tedaviye eş zamanlı olarak alındı. Birinci gruba (n=30) ağrılı günlerde, Nöroloji Kliniğinin kontrolü altında 2*1 pozoloji ile yalnızca ilaç tedavisi verildi. İkinci gruba (n=30), mesai günlerinde gün aşırı olmak üzere haftada 3 gün, toplam 10 seans, 30'ar dakikalık akupunktur tedavisi uygulandı. Üçüncü gruba (n=30) ise, mesai günlerinde haftada 2 seans olmak üzere toplam 10 seans hipnoterapi tedavisi uygulandı. Her üç gruba uygulanan her üç tedavi modalitesinin tedavi süresi bitiminden 1 ay ve 3 ay sonra ölçekler her hastaya tekrar uygulandı.

3.7. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Araştırmada veri toplama aracı olarak Araştırma Amaçlı Çalışma İçin Aydınlatılmış Onam Formu, ATYAM Akupunktur Tedavisi İçin Aydınlatılmış Onam Formu, ATYAM Hipnoterapi Tedavisi İçin Aydınlatılmış Onam Formu, Akupunktur Tedavisi Muayene Formu, Hipnoterapi Tedavisi Muayene Formu, SF-36 (Short Form-36) , VAS (Vizüel Analog Scala) ve MİDAS (Migraine Disability Assessment Scale) ölçekleri kullanılmıştır. Veri toplama araçları 01.09.2015 tarihi ile 01.02.2016 tarihleri arasında yüz yüze görüşme yöntemiyle uygulanmıştır. Anketlerdeki bütün soru ve ifadeler araştırmacı tarafından tek tek hastalara okunarak doldurulmuştur. Her görüşme yaklaşık 30-45 dakika sürmüştür. Anket uygulanmadan önce çalışmayla ilgili bilgi verildikten sonra hastalardan onam formu alınmıştır.

Araştırma Amaçlı Çalışma İçin Aydınlatılmış Onam Formu:

Araştırmanın bağımsız değişkenleri hakkında veri toplamak amacıyla araştırmacı tarafından geliştirilen form, hastalara migren hastalığı ve araştırmanın amacı ile ilgili temel bilgileri vermek ve gönüllülük esasına dayanan çalışmaya katılım koşullarını, çalışmanın gizliliğini ve araştırmacı ile ilgili temel bilgileri içermektedir. Ve her hastamıza tedavi öncesi sunulmuştur. (Ek 5)

ATYAM Akupunktur Tedavisi için Aydınlatılmış Onam Formu:

İlgili form, akupunktur tedavisi, nasıl uygulandığı ve nadir görülen yan etkileriyle ilgili

hastaya bilgi vermekte ve tedaviye yönelik onamını almaktadır. Ve her hastamıza tedavi öncesi sunulmuştur. (Ek 6)

ATYAM Hipnoterapi Tedavisi için Aydınlatılmış Onam Formu: İlgili form, akupunktur tedavisi, nasıl uygulandığıyla ilgili hastaya bilgi vermekte ve tedaviye yönelik onamını almaktadır. Ve her hastamıza tedavi öncesi sunulmuştur. (Ek 7)

Akupunktur Tedavisi Muayene Formu: Hastanın temel kişisel bilgileri, demografik bilgilerini, esas şikâyetini ve problem listesini içeren, sistem sorgulaması ve temel laboratuvar değerlerini ve fizik muayene bulgularını içeren, geleneksel Çin tıbbi bilgilerine göre nabız, beş element, dil muayenesi ve kulak taramasını ve elde edilen muayene bulgularına göre planlanan tedavi şemasını ve günlük her bir tedavi progresini içeren bir formdur. Ve her hastamıza tedavi öncesi sunulmuştur. (Ek 8)

Hipnoterapi Tedavisi Muayene Formu: Hastanın temel kişisel bilgileri, demografik bilgilerini içeren, geliş nedeni ve anamnezinin yer aldığı bir formdur. Ve her hastamıza tedavi öncesi sunulmuştur. (Ek 9)

SF-36 (Short Form-36 / Yaşam Kalitesi Ölçeği) : Rand Corporation tarafından 1992 yılında geliştirilmiş ve kullanıma sunulmuş, yaşam kalitesi ölçekleri içinde jenerik ölçek özelliğine sahip ve geniş açılı ölçüm sağlayan ölçektir. 1990 yılında başlayan çalışmalarda 149 madde ile yola çıkılmış ve 22000'i aşkın kişi üzerinde yapılan çalışmalarda faktör analizi ile önce 20 maddeli biçimi olan SF-20 hazırlanmıştır. Ancak psikometrik özelliklerin ve kapsamının artırılması amacıyla 36 maddeye çıkarılarak SF-36 oluşturulmuştur. SF-36 ölçeğinin önemli özellikleri arasında bir kendini değerlendirme ölçeği olması ve sağlık durumunun olumsuz olduğu kadar olumlu yönlerini de değerlendirebilmesi vardır. Sağlığın 8 boyutunu 36 madde ile incelemiştir. (Fiziksel fonksiyon-10 madde, fiziksel rol güçlüğü-4 madde, emosyonel rol güçlüğü-3 madde, enerji/vitalite/canlılık-4 madde, ruhsal sağlık-5 madde, sosyal işlevsellik-2 madde, ağrı-2 madde, genel sağlık algısı-5 madde). Ayrıca SF-36, özürlülükteki küçük değişimleri saptamada varolan diğer ölçeklerden daha duyarlıdır.

Ölçek son 4 hafta göz önüne alınarak değerlendirilmektedir. Değerlendirme 4. Ve 5. maddeler dışında Likert tipi (üçlü- altılı) yapılmaktadır; 4. ve 5. maddeler evet/hayır biçiminde yanıtlanmaktadır. Ölçek yalnızca tek bir toplam puan vermek yerine, her bir alt ölçek için ayrı ayrı toplam puan vermektedir. Alt ölçekler sağlığı 0 ila 100 arasında değerlendirmektedir ve 0 kötü sağlık durumunu içerirken, 100 iyi sağlık durumuna işaret etmektedir. SF-36'nın Türkçe versiyonunun güvenirlik ve geçerlilik çalışması Koçyiğit ve arkadaşları tarafından yapılmıştır.

Dezavantajları ise, uyku, bilişsel fonksiyon, cinsel fonksiyon, iletişim, rekreasyon gibi alanları değerlendirmemesi, subjektif iyilik halinin duygusal boyutuna hassas olmasına rağmen bilişsel boyutuna hassas olmaması ve taban-tavan etkisinin bulunmasıdır (53-55). (Ek 10)

Her hastamıza tedavi öncesi (0.ay), tedavi sonrası 1. Ve 3.ay olmak üzere üç kez uygulanmıştır.

MİDAS (Migraine Disability Assessment Scale): Migrende yeti yitimi ölçmek amacıyla geliştirilmiş ölçeklerin en yaygın kullanılanlarından biridir. Son 3 ay içindeki tüm aktivite alanlarında migren ile ilişkili yeti yitimi belirleyen ve hastalar tarafından doldurulan bir ölçektir. Hastalık süresi, atak süresi, atak sıklığı, aura varlığı, migrenin şiddetini değerlendirmeye yöneliktir. Türkçe'ye uyarlanarak geçerlilik güvenirlik çalışması yapılmıştır (56-58). (Ek 12)

Her hastamıza tedavi öncesi (0.ay), tedavi sonrası 1. Ve 3.ay olmak üzere üç kez uygulanmıştır.

VAS (Visual Analog Skala): Sayısal olarak ölçülemeyen bazı değerleri sayısal hale çevirmek için kullanılır. 100 mm (10 cm) lik bir çizginin iki ucuna değerlendirilecek parametrenin iki uç tanımlı yazılır ve hastadan bu çizgi üzerinde kendi durumunun nereye uygun olduğunu bir çizgi çizerek veya nokta koyarak veya işaret ederek belirtmesi istenir. Mesela ağrı için bir uca hiç ağrı yok (0 puan) , diğer uca çok şiddetli ağrı (10 puan) yazılır ve hasta kendi o anki durumunu bu çizgi üzerinde işaretler. Ağrının hiç olmadığı yerden hastanın işaretlediği yere kadar olan

mesafenin uzunluğu hastanın ağrısını belirtir. Testin bir dili olmaması ve uygulama kolaylığı önemli avantajıdır. Testin uygulandığı çizginin yatay veya dikey olmasından, uzunluğundan etkilenmediği gösterilmiştir. Testin kısa süre aralıkları ile tekrarı sonrası verilen cevaplarda anlamlı fark bulunmamıştır. Hasta için elde edilen değerlerin ortalaması alınır.

Test çok uzun süreden beri kendini kanıtlamış ve tüm dünya literatüründe kabul görmüş bir testtir. Güvenlidir, kolay uygulanabilir (59-61). (Ek 11)

Her hastamıza tedavi öncesi (0.ay), tedavi sonrası 1. ve 3.ay olmak üzere üç kez uygulanmıştır.

3.8. İstatistik Analiz

Tanımlayıcı istatistiklerde kategorik veriler için sayı ve yüzde; numerik veriler için ortalama ve standart sapma sunuldu. Numerik değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Histogram grafiği ile incelendi. Hipotez testleri olarak Ki-Kare testi, tek yönlü ANOVA ve tekrarlayan ANOVA kullanıldı. İstatistiksel olarak önemlilik sınırı $p < 0,05$ kabul edildi.

3.9. İlaç Tedavisi Uygulama Planı

İlaç tedavisi uygulama planı oluşturulurken, önce 30 kişiden oluşan grubumuzdaki her bir hastamıza Araştırma Amaçlı Aydınlatılmış Onam Formu, anamnezi alındı, Fizik muayenesi yapıldı. Sistem sorgulaması ve temel laboratuvar değerlerini değerlendirildi. SF-36, MIDAS ve VAS ölçekleri uygulandı. Nöroloji Kliniği ile planlandığı şekilde hastaya, ağrılı günlerinde kullanmak üzere Asetaminofen 2x1 perioral, 650-1300 mg/gün şeklinde tedavi başlandı. Hastalar tedaviye uyum sağladı. Hastalar 1 ay sonra ve 3 ay sonra SF-36, VAS ve MIDAS ölçekleri ile yeniden değerlendirildi.

3.10. Akupunktur Tedavi Uygulama Planı

Akupunktur tedavisi uygulama planı oluşturulurken, önce 30 kişiden oluşan grubumuzdaki her bir hastamıza Araştırma Amaçlı Aydınlatılmış Onam Formu, ATYAM Akupunktur Tedavisi için Aydınlatılmış Onam Formu oluşturulup hastanın Akupunktur muayene formu ile esas şikâyeti sorgulanıp, anamnezi alındı, fizik muayenesi yapıldı. Sistem sorgulaması ve temel laboratuvar değerlerini değerlendirildi. Geleneksel Çin tıbbi bilgilerine göre nabız, beş element, dil muayenesi ve kulak taramasını yapıldı. SF-36, VAS ve MIDAS ölçekleri uygulandı. Elde edilen muayene bulgularına göre planlanan migren tedavi reçetesi düzenlendi. Mesai günlerinde ve gün aşırı olmak üzere 30'ar dakikalık haftada 3 günden toplam 10 seans olmak üzere akupunktur tedavisine başlandı. Her bir tedavi öncesi hastaların nabız, dil muayeneleri ve kulak taramaları tekrarlandı. Oluşturulan akupunktur tedavi reçetesine göre; Li-4, Taiyang, Yintang, Lu-7, ST-6, ST-8, ST-36, SP-6, T-5, T-18, UB-60, GB-20, Liv-2, BL-2, BL-12, Liv-3, Kid-3, Si-3, Du-14, Du-20, depresyon tacı, kulakta shenmen, hipotalamus ve antidepresan noktaları iğnelendi. 10 seanslık planlanan akupunktur tedavisi bitimi sonrası hastalara SF-36, VAS ve MIDAS ölçekleri 1. ay ve 3.ay hastalar çağrılarak tekrar uygulandı (62-71).

3.11. Hipnoterapi Tedavi Uygulama Planı

Hipnoterapi tedavisi uygulama planı oluşturulurken, önce 30 kişiden oluşan grubumuzdaki her bir hastamıza Araştırma Amaçlı Aydınlatılmış Onam Formu, ATYAM Hipnoterapi Tedavisi için Aydınlatılmış Onam Formu oluşturulup hastanın Hipnoterapi muayene formu ile esas şikâyeti sorgulanıp, anamnezi alındı, sigara, alkol bağımlılığı, temsili sistemleri tespit edildi. Sistem sorgulaması ve temel laboratuvar bulguları değerlendirilen hastalara, SF-36, VAS ve MIDAS ölçekleri uygulandı. Elde edilen muayene bulgularına göre hipnoterapi seansları planlandı. Mesai günlerinde, her biri yaklaşık 30 ila 45 dakika sürmek üzere, haftada 2 günden toplam 10 seans olmak üzere hipnoterapi seanslarına başlandı. İlk görüşmede tüm hastalara hipnoterapi hakkında bilgi verildi ve tüm hastaların telkine yatkınlıkları (hipnotizabilite) değerlendirildi. Hipnotizabilitesi yüksek olan hastalara, birinci seansta mayalama yapıldı. Hipnotizabilitesi düşük olan hastalara daha önce videoya

kaydedilmiş olan hipnoz seansları izletilerek telkine yatkınlıklarının artması sağlandı. İlk seansta tüm hastaların temsili sistemleri (görsel, işitsel, kinestetik) tespit edilerek mayalama ve telkinler temsili sistemlerine göre yapıldı. Temsili sistemleri tespit edilirken bildikleri ama hesap etmeleri gereken bir soru soruldu. (Evinizde kaç pencere var hesap eder misiniz?). Bu soruya cevap verirken göz hareketleri incelendi ve yukarı bakarak düşünenler görsel, kulak hizasına bakarak düşünenler işitsel ve aşağı doğru bakarak düşünenler kinestetik olarak kabul edildi. İlk seanstan itibaren tüm hastalara relaksasyon hipnozu uygulanarak fiziksel ve mental olarak rahatlamaları sağlandı. İkinci seansta relaksasyon hipnozunun ardından zihinsel canlandırma yaptırılarak hipnoz sonlandırıldı. Hastalara, üçüncü seanstan itibaren pozitif imajinasyon yöntemiyle hipnoterapi yapıldı. Dördüncü seanstan itibaren hastalara verilen telkinlere, migren ataklarını tetikleyen faktörleri daha rahat kontrol edebileceği ve yaşam tarzı değişiklikleri ile ilgili telkinler eklendi. Beşinci seanstan itibaren hastalara otohipnoz öğretildi ve ağrı atakları geldiğinde veya gelmesi hissedildiğinde kendi kendilerine otohipnoz telkinleri ile migren ağrılarını kontrol etme yöntemleri öğretildi. Yedinci seanstan itibaren posthipnotik telkinlerle beraber özgüvenini artırıcı telkinlerde de bulunulmaya başlandı ve 10 seanslık planlanan tedavi tamamlandı. Hastalar, seanslar boyunca verilen telkinlere uyum sağladı. Tedavinin bitiminden sonra 1.ay ve 3.ayda SF-36, VAS ve MIDAS ölçekleri tekrarlandı (47-52).

4. BULGULAR

Çalışmamıza dahil edilme kriterlerine uyan, 18-65 yaş arası, cinsiyet ayrımı olmaksızın 90 hasta alınmıştır. Bu hastaların 26'sı (%28,9) erkek, 64'ü (%71,1) kadınlardan oluşmaktaydı.

Tablo 9. Çalışma gruplarındaki hastalara ilişkin cinsiyet dağılımı

Cinsiyeti					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ERKEK	26	28,9	28,9	28,9
	KADIN	64	71,1	71,1	100,0
	Total	90	100,0	100,0	

Çalışmamıza katılan hastaların yaş ortalaması 33,04±,975 yıl idi. (minimum 21, maksimum 53)

Tablo 10. Çalışma gruplarındaki hastalara ilişkin yaş dağılımı

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Yaşı	90	21	53	33,04	6,975
Valid N (listwise)	90				

Tedavi öncesi 0.ayda her üç gruba da uygulanan SF-36 ölçeğinde hastaların hepsi düşük puana sahipti. Gruplar arasında anlamlı fark yoktu ($p>0,05$). Tedavi sonrası 1.ayda ve 3.ayda uygulanan SF-36 ölçeği puan tanımı, tedavi şekline göre karşılaştırıldığında anlamlı bulundu ($p<0,05$). Ve tedavi şeklinden bağımsız olarak 0.ay-1.ay ve 1.ay-3.ay puan durumları karşılaştırıldığında da anlamlı fark bulundu ($p<0,05$).

Tedavi öncesi- 0.ay, 1.ay ve 3.ay ölçümleri tedavi tipine göre karşılaştırıldığında akupunktur tedavisi ile hipnoterapi tedavisi arasında anlamlı fark bulunmazken ($p>0,05$) , ayrı ayrı akupunktur ve hipnoterapi tedavileri ilaç tedavisi ile karşılaştırıldığında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$).

Tablo 11. Zamandan bağımsız olarak her üç tedavi şekli grubunun SF-36 ölçek puan durumlarının karşılaştırılması

Multiple Comparisons

Measure: sf36

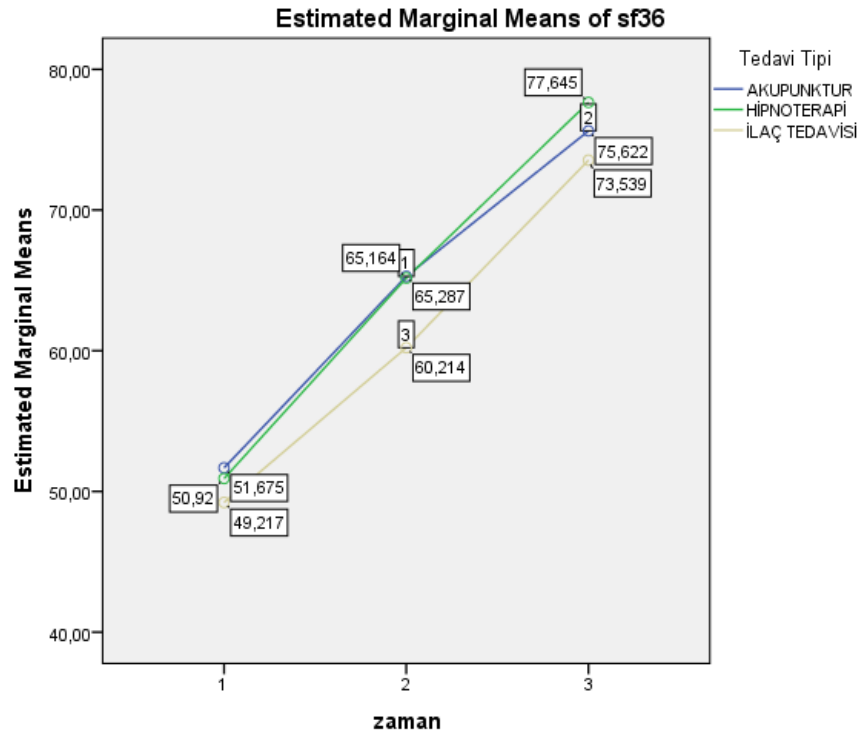
Tukey HSD

(I) Tedavi Tipi	(J) Tedavi Tipi	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
AKUPUNKTUR	HİPNOTERAPİ	-,3822	,74237	,864	-2,1524	1,3880
	İLAÇ TEDAVİSİ	3,2046*	,74237	,000	1,4344	4,9748
HİPNOTERAPİ	AKUPUNKTUR	,3822	,74237	,864	-1,3880	2,1524
	İLAÇ TEDAVİSİ	3,5868*	,74237	,000	1,8167	5,3570
İLAÇ TEDAVİSİ	AKUPUNKTUR	-3,2046*	,74237	,000	-4,9748	-1,4344
	HİPNOTERAPİ	-3,5868*	,74237	,000	-5,3570	-1,8167

Based on observed means.

The error term is Mean Square(Error) = 8,267.

*. The mean difference is significant at the ,05 level.



Şekil 1. Her üç tedavi şekli grubunun SF-36 ölçek puan durumlarının karşılaştırılması

SF-36 ölçeği 8 alt parametresi ile ayrı ayrı değerlendirildiğinde ise, fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, enerji/canlılık/vitalite ve genel sağlık algısı parametrelerinde her üç tedavi arasında anlamlı fark olmadığı görülmüştür ($p>0,05$).

Bir diğer alt parametre olan sosyal işlevsellik ile ilgili sorulara hastalarımızın 0.ay,1.ay ve 3.ay verdikleri yanıtlar her üç tedavi şekli ile karşılaştırıldığında ise akupunktur ve hipnoterapi tedavileri arasında anlamlı fark bulunmazken ($p>0,05$) ; akupunktur ve hipnoterapi tedavileri ilaç tedavisi ile ayrı ayrı karşılaştırıldığında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$).

Diğer iki alt parametre olan ağrı ve ruhsal durum parametrelerinde ise; akupunktur tedavisi ile hipnoterapi ve ilaç tedavisi arasında anlamlı fark bulunmazken ($p>0,05$), hipnoterapi tedavisi ile ilaç tedavisi arasında parametrelere göre sırasıyla $p:0,002$ ve $p:0,001$ anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$).

Tablo 12. Zamandan bağımsız olarak her üç tedavi şekli grubunun ‘ruhsal sağlık’ alt parametresi puan durumlarının karşılaştırılması

Multiple Comparisons

Measure: ruhsalsağlık

Tukey HSD

(I) Tedavi Tipi	(J) Tedavi Tipi	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
AKUPUNKTUR	HİPNOTERAPİ	-1,7222	1,20406	,330	-4,5933	1,1488
	İLAÇ TEDAVİSİ	2,7778	1,20406	,060	-,0933	5,6488
HİPNOTERAPİ	AKUPUNKTUR	1,7222	1,20406	,330	-1,1488	4,5933
	İLAÇ TEDAVİSİ	4,5000*	1,20406	,001	1,6289	7,3711
İLAÇ TEDAVİSİ	AKUPUNKTUR	-2,7778	1,20406	,060	-5,6488	,0933
	HİPNOTERAPİ	-4,5000*	1,20406	,001	-7,3711	-1,6289

Based on observed means.

The error term is Mean Square(Error) = 21,746.

*. The mean difference is significant at the ,05 level.

Tablo 13. Zamandan bağımsız olarak her üç tedavi şekli grubunun ‘ağrı’ alt parametresi puan durumlarının karşılaştırılması

Multiple Comparisons

Measure: ağrı

Tukey HSD

(I) Tedavi Tipi	(J) Tedavi Tipi	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
AKUPUNKTUR	HİPNOTERAPİ	-4,4167	1,93781	,064	-9,0373	,2040
	İLAÇ TEDAVİSİ	2,3333	1,93781	,454	-2,2873	6,9540
HİPNOTERAPİ	AKUPUNKTUR	4,4167	1,93781	,064	-,2040	9,0373
	İLAÇ TEDAVİSİ	6,7500*	1,93781	,002	2,1293	11,3707
İLAÇ TEDAVİSİ	AKUPUNKTUR	-2,3333	1,93781	,454	-6,9540	2,2873
	HİPNOTERAPİ	-6,7500*	1,93781	,002	-11,3707	-2,1293

Based on observed means.

The error term is Mean Square(Error) = 56,327.

*. The mean difference is significant at the ,05 level.

Her üç gruba da uygulanan MİDAS ölçeğinde tedavi grupları arası yapılan değerlendirmede sırasıyla 0.ay ve 1.ay puan durumlarında anlamlı değil iken ($p>0,05$), 3.ayda uygulanan MiDAS ölçeği gruplar arası puan tanımına göre anlamlı bulundu ($p<0,05$). Tedaviden tipinden bağımsız olarak 0.ay,1.ay ve 3.ay ölçümleri değerlendirildiğinde ise anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$).

Tedavi öncesi-0.ay, 1.ay ve 3.ay ölçümleri tedavi şekline göre karşılaştırıldığında akupunktur tedavisi ile hipnoterapi tedavisi arasında MİDAS ölçek puan tanımına göre anlamlı fark bulunmazken ($p>0,05$), ayrı ayrı akupunktur ve hipnoterapi tedavileri ilaç tedavisi ile karşılaştırıldığında da yine anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 14. Zamandan bağımsız olarak her üç tedavi şekli grubunun MIDAS ölçeği puan durumlarının karşılaştırılması

Multiple Comparisons

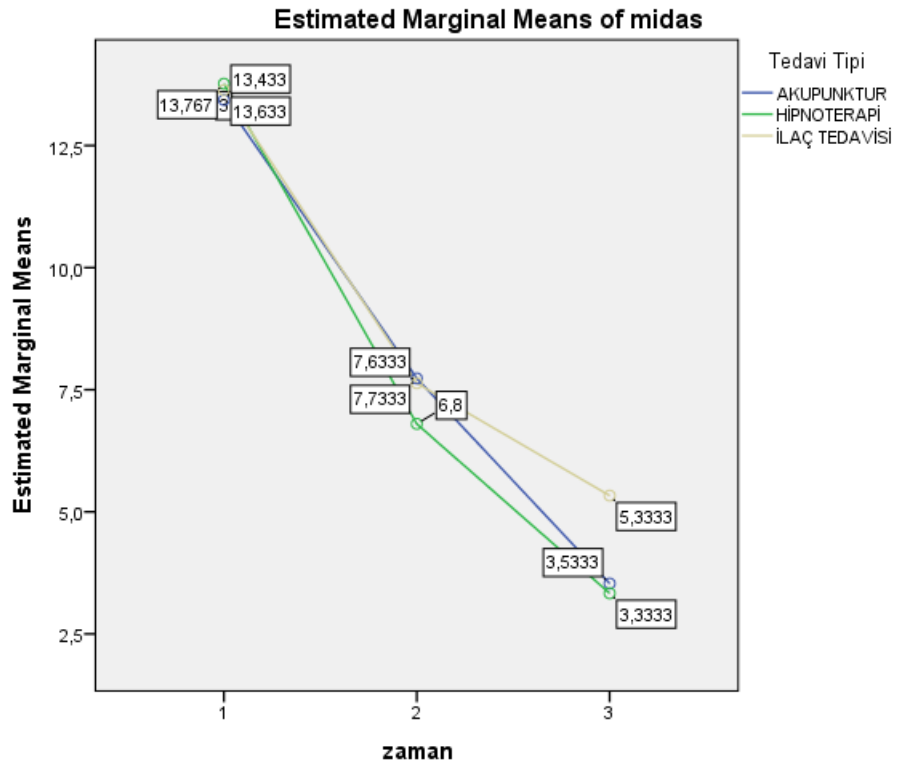
Measure: midas

Tukey HSD

(I) Tedavi Tipi	(J) Tedavi Tipi	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
AKUPUNKTUR	HİPNOTERAPİ	,27	,431	,810	-,76	1,29
	İLAÇ TEDAVİSİ	-,63	,431	,311	-1,66	,39
HİPNOTERAPİ	AKUPUNKTUR	-,27	,431	,810	-1,29	,76
	İLAÇ TEDAVİSİ	-,90	,431	,098	-1,93	,13
İLAÇ TEDAVİSİ	AKUPUNKTUR	,63	,431	,311	-,39	1,66
	HİPNOTERAPİ	,90	,431	,098	-,13	1,93

Based on observed means.

The error term is Mean Square(Error) = 2,787.



Şekil 2. Her üç tedavi şekli grubunun MIDAS ölçeği puan durumlarının karşılaştırılması

Tedavi öncesi her üç gruba da uygulanan VAS ölçeği değerlendirmesinde akupunktur, hipnoterapi ve ilaç tedavisi gruplarını kendi aralarında 0.ay-1.ay ve 1.ay-3.ay puan durumlarını karşılaştırdığımızda her üç tedavi tipinde de sonuçların anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0,05$).

Tedavi şeklinden bağımsız olarak yapılan 0.ay, 1.ay ve 3.ay VAS puan durumu değerlendirmesinde de anlamlı idi ($p<0,05$).

Tedavi öncesi 0.ay ve tedavi sonrası 1. ve 3.ay uygulanan VAS ölçek paunlarının değerlendirilmesinde akupunktur ile hipnoterapi tedavisi arasında anlamlı fark olmadığı görülürken ($p>0,05$), akupunktur ve hipnoterapi tedavileri ilaç tedavisi ile ayrı ayrı karşılaştırıldığında sonuç anlamlı bulundu ($p<0,05$).

Tablo 15. Zamandan bağımsız olarak her üç tedavi şekli grubunun VAS ölçeği puan durumlarının karşılaştırılması

Multiple Comparisons						
Measure: vas						
Tukey HSD						
(I) Tedavi Tipi	(J) Tedavi Tipi	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
AKUPUNKTUR	HİPNOTERAPİ	-,38	,187	,112	-,82	,07
	İLAÇ TEDAVİSİ	-1,61*	,187	,000	-2,06	-1,17
HİPNOTERAPİ	AKUPUNKTUR	,38	,187	,112	-,07	,82
	İLAÇ TEDAVİSİ	-1,23*	,187	,000	-1,68	-,79
İLAÇ TEDAVİSİ	AKUPUNKTUR	1,61*	,187	,000	1,17	2,06
	HİPNOTERAPİ	1,23*	,187	,000	,79	1,68

Based on observed means.

The error term is Mean Square(Error) = ,522.

*. The mean difference is significant at the ,05 level.

5. TARTIŞMA

Çalışmamızda 01.02.2015-01.02.2016 tarihleri arasında Atatürk Üniversitesi Araştırma Hastanesi Nöroloji polikliniği'ne ve Atatürk Üniversitesi Akupunktur ve Tamamlayıcı Tıp Yöntemleri Uygulama ve Araştırma Merkezi (ATYAM) 'ne 18-65 yaş arası 30'ar kişiden oluşan 3 ayrı grup olmak üzere toplam 90 hastaya 3 ayrı tedavi modalitesi uygulanmış olup, akupunktur ve hipnoterapi gibi tamamlayıcı tedavi yöntemlerinin tek başına migren tedavisinde kullanılabileceği ve eş zamanlı ilaç tedavisi sonuçları ile karşılaştırılmasında daha anlamlı sonuçlar elde edilebileceği saptandı.

Migren, tüm dünyada ve ülkemizde sık görülen bireysel ve toplumsal yükleri olan, yaşam kalitesini olumsuz etkileyen kronik hastalıklardan biridir.

Yaşam kalitesinin hem subjektif hem objektif yönleri, migren kavramının ölçeklendirilmesindeki gerekliliği ve zorluğu açıklamaktadır. Uzun çalışma serileri sonrası geliştirilen jenerik bir ölçek olan SF-36, bu değerlendirmede kullanılabilecek ölçeklerin başında gelir.

Bir kendini değerlendirme ölçeği olan SF-36 (Short Form-36) Yaşam Kalitesi Ölçeği'ni her tedavi grubuna olduğu gibi akupunktur tedavi grubumuzdaki hastalarımıza da uyguladığımızda tedavi öncesi yani 0.ay tanımıyla hastalarımızın tümünün alt parametrelere ait ortalama değerlere göre düşük puan tanımına uyumuş olduğunu gördük.

Akupunktur tedavisi uyguladığımız 8'i erkek 22'si kadın olmak üzere toplam 30 kişilik hasta grubumuzda, 10 seanslık tedavi programı sonrası 1.ay ve 3.ay yapılan SF-36 ölçüm sonuçlarına göre bir tamamlayıcı tedavi yöntemi olan akupunktur tedavisinin, migren tedavisinde tek başına kullanılması ile 0.ay ile 1.ay ve 1.ay ile 3.ay arası SF-36 ölçeklerinin puan tanımı değerlendirmesinde anlamlı sonuçlar bulundu ($p<0,05$). Ve yine akupunktur tedavisinin, ilaç tedavisine göre 0,1. ve 3.ay ölçümlerinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0,05$).

Andrew J Vickers ve arkadaşlarının (2004) yapmış olduğu benzer çalışmada; bizim çalışmamızda olduğu gibi 18-65 yaş arası, her iki cinsiyette alınan, 140 kişiden oluşan akupunktur tedavisi grubu ve 160 kişiden oluşan kontrol grubu alınmış. Üç aylık zaman zarfı içerisinde toplam 12 seans akupunktur tedavisi yapılmış olup, hastalara tedavi öncesi-0.ay, 3.ay ve 1.yılda SF-36 ölçeği uygulanmış. Çalışma sonuçlarına göre her üç dönem yapılan SF-36 ölçek puan durum karşılaştırması, kontrol grubu puan durumu karşılaştırmasına kıyasla anlamlı bulunmuş ($p<0,05$) (72).

Bizim çalışmamızda SF-36 ölçeğine ait 8 adet alt parametreden akupunktur tedavisi ile 0,1. ve 3.ay ölçek puan durumları karşılaştırıldığında yalnızca sosyal işlevsellik alt parametresinde anlamlı sonuçlar elde edildi ($p<0,05$). Andrews J Vickers ve arkadaşlarının çalışma sonuçlarına göre ise, fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, enerji/canlılık/vitalite ve genel sağlık algısı alt parametrelerinde anlamlı fark bulunmuş ($p<0,05$) (72).

Sharon Plank ve arkadaşlarının (2013) yaptığı bir çalışmada ise, yaşları 18-80 arasında değişen, 33'ü bayan, 12'si erkek toplam 45 hasta çalışmaya dâhil edilmiş. İlk dört hafta haftada 2 kez, takip eden dört hafta haftada 1 kez olmak üzere toplam 12 seans akupunktur uygulanmış. Hastalara tedaviden 12 hafta önce, hemen tedavi öncesi, hemen tedavi sonrası ve tedavi bitiminden 12 hafta sonra olmak üzere 4 kez MIDAS ve VAS ölçekleri uygulanmış. Yapılan MIDAS ve VAS ölçümleri sonucu istenilen anlamlı sonuçlara ulaşılamasa da “Bugün baş ağrınız var mı?” sorusuna verilen yanıtta yani hastaların baş ağrısı günlüklerinde anlamlı sonuçlar elde edilmesine bağlı olarak akupunktur tedavisinin, migren baş ağrısı tedavisinde gelecekte daha başarılı olacağı kanısı varılmış (73).

Jena S ve arkadaşlarının (2008) yaptığı çalışmada 98'i akupunktur, 124'ü kontrol grubu olmak üzere toplam 222 kişilik bir hasta grubu alınmış. Akupunktur hasta grubuna 3 aylık bir süreçte toplam 15 seans akupunktur tedavisi uygulanırken, kontrol grubuna yalnızca medikal tedavi verilmiş. Ve tüm hastalara tedavi öncesi, tedavi bitiminde sonra 3.ay ve 6.ay olmak üzere üç kez SF-36 ölçeği uygulanmış.

Kontrol grubu ölçek puan durumlarına kıyasla akupunktur tedavisi grubunun ölçek puan durumları anlamlı bulunmuş (74).

Perrson AL ve arkadaşlarının (2015) yakın zamanlı yaptığı bir çalışmada, ayda en az 15 gün toplamda 3 ay ağrılı günü olan kronik baş ağrılı ve/veya migren tanılı, çok kez farmakolojik ve nonfarmakolojik birçok tedavi yöntemi arayışında bulunmuş 16 adet hastalar alınmış ve hastalar, tedavi öncesi VAS ölçeği ile değerlendirilmiş. Tedavide çeşitli fizyoterapi teknikleri, kendi kendine eğitim egzersizleri ve akupunktur uygulanan hastalar, tedavi bitiminden 6 ay sonra tekrar VAS ölçeği uygulanarak kendi ifadeleri ile değerlendirilmiş. Çalışma amaçlarının, ilgili tedavilerin birlikte kullanımı ile kişinin kendi kaynak ve yeteneklerini kullanabilmelerini ve semptomlarını azaltabilmelerini sağlamak olduğunu söyleyen araştırmacılar, her iki ölçüm VAS ölçek sonuçlarını değerlendirdiklerinde tedavi öncesine göre anlamlı sonuçlar bulmuşlar. ($p<0,05$) (75)

Bizim çalışmamızda ise her üç tedavi grubumuza olduğu gibi akupunktur tedavisi grubundaki hastalarımıza da uyguladığımız tedavi öncesi, tedavi sonrası 1.ay ve 3.ay VAS ölçek skorlarına bakacak olursak zaman ile yani 0.-1.ay ve 1.-3.ay ölçek skorları arasında anlamlı fark bulundu ($p<0,05$). Ve yine akupunktur tedavisi grubumuzdaki hastaların skorları, ilaç tedavisi grubumuzdaki hastalarımızın skorlarına kıyasla anlamlı bulundu ($p<0,05$).

Yine akupunktur tedavisi grubumuzdaki hastalarımıza uyguladığımız MIDAS ölçeği, 0.-1.ay, 1.-3.ay puan durumları karşılaştırması anlamlı bulundu fakat ilaç tedavisi grubumuzdaki hastalarımızın sonuçlarıyla karşılaştırıldığında anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$).

Çalışmamızda hipnoterapi tedavi grubumuzdaki 6'sı erkek, 24'ü kadın toplam 30 hastamıza yine tedavi öncesi -0.ay, tedavi bitiminden sonra 1.ay ve 3.ay SF-36 ölçeği uygulandı. Tedavi öncesi -0.ay, tedavi sonrası 1.ay ve 3.ay uyguladığımız SF-36 ölçek puan durumlarında zaman içerisinde anlamlı fark bulundu ($p<0,05$). Hipnoterapi tedavisi grubundaki hastalarımız, ilaç tedavisi

grubundaki hastalarımızla karşılaştırılacak olursa SF-36 ölçek puan durumlarına göre yine anlamlı fark bulunduğu görüldü ($p<0,05$).

Spanos ve arkadaşlarının (1993) yaptığı benzer bir çalışmaya bakacak olursak, 136 kişiden oluşan bir hasta grubu almış ve 3 ayrı tedavi grubuna ayırmışlar. Birinci grup tedavide hastalara 1 veya 4 seans imajinasyon hipnozu tedavisi, ikinci grup tedavide hastalara 1 veya 4 seans ‘subluminal destekli’ plasebo tedavisi verilmesi ve üçüncü grubunda tedavi almayan kontrol grubu olması planlanmış. Hastaların baş ağrısı günlükleri tutulduğunda, hipnoz tedavisi ve plasebo tedavisi yapılan gruplardaki hastaların baş ağrısı günlük sonuçları birbiriyle yakın sonuçlar olmak ve aralarında anlamlı fark olmamak üzere, kontrol grubu sonuçlarına göre anlamlı bulunmuş (76).

Mannix ve arkadaşlarının (1999) yaptığı çalışmada ise, kronik baş ağrısı ve/veya migren tanılı hastalardan oluşmak üzere 129 kişiden oluşan bir tedavi, 131 kişiden oluşan bir kontrol grubu alınmış. Tedavi grubunda tamamen her bir hastaya özel kişiselleştirilmiş tedavinin yanında günlük 20 dakika imajinasyon temelli telkinler dinletilmiş. Kontrol grubundaki hastalar ise yalnızca kişiselleştirilmiş tedavileri almış. Her iki grup hastaya da tedavi öncesi ilk visitte ve 1 ay sonraki ikinci visitte olmak üzere iki kere SF-36 ölçeği uygulanmış. Görülmüş ki, kişiselleştirilmiş tedavisinin yanısıra her gün 20 dakika imajinasyon temelli telkin alan hastalardan oluşan tedavi grubunun SF-36 ölçek puan durumu, kontrol grubuyla kıyaslandığında anlamlı fark bulunmuş ($p<0,05$) (76).

SF-36 ölçeğinin 2 temel komponent kapsamında 8 alt parametresi ile yapılan değerlendirmesine göre, yalnızca ağrı ve ruhsal durum parametrelerinde, hipnoterapi tedavisi ile ilaç tedavisi arasında parametrelere göre sırasıyla $p:0,002$ ve $p:0,001$ anlamlı fark bulunmuş ($p<0,05$).

Tüm dünyada ve ülkemizde migren tedavisine yönelik yapılan hipnoz ve hipnoterapi tedavi çalışmalarının az sayıda olduğu ve yapılan çalışmalarda MIDAS ve VAS ölçeklerinin hiç kullanılmadığı görülmüş olup, bizim çalışmamızda

hipnoterapi tedavi grubundaki hastalarımıza yine tedavi öncesi -0.ay, tedavi sonrası 1.ay ve 3.ayda MIDAS ve VAS ölçekleri uygulandı.

Yine hipnoterapi tedavi grubundaki hastalara ait tedavi öncesi-0.ay, tedavi sonrası 1.ay ve 3.ayda yapılan VAS ölçek puan durumlarına göre 0.ay-1.ay ve 1.ay-3.ay ölçek skorları arasında anlamlı fark bulundu ($p<0,05$). Ve hipnoterapi tedavi grubu VAS ölçek sonuçları, ilaç tedavi grubu hastalarımız ölçek sonuçları ile karşılaştırıldığında yine anlamlı fark olduğu görüldü ($p<0,05$).

Hipnoterapi tedavi grubuna uyguladığımız bir diğer ölçeğimiz olan MIDAS ölçeği 0.-1.ay ve 1.-3.ay puan durumu karşılaştırmasında anlamlı fark bulundu ancak hipnoterapi tedavi grubu puanlarının ilaç tedavisi grubundaki ölçek puanlarına karşılık anlamlı farklı olmadığı görüldü ($p>0,05$).

Yapılan istatistiksel değerlendirme sonuçları gösteriyor ki, migren tedavisinde tamamlayıcı tedavi yöntemlerinden olan akupunktur ve hipnoterapi tedavisi arasında tedavi öncesi-0.ay, tedavi sonrası 1.ay ve 3.ay yapılan SF-36, MIDAS ve VAS ölçek sonuçlarına göre anlamlı fark bulunmazken bu tedavi yöntemlerinin ilaç tedavisi grubuna uygulanan ölçek puan skorları ile karşılaştırılmasında anlamlı fark bulundu ($p<0,05$).

SF-36 ölçeğini 8 alt parametresi ile değerlendirecek olursak, akupunktur tedavisi ile hipnoterapi tedavileri arasında birbirlerine üstünlük gösterilemezken, yalnızca sosyal işlevsellik alt parametresinde akupunktur ve hipnoterapi tedavilerinin ayrı ayrı ilaç tedavisine göre anlamlı farklı olduğu, hipnoterapi tedavisinin ise ağrı ve ruhsal durum parametrelerinde de ilaç tedavisine göre anlamlı farklı olduğu görüldü ($p<0,05$).

Çalışma sonuçlarımız göstermektedir ki, tamamlayıcı tedavi yöntemlerinden olan akupunktur ve hipnoterapi tedavi yöntemleri, migren tedavisinde tek başına, ilaç tedavisi yerine kullanılabilmekte ve hastaların yaşam kalitelerine, baş ağrısı günlüklerine ve ağrı şiddetlerine yönelik yapılan ölçeklerde anlamlı sonuçlar elde edilmektedir.

6. SONUÇ

Yaşam kalitesini olumsuz olarak etkileyen migren baş ağrısı sebebiyle, hastalar özellikle atak dönemlerinde büyük bir tıbbi yardım ve desteğe ihtiyaç duymaktadır ve zaman içerisinde medikal tedavinin yanı sıra yan etkisi minimum, maliyet etkin tedaviler olmaları ve kanıtlanmış ölçütleri ile tamamlayıcı tedavi yöntemleri de tüm dünyada ve ülkemizde de kullanılmaya başlanmaktadır.

Çalışmamızda da bir kronik hastalık olan migren baş ağrısında, ağrı şiddetinin, süresinin, sıklığının iyileştirilmesinde, ağrı ile baş etmenin öğretilmesinde ve kişilerin yaşam kalitesinin artırılmasında, tamamlayıcı tedavi yöntemlerinden akupunktur ve hipnoterapi tedavisinin, konvansiyonel tedaviye karşılık tek başlarına tedavi seçeneği olarak geliştirilebilecekleri ve kullanılabilecekleri gösterilmiştir.

Çalışmamızın temel kısıtlılığı, hastaların demografik bilgi kayıtlarının daha ayrıntılı kayıt altına alınmamış olmasıdır. Bu anlamda hastaların aile bireylerinde migren varlığının, sosyoekonomik durumun, eğitim düzeyinin ve benzeri faktörlerin migren baş ağrısı atak sıklığı ve şiddetini etkileyip etkilemediği konusunda da fikir sahibi olunarak daha kapsamlı bir çalışma planlanabilir.

7. KAYNAKLAR

1. Yücel Y. Migren Baş Ağrısında Tanı ve Tedavi Yaklaşımları. Dicle Tıp Dergisi, 2008; Cilt:35, Sayı:4, (281-286).
2. Türk Nöroloji Derneği, Baş Ağrısı Klinik Çalışma Rehberi, 2014-2015.
3. Yavuz F,K. Gerilim ve Migren Tipi Baş Ağrılarına Eşlik Eden İşlevsel Olmayan Bilişsel İçerikler ve Tutumlar. Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences 2013;26:12-21.
4. Set T. Ağrı ile Baş Etmede Tamamlayıcı ve Alternatif Tedaviler. Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics 2011;2(2):79-82.
5. Mazıcıoğlu M,M. Akupunktur ile Tedavinin Gelişim Süreci, Türleri ve Metodolojisi. Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics 2014;5(4):28-34.
6. Cabioğlu T,M. Akupunktur ve Analjezik Sistem. Türkiye Klinikleri J PM&R-Special Topics 2010;3(1):6-11.
7. Cabioğlu T,M. Akupunktur ile ağrı kontrolü ve nörotransmitterler. Genel Tıp Derg 2008;18(2): 93-98.
8. Cabioğlu T,M., Ergene N. Akupunkturun etki mekanizmaları ve klinik uygulamaları. Genel Tıp Derg 2003;13(1):35-40.
9. Huang YL, Wan MY, Liang XS, Liang FR. Effect of acupuncture along affected meridian on the MME gene expression of migraine patients without aura of gan-yang hyperactivity syndrome. Zhongguo Zhong Xi Yi Jie He Za Zhi. 2015 Mar;35(3):294-8.
10. Zhang H, Hu Y, Wu J, Zheng H. Timeliness law on the immediate analgesia on acute migraine treated with electroacupuncture at shaoyang meridian points. Zhongguo Zhen Jiu. 2015 Feb;35(2):127-31.
11. Lin XM, Yao X, Di Z. Acupuncture at "Siguan" combined with Gallbladder Meridian acupoints for migraine: a randomized controlled trial. Zhongguo Zhen Jiu. 2014 Oct;34(10):947-50.
12. Plank S, Goodard JL, Pasierb L, Simunich TJ, Croner JR. Standardized set-point acupuncture for migraines. Altern Ther Health Med. 2013 Nov-Dec;19(6):32-7.

13. Set T, Taştan K. Hipnoz ve Aile Hekimliğinde Kullanımı. *Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics* 2012;3(1):56-8.
14. “Bilinçaltının Terapötik Gücü : Hipnoterapi”, Yrd.Doç.Dr.Kenan TAŞTAN, Doç.Dr.Turan SET, Ayhan Ofset, Erzurum, Kasım 2013.
15. Colon Y, Avnet S,M. Medical hypnotherapy for pain management. *Journal of Pain & Palliative Care Pharmacotherapy*. 2014;28:174–176.
16. Lanfranco C,R, Canales-Johnson A, Huepe D. Hypnoanalgesia and the study of pain experience : from Cajal to modern neuroscience. *Frontiers in psychology* MINI REVIEWARTICLE published: 30September2014 doi: 10.3389/fpsyg.2014.01126.
17. Artimon M,H. Hypnotherapy of a Pain Disorder: A Clinical Case Study. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 63:2, 236-246, DOI: 10.1080/00207144.2015.1002704.
18. Doksat K. Ağrı ve Psikiyatri. *Psikiyatri Dünyası*, 1999;1:23-31.
19. Karaca S. Demir F. Herken H. Emir O. Aşkın R., Kronik Ağrılı ve Migrenli Hastalarda Depresyon Düzeyleri ve Ağrı ile Başa çıkma Becerileri. *Düşünen Adam*; 1999, 12 (4).-31-33.
20. Kirsch, I., Montgomery, G., & Sapirstein, G. (1995). Hypnosis as an adjunct to cognitive-behavioral psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 63, 214-220.
21. Lynn, S. J., Kirsch, I., Barabasz, A., Cardeña, E., & Patterson, D. (2000). Hypnosis as an empirically supported clinical intervention: The state of the evidence and a look to the future. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 48, 235-255.
22. Kuru, Tuğba, et al. "Erişkinlerde ağrı ve farklı ağrı tedavilerinin prevalansı." *Ağrı* 23.1 (2011): 22-27.
23. Erdine S: Ağrı mekanizmaları ve ağrıya genel yaklaşım. In: Erdine S: Ağrı 3.baskı. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2007, 37-49
24. Doksat K, Ağrı ve Psikiyatri. *PSİKIYATRİ DÜNYASI* 1999;1:23-31.
25. Köknel Talu G: Ağrılı hastanın değerlendirilmesi. In: Erdine S: Ağrı 3.baskı. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2007, 61-69.

26. Özön Ö, Bolay H. Primer baş ağrılarında tanı ve tedavi yaklaşımları. *Türk Nörosirürji Dergisi* 13: 97-112, 2003.
26. Korkut E. Baş ağrıları. Baş ağrısı okulu, 2014
27. Siberstein SD, Stiles S, Young BW, Rozen TD. An Atlas of Headache. The Parthenon Publishing Group, 2002
28. Gün N, 2015, Migrenli Kadınlarda Kas İskelet Sistemi ve Fonksiyonelliğin Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
29. Ekincioğlu Bayraktar A, Demirkan K. Birinci Basamak Tedavi Hizmetlerinde Baş Ağrılarına Yaklaşım : Eczacının rolü. *Hacettepe Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Dergisi.Cilt 33 / Sayı 1 / Ocak 2013 / ss. 75-104.*
30. Algın Kaplan A. “Migren ve Baş Ağrılarımızın 'kaderiniz' olduğunu mu düşünüyorsunuz? Ohalde yanılıyorsunuz!” Göller Bölgesi Aylık Hakemli Ekonomi ve Kültür Dergisi Ayrıntı/ 37.
31. Özdemir G. Erzurum İlinde Migren Baş Ağrısı Prevalansı Araştırılması. Uzmanlık tezi, Erzurum, 2011.
32. Ünsal İ. Migren ve Gerilim Tipi Baş Ağrısı Olan Hastalarda SF-36 ölçeği ile Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Uzmanlık tezi. Harran Üniversitesi Nöroloji Anabilim Dalı, Şanlıurfa, 2012.
33. Durusoy L. Migren Hastalarında Ağrı Eşiğinin Değerlendirilmesi. Uzmanlık tezi. Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı, Kırıkkale, 2012.
34. Boran HE, Bolay H. Migren Patofizyolojisi. *Nöropsikiyatri arşivi* 2013; 50. özel sayı 1: 1-7.
35. Saygın ZM, Öztürk E, Koçer A, Lüleci A, Çalışkan A. Aurasız migren ile epizodik gerilim tipi baş ağrısı: Psikiyatrik morbidite ve ayırt edici diğer özelliklerin araştırılması. *Tıp Araştırmaları Dergisi* 2005; 3 (1) : 22-26.
36. Gündüztepe Y. Migrenli Hastalarda Akupunktur Tedavisinin Nitrik Oksit’e Etkisi. Yüksek Lisans Tezi. Gazi Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Birimi, Ankara, 2011.
37. Timothy R. Smith, MD, RPh, FACP; Robert A. Nicholson, PhD; JamesW. Banks, MD. Migraine Education Improves Quality of Life in a Primary Care

Setting.16Headache © 2010 the Author, Journal compilation © 2010 American Headache Society. doi: 10.1111/j.1526-4610.2010.01618.x.8

38. Yücel Y. Migren Baş Ağrılarında Tanı ve Tedavi Yaklaşımları. Dicle Tıp Dergisi, 2008. Cilt: 35, Sayı: 4 , (281-286).
39. Horasanlı E, Usta B, Yeşilay A. Medikal Akupunktur. Yeni Tıp Dergisi 2008;25:70-75.
40. Cabioğlu MT, Ergene N. Akupunkturun etki mekanizmaları ve klinik uygulamaları. Genel Tıp Derg 2003;13(1):35-40.
41. Kavaklı A. Akupunktur. Fırat Tıp Dergisi 2010;15(1): 1-4.
42. Cabioğlu MT. Akupunktur ile ağrı kontrolü ve nörotransmitterler. Genel Tıp Derg 2008;18(2): 93-98.
43. <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2014/10/20141027-3.htm>
44. AR, Buse CD, Andrasik F, Lipton BR. Nonpharmacologic Treatments
45. for Migraine and Tension-Type Headache: How to Choose and When to Use. Current Treatment Options in Neurology (2011) 13:28–40.
46. Molsberger A. The role of acupuncture in the treatment of migraine. *CMAJ* 2012. DOI:10.1503 /cmaj.112032.
47. Taştan, K. and T. Set. Bilinçaltının Terapötik Gücü: Hipnoterapi. . 1.Baskı ed. Vol. 37-45. 2014; Ayhan Ofset Matbaacılık.
48. Özakkaş T. Gerçeğin Dirilişine Kapı, Hipnoz. 1. Baskı. 1995. Özak Yayınevi. Kayseri.
49. Özgök A. Hipnoz ve Anestezi. Anestezi Dergisi 2013; 21 (1): 11 – 16.
50. Spanos PN. Hypnosis, Hypnotizability and Hypnotherapy. Handbook of Social and Clinical Psychology, 1998, chapter32.
51. Ardore M, Pinessi L, Savi L. Migraine and Hypnosis. The Journal of Headache and Pain 2015, 16(Suppl 1):A86.
52. Jensen M,Patterson D. Hypnotic Approaches for Chronic Pain Management. American Psychologist, 2014, Vol. 69, No. 2, 167–177.
53. Ware JE, SherbourneCD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. Med Care 1992; 30: 473-483.

54. Koçyiğit H, Aydemir Ö, Ölmez N, MemişA. Kısa Form-36 (KF-36)'nın Türkçe Versiyonunun Güvenilirliği ve Geçerliliği. *İlaç ve Tedavi Dergisi* 1999; 12: 102-106.
55. Demiral Y, ErgörG, Ünal B, Semin S, AkvardarY, Kivırcık B, Alptekin K. Normative data and discriminative properties of short form 36 (SF-36) in Turkishurban population. *BMC PublicHealth*2006; 9:247.
56. Ertaş M, Siva A, Dalkara T, Uzuner T, Dora B, Inan L, et al ; Turkish MIDAS group. Validity and realibility of the Turkish Migraine Disability Assessment (MIDAS) questionnaire. *Headache* 2004; 44(8): 786-93.
57. Gedikoğlu U, Coşkun O, Inan LE, Ucler S, Tunc T, Emre U. Validity and realibility of the Turkish Migraine Disability Assessment (MIDAS) questionnaire in patients with migraine. *Cephalalgia* 2005; 25(6): 452-6.
58. Kılıç S, Derman O, Akgül S, Knabur N, Kutluk T, Aysun S. The Use of MIDAS Questionnaire to Assess Migraine and Tension Type Headcahe in Adolescents. *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 2012;32(2).
59. Fredy M. The graphic rating scale. *Journal of educational psychology* 14: 83-102,1923.
60. Wewers ME, Lowe NK. A critical review of visual analogue scales in the measurement of clinical phenomena. *Research in Nursing & Health* 13: 227-236, 1990.
61. Güzeldemir ME. Pain Assessment Methods. *Sendrom Haziran* 1995:11-21.
62. Gen-cheng WU. Acupuncture analgesia in Migraine. *Chin J Integr Med* 2009 Aug;15(4):248-250.
63. Quirico PE. Effects of the acupoints PC 6 Neiguan and LR 3 Taichong on cerebral blood flow in normal subjects and in migraine patients. *Neurological sciences*, 35 (1), s129-133.
64. Linde K, Allais G, Brinkhaus B, Manheimer E, Vickers A, White RA. Acupuncture for migraine prophylaxis. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 1. Art. No.: CD001218. DOI: 10.1002/14651858.CD001218.pub2.
65. Giannini G, Nicodemo M, Favoni V, Matra A, Giovanardi C, Pierangeli G, Cortelli P, Cevoli, S. The acumigran study: a randomized controlled clinical trial

- on the efficacy of acupuncture for migraine prophylaxis. *Cephalalgia*, 2015, 35, 34-34.
66. Schiapparelli P, Allais G, Rolando S, Airola G, Borgogno P, Terzi MG, Benedetto C. *Acupuncture in primary headache treatment*. *Neurol Sci* (2011) 32 (Suppl 1):S15–S18.
 67. Rezvani M, Yaraghi A, Mohseni M, Fathimoghadam F. Efficacy of Yamamoto New Scalp Acupuncture Versus Traditional Chinese Acupuncture for Migraine Treatment. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, Volume 20, Number 5, 2014, pp. 371–374.
 68. Peijuan Z, Aicheng W, Bai L, Chunyan L, Yu W. Effect of acupuncture at Fengchi (GB 20) on the activity of myosin light chain kinase in the middle meningeal artery of migraine modeled rats. *J Tradit Chin Med* 2015 June 15; 35(3): 301-305.
 69. Wang Y, Xue CC, Helme R, Costa CD, Zheng Z. Acupuncture for Frequent Migraine: A Randomized, Patient/Assessor Blinded, Controlled Trial with One-Year Follow-Up. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*. Volume 2015, Article ID 920353, 14 pages.
 70. Du R, Wang Y, Liu X, Liu Z. Acupuncture for acute migraine attacks in adults: a systematic review protocol. *BMJ Open* 2015;5:e006968.
 71. Facco E, Liguori A, Petti F, Zanette G, Coluzzi F, Nardin MD, Mattia C. Traditional Acupuncture in Migraine: A controlled, randomized study. *Headache* 2008;48:398-407.
 72. Vickers A, Rees R, Zollman C, Smith C, Ellis N. Acupuncture for migraine and headache in primary care: a protocol for a pragmatic, randomized trial. *Complementary Therapies in Medicine* (1999). 7, 3-18.
 73. Plank S, Goodard J, Pasierb E. Standardized set-point acupuncture for migraines. *ALTERNATIVE THERAPIES*, NOV/DEC 2013, VOL. 19, 6.
 74. S Jena, CM Witt, B Brinkhaus, K Wegscheider, SN Willich. Acupuncture in patients with headache. *Cephalalgia*, 2008, 28, 969–979.
 75. Persson AL, Van Der Pals M, Carlsson CP. Clinic Evaluation of individualized multimodal physiotherapy and acupuncture treatment for patients with chronic daily headache. *Physical Therapy Reviews*, 2015, 20(4), 255-261.

- 76.** Hammond CD. Review of the Efficacy of Clinical Hypnosis with Headaches and Migraines. *Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*. 55(2): 207–219, 2007.

8. EKLER

EK-1. Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul İzni



**ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ TIP
FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU**



Bölümü : Dekanlık
Servisi : Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
Sayı : B.30.2.ATA.0.01.00/143
Konu : Etik Kurul Kararı

17.09.2015

Sayın:Arş.Gör.Dr.Özlem ÖZER
Aile Hekimliği Anabilim Dalı
Araştırma Görevlisi

Değerlendirilmek üzere Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'na başvuruda bulunduğunuz
"Migren Tedavisinde İlaç, Akupunktur Ve Hipnoterapi Tedavisinin Etkinliğinin
Karşılaştırılması" isimli bilimsel tez çalışmasına ait Kurul Kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.


Prof.Dr.Hülya AKSOY
Etik Kurul Başkanı

Eki _____ :
1 Adet Etik Kurul Kararı



**ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ TIP
FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU**



KARAR

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı
	TELEFON	+90 442 234 65 11
	FAKS	+90 442 236 09 68
	E-POSTA	atatipetikkurul@gmail.com
SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI		Arş.Gör.Dr.Özlem ÖZER
ARAŞTIRMACININ AÇIK ADI		Migren Tedavisinde İlaç, Akupunktur Ve Hipnoterapi Tedavisinin Etkinliğinin Karşılaştırılması
KARAR BİLGİLERİ	Toplantı Sayısı: 6 Karar No: 12	Tarih: 17.09.2015
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve çalışmanın bütçesinin Kendisi tarafından karşılanması koşulu ile yapılmasında bilimsel ve etik açıdan sakınca olmadığına oy birliği ile karar verildi. Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir. Araştırmacıya çalışmalarında başarılar dileriz.	

Prof.Dr.Hülya AKSOY
Etik Kurul Başkanı

Prof.Dr.Mustafa GÜL
Üye

Prof.Dr.Zekai HALICI
Üye

Doç.Dr. Hamidullah UYANIK
Üye

Doç.Dr.Atilla ÇAYIR
Üye

Yrd.Doç.Dr.M.Erdem SAĞSÖZ
Üye

Uz.Dr.Sevilay AKALP ÖZMEN
Üye

Op.Dr.Binali FIRINCI
Üye

Op.Dr.Binali FIRINCI
Üye

Gülten TEK
Üye

Gülten TEK
Üye

**EK-2. Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölüm Başkanlığı
Bölüm Kurul Kararı**

**T.C
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
DAHİLİ TIP BİLİMLERİ BÖLÜM BAŞKANLIĞI
BÖLÜM KURUL KARARLARI**

**OTURUM TARİHİ : 09.09.2015
OTURUM SAYISI : 3**

Dahili Tıp Bilimleri Bölüm Kurulumuz 09 EYLÜL 2015 ÇARŞAMBA günü Saat 13.05'de; Dekanlık Binası Kurul Toplantı Salonunda Prof. Dr. Mehmet GÜNDOĞDU başkanlığında toplanarak aşağıdaki kararları almışlardır.

KARAR NO : 33 – Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanlığının 24.08.2015 tarih ve 250 sayılı araştırma görevlisi **Dr. Özlem ÖZER'e**; ait “ **Migren Tedavisinde İlaç, Akupunktur ve Hipnoterapi Tedavisinin Etkinliğinin Karşılaştırılması** ” Konulu tez çalışması ile ilgili yazısı görüşüldü,
Ancak **Hipnoterapi** Tedavisinin yan etkilerinin neler olabileceği Bölüm Kurulunda açıklanamadı; Ayrıca bu konunun, Tez konusu değil, çalışma konusu olmasının daha uygun olacağı tartışıldı. Sonuç olarak; Tezin Yapıldığı Süreçte veya ileride Etik, Hukuki bir Sorumluluk çıkmaması temennisinde bulunularak, Aile Hekimliği Anabilim Dalının Sorumluluğunda Tezin yaptırılmasına mevcudun oy çokluğuyla karar verildi ve tez yöneticiliğini,
Yrd. Doç. Dr. Kenan TASTAN'ın, yürütmesine,

Mevcudun oy Birliğiyle Karar verildi.

EK-3. Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Kürsü Kurulu Kararı

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞI

Anabilim Dalı Kürsü Kurulu

Toplantı no: 47

Tarih: 07.05.2014

Katılanlar:

1. Prof. Dr. Zekeriya Aktürk
2. Doç. Dr. Memet Işık
3. Yrd. Doç. Dr. Yasemin Çayır
4. Yrd. Doç. Dr. Kenan Taştan

Katılmayanlar:

1. Doç. Dr. Ümit Avşar

Gündem:

1. Asistan eğitimi
2. Lisans eğitimi
3. Bilimsel çalışmalar
4. Poliklinik hizmetleri
5. TAHUD Erzurum şubesinin kurulması
6. Dilek ve temenniler

Görüşler/Kararlar:

1. Asistan eğitimi
 - a. Asistanların aile hekimliği poliklinikteki çalışmaları bir rotasyon çerçevesinde yürütülmeye başlandı.
 - b. Araştırma Görevlisi Dr. Özlem ÖZER'in "Migren Tedavisinde İlaç, Akupunktur ve Hipnoterapi Etkinliğinin Karşılaştırılması" başlıklı tez çalışmasını Yrd. Doç. Dr. Kenan TAŞTAN'ın danışmanlığında yürütmesi kararlaştırıldı.
 - c. Asistan eğitimine önem verilmesi ve rotasyondaki asistanların ziyaret edilip çalışmalarının yerinde takip edilmesi hatırlatıldı.
 - d. Araştırma Görevlisi Dr. Zeynep SEVER'in sorumlu öğretim üyesinin Doç. Dr. Memet IŞIK olması kararlaştırıldı.
 - e. Araştırma Görevlisi Dr. Hediye CEVİZCİ'nin sorumlu öğretim üyesinin Prof. Dr. Zekeriya AKTÜRK olması kararlaştırıldı.
2. İntörn eğitimi
 - a. İntörn eğitimini değerlendirme formu Doç. Dr. Memet IŞIK tarafından güncellendi. Yeni form öğrencilere staj başında verilecek.
3. Bilimsel çalışmalar
 - a. Aylık bilimsel çalışma toplantılarına devam edilecek. Her öğretim üyesinin anlattığı derslerin derlemesini yapıp yayınlaması husus hatırlatıldı.
4. Poliklinik hizmetleri planlandığı şekilde devam ediyor.
5. TAHUD Erzurum şubesinin kurulması
 - a. Doç. Dr. Ümit AVŞAR takip ediyor.

Prof. Dr. Zekeriya Aktürk

Doç. Dr. Ümit Avşar

Yrd. Doç. Dr. Kenan Taştan

Doç. Dr. Memet Işık

Yrd. Doç. Dr. Yasemin Çayır

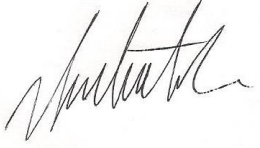
EK-4. Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi İlaç Dışı Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Nöroloji Anabilim Dalı Başkanı veya Eğitim Sorumlusu Bilgilendirme Belgesi



**ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ İLAÇ DIŞI KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU BAŞKANLIĞI'NA,**

Açık adı; "Migren tedavisinde ilaç, akupunktur ve hipnoterapi"
Tedavî Etkinliklerinin Karşılaştırılması
olan Yüksek Lisans Tezi (), Doktora Tezi (X), Uzmanlık Tezi (), Bireysel Araştırma Projesi (),
Diğer () statüsündeki klinik araştırma, bilgim dahilinde gerçekleştirilecektir.
Gereğini rica ederim.

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi
Araştırma Hastaneleri
Prof. Dr. Hızır ULVI
T.C. No: E.01147
Nöroloji A.B.D.
AD Başkanı


Tez Danışmanı
Yrd. Doç. Dr. Kenan TAŞTAN

EK-5. Araştırma Amaçlı Çalışma için Aydınlatılmış Onam Formu

ARAŞTIRMA AMAÇLI ÇALIŞMA İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Migren hastalığıyla ilgili yeni bir tez araştırması yapmaktayız. Araştırmanın adı **“Migren Tedavisinde İlaç, Akupunktur ve Hipnoterapi Tedavisinin Etkinliğinin Karşılaştırılması”**dır. Bu araştırmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

Bu araştırmayı yapmak istememizin nedeni: Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma Hastanesi Nöroloji Polikliniğinde Migren tanısı konulan hastalara üç farklı tedavi yöntemi uygulayarak (ilaç, akupunktur, hipnoterapi) tedavi yöntemlerinin etkinliğini tespit etmektir.

Eğer araştırmaya katılmayı kabul ederseniz Yrd. Doç. Dr. Kenan Taştan veya onun tez araştırmacısı olarak ben, Arş.Gör.Dr. Özlem Özer Dişçi tarafından muayene edileceksiniz ve bulgular kaydedilecektir. Muayene sonucunda uygun görülürse bu çalışmaya alınacaksınız.

Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır.

Sizinle ilgili tıbbi bilgiler gizli tutulacak, ancak çalışmanın kalitesini denetleyen görevliler, etik kurullar ya da resmi makamlarca gereği halinde incelenebilecektir.

Bu çalışmaya katılmayı reddedebilirsiniz. Bu araştırmaya katılmak tamamen isteğe bağlıdır ve reddettiğiniz takdirde size uygulanan tedavide herhangi bir değişiklik olmayacaktır. Yine çalışmanın herhangi bir aşamasında, onayınızı çekmek hakkına sahipsiniz ve araştırmadan ayrılabilirsiniz.

(Katılımcının/Hastanın Beyanı)

Sayın Yrd. Doç. Dr. Kenan Taştan ve tez araştırmacısı Arş. Gör. Dr. Özlem Özer Dişçi tarafından Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalları'nda/Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi ATYAM kliniğinde tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” (denek) olarak davet edildim.

Eğer bu araştırmaya katılırsam hekim ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. (Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağına bilincindeyim)

Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı tutulabilirim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

İster doğrudan, ister dolaylı olsun araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorununun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi. (Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğim).

Araştırma sırasında bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda; herhangi bir saatte, Yrd. Doç. Dr. Kenan Taştan'ı 0442-3448751 (iş) veya 05317666860 (cep) no'lu telefonlardan ve Arş. Gör. Dr. Özlem Özer Dişçi'yi 0442-3448748(iş) veya 05053020514 (cep) no'lu telefonlardan ve Aile Hekimliği Anabilim Dalı/Kliniği adresinden arayabileceğimi biliyorum.

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımına ve hekim ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde “katılımcı” (denek) olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel.

İmza

Katılımcı ile görüşen hekim

Adı soyadı, unvanı: Araş. Gör. Dr. Özlem Özer Dişçi

Adres: Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD, Erzurum.

Tel : 0442- 3448748 / 05053020514

İmza :

EK-6. ATYAM Akupunktur Tedavisi için Aydınlatılmış Onam Formu

ATYAM AKUPUNKTUR TEDAVİSİ İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Adı-Soyadı:

Tanı:

Telefon:

Akupunktur Tedavisi

Akupunktur, tek kullanımlık, sadece size özel kullanılan iğnelerin vücutta ya da kulakta belirli noktalara batırılması ile uygulanan bir tedavi şeklidir. Yan etkileri çok nadir olup; genellikle güvenli bir tedavidir.

Bazı hastalarda aşağıdaki istenmeyen yan etkiler görülebilir;

-Tedavi sırasında ya da sonrasında uyuklama hali, sersemlik, baygınlık

- İğne batırılan yerlerde hafif kanama ya da morarma

Lütfen aşağıdaki durumlar için bilgi veriniz;

- Hamile olma ihtimaliniz var mı?

- Vücudunuzda kalp pili ya da elektronik bir implant var mı?

- Kanamayı kolaylaştıran bir hastalığınız ya da kullandığınız bir ilacınız var mı?

Akupunktur tedavisi ile ilgili bu formda yazılanları okudum ve anladım. Anlamadığım kısımları doktorum açıkladı. Eğer istersem uygulamanın her aşamasında tedaviden vazgeçme hakkım olduğunu biliyorum. Özgür irademle yapılacak akupunktur tedavisinin tüm sonuçlarını kabul ediyorum.

Lütfen aşağıdaki kısmı el yazınızla doldurunuz.

Tarih:

Adı- Soyadı:

İmza:

Bilgi Veren Doktor:

EK-7. ATYAM Hipnoterapi Tedavisi için Aydınlatılmış Onam Formu

ATYAM HİPNOTERAPİ TEDAVİSİ İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Muayene öncesi ve muayene esnasındaki görüşmeleriniz dosyaya yazılacak ve/veya kameraya kaydedilecektir. Bu kayıta alınmış bilgiler eğitim amaçlı olarak asistan, intern, öğrenci, kursiyer eğitimlerinde ve kongre gibi bilimsel aktivitelerde eğitim amaçlı olarak kullanılabilecektir.

Bu eğitimler haricinde her türlü hastaya ait mahrem bilgiler ikinci ve üçüncü şahıslarla paylaşılmayacaktır.

Yukarıdaki bilgiler şahsıma iletildi ve gerekli açıklamalar yapıldı. Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım ve kendi rızamla yukarıda bana açıklanan bilgileri kabul ettiğimi beyan ederim.

Adı, soyadı:

Tanı :

Telefon:

Tarih:

Adres:

İmza

EK-8. Akupunktur Tedavisi Muayene Formu

ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ AKUPUNKTUR POLİKLİNİĞİ HASTA İZLEM FORMU

Adı Soyadı		Mesleği		Başvuru Tarihi	
Yaşı		Telefonu			
Adresi					
Esas şikayeti					
Problem Listesi:					
SİSTEM SORGULAMASI					
GÖZ		KARDİYOVASKÜLER SİSTEM		ÜROGENİTAL SİSTEM	
DERİ		SİNDİRİM SİSTEMİ		NÖROLOJİ	
KULAK BURUN BOĞAZ		SOLUNUM SİSTEMİ		LOKOMOTOR SİSTEM	
GEÇİRİLMİŞ CERRRAHİ		DİĞER HASTALIKLAR		PSİKİYATRİK HASTALIKLAR	
KULLANILAN İLAÇLAR					

FİZİK MUAYENE

KİLO		BOY		BMI		TA		NABİZ		SKAR	
Notlar:											

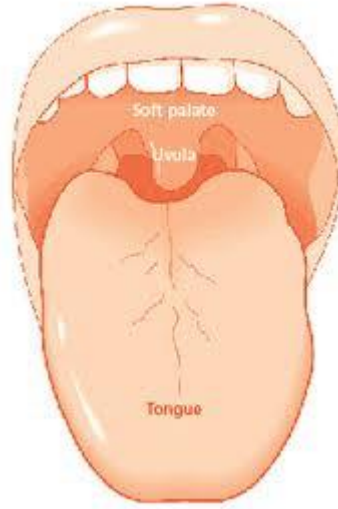
NABİZ MUAYENESİ

SAĞ EL (Distalden proksimale)				SOL EL (Distalden proksimale)			
YÜZEYEL	LI	ST	T	YÜZEYEL	SI	GB	BL
DERİN	LU	SP	P	DERİN	H	Liv	Kid

SİSTEM SORGULAMA

LU-LI (metal)	ST-SP (toprak)	H-SI-P-T (ateş)	KID-UB (su)	GB-LIV (tahta)
☐ Deri lezyonları ☐ Burun tıkanıklığı ☐ Vücut kılları ☐ Öksürük aksırık ☐ Ses kısıklığı ☐ Ağlama nöbetleri ☐ Keder melankoli ☐ Gece/ gündüz terleme	☐ Yorgunluk ☐ Halsizlik ☐ Aşağı çekilme ☐ Kas ağrısı ☐ Ağızda lezyon ☐ Dudakta lezyon ☐ Aşırı düşünce ☐ Dispepsi ☐ Ağızda tatsızlık ☐ Kusma diare	☐ Damar hastalığı ☐ Dilde lezyon ☐ Gece terlemesi ☐ Yüzde lezyon ☐ Huzursuzluk ☐ Anksiyete ☐ Çarpıntı ☐ Korkulu rüya ☐ Konuşamama	☐ Kemik şikayetleri ☐ Kulak şikayetleri ☐ Tinnitus ☐ Saç dökülmesi ☐ Korku ☐ Titreme gelmesi ☐ Ayakta üşüme yanma	☐ Tendon hassasiyeti ☐ Göz hastalıkları ☐ Mens bozukluğu ☐ Tırnak değişikliği ☐ Öfke bağırma ☐ Karın ağrısı ☐ Kararsızlık tereddüt ☐ Ağızda acı tat ☐ Hipokondrium ağrı ☐ Genital şikayetler ☐ Mental durgunluk ☐ Baş ağrısı ☐ Hiperaktivite ☐ Abdominal gerginlik ☐ Sarı yüz

DİL MUAYENESİ



KULAK MUAYENESİ



TEDAVİ ŞEMASI

LU	LI	ST	SP	H	SI	P	T	BL	KID	GB	LIV
Ekstra noktalar											
Not											

İZLEM FORMU

EK-9. Hipnoterapi Tedavisi Muayene Formu

HİPNOTERAPİ MUAYENE FORMU

Adı Soyadı:

Görüşme Tarihi:

Doğum Tarihi:

Doğum Yeri:

İşi:

TTYÖ Puanı: ()

Telefon:

Temsili Sistem:

Sigara:

Alkol:

Madde:

Adres:

Geliş Nedeni:

Anamnez:

EK-10. SF-36 Ölçeği

Ek-1

MF07-01 ÇALIŞMASI YAŞAM KALİTESİ (SF36) FORMU

Adı-Soyadı:

Tarih:

1. Genel sağlığını nasıl değerlendirirsiniz ?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Mükemmel	1
Çok iyi	2
İyi	3
Orta	4
Kötü	5

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

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

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

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

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

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

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

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

EVET HAYIR

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

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

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

EVET HAYIR

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

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

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

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

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

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

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

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

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

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

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

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

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

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

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

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

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

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

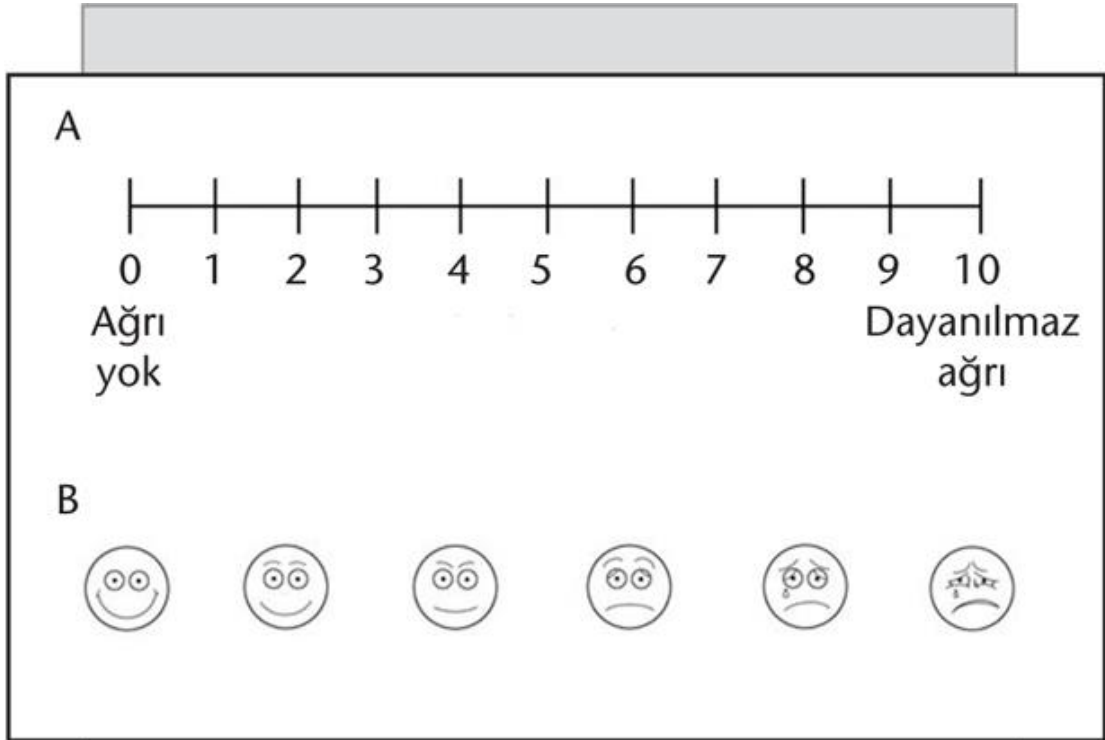
	Tamamen Doğru	Çoğunlukla Doğru	Bilmiyorum	Çoğunlukla Yanlış	Tamamen Yanlış
a. Diğer insanlardan biraz daha kolay hasta oluyorum	1	2	3	4	5
b. Tanıdığım herkes kadar sağlıklıyım	1	2	3	4	5
c. Sağlığımın kötüleşmesini bekliyorum	1	2	3	4	5
d. Sağlığım mükemmel	1	2	3	4	5

EK-11. VAS ölçeği

VİZUEL ANALOG SKALA (VAS)

Adınız Soyadınız: _____ Tarih: _____

Ağrı şiddetinizi aşağıdaki ölçek üzerinde işaretleyin.



Şekil 3. Görsel ağrı skalası (VAS) (6,7).
A. Yetişkinler için ağrı skalası,
B. Çocuklar için ağrı skalası.

EK-12. MIDAS Ölçeği

MIDAS- Migrene Bağlı Kayıp Değerlendirme Ölçeği

Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. The International Classification of Disorders 2nd Edition Cephalalgia. 2004; 24(S1): 1-150'den derlenmiştir.

Baş ağrısı soru formu

Aşağıda sıralanan özelliklere uyan baş ağrılarınız var mı?

- Tedavisiz baş ağrısı süresi **4-72 saat**
- **Ataklar halinde** gelen baş ağrısı (ataklar arasında baş ağrısı yoktur)
- Sıklıkla **tek taraflı** baş ağrısı
- Ezici, künt ya da **zonklayıcı** baş ağrısı
- **Bulantı** ve/veya **kusma**
- **Sese** ve/veya **ışığa duyarlılık**

Eğer bu tip baş ağrılarından yakınıyorsanız, lütfen aşağıdaki sorulara kutu içine (x) işareti koyunuz.

1. Eğer ilaç almazsanız ya da tedavi başarılı olmazsa, bu baş ağrısı atakları 4-72 saat

sürer mi?

2. Bu baş ağrıları bazen başın bir tarafında sınırlı mı?

3. Bu baş ağrıları bazen zonklayıcı özellik taşıyor mu?

4. Bu baş ağrıları günlük aktivitenizi sınırlayacak ölçüde şiddetli mi?

5. Bu baş ağrıları merdiven çıkmak gibi bir fiziksel aktivite ile şiddetlenebilir mi?

6. Baş ağrılarınıza bazen bulantı eşlik eder mi?

7. Baş ağrılarınıza bazen kusma eşlik eder mi?

8. Baş ağrılarınıza bazen ışığa karşı duyarlılık eşlik eder mi?

9. Baş ağrılarınıza bazen sese karşı aşırı duyarlılık eşlik eder mi?

10. Yukarıdaki tanımlamaya uyan en az 5 baş ağrısı atağınız oldu mu?

11. Bu tür baş ağrılarınız ne zamandan beri var? Lütfen kaç yıl olduğunu belirtiniz.

12. Yaklaşık olarak ayda kaç gün bu tür baş ağrılarınız oluyor? Lütfen tam sayı olarak belirtiniz.

13.Baş ağrınız için ağrı kesici kullanıyor musunuz? Kullanıyorsanız bir baş ağrılı döneminizi geçirmek için ortalama kaç tane kullanıyorsunuz? İsimlerini ve günde ortalama miktarını yazınız.

1. _____

2. _____

3. _____

Değerlendirme :

Soru 1 evet ☐

Soru 2-5 en az 2 evet yanıtı ☐

Soru 6-9 en az 1 evet yanıtı ☐

Soru 10 evet ☐ ise baş ağrınız migren olabilir.

EK-13. Tıp Diploması

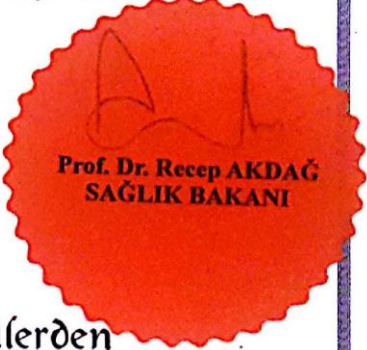


Türkiye Cumhuriyeti
Atatürk Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Tıp Doktoru Diploması

Diploma № 4131
Mezuniyet Tarihi: 15.07.2011

1986 yılı Erzurum doğumlu
Özlem ÖZER

Atatürk Üniversitesi
Tıp Fakültesi' nin
özel kanun ve yönetmelikleri gereğince öğrenimini
başarı ile tamamladığından,
Türkiye Cumhuriyeti kanunlarının verdiği bütün hak ve yetkilerden
faydalanmak üzere kendisine bu diploma verilmiştir.




Prof. Dr. Sabri Selçuk ATAMANALP
Dekan




Prof. Dr. Hikmet KOÇAK
Rektör

EK-14. Akupunktur Tedavisi Uygulama Sertifikası



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Akupunktur Tedavisi Uygulama Sertifikası

Sayın Dr. Özlem ÖZER

17.09.2002 tarih ve 24879 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan “Akupunktur Tedavisi Uygulanan Özel Sağlık Kuruluşları İle Bu Tedavinin Uygulanması Hakkında Yönetmelik” gereğince; 13.12.2013–20.05.2014 tarihleri arasında Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesinde hekimlere yönelik düzenlenen “Akupunktur Tedavisi Uygulama Eğitimi Sertifika Programı”nı başarı ile tamamlayarak bu sertifikayı almaya hak kazanmıştır.

Sertifika No: 1010

Prof. Dr. Doğan ÜNAL
Genel Müdür V.

Bu belge elektronik ortamda <http://e-ogretis.saglik.gov.tr> adresinden 94790615-67e2-46e2-9a50-510011015521 kodu ile doğrulanabilir.

EK-15. Hipnoterapi Tedavisi Uygulama Sertifikası



TC Sağlık Bakanlığı



TC Sağlık Bakanlığı

**T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
HİPNOZ UYGULAMASI SERTİFİKA DENKLİK BELGESİ**

Adı ve Soyadı : Özlem ÖZER
T.C. Kimlik No : 22741834102
Meslek Unvanı : Tabip
Sertifikalı Eğitim Alanı : Hipnoz Uygulaması
Tarih : 31.12.2015
Belge No : 04

Yukarıda adı soyadı, unvanı ve kimlik bilgileri yer alan Özlem ÖZER 04/02/2014 tarihli ve 28903 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan Sağlık Bakanlığı Sertifikalı Eğitim Yönetmeliğinin 11'inci maddesi ve 16.10.2015 tarihinde yayımlanan Hipnoz Uygulaması Sertifikalı Eğitim Programı Standardına göre yapılan değerlendirme sonucunda işbu belgeyi almaya hak kazanmıştır.

Prof. Dr. Doğan ÜNAL
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürü.V.



TC Sağlık Bakanlığı



TC Sağlık Bakanlığı