



T.C.

ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

MİGREN TANISI OLAN VE OLMAYAN BİREYLERDE
MÜKEMMELİYETÇİLİK ÖZELLİKLERİ, DUYGU DÜZENLEME GÜÇLÜĞÜ
VE ÖFKE İFADE TARZLARININ İNCELENMESİ

Elif GÖRMÜŞ

Tez Danışmanı

Prof. Dr. Barış METİN

İSTANBUL-2023

T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

MİGREN TANISI OLAN VE OLMAYAN BİREYLERDE
MÜKEMMELİYETÇİLİK ÖZELLİKLERİ, DUYGU DÜZENLEME GÜÇLÜĞÜ
VE ÖFKE İFADE TARZLARININ İNCELENMESİ

Elif GÖRMÜŞ

Tez Danışmanı

Prof. Dr. Barış METİN

İSTANBUL-2023

ÖZET

MİGREN TANISI OLAN VE OLMAYAN BİREYLERDE MÜKEMMELİYETÇİLİK ÖZELLİKLERİ, DUYGU DÜZENLEME GÜÇLÜĞÜ VE ÖFKE İFADE TARZLARININ İNCELENMESİ

Toplumda en sık görülen birincil baş ağrıları arasında yer alan migren; tekrarlayıcı, baş ağrısı ataklarıyla ortaya çıkan nörolojik bir hastalıktır. Kişilerin yaşam kalitesi ve toplumsal işlevlerinde bozulmaya yol açması nedeniyle, yüksek düzeyde sosyo-ekonomik bir yüke sahiptir. Migrenin psikiyatrik bozukluklarla ilişkili olduğunu ortaya koyan birçok araştırma bulunmaktadır. Bunun yanı sıra, kişilik özelliklerinin ve psikolojik faktörlerin migren hastalığının seyrini olumsuz yönde etkilediği bilinmektedir. Özellikle, migren için duygu düzenleme güçlüğü ve öfkeye dair yapılan araştırmaların kısıtlı olduğunu görmekteyiz. Migren hastalığı ile kişilik tutumları ve duygu durum süreçleri arasındaki ilişkiyi analiz eden güncel araştırmaların artırılmasının gerekliliği üzerinde durmaktayız. Çalışmamızın amacı; migren hastalığı olan kişiler ile migreni olmayan kişilerin mükemmeliyetçilik özellikleri, duygu düzenleme güçlüğü, sürekli öfke ve öfke ifade tarzları arasındaki farkları incelemektir. Çalışmamız, migren hastalarında hangi mükemmeliyetçilik özelliklerinin daha fazla kullanıldığının, duyguları düzenlemede ortaya çıkan güçlük düzeylerinin ve öfkenin ifade biçiminin sağlıklı kişilere göre ne derece farklı olduğunu araştırmaktadır.

Bu çalışma 46 migren, 47 kontrol grubu olmak üzere toplam 93 katılımcıdan oluşmaktadır. Katılımcılara, sosyodemografik bilgilerin alındığı ve migren ile ilgili dahil etme kriterlerini karşılama durumlarını içeren Yapılandırılmış Anket Formu, migrene bağlı yeti yitimini ölçen Migren Yeti Yitimi Ölçeği, mükemmeliyetçilik odaklarını ölçen Çok Boyutlu Mükemmeliyetçilik Ölçeği, duyguları düzenleme güçlüklerini ölçmek için Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği, öfkelenme eğilimlerini ve öfke ifade etme biçimlerini ölçmek için Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği uygulanmıştır.

Çalışmamızda migren grubunun yeti yitimi düzeyleri kontrol grubuna göre istatistiksel olarak daha yüksek bulunmuştur $p<0,05$. Bu sonuçla birlikte, migrenin kişilerin günlük yaşamını kısıtlayan bir hastalık olduğunu ve migreni olmayan kişilerin daha fazla performans kaybı yaşadıklarını doğrulamaktayız. Migren grubunun öfke ifadesi toplam puanı da kontrol grubuna göre istatistiksel olarak daha yüksek bulunmuştur $p<0,05$. Elde ettiğimiz bulgular doğrultusunda; migren hastalığı olan bireylerin sağlıklı

bireylere kıyasla, daha fazla mükemmeliyetçi tutum içerisinde olduğu, duygu düzenleme konusunda deneyimledikleri güçlüklerin daha yüksek düzeyde olduğu, öfkelenme eğilimlerinin daha fazla olduğu ve öfke ifade tarzlarının daha farklı olduğu sonucuna ulaşmaktayız.

Anahtar Kelimeler: Migren, Mükemmeliyetçilik, Duygu Düzenleme Güçlüğü, Öfke



ABSTRACT

INVESTIGATION OF PERFECTIONISM, ANGER MANAGEMENT AND DIFFICULTIES IN EMOTIONAL REGULATION IN INDIVIDUALS WITH MIGRAINE OR WITHOUT MIGRAINE

Migraine, which is the one of the most common primary headaches in the society; it is a neurological disease that occurs with recurrent headache attacks. Migraine has a high level of socio-economic burden due to the fact that it leads to deterioration in the quality of life and social functions of people. There are many studies showing that migraine is associated with psychiatric disorders. In addition, it is known that personality traits and psychological factors adversely affect the course of migraine disease. There is a need to increase the current research analyzing the relationship between migraine disease and personality attitudes and mood processes. In particular, we see that research on emotion regulation difficulties and anger for migraines is limited. The aim of our study is to examine the differences between the perfectionism types, difficulties in emotion regulation, trait anger and anger expression styles of individuals with migraine or those without migraine. Our study investigates which perfectionism traits are more common in migraine patients, whether the difficulty levels in regulating emotions are higher for migraine group, and how the anger tendencies and ways of expressing anger of those with migraine differ from healthy individuals.

Data collected from a total of 93 participants; 47 people diagnosed with migraine and 46 control subjects. Participants were given a Structured Questionnaire Form in which sociodemographic information was obtained and included their status meeting the criteria for inclusion in the research on migraine. All the subjects completed The Migraine Disability Scale, Multidimensional Perfectionism Scale, Difficulties in Emotional Regulation Scale, and Trait Anger and Anger Expression Scale.

As a result of our research, it was found that the disability levels of migraineurs were statistically higher $p < 0,05$. With this result, it is confirmed that migraine is a disease that restricts the daily life of people and that people with migraine experience more performance loss. Perfectionism was significantly higher in migraine patients $p < 0,05$. Difficulty level for regulating emotions was significantly higher in migraine group $p < 0,05$. Trait anger was significantly higher for the migraine group $p < 0,05$. Anger expression styles were significantly different between migraine and control group $p < 0,05$.

Our findings show that individuals with migraine disease have a more perfectionist attitude, higher level of difficulty in regulating emotions and more tendency to get angry compared to healthy individuals.

Keywords: Migraine, Perfectionism, Difficulties in Emotional Regulation, Anger



BEYAN FORMU

Bu alışmanın şahsıma ait bir tez alışması olduğunu, tasarlamasından, içerik seçimine ve de yazımına kadar hiçbir aşamasında etik dışı davranmadığımı, tezde elde ettiğim bütün verilere akademik ve etik kurallar içinde ulaştığımı; tez çalışmasıyla elde etmediğim bütün bilgi ve yorumlara bilimsel normlara uygun olarak kaynak gösterdiğimi, tezimin kaynak gösterilen kısımları dışında özgün olduğunu ve Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Tez Yazım Kılavuzuna göre yazıldığını beyan ederim.

25/05/2023

Elif Görmüş

İmza

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca rahatlıkla ulaşabildiğim, akademik ilerlememde aklıma gelen soruların cevabını alabildiğim saygıdeğer Üsküdar Üniversitesi Klinik Psikoloji Akademik Kadrosuna,

Birikim ve tecrübelerini paylaşarak araştırmaya katkıda bulunan tez danışmanım Prof. Dr. Barış METİN'e,

Yaşamları boyunca maddi manevi desteklerini çokça hissettirmiş olan, her daim sevgi ve hasretle anacağım, annem Fatma GÖRMÜŞ ve babam Cemal GÖRMÜŞ'e,

Her konuda birbirimize destek olduğumuz canım kız kardeşim Esra TOMURCUK'a,

Bu süreçte, zorlu anlarda yanımda olan meslektaşım, yol arkadaşım Uzm. Klinik Psikolog Batuhan Aybars ÖZEKER'e,

En içten teşekkürlerimi sunarım.

25/05/2023

Elif GÖRMÜŞ

İÇİNDEKİLER

ÖZET	i
ABSTRACT.....	iii
BEYAN FORMU	v
TEŞEKKÜR.....	vi
İÇİNDEKİLER	vii
TABLolar LİSTESİ.....	x
ŞEKİLLER LİSTESİ	xi
KISALTMALAR LİSTESİ	xii
1. GİRİŞ	1
1.1. Problem	3
1.2. Hipotezler.....	3
1.3. Araştırmanın Sayılı ve Sınırlılıkları.....	4
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1 Ağrı	5
2.1.1. Ağrının Tanımı.....	5
2.1.2. Ağrının Tarihçesi	5
2.1.3. Ağrı Kuramları	6
2. 1. 4. Ağrının Sınıflandırılması	7
2.2. Baş Ağrısı.....	7
2.3. Migren	8
2.3.1. Migrenin Tanımı	8
2.3.2. Migrenin Tarihçesi	10
2.3.3. Migrenin Oluşumu	10
2.3.4. Epidemiyoloji.....	11

2.3.5.Sınıflandırma.....	12
2.3.6.Migren Tanı Kriterleri.....	13
2.3.6.1. Aurasız Migren Tanı Kriterleri	13
2.3.6.2. Auralı Migren Tanı Kriterleri.....	13
2.3.7. Migrenin Evreleri	14
2.3.8. Migreni Tetikleyici Faktörler	15
2.4. Mükemmeliyetçilik	15
2.4.1. Mükemmeliyetçilik Tanımı.....	15
2.4.2. Tek Boyutlu Mükemmeliyetçilik	17
2.4.3. Çok Boyutlu Mükemmeliyetçilik.....	18
2.4.4. Migren ve Mükemmeliyetçilik.....	20
2.5. Duygu.....	21
2.5.1 Duygunun Tanımı	21
2.5.2. Temel Duygular	21
2.5.3. Duygu Kuramları	21
2.5.4. Duygu Düzenleme.....	22
2.5.5. Duygu Düzenleme Güçlüğü	25
2.5.6. Migren ve Duygu Düzenleme Güçlüğü	26
2.6. Öfke.....	27
2.6.1. Öfkenin Tanımı	27
2.6.2. Migren ve Öfke	28
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	30
3.1. Örneklem.....	30
3.2. Veri Toplama Araçları	30
3.3. Grupları Atama Prosedürleri	30
3.4. Migren Yeti Yitimi Değerlendirme Ölçeği (MIDAS)	32
3.5. Çok Boyutlu Mükemmeliyetçilik Ölçeği (MPS)	32

3.6. Duygu Düzenleme Güçlüğü ����� (DERS)	34
3.7. Sürekli ���e ve ���e ���de Tarz� �����	35
3.8. Verilerin Analizi.....	36
4. BULGULAR.....	38
4.1. Demografik Verilerin �statistikleri	38
4.2. Bağımsız �rneklem t testi Karşılaştırma Analizleri	40
4.3. MANCOVA Analizi	45
5. TARTIŞMA	53
6. SONUÇ VE �NER�LER.....	58
KAYNAKLAR	60
EKLER.....	69
Ek 1. Çalışma Katılma Onayı Formu	69
EK 2. Yapılandırılmış Anket Formu	70
Ek 3. M���AS ���ek Soruları	72
Ek 4. Çok Boyutlu M���emmeliyet�ilik �����.....	73
Ek 5. Duygu Düzenleme Güçlüğü �����.....	77
Ek 6. Sürekli ���e ve ���e ���de Tarz� �����.....	79
Ek 7. �z���mi�	81
Ek 8. Etik Kurul Onayı.....	82

TABLÖLER LİSTESİ

Tablo 1. Grup Katılımcı Sayıları	30
Tablo 2. MPS Madde Puanları.....	32
Tablo 3. DERS Ölçek Madde Puanları.....	34
Tablo 4. Öfke Ölçek Madde Puanları	35
Tablo 5. Migren Grubuna Ait Yaş Aralıkları Frekans Dağılımı.....	38
Tablo 6. Kontrol Grubuna Ait Yaş Aralıkları Frekans Dağılımı	38
Tablo 7. Migren Grubuna Ait Biyolojik Cinsiyet Frekans Dağılımı	39
Tablo 8. Kontrol Grubuna Ait Biyolojik Cinsiyet Frekans Dağılımı	39
Tablo 9. Migren Grubuna Ait Eğitim Seviyesi Frekans Dağılımı	40
Tablo 10. Kontrol Grubuna Ait Eğitim Seviyesi Frekans Dağılımı	40
Tablo 11. Migren ve Kontrol Grubuna Ait MIDAS Puanlarının Bağımsız Örneklem t-testi.....	41
Tablo 12. Genel Ölçek Puanlarının t-testi	41
Tablo 13. Mükemmeliyetçilik Ölçeği Alt Boyutlar t-testi.....	42
Tablo 14. Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği Alt Boyutlar t-testi	43
Tablo 15. Sürekli Öfke-Öfke İfade Tarzı Ölçeği Alt Boyutlar t-testi.....	44
Tablo 16. Ortak Değişkenlerin Bağımlı Değişkenler ile Etkileşiminin Analizi	45
Tablo 17. Kovaryans Matrislerinin Eşitliğini Sınama Analizi	49
Tablo 18. Hata Varyanslarının Eşitliğini Sınama Analizi	49
Tablo 19. MANCOVA Analizi.....	50
Tablo 20. Grupların Bağımlı Değişkenler Açısından Düzeltilmiş Ortalama Puanları ...	51
Tablo 21. MANCOVA Analizi Sonuçları	51
Tablo 22. Bağımlı Değişkenlere Yönelik MANCOVA Analizi Sonuçları	52

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Migren Grubu İçin Genel Ölçek Puanlarının Korelasyon Analizi	46
Şekil 2. Kontrol Grubu İçin Genel Ölçek Puanlarının Korelasyon Analizi.....	47
Şekil 3. Genel Ölçek Puanlarının Korelasyon Analizi	48



KISALTMALAR LİSTESİ

IASP: Uluslararası Ağrı Araştırmaları Derneği

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

IHS: Uluslararası Baş Ağrısı Derneği

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

ICHD-III: Uluslararası Baş Ağrısı Topluluğu'nun açıkladığı güncel baş ağrısı kriterleri

VAS: Vizüel Analog Skala

MIDAS: Migren Yeti Yitimi Değerlendirme Ölçeği

MPS: Çok Boyutlu Mükemmeliyetçilik Ölçeği

DERS: Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği

1. GİRİŞ

Baş ağrıları; baş-boyun bölgesindeki damar, çene eklemi, kas ve saç derisinde hissedilen ağrılardır. Beyin ve kafatasında ağrı ve acı duyusu bulunmamaktadır. Baş ağrıları, beynin etrafındaki dokulardan kaynaklanmaktadır (Gökmen, 2015). Baş ağrıları primer ve sekonder olarak iki kategoride incelenmektedir. Baş ve boyun bölgesindeki bir patolojiye bağlı olarak ortaya çıkan, kendine has özellikte olmayan baş ağrıları, sekonder baş ağrıları olarak bilinmektedir. Tümörler, madde kullanımı, kafa travmaları, sinüzit, menenjit, enfeksiyon; diş, kulak ve göz ağrıları, hipertansiyon, hipoglisemi gibi bozukluklar sekonder baş ağrısına neden olmaktadır. Primer baş ağrıları ise kendine özgü özellikler taşıyan, başka bir hastalıktan kaynaklı olmayan baş ağrılarıdır.

Primer baş ağrılarından migren, toplumda yaygın görülen bir hastalıktır. Aile ve akrabalarında migren hastalığı olan kişilerde daha fazla görülmektedir. Görülme sıklığı çocukluk döneminde cinsiyet farkından pek etkilenmezken, ergenlik dönemine geçişle beraber kadınlarda daha fazla artış göstermektedir. Küresel Hastalık Yüğü 2018 çalışmasının sonuçlarına göre dünya genelinde saptanan prevalansı %14 olan migren, özellikle 50 yaş altındaki kişilerde engelliliğe en çok sebep olan nörolojik hastalık olarak açıklanmıştır (Selçuk ve Özdoğan, 2022). Migrenin oluşumuyla ilgili bilgilerin genellenebilirliğinin halen yeterli düzeye erişmemiş olmasına karşın, bu bilgiler bilimsel çalışmalarla istikrarlı olarak güncellenmektedir. Günümüzde kabul edilen nörovasküler teori, beyin damarlarının genişlemesi sonucunda açığa çıkan kimyasalların sinir sistemini uyarmasının ağrı ataklarına neden olduğunu açıklamaktadır.

Anlam ve özellik bakımından mükemmeliyetçilik; kişinin gerçekçi olmayan hedeflere ulaşamadığında kendisini ve bir diğerini algılama, eleştirme biçimindeki uyumsuzluk ve aşırılıktır. Yüksek standartlara erişme, potansiyeli zorlama ve başarı elde etme gibi isteklerle çoğu zaman karıştırılan mükemmeliyetçilik kavramı aslında kişinin başarı algısındaki işlevselliği bozan orantısız ve gerçeklik dışı beklentileri içermektedir. Çabalamanın amaca uygun bir biçimde gerçekleşmesi mükemmeliyetçilik değilken, durumun değişmezliğini ve kontrol edilemezliğini kabul edememe sonucunda aşırı çabalamak veya çabalamayı bırakmak mükemmeliyetçiliği daha iyi açıklamaktadır. Mükemmeliyetçiliği tek boyutta açıklayan yaklaşımların yerini zaman içerisinde çok boyutlu yaklaşımlar almıştır. Bu durum, kavramın mahiyetini kavram için genişletmekten ziyade halihazırda çok boyutlu olan mükemmeliyetçiliğin bilimsel çalışmalardaki yerinin

ve toplumdaki algılanışının derinleştirilmesine katkıda bulunmaktadır. Hewitt ve Flett tarafından 1991 yılında geliştirilen Çok Boyutlu Mükemmeliyetçilik Ölçeği ile kişilerin mükemmeliyetçiliğin farklı özelliklerine yönelik tutumları ölçülebilmektedir. Bu özellikler; kişinin kendine, başkasına ve toplumun beklentilerine yönelik mükemmeliyetçilik olmak üzere üç farklı boyuttan oluşmaktadır.

Duygular, duygulanma ve bağlanma biçimleri farklılık gösterse de bütün canlılara özgüdür. Dünyayı, yaşamı anlama hususunda duygusal tepkiler üzerine yapılan çalışmaların yeri oldukça büyüktür. Duyguların deneyimlenme, yorumlanma ve ifade edilme biçimleri öznel bağlamda ortaya çıkmaktadır. Bu öznel, her bireyin çevresel, genetik ve bireysel faktörler ile etkileşimini ifade etmektedir. Duygusal regülasyon ise kişinin duygusal tepkilerinin farkındalığını kazanma, baş etme stratejileri geliştirme, çevresinde olup bitenlere ve bir diğerine karşı uygun düzeyde duygulanım sergileyebilme becerisidir. Kendisiyle ve bir ötekiyle kurduğu ilişkiden doğan duyguları anlama, kabullenme ve ifade ederken uygun baskılama ve uygun belli etme yöntemlerindeki sorunlu süreçler ise duygu düzenleme güçlüğünü işaret etmektedir. Gratz ve Roemer (2004) tarafından oluşturulan Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği ile bireylerin duygusal düzenleme güçlüğü düzeylerine ilişkin bilgiler elde edebilmekteyiz. Ölçek; duygusal farkındalığın yeterli düzeyde olmaması, duygusal tepki ve davranışların anlaşılması, kabul edilmemesi, fonksiyonel stratejiler oluşturamama, dürtüleri kontrol edememe ve amaca uygun hareket edememe olarak altı farklı alt boyuttan oluşmaktadır.

Teknik olarak, duyguları olumlu ve olumsuz olarak kategorize etmek uygun olmayan bir yaklaşımdır. Olumsuzluğa neden olan duygunun kendisi değil, duygunun düzenlenme biçimidir. Bu konuda özellikle öfke duygusu ile daha fazla çalışma yapmanın gerekliliği üzerinde durmaktayız. Öfke, ihtiyaç duyulmanın yokluğu veya eksikliğine gösterilen bir duygusal tepkidir. Bu ihtiyacın kişi tarafından anlaşılması ve değerlendirilmesi için öfkenin işlevsel düzeyde ortaya çıkması beklenilmektedir. Öfkenin artarak saldırgan bir tutuma dönüşmesi ya da aşırı baskılanarak başka problemlere sebep olması söz konusu olmaktadır. Genel olarak öfke, yok sayılmaması veya varlığını kullanarak güç elde edilmeye çalışılmaması gereken bir duygudur. Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği (Spielberger, 1988) öfkeyi farklı boyutlarıyla ele alarak geliştirilmiştir. Öfkelenme eğilimini, öfkenin ne derece içte tutulup ne derece yansıtıldığını ve hangi düzeyde kontrol edildiğini ölçmektedir.

Weber (1932) migren hastalığı üzerindeki psikolojik faktörleri inceleyen çalışmasında stres ve gurur zedeleyici durumlar karşısında kişilerin migren ataklarının arttığını bildirmiştir. Wolff tarafından 1937 senesinde yapılan çalışmada ise migren hastalarının kırılgan ve mükemmeliyetçi yapıda oldukları ifade edilmektedir. Araştırmamız yönünü ve değişken seçimini belirlerken özellikle bu iki çalışmadan etkilenmiştir. Güncel araştırmalara baktığımızda ise mükemmeliyetçilik ve migren ile ilgili bağlantının farklı bileşenler içerdiğini de görmekteyiz. Gerilim tipi baş ağrısı, psikolojik bozukluklar ve çevresel koşullar gibi birçok etkenin mükemmeliyetçilik üzerindeki etkisi bilinmektedir. Bu araştırma, mükemmeliyetçi yapının migrenin tetikleyicilerinden biri olma ihtimalini gözeterek sürdürülmüştür. Buna ek olarak, duygu düzenleme konusunda literatürde yeterli sayıda çalışma olmadığını görmekteyiz. Öfke ile migren ilişkisine dair birçok çalışma bulunmaktadır. Öfke ve duygu düzenleme gücünün kavramlarını çalışmaya dahil etmenin pekiştirici nitelikte olacağını düşünmekteyiz. Araştırmamız bu bağlamda çok boyutlu bir bakış açısıyla migren hastalığı olan ve olmayan bireylerin duygusal ve düşünsel farklılıklarını bazı perspektiflerden anlamaya ve anlatmaya çalışmaktadır.

1.1. Problem

Migren hastası olma durumu ile sağlıklı olma durumları arasında, mükemmeliyetçilik özellikleri, duygu düzenleme gücünün düzeyleri, öfkelenme eğilimi ve öfke ifade tarzları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklar var mıdır?

1.2. Hipotezler

- H₁: Migreni olan bireylerin mükemmeliyetçilik düzeyleri migreni olmayanlardan yüksektir.
- H₂: Migreni olan bireylerin kendine yönelik mükemmeliyetçilik düzeyleri migreni olmayanlardan yüksektir.
- H₃: Migreni olan bireylerin başkasına yönelik mükemmeliyetçilik düzeyleri migreni olmayanlardan yüksektir.
- H₄: Migreni olan bireylerin toplumsal beklentiye dayalı mükemmeliyetçilik düzeyleri migreni olmayanlardan yüksektir.

- H₅: Migreni olan bireylerin duygu düzenleme güçlüğü düzeyleri migreni olmayanlardan yüksektir.
- H₆: Migreni olan bireyler için duygusal tepkilerin anlaşılma düzeyi kontrol grubuna göre düşüktür.
- H₇: Migreni olan bireylerin duygusal tepkilerine yönelik farkındalık düzeyleri migreni olmayanlardan düşüktür.
- H₈: Migreni olan bireylerin duygusal tepkilerini kabul etme düzeyleri migreni olmayanlardan düşüktür.
- H₉: Migreni olan bireylerin işlevsel duygu düzenleme stratejileri edinme düzeyi migreni olmayanlardan düşüktür.
- H₁₀: Migreni olan bireylerin duygusal tepkilerine dair dürtülerini kontrol etme düzeyleri migreni olmayanlardan düşüktür.
- H₁₁: Migreni olan bireylerin duygusal tepkilerinin amacı gerçekleştirmeyi engelleme düzeyleri migreni olmayanlardan yüksektir.
- H₁₂: Migreni olan bireylerin öfkelenme eğilimi düzeyleri migreni olmayanlara göre yüksektir.
- H₁₃: Migreni olan bireylerin öfkelerini içte tutma düzeyleri veya öfkeyi dışa yansıtma düzeylerinden herhangi biri veya her ikisi migreni olmayanlardan yüksektir.
- H₁₄: Migreni olan bireylerin öfkelerini kontrol etme düzeyleri migreni olmayanlardan düşüktür.

1.3. Araştırmanın Sayıltı ve Sınırlılıkları

Örneklem grupları araştırma evrenini temsil etmektedir. Araştırmada toplanılan veriler; 18-55 yaş aralığında, daha önce nöroloji kliniğine başvurup migren tanısı almış 46 kişi ve migren tanısı olmayan 47 kişi olmak üzere toplamda 93 katılımcıya uygulanan Demografik Bilgi Formu, Düzenlenmiş Dahil Etme Prosedürleri, Migren Yeti Yitimi Değerlendirme Ölçeği, Çok Boyutlu Mükemmeliyetçilik Ölçeği, Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği ve Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı ölçekleri ile sınırlıdır. Katılımcıların ölçek maddelerini içtenlikle yanıtladıkları varsayılmaktadır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 Ağrı

2.1.1. Ağrının Tanımı

İngilizce karşılığı ‘‘pain’’ olan, ağrı ve acı anlamlarındaki kelimenin kökeni Latince’de işkence, ceza anlamlarına gelen ‘‘poena’’ kelimesinden gelmektedir (Öztürk, 2013).

Uluslararası Ağrı Araştırmaları Derneği (IASP)’nin 1979 yılında yaptığı kapsayıcı tanıma göre ağrı; doğrudan ya da bir doku hasarına bağlı olarak ortaya çıkan, duyulara ve duygulara dayalı rahatsız edici bir deneyimdir.

Toplumun büyük çoğunluğunun yakındığı bir sağlık sorunu olan ağrı; hem hastalıkların diğer belirtileriyle ortaya çıkan bir bulgu hem de bir hastalık olabilir. (Erdine, 1991).

Hoş olmayan bir deneyim olarak ifade edilen ağrı hissi; vücuttaki bir rahatsızlıktan kaynaklandığından dolayı, hastalığın varlığının fark edilmesinde etkin bir role sahiptir. Geçmişten bugüne kişiler tarafından ağrının nasıl ve ne derece yaşantılandığı ile çevresel faktörler arasında önemli bir bağlantı vardır.

Ağrımak ve ağrıtmak eylemlerine yakından bakıldığında; birinde ağrıyan, diğerinde ağrımaya yol açan yapı söz konusudur. Ağrıyan yapı vücudun bir bölgesi olurken, ağrıya neden olan yapı bir bozukluktan kaynaklanır. Ağrının anlaşılması için ağrıyanın ve ağrı nedeninin birlikte incelenmesi gerekir. Ağrının nedeni, oluşumu, hangi karakterde olduğu, zamanı, süresi, neye neden olduğu, arttığı durumlar, azaldığı durumlar, kimlerde daha fazla görüldüğü, gerçekleştiği bölge ve şiddet düzeyi araştırılarak ağrı tanımlanır ve problemin çözümü için çeşitli yöntemlere başvurulur.

2.1.2. Ağrının Tarihçesi

Ağrı, insanlık tarihi boyunca var olmuş bir sağlık problemidir. Daha eski çağlarda ağrılara yüklenen anlam kültürel ve dini olarak farklılıklar göstermiştir. Teknoloji ve tıbbın gelişmesiyle birlikte, büyücüler yerini hekimlere, ağrıyı dindirmenin ilkel yolları ise modern tedavi sistemlerine dönüşmüştür.

Fransız cerrah René Leriche 1930 yılında ağrıyı bir hastalık olarak tanımlamıştır. Ağrının başlı başına bir hastalık olabileceği fikrinin kabul edilmesi ile Algoloji bilim dalı ortaya çıkmıştır.

İkinci Dünya Savaşı'nda yaralanan, hasta olan askerleri tedavi eden hekimler, savaştan sonra edindikleri deneyimlerle çalışmalarına devam etmişlerdir. Bonica bu hekimlerden biridir ve 1946 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) ilk ağrı kliniğini kurmuştur (Erdine, 1991). Bonica 1973 yılında Uluslararası Ağrı Araştırmaları Derneği'nin kurulmasında öncülük eden isimdir.

2.1.3. Ağrı Kuramları

Özgüllük (Spesifite) Teorisi: Frey (1895) ağrıyı bağımsız bir duyum olarak tanımlamıştır. Dokunsal uyanların belirli düzeydeki yoğunluğuyla ağrı hissinin ortaya çıktığını ifade etmektedir.

Kapı Kontrol Teorisi: Melzack ve Wall tarafından 1962 yılında ortaya konulmuştur. Ağrıya dair birçok verinin iletildiği sistemde ağrının azalmasını sağlayan verilerin diğerlerinin geçişini yönlendirmesini ele alır. İnce lifler, ağrı uyarısını spinal kordun dorsal boynuzundaki hücrelerden geçirip üst sistemlere iletir. Kalın lifler ise spinal kordun arka boynuzundaki substantia gelatinosa hücrelerinden geçerek üst sisteme iletilir. A beta liflerinin C liflerinden daha hızlı ilerlemesi, ağrıyı azaltan bir kapı işlevi görür. Ağrıya ilgili olmayan başka bilgilerin kapıyı kapalı tutması veya ağrının açılan kapıdan geçmesini kolaylaştırması mümkündür. Bu bilgiler refleksler ve isteğe bağlı davranış biçimlerini de kapsamaktadır (Esener, 1983). Ağrının algılanma düzeyine dikkat çeken teori, birçok çalışmaya öncü olmuştur.

Biyopsikososyal Model: Psikiyatrist George Engel tarafından 1977 yılında tanımlanması, ağrıların biyolojik, sosyal ve psikolojik etkenlerinin kapsamlı bir biçimde ele alınma fırsatını ortaya çıkarmıştır. Ağrıya yüklenen anlam ve gösterilen yatkınlığın kişiden kişiye değiştiğini açıklamaktadır.

2. 1. 4. Ağrının Sınıflandırılması

Uluslararası Ağrı Araştırmaları Derneği (IASP) tarafından 2011 yılında güncellenen sınıflandırmada ağrılar, eksen boyutunda tanımlanmıştır: Ağrının vücutta gerçekleştiği bölge, ağrının etkilediği sistemler, ağrının meydana gelme süresi, ağrının şiddeti ve ağrının etiyojisi (yılı).

- **Nörofizyolojik Mekanizma:** Nosiseptif, somatik, visseral.
- **Süreyle Bağlı:** Akut ağrı, kronik ağrı.
- **Etiyojistik:** Kanseri ağrısı, postherpetik nevralji, orak hücre anemi ağrısı, artrit ağrısı.
- **Bölgesel:** Baş ağrısı, yüz ağrısı, bel ağrısı, pelvik ağrı.

Akut ağrılar nedeninin anlaşılması ve tedavi edilmesi bakımından daha basit yapıdadır. Hastalık, travma, cerrahi müdahaleler gibi durumlardan kaynaklanır. Tedavi edildiğinde etkileri ortadan kaybolmaktadır. Akut ağrılar, sağlığın korunması adına önemli uyarılardır (Hazar, 2023). Kronik ağrılar ise en az 3-6 ay süren, sebebinin anlaşılması, tedavi edilmesi daha zor ve karmaşık olan ağrılardır. Biyolojik, psikolojik ve sosyal bileşenlerden oluşur (Irmak, 2009).

Psikosomatik ağrı olarak tanımlanan ağrı türünde ise üç özellik mevcuttur:

- Var olan hastalığa gösterilen bilişsel, duygusal tepkiler ve davranış biçimleri ağrının seyrini etkiler. Hastalığın oluşumunda ruh halinin etkisini açıklamaktadır.
- Var olan ağır hastalıklar (kanseri gibi hastalıklar) ve kronik ağrıların ruhsal etkilerinden dolayı biçimde doğmaktadır.
- Organik bir sebebe bağlı olmayan, hastalıktan veya biyolojik bir hasardan kaynaklanmayan ancak hissedilmeye devam eden ağrılardır. Bastırılan duygular fiziksel belirtiler yoluyla kendini gösterir (Schreiber, 2022).

2.2. Baş Ağrısı

Başın herhangi bir bölgesinde oluşan ağrılardır. Ağrının ortaya çıktığı bölge ve şiddeti kişiden kişiye farklılık gösterir (Demir, 2022). Kişiler stres kaynaklı baş ağrıları ya da şiddetli ağrılar yaşarlar. Şiddetli ağrılar kişilerin günlük yaşamını büyük ölçüde kısıtlar.

Bazı baş ağrıları psikolojik kökenli olurken bazıları nörolojik rahatsızlıkların belirtisidir. Baş ağrısının kendi içinde sınıflandırılan bir hastalık olabileceği de unutulmamalıdır (Metin, 2022). Her 100 kişiden 90'ı yılda en az bir kez baş ağrısı deneyimler. Merkezi sinir sistemi veya diğer sistemlerdeki hastalıklarla bağlantılı olmasa da baş ağrısı ortaya çıkabilir. Uluslararası Baş Ağrısı Derneği (IHS) 1988 yılında, baş ağrılarını primer ve sekonder olarak iki grupta sınıflandırmıştır, 2004 yılında ise tanı kriterlerini güncelleyip 220 çeşit primer ve sekonder baş ağrısı tipi tanımlamıştır (Kaya, 2015).

Primer baş ağrılarında baş ağrısına yol açan fizyolojik bir sebep yoktur, baş ağrısının kendisi bir hastalık ve sorun statüsündedir. Baş ağrılarının %90'ı primer baş ağrısıdır. Primer baş ağrıları; migren, gerilim tipi, küme baş ağrılarıdır. Sekonder baş ağrıları ise kafa travması, madde kullanım veya madde yoksunluğu, beyin kanaması, beyin damarlarında tıkanıklık, enfeksiyon ve kafa içi basınç sebebiyle ortaya çıkar. Baş ağrılarındaki oranı %10'dan azdır (Cansever, 2014).

Sürekli baş ağrısı olan kişilerin çoğu, baş ağrısı yaşadıklarında ağrı kesici ilaçlar alırlar. Böylece sorun teşkil eden asıl ağrı nedeni göz ardı edilmektedir. (Semerci, 2013). Baş ağrılarının anlaşılması ve tedavisi önemlidir. Bu yüzden baş ağrısı şikayeti olan kişilerin baş ağrısına neden olan hastalıklara ilişkin olarak ilgili kliniklere (kardiyoloji, dahiliye, ortopedi, nöroloji, psikiyatri vb.) başvurmaları gerekmektedir.

2.3. Migren

2.3.1. Migrenin Tanımı

Migren, kişilerin yaşamlarındaki işlevselliği olumsuz yönde etkileyen bir baş ağrısı türüdür. Genellikle başın bir yarısında gerçekleşen ve yarım baş ağrısı olarak da ifade edilen hastalık, orta veya dayanılması güç şiddetteki zonklayıcı ağrı ataklarıyla karakterizedir. Başka bir hastalığın meydana getirdiği bir bulgu olmayan migren, otonom sinir sisteminin fonksiyonel aksaklıkları sonucunda oluşan bir hastalıktır. Damarlarda büzülmenin gerçekleşmesi halsizlik hissine ve duyuların hassaslaşmasına; bağırsakların yavaşlaması ise bulantı hissi veya kusmaya sebebiyet verir (Gökmen, 2014).

Migren, nörolojik, gastrointestinal ve otonom süreçlerin farklı biçimlerde eşlik ettiği bir primer epizodik baş ağrısı bozukluğudur (Demir, 2017).

Erdener'e göre migren hastalığı; baş bölgesinde işleyen ağrı sisteminin normalin dışında hareket etmesidir. Bir yandan nörolojik bir hastalık olan migrenin anlaşılması meselesinin tam anlamıyla hallolmadığına dikkat çeken Erdener, diğer taraftan bilimin ilerlemesiyle bu zorlayıcı hastalığa ve tedavisine dair daha fazla bilgiye erişebilme imkanının doğduğundan bahseder (Erdener, 2019).

Migren hastalığında baş ağrısı tek belirti değildir. Ağrıya eşlik eden ve migreni diğer baş ağrılarından ayıran klinik özellikleri bulunmaktadır:

- Ağrı ataklar halinde gelir.
- Altı ay içerisinde en az beş ağrısı atağı olur.
- Atakların süresi herhangi bir tedavi, ilaç kullanımı olmaması durumunda 4-72 saat sürer. Bu süre çocuklar için 2-72 saattir.
- Ağrı zonklayıcı ve tek taraflıdır.
- Ağrının şiddeti orta veya daha fazladır.
- Sıradan bir fiziksel aktivite ile dahi ağrının şiddeti artar.
- Ağrıya eşlik eden bulantı hissi veya kusma olması, sese ve ışığa hassasiyet olması.
- Baş ağrısının başka bir sebepten kaynaklanmaması gerekir (Yücel, 2008).

Migren hastalığı olan kişiler, iş hayatlarında yaşadıkları performans kayıpları nedeniyle uzun vadede artan maddi problemlerle karşılaşırken; sosyal alandaki planlarının hastalıktan dolayı sekteye uğramasıyla, zaman yönetimini ve kişilerarası ilişkilerde istikrarı sağlama imkanını tatmin edici düzeyde sağlamaları zorlaşmaktadır (Saip, 2019).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2013 verilerine göre, migren engellilik oluşturan bir hastalıktır ve bu engellilik sonucunda ortaya çıkan sene kayıpları bazında dünya genelinde 6. sebeptir.

2.3.2. Migrenin Tarihçesi

Migren hastalığı, oldukça eski bir geçmişe sahiptir. Eski Mısırlılar'a ait ‘‘Ebers Tıp Papirüsü’’ üzerindeki yazıda migrenden ilk defa bahsedilir. Hipokrat, M.Ö.400 yılında migren baş ağrısı olan hastaların kusma sonrasında daha rahat hissettiklerini ifade etmiş ve hastalığın görsel aura semptomlarının varlığını incelemiştir. Kapadokyalı Aretaeus, migrenin başın bir yarısında gerçekleşen, ışığa ve sese karşı hassasiyet oluşturan bir hastalık olduğuna dair ilk bilimsel açıklamaları yapan kişi olarak bilinir. Migrenin terim olarak ortaya çıkış öyküsünde ise Bergamalı Galen, ‘yarım baş, kafatasının yarısı’ anlamına gelen ‘hemikraniya’ terimini bulan kişidir. Zaman içerisinde bazı değişikliklerle güncel olarak kullanılan ismine dönüşmüştür. (İşcen, 2010).

15.yüzyılda İslam tıbbının, tedavi yöntemine getirdikleri önemli katkılar göze çarpmaktadır. Bu yöntemlerden en dikkat çekici olanı ise başı delme işlemi yerine baş bölgesine yapılan dağlama müdahalesidir. Bu yöntem günümüzde modern tıbbın ilaca yanıt vermeyen baş ağrılarına uyguladığı protokolün geliştirilmesine katkıda bulunmuştur. Batı dünyasına baktığımızda ise, aydınlanma sonrasında migren hastalığına dair yapılan bilimsel çalışmaların ivmesi hız kazanmıştır. Sene 1865’e geldiğinde Edward Liveing, migren hastalığına ‘otonom sinir sistemi bozukluğu’ tanımlamasını yapmıştır. 20. Yüzyılda, nöral terapinin ilk tanımlayıcıları olan Alman doktor kardeşler Ferdinand ve Walter Huneke, kardeşlerine enjekte ettikleri lokal anestezi maddenin migrene iyi geldiğini gördüklerinde bu tedaviyi geliştirmişlerdir (Gökmen, 2015).

2.3.3. Migrenin Oluşumu

Migren ağrısının oluşumuna dair, yakın zamana kadar damarsal süreçler üzerinde durulmuştur fakat güncel araştırmalar migrenin yalnızca damarsal kökenli bir hastalık olmadığını, trigeminovasküler sistemdeki mekanizmaların ağrılarla ilişkisini ortaya koyarak ispatlamıştır (Balım, 2018). Migrenin fizyopatolojisine özetle değinecek olursak; bazı kişiler farklı olarak ağrıdan önce aura belirtisi gösterse de beyin damarları daralmaya başladığında hemen baş ağrısı başlamaz. Damarlar kasıldıkça beyine az kan gider ve oksijen yetersiz iletilir. Serotonin, damar kasılmalarına sebebiyet verdiğinden ağrının oluşmasında etkilidir. Trigeminoasküler sistemin uyarılmasıyla ağrıya neden olan vazodilatasyon meydana gelir.

Kadınlarda daha fazla görülen bir hastalık olan migrenin, östrojen hormonuyla doğru orantılı bir ilişkisi vardır. Hastalığın aile öyküsü de önemli etkenlerdendir.

2.3.4. Epidemiyoloji

Migren, dünya üzerinde hastalık yükü en fazla olan hastalıklardan biridir. Dünya Sağlık Örgütü'nün açıkladığı sıralamada, en sık görülen nörolojik bozukluk olarak ilk, diğer hastalıklar arasında ise 6. sıradadır (Saip, 2019).

Danimarka'da yürütülen ve 12 yıl süren migren insidans çalışmasında, bir yıl içerisinde her 1000 kişi içerisinde migren hastalığına yakalanma ihtimali olan kişi sayısının 8.1 olduğu saptanmıştır. Migreni olan birey sayısının artma ihtimali hem kadın hem erkeklerde olmak üzere 25-34 yaş aralığında en yüksek, 55-64 yaş aralığında en düşük bulunmuştur. Türkiye'de yürütülen 5 yıllık insidans çalışmasına bakıldığında, bir yıl içerisinde migren hastalığına sahip olma ihtimali kadınlarda %2,98, erkeklerde %1,93 ve genel ortalama bazında %2,38 olarak saptanmıştır, bu da her 1000 kişide 23.8 kişiye tekabül etmektedir (Lipton vd., 2021)

Dünya genelinde yapılan prevalans çalışmalarına baktığımızda ise, migrenin görülme sıklığı %15 olarak bulunmuştur. Hastalığın görülme sıklığı en yüksek Güney Asya %25-35 aralığında ve en düşük Çin %9 oranında belirtilmektedir. Dokuz Avrupa ülkesinde yürütülen başka bir çalışmada toplanan veriler ışığında ise bu oran %35 olarak belirlenmiştir. Amerika Birleşik Devleti (ABD)'nin açıkladığı tahmini verilere göre migren yaygınlık oranı, yıllık %12-13 aralığında belirtilmektedir. Türkiye'de 2012 yılında gerçekleştirilen prevalans çalışmasının sonucunda sabit yıllık prevalansı %16,4 olarak bildirilmiştir. Kronik migren prevalansına değinecek olursak; dünya üzerinde %1-%3 aralığında saptanmıştır. Toplumda migren görülme sıklığı, kadınlarda erkeklere göre 2-3 kat daha fazladır. Erkeklerde kadınlara göre yaş ilerledikçe migrenin azalma hızı daha düşüktür. Kıtalar arasında prevalans farkı değerlendirildiğinde, Afrika kıtasındaki veriler diğer kıtalara kıyasla daha düşüktür. Çocuklarda ise ergenlik öncesi dönem için kayda değer bir cinsiyet farkı saptanmamıştır. Ancak hastalığın yaygınlığı ergenlik sonrası hızla artmaktadır (Uludüz vd., 2023)

Global Hastalık Yüğü 2019 yılında dünya genelinde migren prevalansının yaşa göre düzenlenmiş dağılımının %14.72 olduğunu açıklamıştır (Karlı vd., 2022).

Türkiye Migren Raporu (2021) verilerine göre, migren hastalığının Türkiye prevalansı %16,4 olarak açıklanmıştır. Ülkemizde yaklaşık 13,1 milyon migren hastası bulunmaktadır.

2.3.5.Sınıflandırma

Uluslararası Baş ağrısı Birliği (IHS) 2018 yılında migren hastalığına dair güncel bir sınıflandırılma yayınlamıştır. Migren hastalığının farklı kategorileri aşağıda verilmektedir:

1. Migren
 - 1.1. Aurasız migren
 - 1.2. Auralı migren
 - 1.2.1. Tipik auralı migren
 - 1.2.1.1.Baş ağrılı tipik aura
 - 1.2.1.2.Baş ağrısız tipik aura
 - 1.2.2. Beyin sapı auralı migren
 - 1.2.3. Hemiplejik migren
 - 1.2.3.1.Familyal hemiplejik migren (FHM)
 - 1.2.3.1.1. Familyal hemiplejik migren tip 1 (FHM1)
 - 1.2.3.1.2 Familyal hemiplejik migren tip 2 (FHM2)
 - 1.2.3.1.2. Familyal hemiplejik migren tip 3 (FHM3)
 - 1.2.3.1.3. Familyal hemiplejik migren, diğer lokus
 - 1.2.3.2.Sporadik hemiplejik migren (SHM)
 - 1.2.4. Retinal migren
 - 1.3. Kronik migren
 - 1.4. Migren komplikasyonları
 - 1.4.1. Migren statüsü
 - 1.4.2. Enfarkt olmaksızın ısrarlı aura
 - 1.4.3. Migrenöz enfarkt
 - 1.4.4. Auralı migren atağı ile tetiklenmiş nöbet
 - 1.5. Olası migren
 - 1.5.1. Olası aurasız migren

1.5.2. Olası auralı migren

1.6 Migrenle ilişkili olabilen epizodik sendromlar

1.6.1. Tekrarlayan gastrointestinal bozukluk

1.6.1.1. Siklik kusma sendromu

1.6.1.2. Abdominal migren

1.6.2. Benign paroksizmal vertigo

1.6.3. Benign paroksizmal tortikollis

2.3.6.Migren Tanı Kriterleri

2.3.6.1. Aurasız Migren Tanı Kriterleri

Tanı kriterleri, Uluslararası Baş Ağrısı Topluluğu (ICHD-III) tarafından 2013 yılında tanımlanmıştır.

A. Geçmişte, B ve D kriterlerini dolduran en az beş atak geçirmiş olmak

B. Baş ağrısı ataklarının 4-72 saat sürmesi (tedavisiz/tedavi sürmekte/başarısız tedavi)

C. Baş ağrısının aşağıdaki özelliklerden en az ikisini karşılaması

1. Tek taraflı yerleşim

2. Zonklayıcı türde

3. Orta veya şiddetli ağrı

4. Fiziksel aktivitelerle ağrının şiddetlenmesi ve aktivitelerde kısıtlılık

D. Ağrıya aşağıdaki semptomlardan en az birini karşılaması

1. Mide bulantısı ve/veya kusma

2. Fotofobi ve/veya fonofobi

E. Alta yatan başka bir hastalıkla açıklanmaması

2.3.6.2. Auralı Migren Tanı Kriterleri

Ağrı başlamadan önce belirti verir. Süresi 5 dakika ile 60 dakika arasında değişir. Geçici konuşma, görme ve hareket etme bozukluklarına sebep olabilir.

A. B ve C kriterlerini içeren en az iki atak geçirmek

B. Tam düzelen (geçici bozucu) aşağıdaki aura semptomlarından en az birinin olması

1. Görsel
2. Duysal
3. Konuşma ve/veya lisan
4. Motor
5. Beyin sapı
6. Retinal

C. Aşağıdaki altı özellikten en az üçünün karşılanması

1. En az bir aura semptomunun 5 dakika veya daha uzun sürede ortaya çıkması
2. İki veya daha fazla aura semptomunun peşpeşe görülebilmesi
3. Aura semptomlarının 5-60 dakika sürmesi
4. En az bir aura semptomunun tek taraflı olması
5. En az bir aura semptomunun pozitif bulgu içermesi
6. Auranın 60 dakika içinde başlayan baş ağrısı ile birlikte olması

D. Başka bir ICHD-3 tanısı ile daha iyi açıklanmaması

2.3.7. Migrenin Evreleri

Migren, dört farklı evrede ortaya çıkan semptomlardan oluşan bir hastalıktır. Migren; prodrom, aura, atak ve postdrom dönemlerinden oluşur.

- **Prodrom Dönemi:** Baş ağrısından önce ortaya çıkan süreçtir. Saatlerce, günlerce sürebilir. Kişide ani duygusal değişimler gözlemlenir. Huzursuzluk hissi başlayabilir, kişi karamsar düşüncelere girebilir. İştah artışı, hareketlenme, çok su içme, çok konuşma ve sakarlık gibi belirtilerle gelir. Halsizlik hissi bu sürecin en yaygın belirtilerindendir.
- **Aura Dönemi:** Görsel, duysal, konuşma, beyin sapı ve retinal süreçleriyle ilgilidir. Halisünasyonlar; cisimleri bozuk görme, ışık kesitleri veya ışık çakması biçimlerinde belirtilerle eşlik eder. Konuşmada bozulmalar olabilir, kişi dalıp gidebilir.
- **Atak Dönemi:** Tipik aurasız migren özellikleri taşır. Baş ağrısı atağının yaşandığı süreçtir. Ağrı zonklayıcı, tek taraflı veya nadiren başın iki yarısında birden gerçekleşir. Fiziksel aktivite ile ağrının şiddeti artar. Etkin tedavi süreci söz konusu değilse erişkinlerde 4-72 saat, çocuklarda 1-48 saat sürebilir. Kişilerin

büyük çoğunluğunda bulantı hissi olur. Sese ve ışığa karşı hassasiyet vardır. Sessiz ve karanlık bir yerde dinlenmek kişiye iyi gelir.

- **Postdrom Dönemi:** Ağrının giderek azaldığı süreçtir. Bazı kişiler bu evrede yorgun, halsiz hissederken bazıları dinç hissedebilir.

2.3.8. Migreni Tetikleyici Faktörler

Migren ağrısının oluşumunda birçok etken vardır. İçinde bulunulan şartlar ve tetikleyici faktörler migren atağının başlamasında rol oynar. Migreni tetikleyen etkileyen bazıları; hormonal değişiklikler, çevresel faktörler, beslenme, egzersiz, adet döngüsündeki değişiklikler, doğum kontrol hapları, gebelikteki bazı dönemler, yanıp sönen ışıklar, öfke, aşırı heyecan, aşırı sevinç, stres, açlık, duman, keskin kokular, düzensiz uyku, kafein, hava değişimleri olarak sıralanabilir (Tarlacı, 2013).

Yaman ve diğerleri tarafından 2007 yılında yürütülen çalışmada migrenin en yaygın tetikleyici faktörleri; stres, gerginlik, uykusuzluk, açlık, yorgunluk ve gürültü olarak saptanmıştır.

İlik ve diğerleri (2019) tarafından akıllı telefonların migren ataklarını tetikleyen faktörlerden biri olduğu saptanan çalışmada ayrıca, migren hastaları arasında akıllı telefon kullanımının daha fazla olduğu grubun Migren Yeti Yitimi (MIDAS) ve Vizüel Analog Skala (VAS) puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Migren hastalarının fazla ağrı kesici kullanmaları migrenin kronikleşmesine sebep olmaktadır (Koçer, 2017). Bu durum kişilerin hastalığının tanımlanmasının önüne geçmekle birlikte; eğer ağrı henüz kronik değilse bile, uygun olmayan müdahaleler sonucunda ağrıların süreğen hale gelmesi demektir.

2.4. Mükemmeliyetçilik

2.4.1. Mükemmeliyetçilik Tanımı

Kavramsallaştırma açısından mükemmeliyetçiliğe dair genelgeçer, herkesçe benimsenmiş bir tanım bulunmamaktadır. Mükemmeliyetçilik, anlamsal olarak kutupsal

öğeler barındıran, birçok alt boyutları olan; ortak bir tanımla açıklanması zor bir kavramdır (Eravşar, 2021).

Adler (1956) mükemmeliyetçiliği açıklarken, insanın dünyaya geldiği andaki muhtaçlığının yetersizlik duygusunu beraberinde getirmesinden bahsetmiştir. Bunun sonucunda kişinin bu duyguyla başa çıkması için mükemmeliyetçilik bir dürtüye dönüşmüştür. Bu dürtünün yalnızca zararlı yönleri olmadığını, faydaya çevirebilmenin de mümkün olduğunu ifade etmiştir.

Freud (1959) mükemmeliyetçiliğin süperegounun başarı odaklı baskıları sonucunda ortaya çıktığını ifade eder.

Hollender'e (1965) göre, kişiler güvende hissetmek adına hata yapabilmeyi, kusurlu olabilmeyi hiçbir şekilde dahil etmedikleri mükemmel bir performans hedeflerler.

Hamachek (1978), nevrotik ve normal olmak üzere mükemmeliyetçiliği ikiye ayıran bir tanımlama yapmıştır. Normal mükemmeliyetçilik adaptif ve sağlıklıyken, nevrotik olan işlevsizdir. Normal mükemmeliyetçilikte kişi belirlediği gerçekçi, yüksek standartları başarmaktan duyduğu haz ve kendini takdir etme ile öz yeterlik geliştirirken, nevrotik mükemmeliyetçilikte kişi kendine belirlediği gerçek dışı yüksek standartlara ulaşamadığında yaşadığı hayal kırıklığıyla başa çıkamaz.

Burns (1980) mükemmeliyetçiliği bir yanılsama olarak ifade eder ve mükemmel olmak için sarfedilen uğraşların aslında sonuç vermediğini, mükemmelliğin gerçeğe uygun olmadığını belirtir. Mükemmeliyetçilik genelde işi bitirememekle sonuçlanır. Her neticeden çok memnun olunamayacağı gerçeğine katlanamamak mükemmeliyetçilikle ilgilidir.

Mükemmeliyetçi kişiler için sevilme duygusuna erişmek, takdir görmekten geçer. 'Ya hep ya hiç' bakış açısıyla hareket ederek dengeyi sağlayamazlar (Pacht, 1984).

Mükemmeliyetçi kişiler, çevresindeki kimselerin yaptıkları hatalara ve azla yetinmelerine tepkisiz kalamaz, bu yüzden ilişkilerinde sorunlar yaşarlar (Elliot, 1989).

Slade ve Owens (1998) mükemmeliyetçiliği olumlu ve olumsuz olarak ikiye ayırmıştır. Olumlu mükemmeliyetçilikte olumlu, memnun edici sonuçların ortaya çıkması için yüksek standartlar oluşturulurken, olumsuz mükemmeliyetçilikte, rahatsızlık veren sonuçlardan kaçınmak için yüksek standartlara başvurulur (Say, 2020).

Antony ve Swinson'a (2009) göre ise mükemmeliyetçi kişiler, hayatlarındaki her detaya gerekenden daha fazla dikkat ederek davranırlar. Bu kişiler, güvenlik arayışı ile bütün hamlelerini aşırı kontrol eder, aşırı planlar, aşırı düzenlerler. Bu yüzden de seçim yaparken kararsız kalır, erteler veya çok zaman harcayıp işlerini bitirmekte zorlanırlar.

Mükemmeliyetçilik, kişinin çoğunlukla farkında olmadığı, kendisini güçlü kılan bir özellik olarak algıladığı ve gerçekleştirilmesi güç standartlara ulaşmaya çabaladıkları bir durumdur (Grande, 2021).

Mükemmeliyetçiliğin en önemli nedenlerinden biri onay alma ile ilgilidir. Ebeveyn tarafından aşırı eleştirilmek, eleştiri sebeplerinin direkt ve açıklayıcı olmaması, örnek alınan mükemmeliyetçi bir rol modelin varlığı gibi durumlara maruz kalan çocuğun mükemmeliyetçi olma ihtimali yükselir (Eravşar, 2021).

2.4.2. Tek Boyutlu Mükemmeliyetçilik

Genel olarak negatif yönleri üzerinde durularak, mükemmeliyetçiliğin kişilerin yaşantılarında ortaya çıkan olumsuz sonuç ve etkenlerle değerlendirilmesi tek boyutlu mükemmeliyetçiliği açıklar. Eski çalışmalar bu tek yönlülük ekseninde ortaya koyulmuştur. Oral'a (1999) göre mükemmeliyetçilikle ilgili yapılan araştırmaların tümünde bireylerin yaptığı genellemeler ile hem kendilerini hem de bir diğeri yargıladıkları, başarı olma durumuna göre kategorize ettikleri belirtilir. Bu kişiler belirsizliğe karşı netlik arayışında olan, plan üzerinde gerekenden fazla kurgulayan, kibar olma hususunda da aşırı özenli davranan kimselerdir (Eravşar, 2021).

Tek boyutlu mükemmeliyetçilik, sorunlu olanın vurgusunu yapmıştır. Missildine (1963) mükemmeliyetçi özellikteki kişilerin düşük benlik saygısı ve yetersiz öz sevgiye sahip olmaları bakımından yaşamlarında doyum sağlamadıklarını ifade etmiştir. Greenspon'a (2014) göre, başarıya ulaşanlar mükemmeliyetçi özelliklerine rağmen bunu başarırlar. Bu mükemmeliyetçiliğin sağlıklı olabileceği anlamına gelmez. Başarıya ulaşma isteğinin ve elden gelenin en iyisini yapmak için çabalamanın mükemmeliyetçilikten ayırt edilmesi gerektiğinin üzerinde durmuştur.

Mükemmeliyetçiliğin, işlevselliği bozan bir etken olarak patolojik nitelik kazandığı durumların ele alınması, fizyolojik ve psikolojik hastalıklarla olan ilişkinin incelenmesine

katkıda bulunmuştur. Mükemmeliyetçilik bir kişilik özelliği ve tutumdur. Bazı kişilerin aşırı mükemmeliyetçi tutumları onlarda bazı psikolojik rahatsızlıklara sebep olmaktadır. En sık ilişkili olduğu hastalıklar; kaygı bozuklukları, depresyon ve öfke kontrol problemleridir (Erol, 2015; aktaran Eravşar, 2021). Mükemmeliyetçilikle alakalı bozuklukların bir kısmını; fibromiyalji, yeme bozuklukları, alkol ve madde kullanım bozukluğu, cinsel problemler (erken boşalma sorunu, sertleşme bozukluğu, vajinismus), migren, karın içi ağrılar, obsesif kompulsif bozukluk, huzursuz bağırsak sendromu olarak sıralayabiliriz.

2.4.3. Çok Boyutlu Mükemmeliyetçilik

Tek yönlü mükemmeliyetçilik çalışmalarının yeterli kavramsallaştırmayı sunmadığını ve mükemmeliyetçiliğin birden fazla boyuta sahip olduğunu savunan görüşler ortaya çıkarak çok boyutlu mükemmeliyetçilik araştırmalar yapılmıştır. Çok boyutlu odağın gelişmesine katkıda bulunan ilk çalışmalarda iki grupta incelenen mükemmeliyetçilik, zaman içerisinde ikiden fazla alt boyutlar çerçevesinde değerlendirilmiştir. Mükemmeliyetçiliğin farklı alt faktörler barındırması, güncel olarak çok boyutlu yapıya geçerlilik kazandırmaktadır. Mükemmeliyetçiliğin psikopatoloji ile ilişkisine dair çalışmaların yakın tarihlerde arttığı görülmektedir.

Frost ve diğerleri (1990) mükemmeliyetçiliğin 6 boyutunu tanımlamışlardır.

- **Yüksek Kişisel Standartlar:** Mükemmeliyetçi kişiler gerçekleştirebileceklerinden fazlasını umarak sınırları zorlamayı, aşırı yüksek standartlara ulaşmayı arzularlar. Gerçekleştiremediklerinde ise yaşadıkları hayal kırıklığı dayanılmaz olur. Mükemmeliyetçi kişi denilemeyecek ancak mükemmeliyetçi tutum gösteren bireylerde ise daha uyumlu tablolar ortaya çıkabilir. Potansiyellerini tam anlamıyla kullanıp başarıyı yakalama ihtimalleri daha yüksektir.
- **Düzen İhtiyacı:** Aşırı detaycı bir titizlikle hayatlarındaki her alanı düzenlemeyi hedefleyen mükemmeliyetçi kişiler, düzeni sağlayamadıklarında bundan çok rahatsızlık duyarlar. Gösterdikleri aşırı özen, vakit kaybına ve zihin yorgunluğuna sebep olur.
- **Ebeveynlerin Eleştirileri:** Ailenin eleştirileri eğer açıklayıcı ve yerinde değilse, kişi hata yapabilmenin mümkünüğünü, yeniden düzenlemek için keyifle öğrenebilmeyi

yeterince deneyimleyemez. Kişilerarası düzlemde de diğerlerini eleştirme eğilimi gösterir.

- **Ebeveynlerin Yüksek Beklentileri:** Kişi, ailesinin beklentilerini karşılamak, onay almak, kabul görmek ve ait hissetmek için daha fazla uğraş vermeye başlar. Başarısız olursa, hata yaparsa kabul görmeyeceğine dair güçlü bir inanç geliştirmiştir.
- **Hatalarla Fazla İlgilenme:** Kişi, bir hatanın varlığında başarıyı yok sayma eğilimine sahip olduğundan hata yapmamak için aşırı bir gayret gösterir. Mükemmeliyetçi kişiler için hataların bütün üzerindeki etkisi, matematikte yutan eleman olan 0 sayısının başka bir sayıyla çarpımının yine 0 çıkması gibidir.
- **Yapılan İşlerden Kuşku Duyma:** Mükemmeliyetçi kişiler yaptıkları işten kolayca memnun olamazlar. Sürekli olarak yaptıklarını kontrol eder, eksik ararlar. Bu nedenle çoğunlukla bir işi bitirmeleri güçleşir.

Frost ve diğerleri (1990) Frost Çok Boyutlu Mükemmeliyetçilik (Multidimensional Perfectionism Scale, MPS-F) ölçeğini geliştirdiklerinde psikolojik bozukluklarla en yakın ilişkili alt boyutun Hatalarla Aşırı İlgilenme olduğunu saptamışlardır. Düzen ve Yüksek Kişisel Standartların ise bireylere en çok fayda sağlayan alt boyutlar olduğunu belirtmişlerdir.

Hewit ve Flett (1991) mükemmeliyetçiliğin 3 boyutunu tanımlamışlardır.

- **Kendine Yönelik Mükemmeliyetçilik:** Mükemmeliyetçiliğin tek boyutlu tanımına en yakın olan boyuttur. Kendileri için belirledikleri oldurulması güç hedeflere ulaşmak için fazla çaba gösterir, gerçekleştiremediklerinde rahatsız olurlar ve suçlu hissederler.
- **Başkalarına Yönelik Mükemmeliyetçilik:** Kişi, diğerlerinden gerçekleştirilmesi güç beklentiler içerisinde olur. Çevresindeki kişilerin hata yapmasına anlayış göstermekte güçlük çeker, yargılayıcı bir tutum gösterir. Bu sebepten ilişkilerinde sorunlar yaşar.
- **Sosyal Odaklı Mükemmeliyetçilik:** Kişi için toplumsal beklentiler, gerçekleştirmesi oldukça güç standartlar taşır. Bu standartları gerçekleştirmeye, bekleneni sağlamaya çalışırlar. Sağlayamadıklarında ise öfke ve umutsuzluk hisseder, kaygılanırlar.

Curran ve Hill (2019) tarafından, Hewit ve Flett'in (1990) geliştirdiği üç alt boyut kullanılarak 1989-2016 seneleri arasında aynı yıl doğan kişiler üzerinde yürütölen araştırma, mükemmeliyetçiliğin artışıını incelemiştir. Araştırmada yüksek oranlarda mükemmeliyetçilik saptanmıştır. Kendine yönelik mükemmeliyetçiliğin, kişilerin psikolojik durumu üzerindeki en olumsuz etkiye sahip özellik olduğunu bildirmişlerdir (Helm, 2021).

2.4.4. Migren ve Mükemmeliyetçilik

Baş ağrıları ile mükemmeliyetçilik arasında doğrusal bir ilişki olduğunu doğrulayan literatür çalışmalarına rastlamaktayız. Yapılan araştırma sonuçlarında kronik, gerilim tipi ve migren baş ağrısı olan bireylerin diğer insanlara göre daha fazla mükemmeliyetçi tutum gösterdikleri anlaşılmaktadır. Abolghasemi ve diğerlerinin 2014 yılında yaptıkları araştırmada migren ve gerilim tipi baş ağrısı olan katılımcı grubunun mükemmeliyetçilik tutumu kontrol grubuna göre daha yüksek bulunmuştur.

Migren hastalığı ile mükemmeliyetçilik kavramı arasındaki ilişkiye dair birçok çalışma yapılmıştır. Touraine ve Draper tarafından 1934 yılında migrenli bireyler üzerinde yapılan çalışmada mükemmeliyetçilik, ilk altı çizilen faktörlerden olmuştur. Migren hastalarının eleştiriye karşı hassasiyetlerinin, aşırı sorumluluk üstlenmelerinin ve negatif etkili duygulanmaları gösterme konusunda yaşadıkları güçlüklerin üzerinde durulmuştur (Molnar vd., 2015). Wolff (1937) migren hastalarını sistematik olarak incelemiş, migreni olan kişilerin gergin ve güvensiz hissettiklerinde meydana gelen; katı, titiz, mükemmeliyetçi ve kolayca küsen; kişilik özelliklerinin baskın olduğunu açıklamıştır (Pompili vd., 2020). Marcussen ve Wolff 1949 yılında yaptıkları çalışmada, migren hastalarının nevrotik düzlemde olma zorunluluğu olmadığını ancak katı mizaçta ve mükemmeliyetçi tutuma sahip olduklarını açıklamıştır. Graham'ın (1953) 46 migren hastası ile yürüttüğu çalışmada katılımcıların büyük çoğunluğunun mükemmeliyetçi tutum gösterdiğini saptanmıştır.

Bestoni ve diğerleri tarafından 2002 yılında yapılan araştırmada migren hastalığı ile mükemmeliyetçilik arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Mükemmeliyetçiliğin migren semptomları ile ilişkisini inceleyen bir araştırmada, migren baş ağrısı olan hemşirelerin mükemmeliyetçilik düzeyleri kontrol grubuna göre daha yüksek bulunmuştur.

Mükemmeliyetçilik değişkeni hemşirelerin migrenli olma durumunu %35 varyansında açıklamıştır (Jalile vd., 2020).

2.5. Duygu

2.5.1 Duygunun Tanımı

Bireyler, doğumdan itibaren duyguları hissetmeye başlar. Duygu, kişinin yaşantısında, çevresinde, ilişkilerinde olup biten olaylara gösterdiği bir tepkidir. Jest ve mimikler, bedensel ifadeler, sözlü paylaşımlar yoluyla gösterildiğinde anlaşılır olan duygular, kişilik özelliklerini, düşünce biçimlerini, ilişki kurma yollarını etkiler. Sosyal çevre, kültürel ve dini yapılar duyguların deneyimlenme ve yansıtma biçimini yönlendirir.

Bilişsel kapasite ve duygusal zeka, yaşamın anlamını derinleştirme hususunda etkin rol oynar. Kendini ve bir ötekini anlama; duygular yönetimi stratejileri geliştirme, ilişki kurma ve sürdürülebilirlik, sorumluluk sahibi olma hususlarında duygusal zeka gerekli bir yetkinliktir (Kaya, 2022).

2.5.2. Temel Duygular

Ekman ve Cordaro'ya (2011) göre bir duygunun temel duygu olarak tanımlanması için o duyguların evrensel olması, meydana getiren faktörlerin insanlar ve primatlar için benzer olması ve uyarıcı yoluyla otomatik gerçekleşmesi gerekmektedir. Ekman (2007) evrensel olarak kabul edilen yedi temel duygu tanımlanmıştır: Mutluluk, şaşkınlık, öfke, tikslenme, üzüntü, aşağılama ve korku.

2.5.3. Duygu Kuramları

- **Evrimsel Teori:** Hayatta kalmanın duygusal evrimleşmeyle mümkün olduğunu savunur. Darwin 1872 yılında yayımlanan kitabında insanların ve hayvanların duygusal ifadelerini ele almıştır.
- **James- Lange Teorisi (1884-1885):** Duyguların ortaya çıkması için önce fizyolojik bir sürecin gerekli olduğunu iddia eder. Teoriye göre kişi, bir durum

karşısında fizyolojik bir değişim yaşadıktan sonra duygu hisseder. Organların duyguları harekete geçirme hızının düşük olması, her insanın aynı duyguya aynı tepkiyi vermemesi gibi sebeplerle bu teori yetersiz bulunmuş ve eleştirilmiştir

- **Cannon- Bard Kuramı (1927):** Fizyolojik tepkiler aynı olsa bile deneyimlenen duyguların farklı olduğunu ifade eden bir yaklaşım sergiler. Bu teoriye göre, uyarıcı karşısında beyinde talamus harekete geçer; merkezi sinir sisteminde duygusal ifadenin ortaya çıkması ve otonom sistemin uyarılmasıyla fizyolojik tepkinin ortaya çıkması aynı anda gerçekleşmesine rağmen birbirlerinden bağımsızlardır (Yıldırım, 2019).
- **Schachter-Singer Kuramı (1962):** Bu teoriye göre, fizyolojik reaksiyon bilişsel olarak algılandıktan sonra duygu ifadesi ortaya çıkar. Uyarıcı karşısında fiziksel değişim gerçekleştikten sonra kişi bunu farkederek ve duruma en uygun bilişsel etiketlemeyle hissettiği duyguyu tanımlar.
- **Bilişsel Kuram:** Bu teori, düşüncenin duygudan önce ortaya çıktığını ifade eder. Uyarının algılanması ve yorumlanmasından doğan düşünce, fizyolojik ve duygusal tepkinin aynı anda gerçekleşmesine sebep olur (Arnold, 1960; Lazarus, 1966).

2.5.4. Duygu Düzenleme

Kişi, duygularını anlamlandırır, ne zaman ve nasıl ifade edeceğini belirler ve sonuçlarını gözlemleyip ifade ediş biçimini değiştirir (Gross, 1998). Duyguların regüle edilmesi sürecinde birçok etken rol oynar. Kişinin duygularını tanıma, düzenleme kabiliyetini kazanabilmesi için, yeterli zeka kapasitesinin ve psikolojik zorlantıları çözümüyle gayretinin olması gerekir.

Deneyimler, sosyal çevre, kültürel yapı ve ebeveyn tutumları; duygusal tepki ve davranışları etkiler. Duygular, hissedilme şiddeti kişiden kişiye değişen, kişilerarası durumlarda yeniden düzenlenen, belirli amaçlara atfedilen tepkiler taşır. Dolayısıyla bu çok yönlülük, duyguların düzenlenmesini tek bir boyutta incelemeyi mümkün kılmaz (Sheppes vd., 2014).

Lazarus ve Folkman (1984) yılında stres ve bilişsel süreçlerin ilişkisini araştıran bir çalışma ortaya koymuştur. Bu teoriye göre, kişi etrafında olup bitenleri algılayıp stresi deneyimler. Kişi strese neden olan durum üzerinde değerlendirmeler yaptıktan sonra başa

çıkma stratejileri geliştirir. Bu teori, diğer duygular üzerinde de pratik edilebilirliği açısından önemlidir.

Leventhal ve Scherer (1987) kişilerin uyarıcıya gösterdikleri tepkilerin bilişsel süreçlerle açıklanması sürecini esas alarak 4 değerlendirme boyutu ortaya koymuşlardır: uyarı algılama ve etkilenme, benzer deneyimleri gözden geçirme ve strateji geliştirme, hedeflerin uygulanabilirliğine dair değerlendirme ve motivasyon arayışı, deneyimi kavramsallaştırma.

Freud (1895;1915) ‘bastırma’ yoluyla asıl duygunun kaygıya dönüştüğünden bahseder. Tamamen bastırılan duyguların farkedilmemesi ve kaygının ortaya çıkması söz konusudur. Kişi, anıları hatırladıkça engellenen duyguları deneyimler ve katarsis sağlanır.

Bowlby ve Ainsworth (1989) tarafından ortaya konulan bağlanma teorisi, bebek ve bakım veren arasındaki ilişkide ortaya çıkan duygusal süreci ve ihtiyaçları anlamamıza katkıda bulunur. Bakım verenin çocuğa yaklaşım tarzı, gösterdiği tepkiler çocuğun bir sonraki ilişkilerine de yansıyacak temsiller oluşturur. Kişinin duygusal ve davranışsal tepkilerinde bu yakınlık ilişkisi bir yapı taşı gibidir.

Gross’un (1998) duygu düzenleme stratejilerini öncül odaklı ve tepki odaklı olmak üzere iki gruba ayırmıştır. Öncül odaklı duygu düzenlemesi, duygunun tanımlanmadan önceki veya ortaya çıkmaya başladığı esnada gerçekleştirilir. Tepki odaklı duygu düzenlemesi ise, duygu ortaya çıktıktan sonra gerçekleştirilir. Gross’a (2002) göre duygu düzenleme süreci beş aşamadan oluşur.

- 1. Durum Seçimi:** Öncül odaklıdır. Kişinin olumsuz duygu durumuna girmekten kaçınması, daha iyi hissedeceği bir duruma yönelmesi şeklinde; ortaya çıkabilecek duygulara göre seçim yapmasıdır.
- 2. Durum Değişimi:** Öncül odaklıdır. Kişi, kendisini duygusal olarak olumsuz etkileyecek durumları ortadan kaldırmak, değiştirmek ister.
- 3. Dikkatin Yönlendirilmesi:** Öncül odaklıdır. Kişinin dikkatini kendisini duygusal olarak daha az etkileyen veya etkilemeyen bir odağa yöneltmesidir.
- 4. Bilişsel Değişim:** Öncül odaklıdır. Kişi duygusal durumu yeniden yorumlar, değerlendirir ve kabullenme sürecine girer

5. Tepkinin Değişimi: Tepki odaklıdır. Kişi duygularını bastırma yoluna gider. Bastırma uygun ve yeterli biçiminden fazla gerçekleştiğinde kişide olumsuz sonuçlar doğurur.

Gross ve Thompson (2007) tarafından ortaya koyulan çalışmada duygu düzenlemenin 3 özelliği tanımlanmıştır.

1. Kişi, duygularını düzenlerken, duyguların olumlu veya olumsuz etkilerini düzenler.
2. Duygu düzenleme her zaman bilinçli bir eylem değildir, bilinçsiz bir şekilde gerçekleşen süreçler de söz konusudur.
3. Duygu düzenleme süreci tamamen iyi veya tamamen kötü odaklı değildir (Akpınar, 2020).

Duygu düzenleme kavramı kuşkusuzdur ki, yalnızca tek bir öznellik üzerinden açıklanamaz. Regülasyon, kişinin içsel süreçleriyle olan bağlantıdan çok daha fazlasıdır. Duygu düzenlemenin anlam kazandığı nokta, öznenin nesneyle ve öznelere birbirleriyle kurduğu ilişkilerin bir bütün olarak ele alınmasıdır. Thompson (1994), kişilerin duygularını düzenlemek için içsel ve dışsal süreçlerin birarada olmasına ihtiyaç duyduğunu belirtmiştir. Hofmann'a (2014) göre ise, duygu regülasyonu insanın dış dünyadan bağımsız olarak gerçekleştireceği bir deneyim değildir. Kişilerarası süreçte sosyal destek ihtiyacı duyan insan, bu desteği gördükçe bazı duygularla daha kolay başa çıkar (Sarıcaoğlu ve Avcı, 2021).

Sosyal etkileşimler, duyguların sergilenme biçimini de etkiler. Friesen'in (1972) çalışmasında kişilerin bir duruma yalnızken gösterdikleri duygusal tepki ile başka biri varken gösterdikleri tepki farklılaşmaktadır. Bu araştırma, duyguları sergileme kuralları üzerine başka çalışmalar yapılmasına öncü olmuştur. Duyguların sergilenme biçimi, bireyci ve toplulukçu kültüre göre farklılık gösterir. Toplumsal normlar, duyguların ifade edilme biçimine dair yazılı olmayan kuralları içerir. Boratav ve diğerleri tarafından 2011 yılında, Türkiye'de duyguları sergileme kurallarını incelemek için yürütülen araştırmada, evrensel yedi temel duygunun ifade edilme biçimlerine bakılmıştır. Elde edilen sonuçlar, kişilerin duygularına yönelik beklentileri ve davranışlarının; ortamın, yakınlık derecesinin, cinsiyet ve statünün farklı olduğu durumlarda değişkenlik gösterdiğini ortaya koymaktadır.

2.5.5. Duygu Düzenleme Güçlüğü

Gratz ve Roemer (2004) duyguların uygun biçimde düzenlenmesi için; kişilerin duygularını anlamaları, öz farkındalığa sahip olmaları, davranışlarını kontrol etmeleri, duygularını kabul etmeleri ve olumsuz duygulara rağmen hedefleri gerçekleştirmeleri gerektiğini vurgulamıştır. Bu faktörlerden bir ve birden fazlasının eksikliği bireylerin duygu düzenlemede güçlük ya adı ını gösterir (Yılmaz ve  nder, 2020).

Duygu Odaklı Terapi ekolünün öncülerinden Greenberg (2014), kişilerin kendiliklerine dair olumsuz yargılarının sorun teşkil eden tepkiler olduğuna de inir. Bu tepkilerin ise, halledilmemi  meselelerden ileri geldiğini ifade eder. Bu meseleler, önemli olan bir ötekinde duyulan hislerin henüz anlamlandırılmamı  bir konumda olduğunu gösterir. Duygusal tepkinin nedeninin ve ne olduğunun anla ılamaması, kişide duygusal i lemeleme sorunu olduğuna işaret eder. Bedendeki duyumsamaya yönelmeyle birlikte, kişiler duygularını dışa vurmaya ba lar. Greenberg'in bu ifadeleri, geçmişte yarım kalmış,   z mlenememi  duygusal meselelerin duygu düzenleme g  l   ndeki etkisini açıklamıştır.

Garnefski ve arkadaşları (2002), dört farklı uyumsuz bilişsel duygu düzenleme stratejisi tanımlamıştır.

1. Kendini suçlama
2. Ba kasını suçlama
3. Yaşanan olayların ve duyguların tekrar tekrar zihinde canlanması
4. Yaşanan veya yaşanacak olayları en kötü senaryo gerçekleşmiş veya ger ekle ecekmi  gibi yorumlamak (Arpınar, 2020).

Gratz ve Roemer tarafından 2004 yılında geliştirilen Duygu Düzenleme Güçlüğü  l    6 alt boyuttan oluşmaktadır:

- **Farkındalık:** Kişilerin duygusal anlayışını geliştiren temel gerekliliklerden biri, farkındalık olu turabilmektir. Alt boyut, duygusal tepkilere yönelik farkındalık eksikliğini ifade eder.
- **Açıklık:** Kişiler duygularını deneyimlerken veya bir diğerinin duygusal süreçlerine şahit olurken anlama ve anlaşılır olma noktasında gerekli yeterliliğe sahip olmalıdır. Alt boyut, duygusal tepkilere yönelik anlaşılır olma eksikliğini belirtir.

- **Kabul Etmeme:** Bireylerin duygusal süreçlerini inkar etmesi, duygu düzenleme güçlüğü oluşturan bir durumdur. Alt boyut, kişinin yaşadığı duygusal tepkileri kabul edememe durumunu ifade eder.
- **Stratejiler:** Duyguları düzenlemek adına işlevsel stratejilere erişimin kısıtlılığını ifade eder.
- **Dürtü:** Duygusal tepkiler yaşanırken ortaya çıkan dürtüleri kontrol etme eksikliğini belirtir.
- **Amaçlar:** Duygusal tepkiler deneyimlenirken amaca yönelik davranma güçlüğü ifade eder.

2.5.6. Migren ve Duygu Düzenleme Güçlüğü

Migren, psikiyatrik bozukluklar ile görülme sıklığı yüksek olan bir hastalıktır. Stres ve duygusal faktörlerin migren ataklarını olumsuz yönde etkilediği bilinmektedir. Migren hastalarının sağlıklı bireylere göre duyguları regüle etme konusunda daha fazla güçlük yaşadıkları yapılan araştırmalarla açıklanmıştır. Bu güçlük, ağrı ataklarının klinik özelliklerinden kaynaklı nahoş deneyimden ve kişilerin içinde bulundukları psikolojik faktörlerin atakları tetikleyici etkisinden kaynaklanmaktadır.

Selby ve Lance (1960) tarafından yürütülmüş anket çalışmasında migren tanısı olan yetişkin bireylerin %67'si duygusal etkenlerin migren ataklarını tetiklediğini bildirmiştir. Henryk-Gutt ve diğerlerinin (1973) çalışmasının verileri de önceki araştırmayı destekler niteliktedir. Ardından, 1979 yılında Ziegler tarafından yapılan çalışmada migren hastalarının daha yüksek seviyelerde anksiyete belirtisi gösterdiği ancak depresyon düzeyi, migreni olan kişilerde istatistiksel olarak anksiyeteden daha yüksek saptanmıştır (Peatfield, 1986). Breslau ve diğerleri tarafından 2012 yılında migren hastaları, migreni olmayıp şiddetli baş ağrısı şikayeti olan ve sağlıklı bireylerden oluşan üç grubun intihar etme eğilimlerini araştırmıştır. Migren ve şiddetli baş ağrısı gruplarının intihar riski kontrol grubuna kıyasla daha yüksek bulunmuştur.

Kronik migren, auralı ve aurasız migren olmak üzere üç migren ve bir kontrol grubundan oluşan araştırmada kronik migreni olan kişilerin diğer gruplara göre daha yüksek düzeyde duygu düzenleme güçlüğü yaşadıkları bulunmuştur (Kocakaya vd., 2023).

2.6. Öfke

2.6.1. Öfkenin Tanımı

Öfke, gereksinimler giderilmediğinde, arzulanmayan sonuçlar elde edildiğinde, beklentiler karşılanmadığında ortaya çıkan doğal bir tepkidir (Romas ve Sharma, 2000; aktaran Tatlılıoğlu 2013).

Marion'un (1997) tanımladığı öfke ise, kişilerin hedeflerini gerçekleştirme yolunda kısıtlandıklarında yaşadıkları güçlü bir duygudur.

Öfke duygusu; kızgınlık, sinirlenme gibi diğer duygusal ifadelere başvurulup açıklanmaya çalışılsa da, genellikle 'saldırganlık' kelimesiyle birlikte tanımlanır (Berkowitz, 1990; aktaran Balkaya 2001).

Öfkenin henüz fazla şiddetlenmediği hali kızma ve sinirlenme durumlarıyla ilişkiliyken, yoğun şiddetli hali saldırgan ve zarar verici olmaktadır. Spielberger ve diğerlerine (1988) göre, öfkenin deneyimlenmesi değişkendir; bir durum karşısında bazı kişiler orta şiddette rahatsızlık duyarlarken, bu rahatsızlığın şiddeti bazı kişilerde artarak saldırganlığa dönüşür (Soykan, 2003).

Hankins ve Hankins (1988) öfkenin dört özelliğini tanımlamıştır.

1. Bilinçli ve istemli değildir, kendiliğinden ortaya çıkar.
2. Evrensel bir temel duygudur.
3. Ortaya çıkması için saldırgan bir ötekinin varlığı, engellenme gibi tetikleyici bir durumlar olmalıdır. Kişi tepkiselleşir ve tetiklenme artar.
4. Sosyal çevredeki tepki ve davranışlardan öğrenilir (Balkaya, 2001).

Üç uyumsuz öfke türü vardır; maskelenmiş öfke, patlayıcı öfke ve kronik öfke.

- **Maskelenmiş öfke:** Öfke duyulana yeterli düzeyde ve uygun biçimde ifade edilmeyen öfke yön değiştirir. Öfkenin kendiliğe yöneltildiği durumda; değersiz hissetme, kendini suçlama, kendine zarar verme veya intihar teşebbüsü gibi sonuçlar ortaya çıkar. Pasif-agresif öfke tutumunda ise; ima etme, surat asma, inat etme, erteleme gibi davranışlar ortaya çıkar. Kişi rahatsız olduğu şeyi bazen

farklı bir zamanda diğerlerine anlamsız gelecek biçimde başka davranışlarla da ifade eder.

- **Patlayıcı Öfke:** Zarar verici ve uygunsuz öfkeyi ifade eder. Öfke patlamaları, ani bir öfke krizi kişinin kontrolü kaybetmesine sebep olur. Ani öfkelenen kişiler, iç huzursuzluklarını çevresindeki kişilere yansıtırlar. Öfke utançla ilişkili olduğunda ise, kişi bu duyguyla başa çıkmak için aşırı öfkeli davranır. Bu durum genelde kişiler kendilerini ait hissedemediğinde ve değersiz hissettiklerinde ortaya çıkar. Bunların dışında, bazı kişiler öfkelerini kazanç sağlamak için bilinçli bir şekilde planlarlar. Bu durum bazen, zarar verici diğerine karşı üstünlük veya bir başkasını korkutarak kontrol etme arzusundan kaynaklanır.
- **Kronik öfke:** Alt grup tanımlamasını alışkanlığa dönüşen öfke ve korkuyla ilişkili öfke olarak, Spielberger (1995) yapmıştır. Çok uzun süredir öfkeli olan ve öfkeye maruz kalan kişiler için bu durum artık süregelenleşir. Korkuyla ilgili öfkede kişi, dayanılabilir stresli durumları dahi korkutucu bulup öfke gösterir.

Öfkenin bastırılması, içe atılması gibi, öfke patlamaları yaşamak da kişilerin psikolojik iyi oluşlarını olumsuz yönde etkiler. Öfkeyle ilişkili psikolojik rahatsızlıklar; depresyon, kaygı bozuklukları, kişilik bozuklukları ve yeme bozuklukları olarak örneklendirilebilir. Öfke duygusu, ilişkilerde uygun ifade edildiğinde iletişim becerileri gelişir ve sağlıklı sınırlar çizilir. Bu duyguyu dışlamadan normalleştirebilen bireyler, öfkeyi ne kadar kontrol edeceklerini ve ne kadar harekete geçireceklerini öğrenirler. Öfkeye olması gerekenden fazla veya eksik, farklı anlamlar atfeden kişiler zaman içerisinde daha huzursuz, değersiz ve yetersiz hissederek.

4.6.2. Migren ve Öfke

Öfke ile migren hastalığı ilişkisini doğrudan araştıran araştırmalar sayıca kısıtlıdır. Ancak öfke duygusunun migren hastalığı üzerindeki etkisi birçok açıdan açıklanmaktadır. Migren hastalığı olan bireylerin öfkeyi aşırı bastırma veya öfke patlaması yaşama eğilimi göstermeleri ihtimal dahilindedir. Bir araştırmada hem içte tutulan (bastırılan) hem de dışarı vurulan (yeterince kontrol edilip düzenlenmeden) öfke düzeylerinin migren grubu için kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu bulunmuştur (İdman vd., 2010). Bir diğer araştırmada ise migren grubunun sürekli öfke ve öfkeyi içte tutma puanları kontrol

grubundan daha yüksek bulunmuştur (Karşıyaka vd., 2013). Kaya ve Akan tarafından 2020 yılında yapılan araştırmada migren hastalığı olan grubun hastalığın olmadığı gruba göre sürekli öfke ve öfkeyi dışarı vurma düzeyleri daha yüksek saptanmıştır.



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Örneklem

Çalışmanın örnekleme; nöroloji kliniğine başvurup migren tanısı olan, okuma yazma bilen, 18-55 yaş aralığında, ağır kafa travması geçirmemiş, madde kullanım bozukluğu olmayan, psikotik atak geçirmemiş, çalışmaya katılmaya gönüllü 46 kişilik hasta grubu ile migren tanısı olmayan, okuma yazma bilen, 18-55 yaş aralığında, ağır kafa travması geçirmemiş, madde kullanım bozukluğu olmayan, psikotik atak geçirmemiş, çalışmaya katılmaya gönüllü olan 47 kişilik kontrol grubu olmak üzere toplam 93 katılımcıdan oluşmaktadır.

Tablo 1. Grup Katılımcı Sayıları

Gruplar	N
Migren	46
Kontrol	47
Toplam	93

3.2. Veri Toplama Araçları

1. Demografik Bilgi Formu
2. Grup Atama Prosedürleri
3. MIDAS Yeti Yitimi Ölçeği
4. Çok Boyutlu Mükemmeliyetçilik Ölçeği
5. Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği
6. Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği

Demografik bilgi formunda çalışmanın amacına yönelik oluşturulan demografik formda katılımcıların yaş, cinsiyet ve eğitim bilgileri toplandı.

3.3. Grupları Atama Prosedürleri

Migren tanısı alan veya almayan katılımcıların doldurduğu aurasız migren tanı kriterleri bölümünde, tanı alma ve sağlıklı olma durumları kontrol edildi. Migren tanısını teyit etmek ve seçim yapmak için, soru ve cevapların sıralamalarında tanı kurallarına uyularak ilerleme sağlandı. Katılımcılara sunulan yapılandırılmış anket formunda katılım

onay kısmı, dışlama (alkol-madde-kafa travması-psikoz) ve dahil etme (aurasız migren tanı teyit soruları) kriterleri bulunmaktadır.

- Son bir yıl - 6 ay içinde en az beş baş ağrısı atağı geçirmeyen kişiler migren grubuna dahil edilmedi.
- Baş ağrısı atakları zonklayıcı özellikte olmayanlar migren grubuna dahil edilmedi.
- Baş ağrıları orta ve üzeri şiddette olmayanlar migren grubuna dahil edilmedi.
- Baş ağrıları tek taraflı (başın bir yarısında gerçekleşen) olmayan kişiler migren grubuna dahil edilmedi.
- Baş ağrısı sırasında kusma ve/veya mide bulantısı olması, baş ağrısı sırasında ışık veya sese karşı hassasiyetin artması gibi durumların en az birini yaşamayanlar migren grubuna dahil edilmedi.
- Baş ağrısı sırasında sıradan bir fiziksel aktivite ile baş ağrınız artması durumu ile baş ağrısı sırasında ışığa ve sese karşı hassasiyetin artması durumlarının ikisinin birden olmadığı kişiler migren grubuna dahil edilmedi.
- Baş ağrıları 4-72 saat sürmeyen kişiler migren grubuna dahil edilmedi.
- Kontrol grubunu oluştururken; migreni olmayan katılımcılar arasında MIDAS skoru yüksek olanlar çalışmaya dahil edilmedi.
- Kontrol grubunu oluştururken; MIDAS skoru düşük ve migren kriterlerini karşılamayan katılımcılardan baş ağrısı ile ilgili toplam soruların ikiden fazlasına evet cevabını verenler çalışmaya dahil edilmedi.
- Kontrol grubunu oluştururken; MIDAS skoru düşük ve migren kriterlerini karşılamayan katılımcılardan baş ağrısı sırasında bulantı hissi veya kusma olur sorusuyla baş ağrısı sırasında sese veya ışığa hassasiyetim olur sorularının her ikisine evet cevabını verenler çalışmaya dahil edilmedi.
- Kontrol grubunu oluştururken; MIDAS skoru düşük ve migren kriterlerini karşılamayan katılımcılardan baş ağrılarının zonklayıcı olması, baş ağrılarının tek taraflı olması ve baş ağrılarının 4-72 saat sürmesi durumlarından en az birini bildiren kişiler araştırmaya dahil edilmedi.
- Kafa travması geçmişi olan, psikotik atak geçirmiş ve madde bağımlılığı olan kişiler araştırmaya dahil edilmedi.

3.4. Migren Yeti Yitimi Değerlendirme Ölçeği (MIDAS)

Yakınmaların ağrı atağı henüz gerçekleşmediği zamanlardan itibaren başladığı, tekrarlayıcı ataklarla gelen ve uzun süren migren ağrısı, kişide konsantrasyon güçlüklerine, belirgin duygusal değişimlere, görme bozukluklarına, mide bulantısına, halsizliğe ve konuşma problemlerine neden olmaktadır. Bu denli etkileri olan bir hastalığın kişilerin yaşantılarını ciddi ölçüde etkilediği su götürmez bir gerçektir. Migren hastalığı kişi üzerinde yeti yitimine neden olan hastalıklar arasında ikinci, genç kadınlar için ise birinci özürllülük sebebi olarak belirtilmiştir (Uludüz, 2021).

Stewart ve arkadaşları (1999), tarafından geliştirilen Migren Özürllülük Değerlendirme Ölçeği (MIDAS), migren hastalığı nedeniyle kişilerin günlük yaşamlarında ne derece kısıtlandıklarını inceler. Beş maddeden oluşan kısa bir formdur.

Zarifoğlu ve arkadaşları (2004) tarafından ölçeğin Türkçe uyarlaması, geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır. MIDAS, migren hastalarının son üç ay içerisinde baş ağrıları yüzünden işe ve okula gidemediği, ev işlerini yapamadığı, verimliliğinin azaldığı ve ilişkilerine vakit ayıramadıkları gün sayısına göre deneyimledikleri dizabileyi ölçer. Sorulara verilen cevaplardaki gün sayısı toplanarak MIDAS skoru bulunur: Minimal düzey (0-5), hafif düzey (6-10), orta düzey (11-20), ağır düzey >21.

3.5. Çok Boyutlu Mükemmeliyetçilik Ölçeği (MPS)

Hewitt ve Flett (1991) tarafından kişilerin hangi mükemmeliyetçilik özelliklerine daha yatkın olduğunu incelemek için geliştirilmiştir. Toplamda 45 madde ve üç alt boyuttan oluşur. Her bir alt boyutunda 15 madde olan ölçek, 7'li Likert tipi derecelendirmeye sahiptir.

Tablo 2. MPS Madde Puanları

1 = Kesinlikle katılmıyorum
2 = Biraz katılmıyorum
3 = Nadiren katılmıyorum
4 = Yarı yarıya
5 = Nadiren katılıyorum
6 = Biraz katılıyorum
7 = Kesinlikle katılıyorum

Yukarıdaki ifadelerin yanındaki sayısal değerler, cevabın puan karşılığını vermektedir. Ölçekten alınabilecek toplam en düşük puan 44, en yüksek puan 108'dir. Çok Boyutlu Mükemmeliyetçilik Ölçeği alt boyutları üç farklı mükemmeliyetçi özellikten oluşur.

- 1. Kendine Yönelik Mükemmeliyetçilik:** Kişinin kendine yönelik standartları ne derece yüksek ve gerçekçi olmayarak belirlediğini, kendisine karşı bu konuda takındığı yargılayıcı/eleştirel tavrı değerlendirmeyi amaçlar. Bu alt boyuttan alınabilecek en düşük puan 19, en yüksek puan 133'tür.
- 2. Başkalarına Yönelik Mükemmeliyetçilik:** Kişinin diğerlerinden beklediği standartların ne derece zorlayıcı olduğunu; başkasına bu konuda takındığı yargılayıcı/eleştirel tavrı değerlendirir. Bu alt boyuttan alınabilecek en düşük puan 10, en yüksek puan 70'tir.
- 3. Sosyal Odaklı (Toplum Tarafından Dayatılan) Mükemmeliyetçilik:** Toplumun, başkasının belirlediği yüksek standartların kişi tarafından ne derece benimsendiğini ve bu yüzden ne derece zorlandığını ölçer. Bu alt boyuttan alınabilecek en düşük puan 15, en yüksek puan 105'tir.

Kendine yönelik mükemmeliyetçilik alt boyutuyla ilgili maddeler; 1, 6, 7, 8, 12, 14, 15, 16, 17, 20, 23, 28, 29, 30, 32, 34, 36, 40, 42. maddelerdir. İç tutarlılık katsayısı bu boyut için .86 bulunmuştur.

Başkalarına yönelik mükemmeliyetçilik alt boyutuyla ilgili maddeler; 2, 3, 4, 7, 10, 16, 19, 22, 24, 26, 27, 29, 38, 43, 45. maddelerdir. İç tutarlılık katsayısı bu boyut için .87 bulunmuştur.

Sosyal odaklı mükemmeliyetçilik alt boyutuyla ilgili maddeler; 5, 9, 11, 13, 18, 21, 25, 30, 31, 33, 35, 37, 39, 41 ve 44. maddelerdir. İç tutarlılık katsayısı bu boyut için .82 bulunmuştur.

Ölçekte negatif puanlanan maddeler ise: 2, 3, 4, 8, 9, 10, 12, 19, 21, 24, 30, 34, 36, 37, 38, 43, 44 ve 45. maddelerdir.

Ölçeğin Türkçe'ye uyarlaması Oral (1999) tarafından yapılmıştır. Ölçekteki alt boyutlar aynı kalmıştır. Ancak 22. madde düşük faktör yükü sebebiyle ölçekten çıkarılmış, 44 madde olarak uygulanmıştır.

Kendine yönelik mükemmeliyetçilik alt boyutuyla ilgili maddeler; 2, 3, 4, 10, 19, 24, 26, 38, 43, 45. maddelerdir. İç tutarlılık katsayısı bu boyut için .91 bulunmuştur.

Başkalarına yönelik mükemmeliyetçilik alt boyutuyla ilgili maddeler; 5, 9, 11, 13, 18, 21, 25, 27, 31, 33, 35, 37, 39, 41, 44. maddelerdir. İç tutarlılık katsayısı bu boyut için .73 bulunmuştur.

Sosyal odaklı mükemmeliyetçilik alt boyutuyla ilgili maddeler; 5, 9, 11, 13, 18, 21, 25, 30, 31, 33, 35, 37, 39, 41 ve 44. maddelerdir. İç tutarlılık katsayısı bu boyut için .80 bulunmuştur.

3.6. Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği (DERS)

Gratz ve Roemer (2004) tarafından kişilerin duygusal tepkilerini düzenleme güçlüklerini incelemek için geliştirilmiştir. Toplam 36 madde ve altı alt boyuttan oluşan ölçek, 5'li Likert tipi derecelendirmeye sahiptir.

Tablo 3. DERS Ölçek Madde Puanları

1 = Hiçbir zaman
2 = Bazen
3 = Yarı yarıya
4 = Çoğu zaman
5 = Her zaman

Yukarıdaki ifadelerin yanındaki sayısal değerler, cevabın puan karşılığını vermektedir. Ölçeğin iç tutarlılık katsayısı .93 bulunmuştur. Alt boyutlar için bu katsayı .88 ile .89 arasındadır.

Farkındalık alt boyutuyla ilgili maddeler; 2., 6., 8., 17. ve 34. maddelerdir.

Açıklık alt boyutuyla ilgili maddeler; 1., 4., 5., 7. ve 9. maddelerdir.

Kabul etmeme alt boyutu ile ilgili maddeler; 11., 12., 21., 23., 25. ve 29. maddelerdir.

Stratejiler alt boyutu ile ilgili maddeler; 15.,16., 22., 28., 30., 31., 35. ve 36. maddelerdir.

Dürtü alt boyutuyla ilgili maddeler; 3., 14., 19., 24. ve 32. maddelerdir.

Amaçlar alt boyutu ile ilgili maddeler; 13., 18.,20., 26. ve 33. maddelerdir.

Ölçekte ters (negatif): puanlanan maddeler; 1, 2, 6, 7, 8, 10, 17, 20, 22, 24 ve 34. maddelerdir.

Rugancı ve Gençöz (2010) tarafından Türkçe uyarlama ve geçerlilik, güvenirlik çalışmaları son haline getirilmiştir. Düşük faktör düzeyi nedeniyle 10. maddeyi ölçekten çıkarmış, yerine başka bir madde eklemiştir. Toplam ölçeğin katsayısı .94 bulunmuştur. Alt boyutlar için;

Farkındalık alt boyutu için iç tutarlılık katsayısı .68, açıklık alt boyutu için .80, kabul etmeme alt boyutu için .87, stratejiler alt boyutu için .89, dürtü alt boyutu için .88 ve amaçlar alt boyutu için .86 bulunmuştur.

3.7. Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği

Spielberger tarafından 1983 yılında geliştirilmiştir.

Özer (1994) tarafından Türkçe uyarlaması ile geçerlilik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır Türkçe formu 34 maddeden oluşur. Alınabilecek en düşük puan 10, en yüksek puan ise 40'tır.Ölçek 4'lü Likert tipi derecelendirmeye sahiptir.

Tablo 4. Öfke Ölçek Madde Puanları

1 = Beni hiç tanımlamıyor
2 = Beni biraz tanımlıyor
3 = Beni oldukça tanımlıyor
4 = Beni tamamen tanımlıyor

Sürekli öfke alt boyutu ile ilgili maddeler ilk 10 maddedir. İçte tutulan öfke alt boyutu ile ilgili maddeler; 13, 15, 16, 20, 23, 26, 27 ve 31. maddelerdir.

Dışa vurulan öfke alt boyutu ile ilgili maddeler; 12, 17, 19, 22, 24, 29,32 ve 33. maddelerdir.

Öfke kontrol alt boyutu ile ilgili maddeler; 11, 14, 18, 21, 25, 28, 30 ve 34. maddelerdir.

Ölçek, öfke içe vurumu, öfke dışı vurumu ve öfke kontrolü olmak üzere dört alt boyuttan oluşmaktadır. İç tutarlılık katsayıları; sürekli öfke alt boyutu için .79, içte tutulan öfke alt boyutu için .62, dışı vurulan öfke alt boyutu için .78 ve öfke kontrol alt boyutu için .84 bulunmuştur. Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği tek bir genel puan üzerinden hesaplanmaz. Sürekli öfke ayrı bir genel puan, öfke ifadesi (öfke içte+öfke dışı+öfke kontrol) ayrı bir genel puan hesaplaması içerir.

3.8. Verilerin Analizi

Çalışmanın veri analizi için SPSS 26.0 İstatistik paket programı kullanılmıştır. Deney ve kontrol gruplarına ait datalarda kayıp ve hatalı değerler olmaması adına gerekli kontroller yapılmıştır.

Katılımcıların yaş aralıklarının, cinsiyetlerinin ve eğitim düzeylerinin görülme sıklığı ile yüzdelik dağılımları Frekans Analizi kullanılarak hesaplanmıştır.

Deney ve kontrol gruplarının MIDAS puanları açısından karşılaştırması için Bağımsız Örneklem t testi kullanılmıştır. Mükemmeliyetçilik, duygu düzenleme güçlüğü, sürekli öfke ve öfke ifadesi genel ölçek puanları ve ölçeklerin alt faktörlerinin puanları iki grup arasında Bağımsız Örneklem t testi ile karşılaştırılmıştır. Testlerin Cohen's *d* değerleri elde hesaplanmıştır.

Migren tanısı olan ve migren tanısı olmayan iki grup arasında mükemmeliyetçilik, duygu düzenleme güçlüğü, sürekli öfke ve öfke ifadesi puanları açısından fark olup olmadığını ve bu farkın hangi grubun lehine sonuçlandığını araştırmak amacıyla olası hataları önlemeyi ve istatistiksel olarak daha güçlü bulgular elde etmeyi sağlayan MANCOVA analizi yürütülmüştür.

Demografik verilerden yaş aralıkları ve biyolojik cinsiyet değişkenleri gruplar üzerindeki etki büyüklüğü sebebiyle kontrol altına alınmak üzere ortak değişken olarak atanmıştır.

Bağımlı değişkenler arasındaki korelasyonları incelemek amacıyla Pearson Korelasyon analizi yapılmıştır. Analiz verileri ve grafikler için Visual Studio 2022 Community Edition 17.4.4 ile Python 3.9.7 versiyonunda, Pandas 1.5.3, Matplotlib 3.6.3 ve Seaborn 0.12.2 modülleri kullanılmıştır.



4. BULGULAR

4.1. Demografik Verilerin İstatistikleri

Çalışmaya katılan ve migren tanısı olan bireylerin yaş aralıkları dağılımının frekans ve yüzde analiz sonuçları Tablo 5'te gösterilmektedir.

Tablo 5. Migren Grubuna Ait Yaş Aralıkları Frekans Dağılımı

Yaş Aralıkları	N	%
18-24	11	2,9
25-32	19	41,3
33-39	6	13,0
40-47	5	10,9
48-55	5	10,9
Toplam	46	100,0

Çalışmaya katılan ve migren tanısı olmayan bireylerin yaş aralıkları dağılımının frekans ve yüzde analiz sonuçları Tablo 6'da gösterilmektedir.

Tablo 6. Kontrol Grubuna Ait Yaş Aralıkları Frekans Dağılımı

Yaş Aralıkları	N	%
18-24	12	25,5
25-32	18	38,3
33-39	10	21,3
40-47	4	8,5
48-55	3	6,4
Toplam	47	100,0

Yaş aralıkları bakımından migren grubunun 11'i (%23,9) 18-24 yaş aralığında, 19'u (%41,3) 25-32 yaş aralığında, 6'sı (%13) 33-39 yaş aralığında, 5'i (%10,9) 40-47 yaş aralığında, 5'i (%10,9) 48-55 yaş aralığında; kontrol grubunun 12'si (%25,5) 18-24 yaş

aralığında, 18'i (%38,3) 25-32 yaş aralığında, 10'u (%21,3) 33-39 yaş aralığında, 4'ü (%8,5) 40-47 yaş aralığında, 3'ü (%6,4) 48-55 yaş aralığında oldukları belirlenmiştir.

Çalışmaya katılan ve migren tanısı olan bireylerin biyolojik cinsiyet dağılımının frekans ve yüzde analiz sonuçları Tablo 7'de gösterilmektedir.

Tablo 7. Migren Grubuna Ait Biyolojik Cinsiyet Frekans Dağılımı

Biyolojik Cinsiyet	N	%
Kadın	28	60,9
Erkek	18	39,1
Toplam	46	100,0

Çalışmaya katılan ve migren tanısı olmayan bireylerin biyolojik cinsiyet dağılımının frekans ve yüzde analiz sonuçları Tablo 8'de gösterilmektedir.

Tablo 8. Kontrol Grubuna Ait Biyolojik Cinsiyet Frekans Dağılımı

Biyolojik Cinsiyet	N	%
Kadın	22	46,8
Erkek	25	53,2
Toplam	47	100,0

Cinsiyet dağılımı açısından migren grubunun 28'i (%60,9) kadın, 18'i (%39,1) erkek; kontrol grubunun 22'si (%46,8) kadın, 25'i (%53,2) erkek katılımcılardan oluşmaktadır.

Çalışmaya katılan ve migren tanısı olan bireylerin eğitim düzeyi dağılımının frekans ve yüzde analiz sonuçları Tablo 9'da gösterilmektedir.

Tablo 9. Migren Grubuna Ait Eğitim Seviyesi Frekans Dağılımı

Eğitim Seviyesi	N	%
İlkokul	2	4,3
Lise	8	17,4
Üniversite	36	78,3
Toplam	46	100,0

Çalışmaya katılan ve migren tanısı olmayan bireylerin eğitim düzeyi dağılımının frekans ve yüzde analiz sonuçları Tablo 10’da gösterilmektedir.

Tablo 10. Kontrol Grubuna Ait Eğitim Seviyesi Frekans Dağılımı

Eğitim Seviyesi	N	%
Lise	8	17,0
Üniversite	39	83,0
Toplam	47	100,0

Eğitim seviyesi dağılımı açısından migrenli grubun 2’si (%4,3) ilkokul mezunu, 8’i (%17,4) lise mezunu, 36’sı (%78,3) üniversite mezunu; kontrol grubunun 8’i (%17) lise mezunu, 39’u (%83) üniversite mezunu katılımcılardan oluşmaktadır.

4.2. Bağımsız Örneklem t testi Karşılaştırma Analizleri

Migren ve kontrol grupları arasında yeti yitimi bakımından anlamlı bir fark olup olmadığını görmek için MIDAS skorlarına uygulanan t-test ve betimsel istatistik sonuçları Tablo 11’de gösterilmiştir.

Tablo 11. Migren ve Kontrol Grubuna Ait MIDAS Puanlarının Bağımsız Örneklem t-testi

Değişken	Gruplar	N	$\bar{X}$	SS	SE	t-test		
						t	sd	p
MIDAS	Migren	46	23,65	19,652	2,897	4,639	91	0,000
Puanları	Kontrol	47	6,57	15,666	2,285			

Bağımsız örneklem T-testi sonucuna göre migren grubunun (n=46) MIDAS puanının ($\bar{x}$ =23,65, SS=19,65) kontrol grubuna ($\bar{x}$ =6,57, SS=15,67) göre istatistiksel olarak yüksek olduğu bulunmuştur $t(91)=4,639$, $p<0,05$. Farkın etkisi büyüktür Cohen's $d=0,96$. Migren hastalığı MIDAS puanını %92,16 varyansında açıklamaktadır.

Tablo 12. Genel Ölçek Puanlarının t-testi

Değişkenler	Gruplar	N	$\bar{X}$	SS	t-test		
					t	sd	p
Mükemmeliyetçilik	Migren	46	198,72	34,70	2,712	91	0,008
	Kontrol	47	178,91	35,69			
Duygu D. Güçlüğü	Migren	46	94,41	22,38	3,556	91	0,001
	Kontrol	47	78,15	21,73			
Sürekli Öfke	Migren	46	24,39	5,76	4,316	91	0,000
	Kontrol	47	19,26	5,71			
Öfke İfadesi	Migren	46	59,48	9,91	2,662	91	0,009
	Kontrol	47	53,85	10,46			

Bağımsız örneklem t-testi bulgularına göre migren grubunun mükemmeliyetçilik genel ölçek puanları ($\bar{x}$ =198,72, SS=34,70) kontrol grubuna ($\bar{x}$ =178,91, SS=35,69) göre istatistiksel olarak yüksek saptanmıştır $t(91)=2,712$, $p<0,05$, Farkın etki büyüklüğü orta düzeydedir Cohen's $d=0,56$.

Duygu düzenleme güçlüğü genel ölçek puanlarına bakıldığında ise; migren grubunun ($\bar{x}$ =94,41, SS=22,38) puanları kontrol grubuna ($\bar{x}$ =78,15, SS=21,73) göre istatistiksel

olarak yüksek bulunmuştur $t(91)=3,556$, $p<0,05$. Büyük etki düzeyine yakın bir fark bulunmaktadır Cohen's $d=0,74$.

Migren grubunun öfkelenme eğilimleri (sürekli öfke) ölçek puanları ($\bar{x}=24,39$, $SS=5,76$) kontrol grubunun puanlarından ($\bar{x}=19,26$, $SS=5,71$) istatistiksel olarak daha yüksektir $t(91)=4,316$, $p<0,05$. Farkın etkisi büyüktür Cohen's $d=0,895$.

Öfke ifadesi (öfke içte, dışta ve kontrol) toplam ölçek puanları bakımından migren grubunun puanlarının ($\bar{x}=59,48$, $SS=9,91$) kontrol grubuna ($\bar{x}=53,85$, $SS=10,46$) göre istatistiksel olarak daha yüksek olduğu saptanmaktadır $t(91)=2,662$, $p<0,05$. Fark, orta düzeyde etki göstermektedir Cohen's $d=0,55$.

Tablo 13. Mükemmeliyetçilik Ölçeği Alt Boyutlar t-testi

Değişkenler	Gruplar	N	$\bar{X}$	SS	t-test		
					t	sd	p
Kendine Yönelik	Migren	46	76,00	18,47	1,834	91	0,070
	Kontrol	47	69,04	18,12			
Başkasına Yönelik	Migren	46	61,83	14,18	2,350	91	0,021
	Kontrol	47	54,94	14,10			
Sosyal Odaklı	Migren	46	60,89	13,80	2,063	91	0,042
	Kontrol	47	54,94	14,03			

Mükemmeliyetçilik alt ölçek puanlarının ortalamasına bakıldığında; migren grubunun kendine yönelik mükemmeliyetçilik puanları ($\bar{x}=76,00$, $SS=18,47$) ile kontrol grubunun kendine yönelik mükemmeliyetçilik puanları ($\bar{x}=69,04$, $SS=18,12$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır $t(91)=1,834$, $p>0,05$. Farkın etkisi küçüktür Cohen's $d=0,38$.

Migren grubunun başkalarına yönelik ($\bar{x}=61,83$, $SS=14,18$) ve sosyal odaklı mükemmeliyetçilik alt ölçeklerinin puanlarının ($\bar{x}=60,89$, $SS=13,80$) kontrol grubunun puanlarından [sırasıyla; ($\bar{x}=54,94$, $SS=14,10$), ($\bar{x}=54,94$, $SS=14,03$)] istatistiksel olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur [sırasıyla; $t(91)=2,350$, $t(91)=2,063$, $p<0,05$]. Farkların etki büyüklükleri orta düzeye yakındır; başkalarına yönelik mükemmeliyetçilik için Cohen's $d=0,49$, sosyal odaklı mükemmeliyetçilik için Cohen's $d=0,43$.

Tablo 14. Duygu Düzenleme Güçlüğü     i Alt Boyutlar t-testi

Değişkenler	Gruplar	N	$\bar{X}$	SS	t-test		
					t	sd	p
Farkındalık	Migren	46	11,83	3,84	-0,566	91	0,573
	Kontrol	47	12,30	4,19			
Açıklık	Migren	46	12,20	3,54	0,458	91	0,648
	Kontrol	47	11,79	4,93			
Kabul Etmeme	Migren	46	16,41	6,57	4,360	83,997	0,000
	Kontrol	47	11,13	4,99			
Stratejiler	Migren	46	23,24	8,09	3,913	86,116	0,000
	Kontrol	47	17,28	6,49			
Dürtü	Migren	46	14,52	3,73	3,661	91	0,000
	Kontrol	47	11,57	4,02			
Amaçlar	Migren	46	16,22	4,78	2,136	91	0,035
	Kontrol	47	14,09	4,85			

Migren grubu ($\bar{x}$ =11,83, SS=3,84) ve kontrol grubunun ($\bar{x}$ =12,30, SS=4,19) farkındalık alt ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($t=-566$) $p>0,05$). Fark, küçük bir etkiye sahiptir Cohen's $d=0,12$.

Açıklık alt ölçek puanları bakımından; migren ($\bar{x}$ =12,20, SS=3,54) ve kontrol ($\bar{x}$ =11,79, SS=4,93) grupları arasında istatistiksel olarak farklılık bulunmamaktadır ($t=,458$, $p>0,05$). Farkın etkisi küçüktür Cohen's $d=0,10$.

Migren grubunun kabul etmeme alt ölçek puanları ($\bar{x}$ =16,41, SS=6,57) kontrol grubuna ($\bar{x}$ =11,13, SS=4,99) göre istatistiksel olarak daha yüksektir ($t=4,360$, $p<0,05$). Farkın etkisi b   kt r Cohen's $d=0,90$.

Kontrol grubunun stratejiler alt ölçek puanları ($\bar{x}$ =17,28, SS=6,49) migren grubuna ($\bar{x}$ =23,24, SS=8,09) göre istatistiksel olarak daha düşüktür ($t=3,913$, $p<0,05$). Farkın etki düzeyi b   kt r Cohen's $d=0,81$.

Migren grubunun dürtü alt ölçek puanları ($\bar{x}$ =14,52, SS=3,73) kontrol grubuna ($\bar{x}$ =11,57, SS=4,02) göre istatistiksel olarak daha yüksek bulunmuştur ($t=3,661$, $p<0,05$). Fark, b   k etki düzeyine yakındır, Cohen's $d=0,76$.

Migren grubunun amaçlar alt ölçek puanları ($\bar{x}=16,22$, $SS=4,78$) kontrol grubundan ($\bar{x}=14,09$, $SS=4,85$) istatistiksel olarak daha yüksektir ($t=2,136$, $p<0,05$). Orta etki düzeyine yakın bir fark vardır Cohen's $d=0,44$.

Tablo 15. Sürekli Öfke-Öfke İfade Tarzı Ölçeği Alt Boyutlar t-testi

Değişkenler	Gruplar	N	$\bar{X}$	SS	t-test		
					t	sd	p
Sürekli Öfke	Migren	46	24,39	5,77	4,316	91	0,000
	Kontrol	47	19,26	5,71			
Öfke İçte	Migren	46	20,54	5,05	2,877	91	0,005
	Kontrol	47	17,66	4,61			
Öfke Dışta	Migren	46	19,20	5,62	3,191	91	0,002
	Kontrol	47	15,96	4,72			
Öfke Kontrol	Migren	46	19,74	5,63	-0,395	91	0,694
	Kontrol	47	20,23	6,43			

Kontrol grubuna ($\bar{x}=19,26$, $SS=5,71$) göre migren grubunun öfkelenme eğilimi (sürekli öfke) ölçek puanları ($\bar{x}=24,39$, $SS=5,77$) istatistiksel olarak daha yüksek bulunmaktadır ($t=4,316$), $p<0,05$. Farkın etkisi yüksektir Cohen's $d=0,89$.

Migren grubunun öfkeyi içte tutma ölçek puanlarının ortalamaları ($\bar{x}=20,54$, $SS=5,05$) kontrol grubundan ($\bar{x}=17,66$, $SS=4,61$) istatistiksel olarak daha yüksektir ($t=2,877$), $p<0,05$. Fark, orta düzeyde bir etkiye sahiptir Cohen's $d=0,60$.

Öfkeyi dışarı yansıtmaya ölçek puanları için migren grubunun puanları ($\bar{x}=19,20$, $SS=5,62$) kontrol grubuna ($\bar{x}=15,96$, $SS=4,72$) göre istatistiksel olarak daha yüksek bulunmuştur ($t=3,191$), $p<0,05$. Farkın etkisi orta düzeydedir Cohen's $d=0,62$.

Öfke kontrol ölçek puanları için kontrol grubunun puanları ($\bar{x}=20,23$, $SS=6,43$) ile migren grubunun ($\bar{x}=19,74$, $SS=5,63$) puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($t=-395$), $p>0,05$. Farkın etkisi büyüktür Cohen's $d=0,081$.

4.3. MANCOVA Analizi

Migren tanısı almış olma ve sağlıklı olma durumlarına göre mükemmeliyetçilik, duygu düzenleme güçlüğü, sürekli öfke ve öfke ifade düzeyleri arasında istatistiksel olarak güvenilir farklılıkların olup olmadığını incelemek için MANCOVA analizi yapılmıştır. MANCOVA, bağımlı değişken üzerinde etkisi bulunan en az bir ortak değişkenin bulunduğu ve bu değişkenin kontrol altına alınarak yürütüldüğü bir analiz türüdür. MANCOVA analizinde birden fazla bağımlı değişken bulunmaktadır.

Demografik veriler (yaş, cinsiyet ve eğitim durumu) bakımından, migren ve kontrol grupları arasında bağımlı değişkenler üzerinde ortaya çıkan farklılıkların sonuçları Tablo 13'te gösterilmektedir.

Tablo 16. Ortak Değişkenlerin Bağımlı Değişkenler ile Etkileşiminin Analizi

Etki	Wilks' Lambda	F	Hipotez Sd	Hata Sd	p	Kısmi η^2	Gözlenen Güç
Kesme Noktası	0,517	19,862	4,00	85,00	0,000	0,483	1,00
Yaş Aralıkları	0,918	1,892	4,00	85,00	0,119	,082	0,551
Cinsiyet	0,885	2,762	4,00	85,00	0,033	0,115	0,738
Eğitim Düzeyi	0,963	0,808	4,00	85,00	0,524	0,037	0,249
Migren/Kontrol Grupları	0,749	7,130	4,00	85,00	0,000	0,251	0,994

Yaş aralıkları değişkeni migren ve kontrol grupları arasında, bağımlı değişkenler (mükemmeliyetçilik, duygu düzenleme güçlüğü, sürekli öfke, öfke ifadesi) istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığa neden olmamaktadır (Wilks' $\lambda = 0,517$; $F_{(4,85)} = 1,892$; $p > 0,05$). Ancak orta düzeyde bir etkiye sahiptir $\eta^2 = 0,082$.

Biyolojik cinsiyet değişkeni migren ve kontrol grupları arasında, bağımlı değişkenler üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığa neden olmaktadır (Wilks' $\lambda = 0,885$; $F_{(4,85)} = 2,762$; $p < 0,05$). Değişken, orta düzeyde bir etki büyüklüğüne sahiptir $\eta^2 = 0,119$.

Eğitim seviyesi değişkeni migren ve kontrol grupları arasında, bağımlı değişkenler üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir farka neden olmamaktadır (Wilks' $\lambda = 0,963$; $F_{(4,85)} = ,808$; $p < 0,05$). $\eta^2 = 0,037$.

Bağımlı değişkenler ile arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunan ortak değişken varsayımı karşılanmıştır. Migren ve kontrol grupları arasında bağımlı değişkenler (mükemmeliyetçilik, duygu düzenleme güçlüğü, öfkelenme eğilimi ve öfke ifadesi) açısından istatistiksel olarak bir fark olup olmadığının araştırılması için yaş aralığı ile cinsiyet değişkenleri kontrol altına alınmak üzere ortak değişken olarak belirlenmiştir.

Korelasyon analizi yürütülerek, bağımlı değişkenlerin birbiri arasındaki ilişkiler de incelenmiştir. Çoklu bağlantı probleminin olmaması adına tüm genel ölçek puanlarının arasındaki korelasyon katsayılarının 0,70'ten küçük olması beklenmektedir.



Şekil 1. Migren Grubu İçin Genel Ölçek Puanlarının Korelasyon Analizi

Migren grubuna ait ölçek puanları (bağımlı değişkenler) arasındaki ilişkilerin Pearson's r değerleri Şekil 1'de gösterilmektedir.

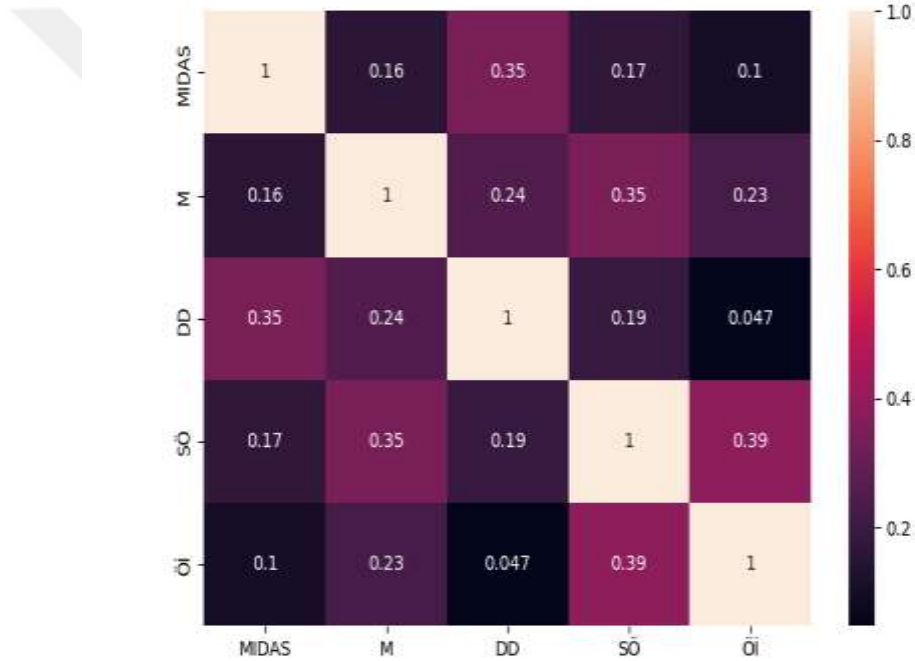
MIDAS puanları ile mükemmeliyetçilik, duygu düzenleme güçlüğü, sürekli öfke ve öfke ifadesi puanları arasındaki ilişkiler zayıf düzeyde, pozitif yönde ve anlamlıdır ($r=0,19$, $r=0,23$, $r=0,28$, $r=0,14$).

Mükemmeliyetçilik puanları ile duygu düzenleme güçlüğü puanları arasında zayıf düzeyde, pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır $r=0,065$. Mükemmeliyetçilik

puanları ile sürekli öfke puanları arasında orta düzeyde, pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardır $r=0,48$. Öfke ifadesi puanları ile mükemmeliyetçilik puanları arasında zayıf düzeyde, negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır $r=-0,029$.

Duygu düzenleme güçlüğü puanları ile sürekli öfke ve öfke ifadesi puanları arasında orta düzeyde, pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r=0,43$, $r=0,44$).

Sürekli öfke puanları ve öfke ifadesi puanları arasında orta düzeyde, pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır $r=0,4$.



Şekil 2. Kontrol Grubu İçin Genel Ölçek Puanlarının Korelasyon Analizi

Kontrol grubuna ait ölçek puanları (bağımlı değişkenler) arasındaki ilişkilerin Pearson's r değerleri Şekil 2'de gösterilmektedir.

MIDAS puanları ile mükemmeliyetçilik, sürekli öfke ve öfke ifadesi puanları arasındaki ilişkiler zayıf düzeyde, pozitif yönde ve anlamlıdır ($r=0,16$, $r=0,17$, $r=0,1$). MIDAS puanları ile duygu düzenleme güçlüğü puanları arasında orta düzeyde, pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki bulunmaktadır $r=0,35$.

Mükemmeliyetçilik puanları ile duygu düzenleme güçlüğü ve öfke ifadesi puanları arasında zayıf düzeyde, pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r=0,24$, $r=0,23$). Mükemmeliyetçilik puanları ile sürekli öfke puanları arasında orta düzeyde, pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır $r=0,35$.

Duygu düzenleme güçlüğü puanları ile sürekli öfke ve öfke ifadesi puanları arasında zayıf düzeyde, pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r=0,19$, $r=0,047$).

Sürekli öfke puanları ve öfke ifadesi puanları arasında orta düzeyde, pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır $r=0,39$.



Şekil 3. Genel Ölçek Puanlarının Korelasyon Analizi

Tüm gruplar için genel ölçek puanları (bağımlı değişkenler) arasındaki ilişkilerin Pearson's r değerleri Şekil 3'te gösterilmektedir.

MIDAS puanları ile mükemmeliyetçilik ve öfke ifadesi puanları arasındaki ilişkiler zayıf düzeyde, pozitif yönde ve anlamlıdır ($r=0,27$, $r=0,22$). MIDAS puanları ile duygu düzenleme güçlüğü ve sürekli öfke puanları arasında orta düzeyde, pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r=0,39$, $r=0,37$).

Mükemmeliyetçilik puanları ile duygu düzenleme güçlüğü ve öfke ifadesi puanları arasında zayıf düzeyde, pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r=0,24$, $r=0,17$). Mükemmeliyetçilik puanları ile sürekli öfke puanları arasında orta düzeyde, pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır $r=0,47$.

Duygu düzenleme güçlüğü puanları ile sürekli öfke ve öfke ifadesi puanları arasında orta düzeyde, pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r=0,41$, $r=0,31$).

Sürekli öfke puanları ve öfke ifadesi puanları arasında orta düzeyde, pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır $r=0,45$.

Ölçek puanları birbiri arasında pozitif yönde anlamlı korelasyona sahiptir. Ölçek puanları (bağımlı değişkenler) arasındaki ilişkiler için saptanan tüm değerler 0,70'ten küçüktür $p<0,05$. Dolayısıyla, çoklu bağlantı problemi bulunmamaktadır.

Homojenlik varsayımını karşılamaya yönelik Levene's Testi ve Box's M Testi analiz sonuçları Tablo 17 ve Tablo 18'de gösterilmektedir.

Tablo 17. Kovaryans Matrislerinin Eşitliğini Sınama Analizi

Box' M	11,909
F (10, 39547,252)	0,331

Box's M Testi sonuçlarına bakıldığında, $p=0,331$ için bağımsız değişkenlerin kovaryans matrislerinin eşitliği varsayımı sağlanmıştır $p>0,05$.

Tablo 18. Hata Varyanslarının Eşitliğini Sınama Analizi

Değişkenler	F	Sd1	Sd2	p
Mükemmeliyetçilik	0,003	1	91	0,957
Duygu D. Güçlüğü	0,298	1	91	0,587
Sürekli Öfke	0,031	1	91	0,860
Öfke İfade	0,560	1	91	0,456

Levene testi sonuçlarına göre tüm değişkenlerin p değeri 0,05'ten büyüktür. Hata varyanslarının eşit olduğu varsayımı kabul edilmiştir $p>0,05$.

Tablo 19. MANCOVA Analizi

Varyans Kaynağı	Bağımlı Değişken	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması	F	p	Kısmi η^2
Model	Mükemmeliyetçilik	9678,449	4	2419,612	1,898	0,118	0,079
	Duygu D, Güçlüğü	9765,551	4	2441,388	5,286	0,001	0,194
	Sürekli Öfke	769,490	4	192,372	5,962	0,000	0,213
	Öfke İfade	1842,451	4	460,613	4,856	0,001	0,181
Yaş	Mükemmeliyetçilik	99,335	1	99,335	0,078	0,781	0,001
Aralığı	Duygu D. Güçlüğü	3492,187	1	3492,187	7,561	0,007	0,079
	Sürekli Öfke	34,920	1	34,920	1,082	0,301	0,012
	Öfke İfade	14,160	1	14,160	0,149	0,700	0,002
Biyolojik	Mükemmeliyetçilik	216,170	1	216,170	0,170	0,682	0,002
Cinsiyet	Duygu D. Güçlüğü	135,134	1	135,134	0,293	0,590	0,003
	Sürekli Öfke	102,308	1	102,308	3,171	0,078	0,035
	Öfke İfade	1031,217	1	1031,217	10,872	0,001	0,110
Eğitim	Mükemmeliyetçilik	266,537	1	266,537	0,209	0,649	0,002
Seviyesi	Duygu D, Güçlüğü	264,220	1	264,220	0,572	0,451	0,006
	Sürekli Öfke	23,893	1	23,893	0,740	0,392	0,008
	Öfke İfade	98,496	1	98,496	1,038	0,311	0,012

a. Kısmi $\eta^2 = 0,079$ (Düzeltilmiş Kısmi $\eta^2 = 0,038$)

b. Kısmi $\eta^2 = 0,194$ (Düzeltilmiş Kısmi $\eta^2 = 0,157$)

c. Kısmi $\eta^2 = 0,213$ (Düzeltilmiş Kısmi $\eta^2 = 0,177$)

d. Kısmi $\eta^2 = 0,181$ (Düzeltilmiş Kısmi $\eta^2 = 0,144$)

Ortak değişkenlerin etki düzeylerine bakıldığında; yaş aralıklarının duygu düzenleme güçlüğü üzerinde orta düzeyde bir etkiye sahip olduğu görülmektedir $p < 0,05$, $\eta^2 = 0,79$. Cinsiyet değişkeni ise, öfke ifadesi puanları üzerinde orta düzeyde etkili bir farka neden olmaktadır $p < 0,05$, $\eta^2 = 0,110$. Eğitim seviyesi bağımsız değişkeni, migren ve kontrol grupları arasında bağımlı değişkenler bakımından istatistiksel olarak önemli bir farklılığa neden olmamaktadır $p < 0,05$.

Tablo 20. Grupların Bağımlı Değişkenler Açısından Düzeltilmiş Ortalama Puanları

Bağımlı Değişken	Gruplar	N	$\bar{X}$	SS	Düzeltilmiş Ortalama	
					$\bar{X}$	SS
Mükemmeliyetçilik	Migren	46	198,72	34,696	198,815	5,309
	Kontrol	47	178,91	35,686	178,820	5,252
Duygu D. Güçlüğü	Migren	46	94,41	22,382	94,721	3,196
	Kontrol	47	78,15	21,729	77,848	3,161
Sürekli Öfke	Migren	46	24,39	5,764	24,521	0,845
	Kontrol	47	21,80	6,263	19,128	0,836
Öfke İfadesi	Migren	46	59,48	9,908	60,086	1,448
	Kontrol	47	53,85	10,463	53,256	1,432

a. Kovaryantlar için hesaplanan değer: Yaş Aralıkları = 2,38, Biyolojik Cinsiyet = 1,46, Eğitim Seviyesi = 2,78.

Tablo 20’de sunulan verilere göre; migren grubuna ait bağımlı değişkenlerin (mükemmeliyetçilik, duygu düzenleme güçlüğü, sürekli öfke ve öfke ifadesi ölçek puanları) ortalamalarının arttığı anlaşılmaktadır. Kontrol grubunun bağımlı değişkenlerinin ortalama puanlarının azaldığı görülmektedir.

Ortak değişkenler kontrol altına alındığında, migren ve kontrol grupları arasında bağımlı değişkenler açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olup olmadığına dair yürütülen MANCOVA analiz sonuçları Tablo 21’de gösterilmektedir.

Tablo 21. MANCOVA Analizi Sonuçları

Bağımlı Değişken	Hipotez sd	Hata sd	F	p	η^2
Mükemmeliyetçilik	1	88	7,051	0,009	0,074
Duygu D. Güçlüğü	1	88	13,860	0,000	0,136
Sürekli Öfke	1	88	20,269	0,000	0,187
Öfke İfade	1	88	11,058	0,001	0,112

Mükemmeliyetçilik, duygu düzenleme güçlüğü, sürekli öfke ve öfke ifade puanları bakımından, migren ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır $p<0,05$.

Bağımlı değişkenlerin tek tek analiz edilmesinin Hata 1 payını arttırmaması için Bonferroni düzeltmesi uygulanmıştır. Mükemmeliyetçilik, duygu düzenleme güçlüğü, sürekli öfke ve öfke ifadesi) puanlarının migren ve kontrol gruplarının hangisinde istatistiksel olarak daha yüksek olduğunu incelemek amacıyla yürütülen Bonferroni çoklu karşılaştırma verileri Tablo 22’de sunulmaktadır.

Tablo 22. Bağımlı Değişkenlere Yönelik MANCOVA Analizi Sonuçları

Bağımlı Değişken	(I) Migren /Kontrol Grupları	(J) Migren /Kontrol Grupları	Ortalama Farkı	Standart Hata	p	Anlamlı Fark
Mükemmeliyetçilik	Migren	Kontrol	19,995*	7,530	0,009	Migren> Kontrol
	Kontrol	Migren	-19,995*	7,530	0,009	Migren> Kontrol
Duygu D. Güçlüğü	Migren	Kontrol	16,873*	4,532	0,000	Migren> Kontrol
	Kontrol	Migren	-16,873*	4,532	0,000	Migren> Kontrol
Sürekli Öfke	Migren	Kontrol	5,393*	1,198	0,000	Migren> Kontrol
	Kontrol	Migren	-5,393*	1,198	0,000	Migren> Kontrol
Öfke İfadesi	Migren	Kontrol	6,830*	2,054	0,001	Migren> Kontrol
	Kontrol	Migren	-6,830*	2,054	0,001	Migren> Kontrol

Migren grubunun tüm genel ölçek puanlarının (mükemmeliyetçilik, duygu düzenleme güçlüğü, sürekli öfke ve öfke ifadesi) migren grubuna göre istatistiksel olarak daha yüksek olduğu görülmektedir $p<0,05$.

5. TARTIŞMA

Bu araştırmada migren hastalığı olan ve migren hastalığı olmayan bireylerin mükemmeliyetçilik özellikleri, duygu düzenleme güçlüğü düzeyleri, öfkelenme eğilimleri ve öfke ifade tarzları karşılaştırmalı olarak incelenmiştir.

Demografi, insan toplumlarının bilimsel yöntemlerle araştırıldığı nüfus bilimidir. Eğitim durumu, yaş, cinsiyet, etnik köken, inanış, meslek gibi birçok veriyi barındıran sosyodemografik bilgiler, araştırmalarda üzerinde çalışılan örneklemin oluşturulmasını ve düzenlenmesini kolaylaştırmaktadır. Graunt (1674) ve William (1687) tarafından yapılan nüfus çalışmaları, demografi alanında çok katmanlı analizler yapılmasına öncü olmuştur (Aysan, 2022). Çalışmamızda kullanılan değişkenlerin içerisinde sosyodemografik veriler mevcuttur. Örneklemimiz, migren tanısı almış 46 kişi ile migren tanısı olmayan 47 kişi olmak üzere toplam 93 katılımcıdan oluşmaktadır. Küresel Hastalık Yüğü 2015 çalışmasında migren hastalığının 15-49 yaş aralığındaki bireyleri ve kadınları daha fazla etkilediği, pik yaş aralığının ise genel olarak 35-39 olduğu bildirilmiştir. Çalışmamızın migren örneklemini incelediğimizde en çok katılımcının olduğu yaş aralıkları 25-32 ve sonraki en yüksek katılımcı sayısıyla 18-24 olarak bulunmuştur. Migren grubundaki en az katılımcı sayısı ise 48-55 yaş aralığındadır. Migren grubunun kadın katılımcı sayısı kontrol grubunun kadın katılımcı sayısından altı kişi daha fazladır.

Migrenin yeti yitimine sebep olan bir hastalık olduğu bilinmektedir. Ortaya çıkan engelliliğin kaynaklarına baktığımızda, migren ataklarının klinik özelliklerinin zorlayıcı faktörlerde olması kişileri maddi ve manevi olarak yıpratmaktadır. Türkiye Migren Raporu (2021) verilerine göre, migrenin Türkiye'ye 27.9 milyar TL ekonomik yükü olduğu açıklanmıştır. Migren hastalığı kişileri kariyer, akademik ve sosyal alanlar bakımından olumsuz etkilemektedir. Çalışmamızda migren tanısı olan grubun MIDAS puanları kontrol grubuna göre oldukça yüksek çıkmıştır. Bu veriler ışığında, araştırmamız vasıtasıyla; migren hastalığı ile engellilik durumu arasındaki ilişki istatistiksel olarak ispat edilmiştir. Migren ile engellilik durumunu inceleyen bir araştırmada, migren ile MIDAS puanları (yeti yitimi) arasında pozitif ilişki bulunmuştur. Demografik bilgiler, migren tipi, ağrı atak süresi ve sıklığı gibi veriler ile yeti yitimi arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Dönmez vd., 2008).

Çalışmamızda, mükemmeliyetçilik özelliklerindeki yönelimleri inceleyen Çok Boyutlu Mükemmeliyetçilik Ölçeği kullanılarak migren ve kontrol gruplarının hangi

özelliklere eğilim gösterdiklerini ve bu eğilimlerin migren grubunun lehine farklılık gösterip göstermediği araştırılmıştır. Literatürde mükemmeliyetçiliğin farklı boyut ve ölçekler kullanılarak araştırıldığı çalışmalar mevcuttur. Afshar ve arkadaşları tarafından 2008’de yürütülen çalışmada, olumlu ve olumsuz mükemmeliyetçilik özellikleri ile migren arasındaki ilişki araştırılmıştır. Mükemmeliyetçilik düzeylerinin migreni olan katılımcılar için daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Araştırmamızın bulgularına göre, migren tanısı olan bireylerin mükemmeliyetçilik özellikleri toplam ölçek puanı kontrol grubundan anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Başkalarına yönelik ve toplumsal beklentiye dayalı mükemmeliyetçilik puanları migren grubunun lehine sonuçlanırken, kendine yönelik mükemmeliyetçilik alt boyutu için deney ve kontrol grubu arasında manidar bir farklılık saptanmamıştır. Bu durumu nedenselleştirmeye yönelik çabalarımızla mükemmeliyetçiliği kişinin olduğu hal ile ulaşmayı arzuladığı hali işlevsel bir biçimde uzlaştıramadığı/dengeleyemediği gerçeğiyle ilişkilendirecek olursak, bu alt boyutun yaygınlığının kaynağı; kendine yönelik mükemmeliyetçiliğin hataları kolayca kabul edememe ve kendini aşırı eleştirme anlamını taşımasıdır. Özgecilik savunma mekanizmasının kişilerin benliğine yönelik işlevsiz dürtü ve arzularını hor görmesiyle başlayıp, akabinde bu dürtüleri dönüştürüp diğer insanların faydasına sunmasından bahsedecek olursak; kendine yönelik mükemmeliyetçiliğin bazı yapılanmalarıyla benzer gittiğini söyleyebiliriz. Khalinbaylı’nın 2018 yılında hazırladığı yüksek lisans tez çalışmasında üniversite öğrencilerinin özgecilik ve mükemmeliyetçilik anlayışları arasındaki ilişki incelenmiştir. Bu çalışmada, hatayı göstererek kabul edememe ve kusur saklama ile özgecilik arasında pozitif ilişki olduğu bulunmuştur. Hewitt ve Flett’e (1991, 2004) göre ise mükemmeliyetçilik özellikleri arasında en karmaşık yapıda olan kendine yönelik mükemmeliyetçiliktir; kişilerin başarı odaklı davranma eğilimlerinin çarpıcı bir motivasyonel bileşenidir (Curran, 2019). Araştırmamızda migren grubunun başkalarına yönelik ve toplumsal beklentiye dayalı alt ölçeklerde kontrol grubundan daha yüksek puana sahip olma sebebi, migren hastalığının engelliliğe neden olması olarak düşünülmektedir. Bu engellilik, iş hayatında kişide yük oluşturduğu için, patron/yönetici veya iş arkadaşlarının ondan yapabileceğinden fazlasını bekledikleri inancını pekiştirmiş olma ihtimali söz konusudur. Bu inancın katılığı arttığında, alternatif düşüncelerin akla kolayca gelememe ihtimali bulunmaktadır. Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) ekolü, düşüncelerin davranış ve duygulanma biçimlerinin üzerindeki etkisi ekseninde çalışan bir terapi sistemidir. İnan ve diğerleri tarafından 2020

yılında BDT yaklaşımıyla migrenli olgu çalışması yapılmıştır. Kronik migreni ve aşırı ilaç kullanımı olan katılımcılarla yapılan çalışmada, önceki önleyici tıbbi tedavilerin sonuç alamadığı bazı durumlarda olumlu sonuçlar alınmasına fayda sağladığı bulunmuştur.

Çalışmamızda duygu düzenleme güçlüğü'nün migren hastalığı ile ilişkisi araştırılmıştır. Duygu düzenleme güçlüğü düzeyleri migren grubunda istatistiksel olarak daha yüksek bulunmuştur. Duygusal tepki farkındalığının olmaması ve duygusal tepkilerin anlaşılma güçlüğü alt boyutları için migren ve kontrol grupları arasında önemli bir farklılık ortaya çıkmamıştır. Duygusal tepkileri kabul etme güçlüğü, duygusal tepkilerle baş etme stratejilerindeki uyumsuzluk/yetersizlik, duygusal tepki esnasındaki dürtüleri kontrol etme güçlüğü ve duygusal tepki esnasında amaca uygun hareket etme güçlüğü alt boyutları için migren grubunun ölçek puanları kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksektir. Hamedi ve diğerleri tarafından 2013 yılında yürütülen kalp, diyabet, migren hastaları ve sağlıklı bireylerin kaygı, depresyon, stres ve öfke düzeylerini karşılaştıran çalışmada, migren grubunun kaygı, depresyon, stres ve öfke düzeyleri diğer gruplardan anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Migren hastalarında ağrıya ilişkin duygulanımın incelendiği bir araştırmada migrenli bireylerin ağrıya yönelik özellikle kaygı gibi duygusal tepkileri daha doğrudan deneyimledikleri ve ağrıyı felaketleştirme puanlarının daha fazla olduğu bulunmuştur (Kim vd., 2021). Shaygan, ve arkadaşları (2021) tarafından ortaya konulan araştırmada ise migren hastalığında öfke ve duygusal idrak arasındaki ilişki incelenmiştir. Sonuçlara göre, migren grubunun duygusal anlayış puanları daha düşük, öfke puanları daha yüksek bulunmuştur. Sunay tarafından 2022 yılında hazırlanan yüksek lisans tez çalışmasında migren atak şiddeti, süresi ve yeti yitimi düzeylerinin duygu düzenleme üzerindeki etkisi incelenmiştir. Araştırma sonucunda elde edilen bulgular; migren grubunun kontrol grubuna göre istatistiksel olarak daha yüksek düzeyde duygu düzenleme güçlüğü yaşadığını göstermektedir ve migren ataklarının şiddet, sıklık ve süresi ile duygu düzenleme güçlüğü arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır. Bu sonuçla birlikte, migrenin seyrinin değil, kişilerin hastalığa atfettiği anlamın psikolojik hal üzerinde daha fazla tahribata yol açtığını iddia edebiliriz.

Öfke, anlaşılması ve faydalı bir enstrüman haline getirilmesi zor olan duygulardandır. Migren tanısı olan kişilerin öfke duygularına ilişkin tutumlarının sağlıklı bireylere göre değişim gösterip göstermediğini araştırmak amacıyla Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı

Ölçeği kullanılarak betimsel ve karşılaştırmalı analizler yapılmıştır. Sürekli öfke boyutu kişilerin öfkelenmeye yatkınlığını ifade etmektedir. Öfkenin içte tutulması alt boyutu öfkenin yok sayılması, bastırılmasını belirtirken, öfkenin dışa yansıtılması alt boyutu filtresiz öfke varlığına işaret etmektedir. Öfke kontrol alt boyutu ise öfkenin kontrol edilmesiyle ilgilidir. Çalışmamızın veri analizleri sonucunda sürekli öfke alt ölçeği puanları migren grubu için istatistiksel olarak daha yüksek bulunmuştur. Migren tanısı olan bireylerin öfkelenme eğilimi, öfkeyi içte tutma ve öfkeyi dışa yansıtma alt ölçek puanları kontrol grubuna kıyasla daha yüksek bulunmuştur. Öfke kontrol alt ölçeği için migren ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Çelik ve diğerleri 2010 yılında migren hastalarının öfke ve mizaç tarzlarını inceleyen bir çalışma yürütmüştür. Çalışma sonuçlarına göre, migren grubunun depresyon, sürekli öfke, öfkeyi içte tutma ve öfkeyi dışa vurma puanlarının kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Migreni olan ve olmayan gruplar arasında sürekli öfke ve öfke ifade tarzlarını inceleyen başka bir çalışmada ise sürekli öfke ve öfkeyi içte tutma alt ölçekleri puanlarının migren grubu için daha yüksek olduğu ancak öfkeyi dışa yansıtma alt ölçeğinde kontrol grubu puanları daha yüksek bulunmuş ve öfkeyi kontrol etme alt ölçek puanları için iki grup arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (Öz vd, 2011). Öfkenin dışa yansıtılması alt ölçek düzeylerinin migren grubu lehine olması dışında araştırmamızın diğer öfke değişkenleri sonuçları ile bu araştırmanın sonuçları oldukça benzerdir. Sürekli öfke ve öfkenin içte tutulması alt boyutları için ortaya çıkan sonucun başka bir araştırma tarafından daha önce doğrulanmış olduğunu görmekteyiz. Migren üzerinde öfke ve duygu düzenlemenin incelendiği çalışmalar kısıtlıdır.

Araştırmamızın bağımlı değişken sonuçlarına ek olarak, bağımsız değişken statüsünde ele aldığımız sosyodemografik verilerin analiz sürecindeki rolünü incelediğimizde; eğitim seviyesi değişkeninin gruplar arasında bağımlı değişkenler açısından anlamlı bir farklılığa neden olmadığı görülmüştür. Ancak, yaş değişkeninin duygu düzenleme güçlüğü üzerinde etkisinin olduğu bulunmuştur (çalışmanın yaş aralığı:18-55 olmak üzere genç ve orta yaş aralığı). Genç yetişkinler ve daha yaşlı yetişkinlerin duygu düzenleme güçlüğü düzeylerini inceleyen bir çalışmada, genç yetişkinlerin duygu düzenleme güçlüğü seviyeleri yaşlı yetişkinlerden daha yüksek bulunmuştur. Daha yaşlı yetişkinlerin ise duygu düzenleme konusunda daha uyumlu oldukları saptanmıştır (Orgeta, 2009). Santorelli ve diğerleri tarafından 2016 yılında oluşturulan çalışmada ise, yaşlı yetişkinlerin daha az pozitif ve daha çok negatif duygu

deneyimledikleri bulunmuştur. Araştırmamızda orta yaş üzeri katılımcı olmadığından, daha yaşlı yetişkinlikle ilgili önceki literatürler üzerinden okuma yapmak elverişli değildir. Çalışmamızın cinsiyet değişkeninin öfke ifadesi üzerinde etkisinin olduğu saptanmıştır (kadın katılımcı sayısı>erkek katılımcı sayısı). Gül ve diğerlerinin (2019) yürüttüğü araştırmada erkek katılımcıların sürekli öfke ve öfke dışı alt ölçek puanlarının kadın katılımcılardan daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu konuyla ilgili başka bir araştırmadan daha söz edecek olursak; cinsiyet ve öfke ilişkisini inceleyen 24 tez üzerinde meta-analiz çalışması yürüten Manap ve Kış tarafından 2019 yılında yürütülen, sürekli öfke ve öfke ifade tarzı ölçek maddelerinin kullanıldığı tezlerin dahil edildiği analiz sonuçları, kadın ve erkek katılımcılar arasında öfke düzeyinin istatistiksel olarak değişmediğini ortaya koymuştur. Demografik bulguların çalışmamız içerisindeki yönü göz önünde bulundurularak, ölçek sonuçlarına dair olabildiğince ham ve doğru analiz bilgileri edinmek adına değişkenler arasındaki etkileşimler incelenmiş ve gerekli görülen kısımlar uygun prosedürlerle düzenlenmiştir. Demografik verilerin bağımlı değişkenlerle etkileşiminin bulgularımızı olumsuz yönde etkilememesi adına, eğitim seviyesi, yaş aralıkları ve cinsiyet değişkenleri ortak değişken olarak atanıp bağımlı değişkenlerle migrenli olma durumu arasındaki etkileşim, hata payını önleyen deneysel yöntemlerle incelenmiştir. Yaş aralığı ve cinsiyet bağımsız değişkenlerinin kontrol altına alınmasına karar verilerek çoklu kovaryans analizi yürütülmüştür. Bağımlı değişkenler için yürütülen korelasyon analizi sonuçlarını incelediğimizde; veri analizimizin çoklu bağlantı sorunu barındırmadığı ve bağımlı değişkenlerin birbiri ile ilişkisinin, makul düzeyde anlamlı olduğu bulunmuştur.

Güncel araştırmalar arasında, çalışmamız diğer başlıklarını dahil etmemesi, ölçekleri çok boyutlu dahil etmesi bakımından farklılık göstermektedir. Gruplar arasında hangi mükemmeliyetçilik özelliklerinin nasıl farklılık gösterdiğini, migreni olan bireylerin migreni olmayan bireylere göre duygularını düzenleme hususunda daha fazla zorluk yaşayıp yaşamadıklarını/ne derece olduğunu; öfkelenme eğilimlerinin hangi grubun lehine olduğu, öfke ifade tarzları olan öfkenin bastırılması, dışarı vurulması ve kontrol edilmesi düzeylerinin migren ve kontrol grubunda birbirinden farklı sonuçları ortaya çıkarıp çıkarmadığına dair birçok bilgiye araştırmamız vasıtasıyla ulaşılmaktadır. Çalışmamız örneklem büyüklüğü açısından kısıtlıdır. Bazı değişkenler için güncel literatür taramalarının daha elverişli olabilmesi adına daha fazla sayıda, kültürel ve zamansal çeşitlilik oluşturacak yeni çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamızın avantajlarından biri, birçok alt boyut barındıran ölçekleri bir arada kullanarak daha az hata payı ile daha çok değişken verisi elde edebilmektir. Böylece daha fazla hipotez kurmuş olmaktadır. Araştırmamızın 3 problem cümlesine cevap, evet olmuştur. Kabul edilen ve reddedilen hipotezleri incelediğimizde; H_2 , H_6 , H_7 ve H_{14} hipotezleri reddedilmiş, geri kalan tüm hipotezler kabul edilmiştir. Hipotezlerin çokluğu; mükemmeliyetçiliğin, duygu düzenleme gücünün, öfke ifade tarz ve eğilimlerinin hem genel hem de alt boyut incelemelerinden doğmaktadır.

Araştırmamız sonucunda migrenin bir hastalık olarak kişilerin hayatlarında hangi durumları ne derece etkilediğine dair bir kısım araştırma yapılmıştır. Bu durumlar mükemmeliyetçilik özellikleri, duygu düzenleme gücü düzeyleri, öfkelenme eğilimi ile öfke ifade ediş tarzlarıdır. Bu çalışma, insanların öznellik ve özerkliğini dağılımların, veri analizlerinin ötesinde görerek, içinde bulundukları koşulların sebep olduğu psikolojik yansımaları gözlemlemek ve göstermek için istatistiksel olarak ikna olup, ölçtüğümüz her puanı artıranın insan olduğuna ikna etmeyi amaçlamaktadır.

Araştırmamızın ele aldığı bütün unsurlara ilişkin olarak; baş ağrısı probleminin anlaşılması ve tedavisi için kişilerin nörolojik muayeneye gitmeleri gerektiğini bilhassa vurgulamaktayız. Aşırı ilaç kullanımının baş ağrılarının düzelmesini güçleştiren, ağrıyı kronikleştiren bir sorun olduğunu, uzmanların uygun gördüğü biçimde tedavi olunması gerektiğini bildirmekteyiz. Migren hastalığı olan bireylerin hastalık hakkında kapsamlı bilgiye erişiminin, psikolojik olarak destekleyici ve iyileştirici etkilerini savunmaktayız. Düşünce biçimleri ve duygusal deneyimlerdeki işlevselliğin/uyumun bozulmasıyla kişilerin migren hastalığını nasıl değerlendirdiği ve hastalığın yaşamlarındaki konumunun anlaşılmasının bireylerin psikolojik açıdan faydasına olacağına inanmaktayız. Kısaca; migren hakkında doğru bilgiler edinmek, uygun tedaviden geçmek ve psikolojik destek için ruh sağlığı uzmanlarından yardım almak, hastalığın seyrinde iyileşmeler sağlanmasını ve yaşam kalitesinin yükselmesini sağlayacaktır.

Farklı örneklem büyüklükleri, çeşitli değişken ve analiz yöntemleri ile migrene biyopsikososyal yaklaşan daha fazla araştırma yapılmasını gerekli görmekteyiz. Migren hastalığı olan bireylerin mükemmeliyetçilik tutumlarına ilişkin kendilerine yönelik algılarını değerlendiren ölçeklerin de dahil edildiği çalışmaların gerçekleştirilmesi, kişilerin kendileri, diğerleri ve toplum için ulaşmak istedikleri hedeflerle çabalamakta

oldukları meseleler arasında ne derece özgün, gönüllü ve memnuniyet içeren bağlantıların olduğunu inceleme fırsatı doğacaktır. Kişilerin hastalığı nasıl değerlendirdiği ve ifade ettiğinin duygusal tepkileri üzerindeki etkilerin anlaşılması adına farkındalık oluşturulması, var olan alanların geliştirilmesi ve genişletilmesi oldukça önemlidir. Migren üzerinde yapılan araştırmaların yanı sıra, psikiyatrik hastalık veya işlevsel olmayan psikolojik kökenli tutumlar üzerinde migren taraması yapan yeni araştırmaların oluşturulmasının da gerekliliği üzerinde durmaktayız.



KAYNAKLAR

- Abdolraheminosahad, L., Jalile, K. ve Rohe, S. (2020). The Role of Perfectionism Components in Predicting Migraine Symptoms in Nurses. *SJNMP*, 5(4), 27-37.
- Abolghasemi, A., Jafari, E. ve Ahmadi-Tahoursoltani, M. (2014). Comparison of Perfectionism, Aggression and Coping Styles In Patients with Migraine and Tension Type Headaches and Healthy Individuals. *Journal of Kerman University of Medical Sciences*, 21(2), 162-173.
- Adderholt-Elliot, M. (1989). Perfectionism and Underachievement. *Sage Journals*, 12(1). <https://doi.org/10.1177/107621758901200108>
- Afshar, H., Masaeli, N., Shayegan, N. V. ve Asadolahi, G.(2008). Positive and Negative Perfectionism In Migrainus Patients Compaired with Control Group. *Armaghanj*, 2 (4), 9-16.
- Ainsworth, M. D. S. (1989). Attachments Beyond Infancy. *American Psychologist*, 44, 709-716. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.44.4.709>
- Ansbacher, H. L. ve Ansbacher, R. R. (Eds.). (1956). The Individual Psychology of Alfred Adler. Basic Books.
- Antony, M. M. ve Swinson, R. P. (2009). When Perfect Isn't Good Enough: Strategies for Coping with Perfectionism (2. Basım).
- Antony, M. M., Purdon, C. L., Huta, V., & Swinson, R. P. (1998). Dimensions of Perfectionism Across The Anxiety Disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 36(12), 1143-1154. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(98\)00083-7](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(98)00083-7)
- Arpınar, M. S. (2020). Sosyodemografik Özelliklerin Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejilerine Etkisine Yönelik Bir Çalışma. *Balkan ve Yakın Doğu Sosyal Bilimler Dergisi* 6(1), 118-143.
- Ashina, M., Katsarava, Z., Do, T. P., Buse, D. C., Pozo-Rosich, P., Özge, A., Krymchantowski, A. V., Lebedeva, E. R., Ravishankar, K., Yu, S., Sacco, S., Ashina, S., Younis, S., Steiner, T. J. ve Lipton, R. B. (2021). Migraine: Epidemiology and Systems of Care. *The Lancet*, 397(10283), 1485-1495. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32160-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32160-7)
- Aysan, M. F., 2022. Demografi/NüfusBilim.
- Balım, T. ve Balım, G. (2018). Migren Ağrısına Fonksiyonel Bakış. Erişim Adresi: <http://www.goksinbalim.com.tr/makaleler/makaleler/migren-agrisina-fonksiyonel-bakis> Erişim Tarihi: 30.08.2018.
- Balkaya, F. (2001). Öfke: Temel Boyutları, Nedenleri ve Sonuçları. *Türk Psikoloji Yazıları*, 4(7), 21-45.
- Berkowitz, L. (1990). On The Formation and Regulation of Anger and Aggression: A Cognitive-Neoassociationistic Analysis. *American Psychologist*, 45(4), 494-503. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.45.4.494>

- Bestoni, S. A., Honarmand, M. M., Haghighi, J. (2002). A Study of Simple and Multiple Relationship Between Perfectionism, Trait-State Anxiety and Depression with Migraine Headache in Students of Islamic Azad University of Ahvaz, *Psychological Achievements*, 9(2), 109-126. <https://doi.org/10.22055/psy.2002.16483>
- Bıçakçı, Ş., Öztürk, M., Üçler, S., Karlı, N. ve Siva, A. (2018). Baş ağrısı Tanı ve Tedavi Güncel Yaklaşımlar. İstanbul: Türk Nöroloji Derneği Yayını.
- Bolak-Boratav, H., Sunar, D. ve Ataca, B. (2011). Emotional Display Rules and Their Contextual Determinants: An Investigation with University Students in Turkey. *Turkish Journal of Psychology* 26(68), 90-103.
- Bonica, J. J. (1977). Neurophysiologic and Pathologic Aspects of Acute and Chronic Pain. *Archives of Surgery*, 112(6), 750-761. <https://doi.org/10.1001/archsurg.1977.01370060082014>
- Breslau, N. Schultz, L., Lipton, R. ve Peterson, E. (2012). Migraine Headaches and Suicide Attempt. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*, 52(5), 723-731.
- Burns, D. D. (1980). The Perfectionist's Script For Self-Defeat. *Psychology Today*, 2(8), 34-51.
- Buse, C. D., Rupnow, M. F. T., Lipton, R. B. (2009). Assessing and Managing All Aspects of Migraine: Migraine Attacks, Migraine-Related Functional Impairment, Common Comorbidities, and Quality of Life. *Mayo Clinic Proceedings* 84(5), 422-435. [https://doi.org/10.1016/S0025-6196\(11\)60561-2](https://doi.org/10.1016/S0025-6196(11)60561-2)
- Cansever, A. (2014). Baş Ağrıları. Erişim Adresi: <https://www.adnancansever.com/?pnun=22&pt=BAŞ%20AĞRILARI> Erişim Tarihi: 03.2014.
- Curran, T., & Hill, A. P. (2019). Perfectionism Is Increasing Over Time: A Meta-Analysis of Birth Cohort Differences From 1989 to 2016. *Psychological Bulletin*, 145(4), 410-429. <https://doi.org/10.1037/bul000001>
- Çelik, D. B., Arkar, H. ve İdiman, F. (2010). Migren Baş Ağrısı Hastalarının Öfke Tarzları ile Mizaç ve Karakter Özellikleri. *Klinik Psikiyatri*, 13, 23-35.
- Dallenbach, K. M. (1939). Pain: History And Present Status. *The American Journal of Psychology*, 52(3), 331-347. <https://doi.org/10.2307/1416740>
- Darwin, C. (1872). İnsan ve Hayvanlarda Duyguların İfadesi (The Expression of the Emotions in Man and Animals).
- Demir, S. E. (2022). Baş Ağrısı Nedenleri ve Çeşitleri Nelerdir? Erişim Adresi: <https://drsalihaoeroglugdemir.com/blog/bas-agrisi-nedenleri-ve-cesitleri-nelerdir/> Erişim Tarihi: 10.06.2022.
- Domaç, F., Özgöbek, H. R. ve Uludüz, D. (2023). Baş ağrısında Biyopsikososyal Yaklaşımlar. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 4-8.

- Dönmez, H., Yoldaş, T. K., Solak, E. B. ve A. İ. Çolpak (2008). Ardışık 103 Migren Hastasında Midas Skorları ve Demografik / Klinik Özellikler, *14*(6), 388-393.
- Ekman, P. (2007). The Directed Facial Action Task: Emotional Responses without Appraisal.
- Ekman, P., & Cordaro, D. (2011). What Is Meant by Calling Emotions Basic. *Emotion Review*, *3*(4), 364-370. <https://doi.org/10.1177/1754073911410740>
- Ekman, P., Friesen, W. V. ve Ellsworth, P. (1972). Emotion In The human Face: Guidelines for Research and An Integration of Findings. *Pergamon Press*.
- Engel, G. L. (1977). The Need For A New Medical Model: A Challenge For Biomedicine. *Science*, *196*(4286), 129–136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>
- Engel, G. L. (1980). The Clinical Application of The Biopsychosocial Model. *The American Journal of Psychiatry*, *137*(5), 535–544. <https://doi.org/10.1093/jmp/6.2.101>
- Eravşar, H (2021). Mükemmeliyetçilik. Ankara: İksad Yayınevi.
- Erdener, Ş. E. (2020). Migren Nedir? Neden Migren Gibi Bir Sorunumuz Var? Erişim Adresi: <https://sarkac.org/2020/03/neden-migren-gibi-bir-sorunumuz-var/> Erişim Tarihi: 15.03.2020.
- Erdine, S. (1991). Ağrılar. İstanbul: İletişim Yayıncılık.
- Erol, Z. (2010). Mükemmeliyetçi Kişilik. İstanbul: Timaş Yayınları.
- Ertaş, M., Baykan, B., Kocasoy, O. E., Zarifoğlu, M., Karlı, N., Saip, S., Siva, A., Dalkara, T... (2012). One-Year Prevalence And The Impact of Migraine And Tension-Type Headache In Turkey: A Nationwide Home-Based Study In Adults. *Journal Of Headache And Pain*, *13*(2), 147–157.
- Esener, Z. (1983). Ağrı (Türleri, Yolları, Teorileri, Mediator ve Reseptörleri). *Ondokuzmayıs Tıp Dergisi*, 191-197.
- Forgays, D. G., Forgays, D. K., ve Spielberger, C. D. (2010), Factor Structure of the State-Trait Anger Expression Inventory. *Journal of Personality Assesments*, *69*(3), 497-507
- Freud, S. (1895). A Project For A Scientific Psychology (İlk Basım, 283-397). London: Hogarth.
- Freud, S. (1959). Collected Papers. (5 Cilt). Basic Books.
- Frost, R. O., Marten, P., Lahart, C., & Rosenblate, R. (1990). The Dimensions of Perfectionism. *Cognitive Therapy and Research*, *14*(5), 449-468. <https://doi.org/10.1007/BF01172967>
- Frost, R.O. ve Marten, P. A. (1990). Perfectionism and Evaluative Threat. *Cognitive Therapy and Research*, *14*(6), 559-572.
- Garnefski, N., Van Den Kommer, T., Kraaij, V., Teerds, J., Legerstee, J. ve Onstein, E. (2002). The Relationship Between Cognitive Emotion Regulation Strategies and Emotional Problems: Comparison Between A Clinical and A Non-Clinical Sample. *European Journal of Personality*, *16*(5), 403–420. <https://doi.org/10.1002/per.458>

- Gökmen, E. (2014), Migrene Çözüm Var! İstanbul: Hayygrup Yayıncılık.
- Gökmen, E., 2015. Migren Nedir? Tedavisi. Erişim Adresi: <https://www.emelgokmen.com/migren/> Erişim Tarihi:01.08.2015.
- Graham, J. R. (1953). The Natural History Of Migraine: Some Observations and A Hypothesis. *Trans. Am. Clin. Climatol Assoc.*, 64, 61-73.
- Gratz, K. L. ve Roemer, L. (2004), Multidimensional Assessment of Emotion Regulation and Dysregulation: Development, Factor Structure, and Initial Validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41-53.
- Gratz, K. L. ve Roemer, L. (2004). Multidimensional Assessment of Emotion Regulation and Dysregulation: Development, Factor Structure, and Initial Validation of The Difficulties In Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41-54.<https://doi.org/10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94>
- Greenberg, L. (2014). Duygu Odaklı Terapi: Birinci Düzey Atölye Çalışması Malzemeler. İstanbul: Psikoterapi Enstitüsü Eğitim Yayınları.
- Greenspon, T. S. (2014). Is There An Antidote to Perfectionism. *Psychology In The Schools*, 51(9), 986-998. <https://doi.org/10.1002/pits.21797>
- Gross, J. J. (1998). The Emerging Field of Emotion Regulation: An Integrative Review. *Review of General Psychology*, 2(3), 271-299. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.2.3.271>.
- Gross, J. J. ve Thompson, R. A. (2007). Emotion Regulation: Conceptual Foundations.
- Gross, J. J., Handbook of Emotion Regulation (3-24). New York: Guilford Press.
- Gül, N., Bal, C. G. ve Tumurbağa, M. (2019). Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzının Demografik Özelliklerle İlişkisi, 63-72.
- Hamachek, D. E. (1978). Psychodynamics of Normal and Neurotic Perfectionism. *Psychology: A Journal of Human Behavior*, 15(1), 27-33.
- Hamed, V., Ameri, A. ve Azamameri (2013). Comparison of Anxiety, Depression, Stress and Anger in Migraine, Diabetic and Cardiac Patients and Healthy People. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 84,. <https://doi.gov/10.1016/j.sbspro.2013.07.053>
- Henryk-Gutt, R., ve Rees, W. L. (1973). Psychological Aspects of Migraine. *Journal Of Psychosomatic Research*, 17(2), 141-153. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(73\)90015-9](https://doi.org/10.1016/0022-3999(73)90015-9)
- Hewitt, P. L., Flett, G. L., Turnbull-Donovan, W. ve Mikail, S. F. (1991), The Multidimensional Perfectionism Scale: Reliability, Validity, and Psychometric Properties in Psychiatric Samples. *A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 3(3), 464-468.

- Hewitt, P. L., ve Flett, G. L. (1991). Perfectionism In The Self and Social Contexts: Conceptualization, Assessment, and Association with Psychopathology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60(3), 456-470. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.60.3.456>
- Hocaoğlu, P. D. Ç. (2018). Migren Tipi Baş Ağrısının Psikiyatrik Yönü . *Klinik Tıp Bilimleri* , 6(1) , 19-23
- .
IASP International Association For The Study Of Pain, 2015. 1973-1979. Erişim Adresi: <https://www.iasp-pain.org/50th-anniversary/1973-1979/> Erişim Tarihi: 03.08.2023.
- IASP International Association For The Study Of Pain, 2015. Classification of Chronic Pain, Second Edition (Revised). Erişim Adresi: <https://www.iasp-pain.org/publications/free-ebooks/classification-of-chronic-pain-second-edition-revised/> Erişim Tarihi: 30.03.2022.*
- IHS Classification ICHD-3, 2023. The International Classification of Headache Disorders 3rd Edition. Erişim Adresi: <https://ichd-3.org/> Erişim Tarihi: 24.02.2023.*
- Ioncioaia, B., Bud, I. T. ve Muresan, M. (2016). René Leriche And The Development of 20th Century Surgery. *Clujul Medical* 89(1): 176–180. <https://doi.org/10.15386/cjmed-557>
- İlik, F., Büyükgöl, H., Uyar, M. ve Ertem, D. H. (2019). Migren Ataklarını Tetikleyici Bir Faktör Olarak Akıllı Telefonların Aşırı Kullanımı. *ACU Sağlık Bilimleri Dergisi*, 11(3), 447-450. <https://doi.org/10.31067/0.2019.167>
- İnan, L., Aktürk, T., Tanık, N. (2020). Migren Hastalığında Olgular ile Bilişsel Davranışçı Terapi Yaklaşımı. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*, 9(1), 67 - 72. <https://doi.gov/10.5455/JCBPR.40831>
- İşcen, Y. (2010). *Kapadokyalı Hekim Aretaeus. Peribacası Kapadokya Kültür ve Tanıtım Dergisi; Cappadocia Explorer. Erişim Adresi: <http://www.cappadociaexplorer.com/detay.php?id=345&cid=176> Erişim Tarihi: 22.08.2010.*
- Karlı, N., Bıçakçı, Ş. ve Bozkurt, M. M. (2022). CGRP: Migrende Yeni Odak= New Focus on Migraine. *Türk Nöroloji Derneği*, 28:1-5. <https://doi.org/10.4274/tnd.2022.88027>
- Karşıyaka, S., Kavakcı, Ö., Kuğu, N. ve Güler, A. S. (2013). Post-Traumatic Stress Disorder in Migraine Patients: Migraine, Trauma and Alexithymia. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 50(3), 263.
- Kaya, E. E., 2022. *Duygusal Zeka Nedir? Erişim Adresi: <https://bilimgenc.tubitak.gov.tr/duygusal-zeka-nedir> Erişim Tarihi: 22.01.2022.*
- Kaya, E., Akan, O. (2020). Assessment of Anger, Depression Symptoms, Offence-Related Shame and Guilt Levels In Women Patients with Migraine. *Dusunen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences* 33, 358-365.
- Kaygısız, Ş., Yazıcı, T. ve Yılmaz A. (2017). Baş Ağrısına Pratik ve Güncel Yaklaşım=Practical and Current Approaches to Headache. *Klinik Tıp Aile Hekimliği Dergisi*, 9(1), 15-19.

- Khalinbaylı, K. (2018). Migren Hastalarında Duygu Düzenleme Güçlüğü'nün Ağrının Şiddeti, Ağrının Süresi ve Yeti Yitimi ile İlişkisinin İncelenmesi. İstanbul, Tür: Uzmanlık Tezi.
- Kim, S., Bae, D. W., Park, S. G. ve Park, J. W. (2021). The Impact of Pain-Related Emotions on Migraine. *Scientific Reports*, 11(577). <https://doi.org/10.1038/s41598-020-80094-7>
- Kocakaya, H., Say, B., Yörübulut, S. ve Ergün, U. (2023). Emotion Dysregulation In Migraine Patients: Can It Be A Hallmark The Probability of The Transformation From Episodic To Chronic? *Neurological Research*, 1-9. <https://doi.org/10.1080/01616412.2023.2176089>
- Koçer, A. (2017). Migren İlaçlarının Zararları Nelerdir? Erişim Adresi: <https://drakocer.com/migren-ilaclarinin-zararlari-nelerdir/> Erişim Tarihi: 07.12.2017.
- Küresel Migren ve Ağrı Derneği, 2021. Türkiye Migren Raporu. Erişim Adresi: <https://migraine-pain.org/turkiye-migren-raporu-yayinlandi/> Erişim Tarihi: 20.08.2021.
- Lazarus, R. ve Folkman, S. (1984). Stress, Appraisal, and Coping. New York: Springer.
- Leventhal, H. ve Scherer, K. (1987). The Relationship of Emotion To Cognition: A Functional Approach To A Semantic Controversy. *Cognition and Emotion*, 1(1), 3-28. <https://doi.org/10.1080/02699938708408361>
- Lewis University Experts Blog, Helm, K., 2021. The Problem with Perfectionism. Erişim Adresi: <https://www.lewisu.edu/experts/wordpress/index.php/the-problem-with-perfectionism/> Erişim Tarihi: 30.12.2021.
- Manap, A. ve Kış, A. (2019). Cinseyete Göre Öfke Düzeyinin İncelenmesi: Türkiye’de Yapılan Tezler Üzerine Bir Meta-Analiz Çalışması. *Turkish Journal of Educational Studies* , 6(3) , 15-28 . <https://doi.org/10.33907/turkjes.567490>
- Marcussen, R. M. ve Wolff, H. G. (1949). A Formulation Of The Dynamics of The Migraine Attack. *Psychosom Med.* (5), 251-6. <https://doie.org/10.1097/00006842-194909000-00003>
- Marion, M. (1997). Helping Young Children Deal with Anger, 3-7.
- Melzack R., Wall P. D. (1965). Pain Mechanisms: A New Theory. *Science*. 19;150(3699), 971-9. <https://doi.org/10.1126/science.150.3699.971>
- Merskey, H. (1986). Classification of Chronic Pain: Descriptions of Chronic Pain Syndromes And Definitions of Pain Terms. *Pain; Supplement*, 3-226.
- Metin, B. (2021). Baş Ağrısına Ne İyi Gelir? Erişim Adresi: <https://npistanbul.com/bas-agrisina-ne-iyi-gelir> Erişim Tarihi: 07.10.2022.
- Missildine, W. H. (1963). Your Inner Child of The Past. New York: Simon & Schuster.
- Moayedı,M. and Karen D. Davis D. (2013). Theories of Pain: From Specificity to Gate Control. *American Physiological Society*, 109(1), 5-12. <https://doi.org/10.1152/jn.00457.2012>

- Nappi G., Agnoli A., Manzoni G. C., Nattero G. ve Sicuteri F. (1989). Classification and diagnostic criteria for primary headache disorders (Ad Hoc Committee IHS, 1988). *Functional Neurology*, 4(1), 65-71.
- Noordenbos, W. (1986). Manual of neural therapy, according to Huneke. *Pain* 26(1), 136. [https://doi.org/10.1016/0304-3959\(86\)90199-5](https://doi.org/10.1016/0304-3959(86)90199-5)
- Npİstanbul Hastanesi, Tarlacı, S. (2013). Migren tetikleyicisi kişiye göre değişiyor! Erişim Adresi: <https://npistanbul.com/migren-tetikleyicisi-kisiye-gore-degisiyor> Erişim Tarihi: 02.01.2013.
- Olesen, J. (2021) Baş ağrısı Bozukluklarının Uluslararası Sınıflaması (3. Basım). (Çev. Özge, A., Domaç, F. M., Baykan, B., Uludüz, D., Belen, H.) İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri.
- Orgeta, V. (2009). Specificity of Age Differences In Emotion Regulation. *Aging & Mental Health*, 13(6), 818–826. <https://doi.org/10.1080/13607860902989661>
- Öz, O., Erdem, M., Yücel, M., Akgün, H., Yozgatlı, G., Balıkçı, A., Durukan, İ., Demirkaya, Ş. ve Odabaşı, Z. (2011). Migren Hastalarında Öfke Düzeyi Öfke İfade Tarzı. *Gülhane Tıp Dergisi*, 53, 85-88.
- Özer, A. K. (1994). Sürekli Öfke (SL-ÖFKE) ve Öfke İfade Tarzı (ÖFKE-TARZ) Ölçekleri Ön Çalışması. *Türk Psikoloji Dergisi*, 9(31), 26-35.
- Öztürk, H. (2013), Ağrının Tarihçesi Üzerine Bir Değerlendirme. *Lokman Hekim Journal* 2013; Supplement, 26-27.
- Pacht, A. (1984). Reflections on Perfectionism. *American Psychologist*, 39, 386-390. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.39.4.386>
- Peatfield, R. (1986). Headache. Springer Verlag- Berlin Heidelberg, 49-53.
- Pompili, M., Lamis, D.A., Andrasik, M. ve Martelletti, P. (2020). Oxford Textbook of Headache Syndromes (475-483). <http://dx.doi.org/10.1093/med/9780198724322.003.0052>
- Psychology Today, Grande, D. (2021). When Perfectionism Harms You or Your Relationships. Erişim Adresi: <https://www.psychologytoday.com/intl/blog/in-it-together/202102/when-perfectionism-harms-you-or-your-relationships> Erişim Tarihi: 02.02.2021.
- Richards, J. M. ve Gross, J. J. (2000). Emotion Regulation and Memory: The Cognitive Costs of Keeping One's Cool. *Journal of Personality And Social Psychology*, 79(3), 410-424. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.79.3.410>
- Rugancı, R. N. ve Gençöz, T. (2010). Psychometric properties of a Turkish version of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Clinical Psychology*, 66(4), 442-455. <https://doi.gov/10.1002/jclp.20665>
- Santorelli, G. D., Ready, R. E. ve Mather, M. A. (2018). Perceptions of Emotion and Age Among Younger, Midlife, and Older Adults. *Aging & Mental Health*, 22(3), 421–429. <https://doi.org/10.1080/13607863.2016.1268092>

- Sarıcaoglu, A. Ö. ve Avcı, R. (2021). Kişilerarası Duygu Düzenleme Yaklaşımına Dayalı Geliştirilen Grup Psikoeğitim Programının Üniversite Öğrencilerinin Kişilerarası Duygu Düzenleme Becerilerine Etkisi=The Effect of Group Psychoeducation Program Based on Interpersonal Emotion Regulation Approach on Interpersonal Emotion Regulation Skills of University Students. *MSKU, Journal of Education*, 8(1), 214-230.
- Schreiber, R. (2022). Ağrıya Meydan Okumak: Tedavi Olanaklarının Tümü. İsviçre: BoD - Books on Demand.
- Selby, G., ve Lance, J. W. (1960). Observations on 500 Cases of Migraine and Allied Vascular Headache. *Journal Of Neurology, Neurosurgery, And Psychiatry*, 23(1), 23-32. <https://doi.org/10.1136/jnnp.23.1.23>
- Selçuk, S. ve Özdoğan, Y. (2021), Beyin- Bağırsak Eksenine Odaklanan Yaklaşımlar Işığında İBS ve Migren. *Türkiye Sağlık Araştırmaları Dergisi*, 3(1), 33-45.
- Semerci, B. (2013). Baş Ağrısı. Erişim Adresi: <https://bengisemerci.com/bas-agrisi/> Erişim Tarihi: 17.11.2013.
- Shaygan M, Saranjam E, Faraghi A, Mohebbi Z. (2022). Migraine Headaches: The Predictive Role of Anger and Emotional Intelligence. *Int J Community Based Nurs Midwifery*. 10(1):74-83. <https://doi.org/10.30476/IJCBNM.2021.90552.1706>
- Sheppes, G., Scheibe, S., Suri, G., Radu, P., Blechert, J. ve Gross, J. J. Emotion Regulation Choice: A Conceptual Framework and Supporting Evidence. *Journal of Experimental Psychology: General*, 143(1):163-81. <https://doi.org/10.1037/a0030831>
- Slade, P.D. and Owens, R. (1998). A Dual Process Model of Perfectionism Based on Reinforcement Theory. *Behavior Modification*, 22, 372-390. <http://dx.doi.org/10.1177/01454455980223010>
- Soykan, Ç. (2003). Öfke ve Öfke Yönetimi. *Kriz Dergisi*, 11(12). https://doi.org/10.1501/Kriz_00000000192
- Sunay, E. (2022). Üniversite Öğrencilerinde Özgecilik ve Mükemmeliyetçilik Anlayışı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. İstanbul, Tür: Uzmanlık Tezi.
- Tatlilioğlu, K. (2013). Öfke Olgusu Hakkında Sosyal Psikolojik Bir Değerlendirme (A Social Psychological Evaluation About Anger). *The Journal of Academic Social Science Studies*, 6 (6), 1101-1123. <http://dx.doi.org/10.9761/JASSS1691>
- Thompson, R. A. (1994). Emotion regulation: A Theme In Search of Definition. *Monographs of The Society For Research In Child Development*, 59(2-3), 250-283. <https://doi.org/10.2307/1166137>
- Touraine, G. A. ve Draper, G. (1934). The Migrainous Patient. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 80(1), 1-23.

- Türk Nöroloji Derneği, (2019). Türk Nöroloji Derneği Basın Bülteni “Dünya Beyin Günü - Migren” Erişim Adresi: <https://www.noroloji.org.tr/haber/586/turk-noroloji-dernegi-basin-bulteni-22-temmuz-dunya-beyin-gunu-migren> Erişim Tarihi: 23.07.2019.
- Wall, P. D., Melzack, R. (1989). Textbook of Pain. Churchill, Livingstone, Edinburgh, London, Melbourne and New York: 1984.
- Weber, H. (1932), The Psychological Factor In Migraine. *British Journal of Medical Psychology*, 12(2), 151-173.
- Wolff, M. D. ve Harold, G. (1937), Personality Features and Reactions of Subjects With Migraine. *Archives of Neurology & Psychology*, 37(4), 895-921.
- World Health Organization, 2016. Headache Disorders. Erişim Adresi: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/headache-disorders> Erişim Tarihi: 08.04.2016.
- Yaman, M., Demirkıran, M. K., Oruç, S. (2007). Migrende Baş ağrısını Tetikleyici ve Kötüleştiren Faktörler. *Düzce Tıp Fakültesi Derneği*, 3:9-13
- Yıldırım, Ömer (2019). Cannon – Bard Kuramı. Erişim Adresi: <https://www.felsefe.gen.tr/cannon-bard-kurami/> Erişim Tarihi: 24.11.2019.
- Yılmaz, Y. ve Cenkseven-Önder, F. Y. (2020). Üniversite Öğrencilerinde Duygu Düzenleme Güçlüğü'nün Yordayıcısı Olarak Öz-Duyarlık. *Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 29(4), 168-182.
- Yücel, Y. (2008). Migren Baş Ağrısında Tanı ve Tedavi Yaklaşımları. *Dicle Tıp Dergisi*, 35(4), 281-286.
- Zehentbauer, J. Y. (2015), Scintillating Scotoma: Migraine, Aura, and Perception in European Literature,1860-1900. *Electronic Thesis and Dissertation Repository*, 2694.
- Ziegler, D. K. (1977). Genetics of Migraine. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*, 16(6), 330-331. <https://doi.org/10.1111/j.1526-4610.1976.hed1606330>

EKLER

Ek 1. Çalışma Katılma Onayı Formu

Bu araştırma, Prof. Dr. Barış METİN danışmanlığında, T.C. Üsküdar Üniversitesi Klinik Psikoloji Yüksek Lisans programı kapsamında tez çalışması olarak Psikolog Elif GÖRMÜŞ tarafından yürütülmektedir. Bu tez çalışması; migren hastalığı olan kişiler ile migren hastalığı olmayan kişilerin duygularını düzenleme düzeylerinin, öfkelerini ifade etme tarzlarının ve mükemmeliyetçilik özelliklerinin incelenmesini, ortaya çıkabilecek farklılıkları araştırmayı amaçlamaktadır. Bu araştırmaya katıldığınızda, konuyla ilgili bilimsel bir çalışmanın oluşturulmasına katkıda bulunmuş olacaksınız. Araştırmamız, bazı formlardan oluşmaktadır. Araştırmanın hedefine ulaşabilmesi adına formlarda bulunan maddeleri eksiksiz ve kendinize en uygun gelen cevapları seçecek şekilde doldurmanız beklenmektedir. Kişisel bilgileriniz gizli tutulacaktır. Ölçek sonuçları ise anonim veriler olarak alınıp, araştırma amacı dışında kullanılmayacaktır.

Çalışma ile ilgili soru sormak ve bilgi almak için [REDACTED] mail adresinden ulaşabilirsiniz.

Katılımlarınız için şimdiden teşekkür ederim.

EK 2. Yapılandırılmış Anket Formu

a. Demografik Veriler

1.) Yaşınız nedir?

☐ 18- 24 ☐ 25-32 ☐ 33-39 ☐ 39-47 ☐ 47-55

2.) Cinsiyetiniz nedir?

☐ Kadın ☐ 18- 24

3.) Eğitim durumunuz nedir?

☐ İlkokul ☐ Lise ☐ Üniversite

b. Sağlıkla İlgili Veriler

1) Ağır kafa travması yaşadınız mı?

☐ Evet ☐ Hayır

2) Madde ve/veya alkol bağımlılığınız var mıdır?

☐ Evet ☐ Hayır

3) Psikotik atak geçirdiniz mi?

☐ Evet ☐ Hayır

c. Aurasız Migren Kriterlerini Karşılama

1) Son 6 ay-1 sene içerisinde en az 5 kere baş ağrısı atakları geçirdiniz mi?

☐ Evet ☐ Hayır

2) Baş ağrılarınız genelde orta veya daha yüksek şiddette meydana gelir mi?

☐ Evet ☐ Hayır

3) Baş ağrısı ataklarınız 4-72 saat sürer mi?

☐ Evet ☐ Hayır

4) Baş ağrılarınız yoğun olarak tek taraflı olan, başın bir yarısında hissedilen ağrılar mıdır?

☐ Evet ☐ Hayır

5) Baş ağrılarınız zonklayıcı mıdır? (Sıkıştırıcı tarzda olmayan, zonklayan tarzda)

☐ Evet ☐ Hayır

6) Sıradan bir aktivite ile baş ağrınız artar mı?

☐ Evet ☐ Hayır

7) Işık ve/veya sestten en az biri baş ağrılarınızı kötüleştirir ya da tetikler mi?

☐ Evet ☐ Hayır

8) Baş ağrısı ataklarınıza kusma ya da mide bulantısı eşlik eder mi?

☐ Evet

☐ Hayır



Ek 3. MIDAS Ölçek Soruları

Lütfen size en uygun gelen seçeneği işaretleyiniz.

1. Son 3 ay içinde baş ağrılarınız nedeniyle kaç gün işe ya da okula gidemediniz?

Cevap: gün

2. Son 3 ay içinde baş ağrılarınız nedeniyle okulda ya da işteki verimliliğinizin yarı yarıya veya

daha fazla azaldığı gün sayısı nedir? (İşe ya da okula gidemediğiniz günleri dahil etmeyiniz. Yalnızca verimliliğin azaldığı günleri yazınız)

Cevap: gün

3. Son 3 ay içinde baş ağrılarınız nedeniyle kaç gün ev işlerinizi yapamadınız?

Cevap: gün

4. Son 3 ay içinde baş ağrılarınız nedeniyle ev işlerindeki verimliliğinizin yarı yarıya ya da daha

fazla azaldığı gün sayısı nedir? (Ev işlerinizi yapamadığınız günleri dahil etmeyiniz. Yalnızca verimliliğin azaldığı günleri yazınız.)

Cevap: gün

5. Son 3 ay içinde baş ağrılarınız nedeniyle kaç gün ailenize, sosyal yaşamınıza ya da boş

zamanlarınızda yaptığınız faaliyetlere zaman ayıramadınız?

Cevap: gün

Kaybedilen Toplam Gün Sayısı: gün

Ek 4. Çok Boyutlu Mükemmeliyetçilik Ölçeği

	Hiç katılmıyorum	Biraz katılmıyorum	Nadiren katılmıyorum	Yarı yarıya	Nadiren katılıyorum	Biraz katılıyorum	Tamamen katılıyorum
	1	2	3	4	5	6	7
1. Bir iş üzerinde çalıştığımda, iş kusursuz olana kadar rahatlayamam.							
2. Başkalarını kolay pes ettikleri için eleştirmem.							
3. Yakınlarımla başarılı olmaları gerekmez.							
4. Arkadaşlarımla en iyisinden aşağısına razı oldukları için pek eleştirmem.							
5. Başkalarının benden beklentilerini karşılamakta zorlanırım.							
6. Amaçlarımdan bir tanesi yaptığım her şeyde mükemmel olmaktır.							
7. Başkaları yaptıkları her şeyin en iyisini yapmalıdırlar.							
8. İşlerimde asla mükemmelliği hedeflemem.							
9. Çevremdekiler benim de hata yapabileceğimi kolayca kabul ederler.							
10. Bir yakınımın yapabileceğinin en iyisini yapmamış olması benim için önemli değildir.							
11. Bir işi ne kadar iyi yaparsam çevremdekiler daha da iyisini yapmamı beklerler.							
12. Mükemmel olma ihtiyacını çok az hissederim.							

13. Yaptığım bir şey kusursuz değilse, çevremdekiler tarafından yetersiz bulunur.							
14. Olabildiğim kadar mükemmel olmaya çalışırım.							
15. Giriştiğim her işte mükemmel olmam çok önemlidir.							
16. Benim için önemli olan insanlardan beklentilerim yüksektir.							
17. Yaptığım her şeyde en iyi olmaya çalışırım.							
18. Çevremdekiler yaptığım her şeyde başarılı olmamı beklerler.							
19. Çevremdeki insanlar için çok yüksek standartlarım yoktur.							
20. Kendim için mükemmelden daha azını kabul edemem.							
21. Başkalarının benden hoşlanması için her konuda üstün başarı göstermem gerekmez.							
22. Kendilerini geliştirmek için uğraşmayan kişilere değer vermem.							
23. Yaptığım işte hata bulmak, beni rahatsız eder.							
24. Arkadaşımdan çok şey beklemem.							
25. Benim için başarı başkalarını memnun etmek için daha çok çalışmak anlamına gelir.							
26. Birisinden bir iş yapmasını istersem, o işi mükemmel yapmasını beklerim.							

27. Yakınlarımla hata yapmasına tahammül edemem.							
28. Hedeflerimi belirlemede mükemmeliyetçiyimdir.							
29. Değer verdiğim kişiler beni hiçbir zaman hayal kırıklığına uğratmamalıdır.							
30. Başarısız olduğum zamanlar bile başkaları yetersiz olduğumu düşünmez.							
31. Başkalarının benden çok şey beklediğini düşünüyorum.							
32. Her zaman yapabileceğimin en iyisini yapmaya çalışmalıyım.							
33. Bana göstermeseler bile hata yaptığım zaman diğer insanlar bana çok bozulurlar.							
34. Yaptığım her şeyde mükemmel olmak zorunda değilim.							
35. Ailem benden mükemmel olmamı bekler.							
36. Kendime yüksek hedefler koymam.							
37. Annem ve babam hayatımın her alanında en başarılı olmamı pek beklemezler.							
38) Sıradan insanlara değer veririm.							
39. İnsanlar benden mükemmelden aşağısını kabul etmezler.							
40. Kendim için çok yüksek standartlar koyarım.							
41. İnsanlar benden verebileceğimden fazlasını beklerler.							

42. Okulda veya işte her zaman başarılı olmalıyım.							
43. Bir arkadaşımın elinden gelenin en iyisini yapmaya çalışmaması benim için önemli değildir.							
44. Hata yapsam bile, etrafımdaki insanlar yetersiz ve beceriksiz olduğumu düşünmezler.							
45. Çevremdekilerin yaptığı her şeyde üstün başarı göstermelerini pek beklemem.							

Ek 5. Duygu Düzenleme Güçlüğü      

	Hiçbir zaman 1	Bazen 2	Yarı yarıya 3	çoğu zaman 4	Her zaman 5
1. Ne hissettiğim konusunda netimdir.					
2. Ne hissetti�imi dikkate alırım.					
3. Duygularım bana dayanılmaz ve kontrolsüz gelir.					
4. Ne hissettiğim konusunda hiç fikrim yoktur.					
5. Duygularıma bir anlam vermekte zorlanırım.					
6. Ne hissetti�ime dikkat ederim.					
7. Ne hissetti�imi tam olarak bilirim.					
8. Ne hissetti�imi �nemserim.					
9. Ne hissettiğim konusunda karmaşa ya�arım.					
10. Olumsuz duyguların hayatımda yeri yoktur.					
11. Kendimi kötü hissetti�imde böyle hissettiğim için kendime kızarım.					
12. Kendimi kötü hissettiğim için utanırım.					
13. Kendimi kötü hissetti�imde i�lerimi bitirmekte zorlanırım.					
14. Kendimi kötü hissetti�imde kontrolden �ıkarım.					
15. Kendimi kötü hissetti�imde uzun süre böyle kalaca�ıma inanırım.					
16. Kendimi kötü hissetmemin yoğun depresif duyguyla sonu�lanaca�ına inanırım.					
17. Kendimi kötü hissetti�imde duygularımın yerinde ve önemli olduğuna inanırım.					
18. Kendimi kötü hissederken başka şeylere odaklanmakta zorlanırım.					
19. Kendimi kötü hissederken kontrolden �ıktı�ım duygusu ya�arım.					
20. Kendimi kötü hissediyor olsam da çalışmayı s�rd�rebilirim.					
21. Kendimi kötü hissetti�imde bu duygumdan dolayı kendimden utanırım.					

22. Kendimi kötü hissettiğimde eninde sonunda kendimi daha iyi hissetmenin bir yolunu bulacağımı bilirim.					
23. Kendimi kötü hissettiğimde zayıf biri olduğum duygusuna kapılırım.					
24. Kendimi kötü hissettiğimde davranışlarım kontrolümün altındadır.					
25. Kendimi kötü hissettiğim için suçluluk duyarım.					
26. Kendimi kötü hissettiğimde konsantre olmakta zorlanırım.					
27. Kendimi kötü hissettiğimde davranışlarımı kontrol etmekte zorlanırım.					
28. Kendimi kötü hissettiğimde daha iyi hissetmem için yapacağım hiçbir şey olmadığına inanırım.					
29. Kendimi kötü hissettiğimde böyle hissettiğim için kendimden rahatsız olurum.					
30. Kendimi kötü hissettiğimde, kendimle ilgili olarak çok fazla endişelenmeye başlarım.					
31. Kendimi kötü hissettiğimde kendimi bu duyguya bırakmaktan başka çıkar yol olmadığına inanırım.					
32. Kendimi kötü hissettiğimde davranışlarım üzerindeki kontrolümü kaybederim.					
33. Kendimi kötü hissettiğimde başka bir şey düşünmekte zorlanırım.					
34. Kendimi kötü hissettiğimde bu duygumun gerçekte ne olduğunu anlamak için zaman ayırırım.					
35. Kendimi kötü hissettiğimde kendimi daha iyi hissetmem uzun zaman alır.					
36. Kendimi kötü hissettiğimde duygularım dayanılmaz olur.					

Ek 6. Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği

Sürekli Öfke ve Öfke Tarzı Ölçeği

	Beni Hiç Tanımlamıyor 1	Beni Biraz Tanımlıyor 2	Beni Oldukça Tanımlıyor 3	Beni Tamamen Tanımlıyor 4
1. Çabuk parlarım.				
2. Kızgın mizaçlıyım.				
3. Öfkesi burnunda bir insanım.				
4. Başkalarının hataları, yaptığım işi yavaşlatınca kızarım.				
5. Yaptığım iyi bir işten sonra takdir edilmemek canımı sıkır.				
6. Öfkelenince kontrolümü kaybederim.				
7. Öfkelenirken ağızma geleni söylerim.				
8. Başkalarının önünde eleştirilmek beni çok hiddetlendirir.				
9. Engellendiğimde içimden birilerine vurmaya gelir.				
10. Yaptığım iyi bir iş kötü değerlendirildiğinde çılgına dönerim.				
11. Öfkemi kontrol ederim.				
12. Kızgınlığımı gösteririm.				
13. Öfkemi içime atarım.				
14. Başkalarına karşı sabırlıyım.				
15. Somurtur ya da surat asarım.				
16. İnsanlardan uzak dururum.				
17. Başkalarına iğneli sözler söylerim.				
18. Soğukkanlılığımı korurum.				
19. Kapıları çarpmak gibi şeyler yaparım.				

20. İçin için köpürürüm ama gösteremem.				
21. Davranışlarımı kontrol ederim.				
22. Başkalarıyla tartışırım.				
23. İçimde, kimseye söyleyemediğim kinler beslerim.				
24. Beni çileden çıkaran her neyse saldırırım.				
25. Öfkem kontrolden çıkmadan kendimi durdurabilirim.				
26. Gizliden gizliye insanları epeyce eleştiririm.				
27. Belli ettiğimden daha öfkeliyimdir.				
28. Çoğu kimseye kıyasla daha çabuk sakinleşirim.				
29. Kötü şeyler söylerim.				
30. Hoşgörülü ve anlayışlı olmaya çalışırım.				
31. İçimden, insanların fark ettiğinden daha fazla sinirlenirim.				
32. Sinirlerime hakim olamam.				
33. Beni sinirlendirene, ne hissettiğimi söylerim.				
34. Kızgınlık duygularımı kontrol ederim.				