



T.C

İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
UYGULAMALI PSİKOLOJİ
YÜKSEK LİSANSI PROGRAMI

**MİGREN ATAKLARI İLE ÖFKE
VE KAYGI DURUMLARI
ARASINDAKİ İLİŞKİ**

DUYGU DERİNGÖL

YÜKSEK LİSANS TEZİ

İSTANBUL,2018



T.C

İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

UYGULAMALI PSİKOLOJİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

**MİGREN ATAKLARI İLE ÖFKE VE KAYGI DURUMLARI
ARASINDAKİ İLİŞKİ**

Duygu Deringöl

Yüksek Lisans Tezi

Prof. Dr. İstanbul, 2018

Betül Aydın

Kubul Ve Onay

Duygu DERİNGÖL tarafından hazırlanan "Migren Atakları ile Öfke ve Kaygı Duyumları Arasındaki İlişki" başlıklı bu çalışma, 23.05.2018 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda başarılı bulunarak jürimiz tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Betül AYDIN (Başkan)

Prof. Dr. Betül AYDIN (Danışman)

Doç. Dr. Gaye SALIUKOĞLU (Üye)

Dr. Öğr. Üyesi İrem ANLI (Üye)

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylıyorum.

Dr. Öğr. Üyesi İrem ANLI

Enstitü Müdürü

Bildirim

Hazırladığım tezin tamamen kendi çalışmam olduğunu ve her alıntıya kaynak gösterdiğimi taahhüt eder, tezimin kağıt ve elektronik kopyalarının İstanbul Bilim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü arşivlerinde aşağıda belirttiğim koşullarda saklanmasına izin verdiğimi bildiririm:

- Tezimin tamamı her yerden erişime açılabilir.
- Tezim sadece İstanbul Bilim Üniversitesi'nde erişime açılabilir.
- ✓ Tezimin 2 yıl süreyle erişime açılmasını istemiyorum. Bu süre boyunca uzatma için başvuruda bulunmadığım takdirde, tezimin tamamı her yerden iletişime açılabilir.

03.06.2018

Duygu Defingör


TEŞEKKÜR

Yüksek Lisans eğitimim ve tez çalışmalarım sürecinde tavsiyeleri ve rehberliği ile bana çok yardımcı ve destek olan değerli hocam ve tez danışmanım, Prof. Dr. Betül Aydın'a

Diğer bir yandan yaşamımın her anında benimle beraber olan maddi, manevi desteğiyle benim bugünlere gelmeme yardımcı olan amcam Ahmet Savaş Deringöl'e,

Her zaman benimle beraber yürüyen annem Hilal Deringöl, kardeşim Damla Deringöl'e ve ailemizin küçük oğlu köpeğimiz Gofi'ye sevgi ve saygılarımı sunar teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

Kbul ve Onay Formu.....	i
Bildirim	ii
Önsöz / Teşekkür	
.....iiiİçindekiler.....	
.....iv	
Tablolar Listesi	v
Abstract.....	1
Özet	2.
1.Giriş.....	3
1.1 Migren.....	4
1.2 Kaygı	8
1.3 Öfke.....	10
2.Araştırmanın Amacı.....	11
2.1.Alt amaçlar.....	12
3.AraştırmanınProblemi.....	12
4.Yöntem	13
4.1. Araştırmanın Modeli	13
4.2.Katılımcılar.....	13

4.3. Veri toplama araçları	13
4.4. Demografik form.....	13
4.5 Midas (Migren Yeti Yitimi Ölçeği)	14
4.6 Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği.....	15
4.6.1 Sürekli Öfke Ölçeği.....	15
4.6.2 Öfke İfade Tarzı Ölçeği.....	16
4.7. Durumluluk-Süreklilik Kaygı Envanteri	16
5. Verilerin Çözümlemesi.....	17
6. Bulgular.....	17
Tartışma	28
Öneriler	35
KAYNAKÇA.....	37

EKLER

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 6.1. İe tutulan öfke ve midas ilişkisi

Tablo 6.2. Dışa vurulan öfke ve midas ilişkisi

Tablo 3. Kontrol altına alınmış öfke ve midas ilişkisi

Tablo 6.4. İe tutulan öfke ve kaygı ilişkisi

Tablo 6.5. Dışa vurulan öfke ve kaygı ilişkisi

Tablo 6.6. . Kaygı ve migren ilişkisi

Tablo 6.7. Cinsiyetve migren atakları

Tablo 6.8. Eğitim seviyesi ve migren atakları

Tablo 6.9. Kaygı vebaş ağrısı süresi

Tablo 6.10. Baş ağrısı süresi ve öfke

ABSTRACT

DERİNGÖL, Duygu. The relationship between anger and anxiety with migraine attacks, Master of science thesis, 2018

The purpose of the research is to examine the relationship between anger and anxiety with migraine attacks. The sample of the research consisted with 89 migraine patients who had applied to neurology polyclinic. Participants join to the research voluntarily. The data of the research, collected by using "State-Trait Anxiety Inventory", "Continuous Anger and Anger Expression Scale", "Midas Scale" and demographic data form which created by researcher. The data, analyzed by using SPSS For Windows 15.00. Descriptive statistical methods were used in evaluation of the data. Pearson correlation, independent t-test and one way anova were used for examine the relationship between scores of the scale. According to findings of the research, there are positive correlations between migraine attacks and internal anger. On the other side, anger out cases and migraine attacks have negative correlation. Anger control cases and migraine attacks have positive correlation but these correlations are not significant. Trait Anxiety and internal anger have significant correlation but the relationship between them are not strong. The relationship between state anxiety and internal anger is very strong which is also significant correlation. Anger out cases and full of anxiety scale have significant correlation between them but this correlation is weak. On the other side, full of anxiety scale and migraine attacks have no strong and meaningful correlation. There are not any specific connections between gender and migraine attacks for statistical approach. Also, There is no significant difference between education level and migraine attacks. Headache duration and anxiety have negative correlation.

Keywords; Migraine, MigraineAttacks, Anger, Anxiety

ÖZET

DERİNGÖL, Duygu. Migren Atakları ile Öfke ve Kaygı Durumları Arasındaki İlişki, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2018

Araştırmanın amacı migren atakları ile öfke ve kaygı durumları arasındaki ilişkiyi incelemektir. Araştırmanın örneklemini, Nöroloji baş ağrısı polikliniğine başvuran migren tanısı almış 89 kişiden oluşmaktadır. Çalışmamıza katılan kişiler gönüllük ilkesiyle katılmışlardır. Araştırmanın verileri “Durumluluk-Süreklilik Kaygı Envanteri”, “Sürekli Öfke ve Öfke ifade Tarzı Ölçeği”, “Midas (Migren Yeti Yitimi) Ölçeği” ve araştırmacı tarafından hazırlanan demografik veri formu ile toplanmıştır. Çalışmadaki veriler SPSS For Windows 15.00 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemler kullanılmıştır. Ölçek puanları arasındaki ilişkiyi incelemek için Pearson Korelasyon analizi, bağımsız t-test, tek yönlü anova uygulanmıştır. Araştırma bulgularına göre, migren tanılı kişilerin içe tutulan öfke arttıkça migren atağı artmaktadır. Bir diğer yandan dışa vurulan öfke ile migren atakları arasında olumsuz bir korelasyon bulunmaktadır. Kontrol altına alınmış öfke ile migren atakları ise ilişkiyel yönden pozitif bir ilişkiye sahiptirler. Fakat anlamlılık için kuvvetli bir korelasyona sahip değillerdir. Süreklilik kaygı ile içe tutulan öfke anlamlı ama güçlü olmayan bir ilişki içersindedirler. Durumluluk kaygı-içe tutulan öfke ilişkisi ise çok kuvvetli bir korelasyona sahiptir. Dışa vurulan öfke ile kaygı (durumluluk-süreklilik) istatistiki olarak anlamlı ama güçlü olmayan ilişki içersindedirler. Migren atakları ile kaygı arasında ki korelasyonel durum kuvvetli bir anlamlılık oluşturmamaktadır. Cinsiyet ve migren atakları arasında ise anlamlı bir farklılık mevcut değildir. Eğitim seviyesi ile migren atakları arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır. Baş ağrı süresi kaygı ilişkisi açısından aralarında olumsuz yönde bir ilişki vardır. Sahip olunan baş ağrısı süresi arttıkça öfke azalmaktadır.

Anahtar Sözcükler; Migren, Migren Atakları, Kaygı, Öfke

1.GİRİŞ

Ağrı; Uluslararası Ağrı Araştırmaları Birliği'nin (International AssociationfortheStudy of Pain = IASP) yaptığı açıklaya göre, genellikle bedenin rastgele bir bölümünde meydana gelen hasar ile birlikte rahatsızlık hissi veren yaşantı olarak açıklanmıştır (akt. Dali, Üyesi, 2007).

Ağrı iki şekilde açıklanabilir; Akut Ağrı; her zaman, vücutta hasarlı bir olayın varlığını gösterir. Akut ağrıya sebep olan durum ile ağrı arasında şiddet, yer ve zaman açısından doğru orantılı bir ilişki vardır. Travma, iltihap, doku hassasiyeti ağrının nedenleri arasında olabilir. Akut ağrıyı takibinden ağrının üzerinden 3 ile 6 ay arasında bir süreç geçtiği zaman ağrı, kronik ağrı özellikleri gösterir (Aydın, 2002).

Diğer bir yandan; ağrı, önceki yaşam deneyimleri, kültürel etki, çevresel faktörlerle alakalı olarak ayırt edici birçok özellik gösteren, günlük yaşantıları olumsuz etkileyen, duygusal, duygusalve zihinsel yönleri olan, herhangi bir doku hasarıyla ilgili ya da ilgisiz olabilen kişisel yaşantı olarak adlandırılabilir (Ertekin,1993)

Doku hasarı varmış gibi algılama durumuna ise psikosomatik ağrı denilmektedir (Güney, 2009). *“Psikosomatik yaklaşımlar; anatomik, fizyolojik, farmakolojik ve cerrahi yöntem ve kavramlarla psikolojik yöntem ve kavramlarınberaber uygulanması ilkelerine dayanmaktadır.Her bir duygulanımın*

fizyolojik olarak karşılığı vardır. Bu durum kendi içinde patolojik bir dışa vurum değildir. Acillik veya dinlenme koşullarına göre şekil alan yaşamsal faaliyetlerin ve organların adaptasyonundan kaynaklanan tepkileridir. Organik zararı; duygusal-fizyolojik etkileşimini, organın somatik yatkınlığını belirler'' (Berk, Bahadır, 2006).

Psikosomatik ağrılar, fonksiyonel somatik sendrom bağlamında da değerlendirilmektedir. Bu sendromda ise öncelikli olarak; sırt, bel, baş ve eklem ağrıları, güçsüzlük, yorgunluk gibi birçok belirtiyi içerir (Robbins, Kirmayer ve Hamami, 1997).

Ağrı başlıkları olarak; süreyle ilişkili olarak adlandırılan ağrı, patolojik olarak farklılığa neden olan ağrı, nörofizyolojik sistemle alakalı olan ağrı ve oluştuğu bölgeye göre tanımlanan ağrı olmak üzere dört ana kısımda toplanmıştır (Raj, 2000)

1.1 Migren

Ağrı çeşitlerinden biri olan baş ağrısı, toplumun her kesiminde ve çocuklarda dahil olmak üzere yaşamın her döneminde ortaya çıkmaktadır. Baş ağrısı, gün içerisindeki faaliyetleri olumsuz yönde etkileyen bir ağrı tipidir (Bille, 1966).Baş ağrısının nasıl bir ağrı olduğunu belirlemek ağrının tedavisi yönünden önemlidir. Baş ağrılarında iki tip ağrı görülmektedir. %90'lık kısım birincil tipte ağrılardır. Tüm baş ağrılarının %90'lık kısmını oluşturan migren ve gerilim tipi (GTBA) 'dir.Birincil tipte baş ağrıları; organik herhangi bir sebebi olmayan, merkezi sinir sistemindeki içyapıda oluşan fizyolojik temelli olabileceği düşünülen ağrı tiplerindedir. Birincil baş ağrıları içerisinde, Migren, gerilim tipi (GTBA), küme tipi gibi tanılardan oluşur. Organik temelli ya da patolojik temeli olduğu düşünülen ağrılar ise ikincil tipte ağrılardır.(akt. Akça ve ark., 2013).

Migren bir baş ağrısı çeşididir ve merkezi sinir sistemi, mide-bağırsak sistemi, otonom değişiklikler eşlik eder. Baş ağrısı bel ağrısı gibi sık rastlanan ağrı çeşitlerindedir. Kadın ve erkeklerde prevalansı erkeklerde %6-10 iken kadınlarda %15-20 arasındadır(Tekiner, Çetin ve ark., 2010). Migren ağrısı, tanımlanırken ağırlıklı olarak başın bir tarafında zonklama olarak ifade edilen ağrı çeşidi olup genelde aralıklar halinde gelen, kusma, bulantı, ışık ve sese karşı kişiyi duyarlılaştırır. Hastaların birçoğunda aura belirtileri bulunan, genetik geçişi olan baş ağrısı tipidir.(Barbas, Schuyler, Heredity, 2006).

Migren, auralı ve aurasız olarak ikiye ayrılır. Aurasız migrenen sık rastlanan bir migren çeşididir. Auralı migren ise nörolojik migren adlandırılır. İki tip migrenin birbirine oranı 1/5'tir. İki çeşit migrende de ağrı öncesinde ruhsal durumda, iştah seyrinde belirsiz bir şekilde değişimler gözlenmektedir.

Auralı migren çeşidinde, yaygın olarak görsel alanda, bilişsel işlevlerde oluşan bozukluk başlayarak 1-2 dakika içerisinde tek taraflı ağrı ya da migrenli kişilerin 1/3'ünde iki taraflı ağrı şeklinde başlamaktadır. Bazı kişilerde mide bulantısı, kusma ağrının arkasından gelmektedir. Bu şekilde olan bir ağrı saatler ve ya günler arasında değişiklik gösteren bir süreyi kapsamaktadır.

Aurasız migrende ise ağrı aniden başlayabilmektedir. Ağrı dakikalarca ya da daha uzun sürebildiği gibi mide bulantısı, kusma gibi durumlar eşlik edebilmektedir. Başın yarısını ve sıklığı az olmakla birlikte kafatasının tümüne yayılan bir ağrı yaşanabilir. İlk başlangıç aşamasından sonra ise auralı migren gibi bir yol izlemektedir. Çeşitli uyaranlara (ışık, ses gibi) hassasiyether iki çeşit migrende de bulunmaktadır. Baş hareketi ile ağrının şiddetlenmesi takip edilmiştir. Kişi; sessiz, ışık olmayan bir oda da uzanmayı ve uyumayı tercih eder. Migrenin diğer baş ağrısı

tiplerinden ayrıldığı en karakteristik özelliği başın yarısına yayılması ve zonklayıcı yönüdür. (Lipton, ve ark., 2007, akt. Yücel , 2008)

Migren ağrısının oluştuğu dönemlere atak adı verilmektedir. Her bir atağın ise dört evresi bulunmaktadır. Bunlar; ön belirtiler evresi, aura evresi, ağrı ve ağrı sonrası evresi olarak ayrılmaktadır. Bu aşamaların hepsi her ağrı atağı döneminde görülmeyebilir.(akt. Çakır, 2006)

Ön belirtiler evresi ağrıdan önceki zaman dilimini oluşturur. Bazı migrenli kişilerde bu evre günlerce sürebilir. Yaygın olarak, ruhsal, nörolojik ve otonom sinir sistemi belirtileri göstermektedir. İlk olarak bunaltı, aşırılaşmış duygulanım, duyarlılıkta gözlenen artış, duygulanımda ifadesizlik, dikkati odaklamada ve devam ettirmede zorluk, bilişsel süreçlerde azalma, konuşurken kekeleme gibi nöropsikolojik değişiklikler ortaya çıkmaktadır (Siva, 2002). Otonom sinir sistemi belirtileri ise; vücudun çeşitli yerlerinde kasların sertleşmesi, yorgunluk hali, iştah artışı, şeker tüketiminde artış, bağırsakların düzeninde değişiklik, vücutta şişlik hissiyatı, su tüketiminde normalden farklılık, idrar isteğinde artış (Silberstein ve ark., 2001).

Ağrının sıklığının ayda 15 günden fazla ataklar halinde olması kronik migren olmaktadır ve kronik migren olgularında aşırı ilaç kullanımı sık görülmektedir. Ağrı nedeniyle 3 ay ve 3 aydan daha uzun süre düzenli, ayda 10 günden fazla ilaç kullanımına bağlı baş ağrıları görülmektedir (Silberstein, ve ark., 2005).Migrenin kronikleşmesinde rol alan bazı biyo-psiko-sosyal faktörler bulunmaktadır. Bunlardan bazı örnekler verecek olursak; yaş alma, cinsiyet farkları, madde kullanımı (sigara vb), obezite, psikiyatrik tanılar, uyku düzeninde bozukluklar, yaşamsal stresleri arttıracak durumlar (yas, boşanma, maddi zorluklar vs.) (Schwedt, 2014). Baş

ağrısını da kapsayan psikolojik kaynaklı her türlü beden ağrıları bir tanı olarak ağrı bozukluğu adını alır ‘’ herhangi bir ruhsal bozukluk kaynaklı olmayan; başlangıcında ruhsal etmenlerin etkisi olan; zorlanmaya, verimlilikte düşüşe neden olan şiddetli bir ağrı’’ olarak açıklanır (akt. Akyıldız ve ark, 2015).

Araştırmaların gösterdiği, ruhsal ve psikiyatrik etmenlerin baş ağrısı ile bağlantısı ağrıyı harekete geçirme, yatkınlık, ağrının sertliği ve ağrının süresini belirlemede rol alabilir ya da herhangi psikiyatrik bozukluğu semptomu olarak ortaya çıkabilir (Karlıdere, 2010). Kişi kronik ağrı hastası olmasıyla geri plana atmış olduğu çatışmalardan kurtularak (birincil kazanç) ya da sağlıklı görünmekten kaçarak (kaçmayı öğrenme) uzaklaşmaktadır. Bunlar da bağımlılık ihtiyaçlarını sağlamaktadır (ikincil kazanç) ve birçok çevresel ve sosyal sağlamaştırmalarla (pozitif pekiştirme) bu rolü iyice kabul etmektedir. Bu durumda bir çıkmaz döngüye dönüşmektedir. (Doksat, 1993). Ağrı bozukluğu içerisinde olan insanlar genelde çalışamazlar ya da gündelik işlerini yerine getiremezler. Ortaya çıkan hareketsiz yaşantı sosyal yalıtıma, depresyona ve fiziksel yetersizliğe de neden olabilir (Bouman ve ark., 1990).

Baş ağrıları, Kişinin günlük akışını olumsuz yönde etkilemekte ve genel yaşam kalitesini, iş gücünü azaltmaya yönelik yetersizliklere neden olabilmektedir (Rasmussen, Jensen, Olesen, 1992).Yapılan araştırmalar,migrenin kişinin günlük yaşantısını olumsuz etkilediği, atakların sıklığı, şiddeti, bulantıları, ışık, ses hassasiyetinin olması gibi çeşitli belirtilerin ve duygu durum bozuklukları gibi migrene eşlik eden durumların bu olumsuzluğa katkıda bulunduğu söylenmektedir. Aynı zamanda tek başına migrenin var olması hayat kalitesini bozmaya yeterli olduğu görülmüştür (Lipton, Bigal, 2005).

Bir çok epidemiyolojik araştırma ve toplum çalışmalarında, tekrar eden baş ağrısı hastalarında depresyon ve anksiyete gibi bozukluklar görülmektedir (Lake ve ark., 2005).

1.2 Kaygı

Anksiyete, bilinç dışında varlığını sürdüren belirsiz korku veya karşılanamayan istekler doğrultusunda oluşan endişe, sıkıntı olarak tanımlanmaktadır. Güvensizlik hissinden dolayı ortaya çıkan tedirginlik duygusu kaygı olarak adlandırılmaktadır (Bakırcıoğlu,2006).

Anksiyete; canlı varlıkların biyolojik bir savunma sistemidir. Herhangi bir tehlike sezildiğinde canlının kendini tehlikeli durumdan uzaklaşmasına yardımcı olarak hayatta kalmasını sağlar. Eğer anksiyete tarafsız olarak algılanmayan bir anda ortaya çıkarak kendini gösteriyorsa ve kişi olmayan tehlikeli durumu beklenti haline getirip günlük yaşantısını etkiliyorsa buna "anormal anksiyete" denir. Bu patolojik bir durumdur (akt. Uzbay, Tayfun , 2002)

Kaygı, hoş gitmeyen daha çok geleneğe yönelen ve bilişlerin karmaşık bir şekilde bir araya gelmesidir (Barlow,1988). Kaygının uyum değeri tehditler yönünden tasarı ve hazırlık yapmamıza yardım etmesi olabilir. Hafif ve orta dereceli anksiyete öğrenme ve başarıyı arttırabilir. Koşulsuz olarak korku ya da anksiyete oluşturan birden fazla zararlı durum olsa da birçok kaygı ve korkunun temeli öğrenilmiştir. İnsanlar ve diğer canlılarda uzun bir süre yürütülen çalışmalarda temel korku ve kaygı örüntülerinin yüksek seviyede koşullanabilir olduğu ispatlanmıştır(James ve ark. , 2011).

Anormal durum olarak adlandırılan anksiyete;DSM'nin belirlediği altı semptomdan en az üçü ve ya daha fazlasının son altı ay içerisinde çoğu gününde olmuş olması gerekmektedir. Sakinleşememe, çabuk yorulma, dikkati odaklamada ve sürdürmede zorlanma ya da bir anda donup kalma, bir şey düşünememe, kaslarda gerginlik hali, uyku düzeninin bozulması gibi semptomları içermektedir. (DSM-5 tanı ölçütleri el kitabı, 2013).Anksiyete ve öfke benzer semptomlar göstermektedir. İki duygu durumunda da fazlasıyla uyarılma vardır ve aynı zamanda az seviyede memnun olma içermektedir. Anksiyetede edilgen duygu ve davranışlar gözlenirken öfkede ise daha sertlik içeren duygu ve davranışlar görülür (Russell, Mehrabian, 1974). Baş ağrısı hastalarında anksiyeteyüksekliği olanların ağrıdan daha fazla korktukları bulunmuştur (Norton, 2004).

Migren Klinik tablosuna sahip kişilerde; inanç, katastrofizasyon (yıkım) ve ruminasyon (dalgınlık) gibi bilişsel tutumlar popülasyonda belirgin olarak gözükmemektedir. Bu kişilerin fiziksel duyum, düşünce ve duygularını "kabullenme" seviyelerinin düşüklüğü ve buna bağlı olarak geliştirilen ağrı ile ilişkili olmayan işlevsiz kaçınma, davranış değişikliği gibi başa çıkma yöntemleri geliştirdikleri saptanmıştır(Chiros, O'Brien, 2011).Migren hastalarının somatik yakınmalarının sıklığı anksiyete ve depresyon ile bağlantılıdır (Maizels, Burchette, 2004).

Stres, migren ataklarını tetikleyen önemli bir etkidir (Wacogne ve ark., 2003). Stresin yanında migren ataklarını tetikleyen bir sürü potansiyel durum vardır; hormon değişiklikleri (menstural döngü, hamilelik gibi), beslenme alışkanlıkları (peynir, çikolata, fındık gibi), açlık, seyahat ve kalitesiz uyku bunlardan bazılarıdır (Farooq, Williams,2008). Stres ve anksiyete migreni en çok tetikleyen tetikleyici etkenlerdendir (akt. Özdemir, Aykan , 2014)

1.2 Öfke

Öfke; bir olay,durum karşısında kişiye ya da duyguyu ortaya karşı çıkararak nedene karşı duyulan yoğun olumsuz duygudur. Saldırı, tehdit karşısında,engellenme, kısıtlanma gibi durumlar öfke duygusunun tetikleyicilerindedir (Budak, 2009).Schnarch ve Hunter(1979). Migren ile öfke arasındaki anlamlılığına baktıkları bir çalışmalarında yok sayılmış düşmanca hisler ve içe tutulan öfkenin migrenin belirleyici psikolojik etmenlerinden olduğunu öne sürmüşlerdir (akt. Çelik ve ark. , 2010)

Migren tanısı almış kişilerde kaygı ve depresyon düzeyleri sağlıklı kişilere göre daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Aynı zamanda somatizasyon eğilimleri ile içe yöneltilmiş saldırganlığı savunma mekanizması olarak kullandıkları kaydedilmiştir(Blanchard ve ark. 1989). İçsel stresi ifade edilemeyen ve içte tutulan öfkenin yarattığı ve bu içsel stresi yaşayan kişilerinde somatik yakınmalardan baş ağrısını yaşadığı bildirilmiştir (Eckhardt, Deffenbacher,1995). Perozzo ve ark. (2005), öfke kontrolünde migren hastalarının diğer kişilere göre anlamlı derecede daha düşük olduğunu söylemektedirler ve bulunan bilgiyi migreni olan kişilerin düşmanca yüksek öfke duygusunun yüksekliğinin öfke kontrolünü engellediği yönünde yorumlanmıştır. Aynı zamanda öfke düzeyinin yüksekliği ile migrene sahip olunan sürenin doğru orantılı olduğu tespit edilmiştir (akt. Çelik ve ark., 2010).

Ağrı oluşumunun ortaya çıkmasında, aynı zamanda sürekli hale gelmesinde kişilik yapılarından; anksiyöz kişilik, kaygı duygusunun yaşanması, duygusal çöküntü,somatizasyonun rol aldığı belirtilmektedir (Kalaydjian ve ark. , 2008). Migren, depresyon ve genel kaygı bozukluğu ile maskelenebileceği belirtilmiştir.

Kronik baş ağrısının depresyonun bir belirtisi olabileceği gibi kaygı bozukluklarının kendini migrenle ifade edebileceği söylenmektedir(akt. Soysal ve ark. 2013) .Genel topluma göre depresyon migren hastalarında 2.2 ile 4 kat daha sık görülmektedir (Beck ve ark., 1961).

Ağrı kontrolünde birçok yaklaşım kullanılmaktadır. Bunlardan bir tanesi ise farmakolojik olmayan yöntemlerdir. Ağrının şiddetinin azaltılmasına, ağrının ortadan kalmasına yardımcı olduğu vurgulanan farmakolojik yöntemler hem tek başlarına hem de farmakolojik yöntemlerle birlikte kullanımında işlevsel olduğu ortaya konmuştur. İlaç tedavisi dışında kalan yöntemler; akupunktur, plasebo tedavisi, cerrahi tedavi gibi yöntemlerin yanında periferik (çevresel) teknikler ve kognitif (bilişsel)- davranışsal teknikler olarak tanımlanmaktadır(akt. Özveren, 2011).

Kognitif (bilişsel) teknikler duyuşsal faktörlerle değişikliği hedefleyip ağrıyı azaltma üzerinde etkili olduğu bilinmektedir. Bu tekniklerden bazıları; gevşeme, odak noktasını değiştirme, müzik, hayal kurma ve diğer başka bilişsel taktikler gibi yöntemler içermektedir(Owens,Ehrenreich, D. 1991).

2. AMAÇ

Bu çalışmanın amacı, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Nöroloji Ana Bilim Dalı Baş ağrısı polikliniğine başvurmuş migren tanısı almış 18-50 yaşları arasındaki yetişkinlerin sürekli öfke ve öfke ifade tarzı ölçeğinden ve durumluluk-süreklilik kaygı envanterinden aldıkları puanların migren atakları arasındaki ilişkiyi incelemektir.

2.1 Alt Amaçlar

- İçe tutulan öfke alt boyutundan alınan puanların migren atakları ile ilişkisi var mıdır?
- Dışa vurulan öfke alt boyutundan alınan puanların migren atakları ile ilişkisi var mıdır?
- Kontrol altına alınmış öfke alt boyutundan alınan puanların migren atakları ile ilişkisi var mıdır?
- İçe tutulan öfke alt boyutundan alınan puanların durumluluk- süreklilik kaygı envanterinden alınan puanlar ile ilişkisi var mıdır?
- Dışa vurulan öfke alt boyutundan alınan puanların durumluluk-süreklilik kaygı envanterinden alınan puanlar ile ilişkisi var mıdır?
- Süreklilik- Durumluluk kaygı envanterinin alt boyutundan alınan puanların migren atakları ile var mıdır?
- Cinsiyet ile migren atakları arasında fark var mıdır?
- Eğitim ile migren atakları arasında fark var mıdır?
- Baş ağrısı süresi ile durumluluk-süreklilik kaygı arasında ilişki var mıdır?
- Baş ağrısı süresi ile sürekli öfke ve öfke ifade tarzı arasında ilişki var mıdır?

3. PROBLEM

Migren tanısı almış 18-50 yaş aralığındaki yetişkinlerin öfkeleri, kaygıları ve migren atakları ile ilişkisi var mıdır?

4. YÖNTEM

4.1 Araştırma Modeli

Bu çalışma migren tanısı almış kişilerin migren atakları, kaygı ve öfke arasındaki ilişkinin incelendiği betimsel bir araştırmadır. Veriler ilişkisel açıdan ele alınmıştır.

4.2 Katılımcılar

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı Baş ağrısı polikliniğine başvuran 18-50 yaş aralığında migren tanısı almış gönüllük ilkesiyle araştırmaya katılmayı kabul eden yetişkinlerden oluşmaktadır.

4.3 Veri Toplama Araçları

Migren tanısı ile baş ağrısı polikliniğe başvuranların öfke düzeylerini ölçmek amacıyla “**Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği**” kullanılmış olup kişilerin kaygılarını ölçmek amacıyla “**Durumluluk – Süreklilik Kaygı Envanteri**” kullanılmıştır. Kişisel bilgileri toplamak amacıyla araştırmacı tarafından geliştirilen “**Demografik Form**” ve migren ataklarının sıklıklarını ölçmek amacıyla “**MIDAS (Migren Yeti Yitimi Ölçeği)**” ölçeği kullanılmıştır.

4.4 Demografik Form

Demografik Formda; bireylerin yaşı, cinsiyeti, eğitim seviyesi, sorulmuş olup, hedeflenen örneklemin genel bilgilerine ulaşmak amacıyla tasarlanmıştır.

4.5 Midas (Migren Yeti Yitimi Ölçeği)

Stewart ve arkadaşları tarafından 1999 yılında geliştirilen (Stewart, ve ark.). MIDAS ölçeğinin tutarlılık kat sayıları cronbach alfa değerlerine göre. 8'dir.

Türkçe versiyonunun, geçerliliği ve güvenilirliği Ertaş M ve arkadaşları tarafından 2004 yılında uyarlanmıştır. Türkçe versiyonunda ölçeğin alfa yükü 0.68 bulunmuştur(Ertaş, Siva, ve ark. 2004).

MIDAS ölçeğinin soruları açık uçlu olup 3 aylık toplam ağrı atağının sıklığını anlamaya yöneliktir.

Toplamda 7 sorudan oluşmaktadır. Verilen cevapların toplamı ile toplam sonuç bulunmaktadır. Aynı zamanda toplam alınan puanlarla ağrı sıklığı derecelendirilmektedir.

Puan aralıkları;

Puan 0-7: I. Derece

Puan 8-12: II. Derece

Puan 13-21: III. Derece

Puan 22 ve üzeri: IV. Derece, olarak düzenlenmiştir ve ağrı sıklığı derecelendirilmiştir.

4.6 Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği

Sürekli öfke ve öfke ifade tarzı ölçeği Charles D. Spielberger ve arkadaşları tarafından 1980 senesinde geliştirilmeye başlamış ve ölçek zaman içerisinde bu halini almış ve çalışmalar aynı ekip tarafından geliştirilmiştir (Spielberger, ve ark.,

1980) (Özer, 1994). Ölçeğin orijinal çalışmalarında; 36 maddenin faktör yükleri. 48ile. 69 arasında değişmekte olan dört faktörde birleşmektedir. Bu veriler toplam varyansın %40'ını açıklamaktadır (Smith,Furlong, 1998).

Sürekli öfke ve öfke ifade tarzı ölçeğinin Türkçeye uyarlanması A. Kadir Özer tarafından 1994 yılında yapılmıştır. Ölçeğinalfa değerleri. 67ile. 92 arasında olup öfke kontrolü, öfke dışa vurma ve öfke içe tutumu olarak alt ölçekleri vardır. Bu alt ölçeklerin alfaları sırasıyla .80-.90, .69-.91 ve .58-.76 arasında bulunmuştur (Özer, 1994)

Sürekli öfke ve öfke ifade tarzı ölçeği 44 maddeliktir; ergenlere ve yetişkinlere uygulanabilen bir ölçektir.

Ölçeğin puanlama sistemi;

“Hiç tanımlamıyor” ... 1 puan

“Biraz tanımlıyor” ... 2 puan

“Oldukça tanımlıyor”... 3 puan

“Tümüyle tanımlıyor”... 4 puan

Ölçeğin diğer kısmı ise;

4.6.1 Sürekli Öfke Ölçeği

Sürekli Öfke ve durumluluk öfke olarak ikiye ayrılan ölçek;

*Sürekli öfke; ilk 10 maddeden alınan puanların toplanmasıyla belirlenir.

*Durumluluk; ikinci 10 maddeden alınan puanların toplanmasıyla belirlenir.

4.6.2 Öfke İfade Tarzı Ölçeği

Öfke İfade Tarzı Ölçeği'nin (24 madde)alt ölçekleri:

Kontrol altına alınmış öfke (8 madde); 11, 14, 18, 21, 25, 28, 30 ve 34

Dışa vurulan öfke (8 madde) ; 12, 17, 19, 22, 24, 29, 32 ve 33

İçte tutulan öfke (8 madde); 13, 15, 16, 20, 23, 26, 27 ve 31

4.7Durumluluk – Süreklilik Kaygı Envanteri

Spielberg ve arkadaşları tarafından durumluluk-süreklilik kaygı envanteri 1964 yılında geliştirilmiş olup Türçe uyarlaması ve standardizasyonu Öner ve Le Compte tarafından 1974-1977 yıllarında yapılmıştır (Öner, Le Compte, 1998).

Envanter Durumluluk Kaygı ve Süreklilik Kaygı olmak üzere ikiye ayrılır.Ölçeğin cevaplandırma şekli 4 şıklıdır; 1-hiç, 2-biraz, 3-çok ve 4-tamamıyla şeklindedir.

Sürekli kaygı ölçeği ise 1- hemen hiçbir zaman, 2- bazen, 3- çoğu zaman, 4- hemen her zaman'dır

Her iki ölçekte de iki türlü ifade vardır. Bunlara doğrudan ya da direkt ve tersine dönmüş ifadeler denir. Direkt ifadeler olumsuz duyguları ifade ederken tersine dönmüş ifadeler ise olumlu duyguları ifade eder. Bu ifadeler puanlanırken 1 değerinde olanlar 4 puan, 4 değerinde olanlar ise 1 puan olarak değerlendirilir. Durumluluk kaygı ölçeğinde on tane tersine dönmüş ifade vardır. Bunlar 1, 2, 5, 8, 10,

11, 15, 16, 19 ve 20. Maddelerdir. Sürekli kaygı ölçeğinde ise tersine dönmüş ifadelerin sayısı yedidir ve bunlar 21, 26, 27, 30, 33, 36 ve 39. Maddeleri oluşturur.

Güvenirliliği; sürekli kaygı ölçeği için; test tekrar test yöntemiyle pearson momentler çarpımı hesaplanmıştır. .71 ile .86 arasında bulunmuştur. Durumluluk kaygı ölçeği için ise .26 ile .68 arasında değerler elde edilmiştir. İç tutarlılık ve test homojenliği ise KuderRichardson 20 ile hesaplanmıştır. Durumluluk kaygı; .83 ile .87, sürekli kaygı; .94 ile .96 arasında bulunmuştur.

Geçerliliği; Korelasyon katsayıları kadınlarda; .52 ile .80, erkeklerde; .58 ile .79 bulunmuştur.

5.Verilerin Çözümlemesi

Verilerin değerlendirilmesinde, SPSS (Statistical PackageforSocialSciences)-Windows 15.0 programı kullanılmış olup tanımlayıcı istatistiksel metodların (ortalama, standart sapma) yanı sıra migren tanısı almış yetişkinlerin Sürekli Öfke - Öfke ifade Tarzları ve Durumluluk – Süreklilik kaygıları ile migren atakları arasında bir ilişki olup olmadığını anlamak içinpearson korelasyon testi, bağımsız t-test, tek yönlü anovakullanılmıştır.

6. Bulgular

Bu bölümde araştırmanın amaçları doğrultusunda yapılan istatistiksel değerlendirmeler verilecektir.

Araştırmanın sosyo-demografik verilerinden elde edilenlere göre ; 3 (%3,4) erkek katılımcımız, 86 (%96,6) kadın katılımcımız mevcuttur. Katılımcılarımızın eğitim seviyeleri şu şekilde dağılmıştır; okuma-yazma bilen 2 (%2,2) kişi, ilkokul mezunu 37 (%41,6) kişi, lise ve üniversite mezunu olan 42 (%47,2) kişi bulunmaktadır. Bir diğer demografik bilgi ise baş ağrısı süresidir. Katılımcılarımızın baş ağrısı sürelerinin oranları; 1 yıldan az 9 (%10,1), 1-5 yıl arası 24 (% 27,0), 6- 10 yıl arası 18 (% 20,2), 11 yıl ve üzeri 31 (%34,8) kişi baş ağrısı süresini beyan etmiştir.

Araştırmanın ilk amacı doğrultusunda gerçekleştirilmiş olan analizlere göre ; içe tutulan öfke ile migren atakları arasında ki ilişki tablo 6.1’de görüldüğü gibi ;

Tablo6.1

İçe Tutulan Öfke ve Midas İlişkisi

		sürekli öfke	Durumluluk öfke	Kontrol altına alınmış öfke	Dışa vurulan öfke	İçetutulan öfke	Toplam	midas
İçetutulan Öfke	Pearson Korelasyonu	,406**	,709**	,160	,170	1	,743**	,265*
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,138	,116		,000	,024
	N	87	87	87	87	87	87	72

İçe tutulan öfke alt boyutuyla Midas ölçeğinin istatistiksel anlamlılığı sağlanmakta ($p<0,01$) ve kuvvetli, pozitif yönlü bir ilişki içermektedir ($r=,265^*$).

Araştırmanın bir diğer amacı ise; dışa vurulan öfke ile migren atakları arasında ilişki olup olmadığını anlamaktır. Bu durum ise tablo 6.2’de şu şekilde verilmiştir;

Tablo 6.2

Dışa Vurulan Öfke ve Midas İlişkisi

		Sürekli öfke	Durumluluk öfke	Kontrol altına alınmış öfke	Dışavurulan öfke	İçtetülen öfke	toplam	midas
Dışa vurulan öfke	Pearson Korelasyonu	,678**	,170	-,493**	1	,170	,499**	-,056
	Sig. (2-tailed)	,000	,116	,000		,116	,000	,643
	N	87	87	87	87	87	87	72

Bu tablo’da sürekli öfke ve öfke ifade tarzı ölçeğinin alt boyutlarından dışa vurulan öfke ile Midas ölçeğinin aralarındaki korelasyonlarını gösterirken; migren ataklarının döngüsünü ölçen Midas ölçeği ile dışa vurulan öfke alt boyutu arasında istatistiksel açıdan anlamlı ($p < 0,01$) ama negatif yönde ($r = -,056$) ilişki bulunmaktadır.

Kontrol altına alınmış öfke ile migren ataklarının arasındaki ilişkiye bakmak amacıyla pearson korelasyon analizi uygulanmıştır sonuçlar tablo 6.3’te ki gibi;

Tablo 6.3

Kontrol Altına Alınmış Öfke ve Midas İlişkisi

		sürrekli Öfke	Durumluluk öfke	kontrol altına alınmış öfke	dışa vurulan öfke	içe tutulan öfke	toplam	midas
kontrol altına alınmış öfke	Pearson Korelasyonu	-,325**	,454**	1	-,493**	,160	,236*	,102
	Sig. (2-tailed)	,002	,000		,000	,138	,028	,395
	N	87	87	87	87	87	87	72

Yapılan analiz sonucunda; midas ölçeğinden alınan değerler ile kontrol altına alınmış öfke alt boyutu arasında anlamlı ($p < 0,01$) ve pozitif yönde bir ilişki mevcut olduğu gözükmemektedir (=,102).

Bir diğer değerlendirme ise; içe tutulan öfke ile durumluluk-süreklilik kaygı değerlendirmesi ile olmuş olup aralarında ki ilişki tablo 6.4'te gösterildiği gibidir.

Tablo 6.4

İçe Tutulan Öfke ve Kaygı

		Süreklilikaygı	durumlulukaygı	toplam	midas
İçetutulan öfke	Pearson Korelasyonu	,205	,536**	,350**	,265*
	Sig. (2-tailed)	,059	,000	,001	,024
	N	86	86	86	72

İçe tutulan öfke alt boyutu ile durumlulukve sürekli kaygı ölçeğinin alt boyutu olan sürekli kaygı alt boyutu ile istatıksel olarak anlamlı ($p<0,01$), pozitif yönde ($r= ,205$) ilişkiye sahiptirler.Durumluluk kaygı alt boyutuyla içe tutulan öfke alt boyutu arasında anlamlı ($p<0,01$), çok güçlü, pozitif yönlü ($r=,536^{**}$) ilişki bulunmaktadır. Toplam kaygı ve sürekli kaygı ölçeğinin içe tutulan öfke alt boyutuyla ilişkisi anlamlı ($p<0,01$) ve pozitif yönlü, çok kuvvetlidir ($r=,350^{**}$).

Dışa vurulan öfke ile durumluluk ve süreklilik kaygı arasında bakıldığı zaman tablo 6.5'te görüldüğü gibi değerlendirmeler şu yönde gerçekleşmektedir;

Tablo 6.5

Dışa Vurulan Öfke ve Kaygı

		Sürekli kaygı	Durumluluk kaygı	toplam
dışavurulan öfke	PearsonKorelasyon	,157	,148	,031
	Sig. (2-tailed)	,150	,175	,779
	N	86	86	86

Durumlulukve süreklilik kaygı ölçeğinin sürekli kaygı alt boyutu ile dışa vurulan öfke arasında anlamlı ($p < 0,01$) ve pozitif yönde ($r= ,157$) bir ilişki vardır. Durumluluk kaygı ile dışa vurulan öfke arasında ise istatistiksel olarak anlamlı ($p < 0,01$) ve pozitif yönlü ($r= ,148$) ilişki bulunmaktadır. Kaygı ve sürekli kaygı ölçeğinin toplam puanı ile öfke ve sürekli öfke ölçeğinin alt boyutlarından olan dışa vurulan öfke alt boyutu arasında anlamlı ($p < 0,01$) ve pozitif yönlü ($r= ,031$) ilişki bulunmuştur.

Durumluluk- süreklilik kaygı envanterinin alt boyutları ile migren atakları döngüsünün ilişkisine bakacak olursak tablo 6.6'da;

Tablo 6.6

Kaygı ve Midas

		Sürekli kaygı	Durumluluk kaygı	toplam	Midas
Sürekli kaygı	Pearson Korelasyonu	1	,541**	,784**	,049
	Sig. (2-tailed)		,000	,000	,684
	N	88	87	87	73
Durumluluk kaygı	Pearson Korelasyonu	,541**	1	,772**	,215
	Sig. (2-tailed)	,000		,000	,068
	N	87	87	87	73

Durumluluk ve süreklilik kaygı ölçeğinin alt boyutu olan sürekli kaygı alt boyutunun durumluluk kaygı alt boyutu ile aralarında istatistiksel açıdan anlamlı ($p < 0,01$) ve pozitif yönlü, çok kuvvetli ilişki bulunmaktadır ($r = ,541^{**}$). Bu alt boyutun ölçeğin toplam puanı ile aralarında anlamlı ($p < 0,01$) ve çok kuvvetli, pozitif yönlü ($r = 784^{**}$) ilişki vardır. Midas ölçeği ile bu alt boyut arasında ise istatistiksel açıdan anlamlı ($p < 0,01$) ve pozitif yönde ilişkileri vardır ($r = ,049$).

Durumlulukve sürekli kaygı ölçeğinin toplam puanı ile alt boyutlarından durumluluk kaygı puanı arasında anlamlı ($p < 0,01$) ve çok kuvvetli, pozitif yönde ilişki vardır ($r = ,772^{**}$). Gene aynı alt boyutun Midas puanı ile aralarında istatistiksel açıdan anlam arz eden ($p < 0,01$), pozitif yönlü ($r = ,215$) ilişkisi vardır.

Tablo 6. 7

Cinsiyet ve Migren Atakları

Grup	İstatistiği				
------	-------------	--	--	--	--

	cinsiyet	N	Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata Ortalaması
Midas	kadın	71	60,24	62,017	7,360
	erkek	2	54,00	18,385	13,000

Bağımsız Örneklem t- Testi

		Levene Testi Varyansların Eşitliği					
		F	Sig.	T	Df	Sig. (2-tailed)	Ortalama Fark
midas	Varyans Eşitliği	1,374	,245	,141	71	,888	6,239
				,418	1,741	,722	6,239

Tablo 6.7’de migren ataklarının sıklıklarıyla cinsiyet arasındaki farka bakılmış olup yapılan bağımsız örneklem t testine göre; Varyansların eşitliğinden söz edilmektedir sig= 0,245 ($p > 0,05$). $t=,141$ ($p < 0,01$) olduğundan dolayı migren ataklarının sıklığı cinsiyete göre farklılık göstermemektedir.

Araştırmanın bir diğer amaçlarından olan, migren atakların ile eğitim seviyesi arasındaki ilişki olup olmadığını anlamak için tablo 6.8’deki gibi incelenmiştir.

Tablo 6.8***Eğitim Seviyesi ve Migren Atakları*****ANOVA**

Midas	Kareler Toplamı	Df	Ortalama Karesi	F	Sig.
Gruplar arası	5873,053	2	2936,527	,793	,457
Grup içi	236998,738	64	3703,105		
Toplam	242871,791	66			

Eğitim seviyeleri; okuma-yazma, ilkokul, lise ve üniversite olarak 3 başlık altında toplanmıştır. Eğitim seviyesi ile migren atakları arasında anlamlı bir farklılık olup olmadığına bakmak için tek yönlü anova testi kullanılmış olup varyansların homojen dağılımdan emin olduktan sonra tek yönlü anova anlamlılık değerine bakılabilir. Anova anlamlılık değeri; $p = 0,457$ ($p > 0,05$) olduğundan dolayı eğitim seviyeleri ile migren ataklarının sıklığı arasında bir farktan bahsedememekteyiz.

Alt amaçlardan olan 'baş ağrısı süresi ile kaygı arasında ilişki var mı?' alt amacının incelendiği tablo 6.9'da şu şekildedir;

Tablo 6.9***Kaygı ve Baş Ağrısı Süresi*****Korelasyon**

		sürekli kaygı	Durumluluk kaygı	Toplam	Baş ağrısı süresi
sürekli kaygı	Pearson Korelasyon	1	,541**	,784**	-,103
	Sig. (2-tailed)		,000	,000	,362
	N	88	87	87	81
durumluluk kaygı	Pearson Korelasyon	,541**	1	,772**	-,067
	Sig. (2-tailed)	,000		,000	,555
	N	87	87	87	80
Total	Pearson Korelasyon	,784**	,772**	1	-,107
	Sig. (2-tailed)	,000	,000		,347
	N	87	87	87	80
basagrisuresi	Pearson Korelasyon	-,103	-,067	-,107	1
	Sig. (2-tailed)	,362	,555	,347	
	N	81	80	80	82

Kaygı ve süreklilik kaygı ölçeğinin alt boyutu olan sürekli kaygı alt boyutunun baş ağrısı süresi ile aralarında anlamlı ($p < 0,01$), negatif yönde bir ilişki vardır ($r = -,103$).

Durumluluk kaygı alt boyutu ile baş ağrısı süresi arasında ise istatistiksel açıdan anlamlı ($p < 0,01$) ve negatif yönde ilişki vardır ($r = -,067$). Kaygı ve süreklilik

kaygı ölçeğinin toplam puanı arasında anlamlı ($p<0,05$) ve negatif yönde ilişki olduğunu göstermektedir ($r = -,107$).

Tablo 6.10'da Baş ağrısı süresi ile Öfke ve sürekli öfke ölçeği ve bu ölçeğin alt boyutları ile arasındaki ilişki incelenmiştir.

Tablo 6.10

Baş Ağrısı Süresi ve Öfke

		baş ağrısı süresi	sürekli öfke	Durumluluk öfke	kontrol altına alınmış öfke	Dışa Vurulan öfke	İçetutulan öfke	toplam
baş ağrısı süresi	Pearson Korelasyon 1		-,083	-,025	,032	-,147	-,079	-,137
	Sig. (2-tailed)		,464	,824	,776	,192	,487	,226
	N	82	80	80	80	80	80	80

Baş ağrısı süresi ile sürekli öfke alt boyutu ile aralarında istatistiksel açıdan anlamlı ($p<0,01$) ve negatif yönlü ilişki bulunmaktadır ($r = -,083$). Durumluluk öfke alt boyutuyla ise anlamlı ($p<0,01$) ama negatif yönlü ilişki bulunmaktadır ($r = -,025$). Kontrol altına alınmış alt boyutu ile baş ağrısı süresi arasında istatistiksel olarak

anlamli ($p<0,01$) ve pozitif yönde ilişki gözükmetedir ($r=,032$). Baş ağrısı süresi ile dışa vurulan öfkeye bakıldığı zaman istatistiksel olarak anlamli ($p<0,01$) ve negatif yönlü ilişki hakimdir ($r= -,147$). İçe tutulan öfke ise baş ağrısı süresi ile anlamli ($p<0,01$) ve negatif yönlü bir ilişki izlemektedir ($r= -,079$).

Tartışma

Araştırmanın bu bölümünde, ilk olarak migren tanısı almış kişilerin sosyodemografik olarak dağılımlarının istatistik sonuçları verilecektir. Ardından, Migren tanısı almış kişilerin sürekli öfke – öfke ifade tarzı ölçeği ve alt boyutları, durumluluk – süreklilik kaygı envanteri ve alt boyutları, baş ağrısı süresi arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak sonuçları ve yorumları aktarılacaktır. Bu sonuçlar ve yorumlar, alt amaçlar ve analizlerin sırasına takiben verilecektir. Araştırmada elde edilen sonuçlar, ilteratür taramalarından yola çıkarak konu ile ilgili sonuçlar karşılaştırılmış olup aşağıda ifade edilmiştir. Araştırmanın sonucu doğrultusunda, sağlık alanında baş ağrısı şikayetiyle baş vuran kişilerin, biyo-psiko-sosyal olarak değerlendirilebileceği, yön gösterebileceği düşünülmektedir.

Araştırmanın sonuçlarına baktığımızda; demografik veriler dâhilinde, 3 (%3,4) erkek katılımcımız, 86 (%96,6) kadın katılımcımız mevcut. Katılımcılarımızın eğitim seviyeleri şu şekilde dağılmıştır; okuma-yazma bilen 2(%2,2) kişi, ilkokul mezunu 37 (%41,6) kişi, lise ve üniversite mezunu olan 42 (%47,2) kişi bulunmaktadır. Migren prevalansı ise Uluslararası Baş Ağrısı Derneği'nin (IHS) tanı kriterleri ile yapılmış dört farklı ve yeni çalışmaya bakılacak

olursa erkeklerde yaklaşık %6, kadınlarda %15 ile %17 arasındadır (Stewart, Schechter, Rasmussen, 1994). Poliklinik başvuruları ve araştırmanın katılımcılarının cinsiyet olarak dağılımına bakıldığı zaman Uluslararası Baş Ağrısı Derneği'nin dile getirdiği prevalansı yansıtmaktadır.

Türkiye'de ki poliklinik kapsamında gerçekleştirilen birçok araştırmada birbirlerine benzer sonuçlar bulunmaktadır. Bir diğer poliklinik kapsamında yapılan çalışmada, eğitim seviyesi yüksek okul olan, kent yaşantısına sahip ve evli kadınlarda migren baş ağrısının istatistikî olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (akt. Aygül, ve ark., 2001). Bu araştırmada migren tanısı almış kadın katılımcılarımızın eğitim seviyelerinin birçoğunun yüksek eğitim seviyelerine sahip olmaları literatürdeki bu bilgiyi desteklemektedir. Fakat migren ile eğitim seviyesi arasındaki ilişkiden daha sonra bahsedilecektir.

Katılımcılarımızın baş ağrısı sürelerinin oranlarına bakacak olursak; 1 yıldan az 9 (%10,1), 1-5 yıl arası 24 (% 27,0), 6- 10 yıl arası 18 (% 20,2), 11 yıl ve üzeri 31 (%34,8) kişi baş ağrısı süresi olarak belirtmiştir. Katılımcıların baş ağrısı süresi diye adlandırdığımız kısım; baş ağrısının başlangıç zamanından bu yana geçen süre olarak ayrılmıştır. Alan yazım tarandığı zaman, kişinin migren tanısı ile geçen süresi hakkında Aygül R. Ve ark.'nın yaptığı sosyodemografik bilgileri belirleme amacıyla yapılan çalışmalarında; 'Baş ağrısının ortalama süresi 8.8 yıldır. Kadınlar ortalama 8.9 yıl, erkekler 7.2 yıl baş ağrısı çekmektedirler. Olguların %62'sinde 5 yıl ve üzerinde bir süreden beri baş ağrısının olduğu öğrenilmiştir. %37.5'i ayda 1-3 kez, %34.2'si 4-6 kez, %28.3'ü ayda birden daha az migren atağı tanımlamaktadırlar. Atak süreleri; %56.6'sında 4-12 saat, %19.2'si 12-24 saat, %15.8'i 24-48 saat,

%8.4'ü 48-72 saat arasında değişmektedir.'' Bu şekilde çalışmalarında hem migren atak sürelerini hem de migren tanısı sürelerini katılımcılarında tespit etmişlerdir.

Araştırmamızda migren ataklarının sıklığını ölçmek amacıyla midas (migren yeti yitimi) ölçeği kullanılmıştır. Öfke ve öfke ifade tarzı ölçeğinin alt boyutlarından olan içe tutulan öfke ile migren atakları ile ilişkisine bakıldığı zaman içe tutulan öfke ile migren atakları ile arasında tahmin edildiği gibi kuvvetli bir ilişki bulunmaktadır. Korelasyonel açıdan pozitif yönlü bir ilişkileri vardır ($r = ,265^*$). Alan yazıma bakıldığı zaman öfke migren hastalarında anlamlılık arz etmektedir.

Öz, O. ve arkadaşlarının (2011), çalışmalarında daha yüksek içe tutulmuş öfke puanları saptanmıştır ve bu durumda Öz ve arkadaşları öfkenin bastırılmış olduğu düşünce içerisinde oldukları. Aynı çalışmada ise daha düşük dışa vurulan öfke puanları elde edilmiştir. Bu durumu ise öfkenin bastırıldığı yönünde değerlendirmişlerdir (Öz ve ark., 2011). Bu nokta bizim çalışmamızın dışa vurulan öfke ile migren atakları incelendiğinde, negatif yönde bir ilişki söz konusudur ($r = - ,056$).

Bir diğer çalışmada ise; TSSB (Travma Sonrası Stres Bozukluğu) olan migren tanısı almış olan katılımcılarla yapılmıştır. Sürekli öfke ve içe tutulan öfke puanları kontrol grubuyla karşılaştırılmıştır. Migren grubunda ise öfke yaşantılarının puanları daha yüksek çıkmıştır. Bu durum ise migren hastalarının öfke duygusunu daha sık yaşadıkları ve bastırma eğiliminde oldukları yönünde yorumlanmıştır (Karşıkaya, ve ark., 2013). Çalışmamızda elde edilen bilgiler doğrultusunda içe tutulan duyguların somatik olarak ifade bulma yönünde eğilimleri olduğu düşünülmektedir.

Kontrol altına alınmış öfke ile migren ataklarının sıklığı arasında bir ilişki olabileceği düşünülüp aralarındaki ilişkiye bakılmıştır. Ancak anlamlılık arz etmekle birlikte kuvvetli ya da çok kuvvetli bir ilişki görülmemektedir ($r=,102$). Bu durumda ise içe tutulan öfkenin baskın olduğu ve kontrol altına alınabilecek bir öfke yaşantısının bastırma yolu ile içe tutulduğu düşünülmektedir.

Migren tanısı almış kişilerin öfke yaşantıları ile kaygı yaşantıları arasındaki ilişkiye de bakılmıştır. İçe tutulan öfke ile süreklilik kaygı arasındaki ilişki anlamlılık arz etmektedir ama güçlü bir korelasyona sahip değildir ($r=,205$). Durumluluk kaygı ile içe tutulan öfke arasında ise çok kuvvetli bir ilişki gözlemlenmiştir ($r=,536^{**}$). Literatüre bakıldığı zaman ise; Migren hastalarında depresyonunanksiyeteye göre daha yüksek olduğu söylenmektedir (Tan, ve ark. , 2005). Bu ilişkiye Fonksiyonel somatik sendrom açısından yaklaşmak gerekirse; yapılan bir araştırmada, fonksiyonel somatik sendromu olan kişiler de depresyon ya da anksiyete bozukluğu olduğu ve bundan dolayı da ağrı bozukluğunu depresyon ve anksiyete ile aynı çerçevede değerlendirilmesi gerektiği söylenmektedir (Agarwal, ve ark., 2006).

Ancak alan yazında migren tanısı almış kişilerde öfke ve kaygı ilişkisine dair herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Çalışmada ortaya çıkan bu kuvvetli ilişki, kişinin herhangi öfke uyandıran bir durum ile karşılaşması, öfke yaşantısını ortaya çıkaramaması, içe tutulan öfkenin durumluluk kaygı ile kendini ifade etmesi olarak yorumlanmaktadır.

Bir diğer yandan dışa vurulan öfke ile kaygı arasındaki ilişki kuvvetlilik içermemektedir. Dışa vurulan öfke ile sürekli öfke arasında istatistiksel açıdan anlamlı fakat güçlü olmayan bir ilişki hâkimdir ($r=,157$). Aynı şekilde durumluluk kaygı ile dışa vurulan öfke de arasında istatistiksel açıdan anlamlı ama güçlülük arz etmeyen

ilişki mevcuttur ($r=,148$). Çalışmamızda, daha önce vurgulandığı gibi içe tutulan öfke ile migren atakları arasında çok güçlü bir ilişki vardır. Dışa vurulan öfke ile migren atakları ilişkisi ise güçlü bir tablo sergilememektedir. Bu durum ise beklentiyi karşılamaktadır.

Kaygı ile migren atakları arasındaki ilişkiye bakıldığı zaman ise korelasyonel açıdan güçlü bir tablo bulunmamıştır. Durumluluk kaygı - migren atakları sonucu $r=,049$ iken süreklilik kaygı- migren atakları sonucu $r=,215$, olarak bulunmuştur. Literatür çalışmalarında ise bu analizin tersi sonuçlar bulunmaktadır. Hem yetişkinlerle hem de ergen ve çocuklarla yapılan çalışmalarda migrenli kişilerde kaygıdan söz edilmektedir. Ancak çocuklarla ve ergenlerle yapılmış çalışmalar yetişkinlere nazaran yoğunluk göstermektedir. Migren tanısı almış yetişkinlere migrenin yanında eşlik eden tanılardan bir tanesinin kaygı bozukluğu olduğu belirtilmiştir (Açık.,2006). Bu araştırmada ise kaygı ve migren bağlantısı kurmak yerine, migrenin dışında ki ek tanılar ifade edilmiştir. Çocuklarla yapılan çalışmalarda ise ifadeler farklılık göstermektedir. Yüksek düzeyde kaygısı olan çocukların ve ergenlerin migren tanısı alması, migrene olan genetik yatkınlığın etkisinden daha fazla olduğu bildirilmektedir. Ergenlerdeki kaygılar; kabul görme, yeterlilik duygusu, kendilik imajı, beklentiler, bedensel yakınmalar gibi kaygılar ile ilişkili olarak açıklanmaktadır (Toros, 2015). Kaygıları yüksek olan ergenlerin ve çocukların migren tipi baş ağrısı yaşamaları ihtimali artmaktadır.

Araştırmamızda Kaygı ve migren atakları ilişkisi yeterli düzeyde anlamlılık içermemektedir. Yetişkinlerle yapılacak bir diğer çalışmada kaygının başka faktörlerine bakılarak bunun alan yazıma katılımı sağlanabilir.

Cinsiyet ile migren atakları arasında bir fark olup olmadığını incelediğimizde herhangi bir farklılığa rastlanmamaktadır ($\text{sig}=,245$). Bu durumun araştırmamızın sınırlılığında kaynaklandığı düşünülmektedir. Katılımcılarımızın %96,6'sı kadın cinsiyetine, %3,4 ise erkek cinsiyetine sahiptirler. Bu oran cinsiyet farkına bakmak için yetersiz kaldığı düşünülmektedir.

Literatür'de ise kadınların migren ataklarını daha fazla yaşadıklarına dair çalışmalar bulunmaktadır. Örneğin; poliklinik tabanlı çalışmalardan birinde, kadınların erkeklere oranla baş ağrısı şikayetiyle daha sıklıkla hastaneye başvurduğu bildirilmiştir (Mavioğlu, ve ark., 2000). Bu durumu ise kadınların ağrıya daha çok cevap verdikleri ve daha duyarlı oldukları şeklinde açıklanmaktadır (Lautenbacher, Strian, 1991). Bu araştırma baş ağrısı polikliniğine başvuran migren tanısı almış kişilerle gönüllülük esasında yürütülmüştür ve başvuranların çoğunluğu kadınlardan oluşmuştur.

Katılımcılarımızdan elde edilen verilere göre eğitim seviyeleri ile migren ataklarının sıklığı arasındaki ilişkiye bakılmıştır. Eğitim seviyeleri araştırmamızda; ilkokul, lise, üniversite olarak üç grup halinde ele alınmıştır. Yapılan analizlere bakıldığında anlamlı bir fark çıkmamıştır ($p=,457$). Yapılan diğer araştırmalarda eğitim seviyesi sosyoekonomik verilere dahil edilmiş olup anlamlı bir fark bulunamamıştır (Öztürk, ve ark., 2001). Bu durum araştırmada ki bulguları desteklemektedir.

Baş ağrısı süresi bu çalışmadaki bir diğer dikkat çeken bulgulara sahiptir. Çalışmada baş ağrısı süresi arttıkça sürekli kaygı azalmaktadır. Aralarında negatif yönlü ilişki bulunmaktadır ($=-,103$). Aynı şekilde durumluluk kaygısı için de

geçerlidir ($=-.067$). Yapılan alan yazım taramalarında bu araştırmadaki gibi bir veriye rastlanmamıştır.

Baş ağrısı süresi ve öfke ilişkisine bakıldığı zaman ise; Sürekli öfke ve öfke ifade tarzı ölçeğinin neredeyse bütün alt boyutları ile aralarında negatif yönde bir ilişki bulunmuştur. Bu ilişkisel değerler istatistik olarak anlamlılık göstermektedirler. Fakat güçlülük ifade etmemektedir. Alt boyutların değerlerine bakacak olursak; baş ağrısı süresi ile sürekli öfke arasında ($= -.083$), durumluluk öfke ile aralarında ($= -.025$), kontrol altına alınmış öfke ile aralarında ($=,032$), dışa vurulan öfke ile ($= -.147$), içe tutulanla öfkeyle ise ($= -.079$) değerleri elde edilmiştir.

Bu şekilde elde edilen veriler, baş ağrısına sahip olunan süre arttıkça kaygı ve öfke düzeylerinin azaldığı görülmektedir. Kişilerin sahip olduğu ağrının getirdiği olumsuz yaşantılara duyarsızlaşması, görmezden gelmesi de yorumlara eklenebilir. Ayrıca ağrı öncesi yaşanan olumsuz yaşantılara karşı hissedilen duyguların ifade edilmesine ihtiyaç duyulmayabilir. Çünkü bu duygular kendini baş ağrısı olarak dışarı vurmaktadır. Bundan dolayı hissedilen kaygı ve öfke de düşüş gözlenebilir.

Bu araştırmada, incelenmek istenilen durumlar ilişkisel durumlardır. Yapılan analizler sonucunda ortaya çıkan alan yazın desteği açısından yetersiz kalınan kısımlar mevcuttur. Çalışmamızın sonucunda ortaya çıkan verilere dayanarak; migrenli kişilerin kendilerini ifade etmede, özellikle öfkelerini içe tutma konusunda yüksek değerlere sahip olduğu görülmüştür. Migren hastalığı tedavisi sırasında bütüncül bir yaklaşımla kişinin tedaviye alınıp biyo-psiko-sosyal açılardan değerlendirilmesi ön görülmektedir. Bu yolla, hastalıkla baş etme ve çözüme ulaşma açısından daha faydalı olacağı düşünülmektedir.

Öneriler

Yapmış olduğumuz bu çalışma baş ağrısı polikliniğine başvurmuş ve migren tanısı almış kişilerle yapılmıştır. Gözlemlenen ve araştırmaya da yansıyan durumlardan bir tanesi kadınların sayısının fazla oluşudur. Bu yüzden de cinsiyet açısından analizlerde sağlıklı sonuçlara ulaşılamamıştır. Bir sonra ki çalışmalarda cinsiyet dağılımına özen gösterilebilir. Böylelikle alan yazımda yapılan kadın ağırlıklı çalışmalar arasında da bir farklılık yaratılabilir. Araştırmamız esnasında ilaç kullanımı, antidepresan kullanımı, tıbbi müdahaleler gibi durumlar göz ardı edilmiştir. Bunların göz ardı edilmesi de araştırmanın sonuçlarının olumsuz yönde etkilediği düşünülebilir. Örneğin, antidepresan kullanımı olan bir kişinin kaygı yaşantısı ile antidepresan kullanmayan bir kişinin kaygı yaşantısı arasında bir fark beklenmektedir. Ancak burada bunu ayırt edememekteyiz. Tıbbi müdahalelere örnek olarak botox uygulamasını verebiliriz. Baş ağrısı için botox tedavisi görmüş bir kişinin beklenti dinamikleri diğer kişilere göre farklılık gösterebilir. Bu da öfke, kaygı yaşantılarını çeşitli açılardan etkileyebilir. İlaç kullanımının ve hastalığa karşı olan diğer müdahalelerin göz ardı edilmemesi yapılacak sonraki araştırmalara yarar sağlayacağı düşünülmektedir. Katılımcı sayısının sınırlı olması örneklem analizleri açısından yetersizlik arz edebilir. Örneklemin daha geniş sayıda olması ve araştırmanın daha uzun soluklu olması genel bir kaniya varmada yardımcı olabilir. Migren ağrısının biyolojik bir yönü olduğunu unutulmamalıdır. Bir diğer yandan migrenli kişilerin yaşadığı birçok ağrı somatik belirtiler içermektedir. Bu ayrımı yapmak açısından bu araştırmaya somatizasyonu ayırt edebilecek bir ölçek eklemenin faydalı olacağı düşünülmektedir. Böylelikle gerçek migren atağı ile ayırt

edilebilir. Dirençli migren hastalarına ve somatik ağrıları olduğu düşünölen hastalara psikolojik desteği sağlanabileceği düşünölmektedir. İçe tutulan duygular, öfke yaşantıları, kaygının sıfıra yakın olması, depresyon düzeyinin yüksekliği gibi durumlar migren ağrılarıyla karışabilir. Bu saydığımız durumlar tedavi edildiği zaman migren ataklarının sıklığı azalabilir ya da ortadan kalkabilir. Gelecek çalışmalar için ağrının somatik yönlerine bakılması, somatik yön var ise psikoterapi teknikleri ile ağrı üzerinde çalışılması önerilmektedir.



Kaynaklar

- Akyıldız, K., Sercan, M., Yıldız, N., Çevik, A., Kıyan, A., (2015), Baş Ağrısı Yalnızca Baş Ağrısı Mıdır? Baş Ağrısı İle Ruhsal Bozuklukların Eş Tanısı, Düşünen Adam Dergisi
- Amerikan Psikiyatri Birliği (2000), DSM-IV-TR Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı, (2. Baskı), Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2005.
- Aydın, O. N. (2002). Ağrı ve Ağrı Mekanizmalarına Güncel Bakış, ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi.
- Aygül, R., Deniz, O., Güzelcik, M.,Aslan, Ş. (2001), Migrenli hastaların sosyodemografik profili, Atatürk Üniversitesi Tıp Dergisi, 33(4), 91-96.
- Bakanlığı, S.,Hastanesi, Ş.E.E.V.A , Lomber Disk Operasyonlarında Preoperatif Tek Doz Verilen GabapentininPostoperatif Ağrı ve Analjezik Tüketimine Etkisi
- Barlow, J.,Oliver, C. W., Jackson, T. D., Taylor, B.L. (1988), Harborporpoise, Phocoenaphocoena, abundanceestimationfor California, Oregon, and Washington: II. Aerialsurveys. *FisheryBulletin*, 86(3), 433-444.
- Beck, A.T.,Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J., Erbaugh J., An inventoryformeasuringdepression, *Arch Gen Psychiatry*,(1961);4:561-71.
- Bille, B. S., (1962),Migraine in schoolchildren. A study of theincidenceandshort-termprognosis, and a clinical, psychologicalandelectroencephalographiccomparisonbetweenchildrenwithmi graineandmatchedcontrols, *ActapaediatricaSupplementum*, 136, 1-151.
- Bouman, T. K.,Eifert, G. H., Lejuez, C. W, (1999),Somatoformdisorders, *Oxford Textbook of Psychopathology*, 444-465.

- Çakır, D. A., (2006), Migrende Klinik Özellikler ve Migrenin Temel Klinik Özelliklerinin IQ İle İlişkisi,<http://www.docplayer.biz.tr>
- Çelik, D. B.,Arkar, H., İdiman F., (2010),Headache, M. Migren Baş Ağrısı Hastalarının Öfke Tarzları ile Mizaç ve Karakter Özellikleri, Klinik Psikiyatri Dergisi, 13: 23, 35.
- Dalı, İ. H. H. A., Üyesi, D. Ö. , (2007), Migrende 24 Saatlik Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Türkiye'deki Geçerlilik ve Güvenirliliği,<http://www.tez.yok.gov.tr>
- DSM-5 Tanı ölçütleri el kitabı, Amerikan Psikiyatri Birliği,2013
- Eckhardt, C.I.,Deffenbacher, J.L., (1995),Diagnosis of angerdisorders, <http://www.psycnet.apa.net>
- Kassinove, H. Sukhodolsky, D.G., (1995), AngerDisorders,Basic ScienceandPracticeİssues, Issues in ComprehensivePediatricNursing, 18(3), 173-205
- Ertaş, M.,Siva, A., Dalkara, T., Uzuner, N., Dora, B., Inan, L., (2004), Turkish MIDAS group. Validityandreliability of theTurkishMigraineDisabilityAssessment (MIDAS) questionnaire, Headache; TheJournal of HeadandFacePain;44(8):786-93.
- Ertekin, C., (1993)., Ağrının nöroanatomisi ve nörofizyolojisi, Ağrı ve Tedavisi, Yapım Matbaacılık, İzmir; 1-18.
- Hohen-Saric, R., (1979),Neurotransmitters in Anxiety,Archives of GeneralPsychiatry, 39(6); 735-742
- James N.B, Susan M. , Jill M.H, (2011), Anormal Psikoloji, Kaknüs yayımları, İstanbul

- Kalaydjian, A., Merikangas, K., (2008), Physical and Mental Comorbidity Of Headache In A Nationally Representative Sample Of Us Adults, *Psychosom Med*, 70:773-780.
- Karlıdere, T., (2010), Baş Ağrısına Psikiyatrik Yaklaşım, Türkiye Klinikleri, *Journal of ENT Special Topics*, 3(3), 58-65.
- Lake, A.E., Rains, J.C., Penzien, D.B., Lipchik, G.L., (2005), Headache and Psychiatric Comorbidity: Historical Context, Clinical Implications and Research Relevance, *Headache*; 45:493-506.
- Lipton, R. B., Bigal, M. E., (2005). Migraine: epidemiology, impact, and risk factors for progression, *Headache: The Journal of Head and Face Pain*, 45(s1).
- Lipton, R. B., Bigal, M. E., Diamond, M., Freitag, F., Reed, M. L., Stewart, W. F., (2007), (AMPP) Advisory Group, Migraine prevalence, disease burden, and the need for preventive therapy, *Neurology*, 68(5), 343-349.
- Merikangas, K. R., Merikangas, J. R., Angst, J., (1993), Headache syndromes and psychiatric disorders: association and familial transmission, *Journal of psychiatric research*, 27(2), 197-210.
- Norton, P. J., Asmundson, G. J., (2004), Anxiety sensitivity, fear, and avoidance behavior in headache Pain, 111(1), 218-223.
- Owens, M. K., Ehrenreich, D., (1991), Literature review of nonpharmacologic methods for the treatment of chronic pain, *Holistic Nursing Practice*, 6(1), 24-31.
- Özer, A.K., (1994), Sürekli Öfke (SL) ve Öfke İfade Tarzı (Öfke-Tarz) Ölçekleri, *Türk Psikoloji Dergisi*, 9(31), 26-35.

- Öner, N.,Lecompte, A., (1998),Durumluluk-Süreklilik Kaygı Envanteri El Kitabı. Boğaziçi Üniversitesi Matbaası, İstanbul.
- Perozzo, P.,Savi, L., Castelli, L. ve ark., (2005),Angerandemotionaldistress in patientswithmigraineandtension-typeheadache,Journal of HeadachePain, 6: 392-399
- Powers, S. W., Gilman, D. K., Hershey, A. D., (2006).,Headacheandpsychologicalfunctioning in childrenandadolescents. Headache,TheJournal of HeadandFacePain, 46(9), 1404-1415.
- Bakırcıoğlu, R.,2006, Ansiklopedik psikoloji sözlüğü, Anı yayıncılık
- Raj, P. P. (2000). Ağrı taksonomisi, Ağrı, İstanbul, Alemdar Ofset, 12-18.
- Rasmussen, B. K.,Jensen, R., Olesen, J., (1992).,Impact of headache on sicknessabsenceandutilisation of medicalservices: a Danishpopulationstudy, Journal of Epidemiology&CommunityHealth, 46(4), 443-446.
- Russell, J. A.,Mehrabian, A., (1974).,Distinguishingangerandanxiety in terms of emotionalresponsefactors, Journal of consultingandclinicalpsychology, 42(1), 79.
- S. Budak, Pskoloji Sözlüğü, 2009, Bilim ve Sanat Yayınları
- Schnarch, D.,Hunter, J., (1979),Personalitydifferencesbetweenrandomlyselectedmigrainousandnonmigrainouspeople,Psycho-therapyTheoryResPractice, 16: 297-309.
- Schwedt, T. J., (2014),ChronicMigraine, Bmj, 348, 1416.

- Silberstein, S. D., Olesen, J., Bousser, M. G., Diener, H. C., Dodick, D., First, M., Lipton, R. B., (2005), International Headache Society, The International Classification of Headache Disorders, (ichd-ii), revision of criteria for 8.2 Medication-overuse headache. *Headache*, 45(10), 1424-1425.
- Siva, A., (2002), Migren sendromu, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri
- Smith, D.C., ve Furlong, M.J., (1998), Introduction to the special issue: Addressing youth anger and aggression in school settings, *Psychology in the Schools*, 35 (3), 201-203.
- Soysal, A. Ş., Çıtak, Ç., Özdemir, D. F., Gücüyener, K., Serdaroğlu A., (2013), Baş Ağrısı İle Maskelenmiş Obsesif Kompulsif Bozukluk: Bir Olgu Sunumu.
- Stewart W.F., Schechter A., Rasmussen B.K., (1994) Migraine prevalence: a review of population-based studies, *Neurology*; 44 (suppl 4): S17-23
- Stewart, W. F., Lipton, R. B., Whyte, J., Dowson, A., Kolodner, K., Liberman, J. N., Sawyer, J., (1999), An international study to assess reliability of the Migraine Disability Assessment (MIDAS) score. *Neurology*, 53(5), 988-988.
- Uzbay, İ. T., (2002). Anksiyetenin nörobiyolojisi, *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 2(5), 33-89.
- Yücel, Y., (2008), Migraine headache: Diagnostic and management approaches. *Dicle Tıp Dergisi*, 35(4).
- Zandifar A., Asgari F., Haghdoost F., Masjedi S.S., Manouchehri N., Banihashemi M., Ghorbani A., Najafi M.R., Saadatnia, M., Lipton R.B.,

- (2014), Reliability and Validity of the Migraine Disability Assessment Scale among Migraine and Tension Type Headache in Iranian Patients, Hindawi Publishing Corporation BioMed Research International Volume, Article ID 978064, 7 pages
- Öz, O., Erdem, M., Yücel, M., Akgün, H., Yozgatlı, G., Balıkçı, A., Odabaşı, Z. (2011), Migren hastalarında öfke düzeyi ve öfke ifade tarzı., *Gülhane Tıp Dergisi* ; 53: 85, 8.
 - Karsikaya, S., Kavakci, O., Kugu, N., Guler, A. S., (2013), Post-Traumatic Stress Disorder and Anger in Migraine Patients/Migren hastalarında travma sonrası stres bozukluğu ve öfke, *Düşünen Adam*, 26(4), 360.
 - Tan, F. U., Özen, N. E., Kazezoğlu, Ş., Kökoğlu, F., Boratay, C., (2005), Depression and anxiety in patients with migraine and tension-type headache, *Gazi Medical Journal*, 16(2).
 - Agarwal, P. K., Agarwal, P., Reddy, M. K., Sopory, S. K. (2006). Role of DREB transcription factors in abiotic and biotic stress tolerance in plants, *Plant Cell Reports*, 25(12), 1263-1274.
 - Toros, F., Başağrılı Çocukta Anksiyete Bozuklukları, *Çocuk ve ergende Nörolojik Hastalıklara Yaklaşım Rehber Kitabı*, 2015, 145.
 - Mavioğlu, H., Karaca, S., Yılmaz, H., Korkmaz, H., Artuğ, R., Selçuki, D., (2000), Başağrısı poliklinik hastalarının demografik ve klinik profili, *Düşünen Adam*, 2(1), 110-15.
 - Lautenbacher, S., Strian, F., (1991), Sex differences in pain and thermal sensitivity: the role of body size, *Perception & psychophysics*, 50(2), 179-183.

- Robbins, J. M.,Kirmayer, L. J., Hemami, S. ,(1997),Latentvariablemodels of functionalsomaticdistress, *TheJournal of nervousandmentaldisease*, 185(10), 606-615.



EK 1

Demografik Form

NO:

Cinsiyet:

Yaş :

Medeni Durum: 1) Evli 2) Bekar

Etiğim Durumu : 1) okuma-yazma 2) İlk okul 3) Lise-Üniversite

1) Çalışıyor 2) Çalışmıyor

Gelir Durumu : 1) Düşük 2) Orta 3) Yüksek

Başarı süresi: 1) 1 yıldan az 2) 1-5 yıl 3) 6-10 yıl 4) 11 yıl ve üzeri

EK 2**MİDAS**

Aşağıda ki soruları baş ağrınızın sıklığını göz önünde bulundurarak cevaplayınız.

Doğru ya da yanlış cevap yoktur.

1- Son 3 ay içerisinde baş ağrılarınız nedeniyle kaç gün işe ya da okula gidemediniz?

2- Son 3 ay içinde baş ağrılarınız nedeniyle okulda ya da işteki verimliliğinizin yarı yarıya ya da daha fazla azaldığı gün sayısı nedir? (1. Sorudaki gün sayısını dahil etmeyiniz)_____

3- Son 3 ay içerisinde baş ağrılarınız yüzünden kaç gün ev işlerinizi yapamadınız?

4- Son 3 ay içerisinde baş ağrılarınız nedeniyle ev işlerinizdeki verimliliğinizin yarı yarıya veya daha fazla düştüğü gün sayısı nedir? (3. Sorudaki gün sayısını dahil etmeyiniz)_____

5- Son 3 ay içinde baş ağrılarınız nedeniyle kaç gün ailenize, sosyal yaşamınıza ya da boş zamanlarınızda yaptığınız faaliyetlere zaman ayıramadınız? _____

6- Son 3 ay içerisinde kaç gün baş ağrınız oldu? (Eğer herhangi bir ağrınız bir günden fazla sürdüyse her günü sayınız)

7- Son 3 ay içindeki baş ağrılarınızın ortalama şiddetini 0-10 arasında bir rakamla belirtiniz.___

EK3**STAI FORM TX – I**

Cinsiyet:.....

Yaş:.....

Meslek:.....

Tarih:...../...../.....

Yönerge; Aşağıda yazan ifadeler kişilerin bazı duygularını anlatırken kullandıkları cümlelerdir. Her bir cümleyi okuyun, daha sonra anlık olarak nasıl hissettiğinizi sağ tarafta verilmiş olan rakamlara uygun olanları işaretleyin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Cümlelerin üzerinde zaman kaybetmeksizin anlık nasıl hissediyorsanız öyle cevap veriniz.

		HİÇ	BİRAZ	ÇOK	TAMAMIYLA
1.	Şu anda sakinim	(1)	(2)	(3)	(4)
2.	Kendimi emniyette hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
3	Su anda sinirlerim gergin	(1)	(2)	(3)	(4)
4	Pişmanlık duygusu içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
5.	Şu anda huzur içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)

6	Şu anda hiç keyfim yok	(1)	(2)	(3)	(4)
7	Başıma geleceklerden endişe ediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
8.	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
9	Şu anda kaygılıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
10.	Kendimi rahat hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
11.	Kendime güvenim var	(1)	(2)	(3)	(4)
12	Şu anda asabım bozuk	(1)	(2)	(3)	(4)
13	Çok sinirliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
14	Sinirlerimin çok gergin olduğunu hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
15.	Kendimi rahatlamış hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
16.	Şu anda halimden memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
17	Şu anda endişeliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
18	Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
19.	Şu anda sevinçliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
20.	Şu anda keyfim yerinde.	(1)	(2)	(3)	(4)

STAI FORM TX – 2

Cinsiyet:.....

Yaş:.....

Meslek:.....

Tarih:...../...../.....

Yönerge; Aşağıda yazan ifadeler kişilerin bazı duygularını anlatırken kullandıkları cümlelerdir. Her bir cümleyi okuyun, daha sonra anlık olarak nasıl hissettiğinizi sağ tarafta verilmiş olan rakamlara uygun olanları işaretleyin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Cümlelerin üzerinde zaman kaybetmeksizin anlık nasıl hissediyorsanız öyle cevap veriniz.

		Hemen hemen hiçbir zaman	Bazen	Çok zaman	Hemen her zaman
21.	Genellikle keyfim yerindedir	(1)	(2)	(3)	(4)
22	Genellikle çabuk yorulurum	(1)	(2)	(3)	(4)
23	Genellikle kolay ağlarım	(1)	(2)	(3)	(4)
24	Başkaları kadar mutlu olmak isterim	(1)	(2)	(3)	(4)
25	Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıırırım	(1)	(2)	(3)	(4)

26.	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
27.	Genellikle sakin, kendine hakim ve soğukkanlıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
28.	Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
29.	Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
30.	Genellikle mutluyum	(1)	(2)	(3)	(4)
31.	Her şeyi ciddiye alır ve endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
32.	Genellikle kendime güvenim yoktur	(1)	(2)	(3)	(4)
33.	Genellikle kendimi emniyette hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
34.	Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım	(1)	(2)	(3)	(4)
35.	Genellikle kendimi hüzünlü hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
36.	Genellikle hayatımdan memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
37.	Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder	(1)	(2)	(3)	(4)
38.	Hayal kırıklıklarımı öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam	(1)	(2)	(3)	(4)
39.	Aklı başında ve kararlı bir insanım	(1)	(2)	(3)	(4)
40.	Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin ediyor	(1)	(2)	(3)	(4)

EK 4**SÖÖTÖ****I. BÖLÜM**

Yönerge: Aşağıda bireylerin kendilerine ait bazı duyguları ifade ederken kullandıkları cümleler verilmiştir. Her cümleyi dikkatlice okuyunuz, genel olarak nasıl hissettiğinizi düşünün ve sağ tarafta bulunan sayıları size uygun olanı seçerek işaretleyin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur.

1. Hiç

2. Biraz

3. Oldukça

4. Tümüyle

Hiç

Tümüyle

1. Çabuk parlarım.

(1) (2) (3) (4)

2. Kızgın mizaçlıyım.

(1) (2) (3) (4)

3. Öfkesi burnunda bir insanım. (1) (2) (3) (4)
4. Başkalarının hataları, yaptığım işi yavaşlatınca kızarım. (1) (2) (3)
(4)
5. Yaptığım iyi bir işten sonra takdir edilmemek canımı sıkır. (1) (2) (3)
(4)
6. Öfkelenince kontrolümü kaybederim. (1) (2) (3) (4)
7. Öfkelendiğimde ağzıma geleni söylerim. (1) (2) (3) (4)
8. Başkalarının önünde eleştirilmek beni çok hiddetlendirir. (1) (2) (3)
(4)
9. Engellendiğimde içimden birilerini vurmaya gelir. (1) (2)
(3) (4)

10. Yaptığım iyi bir iş kötü değerlendirildiğinde çılgına dönerim. (1) (2)
(3) (4)

II. BÖLÜM:

Yönerge: Kişiler günlük yaşantılarında kimi zaman kızgınlık hissedebilirler. Aşağıda bu gibi durumlarda kullandıkları tepkilerine ait ifadeler bulunmaktadır. Her cümleyi okuyun ve kızgınlık anında genelde ne yaptığınızı düşünerek cümlenin yanında sizi en iyi tanımladığını düşündüğünüz rakamı işaretleyiniz. Doğru ya da yanlış cevap yoktur.

1. Hiç
2. Biraz
3. Oldukça
4. Tümüyle

ÖFKELENDİĞİMDE VEYA KIZDIĞIMDA...

Hiç Tümüyle

11. Öfkemi kontrol ederim. (1) (2) (3) (4)

12. Kızgınlığımı gösteririm. (1) (2) (3) (4)

13. Öfkemi içime atarım. (1) (2) (3) (4)

14. Başkalarına karşı sabırlıyım. (1) (2) (3) (4)

15. Somurtur ya da surat asarım. (1) (2) (3) (4)

ÖFKELENDİĞİMDE VEYA KIZDIĞIMDA...

Hiç

Tümüyle

16. İnsanlardan uzak dururum. (1) (2) (3) (4)

17. Başkalarına iğneli sözler söylerim. (1) (2)

(3) (4)

18. Soğukkanlılığımı korurum. (1) (2)

(3) (4)

19. Kapıları çarpmak gibi şeyler yaparım. (1) (2)

(3) (4)

20. İçin için kpürürüm ama gösteremem. (1) (2)

(3) (4)

ÖFKELENDİĞİMDE VEYA KIZDIĞIMDA...

Hiç

Tümüyle

21. Davranışlarımı kontrol ederim. (1) (2) (3) (4)

22. Başkalarıyla tartışırım. (1) (2) (3) (4)

23. İimde, kimseye söylemediğim kinler beslerim. (1) (2)

(3) (4)

24. Beni ileden çıkaran her neyse saldırırım. (1) (2)

(3) (4)

25. Öfkem kontrolden çıkmadan kendimi durdurabilirim. (1) (2)

(3) (4)

ÖFKELENDİĞİMDE VEYA KIZDIĞIMDA...

Hiç Tümüyle

26. Gizliden gizliye insanları epeyce eleştiririm.(1) (2) (3) (4)

27. Belli ettiğimden daha öfkeliyimdir. (1) (2) (3) (4)

28. Çoğu kimseye kıyasla daha çabuk sakinleşirim. (1) (2)
(3) (4)

29. Kötü şeyler söylerim. (1) (2) (3) (4)

30. Hoşgörülü ve anlayışlı olmaya çalışırım. (1) (2) (3) (4)

ÖFKELENDİĞİMDE VEYA KIZDIĞIMDA...

Hiç Tümüyle

31. İçimden insanların farkettiğinden daha fazla sinirlenirim. (1) (2)
(3) (4)

32. Sinirlerime hakim olamam. (1) (2) (3)
(4)

33. Beni sinirlendirene, ne hissettiğimi söylerim. (1) (2)
(3) (4)

34. Kızgınlık duygularımı kontrol ederim. (1) (2)
(3) (4)