



**T.C.
DİCLE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

BAŞ AĞRISI OLAN HASTALARDA KİŞİLİK TİPLERİ

**Dr. Leyla ERİK
TIPTA UZMANLIK TEZİ**

DİYARBAKIR 2016



**T.C.
DİCLE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

BAŞ AĞRISI OLAN HASTALARDA KİŞİLİK TİPLERİ

**Dr. Leyla ERİK
TIPTA UZMANLIK TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. M. Halis TANRIVERDİ
Yrd. Doç. Dr. Necmi ARSLAN**

DİYARBAKIR

2016

ÖNSÖZ

Baş ağrısı, insanlık tarihi boyunca var olmuş bir sorundur. Binlerce yıl öncesinde, sahip olunan imkanlar ışığında etiyoloji ve tedaviler için harcanan çaba, günümüzde de devam etmektedir. Baş ağrısı üzerine yapılan çalışmaların ve ortaya atılan teorilerin büyük bir kısmı biyolojik kökenli olmakla birlikte son yıllarda psikolojik boyutları üzerinde de durulmaya başlanmıştır. Bu noktada, hastanın içinde bulunduğu psikososyal faktörler arasında özellikle kişilik özellikleri ve kişilik tipleri ön plana çıkmaktadır. Çünkü, kişiliğin tip ve özellikleri, hastanın psikolojik durumunun temelini oluşturmaktadır. Hipokrat döneminden itibaren bilinmektedir ki, psikolojik stresler, fiziksel belirtiler olarak ortaya çıkabilmektedir. Bu belirtiler arasında da baş ağrısı önemli bir orana sahiptir.

Çalışmamızda, baş ağrısına yatkın olabilecek kişilik tiplerini tespit etmeyi amaçladık. Hastanın kişilik tipinin belirlenmesinden sonra, hasta psikolojik açıdan daha iyi çözümlenebileceği, daha doğru anlaşılabilmesi gibi, daha hızlı bir şekilde doğru tanıya ulaşabilme aşamasında adım atılmış olacaktır.

TEŞEKKÜR

Meslek hayatım, çok uzun olmamakla birlikte, çalıştığım yerler için kıyaslama yapabileceğim kadar farklı ortamlarda çalışma şansım oldu. 3 yıllık asistanlık hayatım, kalan bütün çalışma hayatımda karşılaşmak isteyeceğim bir dönem oldu. Bunun da en büyük sebebi, birbirinden değerli asistan arkadaşlarım oldu. Bu kadar değerli ve güzel insanla bir arada çalışmış olmak benim için bir lütuftu. Güzel anılarla dolu asistanlık hayatımın sonunda, pek de kolay olmayan tez yazım sürecimi minnet duygularıyla dolduran, bir hocadan çok daha öte, hayatım boyunca kaybetmek istemeyeceğim değerli hocam Yrd. Doç. Dr. P. Gamze Erten Bucaktepe'ye, bütün yoğunluğuna rağmen, hiçbir çalışmamızı ertelemeyen, güler yüz ve ilgisini kaybetmeyen, sorunları ertelemek yerine çözmeyi tercih eden değerli tez danışmanı hocam ve bölüm başkanımız Doç Dr. M. Halis Tanrıverdi'ye, tez yazım aşamasında hiçbir desteğini ve ilgisini esirgemeyen, tanıyıp beraber çalışma fırsatı bulduğuma çok sevindiğim değerli hocam Yrd. Doç. Dr. Necmi Arslan'a teşekkürlerimi sunuyorum. Uzun süredir hissetmediğim bir arkadaşık duygusu yaşatan Dr. Serap Yurdağül Arslan'a, tezimi yazma aşamasında katkılarından dolayı Dr. Vasfiye Demir'e, teşekkürlerimi sunuyorum. Çalışmamız boyunca, gerek veri toplama aşamasındaki yardımları gerekse bütün aşamalarda gösterdiği manevi destek için, her konuda yanımda olan, Gülfer Hemşire, bölümümüzün resmiyette sekreteri ama aslında çok daha fazlası olan, çok değerli Veli Bey, asistanlık hayatımın vazgeçilmez ve olmazsa olmazları oldular.

ÖZET

Giriş ve Amaç: Baş ağrısı hastane ve birinci basamak sağlık kuruluşlarının en sık başvuru nedenleri arasında yer alır. Sebep olduğu düşük yaşam kalitesi, iş gücü kaybı, tetkik ve tedavilerin maliyeti hem sosyal hem ekonomik yönden sorunlara yol açmaktadır. Son yıllarda yapılan birçok çalışmada baş ağrısı ile kişilik tipleri arasında ilişki olduğu ortaya konmuştur. Birinci basamak hekimliği açısından baş ağrısı yakınması ile gelen hastalarda tanı ve tedavi aşamasında sadece başvuru sebebi olan semptomla değil biyolojik, psikolojik ve sosyolojik yönleriyle, bir bütün olarak hastaya odaklanması daha doğru bir yaklaşım olacaktır. Bu çalışmada amacımız, baş ağrısı yakınması olan hastaların bu yakınmaları ile kişilik yapıları arasında bir ilişki olup olmadığını değerlendirmektir.

Materyal ve Metod: Bu çalışma, vaka kontrol tarzında bir çalışma olup, etik kurul onayı ve katılımcıların yazılı onamı alınarak yapılmıştır. Çalışmaya 234 hasta, 244 kontrol grubu olmak üzere 478 katılmış olup, katılımcılara 14 sorudan oluşan sosyodemografik veri formu ile 44 sorudan oluşan Taştan Kişilik Tipi Anketi uygulanmıştır. Verilerin analizi için SPSS (Statistical Package for the Social Science) 22.0 programı kullanılmıştır.

Bulgular: Katılımcıların %41.0'i kadın, %59.0'u erkekti. Hasta grubunda kadınların %51.5'inde baş ağrısı tariflenirken, erkeklerde bu oran %47.5'ti. Kişilik tipi ölçeğine göre katılımcıların %23.0'ü iki numaralı kişilik tipi olup bunu %15.7 oranla yedi ve dokuz numaralı kişilik tipleri takip etmekteydi. Bir numaralı kişilik tipinde baş ağrısı görülme oranı %60.0, dört numaralı kişilik tipinde %58.3, beş numaralı kişilik tipinde %55.6, sekiz numaralı kişilik tipinde %62.5'ti.

Sonuç: Dört numaralı kişilik tipi olan katılımcılarda baş ağrısı görülme oranı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuşken, diğer kişilik tipleri ile baş ağrısı arasında anlamlı bir ilişki bulunamadı. Birinci basamakta baş ağrısı yakınmasıyla gelen hastalarda psikolojik faktörler ve kişilik tiplerinin de göz önünde tutulması gerekmektedir. Bu nedenle, çalışmamızın sonuçlarının daha geniş kapsamlı ve çok merkezli çalışmalarla desteklenmesi gerekmektedir.

Anahtar kelimeler; baş ağrısı, kişilik, enneagram

ABSTRACT

Headache is one of the most frequent complaint reasons in hospitals and primary healthcare organizations. Poor quality of life and workforce as well as the cost of examination and treatment lead to both economical and social difficulties. Recent studies have shown that there is a correlation between headache and types of personality. In terms of primary care, it would be a better approach to focus on the patient who applies with headache complaint as a whole with biological, psychological and sociological aspects during diagnosis and treatment rather than merely focusing on the symptom. In this study, our aim is to evaluate whether there has been a relationship between headache complaints of patients and their types of personality.

This study is a case control research and it has been conducted with the approval of participants and ethics committee. A total of 478 patients took part in the study, of the patients 234 were study group and 244 were the control group. A sociodemographic data form consisting of 14 questions and Taştan Personality Inventory consisting of 44 questions were conducted to the participants. Total data of the statistical analyses were carried out by using SPSS 22.0 programme.

Of the participants 41.0% were females and 59.0% were males. While headache was identified in 51.5% of females, the rate was 47.5% in males. According to the types of personality scale, 23.0% of the participants have personality type 2 and 15.7% of them have personality type 7 and 9. The headache ratios in terms of personality types were %60.0 in personality type 1, 58.3% in personality type 4, 55.6% in personality type 5 and 62.5% in personality type 8.

In conclusion, while the incidence rate of headache was higher in participants with personality type 4, a significant correlation between headache and other types of personality has not been observed. It is important to pay regard to the psychological factors and types of personality of patients applying with headache complaint in primary care. For this reason, our study needs to be supported with more comprehensive and multicentered studies.

Key words; headache, personality, enneagram

KISALTMALAR

SPSS: Statistical Package for the Social Science

M.Ö.: Milattan Önce

M.S.: Milattan Sonra

YY: Yüzyıl

IHS: International Headache Society

IHCD: The International Classification of Headache Disorders

KYD: Kortikal Yayılan Depresyon

CGRP: Calcitonin Gene Related Peptide

MTHFR: Metilentetrahidrofolat Redüktaz

ADE: Anjiotensin Dönüştürücü Enzim

5-HIAA: 5-Hidroksi İndol Asetik Asit

GTBA: Gerilim Tipi Baş Ağrısı

SUNCT: Short Lasting Unilateral Neuralgiform Headache with Conjunctival Injection

BFM: Beş Faktör Kişilik Modeli

PKM: Psikobiyolojik Kişilik Modeli

AMM: Afektif Mizaç Modeli

İÇİNDEKİLER

Sayfa No:

Önsöz	I
Teşekkür.....	II
Özet.....	III
İngilizce Özet (Abstract).....	IV
Kısaltmalar.....	V
İçindekiler	VI
Giriş Ve Amaç.....	1
2. Genel Bilgiler.....	3
2.1. Baş Ağrısının Tarihçesi ve Tanımı.....	3
2.2. Baş Ağrısında Sınıflandırma.....	5
2.2.1. Primer Baş Ağrıları.....	6
2.2.1.1. Migren.....	6
2.2.1.1.1. Migren Aura Evresinin Patofizyolojisi.....	8
2.2.1.1.2. Migren Baş Ağrısının Patofizyolojisi.....	9
2.2.1.1.3. Migrenin Evreleri.....	10
2.2.1.1.3.1. Prodrom Evresi.....	10
2.2.1.1.3.2. Aura Evresi.....	10
2.2.1.1.3.3. Baş Ağrısı Evresi.....	11
2.2.1.1.3.4. Düzelme Evresi.....	12
2.2.1.1.4. Migrenin Komplikasyonları.....	13
2.2.1.2. Gerilim Tipi Baş Ağrısı.....	15
2.2.1.2.1. Patofizyoloji.....	16
2.2.1.2.2. Eşlik Eden Psikiyatrik Hastalıklar.....	17
2.2.1.2.3. Ağrıyı Tetikleyen Psikolojik ve Çevresel Faktörler.....	17
2.2.1.2.4. Tanı.....	17
2.2.1.3. Küme Tipi Baş Ağrısı.....	18
2.2.1.3.1. Patofizyoloji.....	19
2.2.1.4. Paroksizmal Hemikrania.....	19
2.2.2. Baş Ağrılı Hastaya Tanısal Yaklaşım.....	20

2.2.2.1. Baş Ağrısı Hastasında Öykü Alma.....	21
2.2.2.1.1. Görüşmeye Başlama.....	21
2.2.2.1.2. Bilgi Toplama.....	21
2.2.2.1.3. İlişki Kurma.....	21
2.2.2.1.4. Açıklama ve Planlama.....	22
2.2.2.2. İlk Kez Baş Ağrısı İle Başvuran veya Baş Ağrısı Paterninde Değişiklik Olan Hastaya Yaklaşım.....	23
2.2.2.2.1. Sekonder Baş Ağrısı Göstergesi Olabilecek Durumlar.....	24
2.2.2.2.2. Baş Ağrısına Eşlik Edebilecek Alarm Bulguları.....	25
2.2.2.3. Baş Ağrısı ve Hastalara Ait Özellikler.....	25
2.2.2.3.1. Hastanın Özellikleri.....	25
2.2.2.3.2. Baş Ağrısının Niteliği.....	26
2.2.2.3.3. Baş Ağrısının Yerleşimi.....	27
2.2.2.3.4. Baş Ağrısının Sıklığı ve Süresi.....	28
2.2.2.3.5. Baş Ağrısının Gün İçinde Başlangıç Zamanı ve Şekli.....	28
2.2.2.3.6. Baş Ağrısının Şiddeti.....	28
2.2.2.3.7. Baş Ağrısının Başlangıcı.....	28
2.2.2.3.8. Baş Ağrısını Tetikleyen Faktörler.....	29
2.2.2.3.9. Baş Ağrısını Geçiren Faktörler.....	30
2.2.2.3.10. Baş Ağrısına Eşlik Eden Belirtiler.....	30
2.2.2.3.11. Hastanın Özgeçmişi.....	31
2.2.2.3.12. Aile Öyküsü.....	31
2.2.2.3.13. Hastanın Yaşamını Etkileme.....	31
2.3. Kişilik Kavramı ve Kişiliği Oluşturan Faktörler.....	33
2.3.1. Kişilik Tanımı.....	31

2.3.2. Kişiliği Belirleyen Faktörler.....	37
2.3.2.1. Kalıtım ve Bedensel Faktörler.....	39
2.3.2.2. Sosyo-kültürel Faktörler.....	39
2.3.2.3. Aile Faktörü.....	40
2.3.2.4. Sosyal Yapı ve Sosyal Sınıf Faktörleri.....	42
2.3.2.5. Coğrafi ve Fiziki Faktörler.....	42
2.3.2.6. Diğer Faktörler.....	43
2.4. Enneagram.....	44
2.4.1. Dokuz Kişilik Tipi.....	45
2.4.1.1. Bir Numaralı Kişilik Tipi: Mükemmeliyetçi-Reformcu Tip.....	46
2.4.1.2. İki Numaralı Kişilik Tipi:Yardımsever Tip.....	47
2.4.1.3. Üç Numaralı Kişilik Tipi: Başaran-Motivatör Tip.....	48
2.4.1.4. Dört Numaralı Kişilik Tipi: Traji- Romantik Tip.....	49
2.4.1.5. Beş Numaralı Kişilik Tipi: Gözlemci-Araştırmacı Tip.....	50
2.4.1.6. Altı Numaralı Kişilik Tipi: Sadık-Sorgulayan Tip.....	51
2.4.1.7. Yedi Numaralı Kişilik Tipi: Ehli Keyf-Rahatına Düşkün Tip.....	51
2.4.1.8. Sekiz Numaralı Kişilik Tipi: Reis-Lider Tip.....	53
2.4.1.9. Dokuz Numaralı Kişilik Tipi: Barışçı Tip.....	54
3. Gereç ve Yöntem.....	56
4. Bulgular.....	58
4.1. Katılımcıların Demografik Bulgularına İlişkin Bulgular.....	58
4.2. Katılımcıların Baş Ağrısı Sıklığı Ve Şiddetine İlişkin Bulgular.....	69

4.3. Katılımcıların Kişilik Tiplerine İlişkin Bulgular.....	71
5. Tartışma.....	77
6. Sonuçlar Ve Genel Öneriler.....	82
7. Kaynaklar	84
8. Ekler	95
8.1.Anket Formu.....	95



1. GİRİŞ VE AMAÇ

Toplumda en sık karşılaşılan yakınmalardan olan baş ağrısı bir semptom olarak kafa içi neoplaziler ve subaraknoid kanamalar gibi ciddi bir hastalıktan kaynaklanabildiği gibi basit bir sistemik enfeksiyondan da kaynaklanabilir. Ancak pratikte baş ağrılarının en sık sebebi primer baş ağrılarıdır (1). Baş ağrısı hastane ve birinci basamak sağlık kuruluşlarının da en sık başvuru nedenleri arasında yer alır. Baş ağrısının sebep olduğu iş gücü kaybı, hastanelere yapılan başvurularda artış, tanı ve tedavi maliyetleri, hastanın hayatındaki negatif psikolojik etkiler hem ekonomik sorunlar oluşturmakta hem de kişinin sosyal hayatında olumsuz sonuçlara yol açmaktadır. Bu yüzden koruyucu hekimlik uygulamaları ile spesifik branşlara yönlendirmeye, hastane başvurularında yığılmaya, gereksiz ileri tetkiklere gerek kalmaksızın hastanın kısa sürede doğru ve genel bir yaklaşımla tedavi edilmesi önem kazanmaktadır (2).

Daha önce yapılmış olan bazı çalışmalarda psikolojik faktörler ve sosyodemografik özellikler ile baş ağrısı arasında bir ilişki olduğu gösterilmiştir. Bu tür çalışmaların sonuçları doğrultusunda son zamanlarda yapılan birçok çalışmada stres ve kişilik tiplerinin de baş ağrısının ortaya çıkmasında ve gelişmesinde etkili olduğu ortaya konmuştur (3). Baş ağrılarının ortaya çıkması ve gelişimi aşamalarında stres ve kişilik özellikleri gibi psikolojik faktörlerin önemi yapılan birçok çalışmada ortaya konmuştur. Wolff ve arkadaşları, migren hastaları üzerinde yaptıkları araştırmalarda mükemmeliyetçi, hırslı ve rekabetçi kişilik özelliklerine sahip bireylerin 20'li yaşlarda daha sık migren nöbeti geçirdikleri, 30'lu yaşlarda ise mükemmeliyetçi özelliklerinin azaldığı ve hislerini ifade konusunda daha başarılı olmaları sonucu nöbetlerinde azalma olduğu gösterilmiştir (4).

Ancak hastalar gerek branşlaşmadan kaynaklanan şartlar nedeniyle gerekse hasta yoğunluğu nedeniyle ortaya çıkan yetersiz zaman nedeniyle, çoğunlukla başvurdıkları polikliniklerde, yalnızca söz konusu semptom üzerinden değerlendirilmektedir. Hastanın şikayeti ile ilişkili olabilecek özellikle psikolojik ve sosyolojik faktörler göz ardı edilmektedir.

Baş ağrısı şikayeti ile başvuran birçok hastada, depresyon ve anksiyete gibi psikiyatrik hastalıklar eş zamanlı olarak görülebilirse de hasta sıklıkla semptomdan dolayı nöroloji polikliniklerini tercih etmektedir. Hastalar da duygudurumları ile ilgili olarak net ve yeterli bilgi vermediklerinden, baş ağrısı ile ilişkili olabilecek durumların gözden kaçmasına sebep olabilir. Bu da sonuçsuz tedavi uygulamalarına yol açabilir (5).

Psikolojik faktörlerin, insanlarda fiziksel belirtilerin meydana gelmesini ve var olan tıbbi bir patolojinin seyrini etkileyebileceği görüşü Hipokrat döneminden beri kabul görmüş bir durumdur. Psikoanalitik akımın temsilcisi Alexander, ruhsal durumlar ile biyolojik, çevresel ve sosyolojik etkenlerin de birbirleri ile bağlantılı ve etkileşim içinde olduğu çok eksenli bir hastalık modelini savunmuştur. Sosyolojik faktörler ile kişilik özelliklerinin hastalıklara karşı hassasiyet ile olan ilişkisini ortaya çıkarmaya çalışan epidemiyolojik ve klinik araştırmalar için Meyer ve Dunbar'ın kurucusu oldukları psikobiyojik model iyi bir zemin olmuştur (6).

Sağlık, insanın biyopsikososyal yönden tam bir iyilik hali olarak tanımlanmaktadır. Kişinin biyolojik, psikolojik ve sosyal yönlerinin üçü de hem kendi içlerinde hem de kendi aralarında sürekli değişim halindedir. Bu nedenle, tam anlamıyla sağlıklı olma kavramı, her üç alanın da birbirleriyle karşılıklı bir denge halinde olmasını gerektirir. İnsanın gerek sağlık, gerekse hastalık durumunda ele alınması ve hekim tarafından hastanın bütünüyle tanınması daha doğru bir tutum olur. Bu da insanın bedensel bütünlüğünü, ruhsal bütünlüğünü, beden-ruh ilişkisindeki bütünlüğü, sosyo-kültürel konumunu, sosyal ve doğal çevresi içindeki durumunu mümkün olduğunca tanımayı gerektirmektedir. Böylece hasta-hekim ilişkisinin iyi bir şekilde kurulması ve tanı-tedavi başarısının artmasını sağlayanabilecektir. Koruyucu hekimlikte ve klinik uygulamalarda bütüncül yaklaşım, hastanın tedaviye uyumunda hastanın fiziksel durumu kadar hastanın kişiliğinin, tutumunun, yaklaşımının sosyo-kültürel konumunun da bilinmesini gerektirir. Hastanın sosyo-kültürel durumunun değerlendirilmesi, hekimin hastadan iyi şekilde öykü almasında, hastalık ve tedavi ile ilgili bilgilendirmenin nasıl yapılacağı konusunda yol göstericidir (7).

1977 yılında psikiyatrist George Engel tarafından tanımlanan biyopsikososyal modele göre psikolojik ve sosyal faktörler hastalıklar için belirleyici olup, birbirinden bağımsız kavramlar olarak değerlendirilmemelidir. Kişinin ruhsal durumu ile ilgili bir

problemi bir biyomedikal sorun oluşturabileceği gibi, biyomedikal bir disfonksiyonu ruhsal iyilik halini olumsuz yönde etkileyebilir (8).

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Baş Ağrısının Tarihçesi ve Tanımı

Baş ağrısı, insanlık tarihi süresince en sık karşılaşılan sağlık sorunlarından biri olmuştur. Milattan önce (M.Ö.) 7000'a ait kalıntılarda, neolitik insan kafataslarında, baş ağrılarına yönelik olduğu düşünülen girişimlerin izlerine rastlanmıştır. Binlerce yıl boyunca baş ağrılarını tanımaya ve anlamaya yönelik ağrı tetikleyicileri, rahatlatıcı etkenler, migren kliniğinin bileşenleri, ailevi eğilim gibi durumlar tanımlanmıştır. M.Ö. 1200'den kalan Mısırlılara ait eski bir baş ağrısı reçetesi bulunmuştur. M.Ö. 400 yılında Hipokrat, migren baş ağrısına öncülük eden ve kusma ile rahatlayan görsel auraları tanımlamıştır. Hipokrat'a göre bu ağrı, genellikle sağ gözde ışık parlaması ve ardından şakaklarda başlayıp tüm baş ve boyun bölgesine yayılan şiddetli bir ağrıdır (9). M.S. 2.yy'da Kapadokya'da yaşayan Aretaeus, daha çok tek taraflı görülen, bulantıyla beraber hissedilen ve sonrasını ağrısız dönemlerin takip ettiği bir baş ağrısı tanımlamıştır. Bu tanımla, migrenin kaşifi olarak kabul edilmektedir (9).

Binlerce yıldır insanlık için bir sağlık problemi olmaya devam eden baş ağrıları, günümüzde de popüleritesini korumaya devam etmektedir. Günümüzde yapılan çalışmalarda baş ağrısı, birinci basamak başvuru sebepleri arasındaki sıralamada ilk ondadır (10). Bu kadar sık görülmesini, baş ve çevresinde ağrıya duyarlı yapıların çok olması, kısmen açıklayabilir. Saçlı deri, baş ve boyun bölgesindeki kas yapıları, periost, intrakranial arterlerin proksimal bölümleri, meningeal arterler, venöz yapılar, V, IX, X kranial sinirler ile ilk üç servikal spinal sinirleri gözler, kulaklar, burun ve boğaz ağrıya duyarlı yapılardır. Bu yapıların bası altında kalmaları, yer değiştirmeleri, iltihabi patolojileri, baş ve boyun kaslarının istemli veya istemsiz sürekli kasılmaları, intrakranial arterlerde traksiyon ve dilatasyona bağlı gelişen değişiklikleri, ekstrakraniyal arterlerde traksiyon ve displasmanlar, ağrıya duyarlı sinirlerde irritasyon ve kompresyon, meningeal irritasyon ve kafa içi basınç artışı ağrı nedeni olabilir (11).

Görüldüğü gibi pek çok sebebi olan baş ağrıları, hayati öneme sahip bir durumdan kaynaklanabildiği gibi basit bir sorundan da kaynaklanabilir.

Baş ağrısı, farklı formlarda olup, farklı ağrı şiddetlerinde kendini gösterebilir. Primer baş ağrıları kronik ya da ağrı atakları ve buna bağlı sorunlara yol açabilen, organik bir nedene bağlı olmayan, santral sinir sistemindeki fizyolojik bozukluklardan kaynaklandığı düşünülen durumlardır. Sekonder baş ağrısında ise baş ve/veya boyun travmaları, kraniyal ve servikal vasküler bozukluklar, non-vasküler intrakraniyal nedenler, madde kullanımı enfeksiyonlar, homeostaz bozukluğu, kranyum, boyun, gözler, kulaklar, burun, sinüsler, dişler, ağız ya da yüz yapıları ile ilişkili veya psikiyatrik nedenler gibi altta yatan organik patolojik sürecin semptomlarından biridir (11)

Baş ağrısı, toplumun önemli bir kısmını etkileyerek rahatsızlığa, rutin günlük aktivitelerin olumsuz etkilenmesine ve farklı etkinliklere katılmaya engel olacak düzeyde ağrıya neden olur. Yaşam boyu baş ağrısı prevalansının % 90'ın üzerindedir (12). Baş ağrısı özellikle genç kadınlar arasında en çok rapor edilen semptomdur (13).

Primer baş ağrıları arasında, gerilim tipi baş ağrıları ilk sırayı alır (14). Küme tipi baş ağrıları ise ender görülür ancak bir insanın karşılaşılabileceği en şiddetli ağrı tipidir. Özellikle migren ve gerilim tipi baş ağrısı hastalarında aşırı ilaç kullanımına bağlı kronik günlük baş ağrıları görülebilir. İlaç aşırı kullanım baş ağrıları, Baş Ağrısı Polikliniklerine başvuran hastaların yaklaşık üçte birinde görülmektedir (10). Bazı hastalar aşırı ilaç kullanımına bağlı sorunlar yaşarken diğer yandan büyük bir kısmı, baş ağrıları için reçetesiz ve etkin olmayan tedaviler almaktadır. Migren hastalarının çoğu akut şikayetleri için tedavi almasına rağmen, profilaktik tedaviden fayda görme ihtimali olan önemli bir kısım hasta ise bu tedavi almamaktadır. Migren hastalarının ¼ 'i profilaktik tedavi adayıdır (15).

Baş ağrısı ile başvuran hastalarda göz ardı edilmemesi gereken en önemli husus, sekonder baş ağrısı olma olasılığıdır. Subaraknoid kanamalar, serebral anevrizmalar, intrakranial neoplazmlar, merkezi sinir sistemi enfeksiyonları, glokom, sinüzit gibi patolojilerde görülebilecek ve baş ağrısına eşlik edebilecek semptomların varlığı

durumunda, tanıya yönelik tetkik ve tedaviler için spesifik branşlara yönlendirme yapılmalıdır.

2.2. Baş Ağrısında Sınıflandırma

Baş ağrılarının tanı, bilimsel araştırmalar ve klinik uygulamaları aşamasında sistemik bir yaklaşım olanağı vermesi açısından sınıflandırılması önemli bir noktadır. Uluslararası Baş Ağrısı Derneği (International Headache Society-IHS)'nin 2013 yılında kabul ettiği sınıflandırma aşağıda verilmiştir(16).

Tablo 1: ICHD – III (beta versiyonu, 2013) Primer Baş Ağrıları (IHCD 3)

1. Migren

- a. Aurasız migren
- b. Auralı migren
- c. Çocukluk çağı periyodik sendromları
- d. Retinal migren
- e. Migren komplikasyonları

2. Gerilim baş ağrısı

- a. Epizodik gerilim baş ağrısı
- b. Kronik gerilim baş ağrısı

3. Küme baş ağrısı ve diğer trigeminal otonomik baş ağrıları

- a. Epizodik küme baş ağrısı
- b. Kronik küme baş ağrısı
- c. Epizodik paroksizmal hemikranya
- d. Kronik paroksizmal hemikranya
- e. Konjunktival kanlanma ve yaşarmalı kısa süreli tek yanlı nevraljiform baş ağrısı atakları

4. Diğer primer baş ağrıları

Tablo 2: ICHD – III (beta versiyonu, 2013) Sekonder Baş Ağrıları (IHCD 3) (16)

1. Baş ve/veya boyun travmasına bağlanan baş ağrısı
2. Kranyal ya da servikal damarsal bozukluklara bağlanan baş ağrısı
3. Damarsal olmayan kafa içi bozukluklara bağlanan baş ağrısı
4. Bir maddeye ya da bunun bırakılmasına bağlanan baş ağrısı
 - a. İlaç aşırı kullanımı baş ağrısı
 - b. Diğer madde kullanımına bağlı baş ağrıları
5. Enfeksiyona bağlanan baş ağrısı
6. Homeostaz bozukluğuna bağlanan baş ağrısı
7. Kranyal yapıların bozukluklarına (gözler, kulaklar, sinüsler, dişler) bağlanan baş ağrıları

Tablo 3: Diğer baş ağrıları (16)

1. Trigeminal nevralji
2. Glossofaringeal nevralji
3. Oksipital nevralji
4. Yüz ağrısı

2.2.1. PRİMER BAŞ AĞRILARI

2.2.1.1. MİGREN

Tanım ve Genel Bilgiler:

Migren, genellikle otonom sinir sisteminden kaynaklanan bazı belirtilerle birlikte ortaya çıkan, çoğunlukla tek taraflı, tekrarlayıcı orta şiddette veya şiddetli baş ağrısı ile karakterize kronik bir nörolojik hastalıktır (17).

Migren en yaygın nörolojik hastalıklardan biridir (18).

Uluslararası Baş ağrısı Derneği (International Headache Society: IHS) tarafından, baş ağrıları primer ve sekonder olarak iki ana grupta sınıflandırılır. Migren primer bir baş ağrısı olup nörolojik, otonomik ve gastrointestinal belirtilerle görülür. Ağrının niteliği ve bu belirtilere göre konulur (16).

Ülkemizde migren prevalansı, 15-55 yaş grubunda %16,4 olarak belirlenmiştir. Bunun cinsiyetlere göre oranı %21,8 kadın hastalar, % 10,9 erkek hastalar şeklindedir (19).

Kadın ve erkeklerde hastalık prevalanslarının farklı olması, stresle ilişkili olabileceklerini düşündürmektedir (20). Migren prevalansı ve şiddetinin cinsiyete göre farklılığı cinsiyetin sosyal yönüyle de ilgili olabilir (21). İyi bilindiği gibi, kadın ve erkeklerin hem iş hem özel hayatları, sosyal statüleri için güçlü belirleyicilerdir (22).

Çocukluk döneminde migren görülme sıklığında cinsiyetler arasında anlamlı bir fark yoktur ancak puberteden sonra oran, kadın lehine artmaktadır. Erişkin yaşa gelindiğinde kadın:erkek oranı 2:1'e ulaşmaktadır. Ailede migren öyküsü, migrenin gelişimi için bir risk faktörü olarak görülmektedir. Bu risk, aile öyküsü olmayan bireylere göre 2-4 kat daha fazladır. Ailevi faktörlerin yanında yaş, cinsiyet, ırk, sosyokültürel ve çevresel etkenler de migrenin ortaya çıkmasında etkilidir (23).

Yapılan bazı çalışmalarda stresin migren ataklarının ortaya çıkmasında önemli bir etken olduğu görülmüştür (23,24). Stres genellikle subjektif olarak hissedilen iç veya dış tehditler sonucu sempatik sistem ve hipotalamik-pitüiter-adrenal aks aktivasyonu ile ilişkilidir. Stres sonucu gelişen bu reaksiyonların yoğunluğu, etkilenen kişinin sağlığı kadar stres faktörünün süre, sıklık ve şiddetine bağlıdır. Bazı stres faktörleri fizyolojik nedenlerden kaynaklanırken çoğu kültüre, yaşam şekline, önceki tecrübeler ve kişilikle ilgili faktörlere bağlıdır (25,26). Psikolojik faktörler, migrenin sadece ortaya çıkmasında değil, hastalığın süresi boyunca ve atak sıklığında da etkilidir (27).

Migren hastalarında kişilik özellikleri yaygın olarak tartışılmaktadır. Post travmatik stres bozukluğu, anksiyete bozuklukları ve depresyon gibi bazı psikiyatrik hastalıkların migrenle birlikte görülme sıklığı artmıştır (28,29). Ayrıca fibromiyalji, artrit, orofasial ağrı gibi kronik ağrı bozukluklarının da migren hastalarında eş zamanlı görülme riski artmıştır (30,31). Endometriozis ve menoraji sıklığının da arttığını gösteren çalışmalar bulunmaktadır (32).

Migrende baş ağrısının nasıl ortaya çıktığı, beyinde hangi bölgeden kaynaklandığı, hangi evrede hangi beyin bölgesinin aktif halde olduğu açıklanamamış durumlardır. Migrenin prodromal evre, aura, baş ağrısı ve postrom denilen 4 evresi vardır. Son yıllarda yapılan çalışmalarda, ataklar arası dönemler de beyin aktivitesinin uyarılabilirliğinin artmış olduğu gösterilmiştir. Aura döneminin de ağrıyı başlatmada etkili olup olmadığı da tartışmalı hale gelmiştir. Bazı çalışmalarda, aura anında birçok hasta, baş ağrısının olduğunu ifade etmiştir. Prodromal evrede görülen semptomların, beyin sapında bulundan çekirdekler ve limbik sistemle ilgili olduğu düşünülmektedir. Aura döneminde daha çok vizüel, duysal ve motor bulgular görülür ve bunların serebral korteksten kaynaklandığı düşünülmektedir. Hayvan deneylerinde baş ağrısının olduğu dönemde de trigeminal sinir aktivasyonuna bağlı vazodilatasyon ve nörolojik inflamasyon görülmüş olmasına rağmen, bu bulgular, insanlar üzerinde yapılan çalışmalarda hipotez düzeyinde kalmışlardır (33).

2.2.1.1.1. Migren Aura Evresinin Patofizyolojisi

Aurasız migren hastalarının birinci derece akrabalarında risk 1,9 kat artmışken, auralı migren hastalarında 4 kat artmıştır. Bu da, auralı migren için genetik faktörlerin daha etkili olduğunu göstermektedir (34).

Hastaların %20'sinde görülen aura, ağrı başlangıcından önceki nörolojik defisittir. Duysal veya motor bulgular da görülebilmese rağmen daha çok görsel auralar tariflenmektedir (35). Vasküler teorinin öncüsü Harold G. Wolff'a göre, aura evresinde görülen bulgular serebral vazokonstriksiyonla, baş ağrısı ise vazodilatasyonla ilişkilidir (36). Lashley ise 1941'de, aura dönemindeki görsel semptomların kaynağının, kontrateral oksipital korteks olduğunu ifade etmiştir (37). Bu bulguları, Leao'nun serebral korteks depresyon dalgaları ile ilişkilidir. Leao, savunduğu bu görüşle nöronal teoriyi ortaya koymuş ve görsel semptomların, oksipital korteks kan akımı değişiklikleri ile ilişkili olduğunu göstermiştir (38). Görsel auralar tipik olarak skotomları takiben sintilasyonların ortaya çıkması şeklinde görülür. Hareket eden görselin köşesi sabit bir frekansta, periferde doğru ise azalan frekansta titreşir. Daha sonra gelen skotom, önce irritatif bir bozukluğun oluştuğunu ve bunu nöronal fonksiyon kaybının izlediğini gösterir. Duyusal auraların da gelişimi buna benzerdir. Eksitasyonun yavaş ve devamlı olmasını açıklayabilen tek bozukluk Leao'nun kortikal yayılan

depresyon (KYD) teorisi (39,40). Olesen ve arkadaşları migren atakları sırasında bir ana arter spazmı ile uyumsuz olan ama kortikal yayılan depresyon ile örtüşen, yavaş yayılan kortikal hipoperfüzyonun ilk kanıtlarını göstermişlerdir. Son yıllarda yapılan çalışma ve gözlemler de bunu doğrulamıştır (41,42).

Baş ağrısı döneminde vazodilatasyon olduğunun savunulmasına karşı, ağrı sırasında kortikal kan akımının düşük olduğunu gösteren çalışmalar da yapılmıştır. Birçok olguda da serebral hipoperfüzyonun ardından hiperemi gelişmektedir. Bu da, aura döneminde salıverilen güçlü vazodilatör kalsitonin gen ilişkili peptid (CGRP) ile açıklanmaktadır (43).

Pozitron emisyon tomografi ile yapılan bir çalışmada, serebral korteks ve beyin sapında, migren atakları sırasında kan akımının arttığı gösterilmiştir (44).

Migren hastalarında özellikle üzerinde çalışılan genlerden biri tromboz eğilimi yapan genlerdir. Bazı çalışmalarda, anjiyotensin dönüştürücü enzim (ADE) ve metilen tetrahidrofolat redüktaz (MTHFR) polimorfizm ve mutasyonlarının, migren için yatkınlık oluşturan faktörler olduğu gösterilmiştir (45). Migren ataklarının patogenezi vasküler, nörojenik, biyokimyasal ve trombositik teoriler ile açıklanmaya çalışılmıştır. Biyokimyasal teoriye göre ataklarda kan serotonin seviyesi düşer, 5-hidroksi indol asetik asitin (5-HIAA) artar. Selektif serotonin geri alım inhibitörleri, serotonin salgılatıcılar, serotonin yapıtaşları ve serotonin reseptör agonistleri gibi santral serotonin transmisyonu üzerinde etkili ilaçların migrende yararlı etki göstermesi biyokimyasal teoriyi destekleyen kanıtlardır (46).

2.2.1.1.2. Migren Baş Ağrısının Patofizyolojisi

Migren baş ağrısında primer faktörün, santral trigeminal sinir aktivasyonu olduğu düşünülmektedir. Kortikal yayılan depresyon sonucu, ekstrasellüler ortamda potasyum ve glutamat seviyelerinde görülen yükselmeler ile kalsiyum düşüklüğü olur. Buradaki geniş pial vaskler ağ ve perivasküler sinir sonlanmalarının aktivasyonunun ardından gerçekleşen dural refleks aktivasyonu, migren ağrısını açıklayabilir (47).

Nörovasküler bileşkede; dural vasküler yapılarda dilatasyon ve nörojenik enflamatuvar reaksiyon gerçekleşir. Vazodilatasyon sonrası nöronal yapılardan bazı

maddelerin salınımını uyarak enflamatuvar bir yanıt oluşturur. Daha sonra, trigeminal sinirlerle ağrı beyin sapına iletilir (48).

Fiziksel aktivite sonucu artan vasküler karakterli ağrı, bulantı, kusma, fotofobi, fonofobi, ozmofobi ve allodini gibi semptomların büyük bir kısmından, trigeminal vasküler sistemdeki aktivasyon ve sensitizasyon sorumlu tutulmaktadır. Atak esnasında görülen konsantrasyon azlığı, beyin sapındaki dikkatten sorumlu merkez olan lokus seruleusun etkilenmesi nedeniyle olabilir (49).

Migren patogenezinde rolü olduğu düşünölen nitrik oksit (NO) de, hem kortikal yayılan depresyondan hemen sonra saatler sürecek ikinci bir dalga olacak şekilde salınır (50).

2.2.1.1.3. Migrenin evreleri

Migrenin prodrom, aura, baş ağrısı ve iyileşme olmak üzere dört evresi tanımlanmıştır. Birçok hastada birden fazla evre görülse de tanı için hepsinin görünmesi şartı yoktur (51).

2.2.1.1.3.1. Prodrom evresi

%20-60 hastada baş ağrısı döneminden önce saatler ya da günler içerisinde öncü belirtiler olur. Bu belirtiler genelde psikolojik, nörolojik ya da otonomik değişiklikleri içeren durumlardır (52).

2.2.1.1.3.2. Aura evresi

Atak esnasında, öncesinde ve nadir de olsa sonrasında da görölebilen fokal nörolojik belirtilerdir. 5-20 dakika içerisinde gelişen bu görsel, duysal ve motor belirtiler, 60 dakikayı geçmez. %80 oranında aura takibinde baş ağrısı görölmektedir ancak hiç görölmeyebilir (53).

Aura döneminin en sık tipi görsel auralardır. Değişken skotomlar ve odak noktasına yakın kırık çizgiler şeklinde görülür. Bazı olgularda sadece skotom olur. Daha az hastada, bir odaktan vücudun veya yüzün bir tarafına yavaşça yayılan iğneleme tarzında duysal belirtiler görülür. Nadir vakada konuşma bozuklukları olabilir. Ailesel hemiplejik ya da sporadik hemiplejik migren olgularında motor zayıflık görülür (54).

Tablo 4: Auralı Migren İçin IHS Tanı Kriterleri (16)

A. B-C kriterlerini dolduran en az iki atak

B. Aşağıda tamamen geri dönebilen semptomlardan bir veya daha fazlasının görölmesi:

1.görsel

2.duysal

3.kelime ve/veya dil

4.motor

5.retinal

C.Aşağıdaki dört karakteristik bulgudan en az iki tanesinin olması:

1. en az bir aura semptomu 5 dakika veya daha uzun sürede yavaş yavaş gelişir ve/veya iki veya daha fazla aura belirtisi 5 dakika veya üzerindeki sürede ardı ardına oluşur

2. her görülen aura semptomu 5-60 dakika sürer

3. en az bir aura semptomu tek taraflıdır

4. eşlik eden veya takip eden 60 dakika içinde baş ağrısıyla görülen aura

D.IHCD-3 içinde başka bir tanı kapsamında olmaması ve geçici iskemik atağın dışlanmış olması

2.2.1.1.3.3. Baş ağrısı Evresi

Baş ağrısı tipik olarak tek taraflı, zonklayıcı, orta-ağır şiddettedir ve fiziksel aktivite ile şiddetlenir. IHS kriterlerine göre migren tanısı için bu özelliklerin tamamı gerekmez (52).

Tablo 5: Aurasız Migren İçin IHS Tanı Kriterleri (16)

A. B-D kriterlerini dolduran en az 5 atak

B. Baş ağrısı ataklarının 4-72 saat sürmesi (tedavi edilmemiş veya başarısız tedavi edilmiş)

C. Baş ağrısının aşağıdaki özelliklerden en az ikisine sahip olması

1. Tek taraflı yerleşim
2. Zonklayıcı nitelik
3. Orta ya da şiddetli ağrı
4. Günlük fiziksel aktivite ile artması ya da bu aktiviteden kaçınmaya neden olması (örneğin, yürümek, merdiven çıkmak)

D. Baş ağrısı sırasında aşağıdakilerden en az biri

1. Bulantı ve/veya kusma
2. Fotofobi ve fonofobi

E. Başka bir bozukluğa bağlanamaması

%40 hastada ağrı en baştan itibaren bilateralidir. Özellikle saat 05:00 ile 12:00 arasında başlar. Başlangıçtan sonra kademeli olarak 2-12 saat içerisinde en yüksek seviyeye ulaşır. Hastaların %85'inde ağrı zonklayıcı olarak ifade edilir (52,56).

Migren baş ağrısı ile birlikte her zaman başka belirtiler de görülür. Çoğunda anoreksi görülür. Yaklaşık %90 hastada bulantı görülürken, yalnızca üçte birinde kusma görülür (52,57). Duyularda belirgin artış vardır. Bulanık görme, burun tıkanıklığı, açlık, tenezm, diyare, karın ağrıları, poliüri, solukluk, terleme gibi sistemik belirtiler de görülebilir. Skalp hassasiyeti, ensede sertlik ve hassasiyet görülebilir. Çoğu hastada konsantrasyon bozukluğu olur. Baş dönmesi ve bayılma hissi olabilir (52).

2.2.1.1.3.4. Düzelmeye evresi

Baş ağrısı geçtikten sonra hastalarda yorgunluk, halsizlik, huzursuzluk ve konsantrasyon bozukluğu görülebilir. Kafatasında hassasiyet ve ruhsal durum değişiklikleri olabilir. Bazı hastalarda öfori bazılarında ise depresyon ve yorgunluk hissedebilir (51,58).

2.2.1.1.4. Migren Komplikasyonları

Kronik migren, migrenin bir komplikasyonu olarak kabul edilmektedir. İlaç aşırı kullanımı olmamasına rağmen, ayda 15 günden fazla, 3 aydan uzun süreli migren ağrısı olarak tanımlanır (51,52).

72 saatten uzun süren ataklar da migren statusu olarak ifade edilir. Bu durum daha çok aurasız migren hastalarında görülür. Böyle durumlarda ilaç aşırı kullanım öyküsü sorgulanmalıdır (51).

Enfarktsız ısrarlı aurada, aura belirtileri 1 haftadan uzun sürer ve radyolojik açıdan enfarkt bulgusu görülmez. Hastaların bu durumda görsel auraları bilateraldir ve yıllarca sürebilir. Migrenöz enfarkt, auralı migreni olan bir hastada, kalıcı nörolojik hasarlar ve enfarkt görülebilen olgulardır. Auralı migreni olan diğer hastalara göre fark, aura semptomlarının 60 dakikadan fazla sürmesi ve radyolojik olarak enfarktın saptanmasıdır. Böyle olgularda diğer enfarkt sebepleri dışlanmalıdır (51).

Nadir olarak bazı hastalarda migren tarafından tetiklenen epilepsi nöbetleri de görülebilir (57).

Migren “International Headache Society (IHS)” tarafında primer baş ağrıları başlığı altında sınıflandırılmış ve tanı kriterleri belirlenmiştir. Bu sınıflandırılma en son 2013 yılında yine aynı topluluk tarafından güncelleştirilerek alt grup hastalıkları yeniden belirlenmiştir (16).

Tablo 6: ICHD – III (beta versiyonu, 2013) Migren Sınıflandırması (16).

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 Ailesel hemiplejik migren
 - 1.2.3.1.1 Ailesel hemiplejik migren tip 1
 - 1.2.3.1.2 Ailesel hemiplejik migren tip 2
 - 1.2.3.1.3 Ailesel hemiplejik migren tip 3
 - 1.2.3.1.4 Ailesel hemiplejik migren, diğer lokuslar
 - 1.2.3.2 Sporadik hemiplejik migren
- 1.2.6 Retinal migren
- 1.3 Kronik Migren
- 1.4 Migren komplikasyonları
 - 1.4.1 Migren statusu
 - 1.4.2 İnfarkt olmaksızın sürekli aura
 - 1.4.3 Migrene bağlı enfarkt
 - 1.4.4 Migren aurasının tetiklediği nöbet
- 1.5 Olası migren
 - 1.5.1 Aurasız olası migren
 - 1.5.2 Aurashlı olası migren
- 1.6 Migren ile ilişkili olabilecek episodik sendromlar
 - 1.6.1 Tekrarlayan gastrointestinal bozukluklar
 - 1.6.2.1 Siklik kusma sendromu

1.6.2.1 Abdominal migren

1.6.2 Benin paroksizmal vertigo

1.6.3 Benin paroksizmal tortikolis

Migrenin ilk majör alt tipi vardır; aurasız migren ve auralı migren. Aurasız migren, ilgili semptomları ve spesifik özelliklere sahip baş ağrısı şekliyle bir klinik sendromdur. Auralı migren, baş ağrısı öncesinde veya eşlik eden geçici fokal nörolojik semptomların görüldüğü durumdur. Bazı hastalarda baş ağrısından saatler ya da günler önce uyarıcı faz görülür. Uyarıcı ve ardından baş ağrısının hissedildiği fazda hiperaktivite, hipoaktivite, depresyon, bazı yiyeceklere karşı istek, tekrarlayan esnemeler, yorgunluk ve boyunda sertlik ya da ağrı gibi semptomlar görülebilir (59).

2.2.1.2. GERİLİM TİPİ BAŞ AĞRISI

Gerilim tipi baş ağrısı, bir predispozan faktöre bağlı ortaya çıkan, birkaç ilişkili semptomla birlikte görülen hafif veya orta baş ağrısının olduğu nörolojik bir hastalıktır. Tanı, öykü ve muayeneye dayanır. Birçok hasta, akut ataklar sırasında kendi kendilerini tedavi etmekteyken, atak sıklığı arttığı ve hastalık kronikleştiği zaman tedavi için başvurmaktadır (60).

GTBA 30 dakikadan 7 güne kadar sürebilir ve ağrıların sürekli hale gelmesi ile kronikleşebilir. İki taraflı, sıkıştırıcı, baskı hissi veren hafif ve orta şiddette görülen baş ağrılarıdır. Ağrı fiziksel aktivitelerden etkilenmez. Bazı hastalarda iştah azalması, ışığa veya sese karşı hassasiyet olabilir ancak bulantı veya kusma olmaz (61).

Tablo 7: Kronik Gerilim Tip Baş Ağrısı İçin IHS Tanı Kriterleri:

A. En az 3 aydır ayda ortalama 15 gün veya daha sık ortaya çıkan (yılda 180 gün veya daha fazla) ve B-D ölçütlerine uyan baş ağrısı.

B. Baş ağrısı 30 dakikadan 7 güne kadar sürer

C. Baş ağrısı aşağıda belirtilen özelliklerden en az ikisine sahiptir.

1. Bilateral yerleşim,
2. Basıcı / sıkıştırıcı (zonklayıcı olmayan) nitelikte,
3. Hafif veya orta şiddette,
4. Yürüme ya da merdiven çıkma gibi rutin fiziksel aktivite ile şiddetlenmez.

D. Aşağıdakilerden her ikisi

1. Fotofobi, fonofobiden veya hafif bulantıdan sadece biri,
2. Orta ya da şiddetli bulantı veya kusmanın hiçbirisi olmayacak.

E. Başka bir bozukluğa bağlanamaz. Kronik gerilim tip baş ağrısı da perikranial hassasiyetin olup olmamasına göre ikiye ayrılır (61).

GTBA'nın erişkinler için yaşam boyu prevalansı, birkaç çalışmadan toplanarak derlenmiş olup ortalama % 46 (% 12-78)' dir (62). Çocuklar da bazen etkilenmektedir fakat her iki cinsiyette de görülme sıklığı 40-49 yaşlarında pik yapar (63). Kadın ve erkeklerde görülme oranı 5:4. Epizodik GTBA eğitim seviyesi ile doğru orantılı bir prevalans gösterir (64). Kronik GTBA daha az görülür ve genel popülasyonun %3'ünün altındadır ki bunların yarısından fazlasında baş ağrısı yılda 180 günden fazladır (65). GTBA olan önemli bir azınlık grupta, baş ağrısına bağlı iş gücü kaybı ve verimlilikte azalma olması, halk sağlığı açısından endişe verici bir yüküdür (66).

2.2.1.2.1. Patofizyoloji

Gerilim tipi baş ağrısı en sık karşılaşılan birincil baş ağrısıdır. Önemli bir sağlık sorunu ve sosyoekonomik problem olarak karşımıza çıkmaktadır. Baş ve boyun kaslarının hipereksitabile periferik afferent nöronlarının aktivasyonu, sık olmayan baş ağrısı epizodları için en muhtemel açıklamadır (61,67). Bu perikraniyal kaslardan kaynaklanan nosiseptif uyarıların başa yansiyarak baş ağrısı olarak algılandığı düşünülmektedir. Periferik nosiseptör, servikal trigeminal kaudal nükleus veya supraspinal nöron düzeyinde sistemin duyarlılaşması ya da supraspinal yapılardan inen

anti-nosiseptif aktivitenin azalmasının miyofasial ağrı ve hassasiyete yol açan muhtemel etkenler olduğu düşünülmektedir. Miyofasiyal ağrının mekanizması bilinmemektedir. Lokal iskemi, metabolizma veya mikrosirkülasyonda bozukluk gibi çeşitli nedenlerle ortaya çıkabileceği varsayılmaktadır (61). Kas hassasiyeti ve psikolojik gerilim, ağrının şiddetini arttırmakla ilişkilidir fakat net olarak sebep değildir (67).

Atak sıklığı az olan epizodik GTBA hastaları genellikle medikal bir tedavi almazlar. Atak sıklığı ve ağrı şiddeti artınca, özellikle de genç hastalar tedavi için başvururlar (68). Hastalar genellikle saatlerden günlere kadar sürebilen ve nörolojik bulgu olmayan hafif ve orta şiddette bir ağrı ile iki taraflı hissedilen kas hassasiyetini ifade ederler. Hastalar ağrıyı “başın etrafına sarılmış bant gibi” şeklinde ifade ederler (60).

2.2.1.2.2. Eşlik Eden Psikiyatrik Hastalıklar

Migren ve gerilim tipi baş ağrıları gibi yineleyici ve kronik bir seyir gösteren bozukluklar, yaşam zorluğuna sebep olan baş etme yetilerinde azalma ve psikiyatrik eş tanılara zemin oluşturabilir. Özellikle depresyon, anksiyete, panik bozukluk ve obsesif kompulsif bozukluk ile GTBA birlikteliği. Kronik GTBA hastalarına oranla epizodik GTBA hastalarında anksiyete ve depresyon daha sık görülmüştür. Ancak depresyon ve epizodik GTBA ağrısı arasındaki bu ilişki, gerilim tipi baş ağrısı ile depresyona bağlı ortaya çıkan baş ağrısının ayırt edilmesinin zorluğundan kaynaklanabilir (69).

2.2.1.2.3. Ağrıyı Tetikleyen Psikolojik ve Çevresel Faktörler:

Menstrüasyon, beslenme ve alkol baş ağrısını tetikleyen durumlardır. Menstruasyon ile auralı ve aurasız migrenin ile ilişkisi zaten bilinmekteydi. Son yıllarda yapılan çalışmalarda, menstruasyon ile GTBA arasında da bir ilişki olduğu ve baş ağrısına sebep olduğu gösterilmeye başlanmıştır. Sık alkol ve kafein tüketimi sonrası yoksunluk durumunda migren ve GTBA'ya bağlı baş ağrıları ortaya çıkmaktadır (70). Migrende olduğu gibi GTBA'da da uykusuzluk, tetikleyici bir faktördür. GTBA hastalarında baş ağrısının olduğu dönemlerde görülen uyku problemleri, ağrının olmadığı dönemlere ve migren olgularına göre daha sık görülmüştür (71).

2.2.1.2.4. Tanı:

Hasta GTBA için tanı kriterlerine uyuyor ve nörolojik muayenesi normal ise genellikle daha ileri tanı testlerine gerek yoktur. Baş çevresindeki kasların palpasyonu ile saptanan perikranial kas hassasiyeti, en yaygın bulgudur ancak hassasiyet olmaması tanıyı dışlamaz (61). Olası bir sekonder baş ağrısı için papil ödemine yönelik dikkatli bir fundoskopik muayene de önemlidir.

2.2.1.3. KÜME TİPİ BAŞ AĞRISI

Küme tipi baş ağrısı, nadir görülen bir primer baş ağrısı tipidir. Kısa süreli, tek taraflı, göz ve çevresini de etkileyen, çok şiddetli, otonomik disfonksiyon bulguları gösteren ataklar genellikle 15-180 dakika sürer. Baş ağrısına, aynı tarafta konjunktivada kızarıklık, göz yaşarması, göz kapağında ödem, nazal konjesyon, alın ve yüzde terleme, miyozis, pitozis gibi otonomik semptomlar eşlik edebilir. Bu otonomik belirtiler yoksa bile, ataklar sırasında huzursuzluk ve ajitasyon olması ile tanı konulabilir (61).

Küme tipi baş ağrısı, bir birinci basamak hekimin görebileceği en ağrılı durumardan biridir (72).

Hastalar, tanı konulana kadar, yıllarca kulak burun boğaz, göz hastalıkları ve yüz-çene ile ilgili bölümlerde kendilerini bulabilirler (72).

Küme tipi baş ağrısının prevalansı yaklaşık % 0.1'dir. Ağrı, trigeminal sinir dağılım alanında görülür ve günün belli saatleri ile yılın belli zamanlarında görülür. Migrende görülen kadın baskınlığının aksine erkek:kadın oranı, küme tipi baş ağrısında 5:1'dir (73).

Hastalığın en çok görüldüğü yaşlar üçüncü ve dördüncü deketlar olsa da çoğu hasta için hayat boyu sürer. Alkol, nitrogliserin, egzersiz, artmış çevre sıcaklığı tetikleyici faktörler arasında yer alır. Fakat alerjik durumlar, besin hassasiyeti, reproduktif hormonal değişiklikler ve stresin rolü bulunmamıştır (61).

Küme tipi baş ağrısının üç önemli özelliği vardır. Birincisi, arı her zaman tek taraflıdır. İkincisi, migrene oranla daha kısa sürelidir; 15 dakika ile 3 saat arasında sürer. Üçüncüsü, atak sırasında baş ağrısıyla aynı tarafta gözde kızarıklık, yaşarma, miyozis, pitozis, rinore, alın ve yüzde terleme gibi otonomik kranial bulgulardan en az bir tanesi görülür (61).

Ortalama bir küme periodu 6-12 hafta sürer ve yılın aynı aylarında görülür. Hastalar, atak periodu uzunluklarına göre sınıflandırılır. Hastaların %80-90'ında görülen epizodik küme tipi baş ağrısında, bir haftadan uzun süren ataklar ve dört haftadan uzun süren remisyonlar görülür. Geriye kalan hastalar da kronik küme tipi baş ağrısına sahiptir. Bu grupta ya hiç remisyon görülmez ya da bir yıl içinde bir aydan daha az süren remisyonlar olur (72).

2.2.1.3.1. Patofizyoloji

Kesin patogenezi anlaşılamamış olmakla birlikte, posterior hipotalamus ile arkasındaki trigeminovasküler ve kranial otonomik aktivasyonun altta yatan anormallik olduğu düşünülüyor (74).

2.2.1.4. PAROKSİSMAL HEMİKRANİA

Paroksismal hemikrania, nispeten yeni tanımlanmış bir primer baş ağrısıdır. Ağrıya eşlik eden ipsilateral otonomik bulgular nedeniyle trigemino-otonomik sefaljiler grubuna dahil edilmiştir. Görülme sıklığının 1/50.000 veya daha da nadir olduğu tahmin edilmektedir (75). İlk tanımlandığı yıllarda, sadece kronik formundan söz edilirken, son yıllarda paroksismal hemikrania'nın, episodik formda da olabileceği anlaşılmıştır (76).

Paroksismal hemikrania genellikle üçüncü ve dördüncü dekatlarda ortaya çıkar. Son yapılan çalışmalarda, kadın ve erkek prevalanslarının eşit olduğu görülmüştür. Ağrı şiddetlidir ve kesinlikle tek taraflı görülür. Ağrı ile aynı tarafta otonomik bulgular ortaya çıkar. Küme tipi baş ağrısına göre daha kısa süreli ve daha sık ataklar görülmesine rağmen klinik özellikleri çok benzer. Paroksismal hemikraneanın en

belirgin özelliği, ağrının indometazinle kesinlikle kesilmesidir. Refrakter vakalar için büyük oksipital sinir blokajı, sfenopalatin ganglion blokajı, posterior hipotalamus nörostimulasyonu gibi nöromodülatör prosedürler düşünülebilir (77).

2.2.2. BAŞAĞRILI HASTAYA TANISAL YAKLAŞIM

Baş ağrısı şikayeti ile başvuran bir hastanın değerlendirilmesi aşamasında ilk yapılması gereken, sekonder baş ağrısının ekarte edilmesidir. Bunu yapabilmek için de öykü alma, genel fizik muayene ve nörolojik muayenelerin detaylı bir şekilde yapılmalıdır. Eğer sekonder baş ağrısını düşündürecek bulgular mevcut ise, tanıya yönelik bazı ileri tetkikler gerekebilir. Bu aşamadan sonra, hastanın ilgili branşlara sevk edilmesi gerekebilir. Sekonder baş ağrısı olasılığı dışlandıktan sonra da yapılması gereken, primer baş ağrısının tanısının doğru konmasıdır. Bazen aynı hastada birden fazla baş ağrısı olabilir ve bu durumda her biri ayrı ayrı tanı alır. Türkiye’de yapılan prevalans çalışmalarında migren sıklığı % 16.4, gerilim tipi baş ağrısı sıklığı % 31.7 olarak bulunmuştur. Doğal olarak sıklığı bu kadar yüksek olan hastalıklara başka hastalıkların da eşlik etme ihtimali yüksek olur. Bu nedenle, baş ağrısı şikayeti ile başvuran bir hastada, daha önce almış olduğu bir primer baş ağrısı olsa dahi, detaylı bir şekilde alınan öykü ve yapılan fizik muayenenin ardından, daha önceki tanısı ve ağrılarıyla uyumlu olup olmamasına dikkat etmek gerekir (78).

2.2.2.1. Baş Ağrısı Hastasında Öykü Alma

Baş ağrısı hastası, bulunduğu ortamın olumlu veya olumsuz faktörlerine karşı hassas olur. Öykü alınırken, diğer klinik problemlerde de olduğu gibi uygun fiziksel koşullarda, sistematik bir yaklaşım içinde görüşme yapılması gerekir.

Hasta ile görüşmenin yapılacağı ortam, yeterli büyüklükte, uygun aydınlanmada, sessiz, hasta ile hekimin karşılıklı oturacağı pozisyonlarda yapılması gereklidir. Ortam,

hastanın rahat edeceği ve mahremiyet sınırlarının korunacağı şekilde bir düzene sahip olursa, hastadan bilgi almak daha kolay olacaktır. Görüşme sırasında arada masa, masanın üzerinde yer alan bilgisayar kasası, yığılmış dosyalar, dolap olması, sıkışık zaman hastadan öykü almayı zorlaştırır ve bazı önemli ip uçları atlanabilir. Hekimin tarafından hastanın sözünün sık kesilmesi, tıbbi ve teknik terimler kullanması, hastanın söylenenleri anlayıp anlamadığının kontrol edilmemesi, gereken yerlerde uygun açıklamalarla hastanın rahatlatılmaması, hekim-hasta arasında inanç ve kültür farklılıkları, psikososyal problemler de iletişimi bozan faktörlerdendir (7,79).

Hekim, hastayı sıcak bir şekilde karşılamalı ve zaman kısıtlılığını düşündürecek şekilde davranmamalıdır. Hasta ile görüşme sırasında, hekim, bir yandan taraftan asıl sorununu öğrenmeye çalışırken, bir taraftan da hastanın sorununa bakış açısını, kendisi ve ailesi üzerindeki fiziksel, duygusal ve sosyal açıdan etkilerini anlamaya çalışmalıdır. Danışman konumunda da olan hekim, hastanın endişelerini, öğrenmek istediklerini, anlatılanları anlayıp anlamadığını ve öğrendiklerine tepkisini değerlendirmelidir (7,79).

2.2.2.1.1. Görüşmeye Başlama:

Görüşmeyi başlatırken diğer klinik problemlerde olduğu gibi önce hastayı selamlamak, kendini tanıtmak ve ilgili davranmak, görüşmenin daha verimli geçmesi açısından önemlidir. Hastanın sözünü kesmeden, dikkatle dinleme, hastanın görüşmeden elde etmek istediklerini belirleme ve görüşmenin gündemi belirleme, görüşmenin başlangıç bölümünü oluşturur. Hastaya açık uçlu sorular sorularak, hastanın sorununu tam olarak ortaya koyması sağlanmalıdır. Hastaya odaklanma ve ilk ilişkinin iyi kurulması, görüşmenin devamında verim alınabilmesi açısından önem taşır. Bilgi toplama kısmından sonra kısa bir şekilde özet yapmak, sorunların anlaşıldığının gösterilmesi ve tıbbi bir zemine oturtulması için faydalı olacaktır (7,79).

2.2.2.1.2. Bilgi toplama:

Sorunların belirlenmesi ve hastanın bu sorunlara bakış açısının anlaşılması, bu bölümün esasıdır. Hasta, sorunu kendi ifadeleriyle anlatması için cesaretlendirilir. Açık uçlu sorularla başlayıp kapalıya doğru sorular sormak, cevap için yeterli zaman vermek,

anlaşılır bir dil kullanmak, tıbbi terimlerden uzak durmak, görüşmenin olumlu geçmesini sağlar. Hastada, baş ağrısı gibi sadece hastalığın kendisi değil, hastalığın sebep olduğu fiziksel, ruhsal ve sosyal etkilerini de anlamaya çalışmak gerekir. Bilgi toplama kısmından sonra, hastaya kısa bir özet yapılarak, hastaya sorunlarının anlaşıldığını belirtmek gerekir. (7,79,80).

2.2.2.1.3. İlişki kurmak:

Bu aşamada, beden dili, ses tonu ve davranış şekli önem taşır. Hekim, hastayı dinleyip anladığını, sözel ve sözel olmayan yöntemlerle belirtmelidir. Hastanın bakış açısının kabul edilmesi, fikirlerinin ön yargıyla karşılanmaması, ilişkiyi güçlendirir (79).

2.2.2.1.4. Açıklama ve planlama:

Bu bölümde hastanın konu hakkındaki bilgileri ve öğrenmek istedikleri anlaşılmalı, hastaya gerekli bilgi, doğru zamanda ve açıklayıcı bir dille verilmelidir. Hastanın beklenti, endişe ve düşüncelerinin anlaşılması, hastayı rahatlatır. Hastaya gerekli öneriler yapıldıktan sonra, ortak bir plan yapılır ve hastanın bu planı anlayıp anlamadığı, hastaya tekrar ettirilerek kontrol edilmelidir. Yine bütün görüşme boyunca olduğu gibi bu aşamada da sadece ve anlaşılır bir dil kullanılmalı, tıbbi terim kullanılmamalı ve sonunda özetleme ve tekrarlamalar yapılmalıdır.

İyi alınmış sistematik anamnez hem hastanın değerlendirilmesini kolaylaştırır hem de gereksiz tetkik ve tedaviden hastayı uzaklaştırır. (81).

Anamnez alırken baş ağrısı ile ilgili şu noktaları mutlaka göz önüne almak gerekir:

- Hastanın yaşı
- Aura veya prodrom dönem varlığı
- Atakların sıklığı, şiddeti ve süresi
- Bir ayın kaç günü ağrının yaşandığı
- Başlangıç zamanı ve şiddeti
- Ağrının tarafı ve yaygınlığı
- İlgili semptomlar ve anormallikler
- Ailede migren öyküsü

- Ağrıyı arttıran ve azaltan faktörler
- Aktivitenin ağrıya etkisi
- Yemeklerle/Alkolle ilişkisi
- Daha önceki tedavilere cevabı
- Görmede değişiklikler
- Travma öyküsü
- Uykuda, diyetle, kiloda değişiklik olup olmadığı
- Genel sağlık durumu
- İş ve hayat düzeninde değişiklik olup olmadığı
- Bayanlar için doğum kontrol yönteminde değişiklik olup olmadığı
- Menstrüel siklusların baş ağrısına etkisi

(82).

2.2.2.2. İlk kez baş ağrısı ile başvuran veya baş ağrısı paterninde değişiklik olan hastaya yaklaşım:

Hastanın öykü veya nörolojik muayenesinde, sekonder patolojiler için şüphe uyandıracak bulgular yoksa, tanı güçlü bir olasılıkla primer baş ağrısı olduğu için görüntüleme yöntemleri gibi yardımcı tanı yöntemleri çoğunlukla gereksiz hatta bazı durumlarda sakıncalı bile olabilir. Örneğin insidental olarak bulunan araknoid kist veya nonspesifik beyaz cevher lezyonları, hastanın moralini ve gerçek tedavisini olumsuz yönde etkileyecektir (2).

Fizik muayenenin de doğru tanı için bu kadar önemli olması, muayene kapsamını ve içeriğini sistematik ve en doğru şekliyle, dikkatle yapmayı gerektirir.

Hastanın yapılan fizik muayenesi şunları da içermelidir

- Nörolojik muayene,
- Genel mental durum değerlendirmesi,
- Kranial sinir muayeneleri (fundoskopi, pupiller, göz hareketleri, görme alanı, yüz kaslarında asimetri veya zayıflık),

- Ekstremitelerde tek taraflı güç kaybı, asimetrik refleks, kollarda koordinasyon bozukluğunun değerlendirilmesi,
- Boyun muayenesi,
- Postür, hareket kısıtlılığı, kaslardaki hassas noktaların palpasyonu,
- Kan basıncı,
- Nörolojik muayene bulguları varlığında, bulguya odaklanılmalı (ör disartrisi olan hastada alt seviye kranial sinir muayenesi veya refleks asimetrisi olan hastada plantar yanıtı bakmak),
- Çene ile ilgili şikayetler varsa temporomandibuler eklem bozukluğuna yönelik muayene yapılmalı (2).

2.2.2.2.1. Sekonder baş ağrısı göstergesi olabilecek durumlar:

Hasta değerlendirilirken, varsa tanı ve tedaviyi etkileyebilecek diğer tıbbi durumlar sorgulanmalıdır. Baş ağrısı ile gelen hastanın sorunu, sadece basit bir baş ağrısı olmayabilir; altta yatan bir organik patolojinin semptomu da olabilir. Ayrıntılı bir öykü ve fizik muayene sayesinde sekonder baş ağrısı düşündürebilecek bazı bulgular vardır (2).

- Açıklanamayan fokal bulgular
- Atipik baş ağrısı
- Alışılmadık presipitan faktörler
- Alışılmadık aura semptomarı
- 50 yaş sonrası başlangıç
- Boyun hareketleri ile başlama, boyun muayenesinde anormal bulgular (servikojenik baş ağrısını düşün)
- Çene semptomları; çene muayenesinde anormal bulgular (temporomandibuler eklem bozuklukları) (2).

Düşük riskli baş ağrısı kriterleri (83)

- 30 yaşından daha genç olması,
- Tipik primer baş ağrısı bulguları olması,

- Benzer baş ağrısı öyküsü,
- Anormal nörolojik bulgu olmaması,
- Baş ağrı paterninde bir değişiklik olmaması,
- Yüksek riskli komorbid durumların olmaması (HIV ile enfekte olması gibi),
- Fizik muayene ya da öyküsünde yeni bulgular olmaması.

2.2.2.2.2. Baş ağrısına eşlik edebilecek alarm bulguları:

Hastanın sekonder baş ağrısıyla değerlendirilmesi sırasında dikkat edilmesi gereken “alarm bulguları” veya “kırmızı bayrak bulguları” olarak adlandırılan önemli bulgular tablo 4’te verilmiştir.

Tablo 8: Sekonder baş ağrılarında alarm bulguları

Acil sevk gerektiren bulgular:
➤ Şimşek çakması şeklinde başlayan ağrı ➤ Ateş ve meningeal iritasyon bulguları ➤ Papil ödem, fokal bulgular veya bilinç düzeyinde azalma ➤ Akut glokom
Birkaç saat veya gün içerisinde sevk gerektiren bulgular:
➤ Temporal arterit ➤ Papil ödem (fokal nörolojik bulgu veya bilinç bozukluklarının eşlik etmediği) ➤ Uyumlu sistemik hastalık belirtilerinin olması ➤ Yaşlı hastalarda bilinç düzeyinde değişikliklerin eşlik ettiği yeni başlayan baş ağrısı
(2)

2.2.2.3. Baş ağrısı ve hastaya ait özellikler:

2.2.2.3.1. Hastanın Özellikleri:

Baş ağrısının başlama yaşı, tanı için önemli bir özelliktir. Çocuklarda ve genç erişkinlerde genellikle primer baş ağrıları görülürken, 50 yaşından sonra başlayan ağrıların altında yer kaplayıcı lezyonlar veya temporal arterit gibi ciddi sorunlar düşündürmektedir. 50 yaşın üzerinde migren başlangıcı % 2 oranında görülür. 30-50 yaşlarda küme tipi baş ağrısı, genellikle 20-40 yaşlarda gerilim tipi baş ağrısı, 60 yaş sonrasında ise hipnik baş ağrısı sendromu görülür. Sık karşılaşılan bir baş ağrısı türü de analjezik aşırı kullanım baş ağrısı olup gençlerde de görülebilse de genellikle 40 yaşından sonra görülür. Yaşlı hastalarda dikkat edilmesi gereken diğer bir önemli husus da komorbidite ihtimalinin fazla olmasıdır (84).

Hastaların cinsiyeti de önemlidir. Migren kadınlarda 3 kat daha fazla görülürken, küme tipi baş ağrılarında ise erkek egemenliği söz konusudur. Gerilim tipi baş ağrısında ise cinsiyetler arasında bir farklılık yoktur (84).

Gebelikte migren ağrıları sıklıkla kaybolur, ancak gebelikte ortaya çıkan ağrılar, altta yatan venöz tromboz gibi bir patolojinin varlığını düşündürür (84).

2.2.2.3. 2. Baş ağrısının niteliği:

Baş ağrısının karakter ve şiddeti hastalar tarafından zonklayıcı, sıkıştırıcı, basınç hissi, şimşek çakması gibi, patlayıcı şeklinde farklı ifadelerle tarif edilebilir. Ancak baş ağrısının karakteri, tanıya ulaşma sürecinde her ne kadar çok önemli bir durum olsa da hastalar tarafından her zaman kolayca tanımlanamayabilir. Bazen “zonklayıcı” olarak tanımlanan nitelikteki ağrı, migren için tipik olmakla birlikte, sekonder baş ağrılarında da görülebilir. Zonklayıcı ağrı, sabit olmayan ve belli aralıklarla artıp azalan bir durumu anlatır. Ağrının arttığı anlarda genellikle nabız ile paralel (pulsatil ağrı) olur (33,51).

Daha çok migrende görülen pulsatil ağrılar, hareketle artar ve genelde hastanın günlük hayatını aksatacak kadar şiddetlidir. Hasta karanlık ve sessiz bir ortam ihtiyacı duyar. Migrenin, daha küçük yaşlarda erişkinlerdekinden farklı karakterde olduğu da unutulmamalıdır. Çocukluk dönemlerinde, sıklıkla iki yanlı ve frontal yerleşimli ve yarım-bir saat gibi kısa süreli ataklar migren için tipiktir. Ağrının zonklayıcı ağrı olarak tanımlanması kadar, “zonklayıcı olmayan ağrı” şeklinde ifade edilmesi de önemlidir. Bu tanım, sabit, artma ve azalma dönemi olmayan ağrılar için kullanılır. Zonklayıcı ve basınç hissi oluşturan daha çok migren için tipikken, sıkıştırıcı ağrılar, en sık gerilim

tipi baş ağrısında ifade edilir. Gerilim tipi baş ağrısında hastalar, ağrılarını, başlarının “iki yandan mengene ile sıkıştırılmış gibi” veya “dar bir şapkanın sebep olduğu baş ağrısı” gibi ifadelerle tarif etmektedir. Kronik gerilim tipi baş ağrısı kalıcı donuk ve doluluk hissi veren bir ağrıdır (61). Küme tipi baş ağrısı ise derinden hissedilen rahatsız edici ağrılar olur. Hastalar yatamaz ve sürekli gezinmek zorunda hissederler. Ağrılarını yanıcı, oyucu veya ezici gibi deyimlerle ifade ederler. Otonomik sefaljiler için çok önemli ve ayırt edici bir özellik, her zaman çok şiddetli olmalarıdır. İdiyopatik saplanıcı baş ağrılarında başın farklı bölgelerinde iğne veya bıçak batar gibi tanımlanan ağrılar olurken, trigeminal nevraljide ağrı, genelde saplanıcı ya da elektrik çarpması şeklinde tarif edilen ve şok etkisi yaratan ağrılar olarak nitelendirirler. Bütün bu ağrı çeşitleri, sekonder nedenlerden kaynaklanan baş ağrılarında da görülebilir. Ağrının şiddeti ve doğası, genelde organik ağrılarda değişken ve ilerleyicidir (36,61).

2.2.2.3.4. Baş ağrısının yerleşimi:

Baş ağrısının hissedildiği lokalizasyon tanı için yol gösterici bir ipucu olabilir. Migren ağrıları daha çok başın sağ veya sol yarısından başlayıp her atakta farklı bir taraf etkilenebilir. Ancak % 20’den fazla hastada her atakta aynı taraf etkilenir. Ağrı genellikle fronto-temporal ya da fronto-orbital yerleşimli olur. Diffüz tipte olan baş ağrısı, tüm başı kaplayabildiği gibi, daha fazla vertekste de hissedilebilir. Pek çok hasta da ağrıyı lokalize edemeyebilir. Gerilim tipi baş ağrısında bi tarafta daha baskın ağrı hissedilebilmesine rağmen genellikle bilateral, diffüz bir ağrı olup tek taraflı yerleşim de görülebilir. Küme tipi baş ağrısı, hemikrania kontunia, SUNCT (Short Lasting Unilateral Neuralgiform Headache / Kısa Süreli tek Taraflı Nevralji Benzeri Baş Ağrısı) hastalarında ağrı yerleşimi kesinlikle tek taraflıdır. Küme tipi baş ağrısı hastalarının % 10-15’i ağrının ataktan atağa taraf değiştirdiğini ifade eder. Her zaman yüzde ve aynı tarafta hissedilmesi nevraljik ağrılar ve sinüs ağrılarını düşündürmelidir. Eğer bu ağrılar gözü ve başın alın veya şakak gibi bir kısmını da içeriyorsa otonomik belirtilerin olup olmadığına da dikkat edilmelidir. Bu durumda otonomik sefaljiler düşünülmelidir. Sekonder nedenlere bağlı intrakranial hipertansiyon oldularında ağrı yerleşii çoğunlukla frontal yerleşim gösterir. İleri yaş ve geç başlangıçlı temporal arter lokalizasyonundaki ağrılarda temporal arterit düşünülmelidir. Boyundan başlayan ya da boyna yayılım

gösteren ağrılarda servikal nedenler düşünülmelidir. Ancak migren ataklarında da çoğu kez servikal spazmların olabildiğini göz ardı edilmemelidir (34,51,52).

Supratentorial tümörler, bu bölgenin inervasyonu trigeminal sinirden kaynaklandığı için genellikle frontal baş ağrılarına sebep olurken, infratentorial tümörlerde, bölgenin inervasyonunu sağlayan üst servikal sinirler, glossofaringeus ve vagus sinirlerinden dolayı oksipital bölgede ağrıya sebep olabilir. Ancak infratentorial bölgedeki sinir komplekslerinin dağılımı nedeniyle ağrı daha farklı paternler gösterebilir. Baş ağrısı göz çevresi ile sınırlı ise göz hastalıkları veya oftalmik zosterin döküntü öncesi dönemi düşünülmelidir (51,52).

2.2.2.3.5. Baş ağrısının sıklığı ve süresi:

Organik patolojilere bağlı ortaya çıkan baş ağrıları genelde özel bir patern göstermeyip progresif bir seyir gösterir. Primer baş ağrılarında ise ağırlıklığı tanı açısından kritik bir öneme sahiptir. Migren, epizodik gerilim baş ağrısı, küme baş ağrısı, epizodik paroksizmal hemikranya, SUNCT sendromu ve trigeminal nevralji için ataklarla başvurması tipiktir. İlaç aşırı kullanımı baş ağrısı, kronik gerilim baş ağrısı, kronik migren, kronik paroksizmal hemikrania, hemikrania kontunia ve intrakranial hipertansiyon ise epizodik olmayan baş ağrılarına neden olur. Hasta epizodik bir baş ağrısı tanımıyorsa, atakların süresi kritik bir önem taşır. Migren atakları belirli bir düzende olup genellikle ayda 2-8 kez görülür (52). Bir gün içinde birden fazla atak beklenmez. İlaç aşırı kullanımı yoksa, günlük veya gün aşırı migren atağı (kronik migren) oldukça nadir bir durumdur. Ataklar, eğer ilaç kullanılmıyorsa en az 4, en çok 72 saat sürer. 72 saatten fazla süren ataklar için ‘migren statusu’ terimi kullanılır (51). Epizodik gerilim tipi baş ağrısında, migrendeki gibi belirli bir atak sıklığı gözlenmez. Ağrı süresi çok değişken olup, dakikalarca sürebildiği gibi günler ve haftalarca sürebilir, gün içinde birkaç kez tekrarlayabilir. Otonomik sefaljilerde süre tanı için daha anlamlıdır. Bunlardan en uzun süren ve en nadir görüleni küme tipi baş ağrısı olup, ataklar yılın belli dönemlerinde olup ortalama 15-180 dakika sürer ve genellikle 3 saati geçmez (61). İlk başlangıcı ve sonlanış günleri haricinde atak sıklığı gün iki günde birden, günde sekiz атаға kadar değişebilir. Paroksizmal hemikrania ise küme tipi baş ağrısına göre daha kısa süreli (2-30 dakika) ve daha sık (gün içinde 10’dan fazla) ataklar gösterir. Otonomik sefaljiler arasında en kısa süreli atakları olan SUNCT

(konjunktival kızarıklık ve yaşarmalı ani başlangıçlı, kısa süreli tek yanlı nevrojiform başağrısı atakları) olup 5 saniye- 4 dakika arası sürer ancak gün içinde yüzlerce kez tekrarlayabilir. Nevrojik ağrılar bundan da daha kısa sürelidir. Trigeminal nevrojide ataklar saniyeler sürer ve bu ataklar ard arda gelişerek birbirine eklenir. Şiddetli ağrılarının olduğu süre 1-2 dakikadır ve kısa bir süre sonra yeni bir ağrı dönemi başlar. Hemikrania kontuniada ise aylarca süren ve hiç kesilmeyerek arada şiddetlenmeler gösteren baş ağrıları görülür (52).

2.2.2.3.6. Baş ağrısının gün içinde başlangıç zamanı ve şekli:

Ağrı başlangıcı hastalarda farklılıklar gösterebilir. Migren atakları çoğunda sabah uyandıktan birkaç saat sonra ya da işe gittikten sonra yavaş yavaş ortaya çıkar. Gün sonunda, yorgunluğun ardından yavaş yavaş artarak başlayan ağrılar gerilim tipi baş ağrıları için tipikken migrende de görülebilir. Migren ve gerilim tipi baş ağrılarında ani başlangıç pek beklenmez. Küme tipi baş ağrılarında, ataklar aniden başlayıp hastayı gece belirli saatlerde uykusundan uyandırabilir (72).

Hipnik baş ağrılarında hastayı ayda 15'ten fazla defa aynı saatlerde uykudan uyandıran ve 15 dakikadan uzun süren ağrı atakları vardır (85). Akut sinüzite bağlı baş ağrıları sabah ortaya çıkar, günün ilerleyen saatlerinde artar. Genellikle kilolu kişilerde uyku apnesine bağlı sabahları baş ağrısı olabilir. İntrakranial basınç artışına bağlı gelişen baş ağrılarında, sabah uyandığında, hasta en şiddetli ağrıları hisseder (52).

2.2.2.3.7. Baş ağrısının şiddeti:

Hastalar ağrılarının şiddetini ifade ederken her zaman objektif davranamayabilirler. Özellikle de hekimin dikkatini çekmek ve daha çok önemsenmek için ağrı düzeyi biraz abartılı ifade edilebilir. Hekimin hastaya, şikayetinin önemsendiğini ve dikkatle dinlendiğini hissettirmesi, alınacak öyküde hastanın şikayeti abartısız bir şekilde, olduğu gibi tanımlayabilmesi açısından önemlidir. Migren baş ağrıları sıklıkla orta şiddetin üzerinde iken çok şiddetli bazı ataklar da görülebilir. Gerilim tipi baş ağrılarında ise, ağrı şiddeti genellikle orta şiddetin altında görülüp bazen şiddetli de olabilir. Ancak hiçbir zaman çok şiddetli düzeye ulaşmaz. Küme tipi baş ağrılarında hiçbir atak hafif şiddette olmaz; her zaman ya şiddetli ya da çok şiddetlidir (61).

2.2.2.3.8. Başağrısının başlangıcı:

Ağrı başlangıcı da tanı için ipuçları sağlar. Kafa travmalarını takiben ortaya çıkan baş ağrıları ‘post-kontüzyon’ baş ağrısı bozukluklarını ya da intrakranial patolojileri düşündürmelidir. Fakat kafa travmalarının hem migren hem de küme tipi baş ağrıları tetikleyebildiği de akılda tutulmalıdır (86). Peripartum dönemde ortaya çıkan baş ağrıları, kortikal ven veya dural sinüs trombozunu düşündürmelidir. Ateş sırasında ortaya çıkan baş ağrıları infektif bir nedeni düşündürür. Ağrılık kaldırma ve spor sonrası gibi efor gerektiren aktivitelerden sonra ortaya çıkan baş ağrıları subaraknoid kanama veya benign efor baş ağrısı ortaya çıkabilir. Baş ağrısının zaman içindeki progresyonu da yol göstericidir. Migren hastaları belirli bir zamandır (bir yıl veya daha uzun süre) bu tip baş ağrıları hissediyor ve ataklar arası dönemlerde normaldirler. Kronik baş ağrısı olan hastalarda da yine belirli bir süredir ağrının devam ediyor olması (3 ay veya daha uzun süre) ve ağrı şiddetinde şüphe uyandıracak bir progresyon veya başka nörolojik bulguların olmaması beklenir. Epizodik migren atakları olan hastaların, aşırı sıklıkta ağrı kesici kullanımının (analjezik, antiromatizmal, ergotamin, triptan, narkotik ilaçlar gibi) ardından atak sıklığında artış, ağrı karakterinde değişiklik ve baş ağrılarının devamlı bir hale gelmesi sık görülen bir durum olup “ ilaç aşırı kullanım baş ağrısı” olarak adlandırılan bir sekonder baş ağrısıdır (86).

2.2.2.3.9. Baş ağrısını tetikleyen faktörler:

Baş ağrısını tetikleyen faktörler tanıda yardımcı olmasının yanında, tedavi aşamasında da ağrının önlenmesi için de koruyucu hekimlik açısından önemlidir. Migren atakları aşırı uyku ve uykusuzluk, yorgunluk, stres, açlık, belirli bazı yiyecekler (özellikle çikolata, peynir, şarap başta olmak üzere alkol alımı, turunçgiller, monosodyum glutamat, nitrat ve aspartat gibi katkı maddeleri), hava durumu, yükseklik ve basınç değişiklikleri, menstruasyon, bazı fiziksel uyaranlar (ışık, gürültü, parfüm), bazı ilaçların kullanımı (sildenafil, dipiridamol, nitrogliserin) ile başlayabilir. Migren gibi gerilim tipi baş ağrıları için de stres, açlık, uyku sorunları (yetersiz ya da aşırı uyku ögle uykusu) tetikleyici faktörlerdir. Fakat koku (parfüm), ışık, rüzgar, sigara dumanı, kırmızı şarap gibi tetikleyiciler migrene özgü olup gerilim tipi baş ağrısına neden olmaz. Küme tipi baş ağrıları, atak dönemi alkol alımını takiben ortaya çıkabilir. Fiziksel egzersizler organik baş ağrıları başlatabilir ancak primer baş ağrılarında da olabilir.

Öksürmek, ıkınmak gibi intrakranial basınç artışı yapan durumlarda ya da zorlayıcı hareketler ve cinsel ilişki sonrası gelişen akut ve yinelemeyen baş ağrılarında ilk olarak parankimal veya subaraknoidal kanamalar düşünülmelidir. Nörolojik ve fizik muayene normal ama tekrarlayan bir baş ağrısı durumu varsa öksürük baş ağrısı, efor baş ağrısı, orgazm baş ağrısı, gök gürültüsü baş ağrısı gibi idiopatik durumlar düşünülmelidir. Bu tür nadir görülen baş ağrıları başka faktörlere bağlı ortaya çıkmayıp sadece tanımlandığı özel durumlarda görülür ve tekrarlar. Paroksizmal hemikraniada, ağrının olduğu tarafa başın döndürülmesi veya oksipital sinir üzerine bası uygulanmasını takiben ağrı başlayabilir. Günlük fiziksel aktiviteler, migrene bağlı ağrıları arttırabilirken gerilim tipi baş ağrısındaki ağrıyı etkilemez. Trigeminal nevralji, tetik noktaya dokunmakla başlayabilir ve atakları konuşma, yemek yeme, diş fırçalama, yüz yıkama, soğuğa maruziyet, makyaj yapma ve traş gibi aktiviteler başlatabilir (38,57,86).

2.2.2.3.10. Baş ağrısını geçiren faktörler:

Bazı baş ağrılarını tetikleyen faktörler olduğu gibi, iyileştiren durumlar da olabilir. Migren atakları, ilaç alımı, uyku, karanlık ortam, sessizlik, başa soğuk uygulama, yemek yeme ve dinlenme ile azalabilir veya geçebilir. Gebelik ve menopoz dönemlerinde de migren açısından rahatlama olur. Gerilim tipi baş ağrısı da dinlenme ve masajla yatışabilir (87).Küme tipi baş ağrısı ise dinlenme ve masaj gibi rahatlatıcı faktörlerden hiçbir şekilde etkilenmezken yüksek yoğunluklu oksijen solutma (15 lt/dakika) saniyeler veya dakikalar içinde ağrıyı geçirebilir (72).

2.2.2.3.11. Baş ağrısına eşlik eden belirtiler:

Baş ağrısı sırasında görülen başka belirtilerin varlığı tanı açısından çok önemlidir. Bu belirtiler, hekim tarafından sorgulanmadığı sürece hasta, önemsiz olduklarını düşünerek sadece baş ağrısına odaklanabilir. Bu yüzden baş ağrısı ile ilgili olarak hasta kendini ifade ettikten sonra diğer belirtiler için sorgulanması gerekir. Baş ağrısı esnasında başta bulantı veya bulantı ile birlikte kusma olmak üzere, tinnitus, bulanık görme, hafif göz yaşarması, göz kızarması, ışığa ve gürültüye karşı rahatsızlık migren belirtileri arasındadır (88). Gerilim tipi baş ağrısında çok az hastada hafif düzeyde abdominal huzursuzluk ta da iştahta azalma olabilir ancak bulantı olmaz (60).

Küme tipi baş ağrısında ve diğer otonomik sefaljilerde ise göz yaşarması, yüz kızarması, burun tıkanıklığı veya akıntısı gibi otonomik belirtiler ve parsiyel Horner Sendromu belirgin bir şekilde tek taraflı olarak görülür (89). Sekonder baş ağrılarında çift görme, epileptik nöbetler, tinnitus ve fokal nörolojik bulgular görülebilir. Organik baş ağrısı olan hastalarda, lezyonun lokalizasyonuna göre nörolojik bulgular görülebilir. İntrakranial kitleleri olan hastaların yarısında bulantı ve kusma ya da bulantı görülmeden kusma olabilir. Temporal arteritte kafa derisinde sınırlı bir hassasiyet, halsizlik, subfebril ateş olabilir. Çenede kladikasyo olması bu hastalarda patognomoniktir (90).

2.2.2.3.12. Hastanın özgeçmişi:

Hastanın geçirmiş olduğu bütün medikal ve cerrahi hastalıklarının, doğum ve menopoz gibi dönemlerin, kafa travmasının sorgulanması gerekir. Daha önce nöroşirujik cerrahi girişimi, lomber ponksiyon yapılmış olup olmadığı intrakranial hipotansiyon zemininde gelişen postüral baş ağrılarının değerlendirilmesi açısından önemlidir. Spesifik bazı alerjenlerin baş ağrısı sebebi olmasından dolayı alerji öyküsü alınmalıdır. Baş ağrısının ortaya çıkması ile eş zamanlı başlanmış olan tedavilerin de baş ağrısına sebep olabileceği unutulmamalıdır. Oral kontraseptifler, nitratlar, amantadin, sildenafil, dipiridamol, simetidin, rezerpin, indometazin ve bazı antibiyotikler dahil tüm tedaviler mutlaka bilinmelidir (91).

2.2.2.3.13. Aile öyküsü:

Özellikle aurali migren başta olmak üzere, migrende ailesel yatkınlık söz konusudur (34). Ailesel boyutta görülen baş ağrılarında çevresel faktörlerin de değerlendirilmesi gerekebilir.

2.2.2.3.14. Hastanın yaşamını etkileme:

Migren hastalarının günlük aktiviteleri aksar, iş gücü kaybı olur. Gerilim tipi baş ağrısında ise bilişsel işlevlerin ön planda olduğu işlerde verimlilik düşer. Küme tipi baş ağrısında ise günlük aktivitelere devam edilemez (66).

2.3. KİŞİLİK KAVRAMI VE KİŞİLİĞİ OLUŞTURAN FAKTÖRLER

2.3.1. Kişilik Tanımı

Kişilik kavramı yüzyıllar boyunca, sosyal yaşamın bir parçası olarak ilgi gördüğü halde, bilimsel gelişimi 1930'larda kişilik psikolojisinin diğer sosyal bilim dallarından ayrı bir bilimsel disiplin olarak ortaya çıkmasıyla başlamıştır (92).

Yıllar boyunca ve hala günümüzde kişiliğin tanımı yapılmaya çalışılmıştır. Kişilik, en genel kabul gören tanımıyla, bir insanın bedensel, ruhsal ve zihinsel özellikleri hakkındaki bilgisi, toplumsal açıdan da o bireyin toplum içinde belirli özelliklere ve görevlere sahip olmasıdır. Kişilik, bireyi toplum içinde farklı ve benzersiz kılan bir özelliktir (93).

Kişilik kavramını ilk olarak ele alan etimoloji bilimine göre, batı dillerindeki karşılığı **personnalite** kelimesidir. Personnalite, Latince'de **persona** yani **içinden akseden** kavramından gelmektedir. Kişilik için elliden fazla tanımı toplamış olan Allport'a göre, bu tanımların kökeni, Roma Tiyatrosu'nda oyuncuların oynadığı karaktere uygun olarak taktıkları maskeler için kullanılan, Latince'den gelen 'persona' kelimesidir. Bu maskeler, oyuncular tarafından belli bir kişiliği temsil etmek ve o kişiliğin yansıyan özelliklerini ortaya koymak amacıyla kullanılmıştır. Zaman içinde persona kelimesinin kullanım amacı değişmiş ve artık maske için değil, gerçek kişinin temsili amacıyla kullanılmaya başlanmıştır. Başka bir deyişle, kişinin görünen, dışa vuran belirgin özelliklerini tanımlamak amacıyla kullanılmaktadır (93).

Kişilik, insanı diğer kişilerden ayıran doğuştan getirdiği ve sonradan kazanılan, tutarlı olarak sergilenen özelliklerin bütünüdür. Kişilik, bireyin zihinsel, duygusal, sosyal ve fiziksel özelliklerinin süreklilik gösteren yönlerini içerir. Bu anlamıyla kişiliğin, bireyin göreceli olarak kalıcı eğilim, davranış ve ilişki kalıpları ile tepkilerini belirleyen en temel unsur olduğunu söyleyebiliriz. Bir başka tanımlamada kişiliğin; bireyin kendine özgü düşüncelerini ve sergilediği davranışlarını belirleyen sistemlerin bütünü olduğu vurgulanmıştır (94).

Kişilik, bireyin kendisinin, fizyolojik, zihinsel ve ruhsal özellikleri hakkında bilgisi; bireyin iç ve dış çevresiyle kurduğu, diğer bireylerden ayırt edici, tutarlı ve yapılaşmış bir ilişki biçimi; bireye özgü duygu, düşünce ve davranışların örgütlenip bütünleşmesi şeklinde farklı tanımlamalarla ifade edilmektedir (92). Bu bağlamda kişilik, tüm bedensel özelliklerin, içgüdülerin, dürtülerin, eğilimlerin, edinilmiş deneyimlerin bütünü olarak görülebilir.

Kişiliğin gelişim sürecini açıklamaya çalışan çok sayıda kuram geliştirilmiştir. Eysenck, hiyerarşik açıdan kişiliği ele almıştır. Bu kuramın temelinde, kişiliği oluşturan faktörler belirli bir hiyerarşi içerisinde veya sıralı şekilde oluşmuştur. Eysenck'in değerlendirmesinde dört düzey bulunur. İlk düzey, en alt düzey olup tepkilerin yalnızca çok özel olanlarını içerir. Bu düzey, genetik yolla aktarılmış olan özellikler ve belli özel uyarıları kapsayan düzeydir. İkinci düzey, kişinin alışkanlıklarından taban alır ve belirli ortam ve durumlar içinde bulunmakla kazandığı davranışları biçimlerini içine alır. Üçüncü düzey, kişilik kalıplarının oluşumunda etkili olan eğilimlerin olduğu düzey olup bu eğilimler bir önceki düzeyde kazanılmış birçok davranış arasından seçilerek elde edilir. Davranışsal şekilde de birçok özellik meydana gelebilir. Dördüncü düzey, kişinin tipinin ortaya çıktığı durumdur. Üçüncü ve hatta ikinci düzeyde kazanılan özellikler ve seçimler sonucu, dördüncü düzeyde kişinin belirgin bir tipi ortaya çıkar (93).

Karen Horney'in kişilik kuramı, psikanaliz teorisinin etkisi altında ortaya konulmuş görüşlerden oluşan bir yaklaşımdır. Fakat Horney, kişilik hakkındaki görüş ve düşüncelerini belirlerken, sosyal ilişkilerle ilgili önemli çözümlemelerden yararlanmıştı. Düşünöre göre, kişiliğin temel elemanı kaygı ve korkudur. Her birey, çeşitli kaynaklardan ileri gelen kaygı ve korkularını yenebilmek ve bunları aşabilmek için birçok faaliyette bulunmaktadır (95).

Rotter, kişiliğin oluşumunda psikolojik faktörlerin yanında, sosyal ve çevresel faktörlerin de etkili olduğunu belirlemiştir. Psikanaliz ve davranış teorilerinin yaygın olarak kabul edildiği bir dönemde Rotter, sosyal öğrenme teorisini ortaya çıkarmış ve bu teorisinde, kişilerin yaptıkları hatalardan ders alarak hata yapmamaya yöneldiğini ve bir şeyin olumlu sonuçlar getireceğini bildiğinde o işi yapmak için daha hevesli olduğunu savunur. Bunu da, kişilerin olumsuz sonuçlardan kaçınma, olumlu sonuçlara yönelme eğiliminde olmalarına bağlamıştır (93).

Jensen, kişiliğin oluşumunda kalıtsal faktörlerin önemi üzerinde durmuştur. Ailesel özelliklerin nesilden nesile aktarıldığını ifade etmiştir. İnsanlar arasındaki algısal farkları ve bir uyarana verdikleri tepki sürelerini ölçmüştür. Kişiliğin de bu farklılıklarda kendini gösterdiği sonucuna varmış ve uyaranlara hızlı tepki veren insanların daha zeki olduğunu savunmuştur (96).

Gottesman, şizofreni hastası ikizlerde araştırma yaparak, kişiliğin genetik faktörlerce oluştuğunu belirtmiştir. İkizlerin her ikisi de şizofren olmakta ya da hiç biri olmamaktadır. Tek yumurta ikizlerinde genetik yapı tamamen aynıdır. Bu yüzden, hastalığa sebep olan gende bozukluk olursa, iki kardeş de bundan etkilenmektedir (93). Eric Berne'nin teorisi, kişiliğin üç yönden meydana geldiği görüşü üzerine dayanmaktadır. Bu yönüyle Berne, Freud'un kişilik dilimleri olan id, super ego ve ego gibi kavramlardan oldukça esinlenmişe benzetmektedir. Kişiliğin oluşumuna duygusallıkla yaklaşan Berne'in teorisinin üç temel kavramı bulunmaktadır. Bunlardan birincisi kişiliğin ebeveynlik yönü olup buna göre her bireyin birer ana ve babası veya onların yerine koyduğu kişiler vardır. Birey, ana ve babasının benlik durumlarını, kendi algıladığı biçimde zihninde yeniden inşa ederek bir anlamda kendi benliğinde bir ebeveynlik biçimlendirmektedir. Bireylerin, başkalarına yol gösterme, nasihat etme, yasaklar koyma, davranışları düzenleme ve sınırlama şeklindeki tavırları, onların içinde taşıdıkları ebeveynlik yönlerinin birer dışa yansımasıdır. Her insanın tabiatında var olan bu yönün, kişiliğin oluşumundaki katkısı ve derecesi her bireyde farklı ortaya çıkmaktadır. İkinci temel kavram, kişiliğin çocukluk yönüdür. Çocukluk kavramının çağrıştırdığı temel izlenimler; bağımlı ve edilgen davranışlar, bencil ve sorumsuz tavırlar, sadece içinde bulunulan zamanı düşünmek, sınırlı davranış alternatifleriyle hareket etmek, çoğunlukla eğlenme ve oyuna düşkün olmak, sınırsız ve içgüdüsel

isteklerle dolu olmak gibi hususlardır. Kişiliğin olgunluk yönü de Berne'nin teorisinin üçüncü temel kavramıdır. Buna göre insan hayatının, çocukluk ile yaşlılık arasındaki dönemine, genel olarak yetişkinlik devresi olarak bakılmaktadır. Bağımsız ve aktif davranışlar, yüksek bir sorumluluk ve duyarlılık düzeyi, çok alternatifli bir davranış zenginliği, çalışma ve başarılı olmaya önem verme, istek ve arzuların sosyo-ekonomik şartlara göre sınırlandırılması gibi konular olgunluğun çağrıştırdığı temel davranış standartlarıdır. Bireylerin, biyolojik ve sosyolojik gelişme çizgilerinde, daha çok orta dönemde baskın bir kişilik yönü olarak ortaya çıkmaktadır (95,97).

Yirminci yüzyılın ilk yarısında psikanalitik kuramın kurucusu Freud kişilik gelişimi konusunda bir kuram geliştirmiştir. Freud'a göre çocukluk döneminin özellikle ilk beş yılı erişkin dönem kişilik işlevlerinde önemli olup, hayatın erken dönemindeki cinsel dürtüler, psikososyal çatışma gelişimini şekillendiren başlıca etkidir. Freud, cinsel dürtülerin gelişiminde biyolojik gelişim, çevresel ve sosyal yapının etkisinin de önemini vurgulamış ve psikoseksüel gelişim dönemlerini (oral, anal, fallik, latent, genital) tanımlamıştır (97). Erik H. Erikson da Freud gibi kişilik gelişimini belirli dönemler içinde ele alır. Ancak bireyin cinsel gelişimi yerine onun sosyal gelişimini temel alır. Bu nedenle onun kuramı, psikososyal kuram adını almıştır. Freud'un kişilik gelişimi tanımları, üst-benliğin ortaya çıktığı dönem olan altı yaş civarında son bulmaktadır. Freud'un kuramına göre yetişkin kişiliğinin temel özellikleri bu dönemlerde son şeklini alır. Oysa Erikson, kişilik gelişiminin kişinin yaşamı boyunca devam ettiğini belirtir (98).

Freud kişiliği parçalara ayırmıştır. Kendi kendisini analiz ederek, iç dünyasını sorgulayarak kişiliği oluşturan öğeleri belirlemiştir. Psikolojik açıdan kendini incelemesi ve psikanalizin temelini atmış olması, babasının ölümünden sonradır. Dış dünyaya yansıyan psikolojik olgunun kendi zihinsel yapısı olduğunu görmüştür. Günümüz modern psikolojinin geldiği noktada Freud önemli bir role sahiptir. Hatta psikanalizin babası ve modern psikolojinin kurucusu olarak kabul edilmektedir. Freud duyguları ön plana koyarak kişiliği incelemiştir. Kişiliği tanımlarken sevgi kavramını üst sıralara koymuştur. "Kişiliği güdüleyen şey ve bireyin en büyük eksikliği sevgidir" sözü de bu bakış açısını gösterir. Freud'a göre, kişiliği oluşturan öğeler bilinçaltı yönelim, ihtiyaçlara ulaşamama, davranışlarda hislerin etkisi ve davranışlarda tavırların

etkisidir. Bunlar da, id (ilkel benlik, alt benlik), ego (benlik) ve süper ego (üst benlik) olarak adlandırılır. İd olarak adlandırdığı ilkel zihin yapısı, insanın en temel yönelimleri ve sevgi dürtülerinin toplandığı, en temel ihtiyaç ve arzuların olduğu seviyedir. Daha genel tabiriyle, id bireyin dürtü ve bilinçsiz davranışlarının kaynağıdır. Bebeklik ve çocukluk dönemlerinde çok net görülür. Acıkan bebek yemek istediği için annesine bu isteğini ağlayarak gösterir. Bu durum, yemek isteğinin, yani en temel ihtiyacının ifade edilmesidir. Süper egoyu da, id kavramının zıttı olarak ifade etmiştir. Süper ego, kişinin toplumun bir parçası haline gelmesini sağlayacak ve toplum içinde kabul görecektir hareketlerin şekillenmesini sağlayan olgudur. Bu kavramlar için şöyle bir örnek verilebilir: Bir mağaza vitrininde bir giysi gören kişi bunu alma isteği duyar. Bu isteğin kaynağı id'dir. Ancak süper ego, keyfine göre hareket etmek yerine o giysiyi almamaya yönlendirir kişiyi. İşte bu aşamada, ego devreye girer. Freud, ego kavramının id ve süper egonun dengeleyicisi olduğunu ifade eder. İd'in arzularını süper egoya uygun hale getirecek olan egodur. Örnek üzerinden devam edilecek olursa, ego arzu edileni görür ve bir orta yol bularak, id'in isteği hemen yerine getirme yönelimi ile süper egonun hiç olmasın yönlendirmesine karşı, "param yeterli olduğunda bu harcamayı yapabilirim" der. Ego orta yolu bularak, isteklerini gerçekleştirirken toplum içinde kalmayı sağlar. Freud'a göre ego bu dengeyi sağlayamazsa, kişinin zihninde gergin bir ortam oluşur, çekişmeler ve tereddütler başlar (97,99).

Carl Gustav Jung, Freud'un öğrencisiydi. O da Adler gibi hocasının cinsellik ve sevgi dürtülerini fazla abarttığını düşünmüş ve psikanaliz yerine analitik psikolojiyi oluşturmuşlardır (99). Jung önceleri "kompleks psikoloji", sonradan da "analitik psikoloji" olarak adlandırılan ekolün kurucusudur. Jung, özellikle kolektif bilinçaltı kavramıyla sadece psikiyatri alanında değil, sosyoloji alanında da yankılar uyandıracak bir teori ortaya atmıştır. Jung'a göre, bilinçdışı ve benlik kişiliğin en önemli kısmıdır. Jung'a göre bilinçaltı, kişisel ve kolektif bilinçaltı olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Kişisel bilinçaltı, bireyin kişisel dürtü ve düşüncelerinin birikimiyle oluşurken, kolektif bilinçaltını içgüdüsel dürtüler, ilkel korkular, ırk yaşantıları ve inançlara dayalı duygu ve düşünce eğilimleri meydana getirmektedir (95). Jung, ifade ettiği ırk kavramı ile nesilden nesile genetik aktarım yoluyla ortak özellikler görüldüğünü anlatmıştır (93). İnsan doğarken belirli düşünme, hissetme, algılama ve davranış eğilimleri ile birlikte dünyaya gelmektedir. Ayrıca, Jung'a göre, bir topluma ait bütün kültürel özellikler,

örneğin dini inanç, örf ve âdetler de bu şekilde insanları etkilemektedir (95). Kişinin davranış şekli, o kişinin geçmişinde edindiği tecrübelerin etkisiyledir ancak davranış ile alakalı kararlar geleceğe yönelik verilir (93).

Adler, Jung'un fikirlerini kendi bulgularıyla tamamlar. Adler başlangıçta Freud'ün geliştirdiği psikanaliz ekolüne mensup olmakla beraber, özellikle libido teorisini reddederek, "bireysel psikoloji" akımını geliştirmiştir. Freud'ün psikoloji alanında kullandığı veriler biyolojik kökenlidir (95). Adler'e göre, kişinin kendini güçlü kılacak ve bunu çevreye gösterecek davranışları gösterme eğilimi, davranışlarının altında yatan asıl sebeptir. Kişi kendini yeterince güçlü hissetmezse, sosyal çevresinde aşağılık kompleksine girer ve bu kompleksi telafi etmek için güçlü olduğunu düşündüğü başka alanlara yönelir (97). Adler kuramına bireysel psikoloji adını vermiştir, çünkü Adler her bireyin tek, bölünmez, öz tutarlılığı olan ve kendine özgü olduğuna inanmaktadır. Bireysel psikoloji insanın sosyal davranışlarına vurgu yapmakta ve bireyin kişiler arası ilişkilerde gösterdiği tepkilere öncelik vermektedir. Freud'tan farklı olarak Adler, bireyi içgüdü, dürtü ve çocukluk yaşantılarının bir kurbanı olarak görmemektedir. Adler'e göre, insan yaratıcı bir varlık olup kendi kişiliğini kendi oluşturmaktadır. Ona göre kişilik bireyin kendine, diğer insanlara ve topluma karşı geliştirdiği tutumların bir ürünüdür (95).

Carlson ve Heth' e göre Karen Horney Freud'un etkisinde kalmakla birlikte kişiliği tanımlarken endişe ve korkuya ağırlık vermiştir. Horney kişilerin korku ve endişelerinden kurtulmaya çalıştıklarını ifade etmiştir. Bu çaba, en genel şekliyle, insanlara karşı sevgi ve yakınlık hissetmek, kendini soyutlamak ve insanlarla mücadeleyle girerek onlara güçlü olduğunu göstermektir (103).

Cloninger, kişiliğin yapısını ve gelişimini tanımlamak için, genel bir psikobiyolojik kuram geliştirmiştir. Bu kişilik kuramı, genetik olarak birbirinden bağımsız, yaşam boyunca orta düzeyde durağan, sosyokültürel etkiler karşısında değişmez oldukları ve algısal bellekte kavram öncesi yanlılıkları içerdikleri varsayılan dört mizaç boyutunu (Yenilik Arayışı, Zarardan Kaçınma, Ödül Bağımlılığı ve Sebat Etme) ve yetişkinlikte olgunlaştıkları ve kendilik kavramları hakkında içgörü öğrenmesi ile kişisel ve sosyal etkinliği etkiledikleri varsayılan üç karakter boyutunu (kendini yönetme, iş birliği yapma ve kendini aşma) içermektedir (101).

Bu tanımlamalardan sonra kişiliği şu şekilde özetleyebiliriz:

- Bir takım parçalardan oluşmayıp, bir bünnyeye sahiptir.
- Statik bir yapının aksine aktif ve süreçleri olan bir olgudur.
- Psikolojik bir kavram olmasına karşın fiziksel bedenle de bütünleşiktir.
- Bireylerin dünya ile ilişkilerini şekillendirmektedir.
- Davranış, düşünce ve duygu gibi birçok şekilde sergilenebilen
- bir olgudur (102).

2.3.2. Kişiliği Belirleyen Faktörler

Kişilik, belirli bir zaman kesiti içerisindeki davranış şekli değil; mevcut zamanı ile birlikte geçmiş ve geleceğin oluşturduğu bir bütün olarak açıklanmaktadır. Psikolojideki bazı yaklaşımlarda kişilik gelişiminin önemli ölçüde ergenlik dönemi sonunda tamamlandığı belirtilmekle beraber gelişimin hayatın ilerleyen dönemlerinde devam etmesi ve bazı değişikliklerin ortaya çıkması olasıdır. Kişiliğin yetişkinlik döneminde aynı kalması ya da değişmesi düşünülemez (102). İnsan gelişimi fiziksel, zihinsel, sosyal ve ahlak gelişimi gibi çeşitli temel boyutlardan oluşan karmaşık bir süreçtir ve her bir boyut arasında karşılıklı bir ilişki bulunmaktadır. Gelişimin bazı yönleri kalıttan bazı yönleri de çevreden etkilenirken, birçok yönü ise her ikisinden de etkilenmektedir. Kısacası kişilik gelişiminde, doğuştan gelen genlerle çevresel etmenler etkili olmaktadır (103).

Kişilik, doğumla başlamakta ve ölümle sona ermektedir insan davranışlarını bu süreçte etkileyen her faktör, bir kişilik faktörüdür. Bu açıdan ele alındığında kişilik, soyut davranış algıları ile somut davranışlar arasında bir araç gibidir. Her soyut davranış algısı, bireylerin kişilik süzgecinden geçerek fiilî davranışa dönüşmektedir. Bu bakımdan kişiliğin oluşmasına etki eden faktörlerin anlaşılması büyük önem taşımaktadır (102).

Kişiliği belirleyen bir başka etken sosyo-kültürel faktörlerdir. Kişi dünyaya geldiği andan itibaren bir parçası olduğu ailesinden, ulusu ve uygarlığına kadar uzanan toplumsal çevresinden etkilenir. Çocuğun içinde yaşadığı toplumun üyesi durumuna

gelmesine “toplumsallaşma” süreci denir. İnsan bu süreçte, bir taraftan uyum içinde yaşamak için toplumsal kuralları benimser ve diğer bireylere benzer, diğer taraftan da doğuştan gelen genetik faktörlerin etkisiyle kendisini diğer kişilerden farklı kılan kişilik özelliklerini edinir ve geliştirir. Bu açıdan her birey belirli bir kültürel oluşum içinde yaşar ve bu yapıdan yaşamı boyunca etkilenir. Bireyin hedef ve ilgileri bu kültürel ortamda şekillenir (103). Bu sayede, her birey, insana özgü kalıtımın yanı sıra, kendi soyuna ve ailesine ait bazı kalıtsal özellikleri de taşımaktadır (104).

Kişiliği belirleyen bir diğer faktör de ailedir. Normal şartlarda, insanların karşılaştığı ilk sosyal ortam ailedir. Bu açıdan, kişilerin sosyo-kültürel değerleri ilk olarak öğrenmeye başladıkları alandır. O halde, anne-baba, toplumsallaşma sürecinin ilk kaynağı ve ilk modelleridir (105).

Kişilik gelişiminde çevre, kişiliğin ilerde alacağı şekli belirleyen çok önemli bir etkidir. Davranışçı okula üye psikologlara göre insan tabiatı esnek, yumuşak olup bulunduğu çevreye göre şekil alır (106). Kişi, içinde bulunduğu sosyal sınıfın belirli kalıpları içinde eğitim hayatını sürdürecektir, o imkanlar dahilinde başarıya ulaşacak ve meslek sahibi olacaktır. Bu süreç içinde de bulunduğu konumun ve sosyal çevresinin gereği davranış şekilleri geliştirecek, kararlar alacaktır.

Kişiliği oluşturan çok sayıda faktör vardır. Görüş ayrılıkları olmasına rağmen faktörler en genel haliyle aşağıdaki gibi sıralanmıştır.

2.3.2.1. Kalıtım ve Bedensel Faktörler:

Kişilerin bedensel ve zihinsel yapıları ile kişilik yapılarının eylemsel yönü arasında önemli bir ilişki mevcuttur. Kuramcılardan bazıları, söz konusu bireyin cinsiyet, beden yapısı, yaş gibi fiziksel özelliklerinin, kişiliğiyle ilişkili olduğunu ifade eder (107). Kişiliğin, hem zihinsel ve bedensel hem de bazı psikolojik yönleri kalıtımla geçmektedir. İnsanın kişilik gelişimini etkileyen iskelet, boy, ağırlık, saç-göz ve ten rengi gibi fiziksel özellikleri ve zekâ durumu, heyecanlılık, duygusallık, karşı koyma, direnme ve dayanıklılık gibi zihinsel ve duygusal özelliklerde kalıtımın payı oldukça yüksektir (106).

2.3.2.2. Sosyo-kültürel Faktörler

Kişiliği belirleyen faktörlerden bir diğeri de sosyo-kültürel etkidir. Birey kendi ailesinden, ait olduğı toplumsal grup, millet ve uygarlığa kadar götürülebilecek bir çevrenin etkisindedir. Bireyin içinde yaşadığı grubun üyesi durumuna gelmesine "toplumsallaşma" süreci denilmektedir (104). İnsan bu toplumsallaşma sürecinde, bir yandan uyum içinde yaşama amacıyla toplumsal kuralları benimseyerek öteki bireylerle benzeşirken, diğer taraftan doğuştan getirdiğı özelliklerle diğer bireylerden ayrılmaktadır. Başka bir ifade ile birey belirli bir kültürel yapı içinde yaşamakta ve bu yapı bireyi yaşamı süresince etkilemektedir. Bireyin idealleri ve ilgileri bu kültürel ortamda şekillenmektedir (103,105). İnsan, hem kalıtımın hem de çevrenin ortak eseridir. Birey, kalıtım ve çevre koşulları arasındaki karşılıklı etkileşimle olgunlaşarak belirli bir kişilik özelliğini kazanmaktadır.

2.3.2.3. Aile Faktörü

Kişiliği belirleyen faktörlerin içerisinde aile de yer almaktadır. Aile, normal şartlar altında, insanların tanıştığı ilk ve temel sosyal gruptur. Bu açıdan, sosyo-kültürel değerlerin ilk öğrenildiğı yer de aile ortamıdır. Bu durumda, toplumsallaşmanın ilk kaynağı ve ilk modelleri olarak ana- babayı ifade etmek mümkündür (103). Kişiliğin oluşmasında, insanın içinde doğup büyüdüğü aile ve ev ortamının etkileri çok yönlüdür. Bireyler aile fertlerinin birçok kişilik özelliklerini, ahlaki ve kültürel standartlarını taklit ederek öğrenmektedir. Bunlardan başka, aile içindeki birtakım ilişkilerin çeşidi, seviyesi, yönü ve derecesi de farklı ölçülerde olmak üzere kişilik oluşumunda önemli bir rol oynamaktadır. İnsan kişiliğinin esas çevresinin oluşmaya başladığı 5-6 yaşlarının ve daha sonrasının aile ortamı içinde geçmesi, anne ile babanın kendi aralarındaki ve çocukla olan sosyal ilişkilerine ayrı bir önem kazandırmaktadır (93,95).

Anne babaların çocuk yetiştirme tutumları, onların nasıl bir kişiliğe sahip olacağını belirlemede önemli bir yere sahiptir. Pek çok araştırmacı kişinin

yaşamındaki en önemli kişilerin annesi ve babası olduğunu, anne ve baba ile iyi bir ilişkinin genç ve erişkin ruh sağlığında belirleyici rol oynadığını belirtmiştir (105,108). Görüldüğü gibi, istemli ya da istemsiz, çocuğun zihinsel gelişiminin ilk başlarından itibaren yanında olan aile, kişiliği şekillendirecek en büyük faktördür (103).

2.3.2.4. Sosyal Yapı ve Sosyal Sınıf Faktörleri

Aile gibi önemli bir unsurun yanında, kişiliğinin oluşumunda, çevresindeki kişiler, bulunduğu grup ve örgütler de önemli etkilere sahiptir. Sosyalleşme süreci olarak tanımlanan bu süreçte kazanılan tecrübeler sonucu şekillenen karakter yapısı, kişinin tüm hayatını etkileyecek durumdadır. Kişi, örgütsel davranışı şeklini öğrenmiş olur. Sosyalleşme, çalışan kişilerin davranışlarını en iyi algılama yöntemlerinden olabilir. Schein, örgütlerin sosyal sistemler olduğu gerçeğini temel alarak, yönetsel bilgi ve başarının örgüt etrafındaki güçte odaklandığını söylemiştir. Örgütlerde sosyalleşme yöntemlerinin kullanılması, koyulan hedeflere ulaşmayı sağlar. Sosyalleşme, örgüt içinde yenilerin uyum sağlamasını kolaylaştıran bir faktördür. Sosyalleşme süreci anneden başlar ve gittikçe genişleyen bir yelpazede insanlarla devam ederek kişinin değerleri, davranış kalıpları ve normları öğrenmesini sağlar. Çalışan bireylerin örgüt bazında sosyalleşme karakteristikleri beş farklı konseptte incelenebilir: “Bireyler arasında sosyalleşmenin sürekliliği, kişiler arasındaki tutum, değer ve hareket farklılıkları, yeni elemanlar ve onların yeni patronlarıyla girdikleri karşılıklı diyaloglar ve karşılıklı etkileşimler, sosyalleşmeye başlanan ilk zamandaki ciddiyet ve yeni işe giren bireyin halihazırda olan çalışma gruplarına ve onların kurallarına uyum sağlaması” (93).

2.3.2.5. Coğrafi ve Fiziki Faktörler

Kişiliğin oluşmasında, doğup büyüyen coğrafi çevrenin de etkisi bulunmaktadır. Coğrafi çevre içerisinde iklimin, tabiatın ve yaşanan bölgenin fiziki şartlarının bireylerin kişilik özellikleri üzerinde belirgin etkileri bulunmaktadır. Coğrafi ve fiziki çevrenin doğrudan etkileri yanında belki de daha fazla dolaylı etkileri mevcuttur. Çünkü

bireylerin kişilik oluşumunda etkili diğer faktörler üzerinde, özellikle de o toplumun kültürü ve antropolojik yapısı üzerinde, coğrafyanın etkileri olduğu bilinmektedir (95). Toplumların yerleştikleri coğrafi konumu, yani enlem ve arz durumu ile denizden yükseltisi, dolaylı olsa da insanların kişilik yapısında etkili olmaktadır. Ilıman iklimli ülkelerde mevsimler çok sık değiştiğinden, insanların ihtiyaçları, görevleri ve faaliyet çeşitleri de değişim göstermektedir. Mevsimlerin değişmesi, insanların birçok özelliklerinde ve davranışlarında değişikliğe neden olmaktadır. Bu durum ise insanları harekete geçirerek, bir anlamda ilerlemeyi teşvik etmektedir. Sürekli soğuk ya da sürekli sıcak olan yerlerde, mevsim değişimleri ya hiç olmadığından ya da iki mevsim bulunduğundan fazla bir hareketlilik ve dinamizm pek gözlenmemektedir. Bu nedenle, mevsimleri güçlü değişme gösteren ülkelerde yüksek kültürler doğmuştur (109). Sonuçta, coğrafi ve fiziki mekan toplum kültürü aracılığıyla kişilerin kişilik özelliklerine etkide bulunmaktadır. Fakat belirli bir coğrafyada yaşayan bireylerin davranış kalıplarındaki ve kişisel özelliklerindeki farklılıkların, o coğrafyada yaşamaktan ziyade o yörede nesiller boyunca oluşmuş ve daha sonraki gruplara yansımış davranışsal özellikler olabileceği de belirtilmektedir (95).

2.3.2.6. Diğer Faktörler

Kişiliğin oluşumunda çok önemli bir rol oynayan diğer önemli faktörler de kitle iletişim araçlarıdır. Radyo, televizyon, video, kitap, gazete ve dergi gibi belirli bir teknoloji kullanımıyla çok sayıda kişiye, bazı mesajların ulaştırılması esasına dayanan kitle iletişim araçları, günümüzde kişilerin yaygın olarak yararlandıkları birer eğitim, kültür ve eğlence vasıtasıdır (95).

2.4. ENNEAGRAM

Mizaç, karakter ve kişilik kavramları, bireyler arası farklılıkları konu alan birçok disiplin tarafından ele alınmaktadır. Birbiriyle ilişkili ancak farklı olan bu kavramlar, sıklıkla birbirinin yerine kullanılmaktadır (110).

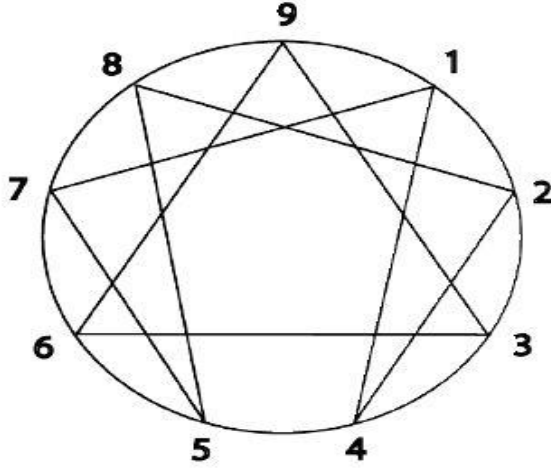
Mizaç ve kişilik özelliklerinin bilimsel yöntemlerle incelenmesi, Allport'un psikolojide ayırıcı özellik (trait) kavramını kullanmasıyla başlamıştır. Ayırıcı özellik, zaman içinde durağanlık gösteren, farklı durumlar içinde aynı tarzda davranma eğilimini ifade etmektedir (110). Günümüzde ayırıcı özellikler kategorik ya da boyutsal olmak üzere iki farklı yaklaşımla değerlendirilmektedir (94). Kategorik yaklaşım, ayırıcı özellikleri var ya da yok şeklinde değerlendirmekte ve temelde benzer özelliklere sahip bireylerin aynı grupta sınıflandırılabilceğini öne sürmektedir. Aynı zamanda kaç insan tipi olduğunu ve bireylerin hangi tipe ait olduğunu belirlemektedir. Boyutsal yaklaşım ise, bireylerin belirli bir ayırıcı özelliğe ne derece sahip olduğunu ve iki uçtan hangisine daha yakın olduğunu belirlemektedir. Mizaç ve kişiliğe boyutsal yaklaşan güncel modeller; Costa ve McCrae'nin Beş Faktör Kişilik Modeli (BFM) (1990) ve Cloninger'in yedi faktörlü Psikobiyolojik Kişilik Modeli (PKM) (1993)'dir. Kategorik modeller arasında ise Akiskal'ın beş kategoriden oluşan Afektif Mizaç Modeli (AMM) (1987;1998) öne çıkmaktadır (110,111).

Bu modellerin dışında, insanların kategorik olarak dokuz farklı kişilik tipine ayrıldığını öne süren, benliğin mekanizmalarının çözümlenmesi ve anlaşılmasında kullanılan geleneksel bir sistem olan Enneagram, tutarlı ve bütüncül bir kişilik modeli olmaya adaydır (Palmer, 1991). İki bin beşyüz yıl öncesine dayandığı düşünülen eski bir kişilik sınıflandırma yöntemi olan enneagram hakkında çeşitli varsayımlar öne sürülmüştür. Sözel aktarımla bugüne ulaştığı bilinen Enneagram, 20. yüzyılın ikinci yarısında Ichazo ve psikiyatr Naranjo'nun katkılarıyla bir kişilik tip modeline dönüşmüştür (Riso, 2003) (110,112).

2.4.1. Dokuz Kişilik Tipi

Kelime olarak enneagram, Yunanca dokuz anlamına gelen enne ve kişilik anlamına gelen gram kelimelerinin birleşiminden oluşmuştur. Bu sistem, farklı 9 kişilik türü ve aralarındaki karmaşık ilişkileri açıklar. Ayrıca bireylerin psikolojik açıdan son

derece sağlıklı, ortalama ve sağlıklı durumlarda kişilik yapısı değişimlerini tutarlı bir biçimde açıklar. Böylece birbirinden farklı mizaç özellikleri ortaya çıkarılır. Sistemdeki 9 mizaçın bir çember üzerinde sıralandığını düşünürsek, her bir mizaçın öncesinde ve sonrasında gelen mizaç o mizacın kanat mizacı görevindedir (113).



Şekil 1: Enneagram sisteminde dokuz kişilik tipinin gösterimi

1 Numaralı Kişilik Tipi: Mükemmeliyetçi- Reformcu

2 Numaralı Kişilik Tipi: Yardımsever

3 Numaralı Kişilik Tipi: Başaran- Motivatör

4 Numaralı Kişilik Tipi: Traji- Romantik (Özgün)

5 Numaralı Kişilik Tipi: Gözlemci

6 Numaralı Kişilik Tipi: Sadık-Sorgulayan

7 Numaralı Kişilik Tipi: Ehli Keyf-Rahatına Düşkün

8 Numaralı Kişilik Tipi: Reis-Lider

9 Numaralı Kişilik Tipi: Barışçı (112).

2.4.1.1. Bir Numaralı Kişilik Tipi: Mükemmeliyetçi-Reformcu Tip

Bu tipte bireyler sosyal yaşantılarında son derece prensipli ve ilke sahibi kişilerdir (112). Mükemmeliyetçi bir yapıya sahiptirler. Bu yapıları hayatlarındaki her şeyi eksiksiz olması adına daima doğru, adil ve mantık çerçevesinde yapmaya meyillidir. Son derece sorumluluk sahibi olduklarından, kendilerine verilen görevleri ne pahasına olursa olsun yerine getirmeye çalışırlar ve bu esnada yapılan en ufak bir hatada bile kendilerini eleştirirler (112,114). Ahlak konusunda çok hassastırlar. Kendilerine göre uyulması gereken kurallara herkesin uymasını beklerler. Herşeyin en doğrusunu bildiklerine inanırlar. Bu nedenle onayladıkları şeylerin herkes tarafından kabul edilmesini, onaylamadıklarının ise herkes tarafından reddedilmesini beklerler. Aksi taktirde insanlarla sorun yaşayabilirler. Taraftarı oldukları davalarda nerede duracağını bilir ve taraflarını coşkuyla savunurlar. Mantık bu tip kişiler için ön plandadır. Genel olarak herşey ya siyah ya beyaz, ya doğru ya yanlış, ya iyi ya kötüdür (112). Tahammülleri az olduğu için, gerçekçi ve objektif kararlar alma şansları azalabilir (115).

Dokuz kanadına sahip birler etraflarına karşı daha soğuk ve ciddidirler. Hata yapmamak ve eleştirilmemek için çok büyük bir çaba sarf ederler. Öfkelerini pek yansıtmazlar ki bu da onları daha sakin fakat inatçı yapar (116).

İki kanadına sahip birlerde ise, durum çok farklıdır. Bu tip insanlar son derece sıcak kanlı ve yardımseverdirler. İlişkilerinde mantık ve doğruluğun yanında duygusallık da önemlidir onlar için. Öfkelerini dışarıya gösterme konusunda da daha başarılıdırlar (116).

2.4.1.2. İki Numaralı Kişilik Tipi: Yardımsever Kişilik Tipi

Bu tip insanlar, iyimser ve yardım severdirler. Almaktan çok vericidirler. Son derece fedakar ve yardımsever olan bu kişiler, empati yetenekleri sayesinde, karşılarındaki kişinin eksiklerini ve isteklerini çok iyi anlayıp, başarılı olmaları ve kendilerini iyi hissetmeleri için gerekli olanı vermeye çalışırlar. Bu hassasiyeti karşı taraftan da bekledikleri için, karşılık alamadıkları zaman çok kırılırlar ve motivasyonları

azalır. Duygusal kişilik yapısına sahip olup mantık- duygu çatışması varsa her zaman duygunun lehine davranırlar. Yeni insanlarla tanışma ve ilişki kurma konularında asla sıkıntı çekmezler. Dikkat çekip insanların sevgisini kazanmayı çok önemserler. Karşı tarafı kırmaktan çok korktukları için asla hayır diyemezler (114,116). Bu kadar sevecen ve fedakar oldukları halde kızdıkları zaman çok kırıncı olabilirler. Ancak kızgınlıkları uzun sürmez. İnsanlar için vazgeçilmez olduklarını düşünüp yaptıkları iyilikleri abartabilirler. İnsanlardaki duygusal değişimleri çok çabuk anlayabilmeleri nedeniyle anlayışlı ve cana yakın olarak bilinirler (112).

Bir kanadına sahip ikiler duyguları konusunda çok iyi kontrol sağlarlar. Sorumluluk prensipleri de sevgi ve duygusallığın yanında çok önemlidir. Mantık – duygu çatışmasında çok fazla kararsızlıklar yaşarlar (116).

Üç kanadına sahip ikiler ise çoğunlukla dış görünüşlerine çok fazla önem verirler. Başkaları tarafından sevimiyi çok önemsedikleri gibi, bunu iyi bir dış görünüşle çok daha kolay yapabileceğine inanırlar. İlişkilerinde genel olarak baskın olan bu kişiler, duygularını gizleme konusunda biraz daha başarılılardır. Üç kanadının etkisi bu insanların karşı tarafın kendileri hakkındaki düşüncelerini çok fazla önemsemelerine neden olur (116).

2.4.1.3. Üç Numaralı Kişilik Tipi: Başaran-Motivatör

Bu mizaç tipindeki kişiler statü kazanmak, başarmak ve onaylanmak için çok çalışırlar. Amaçları, hangi alanda olurlarsa olsunlar, en iyisi olmaktır. En iyi eş, en iyi anne veya baba, iş yerinde en iyi çalışan olmak isterler (114,116).

Çoğunlukla dış görünüşüne çok fazla önem veren ve başkalarını bu şekilde etkileyebileceklerine inanan insanlardır. İyi göründüklerine inandıkları için, özgüvenleri fazlasıyla yüksektir. Bu insanlar kendilerine hayran olunmasını istedikleri için çok çaba sarfederler (112).

Karşı tarafın kendi görüntüleri konusunda düşünce ve tutumlarını çok önemsedikleri için buna çok dikkat ederler. Diğer insanlara göre daha hırslıdırlar. Yarışmayı severler ve yüksek hedeflere sahiptirler. Bu hedeflere ulaşmak için çok

uğraşmaktan çekinmez ve yılmazlar. Prestijli bir yaşam istekleri onlarda heyecan uyandırır ve bu amaç için çalışırlar. Hedeflerine kilitlenir ve bütün dikkatlerini buna verirler. Yenilgiden hiç hoşlanmazlar ve hırslı kişilikleri onların yenme isteklerini daha da körükler. Potansiyellerini verimli bir şekilde kullanamadıklarını farkettileri zaman çok rahatsız olurlar. Sosyal çevreye çok rahat uyum sağlayan gayet dışa dönük kişiliklere sahiptirler. Bir ortamda kimlerle nasıl konuşacaklarını çok iyi bilir ve buna göre davranırlar. Bulundukları ortamın en dikkat çekici ve etkileyici öğelerini çok kısa süre içinde kendilerine uygulamakta çok başarılılardır. Bu onları her zaman bulundukları ortamın en dikkat çekici ve popüler kişisi haline getirir. Olumsuz duygulardan pek etkilemezler. Genel olarak her şeye çok olumlu yaklaşan kişilerdir. Bir olumsuzluğun kendi morallerini bozmasına izin vermezler ve çevrelerindeki insanları da motive edebilirler (113,114,116).

İki kanadına sahip üçler daha dışa dönük ve sosyal insanlar olabilirler. Dikkat çekici ve popüler olmak için her şeyi yaparlar üstelik bir süre sonra gerçekten de bulundukları ortamın en popüler insanı haline dönüşürler. Biraz daha kırılgan hale gelirler. Daha kolay alınabilir ve daha hırçın davranışlar sergileyebilirler. Çünkü ikinin etkisinden dolayı pek duygularını gizleyemezler (116).

Dört kanadına sahip üçler çok daha duyarlı ve içe dönük bir kişiliğe sahip olurlar. Ama bu durgunluk başkaları tarafından onaylanma gereği duymadan özgüven sahibi olmalarını sağlar. Çoğunlukla başkalarını dış görünüşleri ile değil, entelektüel yönleriyle veya başarılarıyla etkileme isteği duyarlar. Dördünün getirdiği sanatsal yön ile popüler kültürden ziyade daha özgün şeyler daha çok ilgilerini çeker (116).

2.4.1.4. Dört Numaralı Kişilik Tipi: Traji-Romantik Tip

Bu tip insanlar, duygusal yönden son derece kuvvetli ancak fiziksel ve zihinsel yönden biraz vasat insanlardır. Buradaki vasatlık kapasite eksikliğinden değil, kendilerini geri çekmelerinden kaynaklanır. Nerdeyse her işlerinde duygularıyla hareket ederler. Duygularını kontrol edebilirlerse çok başarılı olurlar (112). Genelde çok kibar ve duygusaldırlar. Çok zengin bir hayal dünyaları vardır. Bu sayede de sanatsal yönleri çok büyüktür, tutkuludurlar. Özgünlük de onlar için çok önemli olduğundan normalin

dışında kalan şeyler ilgilerini çok çeker. Sosyal hayatlarında samimiyete de çok önem verirler, etraflarındaki insanlara çok içten davranırlar. Karşı tarafta etkileyici görünmek gibi bir çabaları olmadığı için farklı görünmeye çalışmazlar ve içlerinden geldiği gibi davranırlar. Küçük ayrıntılara çok dikkat ettikleri için, duyguları çok yoğun ve derinden hissederler. Tahammül edemedikleri şey yüzeysellik ve sıradanlıktır. Bazen sosyal ilişkilerinde fazlasıyla dışa dönük olabilseler de genelde kendi içlerine dönerek kendi başlarına duygularını yaşamayı daha çok severler. Kalabalıkta uzun süre kalmaktan hoşlanmazlar. Duygularında çok fazla iniş çıkışlar ve ani değişimler onları benzersiz ve otantik kılar ancak, çok da yıpratır. Çok kolay incinen duygusal yapılarına rağmen bunu karşı tarafa kendileri belli etmeyi istemezler, kendiliğinden farkedilsin isterler. Kendi içlerinde sürekli hissettikleri boşluk duygusunu doldurmak için daha derin duygular yaşarlar. Her yaşadıkları iyi veya kötü farketmeksizin, gizli hazineleriymiş gibi hissederler. Bu da bazen sanatsal yönden yaratıcılık sebebi olsa da çoğunlukla melankolik bir hava içinde olmalarına sebep olur (113,114,116).

Üç kanadına sahip dörtler sosyal ilişkilerinde daha dışa dönük ve aktif bir görünüme sahiptirler. Duygularını başkalarına belli etmeme konusunda çok daha başarılıdırlar. Çevreleri tarafından nasıl göründüklerini, haklarında neler düşünüldüğünü daha çok önemsedikleri için hayatlarını buna göre şekillendirirler (116).

Beş kanadına sahip dörtler ise çok daha içe dönük ve sessiz olmayı tercih ederler. İlişkilerinde çok duygusal olsalar da mantık çerçevesinin çok da dışına çıkmak istemezler. Düşünerek zamanlarının çok büyük bir kısmını geçirebilen bu tip kişiler, kendilerini anlamayacağını düşündükleri kişilere pek sıcak davranmazlar. Çok farklı ve yaratıcı kişiliklere sahip olsalar da, sosyal ortamlarda gözlem yapmayı, ilişki kurmaya tercih ederler (116).

2.4.1.5. Beş Numaralı Kişilik Tipi: Gözlemci-Araştırmacı

Bu mizactaki kişiler genelde sosyal hayatlarında biraz mesafeli ve soğuk olurlar. Sosyal ilişkiler kurmaktansa tek başlarına olup düşünmek onları daha çok mutlu eder. İnsanlarla fiziksel anlamda da temas halinde olmaktan hoşlanmazlar. Duygusal kişiler değildirler. Olaylara karşı çok gerçekçi ve mantıklı yaklaşımlarda bulunurlar. Gözlem

ve analiz yetenekleri çok gelişmiştir, biraz da meraklıdırlar. Merak ettikleri şeyi bütün ayrıntılarıyla bilmek isterler. Daima neden-sonuç ilişkisini sorgular ve etraflarında olup biten herşeyi objektif bir biçimde irdeleyebilirler. Mükemmel düzeyde karar verme becerileri olan yaratıcı entelektüellerdirler. Bir konuya odaklanırlarsa saatlerce bıkmadan, ara vermeden o konuyla ilgilenebilirler; konsantrasyonları çok iyidir. Genelde çevrelerindeki insanlardan daha fazla bilgi sahibi olsalar da, başkalarının bunları anlamayacağını düşündükleri için paylaşımda bulunmak istemezler. Kendi başlarına kalıp düşünecek ve olayları değerlendirecek zaman bulamadıkları zaman tükenmiş ve gergin hissederler. Teorik bilgi birikimleri çok iyi ancak pratik anlamda pek yetenekli olmayabilirler (113,114,116). Sosyal alanlardan çok bireysel alanlarda daha iyiler. Uzun süre kendi başlarına çalışabilirler. Özel hayatlarına müdahaleden çok rahatsız olurlar. Genel anlamda beşler, gösterişten uzak, sade, sır saklayan, güvenilir kişilerdir (112).

Dört kanadına sahip beşler daha içe dönük olup başkalarıyla daha az iletişim halinde olmak isterler. Bu kanadın etkisiyle dostluklara biraz daha fazla kıymet veren kişiler karşı tarafın hislerini anlamaya çalışmaya daha yatkın olabilirler (116).

Altı kanadına sahip beşler sorumluluk sahibi ve çalışkandırlar. Aynı zamanda çabuk kaygılanan bu kişiler genelde daha aykırı kişiliklere sahip olurlar (116).

2.4.1.6. Altı Numaralı Kişilik Tipi: Sadık-Sorgulayan Tip

Bu tip kişiler genelde işlerini çok iyi hesaplarlar. Bir durum için bütün olasılıkları hesaplayarak olabilecek en kötü sonuçlar için bile önlem arayışında olurlar. Çevreleriyle iyi bir uyum içinde olmayı seven, meraklı ve gözlemci kişiliklerdir. Şahsi yaşantılarında çok titiz ve düzenlidirler. Etraflarında sürekli güven duygusunu hissetmek ve bunu oluşturmak isterler. Çok kaygılıdırlar ve güvensizlik duyguları fazladır. Her an tetikte gibidirler bu nedenle karşı taraf yeterince dikkatli değilse, güvenlerini çok kolay kaybederler. Ancak tekrar güven ortamı sağlandıktan sonra yakın çevresine büyük fedakarlıklar yapabilecek kadar bağlanırlar. Sadece etraflarına değil, kendilerine olan güvenlerini de çok rahat kaybedebildikleri için daima güvenilecekleri ve kendilerine de güven verebilecekleri kişilere ihtiyaç duyarlar (113,114,116).

Duygusal yönden başkalarına bağımlı olmalarına rağmen bunu gizlerler. İnsanlara yakın olmak isterler ama buna uygun olup olmadıklarını anlamak için öncelikle onları test ederler (112).

Beş kanadına sahip altılar kişiler çevreleriyle mesafeli ilişkiler kurarlar. Çünkü çevrelerini iyice gözlemleyip buna göre davranışlarını belirlemesi gerekir. Beşin verdiği entelektüelliğin yanı sıra, gerçekçilik ve şüphecilik de beraberinde gelir (116).

Yedi kanadına sahip beşler beş kanadına sahip olanlara göre daha dışa dönük olurlar. Dış ortamlara karşı çok rahattırlar ve altının aksine oldukça gamsızdırlar. Aykırı düşüncelerini rahatça ifade edebilecek cesarete sahiptirler ve özgüvenleri çok daha yüksektir. Titizlik konusunda da daha rahat davranabilirler (113).

2.4.1.7. Yedi Numaralı Kişilik Tipi: Ehli Keyf-Rahatına Düşkün

Bu tipteki insanlar için en önemli şeylerden biri, hayattan zevk alabilmektir. Kişilikleri çok neşeli ve renkli olup çok maceraperesttirler. Dışa dönük insanlar olup bulundukları ortamlara neşe saçarlar. Çevreleri ile uyumları iyidir. Her zaman aynı şeyi yapmaktan çok sıkılırlar. Sıkıntı veya acı çektirmeye sebep olabilecek durumlardan çoğunlukla uzak dururlar ve her zaman iyimser bir bakış açıları vardır. Bir konuda yanlış giden bir şeyler varsa pratik çözümler bulabilirler çünkü bu olayların morallerini bozmalarına izin vermek istemezler. Çok yönlülükleri nedeniyle yeniliklere daima açıktırlar, keşfetmeye odaklıdırlar. Yeni tecrübeler, yeni fikirler, yeni kişiler onlara keyif verir. Teorik bilgiden ziyade pratik bilgiler ilgilerini çektiği için bir şeyleri okuyarak değil daha çok verim alabildikleri şekilde bizzat tecrübe ederek öğrenme yolunu tercih ederler. Çalışma hayatlarında yaratıcı olabilirler, yeni fikir oluşumları ve kuramlar konusunda başarılıdırlar (113,114,116). Ben merkezlidirler. İsteklerini elde etme adına sorumsuz, kırıcı, kaba ve duyarsız olabilirler. Kolayca kontrolden çıkabilecek yapıları vardır. Bu da onların bağımlı, zorlayıcı, manik-depresif duygu durum bozukluklarına yatkınlıklarına sebep olur. Sıkıntıya hiç tahammülleri yoktur (112).

Kendilerine sınırlar koyulmasından pek hoşlanmadıkları için disiplin içinde rahatça yaşayamazlar. Genellikle dağınık ve düzensizlerdir. Belli bir konuya rahatça odaklanabilirler. Doyumsuz değillerdir ama eğer bir konuya olan ilgileri artık kaybolmuşsa hemen yeni bir konu bulmaya çalışırlar. Kalkıştıkları bir iş için olumsuzluk ihtimallerini pek göz önünde tutmazlar, iyimser olmayı tercih ederler (115,116).

Altı kanadına sahip yediler sorumluluklarını fazlasıyla önemseyen ve güven konusu hayatında büyük yer edinmiş insanlardır. Kontrollü olmayı severler ve başlayacakları bir işe çok daha ayrıntılı düşünerek başlarlar. Hissettikleri kaygı nedeniyle, risk alacakları zaman çok daha fazla düşünürler. Her ne kadar, içlerinden geldiği gibi davranmak ve özgür olmak isteseler de altı kanadı bunu bastırabilir. Bu da, çevrenin olumsuz düşüncelerinden etkilenme nedeniyle, bireyin kendi kendini sınırlandırması nedeniyledir (116).

Sekiz kanadına sahip yediler keyiflerine daha düşkün ve konuşkan olurlar. Fazlasıyla dışa dönük ve arkadaş canlısı olurlar. Ne olursa olsun, düşündükleri şeyi yapmak isterler. İstek ve talepleri konusunda fazlasıyla ısrarcı olabilirler. Çok hızlı karar veren pratik insanlardırlar. Bu kanadın etkisi nedeniyle, insanlar biraz daha baskın karakterli olur ve kontrol etmekte zorlandıkları öfkeleri, tartışmalarda daha da artar. Risk almaktan da asla çekinmezler (113).

2.4.1.8. Sekiz Numaralı Kişilik Tipi: Reis-Lider

Bu mizaca sahip kişiler, genellikle sosyal hayatlarında otoriter olmayı seven ve başaran insanlardır. Özgüvenleri çok yüksektir. Bu özgüvenin altında yüksek fiziksel kapasitelerine olan güvenleri vardır. Çevrelerindeki insanları sahiplenen bir tavır içindedirler. Layık olduğunu düşündükleri bir durum için özverili bir şekilde yorulmadan bütün güçleriyle çabalarlar. Çok cesur ve kararlıdırlar. Geride kalmaktan asla hoşlanmayan lider ruhlu kişilerdir. Başkaları üzerinde hükmederek ortaya çıkmaktan hoşlanırlar. Bu sahiplenici yapıları etrafındaki insanlara sınır koymalarını doğurur. Bundan çok hoşlanırlar fakat çevreleri kendilerini sınırlandırmaya kalkarsa buna asla tahammül edemezler. Aynı şekilde emir vermeyi çok seven ama emir

almaktan asla hoşlanmayan kişilerdir. Bu mutlak güç arzusu nedeniyle, çevrelerine karşı fiziksel şiddet uygulama eğilimi içinde olurlar. Bu sahip oldukları güç ile, çok büyük şeyler de başarabildikleri gibi, son derece yıkıcı da olabilirler. Çevreleriyle ilişki kurarlarken, karşılarındakinin kendi güçlerinin farkında olmalarını ve bunu kabul ederek ilişki kurmalarını isterler. Asla sınırlandırılmaya tahammül etmediklerinden, kendilerine sınırlar koyacağını düşündükleri bağımlılık duygusundan kesinlikle kaçınırlar. Arkadaşlarla eğlenceli zaman geçirmekten entelektüel bir tartışmaya kadar keyif alacakları durumlar konusunda bazen aşırıya kaçabilirler. Özgürlükten çok yönetici kişi olmayı tercih ederler. Zayıflık ve çaresizlikten mümkün olduğunca kaçınırlar. Zayıf olduklarını düşündükleri yönlerini saklamak için ellerinden geleni yaparlar. Kişilik tipleri içinde en azimli olanları sekizlerdir (113,114,116).

Yedi kanadına sahip sekizler çok aktif ve dışa dönüktürler. Özgüvenleri çok yüksektir. Gerekli zaman insiyatif almaktan hiç çekinmezler. Sosyal yaşantılarında girişken ve yönlendirici olurlar. Hedeflerine ulaşma konusunda çok sabırsız olabilirler. Otoritelerini sarsan bir tutum sergileyen kişilere karşı kolayca öfkelenirler. Böyle bir durumda kontrolsüz bir biçimde çok sert ve acımasız bir tavır gösterirler (116).

Dokuz kanadına sahip sekizler daha ölçülü davranırlar. Kolay kolay öfkelenmezler ve çok kibardırırlar. Aşırı ve kırıncı tepkiler vermekten kaçınırlar. Öfke kontrolleri iyi olduğu için daha az çatışmacıdırlar. Öfkelendikleri zaman da de bunu çok fazla göstermezler. Daha sakin kişiler olsalar da çok daha inatçı yapıya sahiptirler (116).

2.4.1.9. Dokuz Numaralı Kişilik Tipi: Barışçı

Bu tip insanlar genelde çok utangaçtırlar. Başkalarının bakış açılarını, düşüncelerini anlama konusunda mükemmeldirler ancak kendilerinin ne istediğini veya düşündüğünü bilme konusunda bu kadar iyi değildirler. Kendilerini değil, başkalarını tatmin etmeyi amaç edinmeleri en büyük problemleridir. Hayatın bir uyum ve ahenk içinde, rahatça sürmesini istediklerinden, bir çatışma oluşmaması için başkalarının gündemiyle kalmayı tercih ederler. Ortamın gerginliğinde çok etkilendikleri için, bu gerginliğe sebep olmaktan çok çekinirler. Çevrelerinde bir anlaşmazlık olması

durumunda hemen sorunu gidermek için uğraşmaya başlarlar. Çünkü onlar için barış ortamı ve sükunet çok önemlidir. Üçengeç insanlardır. Zamanlarını kendilerini yormayacak işlerle geçirirler. Baskıdan hoşlanmazlar ve baskı altında çalışamazlar. Beklenmedik değişimlerden pek hoşlanmazlar. Örnek aldıkları birinin izinden giderler. Denenmiş bir yolu tercih ederler. Genel olarak tepki göstermeyen, sessiz, unutkan, yavaş hareket eden ve düşük ses tonu ile konuşan kişilerdir. Motivasyonları düşük olduğu için her zaman işlerini ertelemeye çalışırlar. İlgili oldukları bir iş için çok aktif olabilirlerken, en öncelikli ve önemli kararları da sürekli erteleyerek son dakikaya kadar bırakabilirler. Dayanabildikleri noktaya kadar kızgınlıklarını gizledikleri için, dayanma sınırları aşıldığı takdirde çok sert ve ani öfke patlamaları yaşayabilirler. İç dünyalarını paylaşıp anlatmaktan pek hoşlanmazlar. Huzuru bozan kişi olmamak uğruna istemedikleri şeylere bile “evet” demek zorunda olduklarını düşünürler. Arkadaş canlısı, insanları teskin eden olumlu kişilerdir. İstemedikleri işler için de zorlandıklarında pasif direniş gösterirler (113,114,116).

Sekiz kanadına sahip dokuzlar özgüven sahibi ve daha dışa dönük karakterlerde olurlar. Biraz gergin ve huysuz görünebilirler çünkü korumacı ve yatıştırıcı yanları sürekli çatışma halindedir. Daha rahat “hayır” diyebilen insanlardır ve daha çabuk öfkelenirler (116).

Bir kanadına sahip dokuzlar son derece sistematik ve plan program sahibi kişilerdir. Fazlasıyla titizdirler ve temizlik, düzen gibi konularda çok hassastırlar. Yapılan yanlışlara karşı eleştirel bir tutum gösterirler. İşlerini gereken zamanda bitirmeyi çok önemserler çünkü sorumluluk sahibidirler. Ayrıca bu gelenekçi mizacın etkisiyle daha muhafazakar ve kontrollü insanlar haline gelmişlerdir (116).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışma vaka kontrol tipte bir çalışmadır. Çalışma için etik kurul onayı Dicle Üniversitesi Girişimsel Olmayan Etik Kurulu Komitesi'nden 25.12.2015 tarih ve 192 sayı ile alınmıştır. Çalışma verileri 01.01.2016-29.02.2016 tarihleri arasında Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde toplanmıştır. Çalışmaya katılımda gönüllülük esas alınmış olup çalışmaya dair bilgilendirmenin ardından katılımcılardan sözel ve yazılı onam alınmıştır.

Çalışmanın evreni Dicle Üniversitesi Hastanesi Nöroloji ve Aile Hekimliği Polikliniklerine baş ağrısı şikayeti ile başvuran 18-65 yaş grubu baş ağrısı şikayeti olan hastalar dahil edilmiştir. Çalışmaya 234 hasta ve kontrol grubu olarak da 244 kişi katılmıştır.

Çalışma için veri toplama aracı olarak sosyodemografik özelliklerin sorgulandığı 14 sorudan oluşan sosyodemografik veri formu ile kişilik tiplerinin belirlenmesine yönelik 44 sorudan oluşan Taştan Kişilik Tipi Ölçeği kullanılmıştır. Sosyodemografik veri formu yaş, cinsiyet, boy-kilo, medeni hal, eğitim durumu, meslek, gelir durumu, günlük ortalama uyku süresi, kronik fiziksel ve ruhsal hastalıklar, baş ağrı sıklığı ve şiddetinin sorgulandığı çoktan seçmeli sorulardan oluşmuştur.

Taştan Kişilik Tipi Ölçeği 44 sorudan oluşan ve 9 kişilik tipine yönelik geliştirilen 0 (kesinlikle hayır) - 6 (kesinlikle evet) şeklinde derecelendirilen likert tipinde bir ankettir. Ölçek Taştan ve arkadaşları (117) tarafından 2013 yılında geliştirilmiş olup 44 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin dokuz alt tipi vardır ve her biri bir kişilik tipinden oluşmaktadır. Bir numaralı kişilik tipi mükemmeliyetçi-reformcu, iki numaralı kişilik tipi yardımsever, üç numaralı kişilik tipi başaran-motivatör, dört numaralı kişilik tipi traji romantik, beş numaralı kişilik tipi gözlemci, altı numaralı kişilik tipi sadık-sorgulayan, yedi numaralı kişilik tipi ehli keyf-rahatına düşkün, sekiz numaralı kişilik tipi reis-lider, dokuz numaralı kişilik tipi barışçı olarak tanımlanmaktadır. Ölçeğin iç tutarlılık kat sayısı (Cronbach alfa değeri) 0,839 olarak bulunmuştur. Ölçek, 0 (kesinlikle hayır) - 6 (kesinlikle evet) şeklinde derecelendirilen likert tipindedir. Toplanan verilerin istatistiksel analizleri SPSS 22.0 programı kullanılarak yapılmıştır. Anket formları katılımcıların kendileri tarafından doldurulmuştur. Anket formları ekte sunulmuştur (Ek: 1).

İstatistiksel Analiz: Araştırma verilerinin istatistiksel değerlendirmesinde SPSS 22.0 windows istatistik paket programı kullanılmıştır. Ölçümsel değişkenler ortalama $\pm$ standart sapma (SD) ve medyan ile kategorik değişkenler sayı ve yüzde (%) ile sunuldu. Nitel değişkenlerin gruplar arası karşılaştırması için Chi-kare testi analizi kullanılmıştır. Aynı zamanda baş ağrısı olan ve olmayan gruplardaki kişilik tiplerinin puanlarını karşılaştırmak için bağımsız gruplarda t testi yapılmıştır. Kişilik tipleri ile bağımsız değişkenler arasındaki ilişkileri belirlemek için lojistik regresyon analizleri yapılmıştır. Ölçeğin iç tutarlık katsayısı da (Cronbach alfa değeri) 0.881 olarak bulunmuştur. Grupların karşılaştırılmasında $p \leq 0.05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.



4. BULGULAR

Kişilik tipleri ile baş ağrısı arasındaki ilişkinin araştırıldığı bu tez çalışması kapsamını Dicle Üniversitesi nöroloji polikliniği ve aile hekimliği polikliniklerine başvuran 478 katılımcıya ait veriler ile istatistiksel analizler yapılmıştır. Çalışmamızda ölçeğin iç tutarlık kat sayısı (Cronbach alfa değeri) 0.881 olarak bulunmuştur.

4.1. Katılımcıların Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Çalışmamıza katılan katılımcıların sosyodemografik veri formumuzda sorgulanan yaş, cinsiyet, medeni durum, yaşadığı yer, eğitim seviyesi, gelir durumu, günlük ortalama uyku süresi, kronik fiziksel hastalık ve kronik ruhsal hastalık durumlarına ilişkin bilgiler tablo 9’te verilmiştir.

	Sayı (n)	Yüzde (%)
--	----------	-----------



Tablo 9: Katılımcıların demografik özellikleri

Cinsiyet	Kadın	196	41.0
	Erkek	282	59.0
Medeni Durum	Evli	282	59.0
	Evli olmayan	192	40.2
Yaşadığı Yer	İl	450	94.1
	İlçe/Köy	28	5.9
Eğitim Durumu	Okur-Yazar	20	4.2
	İlkokul-Orta okul	34	7.1
	Lise	116	24.3
	Üniversite	247	51.7
	Yüksek Lisans	61	12.8
Gelir Durumu (tl)	<1050	105	22.0
	1050-2500	136	28.5
	2500-4000	48	31.0
	>4000	89	18.6
Uyku Süresi (saat)	<7	201	42.1
	7-8	238	49.8
	>8	39	8.2
Kronik Fiziksel Hastalık Varlığı	Var	51	10.7
	Yok	427	89.3
Kronik Ruhsal Hastalık Varlığı	Var	18	3.8
	Yok	460	96.2
Toplam		478	100

Katılımcıların çoğunluğunu %51.0 oranıyla (n=282) erkeklerin oluşturduğu çalışmamızda kadın katılımcı oranı %49.0 (n=196) idi. Çalışmamızda katılımcıların %94.1'i il merkezlerinde yaşamaktaydı ve %51.7'si de üniversite mezunuydu.

Katılımcılar arasında cinsiyete bakıldığında, baş ağrısı kadınların %51.5’inde varken, erkeklerin %47.5’inde vardı. Ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p= 0.347$). Katılımcıların cinsiyete göre baş ağrısı durumları ile ilgili bulgular tablo 10’da verilmiştir.

Tablo 10: Katılımcıların cinsiyetine göre baş ağrısı durumları

			Baş Ağrısı Durumu			P
			Yok	Var	Toplam	0.347
Cinsiyet	Kadın	n	95	101	196	
		(%)	48.5	51.5	100.0	
	Erkek	n	149	133	282	
		(%)	52.8	47.2	100.0	
Toplam		n	244	234	478	
		(%)	51.0	49.0	100.0	

Katılımcıların medeni durumları ile baş ağrıları arasındaki ilişkiye bakılacak olursa, bekar katılımcıların %45.3’ünde baş ağrısı varken, evlilerin %51.4’ünde baş ağrısı olduğu görüldü. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p=0.426$). Katılımcıların medeni durumları ile baş ağrısı durumları arasındaki ilişkiye dair bulgular tablo 11’de verilmiştir.

Tablo 11: Medeni Durum İle Baş Ağrısı Arasındaki İlişki

			Baş Ağrısı Durumu		Toplam	P
			Yok	Var		
Medeni Durum	Bekar	n	105	87	192	0.426
		%	54.7	45.3	100.0	
	Evli	n	137	145	282	
		%	48.6	51.4	100.0	
	Boşanmış	n	2	2	4	
		%	50.2	50.0	100.0	
Toplam		n	244	234	478	
		%	51.0	49.0	100.0	

Katılımcıların yaşadıkları yer ile baş ağrısı durumları arasındaki ilişki değerlendirildi. Aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamadı ($p= 0.805$). Yaşanılan yer ile baş ağrısı durumu arasındaki ilişki tablo 12’de verilmiştir.

Tablo 12: Baş ağrısı ile yaşanılan yer arasındaki ilişki

	Baş ağrısı durumu	Toplam	P
--	-------------------	--------	---

			Yok	Var		
Yaşadığı Yer	İl	n	229	221	450	0.805
		%	50.9	49.1	100.0	
	İlçe	n	10	10	20	
		%	50.0	50.0	100.0	
	Köy	n	5	3	8	
		%	62.5	37.5	100.0	
Toplam		n	244	234	478	
		%	51.0	49.0	100.0	

Katılımcıların eğitim durumlarına göre baş ağrısı durumları değerlendirildi. Ancak istatistiksel olarak eğitim durumu ile baş ağrısı arasında anlamlı bir ilişki bulunamadı ($p=0.321$). Eğitim durumu ile baş ağrısı arasındaki ilişkiye dair bulgular tablo 13'te verilmiştir.

Tablo 13: Baş ağrısı ile eğitim durumu arasındaki ilişki

	Baş ağrısı durumu		Toplam	p
	Yok	Var		

Eğitim Durumu	Okur-Yazar	n	8	12	20	0.321
		%	40.0	60.0	100.0	
	İlkokul-Ortaokul	n	19	15	34	
		%	55.9	44.1	100.0	
	Lise	n	51	65	116	
		%	44.0	56.0	100.0	
	Üniversite	n	134	113	247	
		%	54.3	45.7	100.0	
	Yüksek Lisans	n	32	29	61	
		%	52.5	47.5	100.0	
Toplam		n	244	234	478	
		%	51.0	49.0	100.0	

Katılımcıların mesleklerine göre baş ağrısı durumlarına bakıldığında, memurların %55.7'sinde baş ağrısı yokken, %44.3'ünde baş ağrısı tariflenmiştir. Meslek ve baş ağrısı arasındaki ilişkiye dair bulgular tablo 14'te verilmiştir.

Tablo 14: Baş ağrısı ve meslek durumu

	Baş ağrısı durumu	Toplam	P
--	--------------------------	---------------	----------

			Yok	Var		
Meslek	Çalışmıyor	n	16	20	36	0.326
		%	44.4	55.6	100.0	
	Öğrenci	n	33	38	71	
		%	46.5	53.5	100.0	
	Memur	n	118	94	212	
		%	55.7	44.3	100.0	
	Diğer	n	77	82	159	
		%	48.4	51.6	100.0	
Toplam		n	244	234	478	
		%	51.0	490	100.0	

Katılımcıların gelir durumuna bakıldığında, <1050 tl geliri olanlarda baş ağrısı sıklığı %57.1 iken, >4000 tl geliri olanlarda bu oran %39.3'tür. Gelir durumu ile baş ağrısı arasındaki ilişkiye dair bulgular tablo 15'te verilmiştir.

Tablo 15: Baş ağrısı ile gelir durumu arasındaki ilişki

	Baş ağrısı durumu		Total	P
	Yok	Var		

Gelir Durumu (TL)	<1050	n	45	60	105	0.100
		%	42.9	57.1	100.0	
	1050-2500	n	71	65	136	
		%	52.2	47.8	100.0	
	2500-4000	n	74	74	148	
		%	50.0	50.0	100.0	
	>4000	n	54	35	89	
		%	60.7	39.3	100.0	
Toplam		n	244	234	478	
		%	51.0	49.0	100.0	

Katılımcıların günlük ortalama uyku süreleri ile baş ağrısı durumu karşılaştırıldığında, >8 saat uyuyan katılımcıların %53.8'inde baş ağrısı yokken, %46.2'sinde olduğu belirtildi. Günlük ortalama uyku süresi ile baş ağrısı durumuna ilişkin bulgular tablo 16'da verilmiştir.

Tablo 16: Baş ağrısı ile günlük ortalama uyku süresi

	Baş ağrısı durumu	Toplam	P
--	--------------------------	---------------	----------

			Yok	Var		
Uyku süresi	<7 saat	n	102	99	201	0.935
		%	50.7	49.3	100.0	
	7-8 saat	n	121	117	238	
		%	50.8	49.2	100.0	
	>8 saat	n	21	18	39	
		%	53.8	46.2	100.0	
Toplam		n	244	234	478	
		%	51.0	49.0	100.0	

Katılımcıların kronik fiziksel hastalıklarının sorgulandığı çalışmamızda, kronik fiziksel hastalığı olup baş ağrısı tanımlayanların oranı %72,5 bulunmuş olup yapılan istatistiksel analizlerde de bu fark anlamlı bulunmuştur (p=0.000). Katılımcıların kronik fiziksel hastalık durumları ile baş ağrısı durumları ile ilgili bulgular tablo 17’de verilmiştir.

Tablo 17: Katılımcıların kronik fiziksel hastalık durumlarınz göre baş ağrısı durumları

			Baş Ağrısı Durumu			P
			Yok	Var	Toplam	0.000
Kronik Fiziksel Hastalık	Yok	n	230	197	427	
		(%)	53.9	46.1	100.0	
	Var	n	14	37	51	
		(%)	27.5	72.5	100.0	
Toplam		n	244	234	478	
		(%)	51.0	49.0	100.0	

Çalışmamızda katılımcıların kronik ruhsal hastalık öyküleri irdelendi. Katılımcılardan kronik ruhsal hastalığı olmayanlarda baş ağrısı görülme oranı %47.8, kronik ruhsal hastalığı olanlarda baş ağrısı oranı %77.8 idi. Bu fark istatistiksel analizlerde anlamlı bulundu ($p=0.013$). Katılımcıların kronik ruhsal hastalık durumları ile baş ağrısı durumları ile ilgili bulgular tablo 18’de verilmiştir.

Tablo 18: Katılımcıların kronik ruhsal hastalık durumlarınz göre baş ağrısı durumları

			Baş Ağrısı Durumu			P
			Yok	Var	Toplam	0.013
Kronik Ruhsal Hastalık	Yok	n	240	220	460	
		(%)	52.2	47.8	100.0	
	Var	n	4	14	18	
		(%)	22.2	77.8	100.0	
Toplam		n	244	234	478	
		(%)	51.0	49.0	100.0	

4.2. Katılımcıların Baş Ağrısı Sıklığı Ve Şiddetine İlişkin Bulgular

Çalışmamızda 478 katılımcının 234'ünde (%51.0) baş ağrısı varken, 244 kişide baş ağrısı yok veya hafifti. Baş ağrısı durumuna ilişkin bilgiler tablo 10'da verilmiştir.

Tablo 10: Baş Ağrısı Durumu

Baş Ağrısı Durumu	Sayı (n)	Yüzde (%)
Var	234	49.0
Yok veya Hafif	244	51.0
Total	478	100.0

Katılımcıların baş ağrısı sıklıkları sorgulanmıştır. Çalışmamıza katılanlardan %71.1'inde haftada bir veya daha az baş ağrısı varken, %28.9'unda haftada birden fazla kez baş ağrısı tariflemiştir. Katılımcıların baş ağrısı sıklığını gösteren bulgular tablo 19'da gösterilmiştir.

Tablo 19: Baş Ağrısı Sıklığı

Baş Ağrısı Sıklığı	Sayı (n)	Yüzde (%)
--------------------	----------	-----------

Ayda bir veya iki kez	340	71.1
Haftada bir kez	71	14.9
Haftada iki veya üç kez	53	11.1
Hemen hemen her gün	14	2.9
Toplam	478	100.0

4.2. Katılımcıların Baş Ağrısı Sıklığı Ve Şiddetine İlişkin Bulgular

Çalışmamızda 478 katılımcının 234'ünde (%51.0) baş ağrısı varken, 244 kişide baş ağrısı yok veya hafifti. Baş ağrısı durumuna ilişkin bilgiler tablo 20'de verilmiştir.

Tablo 20: Baş Ağrısı Durumu

Baş Ağrısı Durumu	Sayı (n)	Yüzde (%)
Var	234	49.0
Yok veya Hafif	244	51.0
Total	478	100.0

Katılımcıların baş ağrısı sıklıkları sorgulandı. Çalışmamıza katılanlardan %71.1'inde haftada bir veya daha az baş ağrısı varken, %28.9'unda haftada birden fazla kez baş ağrısı tariflemiştir. Katılımcıların baş ağrısı sıklığını gösteren bulgular tablo 21'de gösterilmiştir.

Tablo 21: Baş Ağrısı Sıklığı

Baş Ağrısı Sıklığı	Sayı (n)	Yüzde (%)
Ayda bir veya iki kez	340	71.1

Haftada bir kez	71	14.9
Haftada iki veya üç kez	53	11.1
Hemen hemen her gün	14	2.9
Toplam	478	100.0

Çalışmamızda sorgulanan baş ağrısı şiddetine göre, katılımcıların %53.1'i tarafından hafif olarak belirtmişken, %5.6'sı çok şiddetli olarak belirtmiştir. Baş ağrısının şiddetine ilişkin bulgular tablo 22'de gösterilmiştir.

Tablo 22: Baş Ağrısının Şiddeti

Baş Ağrısı Şiddeti	Sayı (n)	Yüzde (%)
Hafif	254	53.1
Orta	110	23.0
Şiddetli	87	18.2
Çok şiddetli	27	5.6
Toplam	478	100.0

4.3. Katılımcıların Kişilik Tiplerine İlişkin Bulgular

Katılımcıların %23.0'ü iki numaralı kişilik tipi olarak değerlendirilmişken, bunu %15.7 ile yedi ve dokuz numaralı kişilik tipleri takip etmiştir. Altı numaralı kişilik tipi ise %2.7 ile en az görülen kişilik tipi olarak karşımıza çıkmıştır. Kişilik tipi sınıflandırmasına yönelik bulgular tablo 23'te verilmiştir.

Tablo 23: Kişilik tipleri

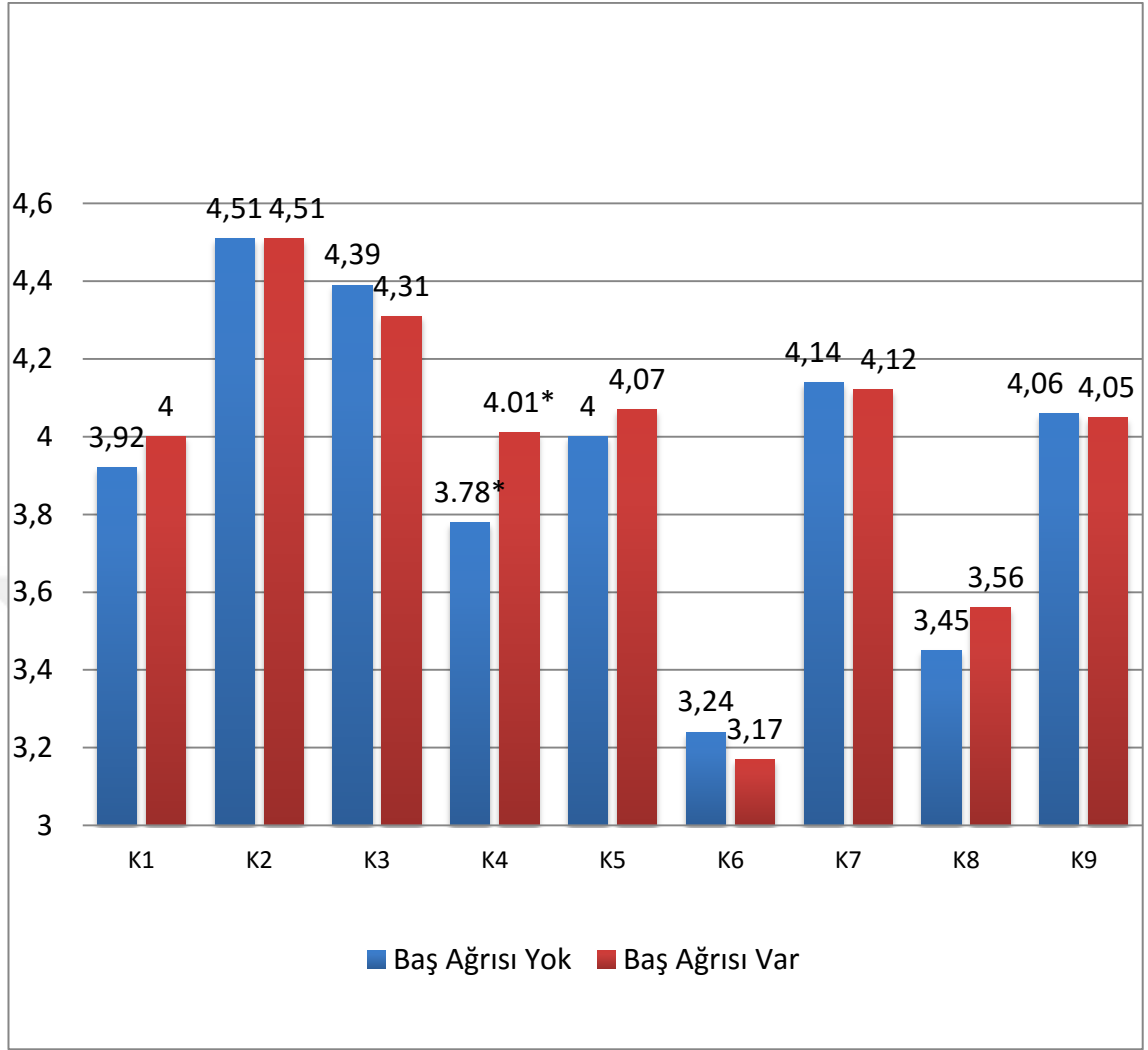
Kişilik Tipi	Sayı (n)	Yüzde (%)
Bir Numaralı Kişilik Tipi	35	7.3
İki Numaralı Kişilik Tipi	110	23.0
Üç Numaralı Kişilik Tipi	73	15.3
Dört Numaralı Kişilik Tipi	36	7.5
Beş Numaralı Kişilik Tipi	45	9.4
Altı Numaralı Kişilik Tipi	13	2.7
Yedi Numaralı Kişilik Tipi	75	15.7
Sekiz Numaralı Kişilik Tipi	16	3.3
Dokuz Numaralı Kişilik Tipi	75	15.7
Toplam	478	100.0

Katılımcıların kişilik tipleri anketinden aldıkları puanlar hesaplanmıştır. Aldıkları en yüksek puana karşılık belirlenen baskın kişilik tipleri sınıflandırılmıştır. Bir numaralı kişilik tipinde baş ağrısı görülme oranı %60.0, dört numaralı kişilik tipinde %58.3, beş numaralı kişilik tipinde %55.6, sekiz numaralı kişilik tipinde %62.5'ti. Buna karşın altı numaralı kişilik tipinde baş ağrısı görülme oranı %30.8 görülmüştür. ($p=0.215$). Baskın kişilik tipleri ile baş ağrısı durumu arasındaki ilişki tablo 24'te verilmiştir.

Tablo 24: Baskın kişilik tipine göre baş ağrısı durumu

			Kişilik Tipleri								
			1	2	3	4	5	6	7	8	9
Baş Ağrısı	Yok	n	14	57	38	15	20	9	38	6	47
		%	40.0	51.8	52.1	41.7	44.4	69.2	50.7	37.5	62.7
	Var	n	21	53	35	21	25	4	37	10	28
		%	60.0	48.2	47.9	58.3	55.6	30.8	49.3	62.5	37.3
Toplam		n	35	110	73	36	45	13	75	16	75
		%	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Bir, dört ve sekiz numaralı kişilik tiplerinde baş ağrısı görülme oranı daha yüksek görülmüştür. Ancak yapılan lojistik regresyon analizlerinde bir ve sekiz numaralı kişilik tipinde baş ağrısının görülme sıklığı istatistiksel olarak anlamlı bulunmamışken, dört numaralı kişilik tipinde baş ağrısı görülme sıklığı anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p= 0.023$). Şekil 2’de kişilik tiplerinden alınan ortalama puanlar ve baş ağrısı görülme sıklığı ile ilgili oranlar grafik üzerinde gösterilmiştir.



P=0.023

Şekil 2: Baş ağrısı olan ve olmayan kişilerde kişilik tiplerinden alınan ortalama puanlar.

Yapılan risk tahmini analizinde dört numaralı kişilik tipinde baş ağrısı durumu olma riski, diğer kişilik tiplerine göre 1.21 kat fazla bulunmuştur. Kişilik tiplerinden alınan ortalama puan ile baş ağrısı arasındaki ilişki tablo 25’te gösterilmiştir.

Tablo 25. Kişilik tiplerinden alınan ortalama puan ile baş ağrısı durumunun karşılaştırması

	Baş ağrısı durumu					
	Yok			Var		
	Mean	Standart Deviasyon	P	Mean	Standart Deviasyon	P
K1	3.92	.92	0.360	4.00	.90	0.361
K2	4.51	.79	0.950	4.51	.88	0.950
K3	4.39	.98	0.370	4.31	1.05	0.369
K4	3.78	1.08	0.023	4.01	1.09	0.023
K5	4.00	1.01	0.414	4.07	1.06	0.414
K6	3.24	1.09	0.502	3.17	1.08	0.502
K7	4.14	1.16	0.896	4.12	1.24	0.896
K8	3.45	1.10	0.299	3.56	1.16	0.299
K9	4.06	1.23	0.967	4.05	1.13	0.967

Ancak Chi-kare testinde dört numaları kişilik tipi olanlarda baş ağrısı durumu ile diğer kişilik tiplerinde baş ağrısı durumu karşılaştırıldığında arada istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ($p= 0.242$). Yapılan ki-kare testine göre dört numaralı kişilik tipi olanlarda baş ağrısı durumu ile diğer kişilik tiplerinde baş ağrısı durumu ile ilgili bulgular tablo 26’da verilmiştir.

Tablo 26. Chi-kare testine göre dört numaralı kişilik tipi olanlarda baş ağrısı durumu ile diğer kişilik tiplerinde baş ağrısı durumu

		Baş Ağrısı		Toplam	P
		Yok	Var		
KT4	n	15	21	36	0.242
	%	41.7	58.3	100.0	
Diğer KT	n		213	442	
	%	51.8	48.2	100.0	
Toplam	n	244	234	478	
	%	51.0	49.0	100.0	

Katılımcılar arasında baş ağrısı olanlar ile baş ağrısı olmayanların toplam anket puanları arasında karşılaştırma yapılmış olup, arada istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ($p= 0.530$). Grup statistics tablosunda (tablo 27) ortalama ve standart deviasyonlar gösterilmiştir.

Tablo 27. Baş ağrısı olan ve baş ağrısı olmayanlar arasında karşılaştırma

	Baş Ağrısı Durumu	n	Mean	Standart Deviasyon	Standart Error Mean	P
Toplam Puan	Var	234	35.8113	5.88408	0.38465	0.530
	Yok	244	35.4971	5.02994	0.32201	



Katılımcıların kişilik tiplerinin cinsiyete göre dağılımına bakıldığında, dört numaralı kişilik tipinin kadınlarda, beş numaralı kişilik tipinin erkeklerde daha sık olduğu görülmüştür ($p=0.032$). Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Baskın kişilik tipinin cinsiyetlere göre dağılımına ilişkin bulgular tablo 28’de verilmiştir.

Tablo 28. Baskın kişilik tipinin cinsiyetlere göre dağılımı

	Cinsiyet						p
	Kadın		Erkek		Toplam		
Baskın Kişilik Tipi	n	%	n	%	n	%	0.032
1	11	5.6	24	8.5	35	7.3	
2	50	25.5	60	21.3	110	23.0	
3	27	13.8	46	16.3	73	15.3	
4	22	11.2	14	5.0	36	7.5	
5	11	5.6	34	12.1	45	9.4	
6	6	3.1	7	2.5	13	2.7	
7	26	13.3	49	17.4	75	15.7	
8	7	3.6	9	3.2	16	3.3	
9	36	18.4	39	13.8	75	15.7	
Toplam	196	100.0	282	100.0	478	100.0	

5. TARTIŞMA

Ülkemizde epidemiyoloji tabanlı yapılan çalışmalarda baş ağrısı prevalansı kadınlarda % 68, erkeklerde % 65 olarak belirlenmiştir (122). Yine ülkemizde Ertaş ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir çalışmada, kadınların baş ağrısı nedeniyle hastanelere başvurularının, erkeklerin başvurularından daha sık olduğu gösterilmiştir (123).

Arslantaş ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da baş ağrısı prevalansı %78.2 olup kadınlarda daha yüksek bulunmuştur (124). Stovner ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada dünya çapında primer baş ağrısı prevalansı her iki cinsiyet birlikte değerlendirildiğinde %47, yaşam boyu baş ağrısı prevalansı ise %66 olarak bulunmuştur (125). Çalışmamızda kadınların baş ağrısı sıklığı %51.5, erkeklerin baş ağrısı sıklığı %47.2 olarak literatür ile uyumlu bulunmuştur ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. ($p=0.347$).

Aslantaş ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada katılımcıların baş ağrı şiddetleri %41.8 hafif, %42.1 orta, %16.1 şiddetli bulunmuştur (126). Çalışmamızda baş ağrısı olan katılımcıların baş ağrısı şiddetlerine bakıldığında, katılımcıların %53.1'i ağrı şiddetini hafif, %23'ü orta, %18.2'si şiddetli, %5.6'sı çok şiddetli olarak tanımlamıştır. Bu sonuçlar literatür ile uyumludur.

Katılımcıların medeni durumlarının sorgulandığı Arslantaş ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada medeni durum ile baş ağrısı durumu arasında bir ilişki olmadığı görülmüştür. Ayrancı (128) ve Gururaj (129) da, çalışmalarında baş ağrısı üzerinde medeni durumun etkisi olmadığını ortaya koymuşlardır. Bizim çalışmamızda literatür ile uyumlu olarak, medeni durum ile baş ağrısı arasında anlamlı bir fark bulunmadı.

Baş ağrısı ile yaşanan yer arasındaki ilişkiyi ele alan Edward ve arkadaşları yaptıkları bir çalışmada, şehirlerde yaşayanlarda baş ağrısı sıklığı, kırsal kesimlerde yaşayanlara göre daha yüksek oranlarda bulmuşken (130), Gururaj ve arkadaşları, kırsal kesimde yaşayanlarda primer baş ağrısı sıklığını %71.2, şehirlerde yaşayanlarda %57.3 olduğunu bulmuştur (129). Çalışmamızda katılımcıların yaşadıkları yer sorgulandı ve şehirlerde yaşayanlarda baş ağrısı sıklığı, köylerde yaşayanlara göre daha yüksek bulundu. İllerde yaşayanlarda baş ağrısı sıklığı %49.1, ilçelerde yaşayanlarda %50, köyde yaşayanlarda %37.5 olarak bulundu. Ancak yapılan istatistiksel analizlerde il, ilçe veya köylerde yaşayan katılımcıların baş ağrısı durumları arasında anlamlı bir fark bulunmadı. ($p= 0.805$). Bunun nedeni, çalışmamızda yer alan katılımcıların çoğunun şehirlerde (%98.3), daha az bir kısmının (%1.67) köylerde yaşayan hastalar olmasından kaynaklanabilir.

Öztürk ve arkadaşları (131) eğitim düzeyi ile en sık görülen primer baş ağrıları arasında anlamlı bir ilişki olmadığını göstermişlerdir. Bizim çalışmamızda okur-yazar olanların arasında baş ağrısı görülme oranı %60, ilkokul-ortaokul mezunlarında %44.1, lise mezunlarında %56, üniversite mezunlarında %45.7, yüksek lisans mezunlarında ise %47.5 bulundu. Katılımcıların eğitim durumları karşılaştırıldığında baş ağrısı durumu ile aralarında literatür ile uyumlu olarak anlamlı bir fark bulunamadı ($p= 0.321$).

Literatürde yapılan çalışmalarda katılımcılarda meslek durumu farklı şekillerde gruplandırılmış olabilir. Örneğin Mavioğlu ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada baş ağrısı şikayeti olanlarda, ev hanımları çoğunlukta (% 60.7) olup, öğrenci (% 11.3), öğretmen (% 7.3) ve emekli (% 4.7) şeklinde bir dağılım bulunmuştur (132). Çalışmamızda katılımcıların mesleklerine göre baş ağrıları karşılaştırıldığında çalışmayan katılımcılarda baş ağrısı sıklığı %55.6, öğrencilerde %53.5, memurlarda %44.3, diğer meslek ve işlerde çalışanlarda %51.6 idi. Ev hanımları da çalışmayan grupta değerlendirilebileceğinden çalışmayan grupta sonuçlarımız paraleldi ancak öğrencilerde ve memurlarda baş ağrısı sıklığı daha yüksek idi. Ancak baş ağrısı sıklığı ile meslek durumları arasında fark anlamlı bulunmadı ($p=0.326$).

Mavioğlu ve arkadaşları çalışmalarında, baş ağrısı şikayeti ile gelir durumu arasında ilişki olduğunu ortaya koymuş ve primer baş ağrısı hastalarının büyük çoğunluğunun orta gelir düzeyine sahip olduğunu göstermiştir (132). Yine, Steward ve arkadaşlarının yaptığı çalışmalarında da, düşük gelirli kişilerde baş ağrısı sıklığının daha yüksek olduğu görülmüştür (133). Çalışmamızda katılımcıların aylık gelir durumu sorgulandı ve literatür ile uyumlu olarak <1050 tl düşük gelirli kişilerde baş ağrısı sıklığının daha yüksek(%57.5) olduğu görüldü ancak istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p= 0.100$).

Lin ve Noor yaptıkları çalışmalarda, primer baş ağrılarınin uyku süresi ile anlamlı bir ilişkisi olduğunu ortaya koymuşlardır (134,135). Bizim çalışmamızda ise literatürün aksine uyku süresi ile baş ağrısı durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

Çalışmamızda yer alan katılımcıların kronik fiziksel hastalık durumları sorgulandı. Katılımcıların %10.6'sı kronik fiziksel bir hastalığı olduğunu belirtti. Bunların baş ağrısı durumlarına bakıldığında, baş ağrısı olanların oranı %72.5 bulunmuştur.

İstatistiksel olarak da anlamlı bulunan bu fark, literatürde yapılmış kronik fiziksel hastalık ve baş ağrısı birlikteliği ile ilgili çalışmalarla paralellik göstermektedir(81).

Literatürde de baş ağrısı olan hastalarda psikiyatrik eş tanı varlığını gösteren pek çok çalışma mevcuttur. Özellikle depresyon ve anksiyete görülme oranları, baş ağrısı olan hastalarda, baş ağrısı olmayanlara göre 2-5 kat daha fazladır (136). Akyıldız ve arkadaşları yaptıkları bir çalışmada, baş ağrısı hastalarında psikiyatrik eş tanı oranını %80.3 olarak bulmuşlardır (137). Çalışmamızda katılımcıların kronik ruhsal hastalık öyküsü sorgulandı. Psikiyatrik hastalık öyküsü olan katılımcılarda baş ağrısı sıklığına bakıldığında, hastaların %77.8'inde baş ağrısı varken, psikiyatrik hastalık öyküsü olmayanlarda baş ağrısı görülme oranı %47.8 olarak bulundu. Bu fark istatistiksel açıdan literatürle de uyumlu olarak anlamlı bulundu.

Yapmış olduğumuz çalışma, Enneagram sisteminin yorumlanmasıyla oluşturulan Taştan Kişilik Tipi Ölçeği kullanılarak yapılan ilk çalışmadır. Literatüre bakıldığında daha çok migren ve gerilim tipi baş ağrısı gibi primer baş ağrıları ile kişilik tipleri arasındaki ilişki üzerine yapılan araştırmalar mevcuttur. Ve bu çalışmalarda da genellikle MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) ve Eysenck Kişilik Envanteri (Eysenck Personality Questionnaire, EPQ) kullanılmıştır. (118,119). Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri ve Eysenck Kişilik Envanteri, kişileri psikopatolojik açıdan kategorize eden ölçeklerdir. Buna karşın Enneagramda dokuz kişilik tipi vardır. Her insan, sahip olduğu kişilik tipine ait sağlıklı ve sağlıksız karakteristik özelliklerin arasında dalgalanmalar gösterebilir. Ancak hiçbir kişilik tipi bir diğerine üstün değildir (120). Bu bağlamda, kullanmış olduğumuz Taştan Kişilik Tipi Ölçeği, baş ağrılarında kişilik tiplerinin belirlenmesine yönelik yapılan çalışmalarda yaygın olarak kullanılan diğer ölçeklerden farklı olup, kişileri patolojik bir sınıflandırma içerisinde değil, sahip oldukları kişilik özelliklerine göre sınıflandırmaktadır.

Hastaların baş ağrıları ile kişilik tipleri arasındaki ilişkinin irdelendiği çalışmamızda bir, dört ve sekiz numaralı kişilik tiplerinde baş ağrısı görülme sıklığı, diğer kişilik tiplerine göre daha yüksek görülmüştür. Ancak bir ve sekiz numaralı kişilik tiplerinde baş ağrısının görülme sıklığı istatistiksel olarak anlamlı bulunmamışken, dört numaralı kişilik tipi için bu fark anlamlı bulunmuştur ($p= 0.023$). Dört numaralı kişilik tipi, traji-

romantik kişilik tipi olarak tanımlanan, çok yoğun duygular yaşayan ve nerdeyse her işlerinde bu duygularıyla hareket eden insanlardır. Çok hassas olan ve kolay incinebilen bu kişilerin duygularında yaşadıkları ani dalgalanmalar, iniş çıkışlar çok yıpratıcı olabilmektedir. Bu genel özelliklere bakıldığında, günlük yaşantılarında dört numaralı kişilik tipine sahip insanların, baş ağrısı etiyojijisinde de önemli bir yere sahip olan psikolojik streslere karşı daha hassas olmaya yatkın bir yapıları olduğu görölmektedir.

Çalışmamızda katılımcıların baskın kişilik tipinin cinsiyetlere göre dağılımına ilişkin verilere bakıldığında dört numaralı kişilik tipinin kadınlarda, beş numaralı kişilik tipinin de erkeklerde daha sık olduğu göröldü. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Bu bulgu, çalışmamızda baş ağrısı sıklığının dört numaralı kişilik tipinde daha sık göröldüğü sonucuyla da birleştirildiğinde, en sık görölen migren ve gerilim tipi gibi primer baş ağrılarının kadınlarda daha sık göröldüğünü gösteren çalışmalarla paralellik olduğunu göstermektedir (121,130).

6. SONUÇ VE GENEL ÖNERİLER

Sonuç olarak bu çalışmada, kişilik tipleri ile baş ağrısı durumu arasındaki ilişkiye bakıldığında, dört numaralı kişilik tipine sahip bireylerde baş ağrısı görölme sıklığı daha yüksek bulunmuştur. Bunun yanında baş ağrısı olan katılımcıların sosyodemografik verilerine bakıldığında baş ağrısı ile cinsiyet, medeni durum, yaşanan yer, eğitim

durumu, gelir durumu ve günlük ortalama uyku süresi arasında anlamlı bir ilişki bulunamamışken; kronik ruhsal ve kronik fiziksel hastalığı olanlarda baş ağrısı görülme oranının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Baş ağrısı hastaları değerlendirilirken, kişilik tiplerinin de ön plana çıkabileceği ve bu durumun göz ardı edilmemesi gerektiğini düşünüyoruz. Literatürde baş ağrısı ile kişilik tipleri arasındaki ilişkiyi ortaya koymayı hedeflediğimiz ve bu amaçla Taştan Kişilik Tipi Anketini kullanmış olduğumuz bu çalışmamız, ilk defa yapılmıştır. Bu bilgiler ışığında, önerilerimizi şu şekilde ifade edebiliriz.

Hastanın içinde bulunduğu psikolojik durum, hastalığın doğal klinik seyrini etkileyebileceği gibi hastalığının ve ilgili semptomlarının şiddetinin hasta tarafından algılanma düzeyini de etkileyebilir. Yine aynı sebepten ötürü hastanın şikayetlerini ifade etme şeklini bile etkileyebilir. Hastanın şikayetinin sadece psikosomatik bir bulgu mu yoksa bir psikiyatrik hastalık tablosunun semptomlarından biri mi olduğunun anlaşılması için, psikiyatrik bir değerlendirme doğru bir yaklaşım olacaktır. Her insan sahip olduğu kişilik tipi gereği farklı ruhsal dalgalanmalar yaşayabilir, farklı hassasiyetler ve duygular yaşayabilir. Bunun sonucu olarak da farklı kişilik tipleri farklı psikiyatrik rahatsızlıklara yatkın olabilir. Baş ağrısı da söz konusu faktörlerden en çok etkilenen durumlardan biridir. Birinci basamakta hastanın baş ağrısının etiyolojisi araştırılırken, özellikle aile hekimliği sisteminde, hekimin hastayı değerlendirme aşamasında, sadece başvuru sebebi olan yakınmasına odaklanmak yerine bütüncül bir yaklaşım içerisinde, hastanın söz konusu yakınması ile ilişkili olabileceği düşünülerek, biyolojik faktörlerle birlikte psikolojik, sosyolojik, kültürel özelliklerinin yanında kişilik yapısının da irdelenmesi, doğru tanıya ulaşmaya yardımcı olacaktır. Bu durum tanı için gereksiz tetkiklerin ve zaman kaybının önüne geçmesi, ikinci ve üçüncü basamak hastanelerine gereksiz hasta sevklerinin azaltılması açısından önemlidir. Bu konuyla ilgili daha geniş kapsamlı, çok merkezli, daha fazla katılımcıya ulaşabilecek çalışmalar yapılmasında fayda olacaktır.



KAYNAKLAR

1. Gökçay F. Baş Ağrısına Güncel Yaklaşım. Türkiye Klinikleri Journal of Neurology-Special Topics 2010;3(4):128-33.
2. Becker Werner J, Findlay, Ted, Moga, Carmen, et al. .Guideline for primary care management of headache in adults. Canadian Family Physician. 2015;61(8):670-679.

3. Wanzhen C, Yu S, Zhu J, Chai H, He W, Wang W. Personality characteristics of male sufferers of chronic tension-type and cervicogenic headache. *Journal of Clinical Neurology*. 2012;8(1):69-74.
4. Wolff HG. Personality features and reactions of subjects with migraine. *Archives Neurology Psychiatry* 1937;37:895-921.
5. Savaşan Ç, Sarı O, Erdal M, ve ark. Baş ağrısı yakınması ile başvuran hastalarda yaygın anksiyete bozukluğu. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*. 2011;14(4):157-161.
6. Stoudemire A, Hales RE. Tıbbi sorunları etkileyen psikolojik etkenler ve DSM-IV Genel bir bakış. *Compos Mentis Yayınları*. Ankara 1997, syf.1–15.
7. Atıcı E. Hasta-hekim ilişkisini etkileyen unsurlar. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2007;33(2):91-96.
8. Engel, George L. The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*. 1977;196(4286):129-136.
9. Silberstein SD, Lipton RB, Goadsby PJ, et al. Headache in clinical practice. 1998;1-7.
10. Morrell DC. Symptom interpretation in general practice. *JR Coll Gen Pract*. 1972;22(118):297-309.
11. Adams RD, Victor M, Ropper AH, et al. Principles of neurology 3dt. *Cognitive and Behavioral Neurology*. 1997;10(3):220.
12. Rasmussen BK, Rigmor J, Marianne S, et al. Epidemiology of headache in a general population- a prevalence study. *Journal of Clinical Epidemiology*. 1991;44(11):1147-1157.
13. Banks MH, Beresford SAA, Morrell DC, et al. Factors influencing demand for primary medical care in women aged 20–44 years: A preliminary report. *International Journal of Epidemiology*. 1975;4(3):189-195.
14. Lyngberg AC, Rasmussen BK, Jorgensen T, Jensen R. Has the prevalence of migraine and tension-type headache changed over a 12-year period? A Danish population survey. *Eur J Epidemiol*. 2005;20:243–249.
15. Lipton Richard B, Bigal ME, Freitag F, et al. Migraine prevalence, disease burden, and the need for preventive therapy. *Neurology*. 2007;68(5):343-349.

16. Headache Classification Committee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (beta version). *Cephalalgia*. 2013;33:629-808.
17. Anderson K, Anderson LE, Glanze WD. Mosby's Medical, Nursing, and Allied Health Dictionary (4th bas.). 1994;998.
18. Dahlöf C, Linde M. One-year prevalence of migraine in Sweden: a population-based study in adults. *Cephalalgia*. 2001;21(6):664–671.
19. Sıva A. Baş ağrısı epidemiyolojisi. *Türkiye Klinikleri Journal of Neurology*. 2003;1(2):94-97.
20. Dedovic K, Wadiwalla M, Engert V, Pruessner JC. The role of sex and gender socialization in stress reactivity. *Developmental Psychology*. 2009;45(1):45-55.
21. Stroud LR, Salovey P, Epel ES. Sex differences in stress responses: social rejection versus achievement stress. *Biol Psychiatry*. 2002;52(4):318-327.
22. Diamond M. The impact of migraine on the health and well-being of women. *J Womens Health*. 2007;16(9):1269–1280.
23. Andress-Rothrock D, King W, Rothrock J. An analysis of migraine triggers in a clinic-based population. *Headache*. 2010;50(8):1366-1370.
24. Yadav RK, Kalita J, Misra UK. A study of triggers of migraine in India. *Pain Medicine*. 2010;11(1):44-47.
25. 28.25.Dedovic K, Wadiwalla M, Engert V, Pruessner JC. The role of sex and gender socialization in stress reactivity. *Developmental Psychology*. 2009;45(1):45-55.
26. Peterlin BL, Tietjen GE, Brandes JL, et al. Posttraumatic stress disorder in migraine. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*. 2009;49(4):541-551.
27. Aguggia, M, Saracco MG. Pathophysiology of migraine chronification. *Neurological Sciences*. 2010;31(1):15-17.
28. Dodick DW. Review of comorbidities and risk factors for the development of migraine complications (infarct and chronic migraine) *Cephalalgia*. 2009;29(Suppl 3):7-14.

29. De Leeuw R, Schmidt JE, Carlson CR. Traumatic stressors and post-traumatic stress disorder symptoms in headache patients. *Headache*. 2005;45(10):1365-1374.
30. Tietjen GE, Brandes JL, Peterlin BL, et al. Childhood maltreatment and migraine (part III). Association with comorbid pain conditions. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*. 2010;50(1):42-51.
31. Branch MA. Headache disability in orofacial pain patients is related to traumatic life events. *Headache*. 2009;49(4):535–540.
32. Tietjen GE, Conway A, Utley C, et al. Migraine is associated with menorrhagia and endometriosis. *Headache*. 2006;46(3):422-428.
33. Boran HE, Bolay H. Migren patofizyolojisi. *Nöropsikiyatri Arşivi*. 2013;50(Özel Sayı 1):1-7 DOI: 10.4274/Npa.y 7251.
34. Russell MB, Olesen. Increased familial risk and evidence of genetic factor in migraine. *Bmj*. 1995;311(7004):541-544.
35. Cutrer FM, Huerter K. Migraine aura. *The Neurologist*. 2007;13(3):118-125.
36. Silberstein SD, Saper JP, Freitag FG, et al. Wolff's Headache and other head pain. Oxford University Press, New York, Toronto, 2001:121-237.
37. Lashley KS. Patterns of cerebral integration indicated by the scotomas of migraine. *Archives of Neurology and Psychiatry*. 1941;46(2):331-339.
38. Leao AAP. Spreading depression of activity in cerebral cortex. *J Neurophysiology* 1944;7(6):359-390.
39. Milner PM. Note on a possible correspondence between the scotomas of migraine and spreading depression of Leao. *Electroencephalography and Clinical Neurophysiology*. 1958;10(4):705.
40. Lauritzen M. Pathophysiology of the migraine aura. The spreading depression theory. 1994;117(1):199-210.
41. Woods RP, Iacoboni M, Mazziotta JC. Brief report: bilateral spreading cerebral hypoperfusion during spontaneous migraine headache. *New England Journal of Medicine*. 1994;331(25):1689-1692.

42. Andersson JL, Muhr C, Lilja A, et al. Regional cerebral blood flow and oxygen metabolism during migraine with and without aura. *Cephalalgia*. 1997;17(5):570-579.
43. Goadsby PJ, Edvinsson L, Ekman R. Vasoactive peptide release in the extracerebral circulation of humans during migraine headache. *Annals of Neurology*. 1990;28(2):183-187.
44. Weiller C, May A, Limmroth V, et al. Brain stem activation in spontaneous human migraine attacks. 1995;1(7):658-660.
45. Lea RA, Ovcarić M, Sundholm J, et al. Genetic variants of angiotensin converting enzyme and methylenetetrahydrofolate reductase may act in combination to increase migraine susceptibility. *Molecular Brain Research*. 2005;136(1):112-117.
46. Ayalp S, Şahin Ş, Aksungur FB, ve ark. Aurasız migrende trombosit serotonin düzeylerinin değerlendirilmesi. *Ağrı*. 2012;24(3):117-122.
doi:10.5505/agri.2012.74946.
47. Goadsby PJ, Charbit AR, Andreou AP, Akerman S, Holland PR. Neurobiology of migraine. *Neuroscience*. 2009;161(2):327-341.
48. Dimitriadou V, Buzzi MG, Moskowitz MA, et al. Trigeminal sensory fiber stimulation induces morphological changes reflecting secretion in rat dura mater mast cells. *Neuroscience*. 1991;44(1):97-112.
49. Bahra A, Matharu MS, Buchel C, et al. Brainstem activation specific to migraine headache. *The Lancet*. 2001;357(9261):1016-1017.
50. Olesen J. The role of nitric oxide (NO) in migraine, tension-type headache and cluster headache. *Pharmacology & Therapeutics*. 2008;120(2):157-171.
51. Evans RW, Mathew MT. *Handbook of Headache*. Lippincott Williams & Wilkins. Second Edition. Çeviri Editörü: Mustafa Ertaş. 1999:28-60.
52. Silberstein SD, Lipton RB, Goadsby PJ. *Headache in Clinical Practice*. Second edition. 1998:11-91.
53. Jensen K, Tfelt-Hansen P, Lauritzen M, Olesen J. Classic migraine, a prospective recording of symptoms. *Cephalalgia*. 1985;5(3):326-327.

54. Henry P, Michel P, Brochet B, Dartigues JF, Tison S, Salamon R. A nationwide survey of migraine in France: prevalence and clinical features in adults. *Cephalalgia*. 1992;12(4):229-237.
55. Rasmussen BK. Epidemiology of headache. *Cephalalgia*. 1995;15(1):45-68.
56. Stewart WF, Schechter A, Lipton RB. Migraine heterogeneity: Disability, pain intensity, attack frequency, and duration. *Neurology*. 1994;44(6 Suppl 4):24-39.
57. Silberstein SD. Migraine symptoms: Result of a survey of self-reported migraineurs. *Headache*. 1995;35(7):387-396.
58. Evans RW, Mathew MT. Handbook of Headache. Lippincott Williams & Wilkins. Second Edition. Çeviri Editörü: Mustafa Ertaş 1999:28-60.
59. Buzzi MG, Cologno D, Formisano R, et al. Prodromes and the early phase of the migraine attack: therapeutic relevance. *Functional Neurology*. 2004;20(4):179-183.
60. Loder E, Rizzoli P. Tension-type headache. *BMJ*. 2008;336(7635):88.
61. Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. The international classification of headache disorders: 2nd edition. *Cephalalgia*. 2004;24(suppl 1):1-160.
62. Stovener LJ, Hagen K, Jensen R, et al. The global burden of headache: a documentation of headache prevalence and disability worldwide. *Cephalalgia*. 2007;27(3):193-210.
63. Laurell K, Larsson B, Eeg-Olofsson O. Prevalence of headache in Swedish schoolchildren, with a focus on tension-type headache. *Cephalalgia*. 2004;24(5):380-388.
64. Schwartz BS, Stewart WF, Simon D, Lipton RB. Epidemiology of tension-type headache. *Jama*. 1998;279(5):381-383.
65. Scher AI, Stewart WF, Liberman J, Lipton RB. Prevalence of frequent headache in a population sample. *Headache*. 1998;38(7):497-506.
66. Schwartz BS, Stewart WF, Lipton RB. Lost workdays and decreased work effectiveness associated with headache in the workplace. *Journal of Occupational Medicine*. 1997;39(4):320-327.
67. Ashina M. Neurobiology of chronic tension-type headache. *Cephalalgia*. 2004;24(3):161-172.

68. Holroyd KA, Stensland M, Lipchik GL, et al. Psychosocial correlates and impact of chronic tension-type headaches. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*. 2000;40(1):3-16.
69. Holroyd KA. Psychological and behavioral techniques. In: Olesen J, Tfelt Hansen P, Welch KMA, eds. *The headaches*. New York: Raven Press, 1993. p. 515-20.
70. Coskun Ö. Gerilim tipi baş ağrısı ve tedavisi. *Türkiye Klinikleri Journal of Neurol-Special Topics*. 2008;1(1):22-6.
71. Blau JN. Sleep deprivation headache. *Cephalalgia*. 1990;10(4):157-160.
72. Kernick D, Matharu MS, Goadsby PJ. Cluster headache in primary care: unmissable, underdiagnosed and undertreated. *Br J Gen Pract*. 2006;56(528):486-487.
73. Sjaastad O, Bakkevig LS. Cluster headache prevalence. A large study of headache epidemiology. *Cephalalgia*. 2003;23:528-533.
74. May A, Bahra A, Buchel C, et al. Hypothalamic activation in cluster headache attacks. *Lancet*. 1998;352:275-278.
75. Cittadini E, Matharu MS, Goadsby PJ. Paroxysmal hemicrania: a prospective clinical study of 31 cases. *Brain*. 2008;131(4):1142-1155.
76. Newman LC, Lipton RB, Solomon S. Episodic paroxysmal hemicrania: 3 new cases and a review of the literature. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*. 1993;33(4):195-197.
77. Prakash S, Patell R. Paroxysmal hemicrania: an update. *Current pain and headache reports*. 2014;18(4):1-8.
78. Baykan B. Baş ağrıları. *Nöroloji*. Nobel Tıp Kitabevi, ikinci basım. İstanbul 2011, Syf.373-393.
79. Aydın S, Kurdak H. Aile Hekimliği Birinci Aşama Uyum Eğitimi Kurs Notları. 2.Bölüm. Ankara, 2014. Syf.67-70.
80. Turhan ES. Aile Hekimliği Dünya Ve Türkiye Uygulamaları: Aile Hekimliğinde Hekim-Hasta İlişkisinde İletişimin Rolü Ve Tarafların Memnuniyeti Üzerine Etkilerinin İncelenmesine Yönelik Bir Alan Araştırması. *Ufuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Sağlık Kurumları İşletmeciliği Yüksek Lisans Tezi*. Ankara 2014.

81. Göksan B. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. Baş, Boyun, Bel Ağrıları Sempozyum Dizisi. 2002;(30)5:15-21.
82. Yazıcı ZM, Kayhan FT. Baş Ağrısı. Klinik Gelişim. İstanbul Tabip Odası'nın Süreli Bilimsel Yayını. 2012;25(4):53.
83. Edlow JA, Panagos PD, Godwin SA, et al. Clinical policy: critical issues in the evaluation and management of patients presenting to the emergency department with acute headache. Journal of Emergency Nursing. 2009;35(3):43-71.
84. Baş ağrısı. <http://www.itfnoroloji.org/basagrisi/basagrisi.html> Erişim Tarihi:06.02.2016.
85. Dodick DW. Polysomnography in hypnic headache syndrome. Headache: The Journal of Head and Face Pain. 2000;40(9):748-52.
86. Altunkaynak Y. Başağrısı Olan Yaşlı Hastaya Yaklaşım. Klinik Gelişim. 2012;25:29-3.
87. Silberstein SD, Lipton RB. Overview of diagnosis and treatment of migraine. Neurology. 1994;44(10):6-16.
88. Hedborg K, Anderberg UM, Muhr C. Stress in migraine: personality-dependent vulnerability, life events, and gender are of significance. Upsala journal of medical sciences 2011;116(3): 187-199.
89. Leroux E, Ducros A. Cluster headache. Orphanet journal of rare diseases. 2008;3(1):1.
90. Cumurcu T, Doğanay S, Aydın E, ve ark. Temporal Arterit'e Bağlı Eş Zamanlı, Ani Görme Kaybı. Retina-Vitreus. 2011;19(4):270-273.
91. Headache classification committee of the IHS. Classification and diagnostic criteria for pain disorders, cranial neuralgias and facial pain. Cephalgia 1988;(Supp 7):1-96.
92. Yelboğa, Atilla. Kişilik Özellikleri ve İş Performansı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. İş, Güç Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi. 2006;8(2):196-211.
93. Şehabettinoğlu Ş. Kişilik Tipleri Ve Hastalıklara Yatkınlık. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Anabilim Dalı Hastane Ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi. İstanbul, 2015.

94. Taymur İ, Türkçapar MH. Kişilik: tanımı, sınıflaması ve değerlendirmesi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2012;4(2):154-177.
95. Topçu MK. Çalışanların Kişilik Özelliklerinin Örgütsel Özdeşleşme Ve İşten Ayrılma Niyeti Üzerine Etkisinde Psikolojik Sözleşme Algısının Rolü. Kara Harp Okulu Savunma Bilimleri Enstitüsü Savunma Yönetimi Ana Bilim Dalı Kara Harp Okulu Savunma Bilimleri Enstitüsü Savunma Yönetimi Ana Bilim Dalı, Ankara, 2015.
96. Jensen AR. Galton's Legacy to Research on Intelligence. *Journal of Biosocial Science*. Newyork, 2002;(34)02:145-148.
97. Yurtsever H. Kişilik özelliklerinin stres düzeyine etkisi ve stresle başa çıkma yolları: Üniversite öğrencileri üzerine bir araştırma. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Çalışma Ekonomisi Ve Endüstri İlişkileri Anabilim Dalı İnsan Kaynakları Programı Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 2009.
98. Hamamcı Z, Hamamcı E. Eğitim ve Öğretim Araştırmaları Dergisi. 2015;1(4)13 ISSN: 2146-9199.
99. Dal V. Farklı Kişilik Özelliklerine Sahip Bireylerin Risk Algılarının Tüketici Davranışı Açısından İncelenmesi: Üniversite Öğrencileri Üzerine Bir Araştırma. Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi. Isparta, 2009.
100. Carlson NR, Heth D, Harold M, John D. *Psychology the Science of Behavior*, New Jersey 2007:123.
101. Cloninger CR. A unified biosocial theory of personality and its role in the development of anxiety states. *Psychiatric Developments*. 1986;3(2):167-226.
102. Sıgır Ü, Gürbüz S. Örgütte Bireysel Farklılıklar, Kişilik ve Değerler. Örgütsel Davranış. İstanbul, Beta Yayınları. 2013:94-135.
103. Köknel Ö. Kaygıdan Mutluluğa Kişilik. Altın Kitaplar Yayınevi, İstanbul, 1995:69.
104. Soysal A. Çalışma Yaşamında Kişilik Tipleri: Bir Literatür Taraması. Çimento İşveren Dergisi. 2008;22(1):4-19.
105. Zel U. Yönetimde Kişilik ve Kişilik Özellikleri; Yönetim ve Organizasyon, Editör: S. Güney, Nobel Yayınları, Ankara, 2001:141-413.
106. Eroğlu F. Davranış Bilimleri, Beta Basım Yayım, İstanbul. 1998. Sf: 6-35.

107. İrkin AÇ. Çocukların gelişim süreci ve televizyonun etkileri. Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi. Radyo ve Televizyon Üst Kurulu, Ankara, 2012.
108. Kuzgun Y. Kendini gerçekleştirme. Ankara Üniversitesi Dil ve Tarih-Coğrafya Fakültesi Felsefe Bölümü Dergisi 1972;10(1):162-172.
109. Levinson DJ. A Conception of Adult Development, American Psychologist. 1986;41(1):37.
110. Yılmaz ED, Gençler AG, Ünal Ö, Aydemir Ö. Enneagramdan Dokuz Tip Mizaç Modeline Bir Öneri. Eğitim ve Bilim, Ankara 2014;39(173):402-404.
111. Bedow AK. Attachment Styles and Enneagram Types: Development and Testing of an Integrated Typology for use in Marriage and Family Therapy. Dissertation submitted to the faculty of the Virginia Polytechnic Institute and State University in partial fulfillment of the requirements for the degree of Doctor of Philosophy In Human Development. Blacksburg, Virginia 2008.
112. Taştan K. Kişilik Tiplerine Göre Stresle Mücadele. 2. Baskı. Erzurum, 2013. Syf.39-232.
113. Sharp PM. A factor analytic study of three Enneagram personality inventories and the Vocational Preference Inventory. Diss. Texas Tech University, 1994:23-47.
114. Webb K. Principles of the Enneagram. Singing Dragon, 2012;25-29.
115. Wagner JP, Walker RE. Reliability and validity study of a Sufi personality typology: The Enneagram. Journal of Clinical Psychology. 1983;39(5):712-717.
116. Maitri S, The Spiritual Dimension of the Enneagram: Nine Faces of the Soul, New York, 2009;22-151.
117. Taştan K, Aktürk Z, Işık M. Development and Validation of a Personality Type Inventory Based on Enneagram. Sylwan. 2013;159(7):161-177.
118. Juang KD, Wang Sj, Fuh JL ve ark. Comorbidity of depressive and anxiety disorders in chronic daily headache and its subtypes. Headache. 2000;40:818-823.
119. İnan L, Soykan C, Tulunay FC (1994) MMPI profiles of Turkish headache sufferers. Headache. 1994;34:152-154.
120. Enneagram Institute (2010). The Enneagram institute: World headquarters. <http://www.enneagraminstitute.com>. Erişim Tarihi:08.05.2016.

121. Coşkun Ö. Gerilim Tipi Baş Ağrısı ve Tedavisi. *Turkiye Klinikleri Journal of Neurology Special Topics*. 2008;1(1):22-26.
122. Türk Başağrısı Epidemiyoloji Çalışma Grubu. Headache Screening Survey. Piar-Gallup, İstanbul, 1997;1-53
123. Ertas M, Baykan B, Orhan KE, et al. One-year prevalence and the impact of migraine and tension-type headache in Turkey: A nationwide home-based study in adults. *J Headache Pain*. 2012;(13)147–157.
124. Arslantas D, Tozun M, Unsal A, et al. Headache and its effects on health-related quality of life among adults. *Turkish Neurosurgery*. 2012;(23)4:498-504.
125. Stovner LJ, Hagen K, Jensen R. et al. The global burden of headache: a documentation of headache prevalence and disability worldwide. *Cephalalgia* 2007;27(3):193-210.
126. Aslantaş D, Metintaş S, Ünsal A et al. Eskişehir kırsal kesim öğrencilerinde baş ağrısı sıklığı ve etkileyen etmenler. 2007;16(1):1-5.
127. Ayvat PÜ, Aydın ON, Oğurlu M. Adnan Menderes üniversitesi tıp fakültesi algoloji polikliniği'ne başvuran hastaların sosyodemografik özellikleri ve ağrı prevalansı. *Ağrı*. 2011;(23):28-39.
128. Ayranci U, Tozun M, Unsal A. Headache among adults and its effect on quality of life in a town of Western Turkey. *Pak J Med Sci*. 2011;27(4):775-779.
129. Gururaj G, Kulkarni GB, Rao GN, et al. Prevalence and sociodemographic correlates of primary headache disorders: results of a population-based survey from Bangalore, India. *Indian journal of public health*. 2014;58(4):241
130. Edward M, Zairenthiama P, Yeh HH, et al. The epidemiology of primary headache disorders in Zambia: a population-based door-to-door survey. *J Headache Pain*. 2015;16(1):515.
131. Öztürk M, Öngel B, Öztürk Y, et al. Migren ve gerilim tipi baş ağrılarında ağrı ve sosyoekonomik özellikler. *Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*. 2001;(14):48-52.
132. Mavioğlu H, Karaca S, Yılmaz H, et al. Başağrısı poliklinik hastalarının demografik ve klinik profili. *Düşünen Adam* 2000;2(1):110-15.
133. Steward WF, Lipton RB. Migraine headache: Epidemiology ad health care utilization. *Cephalalgia*. 1993;(Suppl 12):41-46

134. Noor T, Sajjad A, Asma A. Frequency, character and predisposing factor of headache among students of medical college of Karachi. JPak Med Assoc 2016;(66)2:159-163.
135. Lin YK, Lin GY, Lee JT, et al. Associations Between Sleep Quality and Migraine Frequency: A Cross-Sectional Case-Control Study. Medicine. 2016;95(17):1-7 ISSN: 0025-7974 DOI: 10.1097/MD.0000000000003554.
136. Karlıdere T. Başağrısına Psikiyatrik Yaklaşım. Türkiye Klinikleri Journal of ent Special Topics 2010;3(3):58-65.
137. Akyıldız K, Sercan M, Yıldız N. ve ark. Bas ağrısı yalnızca bas ağrısı midir? Bas ağrısı ile ruhsal bozuklukların eş tanısı. Dusunen Adam. 2015;28(1):34-46 DOI:10.5350/DAJPN2015280104

1.Yaş:

2.Cinsiyet:

3. Kilo: Boy: BMI:

4.Medeni hal:
mı?

- a) Bekar
b) Evli

9.Gece ortalama uyku süreniz:

- a) 7 saatten az
b) 7 veya 8 saat
c) 8 saatten fazla

10. Kronik fiziksel bir hastalığınız var

- a) Var b) Yok

c) Boşanmış
mı?

5. Yaşadığınız yer

- a) İl
- b) İlçe
- c) Köy

6. Eğitim durumunuz:

- a) Okur - Yazar
- b) İlk / Orta okul
- c) Lise
- d) Üniversite
- e) Yüksek lisans

7. Mesleğiniz:

- a) Çalışmıyor
- b) Öğrenci
- c) Memur
- d) Diğer:...

8. Gelir durumunuz:

- a) < 1050 tl
- b) 1050 - 2500 tl
- c) 2500 - 4000 tl
- d) > 4000 tl

11. Kronik ruhsal bir hastalığınız var

- a) Var
- b) Yok

12. Baş ağrınızın sıklığı nedir?

- a) Ayda bir veya iki kez
- b) Haftada bir kez
- c) Haftada 2 veya 3 kez
- d) Hemen hemen her gün

13. Baş ağrınızın şiddetini nasıl tanımlarsınız?

- a) Hafif
- b) Orta
- c) Şiddetli
- d) Çok şiddetli

No	TAŞTAN KİŞİLİK TİPİ ÖLÇEĞİ	0-Kesinlikle hayır	1-Hayır	2-Kısmen hayır	3-Ne evet ne hayır	4-Kısmen evet	5-Evet	6-Kesinlikle evet
1	Aşağıdaki sorular kişilik tipinizi belirlememize yardımcı olacaktır. Lütfen genel yaşantınızı dikkate alarak her bir soru için size en uygun kutucuğa işaret koyunuz.							
1	Bütün seçenekleri değerlendirdiğim için eyleme geçmekte zorlanırım.							
2	Detaylar konusunda çok hassasım.							
3	Eleştirel bir bakış açısına sahibim.							
4	Neyin tehlikeli ya da zararlı olacağını hemen tespit ederim.							
5	Yaptığım işi en ince ayrıntısına kadar düşünür, öyle yaparım.							
6	Alçakgönüllü biriyim.							
7	Can sıkıntısına hiç tahammül edemem.							
8	İnsanların benimle, lafı evirip çevirmeden dosdoğru konuşmalarını isterim.							

9	Takdir edilmek benim için çok önemlidir.								
10	Bir iş verdiğim insan çok yavaş çalışırsa, işi ondan alıp kendim tamamlarım.								
11	Çok azimli biriyim.								
12	Çok çalışkan biriyim.								
13	Elimi attığım hemen her işin altından kalkarım.								
14	Her zaman ulaşmak istediğim bir hedefim vardır.								
15	Her zaman yapacak işim vardır.								
16	Çabuk kırılabilirim.								
17	Çok hassas bir insanım.								
18	Çok yoğun duygular yaşarım.								
19	Estetik anlayışım çok gelişmiştir.								
20	Sık sık hüzünlenirim.								
21	Araştırmacı biriyim.								
22	Ayrıntılara çok dikkat ederim.								
23	Gözlem yeteneğim çok iyidir.								
24	Hayal dünyam çok gelişmiştir.								
25	Sanatçı ruhluym.								
26	Kendimi emniyette hissetmek için sürekli tetikte olmam gerekir.								
27	Riske girmekten hoşlanmam.								
28	Şüpheliğim risk almama engel olur.								
29	Yönetici pozisyonunda olmaktan rahatsızlık duyarım.								
30	Aktif ve sosyal bir insanım.								
31	Bitmek tükenmek bilmeyen bir enerjiye sahibim.								
32	Genelde neşeli biriyim.								
33	Girdiğim ortama neşe saçarım.								
34	Girdiğim her savaşı kazanamayabilirim ama düşmanlarım beni kolay kolay unutamazlar.								
35	Her işi başarabilirim.								
36	Her zaman kendi başıma buyruk olmayı tercih ederim.								
37	Herkesten farklı olduğumu düşünürüm.								
38	Sıra dışı olmak benim için önemlidir.								
39	Tartışmalarda kolay kolay geri adım atmam.								
40	Birine açıkça öfkelenmekte zorlanırım.								
41	En çok kaçındığım şey çatışmadır.								
42	En önemli özelliğim barışçı ve uyumlu olmaktır.								
43	Huzur ve sükûneti korumak için elimden gelen her şeyi yaparım.								
44	Sabırlı biriyim.								