

MİGREN ÖZEL YAŞAM KALİTESİ ANKETİ (VERSİYON 2.1)

HASTA TALİMATLARI:

Bu anketi doldurmanızı rica ediyoruz. Bu anket migren baş ağrısının günlük aktiviteleriniz üzerindeki etkilerini anlamamıza yardımcı olacaktır.

Anket hızlı ve kolay bir şekilde doldurulabilecek şekilde tasarlanmıştır. Lütfen her soru için yalnızca bir cevabı işaretleyin. Her soruya cevap vermelisiniz.

Zaman ayırdığınız için teşekkür ediyoruz.

Aşağıdaki soruları yanıtlarken lütfen **son 4 hafta** içinde geçirmiş olabileceğiniz tüm migren ataklarını düşünün.

- 1. Son 4 haftada**, migreniniz ne sıklıkla size yakın olan aile, arkadaşlar veya diğer kişilerle olan etkileşiminizi **engelledi**? (Sadece **bir** cevap seçiniz)
 - Hiçbir zaman
 - Nadiren
 - Bazı zamanlar
 - Çoğu zaman
 - Genellikle
 - Sürekli
- 2. Son 4 haftada**, migrenleriniz ne sıklıkla okuma veya egzersiz gibi boş zaman faaliyetlerinizi **engelledi**? (Sadece **bir** cevap seçiniz)
 - Hiçbir zaman
 - Nadiren
 - Bazı zamanlar
 - Çoğu zaman
 - Genellikle
 - Sürekli
- 3. Son 4 haftada**, migren belirtileri nedeniyle ne sıklıkta işinizi veya günlük faaliyetlerinizi yerine getirmede **güçlük çektiniz**? (Sadece **bir** cevap seçiniz)
 - Hiçbir zaman
 - Nadiren
 - Bazı zamanlar
 - Çoğu zaman
 - Genellikle
 - Sürekli

4. **Son 4 haftada**, migrenleriniz sizi ne sıklıkla işte veya evde her zaman yaptığınız kadar çok şey yapmaktan **alı koydu**? (Sadece **bir** cevap seçiniz)
- Hiçbir zaman
 - Nadiren
 - Bazı zamanlar
 - Çoğu zaman
 - Genellikle
 - Sürekli
5. **Son 4 haftada**, migrenleriniz ne sıklıkla işe veya günlük faaliyetlere konsantre olma yeteneğinizi **kısıtladı**? (Sadece **bir** cevap seçiniz)
- Hiçbir zaman
 - Nadiren
 - Bazı zamanlar
 - Çoğu zaman
 - Genellikle
 - Sürekli
6. **Son 4 haftada**, migrenleriniz ne sıklıkla çalışamayacağınız veya günlük faaliyetlerinizi yerine getiremeyeceğiniz kadar **yorgun olmanıza neden oldu**? (Sadece **bir** cevap seçiniz)
- Hiçbir zaman
 - Nadiren
 - Bazı zamanlar
 - Çoğu zaman
 - Genellikle
 - Sürekli
7. **Son 4 haftada**, migrenleriniz ne sıklıkla enerjik hissettiğiniz gün sayısını **kısıtladı**? (Sadece **bir** cevap seçiniz)
- Hiçbir zaman
 - Nadiren
 - Bazı zamanlar
 - Çoğu zaman
 - Genellikle
 - Sürekli
8. **Son 4 haftada**, migrenden dolayı ne sıklıkla bir işinizi ya da günlük aktivitenizi **iptal etmek** zorunda kaldınız? (Sadece **bir** cevap seçiniz)
- Hiçbir zaman
 - Nadiren
 - Bazı zamanlar
 - Çoğu zaman
 - Genellikle
 - Sürekli

9. **Son 4 haftada**, migreniniz varken ne sıklıkla iş, alışveriş veya başkalarına bakma, günlük ev işleri gibi rutin işlerin üstesinden gelmek için **yardıma ihtiyacınız oldu**? (Sadece **bir** cevap seçiniz)
- Hiçbir zaman
 - Nadiren
 - Bazı zamanlar
 - Çoğu zaman
 - Genellikle
 - Sürekli
10. **Son 4 haftada**, migren belirtileriyle başa çıkmak için ne sıklıkla işinizi veya günlük aktivitelerinizi **bırakmanız gerekti**? (Sadece **bir** cevap seçiniz)
- Hiçbir zaman
 - Nadiren
 - Bazı zamanlar
 - Çoğu zaman
 - Genellikle
 - Sürekli
11. **Son 4 haftada**, migreniniz olduğunda ne sıklıkla parti, arkadaşlarla akşam yemeği gibi sosyal aktivitelere gitmeniz **mümkün olmadı**? (Sadece **bir** cevap seçiniz)
- Hiçbir zaman
 - Nadiren
 - Bazı zamanlar
 - Çoğu zaman
 - Genellikle
 - Sürekli
12. **Son 4 haftada**, migreniniz yüzünden ne sıklıkla bıkkın veya hayal kırıklığına uğramış **hissettiniz**? (Sadece **bir** cevap seçiniz)
- Hiçbir zaman
 - Nadiren
 - Bazı zamanlar
 - Çoğu zaman
 - Genellikle
 - Sürekli

13. **Son 4 haftada**, migreniniz nedeniyle ne sıklıkla başkalarına yük olduğunuzu **hissettiniz?** (Sadece **bir** cevap seçiniz)

- Hiçbir zaman
- Nadiren
- Bazı zamanlar
- Çoğu zaman
- Genellikle
- Sürekli

14. **Son 4 haftada**, migreniniz yüzünden ne sıklıkla başkalarını hayal kırıklığına uğratmaktan **korktunuz?** (Sadece **bir** cevap seçiniz)

- Hiçbir zaman
- Nadiren
- Bazı zamanlar
- Çoğu zaman
- Genellikle
- Sürekli