

AKUT İSKEMİK İNME VE GEÇİCİ İSKEMİK ATAK GEÇİREN HASTALARDA MIZAÇ KARAKTER ÖZELLİKLERİ VE YAŞAM OLAYLARININ ETKİSİ**EFFECTS OF LIFE EVENTS AND TEMPERAMENT, PERSONALITY TRAITS IN PATIENTS WITH ACUTE ISCHEMIC STROKE AND TRANSIENT ISCHEMIC ATTACK**İsmail Volkan ŞAHİNER¹, Emrah AYTAÇ², Hanzade Aybüke ÜNAL ARTIK³, Şafak Yalçın ŞAHİNER¹, Ayşegül AKYÜZ⁴, Mehmet ÖZTÜRK⁵, Tahir Kurtuluş YOLDAŞ⁶**ÖZET**

AMAÇ: Akut iskemik inme ve geçici iskemik atak vasküler hasara bağlı olarak serebral kan akımının bozulması nedeniyle gelişir. İnme gelişiminde çeşitli genetik ve çevresel faktörler sorumlu olmakla birlikte çalışmalarda psikolojik faktörlerin de rol alabileceği saptanmıştır. Bu çalışmada kişilik özellikleri, mizaç ve geçirilmiş yaşam olaylarının inme ile ilişkili olup olmadığını saptamak amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM: Çalışmaya NIH (Ulusal Sağlık Enstitüsü) İnme Ölçeği puanı 10'nun altında olan, afazik olmayan, demans ve başka bilişsel bozukluğu olmayan 48 akut iskemik inme veya geçici iskemik atak geçiren hasta ile yaş ve cinsiyet uyumlu 47 gönüllü kontrol grubu dahil edilmiştir. Hasta ve kontrol grubuna sosyodemografik veri formu, Memphis, Pisa, Paris ve San Diego Mizaç Değerlendirme Anketi, Mizaç ve Karakter Envanteri ve Yaşam Olayları Listesi uygulanmıştır.

BULGULAR: İnme hastaları ile kontrol grubunda yer alan sağlıklı bireyler arasında Memphis, Pisa, Paris ve San Diego Mizaç Değerlendirme Anketi'nin depresif mizaç, iritabl mizaç ve anksiyöz mizaç alt ölçek puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Çalışma grupları arasında Yaşam Olayları Listesi ölçeğinin distres ve uyum alt ölçek puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Mizaç Karakter Envanteri'nde ise her iki grup arasında yenilik arayışı, zarardan kaçınma, sebat etme, kendi kendini yönetme ve iş birliği puanları açısından anlamlı farklılıklar saptanmıştır.

SONUÇ: İnme hastalarının depresyona eğilimli mizaç ve karakter özelliklerine sahip olduğu tespit edilmiştir. Bu çalışma, ülkemizde inme geçiren hastaların mizaç ve karakter özellikleri ve yaşam olayları karşısında verdikleri distres ve uyumu değerlendiren ilk çalışmadır.

Anahtar Kelimeler: İskemik inme, kişilik, yaşam olayları

ABSTRACT

AIM: Acute ischemic stroke and transient ischemic attack develops due to impaired cerebral blood flow caused by vascular damage. Although various genetic and environmental causes are responsible for the development of stroke, it has been determined that psychological factors may also play a role in the studies. In this study, it is aimed to investigate whether personality traits, temperament and past life events are related to stroke.

MATERIAL AND METHOD: The study included 48 patients with National Institutes Of Health Stroke Scale scores below 10, without aphasia, dementia and other cognitive impairments and 47 patients with age and gender matched control groups. Sociodemographic data form, Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris and San Diego Autoquestionnaire, Temperament and Character Inventory and Life Events Scales were applied to the patient and control groups.

RESULTS: A statistically significant difference was found between stroke patients and healthy individuals in the control group in terms of Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris and San Diego Auto questionnaire scale, depressive temperament, irritable temperament and anxious temperament subscale scores. There was no difference between the study groups in terms of the distres and adjustment subscale scores of the Life Event Scale. In the Temperament and Character Inventory scoring, significant difference was found between two group in terms of seeking innovation, avoiding harm, persistence, self-directedness, and cooperation.

CONCLUSION: It has been determined that stroke patients have temperament and characteristics that are prone to depression. This study is the first study to evaluate the distres and harmony of patients who have had a stroke in our country against their temperament and character characteristics and life events.

Keywords: Ischemic stroke, personality, life events

¹ Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD, Kütahya, Türkiye

² Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji AD, Elazığ, Türkiye

³ Uşak Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Kliniği, Uşak, Türkiye

⁴ Hacettepe Üniversitesi Nöroloji AD, Ankara, Türkiye

⁵ Ankara Eğitim Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği, Ankara, Türkiye

⁶ Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nöroloji Kliniği, Ankara, Türkiye

Geliş Tarihi / Submitted : Şubat 2021 / February 2021

Kabul Tarihi / Accepted : Temmuz 2021 / July 2021

Sorumlu Yazar / Corresponding Author:

İsmail Volkan ŞAHİNER

Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Evliya Çelebi Yerleşkesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları ABD, Tavşanlı Yolu 10. km, Posta Kodu: 43100, Kütahya, Türkiye

Gsm: +90 533 194 3799 E-posta: volkansahiner@gmail.com

Yazar Bilgileri / Author Information:

İsmail Volkan ŞAHİNER (ORCID : 0000-0002-2216-3439)

Emrah AYTAÇ (ORCID : 0000-0001-8404-7049) E-posta: eaytac@firat.edu.tr,

Hanzade Aybüke ÜNAL ARTIK (ORCID : 0000-0003-1598-1844)

E-posta: hanzadeunal@windowslive.com,

Şafak Yalçın ŞAHİNER (ORCID : 0000-0002-5959-075X) E-posta: safaksahiner@gmail.com,

Ayşegül AKYÜZ (ORCID : 0000-0001-9357-2574) E-posta: akyuzaysegul88@gmail.com,

Mehmet ÖZTÜRK (ORCID : 0000-0001-6383-4457) E-posta: ozturk.265@hotmail.com,

Tahir Kurtuluş YOLDAŞ (ORCID : 0000-0003-4950-9142) E-posta: tahir.yoldas@gmail.com

Çalışmanın yapılması için gerekli kurul onayı Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Eğitim Planlama Kurulu'ndan 24.12.2014 tarih ve 0575 toplantı numaralı ve 4746 sayılı kararı ile alınmıştır.

GİRİŞ

İnme, vasküler nedenlerden dolayı merkezi sinir sisteminin ani, fokal veya global olarak bozulmasına neden olan klinik bir sendromdur. İskemik inme tüm inme vakalarının %80'inden sorumludur. Geçici iskemik atak ile inmede benzer semptomlar gözlenmesine rağmen geçici iskemik atak 24 saat içinde düzelir. İnme ve geçici iskemik atakta çeşitli nedenlerle beyne giden kan akışı zarar görür ve etkilenen bölgedeki hücreler normal fonksiyonlarını kaybeder. Bu durum uzadıkça hücreler kalıcı olarak harabiyete uğrar ve sekel olasılığı artar (1).

İnme dünyadaki ölüm nedenleri arasında iskemik kalp hastalıklarından sonra ikinci sırada yer almaktadır. Her yıl yaklaşık 13,7 milyon yeni inme vakası görülmektedir (2). Yaşam boyu inme geçirme riskine bakıldığında, 25 yaş ve üzerindeki her 4 kişiden birinin bu riske sahip olduğu görülmektedir (3). Gelişmiş ülkelerde önemli bir sağlık sorunu olan inme yetişkinlerdeki kalıcı sakatlıkların ve demansın başta gelen nedenidir.

İnmeyi etkileyen birçok yapısal ve çevresel faktör bulunmaktadır. Bu faktörler; ileri yaş, cinsiyet (ileri yaşta erkek olma), etnik köken (siyah ırk), hipertansiyon, sigara ve alkol kullanımı, madde bağımlılığı, diyabet, kardiyak hastalıklar, hiperlipidemi, sedanter yaşam, beslenme, obezite ve genetik faktörlerdir (4). Bunlara ilaveten inme geçirmiş hastalarda yapılan çalışmalarda inme ile psikolojik stres, kişilik özellikleri, depresyon ve anksiyete arasında ilişki saptanmıştır (5,6). Yakın veya uzak zamanda yaşanmış stresli yaşam olaylarının inme ile ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar bulunmakla birlikte inmeyi etkileyen psikolojik faktörlerle ilgili daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır.

İnmeyle ilişkili olduğu düşünülen psikolojik faktörlerden birisi kişilik özellikleridir. Kişilik tarih boyunca her zaman tartışılan bir konu olmuştur. Cloninger 1987 yılında yayınladığı çalışmasıyla psikobiyolojik kişilik modelini açıklayarak bu tartışmalara açıklık getirmeye çalışmıştır. Çoğu araştırmacıya göre kişilik; yapısal olarak kalıtılabilen, doğuştan gelen ve yaşam boyu çok az oranda değişim gösteren mizaç ile, çevresel etkiler sonucu olgunlaşan, zaman içinde değişime uğrayan ve öğrenilmiş davranış kalıpları olan karakterden oluşmaktadır. Cloninger'in psikobiyolojik kişilik modelinde kişiliğin iki temel bileşeni olan mizaç ve karakterdeki normal ve anormal değişiklikler: mizaç yönüyle yenilik arayışı, zarardan kaçınma, ödül bağımlılığı ve sebat etme olmak üzere dört boyutla, karakter yönüyle kendini yönetme, iş birliği yapma ve kendini aşma olmak üzere üç boyutla açıklanmaktadır (7). Kişilik özelliklerinin, fizyolojik ve öğrenilmiş birçok davranış örüntüsünü kapsamamasından dolayı, biyolojik ve psikolojik hastalıkları etkileyip etkilemediği araştırılan bir konu olmuştur. Weston ve ark.'nın (8) 6904 gönüllüyü 4 yıl boyunca takip ettikleri bir çalışmada, bazı kişilik özelliklerinin (sorumluluk, duygusal denge ve açıklık) kardiyovasküler hastalıklar, hipertansiyon, akciğer hastalıkları, inme gibi durumlarla ilgili bir risk faktörü olduğu gösterilmiştir. Jokela ve ark.'nın (9) 2013 yılında yayınlan-

an araştırmalarında ise yüksek oranda dışadönüklüğün inmeye bağlı ölümlerle ilişkili olduğu saptanmıştır. Ayrıca Cloninger'in kişilik modelinde yer alan zarardan kaçınma mizacının inme hastalarında yaygın olarak görülen depresyon için bir risk faktörü olduğu tespit edilmiştir (10). Mizaç kalıtsaldır ve duygusal tepkilerin biyolojik temelidir. Afektif mizaç özellikleri de yaşam boyu değişmemekte ve kişilerin çevresel uyaranlara verdiği duygusal tepkileri belirleyebilmektedir. Afektif mizaç 5 tiptedir: depresif, siklotimik (hızlı ruh hali değişikliği gösteren), hipertimik (fazla neşeli, enerjik ve coşkulu), irritable (şüpheli ve eleştirel) ve anksiyöz (endişeli). Bu beş afektif mizaç tipi Memphis, Pisa, Paris ve San Diego Mizaç Değerlendirme Anketi (TEMPS-A) ile değerlendirilmektedir. Afektif mizaç özelliklerinin duygu durum bozuklukları ile ilişki olmasının yanında somatik hastalıklarla ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır. Eory ve ark.'nın (11) 2014 yılında yayınlanan çalışmalarında siklotimik mizacın hipertansiyon ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Ayrıca inme geçiren hastalarda depresif ve anksiyöz mizacın baskın gözükken mizaç çeşitlerinden olduğunu gösteren bir çalışma da mevcuttur (12).

İnme ve kardiyovasküler hastalıklarla ilişkisi olduğu düşünülen diğer psikolojik faktör de stresli yaşam olaylarıdır. İnsanlar yaşamları boyunca birçok stresli uyaranla karşı karşıya kalmaktadır. Stres veren olaylara maruz kalma kişileri psikolojik olarak etkilediği kadar fiziksel olarak da etkilemektedir. Örneğin miyokard infarktüsü geçiren hastalarla yapılan bir çalışmada, hastaların yaşam olayları karşısında verdikleri distres ve uyum değerlendirilmiş ve hastaların distres ve uyum puanlarının anlamlı olarak yüksek olduğu bulunmuştur. Distres ve uyum güçlüğü çeken kişilerin miyokard infarktüsü geçirme riskinin arttığı sonucuna varılmıştır (13). Buna ilaveten stresli yaşam olayları birçok hastalığın (depresyon, kardiyovasküler hastalıklar, AIDS, astım, otoimmün hastalıklar) ilerlemesini ve şiddetini de etkileyebilmektedir (14). Ayrıca toplumumuzda yaşanmış stresli olayların inmeyi tetiklediğine dair yaygın bir inanış bulunmaktadır.

İnmenin psikolojik faktörlerden etkilendiğini gösteren çalışmalar olmakla birlikte, bu konu ile ilgili daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır. Türk toplumunda bazı kişilerde inmeye bir yatkınlık olduğu gözlenirse de bu konuyla ilgili bir araştırma yapılmamıştır. Biz bu nedenle çalışmamızda inme geçiren hastalarda kişilik özellikleri, mizaç ve geçirilmiş yaşam olaylarının inme için bir risk faktörü olup olmadığını belirlemeyi amaçladık.

GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışmaya Ankara ilindeki bir eğitim ve araştırma hastanesi nöroloji kliniğinde 01.01.2015-01.01.2016 tarihleri arasında akut iskemik inme ve geçici iskemik atak nedeniyle tedavi gören Ulusal Sağlık Enstitüsü İnme Ölçeği (NIHSS) puanı 10'nun altında olan, afazik olmayan, demans ve başka bilişsel bozukluğu olmayan 48 gönüllü hasta alınmıştır. Hastalarla yaş ve cinsiyet bakımından uyumlu 47 gönüllü kontrol grubu olarak seçilmiştir. Hastaların NIHSS ve TOAST (Akut İnme Tedavi Klasifikas-

yonu) puanları kaydedilmiştir. Hasta ve kontrol grubuna sosyodemografik veri formu, Memphis, Pisa, Paris ve San Diego Mizaç Değerlendirme Anketi (TEMPS-A), Mizaç ve Karakter Envanteri (TCI) ve Yaşam Olayları Listesi (YOL) verilmiştir. Hasta grubuna bu ölçekler inme geçirdikten sonraki bir hafta içinde uygulanmıştır. Tüm gönüllülerden sözel ve yazılı bilgilendirilmiş onamları alınmış, çalışma Helsinki Deklarasyonu Prensipleri'ne uygun şekilde yapılmıştır. Çalışmanın yapılması için gerekli kurul onayı Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Eğitim Planlama Kurulu'ndan 24.12.2014 tarih ve 0575 toplantı numaralı ve 4746 sayılı kararı ile alınmıştır.

Memphis, Pisa, Paris ve San Diego Mizaç Değerlendirme Anketi (TEMPS-A)

Afektif mizaç özelliğini belirlemek için kullanılır. 1996 yılında Akiskal ve ark. (15) tarafından geliştirilmiş, Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik analizi 2005 yılında Vahip ve ark. (16) tarafından yapılmıştır. Türkçe formu toplam 99 sorudan oluşan ölçek beş afektif mizaç tipini değerlendirir. Bu tipler; depresif (19 madde), siklotimik (20 madde), hipertimik (20 madde), irritabl (17 madde) ve anksiyözdür (23 madde). Her mizaç tipi için puan hesaplanır. Hesaplanan puan kesme puanının üstünde ise o kişi için baskın mizaç olarak kabul edilir. Bir kişi için bir veya birden fazla baskın mizaç saptanabileceği gibi hiçbir baskın mizaç da belirlenmeyebilir (15,16).

Mizaç ve Karakter Envanteri (TCI)

Cloninger tarafından geliştirilmiş, Köse ve Sayar (17) tarafından Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Kişiliği mizaç boyutu ile yenilik arayışı, zarardan kaçınma, ödül bağımlılığı ve sebat etme, karakter boyutu ile kendini yönetme, iş birliği yapma ve kendini aşma ile yedi temel boyutunu ölçmeyi amaçlar. 240 maddeden oluşur. Katılımcılar soruları "Doğru" ya da "Yanlış" şeklinde yanıtlar. Doğru "1" yanlış "0" olarak puanlandırılır fakat ters sorular bulunmaktadır. Bu sorularda yanlış "1" olarak puanlandırılır (17).

Yaşam Olayları Listesi (YOL)

Liste Soria tarafından geliştirilmiş ve Türk toplumuna uyarılama çalışması yapılmıştır. Soria'sın yaşam olayları 107 maddeden oluşmaktadır. Bu olaylar başlıca ekonomik durum, sağlık durumu, eğitim, iş, aile, yakın akraba ve arkadaş ilişkileri, cinsel yaşam, yitim (ekonomik, sağlık, eş), yer değişikliği gibi olaylardan oluşmaktadır. Araştırmanın niteliğine uygun olarak liste içinden bazı olaylar seçilerek kullanılabilir. Her yaşam olayının distres ve uyum puanları farklı olup toplam puan distres ve uyum puanları olarak ayrı ayrı hesaplanır (18).

İstatistiksel Analiz

Verilerin analizi için SPSS 15 (SPSS Inc., Chicago, Illinois, USA) programı kullanıldı. Tanımlayıcı istatistikler olarak ortalama, standart sapma, minimum, maksimum, ortanca, sıklık ve yüzde kullanıldı. Kategorik verilerin karşılaştırılmasında Pearson Ki-Kare ve Fisher'in Kesin testi ve sürekli verilerin karşılaştırılmasında Mann-Whitney U

testi kullanıldı. Bağımsız durumların inme geçirme durumunu öngörmedeki etkisinin analizi için çok değişkenli lojistik regresyon analizi yapıldı. Sürekli verilerin arasındaki ilişkiyi analiz etmek için Spearman Korelasyon Testi kullanıldı.

BULGULAR

Araştırmaya 95 birey dahil edildi. Araştırmaya dahil edilenlerin yaş ortalaması 60,38±12,73 (min: 25-maks: 87) yıl olup %44,2'si kadın, %55,8'i erkekti. Araştırma kapsamında incelenen 95 bireyin 48'i inme hastası, 47'si ise sağlıklı kontrollerden oluşuyordu ve bunlar çalışma grupları olarak kabul edildi.

Çalışma grupları arasında yaş, cinsiyet, aktif olarak çalışma durumu, aylık toplam hane geliri, medeni durum, sigara ve alkol kullanma durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0,05$). İncelenen 48 inme hastasının %39,6'sında inme dışında herhangi bir kronik hastalık mevcuttu. Çalışma gruplarının sosyodemografik ve klinik özelliklerin dağılımı **Tablo 1**'de sunulmuştur.

Çalışma grupları TEMPS-A puanlarına göre karşılaştırıldığında; inme hastalarından oluşan grupta TEMPS-A ölçeği depresif mizaç, irritabl mizaç ve anksiyöz mizaç alt ölçek puanları kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek saptandı. Siklotimik ve hipertimik mizaç alt ölçek puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı. Baskın mizaç özelliği olarak çalışma grupları arasında sadece depresif mizaç açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p=0,006$). Diğer taraftan çalışma grupları arasında YOL ölçeğinin distres ve uyum alt ölçek puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0,05$). Çalışma gruplarına göre TEMPS-A puanlarının, TEMPS-A'ya göre baskın mizaçların ve YOL puanlarının dağılımı **Tablo 2**'de sunulmuştur.

İnme hastaları ile sağlıklı kontroller TCI ölçeğine göre karşılaştırıldığında; yenilik arayışının "keşfetmekten heyecan duyma" ve "dürtüsellik" alt ölçek puanları açısından (sırasıyla $p=0,037$; $p=0,021$), zarardan kaçınmanın "toplam" puanı ile "beklenti endişesi-karamsarlık", "belirsizlik korkusu" ve "çabuk yorulma-dermansızlık" alt ölçek puanları açısından (sırasıyla; $p=0,007$; $p=0,018$; $p=0,013$; $p=0,006$), sebat etme açısından ($p=0,039$), kendi kendini yönetmenin "toplam" puanı ile "amaçlılık-amaçsızlık" ve "aydınlatılmış ikincil mizaç" alt ölçek puanları açısından (sırasıyla; $p=0,021$; $p=0,017$; $p=0,001$), işbirliğinin "toplam" puanı ile "sosyal kabullenme", "empati duyma", "yardım severlik" ve "temiz kalplilik, vicdanlılık" alt ölçek puanları açısından (sırasıyla; $p=0,002$; $p<0,001$; $p<0,001$; $p=0,011$; $p=0,004$) istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı. Çalışma gruplarına göre Mizaç Karakter Envanteri puanlarının dağılımı **Tablo 3**'te sunulmuştur.

Yukarıda inme hastaları ve sağlıklı kontroller arasında yapılan karşılaştırmalarda anlamlı çıkan değişkenler ile anlamlı çıkmaya da p değeri 0,250'nin altında olanlar çok

değişkenli lojistik regresyon analizine dahil edildi. Analiz sonucuna göre hiçbir değişkenin inme geçirme durumunu öngörmede bağımsız etkisinin olmadığı görüldü. Bu değişkenlerin inme geçirme durumunu öngörmedeki bağımsız etkileri **Tablo 4**'te sunulmuştur.

Hasta grubunda yer alanların TEMPS-A ve YOL ölçek puanları ile yaş, NIHSS ve TOAST puanları arasındaki ilişki incelendi. İnme hastalarının YOL ölçeğinin distres

alt ölçek puanı ile uyum alt ölçek puanı arasında pozitif yönde, çok güçlü düzeyde ($r=0,98$, $p<0,05$), TEMPS-A ölçeğinin "anksiyöz mizaç" alt ölçek puanıyla arasında ise pozitif yönde, orta düzeyde ($r=0,30$; $p<0,05$), istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı. Diğer değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p>0,05$). Hasta grubunda yer alanların TEMPS-A ve YOL ölçek skorları ile yaş, NIHSS ve TOAST skorları arasındaki ilişki **Tablo 5**'te sunulmuştur.

Tablo 1. Çalışma gruplarına göre sosyodemografik özelliklerin dağılımı

	Hasta (n=48)	Kontrol (n=47)	p*
Yaş (yıl), ort±SD	61,88±14,62	58,85±10,41	0,063**
Cinsiyet, n (%)			
Kadın	19 (39,6)	23 (48,9)	0,359
Erkek	29 (60,4)	24 (51,1)	
Aktif Olarak Çalışma Durumu, n (%)			
Çalışmıyor	36 (75,0)	29 (61,7)	0,163
Çalışıyor	12 (25,0)	18 (38,3)	
Aylık Gelir Durumu, n (%)			
0-1000 TL	19 (39,6)	22 (46,8)	0,632
1001-1500 TL	22 (45,8)	17 (36,2)	
>1500 TL	7 (14,6)	8 (17,0)	
Medeni Durum, n (%)			
Evli	37 (77,1)	32 (68,1)	0,325
Bekar	11 (22,9)	15 (31,9)	
Sigara Kullanımı, n (%)	17 (35,4)	12 (25,5)	0,296
Alkol Kullanımı, n (%)	1 (2,1)	5 (10,6)	0,111#
İnme Dışında Herhangi Bir Hastalık Varlığı, n (%)	19 (39,6)	0	-----

ort: Ortalama; SD: Standart sapma; n: Birey sayısı; %: Sütun yüzdesi; inme: Serebrovasküler olay; *Ki-Kare Testi; **Mann-Whitney U Testi; #Fisher'in Kesin Testi

Tablo 2. Çalışma gruplarına göre TEMPS-A skorlarının, TEMPS-A'ya göre baskın mizaçların ve YOL skorlarının dağılımı

	Hasta (n=48)	Kontrol (n=47)	p
TEMPS-A, medyan (min-maks)			
Depresif mizaç	7 (0-14)	5 (1-12)	0,005**
Siklotimik mizaç	8 (1-15)	5 (0-17)	0,082**
Hipertimik mizaç	10 (0-17)	10 (1-19)	0,581**
İrritabl mizaç	5 (0-15)	2 (0-13)	0,019**
Anksiyöz mizaç	7,5 (0-19)	3 (0-16)	0,049**
TEMPS-A'ya Göre Baskın Mizaç, n (%)			
Depresif (≥13)	8 (16,7)	0	0,006#
Siklotimik (≥18)	0	0	-----
Hipertimik (=20)	0	0	-----
İrritabl (≥13)	5 (10,4)	2 (4,3)	0,435#
Anksiyöz (≥18)	1 (2,1)	0	1,000#
YOL, medyan (min-maks)			
Distres	141 (0-262)	120 (0-451)	0,690**
Uyum	130 (0-322)	111 (0-419)	0,864**

n: Birey sayısı; %: Sütun yüzdesi; **Mann-Whitney U Testi; #Fisher'in Kesin Testi
TEMPS-A: Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris and San Diego Autoquestionnaire
YOL: Yaşam Olayları Listesi

Tablo 3. Çalışma gruplarına göre Mizaç Karakter Envanteri skorlarının dağılımları

	Hasta (n=48) ort±SD	Kontrol (n=47) ort±SD	p**
YENİLİK ARAYIŞI			
Keşfetmekten heyecan duyma	5,46±1,46	6,26±2,12	0,037
Dürtüsellik-İyice düşünmeye	4,48±1,91	3,70±2,05	0,021
Savurganlık-Tutumluluk	3,46±1,92	4,19±1,68	0,054
Düzensizlik-Düzenlilik	3,92±1,97	3,87±1,88	0,910
TOPLAM	17,31±4,90	18,02±4,76	0,555
ZARARDAN KAÇINMA			
Beklenti endişesi ve karamsarlık-Sınırsız iyimserlik	6,35±2,34	5,19±2,18	0,018
Belirsizlik korkusu	5,06±1,91	4,11±1,54	0,013
Yabancılardan ekinme	3,52±2,03	3,55±2,14	0,961
abuk yorulma ve dermansızlık	5,13±2,03	3,79±2,07	0,006
TOPLAM	20,06±6,05	16,64±5,47	0,007
ÖDÜL BAĞIMLILIĞI			
Duygusalılık	6,46±1,90	6,98±1,86	0,217
Bağlanma	4,85±2,17	4,62±2,02	0,501
Bağımlılık	2,63±1,59	2,74±1,39	0,710
TOPLAM	13,94±3,37	14,34±3,18	0,463
SEBAT ETME	4,69±1,65	5,43±1,62	0,039
KENDİ KENDİNİ YÖNETME			
Sorumluluk alma-Kınama	4,75±2,04	5,47±2,42	0,081
Amaçlılık-Amasızlık	4,77±1,68	5,68±1,75	0,017
Beceriklilik	2,75±1,36	3,19±1,51	0,113
Kendini kabullenme-Kendisiyle elişme	6,65±2,66	6,43±2,86	0,922
Aydınlanmış ikinci mizaç	7,38±2,15	8,91±2,28	0,001
TOPLAM	26,29±6,76	29,68±7,79	0,021
İŞ BİRLİĞI			
Sosyal kabullenme-Sosyal hoşgörüsüzlük	5,00±1,83	6,32±1,67	<0,001
Empati duyma-Sosyal ilgişsizlik	3,44±1,71	4,79±1,14	<0,001
Yardıma severlik-Yardıma sevmemezlik	4,42±1,44	5,11±1,22	0,011
Acıma-İntikamılık	7,35±2,23	6,79±2,24	0,323
Temiz kalplilik, vicdanlılık-Kendi kendine yarar sağlama	6,38±2,05	7,17±1,62	0,004
TOPLAM	26,58±6,32	30,17±5,55	0,002
KENDİ KENDİNİ AŞMA			
Kendini kaybetme-Kendilik bilincinde yaşantı	6,13±2,84	5,26±2,63	0,141
Kişiler arası zdeşim-Kendi kendine ayırma	5,21±2,01	5,04±1,97	0,541
Manevi kabullenme-Akılcı maddecilik	6,94±1,95	7,49±2,86	0,140
TOPLAM	18,27±5,30	17,79±5,65	0,837

**Mann-Whitney U Testi

Tablo 4. Bazı Olası Prediktrlerin İnme Geçirme Durumunu ngrmedeki Bağımsız Etkileri (ok Değişkenli Lojistik Regresyon Analizi)

	B	SH	Waldχ ²	sd	OR	%95-GA	p
Yaş	0,017	0,019	0,803	1	1,017	0,980-1,056	0,370
Aktif alışma Durumu							
Çalışmıyor					<i>Referans</i>		
alışıyor	-0,283	0,523	0,292	1	0,754	0,271-2,099	0,589
Mizaç Karakter Envanteri							
Zarardan Kaçınma Toplam Skoru	0,078	0,045	3,027	1	1,081	0,990-1,181	0,082
Sebat Etme Skoru	-0,199	0,149	1,775	1	0,820	0,612-1,098	0,183
Kendi Kendini Yönetme Toplam Skoru	-0,006	0,049	0,018	1	0,994	0,903-1,093	0,894
İŞ Birliği Toplam Skoru	-0,083	0,053	2,445	1	0,921	0,830-1,021	0,118
TEMPS-A							
Depresif	0,103	0,084	1,3502	1	1,109	0,940-1,308	0,220
Siklotimik	-0,082	0,073	3,253	1	0,921	0,798-1,064	0,263
İrritabl	0,032	0,084	0,144	1	1,032	0,876-1,217	0,705
Anksiyöz	0,013	0,073	0,032	1	1,013	0,878-1,169	0,857

B: Regresyon katsayısı; SH: Standart hata; OR: Odds ratio; GA: Güven aralığı

Cox&Snell R²: 0,21; Nagelkerke R²: 0,28; Hosmer&Lemeshow χ²: 3,796, p=0,875.

TEMPS-A: Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris and San Diego Autoquestionnaire

Tablo 5. Hasta grubunda yer alanların TEMPS-A ve YOL ölçek skorları ile yaş, NIHHS ve TOAST skorları arasındaki ilişki

HASTA (n=48)	Yaş	NIHHS	TOAST	YOL	
				Distres	Uyum
TEMPS-A					
Depresif mizaç	0,032	0,088	0,013	0,109	0,113
Siklotimik mizaç	0,018	-0,098	0,060	0,043	0,013
Hipertimik mizaç	0,072	0,103	-0,200	0,019	0,004
İrritabl mizaç	0,086	-0,005	0,093	0,199	0,224
Anksiyöz mizaç	0,054	0,089	-0,009	0,296*	0,309
YOL					
Distres	-0,169	-0,263	-0,059	1,000	0,976
Uyum	-0,110	-0,223	-0,019	0,976**	1,000

*p<0,05; **p<0,01

NIHHS: Ulusal Sağlık Enstitüsü İnme Skalası

TOAST: Akut İnme Tedavi Klasifikasyonu

TEMPS-A: Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris and San Diego Autoquestionnaire

YOL: Yaşam olayları listesi

Spearman Korelasyon Testi

TARTIŞMA

Akut iskemik inme ve geçici iskemik atak geçiren hastaların mizaç ve karakter özellikleri incelendiğinde depresif mizacın baskın mizaç olduğu, depresif, irritable ve anksiyöz mizaç puanlarının yüksek olduğu bulunmuştur. Ayrıca mizaç ve karakter envanteri sonuçlarına göre keşfetmekten heyecan duyma, sebat etme, kendi kendini yönetme ve iş birliği puanlarının düşük ve zarardan kaçınma ve dürtüsellik puanlarının yüksek olduğu tespit edilmiştir. Çalışmamızdaki hasta grubu NIHSS skoru 10'nun altında olan, afazik olmayan, demans ve başka bilişsel bozukluğu olmayan inme geçirmiş hastalardı. Ölçekler hasta grubunda inme geçirdikten sonraki bir hafta içinde uygulandığından, ciddi frontal lob hasarı sonrası mizaç değişikliği gözlenebilse de mizacın kalıtsal ve ömür boyu değişmeyen bir özellik olmasından dolayı, çalıştığımız hasta grubumuzda inmeye bağlı bir mizaç değişikliği oluşması beklenmiyordu (19). Yaptığımız bu çalışmada ülkemizde ilk defa akut iskemik inme ve geçici iskemik atak geçiren hastaların depresyona eğilimli mizaç ve karakter özelliklerine sahip olduğu gösterilmiştir.

İnmenin sık sebeplerinden olan kardiyovasküler hastalıklar ve afektif mizaç özellikleri ile ilgili daha önce yapılan çalışmalarla uyumlu olarak hasta grubunda depresif mizacın baskın mizaç olduğu ve depresif, irritable ve anksiyöz mizaç puanlarının da kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek olduğu tespit edilmiştir (Tablo 2). Kurt ve ark.'nın (12) yaptığı bir çalışmada da inme geçiren hastalarda sekel seviyesinden bağımsız olarak depresif ve anksiyöz mizacın yaygın afektif mizaç olduğu tespit edilmiştir. Erkeklerde irritable ve anksiyöz mizaç puanı arttıkça, hipertansif hastalarda kardiyovasküler risk tahmini için kullanılan arteriyel sertliğin non-invaziv olarak ölçülmesini sağlayan karotis-femoral nabız dalga hızının arttığı gözlenmiştir (20). Ayrıca erkeklerde irritable mizacın, gece periferik ve merkezi sistolik kan basıncının bağımsız bir belirleyicisi olduğu tespit edilmiştir (21). Bunlara ilaveten

siklotimik, irritable ve anksiyöz mizacın obezite, depresif mizacın ise tip 2 diyabette daha kötü metabolik kontrolle ilişkili olduğu bulunmuştur (22,23). Kaygılı mizacın ise prediyabet oluşumunu artıran bir mizaç olduğu tespit edilmiştir (24). Mizaç özellikleri kişilerin beslenme özellikleri ve kardiyovasküler hastalıklara yatkınlığını etkilemektedir. Yaptığımız bu çalışma inme geçiren hastaların daha depresif, şüpheli, eleştirel ve endişeli kişiler olduğu desteklemiştir.

Mizaç ve karakter envanteri (TCI) puanları incelendiğinde hasta grubumuzda zarardan kaçınma puanının anlamlı olarak yüksek olduğu gözlenmiştir. Zarardan kaçınma puanı yüksek olan kişiler kötümser, belirsizlik korkusu yaşayan, çabuk yorulan ve bitkin olarak tanımlanabilmektedir. Zarardan kaçınma alt ölçeği anksiyete ve depresyonu ölçmekte ve nevrozizm ile örtüşmektedir (25). Hasta grubunun yenilik arayışı toplam puanı kontrol grubundan düşük bulunsada bu fark anlamlı çıkmamıştır. Fakat yenilik arayışının alt kırılımı olan keşfetmekten heyecan duyma puanının kontrol grubuna göre düşük ve dürtüsellik puanının yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu da hasta grubumuzun çekingen, içine kapanık ve dürtüsel (çabuk öfkelenen, fevri) olduğunu göstermektedir. TCI mizaç alt boyutundan sebat etme puanı inme geçiren hastalarda anlamlı olarak düşük bulunmuştur. Düşük sebat etme puanı çabuk pes eden ve ısrarcı olmayan bir mizaçla ilişkilendirilmektedir. Karakter boyutu incelendiğinde ise hasta grubunda kendi kendini yönetme ve iş birliği puanlarının kontrol grubuna göre anlamlı olarak düşük olduğu tespit edilmiştir.

İnme geçiren hastalarda yapılan epidemiyolojik çalışmalar göstermiştir ki inme sonrası depresyon geçirme olasılığı yaklaşık %30'dur. İnme sonrası majör depresyon %30 oranında gözlenirken, minör depresyon %70 oranında gözlenmektedir (19). Yapılan çalışmalarda mizaç ve karakter envanteri zarardan kaçınma puanının yüksek olu-

şunun depresyon için bir risk faktörü olduğu tespit edilmiştir (26). Storor ve Bryne'nin (27) yaptıkları çalışmada yüksek nevrotizmin inme sonrası depresyon riskini 2-5 kat arttırdığı ve inmeden etkilenen bölgenin depresyonla ilişkili olmadığı tespit edilmiştir. Ayrıca 2013 yılında yapılan bir çalışmada inme geçiren hastalarda zarardan kaçınma puanının yüksek oluşunun depresyon riskini artırdığı ve yaşam kalitesini düşürdüğü bulunmuştur (10). Halvorsen ve ark.'nın (28) yaptığı çalışmada da yüksek zarardan kaçınma ve düşük kendi kendini yönetme puanının depresyon ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Buna ilaveten Sasayama ve ark.'nın (22) yaptıkları çalışmada unipolar majör depresyonu olan hastalarda kontrol grubuna göre zarardan kaçınma puanının yüksek, kendi kendini yönetme ve iş birliği puanının düşük olduğu bulunmuştur. Hasta grubumuzun afektif mizaç ve mizaç karakter envanteri puanları değerlendirildiğinde inme geçiren hastaların depresyona yatkın bir mizaç özelliğine sahip olduğu sonucuna varılabilmektedir. Literatürde de bu savımızı destekleyen çalışmalar mevcuttur (22).

Stresli yaşam olayları inmeye neden olduğu düşünülen psikolojik faktörlerden biridir. Kornerupa ve ark.'nın (29) yaptıkları bir çalışmada yetişkinlikte ve çocuklukta yaşanmış finansal problemlerin inme riskini artırdığı (sırasıyla 1,6 kat ve 1,7 kat) gösterilmiştir. Yapılan diğer bir çalışmada ise inme geçiren hastaların ailesel stresörlerinin kontrol grubundan anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur (30). Yaşam olayları listesinde daha yüksek distres ve uyum puanı elde eden kişilerin yaşadıkları olaylar karşısında daha fazla stres yaşadıkları ve daha çok uyum güçlüğü çektikleri söylenebilmektedir. Miyokard infarktüsü geçiren hastalarla ülkemizde yapılan bir çalışmada hastaların distres ve uyum puanlarının anlamlı olarak yüksek olduğu bulunmuştur (31). Bizde çalışmamızda inme geçiren hastalarda daha yüksek distres ve uyum puanları elde etmemize rağmen bu fark istatistiksel olarak anlamlı çıkmamıştır. Bu konuyla ilgili gelecekte yapılacak daha geniş çaplı çalışmalar yaşam olaylarının inme üzerine etkisini açıklamaya yardımcı olacaktır.

Çalışmamızda literatürle uyumlu bir şekilde depresif mizaca sahip bireylerin serebrovasküler inmeye daha yatkın olduğu bulguları, serebrovasküler hastalık etiyojisi için anlamlıdır. Stresli yaşam olaylarının inme grubunda sağlıklı kontrol grubuna göre yüksek çıkması beklenen bir sonuç olsa da bu konuda farklı çalışmalara da ihtiyaç duyulmaktadır. Stresli yaşam olaylarının inme riskini artırdığına yönelik çalışmalar mevcut olmakla beraber, stresin kendisinin mi, stresin tetiklediği depresyonun veya kardiyovasküler hastalıkların mı inme riskini artırdığı tam olarak anlaşılamamıştır (32,33).

Sonuç olarak bu çalışma ülkemizde inme geçiren hastaların mizaç ve karakter özellikleri ve yaşam olayları karşısında verdikleri distres ve uyumu değerlendiren ilk çalışmadır. Araştırmamızda incelediğimiz hasta grubunun depresyona eğilimli mizaç ve karakter özelliklerine sahip olduğu tespit edilmiştir. Bu mizaç ve karakter özelliklerinin dünyadaki ölüm nedenleri arasında ikinci sırada yer alan ve

yetişkinlikteki sekellerin başlıca nedeni olan inmede bir risk faktörü olup olmadığının tespiti için daha geniş çaplı kohort çalışmalarının yapılması faydalı olacaktır.

TEŞEKKÜR

Çalışmamızda herhangi bir kişi, kurum ya da kuruluşun maddi destek sağlanmamıştır. Makalenin yazarları arasında çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Çıkar Çatışması: Yazarların bildirecekleri herhangi bir çıkar çatışmaları yoktur. Çalışma daha önce herhangi bir toplantıda sunulmamıştır.

REFERANSLAR

- 1.)Aguilar MI, Acute ischemic stroke and transient ischemic attack, Evidence-Based Neurology: Management of Neurological Disorders, Bart Demaerschalk, Dean Wingerchuk, Second edition, John Wiley & Sons, Ltd, 2015, 53-66.
- 2.)Global Burden of Disease Collaborators, Global, regional, and national burden of stroke, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet Neurology*. 2019; 18: 439-58.
- 3.)The GBD 2016 Lifetime Risk of Stroke Collaborators, Global, Regional, and Country-Specific Lifetime Risks of Stroke, 1990 and 2016. *New England Journal of Medicine*. 2018; 379: 2429-37.
- 4.)Boehme AK, Esenwa C, Elkind MS. Stroke Risk Factors, Genetics, and Prevention. *Circulation research*. 2017; 120: 472-95.
- 5.)Lambias MJ, Kubzansky LD, Thurston RC. Prospective study of anxiety and incident stroke. *Stroke*. 2014; 45: 438-43.
- 6.)Sharma A, Prasad K, Padma MV, et al. Prevalence of triggering factors in acute stroke: hospital-based observational cross-sectional study. *J Stroke Cerebrovasc Diseases*. 2015; 24: 337-47.
- 7.)Cloninger CR, Przybeck TR, Svrakic DM, et al. The Temperament and Character Inventory (TCI): A guide to its development and use, Center for Psychobiology of Personality Washington University, St. Louis, Missouri 1994, 19-28.
- 8.)Weston SJ, Hill PL, Jackson JJ. Personality traits predict the onset of disease. *Social Psychological and Personality Science*. 2015; 6: 309-17.
- 9.)Jokela M, Pulkki-Råback L, Elovainio M, et al. Personality traits as risk factors for stroke and coronary heart disease mortality: pooled analysis of three cohort studies. *J Behav Med*. 2014; 37: 881-9.
- 10.)Afanasiev S, Aharon-Peretz J, Granot M. Personality Type as a Predictor for Depressive Symptoms and Reduction in Quality of Life Among Stroke Survivors. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2013; 21: 832-39.
- 11.)Eory A, Gonda X, Lang Z, et al. Personality and cardiovascular risk: Association between hypertension and affective temperaments-A cross-sectional observational study in primary care settings. *Eur J Gen Pract* 2014; 20: 247-52.
- 12.)Kurt E, Karacan I, Ozaras N, et al. Affective temperament in stroke patients. *Acta Neuropsychiatrica*. 2008; 20: 295-9.
- 13.)Fadiloğlu C. Geçmiş Yaşam Olaylarının Myokard Enfaktüsü Oluşumuna Etkisi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 1987; 3: 24-34.
- 14.)Cohen S, Murphy M, Prather A. Ten Surprising Facts About Stressful Life Events and Disease Risk. *Annual Rev Psychol*. 2019; 70: 577-97.
- 15.)Akiskal HS. The temperamental foundations of affective disorders. In C. Mundt, M. J. Goldstein, K. Hahlweg, P. Fiedler, et al. (Eds.). *Interpersonal origin and course of affective disorders*. 1996; 3-30.
- 16.)Vahip S, Kesebir S, Alkan M, et al. Affective temperaments in clinically-well subjects in Turkey: initial psychometric data on the TEMPS-A. *J Affect Disord*. 2005; 85: 113-25.

- 17.)Köse S, Sayar K, Ak İ ve ark. Mizaç ve Karakter Envanteri (Türkçe TCI): Geçerlik, Güvenirliği ve Faktör Yapısı. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni. 2004; 14: 107-31.
- 18.)Sorias S. Hasta ve normallerde yaşam olaylarının stres verici etkilerinin araştırılması. Ege Üniversitesi, Ege Tıp Fakültesi Psikiyatri Bilim Dalı, Doçentlik Tezi, İzmir, 1982.
- 19.)Carota A, Bogousslavsky J. Stroke related psychiatric disorders, Handbook of Clinical Neurology, Marc Fisher, 3rd series, Amsterdam, Elsevier B.V, 2009; 93: 623-51.
- 20.)László A, Tabák Á, Kőrösi B, et al. Association of affective temperaments with blood pressure and arterial stiffness in hypertensive patients: a cross-sectional study. BMC Cardiovasc Disord. 2016; 16: 158.
- 21.)Korosi BZ, Batta D, Gonda X, et al. Association between Irritable Affective Temperament and Nighttime Peripheral and Central Systolic Blood Pressure in Hypertension. Artery Research. 2019; 25: 41-7. 10.2991/artres.k.191123.002.
- 22.)Amann B, Mergl R, Torrent C, et al. Abnormal temperament in patients with morbid obesity seeking surgical treatment. J Affect Disord. 2009; 118: 155-60.
- 23.)Gois C, Barbosa A, Ferro A, et al. The role of affective temperaments in metabolic control in patients with type 2 diabetes. J Affect Disord. 2011; 134: 52-8.
- 24.)Hall PA, Rodin GM, Vallis TM, et al. The consequences of anxious temperament for disease detection, self-management behavior, and quality of life in Type 2 diabetes mellitus. J Psychosom Res. 2009; 67: 297-305.
- 25.)Bech P. How to Measure the Personality. Personality and Disease, Christoffer Johansen, London, Elsevier- Academic Press, 2018; 17-32.
- 26.)Cankardaş S. Cloninger'in Mizaç ve Karakter Boyutları ile Depresyon Arasındaki İlişki: Gözden Geçirme Çalışması, Kıbrıs Türk Psikiyatri ve Psikoloji Dergisi. 2019;1:129-34.
- 27.)Storor D, Byrne G., Pre-morbid personality and depression following stroke. International psychogeriatrics. 2006; 18: 457.
- 28.)Halvorsen M, Wang C. E, Richter J, et al. Early maladaptive schemas, temperament and character traits in clinically depressed and previously depressed subjects. Clin Psychol Psychother. 2009; 16: 394-407.
- 29.)Sasayama D, Hori H, Teraishi T, et al. Difference in Temperament and Character Inventory scores between depressed patients with bipolar II and unipolar major depressive disorders. J Affec Disord. 2011; 132: 319-24.
- 30.)Kornerup H, Osler M, Boysen G, et al. Major life events increase the risk of stroke but not of myocardial infarction: results from the Copenhagen City Heart Study. Eur J Cardiovasc Prev Rehabil. 2010; 17: 113-8.
- 31.)Savadi-Oskouei D, Sadeghi-Bazargani H, Mohammadzadeh L. Can Experiencing Stressful Life Events Be a Risk Factor of Stroke? J Med Sci. 2009; 9: 280-3.
- 32.)Guiraud V, Touze E, Rouillon F et al. Stressful life events as triggers of ischemic stroke: a case-crossover study. Int J Stroke. 2013; 8: 300-7.
- 33.)Booth J, Connelly L, Lawrence M et al. Evidence of perceived psychosocial stress as a risk factor for stroke in adults: a meta-analysis. BMC Neurology. 2015; 15: 1-12.

Ankara Eğt. Arş. Hast. Derg. (Med. J. Ankara Tr. Res. Hosp.), 2021 ; 54(2): 263-270

Çalışmanın yapılması için gerekli kurul onayı Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Eğitim Planlama Kurulu'ndan 24.12.2014 tarih ve 0575 toplantı numaralı ve 4746 sayılı kararı ile alınmıştır.