


## Ağrı Devlet Hastanesine başvuran migren hastalarının klinik ve sosyodemografik özellikleri

Sociodemographic and clinical features of migraine patients admitted to Ağrı State Hospital

Tuba Cerrahoğlu Şirin 

Ağrı Devlet Hastanesi, Nöroloji Kliniği, Ağrı, Türkiye

### Öz

**Amaç:** Migren, atak sırasındaki olumsuz etkilerinin yanı sıra okul ve iş performansında bozulmaya neden olarak sosyal açıdan kronik etkileri olan bir hastalıktır. Bu çalışmada, Ağrı ilinde migren tanısı alan ve takip edilen olguların sosyodemografik özellikleri ve sosyal yaşamdaki kısıtlılık düzeylerinin araştırılması amaçlandı.

**Gereç ve Yöntem:** Nöroloji polikliniğine başvuran migren hastalarının dosyalarında demografik özellikleri, migren özellikleri, MIDAS skoru ve aylık baş ağrılı gün sayısı retrospektif olarak incelendi.

**Bulgular:** ICHD-3 kriterlerine göre migren tanısı alan 642 hasta (E/K:1/5) bulunmaktaydı. Yaş ortalaması 29.8 yıld (7-71 yaş). Hasta popülasyonunda eğitim seviyesi düşükken (%36 okuryazar değil, %36 ilköğretim mezunu), çoğunluğunu ev hanımları oluşturmaktaydı (%64). Baş ağrısı atakları başlangıcından migren tanısı alana kadar geçen süre ortalama 5.3 yıld; bununla beraber, eğitim seviyesi arttıkça tanı alma zamanı anlamlı derecede kısalıyordu ( $p<0.01$ ). Birinci derece akrabalarında migren öyküsü oldukça yüksekti (%74). Hastaların %21.7'inde auralı migren ve %21.8'inde kronik migren vardı. Migren tetikleyicisi olarak en sık emosyonel stres (%30) belirtildi. Migren Disabilite Değerlendirme (MIDAS) skorlarına göre şiddetli kayıp %9.5 iken, orta derece kayıp %27, ılımlı kayıp %25.5 ve kayıp yok/hafif kayıp %38 idi.

**Sonuç:** Eğitim süresi kıaldıkça migren hastalarında tanı alma süresi uzamaktadır. Kronik migren oranı yüksektir. Eğitim seviyesi düşüğe migren farkındalığının azalması bunun önemli bir etkeni olabilir. Eğitim seviyesi düşük toplumlarda hastalık farkındalığının artırılması ile baş ağrısı nedenli sosyal yaşamdaki kısıtlılığın azalması sağlanabilir.

**Anahtar Sözcükler:** Migren, sosyodemografik özellikler, klinik özellikler, Ağrı.

### Abstract

**Aim:** The purpose of this study is to evaluate the sociodemographic features and social disability of the migraine patients in Ağrı.

**Materials and Methods:** Demographic features, migraine features, Migraine Disability Assessment (MIDAS) scores and days with headache per month of the migraine patients who admitted to neurology outpatient clinic were retrospectively evaluated.

**Results:** There were 642 migraine patients (M/F: 1/5) diagnosed by ICHD-III criteria. Average age was 29.8 years (7-71 yrs). The education level was low (36% illiterate, 36% primary school) and housewives formed the majority of the patients (64%). The time period between beginning of the attacks and the diagnosis with migraine was 5.3 years on average; however, this period was significantly decreasing with higher education levels ( $p<0.01$ ). The percentage of first degree relatives of the patients with migraine history was very high with 74%. 21.7% of the patients had migraine with aura, whereas %21.7 of the patients had chronic migraine. The most frequent trigger of migraine was emotional stress (30%). Severe disability was observed in 9.5% of the patients; 27% of the patients had moderate disability; %25.5 had mild disability and 38% had minor/no disability depending on MIDAS scores.

Yazışma Adresi: Tuba Cerrahoğlu Şirin

Ağrı Devlet Hastanesi, Nöroloji Kliniği, Ağrı, Türkiye

Makalenin Geliş Tarihi: 27.06.2016 Kabul Tarihi: 01.11.2016

**Conclusion:** Diagnose interval was longer in migraine patients with lower education level. Chronic migraine rate was higher. Decreased awareness of migraine in patients with lower education level may be the most important cause of these results. Decreasing the rate of social disability due to headache at lower educated societies may be achieved through increasing awareness towards migraine.

**Keywords:** Migraine, sociodemographic features, clinic features, Ağrı.

## Giriş

Migren; nörolojik, gastrointestinal ve otonom değişikliklerin eşlik ettiği, primer epizodik bir baş ağrısı bozukluğudur. İnsanlık tarihi kadar eski bir hastalık olan migren, toplum için oldukça önemli bir sağlık sorunudur ve Dünya Sağlık Örgütü tarafından günlük yaşamda en çok kısıtlılık yaratan hastalıklar arasında ele alınmaktadır. Baş ağrısı atakları okul ve iş performansında bozulmaya neden olarak sosyal açıdan kronik sorunlara neden olmaktadır. Bunun sonucu olarak, 41 milyon migren hastasının Avrupa'da tahmini maliyeti 27 milyar avrodur (1).

Çok sayıda çalışma migren prevalansını araştırmıştır. Prevalansın %10 ile %16 arasında değiştiği görülmektedir (2-5). Prevalanstaki farklılıkların nedeni; farklı sosyoekonomik grupların, farklı yöntemler (telefon ile görüşme, yüz yüze görüşme) aracılığıyla yapılmış çalışmalarla değerlendirilmiş olmasıdır. Migren baş ağrısının sosyodemografik özelliklerine yönelik Türkiye'de de çeşitli çalışmalar yapılmıştır. Diğer yandan, 2015 yılı Türkiye İstatistik Kurumu sağlık indeksinde son sırayı alan Ağrı ilinde migren baş ağrısının sosyodemografik özelliklerine yönelik bir çalışma mevcut değildir. Bu çalışmada, Ağrı ilinde nöroloji polikliniğine başvuran migren hastalarının sosyodemografik özellikleri ve sosyal yaşamdaki kısıtlılık düzeylerinin araştırılması amaçlanmıştır.

## Gereç ve Yöntem

Bu çalışmada, hastanemiz nöroloji polikliniğine Haziran-Aralık 2015 tarihleri arasında başvuran tüm migren hastalarının tedavi izlemi için tutulan dosyaları geriye dönük olarak incelendi. Olgular demografik veriler, ek hastalık öyküleri, ailedeki migren öyküleri, migren özellikleri (migren alt tipi, aylık baş ağrılı gün sayısı, aylık atak sayısı, ağrı şiddeti, hastalık süresi, migren tetikleyicileri) ve Migren Disabilite Değerlendirme (MIDAS) skoru (6) açısından değerlendirildi. Migren tanısı için, Uluslararası Baş Ağrısı Derneği (IHS) Sınıflama Komitesi tarafından 2013 yılında yayınlanan Uluslararası Baş Ağrısı Sınıflaması III (ICHD III) kriterleri kullanıldı (7). Üç aydan uzun süre, ayın en az 15 gününde ve ayda en az 8 gün migren özelliği taşıyan baş ağrısı olması kronik migren olarak tanımlandı. 6 aylık zaman periyodunda ICHD-III kriterlerine göre migren tanısı alan 737 hasta bulunmaktaydı. 95 hasta, dosyalarındaki eksik veriler nedeniyle çalışma dışı bırakıldı. Çalışmaya 642 hasta dahil edildi.

İstatistiksel değerlendirme SPSS 22.0 (SPSS Inc. Chigaco, USA) kullanılarak yapıldı. Kategorik verilerin karşılaştırması için ki-kare testi, non-parametrik değerler için *Mann Whitney U* testi, non-parametrik değerlerin arasındaki ilişkinin gücünü değerlendirmek için *Spearman Rho* testi, sayısal bağımsız verilerin karşılaştırılmasında *Student-t* testi kullanıldı. Tüm testler için  $p < 0.05$  değeri anlamlı kabul edildi.

## Bulgular

Çalışmamıza dahil edilen 642 hastanın %83'ü ( $n=535$ ) kadın, %17'si ( $n=107$ ) erkekti. Ortalama yaş  $29.8 \pm 11.7$  (7-71 yaş) yıl olarak saptandı. Olguların %13.7'si ( $n=88$ ) 17 yaş ve altındayken, olguların %64.2'si ( $n=412$ ) 18-39 yaş aralığında kümelenmişti. Her iki cinsiyette de 40 yaş üstündeki hasta oranı, 40 yaş altı hasta oranına kıyasla azalmıştı. Auralı migren tüm olguların %21.7'sinde ( $n=139$ ) saptandı, kadın ve erkek cinsiyet arasında anlamlı farklılık yoktu. Migren ağrısı varlığı süresi ortalama 6.1 yıldır. Olguların çoğu düşük eğitim seviyesine sahipti (%36 okuryazar değil, %36.8 ilköğretim mezunu) ve başvuruların çoğunluğunu ev hanımları oluşturmaktaydı (%64.3) (Tablo-1).

Olguların birinci derece akrabalarında migren öyküsü yüksek oranda (%74) mevcuttu. Birinci derece akrabalarında migren öyküsü olan hasta oranı, auralı migren hastalarında benzerken (%74.8), 18 yaş altı hastalarda daha da yüksekti (%94.3) (Tablo-1). Birinci derece akrabada migren öyküsü olan ve olmayan hastalar arasında, migrenin başlangıç yaşı açısından anlamlı farklılık saptanmadı ( $p=0.28$ ) (Tablo-2).

Olguların migren ataklarının başlangıcından migren tanısı alana kadar geçen süre ortalama 5.3 yıldır. Okuryazar olmayanlarda tanı alma süresi daha uzunken (ortalama 7.9 yıl), eğitim seviyesi arttıkça tanı alma süresi (yüksek öğrenim mezunlarında ortalama 2.8 yıl) kısalmaktaydı (Tablo-3). Eğitim süresi ile tanı alma süresi arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlıydı ( $p < 0.01$ ). On sekiz yaş altı hastalarda ilk tanı alma süresi ortalama 2.1 yıldır.

Tüm hasta popülasyonundaki bir aydaki baş ağrılı gün sayısı ortalama  $7.7 \pm 6.8$  gündü. Hastaların %66.9'unda ( $n=430$ ) ayda 4 günden fazla baş ağrısı şikayeti mevcuttu. ICHD-III kriterlerine göre değerlendirildiğinde hastaların %21.8'inde kronik migren vardı. MIDAS skorlarına göre ciddi kayıp %9.5 iken, orta derece kayıp %27, ılımlı kayıp %25.5 ve kayıp yok/hafif kayıp %38 idi. Atak şiddeti hastaların %80'inde şiddetli/çok şiddetli olarak belirtildi (Tablo-4). Boy-kilo indeksi ve çocuk

sayısı ile MIDAS skorları arasında anlamlı istatistiksel ilişki saptanmadı (sırasıyla p=0.13 ve p=0.07).

Migren tetikleyici faktörler arasında en sık neden emosyonel stres olarak tanımlandı (%30). İkinci sırada sigara ve tandır dumanı maruziyeti izlendi (%23). Diğer tetikleyici nedenler, uyku problemleri (%22), açlık (%6.6),

çeşitli yiyecekler (%4.3), hava değişimi (%2.8), parlak ışık (%1.8) ve koku (%0.7) olarak sıralandı. Kadınlarda en sık migren tetikleyicisi emosyonel stresken (%31), erkeklerde ise birinci sırada duman maruziyeti (%73) vardı (Şekil-1).

**Tablo-1.** Çalışmaya Alınan Hastaların Sosyodemografik Özellikleri.

	Toplam (%)	Kadın (%)	Erkek (%)
<b>Hasta sayısı</b>	642 (100%)	535 (83%)	107 (17%)
Ortalama yaş/yıl	29.8 ± 11.7	30 ± 11.7	29.1 ± 11.7
Auralı migreni olan olgular	139 (21.7%)	116 (21.7%)	23 (21.5%)
Aurasız migreni olan olgular	503 (78.3%)	419 (78.3%)	84 (78.5%)
<b>Yaş dağılımı</b>	<b>Toplam (%)</b>	<b>Kadın (%)</b>	<b>Erkek (%)</b>
18 yaş altı	88 (13.7%)	69 (10.7%)	19 (3%)
18-29 yaş	260 (40.5%)	218 (34%)	42 (6.5%)
30-39 yaş	152 (23.7%)	127 (19.8%)	25 (3.9%)
40-49 yaş	102 (15.9%)	85 (13.2%)	17 (2.6%)
50 yaş üstü	40 (6.2%)	35 (5.5%)	5 (0.8%)
<b>Ailede migren olan</b>	<b>Toplam (%)</b>	<b>Kadın (%)</b>	<b>Erkek (%)</b>
17 yaş ve altı	83(%94.3)	65(%16.2)	18(%24.3)
18 yaş üstü	392(%70.7)	336(%83.7)	56(%75.6)
Auralı migren	104 (%74,8)	88(%84.6)	16(%15,3)
Tüm hastalarda	475(%74)	401(%62.4)	74(%11.6)
<b>Öğrenim durumu</b>	<b>Toplam (%)</b>	<b>Kadın (%)</b>	<b>Erkek (%)</b>
Okuryazar değil	232 (36.1%)	227 (42.4%)	5 (4.7%)
İlköğretim	236 (36.8%)	192 (35.9%)	44 (41.1%)
Lise	109 (17%)	71 (13.3%)	38 (35.5%)
Yükseköğretim	65 (10.1%)	45 (8.4%)	20 (18.7%)
<b>Meslek</b>	<b>Toplam (%)</b>	<b>Kadın (%)</b>	<b>Erkek (%)</b>
Ev kadını	413 (%64.3)	413 (%77.1)	0 (%0)
Öğrenci	150 (%23.3)	113 (%21.1)	37 (%34.5)
Ücretli çalışan	42(%6.5)	7 (%1.3)	35 (%31.7)
Diğer	37(%5.7)	2 (%0.03)	35 (%31.7)

**Tablo-2.** Ailede Migren Öyküsü Olup Olmaması ile Migren Başlangıç Yaşı Arasındaki İlişki.

	Tüm hastalar	Ailede migren öyküsü var	Ailede migren öyküsü yok	P
<b>Migren başlangıç yaşı (ortalama yıl)</b>	23.6	23.2	24.8	NS*
<b>Migren varlığı (ortalama yıl)</b>	6.1	6.3	5.8	NS*

NS: Anlamlı değil.

**Tablo-3.** Eğitim Durumu ile Migren Baş Ağrılarının Başlangıcından Migren Tanısı Almaya Kadar Geçen Süre.

	Tanı almaya kadar geçen süre (ortalama yıl)	p
<b>Tüm hastalar</b>	5.3	
<b>Okuryazar değil</b>	7.9	
<b>İlköğretim mezunu</b>	4	p<0.01
<b>Lise mezunu</b>	3.8	
<b>Yükseköğretim mezunu</b>	2.8	



**Şekil-1.** Migren ataklarını tetikleyici etkenlerin cinsiyetle ve toplam hastalarda dağılımı.

**Tablo-4.** Hastaların Ortalama Baş Ağrılı Gün Sayısı, Atak Şiddeti ve MIDAS Skorları.

Baş ağrılı gün	Kadın	Erkek	p	Toplam
Aylık baş ağrılı gün sayısı (ort.±SD)	8.0±6.9	62±6.0	NS*	7.7±6.8
Son 3 ayda, Aylık ≥ 15 gün baş ağrısı (%)	22.90	15.80	NS*	21.80
Atak şiddeti (%)	Kadın	Erkek	p	Toplam
Sıklıkla hafif	2	5		2
Sıklıkla orta	17	20	NS*	17.70
Sıklıkla şiddetli	55	49		53.80
Sıklıkla çok şiddetli	26	26		16.90
MIDAS (%)	Kadın	Erkek	p	Toplam
Hiç kayıp yok/çok az	35.30	50.40		38
Hafif kayıp	24.40	47.10	NS*	25.50
Orta derece kayıp	29.10	16.80		27
Ciddi kayıp	12.20	6.50		9.50

NS: Anlamlı değil.

## Tartışma

Migren genel popülasyonda yüksek prevalansta görülmesi nedeniyle hastalar ve yakınları kadar toplumu da ilgilendiren düzeyde maluliyete neden olan bir hastalıktır. Dünya çapında baş ağrılı erişkinlerde migren %10 ve aylık 15 günden fazla baş ağrısının görüldüğü kronik migren %3 olarak bulunmuştur (8). Kronik migrenin hastaların baş ağrısı ilişkili maluliyetini arttırdığı, daha kötü sosyoekonomik duruma, azalmış sağlıkla ilişkili yaşam kalitesine ve artmış sağlık harcamalarına neden olduğu gösterilmiştir (9).

Çalışmamız Ağrı ilinde migren ile ilgili yapılmış ilk çalışmadır. Ağrı il merkezinde tek hastane olması ve ilçe hastanelerinde genelde nöroloji uzmanı bulunmaması nedeniyle nörolojik problemleri olan hastalar hastanemiz nöroloji kliniğine başvurmaktadır; ancak genel olarak sosyoekonomik düzeyin düşük olması ve uzun süren kış şartları dolayısıyla hastaneye ulaşım zorlukları sonucunda çalışmamızın il bazında genel popülasyondaki migren sıklığını yansıtamadığı düşünülmektedir.

Nöroloji polikliniğimize başvuran 642 migren hastasının %83'ü kadın cinsiyetteydi. Dünyada ve Türkiye'de yapılan migren prevalans çalışmalarında benzer şekilde hastaların çoğunluğunun kadın olduğu tespit edilmiştir (3,10-12). Migren prevalansının kadınlarda, özellikle doğurganlık döneminde artış gösterdiği izlenmektedir ve bu durum hormonal değişimler ile açıklanmaktadır (13). Avrupa'da migren prevalansına yönelik meta-analiz verileri, migrenin kadınlarda erkeklere kıyasla 2-3 kat daha sık olduğu yönündedir (5). Çalışmamızda erkek/kadın oranı 1:5'ti. Üreme yaş grubunda migren oranının kadın yönüne kaydığı bilinmektedir (14). Çalışmamıza alınan hastaların çoğunluğunu üreme çağındaki kadınlar oluşturmuş olduğu için erkek/kadın oranının Avrupa çalışmalarına kıyasla yüksek çıktığı düşünülmüştür.

Çalışmamızda, ICHD-III kriterlerine göre değerlendirilen auralı migren sıklığı önceki çalışmalara benzerdir (2,10,12). Her iki cinsiyet ve tüm yaş gruplarında migren görülmekle beraber, diğer migren prevalans çalışmalarına benzer şekilde çalışmamızda da üreme çağındaki kadınlarda prevalans daha yüksekti (5).

Kadın migrenlilerin %77'si, tüm migrenlilerin ise %64'ü ev kadınıydı. Kadın hastaların yarıya yakını (%42.4) okuryazar değildi ve %35.9'u ilköğretim mezunuydu. Tüm hastalar içinde lise ve yükseköğretim mezunları ancak %27 oranındaydı. Çalışmamızda, sosyokültürel düzeyi düşük hasta popülasyonunda eğitim süresi arttıkça migren tanısı alma süresinin istatistiksel olarak anlamlı derecede kıaldığını tespit ettik. Benzer olarak, bazı çalışmalarda migren prevalansının düşük eğitim seviyesi ve düşük ekonomik durum ile ilişkili olarak arttığı gösterilmiştir (14,15). Bunun aksine, bazı çalışmalar yüksek entelektüel seviye ve sosyal statünün artmış migren prevalansı ile ilişkili olduğunu öne sürmektedir (2,3,10,12,16-18). Migren prevalansının ekonomik durum ve eğitim seviyesiyle herhangi bir ilişkisi olmadığını öne süren çalışmalar da bulunmaktadır (4,8,19). Eğitim seviyesi arttıkça migren sıklığının arttığını ortaya koyan çalışmalarda, eğitim seviyesinin artmasıyla beraber bir çalışmaya katılmaya gönüllü olma oranının artmış olması etkili olmuş olabilir. Ayrıca yüksek eğitim seviyesi ile beraber artan migren semptom algısı ve doktor başvurusu ile de ilişkili olabileceği de göz önünde bulundurulmalıdır. Düşük sosyokültürel düzeyde migren hayatı tehdit eden sonuçlarının olmaması nedeniyle doktora başvuru açısından gerekli önemi görmüyor olabilir. Yine de baş ağrısı ataklarının işe devamı engellemesi nedeniyle sosyal hayatta ve iş hayatında kısıtlılığa neden olmaya devam etmektedir.

Migren, genetik yatkınlık gösteren ve ailesel geçiş eğilimi olan bir hastalıktır. Ailede migren öyküsü %45-70 oranında görülebilir (20). Çalışmamızda, Doğu Anadolu'da yapılan önceki çalışmalara benzer şekilde, hastaların birinci derece akrabalarında migren görülme oranı yüksek (%74) bulunmuştur (10,12). Russell ve ark. (21), aurasız grup ile karşılaştırıldığında, auralı migren hastalarının birinci derece akrabalarında migren öyküsünün daha fazla olduğunu (genel popülasyona kıyasla auralı migrende 4 kat; aurasız migrende 1.9 kat artmış risk) bildirmiştir. Ancak çalışmamızda iki grubun ailedeki migren öyküsü sıklığında belirgin fark izlenmedi. Ailede migren öyküsü olan bireylerde hastalığın erken yaşta başlangıç gösterdiğine dair çalışmalar da mevcut olmakla beraber, bizim çalışmamızda anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (22,23).

Baş ağrısının oluşmasında predispozan faktörlerin stres, mental gerilim, mensturasyon, alkol, hava değişikliği, bazı gıdalar ve sigara içilmesi olduğu literatürde gösterilmektedir (19,24). Çalışmamızda emosyonel stresin, hem tüm hasta popülasyonu genelinde, hem de kadın popülasyonunda migren atağını tetikleyen başlıca faktör olduğu izlendi. İkinci sırada ise duman teması yer aldı. Erkeklerde duman temasının migren atağını tetikleyen en belirgin faktör olduğu izlendi. Kelman'ın (24), migren tetikleyicilerini araştırdığı çalışmasında ilk sırayı stres alırken, tetikleyiciler arasında duman maruziyeti alt sıralarda ve %35 oranında yer aldığını

bildirmiştir. Bölgede ekmek yapımında odun ateşinde tandır kullanılması ve yaygın şekilde sigara içilmesi nedeniyle tetikleyiciler arasında duman maruziyetinin üst sıralarda yer aldığı düşünüldü. Hava değişimi gibi faktörlerden kaçınılabilmek mümkün değildir ancak duman teması kaçınılabilecek bir migren tetikleyicisidir. Hastalık kontrolünü kolaylaştırmak ve ilaç kullanımını azaltmak adına duman gibi özgül tetikleyicilerden kaçınmak gerektiği konusunda bölge halkını bilinçlendirmek ağrı sıklığını azaltmak konusunda yardımcı olacaktır.

Migren hastalarının yarısında yatak istirahati gerektirecek veya ciddi iş gücü kaybına neden olacak şiddetli ağrılar vardır ve bu hastalarında yarısında da iş veya okulda üretkenlik etkilenmiştir (14). Özdemir ve ark (3), Erzurum'da MIDAS'a göre %37.8 derece I, %20.7 derece II, %23.2 derece III ve %18.3 derece IV kayıp bildirmiştir. Çalışmamızda MIDAS skorlarına göre Özdemir'in çalışmasına kıyasla şiddetli kayıp daha azdı, orta ve ılımlı derece kayıp alanında hasta yoğunluğu vardı. Hasta dağılımında şiddetli kayıp %9.5 iken; %27 derece III, %25.5 derece II ve %38 derece I şeklindeydi. Çalışma sonuçlarında farklar olmasına rağmen, migren atakları yaşam kalitesinin azalması ve iş gücü kaybına neden olmaktadır. Bunun sonucu olarak ortaya çıkan üretkenlik azalması sosyoekonomik yüke yol açmaktadır.

Migren, dünya çapında geçici maluliyetin en sık nedenidir bununla beraber doktora başvuru %70 oranındadır (2). Şiddetli baş ağrısı olan migren hastalarının %40'ı ve ayda 4'ten fazla atak geçiren hastaların %47.8'i hiç doktora başvurmamıştır (2). Çalışmamızda, hastalarımızın aylık baş ağrılı gün sayısı önceki çalışmalara benzerdir. Atak şiddeti hastalarımızın %80'inde şiddetli/çok şiddetli olarak belirtilmiştir ve başvuruların %66.9'unda baş ağrılı gün sayısı 4 ve üzerindedir. Aygül ve ark. (12) Doğu Anadolu'da yaptığı çalışmada şiddetli ağrısı ile başvuran hasta oranı yüksek saptamıştır (%75) ve eğitim seviyesi daha yüksek olan grubun %25'inde ayda 3'ten fazla atak gözlemiştir (12). Bu durum, bizim hasta popülasyonumuz olan eğitim seviyesi düşük hastaların nöroloji polikliniğine başvuru için çok sayıda ve şiddetli ağrı olmasını beklediği ve daha hafif atakları için başvurmadığını düşündürmektedir.

Amerikan Migren Prevelans ve Korunma çalışmasında, migren hastaları arasında kronik migren sıklığı %7,6 olarak bildirilmiştir (25). Çalışmamızda, kronik migren sıklığı oldukça yüksek (%21.8) saptanmıştır. Norveç'te Hagen ve ark. (26) 22718 katılımcı ile yaptığı prospektif çalışmada, düşük sosyoekonomik düzeyi takiplerde artış gösteren kronik baş ağrısı ile ilişkili bulunmuştur. Manack ve ark. (27) çalışması da kronik migren ve düşük gelir seviyesi ilişkisini desteklemektedir. Ağrı ili, 2015 Türkiye istatistik kurumu verilerine göre gelir ve servet indeksinde 81 il arasında 80. sırada, sağlık indeksinde

ise son sırada yer almıştır (28). Genel olarak sosyoekonomik düzeyi düşük olan bu ilde sağlık kuruluşuna yeterli başvuru olmaması, tanı alma süresinin gecikmesi ve takiplerin aksatılması nedeniyle yeterli profilaktik tedavinin alınamıyor olmasının kronik migren sıklığındaki artışın nedeni olabileceği düşünülmektedir.

### Sonuç

Ağrı ilinde polikliniğe başvuran migren olgularını incelediğimiz çalışmamızda; sosyodemografik özelliklerin, Türkiye’de ve Avrupa’da daha önce yapılan çalışmalara benzerlik gösterdiği izlenmiştir. Hastaların çoğunluğu üreme çağındaki kadınlar oluşturmaktaydı. Hem auralı hem aurasız migren hastalarının birinci

derece akrabalarında migren öyküsü fazlaydı, iki grup arasında anlamlı farklılık yoktu. Bununla beraber, hastalarımızın eğitim süresi kısaltıldıkça migren tanısı alma süresinin uzamış olması ve kronik migren sıklığının yüksek olması çalışmanın en çarpıcı özellikleri olmuştur. Kronik migren sıklığının artmış olması yanı sıra başvuruların büyük çoğunluğunun şiddetli baş ağrılarının oluşturduğu dikkat çekmiştir. Eğitim seviyesi düşük bir toplumda kronik migren sıklığının artması daha erken süreçte tanı ve uygun profilaktik tedavi alınamamasına yorulabilir. Bu nedenle migren ataklarının iş gücü kaybına neden olması ve yapılan sağlık harcamaları yönünden ülke ekonomisine yük getirmesi nedeniyle düşük sosyokültürel popülasyonda migren farkındalığının artırılması önemlidir.

### Kaynaklar

1. Andlin-Sobocki P, Jonsson B, Wittchen HU, Olesen J. Cost of disorders of the brain in Europe. *Eur J Neurol* 2005;12(Suppl 1):1-27.
2. Ertas M, Baykan B, Orhan EK et al. One year prevalence and the impact of migraine and tension-type headache in Turkey: A nationwide home-based study in adults. *J Headache Pain* 2012;13(2):147-57.
3. Özdemir G, Aygül R, Demir R, Özel L, Ertekin A, Ulvi H. Migraine prevalence, disability, and sociodemographic properties in the eastern region of Turkey: A population-based door-to-door survey. *Turk J Med Sci* 2014;44(4):624-9.
4. Börü UT, Kocer A, Lüleci A, Sur H, Tutkan H, Atli H. Prevalence and characteristics of migraine in women of reproductive age in Istanbul, Turkey: A population based survey. *Tohoku J Exp Med* 2005;206(1):51-9.
5. Stovner LJ, Andree C. Prevalence of headache in Europe: A review for the Eurolight project. *J Headache Pain* 2010;11(4):289-99.
6. Ertaş M, Siva A, Dalkara T, et al. Validity and reliability of the Turkish Migraine Disability Assessment (MIDAS) questionnaire. *Headache* 2004;44(8):786-93.
7. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS). The International Classification of Headache Disorders, 3rd ed. (beta version). *Cephalalgia* 2013;33(9):629-808.
8. Jensen R, Stovner LJ. Epidemiology and comorbidity of headache. *Lancet Neurol* 2008;7(4):354-61.
9. Adams AM, Serrano D, Buse DC et al. The impact of chronic migraine: The Chronic Migraine Epidemiology and Outcomes (CaMEO) Study methods and baseline results. *Cephalalgia* 2015;35(7):563-78.
10. Aygül R, Deniz O, Güzelcik M, Şahin A. Migrenli hastaların sosyodemografik özellikleri. *Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2001;33:91-6.
11. Cakmak G, Yayla V, Muhan A, Gulersonmez M, Apak İ. Sociodemographic evaluation of patients with migraine. *Brain and Vascular Diseases Magazine* 1996;2(1):29-31.
12. Aygul R, Deniz O, Kocak N, Orhan A, Ulvi H. The clinical properties of a migraineuse population in Eastern Turkey-Erzurum. *South Med J* 2005;98(1):23-7.
13. MacGregor EA. Oestrogen and attacks of migraine with and without aura. *Lancet Neurol* 2004;3(6):354-61.
14. LiptonRB, Stewart WF, Diamond S, Diamond ML, Reed M. Prevalence and burden of migraine in the United States: Data from the American Migraine Study II. *Headache* 2001;41(7):646-57.
15. Molgaard CA, Rothrock J, Stang PE, Golbeck AL. Prevalence of migraine among Mexican Americans in San Diego, California. *Headache* 2002;42(9):878-82.
16. Baykan B, Ertas M, Karli N, et al. The burden of headache in neurology outpatient clinics in Turkey. *Pain Pract* 2007;7(4):313-23.
17. Koseoglu E, Nacar M, Talaslioglu A, Cetinkaya F. Epidemiological and clinical characteristics of migraine and tension type headache in 1146 females in Kayseri, Turkey. *Cephalalgia* 2003;23(5):381-8.
18. Bank J, Marton S. Hungarian migraine epidemiology. *Headache* 2000;40(2):164-9.
19. Rasmussen BK, Olesen J. Migraine with aura and without aura: An epidemiological study. *Cephalalgia* 1992;12(4):221-8.
20. Mathew NT. Migraine. In: Evans RW, Mathew NT (ed). *Handbook of Headache*. 2nd ed. Philadelphia, USA: Lippincott Williams & Wilkins; 2005:28-88.
21. Russel MB, Iselius L, OlesenJ. Migraine without aura and migraine with aura are inherited disorders. *Cephalalgia* 1996;16(5):305-9.
22. Murtaza M, Kisat M, Daniel H, Sonawalla AB. Classification and clinical features of headache disorders in Pakistan: a retrospective review of clinical data. *PLoS One* 2009;4(6):5827.
23. Stewart WF, Bigal ME, Kolodner K, Dowson A, Liberman JN, Lipton RB. Familial risk of migraine: variation by proband age at onset and headache severity. *Neurology*. 2006;66(3):344-8.
24. Kelman L. The triggers or precipitants of the acute migraine attack. *Cephalalgia* 2007;27(5):394-402.

25. Buse DC, Manack AN, Fanning KM, et al. Chronic migraine prevalence, disability and sociodemographic factors: results from the American Migraine Prevalence and Prevention Study. *Headache* 2012;52(10) :1456-70.
26. Hagen K, Vatten L, Stovner LJ, Zwart JA, Krokstad S, Bovim G. Low socio-economic status is associated with increased risk of frequent headache: A prospective study of 22718 adults in Norway. *Cephalalgia* 2002; 22(8):672-79.
27. Manack A, Buse DC, Lipton RB. Chronic migraine: Epidemiology and disease burden. *Curr Pain Headache Rep* 2011;15(1):70-8.
28. Türkiye İstatistik Kurumu Haber Bülteni. İllerde yaşam indeksi, 2015 (updated 22 Jan 2016; cited: 20 Jun 2016). *Available from: <http://www.tuik.gov.tr>*.