

Migreeniga inimeste elukvaliteet ning selle hindamine

Kristi Anderson¹, Marit Pärt¹, Mart Kals², Sulev Haldre^{3, 4}, Maigi Vija⁵, Mark Braschinsky^{3, 4}

Migreen on inimese elu ning selle kvaliteeti vägagi mõjutav haigus. Migreeniga inimeste elukvaliteeti hindavate uuringute võrdluse muudab keeruliseks aga see, et uuringutes on kasutatud väga erinevaid küsimustikke ja skaalasad ning puuduvad piisavad andmed nende tulemuste omavaheliste seoste kohta.

Uuringu eesmärk oli võrdlevalt hinnata migreeniga inimeste elukvaliteedi hindamiseks kasutatavate küsimustike (üldine tervise mõju hindav, peavaluspetsiifiline ja migreenispetsiifiline küsimustik) tulemusi ning migreeniga inimeste elukvaliteeti.

Mittejuhuslikustatud läbilõikeuuringus võrreldi RAND-36 (ingl *36-item Health Survey*) küsimustikuga saadud, uuringurühma kuulunud migreeniga patsientide (n = 105) tulemusi üldrahvastiku migreenita kontrollrühma (n = 176) sama küsimustiku tulemustega. Küsimustikuga RAND-36 saadud tulemisi võrreldi nii HIT-6 (ingl *Headache Impact Test 6*) kui ka MIDAS küsimustikega saadud tulemustega.

Kõigi kolme küsimustiku omavaheliste korrelatsioonide võrdlemisel selgus, et nii peavaluspetsiifilise HIT-6 kui ka migreenispetsiifilise MIDAS (ingl *Migraine Disability Assessment Survey*) küsimustiku tulemused korreleerusid RAND-36 üldise elukvaliteedi küsimustiku tulemustega. Arvestades seda, et üldise elukvaliteedi küsimustike täitmine on aeganõudvam, soovime kasutada igapäevases kliinilises praktikas migreenispetsiifilisi küsimustikke.

Migreen on kõige sagedasem neuroloogiline haigus. 1989. aastal avaldatud Ameerika migreeniuuring (ingl *American Migraine Study* ehk AMS I) oli esimene laiaulatuslik levimisuuring. Selles uuringus, mille valimi suurus oli 20 000 inimest, leiti, et migreeni põeb 17,6% naistest ja 5,7% meestest (1). Euroopa täiskasvanud rahvastikust kannatab migreeni käes 15% (2). Levinuim on see just 30–59aastaste naiste hulgas (3).

Maaailma Terviseorganisatsioon (WHO) on migreeni tunnustanud kui üht enam elukvaliteeti mõjutavat haigust inimesel üldse. WHO peab tugevaid migreenihoo- gusid üheks kõige halvavamaks haigusseisundiks, mida on võimalik võrrelda dementsuse, tetrapleegia ja aktiivse psühhosiga (4).

On avaldatud mitmeid töid, mis on näidanud migreeni negatiivset mõju elukvaliteedile. Nendes uuringutes on kasutatud erinevaid küsimustikke ja skaalasad (nii üldisemaid kui ka ainult peavalude ja migreeni tarvis looduid) ning see muudab avaldatud uuringute omavahelise võrdlemise keeruliseks. Samas pole senises kirjanduses üheselt vastatud küsimusele, kas migreeni mõju

hindamisel elukvaliteedile on vaja kasutada spetsiifilisi sündroomile (peavalu laiemalt) või haigusele (migreenile) orienteeritud skaalasad või on enam põhjendatud universaalsemate elukvaliteedimõõdikute kasutamine. Paljud rahvusvahelised töörühmad tegelevad uute skaalade väljatöötamisega. Viimaste loomise juures oleks vastus ülal püstitatud küsimusele informatiivne, kuna see annaks selgema suuna uute elukvaliteedimõõdikute väljatöötamiseks. Eestis pole migreeniga inimeste elukvaliteeti varem uuritud, samuti pole selles vallas tehtud erinevaid küsimustikke võrdlevaid uuringuid.

Töö eesmärk oli võrrelda migreeniga inimeste elukvaliteeti mõõtvate küsimustike tulemusi ja hinnata migreeniga inimeste elukvaliteeti Eestis.

METOODIKA

Selleks et vastata püstitatud uuringuküsimusele, kasutati uuringus nii üldise elukvaliteedi mõõdiku (RAND-36, ingl *36-item Health Survey*) kui ka spetsiifilisemalt peavalu (HIT-6, ingl *Headache Impact Test*

Eesti Arst 2016; 95(3):155–161

Saabunud toimetusse: 31.07.2015
Avaldamiseks vastu võetud: 19.11.2015
Avaldatud internetis: 31.03.2016

¹ TÜ kliinilise meditsiini instituut,

² TÜ Eesti geenivaramu,

³ Eesti Peavalu Selts,

⁴ TÜ kliinilise meditsiini instituudi närvikliinik,

⁵ TÜ eesti ja üldkeeleteaduse instituut

Kirjavahetajaautor:

Kristi Anderson

kristi.anderson@kliinikum.ee

Võtmesõnad:

migreen, elukvaliteet, küsimustike kasutamine

6) ja migreeni jaoks (MIDAS, ingl *Migraine Disability Assessment Survey*) loodud küsimustike eestikeelseid versioone (5–7).

Projekti esimeses etapis tõlgiti küsimustikud HIT-6 ja MIDAS eesti keelde, kasutades selleks rahvusvaheliselt tunnustatud ja soovitatud tõlkimismetoodikat, mis võrdustub küsimustiku valideerimisega (8). Eesti filoloog ja peavaludele spetsialiseerunud neuroloog tõlkisid üksteisest sõltumalt inglise keelest eesti keelde teadustöös kasutamiseks valitud küsimustikud. Kahest tõlkest pani mõlema küsimustiku lõpliku versiooni kokku 5-liikmeline komisjon. Komisjoni juhtis tõlkimise koordinaator – emakeelena eesti keelt valdav ja peavaludele spetsialiseerunud teine neuroloog.

Üldise terviseküsimustikuga RAND-36, mis on kasutatud küsimustikest mittespetsiifiline tervisliku seisundi hindamise vahend, mõõdetakse tervist kaheksa kategooria alusel: füüsiline toimetulek, valu, terviseprobleemidest tulenevad piirangud, nende piirangute mõju isiklikele ja emotsionaalsetele probleemidele, emotsionaalne heaolu, sotsiaalsus, energia ning kurnatus ja üldine tervis. Selle küsimustikuga saadi ülevaade, kuidas patsient ennast tundis ja kuidas tuli toime igapäevaste tegemistega, keskendudes tervisele üldiselt.

Peavalu mõju hindamise testi HIT-6 abil mõõdeti, kuidas peavalu kui sündroom mõjutas patsiendi enesetunnet ning millises ulatuses oli piiratud erinevate tegevuste sooritamine peavalu tõttu. Suurem skoor näitas peavalu suuremat mõju elukvaliteedile. HIT-6 skoor arvutati patsientide vastatud 6 küsimuse summana, hinnates iga küsimuse vastust skaalal 6–13 punkti, kus 6 oli „mitte kunagi“ ja 13 „alati“. Seega jäi skoor vahemikku 36–78 punkti.

Migreeni mõju elukvaliteedile hinnati MIDAS-testi abil, kus küsiti viies kategoorias (töö, kodu, majapidamistööd, perekond, sotsiaalsed tegevused) päevade arvu viimase kolme kuu jooksul, millal peavalu oli takistanud mingit tegevust või mõjutatud selle kvaliteeti. Lisaks sellele hinnati testiga peavaluga päevade koguarvu ja valude tugevust 10 punkti skaalal, kus 0 tähendas, et valu ei esine, ja 10 oli kõige tugevam võimalik valu. MIDAS-testis eristati järgmisi migreeni tüüpe: harv episoodiline (vähem kui 1 peavaluga päev kuus), sage episoodiline (1–15 peavaluga päeva kuus) ja krooniline (üle 15 peavaluga päeva kuus).

Andmeid koguti prospektiivselt perioodil septembrist 2012 kuni novembrini 2014, moodustades valimi eesti keelt väga heal tasemel kõnelevatest migreenidiagnoosiga TÜ Kliinikumi närvikliinikus ambulatoorselt nii esmastel kui ka korduvatel visiitidel konsulteeritud inimestest. Patsientide sobivust uuringus osalemiseks hindas ambulatoorsel vastuvõtul neuroloog, kes küsis konsultatsiooni lõpus uuringu kriteeriumitele vastavalt patsientidel uuringus osalemise nõusolekut. Välistavaks kriteeriumiks oli muu oluline komorbiidsus, mis võis mõjutada inimese hinnangut oma elukvaliteedile, nende seas depressioonidiagnoos anamneesis.

Uuringus osalenud patsiendid vastasid kolmele elukvaliteedi küsimustikule (RAND-36, HIT-6 ja MIDAS). Lisaks koguti enne küsimustiku täitmist andmeid patsiendi vanuse, soo, diagnoosi (auraga, aurata, krooniline migreen) ja haridustaseme kohta. Uuringus osalemiseks andsid uuritavad kirjalikult informeeritud nõusoleku.

Kontrollrühm moodustati RAND-36 küsimustiku põhjal tehtud üldrahvastiku uuringusse kuulunud inimeste valimist, sobitades nad uuringurühmaga vanuse ja soo alusel (9).

RAND-36 küsimustiku korral võrreldi uuringu- ja kontrollrühma kuulunute tulemusi, kusjuures HIT-6 ja MIDAS küsimustikke viimased ei täitnud. Pooled patsiendid täitsid küsimustikke järjekorras RAND-36, HIT-6 ja MIDAS ehk alustati kõige üldisemate tervisenäitajate hindamisest ning liiguti spetsiifiliste peavalu- ja migreeniküsimusteni. Teine pool vastajaid alustas küsimustike täitmist spetsiifilise migreeniküsimustikuga MIDAS ning lõpetas üldise terviseküsimustikuga RAND-36. Patsientide küsimustike täitmise järjekord leiti juhuslikkuse alusel. Ühel päeval neuroloogi vastuvõtule tulnud patsiendid täitsid küsimustikke samas järjekorras, teise päeva patsiendid vastupidises järjekorras. Kõigi kolme küsimustiku skoores võrreldi kahe rühma vahel, et selgitada küsimustike täitmise järjekorra võimalikku mõju tulemustele.

Andmete analüüsimisel kasutati tarkvara R (versioon 3.1.3). Soo ja haridustaseme võrdlemiseks kasutati Pearsoni hii-ruut-testi ning Studenti t-testi vanuse ja erinevas järjekorras vastatud testide võrdlemiseks. RAND-36 rühmade vahelisi seoseid analüüsiti lineaarse regressioonimudeli

abi, mis oli kohandatud haridustasemele. Testidevaheliste seoste leidmisel arvutati Spearmani korrelatsioonikordajad. Tulemusi peeti statistiliselt oluliseks, kui p-väärtus oli väiksem kui 0,05.

Uuringu on heaks kiitnud Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komitee (protokoll nr 216/T-7, 25.06.2012).

TULEMUSED

Küsimustele vastas 105 inimest, kellest 99 (94%) olid naised ja 6 (6%) mehed. Vastanute keskmine vanus oli 37 aastat (standardhälve: SH = 13 aastat). Uuringu- ja kontrollrühma haridustasemed olid statistiliselt erinevad: uuringurühma kuulunud olid kõrgema haridustasemega ($p < 0,0001$). RAND-36 küsimustiku kontrollrühm moodustati vanuse ja soo sobitamisel uuringurühmas osalenutega. Kontrollrühma kuulus 176 inimest, kellest 23 (13%) olid mehed ja 153 (87%) naised, ning see ei erinenud oluliselt uuringurühmast ($p = 0,08$). Kontrollrühma kuulunute keskmine vanus oli 39,9 aastat (SH = 15 aastat) ning see ei erinenud samuti oluliselt uuringurühmast ($p = 0,08$). Patsiente kirjeldavad andmed on esitatud tabelis 1.

RAND-36 küsimustiku andmete võrdlemisel uuringu- ja kontrollrühma vahel leiti, et nende kahe rühma tulemused olid statistiliselt oluliselt erinevad kõikides valdkondades, v.a üldine tervis ($p = 0,68$). Regressioonimudeli põhjal, mis on kohandatud haridustasemele, puudub statistiliselt oluline erinevus füüsiline funktsiooni ($p = 0,43$) ja vitaalsuse ($p = 0,06$) tulemustes uuringu- ja kontrollrühma vahel. Kõigi teiste RAND-36 tunnuste korral haridustaseme

Tabel 1. Uuringu- ja kontrollrühma andmed soo, vanuse ja haridustaseme järgi*

Sugu	Uuringurühm	Kontrollrühm
Mees	6 (6%)	23 (13%)
Naine	99 (94%)	153 (87%)
p-väärtus [#]	0,08	
Vanus (aastates)		
Keskmine	37,0	39,9
SD	13,0	14,6
p-väärtus [¤]	0,08	
Haridus		
Alg-	0 (0%)	9 (5%)
Põhi-	13 (12%)	127 (72%)
Kesk-	21 (20%)	33 (19%)
Keskeri-	27 (26%)	6 (3%)
Kõrg-	44 (42%)	0 (0%)
Vastus puudub	0 (0%)	1 (1%)
p-väärtus [#]	< 0,0001	

Pearsoni hii-ruut-test.

¤ Studenti t-test.

* Uuringurühma andmed kogutud perioodil septembrist 2012 kuni novembrini 2014 TÜ Kliinikumi närvikliiniku ambulatoorsel vastuvõtul. Kontrollrühma andmed pärinevad Euroopa sotsiaaluuringu 2004 Eesti raportist.

arvestamine muutust ei toonud (p -väärtused vahemikus $< 0,0001$ kuni $0,004$). Suurim rühmadevaheline erinevus esines vaimse tervise ja kehalise valu valdkonnas. Kui lisaks haridustasemele kohandati mudelit vanuse ja soo suhtes, siis jäid rühmadevahelised erinevused samaks (vt tabel 2).

Migreeniga patsientidel oli suurema tõenäosusega tervise tõttu probleeme töö ja igapäevaste toimingutega. Samuti esines selles grupis emotsionaalsest seisundist tingitud probleeme nii tööl kui ka kodus

Tabel 2. Üldise elukvaliteedi mõõdiku RAND-36 küsimustele antud vastuste jagunemine valdkondade kaupa uuringu- ja kontrollrühma vahel*

Valdkond	Keskmine standardhälve			Kohandamata p-väärtus
	uuringurühmas	kontrollrühmas	p-väärtus [¤]	
Füüsiline funktsioon	81,6 (20)	87,1 (20,8)	0,43	0,03
Füüsilised tegevused	42,9 (40,1)	81,8 (32,8)	0,0002	$p < 0,0001$
Emotsionaalne toimimine	49,2 (43,1)	80,9 (31)	$p < 0,0001$	$p < 0,0001$
Vitaalsus	48,6 (20,8)	42,8 (11)	0,06	0,001
Vaimne tervis	69,5 (15,3)	45 (7,6)	$p < 0,0001$	$p < 0,0001$
Sotsiaalne toimimine	63,7 (24,9)	82,4 (23,8)	0,004	$p < 0,0001$
Kehaline valu	51,8 (23)	81,6 (19,7)	$p < 0,0001$	$p < 0,0001$
Üldine tervis	59,3 (18,4)	60,1 (18)	0,57	0,74

¤ Lineaarne regressioonimudel, mis on kohandatud haridustasemele.

* Uuringurühma andmed on kogutud perioodil septembrist 2012 kuni novembrini 2014 TÜ Kliinikumi närvikliiniku ambulatoorsel vastuvõtul. Kontrollrühma andmed pärinevad Euroopa sotsiaaluuringu 2004 Eesti raportist.

ning rohkem tunti end sotsiaalsetest tegevustest kõrvalejätuna tervisest tingitud põhjustest tulenevalt.

Erinevalt eeltoodust, hinnates vaimse tervise küsimustele saadud vastuseid, selgus, et uuringurühma kuuluvad inimesed tundsid end õnnelikumalt. Nad hindasid end särtsakamaks, energilisemaks ja vähem kurnatuks kui kontrollrühma kuulujad. Ka haridustaset arvesse võttes jäi leitud seaduspära kehtima.

HIT-6 keskmine skoor oli 61,2 (minimaalne 42, maksimaalne 76, mediaan 62) maksimaalsest võimalikust 78 punktist.

MIDAS-küsimustiku korral oli saadud skoor statistiliselt olulisel määral seotud migreeni tüübi ja peavalude esinemise sagedusega ($p < 0,0001$). Korrelatsioon skoori ja peavalude tugevuse vahel ei olnud

statistiliselt oluline ($p = 0,28$) (vt tabel 3).

Võrreldes omavahel erinevate migreenitüüpidega (aurata, auraga, krooniline) patsientide vastuseid, ei leitud statistiliselt olulisi erinevusi.

Erinevas järjekorras küsimustikele vastanud rühmad olid võrreldavad soo ($p = 0,76$), vanuse ($p = 0,45$) ja haridustaseme ($p = 0,73$) poolest. Statistiline erinevus kahe rühma vahel esines vaid RAND-36 vaimse tervise valdkonna vastustes ($p = 0,02$): vastajad, kes täitsid küsimustikke üldisematelt küsimustelt spetsiifilisemate suunas, said selle valdkonna keskmiseks väärtuseks 73,4 (SH = 14,2) ning küsimustikke vastupidises järjekorras täitnud vastajate keskmine väärtus oli 66,0 (SH = 15,5). Suuremale skoorile vastas oma vaimsele tervisele antud positiivsem hinnang.

Kõigi kolme küsimustiku omavahelised korrelatsioonid on esitatud tabelis 4. Selgus, et nii HIT-6 kui ka MIDAS-testi tulemused olid statistiliselt oluliselt seotud RAND-36 valdkondadega (v.a HIT-6 skoor ja MIDAS üldise tervise ja emotsionaalse toimimise ning MIDAS füüsiliste tegevuste valdkonnaga). Samuti oli omavahel tugevalt korreleeritud HIT-6 ja MIDAS skoorid ($p < 0,0001$).

Joonisel 1 on näidatud RAND-36 kehalise valu valdkonna korrelatsiooni HIT-6 skooriga (A) ja MIDAS-testi skooriga (B) ning HIT-6 ja MIDAS-testi skooride omavahelist korrelatsiooni (C). RAND-36 valdkondadest valiti võrdluseks kehaline valu, kuna tegemist on selle küsimustiku valu iseloomustava plokiga, mis on migreeni juhtiv sümptom.

Tabel 3. Migreeniküsimustiku MIDAS karakteristikute omavahelised korrelatsioonid uuringurühmas (andmed kogutud perioodil septembrist 2012 kuni novembrini 2014 TÜ Kliinikumi närvikliiniku ambulatoorsel vastuvõtul)

	Skoor	Migreeni tüüp	Aste	Sagedus
Skoor	1			
Migreeni tüüp	0,53	1		
Aste	0,93	0,44	1	
Sagedus	0,77	0,76	0,69	1
Tugevus	0,11	-0,07	0,12	-0,07

Skoor: peavalu tõttu tegevustest loobumise või produktiivsuse vähenemisega päevade arv kokku.

Migreeni tüüp: episoodiline – vähem kui 1 peavaluga päev kuus; sage episoodiline – 1 kuni 15 peavaluga päeva kuus; krooniline – üle 15 peavaluga päeva kuus.

Aste leitud MIDAS-skoori järgi. I aste: skoor 0–5; II: skoor 6–10; III: skoor 11–20; IV: skoor > 20.

Sagedus: peavalu päevade arv viimase 3 kuu jooksul.

Tugevus: patsiendi hinnang peavalude tugevusele 10 punkti skaalal, kus 0 tähistab seda, et valu ei esine, ja 10 on kõige tugevam võimalik valu.

Spearmani korrelatsioonikordajad, mille korral $p < 0,05$, on märgitud poolpaksus kirjas.

Tabel 4. Üldise elukvaliteedi mõõdiku RAND-36, peavaluküsimustiku HIT-6 ja migreeniküsimustiku MIDAS omavahelised korrelatsioonid*

		RAND-36							HIT-6		
		PF	RP	RE	VT	MH	SF	BP	GH	Skoor	Kateg
HIT-6	Skoor	-0,28	-0,26	-0,18	-0,30	-0,31	-0,45	-0,47	-0,15		
	Kateg	-0,34	-0,32	-0,18	-0,32	-0,33	-0,43	-0,48	-0,32	0,82	
MIDAS	Skoor	-0,42	-0,35	-0,29	-0,52	-0,48	-0,53	-0,54	-0,28	0,49	0,48
	Tüüp	-0,26	-0,17	-0,13	-0,37	-0,34	-0,33	-0,34	-0,17	0,16	0,15
	Aste	-0,41	-0,33	-0,30	-0,51	-0,43	-0,48	-0,49	-0,29	0,46	0,50

PF – füüsiline funktsioon; RP – füüsilised tegevused; RE – emotsionaalne toimimine; VT – vitaalsus; MH – vaimne tervis; SF – sotsiaalne toimimine; BP – kehaline valu; GH – üldine tervis.

Skoor: HIT-6 vastuste skoor kokku, mille puhul suurem summa tähendab suuremat mõju elukvaliteedile.

Kateg: HIT-6 skoori kategooria. 4: skoor > 59; 3: skoor 59–56; 2: skoor 55–50; 1: skoor < 49.

Skoor: Peavalu tõttu tegevustest loobumise või produktiivsuse vähenemisega päevade arv kokku.

Tüüp: migreeni tüüp. Episoodiline: vähem kui 1 peavaluga päev kuus; sage: 1–15 peavaluga päeva kuus; krooniline: üle 15 peavaluga päeva kuus.

Aste: leitud MIDAS-skoori järgi kokku, kus I aste on kokku 0–5; II kokku 6–10; III kokku 11–20; IV kokku > 20.

Spearmani korrelatsioonikordajad, mille korral $p < 0,05$, on märgitud poolpaksus kirjas.

* Uuringurühma andmed kogutud perioodil septembrist 2012 kuni novembrini 2014 TÜ Kliinikumi närvikliiniku ambulatoorsel vastuvõtul.

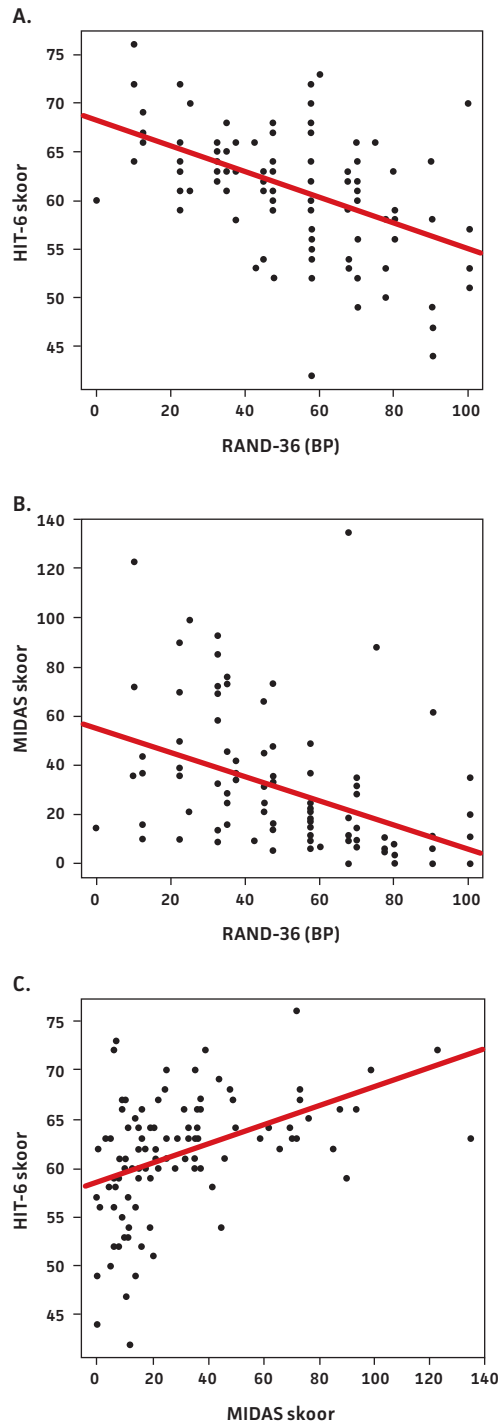
ARUTELU JA JÄRELDUSED

Uuringu- ja kontrollrühma RAND-36 küsimustiku tulemuste võrdlus näitas, et nende tulemused olid statistiliselt oluliselt erinevad kõikides valdkondades, v.a üldine tervis. Eelnevalt avaldatud uuringus (n = 5998), kus võrreldi migreeniga patsientide elukvaliteeti migreenita üldrahvastikuga, leiti statistiliselt olulised erinevused kõikide valdkondade vahel (10). Arvame, et põhjuseks, miks me ei leidnud statistiliselt olulist erinevust, võib olla liiga väikene uuritute arv. Samuti ei saa välistada, et see tulemus võib olla teataval määral mõjutatud erinevatest kultuurilistest vaadetest haigus-tele, mille tõttu küsimustele vastanud migreeniga eestlased hindasid oma tervist võrreldavaks teiste inimeste tervisega ega arvestanud migreenihoogusid üldise haigestumise alla kuuluvaks. Teisest küljest võib see näidata küsitlusele vastanud patsientide teadmatust migreeni olemusest ning selle kroonilisest kulust, kuna üldise tervise puhul küsiti ka patsientide arvamust selle kohta, milliseks nad hindavad oma tervislikku seisundit tulevikus.

Kuna aga ülejäänud RAND-36 küsimuste valdkondades erinesid uuringu- ja kontrollrühm oluliselt, võib sellest järeldada, et migreen mõjutab inimeste hinnangut oma tervisele ning elukvaliteedile. Peavaluta patsientidega võrreldes tunnevad migreeniga patsiendid halva tervise tõttu suuremat füüsilist valu ning igapäevaelu piiratust.

Huvitav oli leida, et vaimse tervise hinnangut mõjutab aga oluliselt küsimustike täitmise järjekord. Migreeniga patsiendid hindasid oma vaimset tervist halvemaks, kui nad alustasid küsimustike täitmist MIDAS-küsimustikust, võrreldes vastustega, mida andsid patsiendid, kes vastasid sellele küsimustikule viimasena. Järelikult peavad migreeniga patsiendid end valuvabal perioodil terveks, ning kui nad ei ole sunnitud peavalude tegelikku sagedust ja tugevust kirjeldama, siis hindavad nad oma tervislikku olukorda oluliselt positiivsemalt. Ühtlasi on soovitatav seda asjaolu, et tulemused erinesid sõltuvalt küsimustike täitmise järjekorrast, võtta arvesse tulevikus tehtavates uuringutes, kus kasutatakse võrdlevalt erinevaid teste.

Uuringu- ja kontrollrühmade vahel puudus erinevus RAND-36 valdkondades nagu üldine tervis, füüsiline funktsioon ja vitaalsus. Järelikult on inimese hinnang



Joonis 1. Üldise elukvaliteedi mõõdiku RAND-36, peavaluküsimustiku HIT-6 ja migreeniküsimustiku MIDAS omavahelised seosed koos regressioonisirgega. A. RAND-36 kehalise valu (BP) valdkonna ja HIT-6 skoori omavaheline korrelatsioon. B. RAND-36 kehalise valu (BP) valdkonna ja MIDAS-testi skoori omavaheline korrelatsioon. C. HIT-6 ja MIDAS-testi skooride omavaheline korrelatsioon. Uuringurühma andmed kogutud perioodil septembrist 2012 kuni novembrini 2014 TÜ Kliinikumi närvikliiniku ambulatoorsel vastuvõtul.

migreeni mõjust füüsilisele koormusele ning vitaalsusele sõltuvuses haridustasemest või sellest mõjutatud teguritest (töö iseloom, elukoht jms).

Varem ilmunud töedes on järeldatud, et migreen avaldab inimesele nii otsest kui ka kaudset piiravat mõju, põhjustades depressiooni (11). On leitud, et haiguse kroonilisuse aste korreleerub inimese hinnanguga oma elukvaliteedile (12). Meie ei leidnud statistiliselt olulist seost. See võib olla tingitud väga väikestest uuringurühmadest: aurata migreeniga uuritavaid oli 72, auraga migreeniga isikuid 21 ja kroonilise migreeniga 11. Võrreldes kroonilise ja episoodilise migreeniga patsiente, on täheldatud, et kroonilise migreeni all kannatavate patsientide haridustase on madalam (12). Meie töös osalenud patsientide haridustaseme võrdlusel leiti, et kroonilise migreeniga patsientide hulgas on kõrgharidusega inimesi vähem kui aurata ja auruga migreeniga patsientide rühmas (vastavalt 36%, 42% ja 43%) ning põhiharidusega inimesi rohkem (vastavalt 27%, 11% ja 10%), kuid need erinevused ei olnud statistiliselt olulised ($p = 0,83$).

Peavalude sageduse statistiliselt oluline ning peavalude tugevuse statistiliselt mitteiluline seos skooriga näitab, et peavalude sagedusel on tugevam mõju elukvaliteedile kui peavalude tugevusel.

RAND-36 küsimustik korreleerus nii MIDAS-testi kui ka HIT-6 küsimustega ning see näitab testide valiidsust. Kuna kliinilises praktikas on aeg piiratud ressursid, võib lühemate, konstruktiivsemate ja spetsiifilisemate küsimustike kasutamine osutada igapäevases kliinilises praktikas kasulikumaks.

2008. aastal Lõuna-Koreas 130 patsiendiga korraldatud uuringus, kus võrreldi HIT-6 küsimustikuga saadud tulemusi peavalupäevikutest saadud infoga, leiti, et HIT-6 on hea vahend migreeniga patsiendi peavalude mõju hindamiseks (13). Kuna meie nägime, et korrelatsioon oli tugevam MIDAS-testi ja RAND-36 küsimustiku vahel kui HIT-6 ja RAND-36 vahel, siis soovime migreeniga patsientide elukvaliteedi hindamisel eelistada MIDAS-küsimustikku HIT-6-le.

Meie uuringu puuduseks oli väikene valim (105 isikut uuringu- ja 176 kontrollrühmas), eriti kroonilise migreeniga patsientide (11 osalejat) väike arv. Tulemused ei ole rahvastikupõhised, kuna uuringurühma

võeti patsiendid, kes olid tulnud TÜ Kliinikumi närvikliiniku peavalukliinikusse, kuhu üldjuhul suunatakse keskmisest raskemate kaebustega patsiendid. Uuringu puuduseks võib pidada ka seda, et vaatamata sellele, et depressiooni diagnoos anamneesis oli uuringus osalemise seisukohalt välistav kriteerium, ei ole arvestatud uuringus meeolu mõju tulemustele ega mõõdetud depressiooni selleks spetsiaalselt mõeldud vahenditega ega arvestatud võimalusega, et olemasolev meeoluhäire võis olla varem diagnoosimata. Hinnang depressiooni esinemisele või mitteesinemisele põhines arstlikul kliinilisel hinnangul.

Projekti tugevaks küljeks on püstitatud hüpoteesi uudsus: varem ei ole võrdlevalt uuritud erinevate migreeniga inimeste elukvaliteeti mõõtvate küsimustike tulemusi. Samuti on tähtis uuringu tulemuste praktiline väljund igapäevaseks tööks ning uuringus osalejate olulise eelselektiooni puudumine sama kliiniku tasemel (uuringurühma kaasati kõik selleks oma teavitatud nõusoleku andnud vaadeldud päevadel vastuvõtule tulnud ning uuringu kriteeriumitega sobinud patsiendid).

VÕIMALIKU HUVIKONFLIKTI DEKLARATSIOON

Artikli autoritel puudub huvikonflikt seoses artikliga.

SUMMARY

Health related quality of life among people with migraine and its assessment

Kristi Anderson¹, Marit Pärt¹, Mart Kals², Sulev Haldre^{3,4}, Maigi Vija⁵, Mark Braschinsky^{3,4}

Background. Migraine is a debilitating disorder. There are numerous questionnaires aimed to measure migraine's burden and its influence on persons' health related quality of life (HRQoL). To our best knowledge, no studies ask the question if it is necessary to use a syndrome-specific (headache in general), disease-oriented (migraine) scale, or it is justified to use more universal scales. As many international working groups are developing new scales, the answer to the above question would be informative, providing a clearer direction for the development of new indicators of HRQoL.

¹ Faculty of Medicine, University of Tartu, Tartu, Estonia,

² Estonian Genome Centre, University of Tartu, Tartu, Estonia,

³ Estonian Headache Society, Tartu, Estonia, ⁴ Neurology Clinic, Tartu University Hospital, Tartu, Estonia,

⁵ Institute of Estonian and General Linguistics, University of Tartu, Tartu, Estonia

Correspondence to: Kristi Anderson
kristi.anderson@kliinikum.ee

Keywords: migraine, health related quality of life, questionnaires

Aim. The aim of this study was to compare the results obtained by using different questionnaires.

Methods. The study was approved by the Research Ethics Committee of the University of Tartu. It is a non-randomized prospective cross-sectional study in which three questionnaires available and validated in Estonian were used. The HRQoL was measured with the self-administered RAND 36-item Health Survey (RAND-36). To evaluate the impact of headache on the ability to function, the Headache Impact Test (HIT-6) was employed. To determine how severely migraine affects patients' life, Migraine Disability Assessment Test (MIDAS) was selected. The data was collected prospectively during the period from autumn 2012 to autumn 2014. The participants were native Estonian speakers with the diagnosis of migraine, who visited the Neurology Clinic of Tartu University Hospital. Exclusion criterion was another important comorbidity that can affect persons' assessment of their HRQoL. The results of RAND-36 were compared with the results obtained for the control group.

Results. One hundred and five consecutive consented migraine patients filled in the questionnaires. The RAND-36 control group consisted of 176 individuals from the Estonian population, matched by age and sex. The scores for the RAND-36 were statistically different between the two groups in all domains with the exception of the general health domain ($p = 0.68$). Taking into account the level of education, there was no statistically significant difference

between the physical function ($p = 0.43$) and vitality domains ($p = 0.06$), either. The most significant difference between the groups was found in the mental health and bodily pain domains.

Results of RAND-36 correlated with those of HIT-6 and even more strongly with scores for MIDAS.

Conclusions. Since scores for RAND-36 correlated with those for HIT-6 and MIDAS, and considering the fact that generic HRQoL tests are more time-consuming, our suggestion would be to use more migraine specific tests in everyday clinical practice.

KIRJANDUS / REFERENCES

1. Tepper SJ. A pivotal moment in 50 years of headache history: the first American Migraine Study. *Headache* 2008;48:730-1.
2. Stovner LJ, Hagen K, Jensen R, et al. The global burden of headache: a documentation of headache prevalence and disability worldwide. *Cephalalgia* 2007;27:193-210.
3. Silberstein S, Loder E, Diamond S, et al. Probable migraine in the United States: results of the American Migraine Prevalence and Prevention (AMPP) study. *Cephalalgia* 2007;27:220-9.
4. Menken M, Munsat TL, Toole JF. The global burden of disease study: implications for neurology. *Arch Neurol* 2000;57:418-20.
5. Hays RD, Sherbourne CD, Mazel RM. The RAND 36-Item Health Survey 1.0. *Health Econ* 1993;2:217-27.
6. Yang M, Rendas-Baum R, Varon SF, Kosinski M. Validation of the Headache Impact Test (HIT-6™) across episodic and chronic migraine. *Cephalalgia* 2011;31:357-67.
7. Stewart WF, Lipton RB, Kolodner KB, Sawyer J, Lee C, Liberman JN. Validity of the Migraine Disability Assessment (MIDAS) score in comparison to a diary-based measure in a population sample of migraine sufferers. *Pain* 2000;88:41-52.
8. Peters M. Translation protocols. In: Steiner TJ, Martelletti P (eds) *Aids for management of common headache disorders in primary care*. *J Headache Pain* 2007;8(Suppl 1):S45-7.
9. Lai T. European Social Survey 2004, Report of Estonia. Euroopa Sotsiaaluuringu Eesti raport. Tervise Arengu Instituut; 2004.
10. Terwindt GM, Ferrari MD, Tijhuis M, Groenen SM, Picavet HS, Launer LJ. The impact of migraine on quality of life in the general population: the GEM study. *Neurology* 2000;55:624-9.
11. Buse DC, Silberstein SD, Manack AN, Papapetropoulos S, Lipton RB. Psychiatric comorbidities of episodic and chronic migraine. *J Neurol* 2013;260:1960-9.
12. Kim SY, Park SP. The role of headache chronicity among predictors contributing to quality of life in patients with migraine: a hospital-based study. *J Headache Pain* 2014;15:68.
13. Shin HE, Park JW, Kim YI, Lee KS. Headache Impact Test-6 (HIT-6) scores for migraine patients: their relation to disability as measured from a headache diary. *J Clin Neurol* 2008;4:158-63.