**T.C.**

**AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ**

**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**EBELİK YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**GEBELERDE BAŞ AĞRISI GÖRÜLME DURUMU**

**VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

**Dilek YILMAZ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN**

**Dr. Öğr. Üyesi Hale UYAR HAZAR**

**AYDIN–2022**

**KABUL VE ONAY**

T.C. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Yüksek Lisans Programı çerçevesinde Dilek YILMAZ tarafından hazırlanan “Gebelerde Baş Ağrısı Görülme Durumu ve Etkileyen Faktörler” başlıklı tez, aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 23/09/2022

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Üye (T.D.) | : Dr. Öğr. Üyesi Hale UYAR HAZAR | Bitlis Eren Üniversitesi |  |
| Üye | : Prof. Dr. Ayden ÇOBAN | Aydın Adnan Menderes Üniversitesi |  |
| Üye | : Dr. Öğr. Üyesi Sultan ÖZKAN ŞAT | Bitlis Eren Üniversitesi |  |

ONAY:

Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun görülmüş ve Sağlık Bilimleri Enstitüsünün ……………..……..… tarih ve ………………………… sayılı oturumunda alınan …………………… nolu Yönetim Kurulu kararıyla kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Süleyman AYPAK

Enstitü Müdürü

**TEŞEKKÜR**

Tezimin planlanması ve gerçekleştirilmesi sırasında bana yol gösteren, tezin bütün aşamalarına titizlikle eğilen ve sabırla destek olan, tezimin yürütülmesinde bilgi ve deneyimleri ile katkıda bulunan danışman hocam Sayın Dr. Öğr. Üyesi Hale UYAR HAZAR’a,

Tez savunma komitesinde yer alarak değerli görüş ve önerileriyle tez çalışmama katkıda bulunan Sayın Prof. Dr. Ayden ÇOBAN’ave yüksek lisans eğitimim sürecinde bana emek veren Ebelik Anabilim Dalı hocalarıma,

Araştırmanın Denizli Devlet Hastanesi Kadın Doğum Polikliniği ve Non Stres Test (NST) Biriminde yapılmasına olanak sağladığı için Denizli İl Sağlık Müdürlüğüne,

Araştırma verilerini toplama aşamasında gerekli hassasiyeti gösteren ve destek olan NST Birimindeki tüm çalışanlara ve çalışmaya katılmayı kabul eden değerli gebelere,

Ayrıca öğrenimim boyunca, her zaman yanımda olan, beni destekleyen ve hiçbir fedakarlıktan kaçınmayan çok sevdiğim ve bu günlere gelmemde en büyük paya sahip olan canım annem Cemile YILMAZ’a, babam Feyzullah YILMAZ’a, ayrıca bana ufuk olan Öğr. Gör. ablam Özlem YILMAZ’a ve tüm aileme,

Tez çalışmamın yürütülmesinde bana destek olan herkese sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

**İÇİNDEKİLER**

KABUL VE ONAY i

TEŞEKKÜR ii

İÇİNDEKİLER iii

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ vii

TABLOLAR DİZİNİ viii

ÖZET… ix

ABSTRACT xi

1. GİRİŞ 1

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi 1

1.2. Araştırmanın Amacı 4

1.3. Araştırma Soruları 4

2. GENEL BİLGİLER 5

2.1. Gebelik ve Hormonal Değişiklikler 5

2.2. Baş Ağrısı 6

2.2.1. Tanım ve Sınıflandırma 6

2.3. Gebelik Döneminde Baş Ağrısı 8

2.3.1. Migren 8

2.3.1.1. Aurasız Migren 9

2.3.1.2. Auralı Migren (Klasik Migren, Oftalmik, Hemiparestezik, Hemiplejik ya da Afazik Migren) 10

2.3.1.3. Öncül veya Migren ile Birlikte Olabilecek Çocukluk Çağının Periyodik Sendromları 14

2.3.1.4. Retinal Migren 16

2.3.1.5. Migren Komplikasyonları 16

2.3.1.6. Olası Migren 17

2.3.2. Migrenin Patogenezi 18

2.3.3. Gebelikte Aurasız Migren 18

2.3.4. Gebelikte Auralı Migren 19

2.3.5. Migrenin Gebeliğe Etkisi 20

2.3.6. Migrenin Yenidoğana Etkisi 21

2.3.7. Migreni Tetikleyici Etkenler 21

2.3.8. Migrende Potansiyel Tetikleyici Etkenler 22

2.4. Gerilim Tipi Baş Ağrısı 23

2.4.1. Gerilim Baş Ağrısında Patogenez 25

2.4.2. Gerilim Tipi Baş Ağrısının Tetikleyicileri 26

2.5. Küme Baş Ağrısı ve Diğer Otonomik Sefaljiler 26

2.5.1. Küme Baş Ağrısı 26

2.5.2. Paroksizmal Hemikraniya (Ph) 28

2.5.3. Sunct Sendromu (Short-lasting Unilateral Neuralgiform Headaches with Con-junctival Injekction and Tearing) 28

2.6. Diğer Seyrek Görülen Primer Baş Ağrıları 29

2.6.1. Primer Saplanma Baş Ağrısı 29

2.6.2. Primer Öksürük Baş Ağrısı 29

2.6.3. Primer Egzersiz Baş Ağrısı 29

2.6.4. Seksüel Aktiviteyle İlişkili Baş Ağrısı 30

2.6.5. Hipnik Baş Ağrısı 30

2.7. Baş Ağrıları ile Baş Etmede Kullanılan Yöntemler 30

2.7.1. Farmakolojik Yöntemler 32

2.7.2. Non-farmakolojik Yöntemler 35

2.8. Gebelik Döneminde Baş Ağrısı İle Baş Etmede Ebenin Rolü 37

3. GEREÇ VE YÖNTEM 40

3.1. Gereç 40

3.1.1. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri 40

3.1.2. Araştırmanın Zamanı 40

3.1.3. Veri Toplama Araçları 40

3.1.3.1. Tanıtıcı Bilgi Formu (Ek 1) 41

3.1.3.2. Vizuel Analog Skalası (Ek 2) 41

3.2. Yöntem 42

3.2.1. Araştırmanın Şekli 42

3.2.2. Araştırmanın Evreni 42

3.2.3. Araştırmanın Örneklem Hacmi 42

3.2.4. Araştırmaya Dahil Etme ve Dahil Etmeme Kriterleri 43

3.2.5. Ön Uygulama 43

3.2.6. Araştırma Verilerinin Toplanması 43

3.2.7. Araştırmanın Değişkenleri 44

3.2.8. İstatistiksel Değerlendirme 44

3.2.9. Araştırmanın Güçlükleri 45

3.2.10. Araştırmanın Etik Yönü 45

4. BULGULAR 46

4.1. Frekans Tabloları 46

4.1.1. Kadınların ve Eşlerinin Tanıtıcı Özelliklerinini Dağılımı 47

4.1.2. Baş Ağrısı ile İlgili Özelliklerin ve Baş Ağrısının Ortaya Çıkmasını Kolaylaştıran veya Tetikleyen Faktörlerin Dağılımları 47

4.2. Karşılaştırma Tabloları 51

4.2.1. Baş Ağrısı Varlığına Göre Tanımlayıcı, Obstetrik ve Fiziksel Özelliklerin Karşılaştırılması 51

4.3. Gebelerde Baş Ağrısı Görülme Durumunu Etkileyen Faktörler 54

5. TARTIŞMA 56

6. SONUÇ VE ÖNERİLER 59

KAYNAKLAR 61

EKLER.. 70

Ek 1. Tanıtıcı Bilgi Formu 70

Ek 2. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu İzni 77

Ek 3. Denizli İl Sağlık Müdürlüğü İzin Yazısı 78

Ek 4. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu 79

Ek 5. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Sonuç Raporu 82

BİLİMSEL ETİK BEYANI ……………………………...…………………………………83

ÖZ GEÇMİŞ 84

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

|  |  |
| --- | --- |
| **BKİ** | **:** Beden Kütle İndeksi |
| **EGBA** | **:** Epizoid Gerilim Baş Ağrısı |
| **FDA** | **:** Food and Drug Administration (Gıda ve İlaç İdaresi) |
| **GTBA** | **:** Gerilim Tipi Baş Ağrısı |
| **IHS** | **:** International Headache Society (Uluslararası Baş Ağrısı Derneği) |
| **KBA** | **:** Küme Baş Ağrısı |
| **NST** | **:** Non Stres Test |
| **VAS** | **:** Vizuel Analog Skala |

TABLOLAR DİZİNİ

**Tablo 1.** Analjeziklerin gebelikte kullanımımı için risk kategorisi gösterimi 33

**Tablo 2.** Araştırma Zamanı 40

**Tablo 3.** Kadınların ve eşlerinin sosyo-demografik özelliklerinin dağılımları 47

**Tablo 4.** Gebelerinobstetrik özelliklerinin dağılımları 48

**Tablo 5.** Baş ağrısı ile ilgili özelliklerin dağılımları 49

**Tablo 6.** Baş ağrısının ortaya çıkmasını kolaylaştıran veya tetikleyen faktörlerin dağılımları 50

**Tablo 7.** Baş ağrısı varlığına göre tanımlayıcı özelliklerin karşılaştırılması 51

**Tablo 8.** Baş ağrısı varlığına göre obstetrik özelliklerin karşılaştırılması 52

**Tablo 9.** Baş ağrısı varlığına göre fiziksel özelliklerin karşılaştırılması 53

**Tablo 10.** Lojistik regresyon analizi sonuçları 54

**ÖZET**

**GEBELERDE BAŞ AĞRISI GÖRÜLME DURUMU VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

**Yılmaz D. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Programı, Yüksek Lisans Tezi, Aydın, 2022.**

**Amaç:** Bu araştırma, gebelikte baş ağrısı görülme durumunu ve etkileyen faktörleri belirlemek amacı ile yapıldı.

**Gereç ve Yöntemler:** Araştırma, analitik-kesitsel olarak, Haziran 2021 ile Haziran 2022 tarihleri arasında, Denizli Devlet Hastanesi Kadın Doğum Polikliniğine ve Non Stres Test Birimine başvuran 250 gebe ile gerçekleştirildi. Verilerin toplanmasında, Tanıtıcı Bilgi Formu ve Vizuel Analog Skalası kullanıldı. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatikler, Shapiro-Wilk testi, Mann-Whitney U, Pearson ki-kare test, Fisher’s exact test, Fisher-Freeman-Halton exact test, Kruskall Wallis-H, Backward Lojistik Regresyon analizi kullanıldı.

**Bulgular:** Baş ağrısı üzerine etki edebileceği düşünülen değişkenlerden aile tipi, eşinin eğitim durumu, eşinin çalışma durumu, eşinin mesleği, gebelik haftaları, trimester, ailede baş ağrısı öyküsü durumu, kan basıncı diastolik değerleri, nabız ölçümleri, fetal kalp atım ölçümleri ve hemoglobin değerlerine backward lojistik regresyon analizi uygulandı. Dokuz adım sonunda trimester ve nabız ölçümlerinin modelde anlamlı şekilde yer aldığı görüldü. Modelin genel açıklayıcılık katsayısının %68,2 olduğu, duyarlılığının %53,5 ve özgüllüğünün %80,2 olduğu gözlendi. Baş ağrısı üzerine etki edebileceği düşünülen değişkenler backward (Conditional) lojistik regresyon analizi ile değerlendirildiğinde modelin anlamlı olduğu bulundu (F=18,048; p=0,001; p<0,01).

Baş ağrısı üzerine trimester değişkeninin etkisi istatistiksel olarak anlamlı bulundu (Beta katsayısı=0,961; p=0,011; p=0,011; p<0,05). Trimester 28-40 hafta referans alındığında 14-27 haftalık gebe kadınlardaki baş ağrısı riski 2,614 (ODDS: 2,614; %95 CI:1,251-5,462) kat fazladır. Baş ağrısı üzerine nabız değişkeninin etkisi istatistiksel olarak anlamlı bulundu (Beta katsayısı=0,0481; p=0,011; p=0,011; p<0,05). Nabız ölçümlerindeki bir birim artış ise baş ağrısı riskini 1,409 (ODDS:1,409; %95 CI:1,011-1,088) kat arttırmaktadır.

Analize alınan aile tipi, çalışma durumu, eş mesleği, gebelik haftası, ailede baş ağrısı varlığı, diastolik kan basıncı, fetal kalp atımı, hemoglobin ve eş eğitimi değişkenleri ise univariate değerlendirmelerde anlamlı olmalarına rağmen lojistik regresyon modelinde anlamsız olarak saptandı(p>0,05).

**Sonuç:** Bu çalışmada gebelerin birinci derece yakınlarında baş ağrısı olduğu ve ailesinde baş ağrısı öyküsü olan gebelerde baş ağrısı görülme oranı daha yüksek olduğu sonucuna varıldı. Gebelerde baş ağrısındı; trimester ve nabzı etkileyen faktörler, sıkıntı, üzüntü ve stresin kolaylaştıran veya tetikleyen faktörler arasında olduğu tespit edildi. Gebelerde baş ağrısında etkileyen ve tetikleyen faktörlerin bilinmesi; gebelere bu noktada bilgi verilmesi, baş ağrısının önlenmesi ve baş etmelerinin sağlanması noktasında ebelere önemli katkı sağlayacaktır.

**Anahtar Kelimeler:** Baş Ağrısı, Ebelik, Gebelik, Gerilim Tipi Baş Ağrısı, Migren

**ABSTRACT**

**HEADACHE AND AFFECTING FACTORS IN PREGNANT WOMEN**

**Yılmaz D. Aydın Adnan Menderes University Health Sciences Institute Midwifery Program, Master Thesis, Aydın, 2022.**

**Aim:** This study was conducted to determine headache and affecting factors in pregnant women.

**Material and Methods:** The study was carried out analytically and cross-sectionally with 250 pregnant women who applied to Denizli State Hospital Obstetrics and Gynecology Outpatient Clinic and Non-Stress Testing Unit between June 2021 and June 2022. Descriptive Information Form and Visual Analogue Scale were used to collect data. Descriptive statistics, Shapiro-Wilk test, Mann-Whitney U, Pearson chi-square test, Fisher's exact test, Fisher Freeman-Halton exact test, Kruskall Wallis-H, Backward Logistic Regression analysis were used to analyze the data.

**Results:** Family type, spouse's education level, spouse's employment status, spouse's occupation, gestational weeks, trimester, history of headache in the family, blood pressure diastolic values, heart rate measurements, fetal heart rate measurements and hemoglobin values, the variables that were thought to may have an effect on headache were analzed with Backwards logistic regression test. At the end of nine steps, it was determined that trimester and heart rate measurements were included in the model significantly. The general explanatory coefficient of the model was 68.2%, the sensitivity was 53.5% and the specificity was 80.2%. When the variables thought to have an effect on headache were evaluated with Backward (Conditional) logistic regression analysis, the model was found to be significant (F=18.048; p:0.001; p<0.01).

The effect of trimester variable on headache was found to be statistically significant (Beta coefficient=0.961; p=0.011; p=0.011; p<0.05). When the 28-40 weeks of the trimester was taken as a reference, the risk of headache in the 14-27-week-old pregnant women was 2.614 (ODDS: 2.614; 95% CI: 1.251-5.462). The effect of the pulse variable on headache was found to be statistically significant (Beta coefficient=0.0481; p=0.011; p=0.011; p<0.05). A unit increase in pulse measurements increased the risk of headache 1.409 (ODDS: 1.409; 95% CI: 1.01-1.088) times.

The variables of family type, employment status, spouse occupation, gestational week, presence of headache in the family, diastolic blood pressure, fetal heart rate, hemoglobin values and spouse education were found to be insignificant in the logistic regression model, although they were significant in univariate assessments (p>0.05).

**Conclusion:** It was concluded that the first-degree relatives of pregnant women had headaches and the rate of headache was higher in pregnant women with a family history of headache. In headache in pregnant women, it was determined that trimester and heart rate were among affecting factors; distress, sadness and stress were among facilitating or triggering factors. To know the factors affecting and triggering headache in pregnant women; Giving information to pregnant women at this point will make a significant contribution to midwives in preventing headaches and helping them cope. Knowing the factors affecting and triggering headaches in pregnant women will make a significant contribution to midwives in terms of informing pregnant women at this point, preventing headaches and helping them cope.

**Keywords:** Headache, Midwifery, Migraine, Pregnancy, Tension Headache

**1. GİRİŞ**

* 1. **Problemin Tanımı ve Önemi**

Tüm dünyada en çok rastlanan nörolojik bir durum olan baş ağrısı toplumun %90’ından fazlasında hayatın bir devresinde öyle ya da böyle bir şekilde görülür (Yücel, 2008; Bayraktar Ekincioğlu ve Demirkan, 2012; İskender, 2014; Sağlı Diren, 2020; Altundağ, 2020). Baş ağrısının toplumda çok sık görülmesi, büyük bir kesime etki etmesi, iş gücü kaybına sebebiyet vermesi ve kimi zamanda hayati tehlikesi olan hastalıkların belirtisi olmasının yanı sıra, bireyin günlük aktivitelerini etkilemesi açısından da önemli bir sosyal ve ekonomik sorun olarak görülmektedir (Demirkaya, 2006; Şahin ve diğerleri, 2019; Sağlı Diren, 2020; Altundağ, 2020). Baş ağrısı; inflamasyon, ağrıya duyarlı yapıların gerilmesi, basıya uğraması, vazodilatasyon, kas kontraksiyonu veya travma gibi doğrudan doku hasarı kaynaklı olabilir. Baş ve çevresi ağrıya duyarlı yapılardan oldukça zengindir (Brust, 2012). Dolayısıyla baş ağrısının birçok sebebi olabilir. Baş ağrıları çoğunlukla 20’li, 30’lu yaşlarda en yüksek insidansta, 40’lı yaşlarda en yüksek prevalansta ve bir kadın baskınlığına sahiptir. Üreme yaş grubundaki kadınların %80’inden fazlası yaşamlarının bir döneminde baş ağrısı yaşamakta ve gebelik de bu dönemlerden birisidir.

Baş ağrısı gebelikte sık görülen bir yakınmadır. Gebelik döneminde baş ağrıları büyük oranda azalsa da bir kısmında devam edebilmekte hatta sıklığı artabilmektedir. Gebelik döneminde baş ağrılarının çoğunu migren ve gerginlik tipi baş ağrıları oluşturmaktadır (Dede ve diğerleri, 2014). Bütün baş ağrılarının yaklaşık olarak %90’nını primer baş ağrıları oluşturmakta (Saip, 2005; Bayraktar Ekincioğlu ve Demirkan, 2012; İskender, 2014) ve bunlardan birisi olan migrenin ülkemizdeki prevelansı %16,4 (Türkiye Klinikleri, 2021) olup gebelikte en sık görülen baş ağrılarından biridir (Yılmaz ve Çevik, 2018). Primer baş ağrılarından olan ve kadınlarda daha yüksek oranda görülen migrenin de en yüksek prevalansı doğurganlık yıllarında ve özellikle de 40 yaş civarında ortaya çıkmakta ve görülme olasılığı %27 olup, yüksektir (Dixit ve diğerleri, 2011).

Migren; aurasız migren ve auralı migren olmak üzere iki grupta incelenmektedir. İskender (2014)’in belirttiğine göre, Manzoni ve diğerlerinin çalışmasında, aurasız migreni olan gebelerin migren ataklarının gebelikte %16 oranında devam ettiği, bu bilginin daha sonraları 1300 migrenli kadın ile yapılan çalışmalarda da doğrulandığı bildirilmektedir. Negro ve diğerleri (2017)’nin belirttiğine göre, aurasız migren gebe kadınların %1 ila %10’unda gebelik sırasında ortaya çıkmaktadır. Öncesinde migreni olan kadınların %60 ila %70’i gebelik sırasında daha az migren atağı bildirmektedir. Migren, gebeliğin ilk üç aylık döneminde iyileşmezse gebelik boyunca devam etmesi muhtemeldir (Mackgregor, 2014). Migrenli kadınların genelinde (%40-80) 2. trimesterden 3. trimestere doğru migren ataklarında azalmanın mevcut olduğu, fakat gebelik durumu olan kadınların bir kısmında (%4-8) ataklarda düzelmenin olmadığı hatta durumun kötüye gittiği bildirilmektedir. Wells ve diğerleri (2016), gebelik öncesinde baş ağrısı öyküsü olanların gebelik sırasında baş ağrısı yaşama riskinin daha yüksek ve özellikle de migren hastalarında ilk trimesterde baş ağrısının ortaya çıkma olasılığının %80 olduğunu ifade etmektedir. Yapılan bir çalışmaya göre, gebeliğin erken devresinde östrojen seviyelerinin artması sebebi ile kimi kadınlarda baş ağrısı artmakta veya yeni baş ağrısı tanımlamakta, östrojen düzeyinin sabitleştiği 2. ve 3. trimester döneminde kadınların %60-70’inde baş ağrıları azalmaktadır (Deniz, 2011).

Primer baş ağrılarından bir diğeri de gerilim tipi baş ağrısı (GTBA)’dır. Adet kanaması ve menopozun yanı sıra gebeliğin de tetikleyicisi olduğu GTBA’nın (Ailani, 2010), gebelikle daha fazla arttığı fakat bu şikayetlerin ancak ¼’ü kadarının dile getirildiği öne sürülmekte ve iskelet-kas sistemini etkileyen stres faktörleri ile psikolojik etmenlerin bu artıştan sorumlu olduğu (Dede ve diğerleri, 2014), gelişen gebelik için bir risk oluşturmadığı ve bununla birlikte GTBA ataklarının gebelik sırasında azaldığını öne süren çalışmaların sınırlı sayıda olduğu belirtilmektedir. Basit reçetesiz analjeziklerle yönetilebilen GTBA (Ng ve diğerleri, 2015), çoğu kadında gebelik sırasında iyileşmektedir (Yılmaz ve Çevik, 2018). Dede ve diğerleri (2014)’nin 306 anne ile yaptığı çalışmada; gebelik süresince primer baş ağrısı görülme oranının %57,9 olduğu ve bunlardan GTBA’nın %75,1, migrenin %24,9 oranında dağılım gösterdiği ve bu baş ağrılarının en yoğun olarak da son trimesterde ortaya çıktığı belirtilmektedir.

Primer baş ağrılarından bir diğeri de küme baş ağrısı (KBA) olup, migren ve GTBA’dan sonra 3. sırada yer alır (Saip, 2005). Gebelik sırasında KBA ile ilgili veriler sınırlıdır (Macgregor, 2014).

Gebelikte oluşan yakınmalara yönelik ulusal düzeydeki çalışmalarda baş ağrısı ile ilgili verilere de rastlanmaktadır. Coşar Çetin ve diğerlerinin (2017) yaptığı çalışmada baş ağrısı görülme oranı %60,6, Demiray (2006)’ın çalışmasında %47,2, Yılmaz (2014)’ın çalışmasında %28,5, Aydemir (2014)’in çalışmasında normal kilolu gebelerde %53,1 ve obez gebelerde %43,8‘dir. Yine gebelikte yakınmalarla ilgili yapılan Ürün (2020)’ün çalışmasında 1., 2. ve 3. trimesterdeki baş ağrısı oranları sırasıyla; %58,6, %70,0 ve %51,4 iken, Karaçay Yıkar (2017)’ın çalışmasında %73,3 %43,3 %23,3’tür. Ancak gebelik döneminde baş ağrısı ile ilgili yapılan ulusal düzeyde çalışmalar sınırlı sayıdadır. İskender (2014)’in gebelik sürecinde kronik baş ağrılarının seyrini değerlendirmek amacı ile yaptığı çalışmada gebelik öncesinde; aurasız migren ağrı frekansı %3,41 olan gebelerin 1., 2. ve 3. trimesterdeki baş ağrısı oranları sırasıyla; %3,0, %2,07, %2,02, auralı migren ağrı frekansı %4,81 olan gebelerin 1., 2. ve 3. trimesterdeki baş ağrısı oranları sırasıyla; %4,81, %2,06, %2,06 ve GTBA ağrı frekansı %2,11 olan gebelerin 1., 2. ve 3. trimesterdeki baş ağrısı oranları sırasıyla; %5,36, %2,29, %2,59’dur. Deniz (2011)’in 341 gebe ile yürütülen ve gebelik öncesi ve gebelik döneminde baş ağrılarının araştırıldığı çalışmasında gebelerin %18,3’ünde gebelik döneminde baş ağrısı şikayetinin görüldüğü, %31,1’inde (16 migren, 52 gerilim tip baş ağrısı, 38 diğer baş ağrısı) gebelik öncesinde baş ağrısı şikayeti olduğu ve bu gebelerin %92,5’inde gebelik döneminde de şikayetlerinin devam ettiği bildirilmektedir. Aynı çalışmada gebelik dönemi baş ağrısı oranı %41,3 olan gebelerin migren tipi baş ağrısı oranı %9,7 iken GTBA oranı %58,6’dır.

Gebenin bakım ve izlemini yapan ebeler doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası dönemlerde anne sağlığını koruma ve yükseltme ile ilgili sorumluluklarını yerine getirirken, hizmetin verimliliğini artırabilmek için gebenin algıladığı sorunların tespitinin iyi yapılması önemlidir (Sunal ve Demiryay, 2009). Bu dönemde anne ve fetüsün sağlığını korumak için baş ağrılarının takibinin de düzenli yapılması gerekmektedir (Dede ve diğerleri, 2014).

Yapılan klinik ve saha gözlemleri başının ağrıdığını ifade eden gebelerin varlığına işaret etmektedir. Ancak güncel verilerin yetersizliği gebelik döneminde baş ağrısının ele alınması ihtiyacını düşündürmektedir. Bu anlamda gebelikte baş ağrısı görülme durumu ve etkileyen faktörleri belirlemek amacı ile yapılan bu çalışma gebelerde baş ağrısının görülme durumu ve etkileyen faktörler hakkında önemli veriler ortaya koyacak ve literatüre de katkı sağlayacaktır.

* 1. **Araştırmanın Amacı**

Bu araştırma, gebelerde baş ağrısının görülme durumunu ve etkileyen faktörleri belirlemek amacı ile yapıldı.

* 1. **Araştırma Soruları**

1. Gebelik döneminde baş ağrısı görülme durumu nasıldır?
2. Gebelik döneminde baş ağrısını etkileyen faktörler nelerdir?

**2. GENEL BİLGİLER**

2.1. Gebelik ve Hormonal Değişiklikler

Ovaryan hormonların (östrojen, progesteron) kadın merkezi sinir sistemi üzerinde önemli etkileri mevcuttur. Bu hormonlar, çeşitli nörolojik hastalıkların patogenezinde rol alan birçok nörotransmitteri modüle ederler. Özellikle migren tipi baş ağrısı ovaryan hormonlardan güçlü bir şekilde etkilenir (Demirkaya, 2006; Taşçı, 2010; İskender, 2014; Özyurtlu, 2015; Todd ve diğerleri, 2018).

Kadınlar üreme döngülerindeki değişikliklerle ilgili olarak baş ağrısı yaşamaktadırlar. Menarş, adet, gebelik, menopoz ve ekzojen östrojen içeren ilaçların kullanımı baş ağrısına neden olabilmektedir (Demirkaya, 2006; Gül, 2008; İskender, 2014; Todd ve diğerleri, 2018).

**Prolaktin**

Memelilerde, laktasyondan sorumlu anahtar hormon olan prolaktin, 24 saat süresince belirli bir seviyede salgılanır. Prolaktin; gün ortasında minimum seviyede salınırken, öğleden sonra giderek artmaya başlar ve uykunun hemen ardından yükselen seviyeler, sabah vaktine doğru en yüksek seviyelere ulaşır. Hipofiz bezinden salınan ve kadınlarda laktasyonu sağlayan prolaktin, gebelikte yükselir (Demirkaya, 2006; Karaçay Yıkar, 2017).

**Östrojen**

Folliküllerin teka interna ve granüloza hücrelerinden folikül stimulan hormon denetimi altında ve plasenta tarafından, az miktarda adrenal korteks ve testisten salgılanır (Demirkaya, 2006; Altunkaynak ve diğerleri, 2011; Karaçay Yıkar, 2017).

Serum östrojen düzeyindeki farklılıklar migren atağı ve tipini yakından etkilemektedir. Östrojen ve diğer üreme hormonlarının bütün baş ağrısı tiplerinin patofizyolojisinde etkili oldukları varsayılmaktadır (Taşçı, 2010;Dede ve diğerleri, 2014; İskender, 2014).

Gebelerde östrojen düzeyi her dönemde biraz daha yükselir. Doğumun hemen akabinde birden azalır. Farklılaşan östrojen düzeyleri gebelikte, özellikle 3. trimesterde, baş ağrılarının azalacağının düşünülse de yalnız başına östrojen teorilerinin gebelikte baş ağrılarının patofizyolojisini açıklamak için yeterli değildir (Taşçı, 2010; Çelepkolu, 2011; Dede ve diğerleri, 2014; Todd ve diğerleri, 2018).

**Progesteron**

Progesteron korpus luteum, plasenta ve biraz da adrenal kortekste salgılanır (Demirkaya, 2006; Karaçay Yıkar, 2017). Progesteron gebelik döneminde artar.

Çalışılan birçok araştırmada progesteron hormonu ve migren arasında herhangi bir bağ olmamasına karşın, progesteronun santral serotoninerjik ve opioid reseptörler üzerinde kuvvetli etkiler oluşturarak nöronal aktiviteyi farklılaştırdığı belirtilmektedir (Demirkaya, 2006; İskender,2014).

2.2. Baş Ağrısı

2.2.1. Tanım ve Sınıflandırma

Ağrı, vücuttaki ağrı reseptörleri etrafında meydana gelen mekanik veya kimyasal olayların etkisi ile oluşan uyarıların santral sinir sistemine taşınması ile oluşur (Deniz, 2011). Başın etrafında ağrıya hassas yapıların çok olması bu durumu biraz açıklamaktadır. Saçlı deri, baş ve boyun kasları, göz, kulak, burun, boğaz, intrakranial arterlerin proksimal kısımları, venöz sinüsler ve büyük venler, meningeal arterler, V, IX, X kranial sinirler ile ilk üç servikal spinal sinirler başlıca ağrıya hassas bölgelerdir (Saip, 2005).

Günümüzde baş ağrısı hem nöroloji hem de genel tıpta en çok karşılaşılan ve en fazla tıbbi yardım aranmasına neden olan sorunlardan biridir (Gül, 2008). Toplumda baş ağrısının çok fazla görülmesi ayrıca büyük bir kesimi etkilemesi, iş gücü kaybına sebebiyet vermesi bazen de hayati tehlikesi olan hastalıkların belirtisi olmasının yanı sıra, bireyin günlük aktivitelerini etkilemesi açısından da önemli bir sosyal ve ekonomik sorun olarak görülmektedir (Demirkaya, 2006).

Bütün baş ağrılarının yaklaşık olarak %90’nını primer baş ağrıları meydana getirmektedir. Yalnızca doğru anamnez ve gerektiğinde dışlama tekniğiyle tanı koyulabilen primer baş ağrılarını öncelikle birinci basamakta çalışan hekimler olmak üzere hemen hemen her branştan hekim tarafından iyi bilinmesi önemlidir (Saip, 2005). Primer baş ağrıları gebelik döneminde büyük oranda azalma gösterse de hastaların bir kısmında devam edebilmekte hatta sıklığı artabilmektedir (Dede ve diğerleri, 2014).

Burada baş ağrıları, Uluslararası Baş Ağrısı Derneği (International Headache Society= IHS)’nin sınıflama sistemine göre ele alındı. IHS, bu grup baş ağrılarını etiyolojik nedenlerine dayanarak sınıflandırmaktadır. IHS’nin oluşturduğu bu sınıflama sistemi Dünya Sağlık Örgütü tarafından kabul görmüş ve bu sistemin ana hatları Uluslararası Hastalık Sınıflaması-10 (International Classification of Diseases 10)’da yer almaktadır. IHS’nin 2013 yılı sınıflama sistemine göre belirtilen baş ağrılarının sınıflandırması aşağıda yer almaktadır.

Uluslararası Baş Ağrısı Hastalıkları Sınıflandırması-3 (International Classification of Headache Disorders 3)’e göre Baş Ağrıları Sınıflandırması:

1. Migren
2. Gerilim tipi baş ağrısı (GTBA)
3. Trigeminal otonomik baş ağrıları
4. Diğer primer baş ağrıları
5. Baş ve / veya boyundaki travma veya yaralanmaya bağlı baş ağrısı
6. Kraniyal ve / veya servikal vasküler bozukluğa bağlı baş ağrısı
7. Vasküler olmayan intrakraniyal bozukluğa bağlı baş ağrısı
8. Bir maddeye veya bırakılmasına bağlı baş ağrısı
9. Enfeksiyona bağlı baş ağrısı
10. Homoeostasis bozukluğuna bağlı baş ağrısı
11. Kafatası, boyun, gözler, kulaklar, burun, sinüsler, dişler, ağız veya diğer yüz veya servikal yapı bozukluğuna bağlı baş ağrısı veya yüz ağrısı
12. Psikiyatrik bozukluğa bağlı baş ağrısı
13. Kraniyal sinirlerin ağrılı lezyonları ve diğer yüz ağrıları
14. Diğer baş ağrısı hastalıkları

Baş ağrılarının tümünü ele almak mümkün olmadığından gebelikte sık karşılaşılan baş ağrıları üzerinde durulacaktır.

2.3. Gebelik Döneminde Baş Ağrısı

Gebelik kadınlar için fizyolojik bir süreç olmasına rağmen, stres ve anksiyeteye neden olabilecek faktörlere maruz kalma riski daha yüksek olan önemli biyolojik ve psikososyal değişiklikleri içeren bir dönemdir (Özdemir ve diğerleri, 2021).

Baş ağrısı gebelikte sık görülen bir yakınmadır (Coşar Çetin ve diğerleri, 2017). Gebelik döneminde baş ağrıları büyük oranda azalsa da hastaların belli bir kısmında devam edebilmekte hatta sıklığı artabilmektedir. Gebelik döneminde baş ağrılarının çoğunu migren ve gerginlik tipi baş ağrıları oluşturmaktadır.

Bu baş ağrıları gebelikte başlayabilir, ama daha sıklıkta gebelik öncesinde var olan bu baş ağrıları, gebeliğin özellikle 1. trimesterinde artış görülebilir. Melhado ve diğerlerinin gebelikte baş ağrısını değerlendirdiği 1101 gebeden oluşan bir çalışmada baş ağrısı olan gebelerin %93’ünde gebelik öncesinde de baş ağrısı saptanmış ve bu hastaların çoğunluğunun migren hastası olduğu bildirilmiştir (Melhado ve diğerleri, 2007). Bu dönemde anne ve fetüsün sağlığını korumak için baş ağrılarının takibinin düzenli yapılması gerekmektedir.

2.3.1. Migren

Migren terimi Yunanca ‘hemicrania’dan kaynaklanır. Bu terim Latince’de ‘hemigranea’ ve ‘migrenea’ kelimeleri ile ifade edilmiş ve son olarak Fransızca olarak ‘migraine’ olarak kullanılmaktadır. Migren tarih boyunca bilinen en eski hastalıklardan olmuştur (Lüleci, 2004).

Migren baş ağrısında tanının doğru konulması çok önemlidir. Migren tanısında hastanın tıbbi öyküsünün iyi sorgulanması gereklidir. Migren çok sık karşılaşılan kronik baş ağrısı olmasından dolayı ve günlük aktivitede güç kaybına neden olması açısından üzerinde ciddiyetle durulması gereken hastalıklardan biridir.

Bireyi en çaresiz bırakıcı kronik durumlardan biri olarak tanımlanan migren; klinik olarak şiddeti, sıklığı, yerleşimi ve devam etme süreci çok değişken olan, genelde başın %75 tek tarafına yerleşebilen ve nöbetlerle gelen bir baş ağrısı tipidir. Her yaşta ortaya çıkabilmekte fakat sıklıkla doğurganlık döneminde meydana gelmektedir (Aslantaş, 2001, Yılmaz ve diğerleri, 2005). Migren, gebelikte en sık görülen baş ağrılarından biridir (Yılmaz ve Çevik, 2018).

Migren; genel itibari ile çocukluk yıllarında ortaya çıkan bir hastalık olup 50 yaş üstünde ortaya çıkması ise nadir olan bir rahatsızlıktır (Ertaş, 2003). Migrenin yaklaşık olarak dünyada görülme sıklığı %10–15 olarak bildirildi (Dowson, 2003).

Batıda migren yaygındır. Kadınlarda olduğundan üç kat daha yaygındır. Kadınlarda en yüksek prevalans doğurganlık yıllarında ve 41 yaşlarında görülme olasılığı %27 olup yüksektir. Migren hastalarının yaklaşık % 70'i pozitif bir aile öyküsüne sahiptir, bu nedenle genetik faktörler muhtemelen başlangıcında rol oynar (Dixit ve diğerleri, 2011). Önceden var olan migreni olan kadınların %60 ila %70'i gebelik sırasında daha az migren atağı bildirmektedir. Migren, ilk üç aylık dönemin sonunda iyileşmezse gebelik ve doğum sonrası boyunca devam etmesi muhtemeldir (Mackgregor, 2014).

Ülkemizde ortaya çıkma sıklığı kadınlar için %15-18 iken, erkekler için %8-10’dur (Saip, 2005). Gebelik esnasında migren hastalarının yaklaşık üçte ikisinde baş ağrısı sıklığında azalma görülse de migren ve diğer tipte baş ağrıları devam eden hastaların anne ve bebek sağlığını korumak açısından takipleri önemlidir (Marcus, 2003).

Menarş döneminde migren hastası olan kadınlar gebelik sırasında migrende azalma eğilimindedir. Migren, gebelikte ilk kez ortaya çıkabilir (Ng ve diğerleri, 2015). Kadınlarda ilk migren atağı geçirildikten sonra doğurganlık yılları boyunca migren atağı geçirme olasılığı erkeklerden daha yüksektir (MacGregor, 2004).

Uluslararası Baş Ağrısı Derneği migreni alt gruplara ayırmakta ve sınıflamaktadır. Bu ayrışmada öncelikle auranın varlığı, yokluğu göz önüne alınmakta, sonrada eşlik eden nadir durumlara göre isimlendirmeler yapılmaktadır (Saip, 2005; IHS, 2013).

2.3.1.1. Aurasız Migren

Başın bir yanına yerleşen, orta veya şiddetli seviyede, zonklayıcı seviyede ortaya çıkan ve 4-72 saat devam eden ağrıdır. Günlük egzersizler ile şiddetlenmenin yanında bulantı, ışık ve sese hassasiyet ile birlikte olur.

**Tanı Ölçütleri:**

1. B-D ölçütlerine uyan en az 5 atak varlığı
2. 4-72 saat süren baş ağrısı atakları (tedavi edilmiş olsun ya da olmasın)
3. 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

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

Tekrarlayıcı ataklar ile ortaya çıkan geri dönüşümlü fokal nörolojik belirtilerin olduğu 5-20 dakikadan uzun ve 60 dakikadan kısa sürdüğü ağrıdır. Aura belirtilerini genellikle aurasız migren tipi baş ağrısı izler.

**Tanı Ölçütleri**

**A.** B ölçütlerini dolduran en az 2 atak olmalı

**B.** Aşağıda belirtilen 4 özellikten en az 3 tanesi olmalı:

1. Bir ya da daha fazla sayıda, tümüyle geri dönüşümlü olan 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 bir aura belirtisi ya da veya daha fazla sayıda birbiri ardı sıra 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

Özgün Auralı Migren:Duysal, görsel ve konuşma ile ilgili belirtilerden olur.

**Tanı Ölçütleri**

**A.** B-D ölçütlerini tamamen dolduran en az iki atak olmalı

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

1. Tamamen geri dönüşümlü pozitif belirtileri (ışık titremeleri, noktalar ya da çizgiler) veya negatif belirtileri (görme kaybı) içeren görsel belirtiler
2. Tamamen geri dönüşümlü pozitif özellikleri (toplu iğne ve iğne) veya negatif özellikleri (uyuşukluk) kapsayan duysal belirtiler
3. Tamamen geri dönüşümlü disfazik konuşma bozukluğu

**C.** Aşağıdakilerden en az iki tanesi olmalı:

1. Homonim görsel belirtiler veya tek yanlı duysal belirtiler
2. Beş dakika veya daha fazla sürede gelişen en az bir aura belirtisi 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 ölçütlerini taşıyan baş ağrısı

**E.** Başka bir organik hastalık işareti olmamalı

Özgün Auralı, Migrene Benzemeyen Baş Ağrısı: Özgün aura, duysal, görsel ve konuşma ile ilgili belirtilerden oluşur.

**Tanı Ölçütleri**

**A.** B-D ölçütlerini tamamen dolduran en az iki atak olmalı

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

1. Tamamen geri dönüşümlü pozitif belirtileri (ışık titremeleri, noktalar ya da çizgiler) veya negatif belirtileri (görme kaybı) içeren görsel belirtiler
2. Tamamen geri dönüşümlü pozitif özellikleri (toplu iğne ve iğne) veya negatif özellikleri (uyuşukluk) kapsayan duysal belirtiler
3. Tamamen geri dönüşümlü disfazik konuşma bozukluğu

**C.** Aşağıdakilerden en az iki tanesi olmalı:

1. Homonim görsel belirtiler veya tek yanlı duysal belirtiler
2. Beş dakika veya daha fazla sürede gelişen en az bir aura belirtisi, 5 dakika veya daha fazla sürede art 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 ölçütlerini taşımayan baş ağrısı

**E.** Başka bir organik hastalık işareti olmamalı

Baş Ağrısız Özgün Aura: Baş ağrısı hiç ortaya çıkmaz 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.

Ailesel Hemiplejik Migren (AHM): Kas gücü kaybı tarzında olan ağrıdır. En az bir tane birinci veya ikinci derece yakınlarında motor güçsüzlük şeklinde aurası olan migren baş ağrısının bulunması bu tanıyı düşündürmelidir. Hafif bir kafa travmasıyla tetiklenebilir.

**Tanı Ölçütleri**

**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 duysal belirtiler
3. Tamamen geri dönüşümlü disfazik konuşma bozukluğu

**C.** Aşağıdakilerden en az 2’si:

1. En az bir aura belirtisinin 5 dakikadan uzun sürede gelişmesi ve/veya farklı aura belirtilerinin 5 dakikada gelişmesi
2. Her bir aura belirtisi 5 dakika ile 24 saat içinde sonlanır.
3. Aurasız migren ölçütlerini karşılayan baş ağrısının aura sırasında ya da auradan sonraki 60 dakika içinde başlaması

**D.** 1. veya 2. derece yakınlarda en az bir tane A-E ölçütlerine uyan birinin bulunması

**E.** Diğer bir hastalıkla ilişkili olmaması

**Not:** AHM, sıklıkla baziler tipte belirti verir

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 hikayesi bulunmamalıdır.

**Tanı Ölçütleri**

**A.** B-C ölçütlerini tamamen dolduran en az iki atak olmalı

**B.** Aura, tamamen geri dönüşümlü kas gücü kaybı ile aşağıdaki özelliklerden en az birini taşımalı:

1. Tamamen geri dönüşümlü pozitif belirtileri (ışık titremeleri, noktalar ya da çizgiler) veya negatif belirtileri (görme kaybı) içeren görsel belirtiler
2. Tamamen geri dönüşümlü pozitif özellikleri (toplu iğne ve iğne) veya negatif özellikleri (uyuşukluk) kapsayan duysal belirtiler
3. Tamamen geri dönüşümlü disfazik konuşma bozukluğu

**C.** Aşağıdakilerden en az iki tanesi olmalı:

1. Beş dakika veya daha fazla sürede gelişen en az bir aura belirtisi 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 ölçütlerini taşıyan baş ağrısı

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

**E.** Başka bir organik hastalık işareti olmamalı

Baziler-Tip Migren (Baziler Arter Migreni, Baziler Migren): Motor zaaf gerçekleşmeksizin her iki oksipital hemisferden ve/veya beyin sapından kaynaklanan aura belirtilerini içeren migren atağı olmalıdır.

**Tanı Ölçütleri**

**A.** B-D ölçütlerini tamamen dolduran en az iki atak olmalı

**B.** Kas gücü kaybı olmaksızın aura aşağıdaki tamamen geri dönüşümlü belirtilerin en az iki tanesini içermeli:

1. Dizartri
2. Vertigo
3. Tinnitus
4. İşitme kaybı
5. Diplopi
6. Her iki gözde temporal ve nazal görme alanlarını içeren görsel belirtiler
7. Ataksi
8. Bilinç düzeyinde bozulma
9. Eş zamanlı iki yanlı paresteziler

**C.** Aşağıdakilerden en az bir tanesi olmalı:

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

**D.** Aura sırasında veya aurayı izleyen 60 dakika içinde aurasız migren için olan tüm B-D ölçütlerini taşıyan baş ağrısı

**E.** Başka bir organik hastalık işareti olmamalı

2.3.1.3. Öncül veya Migren ile Birlikte Olabilecek Çocukluk Çağının Periyodik Sendromları

Tekrarlayıcı Kusmalar: Tekrarlayan bulantı ve kusma atakları mevcuttur ve ataklar birbirinin aynısıdır. Atak sırasında halsizlik ve solukluk olur ancak çocuk ataklar arasında normaldir.

**Tanı Ölçütleri**

**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.

Abdominal Migren: İdiyopatik tekrarlayan bir rahatsızlıktır. 1-72 saat devam eden karın ağrısı mevcuttur ve ağrı orta-ağır şiddettedir ayrıca vazomotor belirtilerle, bulantı ve kusma ile ilişkilidir.

**Tanı Ölçütleri**

**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 olmamalı.

Çocukluk Döneminin İyi Huylu, Ataklarla Giden Baş Dönmesi: Kısa süreli baş dönmesi atakları vardır. Uyarıcı belirtiler olmamakla birlikte, kendiliğinden geçer. Bazı ataklarda baş ağrısı ile beraber ilişkili olarak nistagmus veya kusma görülebilir.

**Tanı Ölçütleri**

**A.** B-D’yi karşılayan en az 5 atak

**B.** Dakikalar veya saatler içinde kendiliğinden geçen çoklu ağır baş dönmesi atakları

**C.** Nörolojik muayene, odyometrik testler ve vestibüler fonksiyonlar ataklar arasında normaldir

**D.** EEG normaldir.

2.3.1.4. Retinal Migren

Tekrarlayan ataklar şeklinde monooküler görsel bozukluk ve eşlik eden migren baş ağrısı vardır.

**Tanı Ölçütleri**

**A.** B ve 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 ölçütlerini karşılayan baş ağrısının aura sırasında ya da 60 dakika içinde başlaması,

**D.** Normal oftalmolojik muayene,

**E.** Başka bir hastalığa bağlı değildir.

2.3.1.5. Migren Komplikasyonları

Süreğen Migren: Aşırı ilaç kullanımının olmadığı, ayda 15 ya da daha fazla gün olan, toplam 3 aydan fazla süren migren baş ağrısıdır. Son 3 ay için ayda 15 gün veya daha fazla süre için aurasız migren ölçütlerinden C ve D’nin karşılanması, başka bir hastalığa bağlı olmaması süreğen migrenin tanı ölçütüdür.

Migren Statusu:Yetmiş iki saatten uzun süren ve işten düşüren migren atağının olmasıdır.

**Tanı Ölçütleri**

**A.** Hastadaki mevcut baş ağrısı atağı aurasız migren ölçütlerini süre haricinde karşılar.

**B**. Baş ağrısında aşağıdakilerden ikisinin olması:

1. 72 saatten uzun sürmesi.
2. Ağır şiddette olması.

**C.** Başka bir hastalığa bağlı değildir.

İskemi Olmaksızın Dirençli Aura: Aura belirtileri bir haftadan uzun sürer.

Migrene Bağlı İnfarkt: Bir ya da daha fazla migren aurası iskemik beyin lezyonu ile ilişkilidir. Görüntülemede ilgili bölgede infarkt alanı tespit edilir. 60 dakikanın üzerinde seyreden auralı tek atak dışında tüm ağrıları auralı migrene uyar.

Migrene Bağlı Epileptik Nöbet:Migren aurası tarafından tetiklenen nöbettir. Burada migren aurası sırasında ya da sonraki 1 saat içinde nöbet vardır.

2.3.1.6. Olası Migren (Migrenöz Bozukluk)

Baş ağrısı ve/veya atağı migren tanı ölçütlerinden biri dışında diğerlerini karşılıyorsa olası migren adı verilir.

Olası Aurasız Migren:

**Tanı Ölçütleri:**

**A.** Aurasız migren için A-D tanı ölçütlerinden biri dışında tümünü karşılayan ataklar

**B.** Başka bir organik bozuklukla ilişkili olmamalı

Olası Auralı Migren:

**Tanı Ölçütleri:**

**A.** Auralı migren veya onun herhangi bir alt formu için A-D tanı ölçütlerinden biri dışında tümünü karşılayan ataklar

**B.** Başka bir organik bozuklukla ilişkili olmamalı (Çakır, 2006; IHS, 2004; IHS, 2013).

Migren atakları dört dönemden oluşmaktadır (Saip, 2005):

1. **Prodrom dönemi:** Prodrom dönemi, ağrının başlamasından saatler, bazen günler önce başlamakta ve hastaların %20-40’ı tarafından bildirilmektedir (Ekizoğlu, 2012). Bu dönemin başlangıcını hasta kesin bir şekilde hatırlamaz fakat iştah değişikliği, kelime seçme sıkıntısı, esneme ve uyku isteği gibi nöropsikolojik bulguların ortaya çıkabileceği gibi, bitkinlik, ishal ya da kabızlık, sık idrara çıkma gibi sistemik otonom belirtiler olabilir (Saip, 2005; Çakır, 2006).
2. **Aura dönemi:** Auralı migren ataklarının migrenliler tarafından görülme oranı %10 kadardır. Bu dönem çoğunlukla baş ağrısından önce başlamaktadır. Aura dönemi 4 dakikadan fazla ve 60 dakikadan az sürmekte ve aura döneminin ardından en fazla 1 saat içinde ağrı görülür (IHS, 2004; Çakır, 2006). Aura dönemindeki belirtiler genellikle görseldir (Çakır, 2006).
3. **Ağrı Dönemi:** Baş ağrısının süresi, şiddeti, şekli ve eşlik eden belirtileri hastadan hastaya veya ataktan atağa fark eder. Ağırlıklı olarak ağrı başlangıçta tek taraflı olup devam eden saatlerde diğer tarafada yayılım gösterebilir ya da mevcut tarafta sürebilir. Ağrı zonklayıcı karakterdedir. Ağrılar sıklıkla orta ve ileri seviyededir. Ağrı sırasında yoğunlukla ışığa ve sese hassasiyet görülür. Ağrısı olan kişi sakin ve loş bir ortam aramaktadır. Ağrı çoğunlukla 4 saatten fazla sürer ve ilaç içmese bile genellikle 72 saat içinde biter (Çakır, 2006; Doğanay, 2006).
4. **Postdrom Dönem:** Ağrının bitmesinden sonraki dönemdir. Ağrı bittikten sonra çoğu zaman atak devam eder. Bu dönemde hasta yorgunluk, halsizlik ve endişe hissedebilmektedir. Ağrı sonrası dönem saatlerce ya da gün boyunca devam edebilir. Ağrı olmayan bu evrede hasta bahsedilen bulgular sebebiyle hala günlük işleyişine başlayamayabilir (Çakır, 2006).

**2.3.2 Migrenin Patogenezi**

Günümüzde migrenin nörojenik tabanlı olduğu, atakların ortaya çıkmasının beynin aşırı hassas olması veyahut uyarılma eşiğinde düşme ile ilgili olabileceği ve olasılıkla beyin sapındaki bazı yapıların atak sürecini başlattığı düşünülmektedir. Merkezi sinir sisteminde paroksismal olarak meydana gelen bu hassasiyetin genetik tabanlı olduğu ve bir kanalopati ile açıklığa kavuşacağı yönünde bütünleşen güncel fikirler vardır (Siva, 2002; Saip, 2005).

Kısaca fizik, biyolojik veya psikolojik stresin ihtimalle genetik faktör sebebiyle beyin hassasiyeti artmış kişilerde bu eşiğin aşılmasına neden olarak migren dönemlerini başlattığı, bu arada beyin sapı mekanizmalarının aktive olmasıyla beraber ağrının ortaya çıktığı ve bu sürecin sonunda da giderek eşiğin yükselmesiyle atak sonlanabilir (Siva, 2002; Saip, 2005)

2.3.3. Gebelikte Aurasız Migren

Gebe kadınlarda, migren ataklarında tam bir remisyon veya baş ağrısı frekansında azalma görülür. Bu konuda 1986 yılında yapılan ve ilk çalışmalardan olan Manzoni ve diğerlerinin çalışmasında, aurasız migreni olan gebelerin migren ataklarının gebelikte %16 oranında devam ettiği bildirildi (İskender, 2014). Aurasız migren, gebe kadınların %1 ila %10'unda gebelik sırasında ortaya çıkabilir (Negro ve diğerleri, 2017).

Ayrıca, klinik vaka serileri ve genel popülasyon üzerinde yapılan çalışmalarda da gebelikte aurasız migrenin kaybolduğu veya iyileştiği doğrulanmaktadır (Russell ve diğerleri, 2002). Ancak Marcus ve diğerlerinin yaptığı bir çalışmada ise %61 oranında kadında baş ağrısının gebelikte herhangi bir iyileşme göstermediği bildirildi, benzer bazı çalışmalarda karışık sonuçlar bildirildi. Eğer 1. trimester sonunda baş ağrısı daha iyi bir durumda değilse, sonraki dönemlerde de iyileşmeyebilir (Evans ve Loder, 2003).

Bazı vakalarda gebeliğin erken dönemlerinde iyileşme olurken, diğerlerinde 2. trimesterden sonra olur. Sances ve diğerlerinin, özellikle son iki trimesterde, daha çok sayıda kadında, aurasız migren ataklarında tam remisyon olduğunu gözlemledi (Sances ve diğerleri, 2003). Diğer araştırmacılar gebelik öncesi menstruasyonla ilişkili migrene sahip olmanın 1. ve 3. trimesterdeki iyileşme olmaması ile, gebelikte hiperemezis olmasının 2. trimesterdeki iyileşme olmaması ile, gebelikte patolojik gelişmelerin 2. ve 3. trimesterdeki iyileşme olmaması ile ilişkili olduğunu bildirdiler. Aurasız migren seyri ilk defa gebe kalanlarda daha yüz güldürücüdür, ayrıca tam remisyon ihtimali, migren başlangıcı ilk menstruasyona denk gelenlerde daha yüksektir (İskender, 2014).

2.3.4. Gebelikte Auralı Migren

Auralı migrenin gebelikteki doğal seyri ilginçtir ve aurasız migren ile kıyaslandığında farklı özellikler içermektedir. İlk atağını gebelikte yaşayanların sıklığı az değildir. Manzoni ve diğerleri auralı migreni olanların %20’sinin ilk atağının gestasyonel periyodda yaşadığını belirtmektedir. 1., 2. ve 3. trimesterde auralı migren atağı başlama şansı eşittir (İskender, 2014).

Auralı migrenin ilk başlangıcı gebelikte olmayanlarda, atak özellikleri gestasyonel periyodda tamamen değişiktir ve kesinlikle aurasız migrende görülenden farklıdır. Auralı migreni olanların yarısında gebelik boyuncada ataklar devam ederken, aurasız olanlarda ise ortalama %20 oranında devam etmektedir (İskender, 2014).

Gebelikte auralı migrenin daha sorunlu olduğu gösterilmiştir. Baş ağrısı aura ile şiddetli olabilir veya olmayabilir. Auralı migren, aura olmadan migren kadar sık iyileşme eğilimindedir. Neyse ki, gebelik sırasında en geçici ataklar migren aurasıdır ve genellikle sonuç iyidir (Digre, 2013).

2.3.5. Migrenin Gebeliğe Etkisi

Östrojen seviyelerindeki dalgalanmaların, semptomları kötüleştiren yüksek östrojen seviyelerine ve düşen seviyelere sahip migreni etkilediği bilinmektedir. Bu özellikle adet döngüsü sırasında belirgindir ve baş ağrısı büyük olasılıkla mentürasyon başlangıcından iki gün önce veya sonra ortaya çıkar. Bir dizi çalışmada, özellikle adet migreni olan kadınlar gebelikteki yüksek kararlı östrojen seviyelerinin, ilk trimesterde iyileşme bildiren kadınların %11’ine kadar migren semptomlarını iyileştirdiğini, 2. trimesterde %53’e ve 3. trimesterde %79’a yükseldiğini göstermiştir. Tersine, diğerleri baş ağrılarında en büyük iyileşmenin ilk trimesterde görüldüğünü ve 2. trimesterde devam eden migrenin iyileşme olasılığının daha düşük olduğunu bulmuşlardır (Dixit ve diğerleri, 2011).

Auralı veya aurasız migrenlerin, genel olarak, gebeliğin sonucu üzerinde herhangi bir olumsuz etkisi yoktur; bununla birlikte, artan bir kanıt kütlesi migren, preeklampsi ve eklampsi arasında bir ilişki olduğunu göstermektedir. Yeni bir vaka kontrol çalışmasın da migren öyküsünün preeklampsi riskinin 1,8 kat artmasıyla ilişkili olduğunu buldu. Aşırı kilolu migren hastalarının yağsız migrenlere kıyasla preeklampsi riski 12 kat artmaktadır (Digre, 2013).

Gebe kadınlarda inme riski artmaktadır ve genç kadınlar arasında özellikle auralı migren inme için bağımsız bir risk faktörüdür. Bununla birlikte, migrenlerde gebeliğe bağlı inme riskine odaklanan çok fazla çalışma yok. James ve diğerleri, Nationwide Inpatient Sample’ın gebelikle ilgili taburculuklara göre elde ettiği verileri inceledi ve 100.000 doğumda 34,2'lik genel gebelik inme riski buldu (Digre, 2013).

Yeni bir çalışma, migreni olan kadınların gebelik sırasında erken doğum ve komplikasyonlara sahip olma olasılığının daha yüksek olduğunu ve migreni olan kadınların ‘yüksek riskli’ olarak kabul edilmesi gerektiğini göstermiştir. Migren ve gebelik sonucunun ilişkisini anlamak için daha fazla veri ve çalışmaya ihtiyaç vardır (Digre, 2013).

Chen ve diğerleri, 2010 senesinde migrenin gebelik sonuçlarına etkisini yorumlamak için ülke genelinde geniş örneklemli bir araştırmayla 3 senelik veriler incelendi. Araştırma sonucunda migrenin preeklampsi ve sezaryen riskini artırdığı bildirildi. Bushnell ve diğerleri, 2009 senesinde maternal migreni olan 33956 kadınla yaptıkları araştırmada, gebelikteki migrenin vasküler hastalıklar ile ilgisini değerlendirdiler. Çalışma sonucunda, gebelikteki migrenin pulmoner emboli/ venöz tromboembolizm, miyokard enfarktüsü, inme, preeklampsi hipertansiyon ve diyabetle bağlantılı olduğu bildirildi.

2.3.6. Migrenin Yenidoğana Etkisi

Maternal migren prenatal dönemdeki yenidoğan ölümlerini ve preterm doğum oranını artırdığı belirtilmektedir. Ayrıca maternal migren ve preeklampsinin beraberliği olduğunda ise yenidoğanın serebral palsi riskinin de arttığı bildirilmektedir (Blair ve Nelson, 2011). Gelfand ve diğerleri, 2012 senesinde, maternal migren öyküsü olan annelerin bebeklerinde, diğer bebeklere nazaran %22 daha fazla infantil kolik olduğunu bildirmektedirler. Chen ve diğerleri, 2010 senesinde, migren atakları olan 4911 gebeyi 3 sene süresince araştırdılar, gebelik migreninin preterm doğum ve oldukça düşük doğum ağırlıklı bebek riskini artırdığını belirttiler (Lüleci, 2004; Çağlayan ve Oskay, 2015).

2.3.7. Migreni Tetikleyici Etkenler

Migren atakları genetik faktör, yaş, cinsiyet, mensturasyon, gebelik ve stres gibi faktörlerden etkilenmektedir. Aynı zamanda sıkıntı, korku ve anksiyete de migren atağını harekete geçiren etkenlerdendir. Beslenmenin de migren atakları üzerinde etkisi bulunmakta ve en çok etkileyen besinlerin alkol, peynir ve çikolata olduğu belirtilmekte ve bunun için ‘besin kaynaklı migren’ terimi kullanılmaktadır. Migrenli gebelere öğün atlamaktan kaçınmaları gerektiği vurgusu yapılmalıdır (Lüleci, 2004; Özturan ve diğerleri, 2016).

2.3.8. Migrende Potansiyel Tetikleyici Etkenler

1. **Hormonal:**
   1. Menarş
   2. Adet görme
   3. Gebelik
   4. Doğum
   5. Doğum kontrol ilaçları
   6. Menopoz
   7. Östrojen replasman tedavisi
2. **Diyetle ilişkili:**
   1. Tiramin içeren yiyecekler
   2. Nitrit içeren yiyecekler
   3. Turunçgiller
   4. Alkol
   5. Monosodyum glutamat
   6. Aspartam
   7. Öğünlerin atlanması ya da geciktirilmesi
   8. Çikolata
3. **Psikolojik:**
   1. Sıkıntı üzüntü gibi psikolojik etkenler
   2. Depresyon
   3. Coşku ya da beklenti
4. **Fiziksel-çevresel:**
   1. Parlak ışıklar
   2. Floresan ışığı
   3. İklim değişimleri
   4. Basınç değişiklikleri
5. **Uyku:**
   1. Uykusuzluk ya da aşırı uyuma
6. **İlaçlar:**
   1. Nitrogliserin
   2. Histamin
   3. Reserpin
   4. Hidralazin
   5. Ranitidin
   6. Östrojen
7. **Önemsiz etkenler:**
   1. Kafa travması
   2. Ağır hareket, egzersiz
   3. Yorgunluk (Lüleci, 2004; Deniz, 2011).

2.4. Gerilim Tipi Baş Ağrısı

Primer baş ağrıları içerisinde en çok görülen baş ağrısı tipidir (Saip, 2005; Deniz, 2011; Karadaş ve diğerleri, 2013). GTBA çoğu insan tarafından "normal" bir baş ağrısı olarak kabul edilir (Ailani, 2010). Görülme olasılığı farklı kesimlerde değişmekle beraber, %30-40 civarlarındadır. Epizodik ve süregen olarak ikiye ayrılır. IHS 2004 gruplamasında bu iki ana kümeye sık tekrarlamayan epizodik gerilim baş ağrısı ve olası epizodik ya da kronik gerilim baş ağrısı formları da ilave edilmiştir. Ancak pratik olarak baştaki iki ana klinik form ve bunlara, baş ve boyun kaslarında hassasiyet veya kasılmanın olup, olmamasına göre alt kümelere ayrılır. En çok ortaya çıkan tipi epizodik GTBA’dır (Saip,2005).

Gerilim tipi baş ağrıları son derece yaygındır ve kadınlarda %88'e varan oranla ömür boyu sürer. GTBA, stres dönemleriyle ilişkili olabilir. Gebelikte ve kadınlarda en çok görülen baş ağrısıdır (Ng ve diğerleri, 2015) ve hastalar sıklıkla haftada birkaç kez yaşarlar (Marcus, 2001).

Gebelik için hiçbir risk oluşturmaz ve sınırlı çalışmalar GTBA ataklarının gebelik sırasında azaldığını öne sürmektedir. GTBA, basit reçetesiz analjeziklerle yönetilebilir (Ng ve diğerleri, 2015). Çoğu kadında, GTBA gebelik sırasında iyileşir (Yılmaz ve Çevik, 2018). Bazı kadınlar için adet kanaması GTBA için bir tetikleyicidir. Hem gebelik hem de menopoz gerilim tipi baş ağrılarını etkileyebilir (Ailani, 2010).

Gebelikte gerilim tipi baş ağrılarının seyrini değerlendiren çalışmalar çok az ve çok uzaktır ve çelişkili sonuçlar göstermektedir. Bir çalışmada, gerilim tipi baş ağrılı hastalarının %67'si semptomlarda bir değişiklik göstermedi, %28'i iyileşme ve %5 kötüleşme bildirdi, başka bir çalışmada ise gerilim tipi baş ağrılı kadınların %50'si aynı migren hastalarının sadece %33'ü ile iyileşme bildirdi (Diamond, 2007). Ancak bu çalışmaların örneklem boyutları, güvenilir sonuçlar çıkarmak veya hangi hastaların gebelikte iyileşip iyileşmeyeceğini tahmin etmeye yardımcı olabilecek prognostik faktörleri belirlemek için çok küçüktür (Dixit ve diğerleri, 2011).

GTBA, IHS (2004) tarafından 3 grupta sınıflandırılmaktadır:

1. Epizodik GTBA: Ağrılı gün sayısı ayda 15 günden az
   1. Perikranial kas rahatsızlığının bulunduğu tip
   2. Perikranial kas rahatsızlığının bulunmadığı tip
2. Kronik GTBA: Ağrılı gün sayısı ayda 15 günden fazla
   1. Perikranial kas rahatsızlığının bulunduğu tip
   2. Perikranial kas rahatsızlığının bulunmadığı tip
3. Belirlenen Tanı Kriterlerine Tam Uymayan Ağrı Tipi

IHS (2004)’ye göre GTBA’nın tanı kriterleri şu şekildedir:

Aşağıdaki kriterlere uygun en az 10 atak olmalıdır:

1. Süresi 30 dk ile 7 gün arasında değişebilir.

**B.** Aşağıdakilerden en az ikisine uyan ağrı

1. İki taraflı yerleşim
2. Basınç, ağırlık veya sıkıştırıcı özellik
3. Hafif ve orta Şiddet
4. Fizik aktiviteden etkilenmeme

**C.** Aşağıdakilerden en az biri olabilir.

1. Ağrı sırasında bulantı ve/ veya kusma gözlenmemesi
2. Ağrı sırasında fotofobi ve/ veya fonofobinin olmaması.

GTBA’nın gebelikte daha çok arttığı fakat bu şikayetlerin ancak ¼ kadarının söylendiği öne sürülmüş ve iskelet-kas sistemini tetikleyen stres faktörleri ile psikolojik etmenlerin bu artıştan sorumlu tutulduğu düşünülmektedir (Dede ve diğerleri, 2014). GTBA’nda bir senede 180 günden çok ağrılı gün olması ve bu olayın 6 ay sürüyor olması halinde süreğen GTBA’ndan söz edilir (Saip, 2005). Gerilim baş ağrısı zonklayıcı tipte ve fiziksel aktivite ile kötüleşmektedir (Göksan, 2002).

GTBA, sıklıkla hafif ve orta şiddette günlük aktiviteleri etkilemeyen bir baş ağrısı tipidir. Gerilim baş ağrıları gün içerisinde rastgele bir saat diliminde meydana gelmektedir. Gerilim baş ağrılarında etkileyici etmenler, fiziksel ve psikososyal stres, anksiyete, depresyon mensturasyon gibi faktörlerden etkilenmektedir (Deniz, 2011). Aynı zamanda baş ve boyun postürü de önemlidir. Bunun yanında boyun, yüz ve çene kaslarındaki gerginleşme önemli nedenleri arasındadır.

**2.4.1. Gerilim Baş Ağrısında Patogenez**

Gerilim baş ağrısında baş ve boyun kaslarındaki postür ve pozisyon alışkanlıklarına bağlı ya da endojen sebeplerden kaynaklanan gerginlik ve kasılma hali periferik etkenlerin ve endojen ağrı kontrol sistemlerinde dengenin bozulması ile ortaya çıkan santral mekanizmaların olması etkilemektedir. Santral ve periferik mekanizmaların önceliğinin hastadan hastaya veya bir hastada zaman içinde farklılaşabileceğine önem verilmelidir (Göksan, 2002).

Ovaryan hormonların GTBA ile ilgisinde kesinlik yoktur. Hastaların çoğunluğunun kadın olması akıllara hormonlarla bağlantısı olabileceği olasılığını getirse de henüz fikir birliğine varılamayıp, ileri araştırmalara ihtiyaç vardır (Lieba-Samal ve Wöber, 2011).

**2.4.2. Gerilim Tipi Baş Ağrısının Tetikleyicileri**

Baş ağrısının başlamasına ve devam etmesine sebep olabilen faktörler oromandibular bozukluklar, anksiyete, psikososyal stres, depresyon, hezeyan veya düşünce olarak gelişen somataform bozuklukları, kaslarda zorlanmaya neden olan kötü çalışma pozisyonları, aşırı çalışma ve uykusuzluk, postür ve pozisyon bozuklukları gibi kötü sağlık bakımına sahip kişilerin işten sonra rahatlayamaması gibi faktörler tetikleyiciler arasında sayılabilir (Özön ve Bolay, 2003; Çelepkolu, 2011).

GTBA migrende olduğu gibi mestruasyon sırasında da ortaya çıkabilmektedir (Saip ve Siva, 2000). Migren ve GTB’de psikiyatrik problemlerin varlığı da bilinmektedir (Mıhoğlu ve Tulunay, 2000). Kronik GTBA’nın aile öyküsünde depresyon saptanmıştır (Çelepkolu, 2011). Boz ve diğerleri kronik GTBA olan hastalarında zarardan kaçınma skorlarını yüksek saptadılar (Boz ve diğerleri, 2004). Bu yükseklik hastaların daha çok depresif semptomotolojiye sahip olduklarını gösterir. GTBA’yı tetikleyici temel faktörler depresyon ve kötü sağlık bakımı olmasından dolayı ağrıyı en çok azaltan ve geçiren yöntem, istirahattir (Çağrıcı, 2005).

2.5. Küme Baş Ağrısı ve Diğer Otonomik Sefaljiler

2.5.1. Küme Baş Ağrısı

KBA, gerilim ve migren baş ağrısından sonra en çok ortaya çıkan primer baş ağrısıdır. IHS 2013 sınıflamasında diğer benzer baş ağrılarıyla beraber 3. sıradadır. Epizodik ve kronik olarak sınıflandırılır. KBA yaygın ve alışılmış biçimi ile epizodik bir baş ağrısıdır. Vakaların %80-90'ı epizodik tiptedir (Saip, 2005).

KBA her 500 kişiden 1'inden daha azını etkiler ve migren ve GTBA’nın aksine, erkeklerde kadınlara göre çok daha yaygındır. Tipik olarak 6 ila 8 hafta süren kümelerde 2 saate kadar süren kesinlikle tek taraflı baş ağrısı ve otonom semptomların basmakalıp semptomlarına rağmen sıklıkla migren olarak yanlış teşhis edilir. Gebelik sırasında KBA ile ilgili veriler sınırlıdır, ancak ilk gebeliklerinden önce ilk KBA olan kadınların, ilk atakları sırasında zaten çocuk sahibi olanlara göre daha az çocuğa sahip olduğu belirtilmektedir.Hipofertilite olasılığı gündeme gelse de, daha olası açıklama, kadınların KBA için ilacın gebeliğin sonucu üzerindeki etkilerinden endişe duydukları için gebe kalmamayı seçmeleridir (Macgregor, 2014).

KBA sıklığı, cinsiyete göre farklılık gösterir. Ülkemizde net prevalansı tespit edilmemiştir. Erkeklerde belirgin oranda daha çoktur. Kadın hastalarda sıklıkla atipik seyreder ve tanısı zordur (Melek ve diğerleri, 2006).

Ağrılı evre kişiden kişiye hatta aynı kişide değişiklikler ortaya çıkarabilir. Çoğunlukla 2-3 ay devam eder. Ancak 7 gün ile 1 sene arasında da devam edebileceği belirtilmektedir. Ancak senelerce sessiz, ağrısız evre devam edebilir. Ağrılı evrede takriben her gün, bazen birkaç kez tekrarlayan (1 ile 8) ağrı atakları görülebilir. Ağrı atakları 15-180 dakika sürmektedir (Saip, 2005).

IHS (2004)’ye göre KBA’nın tanı kriterleri şu şekildedir:

**A.** B ve D’dekilere tam olarak uyan en az 5 atak

**B.** Tedavisiz olarak 15-180 dakika süren şiddetli veya çok şiddetli tek taraflı orbital, supraorbital ve/veya temporal ağrı

**C**. Baş ağrısına, aşağıdakilerden en azından biri eşlik etmelidir:

1. İpsilateral konjunktival kızarıklık, kanlanma ve/veya göz yaşarması.
2. İpsilateral burun tıkanıklığı ve/veya akıntısı
3. İpsilateral gözde ödem
4. İpsilateral alın ve yüzde terleme
5. İpsilateral miyozis ve/veya ptozis
6. Huzursuzluk ve ajitasyon hali

**D.** Atakların sıklığı gün aşırı 1’den, bir günde 8’e değişebilir.

**E.** Bu bulgular başka sistemik veya nörolojik bir hastalığa bağlı olmamalıdır.

Küme baş ağrısında tetikleyici faktörler netlik kazanmamaktadır. Küme baş ağrısının erkeklerde daha fazla görülmesinden yola çıkarak kişilikle alakalı olduğuna dair tartışılmalar mevcuttur. Küme baş ağrısının ayırt edilmesi tanı ve tedavide önemlidir. Birinci basamakta aile hekimlerinin bu noktada dikkatli olmaları ve gerek halinde nöroloji uzmanına yönlendirilmelidir.

2.5.2. Paroksizmal Hemikraniya (Ph)

Tanısı konulan ve bildirilen vaka sayısı artmakla birlikte çok nadir ortaya çıkan bir primer baş ağrısı tipidir. Ortaya çıkma durumu ile ilgili tam veri yoktur. Önceleri kadınlarda daha fazla görüldüğü kanısı var iken, son bildirilen verilerde bu oranın giderek azaldığı görülmektedir. Başlama yaşı 25-40 yaş arasındadır (Saip, 2005).

Şiddetli olan ağrı bir anda patlak verir ve kişi anında bir yere oturmak ya da yatmak ister. Ağrının özelliği oyucu, delici, damar atar gibi, zonklayıcı olarak tanımlanmaktadır. Ağrı süresi ortalama 2-25 dakika ile 120 dakika devam eden vakalarda bildirilmiştir. Günün her vaktinde ortaya çıkabilirler. Ağrıyı etkileyen etkenlere baktığımız zaman başın rotasyonun önemli olduğu bildirilmiştir (Saip, 2005).

2.5.3. Sunct Sendromu (Short-lasting Unilateral Neuralgiform Headaches with Con-junctival Injekction and Tearing)

Tek yanlı göz yaşarması ve kızarması ile oluşan kısa süreli nevraljiform ağrılar primer baş ağrılarının en nadir ortaya çıkmakla beraber en dramatik ve farklılaşan kliniğe sahiptir. Ortalama ortaya çıkma yaşı 50'dir. Yine erkeklerde daha sık ortaya çıkmaktadır. Dikkat edilmesi gereken klinik özelliği gün içerisinde çok kısa ağrı ataklarının sık olarak tekrarlamasıdır. Ağrının süresi ortalama 50 saniyedir. Daha uzun süre devam edebileceği de belirtilmektedir. Ağrı aniden başlayıp birden bitebilmektedir. Ağrılı evreler genel olarak birkaç haftayla birkaç ay devam eder (Saip, 2005).

Ağrı şiddetli, yakıcı, delici, ‘elektrik çarpmış gibi’ özelliktedir (Saip, 2005). Ağrı atakları noktasında bir netlik yoktur. Uyku da dahil günün her saatinde ortaya çıkabilir. Ağrıyı uyaran etkenler arasında yüz yıkama, yemek yeme, konuşma gibi eylemler etkileyebilmektedir. Aynı şekilde boyun hareketleri de ağrıyı tetiklemektedir.

2.6. Diğer Seyrek Görülen Primer Baş Ağrıları

Bu kısımda nadir ortaya çıkan primer baş ağrılarından bahsedilecektir. Tedavi yaklaşımları diğer primer baş ağrılarından değişik olmalarından dolayı fark edilmeleri çok önemlidir. Çünkü erken teşhis hastaların ağrısız yaşamalarına, yaşam standartlarının artışına sebebiyet vermektedir (Saip, 2005).

2.6.1. Primer Saplanma Baş Ağrısı

Altta yatan organik bir neden olmaksızın başın değişik yerlerinde ortaya çıkan, tekrarlayıcı, anlık (3-5sn) batmalar, saplanmalar. Gün içinde sık tekrarlayabilir. Eğer hep aynı lokalizasyonda ortaya çıkma eğilimindeyseler o zaman altta yatan olası organik bir neden açısından ayrıntılı inceleme gerekebilir. Genellikle migrenlilerin %40‟ında, küme baş ağrılılarında %30‟da benzer ağrılar vardır (Saip, 2005).

2.6.2. Primer Öksürük Baş Ağrısı

Öksürme veya valsalva manevrası sonrası aniden ortaya çıkar ve genellikle 15-30 dakika sürer. Genellikle 40 yaş üstü kişilerde ortaya çıkar ve bilateral yerleşimli künt bir ağrıdır. Öksürükle ilişkili baş ağrılarının altında %40 gibi organik bir neden bildirilmektedir. Özelliklede Arnold Chiari malformasyonu olabilir. Bu nedenle primer öksürük baş ağrısı tanısı konmadan önce olası organik nedenler ekarte edilmelidir (Saip, 2005).

2.6.3. Primer Egzersiz Baş Ağrısı

Genellikle aşırı bir egzersiz sonrası ortaya çıkan beş dakika ile 48 saat sürebilen zonklayıcı baş ağrısıdır. Özellikle sıcak havada ve yüksek ortamda daha kolay ortaya çıkar. Yine ağırlık kaldıranlarda daha sık görüldüğü bildirilmektedir. Non-steroid anti-inflamatuar (NSAID) bir ilaç grubu olan indometazinin primer egzersiz baş ağrısında etkili olduğu belirtilmektedir (Saip, 2005).

2.6.4. Seksüel Aktiviteyle İlişkili Baş Ağrısı

Seksüel eylem sırasında başlayan, genellikle bilateral künt bir ağrının, orgazmla birlikte patlayıcı bir şekilde çok şiddetlenir ve zonklayıcı bir hal alır. Birden ortaya çıkması nedeniyle özellikle ilk ortaya çıktığında mutlaka subaraknoid kanama dışlanmalıdır. Primer olanında ağrı süresi değişkendir. 1 dakika ile 5 saat arası sürebilir. Aynı kişide her seksüel eylem sırasında ortaya çıkmaz. Genellikle kişinin gergin, sıkıntılı olduğu zamanlar görülür (Saip, 2005).

2.6.5. Hipnik Baş Ağrısı

İlk kez 1988'de Raskin tarafından bildirilmiş olan bu baş ağrısı tipi çok seyrek görülmektedir. Ağrı genellikle bilateral ve zonklayıcı karakterdedir. Ağrıya herhangi bir otonom bulgu eşlik etmemektedir. Genellikle 15 ile 60 dakika sürmektedir. Bazen gecede birkaç kez tekrarlayabilir. Genellikle uykuda hızlı göz küresi hareketlerinin görüldüğü dönemde ortaya çıkmakta ve kişiyi uyandırmaktadır. Kadınlarda erkeklere göre 2,5/1 gibi bir oranda daha sık görülmektedir. Şimdiye kadar bildirilmiş olguların çoğu ileri yaştadır. Ortalama görülme yaşı 65'tir. Genellikle her gece ve özellikle de saat 01.00 ile 03.00 saatleri arasında görülmektedir. Ağrı birden başlar, genellikle tüm başa yayılır ve zonklayıcıdır. Yine genellikle kendiliğinden 15 ile 180 dakika içinde geçer. Olguların 1/4'ünde ağrı hemikraniyal olup, nadiren ağrıya bulantı, kusma, fono ve foto-fobi eşlik eder. Ancak herhangi bir otonom bulgu eşlik etmez (Saip, 2005).

2.7. Baş Ağrıları ile Baş Etmede Kullanılan Yöntemler

Bilindiği üzere gebelerde ilaçların etkilerine yönelik prospektif çalışma yapmak etik görülmediğinden dolayı ilaç kullanımı kısıtlıdır (Süzer, 2005). Doğumdan sonra tespit edilen anomalilerin yaklaşık %10’una teratojen ajanların sebebiyet verdiği görülmüştür. İlaçlar bu anomalilerin yaklaşık %1-2’lik kısmından mesul tutulmaktadır (Yıldırım, 2008).

Çalışmalar, gebelerin Massachusetts’de %64, Florida’da %80, Hindistan’da %90 oranında gebelik süresince en az bir kez ilaç aldığını göstermektedir. Amerika Birleşik Devletleri’nde gebelerin %80’inin en az bir kez ilaç kullandığı ve bu ilaçların %60’ının reçetesiz kullanıldığı saptandı (Dede ve diğerleri, 2014).

Gebelikte ilaçlar; embriyo ya da fetusu direkt olarak etkileyip ölümüne yol açabilir. Çeşitli organ sistemlerinde şekil ve fonksiyon bozuklukları oluşturabilir. Anneden fetusa besin ve oksijen transferini sağlayan plasentada zarar oluşturarak, bebekte gelişme geriliği yapabilir. Uterus duvarı kaslarının kasılmasına neden olarak dolaylı şekilde fetal kanlanmayı azaltabilir, ayrıca erken doğumu tetikleyebilir (Yıldırım, 2008).

Bunların ilki ilacın alınma yolu, dozu, süresi, metabolizması, emilimi, yarılanma ömrü, plasentadan geçişi gibi faktörlerdir (Yıldırım, 2008). Doğal olarak ilacın dozu, alınma süresi ne kadar fazlaysa etkisi de o kadar fazla olabilecektir. Aynı şekilde yarılanma ömrü uzun olan, plasentadan fazla geçen ilaçlarda aynı şekilde daha fazla etki gösterebilirler. İlaçların plasentadan geçişlerinde ilacın gebe kanındaki yoğunluğu, ilacın molekül büyüklüğü, ilacın elektrik yükü, proteinlere bağlanabilirliği, yağda eriyebilir olması, ilacın metabolizması gibi faktörler rol oynayabilir (Yıldırım, 2008).

İlaçların teratojen etkilerindeki ikinci özellik genetik yatkınlıktır. İnsanlarla ilgili tespit edilen, teratojen etkisi kesin olan ilaç bilindiği gibi talidomiddir. Oysa aynı talidomid, daha yüksek dozlarda bile fare ve tavşanlarda teratojen etki göstermemektedir. Yine benzer tarzda tavşanlarda özellikle dudak-damak yarığı başta olmak üzere çeşitli anomalilere yol açan prednizon ve prednizolon gibi kortikosteroidlerin insanlarda teratojenite riskini artırdığına dair kanıt yoktur. Bu durum teratojen ajanların farklı canlılarda farklı etkilere sahip olduğunu gösterir. Teratojen ajanların farklı canlılarda değişik şekillerde etki göstermesini genetik yatkınlık başlığı altında toplamak mümkündür (Yıldırım, 2008).

İlaçların teratojen etkilerindeki üçüncü ve belki de en önemli özellikte gebeliğin dönemidir. Teratojen ajanların etkilerine göre gebeliği 3 döneme ayırmak mümkündür. Adetleri 28 günlük sikluslarla olan kadınlarda, son adetin ilk gününden başlayarak 31. güne kadar olan süre preimplantasyon dönemi adını alır. Bu dönemde ya hep ya hiç kuralı geçerlidir. Yani ya gebelik ürünü olur ya da hiçbir şekilde etkilenmez. Bu dönemde teratojen ajanla karşılaşıldığında, daha sonra fetusun yaşadığı görülürse, fetusun bu ajandan etkilenmediği söylenebilir. Son adetin ilk gününden itibaren 31-70. günler arası dönem organogenez dönemi adını alır. Bu devre teratojen ajanların etkilerine en çok acık olunan dönemdir. Çünkü embriyoda değişim, dolayısıyla dokuların, organların ve sistemlerin oluşumu bu sürede başlamakta ve büyük ölçüde tamamlanmaktadır (Yıldırım, 2008).

Bu nedenle bu süre içinde gebelik teratojen etkilere karşı çok hassastır. Gebeliğin 71. gününden başlayarak doğuma kadar gecen süre fetal dönem adını alır. Organogenez tamamlandığı için genellikle büyüme gelişme gerilikleri ve fonksiyon bozukluklarıyla ilgili problemler bu dönemde ön plana geçer (Yıldırım, 2008).

Çocuk doğuracak yaştaki tüm kadınların folat desteği alması gerekmektedir. Gebe kalmadan önce sağlıklı bir yaşam tarzı benimsenmeli, bunlara iyi bir beslenme, uyku düzeni ve egzersiz yapmayı ekleyebiliriz. Genel olarak baktığımız zaman çoğunlukla gebelik döneminde ilaç kullanmama noktasında bir çaba vardır. Buradaki ilk amaç migreni veya diğer baş ağrılarını tetikleyen ajanları ortadan kaldırmaktır.

2.7.1. Farmakolojik Yöntemler

Food and Drug Administration (FDA) 1979 yılında farmakolojik yöntemler konusunda bir strateji oluşturdu. FDA tarafından 3000’in üzerin de ilaç test edilmiş ve bu ilaçlardan yalnızca 20 tanesinin insanda teratojen olduğu gösterilmiştir. İlaçların çoğu plasenta’dan geçmekte ve fetusu etki etme riski vardır. Bir ilacın gebelik sırasında kullanıldığında doğum kusurlarına neden olma potansiyelini belirtmek için A, B, C, D veya X olmak üzere FDA beş harfli risk kategorisi belirlemiştir.

Gebelikte hangi ilaçların kullanılabileceğini bilmek esastır. Genellikle gebelik sırasında ilaçların FDA sınıflandırılmasına güveniyoruz, bununla birlikte, çoğu ilaç C kategorisindedir ve kullanımları için veya kullanımına karşı çok az kanıt vardır. Bazı prospektüslerde hala bulunabilen gebelik kategorileri aşağıdaki gibidir (FDA, 2021):

**A:** gebelikte risk yoktur;

**B:** küçük risk, ancak genellikle güvenli;

**C:** risk ama kullanım haklı;

**D:** mümkünse kaçının;

**X:** Gebelikte kullanmayın (FDA, 2021).

**İlaçların gebelikte kullanılabilirliklerine göre kanıtlar FDA tarafından beş kategoride toplanmaktadır (FDA, 2021):**

**Kategori A:** İnsanlar ve hayvanlarla yapılan kontrollü çalışmalarda teratojen etkilerine rastlanmayan ilaçlar bu grupta yer alır. Bu gruptaki ilaçların sayısı çok azdır. Gebelikte kullanılan multivitamin ve mineral içeren ilaçlar bu gruba örnek olarak gösterilebilir.

**Kategori B:** Hayvan deneylerinde fetal risk göstermeyen ancak insanlarla ilgili çalışma olmayan ilaçlar bu grupta yer alır. Ayrıca kontrollü insan çalışmalarında risk artışı görülmeyen ancak hayvan çalışmalarında risk artırdığına dair kanıt olan ilaçlarda B kategorisinde yer alır. Gebelikte kullanılan ilaçlar büyük ölçüde bu gruba dahildir.

**Kategori C:** Hayvan çalışmalarında risk artışı görülen ancak insan çalışması olmayan ilaçlarla, hayvan ve insanlarla ilgili kontrollü çalışma yapılmayan ilaçlar bu grupta yer alır. İlaçların büyük bölümü bu gruba girer. Gebelikte bu gruptaki ilaçlar kar-zarar bilançosu dikkate alınarak etkili minimal dozda kullanılabilir. İlaç kullanımı şartlar uygunsa organogenez döneminin sonrasına bırakılmalıdır.

**Kategori D:** Bu grupta yer alan ilacın fetal riski artırdığı kanıtlanmıştır. Ancak ilacın potansiyel yararı fetal riskinden daha fazladır. Bu nedenle çok gerekli olduğunda başka seçenek yoksa bu grup ilaçlar gebelikte kullanılabilir.

**Kategori X:** Bu kategorideki ilaçların fetal riski artırdığı kesin olarak kanıtlanmıştır. Bu teratojenite riski ilacın sahip olduğu her türlü potansiyel yararından daha fazladır. Bu nedenle bu gruptaki ilaçların hiçbir şekilde gebelikte kullanılmaması gerekir.

Gebelikte alınabilen analjezikler;

**Tablo 1.** Analjeziklerin gebelikte kullanımı için risk kategorisi gösterimi

|  |  |
| --- | --- |
| ANALJEZİK İLAÇLAR | GEBELİK RİSK KATEGORİSİ |
| ACETAMİNOHEN | B |
| İBUPROFEN | B-D |
| NAPROXEN | B-D |
| ACETAMİNOHEN /OXYCODONE | B |
| ACETAMİNOHEN/ CODEİN | C |
| MEPERİDİNE | B |
| PROCLORPERAZİNE | C |
| SUMATRİPTAN | C |
| BUTALBİTAL/ASPİRİN/CAFFEİNE | C-D |
| ERGOTAMİNE/CAFFEİNE | X |

**En çok tercih edilenleri;**

**Parasetamol (Asetaminofen):** Ağrı kesici ve ateş düşürücü olarak çok sık kullanılan ilaçtır. Bu amaçla gebelikte de en sık kullanılan preparattır. Normal dozlarda kullanıldığında herhangi bir teratojen etkisi bilinmemektedir. Ancak intihar girişimi gibi çok yüksek dozlarda kullanıldığında gebede karaciğer hasarına ve fetusun ölmesine yol açabileceği ileri sürülmüştür (Yıldırım, 2008).

Asetaminofen, gebelikte ağrı ve ateş için birinci basamak ve güvenli tedavi seçeneği olmaya devam etmektedir. Geniş bir kohort çalışması, gebelikte ilk 5 ayda kadınların %39,7'si asetaminofenin kullanıldığını gösterdi. Nevertless, üç bağımsız çalışmadan gelen raporlar, çocuklarda utero uzun süreli maruziyetten (>28 gün) sonra olumsuz nörogelişimsel etkiler gösterdi. Ancak, Avrupa İlaç Kurumu, mevcut kanıtların hala gebelikte parasetamol maruziyeti arasında ve nörogelişimsel riskleri desteklemek için yetersiz olduğu sonucuna varmıştır (Yılmaz ve Çevik, 2018).

**Aspirin:** Aspirinin gebelikte kullanımında teratojen etkisi ile ilgili çelişkili bilgiler mevcuttur. Klasik 500 mg‟ın üstündeki dozlarda kullanılması durumunda eskiden doğumsal kalp hastalıklarına yol açtığı ileri sürülürken son yapılan çalışmalarda böyle bir etkisinin olmadığı iddia edilmektedir. Yapılan bir çalışmada gebeliğin ilk yarısında yüksek dozda uzun süre aspirin alımının bebeğin IQ puanını düşürdüğü bildirilmişse de bunu destekleyen başka çalışmalar yoktur. Özellikle gebeliğin son dönemlerinde kullanıldığında gebede kanama, miad geçmesi, doğum travayının uzaması, özellikle prematüre bebekte kanama gibi teorik riskleri vardır. Aspirinin diğer bir teorik riski de gebeliğin son dönemlerinde yüksek dozda kullanılması durumunda fetusun “ductus arteriozus” damarının doğumdan önce kapanmasına ve bebekte dolaşım bozukluğu oluşumuna yol açabileceğidir (Yıldırım, 2008).

**Non-Steroid Anti-İnflamatuarlar:** Gebelikte en sık ibuprufen ve naproksen kullanılmaktadır. Bu ilaçların ilk iki trimesterde teratojen etkilerinin olmadığı kabul edilmektedir. Ancak otuzlu haftaların başından itibaren kullanıldıklarında prostoglandin sentez inhibitör etkisi ile fetusta ductus arteriozus damarının doğumdan önce kapanmasına ve böylece fetal kan dolaşımında bozulma ile pulmoner hipertansiyon gelişmesine yol açabilir. Ayrıca fetal idrar miktarını azaltarak oligohidramniosa (amniotik sıvının azalması) neden olabilir (Yıldırım, 2008).

**Diğer ilaçlar;**

**Opioidler:** Opioidler (oksikodon, hidromorfon, meperidine, morfin gibi) üçüncü seçenek ilaçlardır. Bulantı ve kusması olan kadınlarda faydalı olabilir. Bu ilaçların aşırı kullanımı baş ağrısı, kronik günlük baş ağrılarına neden olabileceği ve bağımlılık yapabileceği için kronik tedavide kullanılmamalıdır. Ayrıca gebelikteki bulantı ve kusmayı artırabilir ve kabızlığa neden olabilirler. Tüm opioidler annede bağımlılık ve bebekte yoksunluk yababilir bu da uzun süre kullanılmamaları için başlıca nedenlerden biridir (Kır, 2017).

**Triptanlar:** Diğer ilaçlarla ağır semptomların giderilememesi durumlarında triptanlardan faydalanılabilinir. Sumatriptan (100 mg oral, 4-6 mg subkutanöz ya da 5-25 mg intranazal) rizatriptan ve naratriptan özellikle migren baş ağrısı için yüksek etkili selektif serotonin agonistleridir. Norveçli Anne ve Çocuk Kohort Çalışması (The Norwegian Mother and Child Cohort Study), Norveç’te yaptığı bir araştırmada birinci üç ayda triptan kullananlarla kullanmayanları karşılaştırmış ve doğumsal malformasyon artışı saptayamamıştır. İkinci ve üçüncü üç ayda kullananlarda ise az miktar uterin atoni artışı ve doğumda fazla kan kaybı saptanmış fakat bunun nedeninin tedaviden çok tedaviye dirençli olan migrenden kaynaklandığı savunulmuştur (Kır, 2017).

**Bulantı ve Kusmayı Azaltan İlaçlar:** H1 antagonistleri meklizin (25 mg oral), difenhidramin (25-50 mg oral) ve prometazin (12.5-25 mg oral, rektal veya intramuskuler) migrenle veya migrenle ilişkili oluşan bulantı ve kusmalarda gebeler için tercih edilir. Alternatif olarak 5HT3 antagonisti olan ondansetron (4-8 mg oral veya intravenöz) ağır migren ataklarıyla ilgili bulantı ve kusmalarda faydalı olabilir (Kır, 2017).

2.7.2. Non-Farmakolojik Yöntemler

Migren yaşam kalitesini önemli seviyede azaltan bir rahatsızlık olmasından dolayı ayrıca tedavi için kullanılan ilaçların gebelik döneminde meydana getireceği istenmeyen etkilere bakıldığında migren hastalarının gebelik döneminde alternatif yöntemlere ve bu maksatla fitoterapötiklere yönelim sağladıkları görülür. Fakat ilaçlarda olduğu gibi bitkisel drogların da istenmeyen etkileri olmaktadır ve bu durum gebelik döneminde sadece anne için değil bebek içinde önem arz etmektedir. Farmakolojik olmayan yaklaşımlar her zaman birinci basamak tedavi olarak düşünülmelidir, özellikle gebelik ve emzirme döneminde önemlidir. Özellikle gebe kadınlar çok sayıda sigara ve aşırı alkol alımı fetüsün olası yaralanması dahil tıbbi nedenlerden dolayı, her ikisini de durdurmaları için şiddetle teşvik edilmelidir. Aynı zamanda hem sigara hem de alkol alımı KBA ile yakından ilişkilidir (Calhoun ve Peterlin, 2010).

Yeterli hidrasyon baş ağrısını hafifletmek için çok önemlidir. Bulantı ve kusma migren baş ağrısının sık görülen komplikasyonları olduğundan, hastanın hidrasyon durumunun idrar özgül ağırlığına ve oral sıvıları tolere edebilme yeteneğine göre değerlendirilmesi sıvı replasmanı için önemli kılavuzlardır (Brookfield ve diğerleri, 2022).

Tiramin içermeyen diyet gibi diyet kısıtlamaları migrenlilerin sadece yaklaşık üçte biri için faydalıdır. Kısıtlayıcı düşük olasılık nedeniyle fayda sağlayan ve ihtiyaç duyulan kalsiyum açısından zengin süt ürünleri ve vitamin açısından zengin meyveler ve sebzeler gibi önemli besinleri kısıtladıkları için diyet reçete edilmiyor (Marcus, 2007). Stres yönetimi etkili bir baş ağrısı önleyicisidir, migrenlilerin yaklaşık %60'ında baş ağrısını iyileştirir (Marcus, 2007).

Non-farmakolojik tedavi, GTBA veya migren tedavisinde ilk adım olarak düşünülmelidir, ancak sadece ilaçla kontrol edilebilen KBA için etkisizdir. Gevşeme, biyofeedback ve fizik tedavi gibi nondrug tedavileri güvenlidir ve gebelikte etkili olabilir (Brookfield ve diğerleri, 2022).Akupunktur, baş ağrısına ek olarak gebelikte bulantı ve kusmayı da tedavi edebilir.

Fizik tedavi, migren hastaları için yararlı yardımcı tedavi sağlayabilir. Migren hastalarını fizik tedavi veya gevşeme/biofeedback ile başlangıç tedavisine randomize eden çapraz bir çalışmada, fizik tedavi ile monoterapi, karşılaştırıldığında sadece %14 faydalı olmuştur. %41'i gevşeme/biofeedback ile tedavi edildi. Haftada üç kez aerobik egzersiz migren sıklığını, şiddetini ve süresini azaltma da yardımcı olabilir (Marcus, 2007).

Aromaterapide tedavi maksadıyla, bitkilerin hoş kokulu kısımlarından elde edilen esansiyel yağlar tercih edilmektedir. Birçok farklı ağaçlar, kökler ve çiçekler tercih edilmektedir (Yıldırım Kuzeyli ve diğerleri, 2006). Bulantı, yorgunluk, ağrı ve anksiyete gibi semptomların azaltılması, yaşam kalitesinin yükseltilmesi, kasların gevşetilmesi, dolaşımın artırılması gibi fiziksel faydalarının yanında mental faydaları da olan güvenli ve etkili bir yöntemdir (Uçan ve Ovayolu 2007). Koenzim Q10 günlük migren profilaksisi için etkilidir ve gebelik sırasında alındığında, preeklampsi riskinin önemli ölçüde azalması ile ilişkilendirilmektedir (Macgregor, 2014).

2.8. Gebelik Döneminde Baş Ağrısı İle Baş Etmede Ebenin Rolü

Ebenin, kadının yaşamının her döneminde (gebelik öncesi, sırası ve sonrası) sağlık şartlarının gerektirdiği izlem, teşhis ve tedaviyi uygulama sorumluluğu vardır. Bu ilişkinin özel doğası; tedbirli, gerekli bilgi ve deneyimle donatılmış bakımı kapsamaktadır (Kalabalık, 2011; Yaşar ve diğerleri, 2019). Gebenin bakımında antenatal izlem ebelerin primer görevleri arasında yer almaktadır. İzlem sıklığından çok antenatal izlemin niteliği daha büyük önem arz etmektedir. Her izlemde fiziksel muayene içerisinde gebenin yaşam bulguları olan kan basıncı, nabız, solunum ve vücut ısısının ölçülmesi de fiziksel problemlerin saptanması ve gelişebilecek komplikasyonların erken fark edilebilmesi açısından büyük önem taşımaktadır. Kan basıncı ölçümü ile baş ağrısı arasında ilişki olabileceği göz ardı edilmemelidir. Oldukça kolay, basit, teknik donanım gerektirmeyen, maliyetsiz ve etkili olan yaşamsal bulgular ebeler tarafından gebenin her izleminde mutlaka ölçülmelidir. Ayrıca rehberler de (WHO, 2016; Sağlık Bakanlığı, 2018) bunu önermektedir.

Baş ağrısı gebenin yaşam kalitesini olumsuz etkileyen yakınmalardan birisidir. Ebelerin sağlıklı bir ağrı değerlendirilmesi yapmasının ilk koşulu, gebe ile iş birliği yapılması ve empatik yaklaşımdır. Gebe kendisinin dinlendiğini ve yakınmasının ciddiye alındığını hissetmeli, bu nedenle ağrı değerlendirilmesi gebe adına değil gebe ile birlikte yapılmalıdır. Dinlenme, hidrasyon, düzenli öğünler ve gevşeme gibi ağrıyı azaltıcı davranışlar, kullanılan ilaçlar, gebenin aktivitesindeki artış ve azalma, yatıp yatmadığı bunun yanı sıra yüz ifadesi, sinirlilik, inleme, iç çekme gibi sesle verilen bilgiler; duruşu, topallama ya da yürüyüş bozukluğu, etkilenen bölgeyi ovuşturma ya da destekleme, sık sık pozisyon değiştirme ya da aynı pozisyonda sürekli kalma gibi özelliklerine bakılması gerekir (Gül, 2008; Revell ve Morrish, 2014).

Doğru tanıya varabilmede;

1. **Genel öykü alınmalı;** gebenin sosyo-demografik özellikleri, ekonomik ve kültürel durumu, var olan hastalık hikayesi, kullanılan ilaçlar, ilaç alerjisinin varlığı yokluğu, önceki tıbbi hikayesi alınır (Çöçelli ve diğerleri, 2008).
2. **Ağrı Öyküsü alınmalı;**

* Baş ağrılarının sürekli mi, ilerleyici mi, yoksa nöbetler halinde mi bulunduğu,
* Nöbetlerle gelen baş ağrıları varsa her bir nöbetin geliş sıklığı, ağrının başlangıcı (sabah, akşam, gece uykudan uyandıran),
* Yerleşimi ve yayılma alanları (frontal, oksipital, temporal vb.),
* Ağrının süresi,
* Ağrının şiddeti,
* Ağrının niteliği (batıcı, zonklayıcı, ağırlık hissi verici vb.)
* Baş ağrısına öncülük eden belirtilerin bulunup bulunmadığı varsa özellikleri (bulanık görme, zigzag ışıklar vb.)
* Ağrıya eşlik eden belirtiler varsa özellikleri (bulantı, kusma, ense sertliği, ateş, konstipasyon vb.)
* Baş ağrısı başlatan ya da şiddetlendiren faktörler,
* Ağrıyı hafifleten faktörler değerlendirilir (Çöçelli ve diğerleri, 2008).

Ağrı yaşayan gebeler genellikle korku ve öfke duyarlar. Bu nedenle gebede ağrı oluşturabilecek girişimler; dikkatli, nazik yapılmalı ve sözel olarak gebenin rahatsızlığının kabul edildiği belirtilmelidir. Ağrıya bağlı gebede oluşan anksiyete aileyi de etkilediğinden ebeler aileyle de iletişim kurup, kendilerini ifade etmesini sağlamalıdır (Çöçelli ve diğerleri, 2008). Böylelikle gebenin baş ağrısı ile baş etmesinde ailelerde bakıma dahil edilecektir.

Birçok kadın gebelik döneminde baş ağrısı yaşayabilmekte, bu da gebenin günlük hayatını olumsuz yönde etkilemekte ağrının şiddetinin artması ile bu durum da paralel olarak artar. Gebeler baş ağrılarını kendileri yönetebilmeleri konusunda bilinçlendirilmelidir:

* Gürültü, parlak ışık, stres, açlık, öğün atlama, uykusuzluk, kızgınlık, öfke gibi baş ağrısını tetikleyen faktörler konusunda gebeye gerekli bilgi verilmelidir.
* Baş ağrısının ortaya çıkmasını kolaylaştıran veya tetikleyen faktörler arasında ağırlıklı olarak stres faktörü görülmektedir bu noktada gebenin stres faktörü ile baş etmesi için nefes egzersizleri, gevşeme teknikleri ve egzersizler önerilebilir. Ayrıca stres ile baş etmede sosyal destek çok önemlidir. Gebe ve ailesinin sosyal destek sistemleri değerlendirilir ve gereksinimleri varsa psikolojik destek alması noktasında gerekli bilgi verilmelidir.
* Gebe kadının kendini ifade etmesine, ağrısını tanımlayabilmesine müsaade edilmelidir.
* Gebelik dönemi ilaç kullanımı noktasında kritik bir dönemdir. Ve bu dönemde ilaç kullanımının fetüs üzerinde olumsuz etkileri olmasından dolayı farmakolojik yöntemler yerine non-farmakolojik yöntemler kullanılması noktasında gerekli uyarı ve bilgilendirilme sağlanmalıdır.
* Baş ağrısını azaltıp gebeyi rahatlatan yöntemler olarak; ışık ve gürültüden uzak durulmalı, sakin ve sessiz bir oda tercih edilmeli, sıvı alımı arttırılmalı, açık havaya çıkılmalı, beslenmeye dikkat edilmeli, öğün atlamamaya özen gösterilmeli, uyku düzenine dikkat edilmeli, sigara ve alkol tüketilmemesi konusunda özen gösterilmeli, stres ve anksiyeteden uzak durulmalı aynı zamanda kasları gevşetip dolaşımı arttırmak için egzersiz ve yürüyüş yapmalı, ılık duş alma, soğuk uygulama, masaj ve esansiyal yağlar ağrıyı azaltmak için kullanılabilen non-farmakolojik yöntemlerdir.
* Ebeler gebe izlenimlerinde vital bulguların takibi konusunda özenli davranmalıdır. Vital bulgulardaki değişimleri göz ardı etmeyip gerekli durumlarda yönlendirme yapabilmelidir.
* Ebeler izlem sırasında normalden sapma durumunda sevk için gerekli yönlendirmeyi yapmalı ve sevk edilen vakaların sevk edilen kuruluşa gidip gitmediğini mutlaka takip edilmelidir.
* Ebeler Vizuel Analog Skala ölçeğini bilmeli ve sahada çalışırken bu ölçek ile ağrı değerlendirmesi yapabilmelidir.
* Baş ağrısı her trimesterde ortaya çıkabileceği için ebeler her trimesteri özenli takip etmelidir.
* Ebeler gebenin fiziksel durumunu değerlendirme, baş etme becerilerini güçlendirme, tıbbi tedavi ve bakımın devamlılığı, olası problemlerin erken saptanması ve müdahale edilmesi açısından kolaylık sağlar.
* Analjeziklerin yan etkileri ve kullanımı hususunda hekim kontrolünde kullanım sağlanması konusunda gerekli bilgi verilmelidir (Çöçelli ve diğerleri, 2008; Dede ve diğerleri, 2014; Revell ve Morrish, 2014; Ng ve diğerleri, 2015).

Gebelik döneminde baş ağrısının hormonal değişikliklerden dolayı normal olabileceği gibi, dikkat edilmediği veya önemsenmediği takdirde hem anne hem de bebek sağlığı açısından risk oluşturabilmesinden dolayı, ebeler düzenli olarak gerekli kontrollere gidilmesi konusunda gerekli bilgiyi verip gebe takiplerine özen gösterilmelidir.

**3. GEREÇ VE YÖNTEM**

**3.1. Gereç**

**3.1.1. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.**

Araştırma, Denizli ili merkezinde bulunan Denizli Devlet Hastanesi Kadın Doğum Polikliniği ve Non Stres Test (NST) Biriminde yapıldı.

**3.1.2. Araştırmanın Zamanı.**

Araştırma, Haziran 2021-Haziran 2022 tarihleri arasında gerçekleştirilmiş olup, araştırmayla ilgili yapılan işlemlerin zaman çizelgesi Tablo 2’de gösterildi.

**Tablo 2.** Araştırma zamanı

|  |  |
| --- | --- |
| **Faaliyetler** | **Tarih** |
| Araştırma konusu seçimi | Şubat 2021 |
| Tez önerisinin hazırlanması | Haziran 2021 |
| Tanıtıcı bilgi formunun oluşturulması | Temmuz 2021 |
| Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’ndan iznin alınması | Ağustos 2021 |
| Denizli İl Sağlık Müdürlüğü’nden araştırma izininin alınması | Eylül 2021 |
| Araştırma verilerinin toplanması | Ekim 2021-Ocak 2022 |
| Araştırma verilerinin analizi ve değerlendirilmesi | Nisan-Mayıs 2022 |
| Tez raporunun yazılması |  |
| Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’ndansonuç raporunun alınması | Eylül 2022 |

**3.1.3. Veri Toplama Araçları**

Araştırma verileri “Tanıtıcı Bilgi Formu” ve “Vizuel Analog Skala (VAS)” kullanılarak yapıldı.

**3.1.3.1. Tanıtıcı Bilgi Formu (Ek 1)**

Araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan (İskender, 2014; Deniz, 2011; Lüleci, 2004; Gül, 2008; Özdemir, 2011; Gönener, 2015) Tanıtıcı Bilgi Formu; sosyo-demografik özellikler, obstetrik özellikler ve baş ağrısı ile ilgili özellikleri irdeleyen bölümlerden ve 42 sorudan oluşmaktadır. Bu formun doldurulmasında yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak yapıldı.

**3.1.3.2.** **Vizuel Analog Skala (VAS) (Ek 2)**

VAS, ağrı çeken kişinin algıladığı ağrıyı ölçmek için kullanılan bir ölçektir. İlk olarak 1976 yılında Scott ve Huskisson tarafından kullanıldı. Türkçeye uyarlaması, duyarlık ve seçicilik çalışması Eti Arslan tarafından 1998 yılında yapılan ölçek (Cronbach alpha= 0,88) sık kullanılır ve “altın standart” olarak kabul edilir. VAS; yatay veya dikey olarak kullanılabilen, 10 cm uzunluğunda bir çizgiden oluşur. Çizginin bir ucunda “ağrı yok” yazılı iken diğer ucunda olabilecek “en kötü ağrı” diye yazılıdır. Bu çizgi üzerinde kişinin algıladığı ağrı şiddetinin uygun geldiği yere çizgi çekmesi veya nokta koyması istenir. Değerlendirme bu işaretlemelere göre yapılır. Ağrının hiç olmadığı yerden, kişinin işaretlediği yere kadar olan mesafe bir cetvel yardımı ile ölçülür. Ağrı şiddetini belirlemede; subjektif, tekrarlanabilir, basit ve etkin bir yöntem olması, çabuk sonuç vermesi, kolay anlaşılır olması ve sayılarla bireyin yönlendirilmemesi nedeniyle tek boyutlu ölçekler içinde en uygun ölçek olduğu düşünülmektedir. Tek dezavantajı, ağrıyı tek boyutu ile değerlendirmesidir. Birden fazla uygulanması gereken durumlarda, değerlendirmenin aynı ölçek üzerinde yapılması durumunda, hasta önceki ağrı puanına göre değerlendirme yapabileceğinden, tekrarlayan değerlendirmelerde her defasında yeni bir ölçek kullanılması önerilmektedir (Aslan Eti, 2002). Bu çalışmada VAS Cronbach alpha güvenirlik katsayısı 0,62’dir.

**3.2. Yöntem**

**3.2.1. Araştırmanın Şekli**

Bu araştırma, analitik-kesitsel tipte bir araştırmadır.

**3.2.2. Araştırmanın Evreni**

Denizli İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı Denizli Devlet Hastanesi Kadın Doğum Polikliniğine ve NST Birimine başvuran gebeler oluşturmaktadır.

**3.2.3. Araştırmanın Örneklem Hacmi**

Örneklem hacminin hesaplanmasında, araştırmanın planlama aşamasında hastanenin başvuran gebe sayısını paylaşmak istememesi nedeni ile evreni bilinmeyen örnekleme olan n= t2pq / d2 formülü kullanıldı. Buna göre; p= 0,28 (Özçelik ve Karaçam, 2014), q: (1-p)= 0,72, t= 1,96, d1=0,05 alındığında araştırmada örnekleme alınacak birey sayısı n= 310 ve %10 olası vaka kayıpları n=31 olarak alındığında araştırmanın örneklemi n= 341 olarak hesaplandı. Ancak araştırma verilerinin toplanması aşamasının Covid-19 pandemi sürecine denk gelmesi nedeni ile vakalara ulaşılmakta yaşanan güçlüklere bağlı olarak hesaplanan örneklem hacmine ulaşılamadı ve n=250 rakamına ulaşıldığında veri toplama süreci sonlandırıldı. Örneklemin belirlenmesinde olasılıksız örnekleme yöntemi (convenient sample) kullanıldı.

**3.2.4. Araştırmaya Dahil Etme ve Dahil Etmeme Kriterleri.**

Araştırmaya dahil etme kriterleri:

* 18- 40 yaş arası olan,
* Türkçe konuşabilen ve anlayabilen,
* Düşük riskli gebeler çalışmaya katıldı.

Araştırmaya dahil etmeme kriterleri:

* Riskli ve yüksek riskli gebeler,
* İletişim sorunu olan,
* Tanı konmuş ruh sağlığı sorunu olan,
* Sekonder baş ağrısı olan,
* Veri toplama formunu eksik dolduran gebeler çalışmaya alınmadı.

**3.2.5. Ön Uygulama**

Tanıtıcı bilgi formu, Gebelerde Baş ağrısı Görülme Durumu ve Etkileyen Faktörler Formu’ndaki soruların anlaşılabilir ve kullanılabilir olduğunu geliştirmek maksadı ile araştırma öncesi Denizli İlinde bulunan Denizli Devlet Hastanesi NST birimine başvurmuş 10 gebe ile bire bir görüşülerek ön uygulama yapıldı. Ön uygulama sonucunda Tanıtıcı Bilgi Formu, Gebelerde Baş ağrısı Görülme Durumu ve Etkileyen Faktörler Formu’nda değişikliğe gerek olmadığı görüldü. Ön uygulamaya alınan gebeler araştırmanın örneklemine dahil edilmedi.

**3.2.6. Araştırma Verilerinin Toplanması**

Çalışmanın verileri, araştırmacı tarafından hafta içi 2 gün ve günde 6 saat kuruma gidilerek toplandı. Araştırmaya dahil etme kriterlerine göre hareket edilerek gün içerisinde kadın doğum polikliniği ve NST birimine başvuran gebeler belirlendi ve araştırmaya katıldı. Kriterlere uyan ve çalışmaya katılamayı kabul eden gebelere araştırmanın amacı ve süreci açıklanarak, sözlü onayı alındıktan sonra bilgilendirilmiş onam formu verilerek (Ek 1) imzalatıldı.

Araştırmanın dahil edilme kriterlerine uyan. gebelerle Tanıtıcı Bilgi Formu araştırmacı tarafından bire bir görüşülerek dolduruldu. Tanıtıcı Bilgi Formunun doldurulması 10-15 dakika sürdü.

**3.2.7. Araştırmanın Değişkenleri**

**Bağımlı Değişkenler**

Gebelerde baş ağrısı durumu, araştırmanın bağımlı (sonuç) değişkenlerini oluşturdu.

**Bağımsız Değişkenler**

Sosyo-demografik özellikler ve obstetrik özellikler, araştırmanın bağımsız (neden) değişkenlerini oluşturdu.

**3.2.8. İstatistiksel Değerlendirme**

Araştırmada elde edilen verilerin analizi NCSS (Number Cruncher Statistical System) 2007 (Kaysville, Utah, USA) programı kullanılarak yapıldı. Sosyo-demografik özelliklerin analizinde tanımlayıcı istatistiksel metodlar (medyan frekans, ortalama, yüzde, standart sapma, minimum, maksimum) kullanıldı. Nicel verilerin normal dağılıma uygunlukları Shapiro-Wilk testi ve grafiksel incelemeler ile sınandı. Normal dağılım göstermeyen nicel değişkenlerin iki grup arası karşılaştırmalarında parametrik olmayan Mann-Whitney U test kullanıldı. Nitel verilerin karşılaştırılmasında Pearson ki-kare test, Fisher’s exact test, Fisher-Freeman-Halton exact test kullanıldı. Baş ağrısı üzerine etki eden risk faktörlerinin belirlenmesinde backward lojistik regresyon analizi uygulandı. Verilerin istatistiksel anlamlılık düzeyi olarak p değeri 0.05 den küçük alındı.

**3.2.9. Araştırmanın Güçlükleri**

Bu araştırmanın bazı güçlükleri bulunmaktadır. Birincisi, araştırma verilerinin toplanma sürecinin Covid-19 pandemi sürecine denk gelmesi, örneklem hacminin oluşturulmasında önemli bir güçlük nedenidir. İkincisi, verilerin toplanması aşamasında gebelerin hemen polikliniğe geçmek istemesi, zamanlarının kısıtlı olması ve formların doldurulmasının uzun vakit alması araştırmanın yürütülmesinde güçlüklere sebebiyet verdi. Üçüncüsü de, gebelerin veri toplama formlarında yer alan soruları fazla bulması ve ayrıca pandemiden dolayı hastanede kalmak istememesi araştırmanın bir diğer güçlüğüdür.

**3.2.10. Araştırmanın Etik Yönü**

Araştırma konu, içerik ve yöntem bakımından Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı Kurulu tarafından uygun bulunarak onaylandıktan sonra araştırmanın yapılabilmesi için;

* Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu onayı,
* Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul izni (Ek 2),
* Denizli İl Sağlık Müdürlüğü’nden kurum izni (Ek 3),
* Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (Ek 4) kullanılarak gebelerin yazılı onamı

alındı.

**4. BULGULAR**

Araştırma bulguları; frekans tabloları ve karşılaştırma tabloları olmak üzere iki grupta sunuldu.

Frekans tabloları bölümünde;

* Kadınların sosyo-demografik özellikleri, obstetrik ve fiziksel özellikleri, baş ağrısı ile ilgili özelliklerin dağılımları gösterildi.

Karşılaştırma tabloları bölümünde ise;

* Baş ağrısı varlığına göre tanımlayıcı, obstetrik ve fiziksel özelliklerin karşılaştırılması,
* Gebelerde baş ağrısı görülme durumunu etkileyen faktörler gösterildi.

**4.1. Frekans Tabloları**

Bu bölümde gebelerin sosyo-demografik özellikleri, obstetrik ve fiziksel özellikleri, baş ağrısı ile ilgili özelliklerin dağılımları gösterildi.

* + 1. **Kadınların ve Eşlerinin Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı**

**Tablo 3.** Kadınların ve eşlerinin sosyo-demografik özelliklerinin dağılımları (n=250)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Sosyo-demografik özellikler** | | **n (%)** |
| **Yaş** | *Ort±Ss* | 27,85±5,11 |
| *Medyan (Min-Maks)* | 27 (18-40) |
| **Eğitim durumu** | Okur-yazar değil | 10 (4,0) |
| İlkokul | 52 (20,8) |
| Ortaokul | 81 (32,4) |
| Lise | 60 (24,0) |
| Üniversite | 47 (18,8) |
| **Gebelik öncesi**  **Beden Kütle İndeksi (BKİ (kg/m2))** | <18,5 (Zayıf) | 13 (5,2) |
| 18,5-24,9 (Normal) | 125 (50,0) |
| ≥25 (Obez) | 112 (44,8) |
| **Çalışma durumu** | Çalışmıyor (Ev hanımı) | 186 (74,4) |
| Çalışıyor | 64 (25,6) |
| **Meslek** | Ev hanımı | 186 (74,4) |
| Tekstil | 20 (8,0) |
| Memur | 18 (7,2) |
| Serbest | 26 (10,4) |
| **Yerleşim yeri** | İl | 149 (59,6) |
| İlçe | 78 (31,2) |
| Köy | 23 (9,2) |
| **Gelir durumu** | Gelir giderden az | 73 (29,2) |
| Gelir gidere denk | 171 (68,4) |
| Gelir giderden fazla | 6 (2,4) |
| **Sağlık güvencesi** | Yok | 52 (20,8) |
| Var | 198 (79,2) |
| **Aile tipi** | Çekirdek | 223 (89,2) |
| Geniş | 27 (10,8) |
| **Eşinin eğitim durumu** | Okur-yazar değil | 6 (2,4) |
| İlkokul | 45 (18,0) |
| Ortaokul | 86 (34,4) |
| Lise | 70 (28,0) |
| Üniversite | 43 (17,2) |
| **Eşinin çalışma durumu** | Çalışmıyor | 19 (7,6) |
| Çalışıyor | 231 (92,4) |
| * İnşaat | 19 (8,2) |
| * Memur | 33 (14,3) |
| * Serbest | 179 (77,5) |
| **Gebenin sigara kullanımı** | Yok | 223 (89,2) |
| Var | 27 (10,8) |
| *Ort±Ss* | 6,22±6,16 |
| *Medyan (Min-Maks)* | 4 (1-20) |

Gebelerin yaş ortalaması 27,85±5,11 (Min-Maks: 18-40)’dir. Çalışmadaki gebelerin %56.4’ü ortaokul ve lise mezunu, %51,2’si normal kilolu, %74.4’ü ev hanımı, %79.2’si sağlık güvencesine sahip, %59.6’sı ilde yaşamakta, %89.2’si çekirdek aile yapısında, %68.4’ü geliri gidere denk algılamakta ve gebelerin eşlerinin %62.4’ü ortaokul-lise mezunu, %92’4’ü çalışmaktadır. Araştırmaya katılan gebelerin %10.8’i sigara kullanmakta ve tamamı ise alkol kullanmamaktadır (Tablo 3).

**Tablo 4.** Gebelerinobstetrik özelliklerinin dağılımları (n=250)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Obstetrik özellikler** | | **n (%)** |
| **Gebelik haftası** | *Ort±Ss* | 24,75±11,29 |
| *Medyan (Min-Maks)* | 26 (5-40) |
| **Trimester** | 1. trimester 1-13 hafta | 58 (23,2) |
| 2. trimester 14-27 hafta | 73 (29,2) |
| 3. trimester 28-40 hafta | 119 (47,6) |
| **Gebelik sayısı** | *Ort±Ss* | 3,00±1,00 |
| *Medyan (Min-Maks)* | 2 (1-7) |
| Primipar 102 (56,0)  **Doğum sayısı (n=182)** Multipar 80 (44,0) | | |
|  | *Ort±Ss* | 2,00±1,00 |
| *Medyan (Min-Maks)* | 1 (1-5) |
| **Yaşayan çocuk sayısı (n=182)** | *Ort±Ss* | 2,00±1,00 |
| *Medyan (Min-Maks)* | 1 (1-5) |
| **Düşük** | Hayır | 200 (80,0) |
| Evet | 50 (20,0) |
| *Ort±Ss* | 1,50±0,50 |
| *Medyan (Min-Maks)* | 1 (1-4) |
| **Kürtaj** | Hayır | 244 (97,6) |
| Evet | 6 (2,4) |
| *Ort±Ss* | 1,50±0,55 |
| *Medyan (Min-Maks)* | 1,5 (1-2) |
| **İlaç kullanımı** | Hayır | 44 (17,6) |
| Evet | 206 (82,4) |
| Vitamin | 130 (63,1) |
| Fe | 3 (1,5) |
| Vitamin+Fe | 58 (28,2) |
| Diğer (oksapar, euthyrox, vb.) | 15 (7,3) |

Araştırmaya katılan gebelerin gebelik haftası ortalaması 24,75±11,29 (Min-Maks: 5-40) hafta olup, %47,6’sı üçüncü 3. (28-40 hafta)’dadır. Kadınların gebelik sayısı ortalaması 3,00±1,00 (Min-Maks: 1-7), %56’sı primipar gebe, canlı doğum sayısı ortalaması 2,00±1,00 (Min-Maks: 1-5), düşük sayısı ortalaması 1,50±0,50 (Min-Maks: 1-4), kürtaj sayısı ortalaması 1,50±0,55 (Min-Maks: 1-2), yaşayan çocuk sayısı ortalaması 2,00±1,00 (Min-Maks: 1-5)’dir. Gebelerin %82’4’ü ilaç kullanmakta bu ilaçların %92’8’i vitaminlerden oluşmaktadır (Tablo 4).

**4.1.2.** **Baş Ağrısı ile İlgili Özelliklerin ve** **Baş Ağrısının Ortaya Çıkmasını Kolaylaştıran veya Tetikleyen Faktörlerin Dağılımları**

Baş ağrısı ile ilgili özelliklerin dağılımları Tablo 5’te baş ağrısının ortaya çıkmasını kolaylaştıran veya tetikleyen faktörlerin dağılımları Tablo 6’da sunulmaktadır.

**Tablo 5.** Baş ağrısı ile ilgili özelliklerin dağılımları (n=250)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Baş ağrısı ile ilgili özellikler** | | **n (%)** |
| **Ailede baş ağrısı öyküsü** | Hayır | 167 (66,8) |
| Evet | 83 (33,2) |
| Anne | 52 (62,7) |
| Baba | 10 (12,0) |
| Anne+baba | 2 (2,4) |
| Kardeş | 19 (22,9) |
| **Baş ağrısı** | Hayır | 125 (50,0) |
| Evet | 125 (50,0) |
| **Baş ağrısı başlama zamanı (n=125)** | Gebe kalmadan önce | 106 (84,8) |
| Gebelikte | 19 (15,2) |
| **Baş ağrısı tanısı (n=125)** | Hayır | 68 (54,4) |
| Evet | 57 (45,6) |
| Migren | 44 (77,2) |
| Sinüzit | 11 (19,3) |
| Boyun fıtığı | 2 (3,5) |
| **Baş ağrısı süresi (ay) (n=125)** | 1-12 ay | 20 (16,0) |
| 24-120 ay | 95 (76,0) |
| 144-240 ay | 10 (8,0) |
| **Baş ağrısı sıklığı (n=125)** | Her gün | 6 (4,8) |
| Haftada 1-3 gün | 35 (28,0) |
| Haftada 1-6 gün | 5 (4,0) |
| 2 haftada bir | 17 (13,6) |
| Ayda bir | 56 (44,8) |
| Diğer | 6 (4,8) |
| **Baş ağrısı süresi (saat) (n=125)** | 1 saatten az | 48 (38,4) |
| 1 saat | 31 (24,8) |
| 2 saat | 23 (18,4) |
| 3 saat | 5 (4,0) |
| 4 saat ve üzeri | 18 (14,4) |
| **Baş ağrısının özellikleri (n=125)** | Sürekli | 100 (80,0) |
| Ataklar halinde | 1 (0,8) |
| Düzensiz aralıklarla gelen | 24 (19,2) |
| **Baş ağrısı yeri (n=125)** | Alın | 48 (38,4) |
| Şakaklar | 46 (36,8) |
| Ense/arka | 26 (20,8) |
| Başın tamamı | 5 (4,0) |
| **Baş ağrısı karakteri (n=125)** | Uyuşma | 12 (9,6) |
| Zonklayıcı | 82 (65,6) |
| Patlayıcı | 2 (1,6) |
| Ağırlık verici | 21 (16,8) |
| Sıkan baskı yapan | 8 (6,4) |

**Tablo 5.** Baş ağrısı ile ilgili özelliklerin dağılımları (n=250) (devamı)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Baş ağrısı ile ilgili özellikler** | | **n (%)** |
| **Baş ağrısının vakti (n=125)** | Sabah | 25 (20,0) |
| Öğleden sonra | 52 (41,6) |
| Akşam | 44 (35,2) |
| Uyku sırasında | 4 (3,2) |
| **Baş ağrısı şiddeti-VAS (n=125)** | *Ort±Ss* | 4,39±1,60 |
| *Medyan (Min-Maks)* | 4,2 (1-9) |
| **Baş ağrısı tipi (n=125)** | Primer | 112 (89,6) |
| Sekonder | 13 (10,4) |
| **Baş ağrısı için ilaç kullanımı (n=125)** | Hayır | 63 (50,4) |
| Evet | 62 (49,6) |

Gebelerin ailesinde baş ağrısı öyküsü oranı %33,2 olup bunun %77,1’i anne ve/veya babadan kaynaklanmaktadır. Yapılan bu çalışmada gebelerde baş ağrısı görülme oranı %50 olup bunun %84,8’i gebe kalmadan önce, %15,2’si gebelikte baş ağrısı yaşadığını, %45,6’sı baş ağrısı tanısı koyulduğunu belirtmiş ve bu baş ağrılarının %77,2’sinin tanısı migren, %19,3’ünün tanısı sinüzit, %3,5’inin tanısı boyun fıtığıdır. Gebelerin %76’sında baş ağrısı süresi 24-120 ay, %50,4’ünde baş ağrısı sıklığı her gün veya haftada 1–3 gün veya haftada 1–6 gün veya 2 haftada birdir. Gebelerin %38,4’ü başlarının 1 saatten az, %80’i ise sürekli ağrıdığını, %75’2’si bu ağrının alın ve şakaklarda, %65,6’sı ağrının karakterinin zonklayıcı türde ve %41,6’sı baş ağrısının öğleden sonra olduğunu belirtti. Gebelerde VAS’a göre baş ağrısı şiddeti ortalaması 4,39±1,60 (Min-Maks: 1-9) olup, primer baş ağrısı tipi oranı %89,6 ve sekonder baş ağrısı tipi oranı %10,4 olan gebelerin %49,6’sı baş ağrısı için ilaç kullandığını belirtmektedir (Tablo 5).

**Tablo 6.** Baş ağrısının ortaya çıkmasını kolaylaştıran veya tetikleyen faktörlerin dağılımları (n=125)

|  |  |
| --- | --- |
| **Baş ağrısının ortaya çıkmasını kolaylaştıran veya tetikleyen faktörler** | **n (%)** |
| **Sıkıntı, üzüntü, stres** | 71 (56,8) |
| **Aşırı yorgunluk** | 50 (40,0) |
| **Aşırı uyku veya uykusuzluk** | 18 (14,4) |
| **Açlık** | 7 (5,6) |
| **Gürültü** | 6 (4,8) |
| **Aşırı sıcak veya soğuk** | 4 (3,2) |
| **Güneş veya parlak ışık** | 1 (0,8) |
| **Çikolata, çerez, peynir, salam, sosis** | 1 (0,8) |
| **Boyun hareketleri** | 1 (0,8) |
| **Diğer (Adet dönemi, yolculuk, vb.)** | 5 (4,0) |

Araştırmaya katılan gebelerin baş ağrısının ortaya çıkmasını kolaylaştıran veya tetikleyen faktörler incelendiğinde; %56,8’i sıkıntı, üzüntü, stres ve %40’ı aşırı yorgunluk olduğu, baş ağrısının ortaya çıkmasına neden olan diğer faktörlere baktığımız zaman azda olsa tetikleyici rol oynadıkları görüldü (Tablo 6).

**4.2. Karşılaştırma Tabloları**

Bu bölümde gebelerde baş ağrısının varlığına göre tanımlayıcı, obstetrik ve fiziksel özelliklerin karşılaştırılması ve gebelerde baş ağrısı görülme durumunu etkileyen faktörler gösterildi.

**4.2.1. Baş Ağrısı Varlığına Göre Tanımlayıcı, Obstetrik ve Fiziksel Özelliklerin Karşılaştırılması**

**Tablo 7.** Baş ağrısı varlığına göre tanımlayıcı özelliklerin karşılaştırılması (n=250)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tanımlayıcı özellikler** | | **Baş Ağrısı** | | ***P*** |
| **Yok (n=125)** | **Var (n=125)** |
| **Yaş** | *Ort±Ss* | 28,08±5,02 | 27,62±5,20 | *a0,443* |
| *Medyan (Min-Maks)* | 27 (19-40) | 27 (18-40) |  |
| **Eğitim durumu** | Okur-yazar değil | 3 (2,4) | 7 (5,6) | *b0,468* |
| İlkokul | 25 (20,0) | 27 (21,6) |  |
| Ortaokul | 41 (32,8) | 40 (32,0) |  |
| Lise | 28 (22,4) | 32 (25,6) |  |
| Üniversite | 28 (22,4) | 19 (15,2) |  |
| **Gebelik öncesi**  **BKİ (kg/m2)** | <18,5 (Zayıf) | 6 (4,8) | 7 (5,6) | *b0,830* |
| 18,5-24,9 (Normal) | 65 (52) | 60 (48) |  |
| ≥25 (Obez) | 54 (43,2) | 58 (46,4) |  |
| **Çalışma durumu** | Çalışmıyor | 91 (72,8) | 95 (76,0) | *c0,562* |
| Çalışıyor | 34 (27,2) | 30 (24,0) |  |
| **Meslek** | Ev hanımı | 91 (72,8) | 95 (76,0) | *b0,497* |
| Tekstil | 8 (6,4) | 12 (9,6) |  |
| Memur | 11 (8,8) | 7 (5,6) |  |
| Serbest | 15 (12,0) | 11 (8,8) |  |
| **Yerleşim yeri** | İl | 73 (58,4) | 76 (60,8) | *b0,317* |
| İlçe | 37 (29,6) | 41 (32,8) |  |
| Köy | 15 (12,0) | 8 (6,4) |  |
| **Gelir durumu** | Gelir giderden az | 30 (24,0) | 43 (34,4) | *b0,208* |
| Gelir gidere denk | 92 (73,6) | 79 (63,2) |  |
| Gelir giderden fazla | 3 (2,4) | 3 (2,4) |  |
| **Sağlık güvencesi** | Yok | 23 (18,4) | 29 (23,2) | *c0,350* |
| Var | 102 (81,6) | 96 (76,8) |  |
| **Aile tipi** | Çekirdek | 116 (92,8) | 107 (85,6) | *c0,067* |
| Geniş | 9 (7,2) | 18 (14,4) |  |

**Tablo 7.** Baş ağrısı varlığına göre tanımlayıcı özelliklerin karşılaştırılması (n=250) (devamı)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tanımlayıcı özellikler** | | **Baş Ağrısı** | | ***P*** |
| **Yok (n=125)** | **Var (n=125)** |
| **Eşinin eğitim durumu** | Okur-yazar değil | 2 (1,6) | 4 (3,2) | *b0,069* |
| İlkokul | 22 (17,6) | 23 (18,4) |  |
| Ortaokul | 34 (27,2) | 52 (41,6) |  |
| Lise | 40 (32,0) | 30 (24,0) |  |
| Üniversite | 27 (21,6) | 16 (12,8) |  |
| **Eşinin çalışma durumu** | Çalışmıyor | 6 (4,8) | 13 (10,4) | *c0,095* |
| Çalışıyor | 119 (95,2) | 112 (89,6) |  |
| **Eşinin mesleği** | İnşaat | 6 (5,0) | 13 (11,6) | *b0,127* |
| Memur | 20 (16,8) | 13 (11,6) |  |
| Serbest | 93 (78,2) | 86 (76,8) |  |
| **Gebenin Sigara kullanımı** | Yok | 114 (91,2) | 109 (87,2) | *c0,308* |
| Var | 11 (8,8) | 16 (12,8) |  |

*aMann Whitney-U Test bFisher Freeman Halton Test cPearson Chi-Square Test*

Baş ağrısı görülme durumu ile gebelerin yaş, eğitim durumu, BKİ, çalışma durumu, meslek, yerleşim yeri, gelir durumu, sağlık güvencesi, aile tipi, eş eğitim durumu, eş çalışma durumu, eş mesleği ve sigara kullanma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı, grupların benzer olduğu görüldü (p>0,05). (Tablo 7).

**Tablo 8.** Baş ağrısı varlığına göre obstetrik özelliklerin karşılaştırılması (n=250)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Obstetrik özellikler** | | **Baş Ağrısı** | | ***P*** |
| **Yok (n=125)** | **Var (n=125)** |
| **Gebelik haftası** | *Ort±Ss* | 26,08±11,10 | 23,42±11,35 | *a0,117* |
| *Medyan (Min-Maks)* | 30 (5-40) | 22 (6-40) |  |
| **Trimester** | 1. trimester (1-13 hafta) | 26 (20,8) | 32 (25,6) | ***b0,048\**** |
| 2. trimester (14-27 hafta) | 30 (24,0) | 43 (34,4) |  |
| 3. trimester (28-40 hafta) | 69 (55,2) | 50 (40,0) |  |
| **Gebelik sayısı** | *Ort±Ss* | 2,41±1,15 | 2,54±1,30 | *a0,544* |
| *Medyan (Min-Maks)* | 2 (1-6) | 2 (1-7) |  |
| **Doğum sayısı** | Primipar | 51 (57,3) | 51 (54,8) | *c0,738* |
| Multipar | 38(42,7) | 42 (45,2) |  |
| *Ort±Ss* | 1,58±0,81 | 1,61±0,81 | *a0,757* |
| *Medyan (Min-Maks)* | 1 (1-5) | 1 (1-5) |  |
| **Yaşayan çocuk sayısı** | *Ort± Ss* | 1,58±0,81 | 1,61±0,81 | *a0,757* |
| *Medyan (Min-Maks)* | 1 (1-5) | 1 (1-5) |  |
| **Düşük** | Hayır | 101 (80,8) | 99 (79,2) | *c0,752* |
| Evet | 24 (19,2) | 26 (20,8) |  |
| **Düşük sayısı** | *Ort±Ss* | 1,29±0,69 | 1,46±0,81 | *a0,397* |
| *Medyan (Min-Maks)* | 1 (1-4) | 1 (1-4) |  |
| **Kürtaj** | Hayır | 122 (97,6) | 122 (97,6) | *d1,000* |
| Evet | 3 (2,4) | 3 (2,4) |  |
| **İlaç kullanımı** | Hayır | 22 (17,6) | 22 (17,6) | *c1,000* |
| Evet | 103 (82,4) | 103 (82,4) |  |

**Tablo 8.** Baş ağrısı varlığına göre obstetrik özelliklerin karşılaştırılması (n=250) (devamı)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Obstetrik özellikler** | | **Baş Ağrısı** | | ***P*** |
| **Yok (n=125)** | **Var (n=125)** |
| **İlaç türleri** | Vitamin | 69 (67,0) | 61 (59,2) | *b0,655* |
| Fe | 1 (1,0) | 2 (1,9) |  |
| Vitamin+Fe | 26 (25,2) | 32 (31,1) |  |
| Diğer | 7 (6,8) | 8 (7,8) |  |
| **Ailede baş ağrısı öyküsü** | Hayır | 91 (72,8) | 76 (60,8) | ***c0,044\**** |
| Evet | 34 (27,2) | 49 (39,2) |  |
| **Ailede baş ağrısı kimde** | Anne | 19 (55,9) | 33 (67,3) | *b0,718* |
| Baba | 5 (14,7) | 5 (10,2) |  |
| Anne+baba | 1 (2,9) | 1 (2) |  |
| Kardeş | 9 (26,5) | 10 (20,4) |  |

*aMann Whitney-U Test bFisher Freeman Halton Test cPearson Chi-Square Test dFisher Exact Test*

Baş ağrısı görülme durumu ile gebelerin trimesterleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır (p=0,048; p<0,05). Yapılan column proportions Z teste göre değerlendirildiğinde gruplar arasındaki bu fark 3. trimesterden kaynaklanmaktadır.

Ailede baş ağrısı öyküsü olan gebelerde baş ağrısı görülme durumu, baş ağrısı öyküsü olmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı seviyede yüksektir (p=0,044).

Baş ağrısı varlığına göre gebelerin; gebelik haftası, gebelik sayısı, doğum, yaşayan çocuk sayısı, düşük varlığı ve sayısı, kürtaj olma durumu, ilaç kullanımı, ilaç türleri, ailede kimde baş ağrısı olduğu, istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p>0,05). (Tablo 8).

**Tablo 9.** Baş ağrısı varlığına göre fiziksel özelliklerin karşılaştırılması (n=250)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Fiziksel özellikler** | | **Baş Ağrısı** | | ***P*** |
| **Yok (n=125)** | **Var (n=125)** |
| **Kan basıncı sistolik (mm/Hg)** | *Ort±Ss* | 107,48±11,33 | 107,42±13,21 | *a0,742* |
| *Medyan (Min-Maks)* | 110 (80-130) | 110 (90-160) |  |
| **Kan basıncı diastolik (mm/Hg)** | *Ort±Ss* | 66,12±6,18 | 64,88±8,42 | ***a0,042\**** |
| *Medyan (Min-Maks)* | 70 (50-80) | 60 (47-90) |  |
| **Nabız (/dk)** | *Ort±Ss* | 87,65±7,42 | 90,33±10,50 | ***a0,041\**** |
| *Medyan (Min-Maks)* | 86 (70-120) | 88 (70-120) |  |
| **Solunum (/dk)** | *Ort±Ss* | 15,56±1,89 | 15,33±2,01 | *a0,367* |
| *Medyan (Min-Maks)* | 16 (12-19) | 16 (12-19) |  |
| **Vücut ısısı (**0C) | *Ort±Ss* | 36,17±0,11 | 36,13±0,93 | *a0,212* |
| *Medyan (Min-Maks)* | 36,1 (36-36,6) | 36,2 (26,1-38,3) |  |
| **Boy (cm)** | *Ort±Ss* | 162,51±4,74 | 161,65±5,06 | *a0,221* |
| *Medyan (Min-Maks)* | 163 (148-172) | 162 (150-171) |  |
| **Gebelikten önceki kilo (Kg)** | *Ort±Ss* | 65,98±15,61 | 66,52±14,37 | *a0,716* |
| *Medyan (Min-Maks)* | 63 (42-168) | 63 (40-105) |  |
| **Fetal kalp atımı (/dk)** | *Ort±Ss* | 141,66±7,21 | 140,10±7,09 | *a0,181* |
| *Medyan (Min-Maks)* | 141 (124-160) | 140 (125-160) |  |
| **Hemoglobin (g/dL)** | *Ort±Ss* | 12,82±0,76 | 12,67±0,99 | *a0,144* |
| *Medyan (Min-Maks)* | 12,9 (9,3-14,8) | 12,8 (9-15,1) |  |

Baş ağrısı olmayanların diastolik kan basıncı ölçüm değerleri, baş ağrısı olanlardan istatistiksel olarak anlamlı seviyede yüksektir (p=0,042).

Baş ağrısı olanların nabız ölçüm değerleri, baş ağrısı olmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı seviyede yüksektir (p=0,041).

Baş ağrısı görülme durumu ile gebelerin sistolik kan basıncı ölçüm değerleri, solunum, vücut ısısı, boy, gebelikten önceki kilo, fetal kalp atımı, hemoglabin değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı, grupların benzer olduğu görüldü (p>0,05). (Tablo 9).

**4.3. Gebelerde Baş Ağrısı Görülme Durumunu Etkileyen Faktörler**

Gebelerde baş ağrısı görülme durumunu etkileyen faktörleri belirlemek amacı ile backward lojistik regresyon analizi yapıldı. Baş ağrısı üzerine etki edebileceği düşünülen değişkenlerden aile tipi, eşinin çalışma durumu, eşinin eğitim durumu, eşinin mesleği, gebelik haftaları, trimester, ailede baş ağrısı öyküsü durumu, kan basıncı diastolik değerleri, nabız ölçümleri, fetal kalp atım ölçümleri ve hemoglobin değerlerine backward lojistik regresyon analizi uygulandı. Dokuz adım sonunda trimester ve nabız ölçümlerinin modelde anlamlı şekilde yer aldığı görüldü.

**Tablo 10.** Gebelerde baş ağrısı görülme durumunu etkileyen faktörler(n=125)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Baş ağrısı görülme durumunu etkileyen faktörler** | **Beta** | **P** | **ODDS** | **95% Güven Aralığı** | |
| **Alt** | **Üst** |
| **Aile Tipi (Geniş)** | - 0,163 | 0,795 | 0,850 | 0,249 | 2,897 |
| **Çalışma Durumu (Çalışmıyor)** | 0,166 | 0,687 | 1,181 | 0,525 | 2,655 |
| **Eş Meslek (İnşaat)** |  | 0,715 |  |  |  |
| **Eş Meslek (Memur)** | - 0,703 | 0,453 | 0,495 | 0,079 | 3,111 |
| **Eş Meslek (Serbest)** | - 0,216 | 0,754 | 0,806 | 0,209 | 3,112 |
| **Gebelik Haftası** | 0,014 | 0,808 | 1,014 | 0,908 | 1,132 |
| **Ailede Baş Ağrısı (Var)** | 0,342 | 0,373 | 1,408 | 0,663 | 2,991 |
| **Kan Basıncı Diastolik** | - 0,044 | 0,092 | 0,957 | 0,910 | 1,007 |
| **Fetal Kalp Atımı** | - 0,019 | 0,474 | 0,981 | 0,932 | 1,033 |
| **Hemoglobin** | - 0,186 | 0,347 | 0,830 | 0,563 | 1,224 |
| **Trimester (14-17 Hf)** | 0,961 | **0,011\*** | 2,614 | 1,251 | 5,462 |
| **Nabız** | 0,048 | **0,011\*** | 1,049 | 1,011 | 1,088 |
| **Eş Eğitimi (Üniversite)** |  | 0,096 |  |  |  |
| **Eş Eğitimi (İlköğretim)** | 0,885 | 0,097 | 2,423 | ,852 | 6,891 |
| **Eş Eğitimi (Lise)** | 0,201 | 0,726 | 1,223 | 0,397 | 3,765 |

Dummy Kodlama: evet=1, hayır=0; \*p<0,05

Modelin genel açıklayıcılık katsayısının %68,2 olduğu, duyarlılığının %53,5 ve özgüllüğünün %80,2 olduğu gözlendi. Baş ağrısı üzerine etki edebileceği düşünülen değişkenler backward (Conditional) lojistik regresyon analizi ile değerlendirildiğinde modelin anlamlı olduğu bulundu (F=18,048; p:0,001; p<0,01).

Baş ağrısı üzerine trimester değişkeninin etkisi istatistiksel olarak anlamlı bulundu (Beta katsayısı=0,961; p=0,011; p=0,011; p<0,05). Trimester 28-40 hafta referans alındığında 14-27 haftalık gebelerdeki baş ağrısı riski 2,614 (ODDS: 2,614; %95 CI:1,251-5,462) kat fazladır.

Baş ağrısı üzerine nabız değişkeninin etkisi istatistiksel olarak anlamlı bulundu (Beta katsayısı=0,0481; p=0,011; p=0,011; p<0,05). Nabız ölçümlerindeki bir birim artış ise baş ağrısı riskini 1,409 (ODDS:1,409; %95 CI:1,011-1,088) kat arttırmaktadır.

Analize alınan aile tipi, çalışma durumu, eş mesleği, gebelik haftası, ailede baş ağrısı varlığı, diastolik kan basıncı, fetal kalp atımı, hemoglobin ve eş eğitimi değişkenleri ise univariate değerlendirmelerde anlamlı olmalarına rağmen lojistik regresyon modelinde anlamsız olarak saptandı (p>0,05) (Tablo 10).

**5. TARTIŞMA**

Bu çalışma,gebelerde baş ağrısının görülme durumu ve etkileyen faktörleri belirlemeyi amaçlamaktadır.

Araştırmada cevabı aranan sorular ve bulgulara göre başlıca sonuçlar aşağıda özetlenmektedir:

1. Gebelik döneminde baş ağrısı görülme durumu nasıldır?
2. Gebelik döneminde baş ağrısını etkileyen faktörler nelerdir?

Araştırmadan elde edilen bulgulara göre başlıca sonuçlar;

1. Araştırmaya katılan gebelerin %50’sinde baş ağrısının olduğu ve bu gebelerin %15,2’sinde baş ağrısının gebelikte ortaya çıktığı ve
2. Gebelik döneminde; trimester, nabız gibi faktörlerin baş ağrısını etkilediği tespit edildi.

Ebelik literatüründe gebelerde baş ağrısı görülme durumu ve etkileyen faktörlere yönelik yapılan araştırma sayısının kısıtlı olmasından dolayı, hemşirelik ve tıp literatüründen de faydalanılarak bu araştırmanın bulguları tartışıldı.

Bu çalışmanın bazı sınırlılıkları bulunmaktadır. Veri toplama araçlarındaki verilerin güvenirliği gebelerin verdiği bilgilerin doğruluğu ile sınırlıdır. Çalışmanın Denizli ilinde bir kamu hastanesinde yürütülmesi ve olasılıksız örnekleme yöntemi kullanılarak örneklemin oluşturulması ise diğer sınırlılıklarıdır. Bu bağlamda elde edilen veriler, sadece güncel araştırmadaki örneklem grubuna ve araştırma kapsamındaki gebelere benzeyen gruba genellenebilir.

Yapılan bu araştırmada gebeler; 18-40 yaş aralığında, en az ilkokul mezunu, ev hanımı, il ya da ilçe merkezinde yaşamakta, geliri gidere denk algılamakta, sosyal güvenceye sahip, çekirdek aile yapısında ve sigara kullanmamaktadır. Bu çalışmaya dahil edilen örneklem grubunun diğer araştırmacıların çalışmalarındaki örneklem grupları ile benzerlik gösterdiği görüldü (Bakıcı, 1999; Dal, 2002; Demiryay, 2006; Sunal ve Demiryay, 2009; Deniz, 2011; İskender, 2014; Özçelik ve Karaçam, 2014; Kır, 2017; Dönmez ve diğerleri, 2018; Ürün, 2020).

Yapılan bu çalışmada araştırmaya katılan gebelerin birinci derece yakınlarında baş ağrısı olduğu tespit edildi. Bu oran Dahlöf ve Linde (2001)’nin çalışmasında %64, Deniz (2011)’in çalışmasında %37,5’tir. Bu sonuç açısından yapılan araştırmalar birbirini desteklemektedir.

Yapılan bu çalışmada ailede baş ağrısı öyküsü olan gebelerdeki baş ağrısının, ailede baş ağrısı öyküsü olmayanlara göre daha yüksek olduğu görüldü. Ancak ailede baş ağrısının kimde olduğu, gebelerde baş ağrısında herhangi bir etki oluşturmamaktadır.

Yapılan bu çalışmada gebelerin yarısında baş ağrısının olduğu ve bu gebelerin yarısından fazlasındaki baş ağrısının gebelikten önce ortaya çıktığı, gebelikte başlayan baş ağrısı oranının daha düşük olduğu tespit edildi. Araştırmaya katılan gebelerin baş ağrısı durumunun diğer çalışmalardaki örneklem grupları ile benzer olduğu görüldü (Demiryay, 2006; Melhado ve diğerleri, 2007; Babadağlı, 2008; Arabacıoğlu, 2012; Nazik ve Eryılmaz, 2013; Dede ve diğerleri, 2014; Aydemir, 2014; Özçelik ve Karaçam, 2014; Kamalak, 2015; Coşar Çetin ve diğerleri, 2017; Ürün, 2020;).

Araştırmaya katılan gebelerin yaklaşık yarısına klinik olarak baş ağrısı tanısının koyulduğu ve bu baş ağrısının türünün primer baş ağrısı tiplerinden migren olduğu tespit edildi. Bu çalışma verileri, yapılan diğer çalışmalar ile benzerlik göstermektedir (Dede ve diğerleri, 2014; Özmerdivenli ve diğerleri, 2015; Kır, 2017;). Deniz (2011)’in çalışmasında gebelerde migren tipi baş ağrısı %9,7 olup daha düşük orandadır. Bunun nedeni Deniz (2011)’in çalışmasında migrenli gebe sayısının az olması ile açıklanabilir.

Araştırmada gebelerin baş ağrısı; en az iki yıldır devam etmekte, sıklığı haftada 1-3 gün ile ağırlıklı olarak ayda bir gün arasında değişmekte ve yaygın olarak 1-4 saat sürmektedir. Elde edilen verilerle benzerlik gösteren gebelerin baş ağrısının; Melhado ve diğerleri (2007)’nin çalışmasında ayda iki kez sıklıkla ve yaygın olarak 6-24 saat sürdüğü, İskender (2014)’in çalışmasında 1-20 yıldır devam ettiği belirtilmektedir.

Baş ağrısı olan gebelerde; büyük çoğunlukla sürekli olarak devam eden, ağırlıklı olarak alın ve şakaklarda ortaya çıkan ve zonklayıcı özellikte olan baş ağrısının dinlenik olunan sabah saatlerinde düşük oranda olduğu ve günü yaşadıkça bu oranın artış gösterdiği dikkat çekmekte ve yapılan çalışmalarla da (Lüleci, 2004; Melhoda ve diğerleri, 2007; Taşçı, 2010; Deniz, 2011) desteklenmektedir. Gebe kadının gün içerisinde strese maruz kalmasına parelel olarak baş ağrısı artmaktadır. Bu araştırmanın önemli sonuçlarından biri olan baş ağrısının ortaya çıkmasını en yüksek oranda kolaylaştıran veya tetikleyen ve benzer çalışmaların da bulunduğu (Henry ve diğerleri, 2002; Lüleci, 2004; Çakır, 2006) sıkıntı, üzüntü, stres faktörü ile parelellik göstermektedir.

Çalışmaya katılan ve baş ağrısı olan gebelerde baş ağrısı şiddetini ölçmek için kullanılan VAS’a göre gebelerde baş ağrısı şiddeti ortalama olarak dört ve üzerinde ölçülmekte olup ve yapılan diğer çalışmalarla da (Çalış İbiş, 2010; Arslan ve diğerleri, 2016; Tütün Yümin ve diğerleri, 2016; Özel ve Tavşanlı, 2020) benzerlik göstermektedir.

Çalışmaya katılan gebeler baş ağrısı için ilaç (Parasetamol 500 mg tablet) kullanmakta ve yapılan diğer çalışmalarla da (Uhl ve diğerleri, 2003; Melhado ve diğerleri, 2005; Olesan ve diğerleri, 2006; Sachdeva ve diğerleri, 2009; Deniz, 2011; İskender, 2014; Dede ve diğerleri, 2014) benzer olduğu görüldü.

Çalışmaya katılan ve baş ağrısı olan gebelerin büyük çoğunluğunun primer tipi baş ağrısı vardır. Dede ve diğerleri (2014)’nin 306 anne ile yaptığı çalışmaya göre, gebelik süresince primer baş ağrısının görülme oranı %57,9 olup yapılan bu çalışma ile benzerlik göstermektedir.

Gebelerde baş ağrısı görülme durumu ile gebelerin tanımlayıcı, obstetrik ve fiziksel özellikleri açısından gruplar benzer olmakla birlikte, trimesterler, ailede baş ağrısı öyküsünün varlığı, diastolik kan basıncı ve nabız açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu. Lojistik regresyon analizi sonucuna göre gebelerde baş ağrısı görülme durumunu anlamlı olarak etkileyen faktörler; trimester ve nabızdır. Yapılan bu çalışmada gebelik haftası ilerledikçe baş ağrısının varlığı da artmaktadır.

**6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER**

Denizli Devlet Hastanesi Kadın Doğum Polikliniği ve NST Biriminde takip edilen 250 gebede baş ağrısı görülme durumu ve etkileyen faktörleri belirlemek amacı ile yürütülen bu araştırmanın sonuçları aşağıda özetlenmektedir. Buna göre yapılan bu çalışmada;

* Araştırmaya katılan gebelerin birinci derece yakınlarında baş ağrısı olduğu,
* Ailede baş ağrısı öyküsü olan gebelerdeki baş ağrısının, ailede baş ağrısı öyküsü olmayanlara göre daha yüksek olduğu,
* Gebelerin yarısında baş ağrısının olduğu ve bu gebelerin yarısından fazlasındaki baş ağrısının gebelikten önce ortaya çıktığı, gebelikte başlayan baş ağrısı oranının daha düşük olduğu,
* Çalışmaya katılan ve baş ağrısı olan gebelerin büyük çoğunluğunun primer tipi baş ağrısına sahip ve ağırlıklı olarak migren olduğu,
* Gebe kadının gün içerisinde strese maruz kalmasından dolayı baş ağrısının artmakta olduğu,
* Araştırmanın önemli sonuçlarından biri olan baş ağrısının ortaya çıkmasını en yüksek oranda kolaylaştıran veya tetikleyen sıkıntı, üzüntü, stres faktörlerin etkili olduğu,
* Araştırmaya katılan gebelerin baş ağrısını etkileyen trimester ve nabzın iki önemli faktör olduğu,
* Gebelik haftası ilerledikçe baş ağrısı oranının arttığı,
* Gebelerin büyük çoğunluğunun baş ağrısı ile baş etmede ilaç (Parasetamol 500 mg tablet) kullandığı,
* Baş ağrısı olan gebelerde; büyük çoğunlukla sürekli olarak devam eden ve ağırlıklı olarak alın ve şakaklarda ortaya çıkan ve zonklayıcı özellikte baş ağrısının olduğu görüldü.

Araştırmadan elde edilen bu sonuçlar doğrultusunda sunulabilecek öneriler aşağıda özetlenmektedir. Buna göre yapılan bu çalışmada;

* Koruyucu sağlık hizmetlerinde önemli rol oynayan ebelere büyük görevler düşmektedir. Gebelere baş ağrısı ile ilgili bilgi verilmesi ve öneminin anlatılması,
* Ebelerin en önemli rollerinden olan eğitici rolünün geliştirilmesi için gebelikte yaşanan olağan yakınmalar ve bakım uygulamalarının önemi konusunda hizmet içi eğitim programlarının planlanması,
* Ebelerin antenatal kontroller sırasında gebelikte baş ağrısı ve bakımına önem vermesi, alternatif yöntemler üzerinde durulması, gebelerin uyguladıkları yöntemlerin belirlenerek, uygun yöntem kullanımlarının sağlanması,
* Ebeler, gebeliğin her döneminde baş ağrısı ile karşılaşabileceklerini bilmesi ve her dönemdeki baş ağrısını anne ve bebeğin sağlığı için özenle takip etmesi,
* Antenatal eğitim sınıflarının yaygınlaştırılması ve tüm gebelerin bu hizmetten yararlanabilmesi,
* Gebelikte yaşanan baş ağrısı sıklığının ve bu baş ağrılarının yaşam kalitesine etkisini azaltmaya yönelik uygulamaların öğretilmesi ve bu konuda verilecek bilgi ve danışmanlık hizmetlerinin gebeliğin öğrenildiği ilk günden itibaren başlanması,
* Baş ağrısı gebelikten önce mevcut olan gebelere prekonsepsiyonel dönemden itibaren yaşam tarzlarına dikkat etmeleri yönünde bilgilendirilmesi ve yaşam kalitesi konusunda eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin eş ve aile üyelerini kapsayacak şekilde verilmesi,
* Baş ağrısını tetikleyen birçok faktör olmasından dolayı gebelere baş ağrısı tetikleyicilerin neler olabileceği ve bu tetikleyicilerle nasıl baş edeceği yönünde bilgilendirilmesi,
* Baş ağrısını etkileyen faktörlerden stres faktörleri ile baş etme yöntemlerinin anlatılması, gebenin stres faktörü ile baş edemediği noktada destek almasının sağlanması,
* Gebelerin, kendi kendine (komşu, arkadaş tavsiyesi) ilaç kullanımında fetüste oluşabilecek etkiler konusunda bilgilendirilmesi,
* Toplumun farklı kesimlerinde ve farklı popülasyonlardaki gebelerle nicel ve nitel araştırmaların planlanması önerilebilir.

KAYNAKLAR

Ailani, J. (2010). Tension-Type Headache and Women: Do Sex Hormones Influence Tension-Type Headache? *Current Pain and Headache Reports, 14:436–440. doi:10.1007/s11916-010-0144-4.*

Altıntaş, A. (2005.) Gebelik ve Kadında Nörolojik Hastalıklar. *Nörolog Olmayanlar İçin Nöroloji Sempozyum Dizisi No: 42, 107-113.*

Altundağ, F. (2020). *Gerilim tipi baş ağrılı hastalarda servikal stabilizasyon egzersizlerinin ağrı düzeyi, yaşam kalitesi ve servikal postür üzerine etkisi.* Yüksek Lisans Tezi, Hasan Kalyoncu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Gaziantep*.*

Arabacıoğlu, C. (2012). *Gebelerde yaşam kalitesi ve eğitim gereksinimlerinin belirlenmesi.* Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksek Lisans Programı, İstanbul.

Arslan, M., Albaş, S., Küçükerdem, H.S., Pamuk, G., Can, H. (2016). Vizüel analog skala ile kanser hastalarında palyatif ağrı tedavisinin etkinliğinin değerlendirilmesi. *Family Practice and Palliative Care, 1(1):5-8.*

Aslan Eti, F. (2002). Ağrı Değerlendirme Yöntemleri. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 6(1),9–16.*

Aslantaş, D. (2001). *Migren ve hemşirelik bakımı.* Lisans Bitirme Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi, Sivas.

Aydemir, H. (2014). *Maternal obezitenin gebelikte oluşan yakınmalara ve öz-bakım gücüne etkisi.* Yüksek Lisans Tezi. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı, Aydın.

Babadağlı, B. (2008) Gebelik yaşının gebelikte yaşanan fizyolojik ve psikolojik değişikliklere etkisi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 11(3):96-105.*

Bakıcı, A. (1999). *Gebelikte yaşanan fiziksel sorunların saptanması ve bunları etkileyen etmenlerin incelenmesi.* Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.

Bayraktar Ekincioğlu, A. ve Demirkan, K. (2012). Birinci basamak tedavi hizmetlerinde baş ağrılarına yaklaşım: Eczacının Rolü. *Hacettepe Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Dergisi, 33(1), 75-104*

Blair, E.M. ve Nelson, K.B. (2011). Migraine and preterm birth. *Journal of Perinatology 31:434-439*

Boz, C., Sayar, K., Velioğlu, S., Hocaoğlu, Ç., Alioğlu, Z., Yalman, B., Özmenoğlu, M. (2004). Kronik gerilim tipi baş ağrılı hastalarda mizaç ve karakter profili. *Türk Psikiyatri Dergisi, 15(2):105-111.*

Brookfield, K., Mercer, L., Riggins, N., Sheikh, H.U. (2022). Headaches in Pregnancy and Postpartum. *Committee on Clinical Practice Guidelines–Obstetrics*.

Brust, J.C.M. Current Diagnosis and Treatment Neurology. Second Edition. *New York: The Mc Graw-Hill companies,2012:63-77.*

Calhoun, A. ve Peterlin, L. (2010). Treatment of Cluster Headache in Pregnancy and Lactation. *Current Pain and Headache Reports,14(1),164–173. Doid 10.1007/s11916-010-0102-1.*

Coşar Çetin, F., Demirci, N., Çalık Yeşilçiçek, K., Çil Akıncı, A. (2017). Gebelikte Olağan Fiziksel Yakınmalar. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni, 48(4), 135-141.*

Çağlayan, N. ve Oskay, Ü. (2015). Gebelikte migren: maternal ve neonatal sağlığa etkileri. *Okmeydanı Tıp Dergisi 31(1), 34-38. doi:10.5222/otd.2015.034*

Çağrıcı, S. (2005). *İstanbul ilinin maltepe ilçesindeki okul çocuklarında migren ve gerilim tipi baş ağrısı prevalansı ile klinik özellikleri.* Uzmanlık Tezi, Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nöroloji Kliniği, İstanbul.

Çakır, A. (2006). *Migrende klinik özellikler ve migrenin temel klinik özelliklerinin IQ ile ilişkisi.* Uzmanlık tezi, İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji kliniği, İstanbul.

Çalış İbiş, K. (2010). *Kronik bel ağrısı olan hastaların cerrahi tedavi hakkındaki düşüncelerinin belirlenmesi.* Yüksek Lisans Tezi, Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Afyonkarahisar.

Çelepkolu, H. (2011). *Migren ve gerilim tipi baş ağrılı hastaların yaşam kalitesinin değerlendirilmesi.* Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Gaziantep.

Çöçelli, L., Bacaksız, B.D., Ovayolu, N. (2008). Ağrı tedavisinde hemşirenin rolü. *Gaziantep Tıp Dergisi, 14, 53–58.*

Dahlöf, C. and Linde, M. (2001). One-Year Prevalence of Migraine in Sweden: A Population Based Study in Adults. *Cephalalgia, 21(6):664-671.*

Dede, H.Ö., Uzel, M., Melek, İ., Okuyucu, E. (2014). Gebelikte izlenen primer baş ağrıları ve bu nedenle reçete dışı ilaç kullanımı. *Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Dergisi, 5(18), 26-33.*

Demirkaya, M. (2006). *Migrenli kadın hastalarda atak sırasında ve ataklar arası dönemde seks hormon düzeyleri.* Uzmanlık Tezi, Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2. Nöroloji Kliniği, İstanbul.

Deniz, A.Ö. (2011). *Gebelik öncesi ve gebelik döneminde baş ağrılarının araştırılması.* Yüksek Lisans Tezi, Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Afyonkarahisar.

Diamond, M. (2007). The impact of migraine on the health and well-being of women. *Journal Womens Health (Larchmt). 16, 1269–1280.*

Dixit, A., Bhardwaj, M., Sharma, B. (2011). Headache in pregnancy: a uisance or a new sense. *Obstetrics and Gynecology International,* *2012:697697, doi:10.1155/2012/697697.*

Doğanay, H. (2006). *Atmosferik toz içeren hava koşullarının migren baş ağrısını tetikleyici etkisinin incelenmesi.* Uzmanlık Tezi, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı, Ankara.

Dowson Andrew, J. (2003). Migren ve Diğer Baş Ağrıları. *1.Baskının Türkçesi (Çev: Dr. Ahmet Yüksel), And Dağıtımcılık, Eğitimcilik, Yayıncılık ve Organizasyon Ltd.şti., Akatlar-Beşiktaş İstanbul, Türkiye.*

Dönmez, A., Er, M., Karaçam, Z. (2018). Gebe okuluna başvuran gebelerin yaşadığı gebeliğe bağlı fiziksel sağlık sorunlarının incelenmesi. *Life Sciences (NWSALS), 13(1):1-10, DOI: 10.12739/NWSA.2018.13.1.4C0015.*

Ekizoğlu, E. (2012). *Migren ve küme tipi baş ağrısı olan hastalarda allodini ve kortikal eksitabilite ilişkisinin araştırılması.* Uzmanlık Tezi, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı, İstanbul.

Ertaş, M. (2003). Migren. *Türkiye Klinikleri Nöroloji Dergisi, 1(2),116-123.*

Evans, R.W. ve Loder, E.W. (2003). Expert opinion: migraine with aura during pregnancy*. Headache, 43:80–84.*

Food and Drug Administration (FDA), Pregnancy and lactation labeling (Drugs) final rule (2021). <https://www.fda.gov/drugs/labeling-information-drug-products/pregnancy-and-lactation-labeling-drugs-final-rule> adresinden ulaşıldı.

Göksan, B. (2002). Gerilim Baş Ağrısı. *İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Baş, Boyun, Bel Ağrıları Sempozyum Dizisi No: 30, s. 69-72.*

Gönener, A. (2015). *Baş ağrılılarda aerobik dayanıklılık egzersizlerinin yararlılığı.* Doktora Tezi, Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kocaeli.

Gül, S. (2008). *Migren ağrısının özellikleri ve ağrının bireyin günlük aktiviteleri üzerindeki etkisinin incelenmesi.* Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas.

Headache Classification Committee of the International Headache Society (2013). *The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (beta version). Cephalalgia 33(9) 629–808.*

Headache Classification Subcommittee of The International Headache Society (2004). *The International Classification of Headache Disorders. 2nd edition. Cephalalgia, 24(1), 16-151.*

Henry, P. Avray, J.P. Gaudin A.F ve ark. (2002). Prevalence and clinical charecteristics of migraine in france. *Neurology*, 59:232–237.

İskender, M. (2014). *Kronik baş ağrılarının gebelik sürecindeki seyrinin değerlendirilmesi.* Uzmanlık Tezi, Gazi Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Ankara.

Kalabalık, H. (2011). Ebe ve Hemşirelerin İdare Hukuku Açısından Sorumluluğu, *In: Ankara Barosu III. Sağlık Hukuku Kurultayı (1 nd), Koza Matbaacılık, Ankara, s 332-364.*

Kamalak, H. (2015). *Yüksek riskli gebelerin yaşadığı antepartum semptomların gebelik uyumuna etkisi.* Yüksek Lisans Tezi, Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı, Aydın.

Karaçay Yıkar, S. (2017). *Doğum öncesi dönemde verilen eğitimin gebelikte görülen yakınmalar ve yaşam kalitesine etkisi.* Yüksek Lisans Tezi, Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Adana.

Karadaş, Ö., Sütçügil, L., Odabaşı, Z. (2013). Kronik gerilim tipi baş ağrısı tanısı alan hastalarda melatonin tedavisinin etkinliği ile anksiyete ve depresyon üzerine etkisi. *Journal of Neurological Sciences-Turkish, 30(1), 116-23.*

Kır, S. (2017). *Kocaeli İli; İzmit, Başiskele ve Derince İlçelerinde Takip Altındaki Gebelerde Tekrarlayan Baş Ağrısı Prevelansı ile Baş Ağrılarının Neden Olduğu Yaşam Kalitesi ve Sosyal Kayıpların Belirlenmesi.* Uzmanlık Tezi, Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kocaeli.

Lieba-Samal, D. ve Wöber, C. (2011). Sex Hormones and Primary Headaches Other than Migraine. *Current Pain And Headache Reports, 5(5), 407-14.*

Lüleci, A. (2004). *Maltepe ilçesi doğurganlık çağındaki kadınlarda migren prevelansının araştırılması.* Uzmanlık Tezi, Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji kliniği, İstanbul.

MacGregor, A. (2004). Migren ve Diğer Baş Ağrıları. *Morpa Kültür Yayınları Ltd.şti, İstanbul, Türkiye.*

MacGregor, A. (2014). Headache during pregnancy*. Neurology of Pregnancy, 20(1), 128-147. doi: 10.1212/01.CON.0000443841.40933,9e.*

Marcus, D. (2001). Estrogen and tension-type headache. *Current Pain and Headache Reports, 5, 449–453.*

Marcus, D. (2007). Headache in pregnancy. *Current Treatment Options in Neurology, 9(1), 23–30. doi:* [*10.1007/s11940-007-0027-0*](https://doi.org/10.1007/s11940-007-0027-0)*.*

Marcus, D.A. (2003). Headache in pregnancy. *Current Pain and Headache Reports, 7(4), 288-296.*

Melek, İ., Okuyucu, E., Duman, T. (2006). Küme baş ağrısı. *Türk Aile Hekimleri Dergisi, 10(3), 117-122.*

Melhado, E., Maciel, J.A Jr., Guerreiro, C.A. (2005). Headaches During Pregnancy In Women with A Prior History of Menstrual Headaches. *Arquivos de Neuropsiquiatria. 63(4), 934-940.*

Mıhoğlu, H. ve Tulunay, C.F. (2000). Migren patogenezi ve tedavisi. İçinde: Ağrı, Erdine S.(ed.). *Alemdar Ofset; 199-206.*

Nazik, E. ve Eryilmaz, G. (2013). Incidence of pregnancy-related discomforts and *management* approaches to relieve them among pregnant women. *Journal Of Clinical Nursing, 23(11-12), 1736–1750*

Negro, A., Delaruelle, Z., Ivanova, T.A., Khan, A., Ornello, R., Raffaelli, B., Terrin, A., Reuter, U., Mitsikostas, D.D. (2017). Headache and pregnancy: a systematic review. *The Journal of Headache and Pain,* *18(1):106. doi: 10.1186/s10194-017-0816-0*

Ng, N., Cox. S., Maiti, S. (2015). Headache in pregnancy: an overview of differential diagnoses. *Journal of Pregnancy and Child Health, 2, 130. doi:10.4172/2376- 127X.1000130.*

Olesen, C., Thrane, N., Henriksen, T.B., Ehrenstein, V., Olsen, J. (2006). Associations between socioeconomic factors and the use of prescription medication during pregnancy: a populationbased study among 19,874 danish women*. European Journal of Clinical Pharmacology 62(7), 547-53.* *doi: 10.1007/s00228-006-0119-x*

Özçelik, G. ve Karaçam, Z. (2014). Gebelikte sık karşılaşılan yakınmalar, fiziksel, ruhsal ve cinsel sağlık sorunları, risk faktörleri ve yaşam kalitesi ile ilişkileri. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 3, 1-18.*

Özdemir, G. (2011). *Erzurum ilinde migren başağrısı prevalansı araştırılması.* Uzmanlık Tezi, Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı, Erzurum.

Özel, E. ve Güngör Tavşanlı, N. (2020). Gebelikte ağrının yaşam kalitesi üzerine etkisi. *International Anatolia Academic Online* *Journal Health Sciences, 6(2), 134-150.*

Özmerdivenli, R., Değirmenci, Y., Çağlar, M., Sungur, M.A., Başbuğ, A., Ağan, K. (2015). Gebe ve jinekoloji polikliniklerine başvuran kadınlarda baş ağrısı sıklığı. *Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi, 12(4), 153-156.*

Özön, Ö. ve Bolay, H. (2003). Primer baş ağrılarında tanı ve tedavi yaklaşımları (Diagnosis and treatment in primary cephalgia). *Türk Nöroşirürji Dergisi, 13, 97-112.*

Özturan, A., Şanlıer, N., Coşkun, Ö. (2016). Migren ve beslenme ilişkisi. *Turkish Journal Of Neurology, 22(2), 44-50. doi:10.4274/tnd.37132*

Özyurtlu, G. (2015). *Genç kadınlarda erken menarş yaşının baş ağrısı prevelansıyla ilişkisi.* Uzmanlık Tezi, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı, Bursa.

Russell, M.B., Ulrich, V., Gervil, M., Olesen, J. (2002). Migraine without aura and migraine with aura are distinct disorders. a population-based twin survey. *Headache, 42, 332–336.*

Sachdeva, P., Patel, B.G., Patel, B.K. (2009). Drug use in pregnancy; a point to ponder! *Indian Journal of Pharmaceutical Sciences.71(1), 1-7.*

Sağlı Diren, G. (2020). *Migrenli hastalarda fiziksel aktivite seviyesinin baş ağrısı, fonksiyonellik ve yaşam kalitesine etkisi.* Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Medipol Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Saip, S. (2005). Primer Baş Ağrıları, Nörolog Olmayanlar için Nöroloji. *Sempozyum Dizisi, Yayın No: 42, Syf, 35-62.*

Saip, S. ve Siva, A. (2000). Migrende klinik özelliklere. İçinde: Ağrı, Erdine S.(ed.). *Alemdar Ofset; 192-19.*

Sances, G., Granella, F., Nappi, R.E., Fignon, A., Ghiotto, N., Polatti, F., Nappi, G. (2003). Course of migraine during pregnancy and postpartum: a prospective study*. Cephalalgia. 23(3), 197–205.*

Siva, A. (1998). Sekonder Baş ağrıları. *İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Yayınları, 10(1), 21- 33.*

Sözen, A. (2004). *Kronik günlük baş ağrısında akupunktur tedavisinin sonuçlarının değerlendirilmesi.* Uzmanlık Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi, Isparta.

Süzer, Ö. (2005.) Gebelikte İlaç Kullanımı. *Süzer Farmakoloji, Klinisyen Tıp Kitap Evleri, 3. Baskı, 60. Bölüm, sy. 1-12.*

Şahin, E., Genç, F., Solmaz, E.N. (2019). Gebelikte migren tedavisinde bazı fitoterapötik ürünlerin güvenliliği. *Ankara Eczacılar Fakültesi Dergisi, 43(1), 79-93. doi: 10.33483/jfpau.519955.*

T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü (2018). Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi ( Yayın No: 925).

Todd, C., Lagman-Bartolome, A.M., Lay, C. (2018). Women and migraine: the role of hormones. *Current Neurology and Neuroscience Reports 18, 42 https://doi.org/10.1007/s11910-018-0845-3*

Türkiye Klinikleri. (2021). *Türkiye Migren Raporu.* <https://migraine-pain.org/wp-content/uploads/2021/08/TURKIYE-MIGREN-RAPORU-2021-V2-PP-LILLY-TR-0628_.pdf> adresinden erişildi.

Tütün Yümin, E., Sertel, M., Tarsuslu Şimşek, T. (2016). Migren ve gerilim tipi baş ağrısı hastalarında ağrı ile sağlıkla ilgili yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Ergoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi, 4(3), 173-180*.

Uçan, Ö. ve Ovayolu, N. (2007). Kanser ağrısının kontrolünde kullanılan nonfarnakolojik yöntemler. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2(4), 124–133.*

Uhl, K., Kennedy, D.L., Kweder, S.L. (2003). Information on medication use ın pregnancy. *American Family Physician. 67(12), 2476-2478.*

Ürün, M.F. (2020).Gebelikte *yaşanan yakınmaların trimesterlere göre sıklığının ve bu yakınmaların yaşam kalitesine etkisinin incelenmesi.* Yüksek Lisans Tezi, Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Mersin.

Wells, R.E., Turner. D., Lee. M., Bishop. L., Strauss. L. (2016). Managing migraine during pregnancy and lactation. *Current Neurology and Neuroscience Reports. 16(4),40 doi: 10.1007/s11910-016-0634-9*

WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience (2016). <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549912> adresinden ulaşıldı.

Yaşar, E., Aydın, S.R., Gençtürk, N. (2019). Türkiye de ebelerin yapmış oldukları kanıta dayalı uygulamalar: *sistematik derleme. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 8(2), 43-51.*

Yıldırım Kuzeyli, Y., Fadıllıoğlu, Ç, Uyar, M. (2006). Palyatif kanser bakımında tamamlayıcı tedaviler*. Ağrı Dergisi, 18(1),26–32.*

Yıldırım, A. (2008). Gebelikte ilaç kullanımı. *Onuncu Ulusal İç Hastalıkları Kongresi, Antalya; sy: 41-43.*

Yılmaz, E. ve Çevik, I. (2018). Headache in challenging and special circumstances: pregnancy and lactation. *Ağrı, 30(4),153-164. doi: 10.5505/agri.2018.85688.*

Yılmaz, G., Sürer, H., Coşkun, Ö., İnan, L., Yücel, D. (2005). Auralı ve aurasız migrende plazma nitrik oksit metabolitleri. *Türk Biyokimya Dergisi, 30(3),236–240.*

Yücel, Y. (2008). Migren baş ağrısında tanı ve tedavi yaklaşımları. *Dicle Tıp Dergisi, 35(4),281-286.*

Zarifoğlu, M. (2002). Gerilim tipi baş ağrıları. Klinik nöroloji, Nobel & Güneş, 121-122.

**EKLER**

**Ek 1.** Tanıtıcı Bilgi Formu

Bu çalışma “Gebelikte baş ağrısı görülme durumu ve etkileyen faktörler”i belirlemek amacı ile Dilek YILMAZ tarafından gerçekleştirilecektir. Anketteki sorulara vereceğiniz cevaplar tamamen gizli kalacaktır. Bu araştırmaya katılmak gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmamayı tercih edebilir veya anketi doldururken sonlandırabilirsiniz. Anket formunun üzerine adınızı ve soyadınızı yazmayınız. Bu veri toplama araçları ile toplanan bilgiler sadece bilimsel amaçlar için kullanılacaktır. Bu nedenle soruların tümüne doğru ve eksiksiz yanıt vermeniz büyük önem taşımaktadır.

Veri toplama araçları toplam 42 sorudan oluşmaktadır. Bu süreç yaklaşık 15-20 dk zamanınızı alacaktır.

Bu araştırma ile ilgili sormak istediğiniz tüm soruları araştırma ekibinde yer alan Danışman Dr. Öğretim üyesi Hale UYAR HAZAR’a 05335410495 veya [hhazar@adu.edu.tr](mailto:hhazar@adu.edu.tr), araştırmacı Dilek YILMAZA’a 05061188771 veya [2022500011@stu.adu.tr](mailto:2022500011@stu.adu.tr) uygulama sırasında veya sonrasında telefonla veya e-posta yoluyla sorabilirsiniz.

Anket no: Görüşme tarihi: .…/…./……..

1. **SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER**

**1)** Kaç yaşındasınız? ……..

**2)** Eğitim durumunuz nedir?

1. Okur-yazar değil
2. İlkokulu mezunu
3. Ortaokul mezunu

**4)** Lise mezunu

**5)** Üniversite ve üstü mezunu

**3)** Çalışıyor musunuz?

**1)** Hayır (Ev hanımı)

**2)** Evet

**4)** Mesleğiniz nedir? (Belirtiniz ……..)

**5)** Yerleşim yeriniz nedir?

**1)** İl

**2)** İlçe

**3)** Köy

**6)** Ailenizin aylık gelir durumunu nasıl değerlendiriyorsunuz?

1. Gelir giderden düşük
2. Gelir gidere denk
3. Gelir giderden fazla

**7)** Sağlık güvenceniz var mı?

1. Hayır
2. Evet

**8)** Aile tipiniz nedir?

**1)** Çekirdek Aile

**2)** Geniş Aile

**9)** Eşinizin eğitim durumu nedir**?**

1. Okur-yazar değil
2. İlkokulu mezunu
3. Ortaokul mezunu

**4)** Lise mezunu

**5)** Üniversite ve üstü mezunu

**10)** Eşiniz çalışıyor mu?

**1)** Hayır

**2)** Evet (Belirtiniz ……..)

**11)** Sigara içiyor musunuz?

1. Hayır, içmiyorum
2. Gebelikten önce içiyordum
3. Evet, içiyorum(…….adet/gün)

**12)** Alkol kullanıyor musunuz?

1. Hayır, kullanmıyorum
2. Gebelikten önce kullanıyordum
3. Evet, kullanıyorum (…..bardak/gün)

**B. OBSTETRİK ve FİZİKSEL ÖZELLİKLER**

**13)** Son adet tarihiniz nedir? ……..

**14)** Bu, kaçıncı gebeliğiniz? ……..

**15)** Toplam kaç doğum yaptınız? ……..

**16)** Yaşayan kaç çocuğunuz var? ……..

**17)** Hiç düşük yaptınız mı?

1. Hayır
2. **2)** Evet (Sayısını belirtiniz ……..)

**18)** Küretaj oldunuz mu?

1. Hayır
2. Evet (Sayısını belirtiniz ……..)

**19)** Kullandığınız herhangi bir ilaç var mı? (Varsa belirtiniz)

**1)** Hayır

**2)** Evet (Belirtiniz ……..)

**20)** Kan basıncı (mm/Hg): ………………….

**21)** Nabız ( /dk): ………………………..

**22)** Solunum ( /dk): …………………….

**23)** Vücut ısısı (0C): …………………..

**24)** Boy (cm): ………………………….

**25)** Gebe kalmadan önceki kilo (Kg):………………………….

**26)** Fetal Kalp Atımı ( /dk)…………….

**27)** Hemoglobin değeri (gr/dl)…………..

**C. BAŞ AĞRISI İLE İLGİLİ ÖZELLİKLERİ**

**28)** Ailenizde baş ağrısı öyküsü olan var mı?

**1)** Hayır

**2)** Evet (Kim olduğunu belirtiniz ……..)

**29)** Siz, baş ağrısı yaşıyor musunuz?

**1)** Hayır

**2)** Evet

**30)** Baş ağrınız ne zaman başladı?

**1)** Gebe kalmadan önce vardı

**2)** Gebelikte başladı

**31)** Baş ağrınıza tanı koyuldu mu?

**1)** Hayır

**2)** Evet (Belirtiniz ……..)

**32)** Baş ağrınız ne kadar süredir var (ay veya yıl)? (Belirtiniz ……..)

**33)** Baş ağrınızın sıklığı nedir?

**1)** Her gün

**2)** Haftada 1–3 gün

**3)** Haftada 1–6 gün

**4)** 2 Haftada bir

**5)** Ayda bir

**6)** Diğer (Belirtiniz ……..)

**34)** Baş ağrısınız ne kadar sürüyor?

1. 1 Saatten Az
2. 1 Saat
3. 2 Saat
4. 3 Saat
5. 4 Saat ve Üzeri

**35)** Baş ağrısının özelliği nedir?

1. Sürekli
2. Ataklar halinde
3. Düzensiz aralıklarla gelen
4. Diğer (Belirtiniz ……..)

**36)** Başınızın tam olarak neresi ağrıyor?

1. Alın – (Frontal)
2. Şakaklar – (Temporal)
3. Ense / Arka alan – (Oksipital)
4. Başın tamamı

**37)** Baş ağrınızın karakterini nasıl tanımlarsınız?

1. Uyuşma-Yanma-Karıncalanma
2. Zonklayıcı
3. Patlayıcı
4. Ağırlık verici
5. Sıkan-Baskı yapan
6. Oyucu
7. Diğer (Belirtiniz ……..)

**38)** Baş ağrınızın şiddetini aşağıda verilen skala üzerinden nasıl değerlendirirsiniz?

**EK 2. VİZUAL ANALOG SKALASI**

|  |
| --- |
| Dayanılmaz ağrı    Ağrı yok |

**39)** Baş ağrınız günün hangi vakitlerinde oluyor?

1. Sabah
2. Öğleden sonra
3. Akşam
4. Uyku sırasında

**40)** Baş ağrınızı ortaya çıkmasını kolaylaştıran veya tetikleyen faktörler aşağıdakilerden hangisidir? (*Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz*)

**1)** Sıkıntı, üzüntü, stres

**2)** Aşırı yorgunluk

**3)** Aşırı heyecan

**4)** Alkol

**5)** Çikolata, çerez, peynir, salam, sosis

**6)** Açlık

**7)** Aşırı uyku veya uykusuzluk

**8)** Aşırı sıcak veya soğuk

**9)** Güneş veya parlak ışık

**10)** Gürültü

**11)** Boyun hareketleri

**12)** Diğer (Belirtiniz ……..)

**13)** Yok

**41)** Baş ağrınızı rahatlatmak için herhangi bir ilaç kullanıyor musunuz?

**1)** Hayır

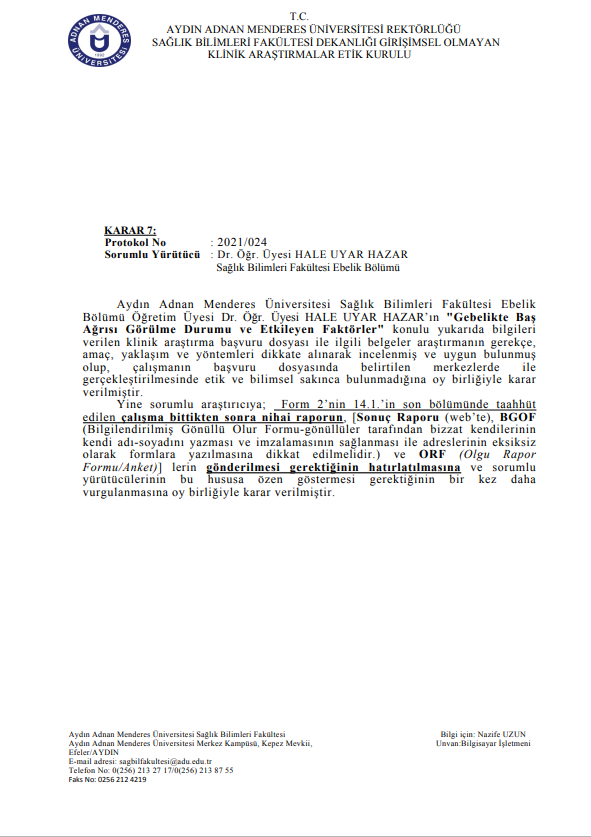
**2)** Evet (Belirtiniz ……..)

**42)** Gebelik döneminde baş ağrınızın tipi belirlendi mi?

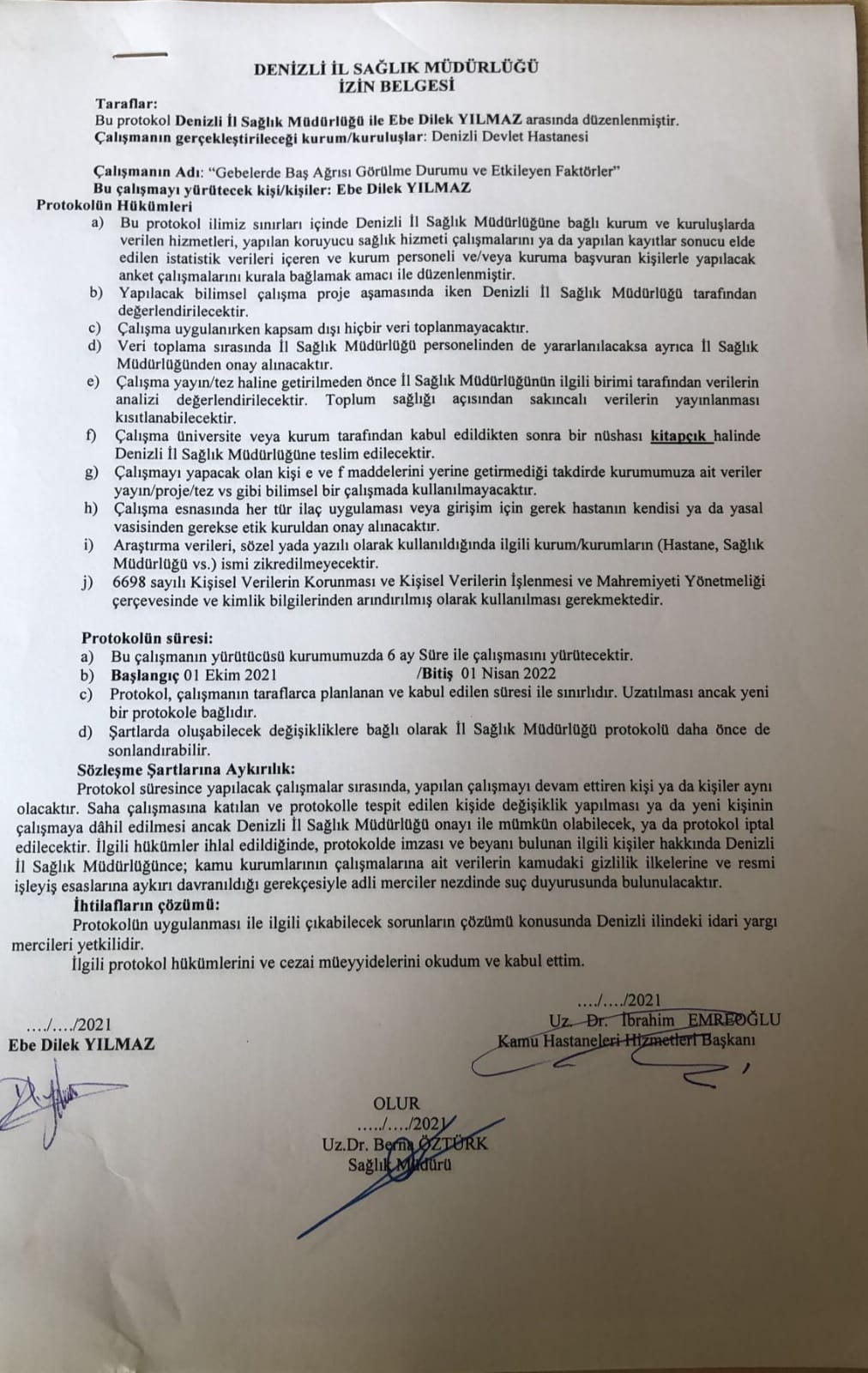
**1)** Hayır

**2)** Evet (Belirtiniz ……..)

**Ek 2.** Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu İzni

****

**Ek 3.** Denizli İl Sağlık Müdürlüğü İzin Yazısı



**Ek 4.** Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

**BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (FORM 3)**

**LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ !!!**

Bu çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme sonrası özgürce vermeniz gerekmektedir. Size özel hazırlanmış bu bilgilendirmeyi lütfen dikkatlice okuyunuz, sorularınıza açık yanıtlar isteyiniz.

**ÇALIŞMANIN AMACI NEDİR?**

Bu çalışmanın amacı, gebelerde baş ağrısının görülme durumunu ve etkileyen faktörleri belirlemektir.

**KATILMA KOŞULLARI NEDİR?**

Bu çalışmaya dahil edilebilmeniz için 18-40 yaş arası olan, okuma yazma bilen, Türkçe konuşabilen ve anlayabilen, düşük riskli gebeler araştırmaya dahil edilecektir.

**NASIL BİR UYGULAMA YAPILACAKTIR?**

Anket kullanılarak uygulama yapılacaktır.

**Sorumluluklarım nedir?**

Araştırma ile ilgili formları doldurmak kadınlar olarak sorumluluklarınızdır. Bu koşullara uymadığınız durumlarda araştırıcı sizi uygulama dışı bırakabilme yetkisine sahiptir

**KATILIMCI SAYISI NEDİR?**

Araştırmada yer alacak gönüllülerin sayısı 250 kişidir.

**ÇALIŞMANIN SÜRESİ NE KADAR?**

Bu araştırma için öngörülen süre 12 Ay’dır

**GÖNÜLLÜNÜN BU ARAŞTIRMADAKİ TOPLAM KATILIM SÜRESİ NE KADAR?**

Bu araştırmada yer almanız için öngörülen zamanınız 5-10 dakikadır.

**ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI YARAR NEDİR?**

1. Bu çalışma sonunda gebelerde baş ağrısı görülme durumu ve etkileyen faktörler belirlenecektir.
2. Araştırma sonuçlarında gerekli düzenlemeler yapılarak, Denizli İli Sağlık Müdürlüğü ve Denizli Devlet Hastanesi ile paylaşılacak ve yayınlanarak literatüre katkı sağlanacaktır.

**ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI RİSKLER NEDİR?**

Çalışmada beklenen olası bir risk yoktur. Olası bir soruna karşı gerekli tedbirler tarafımızdan alınacaktır.

**ARAŞTIRMA SÜRECİNDE BİRLİKTE KULLANILMASININ SAKINCALI OLDUĞU BİLİNEN İLAÇLAR/BESİNLER NELERDİR?**

Çalışma süresince birlikte kullanılacak ilaçlar/besinler bulunmamaktadır.

**HANGİ KOŞULLARDA ARAŞTIRMA DIŞI BIRAKILABİLİRİM?**

Anket görüşmesinden vazgeçmek istediğinizi belirttiğiniz takdirde araştırma dışı bırakılabilirsiniz.

**DİĞER TEDAVİLER NELERDİR?**

Uygulanacak herhangi bir tedavi bulunmamaktadır.

**HERHANGİ BİR ZARARLANMA DURUMUNDA YÜKÜMLÜLÜK/SORUMLULUK KİMDEDİR VE NE YAPILACAKTIR?**

Yapılan benzer araştırmalarda araştırmaya bağlı bir zarar söz konusu olmamıştır.

**ARAŞTIRMA SÜRESİNCE ÇIKABİLECEK SORUNLAR İÇİN KİMİ ARAMALIYIM?**

Araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun için Ebe Dilek YILMAZ’ı 0506 1188771 nolu telefondan arayabilirsiniz

**ÇALIŞMA KAPSAMINDAKİ GİDERLER KARŞILANACAK MIDIR?**

Yapılacak her tür tetkik, fizik muayene ve diğer araştırma masrafları size veya güvencesi altında bulunduğunuz resmi ya da özel hiçbir kurum veya kuruluşa ödetilmeyecektir.

**ÇALIŞMAYI DESTEKLEYEN KURUM VAR MIDIR?**

Çalışmayı destekleyen kurum yoktur.

**ÇALIŞMAYA KATILMAM NEDENİYLE HERHANGİ BİR ÖDEME YAPILACAK MIDIR?**

Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır.

**ARAŞTIRMAYA KATILMAYI KABUL ETMEMEM VEYA ARAŞTIRMADAN AYRILMAM DURUMUNDA NE YAPMAM GEREKİR?**

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz ya da araştırıcı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler bilimsel amaçla kullanılmayacaktır.

**KATILMAMA İLİŞKİN BİLGİLER KONUSUNDA GİZLİLİK SAĞLANABİLECEK MİDİR?**

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz.

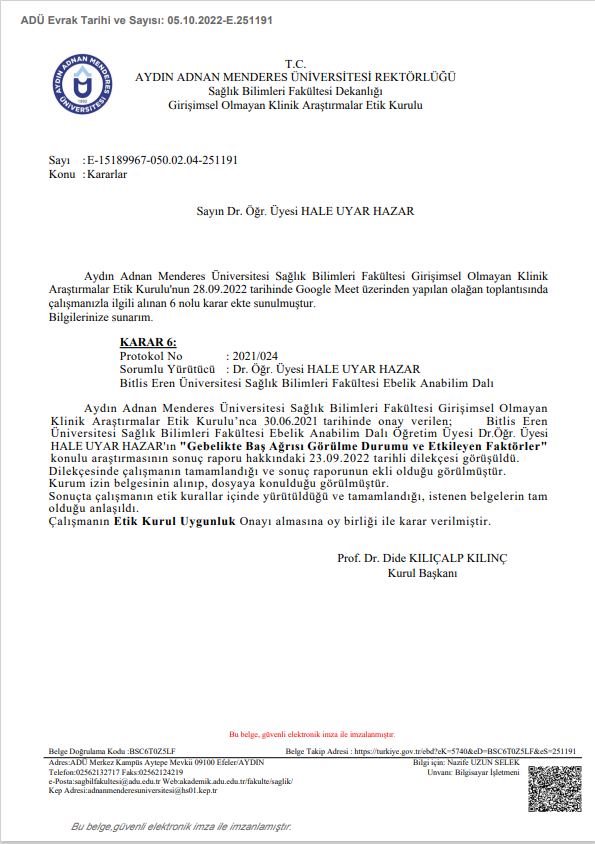
**Çalışmaya Katılma Onayı:**

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren …… sayfalık metni okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırıcıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. Bu formu imzalamakla yerel yasaların bana sağladığı hakları kaybetmeyeceğimi biliyorum.

Bu formun imzalı ve tarihli bir kopyası bana verildi.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| GÖNÜLLÜNÜN | | İMZASI |
| ADI & SOYADI |  |  |
| **ADRESİ** |  |
| **TEL. & FAKS** |  |
| **TARİH** |  |
| **Velayet veya vesayet altında bulunanlar için veli veya vasinin** | | İMZASI | |
| ADI & SOYADI |  |  | |
| **ADRESİ** |  |
| **TEL. & FAKS** |  |
| **TARİH** |  |
| ARAŞTIRMA EKİBİNDE YER ALAN VE YETKİN BİR ARAŞTIRMACININ | | İMZASI |
| ADI & SOYADI |  |  |
| TARİH |  |
| GEREKTİĞİ DURUMLARDA TANIK | | İMZASI |
| ADI & SOYADI |  |  |
| GÖREVİ |  |
| TARİH |  |

**Ek 5**. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Sonuç Raporu

****

**AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ**

**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**BİLİMSEL ETİK BEYANI**

“Gebelerde Baş Ağrısı Görülme Durumu ve Etkileyen Faktörler” başlıklı Yüksek Lisans tezimdeki bütün bilgileri etik davranış ve akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanan bu çalışmada, bana ait olmayan her türlü ifade ve bilginin kaynağına eksiksiz atıf yaptığımı bildiririm. İfade ettiklerimin aksi ortaya çıktığında ise her türlü yasal sonucu kabul ettiğimi beyan ederim.

Dilek YILMAZ

… / … / …

**ÖZ GEÇMİŞ**

**Soyadı, Adı** **:** YILMAZ, Dilek

**Uyruk** **:** T.C

**Doğum yeri ve tarihi** **:** Taşlıçay / 08.05.1996

**Telefon :** 0506 118 8771

**E-mail :** dilek.soma.45@gmail.com

**EĞİTİM**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Derece** | **Kurum** | **Mezuniyet Tarihi** |
| Lisans | Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu | 2018 |
| Yüksek Lisans | Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü | 2022 |

**İŞ DENEYİMİ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Yıl** | **Yer/Kurum** | **Unvan** |
| 2018-2019 | Kırşehir Özel Aşıkpaşa Hastanesi | Ebe |
| 2019-Devam | Denizli Çal Toplum Sağlığı Merkezi | Ebe |