

T.C.
Atatürk Üniversitesi Tıp Fakóltesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

MİGREN HASTALARININ KİŞİLİK TİPİ ÖZELLİKLERİNİN ARAŞTIRILMASI

Dr. Emine KOLİKOĞLU AKBULUT

UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN
Doç. Dr. Kenan TAŞTAN

ERZURUM-2022

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER	i
KISALTMALAR DİZİNİ	iii
TABLolar DİZİNİ	v
ŞEKİLLER DİZİNİ	vi
TEŞEKKÜR	vii
ÖZET.....	viii
ABSTRACT	x
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Ağrı.....	3
2.1.1. Ağrı Kavramının Tanımı	3
2.1.2. Ağrının Sınıflandırılması.....	4
2.1.3. Baş Ağrısı	5
2.1.3.1. Baş Ağrısı Kavramı	5
2.1.3.2. Baş Ağrıların Tarihçesi.....	5
2.1.3.3. Baş Ağrıların Sınıflandırılması.....	6
2.1.3.4. Baş Ağrılı Hastaya Tanısal Yaklaşım.....	12
2.2. Migren	13
2.2.1. Migren Baş Ağrıların Sınıflandırılması.....	14
2.2.1.1. Aurasız Migren (Yaygın Migren, Hemikraniya Simpleks)	14
2.2.1.2. Auralı Migren	15
2.2.1.2.1. Tipik Auralı Migren.....	15
2.2.1.2.2. Beyin sapı Auralı Migren	16
2.2.1.2.3. Hemiplejik Migren.....	16
2.2.1.2.4. Retinal Migren	17
2.2.1.3. Kronik Migren	17
2.2.2. Migreni Tetikleyen Faktörler	19
2.2.3. Migren Patofizyolojisi	20
2.2.4. Migren Tanısı	22
2.2.5. Migren Tedavisi	22
2.2.5.1. Migrende Farmakolojik Tedavi	22

2.2.5.1.2. Migren Atak (Akut Ağrı) Tedavisi	22
2.2.5.1.3. Profilaktik Tedavi	24
2.2.5.2. Migren Tedavisinde Non Farmakolojik Uygulamalar.....	25
2.3. Kişilik Tanımı	25
2.4. Kişilik Oluşumunda Etkili Olan Unsurlar	29
2.5. Enneagram.....	30
2.5.1. Bir Numaralı Kişilik Tipi: Mükemmeliyetçi-Reformcu.....	34
2.5.2. İki Numaralı Kişilik Tipi: Yardımsever	35
2.5.3. Üç Numaralı Kişilik Tipi: Başaran-Motivatör	35
2.5.4. Dört Numaralı Kişilik Tipi: Traji-Romantik	37
2.5.5. Beş Numaralı Kişilik Tipi: Gözlemci-Araştırmacı.....	37
2.5.6. Altı Numaralı Kişilik Tipi: Sadık-Sorgulayan	38
2.5.7. Yedi Numaralı Kişilik Tipi: Ehli Keyf-Rahatına Düşkün.....	39
2.5.8. Sekiz Numaralı Kişilik Tipi: Reis-Lider	40
2.5.9. Dokuz Numaralı Kişilik Tipi: Barışçı-Sakin.....	41
3. GEREÇ VE YÖNTEM	43
4. BULGULAR.....	45
5. TARTIŞMA	49
6. SONUÇ.....	52
KAYNAKLAR	53
EKLER.....	58
EK-1. TAŞTAN KİŞİLİK TİPİ ÖLÇEĞİ	58
EK-2. ETİK KURUL ONAYI	60

KISALTMALAR DİZİNİ

5-HT	: 5 Hidroksi Triptamin
BOS	: Beyin Omurilik Sıvısı
CADASİL	: Cerebral Autosomal Dominant Arteriopathy with Sub-cortical Infarcts and Leukoencephalopathy
CGRP	: Calsitonin Gen Related Peptid
CSD	: Kortikal Yayılan Depresyon
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
FHM	: Familial Hemiplejik Migren
HaNDL	: Headache, Neurological Deficit, Lymphocytic Pleocytosis
IASP	: International Association for the Study of Pain
ICD	: International Classification of Disease-ICD-10)
ICHD	: The International Classification of Headache Disorders
IHS	: International Headache Society
İ.M	: İntra Muscüler
İ.V	: İntra Venöz
İAKB	: İlaç Aşırı Kullanımı Baş ağrısı
M.Ö	: Milattan Önce
M.S	: Milattan Sonra
MELAS	: Mitochondrial Encephalomyopathy, Lactic Acidosis, and Stroke-like Episodes
NO	: Nitrik oksit
NSAİİ	: Nonsteroidal antiinflamatuvar ilaçlar
P.O	: Peroral
PACAP	: Pitüiter Adenilat Siklaz Aktive Edici Peptid
S.C	: Subcutan
SNRI	: Serotonin and Nörepinephrine Reuptake Inhibitör
SP	: Subtans P
SUNA	: Short-lasting Unilateral Neuralgiform Headache with Autonomic Symptoms

SUNCT	: Short-lasting Unilateral Neuralgiform Headaches with Conjunctival Injection and Tearing
TAD	: Trisiklik Anti Depresan
TOS	: Trigeminal Otonomik Sefaljiler
UATT	: Uluslararası Ağrı Araştırmaları Teşkilatı
UBT	: Uluslararası Baş Ağrısı Topluluğu
UHS	: Uluslararası Hastalık Sınıflaması
Vb	: ve benzeri
VIP	: Vazoaktif İntestinal Peptit
WHO	: World Health Organization

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1. Migreni Tetikleyen Faktörler	19
Tablo 2. Migrene spesifik olmayan, atak tedavisinde kullanılan analjezikler	23
Tablo 3. Atak tedavisinde kullanılan migrene özgü ilaçlar, Triptan (Selektif 5HT _{1B/1D} agonistleri).....	23
Tablo 4. Katılımcıların Migren durumuna göre sosyodemografik özellikleri	45
Tablo 5. Katılımcıların migren durumlarına göre kişilik tipi dağılımları	46
Tablo 6. Araştırmaya katılanların migren durumuna göre yaş ortalamaları ve ortancaları.....	46
Tablo 7. Katılımcıların cinsiyetlerine göre migren durum dağılımları	47
Tablo 8. Katılımcıların eğitim durumlarına göre migren durumları dağılımı	47
Tablo 9. Katılımcıların mesleklerine göre migren durumları dağılımı	48
Tablo 10. Katılımcıların kişilik tiplerine göre migren durum dağılımları	48

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Enneagram Modeli.....	32
Şekil 2. Kişilik Tiplerinin İçgüdü, Duygu ve Düşünceye Göre Gruplandırılması.....	32
Şekil 3. Enneagram Sisteminin Dinamikleri.....	33

TEŞEKKÜR

Tez çalışmamın, başından sonuna her aşamasında ilgi ve desteğini esirgemeyen, değerli bilgi ve tecrübelerinden her zaman yararlanma fırsatı bulduğum, tez danışmanım kıymetli hocam Doç. Dr. Kenan Taştan'a,

Uzmanlık eğitimim boyunca deneyim ve bilgileri ile yol gösteren, desteğini esirgemeyen, birlikte çalışma fırsatı bulduğum için şanslı hissettiğim saygıdeğer Hocam, Anabilim Dalı Başkanımız Prof. Dr. Yasemin Çayır'a,

Asistanlık eğitimim süresince bilgi, birikim ve deneyimlerini paylaşan Aile Hekimliği Anabilim Dalı öğretim üyeleri Dr. Öğr. Üyesi Mustafa Bayraktar'a, Dr. Öğr. Üyesi Suat Sincan'a ve Dr. Öğr. Üyesi İdeal Beraa Yılmaz Kartal'a,

Tez çalışmam süresince yardım ve desteklerinden çokça faydalandığım Dr. Mehmet Doğan'a,

Büyük fedakârlıklarla bugünlere gelmemi sağlayan, varlıklarıyla bana güven veren, her zorlukta en büyük destekçilerim annem Çiydem Kolikoğlu'na, babam İlhami Kolikoğlu'na, canım kardeşlerim Mehtap, Nesibe ve Şeyma'ya,

Çalışmalarında beni destekleyen, anlayış ve sabır gösteren sevgili eşim Abdüsselam'a ve en kıymetlim, biricik kızım Serra'ya

En içten sevgi ve teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Emine KOLİKOĞLU AKBULUT

ÖZET

Migren Hastalarının Kişilik Tipi Özelliklerinin Araştırılması

Amaç: Bu çalışmanın amacı migren hastalığı ve kişilik tipleri arasındaki korelasyonu değerlendirmektir.

Yöntem: Çalışmamız Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'na bağlı eğitim tipi aile sağlığı merkezleri ve Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma Hastanesi nöroloji polikliniğine 01.01.2021-30.06.2021 tarihleri arasında başvuran daha önce bir nöroloji uzmanı tarafından migren tanısı almış ve herhangi başka bir nörolojik hastalığı olmayan 300 kişi ile sağlıklı 303 kişilik kontrol grubu olmak üzere 18-65 yaş arasında toplam 603 kişi üzerinde yapıldı. Her iki gruba kişisel bilgi toplama formu ve kişilik tiplerini tespit etmek amacıyla Taştan Kişilik Tipi Ölçeği uygulandı.

Araştırma kapsamında toplanan veriler SPSS 20 programı aracılığıyla veri tabanına aktarılmış ve değerlendirilmiştir. Analizlerde verilerin tanımlayıcı özellikleri; kategorik değişkenler için sayı (n) ve yüzdelere (%), sayısal değişkenler için ortalama (ort.), standart sapma (SS), ortanca, en küçük ve en büyük (min.-maks.) değer olarak sunulmuştur. Sayısal değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu, Kolmogorov-Smirnov Testi ve grafikleme yöntemleriyle araştırılmıştır. Normal dağılmayan sayısal değişkenlerin karşılaştırılmasında Mann-Whitney U Testi ve kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında ise Ki-kare Testi kullanılmıştır. İstatistiksel olarak anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak kabul edilmiştir.

Bulgular: Kontrol grubunun 190'ı (%62.7) kadın iken; 113'ü (%37.3) erkek idi. Migrenli olguların ise 213'ü (%71) kadın iken 87'si (%29) erkek idi.

Çalışmamıza katılan migren tanılı olguların yaş ortalaması 33.64 ± 10.7 iken kontrol grubunun yaş ortalaması 32.08 ± 11.2 idi. Çalışma grubu ve kontrol grubu arasında yaş yönüyle anlamlı fark saptandı ($p<0.05$).

Eğitim yönüyle incelendiğinde yüksek lisans (%60) ve ilköğretim mezunlarında (%58.3) migren oranı daha yüksekti. Migren görölme durumu eğitim durumları arasında benzerdi ($p>0.05$).

Migren oranı meslek yönüyle bakıldığında işsizlerde (%65.2), işçilerde (%61.9) ve ev hanımlarında (%57.4) yüksek olup meslek grupları arasında istatistiksel olarak anlamlılık saptandı ($p<0.05$).

Katılımcıların migren durumlarına göre kişilik tipleri incelendiğinde; migrenli olgularda traji-romantik (tip 4) kişilik tipinin en yüksek oranda 81 kişi (%27) olduğu, bunu yardımsever (tip 2) 37 (%12.3) ve başaran (tip 3) kişilik tiplerinn 36 (%12) kişi ile takip ettiği, en düşük oranda görülen kişilik tipinin ise barışçı (tip 9) kişilik tipi 22 (%7.3) olduğu görölmüşür.

Sonuç: Migren tanısı olan hastalarının kişilik tipleri araştırıldığında dört numaralı kişilik tipinin (traji-romantik) normal popölasyondan oluşan kontrol grubuna göre daha sık olduğu göröldü. Bu durum, dört numaralı kişilik tipine sahip bireyler migren için risk faktörü olarak kabul edilmelidir. Bu çalışma sonucundan aldığımız verilerin daha fazla merkezde geniş çaplı çalışmalarla desteklenmesi faydalı olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Migren, baş ağrısı, enneagram, kişilik tipi

ABSTRACT

Determination of Personality Type Characteristics of Migraine Patients

Objective: The aim of this study is to evaluate the correlation between migraine disease and personality types.

Method: Our study was diagnosed with migraine by a neurologist who applied to the education-type family health centers affiliated to Atatürk University Faculty of Medicine, Department of Family Medicine and to the neurology outpatient clinic of Atatürk University Faculty of Medicine Research Hospital between 01.01.2021 and 30.06.2021. The study was carried out on 603 people between the ages of 18-65, including 300 people without a neurological disease and a control group of 303 healthy people. The Stone Personality Type Scale was applied to both groups in order to determine the personal information collection form and personality types.

The data collected within the scope of the research were transferred to the database through the SPSS 20 program and evaluated. Descriptive properties of data in analysis; numbers (n) and percentages (%) for categorical variables, mean (mean), standard deviation (SD), median, smallest and largest (min.-max.) values for numerical variables. The suitability of numerical variables to normal distribution was investigated by Kolmogorov-Smirnov Test and graphing methods. Mann-Whitney U Test was used to compare the numerical variables that were not normally distributed, and the Chi-square Test was used to compare the categorical variables. The statistical significance level was accepted as $p < 0.05$.

Results: While 190 (62.7%) of the control group were women; 113 (37.3%) were male. Of the migraine patients, 213 (71%) were female, while 87 (29%) were male.

The mean age of the migraine patients included in our study was 33.64 ± 10.7 years, while the mean age of the control group was 32.08 ± 11.2 years. There was a significant age difference between the study group and the control group ($p < 0.05$).

When examined in terms of education, the rate of migraine was higher in graduates (60%) and primary school graduates (58.3%). Migraine incidence was similar between education levels ($p>0.05$).

Considering the occupational aspect, the migraine rate was higher in the unemployed (65.2%), workers (61.9%) and housewives (57.4%), and statistical significance was found between occupational groups ($p<0.05$).

When the personality types of the participants are examined according to their migraine status; In patients with migraine, the tragi-romantic (type 4) personality type was the highest in 81 (27%), followed by 36 (12%) benevolent (type 2) 37 (12.3%) and successful (type 3) personality types. , the lowest rate of personality type was found to be peaceful (type 9) 22 (7.3%).

Conclusion: When the personality types of patients with migraine were investigated, it was seen that personality type number four (tragi-romantic) was more common than the control group consisting of the normal population. This situation should be considered as a risk factor for migraine in individuals with personality type number four. It would be beneficial to support the data obtained from this study with large-scale studies in more centers.

Keywords: Migraine, headache, enneagram, personality type

1. GİRİŞ

İnsanoğlunun yaşamında, var olduğu günden beri hemen her yaşta, cinsiyet ayırt etmeksizin en sık karşılaştığı sağlık sorunlarından biri baş ağrısıdır. Baş ağrısı basit bir ağrı olabilmekle beraber kötü bir hastalığın belirtisi de olabilir. Toplumda meydana getirdiği maddi manevi engellilik, verimsizlik nedeniyle önem arz eden baş ağrısı, Uluslararası Baş Ağrısı Topluluğu “*International Headache Society*” (IHS) tarafından primer sebepler ve sekonder sebepler olarak iki ana başlıkta kategorize edilmiştir (1). Primer sebepler adı altında incelenen migren, toplumda birçok kişiyi etkileyen, günlük aktivitelerinden dahi alıkoyan patofizyolojisi tam olarak aydınlatılamamış, basit olmayan nörovasküler bir hastalık olarak değerlendirilmektedir. Migren küresel olarak iş göremezlik nedeniyle kaybolan yılların en çok ikinci nedenidir (2). Yeti yitimine en çok sebebiyet veren migren alt grubu ise, ayın yarısından fazlasının ağrıyla geçirildiği, sık ataklarla karakterize kronik migrendir (3). Yapılan çalışmalarda migrenin kalp ve damar hastalıklarıyla, ruh sağlığı hastalıklarıyla ve dissomnia ile ilişkisi bulunmuştur (4). Genel olarak yirmili ve otuzlu yaşlarda başlangıç gösterip kırklı yaşlara doğru prevalansı giderek artar, sonrasında yaş arttıkça görülme sıklığında azalma olur (5). Genetik ve çevresel etkenlerin birlikte etkili olduğu düşünülen migren 72 saate kadar sürebilir. Sayılamayacak kadar nörovasküler belirtiler gösterebilen migren, auralı ya da aurasız olup zaman zaman yineleyerek devam eder. Ataklar arasındaki süre belli değildir ve bu sürede kişiler asemptomatik olup normal yaşamlarını idame ettirirler. Migrende aura şart olmadığı gibi aura sonrası baş ağrısı da olmayabilir ve asefaljik migren olarak sınıflandırılır (6).

Patofizyolojisini aydınlatmak için üzerinde çok çalışılan migrenin altta yatan fizyolojik, anatomik, genetik ve birçok çevresel tetikleyicisi olduğu varsayılmaktadır. İnsan hayatına yön veren kişilik, genetik ve çevre gibi birçok faktörden etkilenir. Hayattaki hemen her faktörü etkiler hastalıklar da bunlardan bir tanesidir. Örneğin her ikisi de kardiyolog olan Meyer Friedman ve Rosenman yaptıkları çalışmalarında kişilik tipi ile kardiyovasküler hastalık oluşma riski arasındaki ilişkiyi gözlemleyip anlamlı bir sonuca ulaşmışlardır (7). Migren tanısı olanlarda kişilik tipinin normal popülasyondan farklılık gösterdiği de yapılan bir çalışmada tespit edilmiş ve psikiyatrik hastalıklarla ilişkisi saptanmıştır (8). Yapılan çalışmalarda daha çok

epizotlarla seyreden migren hastalarıyla kronik migrenli hastaların karşılaştırılması yapılmıştır. Kontrol grubunu sağlıklı kişilerin oluşturduğu araştırmalar azdır. Çalışmamızda, migren tanılı olguların kişilik tiplerinin belirlenmesi, bu kişilik profillerinin migren ile ilişkisinin araştırılması ve elde edilen bu verilerin sağlıklı gönüllülerle karşılaştırılması amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Ağrı

2.1.1. Ağrı Kavramının Tanımı

Ağrı, Uluslararası Ağrı Araştırmaları Teşkilatı'na (IASP-International Association for the Study of Pain) göre: “doku hasarı veya potansiyel doku hasarı ile birlikteliği olan veya olmayan belirli bir vücut bölgesinde, kişilerin geçmişteki tecrübeleriyle bildikleri hoş olmayan duyuşsal ve emosyonel bir durumdur.” şeklinde tanımlanmaktadır. Ağrı hem dünyada hem de ülkemizde oldukça yaygın ve giderek artan bir sağlık sorunudur (9).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından ağrı, bilhassa kronikleşen ağrı halk sağlığını olumsuz etkileyen, toplum sağlığı için önem arz eden bir sorun olarak görülmüştür (10). Ağrı yaş, cinsiyet, ortaya çıkış sebebi gibi durumlara göre şekillenen her zaman bir doku hasarıyla beraber olmayan psikolojik temelli, öznel yapısı olan durumdur. Ağrı duyusu vücutta hasar oluşturabilecek dış etkenlere karşı vücudu korumak için ortaya çıkan, aslında bir savunma mekanizması sonucu oluşan bir sinyaldir. Ağrısı bulunan bir kişinin yüz ifadesi, postürü, kendini ifade etme biçimi içinde bulunduğu durumun ne kadar kötü olduğunu yansıtır. Kişinin ağrıyı algılamasını ve ağrıya karşı oluşan tepkisini etkileyen birçok etken vardır. Bu etkenler; yaş, cinsiyet, entelektüel gelişim seviyesi, karakter, genetik, eşlik eden başka semptomlar, kültürel faktörler, yaşadığı tecrübeler, aile ve çevre desteği gibi biyolojik faktörlerin yanında ağrı hissinin oluşturduğu stres ve bununla başa çıkabilme korkusugibi psikolojik etkenlerdir (11).

Ağrı nörofizyolojisi; nosiseptör adı verilen özelleşmiş reseptörlerin ağrı oluşumunu tetikleyen uyarıcı tarafından aktive edilmesiyle başlar. Reseptörlerin aktive edilmesiyle aksiyon potansiyeli oluşur bu duruma transdüksiyon adı verilir. Bu potansiyelin santral sinir sistemine taşınmasına transmisyon denir. A δ (A delta) lifleriyle hızlı ağrı; myelinsiz C lifleriyle yavaş ağrı duyusu kortekste ağrı oluşumundan sorumlu bölgelere iletilir ve ağrı duyusu oluşur (12). Kortekse ulaşan ve

ilgili bölüm tarafından değerlendirilen uyarının ayrımı yapılır. Bu basamağa da persepsiyon (idrak) denir. Persepsiyon sonucunda kişi algıladığı duruma uygun davranışta bulunacaktır (11). Ağrının oluşumu için uyarana maruziyetten ağrı hissi oluşumuna kadarki yolların sağlam olması gerekir.

2.1.2. Ağrının Sınıflandırılması (13)

1. Nörofizyolojik mekanizmalara göre

- a. Nosiseptif
- b. Somatik
- c. Visseral
- d. Nöropatik (nonnosiseptif)
 - * Santral
 - * Periferik
- e. Psikojenik

2. Süreye göre

- a. Akut
- b. Kronik

3. Etiyolojik faktörlere göre

- a. Kanser ağrısı
- b. Postherpetik nevralji
- c. Orak hücreli anemiye bağlı ağrı
- d. Artrit ağrısı

4. Ağrı bölgesine göre

- a. Baş ağrısı
- b. Yüz ağrısı
- c. Bel ağrısı
- d. Pelvik ağrı

2.1.3. Baş Ağrısı

2.1.3.1. Baş Ağrısı Kavramı

Baş ağrısı hemen her toplumda hem acil servislere hem polikliniklere en yaygın başvuru sebeplerindendir. Hayat boyunca en az bir kez baş ağrısı deneyimi genel popülasyonda %95'in üzerindedir (14). Çok sık tanımlanan bu yakınmaya yol açan nedenler, temel olarak iki ana başlık altında irdelenir. Bunlar primer nedenler ve sekonder nedenlerdir. Baş ağrısı bulunan hastada ilk önce yapılması gereken hastanın baş ağrısının primer mi sekonder mi olduğunu ayırt etmektir (15, 16).

2.1.3.2. Baş Ağrılarının Tarihçesi

Eski çağda insanlar baş ağrısı, epilepsi gibi hastalıklara kötü ruhların sebep olduğuna inanmışlardır. M.Ö. 3000'li yıllarda Sümerler tarafından yazılmış olan ve baş ağrısını anlatan şiir, baş ağrısına ait bilinen yazılı en eski kaynaktır. M.Ö. 2500 yıllarından kalma kaynaklara dayandığı söylenen Ebers papirüsünde migren, nevralji, saplanıcı baş ağrısı tarif edilmektedir. Hipokrat, M.Ö. 4000 yılında baş ağrısının cinsel ilişki ile veya egzersizle olabileceğini, mideden başa yükselen gazların migreni tetiklediğini ve kişinin kusarak rahatladığını söyleyerek, auranın tanımını yapmıştır. M.Ö. 200'lü yıllarda Kapadokyalı Areteus ise başın tek yarımında hissedilen bulantının da eşlik edebildiği baş ağrısını tarif ederek migrenin keşfini yapmıştır. M.S. 200'lü yıllarda Romalı hekim Galen, başın yarısı anlamına gelen Latince'de "hemicrania" kelimesinden yola çıkarak migren adlandırmasını yapmıştır.

Modern nörolojinin öncüsü Thomas Willis (1621-1675) migren tipi baş ağrılarını vasküler durumların tetikleyebileceğini söylemiştir (17). 1783 yılında Tisso migrene "supraorbital nevralji" adını vererek migren olmayan baş ağrılarından ayrımını yapmıştır (18). 19. yüzyılda yapılan çalışmalar daha çok patofizyoloji ağırlıklı olup nörovasküler yaklaşımlar kabul görmüştür ve aynı yıllarda yapılan farmakolojik çalışmalar dihidroergotamin ve ardından triptanların bulunmasıyla migren tedavisinde modern tedaviye adım atılmıştır (19). Son yıllarda yapılan çalışmalarda familyal hemiplejik migren (FHM) genleri (CACNA1A, SCN1A,

ATP1A2) keşfedilmiş ve migren ile küme tipi baş ağrısından sorumlu olabilecek beyin sapı merkezleri belirlenmiştir. Bütün bu aşamaların sonucunda Uluslararası Baş Ağrısı Derneği (IHS) tarafından oluşturulan bir komite (Headache Classification Committee of the International Headache Society); tüm baş ağrıları ve tanı kriterlerini içeren bir sınıflama (The International Classification of Headache Disorders (ICHD)) yayınlamıştır. İlk sınıflama 1988’de, ikincisi 2004’te ve 2013 yılında ICHD-3 beta versiyonu yayınlanmıştır (20-22). En son 2018’de ICHD-3 yayınlanmıştır (23).

2.1.3.3. Baş Ağrılarının Sınıflandırılması

IHS, baş ağrısı teşhisinde belli bir standart oluşturmak ve yapılacak bilimsel çalışmalara kolaylık sağlamak amacıyla baş ağrılarını ayrıntılı şekilde sınıflamış, en güncel olarak 2018 yılında IV. Uluslararası Baş Ağrısı Bozuklukları Sınıflandırması 3. baskısında (ICHD-3) baş ağrısı bozukluklarının tanısı ve sınıflandırılması revize edilmiştir (24).

Uluslararası Baş Ağrısı Derneği kriterleri, WHO tarafından da kabul görmüş ve Uluslararası Hastalık Sınıflaması’na (International Classification of Disease-ICD-10) dahil edilmiştir (1) .

ICD-10 sınıflamasında baş ağrısı, nörolojik patolojilere dayandırılan primer baş ağrıları ve bu durum dışında kalan sekonder baş ağrıları olmak üzere 2 başlık altında incelenmiştir (1).

Direkt baş ağrısı olarak kendini gösteren, herhangi bir hastalıkla ilişkilendirilemeyen baş ağrılarına primer baş ağrısı denir. Alınan iyi bir anamnez, yapılan ayrıntılı fizik ve nörolojik tam muayene, gerektiğinde başvurulacak tetkiklerle gösterilecek bir nedenin ya da sistemik bir hastalığın sebep olduğu, kafa travması öyküsünün olması gibi sebep olabilecek başka ağrıların dışlandığı baş ağrıları; primer baş ağrıları olarak değerlendirilir(1).

Baş ağrılarının %90’ını primer baş ağrıları oluştururken, primer baş ağrılarının %90’ını migren tipi baş ağrısı oluşturmaktadır (24).

IHS 2018 Sınıflama Sistemine Göre Primer Baş Ağrısı Bozuklukları

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 (FHM1)

1.2.3.1.2. Ailesel hemiplejik migren (FHM2)

1.2.3.1.3. Ailesel hemiplejik migren (FHM3)

1.2.3.1.4. Ailesel hemiplejik migren, diğer lokus

1.2.3.2. Sporadik hemiplejik migren (SHM)

1.2.4. Retinal migren

1.3. Kronik migren

1.4. Migren komplikasyonları

1.4.1. Status migrenozus

1.4.2. İnfarkt olmaksızın kalıcı aura

1.4.3. Migrenöz infarkt

1.4.4. Migren aurasıyla tetiklenen nöbet

1.5. Olası migren

1.5.1. Aurasız olası migren

1.5.2. Auralı olası migren

1.6. Migrenle ilişkili olabilecek epizodik sendromlar

1.6.1. Yineleyen gastrointestinal rahatsızlık

1.6.1.1. Siklik kusma sendromu

1.6.1.2. Abdominal migren

1.6.2. Selim paroksizmal vertigo

1.6.3. Selim paroksizmal tortikollis

2. Gerilim Tipi Baş Ağrısı

1.2. Seyrek epizodik gerilim tipi baş ağrısı

1.2.1. Perikranial duyarlılığın eşlik ettiği seyrek epizodik gerilim tipi baş ağrısı

1.2.2. Perikranial duyarlılığın eşlik etmediği seyrek epizodik gerilim tipi baş ağrısı

2.2. Sık epizodik gerilim tipi baş ağrısı

2.2.1. Perikranial duyarlılığın eşlik ettiği sık epizodik gerilim tipi baş ağrısı

2.2.2. Perikranial duyarlılığın eşlik etmediği sık epizodik gerilim tipi baş ağrısı

2.3. Kronik gerilim tipi baş ağrısı

2.3.1. Perikranial duyarlılığın eşlik ettiği kronik gerilim tipi baş ağrısı

2.3.2. Perikranial duyarlılığın eşlik etmediği kronik gerilim tipi baş ağrısı

2.4. Olası gerilim tipi baş ağrısı

2.4.1. Olası seyrek epizodik gerilim tipi baş ağrısı

2.4.2. Olası sık epizodik gerilim tipi baş ağrısı

2.4.3. Olası kronik epizodik gerilim tipi baş ağrısı

3. Trigeminal Otonomik Sefaljiler (TOS)

3.1. Küme baş ağrısı

3.1.1. Epizodik küme baş ağrısı

3.1.2. Kronik küme baş ağrısı

3.2. Paroksizmal hemikranya

3.2.1. Epizodik paroksizmal hemikranya

3.2.2. Kronik paroksizmal hemikranya

3.3. Kısa süren tek taraflı nevrалjiiform baş ağrısı atakları

3.3.1. Konjonktivada kanlanma ve sulanma ile birlikteliği olan kısa süren tek taraflı nevrалjiiform baş ağrısı (SUNCT)

3.3.1.1. Epizodik SUNCT

3.3.1.2. Kronik SUNCT

- 3.3.2. Kranial otonomik semptomlarla beraberliği olan kısa süren tek taraflı nevrojiform baş ağrısı (SUNA)
 - 3.3.2.1. Epizodik SUNA
 - 3.3.2.2. Kronik SUNA
- 3.4. Hemikranya kontinua
 - 3.4.1. Hemikranya kontinua, remisyonlu alt tip
 - 3.4.2. Hemikranya kontinua, remisyonlu alt tip
- 3.5. Olası trigeminal otonomik baş ağrıları
 - 3.5.1. Olası küme baş ağrısı
 - 3.5.2. Olası paroksizmal hemikranya
 - 3.5.3. Olası kısa süreli tek yanlı nevrojiform baş ağrısı atakları
 - 3.5.4. Olası hemikranya kontinua

4. Diğer Primer Baş Ağrıları

- 4.1. Primer öksürük baş ağrısı
- 4.2. Primer egzersiz baş ağrısı
- 4.3. Cinsel etkinliğe eşlik eden primer baş ağrısı
- 4.4. Primer gök gürültüsü baş ağrısı
- 4.5. Soğukla uyarılan baş ağrısı
- 4.6. Dış basınçla ilişkili baş ağrısı
- 4.7. Primer saplanıcı baş ağrısı
- 4.8. Numüler baş ağrısı
- 4.9. Hipnik baş ağrısı
- 4.10. Yeni günlük ısrarcı baş ağrısı

IHS 2018 Sınıflama Sisteminde Sekonder Baş Ağrısı Bozuklukları

- 5. Baş ve/veya boyun travması ile ilişkili baş ağrısı
 - 5.1. Travma sonrası akut baş ağrısı
 - 5.2. Travma sonrası kronik baş ağrısı
 - 5.3. Kamçı darbesi tipi yaralanmaya bağlanan akut baş ağrısı (whiplash: ani ivmelenme/ yavaşlama travması)
 - 5.4. Kamçı darbesi tipi yaralanmaya bağlanan kronik baş ağrısı

- 5.5. Kraniotomi sonrası akut baş ağrısı
- 5.6. Kraniotomi sonrası kronik baş ağrısı
- 6. Kranial ya da servikal damarsal hastalıklara bağlanan baş ağrısı
 - 6.1. İskemik inme ya da geçici iskemik atağa bağlanan baş ağrısı
 - 6.2. Travmatik olmayan kafa içi kanamaya bağlanan baş ağrısı
 - 6.3. Yırtılmamış damarsal malformasyona bağlanan baş ağrısı
 - 6.4. Arterite bağlanan baş ağrısı
 - 6.5. Karotis ya da vertebral arter ağrısı (disseksiyon ve invaziv işlem sonrası)
 - 6.6. Beyin ven trombusüne bağlı oluşan baş ağrısı
 - 6.7. Diğer kafaiçi akut vasküler bozukluklarla ilişkili baş ağrısı
 - 6.8. Genetik vasküler bozukluklarla ilişkili baş ağrısı (CADASIL, MELAS vb.)
 - 6.9. Pituitar apopleksi ilişkili baş ağrısı
- 7. Damar-dışı kafaiçi hastalıklarla ilişkili baş ağrısı
 - 7.1. Beyin omurilik sıvısı (BOS) basınç yüksekliğine bağlanan baş ağrısı
 - 7.2. Düşük beyin omurilik sıvısı basıncına bağlanan baş ağrısı
 - 7.3. Enfeksiyon olmaksızın inflamatuvar hastalıkla ilişkilendirilen baş ağrısı (aseptik menenjit, HaNDL vb.)
 - 7.4. Kafaiçi neoplazmalarla ilişkili baş ağrısı
 - 7.5. İntratekal enjeksiyonlarla ilişkili baş ağrısı
 - 7.6. Epileptik nöbetlerle ilişkili baş ağrısı
 - 7.7. Chiari malformasyon tip 1 ilişkili baş ağrısı
 - 7.8. Diğer nonvasküler kafa içi hastalıklarla ilişkili baş ağrısı
- 8. Madde kullanımı veya yoksunluğu ile ilişkili baş ağrısı
 - 8.1. Madde kullanımı veya maddeye maruz kalma nedenli baş ağrısı
 - 8.2. İlaç aşırı kullanımı baş ağrısı (İAKB)
 - 8.3. Madde yoksunluğuyla ilişkili baş ağrısı

9. İnfeksiyonlarla ilişkili baş ağrısı
 - 9.1. Kafa içi infeksiyonla ilişkili baş ağrısı
 - 9.2. Sistemik infeksiyona bağlanan baş ağrısı
10. Homeostaz bozukluğuyla ilişkili baş ağrısı
 - 10.1. Hipoksi ve/veya hiperkapni ilişkili baş ağrısı
 - 10.2. Diyaliz baş ağrısı
 - 10.3. Preeklampsi veya eklampsiye bağlanan baş ağrısı
 - 10.4. Hipotiroidizm ilişkili baş ağrısı
 - 10.5. Açlıkla ilişkili baş ağrısı
 - 10.6. Kardiyak nedenli baş ağrısı
 - 10.7. Diğer homeostaz bozukluklarına bağlanan baş ağrısı
11. Kafatası, boyun, gözler, kulaklar, burun, sinüsler, dişler, ağız veya diğer yüz ve kafa yapılarına bağlanan baş ağrısı veya yüz ağrısı
 - 11.1. Kafa kemikleri patolojileriyle ilişkili baş ağrısı
 - 11.2. Boyun patolojileriyle ilişkili baş ağrısı
 - 11.3. Göz patolojileriyle ilişkili baş ağrısı
 - 11.4. Kulak patolojileriyle ilişkili baş ağrısı
 - 11.5. Rinosinüzitle ilişkilendirilen baş ağrısı
 - 11.6. Dişler, mandibula ya da ilişkili yapıların bozukluğuyla ilişkili baş ağrısı
 - 11.7. Temporomandibüler eklem patolojileriyle ilişkili baş ağrısı
 - 11.8. Stylohiyoid ligamentin inflamasyonu ile ilişkili baş ağrısı veya yüz ağrısı
 - 11.9. Diğer kafatası, boyun, gözler, kulaklar, burun, sinüsler, dişler, ağız veya diğer yüz ve kafa yapılarıyla ilişkili baş ağrısı veya yüz ağrısı
12. Psikiyatrik hastalıklarla ilişkili baş ağrısı (12.1 Somatizasyon bozukluğu ve 12.2 Psikotik bozukluğa bağlı)

IHS 2018 sınıflama sisteminde ağırlı kranial nöropatiler, diğr fasial ağrılar ve diğr baş ağrıları

13. Kranial nevralfiler ve yüz ağrısının santral nedenleri

- 13.1. Trigeminal nevralfi
- 13.2. Glossofaringeal nevralfi
- 13.3. Nervus intermedius nevralfisi
- 13.4. Oksipital nevralfi
- 13.5. Boyun dil sendromu
- 13.6. Ağrılı optik nörit
- 13.7. İskemik oküler motor sinir paralizisine bağlanan baş ağrısı
- 13.8. Tolosa-Hunt sendromu
- 13.9. Paratrigeminal okülosempatetik sendrom (Reader's sendromu)
- 13.10. Yineleyen ağrılı oftalmoplejik nöropati
- 13.11. Yanan ağız sendromu
- 13.12. Kalıcı idiyopatik yüz ağrısı
- 13.13. Yüz ağrısının santral sebepleri

14. Diğr baş ağrısı bozuklukları: Başka yerde sınıflanamayan ya da tanımlanamayan baş ağrıları

2.1.3.4. Baş Ağrılı Hastaya Tanısal Yaklaşım

Toplumda sadece erişkinler değıl, her yaş grubunu etkileyen ağrı şikâyeti, nüfusun yarıdan fazlasında şiddetli ağrı olarak ortaya çıkmaktadır. Sebebi ne olursa olsun baş ağrıları genel olarak kadınlarda erkeklerden daha sık görölmektedir (25). Baş ağrısı yakınması olan bir hastada ilk yapılması gereken sekonder baş ağrısını dışlamaktır. Sekonder baş ağrıları hayatı tehdit edebileceğinden öykü alınıp, genel fizik muayene ve nörolojik muayene yapılarak en ufak şüphe duyulursa ileri tetkik yapılmalı, sekonder baş ağrısının nedeni belirlenmeli ve uygun tedaviye hemen başlanmalıdır. Hastadan alınan anamnezde ağrının vasfı, sıklığı nasıl ortaya çıktığı, ortaya çıkmadan önce belirti olup olmadığı, yeri, şiddeti, tetikleyen faktör olup olmadığı, uyku ve beslenme ile ilişkisi, aile öyküsü, ek hastalık, ilaç kullanımı, madde

kullanımı, doğum öyküsü, geçirilmiş operasyon öyküsü mutlaka sorgulanmalıdır.

Ani başlangıçlı, hasta tarafından hayatım boyunca yaşadığım en şiddetli baş ağrısı diye tariflenen ağrı, 10 yaştan küçük çocuklarda ve 50 yaş sonrası yetişkinlerde görülen ağrı, son 6 aydır var olan ve sebat eden, tedavi ile geçmeyen ağrı, hastanın eşlik eden malignite öyküsünün olması, gebelikte ya da doğum sonrası özellikle ilk 3 ay olan baş ağrıları, fiziksel aktivite, hapsirik, öksürük, ıkınma gibi zorlayıcı hareketlerle meydana gelen baş ağrısı, kişinin postürüne göre ortaya çıkan ağrı, mevcut ağrıya ek olarak dirençli kusmaların olması, kafa travmasından sonra ani başlangıçlı ağrı, özellikle sabah olan veya uyku esnasında ortaya çıkan, sürekli aynı lokalizasyonda hissedilen baş ağrısı, nörolojik semptomlarla (ateş, ense sertliği, papilödem, nöbet) birlikteliği bulunan baş ağrısı durumları; baş ağrısı alarm semptomlarının bulunduğunu gösterir ve bu durum ileri tetkik gerektirmektedir.

Herhangi bir sebebe bağlanamayan, ileri tetkik gerektirmeyen çoğu zaman öneri ve tedavi ile kontrol altına alınabilen baş ağrısı, primer baş ağrısıdır. Primer baş ağrısı tanısı alan hastada, baş ağrısının tipi belirlenmelidir. Baş Ağrısı Epidemiyolojisi Çalışması'na göre primer baş ağrıların %90'ını migren, gerilim tipi ve küme tipi baş ağrısı oluşturur (26). Dünyada üçüncü sıradaki en yaygın baş ağrısı sebebi ise en az art arda üç ay ve bir ayda on günü geçen analjezik kullanımı sonucu ortaya çıkan iatrojenik baş ağrısıdır. En yaygın görülen baş ağrısı tipi gerilim tipi baş ağrısı iken, baş ağrısı sebebiyle en sık sağlık kuruluşuna başvuranlar migren baş ağrısı yaşayan hastalardır (26).

2.2. Migren

Migren, genetik ve çevresel faktörlerden etkilenen, genellikle başın yarısında olabilen; ama tamamında da görülmesi mümkün olan, bazen saatler bazen günler süren, ses, ışık, koku, uykusuzluk veya çok uyku, beslenme ile ilişkili, stres, fiziksel aktivite gibi tetikleyici faktörlerden etkilenebilen veya hiçbir sebep yokken ortaya çıkabilen fokal nörovasküler, otonomik semptomların eşlik edebildiği ataklar arasında tamamen normal olan; yapılan laboratuvar ve radyolojik tetkiklerde patoloji saptanmayan, semptomların özellikleri kişiden kişiye değişen hatta kişinin her

atağında farklı semptomları olabilen, ataklarla seyreden zonklayıcı vasıfta, ilaç alınmadan 4-72 saat devam eden baş ağrısıdır. Yaşam kalitesini bozar, verimliliği azaltarak iş gücü kaybına yol açar (27, 28).

Migren epidemiyolojisi kişinin yaşına, cinsiyetine ve yaşadığı yere göre değişmektedir. 2013 yılında ülkemizde yapılan bir çalışmada toplumda migren görülme sıklığı yaklaşık %17 olarak saptanmıştır. Cinsiyete göre oranlar ise kadınlarda yaklaşık %22, erkeklerde %12 olarak tespit edilmiştir. Kadınlarda daha sık olmakla beraber 20 ile 40 yaş arasındaki kadınlarda görülme sıklığı en fazladır. Bu oran kadınlarda 30-34 yaş aralığında %27'lere ulaşmaktadır (29). Her 4 migren tanılı hastadan üçü ayda dört gün migren tipi baş ağrısından yakınmaktadır. Toplumda sıklığı çok fazla olan ve sık epizotlarla seyreden bu hastalık, hem birey hem toplum açısından sosyal ve ekonomik büyük kayıplara yol açmakta, hayat konforunu bozmaktadır. WHO tarafından yapılan bir çalışmada migren kaynaklı iş göremezlik, bütün hastalıklar arasında ikinci sırada olduğu tespit edilmiştir. Çalışma sadece kadınlar arasında değerlendirilirse migren ilk sıraya yerleşmektedir (30).

2.2.1. Migren Baş Ağrılarının Sınıflandırılması

2.2.1.1. Aurasız Migren (Yaygın Migren, Hemikraniya Simpleks)

4-72 saat süren, paroksistik olarak gelen, başın yarısında hissedilen, zonklayıcı, orta veya daha şiddetli, rutin vücut aktiviteleriyle artabilen, fotofobi, fonofobi, bulantı ve kusmayla beraberlik gösteren ve tekrarlama eğiliminde olan migren baş ağrısı tipidir. Kriterler aşağıda belirtilmiştir.

- A. B-D kriterlerine uyan en az 5 atak,
- B. 4-72 saat süren baş ağrısı atakları (tedavi almamış veya alınan tedavide başarısız olunmuşsa),
- C. Baş ağrısı atakları aşağıdaki özelliklerden en az ikisini karşılamalıdır:
 - 1. Tek taraflı,
 - 2. Zonklayıcı vasıfta,
 - 3. Orta ya da ağır şiddette,

4. Kişinin günlük rutin fiziksel aktiviteleriyle şiddeti artan ve bu aktiviteleri yapmaktan alıkoyan,
- D. Baş ağrısı sırasında aşağıdakilerden en az birisi bulunmalıdır:
1. Bulantı ve/veya kusma,
 2. Fotofobi ve fonofobi,
- E. Sınıflamadaki diğer baş ağrısı kriterlerini karşılamamalıdır.

2.2.1.2. Auralı Migren

Süresi 5-20 dakikayı geçen ve bir saatten kısa, tamamıyla reversible, fokal, santral sinir sistemiyle ilgili semptomlarla beraberliği olan, adım adım ilerleyen yineleyen ataklarla karakterize migren baş ağrısı tipidir. Aura semptomları ortaya çıkışından sonra çoğu zaman aurasız migren tipi baş ağrısı görülür.

2.2.1.2.1. Tipik Auralı Migren

Tanısal kriterler:

- A. B ve C kriterlerine uyan en az 2 atak,
- B. i. Tam düzelen aşağıdaki aura semptomlarından en az biri görülür:
1. Görsel,
 2. Duysal,
 3. Konuşma ve/veya lisan bozukluğu,
- ii. Motor, beyin sapı ve retinal semptomlar görülmez.
- C. Aşağıdaki özelliklerden en az ikisi:
1. Beş dakika ya da daha uzun sürede adım adım ilerleme gösteren en az bir aura semptomu, ve/veya birbirini izleyen iki veya daha fazla semptom görülür.
 2. Her bir aura semptomu beş dakikadan uzun ve 60 dakikadan kısa sürer.
 3. En az bir aura semptomu tek taraflıdır.
 4. Aura sırasında veya sonrasındaki 60 dakika içinde baş ağrısı başlar.
- D. Sınıflamadaki diğer baş ağrısı kriterlerini karşılamamalıdır.

2.2.1.2.2. Beyin sapı Auralı Migren

Geçmişte baziller migren olarak da adlandırılmıştır.

Tanısal kriterler:

A. B ve C kriterlerine uyan en az iki atak,

B. i. Tümüyle reversible aşağıdaki beyin sapı semptomlarından en az ikisi görülür:

1. Dizartri,
 2. Vertigo,
 3. Tinnitus,
 4. Hipoakuzi,
 5. Diplopi,
 6. Duysal defisit ile ilişkilendirilmeyen ataksi,
 7. Uyanıklık düzeyinde azalma ($GKS \leq 13$)
- ii. Motor ve retinal semptomlar görülmez.

C. Aşağıdaki özelliklerden en az ikisi:

1. Beş dakika ya da daha uzun sürede adım adım ilerleme gösteren en az bir aura semptomu ve/veya birbirini izleyen iki veya daha fazla semptom görülür.
2. Her bir aura semptomu beş dakikadan uzun ve 60 dakikadan kısa sürer.
3. En az bir aura semptomu tek taraflıdır.
4. Aura sırasında veya sonrasındaki 60 dakika içinde baş ağrısı başlar.

D. sınıflamadaki diğer baş ağrısı kriterlerini karşılamamalıdır

2.2.1.2.3. Hemiplejik Migren

Tanısal kriterler:

A. B ve C kriterlerine uyan en az iki atak

B. i. Tam düzelen motor güçsüzlük görülür

ii. Tam düzelen görsel, duysal bulgular ve/veya konuşma/lisan bozukluğu görülür.

C. Aşağıdaki özelliklerden en az ikisi:

1. Beş dakika ya da daha uzun sürede adım adım ilerleme gösteren en az bir aura semptomu, ve/veya birbirini izleyen iki veya daha fazla semptom görülür.
 2. Her bir aura semptomu beş dakikadan uzun ve 60 dakikadan kısa sürer.
 3. En az bir aura semptomu tek taraflıdır.
 4. Aura sırasında veya sonrasındaki 60 dakika içinde baş ağrısı başlar
- D. Sınıflamada yer alan başka bir baş ağrısı kriterlerini karşılamamalı.

2.2.1.2.4. Retinal Migren

Tanısal kriterler:

- A. B ve C kriterlerine uyan en az iki atak,
- B. i. Tam düzelen mono-oküler, pozitif ve/veya negatif görsel belirtiler (sintilasyonlar, skotom veya körlük), atak anında aşağıdakilerden en az biri ile teyit edilmeli:
1. Klinik görme alanı muayenesi,
 2. Hastanın çizerek ifade ettiği mono-oküler görme alanı bozukluğu,
- ii. Aşağıdaki özelliklerden en az ikisi:
1. Beş dakika ya da daha uzun sürede adım adım ilerleme görülür.
 2. Semptomlar beş dakikadan uzun ve 60 dakikadan kısa sürer.
 3. Aura sırasında veya sonrasındaki 60 dakika içinde baş ağrısı başlar.
- C. Sınıflamada yer alan başka bir baş ağrısı tanısı ile açıklanamaz ve diğer amarozis fugaks nedenleri dışlanmıştır (31).

2.2.1.3. Kronik Migren

Tanım: Üç aydan daha fazla süre boyunca ve ayda 15 gün veya daha uzun süren; ayda en az sekiz gün migren özelliklerini taşıyan baş ağrısı.

Tanısal kriterler:

A. Migren veya gerilim tipi baş ağrısı benzeri, üç aydan uzun süre boyunca ayda 15 veya daha uzun gün olan, B ve C kriterlerine uyan baş ağrısı,

B. Aurasız migren kriterlerine uyan en az beş veya auralı migren kriterlerine uyan en az iki atak geçirmiş hastada gelişmesi,

C. Üç aydan uzun süreyle, ayda en az sekiz gün aşağıdaki özelliklerden herhangi birine uyması:

1. Aurasız migren kriterleri,
2. Auralı migren kriterleri,
3. Hasta tarafından başlangıçta migren olduğunun düşünülmesi ve triptan veya ergot türevleri ile iyileşmesi.

D. Sınıflamada yer alan başka bir baş ağrısı kriterlerini karşılamamalıdır.

Migren bahsi geçtiğinde akla gelen şiddetli ağrıdır halbuki ağrı migrenin tek bir evresidir. Migren farklı klinik semptomların görüldüğü art arda gelen 4 evreden oluşmaktadır.

1. Prodrom dönemi: Duyarlılıkta artma, depresif duygudurum, mental durgunluk, nadiren de olsa hiperaktivite, konsantrasyonda azalma, küntlük, ılık, ses, koku duyarlılığı, ense sertliği, halsizlik, uykuya meyil, tatlı yeme isteği, iştahsızlık, kabızlık, abdominal distansiyon semptomlarının görülebildiği ağrının ortaya çıkmasından önceki dönemdir. Hastadan alınan iyi bir öykü ile migrenli olguların yarısından fazlasında tek ya da daha fazla prodrom belirtilerinin ortaya çıktığı söylenilebilir (31).

2. Aura dönemi: Genellikle 5–20 dakika içinde kendini göstermeye başlar, süre 60 dakikadan kısadır; ağrının başlayacağına dair uyarı olarak değerlendirilebilir. Bu dönemde nöronal disfonksiyon, homonim görsel semptomlar, tek taraflı parestezi, güç kaybı, afazi gibi sınıflandırılmayan konuşma bozuklukları görülebilir. Ardından ağrı başlar (32).

3. Ağrı dönemi: Ağrının başlangıcından bitişine kadar olan dönemi kapsar.

Allodini, bulantı, kusma, vertigo, görme bozukluğu, fotofobi, fonofobi, osmofobi, anoreksi, nazal dolgunluk, gözde yüzde solukluk, ödem, ekstremitelerde soğukluk, karında kramp, tenesmus, ishal, poliüri, depresyon, anksiyete, konsantrasyon güçlüğü gibi belirtiler eşliğinde olabilir.

4. Postdrom dönemi: Kusma ile rahatlama, uykuya geçme, zonklayıcı ağrının künt ağrıya dönüşmesi, yorgunluk halsizlik hissi ve giderek rahatlama, iştahta açılmanın olduğu dönemdir.

2.2.2. Migreni Tetikleyen Faktörler

Migren fiziksel, çevresel, uyku, beslenme düzeni, stres, ışık gibi hem bedensel hem çevresel birçok faktörden etkilenebilmektedir (33). Bu faktörler, Tablo 1’de gösterilmiştir.

Tablo 1. Migreni tetikleyen faktörler

Hormonal faktörler	Menarş Menstruasyon Ovulasyon Gebelik Doğum Menopoz Hormon replasman tedavisi
Diyetle ilişkili faktörler	Baharat Narenciye Alkol Kafeinli içecekler Monosodyumglutamat Aspartam Peynir, Rutin öğün saatlerine uymamak Çikolata Çerez Nitratlı yiyecekler
Psikolojik faktörler	Sıkıntı, üzüntü gibi psikolojik etkenler ve sonrası dönemler Depresyon
Fiziksel-çevresel faktörler	Parlak ışık Koku Havasız ortam Rüzgar Mevsimsel basınç değişiklikleri Nem değişiklikleri Yüksek rakım

Tablo 1. (Devamı)

İlaçlar	Nitrogliserin Dipiridamol Sildenafil Histamin Rezerpin Hidralazin Ranitidin Östrojen
Uyku düzeni	Uyku rutininin bozulması
Diğerleri	Saçın sıkı toplanması Kafa travması Zorlayıcı hareketler Egzersiz

Gebeliğin ilk üç ayında ataklarda artma, daha sonraki gebelik dönemlerinde hafifleme beklenir. Postpartum östrojen düzeyindeki ani azalma, migren ataklarının yeniden kendini göstermesine sebep olur. Bu duruma benzer şekilde oral kontraseptif kullanan kadınlarda, migren ataklarında artış olduğu gözlemlenmiştir (34).

2.2.3. Migren Patofizyolojisi

Migren patofizyolojisi uzun yıllar boyunca, auraya sebep olan intraserebral vazokonstriksiyon ve sonrasında gelen ağrı sebebini karotis arterdeki vazodilatasyon olarak açıklayan vasküler teori, daha sonraları da bölgesel serebral kan akışında azalma neticesinde yayılan oligemi sonucu meydana geldiği düşünülen nörojenik teoriyle açıklanmaya çalışılmıştır (35, 36). Zaman içinde baş ağrısının aktive olan trigeminovasküler sistem üzerinden ortaya çıktığı fikriyle, nörovasküler teori ortaya atılmıştır (36). Bu teoriye göre kraniyal sinirler ile trigeminal sinirlerden oluşan işlevsel ağ, korteks, talamus, limbik sistem, periakvaduktal gri madde ve beyin sapı gibi yapılarla bağlantılıdır. Nörovasküler teori; ilk olarak nöral aktivasyon, bunu izleyen dönemde vasküler aktivasyon oluşmasıyla migren tipi baş ağrısının ortaya çıktığını savunur (37, 38). Trigeminovasküler sistemi aktive eden aslında nörojenik inflamasyondur ve migren ağrısının sebebidir. Ekstrakraniyal arterlerde görülen vazodilatasyon sonucu sinir lifleri aktive olur, ganglion trigeminalden vazoaktif intestinal peptid (VIP), P maddesi (SP), nörokinin A, nitrik oksit (NO), pituitar adenilat siklaz aktive edici peptid (PACAP), serotonin (5-hidroksi triptamin, 5-HT) ve

kalsitonin gen bağımlı peptid (CGRP) salgılanır. Bu maddeler damar duvarı ile etkileşerek damarda genişlemeye, plazma proteinlerinin damar dışına sızmasına ve platelet aktivasyonuna sebep olur. Plazma proteinlerinin duraya ekstrasvazasyonu ile sinir uçlarındaki duyarlılık normalden daha da fazlaşır ve ağrı hissedilmemesi gereken vasküler pulsasyonda dahi ağrı hissedilir (38, 39). CGRP'nin atak esnasında artışının gösterilmesi güncel gelişmelerdendir (40). Kronik migren tanılı olgularda atak dışı dönemde de seviyesi normalden yüksektir (40).

Günümüzde migrenin patofizyolojisinde, kortikal aktivite oluşumunun aura sebebi olduğu kabul edilmektedir (41). Kortikal yayılan depresyon (CSD) serebral korteksin irrite eden tehditlere karşı oluşturduğu yanıttır, tek odaktan başlar aynı beyin yarım küresinde ilerleyip geçici nöronal depolarizasyona ve akabinde ortaya çıkan kısa sürmeyen süprese edilen nöronal aktivite olayıdır. Glial nöron hücre zarında fazla miktardaki depolarizasyon sonucu, ekstraselüler potasyum miktarında fazlaşma, glutamat artışı ve ardından beyinde hipoperfüzyon durumudur. Auranın esas sebebinin CSD olduğu artık kesindir ama tümüyle aydınlatılamamıştır (41). Migren patofizyolojisinde beyin sapı ilişkili mekanizma olduğu aşikârdır ki otonomik semptomların olması da bunu gösterir (41).

Ağrı; çevreden gelen uyarıların ağrı reseptörlerini uyarması sonucu, ağrıyı taşıyan liflerle santral sinir sistemine taşınır ve burada kontrol edilir. Elektrofizyolojik çalışmalarda, yapılan deneylerde, migrende santral sinir sisteminde uyarılabilirlik artmıştır (42). Hipotalamusun oreksin sisteminin migren ve küme tipi baş ağrısındaki otonom belirtilerin gelişmesinde potansiyel rolü üzerinde de durulmaktadır (43).

Migren poligenik yani çevresel faktörler ve genlerin birbiriyle etkileştiği bir hastalık kompleksidir. Ailesel hemiplejik migrenin (familial hemiplejik migren-FHM) genleri bulunmasına rağmen, toplumda daha sık rastlanan aurasız migren tiplerinde herhangi bir gen bulunamamıştır. Buna dayanarak genetik etmenlerin auralı migrende aurasız migrene göre daha fazla rol aldığı düşünülmektedir (44).

Otozomal dominant genetik geçiş gösteren monogenik bu auralı migren tipinin CACNA1A, Na-K-ATPaz pompası (ATP1A2) ve sodyum kanalı (SCN1A) ile alakalı

genlerdeki mutasyonlardan kaynaklandığı ispatlanmıştır. Elde edilen sonuçlar migren bir kanaloopati mi sorusunu akıllara getirmiştir. Bu mutasyonların mevcut olduğu diğeri aile fertleri tamamen normal olabilmektedir (40).

Notch3 mutasyonu bulunan serebral otozomal dominant arteriyopati, subkortikal infarktlar ve lökoensefalopati ile giden CADASIL gibi hastalıkların migrenle birlikteliğine sık rastlanılmaktadır (45).

2.2.4. Migren Tanısı

Migren tanısı, hastadan alınacak öykü ve yapılacak genel fizik, nörolojik muayene ile belirlenir. Yapılacak ileri tetkik ve incelemeler migren dışındaki baş ağrısının sebebini bulmaya yöneliktir.

2.2.5. Migren Tedavisi

Migren toplumda ortaya çıkardığı sosyal ve maddi kayıplar nedeniyle atakları önlemek, başlayan atağı bitirmek amacıyla tedavi edilmelidir migrende tedavi; farmakolojik tedavi ve ilaç dışı tedavi olmak üzere iki kısımdır.

2.2.5.1. Migrende Farmakolojik Tedavi

2.2.5.1.2. Migren Atak (Akut Ağrı) Tedavisi

Atak tedavisinde hedef, ağrının hissedildiği andan itibaren atağa özgü ve mümkünse basamak tedavisi yöntemiyle tedaviye başlamak, atağı hızla sonlandırmaktır. Basamak tedavisi ilk olarak migrene spesifik olmayan analjeziklerle (basit ve kombine analjezikler, nonsteroidal antiinflatuvar ilaçlardan (NSAİİ)) başlanır. Bu ilaçlardan yarar görmeyen hastada migrene spesifik olan ilaçlara (triptanlar, ergotlar) geçilerek tedaviye devam edilir. Atakla kusma birlikteliği varsa anti emetikler (domperidon, metoklorpramid) kullanılabilir. Hidrasyon gereklyse potasyumlu mayilerle hidrate edilebilir. Atak sırasında kullanılan diğeri ilaçlar ise opioidler ve nöroleptiklerdir (46).

Migrene Spesifik Olmayan, Atak Tedavisinde Kullanılan Analjezikler

Tablo 2. Migrene spesifik olmayan, atak tedavisinde kullanılan analjezikler

İlaç İsmi	Önerilen doz/mg
Asetil salisilik asit	500-1000
İbuprofen	400-1200
Naproksen	750-1000
Deksketoprofen	50
Flurbiprofen	100-200
Diklofenak	50-100
Metamizol	500-1000
Ketoprofen	30/iv - 60/im
Etodolak	400-800

Naproksen ve deksketoprofen uzun etkili olup, 12 saate kadar etkilidir. Tablodaki diğer ilaçların yarılanma süresi 6 saatten azdır ve bunlar kısa etkilidir. Yan etkileri genelde gastrointestinal sistem üzerinde olup bulantı, dispepsi, ishal, gastrointestinal sistem kanaması yapabilmektedir. Akut böbrek yetmezliği, renal tübüllerde iskemi, kan basıncında artış, ışık hassasiyeti, hepatik fonksiyon bozukluğu çok ender de olsa agranülositoz, trombositopeni görülebilir (47).

Migrene Özgü İlaçlar

Triptanlar (Selektif 5HT_{1B/1D} Agonistleri)

Tablo 3. Atak tedavisinde kullanılan migrene özgü ilaçlar, Triptan (Selektif 5HT_{1B/1D} agonistleri)

İlaç İsmi	Önerilen doz/mg veriliş yolu (* per oral, ** subcutan)
Eletriptan	40 po*
Naratriptan	2,5 po
Sumatriptan	50-100 po
Sumatriptan	6 sc**
Sumatriptan	20 nazal
Zolmitriptan	2,5 po/nazal
Rizatriptan	10 po
Frovatriptan	2,5 po

En uzun etkili frovatriptandır, diğerlerinin etki süreleri daha kısadır. Ateş basması, bulantı, halsizlik, göğüste baskı, asteni, sersemlik hali, baş dönmesi, parestezi, ağız kuruluğu, yutma güçlüğü, tat kaybı, cilt altı uygulamalara özgü cilt reaksiyonları görülebilecek yan etkiler arasındadır. Migrenin baziler ve hemiplejik tiplerinde, vazospastik anjinası olanlarda, periferik arter hastalığı tanısı olanlarda ve tansiyonu kontrol altına alınamayan hastalarda kullanılmamalıdır. Ağrı uyarılma eşiği azalan migren hastalarında artık triptanlardan fayda görülmez. Orta ve şiddetli ataklarda direkt olarak da triptanlar tercih edilebilir (48).

Ergotamin ve Türevleri (Ergotamin Tartarat ve Dihidroergotamin)

Non selektif 5-HT, alfa adrenerjik ve dopaminerjik aktivasyonla bağlandığı algılayıcı üzerinden kendini gösterir. Selektif olmayıp 5-HT1 reseptörüne ve de 5-HT2 reseptörüne bağlanır ve yan etkilerin kaynağı da budur. Vazokonstriksiyon yaparak dolaşım bozukluğuna sebep olmaları, retroperitoneal, perikardiyal veya plevral fibrozis gibi ciddi yan etkilerinden dolayı tercih edilmemektedir (47, 49).

Nöroleptikler

Akut migren baş ağrısında klorpromazin, proklorperazin ve haloperidol gibi nöroleptikler; antiserotonerjik, antidopaminerjik ve alfa adrenerjik antagonist mekanizma sebebiyle kullanılabilirler. Analjezik ve anti emetik etkileri olmasından dolayı tek olarak kullanılabileceği gibi kombine de edilebilirler (50).

2.2.5.1.3. Profilaktik Tedavi

Bir ay içinde dört kereden fazla baş ağrısı ve iki kereden fazla atağı olan, ataklarının 48 saati geçkin süreyle devam ettiği, atak sırasında verilen tedaviyle rahatlama sağlanamayan ya da tedavinin istenmeyen etkilerinin fazla olduğu, hastalarda giderek atakların sıklığında artış olması durumunda, hasta tarafından çok şiddetli tariflenen ataklarda, hemiplejik, baziler, uzamış auralı migren tiplerinde ve migren sebepli infarktlerde ve iş engeli oluşturan ataklarda, hastanın profilaktik tedavi istemesi durumunda hayat konforunu artırmak amacıyla profilaksi verilebilir (50).

Profilaktik ilaç alınmasında amaç, hem atakların arasındaki süreyi uzatmak hem de atağın hafif geçirilmesini sağlamaktır. Atak önlemede hasta mutlaka tetikleyicilerden uzak durmalıdır ve tedaviye minimal dozdan başlanıp zamanla doz kademeli olarak artırılıp etkinliği üç ay sonra değerlendirilmelidir. İstenilen etkinin görülmesi için tedaviye altı ay devam edilmelidir. Atak sıklığının yarı yarıya azalması profilaktik tedavinin amacına ulaştığını gösterir. Profilaksi tedavisinde antiepileptikler, antidepresanlar, beta blokerler, toksinler gibi farklı gruplardan ilaçlar da kullanılmaktadır. Trisiklik antidepresanlardan en çok imipramin ve amitriptilin, antiepileptiklerden en sık tercih edilen valproik asittir. İlaçlar, her hastayı ayrı bir şekilde değerlendirilerek seçilmeli ve yan etkileri hastaya anlatılarak bu konuda bilgi sahibi olunması sağlanmalıdır. Ayrıca kronik migren profilaksi tedavisinde botulinum toksin tedavisi kullanılabilir (51). Koruyucu tedavide faz çalışmaları devam eden yeni ilaçlar da mevcuttur bunlar: CGRP reseptörüne bağlanan erenumab diğerleri galcenezumab, eptinezumab ve framanezumab, CGRP peptidinin kendisine karşı geliştirilmiş monoklonal antikorlardır (52).

Migren hastalarında eşlik eden diğer hastalıklara göre uygun profilaktik tedavi seçilmelidir. Örneğin migrene eşlik eden anjina varsa kalsiyum kanal blokörleri, hipertansiyon varsa beta bloker veya kalsiyum kanal blokörleri, stres varsa beta blokerler, depresyon varsa anti depresanlar, epilepsi varsa topiramet tercih edilebilir (51).

2.2.5.2. Migren Tedavisinde Non Farmakolojik Uygulamalar

Kognitif davranışçı tedavi, hipnoz, akupunktur, karyopraksi, fizik tedavi uygulamaları, relaksasyon hareketleri, nefes egzersizleri, oksijen tedavisi, psikiyatrik tedavi gibi uygulamalar atak anında ve ataklar arasında hastaları rahatlatılabilir; fakat bu yöntemlere dair kanıtlar henüz yetersiz düzeydedir. Yapılacak daha geniş kapsamlı çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır (53).

2.3. Kişilik Tanımı

Bireyi kendine has kılan, oluşmasında genetik çevre gibi faktörlerin etkili

olduğu, duruma göre değişmeyen, devamlılık gerektiren, iç dünyada hissedilen duygu ve düşüncelerin, dış dünyaya davranış olarak aktarılmasıdır (54). Kişilik kelimesi (persona) Yunanca kaynaklıdır ve önceleri Yunan tiyatro gösterilerinde sahnedekilerin rollerine uygun taktıkları maskelere verilen isimken, sonraları kişilerin rutin hayatlarında gösterdiği olayların tümüne karşı verdikleri tepkilerin bütünü anlatmak için kullanılmıştır (53). Kişilik yerine tam olarak anlamını karşılamasa da mizaç, karakter gibi adlandırmalar yapılabilmektedir. Mizacın kelime anlamı huy, fitrattır. Kişiye spesifik olan ve doğuştan gelen, herhangi bir durum karşısında kişinin sergilediği tutum ve davranışlar ile uyarana tepki verme şeklidir. Böylece kişilik, mizacı da içine alacak şekilde ailesel ve çevresel faktörlerin kombinasyonu ile ortaya çıkmaktadır (55).

İnsan hayatına yön veren kişilik kavramı, tarih boyunca her zaman bir araştırma konusu olmuştur. Hakkında çeşitli tanımlamalar ve gruplandırmalar yapılmıştır. Bunlardan en eskisi Sümerlerin Gılgamış Destanı'ndaki cesur, gururlu tanımıdır. Sonrasında Hipokrat'ın yüzyıllar boyu kabul gören görüşü ki; kişiyi diğerlerinden farklı kılan özellikleri mizaç olarak ele alıp, doğadaki su, hava, ateş, toprak faktörlerinden yola çıkarak, vücuttaki akışkanların rengine göre sarı safra, kara safra, kan ve balgam olarak sınıflandırmıştır (56). Bu yapılan sınıflamada kişiliğin vücut sıvıları ile ilişkili olduğu ve hastalıkların bu sıvılardaki dengenin bozulmasıyla oluştuğu varsayılmıştır. Hipokrat'ın ardından Galen de Hipokrat'ın yaptığı sınıflamayı, kişilik özellikleriyle bağdaştırıp baskın olan salgıya uygun olarak;

Kan: Neşeli, hareketli,

Balgam: Sakin, ağırkanlı, hareketleri konuşması yavaş,

Kara safra: Melankolik, üzgün ve dalgın,

Sarı safra: Sinirli, agresif mizaçla eşleştirmiştir (57). 18. yüzyılda ise Alman hekim ve felsefeci Franz Joseph Gali, zihinsel işlevlerin beyin ve kafatasının girinti çıkıntılarıyla ilişkili olduğunu öne süren frenoloji bilimini kurmuş; yüz ve kafatası görünümü ile kişilik özelliklerinin belirlenebileceğini öne sürmüştür (58). Benzer yaklaşım, Gali'den önce Müslüman alim ve mutasavvıf Erzurumlu İbrahim Hakkı'nın eserlerinde de görülmektedir (59).

20. yüzyılın başlarında Kretschmer, kişilik tiplerini vücut şekline göre; atletik tip (normal), piknik tip (siklotimik), astenik tip (şizoid), displastik tip (diğer tiplere uymayan) olarak gruplandırmıştır. Sheldon, Kretschmer tarafından yapılan sınıflandırmayı geliştirerek 1942’de yeni bir teori ortaya atmıştır. Bireyleri; endomorfik (şişman, sakın), mezomorfik (kaslı, enerjik, cesur), ektomorfik (zayıf, uzun, zeki, sanatçı ruhlu) ve dengeli tip olarak ayırmıştır (60).

Eysenc tarafında ortaya atılan kuramda ise dört bağımsız kişilik özellikleri baz alınmıştır (PENL modeli): duygusal açıdan dengesiz, duygusal tepkileri abartılı diğer tarafta sakın ve duygularının kontrolünü iyi sağlayan, içe kapanık kişileri niteleyen; nörotizm (N), sosyallik ve dürtüsellik timsali dışa dönük diğer tarafta sakın, dalgın, asosyal içe dönük olma durumunu anlatan; dışa-içe dönüklük (E), düşünceli ya da düşüncesiz, antisosyal, başa bela olma durumunu belirten; psikotizm (P) ve olduğu gibi görünmeyen kişileri belirtmek için yalancı kategorisi(L) şeklindedir (61).

Horney, kişilik oluşmasında etkili olan faktörlerin daha çok kültürel etmenlerin altında geliştiğini, yaşanan çatışma ve çocukluk döneminde olumsuz yaşantıların etkisinde kaldığını savunur. Bunun yanı sıra Jensen ise genetik faktörlere vurgu yapmıştır. Rotter de kişilik sınıflamasında kontrol odağı kuramını ortaya atmıştır ve buna göre kişinin olaylar karşısındaki davranışları, olayların sonucunu iç ya da dış faktörler şeklinde yorumlamasıyla belirlenir (62). Holland tanımladığı 6 farklı kişilik tipine göre kişileri; gerçekçi, araştırmacı, sanatçı, sosyal, girişimci, geleneksel tip olarak sınıflamıştır ve bu sınıflamayla kişilerin kariyer seçimini ve mesleklerini ilişkilendirmiştir (63).

Freadman ve Rosenman kalp hastalığına sahip bireylerde yaptıkları araştırma sonucu elde ettikleri verilere göre; kişileri birbirine zıt A tipi kişilik (azimli, hırslı, dakik, kazanmaya kilitlenmiş stresli tipler) ve B tipi kişilik (sabırlı, sakın, yardımsever, acele etmeyen, rekabetten hoşlanmayan, anın tadını çıkaran) olmak üzere sınıflamıştır (64).

Eric Berne ortaya koyduğu düşüncesini “transaksiyonel analiz” olarak isimlendirmiştir, bu kurama göre kişiliği; çocukluk (kendini düşünen, sorumluluktan

kaçınan, oyun merkezli), olgunluk (özgür, sorumluluk duygusuna sahip, başarıma hedefleri olan ölçülü isteklerde bulunan), atalık (öğüt veren, kural koyan) olarak üç kesitte incelemiştir. Bireyler arası iletişim, kişinin kendi içinde yaşadığı bu kesitlere göre şekillenmekte olduğunu ve iletişim sorunlarının kaynağında yine bu üç durumun dengesizliğinden kaynaklandığını öne sürmüştür (65).

Psikanalizin kurucusu Freud’a göre erişkin döneme ait kişilik, doğumdan sonraki ilk altı yıl içinde psikoseksüel (oral, anal, fallik, latent, genital) gelişim dönemine bağlı oluşur. Freud insan zihnini bilinç, bilinçaltı ve bilinç dışı olmak üzere üç parçaya ayırmıştır. Kişiliği de id, ego, süper ego olmak üzere yine üçe ayırmıştır. Altı yaş dönemine kadar süper egonun ortaya çıktığını ve çocukluk dönemindeki cinsel dürtülerin, kişiliğin temelini oluşturduğunu söylemiştir. Cinsel dürtülerin de çocuğun fiziksel gelişimi, sosyal, çevresel faktörlerin etkisi altında kalabileceğini öne sürmüştür. Çocukluktaki psikoseksüel dönemlerden hangisinde saplantı varsa yetişkin dönemde o özelliklere daha belirgin rastlandığını vurgulamıştır (66). E. Ericson ise hayat boyu gelişim kuralını kabul etmiştir ve kişilik gelişiminde hem biyolojik faktörlerin hem de toplumsal, kültürel faktörlerin etkili olduğuna inanmış ve böylece psikososyal kuramı ortaya çıkarmıştır. Ericson’a göre kişinin hayat boyu karşısına çıkan krizlerde, sorunlarda seçim yapacağını ve bu seçimlerin, kişinin gelişimine tesir edeceğini, yönetilemeyen krizlerin kişilik gelişimine olumsuz yansıtacağını söylemiştir (67).

Geçmişten bugüne kişilik tiplerinin birçok bilim insanı tarafından çeşitli özellikler baz alınarak sınıflandırılması yapılmış, birçok kuram ortaya atılmıştır. Fakat her birey tektir, kendine özgüdür, mümkün değildir ki bir diğerrinin aynısı olsun. Kişisel özelliklerin sınıflandırılmasındaki yegane amaç, genel anlamda bir fikir edinmektir.

Yukarıda bahsedilen kişilik tiplendirme çalışmalarından ayrı olarak, tıbbi amaçlarla da tanı tedavi odaklı kişilik sınıflandırma çalışmaları yapılmıştır. Allport öne sürdüğü “ayırıcı özellik” teorisiyle, kişinin kendisine uygun kişilik özelliklerini hangi seviyede taşıdığına bakarak bir sınıflama yapmıştır. Kişide dominant olan diğerlerinden farklı kişilik özellikleri, merkezi (central traits) olarak sınıflandırılmıştır.

Bu özelliklerin hepsi aynı anda baskın değildir, biri daha öne çıkabilir. Bu da temel kişilik özelliği (cardinal trait) olarak kabul edilir. Merkezi ve temel özellikler dışında kişide bulunan diğer özellikler, ikincil kişilik özelliklerini (secondary trait) oluşturur (68).

Kişileri birbirinden farklı kılan özelliklere ne derece sahip olunduğunu ölçmek için yapılan sınıflandırmalar başlıca; Costa ve McCrae'nin Beş Faktör Kişilik Modeli (BFM) ve Cloninger'ın yedi faktörlü Psikobiyolojik Kişilik Modeli'dir (PKM). Kişisel özelliğin var olup olmadığını inceleyen kategorik yaklaşıma örnek sınıflandırmalar ise Akiskal'e ait beş bölüm içeren Afektif Mizaç Modeli (AMM), Myers-Briggs'in Kişilik Modeli ve Gurdjieff'in Enneagram Modeli'dir (69).

2.4. Kişilik Oluşumunda Etkili Olan Unsurlar

1) Biyolojik faktörler (Kalıtım): Bireyi, biricik yapan kişilik özelliklerinin oluşumunda etkisi inkar edilemeyecek bir faktör de genetikdir. Ebeveynlerden kromozomlar vasıtasıyla bireylere aktarılan özellikler, kişilerin tavır ve davranışlarına da yansır. Bireylerin davranışlarının temelindeki genetik ve fiziksel unsurların bireyleri nasıl etkilediği merak konusu olmuştur ve bu faktörlerin etkilerini inceleyen davranışsal genetik bir disiplin olarak ortaya çıkmıştır (70).

2) Aile: Kişilik oluşumunu etkileyen en önemli faktörlerden biri belki de en önemlisi doğumdan sonra, hatta intrauterin dönemden itibaren bireyin ilk maruz kaldığı çevre, onun ailesidir. Ailenin sosyoekonomik düzeyi, toplumdaki sınıfı, anne-babanın birbiriyle ve çocuklarıyla olan tutum ve davranışları, eğitim düzeyleri, ailede yaşayan fert sayısı, hatta Adler'e göre bireyin ailede kaçınıcı çocuk olduğu, doğrudan kişilik oluşumunda etkili olan faktörlerdendir. Anne-babanın çocuğa karşı sergilediği davranışlar, gelecekte kişiliği oluşturacak temel taşları etkileyecektir. Yapılan çalışmalarla elde edilen verilere göre demokratik ailelerde büyüyen çocukların yansız, akli başında, iş bölümüne hazır, dengeli duyguduruma sahip, sosyal, pozitif bireyler olduğu gözlenmiştir. Baskıcı aile veya aşırı serbest bırakan ailelerde, aşırı korumacı vb. tutum bozukluğu olan ailelerde yetişen çocuklarda ise maruz kaldığı duruma bağlı olarak kişilik gelişimi negatif yönde etkilenmektedir (71).

3) Fiziksel özellikler: Cinsiyet, yaş, büyüme gelişme atak hızı, iyi ya da kötü dikkat çekici bir dış görünüş, herhangi bir engellilik, kısıtlılık durumu, doğuştan gelen veya sonradan kazanılmış eşlik eden bir hastalık, kişilik oluşumu üzerine mutlaka etkisi olan faktörlerdendir. Luthans, çalışmalardan elde ettiği verilere göre obez ya da kaşektik olmak, uzun veya kısa boylu olmak, siyahi ya da beyaz olmak, beğenilen olmak ya da beğenilmemek; bireylere tesir edip, kişiliği etkilediğini söylemiştir (72).

4) Çevresel özellikler: Kişilik üzerine etki eden faktörlerden anne-babadan bireye geçen genetik faktörler dışındaki diğer faktörlerin tümü çevresel faktörler olarak adlandırılır. Kişilik, çevreye göre oluşup şekillenmektedir. Farklı kültürler, kuşaklar arası iletişim, ulaşılabilen teknoloji imkânları, sosyoekonomik düzey, kişiye sunulan eğitim; kişiliği pozitif veya negatif yönde mutlaka etkileyen faktörlerdir. Kişilerin maruz kaldıkları kültüre göre ilgi alanları değişir ve yine hayatlarına yön verecek olan hedeflerini bu kültür belirler. Cüceloğlu, kültür seviyesi düşük toplumda yetişen bir bireyin, olumsuz özelliklerin mevcut olduğu bir kişilik sahibi olacağını öne sürer (73). Yapılan bazı çalışmalarda kişilik gelişimini etkileyen faktörler kıyaslanmış ve kültürel unsurların etkisi biyolojik unsurlardan daha fazla olarak bulunmuştur (74).

2.5. Enneagram

Yunanca'daki ennea (dokuz) ve grammos (noktalar) kelimelerinin kombinasyonu ile oluşturulan isimlendirmedir. Kişilik özelliklerinin anlaşılması ve ayrımının yapılmasında çok eskilere dayandığı bilinen fakat günümüze kadar ulaşmasında yazılı kaynaklardan ziyade sözel aktarımla geldiği düşünülen enneagram sınıflandırması geleneksel bir metod olup, 1930'da Gurdjieff bu konuda bilimsel çalışmalara ağırlık vermiştir. Ardından 20. yüzyılın sonlarına doğru İçhaz ve Naranjo tarafından bir kişilik tipi modeline dönüşmüştür (75). Fertlerin kişilik tiplerini temel alan bir model olan "enneagram" kelime olarak dokuz nokta demektir. Bu modelde kişide üç merkez olduğu varsayıp, bu merkezlerin üçünde de üçer kişilik tipi olmak üzere totalde dokuz kişilik tipi ve kendi içlerindeki kompleks bağlar üzerinden sağlıklı, ortalama, sağlıklı olarak davranışları inceleyen sınıflama yapılmıştır. Bu sınıflamayı halkasal zincir olarak şekillendirdiğimizde baz alınan mizacın bir önceki ve bir sonraki

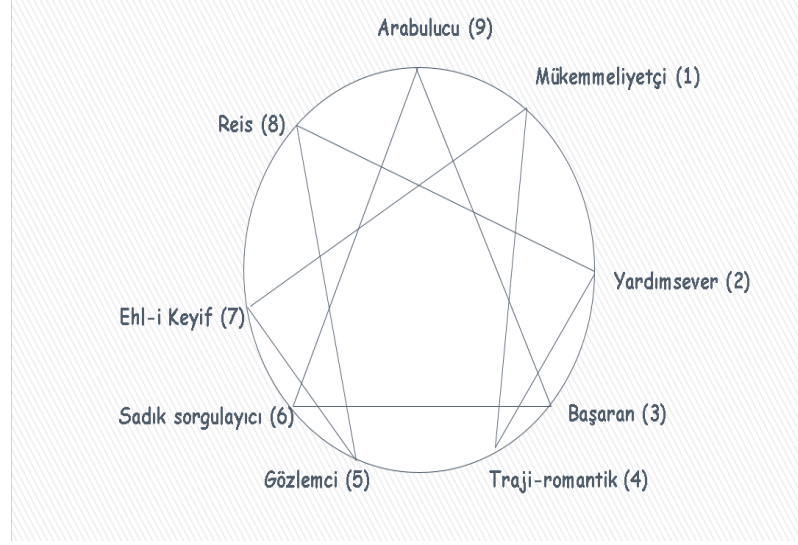
halkası kanat mizaç olarak değerlendirilmektedir. Sadece bu modelde üç merkez kuralı kullanılmamıştır. İslam felsefesinde kuvve-i akliye, kuvve-i gadabiye, kuvve-i şehevîye olan 3 merkezi ve yine Freud'un psikanaliz kuramında da id, ego, süper ego olarak kişiler, yine 3 merkez olarak değerlendirilmiştir(56, 76).

Enneagram kişiye, kendine geniş bir pencereden bakma imkanı sunmakta, kişinin hem kendini tanınması hem de etrafındaki insanları tanınması, aralarındaki ilişkileri anlamlandırması, olaylar karşısındaki değerdendirmeleri, çıkarımları ve sonrasında tecrübelerini katarak kendini geliştirmesi, olgunlaşması açısından hayat boyu önem arz etmektedir.

Kişinin kendini tanınması, olumlu ve olumsuz özelliklerini bilmesi, olaylar karşısında olgun davranmasına, etrafındakilerle her durum karşısında sağlıklı ilişkiler kurmasına vesile olacaktır. Enneagram ise işi kolaylaştıracak olan bir kılavuzdur, her bireyde bu durum mevcut olursa ruhen sağlıklı toplumlar oluşacak, toplum açısından da gelişmelerin fark edilebilir büyük bir hızla olduğu gözlenecektir (77).

Dokuz kişilik tipine göre kategorize edilen enneagram sisteminde her kişilik tipi bir merkez kabul edilir ve bu merkezlerin hepsinden ulaşan güdüler kişilik tipine etki eder. Enneagram duygu (kalp), zihin (kafa) ve içgüdü (karın) olmak üzere 3 bölgeden ve toplamda dokuz kişilik tipinden oluşur.

Enneagram Modeli (78)

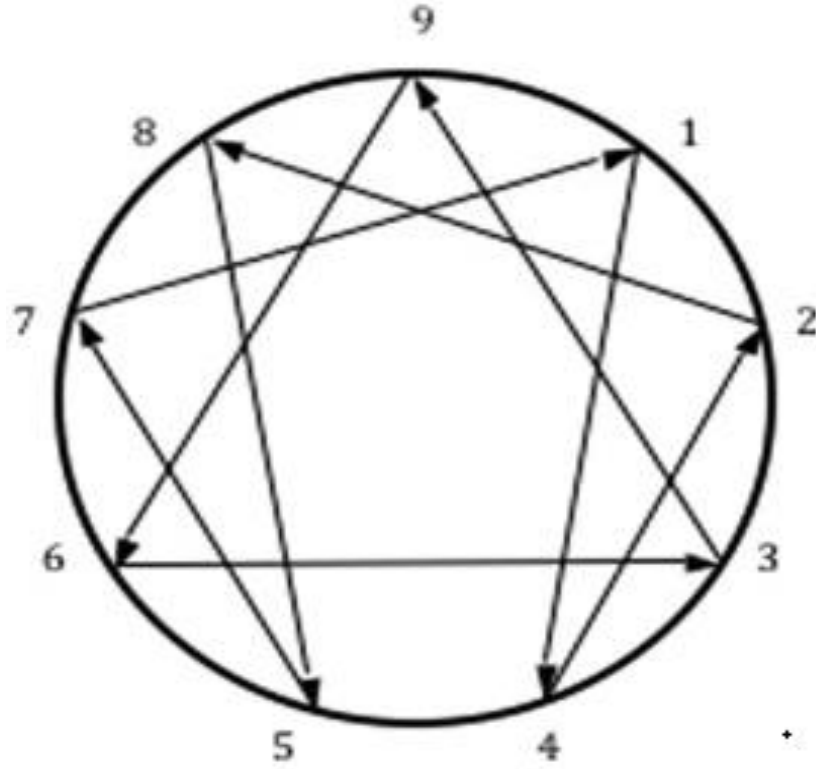


Şekil 1. Enneagram Modeli



Şekil 2. Kişilik Tiplerinin İçgüdü, Duygu ve Düşünceye Göre Gruplandırılması

Enneagram Sisteminin Dinamikleri (79)



Şekil 3. Enneagram Sisteminin Dinamikleri

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: Ehl-i Keyf-Rahatına Düşkün

8 Numaralı Kişilik Tipi: Reis-Lider

9 Numaralı Kişilik Tipi: Barışçı

Şekil 3'deki enneagram modeli incelenecek olursa, kişilik tiplerinin dinamik olduğunu görebiliriz. Kişinin bulunduğu duygudurum; stres noktası, kanat etkisi, güven noktası yönlerine doğru hareketlenir. Şekilde de görüldüğü üzere okların yönü stres noktasını, okların tersi yönde güven noktasını gösterir. Kişi stres altındayken stres noktasındaki kişilik tipine yönelir ve bu tipin zayıf yanlarını gösterir, kişi kendinin emniyette olduğunu düşünürse o zaman da güven noktasındaki kişilik tipine yönelir ve bu tipin güçlü taraflarını gösterir. Kanat etkisi ise bazı zamanlarda kişilik tipinin ön

ve arkasındaki kişilik tipi özelliklerinin etkisi altında kalınmasıdır.

Her potansiyel merkezi üç kişilik tipini içine almıştır. Duygu merkezi; 2,3,4 numaralı kişilik tiplerini; içgüdü merkezi 1,9,8, numaralı tiplerini; zihin merkezi 5,6,7 numaralı kişilik tiplerini içine almıştır. Kişilik tipinin dahil olduğu merkez, en çok kullanılan merkez olup karar alırken dominant potansiyelimizi ortaya çıkarır. Kararsızlık yaşanan durumlarda diğerleri devreye girebilir.

2.5.1. Bir Numaralı Kişilik Tipi: Mükemmeliyetçi-Reformcu

Mükemmeliyetçiler titiz, sorumluluk bilinci çok yüksek, daima disiplin üzerine olan mantıklı, işkolik ve adil insanlardır. Kendilerine göre hep haklıdırlar ve haklı olmak isterler. Daima ulaşmak istedikleri hedefleri vardır, hep bir şeyleri mükemmelleştirme peşinde koşarlar (75). Kuralcıdırlar, belli sınırların çizilmesi ve buna göre yaşamak tam onlara göredir ve onlara göre herkes bu kurallara uymalıdır. Fazlaca tedbirlidirler en büyük korkuları hata yapmaktır. Etraftaki her şeyin eksik olduğunu düşünür ve çevrelerine bu açıdan bakarlar, her şeyin kusursuz olması için didinirler. Yapacakları işleri çok doğru yapma çabasında oldukları için beklentileri oldukça fazladır; bu yüzden zaman zaman arzu ve isteklerini baskılamak durumunda kalırlar. İç sesleri hep eleştirel konuşur, yapılması gerekeni yaptığında bile daha fazlası, daha iyisi olmalıydı diye suçluluk hissedebilirler. Konu ahlak olunca çok fazla hassastırlar herkesin de hassas olmasını beklerler. Onların “ak” dedikleri “ak”, “kara” dedikleri “kara”dır. Aksini kabul etmedikleri gibi herkesin de bunu kabul etmesini beklerler. Ters durum onların karşıdakiyle ilişkilerinin bozulmasına sebeptir (80).

İyi niyetlidirler, fakat insanlara ne yapmaları gerektiğini sürekli söylemeleri karşı tarafça pek de hoş karşılanmaz. Rahat olmak onlar için eziyet sebebi olabilir, tadını çıkarmaları gereken çoğu zevkten kendilerini mahrum bırakırlar. Mükemmeliyetçi olan bu kişilik tipinde en çok görülen psikiyatrik rahatsızlık obsesif kompulsif bozukluktur (78).

Dokuz kanadına sahip mükemmeliyetçiler daha bağımsız ve soğukturlar. Hatalara karşı daha az affedicilerdir, kendileri de hata yapmaktan daha çok korkar, çok

düşünür sonra konuşurlar (81).

İki kanadına sahip mükemmeliyetçiler ise daha cana yakın, yardımsever, dışa dönüktürler. Öfkeyi dışavurum konusunda iyidirler (81).

2.5.2. İki Numaralı Kişilik Tipi: Yardımsever

İçten, samimi, yardımsever, popüler tiplerdir. Karşılarındakinin ihtiyacı, kendi ihtiyaçlarının üstündedir ve ihtiyaçlarını gidermek için ellerinden geleni yaparlar. Yaptıkları yardımın büyüklüğü oranında kendilerini değerli hissederler ve bununla dikkatleri üzerlerinde toplamak isterler. Duyguları mantıklarının önüne geçtiği için zaman zaman patlamalar yaşayıp karşılarındakilere karşı kızgın ve kırıncı olabilirler; ama bu durum da pek uzun sürmez. Yaptıkları iyiliklere dayanarak kendilerinin vazgeçilemez olduklarını düşünürler. İlişki kurma noktasında iyidirler ve iletişimde problem yaşamazlar (78).

Yardımsever kişilik tipinde en sık rastlanılan psikiyatrik rahatsızlık anksiyete bozukluğudur (78).

Bir kanadına sahip yardımseverler; daha titiz, sorumluluk sahibi ve disiplinlidirler. Her zaman yardıma hazır ve nazırdırlar. Duygusaldırlar ama ilişkilerini çok iyi kontrol ederler. Topluma faydalı, başarılı, hedefleri olan kişilerdir (78).

Üç kanadına sahip yardımseverler; çekici, samimi, iyi kalpli kişilerdir. Dış görünüş onlar için ön plandadır. Sevmek onlar için önem arz eder ve sevilmenin çekiciliğe, dış görünüşe bağlı olduğunu düşünürler (78).

2.5.3. Üç Numaralı Kişilik Tipi: Başaran-Motivatör

Amaçları; konumlarına göre, üstlendikleri göreve göre zirvede olmaktır. Çok hırslı oldukları için hedefe kilitlendiklerinde zirveye tırmanmak, onlar için zor olmaz. Büyük korkuları, başaramamaktır ve bu onları daha da hırslı kılar. Başardıklarında onaylanmayı isterler, bu kendilerini değerli hissetmelerini sağlar. Dış görünüm onlar

için önemlidir, özgüvenleri yüksektir. İletişimde zorlanmazlar sıcakkanlı insanlardır. Kişiye nerede nasıl davranmaları gerektiği bilincindedirler. Bulunulan yerde ilgi çekmek ve popüler olmak için çalışırlar. Pozitif insanlardır. Olaylara olumlu açıdan bakarlar ve kimsenin bunu bozmasına müsaade etmezler ki aynı zamanda başkalarının motivasyonunu artırabilirler (81, 82). Narsizm bu tipte en çok rastlanılan psikiyatrik rahatsızlıktır (78).

İki kanadına sahip motivatörler; daha dışa dönük, samimi, performansa odaklanmış tiplerdir. Popüler olmak için çabalar ve genelde başarırlar. Hep ilgi odağı olmak isterler, kendileriyle ilgilenilmediğinde agresifleşirler. Duygularını örtbas edemezler (81).

Dört kanadına sahip motivatörler; daha ie dönük, özgüveni yüksek, kendi içinde örtüşmeyen özellikler görülen kompleks tiplerdir. Dikkatleri, imajdan ziyade zeka ile çekerler ve başardıklarıyla takdir edilmek isterler. Özgüvenleri yüksek olduğu için onaylanma ihtiyaı hissetmezler (81). Popüler olmaktan ziyade sıra dışı olmayı tercih ederler (78).

2.5.4. Dört Numaralı Kişilik Tipi: Traji-Romantik

Traji-romantikler kendine özgü, sanatçı ruhlu tiplerdir. Sıradan olmak, onların en büyük korkularıdır. Duygu düşünceleri ön plandadır, imgelemleri olabildiğince zengindir, anlamlandırma ve derinleştirme odaklıdır, bu onları farklı sanatsal faaliyetlere yönlendirir (78). Yaşamlarında hep özgün olanı sanatı, güzellik ve estetiği bulmak için uğraşırlar. Duygularını derinden yaşarlar dönem dönem melankolik olabilirler. Etraflarına karşı içten davranırlar, sıra dışı görünmek gibi bir çabaları yoktur. Kıskanç olabilirler. Duygudurumları kısa zamanda değişkenlik gösterebilir, mutlu görünürken bir anda depresyonda havası verebilirler. Kırıldıklarında, üzüldüklerinde belli etmeyip karşıdakinin fark etmesini beklerler. Sosyal bireylerdir ama tek kalmayı, duygularını tek yaşamayı da severler (75, 81, 82). Bu tiplerde en sık rastlanılan psikolojik rahatsızlık depresyondur (78).

Üç kanadına sahip traji-romantikler; daha sosyal tiplerdir. Güzel görünmek ve muhataplarını etkilemek isterler. Öz güven, özdeğer duyguları daha yüksektir buna yaslanarak yeteneklerini sıra dışı fikirleriyle göstermede oldukça başarılıdır (81).

Beş kanadına sahip traji-romantikler; daha içe dönük, entelektüel tiplerdir. Sezgileri güçlüdür, gözlemcidirler. Mantık çizgisi dışına çıkmadan duygularını yaşamayı severler. En ufak güvensizlik durumunda kendilerini izole ederler (81). Güçlü sezgiler ve entelektüel zeka birleşince mükemmel eserlere imza atabilirler (78).

2.5.5. Beş Numaralı Kişilik Tipi: Gözlemci-Araştırmacı

Gözlemci-araştırmacı kişiler izole olmayı severler, sosyal değildirler olaylara ve kişilere mesafeli yaklaşırlar, fiziksel temastan da hoşnut olmazlar ve soğuk görünürler. Çoğu zaman istekleri karşılayamayacağını düşündüğü için kendilerini soyutlarlar bu da diğer insanlarla iletişimi güçleştirir. Kendilerini güvende hissettiklerinde ilişki kurmayı başarabilirse sadık iyi bir dost olabilirler. Az arkadaşları vardır; fakat sağlam ilişkileri olur, ömür boyu arkadaşlıklarını devam ettirirler. Sır saklama becerileri yüksek, güven veren, gösteriş peşinde olmayan tiplerdir (78). Mantıkları, duygularının önündedir. Olaylara mantık çerçevesinden bakarlar. Analiz

yetenekleri mükemmeldir, sebepleri ve sonuçlarını kestirebilirler. Bilmedikleri konulara müdahil olmayı sevmezler, tehdit olarak algılayıp hemen kendilerini geri çekerler. İhtiyaç anında dahi yardım almakta zorluk yaşayabilirler. Bir işe odaklandıklarında meşguliyetlerini saatlerce sürdürebilirler. Bilgili ve donanımlı olmak onlar için en iyi güçtür, ayrıntılarıyla derinlemesine konuya hâkim olmak ister. Bazen ortamdaki en çok bilen olmalarına rağmen kimsenin, kendilerini anlamayacağını düşündükleri için sessiz kalmayı tercih ederler (75, 81, 82). Bu kişilerde en çok rastlanılan psikiyatrik rahatsızlık paranoyadır (78).

Dört kanadına sahip gözlemciler; daha içe dönüktürler ve daha az iletişim kurarlar. Kendilerini öne çıkarmayı sevmezler. Odaklanma isteyen konularda çok başarılıdır bu durum işlerinin uzamasına sebebiyet verir. Duygularını daha yoğun yaşarlar. Çok hassastırlar ve çok çabuk gücenebilirler. Bu sebeple insani ilişkilerinde zorluk yaşayabilirler (81). Önsezileri çok gelişmiştir.

Altı kanadına sahip gözlemciler daha soğuk, olaylara şüpheci yaklaşan, detaylara takılan kişilerdir. Bu davranışın temelinde güvensizlik yatar. Kendilerini soyutlar ve insanlardan uzak dururlarsa, kendilerini ifade edemedikleri için daha çok yalnızlaşırlar bu da kendilerini işlerine adamalarına sebebiyet verir (78). Aslında insanlara biraz yakın davranıp iletişim kurabilirse iyi ve vefakâr bir dostluk kurabilirler (81).

2.5.6. Altı Numaralı Kişilik Tipi: Sadık-Sorgulayan

Bu kişilik tipine sahip olanlar, hep ayakları sağlam zemine bassın isterler. Garanti altında olduklarını hissettiren, güvenli bir liman vazgeçilmezleridir. Çevresindekileri de arkalarına almak isterler. Kendileri de ailelerini ve çevrelerini korumak için ellerinden geleni yaparlar, geleneklerine bağlıdırlar. Şüpheci yaklaşırlar, çok sorgularlar ve kanıt bulmaya çalışırlar tamamen tatmin olurlarsa güvenirlir bu yüzden güvenmeleri uzun sürer ama güven sağlandıysa artık onlar için samimiyet, bağlılık en üst seviyelerdedir (80-82). Günlük yaşantılarında prensipli ve düzenlidirler. Kendilerini karşılaşılabilecekleri en kötü duruma hazırladıkları için hayal kırıklığı yaşamazlar. Sadık-sorgulayan kişilik tipinde olan insanların en sık karşı karşıya

kaldığı psikiyatrik rahatsızlık pasif agresif bozukluktur (78).

Beş kanadına sahip sadıklar; şüphecidirler ilişkilerinde mesafelerini korurlar. Güven sağlamak adına karşılarındakini denerler. Bulundukları ortamda kimin hangi tarafta olduğunu anlarlar. Analiz ve problemleri ortadan kaldırma yetenekleri güçlüdür (81). Tüm kişilik tipleri değerlendirildiğinde en çekici olanlar beş kanadına sahip sadıklardır (78).

Yedi kanadına sahip sadıklar; daha eğlenceli, esprili ve daha sıcakkanlı tiplerdir. Güvende olmak istedikleri gibi özgürlüklerinden de ödün vermezler. Farklı düşüncelerini dile getirmekten çekinmezler (78, 82).

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

Etraflarına neşe saçan, yaşamdan zevk almaya çalışan coşkulu ve uyumlu insanlardır. Özgür olmayı, mutlu kalmayı isterler. Enerjileri hep doruklardadır, macera peşinde koşarlar. Olaylara pozitif bakarlar. Pratik çözüm sunma konusunda başarılıdırlar. Okuyarak öğrenmektense bizzat yaşayarak öğrenmeyi seçerler. Yeniliklere açıktırlar ve her yeni, onlara büyük zevk verir. İlgi duydukları konularda çok beceriklidirler fakat alakaları olmayan konularda gevşek davranırlar. Tüm kişilik tipleri ele alındığında en yetenekliler bu kategoridedir diyebiliriz. Sadece kendine odaklanıp diğer kişilerin ne yaşadığını görmeyebilirler. Kendi isteklerini gerçekleştirmek için karşı tarafı hiçe sayabilirler, kaba, kırıcı, nahoş tavırlar sergileyebilirler. Dürtülerini hemen harekete geçirmek isterler. Akıllarına her düşüneyi ölçüp tartmadan yapma potansiyeline sahiptirler. Disiplinden yoksun olmakla beraber, düzeni sağlayamamışlardır. Kendilerine sınır çizilmesinden hiç hoşlanmazlar (75, 81, 82). Bu kişilik tipinde en sık karşılaşılan psikiyatrik rahatsızlık bipolar bozukluktur (78).

Altı kanadına sahip ehli keyfler; bir işe kalkışmadan önce biraz daha düşünürler. Özgür olmak isterler ama mantık çerçevesinde kararlar almaya çalışırlar. Daha fazla sorumluluk sahibidirler, güven ortamında olmayı isterler. Eğlenceli, cana

yakın ve esprilidirler. İnsanların gözdesi olmak için ellerinden geleni yaparlar, karşı tarafın kendileri hakkındaki düşüncelerini önemserler. Takdir edilmek isterler.

Sekiz kanadına sahip ehli keyflerin; özgüvenleri çok yüksektir. Daha materyalisttirler ve egoları çok yüksektir. Özgürlüklerine daha düşkünlüdürler, isteklerini gerçekleştirme peşinde koşarken bencil, agresif olabilirler. Çevresindekilere kullandıkları emir kipindeki cümleleri, hoşnutsuzluk duyulmasına sebebiyet verir. Hayal dünyasından ziyade pratik hayattaki başarılarla odaklanırlar. Riske girmekten kaçınmazlar, aklından geçenleri her sonucuna katlanarak yapmayı göze alırlar (78).

2.5.8. Sekiz Numaralı Kişilik Tipi: Reis-Lider

Tüm kişilik tipleri incelendiğinde en cesaretli ve en istikrarlı kişiler bu kategoride yer alır. Özgüvenleri zirve yapmıştır, istediklerini güzellikle ya da dayatmayla yaptırım gücüne sahiptirler. Başkaları üzerinde hüküm kurmaya çalışırlar. Lider konumundaki bireyler, bu tipin özelliklerini taşırlar. Yüzleşmekten hiç korkmazlar cesaretlidirler, her türlü savaşa hazırdırlar, saldırgan davranışlarda bulunabilirler. Baskın karakterleri, bitmek bilmeyen azimleri vardır. Yönetmeyi, sorumluluk almayı severler. Güçlerini göstermek, olumlu ya da olumsuz etki bırakmak için çabalarlar ve başarılılar. Karakterlerinde sahip oldukları bu güç ve yetkilerle çok başarılı projelere imza atabilir, toplumda bir kahraman kabul edilip çok sevilip sayılabilir ya da büyük hasarlara sebebiyet verebilirler. Davalarında tam kararlılıkla ilerleyen ve asla peşini bırakmayan tiplerdir, hedefleri zirvedir. Özgürlüklerinin sınırlandırılmasından, kendilerine hükmedilmesinden nefret ederler. Acımasızlardır, onlar için en büyük tehlike savunmasız kalmak, en büyük korku kaybetme korkusudur. Güvenlerini kazanmak zordur; fakat çevresinde güvendiği insanları koruma altına alır ve her daim savunurlar. Heybetli görünmek ve fiziksel olarak geniş kas kitlesine sahip olmak isterler. Kas gücünü artırmaya yönelik spor faaliyetlerinde bulunabilirler (75, 81, 82). Bu kişilik tipinde en çok rastlanılan psikiyatrik rahatsızlık anti sosyal kişilik bozukluğudur (78).

Yedi kanadına sahip liderler; dış görünümünü önemseyen, ortamda ağırlığını hissettiren, baskın karakterli, kendine güvenleri son derece yüksek olan tiplerdir. Daha

eğlenceli olabilirler ama eğlence güçlerinin önüne geçemez. Güç düşkünü, saldırgan olabilirler. Herkesi hiçe sayıp sadece kendini düşünebilecek kadar egoist olabilirler.

Dokuz kanadına sahip liderler; daha dingin, daha az amirane davranırlar. Saldırganlık özellikleri daha sönüktür. Farklı fikir ve önerilere daha açıktırlar. Olumsuzluk durumlarında çok kolay ajite olmazlar sessizliklerini sürdürebilirler fakat inat edip daha kinci davranabilirler (78, 81).

2.5.9. Dokuz Numaralı Kişilik Tipi: Barışçı-Sakin

Barışçı kişilik özelliğine sahip olanlar dingin, sesini yükseltmeden, kibarca konuşan, aheste aheste aktivitelerini gerçekleştiren, hoşgörülü, kibar tiplerdir. Çevreye odaklıdırlar, huzuru sağlamak sükûneti korumak için kendi duygularını örtbas edip düşüncelerini dile getirmeyebilirler. Tedbirlidirler, tartışmaya girmekten hiç hoşlanmazlar. Yegane amaçları huzur içinde yaşamak, kaostan uzak durmaktır. Güven konusunda sıkıntı yaşamazlar, herkesin içinde bir iyilik olduğuna inanırlar. Sağlam bir dostlukları vardır, karşısındakileri dinlemeye anlamaya çalışırlar. Kendi fikirlerini dayatmazlar hatta dile bile getirmezler. Problem varsa onu çözme, ortamdaki diğer bireylerin arasını düzelterek uyum ortamı oluşturma konusunda başarılıdırlar. Onlar için hep başkaları ön plandadır, kendilerine pek inanmazlar. Yeni bir işe kalkışmayı, başarısız olabilme ihtimaline karşı sevmezler, hep ötelerler. Hedeflerini yüksek tutmazlar, ulaşamazlarsa üzülmeler diye. Başkalarının edindiği tecrübelerden yararlanmak onlar için yeni bir işe kalkışmaktan daha iyidir. Özgürlüklerinin kısıtlanmasından hoşlanmazlar, değişiklikleri sevmezler ama değişim olursa adaptasyonda zorluk yaşamazlar. İyi niyetleri çok fazladır, karşısındakilere “yok” diyemedikleri için diğerleri tarafından kullanılma ihtimalleri vardır. Bu onları üzer ama yine de güzel bir mutlu son olacağına inanırlar. Barışçıl kişilik özelliklerine sahip bireylerde en sık rastlanılan psikiyatrik bozukluk pasif agresif bozukluktur (78).

Bir kanadına sahip barışçılar; daha disiplinlidirler. Fikirlerini karşısındakini incitmeden sunarlar. Sorumluluklarının farkındadırlar, ellerindeki işi vaktinde tamamlamak önemlidir (78, 81).

Sekiz kanadına sahip dokuzların; kendilerine olan güvenleri daha fazladır, daha rahat yok deyip geri çevirebilirler. Çatışma ortamını sevmezler ama gerekli durumda da kaçınmazlar, sinirlendiklerini belli ederler (81).

Kişilik tiplerini konu alan yapılmış çalışmalarda genellikle MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory), Eysenck Kişilik Envanteri gibi patolojik tip özelliklerini içeren kişilik testlerinden faydalanılmıştır. Enneagram sınıflamasında bu durum söz konusu değildir, kişiye ait bütün özellikler ele alınarak değerlendirilir. Enneagram sınıflamasına dayanan birçok ölçek oluşturulmuştur (56, 83, 84). Enneagram kişilik tipi sınıflamasını baz alarak Türkiye’de yapılmış çalışmalarda depresyon, sigara içiciliği, sefalji ilişkisi değerlendirilmiştir (84).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu araştırma tanımlayıcı ve kesitsel tipte bir çalışma olarak tasarlanmıştır. Çalışma 01.01.2021-30.06.2021 tarihleri arasında yapılmıştır. Atatürk Üniversitesi Nöroloji Polikliniği'nde migren tanısı ile tedavi olmuş veya olan ve Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'na bağlı olarak faaliyet gösteren eğitim aile sağlığı merkezlerine başvuran, bir nöroloji uzmanı tarafından migren tanısı konulmuş olan 300 hasta (çalışma grubu) ile herhangi bir kronik rahatsızlığı olmayan 303 kişi (kontrol grubu) olmak üzere toplamda 603 kişi çalışmaya dahil edilmiştir. Çalışmaya katılımda gönüllülük esas alınıp, çalışmaya dair bilgilendirmenin ardından katılımcılardan sözel ve yazılı onam alınmıştır.

Veri toplama aracı olarak, kişisel veri toplama formu ve kişilik tipini belirlemek amacıyla Taştan Kişilik Tipi Ölçeği kullanılmıştır (EK1) .

Kişisel Bilgi Toplama Formu: Araştırmaya katılan gönüllülerin, kendileri ile ilgili sosyodemografik bilgileri (yaş, cinsiyet, eğitim düzeyleri) aktarmalarını kolaylaştıran bir form uygulanmıştır.

Taştan Kişilik Tipi Ölçeği: 44 sorudan oluşan ve 9 kişilik tipine yönelik geliştirilen 0 (kesinlikle hayır) - 6 (kesinlikle evet) şeklinde derecelendirilen likert tipinde bir ölçektir. Ölçek, Taştan ve arkadaşları 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 (85) .

Araştırma kapsamında toplanan veriler SPSS 20 programı aracılığıyla veri tabanına aktarılmış ve değerlendirilmiştir. Analizlerde verilerin tanımlayıcı özellikleri;

kategorik değişkenler için sayı (n) ve yüzdeler (%), sayısal değişkenler için ortalama (ort.), standart sapma (SS), ortanca, en küçük ve en büyük (min.-maks.) değer olarak sunulmuştur. Sayısal değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu, Kolmogorov-Smirnov Testi ve grafikleme yöntemleriyle araştırılmıştır. Normal dağılmayan sayısal değişkenlerin karşılaştırılmasında Mann-Whitney U Testi ve kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında ise Ki-kare Testi kullanılmıştır. İstatistiksel olarak anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak kabul edilmiştir.

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakóltesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 04/03/2021 tarihindeki toplantısında, B.30.2.ATA.0.01.00/531 sayılı kararı ile Etik Kurul onayı alınmıştır (EK 2).

Çalışmaya dahil edilme kriterleri

- 18-65 yaş arasında olmak,
- Çalışmaya katılmak için gönüllü olmak ve onam formunu imzalamak,
- Herhangi bir nöroloji uzmanı tarafından migren tanısı almak ve eşlik eden bir nörolojik hastalığın bulunmaması.

Çalışmadan dışlanma kriterleri

- Oryantasyon ve kooperasyonu bozuk olanlar,
- Migren tanısı dışında nörolojik ya da kronik hastalığı başka bir hastalığı olanlar.

4. BULGULAR

Bu araştırmaya toplamda 603 kişi katılmıştır. Katılımcıların yaş ortalaması 32.8 ± 11.2 olarak hesaplanmıştır. Araştırmaya katılan gönüllülerin % 66.8'i kadın, %53.2 lisans mezunu ve %31.5'i memur olarak saptanmıştır. Migren durumuna göre sosyodemografik özellikler incelendiğinde; kadınlarda 213 kişi (%71), lisans mezunlarında 150 kişi (%50) ve memur olanlarda 96 kişi ile (%32) migren oranlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4).

Tablo 4. Katılımcıların Migren durumuna göre sosyodemografik özellikleri

Migren Durumu	Sosyodemografik Özellikler		
	Cinsiyet		
Var(N=300)		N	%
	Kadın	213	71
	Erkek	87	21
	Eğitim Durumu		
	İlköğretim	60	20.0
	Lise	48	16.0
	Ön lisans	6	2.0
	Lisans	150	50.0
	Yüksek lisans	36	12.0
	Meslek Durumu		
	Ev Hanımı	62	20.7
	Öğrenci	62	20.7
	Memur	96	32.0
	İşçi	13	4.3
	İşsiz	15	5.0
	Emekli	3	1.0
	Özel Sektör	29	9.7
	Diğer	20	6.7
Yok (N=303)	Cinsiyet		
	Kadın	190	62.7
	Erkek	113	37.3
	Eğitim Durumu		
	İlköğretim	43	14.2
	Lise	50	16.5
	Ön lisans	12	4.0
	Lisans	174	57.4
	Yüksek lisans	24	7.9
	Meslek Durumu		
	Ev Hanımı	46	15.2
	Öğrenci	107	35.3
	Memur	94	31.0
	İşçi	8	2.6
	İşsiz	8	2.6
	Emekli	3	1.0
	Özel Sektör	29	9.6
	Diğer	8	2.6

Tablo 5. Katılımcıların migren durumlarına göre kişilik tipi dağılımları

Migren Durumu	Kişilik Tipleri	N	%
Var	Tip-1: Mükemmeliyetçi	18	6.0
	Tip-2: Yardımsever	37	12.3
	Tip-3: Başaran	36	12.0
	Tip-4: Traji-romantik	81	27.0
	Tip-5- Gözlemci-Araştırmacı	27	9.0
	Tip-6: Sadık-sorgulayan	28	9.3
	Tip-7: Ehlikeyif	26	8.7
	Tip-8: Lider-Reis	25	8.3
	Tip-9: Barışçı	22	7.3
Yok	Tip-1: Mükemmeliyetçi	26	8.6
	Tip-2: Yardımsever	46	15.2
	Tip-3: Başaran	32	10.6
	Tip-4: Traji-romantik	33	10.9
	Tip-5- Gözlemci-Araştırmacı	34	11.2
	Tip-6: Sadık-sorgulayan	35	11.6
	Tip-7: Ehlikeyif	34	11.2
	Tip-8: Lider-Reis	37	12.2
	Tip-9: Barışçı	26	8.6

Katılımcıların migren durumlarına göre kişilik tipleri incelendiğinde; Migren olanlarda traji-romantik kişilik tipinin en yüksek olarak 81 kişi (%27) olduğu, bunu yardımsever 37 kişiyle (%12.3) ve başaran kişilik tipinin 36 kişiyle (%12) takip ettiği; en düşük oranda görülen kişilik tipinin ise barışçı tipi 22 kişi (%7.3) olduğu görülmüştür (Tablo 5).

Çalışmaya katılanların yaş ortalaması 32.8 ± 11.2 ve yaş ortancası 29 (min 18, max 65) olarak hesaplanmıştır. Migreni olanların ortalaması 33.6 ± 10.7 , ortancası 30 (min:18, max 65) olup, yaş ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p < 0.05$) (Tablo 6).

Tablo 6. Araştırmaya katılanların migren durumuna göre yaş ortalamaları ve ortancaları

Migren Durumu	Yaş				İstatistik
	Ortalama	±SD	Median (Ortanca)	Min/Max	
Var	33.64	10.7	30	18/65	U=39665.5 P<0.05
Yok	32.08	11.8	28	18/65	

Çalışmaya katılanların % 49.8'inde (N=300) migren mevcuttu. Kadınlarda migren oranı daha yüksek olup %52.9 (N=213) olarak saptanmıştır. Cinsiyet açısından istatistiksel olarak anlamlılık tespit edilmiştir ($p<0.05$) (Tablo 7).

Tablo 7. Katılımcıların cinsiyetlerine göre migren durum dağılımları

Migren Durumu						
Cinsiyet	Var		Yok		Toplam	
	N	%	N	%	N	%
Kadın	213	52.9	190	47.1	403	100
Erkek	87	43.5	113	56.5	200	100
Toplam	300	49.8	303	50.2	603	100
İstatistik	$X^2=4.67$ $P<0.05$					

Yüksek lisans mezunlarında 36 kişide (%60) ve ilköğretim mezunlarında 60 kişide (%58.3) migren oranı daha yüksek olarak bulunmuştur. Migren görülme durumu ile eğitim düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 8).

Tablo 8. Katılımcıların eğitim durumlarına göre migren durumları dağılımı

Migren Durumu						
Eğitim Durumu	Var		Yok		Toplam	
	N	%	N	%	N	%
İlköğretim	60	58.3	43	41.7	103	100
Lise	48	49.0	50	51.0	98	100
Önlisans	6	33.3	12	66.7	18	100
Lisans	150	46.3	174	53.7	324	100
Yüksek Lisans	36	60.0	24	40.0	60	100
Toplam	300	49.8	303	50.2	603	100
İstatistik	$X^2=9.01$ $P> 0.05$					

Migren oranı, meslek yönüyle karşılaştırıldığında, işsizlerde 15 kişi (%65.2), işçilerde 13 kişi (%61.9) ve ev hanımlarında 62 kişi (%57.4) olarak yüksek olup, meslek grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 9).

Tablo 9. Katılımcıların mesleklerine göre migren durumları dağılımı

Migren Durumu						
Meslek durumu	Var		Yok		Toplam	
	N	%	N	%	N	%
Ev hanımı	62	57.4	46	42.6	108	100
Öğrenci	62	36.7	107	63.3	169	100
Memur	96	50.5	94	49.5	190	100
İşçi	13	61.9	8	38.1	21	100
İşsiz	15	65.2	8	34.8	23	100
Emekli	3	50.0	3	50	6	100
Özel sektör	29	50.0	29	50.0	58	100
Diğer	20	71.4	8	28.6	28	100
Toplam	300	49.8	303	50.2	603	100
İstatistik	X²=22.82 P< 0.05					

Katılımcıların migren durumu ile kişilik tipleri arasındaki ilişki incelendiğinde sırasıyla traji-romantik (4 numaralı) kişilik tipinde 81 kişi (% 71) ve başaran (3 numaralı) kişilik tipinin 36 kişi (%52.9) saptanarak, migreni olanlar hastalarda daha yüksek olduğu, diğer kişilik tiplerinde ise oranların benzer olduğu görüldü. Kişilik tipleri arasında migren durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p<0.05) (Tablo 10).

Tablo 10. Katılımcıların kişilik tiplerine göre migren durum dağılımları

Migren Durumu						
Kişilik Tipi	Var		Yok		Toplam	
	N	%	N	%	N	%
Mükemmeliyetçi	18	49.0	26	59.1	44	100
Yardımsaver	37	44.6	46	55.4	83	100
Başaran	36	52.9	32	47.1	68	100
Traji-romantik	81	71.1	33	28.9	114	100
Gözlemci	27	44.3	34	55.7	61	100
Sadık-sorgulayan	28	44.4	35	55.6	63	100
Ehlikeyif	26	43.3	34	56.7	60	100
Lider	25	40.3	37	59.7	62	100
Barışçı	22	45.8	26	54.2	48	100
Total	300	49.8	303	50.2	603	100
İstatistik	X²=28.16 P< 0.001					

5. TARTIŞMA

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'na bağlı olarak faaliyet gösteren eğitim tipi aile sağlığı merkezleri ve Atatürk Üniversitesi Araştırma Hastanesi nöroloji polikliniklerine başvuran migren tanılı olgularda kişilik tipi özelliklerinin araştırılması amacıyla yapılan bu çalışmanın sonuçlarına göre; migren tanılı hastaların oluşturduğu çalışma grubu ile normal popülasyondan oluşan kontrol grubu arasında kişilik tipi özellikleri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlemlendi. Migren tanılı olgularda yüksek oranda tespit edilen dört numaralı yani trajik-romantik kişilik tipi, migren için bir risk faktörü olarak saptandı.

Literatürde, bu çalışmaya benzer çalışmalara bakıldığında; kişilik özelliklerinin incelenmesinde genellikle kronik günlük baş ağrısı olanlar çalışmaya dâhil edilmiş, ataklarla giden baş ağrısı olanlar ya da baş ağrısı şikâyeti olmayan bireylerden oluşan bir kontrol grubu ile kıyaslama yapılmamıştır (8).

Çalışmamıza katılmayı kabul eden migren tanılı olgularda kadınların sayısı 213 (%71), erkeklerin sayısı 87 (%29) idi, kadınların sayısı erkeklerin sayısından oldukça fazlaydı. Bu anlamda literatüre bakıldığında; yapılan çalışmalarda toplumda migren hastalığının kadınlarda erkeklerden 2 ile 3 kat daha fazla görüldüğü tespit edilmiştir. Özellikle doğurganlık çağındaki kadınlar, hormon düzeylerindeki dalgalanmalar sebebi ile bu oranı iyiden iyiye artırmaktadır (86). Ülkemizde yapılan çalışmalarda baş ağrısı sebepli sağlık kuruluşuna başvurularda erkeklerin, kadınların gerisinde kaldığı tespit edilmiştir (87). Bu çalışmada tespit edilen değerler, hastalığın cinsiyete göre görülme sıklığına uymaktadır.

Migrenin 3. ve 5. dekatlar arasında görülme sıklığı fazla olup, Türkiye'de yapılan çalışmalarda 30 ile 39 yaşlar arasında sık görüldüğü belirlenmiştir (88, 89). Bu çalışmada da migren tanılı olguların yaş ortalaması 33.6 ± 10.7 olup literatüre yakın değerlerde saptanmıştır.

Migren oranı meslek yönüyle karşılaştırıldığında, işsizlerde 15 kişi (%65.2), işçilerde 13 kişi (%61.9) ve ev hanımlarında 62 kişi (%57.4) yüksek olup, meslek

grupları arasında istatistiksel olarak anlamlılık saptandı. Bu durumun sebebi olarak ev hanımlarının ve işsizlerin sağlık hizmetlerine ulaşım kolaylığına, çalışmaya katılmak için yeterli vakitlerinin olmasına bağlı olduğu söylenebilir. Bölgemizde yapılan bir çalışmada migren baş ağrısının ev hanımlarında çalışmamıza benzer olarak daha sık görüldüğü tespit edilmiştir (90). Literatürde yapılan bazı çalışmalarda ev hanımlarında ve öğrencilerde migren oranının yüksek olduğu saptanmıştır (91). Çalışmamızda migrenli öğrencilerin sayısının az bulunmasının sebebi pandemi nedeniyle yüz yüze eğitime ara verilmesinden kaynaklanan, kampüs içerisinde yer alan eğitim aile sağlığı merkezine öğrenci başvurularının az olmasıdır.

Migrenli olgularda eğitim durumu karşılaştırılacak olursa, lisans mezunlarında 150 kişi %50 oranında olup, diğer gruplardan daha fazla olduğu görülmüştür. Tüm katılımcılar arasındaki eğitim durumuna göre hesaplanan migren sıklığını ise yüksek lisans 36 kişi (%60) ve ilköğretim mezunlarında 60 kişi (%58.3) migren oranı daha yüksek tespit edilmiştir. Migren görülme durumu eğitim düzeyleri arasında benzerlik göstermektedir. Benzer olarak yapılan bazı çalışmalarda migren sıklığının eğitim durumu ve ekonomik düzeyin seviyesi ile ilişkisi bulunmadığı ortaya atılmıştır (92, 93). Fakat bazı çalışmalarda eğitim ve ekonomik seviye düşüklüğünün migren görülme sıklığını arttırdığını tespit edilmiştir (94, 95). Bölgemizde yapılan bir çalışmada migren baş ağrısının yüksek eğitim seviyesi olan bireylerde daha fazla görüldüğü tespit edilmiştir (90). Bu durumun tam tersi sonuçlar elde edilen çalışmalar da literatürde mevcuttur, eğitim durumu ve maddi olanaklar arttıkça migren görülme sıklığının arttığı öne sürülmüştür (96, 97). Entelektüel düzeyin artması, kişinin semptomlarının farkında olup sağlık kuruluşuna erken başvuruda bulunmasında etkili bir faktör olabilir. Düşük eğitim seviyesi, migren hastalığının hayatı tehdit edici semptomları olmadığından, sağlık kuruluşuna her zaman başvurmama veya erteleme sebebi olabilir.

Katılımcıların migren durumlarına göre kişilik tipleri incelendiğinde; Migrenli olgularda traji-romantik kişilik tipinin en yüksek 81 kişi (%27) olduğu, bunu yardımsever 37 kişi (%12.3) ve başarılı kişilik tiplerinin 36 kişi (%12) takip ettiği, en düşük oranda görülen kişilik tipinin ise barışçı kişilik tipi 22 kişi (%7.3) olduğu görülmüştür. Psikosomatik zeminli bir hastalık olan migren; duygularıyla hareket eden

bu üç kişilik tipinde daha fazla tespit edilmiş olması literatüre uygundur (78). Zira migrenli olgularda ilk üç sırada tespit edilen 2, 3 ve 4 numaralı kişilik tipleri şekil 3'te görüldüğü gibi enneagram modeline göre duygularının etkisi altında olan kişilik tipleridir.

Katılımcıların migren durumu ile kişilik tipleri arasındaki ilişki incelendiğinde sırasıyla traji-romantik (4 numaralı) 81 kişi (% 71.1) ve başaran (3 numaralı) 36 kişi (%52.9) kişilik tipinin migreni olanlarda daha yüksek, diğer kişilik tiplerinde ise oranların benzer olduğu görülmüştür. Kişilik tipleri arasında migren durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Bu çalışmada traji-romantik kişilik tipinin migrenli olgularda daha sık saptanmasının sebebi, enneagram modeline göre bu kişilik tipine sahip bireylerin duygu düşüncelerinin her şeyin önünde olması, çok naif olmaları, yaşadıklarını anlamlandırma ve derinleştirmeye odaklı olmalarıdır. Bu kişilik tipleri duygularını derinden yaşarlar, çabuk kırılırlar melankoliye yatkındırlar. Duygudurumları çok kısa zamanda değişkenlik gösterebilir, mutlu görünürken bir anda depresif duygudurum yaşayabilirler. Migren için bir atak sebebi olabilen olumlu ya da olumsuz duygudurum değişikliği, 4'lerin hayatını oluşturmaktadır. Yapılan çalışmalarda migren tanılı olgularda en sık rastlanılan psikiyatrik hastalık depresyon olduğu öne sürülmüştür (98, 99). 4 numaralı kişilik tipinde de en sık rastlanılan psikiyatrik rahatsızlığın depresyon olması çalışmamızdan aldığımız sonucu destekler niteliktedir (78). Traji-romantik kişilik tipi migren için bir risk faktörü olarak değerlendirilmelidir.

6. SONUÇ

Bu çalışmanın sonucuna göre 4 numaralı kişilik tipi olan traji-romantik kişilik tipi, migren için bir risk faktörü olarak tespit edilmiştir. Daha geniş çaplı çalışmalar yapılarak elde edilecek sonuçlara göre risk faktörü olarak kabul edip tanı aşamasında hastaların kişilik tipi özelliklerinin belirlenmesi sağlık profesyonellerine yol göstermesi açısından faydalı olacaktır.

KAYNAKLAR

1. Yılmaz A. Baş Ağrısına Pratik ve Güncel Yaklaşım. Klinik Tıp Aile Hekimliği.9(1):15-9.
2. Robbins MS. Diagnosis and Management of Headache: A Review. JAMA. 2021;325(18):1874-85.
3. Su M, Yu S. Chronic migraine: A process of dysmodulation and sensitization. Molecular pain. 2018;14:1744806918767697.
4. Burch RC, Buse DC, Lipton RB. Migraine: epidemiology, burden, and comorbidity. Neurologic clinics. 2019;37(4):631-49.
5. Zwart J, Dyb G, Holmen T, Stovner L, Sand T. The prevalence of migraine and tension-type headaches among adolescents in Norway. The Nord-Trøndelag Health Study (Head-HUNT-Youth), a large population-based epidemiological study. Cephalalgia. 2004;24(5):373-9.
6. Shah DR, Dilwali S, Friedman DI. Current aura without headache. Current Pain and Headache Reports. 2018;22(11):1-8.
7. Espnes GA, Moksnes UK, Byrne DG. The type A behavior pattern. The Handbook of Stress and Health: A Guide to Research and Practice. 2017:299.
8. Tombul K, Balcıoğlu İ, Ertem DH, Bingöl A, Göksan B, Uludüz DU, editors. Migren tipi baş ağrısı olan olgularda kişilik özellikleri. Yeni Symposium; 2015.
9. Jensen TS, Baron R, Haanpää M, Kalso E, Loeser JD, Rice AS, et al. A new definition of neuropathic pain. Pain. 2011;152(10):2204-5.
10. Kumar N. WHO normative guidelines on pain management. Geneva: World Health Organization. 2007:3-4.
11. Chen JS, Kandle PF, Murray I, Fitzgerald LA, Sehdev JS. Physiology, pain. StatPearls [Internet]. 2021.
12. Uyar M, Köken İ. Kronik ağrı nörofizyolojisi. Neurophysiology of chronic pain TOTBİD Dergisi. 2017;16:70-6.
13. Aydın On. Ağrı ve ağrı mekanizmalarına güncel bakış. 2002.
14. Sayılğan N, Domaç FM, Güleç H. Migren ve gerilim tipi baş ağrısı tanılı bireylerde psikiyatrik eşanı ve yaşam kalitesi ile ilişkisi: ön çalışma. Cukurova Medical Journal. 2019;44(1):44-51.
15. Çelenay ŞT, Oğuzhan M, Korkut Z, Özalp M, Ünüvar BS, Sevim M. Kronik Boyun Ağrılı Bireylerde Derin Boyun Fleksör Kas Performansının Denge ve Yürüme Parametreleri İle İlişkisi. Türk Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi.31(1):52-7.
16. Özdin M. Kronik Migren Hastalarında Lipit Profilleri Arasındaki İlişki. Balıkesir Medical Journal.4(1):5-12.
17. Edvinsson L. CGRP and migraine; from bench to bedside. Revue Neurologique. 2021.
18. Silberstein SD, Upton RB, Goadsby PJ. Headache in clinical practice: Routledge; 2018.
19. Büyükyörük C. Migren hastalarının yaşam kalitesi, anksiyete ve depresyon düzeylerinin değerlendirilmesi. 2017.
20. Society HCSotIH. The international classification of headache disorders. cephalalgia. 2004;24(1):9-160.
21. Society HCCotIH. The international classification of headache disorders, (beta version). Cephalalgia. 2013;33(9):629-808.
22. Aydın S. Migren Tanısı Alan 12-18 Yaş Grubu Çocukların İşitme Düzeylerinin Değerlendirilmesi: Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2019.
23. Kudiaki Ç, Sezgin N. Baş ağrısı olan ve olmayan grupların Geşalt temas biçimleri, öfke ve anksiyete düzeyleri açısından incelenmesi. Klinik Psikiyatri Dergisi. 2018;21(1).

24. Karaman Y. Migrenli kadınlarda konnektif doku manipölasyonunun ağrı, yaşam, uyku kalitesi ve fonksiyonellik üzerine etkisi: Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2021.
25. Sellers MM, Stallone JN. Sympathy for the devil: the role of thromboxane in the regulation of vascular tone and blood pressure. *American Journal of Physiology-Heart and Circulatory Physiology*. 2008;294(5):H1978-H86.
26. Erucar E. Demographic And Clinical Characteristics Of migraine Patients In Konya. *Selcuk Medical Journal*. 2014;30(4):162-4.
27. Russell MB, Olesen J. Increased familial risk and evidence of genetic factor in migraine. *Bmj*. 1995;311(7004):541-4.
28. Harno H, Hirvonen T, Kaunisto MA, Aalto H, Levo H, Isotalo E, et al. Subclinical vestibulocerebellar dysfunction in migraine with and without aura. *Neurology*. 2003;61(12):1748-52.
29. Aydın Özemir Z, Baykan B. Kronik Migrenin Aydınlanmaya Başlayan Yüzü. *Archives of Neuropsychiatry/Noropsikiatri Arsivi*. 2013.
30. Steiner TJ, Stovner LJ, Vos T, Jensen R, Katsarava Z. Migraine is first cause of disability in under 50s: will health politicians now take notice? : Springer; 2018.
31. Baykan B, Ertas M, Karlı N, Uluduz D, Uygunoglu U, Ekizoglu E, et al. Migraine incidence in 5 years: a population-based prospective longitudinal study in Turkey. *The journal of headache and pain*. 2015;16(1):1-10.
32. Silberstein SD, Stiles MA, Young WB. *Atlas of Migraine and Other Headaches*, ed. 2. 2006.
33. Özturan A, Şanlıer N, Coşkun Ö. The Relationship Between Migraine and Nutrition. *Turkish Journal of Neurology/Türk Noroloji Dergisi*. 2016;22(2).
34. Çağlayan N, Oskay ÜY. Gebelikte migren: maternal ve neonatal sağlığa etkileri. *Okmeydanı Tıp Dergisi*. 2015;31(1):34-8.
35. Söylemez G, Talu GK. Erişkinlerde Epizodik Gerilim Tipi Baş ağrısı Tedavisinde, Hızlı Etkili Lornoksikamin Randomize, Çift-Kör, Plasebo Kontrollü Etkililik Çalışması.: İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı;2009
36. Şeneş M. Migren ve gerilim tipi baş ağrısı tanılı bireylerde psikiyatrik eşanı ve yaşam kalitesi ile ilişkisi: ön çalışma. 2013.
37. Özkan İG. Migren hastalarında öz Yeterlilik, ağrıyla başa çıkmada Kendi Genel yönetim Stratejileri Ve yaşam Kalitesi arasındaki ilişkinin İncelenmesi: Teorik Bir Modelin Test Edilmesi: Marmara Üniversitesi (Turkey); 2013.
38. Dalkara T, Zervas NT, Moskowitz MA. From spreading depression to the trigeminovascular system. *Neurological sciences*. 2006;27(2):s86-s90.
39. Goadsby PJ, Lipton RB, Ferrari MD. Migraine—current understanding and treatment. *New England journal of medicine*. 2002;346(4):257-70.
40. Özge A, Uludüz D, Karadaş Ö, Bozkurt MM. Mekanizma Temelli Migren Tedavisinde Erenumab. *Turk J Neurol*. 2021;27:229-39.
41. Örnek Ş. Akut migren atağına bağlı baş ağrısının tedavisinde intravenöz parasetamol, deksketoprofen ve ibuprofenin etkinliği. 2020.
42. Evren Boran H, Bolay H. Migren Patofizyolojisi. *Archives of Neuropsychiatry/Noropsikiatri Arsivi*. 2013.
43. Tekin HG, Kızılay DÖ. Çocuklarda migren özelliklerinin obezite ile ilişkisinin araştırılması. *Abant Tıp Dergisi*. 9(3):81-7.
44. Pietrobon D. Familial hemiplegic migraine. *Neurotherapeutics*. 2007;4(2):274-84.

45. Rüstemoğlu BS, Samancı B, Tepgeç F, Kürtüncü M, Altunoğlu U, Gündüz T, et al. Subkortikal Enfarktüsülü Serebral Arteriyopati ve Lökoensefalopati Olgularının Klinik ve Moleküler Genetik Bulguları. *Turk J Neurol*. 2021;27:240-7.
46. Gürsoy AE, Ertaş M. Migrende Profilaktik Tedavi. *Archives of Neuropsychiatry/Noropsikiatri Arsivi*. 2013.
47. Yaşar E, Ozunal Z. Migrene farmakolojik yaklaşım. 2019.
48. Öztürk V. Migren Akut Tedavisi. *Archives of Neuropsychiatry/Noropsikiatri Arsivi*. 2013.
49. Ertaş M. Migrenin Akut Tedavisi.
50. Erdal A, Kutlu G. Epilepsi-Migren İlişkisi. *Çocuk Ve Ergende Nörolojik Hastalıklara Yaklaşım Rehber Kitabı* 2015.147.
51. Özge A, Uludüz D, Yalın OÖ, Uygunoğlu U. Kronik Migren: Hastalık Yükü, Komorbidite ve Tedavi. *Turk Noroloji Dergisi*. 2018;24(2):117.
52. Sara B, De Icco R, Vaghi G, Pazzi S, Guaschino E, Allena M, et al. Psychological predictors of negative treatment outcome with Erenumab in chronic migraine: data from an open label long-term prospective study. *The Journal of Headache and Pain*. 2021;22(1):1-10.
53. Linde K, Streng A, Jürgens S, Hoppe A, Brinkhaus B, Witt C, et al. Acupuncture for patients with migraine: a randomized controlled trial. *Jama*. 2005;293(17):2118-25.
54. Yelboğa A. Kişilik özellikleri ve iş performansı arasındaki ilişkinin incelenmesi. *ISGUC The Journal of Industrial Relations and Human Resources*. 2006;8(2):196-217.
55. Ak M, Özmenler KN, Özşahin A. İntihar Girişimi İle Mizaç ve Karakter Özellikleri Arasındaki İlişkinin Major Depresif Bozukluk Örnekleminde İrdelenmesi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*. 2008;11(1).
56. Subaş A. Okul yöneticilerinin liderlik stilleri ile enneagram kişilik tipleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi İstanbul: Marmara Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü*. 2017.
57. Sarı BA. Mizaç özellikleri ve gelişime etkileri. *Türkiye Klinikleri J Child Psychiatry-Special Topics*. 2018;4(1):5-9.
58. Zola-Morgan S. Localization of brain function: The legacy of Franz Joseph Gall (1758-1828). *Annual review of neuroscience*. 1995;18(1):359-83.
59. Çelebioğlu Â, Hakkı Eİ. Erzurumlu İbrahim Hakkı: Kültür ve Turizm Bakanlığı; 1988.
60. Ashrafzade R, Safari Jendabe Z. An Investigation of Characters in Shahnameh Based on the Psychological Theories of Kretschmer and Sheldon. *Rhetoric and Grammar Studies*. 2020;9(16):69-103.
61. Eysenck SB, Barrett PT, Saklofske DH. The junior eysenck personality questionnaire. *Personality and Individual Differences*. 2021;169:109974.
62. Wolfers ME, Stam BE, Machielse A. Correlates of emotional and social loneliness among community dwelling older adults in Rotterdam, the Netherlands. *Aging & Mental Health*. 2021:1-13.
63. Harahap NA, Amalianingsih R, Hidayat DR. Type of Personality in Making Career Decisions Based on the John L Holland Theory. *Jurnal Ilmiah Bimbingan Konseling Undiksha*. 2020;11(1).
64. Conversano C, Di Giuseppe M. Psychological factors as determinants of chronic conditions: clinical and psychodynamic advance. *Frontiers in Psychology*. 2021;12:86.
65. Summers G, Tudor K. Reflections on Cocreative Transactional Analysis: Acceptance Speech for the 2020 Eric Berne Memorial Award. *Transactional Analysis Journal*. 2021;51(1):7-18.

66. Gürbüz S. 18-35 yaş arası kadınların PMS belirtileri ve cinsel doyumlarının kişilik özellikleri ile ilişkisinin incelenmesi: İstanbul Gelişim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü; 2021.
67. Ölçer S, Yılmaz G. Çocuklarda Özerklik Algısı ile Öğretmenlerin Özerkliği Etkileyen Faktörler ve Geliştirmeye Yönelik Stratejilere İlişkin Görüşleri. *Journal of Awareness*. 2019;4(1):153-76.
68. Beck ED, Jackson JJ. Network approaches to representing and understanding personality dynamics. *Measuring and Modeling Persons and Situations*: Elsevier; 2021. p. 465-97.
69. Yılmaz ED, Gençer AG, Ünal Ö, Aydemir Ö. Enneagram'dan Dokuz Tip Mizaç Modeli'ne: Bir Öneri. *Eğitim ve Bilim*. 2014;39(173):395-415.
70. Engin AO, Calapoğlu M, Seven MA, Kadir YÖRÜK A. Davranışlarımızın genetik ve çevresel boyutları. *Kafkas Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Dergisi*. 2008;1(2):37-56.
71. Sazlaya MK, Parlak Ö. Beş faktör kişilik özelliklerinin iş yaşamında yalnızlık üzerine etkisinin incelenmesi. *ODÜ Sosyal Bilimler Araştırmaları Dergisi (ODÜSOBİAD)*. 2018;8(1):149-65.
72. Luthans BC, Luthans KW, Chaffin TD. Character matters: The mediational impact of self-regulation on PsyCap and academic performance. *Journal of Education for Business*. 2021:1-15.
73. Cüceloğlu D. İnsan insana. İstanbul: Remzi Kitabevi. 2000.
74. Öztürk UC. Kariyerde kuşak vs toprak: kariyer algısında doğulan coğrafi konum ve kuşağın etkisi. *Siyaset, Ekonomi ve Yönetim Araştırmaları Dergisi*. 2017;5(5):155-65.
75. Boz D, Duran C, Meral H. Enneagram Kişilik Tiplerinin İş Performansı Üzerindeki Etkisi. *Electronic Journal of Social Sciences*. 2021;20(79).
76. Akdağ M, Özdemir M. Seçmen Kararlarında Duyguların Rolü ve İşlevi: Duygusal İçerikli Reklamlar Üzerine Bir Analiz. *Selçuk İletişim*. 14(2):895-926.
77. Matisse M. The enneagram: An innovative approach. *Journal of professional counseling: Practice, theory & research*. 2007;35(1):38-58.
78. Taştan K. Kişilik Tiplerine Göre Stresle Mücadele Yöntemleri/Bir Başka Açıdan Stres. Erzurum: Ayhan Ofset Matbaacılık 2013 2013
79. Sutton A, Allinson C, Williams H. Personality type and work-related outcomes: An exploratory application of the Enneagram model. *European Management Journal*. 2013;31(3):234-49.
80. Wagner JP, Walker RE. Reliability and validity study of a Sufi personality typology: The Enneagram. *Journal of clinical psychology*. 1983;39(5):712-7.
81. Maitri S. The spiritual dimension of the enneagram: Nine faces of the soul: Penguin; 2000.
82. Sharp PM. A factor analytic study of three Enneagram personality inventories and the Vocational Preference Inventory: Texas Tech University; 1994.
83. Yılmaz ED, Gençer AG, Ünal Ö, Aydemir Ö. Enneagram'dan dokuz tip mizaç modeli'ne: Bir öneri. *Eğitim ve Bilim*. 2014;39(173).
84. Erçin HŞ. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile Enneagram kişilik tipleri arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. 2018.
85. Taştan K. Development and validation of a personality type inventory based on enneagram. *Konuralp Medical Journal*. 2019;11(1):112-8.
86. MacGregor EA. Oestrogen and attacks of migraine with and without aura. *The Lancet Neurology*. 2004;3(6):354-61.

87. Taşdemir SN. Migren Tanısı Olan Hastalarda Kişilik Yapı ve Özelliklerinin İncelenmesi: Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2015.
88. Wacogne C, Lacoste J, Guilibert E, Hugues F, Le Jeunne C. Stress, anxiety, depression and migraine. *Cephalalgia*. 2003;23(6):451-5.
89. Ertas M, Baykan B, Orhan EK, Zarifoglu M, Karli N, Saip S, et al. One-year prevalence and the impact of migraine and tension-type headache in Turkey: a nationwide home-based study in adults. *The journal of headache and pain*. 2012;13(2):147-57.
90. Aygöl R, Deniz O, Güzelcik M, Aslan Ş. Migrenli hastaların sosyodemografik profili. *MJAU*. 2001;33(1):91-6.
91. Mavioğlu H, Karaca S, Yılmaz H, Korkmaz H, Artuğ R, Selçuki D. Baş ağrısı poliklinik hastalarının demografik ve klinik profili. *Düşünen Adam*. 2000;2(1):110-15.
92. Jensen R, Stovner LJ. Epidemiology and comorbidity of headache. *The Lancet Neurology*. 2008;7(4):354-61.
93. Börü ÜT, Koçer A, Lülecı A, Sur H, Tutkan H, Atli H. Prevalence and characteristics of migraine in women of reproductive age in Istanbul, Turkey: a population based survey. *The Tohoku journal of experimental medicine*. 2005;206(1):51-9.
94. Lipton RB, Stewart WF, Diamond S, Diamond ML, Reed M. Prevalence and burden of migraine in the United States: data from the American Migraine Study II. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*. 2001;41(7):646-57.
95. Molgaard CA, Rothrock J, Stang PE, Golbeck AL. Prevalence of migraine among mexican americans in San Diego, California: Survey 1. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*. 2002;42(9):878-82.
96. Özdemir G, Aygöl R, Demir R, Özel L, Ertekin A, Ulvi H. Migraine prevalence, disability, and sociodemographic properties in the eastern region of Turkey: A population-based door-to-door survey. *Turkish journal of medical sciences*. 2014;44(4):624-9.
97. Aygul R, Deniz O, Kocak N, Orhan A, Ulvi H. The clinical properties of a migrainous population in eastern Turkey-Erzurum. *Southern medical journal*. 2005;98(1):23-8.
98. Camarda C, Pipia C, Tagliaiavori A, Di Fiore P, Camarda R, Monastero R. Comorbidity between depressive symptoms and migraine: preliminary data from the Zabut Aging Project. *Neurological Sciences*. 2008;29(1):149-51.
99. Hamelsky SW, Lipton RB. Psychiatric comorbidity of migraine. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*. 2006;46(9):1327-33.

EKLER

EK-1. TAŞTAN KİŞİLİK TİPİ ÖLÇEĞİ

No	Aşağıdaki sorular kişilik tipinizi belirlememize yardımcı olacaktır. Lütfen genel yaşantınızı dikkate alarak her bir soru için size en uygun kutucuğa işaret koyunuz. Yaşınız:..... Cinsiyet:1-K () 2-E () Mesleğiniz:.....Eğitiminiz:..... Migren: 1-Var () 2-Yok ()	0-Kesinlikle hayır	1-Hayır	2-Kısmen Hayır	3-Ne evet ne hayır	4-Kısmen evet	5-Evet	6-Kesinlikle evet
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 ruhluyum.							
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.							

EK-2. ETİK KURUL ONAYI

 **ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ TIP
FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU** 

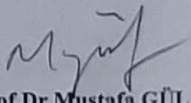
Bölümü : Dekanlık
Servisi : Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
Sayı : B.30.2.ATA.0.01.00/534
Konu : Etik Kurul Kararı

04.03.2021

Sayın:Arş.Gör.Dr.Emine KOLİKOĞLU AKBULUT
Aile Hekimliği Anabilim Dalı
Araştırma Görevlisi

Değerlendirilmek üzere Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'na başvuruda bulunduğunuz
"Migren Hastalarının Kişilik Tipi Özelliklerinin Araştırılması" isimli bilimsel tez
çalışmasına ait Kurul Kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.


Prof.Dr.Mustafa GÜL
Etik Kurul Başkanı

Eki :
1 Adet Etik Kurul Kararı

Sorumlu Araştırmacı :
1. Doç.Dr.Kenan TAŞTAN
2.

Yardımcı Araştırmacı :
1-Arş.Gör.Dr.Emine KOLİKOĞLU AKBULUT
2-Dr.Öğr.Üy.Mehmet Nuri KOÇAK



ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ TIP
FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU



KARAR

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı
	TELEFON	+90 442 234 65 11
	FAKS	+90 442 236 09 68
	E-POSTA	atatipetikkurul@gmail.com
SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI		Doç.Dr.Kenan TAŞTAN
ARAŞTIRMACININ AÇIK ADI		Migren Hastalarının Kişilik Tipi Özelliklerinin Araştırılması
KARAR BİLGİLERİ	Toplantı Sayısı: 01 Karar No: 14	Tarih: 04.03.2021
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve çalışmanın bütçesinin Kendisi tarafından karşılanması koşulu ile yapılmasında bilimsel ve etik açıdan sakınca olmadığına oy birliği ile karar verildi.	
	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir. Araştırmacıya çalışmalarında başarılar dileriz.	

Prof.Dr.Mustafa GÜL
Etik Kurul Başkanı

Prof.Dr.M.Hamidullah UYANIK
Üye

Prof.Dr.Zekai HALICI
Üye

Doç.Dr.İlker İNCE
Üye

Doç.Dr.Zeynep KARAMAN ÖZLÜ
Üye

Doç.Dr. Yasemin ÇAYIR
Üye

Doç.Dr.Ayşenur AKSOY
Üye

Doç.Dr.Ali AHISKALIOĞLU
Üye

Doç.Dr.Ahmet ÇAYIR
Üye

Doç.Dr.İbrahim KARABULUT
Üye

Doç.Dr.Sera DERELIOĞLU
Üye

Dr.Öğr.Üy. Esra LALOĞLU
Üye

Arş.Gör.Dr. Mehmet GÖDEKLİ
Üye

Emrah MELETLİOĞLU
Üye