



T.C.

SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

ADLİ TIP ANABİLİM DALI

**2022-2024 YILLARI ARASINDA TMK’NIN 432. MADDESİ
KAPSAMINDA ZORUNLU YATIŞ DEĞERLENDİRMESİ
İSTENİLEN OLGULARIN RETROSPEKTİF ANALİZİ**

Dr. Hamdi KARAKÖSE

UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN

Prof. Dr. Çetin Lütfi BAYDAR

ISPARTA – 2025

BEYAN

“2022-2024 Yılları Arasında TMK’nın 432. Maddesi Kapsamında Zorunlu Yatış Değerlendirmesi İstenilen Olguların Retrospektif Analizi” adlı Uzmanlık tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Uzmanlık Tez Önerisi ve Tez Yazma Yönergesi’ne uygun olarak hazırlanmıştır.

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Hazırlayan

Dr. Hamdi KARAKÖSE

Danışman

Prof. Dr. Çetin Lütfi BAYDAR

TEŞEKKÜR

Adli tıp eğitimim ve tez çalışmam boyunca bilgi birikimi ve deneyimlerini benimle paylaşmayı esirgemeyen, hoşgörülü ve sabırlı kişiliğiyle bana her zaman destek olan, danışman hocam Prof. Dr. Çetin Lütfi BAYDAR'a,

Hekimliğe ve hayata bakış açımı değiştiren, fikirlerime her zaman saygı gösteren ve değer veren, bir asistandan öte çalışma arkadaşı gibi hissettiren, kendisinden çok şey öğrendiğim ve asistanı olmaktan onur duyduğum, hocam Prof. Dr. S. Serhat GÜRPINAR'a,

Uzmanlık eğitimim ve tez çalışması süresince bilgi birikimleri ve deneyimlerinden yararlandığım, alçakgönüllü, hoşgörülü, yardımsever ve sabırlı kişilikleriyle bana her zaman destek olan, sevgilerini ve samimiyetlerini yürekten hissettiğim, hocalarım Doç. Dr. Abdulkadir YILDIZ'a ve Dr. Öğr. Üyesi İbrahim EROĞLU'na,

Uzmanlık eğitimim boyunca adli tıba dair tecrübelerini ve bilgi birikimlerini tüm samimiyetleri ve özverileriyle bize aktarmaya çalışan, Uzm. Dr. Erdinç ÇAYLI, Uzm. Dr. Sümeyra DEMİR, Uzm. Dr. Tuğrul TURAL ve Uzm. Dr. Özgür Rıza KAYGUSUZ'a,

Adli Tıp Ana Bilim Dalımızdaki değerli asistan arkadaşlarıma, özellikle tez dönemimde desteklerini esirgemeyen Sevban ve Salih'e, birlikte çalışmaktan keyif aldığım, SDÜ Adli Tıp Ana Bilim Dalı ve Isparta Adli Tıp Şube Müdürlüğü çalışanlarımıza,

Eğitim ve meslek hayatım boyunca üzerimde emeği olan aileme, arkadaşlarıma ve hocalarıma,

Hayatın bana en büyük hediyesi olan ve hayatıma anlam katan, anlayışı ve sabırla bana güç veren sevgili eşime teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Hamdi KARAKÖSE

Isparta- 2025

İÇİNDEKİLER

Sayfa

BEYAN.....	i
TEŞEKKÜR	ii
İÇİNDEKİLER	iii
KISALTMALAR DİZİNİ	vii
ŞEKİLLER DİZİNİ	viii
TABLolar DİZİNİ	ix
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Adli Tıp ve Adli Psikiyatri	3
2.2. Aydınlatılmış Onam	5
2.3. Zorunlu Yatış veya Tedavi Kavramları.....	8
2.4. Psikiyatrik Hastalıklarda Zorunlu Yatış veya Tedavi Kavramlarının Tarihsel Gelişimi	9
2.5. Uluslararası Sözleşmeler ve Bildirgelere Göre Zorunlu Yatış veya Tedavi Uygulamalarına Yaklaşım.....	13
2.5.1. Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi.....	13
2.5.2. Dünya Sağlık Örgütü	14
2.5.3. Hawaii Bildirgesi	15
2.5.4. İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi (Oviedo Sözleşmesi)	15
2.6. Dünya’da Zorunlu Yatış Uygulamalarına Yaklaşım.....	16
2.7. Türkiye’de Zorunlu Yatış Uygulamalarına Yaklaşım.....	18
2.7.1. Anayasal Dayanak	18
2.7.2. Türk Medeni Kanunu.....	19
2.7.3. Türkiye Psikiyatri Derneği’nin Meslek Etiği Kuralları	19
2.8. Türk Hukuk Sisteminde Zorla Yatış veya Tedavi Uygulamaları.....	20
2.8.1. TCK’nın 57. maddesi Kapsamında Zorunlu Yatış veya Tedavi.....	20
2.8.2. Ceza ve Güvenlik Tedbirlerinin İnfazı Hakkında Kanun Kapsamında Zorunlu Yatış veya Tedavi	22
2.8.3. CMK 74. Maddesi Kapsamında Zorunlu Yatış veya Tedavi	22
2.8.4. Çocuk Koruma Kanunu 5. Maddesi Kapsamında Sağlık Tedbiri	23
2.9. Türk Medeni Kanunu Kapsamında Koruma Amacıyla Özgürlüğün Kısıtlanması.....	23

2.9.1. Erginlerin Koruma Amacıyla Özgürlüğün Kısıtlanması	24
2.9.2. Vesayet Altındaki Erginlerin Koruma Amacıyla Özgürlüğünün Kısıtlanması	25
2.9.3. 18 Yaşından Küçüklerin Koruma Amacıyla Özgürlüğün Kısıtlanması ...	26
2.9.4. Koruma Amacıyla Özgürlüğün Kısıtlanmasının Uygulama Alanı ve Amacı.....	27
2.9.5. Koruma Amacıyla Özgürlüğün Kısıtlanmasına Gerekçe Olabilecek Durumlar	28
2.9.5.1. Akıl Hastalığı, Akıl Zayıflığı	28
2.9.5.1.1. Şizofreni Spektrumu ve Diğer Psikotik Bozukluklar	29
2.9.5.1.2. Bipolar Bozukluk.....	33
2.9.5.1.3. Mental Retardasyon / Zihinsel Yetersizlik ve Zihinsel Gelişim Bozukluğu	35
2.9.5.1.4. Diğer Psikiyatrik Hastalıklar	37
2.9.5.2. Alkol veya Uyuşturucu Madde Bağımlılığı	39
2.9.5.2.1. Alkol Bağımlılığı.....	39
2.9.5.2.2. Madde Bağımlılığı.....	42
2.9.5.3. Ağır Tehlike Arz Eden Bulaşıcı Hastalık.....	45
2.9.5.4. Serserilik	46
2.9.6. Elverişli Bir Kurum	46
3. GEREÇ ve YÖNTEM.....	48
4. BULGULAR.....	52
4.1. Olguların Yıllara Göre Dağılımı	52
4.2. Olguların Aylara Göre Dağılımı.....	52
4.3. Olguların Sosyodemografik Verilere Göre Değerlendirilmesi.....	53
4.4. Olguları Gönderen veya Rapor İsteyen Makamların Dağılımı	54
4.5. Olguların Geçmiş Klinik Verilere Göre Değerlendirilmesi	56
4.6. Zorunlu Yatış Gerekliliği ve Yatışın Gerçekleşme Durumlarına İlişkin Bulgular.....	56
4.7. Olguların Yatışlarının Yapıldığı İl Merkezlerinin Dağılımı	58
4.8. Olguların Yatış Sürelerine İlişkin Bulgular.....	59
4.9. Zorunlu Yatış Görüşü Verilme Durumunun Değişkenlere Göre İncelenmesi	60
4.10. Yatışla İlgili Sürelerin Diğer Değişkenlere Göre İncelenmesi.....	70
4.11. Yatışı Gerektiği Yönünde Görüş Verilen Ancak Yatışı Gerçekleşmemiş Olduğu Anlaşılan Hastaların Verilerinin İncelenmesi	78

5. TARTIŞMA	79
5.1. Sosyodemografik Veriler	79
5.1.1. Cinsiyet	79
5.1.2. Yaş Ortalaması.....	80
5.1.3. Yaş Grupları.....	80
5.1.3.1. 18 Yaş Altı Olgular	80
5.1.3.2. 18-64 Yaş Aralığındaki Olgular	81
5.1.3.3. 65 Yaş ve Üzeri Olgular	81
5.1.4. Medeni Durumu	82
5.1.5. Çocuk Sahibi Olup Olmama Durumu.....	83
5.1.6. Birlikte Yaşanılan Kişiler	83
5.1.7. Eğitim Durumu	84
5.1.8. Çalışma Durumu	85
5.2. Olguların Yıllara Göre Dağılımı	85
5.3. Olguların Aylara Göre Dağılımı.....	85
5.4. Klinik Özellikler	86
5.4.1. Önceki Psikiyatrik Tanı Durumu	86
5.4.2. Mevcut Tedavi Durumları	86
5.4.3. Daha Önceki Psikiyatrik Yatış Durumu	87
5.4.4. Daha Önceki Zorunlu Yatış Durumu.....	87
5.4.5. Zorunlu Yatış Kararı Verilen Olgular.....	88
5.4.6. Zorunlu Yatış Kararı Verilen Olguların Tanıları.....	88
5.4.7. Zorunlu Yatış Kararı Verilmeyen Olguların Tanıları	89
5.4.8. Zorunlu Yatış Gerektiği Yönünde Görüş Verilmiş Olmakla Birlikte Yatışı Gerçekleştirilmeyen Olgular	90
5.4.9. Zorunlu Yatış Kararı Sonrasında Hastaneye Yatışın Yapıldığı Sürelerin Değerlendirilmesi.....	90
5.4.10. Zorunlu Yatış Kararı Verilen Olguların Hastanede Kalış Süresi	92
5.4.11. Zorunlu Yatışın Yapıldığı Sağlık Merkezlerinin Bulunduğu İller	93
5.5. Olguları Gönderen ve Rapor İsteyen Makamlar	94
5.6. Olguları Gönderen ve Rapor İsteyen Makamların İl ve İlçe Dağılımı	94
6. KISITLILIKLAR.....	96
7. SONUÇ ve ÖNERİLER.....	97
ÖZET.....	101

ABSTRACT	102
KAYNAKLAR	103
EKLER.....	113
Ek 1. Etik Kurul Kararı	113



KISALTMALAR DİZİNİ

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
AİHS	: Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi
AMATEM	: Alkol ve Uyuşturucu Madde Bağımlıları Tedavi ve Araştırma Merkezi
CMK	: Ceza Muhakemesi Kanunu
ÇKK	: Çocuk Koruma Kanunu
DSM	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EYY	: Entelektüel (Anlıksal) Yeti Yitimi
ICD	: International Classification of Disease
IQ	: Intelligence Quotient
MÖ	: Milattan Önce
MR	: Mental Retardasyon
n	: Kişi sayısı
TCK	: Türk Ceza Kanunu
TMK	: Türk Medeni Kanunu
TTB	: Türk Tabipleri Birliği

ŞEKİLLER DİZİNİ

Sayfa

Şekil 4.1. Olguların Yıllara Göre Dağılımı.....	52
Şekil 4.2. Olguların Aylara Göre Dağılımı.....	53
Şekil 4.3. Olguların Yaş Gruplarına Göre Dağılımları.....	53
Şekil 4.4. Zorunlu Yatış Kararı Sonrası Yatırılma Durumlarının Karşılaştırılması ..	57
Şekil 4.5. Olgularda Zorunlu Yatış Kararı Verilip Verilmediğine İlişkin Bulguların Mevcut Tedavi Durumlarına Göre Karşılaştırılması.....	66
Şekil 4.6. Zorunlu Yatış Kararı Verilen Hastalarda Medeni Durumun Cinsiyete Göre Karşılaştırılması.....	70
Şekil 4.7. Zorunlu Yatış Kararı Verilen Olgularda, Yatışın Gerçekleşme Süresi ile Merkezde Kalınan Süreler Arasındaki İlişkinin Karşılaştırılması.....	71
Şekil 4.8. Zorunlu Yatış Kararı Verilen Olgularda; Yaş ile Merkezde Kalınan Süreler Arasındaki İlişkinin Karşılaştırılması	73
Şekil 4.9. Zorunlu Yatış Kararı Verilen Olgularda; Birlikte Yaşama Durumunun Merkezde Kalınan Sürelere Göre Karşılaştırılması.....	75
Şekil 4.10. Madde Kullanım Bozukluğu Tanılı Hastalar ile Diğer Psikiyatrik Tanılı Hastaların Sağlık Merkezinde Kalma Sürelerine Göre Karşılaştırılması	78

TABLolar DİZİNİ

Sayfa

Tablo 4.1. Olguların Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı	53
Tablo 4.2. Hastaların Birlikte Yaşama Durumlarının Dağılımı	54
Tablo 4.3. Olguları Gönderen veya Rapor İsteyen Makamların Bulunduğu İl-İlçelerin Dağılımı.....	55
Tablo 4.4. Olguları Gönderen veya Rapor İsteyen Makamların Dağılımı	55
Tablo 4.5. Olguların Tedavi Durumlarına Göre Dağılımı.....	56
Tablo 4.6. Olguların Zorunlu Yatış Gerekliliği Durumlarının Tanılara Göre Dağılımı	58
Tablo 4.7. Yatış Yapılan İl Merkezlerine Göre Dağılım.....	58
Tablo 4.8. Kapalı Psikiyatri Servisine Yatması Gerektiği Görüşü Verilen Hastaların Yatışlarının Gerçekleşme Sürelerinin Yıllara Göre Dağılımı	59
Tablo 4.9. Yatışların Yapıldığı Merkezlerde Kalınan Sürelerin Yıllara Göre Dağılımı	60
Tablo 4.10. Olgularda Zorunlu Yatış Kararı Verilip Verilmediğine İlişkin Bulguların Yaş Değişkenine Göre Karşılaştırılması.....	60
Tablo 4.11. Olgularda Zorunlu Yatış Kararı Verilip Verilmediğine İlişkin Bulguların Olgu Yıllarına Göre Karşılaştırılması.....	61
Tablo 4.12. Olgularda Zorunlu Yatış Kararı Verilip Verilmediğine İlişkin Bulguların Eğitim Durumlarına Göre Karşılaştırılması.....	61
Tablo 4.13. Olgularda Zorunlu Yatış Kararı Verilip Verilmediğine İlişkin Bulguların Medeni Durumlara Göre Karşılaştırılması	62
Tablo 4.14. Olgularda Zorunlu Yatış Kararı Verilip Verilmediğine İlişkin Bulguların Çalışma Durumlarına Göre Karşılaştırılması	62
Tablo 4.15. Olgularda Zorunlu Yatış Kararı Verilip Verilmediğine İlişkin Bulguların Çocuk Sahibi Olma Durumlarına Göre Karşılaştırılması	63
Tablo 4.16. Olgularda Zorunlu Yatış Kararı Verilip Verilmediğine İlişkin Bulguların Birlikte Yaşama Durumlarına Göre Karşılaştırılması	63
Tablo 4.17. Olgularda Zorunlu Yatış Kararı Verilip Verilmediğine İlişkin Bulguların Olguları Gönderen veya Rapor İsteyen Makamların Bulunduğu İl-İlçelere Göre Karşılaştırılması	64
Tablo 4.18. Olgularda Zorunlu Yatış Kararı Verilip Verilmediğine İlişkin Bulguların Geçmiş Tanı Durumlarına Göre Karşılaştırılması	65
Tablo 4.19. Olgularda Zorunlu Yatış Kararı Verilip Verilmediğine İlişkin Bulguların Mevcut Tedavi Durumlarına Göre Karşılaştırılması	66

Tablo 4.20. Olgularda Zorunlu Yatış Kararı Verilip Verilmediğine İlişkin Bulguların Daha Önce Zorunlu Yatış Durumlarına Göre Karşılaştırılması	67
Tablo 4.21. Olgularda Zorunlu Yatış Kararı Verilip Verilmediğine İlişkin Bulguların Daha Önce Psikiyatrik Yatış Durumlarına Göre Karşılaştırılması	67
Tablo 4.22. Zorunlu Yatış Kararı Verilen Hastalarda; Sosyodemografik Özellikler ve Diğer Değişkenlerin Cinsiyete Göre Karşılaştırılması.....	68
Tablo 4.23. Zorunlu Yatış Kararı Verilen Olgularda; Yatışın Gerçekleşme Süresi ile Merkezde Kalınan Süreler Arasındaki İlişkinin Karşılaştırılması....	71
Tablo 4.24. Zorunlu Yatış Kararı Verilen Olgularda; Yatışın Gerçekleşme Süresi ve Merkezde Kalınan Süreler ile Olgu Yılları Arasındaki İlişkinin Karşılaştırılması	72
Tablo 4.25. Zorunlu Yatış Kararı Verilen Olgularda; Yatışın Gerçekleşme Süresi ve Merkezde Kalınan Süreleri ile Diğer Değişkenler Arasındaki İlişkinin Karşılaştırılması.....	73
Tablo 4.26. Zorunlu Yatış Kararı Verilen Olgularda; Yatışın Gerçekleşme Süreleri ile Diğer Değişkenlerin Karşılaştırılması.....	74
Tablo 4.27. Zorunlu Yatış Kararı Verilen Olgularda Merkezde Kalınan Süreler ile Diğer Değişkenlerin Karşılaştırılması	75
Tablo 4.28. Madde Kullanım Bozukluğu Tanılı Hastalar ile Diğer Psikiyatrik Tanılı Hastaların Yatışlarının Gerçekleşme Sürelerinin Karşılaştırılması	76
Tablo 4.29. Yatış Kararı Verilen Olguların Yatış Sürelerinin 10-30 Günlük Periyotlar ile Madde Kullanım Bozukluğu ve Diğer Psikiyatrik Tanılara Göre Dağılımları.....	77
Tablo 4.30. Madde Kullanım Bozukluğu Tanılı Hastalar ile Diğer Psikiyatrik Tanılı Hastaların Sağlık Merkezinde Kalma Sürelerinin Karşılaştırılması	77

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Türkiye Cumhuriyeti Anayasasının 17. Maddesinde; “Herkes, yaşama, maddî ve manevî varlığını koruma ve geliştirme hakkına sahiptir. Tıbbî zorunluluklar ve kanunda yazılı haller dışında, kişinin vücut bütünlüğüne dokunulamaz; rızası olmadan bilimsel ve tıbbî deneylere tâbi tutulamaz. Kimseye işkence ve eziyet yapılamaz; kimse insan haysiyetiyle bağdaşmayan bir cezaya veya muameleye tâbi tutulamaz.” şeklinde belirtilmiş,

03.12.2003 tarihinde Türkiye Cumhuriyeti’nce de yasalaştırılan Biyoloji ve Tıbbın Uygulanması Bakımından İnsan Hakları ve İnsan Haysiyetinin Korunması Sözleşmesi: İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesinde; “Sağlık alanında herhangi bir müdahale, ilgili kişinin bu müdahaleye özgürce ve bilgilendirilmiş bir şekilde muvafakat etmesinden sonra yapılabilir. Akıl hastalığı, bir hastalık veya benzer nedenlerden dolayı, müdahaleye muvafakat etme yeteneği bulunmayan bir yetiştikine, ancak temsilcisinin veya kanun tarafından belirlenen kişi veya makamın izni ile müdahalede bulunulabilir. Gözetim, denetim ve başka bir makama başvurma süreçleri dahil, kanun tarafından öngörülen koruyucu şartlarla bağlı olmak üzere, ciddi nitelikli bir akıl hastalığı olan kişi, yalnızca böyle bir tedavi yapılmadığı takdirde sağlığına ciddi bir zarar gelmesinin muhtemel olduğu durumlarda, muvafakatı olmaksızın, akıl hastalığının tedavi edilmesini amaçlayan bir müdahaleye tabi tutulabilir.” şeklinde belirtilmekle kişilerin vücut bütünlüğünün dokunulmazlığı, maddî ve manevî varlıkları yasal güvence altına alınmış ancak iradesi verdiği kararlar üzerinde olumsuz etki yaratan, kendisine veya çevresine zarar veren ya da zarar verme ihtimali bulunduğu değerlendirilen hastaların kişisel korunmalarının ve tedavilerinin sağlanabilmesi amacıyla istemleri dışında zorla hastaneye yatırılmaları ve tedavi edilmeleri Türk Medeni Kanunu’nun 432. Maddesinde; “Akıl hastalığı, akıl zayıflığı, alkol veya uyuşturucu madde bağımlılığı, ağır tehlike arz eden bulaşıcı hastalık veya serserilik sebeplerinden biriyle toplum için tehlike oluşturan her ergin kişi, kişisel korunmasının başka şekilde sağlanamaması hâlinde, tedavisi, eğitimi veya ıslahı için elverişli bir kuruma yerleştirilir veya alıkonulabilir.” şeklinde belirtilerek düzenlenmiş ve söz konusu Kanunda “Koruma Amacıyla Özgürlüğün

Kısıtlanması” kişinin gereksinim duyduğu kişisel korunmanın sağlanabilmesi amacıyla belirli koşullara bağlanmıştır.

Zorunlu yatış için çoğunlukla hasta yakınlarının talebiyle ya da kendiliğinden harekete geçme ilkesi gereği Mahkemece tespit edilen durumlarda dava açılabilir. Bu nedenle akıl hastalığı veya zayıflığı, alkol veya uyuşturucu madde bağımlılığı durumlarının tespitinde de adli psikiyatrik değerlendirme gerekmektedir. Adli psikiyatrik değerlendirme hekim-hasta ilişkisinin yanında hasta yakınları, hukuk hakimi, kolluk, hastanın transportu ile ilgili görevliler ve hekimler arasında iş birliği gerektirmektedir.

Mahkemelerce verilecek zorunlu yatış kararlarına esas olmak üzere bilirkişi raporları düzenlenmektedir. Adli Tıp uygulamalarında bu kapsamda yapılan değerlendirmeler ve raporlarla ilgili başvurular yıllar içerisinde artmakta, çalışmanın yapıldığı Isparta ilinde zorunlu yatışın yapılabileceği bir merkezin olmaması ve çevre illerde bulunan merkezlerde yaşanan hasta yoğunluğu nedeniyle yatışların gerçekleşmesinde gecikmeler ve sorunlar yaşanmaktadır.

Bu çalışmada 2022 ve 2024 yıllarında Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Ana Bilim Dalına zorunlu yatış ile ilgili değerlendirme ve rapor amacıyla başvuran 164 olguya ait veriler, Ana Bilim Dalının arşivinden ve dosyalardan geriye dönük olarak incelenerek olguların sosyodemografik ve tıbbi özelliklerinin araştırılması, mevcut klinik durumlarının değerlendirilmesi, yatış süreçlerinde yaşanan sorunların ortaya konulması ve uygulamanın sağlıklı işleyebilmesi için önerilerde bulunulması amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Adli Tıp ve Adli Psikiyatri

Modern hukuk sistemlerinde, olayların bilimsel yöntemlerle aydınlatılması ve adil yargılamanın sağlanabilmesi amacıyla farklı disiplinlerden uzmanlık alanlarının katkısına gereksinim duyulmaktadır. Bu bağlamda adli tıp, hem tıbbın bilgi ve uygulama alanlarını hem de hukukun normatif yapısını kesiştiren özgün bir bilim dalı olarak öne çıkmaktadır. Adli tıp; bedensel ve ruhsal travmalar, ölüm olayları, toksikolojik bulgular, biyolojik örneklerin analizi ve benzeri konularla ilgili olarak tıbbi verileri hukuki süreçlerde delil haline getiren sistematik bir bilgi ve uygulama alanıdır. Tarihsel olarak insan yaşamına, beden bütünlüğüne ve sağlığına yönelik müdahalelerin yargı konusu olmasıyla birlikte, bu tür durumların tıbbi açıdan değerlendirilmesi gerektiğinden zamanla bilimsel yöntemlerin gelişimiyle kurumsallaşmış ve "adli tıp" başlığı altında bir disiplin ortaya çıkmıştır (1).

Adli tıp uygulamasında ceza yargılaması, medeni hukuk davaları ve idari süreçlerde mahkemeler, savcılıklar, kolluk kuvvetleri ve avukatlar tarafından sıkça başvurulmuş uzman görüşleri, maddi gerçeğin ortaya çıkarılmasında büyük rol oynamaktadır. Bu bağlamda adli tıp, sadece tıbbın yöntemleriyle çalışan bir bilim dalı değil, aynı zamanda hukuki kararların bilimsel temellere dayandırılmasını sağlayan bir danışmanlık alanıdır. Dolayısıyla adli tıp, tıp bilgisi ile hukuk kurallarının kesiştiği noktada bilimsel bir köprü işlevi görmektedir (2).

Bireyin yaşam hakkı, beden dokunulmazlığı ve ruhsal bütünlüğü gibi temel hakların korunması açısından adli tıp uygulamalarının güvenilirliği ve nesnelliği büyük önem taşır. Adli raporlar, olayların hukuki niteliğini belirlemede ve fail-mağdur ilişkisinin ortaya konmasında kritik delil kaynaklarıdır. Bu nedenle adli tıbbın bilimsel yöntemlere sıkı sıkıya bağlı kalması, tarafsızlık ilkesine uygun çalışması ve etik değerleri gözetmesi, adaletin sağlanması açısından vazgeçilmezdir (3).

Tıp biliminin hukuk ile yakın etkileşim içerisinde olması, özellikle bazı uzmanlık alanlarında disiplinler arası iş birliğini zorunlu kılmaktadır. Bu bağlamda psikiyatri hem klinik gözlemler hem de bireyin ruhsal durumuna ilişkin

değerlendirmeler açısından hukuki süreçlerde sıkça başvurulanan bir alan olarak öne çıkmaktadır. Bu ihtiyaç, adli psikiyatri adı verilen özel bir disiplinin doğmasına neden olmuştur (4).

Adli psikiyatri; psikiyatri, adli tıp, nöroloji, hukuk, adli bilimler ve psikoloji gibi farklı bilgi alanlarını tıbbi etik ve bilimsel nesnellik çerçevesinde bir araya getiren multidisipliner bir uzmanlık alanıdır. Bu disiplin, bireyin yargılama sürecine konu olabilecek psikiyatrik durumlarını nesnel kriterlerle değerlendirmeyi; kişinin cezai ehliyeti, hukuki sorumluluğu veya koruma altına alınma gerekliliği gibi hukuki sonuçları olan konulara bilimsel katkı sunmayı amaçlar. Adli psikiyatrist, yalnızca klinik gözlemle yetinmeyip değerlendirmelerini yürürlükteki hukuk sisteminin ihtiyaçlarına göre yapılandırır ve mahkemeye bilirkişi görüşüyle rehberlik eder (5).

Bu yönüyle adli psikiyatri, klasik klinik psikiyatriden belirgin biçimde ayrılır. Klinik psikiyatri bireyin sağaltımı ve tedavi sürecine odaklanırken, adli psikiyatri esasen yargılamaya yardımcı olmak üzere objektif veri sunmayı ve kişinin ruhsal durumu ile hukuki sorumluluğu arasında bilimsel bağ kurmayı hedefler. Disiplinin sınırları hem tıbbi literatür hem de yasal düzenlemelerle çizilmiş olup, tıp ile hukukun buluştuğu bu alanda yapılan değerlendirmeler yüksek düzeyde tarafsızlık ve etik sorumluluk gerektirir (6).

Sonuç olarak, adli psikiyatri; hukuk sisteminin adil, bilimsel ve insan haklarına uygun biçimde işlemesine katkı sağlayan, giderek daha fazla önem kazanan bir alandır. Gerçekliğin değerlendirilmesinde yalnızca psikiyatrik bilgiler değil, aynı zamanda bu bilgilerin hukuki bağlamda anlamlandırılması da esas alınmakta ve bu görevi adli psikiyatri üstlenmektedir.

Türkiye'de adli tıp ile ruh sağlığı disiplinlerinin kesişim noktaları, 20. yüzyılın başlarına kadar uzanan köklü bir geçmişe sahiptir. Özellikle 1926 yılında kabul edilen “Tıbbi Adli Müessesesi Kanunu”, bu alandaki kurumsallaşmanın ilk adımı olarak kabul edilmiştir. Söz konusu yasa ile birlikte Adli Tıp Müessesesi kurulmuş ve adli tıp alanında uzmanlaşmanın çerçevesi netleştirilmiştir. Kurulan bu kurumda iki yıllık staj sürecini başarıyla tamamlayan hekimlere, dönemin uygulamasına uygun olarak “Tıbbi Adli ve Ruhiye” unvanı verilmiştir. Bu unvan

hem adli tıbbı hem de psikiyatrik bilgiyi içeren bütüncül bir uzmanlık anlayışını temsil etmekteydi (7).

Ülkemizde adli tıp alanındaki uzmanlık eğitimi, Adli Tıp Kurumu ile eğitim verme yeterliliğine sahip tıp fakültelerine ve şehir hastanelerine bağlı Adli Tıp Ana Bilim Dalları tarafından yürütülmekte ve dört yıl sürmektedir. 05.03.2019 tarihli Tıpta Uzmanlık Kurulu Adli Tıp Uzmanlığı Çekirdek Eğitim Müfredatı'na göre, eğitim sürecine ikişer aylık Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, Tıbbi Patoloji ile Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları rotasyonları dâhil edilmiştir. Teorik olarak ayrı disiplinler olan adli tıp ile psikiyatri, adli tıp eğitimi kapsamında yapılan bu rotasyonlar ve değerlendirilen olgular incelendiğinde, sıkça kesişen alanlara sahip oldukları ve çoğu durumda ortak değerlendirme gerektirdikleri görülmektedir. Bu durum, yargıya doğru ve güvenilir tıbbi bilgiler sunma sorumluluğu taşıyan iki alanın, birbirini tamamlayan ve ayrılmaz unsurlar olduğunu ortaya koymaktadır.

Uygulamada sıklıkla üniversitelerin adli tıp ana bilim dallarından, Adli Tıp Kurumu 4. İhtisas Kurulundan, Adli Tıp Kurumu şube müdürlüklerinden ve devlet hastaneleri adli tıp polikliniklerinden adli rapor istenmektedir. Böyle ayrıcalıklı bir alanda özellikle hukuki ehliyet değerlendirmesinin, bilgili ve deneyimli, yan dal eğitimi ile uzmanlaşmış hekimlerce oluşturulmuş bir kurul tarafından yapılması önemlidir. Bu nedenle adli psikiyatri yan dal uzmanlık eğitimi programları ile bu alandaki uzman istihdamına yönelik planlanmanın yapılmasında yarar olabileceği belirtilmektedir (8).

2.2. Aydınlatılmış Onam

Bir tıbbi müdahalenin hukuka uygun sayılabilmesi için dört temel unsurun bir arada bulunması gerekmektedir. Bunlar sırasıyla; müdahaleyi gerçekleştiren kişinin yetkili bir sağlık personeli olması, tıbbi müdahalenin tıbbi gerekliliğe (endikasyona) dayanması, hastanın yeterli düzeyde bilgilendirilmiş olarak rıza göstermesi ve son olarak müdahalenin tıp biliminin güncel bilgi ve ilkelerine uygun olmasıdır (9).

Tıbbi müdahalelerde bireyin onamı, çağdaş sağlık hizmetlerinin temel taşlarından biri olarak kabul edilmektedir. Modern tıp etiği ve hasta hakları anlayışı, bireyin vücut bütünlüğü, özerkliği ve karar verme hakkına duyulan saygının bir

sonucu olarak gelişmiştir. Hastanın kendi geleceğini belirleme hakkı hastanın aydınlatılma hakkıyla beraber ele alınması gerekir. Aydınlatılmış olan ve tıbbi müdahaleye rıza gösteren bir hasta, yaşamı ve beden bütünlüğü üzerindeki tasarruf hakkını özgür iradesiyle kullanmakta ve bu suretle gerçekleştirilecek tıbbi müdahaleye hukuki geçerlilik kazandırmaktadır. Hastanın kendi bedeni hakkında bilinçli ve özgür bir şekilde karar verebilme yetkisi hem uluslararası sözleşmelerde hem de ulusal hukuk sistemimizde açıkça güvence altına alınmıştır. Bu çerçevede, hastanın özgür iradesiyle verdiği onam, yalnızca tıbbi müdahaleyi hukuka uygun hale getirmekle kalmaz; aynı zamanda istisnai haller dışında sağlık çalışanlarının uygulayabileceği tıbbi işlemlerin sınırlarını da belirler (10).

Bu bağlamda aydınlatılmış onam hem etik hem de hukuki düzeyde korunması gereken bir prensip olarak öne çıkmaktadır. Türkiye’de bu ilkenin uygulanışı, Anayasa’dan başlayarak çeşitli kanunlar, yönetmelikler ve meslek etiği ilkeleriyle düzenlenmiştir.

Türk hukuk sisteminde bireyin bedeni üzerindeki tasarruf yetkisi, temel hak ve özgürlükler kapsamında değerlendirilmekte olup, Anayasa’nın 17. maddesi ile güvence altına alınmıştır. İlgili maddeye göre, "herkes yaşama, maddi ve manevi varlığını koruma ve geliştirme hakkına sahiptir". Bu hüküm, bireyin vücut bütünlüğüne yapılacak her türlü müdahalenin kendi rızasına bağlı olmasını gerekli kılar (11).

Tıbbi müdahalelerde rıza gerekliliği, Türk Ceza Kanunu’nda da açıkça düzenlenmiştir. TCK’nın 26. maddesine göre, “kişinin rızası hukuka uygunluk nedeni olarak” kabul edilir. Ayrıca, TCK’nın 86. ve 89. maddelerinde düzenlenen kasten yaralama ve taksirle yaralama suçları açısından, rıza bulunmaksızın gerçekleştirilen tıbbi müdahaleler suç teşkil edebilmektedir (12).

Bunun yanı sıra, 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun ile Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu, hekimin hastanın izni olmadan herhangi bir müdahalede bulunamayacağını hüküm altına almıştır. Aynı zamanda, 1998 yılında yürürlüğe giren Hasta Hakları Yönetmeliği, bilgilendirilmiş onamın içeriği ve kapsamını detaylandırarak, hasta rızasının alınma usulünü belirlemiştir (13).

Tıp etiğinde “özerklik” ilkesi, bireyin kendi bedeni ve sağlık durumu hakkında karar verme hakkını ifade eder. Bu ilke, tıbbi müdahalelerde rızanın etik zeminini oluşturur. Özellikle Helsinki Bildirgesi, Lizbon Hasta Hakları Bildirgesi ve İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi gibi uluslararası belgeler, rızanın etik çerçevesini ve uygulanabilirliğini güçlendirmiştir.

Türkiye, 2003 yılında İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesini imzalamış ve 2004 yılında onaylayarak iç hukukuna almıştır. Sözleşme’nin 5. maddesinde açıkça, “sağlık alanında herhangi bir müdahale, ilgili kişinin özgürce ve bilgilendirilmiş olarak verdiği onam ile yapılabilir” ifadesi yer almaktadır (14).

Türk Tabipleri Birliği (TTB) tarafından yayımlanan Hekimlik Meslek Etiği Kurallarının 26. maddesinde aydınlatılmış onam; “Hekim hastasını, hastanın sağlık durumu ve konulan tanı, önerilen tedavi yönteminin türü, başarı şansı ve süresi, tedavi yönteminin hastanın sağlığı için taşıdığı riskler, verilen ilaçların kullanışı ve olası yan etkiler, hastanın önerilen tedaviyi kabul etmemesi durumunda hastalığın yaratacağı sonuçlar, olası tedavi seçenekleri ve riskleri konularında aydınlatır. Yapılacak aydınlatma hastanın kültürel, toplumsal ve ruhsal durumuna özen gösteren bir uygunlukta olmalıdır. Bilgiler hasta tarafından anlaşılabilir biçimde verilmelidir. Hastanın dışında bilgilendirilecek kişileri, hasta kendisi belirler. Sağlıkla ilgili her türlü girişim, kişinin özgür ve aydınlatılmış onamı ile yapılabilir. Alınan onam, baskı tehdit, eksik aydınlatma ya da kandırma yoluyla alındıysa geçersizdir. Acil durumlar ile hastanın reşit olmaması veya bilincinin kapalı olduğu ya da karar veremeyeceği durumlarda yasal temsilcisinin izni alınır. Hekim temsilcinin izin vermemesinin kötü niyete dayandığını düşünüyor ve bu durum hastanın yaşamını tehdit ediyorsa, durum adli mercilere bildirilerek izin alınmalıdır. Bunun mümkün olmaması durumunda, hekim başka meslektaşına danışmaya çalışır ya da yalnızca yaşamı kurtarmaya yönelik girişimlerde bulunur. Acil durumlarda müdahale etmek hekimin takdirindedir. Tedavisi yasalarla zorunlu kılınan hastalıklar toplum sağlığını tehdit ettiği için hasta veya yasal temsilcisinin aydınlatılmış onamı alınmasa da gerekli tedavi yapılır.” şeklinde tanımlanarak hekimin hastayı bilgilendirme yükümlülüğü ve rıza alma zorunluluğu etik bir gereklilik olarak ortaya konmuştur. Bu çerçevede, etik ihlaller sadece mesleki disiplin cezasına değil, aynı zamanda bireyin hak arama yollarına başvurmasına da neden olabilir (15).

Türkiye’de tıbbi müdahalelerde rıza ilkesi hem hukuki hem etik açıdan güçlü bir temele dayanmaktadır. Anayasa’dan uluslararası sözleşmelere, özel kanunlardan yönetmeliklere kadar geniş bir yelpazede düzenlemeler mevcuttur. Bununla birlikte, uygulamada yaşanan sorunlar ve rıza kavramının zaman zaman formaliteye indirgenmesi, bu alanın sürekli denetim ve etik değerlendirmeye ihtiyaç duyduğunu göstermektedir. Tıbbi uygulamalarda hasta rızasının yalnızca hukuki bir zorunluluk değil, aynı zamanda hasta-hekim ilişkisini güçlendiren insani bir değer olduğu unutulmamalıdır.

2.3. Zorunlu Yatış veya Tedavi Kavramları

Psikiyatride “zorunlu” (compulsory) veya “istemsiz” (involuntary) tedavi kavramları, bireyin rızası olmaksızın gerçekleştirilen müdahaleleri tanımlamakla birlikte; etik, hukuki ve klinik açılardan karmaşık değerlendirmeleri beraberinde getirir. Zorunlu tedavi, çoğunlukla bireyin kendisine veya başkalarına zarar verme riski taşıdığı durumlarda, hastanın özgürlüğüyle toplum güvenliği arasında denge kurma amacıyla uygulanır (16). Bu bağlamda, istemsiz tedavi çoğu zaman “klinik zorunluluk” ile “etik sorumluluk” arasında kalan hekimler için ikilemler doğurur. Araştırmalar, bu tür tedavi uygulamalarının sadece yasal zemine değil, aynı zamanda hekim-hasta ilişkisinin niteliğine ve hastanın tedaviye yönelik bilişsel kapasitesine de bağlı olduğunu göstermektedir. Dolayısıyla bu uygulamaların hem bireyin haklarını hem de toplumun güvenliğini gözetin, şeffaf ve çok disiplinli bir etik çerçeveye değerlendirilmesi gerekmektedir (17).

Zorunlu ya da istemsiz yatış, kişinin kendi isteği dışında hastaneye yatırılması ve orada tutulması anlamına gelir. Zorunlu ya da istemsiz tedavi ise, hastanın içgörü eksikliğinden dolayı hasta olduğunu kabul etmemesi ve tedavi gereksinimini reddetmesi nedeniyle aydınlatılmış onam veremeyecek durumda olduğu koşullarda uygulanan bir yöntemdir. Psikiyatrik rahatsızlıkların tedavisinde bu durumla sıklıkla karşılaşılır. Hastaların davranışları üzerindeki kontrolünü kısmen ya da tamamen kaybetmesi ve bazen de hastalığın etkisiyle düşünce ve duygularının, kendi yaşamının “normal” akışından sapmış olmasıdır (18).

2.4. Psikiyatrik Hastalıklarda Zorunlu Yatış veya Tedavi Kavramlarının Tarihsel Gelişimi

Tarihsel süreçte insanlar, bilimsel bilgi ve sistematik düşünme yöntemlerinin yetersizliği nedeniyle ruhsal bozuklukların nedenlerine ilişkin açıklamalarında doğaüstü unsurlara başvurmuşlardır. Psikiyatrik semptomlar gösteren bireylerin, tanrısal bir cezalandırmaya maruz kaldıkları ya da kötü ruhlar veya cinler tarafından ele geçirildikleri inancı birçok kültürde yaygın kabul görmüştür. Bu inançlar doğrultusunda uygulanan "tedavi" yöntemleri arasında şeytan çıkarma ayinleri, fiziksel cezalandırma, toplumdan tecrit etme ve hatta idam gibi ağır uygulamalar yer almıştır. Bu uygulamalar, özellikle dini kurumların ve geleneksel otoritelerin ruhsal bozuklukları mistik ve ahlaki sapmalarla ilişkilendirdiği dönemlerde yoğun olarak gözlemlenmiştir (19).

Trepanasyon, insanlık tarihindeki en eski cerrahi müdahalelerden biri olarak kabul edilmekte olup MÖ 6500'lere kadar uzanan bir geçmişe sahiptir. Arkeolojik kazılarda bulunan tarih öncesi kafatasları, özellikle Avrupa, Güney Amerika ve Çin gibi bölgelerde, insanların bilinçli olarak kafatasına delik açtığını göstermektedir. Bu işlemin uygulanma nedenleri arasında epilepsi ve davranışsal bozukluklar gibi hastalıkların kötü ruhların etkisine bağlı olduğu inancı öne çıkmaktadır. O dönemin anlayışına göre, ruhsal bozuklukların nedeni olarak görülen kötü ruhların kafatasının içinde sıkıştığı düşünülüyor, bu nedenle trepanasyon yoluyla ruhların serbest bırakılması hedefleniyordu. Bu müdahale yalnızca tedavi edici değil, aynı zamanda dini ve büyüsel ritüellerin bir parçası olarak da uygulanmıştır (20).

Orta Çağ'ın sonlarına doğru Avrupa, derin ekonomik ve siyasi krizlerle karşı karşıya kalmış; bu durum, Roma Katolik Kilisesi'nin otoritesini tehdit ederken halk arasında doğaüstü açıklamalara olan inancı yeniden canlandırmıştır. 11. ve 15. yüzyıllar arasında veba, kıtlık ve sosyal çalkantılar gibi felaketler, halk tarafından şeytani etkilerin ve ilahi cezanın tezahürü olarak yorumlanmış, bu da akıl hastalıklarının "ele geçirilme" gibi doğaüstü teorilerle açıklanmasına yol açmıştır. Aynı dönemde astroloji, simya ve batıl inançlar giderek yaygınlaşmış, yaygın tedavi yöntemleri dua, kutsal emanetlere temas, günah çıkarma ve kefarete uygulamaları olmuştur. 13. yüzyıldan itibaren özellikle kadınlar, ruhsal bozukluk belirtileri

gösterdikleri gerekçesiyle cadılıkla suçlanmaya başlanmıştır. Bu eğilim, 15. ila 17. yüzyıllar arasında Protestan Reformu'nun doğurduğu dinsel bölünmelerin etkisiyle cadı avlarının zirveye ulaşmasına neden olmuştur. Bu dönemde, iki Dominikli rahip Heinrich Kramer ve Jacob Sprenger tarafından yazılan Malleus Maleficarum (1486), cadıların teşhisi ve cezalandırılması için kullanılan temel bir metin hâline gelmiştir. 14. yüzyılın ortalarından itibaren bazı erken dönem hümanist düşünürler, bu uygulamaları sorgulamaya başlamıştır. Johann Weyer, cadılıkla suçlanan bireylerin çoğunun aslında ruhsal rahatsızlıklardan mustarip olduğunu öne sürmüştür; Reginald Scot ise cadı inançlarını eleştirmiş ve psikiyatrik bozuklukların şeytani etkilerden değil, doğal nedenlerden (örneğin metabolizma bozuklukları) kaynaklandığını savunmuştur. Ancak bu rasyonel yaklaşımlar, Kilise Engizisyonu tarafından sansürlenmiş ve uzun süre geniş kabul görmemiştir. Cadı avları, yaklaşık 100.000 kişinin idam edilmesine yol açmış ve bu uygulamalar ancak 17. ve 18. yüzyıllarda azalmaya başlamıştır (21).

Orta Çağ ve Rönesans dönemlerinde Avrupa toplumlarında akıl hastalığı, genellikle “delilik” şeklinde tanımlanmış ve bu bireyler, toplumsal yaşamın dışına itilmiştir. Bu dönemde akıl hastalarına yönelik kurumsallaşmış bir tedavi sistemi mevcut olmayıp söz konusu bireyler aileleri tarafından gizlenmiş, çoğunlukla toplumdan izole edilerek kapalı ortamlarda tutulmuştur. Akıl sağlığına ilişkin sorunlar, dini veya mistik yorumlarla açıklanmış; bu nedenle müdahale biçimleri de bilimsel temelden yoksun kalmıştır. Tarih boyunca bilimsel bilgi yetersizliği, ruhsal hastalıkların doğaüstü varlıklarla veya tanrısal cezalarla açıklanmasına neden olmuş, bu da ciddi insan hakları ihlallerine varan “tedavi” uygulamalarını beraberinde getirmiştir (22).

18. yüzyılda, psikolojik rahatsızlıkları olan bireylerin akıl hastanelerine kapatılması yaygınlaşmıştır. Bu kurumlar, esasen hastaları iyileştirmekten çok, onları toplumdan izole etmeyi amaçlıyordu. Akıl hastaları çoğunlukla insani olmayan koşullarda tutuluyor; karanlık, havalandırmasız odalara hapsediliyor, zincire vuruluyor ve fiziksel şiddete maruz kalıyorlardı. Bu yaklaşım, zihinsel rahatsızlıkları olan bireylerin insanlık dışı koşullarda yaşadığı, dışlayıcı bir sistemin ürünüydü. Bu dönemde Fransız hekim Philippe Pinel, akıl hastalarının daha insancıl koşullarda tedavi edilmesini savunarak psikiyatride önemli bir dönüşüm başlattı. 1795'te

Paris'teki La Salpêtrière hastanesinde hastaların zincirlerini çözdü ve onlarla konuşarak onları anlamaya çalıştı. Bu yaklaşım, zihinsel hastalıkların tedavisinde dönemin hâkim olan şiddet ve kısıtlama yerine gözlem, konuşma ve insani ilişkilere dayalı bir model önerdi. Pinel'in "moral treatment" olarak bilinen bu yaklaşımı, delilik olarak görülen durumların çoğunun iyileştirilebileceğini ve hastaların saygı ve anlayışla ele alınması gerektiğini vurguluyordu. Bu reformlar sonucunda birçok hasta olumlu gelişmeler göstermiş ve bazıları hastaneden taburcu edilmiştir. Pinel'in öncülüğünde geliştirilen insancıl psikiyatri anlayışı, 18. yüzyılın sonunda akıl hastalarının insan haklarına dayalı biçimde tedavi edilmesinde köklü bir değişimi başlatmıştır (23).

Wilhelm Griesinger (1817–1868), yalnızca dönemin akıl hastanesi sisteminde gerçekleştirdiği reformlarla değil, aynı zamanda psikiyatrinin bilimsel temellere dayandırılmasında öncü rol oynamasıyla da anılmaktadır. Griesinger, ruhsal hastalıkların tedavisinde toplumsal entegrasyonu önceleyen, kısa süreli hastane yatışlarının doğal destek sistemleriyle entegrasyon içinde yürütülmesini savunan modern bir yaklaşım geliştirmiştir. Zihinsel bozuklukları beyin kaynaklı nörolojik hastalıklar olarak değerlendiren Griesinger, böylelikle psikiyatrinin tıbbın bir alt dalı olarak yeniden konumlandırılmasına öncülük etmiştir. Özellikle antisosyal davranışlar gibi psikopatik eğilimleri, biyolojik, psikolojik ve toplumsal bileşenlerin etkileşimi içinde açıklamaya çalışmıştır (24).

Griesinger, "Psikiyatri, tıbbın geri kalanıyla ilişkisinde bir dönüşüm geçirmiştir. Bu dönüşüm, sözde 'akıl hastalarının' aslında sinir sistemi ve beyin hastalıklarından muzdarip bireyler olduğunun fark edilmesine dayanmaktadır." şeklindeki ifadesiyle psikiyatrinin doğasına dair yaklaşımının özünü ortaya koyar. Bu bakış açısı, akıl hastalıklarının "mistik" ya da "ahlaki zayıflık" ile ilişkilendirilmesinden uzaklaşarak, nesnel ve biyomedikal bir temele oturtulmasını sağlamıştır (25).

19. yüzyıla gelindiğinde ise akıl hastaları, tıbbi araştırmalar ve deneylerin bir nesnesi hâline gelmiş; deliliğe çare bulmak amacıyla çeşitli deneysel uygulamalara maruz bırakılmışlardır. Bu dönemde insan üzerinde yapılan deneyler, tıbbi bilginin ilerlemesi kadar etik tartışmaları da beraberinde getirmiştir. Psikiyatride deneysel ve

müdahaleci fiziksel tedavi yöntemlerinin yükselişe geçtiği bu dönemde ruhsal hastalıkların beyindeki biyolojik temellere dayandığı düşüncesiyle hareket eden birçok psikiyatrist, "kahramanca" olarak adlandırılan fiziksel müdahaleleri uygulamaya koymuştur. Bu dönemde kullanılan başlıca tedaviler arasında insülin koma tedavisi, kimyasal şok tedavisi (örneğin Metrazol kullanımı), psikocerrahi (lobotomi) ve elektrokonvülsif terapi (EKT) yer almıştır. Dönemin yoğun kurumsallaşma baskısı ve "akıl hastanelerini boşaltma" gerekliliği, bazı klinisyenlerin henüz kanıtlanmamış yöntemlerde başarı iddiasında bulunmasına ve bu yöntemleri hızlıca yaygınlaştırmasına yol açmıştır. Ne yazık ki, hastalar çoğunlukla güçsüz ve savunmasız oldukları için bu deneysel uygulamalara karşı direnç gösterememiştir (26).

Zamanla psikiyatri, bireylerin ruhsal bozukluklarını sistematik biçimde ele alan, bilimsel yöntemlerle çalışan bağımsız bir disiplin olarak ortaya çıkmıştır. Bu gelişme, akıl hastalıklarının yalnızca bireysel ya da ahlaki zayıflık olarak değil; incelenebilir, sınıflandırılabilir ve tedavi edilebilir klinik olgular olarak değerlendirilmesini mümkün kılmıştır.

Türkiye’de ruh sağlığı hizmetlerinin kurumsal gelişimi, Osmanlı’nın son dönemlerinden Cumhuriyet’in ilk yıllarına kadar uzanan uzun bir tarihsel süreç içerisinde şekillenmiştir. Özellikle akıl hastalarının toplumdan izole edilmesi fikri sosyal kaygılarla meşrulaştırılmıştır. Osmanlı’nın son dönemlerinde Bimarhaneler olarak adlandırılan kurumlarda tedavi amaçlı değil, daha çok toplumsal düzenin korunması amacıyla kapatma yönünde uygulamalar yapılmıştır. Cumhuriyet’in ilanı ile birlikte Türkiye’de akıl sağlığına dair anlayış köklü bir dönüşüm geçirmiştir. Bu dönüşümün öncülerinden biri olan Mazhar Osman Uzman (1884–1951), Osmanlı’nın son dönemindeki geleneksel ve dışlayıcı akıl hastalığı anlayışının yerine, modern tıbbi psikiyatriyi ikame etmeye çalışan ilk isimlerden biridir. 1924 yılında kurduğu Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, yalnızca bir tedavi merkezi değil, aynı zamanda Türkiye’deki psikiyatrik eğitimin ve bilimsel üretimin merkezi hâline gelmiştir. Mazhar Osman, ruhsal bozuklukların biyolojik temelleri olduğuna, bu nedenle hastaların yalnızca toplumsal dışlama yerine bilimsel yöntemlerle iyileştirilebileceğini savunmuştur. Aynı zamanda alkolizmle mücadele kapsamında kurduğu Yeşilay Derneği ile ruh sağlığının yalnızca klinik değil,

toplumsal bir boyutu da olduğuna dikkat çekmiştir. Mazhar Osman'ın bu yaklaşımı, akıl hastalarının “delilik” damgasından kurtarılarak birey olarak değerlendirilmesi yönünde toplumsal bir paradigma değişikliğini başlatmıştır. Bu dönemde akıl hastaları için daha insancıl koşullar sağlanmaya çalışılmış, tedavi merkezlerinin sosyal izolasyon yerleri olmasının yanı sıra tıbbi müdahalelerin de yapıldığı merkezlere dönüşmüştür (27).

1926 yılında kabul edilen Tıbbi Adli Müessesesi Kanunu ile birlikte akıl hastalığı olan bireylerin hukuki statülerine ilişkin temel düzenlemeler yapılmış, zorunlu tedavi ve istemsiz yatış uygulamaları adli süreçlerle ilişkilendirilmiştir. Ancak bu dönemde de uygulamalar çoğunlukla koruyucu hekimlikten ziyade toplum güvenliği ekseninde şekillenmiş, psikiyatri hastalarının rızaları dışında kurumlara kapatılması uzun bir dönem boyunca sorgulanmadan sürdürülen bir uygulama olmuştur. Ruhsal bozuklukların doğası, zorla yatışın meşruiyet koşulları ve bu uygulamanın sınırları açık biçimde tanımlanmadan, hastalar büyük ölçüde tecrit edilmiştir. Bu yaklaşımın temelinde yatan düşünce, hastanın kendisine veya çevresine zarar verme potansiyeli taşıdığı varsayımına dayanarak, birey ve toplum güvenliğini sağlama çabasıdır. Bu bağlamda dikkat çeken bir diğer önemli unsur ise hekimin konumudur. Psikiyatrist, zorla alıkoyma ile tedavi arasında kalan gri bir alanda konumlanarak hem hasta haklarını gözetmek hem de olası tehlikeleri önlemek gibi çelişkili sorumluluklar arasında denge kurmak zorunda kalmıştır. Bu durum, hekimin asli işlevinin tedavi mi, yoksa kamusal güvenliği sağlamak mı sorusunu da beraberinde getirmiş ve hekimlik pratiği etik, hukuki ve mesleki düzeyde yeniden değerlendirilmiştir (28).

2.5. Uluslararası Sözleşmeler ve Bildirgelere Göre Zorunlu Yatış veya Tedavi Uygulamalarına Yaklaşım

2.5.1. Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi

Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi (AİHS), bireylerin temel hak ve özgürlüklerini korumayı amaçlayan uluslararası bir belge olup ruhsal bozukluklar nedeniyle uygulanan zorunlu yatış ve tedavi süreçlerini de bu kapsamda değerlendirmektedir. AİHS'nin 5. maddesi, her bireyin özgürlük ve güvenlik hakkına

sahip olduğunu belirtmekte; ancak "akıl hastalığı" gibi istisnai durumlarda yetkili makamlarca alınacak kararlarla kişinin özgürlüğünden alıkonulmasına belirli koşullar altında izin vermektedir. Zorunlu tedavi uygulamalarını yalnızca klinik bir mesele olarak değil, insan haklarının özüne dokunan hukuki ve etik bir alan olarak ele almakta; bu tür müdahalelerin ancak çok sıkı koşullar altında ve güçlü denetim mekanizmalarıyla meşrulaştırılabileceğini ortaya koymaktadır (29).

Avrupa İnsan Hakları Mahkemesi içtihatlarında da zorunlu tedavinin yalnızca tıbbi bir değerlendirmeye değil, aynı zamanda prosedürel güvencelere de bağlı olması gerektiği vurgulanmaktadır. Bu güvenceler; kişinin karara itiraz edebilmesi, bağımsız bir hekimin görüşünü talep edebilmesi ve adil yargılanma hakkına erişimi kapsar (30).

2.5.2. Dünya Sağlık Örgütü

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), ruh sağlığı alanındaki zorunlu veya istemsiz yatış uygulamalarını, insan hakları temelinde dikkatle ele alınması gereken istisnai müdahaleler olarak değerlendirmektedir. DSÖ'nün yaklaşımı, ruhsal bozuklukların tedavisinde bireyin özerkliğini ve bilgilendirilmiş onamını esas alan bir çerçeveye dayanmaktadır. Örgüt, zorla yatışın ancak son çare olarak ve belirli yasal, etik ve klinik kriterler çerçevesinde uygulanabileceğini vurgular. Bu çerçevede, kişide ciddi bir ruhsal bozukluk bulunması, bu durumun kişinin kendisine ya da başkalarına açık ve yakın tehlike oluşturması ve kişinin tedaviyi reddetme kapasitesinin olmaması gibi koşullar bir arada bulunmalıdır.

DSÖ'nün 2021 tarihli "Guidance on Community Mental Health Services" raporunda, zorla tedaviye dayalı sistemlerin çoğu zaman hastaların damgalanmasına, travmatize edilmesine ve insan haklarının ihlal edilmesine yol açtığı ifade edilmiştir. Bu nedenle örgüt, ülkeleri zorla yatış uygulamalarını azaltacak şekilde toplum temelli, gönüllülüğe dayalı, insana yakışır ve iyileştirici ortamlar sunan hizmet modellerine yönelmeye çağırmaktadır. Ayrıca, istemsiz yatışın uygulandığı durumlarda da bireyin haklarının korunması, kararın düzenli gözden geçirilmesi, bağımsız denetim mekanizmalarının işletilmesi ve mümkün olan en kısa sürede taburcu planının yapılması önerilmektedir. DSÖ'ye göre, ruh sağlığı hizmetlerinin temel ilkesi bireyin haklarına saygı göstermek, ayrımcılığı önlemek ve her türlü

müdahaleyi asgarî kısıtlayıcılıkla gerçekleştirmektir. Bu anlayış doğrultusunda, zorunlu yatış yerine bireyin katılımını önceleyen, onam sürecini şeffaflaştıran ve toplum içi destek sistemlerini güçlendiren uygulamalar teşvik edilmektedir (31).

2.5.3. Hawaii Bildirgesi

Hawaii Bildirgesi, ilk olarak 1977 yılında Honolulu, Hawaii’de düzenlenen Dünya Psikiyatri Birliği Genel Kurulu’nda psikiyatristlerin mesleki uygulamalarında uymaları gereken etik standartları belirlemek, hastaların haklarını korumak ve özellikle politik, sosyal veya kurumsal baskılar altında suistimalleri önlemek amacıyla kabul edilmiştir. 1970’lerde Sovyetler Birliği’nde politik muhaliflerin “psikiyatrik tedavi” adı altında zorla hastanelere kapatılması, psikiyatri mesleğinin insan haklarını ihlal edebileceği endişesini gündeme getirmiştir. Bilgilendirilmiş onamın temel bir hak olduğunu, bu hakkın ancak acil ve kaçınılmaz durumlarda geçici olarak sınırlandırılabilceğini ve her koşulda hastanın onurunun korunması gerektiğini belirtir. Ayrıca, politik veya ideolojik saiklerle zorunlu tedavi uygulamalarının etik ihlal oluşturacağı açıkça ifade edilir (32).

2.5.4. İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi (Oviedo Sözleşmesi)

İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi 1997 yılında Avrupa Konseyi tarafından kabul edilmiş ve insan hakları bağlamında tıp uygulamalarına ilişkin uluslararası düzeyde bağlayıcı ilkeler ortaya koymuştur. Türkiye Cumhuriyeti de 2003 yılında bu sözleşmeyi imzalamış ve 2004 yılında onaylayarak iç hukuka dahil etmiştir. Sözleşme’nin 6. Maddesinde; “Akıl hastalığı, bir hastalık veya benzer nedenlerden dolayı, müdahaleye muvafakat etme yeteneği bulunmayan bir yetişkine, ancak temsilcisinin veya kanun tarafından belirlenen kişi veya makamın izni ile müdahalede bulunulabilir. İlgili kişi mümkün olduğu ölçüde izin verme sürecine katılacaktır.” şeklinde belirtilerek sağlık müdahalelerinin kural olarak bilgilendirilmiş onam ile yapılmasını öngörmekle birlikte bazı istisnai durumlarda kişinin istemi dışında müdahaleyi meşru kabul etmektedir. Sözleşme’nin 7. Maddesinde; “Gözetim, denetim ve başka bir makama başvurma süreçleri dahil, kanun tarafından öngörülen koruyucu şartlarla bağlı olmak üzere, ciddi nitelikli bir akıl hastalığı olan kişi, yalnızca böyle bir tedavi yapılmadığı takdirde sağlığına ciddi

bir zarar gelmesinin muhtemel olduğu durumlarda, muvafakati olmaksızın, akıl hastalığının tedavi edilmesini amaçlayan bir müdahaleye tâbi tutulabilir.” şeklinde belirtilerek ruhsal bir bozukluk nedeniyle kişinin sağlığına ciddi zarar gelmesini önlemek amacıyla ve yalnızca yasal olarak belirlenmiş koruyucu prosedürler çerçevesinde, kişinin istemi dışında hastaneye yatırılması mümkün olabilir (14).

Bu sözleşmeler ve bildirgelerle sonuç olarak, özgürlük ve güvenlik hakkı ekseninde istemsiz yatışın istisnai, en az kısıtlayıcı ortamda ve bağımsız denetime tabi olması gerektiği, hekimlerin güç dengesi karşısında mesleki etik sorumluluğu ve hasta yararını göz önünde bulundurarak tıbbi gerekçe, orantınlık, yasal güvence ve etik ilkelere uyum olmaksızın uygulanamayacağı açıkça ifade edilmektedir.

2.6. Dünya’da Zorunlu Yatış Uygulamalarına Yaklaşım

Zorunlu tedavi, birçok ülkede hem ruh sağlığı alanında hem de bulaşıcı hastalıkların kontrolünde kullanılan, bireyin rızası olmaksızın uygulanan tıbbi müdahaleleri ifade etmektedir. Ancak bu uygulamanın hukuki dayanakları, etik çerçevesi ve prosedürel güvenceleri, ülkeler arasında önemli ölçüde farklılık göstermektedir. Psikiyatrik bozukluğu bulunan kişilerin rızaları olmadan tedavi edilmelerine ilişkin düzenlemeler oldukça karmaşık olmakla birlikte temelde iki farklı yaklaşım üzerine kuruludur. Her iki yaklaşımda da hastada psikiyatrik bir bozukluk tanısı bulunması ön koşul olarak belirlenirken; ilk yaklaşım hastanın mevcut ya da olası tehlike oluşturmaya, ikinci yaklaşım ise tedavi gereksiniminin varlığına odaklanmaktadır (33).

Amerika, Avustralya, Belçika, Fransa, Almanya, İsrail ve Hollanda’nın ruh sağlığı mevzuatında, psikiyatrik bozukluğu bulunan kişilerin istem dışı hastaneye yatırılmasında zorunlu olan “tehlikelilik kriteri” yer almaktadır. Bu ülkelerde, psikiyatrik rahatsızlığı nedeniyle kendisine veya topluma yönelik tehlike riski taşıyan bireyler, tedavi edilmelerinin yanı sıra toplum güvenliğinin sağlanması amacıyla mahkeme kararıyla zorunlu klinik tedaviye gönderilmektedir. Bazı ülkeler yalnızca toplumun tehdit altında olmasını dikkate alırken, diğerleri hastanın kendisine ya da başkalarına zarar verme ihtimalini de göz önünde bulundurmaktadır. İrlanda da ise kişinin toplumca kabul görmeyen davranışlara sahip olması da zorunlu hastaneye yatırılma ölçütü olarak değerlendirilmektedir (34).

İngiltere, İsviçre, İsveç, Norveç, Japonya, Hindistan, İtalya ve İspanya’da ise onam veremeyecek durumdaki psikiyatrik hastaların rızası olmaksızın tedavi edilmeleri için birçok ülke kabul edilen tehlikelilik kriterinin zorunlu olmadığı belirtilmektedir. Bağlayıcı kriterin tehlikelilik olmadığı bu ülkelerde, genel itibariyle hastanın tedavi ihtiyacı göz önünde bulundurularak zorla tedavi edilmesine izin verilmektedir (35). Danimarka, Finlandiya, Yunanistan, İrlanda ve Portekiz’de hem tedavi ihtiyacı hem de tehlikelilik kriterleri dikkate alınarak hastalar zorunlu olarak tedavi edilmekte veya hastaneye yatırılmaktadır (36).

Avrupa ülkeleri arasında uygulamalarda çeşitlilik olduğu görülmektedir. Örneğin, Birleşik Krallık’ta Mental Health Act 1983 ve 2007 reformları, zorunlu tedaviyi yalnızca ciddi akıl hastalığı tanısı konmuş ve kendi sağlığına ya da başkalarına ciddi risk oluşturan kişiler için bağımsız ikinci hekim onayıyla mümkün kılar (37). Almanya’da ise zorunlu tedavi, federal eyalet yasalarına göre düzenlenmekte olup mahkeme kararı olmadan uzun süreli tutulma mümkün değildir. 2011 Anayasa Mahkemesi kararıyla, hastanın bilgilendirilmiş onamı olmaksızın yapılan ilaç tedavilerine sıkı sınırlamalar getirilmiştir (38).

İskandinav ülkeleri, özellikle Norveç ve İsveç, zorunlu tedaviyi “en az kısıtlayıcı önlem” ilkesi çerçevesinde düzenlemekte, müdahalenin gerekliliğini düzenli aralıklarla bağımsız bir kurulun denetlemesini şart koşturmaktadır. İsveç’te, zorunlu tedavi kararı öncelikle idari makamlarca verilebilmekte ancak kısa süre içinde yargı onayına sunulması gerekmektedir (39).

Amerika Birleşik Devletleri’nde, eyalet bazında farklılıklar olmakla birlikte, zorunlu tedavi kararı genellikle tehlikelilik kriterine dayanmaktadır. Birçok eyalet, kişinin kendi sağlığına ya da başkalarına yönelik açık bir tehlike oluşturduğu durumlarda zorunlu müdahaleye olanak tanır. Bu kriter, tehlikenin belirgin ve devam etmekte olması gerektiğini vurgular. Bazı eyaletler (örneğin California, Connecticut, Missouri) ciddi işlevsellik kaybı kriterini de kabul etmekte ve kişi zihinsel hastalığı nedeniyle temel yaşamsal ihtiyaçlarını (beslenme, barınma, giyinme, temizlik) karşılayamıyor ve bu haliyle ciddi zarar görme riski altında bulunuyorsa zorunlu tedavi kriteri olarak tanımlamaktadır (40).

Asya ülkelerinde ise, özellikle Japonya ve Güney Kore, zorunlu tedaviye ilişkin yasalar son yıllarda insan hakları standartlarına uyum amacıyla reforme edilmiştir. Japonya’da 2014’ten itibaren, aile onayı ve yerel hükümet yetkilisinin onayı birlikte aranmaktadır. Güney Kore’de ise 2016’da Anayasa Mahkemesi, aile üyelerinin tek başına zorunlu yatış başvurusu yapabilmesini sınırlamıştır (41).

Bu farklılıklar, zorunlu tedavinin yalnızca tıbbi bir uygulama değil aynı zamanda ülkelerin toplumsal ve hukuki gelenekleri, insan hakları anlayışları ve sağlık politikaları tarafından şekillendirilen çok boyutlu bir kurum olduğunu göstermektedir. Uluslararası düzeyde ortak ilkeler olarak, tıbbi gereklilik, orantılılık, yargısal denetim, hastanın haklarına saygı ve en az kısıtlayıcı yöntemlerin kullanılması öne çıkmaktadır.

2.7. Türkiye’de Zorunlu Yatış Uygulamalarına Yaklaşım

2.7.1. Anayasal Dayanak

Türkiye Cumhuriyeti Anayasası, kişi özgürlüğü, güvenliği ve vücut bütünlüğüne ilişkin temel hakları güvence altına alırken, bu hakların sınırlarını da belirleyen normatif hükümler içermektedir. Zorunlu yatış uygulaması, Anayasa’nın 17. ve 19. maddelerinde yer alan düzenlemelerle doğrudan ilişkilidir.

Madde 17, herkesin yaşama, maddi ve manevi varlığını koruma ve geliştirme hakkına sahip olduğunu ifade ederken, kişinin vücut bütünlüğüne yalnızca “tıbbi zorunluluk veya kanunda yazılı haller” dışında dokunulamayacağını hükme bağlamaktadır. Bu bağlamda, kişinin rızası dışında sağlık kurumuna yatırılması, yalnızca hukuki dayanağı ve tıbbi gerekliliği açıkça ortaya konmuş durumlarda meşruiyet kazanır. Zorunlu yatışın hukuki temelinde, hastanın kendi iyiliğini sağlamakla birlikte toplumun güvenliğini koruma amacı da yer alır.

Madde 19 ise kişi hürriyeti ve güvenliğinin ancak kanunla öngörülen belirli sebeplerle sınırlandırılabilceğini belirtir. Bu maddede, “akıl hastalığı, alkol veya uyuşturucu bağımlılığı, bulaşıcı hastalık” gibi durumlarda kişinin özgürlüğünün, tedavi veya ıslah amacıyla kısıtlanabileceği açıkça düzenlenmiştir. Dolayısıyla, akıl hastalığı nedeniyle yapılan zorunlu yatış, yalnızca ilgili sağlık otoritelerinin objektif

tıbbi değerlendirmesi ve kanuni prosedürlerin eksiksiz uygulanması halinde hukuka uygun sayılabilir (11).

Sonuç olarak Anayasa, bireyin maddi ve manevi varlığını koruma hakkını gözetirken, diğer yandan kamu düzeni ve güvenliği gerekçesiyle özgürlüğün sınırlandırılmasına olanak tanır. Bu nedenle, zorunlu yatışın hem hukuki geçerliliği hem de etik meşruiyeti, ancak tıbbi gereklilik, kanuni düzenleme ve yargısal denetim unsurlarının birlikte sağlanmasıyla mümkün olur.

2.7.2. Türk Medeni Kanunu

Türk Medeni Kanunu’nun 432. Maddesi; “Akıl hastalığı, akıl zayıflığı, alkol veya uyuşturucu madde bağımlılığı, ağır tehlike arzeden bulaşıcı hastalık veya serserilik sebeplerinden biriyle toplum için tehlike oluşturan her ergin kişi, kişisel korunmasının başka şekilde sağlanamaması hâlinde, tedavisi, eğitimi veya ıslahı için elverişli bir kuruma yerleştirilir veya alıkonulabilir. Görevlerini yaparlarken bu sebeplerden birinin varlığını öğrenen kamu görevlileri, bu durumu hemen yetkili vesayet makamına bildirmek zorundadırlar. Bu konuda kişinin çevresine getirdiği külfet de göz önünde tutulur. İlgili kişi durumu elverir elvermez kurumdan çıkarılır.” şeklinde düzenlenmiş olup bu madde ile Anayasa hükmünde yer alan kişi hürriyeti ve güvenliğinin “şekil ve şartları kanunda gösterilen” ve “kanunda belirtilen esaslara uygun olarak” sınırlanabileceği ifadelerinin gereği yerine getirilmiştir.

2.7.3. Türkiye Psikiyatri Derneği’nin Meslek Etiği Kuralları

Türkiye Psikiyatri Derneği’nin 21.04.2024 tarihli genel kurulunda kabul edilen Psikiyatri Meslek Etiği Kuralları’nda psikiyatri hastalarının zorunlu hastaneye yatırılmaları ve tedavileri konularında belli düzenlemeler bulunmaktadır. “İstemsiz Bakım ve Tedavi” başlığı altında düzenlenen 15. madde, “Psikiyatri hekimi hastanın bakımını sağlamak ve hastanın veya diğer kişilerin güvenliğinden emin olmak için başka bir seçenek olmadığında istemsiz bakım ve tedavi uygulamalarına başvrur. İstemsiz bakım ve tedaviyi yalnızca hasta ciddi bir ruhsal hastalık nedeniyle karar verme kapasitesi önemli ölçüde etkilenip kendisi veya çevresi için tehlikeli olmaya devam ettiği sürece sürdürür. Sürecin her aşamasında istemsiz müdahaleleri istemli hale getirmek için çaba gösterir.” şeklinde belirtmekle zorunlu yatışın yalnızca

hastanın kendisine veya başkalarına ciddi zarar verme riski bulunduğunda, en az kısıtlayıcı yöntemler kullanılarak ve sürekli gözden geçirme ilkesiyle uygulanabileceği vurgulanmaktadır.

Sonuç olarak, Türkiye’de zorunlu yatış, yalnızca ulusal mevzuatın çizdiği sınırlar içinde değil, aynı zamanda AİHS ve İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi gibi uluslararası belgelerde yer alan ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından iç hukuka dahil edilen hak temelli standartlara uygun olarak uygulanmalıdır. Bu çerçevede, hukuki meşruiyet, tıbbi gereklilik, etik sorumluluk ve yargısal denetim unsurlarının eş zamanlı olarak sağlanması hem kişilik ve özgürlük haklarının korunması hem de toplum güvenliğinin temini açısından zorunludur.

2.8. Türk Hukuk Sisteminde Zorla Yatış veya Tedavi Uygulamaları

Türk Hukuk sisteminde zorunlu yatış veya tedavi hükümleri, birbirinden farklı uygulama şartları ve çerçeveleri bulunan farklı kanun maddeleri yer almaktadır. Türk Medeni Kanunu’nun (TMK) 432. maddesi, Türk Ceza Kanunu’nun (TCK) 57. maddesi, Ceza ve Güvenlik Tedbirlerinin İnfazı Hakkında Kanunun 16/1. maddesi, Ceza Muhakemesi Kanununun (CMK) 74. maddesi ve Çocuk Koruma Kanunu (ÇKK) 5. maddesi hükümlerince bir sağlık kuruluşunda zorunlu yatış ve tedavi uygulanabilmektedir.

2.8.1. TCK’nın 57. maddesi Kapsamında Zorunlu Yatış veya Tedavi

TCK madde 32/1’de; “Akıl hastalığı nedeniyle, işlediği fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılayamayan veya bu fiille ilgili olarak davranışını yönlendirme yeteneği önemli derecede azalmış olan kişiye ceza verilemez. Ancak, bu kişiler hakkında güvenlik tedbirine hükmolunur.” şeklinde belirtilmiştir. Burada değerlendirilen, kişinin olay sırasında bilinç ve eylem özgürlüğünün olmamasıdır. TCK madde 32/2’de; “Birinci fıkrada yazılı derecede olmamakla birlikte işlediği fiille ilgili davranışlarını yönlendirme yeteneği azalmış olan kişiye ceza indirimi öngörüldüğü, mahkûm olunan cezanın süresi aynı olmak koşuluyla kısmen veya tamamen, akıl hastalarına özgü güvenlik tedbiri olarak uygulanabileceği” belirtilmektedir. Suç eyleminin varlığında kişinin ceza sorumluluğunun olmadığı (TCK 32/1) veya azalmış olduğu (TCK 32/2) şeklindeki sağlık kurulu raporuna

istinaden mahkeme kararı mevcut ise zorunlu tedavi süreci 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu'nun 57. maddesi uyarınca başlar.

“Akıl hastalarına özgü güvenlik tedbirleri” başlığı altında Madde 57;

1. Fiili işlediği sırada akıl hastası olan kişi hakkında, koruma ve tedavi amaçlı olarak güvenlik tedbirine hükmedilir. Hakkında güvenlik tedbirine hükmedilen akıl hastaları, yüksek güvenliqli sağık kurumlarında koruma ve tedavi altına alınırlar.
2. Hakkında güvenlik tedbirine hükmedilmiş olan akıl hastası, yerleştirildiğı kurumun sağık kurulunca düzenlenen raporda toplum açısından tehlikeliliğinin ortadan kalktığıнын veya önemli ölçüde azaldığıнын belirtilmesi üzerine infaz hâkimi kararıyla serbest bırakılabilir.
3. Sağık kurulu raporunda, akıl hastalığının ve işlenen fiilin niteliğine göre, güvenlik bakımından kişinin tıbbi kontrol ve takibinin gerekip gerekmediğı, gerekiyor ise, bunun süre ve aralıkları belirtilir.
4. Tıbbi kontrol ve takip, raporda gösterilen süre ve aralıklarla, Cumhuriyet savcılığınca bu kişilerin teknik donanımı ve yetkili uzmanı olan sağık kuruluşuna gönderilmeleri ile sağılanır.
5. Tıbbi kontrol ve takipte, kişinin akıl hastalığı itibarıyla toplum açısından tehlikeliliğinin arttığı anlaşıldığında, hazırlanan rapora dayanılarak, infaz hâkimliğince yeniden koruma ve tedavi amaçlı olarak güvenlik tedbirine hükmedilir. Bu durumda, bir ve devamı fıkralarda belirlenen işlemler tekrarlanır.
6. İşlediğı fiille ilgili olarak hastalığı yüzünden davranışlarını yönlendirme yeteneğı azalmış olan kişi hakkında birinci ve ikinci fıkra hükümlerine göre yerleştirildiğı yüksek güvenliqli sağık kuruluşunda düzenlenen kurul raporu üzerine, mahkûm olduğı hapis cezası, süresi aynı kalmak koşuluyla, kısmen veya tamamen, infaz hâkimi kararıyla akıl hastalarına özgü güvenlik tedbiri olarak da uygulanabilir.
7. Suç işleyen alkol ya da uyuşturucu veya uyarıcı madde bağımlısı kişilerin, güvenlik tedbiri olarak, alkol ya da uyuşturucu veya uyarıcı madde bağımlılarına özgü sağık kuruluşunda tedavi altına alınmasına karar

verilir. Bu kişilerin tedavisi, alkol ya da uyuşturucu veya uyarıcı madde bağımlılığından kurtulmalarına kadar devam eder. Bu kişiler, yerleştirildiği kurumun sağlık kurulunca bu yönde düzenlenecek rapor üzerine infaz hâkimi kararıyla serbest bırakılabilir.” şeklindeki bu yasal düzenleme, suç işleyen akıl hastalığı, alkol ya da madde bağımlısı kişilerin hastaneye yatırılması, tedavi sürecinin yürütülmesi ve tamamlanmasının ardından, sağlık kurulu raporunun mahkemeye sunulması suretiyle mahkeme kararıyla taburcu edilmesini zorunlu kılmaktadır. Aynı zamanda, tedavi sonrası dönemde belirli aralıklarla tıbbi kontrol muayenelerinin yapılması hükme bağlanmıştır. Bu düzenleme sayesinde, hastalık belirtilerinde yeniden şiddetlenme veya toplum açısından tehlikeliliğin artması durumunda, henüz yeni bir suç işlenmeden kişinin tekrar hastaneye yatırılarak gerekli tedaviye alınması mümkün olmaktadır (42).

2.8.2. Ceza ve Güvenlik Tedbirlerinin İnfazı Hakkında Kanun Kapsamında Zorunlu Yatış veya Tedavi

“Hapis cezasının infazının hastalık nedeni ile ertelenmesi” başlığı altında “Madde 16- (1) Akıl hastalığına tutulan hükümlünün cezasının infazı geriye bırakılır ve hükümlü, iyileşinceye kadar Türk Ceza Kanunu’nun 57’nci maddesinde belirtilen sağlık kurumunda koruma ve tedavi altına alınır. Sağlık kurumunda geçen süreler cezaevinde geçmiş sayılır.” şeklinde belirtilen hükümle ceza infaz süreçlerinde akıl hastalığına bağlı olarak cezaevinde kalamayacak durumda olan hükümlülerin, cezanın infazı geri bırakılarak tedavi edilebilecekleri bir sağlık kurumuna nakledilebileceğine ilişkin düzenleme yer almaktadır.

2.8.3. CMK 74. Maddesi Kapsamında Zorunlu Yatış veya Tedavi

“Gözlem altına alınma” başlığı altında Madde 74;

1. Fiili işlediği yolunda kuvvetli şüpheler bulunan şüpheli veya sanığın akıl hastası olup olmadığını, akıl hastası ise ne zamandan beri hasta olduğunu ve bunun, kişinin davranışları üzerindeki etkilerini saptamak için; uzman hekimin önerisi üzerine, Cumhuriyet savcısının ve müdafinin dinlenmesinden sonra resmî bir sağlık kurumunda gözlem altına

alınmasına, soruşturma evresinde sulh ceza hâkimi, kovuşturma evresinde mahkeme tarafından karar verilebilir.

2. Şüpheli veya sanığın müdafii yoksa hâkim veya mahkemenin istemi üzerine, baro tarafından bir müdafî görevlendirilir.
3. Gözlem süresi üç haftayı geçemez. Bu sürenin yetmeyeceği anlaşılırsa resmî sağlık kurumunun istemi üzerine, her seferinde üç haftayı geçmemek üzere ek süreler verilebilir; ancak sürelerin toplamı üç ayı geçemez.
4. Gözlem altına alınma kararına karşı itiraz yoluna gidilebilir; itiraz, kararın yerine getirilmesini durdurur.” şeklindeki bu yasal düzenleme suça eylemine karışan akıl hastalarına yönelik tedbir niteliğinde bir özgürlük kısıtlaması olup cezalandırma veya uzun süreli tedavi amacı taşımaz. Burada amaç tedavi değil, adli süreç için sağlık durumunun tespitidir. Tedavi yerine teşhis odaklı olmasıyla diğer zorunlu yatış hükümlerinden ayrılır.

2.8.4. Çocuk Koruma Kanunu 5. Maddesi Kapsamında Sağlık Tedbiri

Çocuk Koruma Kanunu’nun 5. maddesinde korunma ihtiyacı bulunan çocuklara yönelik olarak danışmanlık, eğitim, bakım, sağlık ve barınma gibi koruyucu ve destekleyici tedbirlerin uygulanabileceği belirtilmektedir. Bu maddesinin (d) bendinde Sağlık tedbiri; “çocuğun fiziksel ve ruhsal sağlığının korunması ve tedavisi için gerekli geçici veya sürekli tıbbî bakım ve rehabilitasyonuna, bağımlılık yapan maddeleri kullananların tedavilerinin yapılmasına” yönelik tedbirler kapsamında akıl hastalığı veya madde bağımlılığı nedeniyle korunma ihtiyacı bulunan çocukların yüksek yararı gözetilerek hakkında zorunlu tedavi uygulanabileceği anlaşılmaktadır.

2.9. Türk Medeni Kanunu Kapsamında Koruma Amacıyla Özgürlüğün Kısıtlanması

Türk Hukukunda vesayete ilişkin düzenlemeler büyük ölçüde İsviçre Hukukundan alınarak uyarlanmıştır. Türk Medeni Kanunu’nun 396-494. arasındaki maddeler kaynağını; İsviçre Medeni Kanunu’nun 360-455. maddeleri arasında düzenlenmiş olan vesayet hukuku hükümlerinden almıştır.

01.01.2002 tarihinden önceki Türk Kanunu Medenisi döneminde, akıl hastalığı, akıl zayıflığı, alkol veya uyuşturucu madde bağımlılığı, ağır tehlike arz eden bulaşıcı hastalık veya serserilik sebeplerinden biriyle kişilerin rızaları olmadıkça yasal temsilcileri tarafından istenmiş olsa bile eğitim, sağlık veya ıslahları amacıyla bir kuruma yerleştirilmeleri veya alıkonulmaları mümkün değildi. Birtakım zayıflık hallerinde kişinin kısıtlanması ve vasi tayin edilmesi sonucu fiil ehliyeti sınırlandırılarak bir koruma sağlanmaya çalışılmakla birlikte kişinin kendisinin rıza göstermemesi, karşı koyması halinde zorla bir kuruma yerleştirilmesi veya alıkonulması mümkün değildi (43).

2.9.1. Erginlerin Koruma Amacıyla Özgürlüğün Kısıtlanması

“Koruma amacıyla Özgürlüğün Kısıtlanması Kurumu” İsviçre Medeni Kanunu’nun 1981 yılında yürürlüğe giren düzenlemesinden esinlenilerek Türk hukukuna ilk kez 01.01.2002 tarihli 4721 sayılı Türk Medeni Kanunu ile birlikte girmiştir. Koruma amacıyla özgürlüğün kısıtlanması; iradesi verdiği kararlar üzerinde olumsuz etki yaratabilecek ve kendisine ya da çevresine zarar verme ihtimali bulunan kişilerin, gerekli kişisel güvenliğin sağlanabilmesi için rızası olmadan bir kuruma yerleştirilmesi veya bulunduğu kurumda tutulmasıdır. Türk Medeni Kanunu’nda bu durum, “Aile Hukuku” bölümünün “Vesayet Hukuku”na ayrılan üçüncü kısmında, 432 ile 437. maddeleri arasında bir tedbir niteliğinde düzenlenmiştir (44).

Vesayet hukuku, hukuki ehliyeti sınırlı veya tamamen ortadan kalkmış, yardım ve korunmaya muhtaç bireylerin gerek kişisel gerekse malvarlığına ilişkin hak ve menfaatlerini güvence altına almayı amaçlayan bir koruma mekanizmasıdır. Bu sistem, kişinin zayıf düşmesine yol açan sağlık, yaş, engellilik veya benzeri nedenlerle ortaya çıkabilecek olumsuz sonuçların önlenmesi için, gerekli durumlarda temsil yetkisine sahip bir vasi atanmasını ve çeşitli koruyucu tedbirlerin uygulanmasını öngörür. Böylece vesayet hukuku, bireyin hem maddi hem de manevi varlığını korumaya yönelik hukuki güvenceleri bütüncül bir şekilde sağlar (45).

TMK’da kısıtlanma nedenlerine bakılacak olursa; 404. maddeye göre velâyet altında bulunmayan her küçüğün vesayet altına alınması gerektiği, 405-408. maddelerine göre ise akıl hastalığı veya akıl zayıflığı nedeniyle kendi işlerini

yürütemeyen, korunma ve bakımı için sürekli yardıma ihtiyaç duyan ya da başkalarının güvenliği açısından tehdit oluşturan; savurganlık, alkol ya da uyuşturucu madde bağımlılığı, kötü yaşam tarzı veya kötü yönetim alışkanlıkları sebebiyle kendisini ve ailesini maddi sıkıntıya sürükleme tehlikesi yaratan, bu nedenle sürekli korunma ve bakıma muhtaç olan ya da başkalarının güvenliğini tehlikeye atan; beş yıl veya daha uzun süreli hapis cezasına mahkûm olan; ayrıca kendilerinin talep etmesi halinde yaşlılık, engellilik, deneyimsizlik veya ağır hastalık nedeniyle işlerini gereği gibi yönetemediğini kanıtlayan erginler hakkında kısıtlama kararı verilebileceği dikkat çekmektedir (46).

Kişinin kısıtlanmasını gerektirecek nedenlerden akıl hastalığı ve akıl zayıflığı ile alkol veya uyuşturucu madde bağımlılığı aynı zamanda TMK 432. maddesi kapsamında koruma amacıyla özgürlüğün kısıtlanmasını gerektirecek sebeplerdendir. Vasi, kayyım veya yasal danışman atanması ile koruma amacıyla özgürlüğün kısıtlanması, birbirinden bağımsız vesayet tedbirleri olarak değerlendirilir. İlk durumda, kişinin hukuki işlem ehliyetine müdahale edilerek onun menfaatlerinin korunması amaçlanırken; koruma amacıyla özgürlüğün kısıtlanmasında esas olan kişinin özgürlüğüne yönelik sınırlamadır. Bu uygulamada kişinin fiil ehliyeti sınırlandırılmaz; yalnızca mevcut zayıflıkları nedeniyle, tedavisi, eğitimi veya ıslahı için uygun bir kuruma yerleştirilmesi ya da alıkonulması söz konusudur. Dolayısıyla, koruma amacıyla özgürlüğün kısıtlanması kararı verilen kişi hakkında, olayın koşullarına göre vasi atanmasına gerek olmayabileceği gibi; kayyım veya yasal danışman atanmış kişiler bakımından da Türk Medeni Kanunu'nun 432. maddesi kapsamında bu tedbire başvurulabilir. Ayrıca, koruma amacıyla özgürlüğün kısıtlanması, her durumda kişinin ehliyetinin sınırlandırılacağı ve buna bağlı olarak vasi, kayyım ya da yasal danışman atanacağı anlamına gelmez (47).

2.9.2. Vesayet Altındaki Erginlerin Koruma Amacıyla Özgürlüğünün Kısıtlanması

TMK 447. maddesinde; “Vasi, kısıtlıyı korumak ve bütün kişisel işlerinde ona yardım etmekle yükümlüdür. Gecikmesinde sakınca bulunan hâllerde vasi, koruma amacıyla özgürlüğün kısıtlanmasına ilişkin hükümlere göre kısıtlıyı bir kuruma yerleştirebilir veya orada alıkoyabilir ve durumu derhal vesayet makamına

bildirir.” şeklinde belirtilerek vesayet altındaki kısıtlının vasisinin istemiyle gecikmesinde sakınca bulunan hallerde özgürlüğünün kısıtlanması ve bir kuruma yerleştirilebilmesine olanak sağlanmaktadır.

2.9.3. 18 Yaşından Küçüklerin Koruma Amacıyla Özgürlüğün Kısıtlanması

Ergin olmayan çocuklar kural olarak anne ve babalarının velayeti altındadır (TMK m. 335/1). Velayet altında olmayan çocuklar vesayet altına alınarak kendilerine bir vasi tayin edilir (TMK m. 404/1). TMK 432. maddesi erginlere yönelik tedbirler içermekte olup 18 yaşından küçüklerin koruma amacıyla özgürlüğün kısıtlanması bu madde kapsamında değildir. Vesayet altındaki küçüklerin koruma amacıyla bir kuruma yerleştirilmesi ya da alıkonulması TMK’nın 446. Maddesinde; “Küçüklerin koruma amacıyla bir kuruma yerleştirilmesine vasisin başvurusu üzerine vesayet makamı veya gecikmesinde sakınca bulunan hâllerde bizzat vasi karar verir ve durumu derhâl vesayet makamına bildirir.” şeklinde düzenlenmiştir. Velayet altındaki bir küçüğün koruma amacıyla bir kuruma yerleştirilmesi ise TMK’nın 347. maddesinde; “Çocuğun bedensel ve zihinsel gelişmesi tehlikede bulunur veya çocuk manen terk edilmiş hâlde kalırsa hâkim, çocuğu ana ve babadan alarak bir aile yanına veya bir kuruma yerleştirebilir.” şeklinde düzenlenmiş ayrıca Çocuk Koruma Kanunu’nun 5. maddesinde korunma ihtiyacı bulunan çocuklara yönelik olarak alınacak sağlık tedbirleri kapsamında çocuğun yüksek yararı gözetilerek fiziksel ve ruhsal sağlığının korunması ve tedavisi için gerekli geçici veya sürekli tıbbi bakım ve rehabilitasyonun sağlanması amaçlanmaktadır.

Her ne kadar Adli Tıp Ana Bilim Dalımızdan adli makamlar tarafından gönderilen 18 yaşından küçükler için de TMK 432. maddesi kapsamında koruma amacıyla bir kuruma yerleştirilmesinin gerekip gerekmediği konularında değerlendirme yapıp rapor düzenlenmesi istense de Adli Tıp Ana Bilim Dalımızca 18 yaşından küçükler için Çocuk Koruma Kanunu 5. maddesi ve TMK’nın 347. ve 446. maddeleri kapsamında değerlendirme yapılmasıyla rapor düzenlenerek sağlık tedbirlerinin alınması konusunda sürece destek verilmektedir.

2.9.4. Koruma Amacıyla Özgürlüğün Kısıtlanmasının Uygulama Alanı ve Amacı

Korunma ihtiyacı olan kişilerin korunup kollanması devletin bir görevidir. Devlet bu kişileri yönetim makamları ve mahkemeler aracılığı ile korur (48). Vesayet tedbirlerini gerçekleştirecek kişi ve makamlar vesayet organlarıdır. Vesayet organları, vesayet daireleri ile vasi ve kayyımlardır (TMK 396). Vesayet daireleri ise vesayet makamı olan “sulh hukuk mahkemesi” ile denetim makamı olan “asliye hukuk mahkemesi”dir (TMK 397/2).

Koruma amacıyla özgürlüğün kısıtlanması ceza hukuku kaynaklı olarak ceza yerine geçen veya ceza ile birlikte hükmolunan güvenlik tedbirleriyle karıştırılmamalıdır. Güvenlik tedbirleri suç işledikten sonra uygulanan bir tedbir niteliğinde iken koruma amacıyla özgürlüğün kısıtlanması kurumu henüz suç işlenmeden veya suç yoluna girmeden önce kişisel korunmanın sağlanmasına yöneliktir (49).

Koruma amacıyla özgürlüğün kısıtlanmasının temel amacı; kendisine, yakın çevresine veya topluma yönelik tehlike oluşturan kişinin tedavi, eğitim ya da rehabilitasyon amacıyla geçici olarak özgürlüğünün sınırlandırılması ve böylece hem kişinin hem de toplumun güvenliğinin sağlanmasıdır. Türk Medeni Kanunu’nun Genel Gerekçesinde, toplum için tehlike teşkil eden kişilerin uygun bir kuruma yerleştirilebileceği veya mevcut kurumda tutulmaya devam edilebileceği belirtilmektedir (50).

Vesayet hukukunda geçerli olan kanunda yazılı olan metne bağlı kalarak belirlenen sınırlar dışına çıkmama ilkeleri gereği, koruma amacıyla özgürlüğün kısıtlanmasına ilişkin sebepler TMK m. 432’de sınırlı olarak sayılmıştır. Bu tedbir, kişinin özgürlüğüne ciddi bir müdahale niteliği taşıdığından, kanunda belirtilen sebeplerin uygulama kapsamı yorum veya takdir yoluyla genişletilmemeli; aksine, mümkün olduğunca dar yorumlanarak gerçekten gerekli olan durumlarda uygulanmalıdır (51).

2.9.5. Koruma Amacıyla Özgürlüğün Kısıtlanmasına Gerekçe Olabilecek Durumlar

Koruma amacıyla özgürlüğün kısıtlanmasını gerektirecek durumlar yasa metninde akıl hastalığı, akıl zayıflığı, alkol veya uyuşturucu madde bağımlılığı, ağır tehlike arz eden bulaşıcı hastalık veya serserilik olarak geçmekle birlikte akıl hastalıklarının neler olduğu, hangi maddelerin bağımlılık kapsamına alınacağı, hangi bulaşıcı hastalığın ağır tehlike arz ettiği, serserilik ve tehlikelilik oluşturmada hangi kriterlerin kullanılması gerektiği açıkça ifade edilmemektedir. Kabul edilecek tanımlamalara göre kapsamda daralma ya da genişleme durumu ortaya çıkabilir ancak burada dikkat edilmesi gereken nokta kişinin korunması ve toplum için arz ettiği tehliktir.

2.9.5.1. Akıl Hastalığı, Akıl Zayıflığı

Türk hukuk sisteminde “akıl hastalığı” ve “akıl zayıflığı” kavramları, özellikle Türk Medeni Kanunu ve Türk Ceza Kanunu kapsamında kişilerin hukuki ehliyetlerinin belirlenmesinde, vesayet altına alınmalarında ve cezai sorumluluklarının değerlendirilmesinde kritik öneme sahiptir. TMK’nın 405–432. maddeleri hükümleri uyarınca, akıl hastalığı veya akıl zayıflığı kişinin kendi işlerini yönetmesini engelliyorsa ya da toplum güvenliği açısından tehlike oluştuyorsa, vesayet veya koruma amacıyla özgürlüğün kısıtlanması gibi tedbirler uygulanabilir (52). TCK’da ise akıl hastalığı herhangi bir ruhsal bozukluğu değil kişinin davranışlarının hukuki anlam ve sonuçlarını algılayabilme ve davranışlarını yönlendirebilme yeteneğine sahip olmamasıdır. Hukuken, “akıl hastalığı” çoğunlukla tıbbi teşhisle belirlenmiş, süreklilik gösteren ve kişinin irade ve davranışlarını kontrol etme yetisini bozan durumları ifade ederken; “akıl zayıflığı” ise doğuştan veya sonradan ortaya çıkan bilişsel kapasite ve irade gücünde ciddi azalmayı ifade eder (53).

Tıbbi açıdan “akıl hastalığı”, uluslararası tanı ölçütleri ve hastalık sınıflandırmalarına göre genel itibarıyla bireyin bilişsel, duygusal veya davranışsal işlevlerinde klinik açıdan belirgin bir bozulmanın eşlik ettiği psikolojik, biyolojik veya gelişimsel süreçlerde disfonksiyon oluşturan sendrom veya örüntü olarak değerlendirilirken; “akıl zayıflığı” ise akıl yürütme, problem çözme, planlama, soyut

düşünme, yargılama, akademik öğrenme gibi alanlarda yetersizlik, kişisel bağımsızlık ve sosyal sorumluluk gerektiren kavram, sosyal ve pratik becerilerde sınırlılık olarak tanımlanmaktadır.

Akıl hastalığı veya akıl zayıflığı nedeniyle koruma amacıyla özgürlüğün kısıtlanması kararı verilen hastalara en sık konulan tanılar arasında; şizofreni spektrumu ve diğer psikotik bozukluklar, bipolar duygudurum bozukluğu, zihinsel yetersizlik ve bazı organik nedenlere bağlı davranış bozuklukları bulunmaktadır. Adli psikiyatri alanında, akıl hastalığı ve akıl zayıflığı kavramları sadece tıbbi tanıya değil aynı zamanda bireyin işlevselliği, tedaviye uyumu, kendine ve çevresine zarar verme davranışları, sosyal iletişimi ve toplumsal tehlikelilik oluşturup oluşturmadığına yönelik kapsamlı değerlendirmelere dayanır. Bu durumların her biri farklı klinik yöntemlerle değerlendirilir ve işlevsellik de göz önüne alınarak tanı ve raporlama süreçleri oluşturulur.

2.9.5.1.1. Şizofreni Spektrumu ve Diğer Psikotik Bozukluklar

Şizofreni spektrumu ve diğer psikotik bozukluklar; halüsinasyonlar, sanrılar, düşünce ve davranış bozuklukları gibi temel psikotik belirtilerle karakterize, bireyin eğitim, mesleki ve sosyal işlevleri üzerinde derin olumsuz etkilere neden olan, genellikle ergenlikten yetişkinliğe geçiş döneminde ortaya çıkan heterojen bir bozukluk grubudur (54). DSM-5'te (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) bu başlık altında “Şizofreni, Sanrılı Bozukluk, Kısa Psikotik Bozukluk, Şizofreniform Bozukluk, Şizoaffektif Bozukluk, Maddenin/İlacın Yol Açtığı Psikotik Bozukluk, Başka Bir Sağlık Duruma Bağlı Psikotik Bozukluk, Katatoni” tanıları bulunmaktadır (55).

Türkiye’de yapılan bir çalışmada şizofreni yaşam boyu yaygınlığının (1000 kişide 8,9) farklı ülkelerde yapılmış araştırmaların sonuçlarına dayanan bir sistematik gözden geçirmenin bildirdiği değerden (1000 kişide 4,0) daha yüksek saptandığı, yaygınlığın erkeklerde, üniversite öğrencileri, mahkûmlar ve evsizler gibi alt gruplarda daha yüksek olduğu, psikotik hastaların psikiyatri ayaktan başvurularının yaklaşık %7,6’sını, yataklı servis başvurularının ise %26,9’unu oluşturduğu bildirilmiştir (56).

Ergenlik dönemine özgü nörogelişimsel süreçler, hormon değişimleri, sosyal etkileşimler ve çevresel stresörler psikoz gelişimi için kritik bir risk dönemidir. Bu dönemde, sosyal ve rol işlevselliğine ilişkin bozulmalar psikoz oluşumunu öngören erken belirtiler arasında yer alır (57). Örneğin askerlik sürecindeki adaptasyon zorluklarının veya stresi tetikleyici etkisinin psikotik bozuklukların tanı oranlarını artırabileceği çalışmalarda gösterilmiştir. ABD’de yapılan bir çalışma, askerlikteki uyum sağlamada zorluğun ve stresin ilk altı ay içinde psikiyatrik tanılarının özellikle psikotik ve bipolar bozukluklarının artışına yol açtığını göstermektedir (58). Psikotik bozukluğu olan bireyler askeri ortamda kendisi ve çevresi için tehlike yaratabileceği değerlendirildiğinden Türk Silahlı Kuvvetleri Sağlık Yeteneği Yönetmeliği'ne göre bu gruptaki hastalar için askerliğe elverişli olmadığı yönünde sağlık raporu düzenlenerek askerlikten muaf tutulmaktadır (59).

Şizofreni gerek mesleki işlevsellikte gerekse sosyal yaşamda belirgin bozulmalara yol açabilmektedir. Güncel araştırmalar, hastalığın klinik belirtilerini; gerçeği değerlendirme yetisinin bozulmasıyla ortaya çıkan pozitif belirtiler ve günlük işlevlerde azalma ile seyreden negatif belirtiler olmak üzere iki ana grupta sınıflandırmaktadır. Gerçeği değerlendirme yetisinin bozulması, bireyin günlük yaşamındaki temel faaliyetleri aksatmasının yanı sıra, hukuki açıdan da yetersizlik durumuna yol açabilen önemli bir durumdur. Şizofreni tanısı alan birçok hastanın tedaviyi bıraktığı, tedaviye devam edenlerin ise uyum sorunları yaşadığı ve ilaçlarını düzensiz kullandığı bilinmektedir (60). Şizofreni hastalığı kliniğine göre atak (aktif) ve remisyon (belirtilerin gerileyip belirgin bulgu olmayan dönem) olarak farklı dönemlerden oluştuğundan yapılan değerlendirmelerde hastanın işlevselliği ile kendisi ve çevresi için tehlikeliliğin göz önüne alınması önem taşımaktadır. Kötü prognostik faktörlere sahip hastalarda klinik seyir hastaların kendi tedavisini takip etmesini zorlaştırabildiğinden, bakım verenlerin ilaç kullanımını denetlemesi ve doktorla iş birliği içinde olması büyük önem taşımakta olup bu hastaların çoğu zaman vesayet altına alınması uygun görülür.

Psikotik özellikli hastalık grubunun işledikleri suç türleriyle ilişkisine bakıldığında en sık şiddet içeren suç eylemlerine karıştıkları bilinmektedir. Şizofreni hastalarının şiddet davranışına eğilimli oldukları yönündeki görüş halen tartışmalı ve kesin olarak açıklığa kavuşturulamamış olmakla birlikte cinayet işleyenler arasında

şizofreni tanısı bulunan kişilerin oranının bu hastalığın toplumdaki genel görülme sıklığından daha yüksek olduğu bildirilmiştir (61). Erkek olmak, düşük sosyoekonomik düzey, işsizlik, psikotik belirtilere rağmen hiç psikiyatri tedavisi almamış olmak, antisosyal kişilik özellikleri taşımak, akut pozitif semptomlarda alevlenme yaşamak, alkol veya madde kötüye kullanımı, geçmişte şiddet eylemlerinde bulunmuş olmak, paranoid ve persekütif düşünce içeriklerine sahip olmak, antipsikotik tedaviye uymamak, sık hastane yatış öyküsü ve intihar düşüncelerinin bulunması gibi etkenler, bireyin şiddet eğilimini artırmakta ve bu eğilim bazı durumlarda cinayetle sonuçlanabilmektedir (62).

Yapılan bir meta analizde, psikotik bozukluğu bulunan kişilerde işlenen cinayetlerin yaklaşık yarısının tedavi öncesi dönemde gerçekleştiği görülmektedir. Bu dönemdeki homisid riskinin tedavi sonrasına kıyasla 15,5 kat daha yüksek olduğu dikkate alındığında, ilk epizodun erken dönemde tanı koyularak tedavi edilmesinin bazı homisid girişimlerini önleyebileceği düşünülmektedir (63). İngiltere’de Manchester Üniversitesi’nin 2016’da yayımladığı bir rapora göre, son 20 yıl içinde işlenen cinayetlerin %6’sının şizofreni tanısı olan kişiler tarafından gerçekleştirildiği belirtilmiştir (64). Yapılan bir çalışmada ise genel popülasyonda ise cinayet işleme oranını %0,02, şizofreni tanılı hastalarda ise bu riskin %0,3 olduğu bildirilmiştir (65).

Psikotik hastaların şiddet içeren davranışları tanımadığı kimselerden ziyade başta aile bireyleri olmak üzere yakın çevresine uyguladığını gösteren çalışmalar bulunmaktadır. İngiltere’de yapılan bir araştırmada cinayet işleyen şizofreni tanılı hastaların suçu kime karşı işlediği incelenmiş ve %55’nin aile içinden, %22’sinin daha önce tanıdığı kimselerden, %14’ünün tanıdık olmayanlardan olduğu bildirilmiştir (66). Türkiye’de yapılan bir çalışmada, kurbanların büyük çoğunluğunun (%69,4) aile içinden olduğu, cinayet işleyen şizofreni tanılı 49 hastadan 10’unun kendi eşini öldürdüğü belirtilmiştir (67). Yine ülkemizde yapılan ve hakkında ceza sorumluluğuna ilişkin rapor düzenlenen 1831 olgunun incelendiği bir çalışmada, akıl hastalığı olanların daha çok aile içi şiddet suçlarını işlediği, ceza sorumluluğu tam olan grubun ise daha çok arkadaş ve yabancılara karşı şiddet davranışı gösterdiği bildirilmiştir (68). Başka bir çalışmada da psikotik hastalarda cinayet oranının aile içinde %64 olduğu belirlenmiş ve öldürme davranışının en sık görüldüğü tanı grubunun şizofreni hastaları olduğu gösterilmiştir (69).

Şiddet davranışının önlenmesinde farmakolojik tedaviler temel yaklaşım olarak kabul edilmekle birlikte tedaviye direnç, uyumsuzluk veya içgörü yokluğu etkin bir tedavinin önüne geçmektedir. Bu nedenle eşlik eden tanıların doğru şekilde belirlenip tedavi edilmesi ve hastaların ihtiyaç duydukları psikososyal desteğin sağlanması da şiddet davranışının yönetiminde kritik öneme sahiptir (70).

Şizofreni ve psikotik grupta yer alan hastaların toplum açısından riskli davranışları olabileceği gibi kendine zarar verme eğilimleri de dikkate alınmalıdır. Psikotik bozukluk tanısı alan hastalarda depresyonun %10-30 oranında görülebildiği göz önünde bulundurulduğunda her 20 hastadan birinin yaşamına intihar ederek son verdiği ve intiharın yaşam beklentisini ortalama 10 yıl azalttığı, sonucunda ölme ihtimalinin yüksek olduğu intihar yöntemlerini denedikleri bildirilmiştir (71). Psikotik özellikli hasta grubunda intihar eyleminin genel popülasyona göre 20-50 kat fazla olduğunu bildiren çalışmalar bulunmaktadır (72). Türkiye’de yapılan bir çalışmada şizofreni hastalarının %40,8’inin en az bir kez intihar girişiminde bulunduğu, intihar girişiminde bulunan şizofreni hastalarının %39,6’sının daha önceden de girişimde bulunduğu bildirilmiştir (73). Şizofreninin farklı klinik görünüşleri, intihar davranışının karmaşık doğası ve bu hastalarda yardım arama oranlarının düşük olması, intihar riskinin erken dönemde saptanmasını zorlaştırmaktadır. Sonuç olarak şizofreni hastalarında intiharın en yaygın ölüm nedenlerinden biri olması nedeniyle tüm hastalarda intihar eğiliminin değerlendirilmesi, yüksek risk taşıyan hastaların belirlenmesi ve olası intihar girişimlerini önlemeye yönelik tedbirlerin alınması gerekmektedir.

Şizofreni tanılı hastalarda intihar dışı kendine zarar verme davranışlarının da genel popülasyona göre anlamlı derecede yüksek olduğu, hastaların en çok kendini kesme şeklinde zarar verici davranışlar sergilediği, bunların komut verme şeklindeki işitsel halüsinasyonları bulunan grupta yer aldığını bildirilmektedir (74). Bir başkasına yönelik şiddet içeren bir davranışta bulunmanın yüksek oranda bağlantılı olduğu durumların başında kendine zarar verme öyküsü geldiği bilindiğinden bu öyküye sahip olan hastaların başkasına yönelik şiddet eylemi riskinin yüksek olduğu göz önünde bulundurularak buna yönelik tedbirler alınmalıdır.

2.9.5.1.2. Bipolar Bozukluk

Bipolar bozukluk, güncel sınıflandırmalara göre mani, hipomani ve depresyon dönemleriyle seyreden, yineleyici ve kronik bir ruhsal hastalıktır. ICD-11 ve DSM-5, tanı ölçütlerinde büyük oranda benzerlik gösterirken; her iki sistemde de bipolar I ve bipolar II bozukluk ayrı tanı kategorileri olarak tanımlanmıştır. ICD-11’de hipomani tanımı daha kapsayıcı hale getirilmiş, bipolar II bozukluğun görülme sıklığının klinik açıdan anlamlı biçimde arttığı vurgulanmıştır. Her iki sistemin diğer bir ortak yönü de mani ve hipomaninin tanımında yalnızca duygu durum değişikliği değil, bununla birlikte enerji artışı ve etkinlik düzeyinde artışın da ayırt edici ölçütler arasında sayılmasıdır (75).

Güncel çalışmalar, bipolar bozukluğun yaygınlık oranlarının geçmişte düşünüldüğünden daha yüksek olduğunu göstermektedir. Önceki araştırmalarda yaşam boyu yaygınlığın yaklaşık %1 civarında olduğu bildirilmişken, spektrum bozukluklarının da dahil edildiği yeni epidemiyolojik verilerde bu oran %2,8 ile %6,5 arasında değişmektedir (76). Hatta bazı toplum temelli araştırmalar, alt eşiğin altındaki hipomani tabloları da hesaba katıldığında bipolar spektrum bozukluklarının %15’e kadar çıkabileceğini ileri sürmektedir (77). Bu çalışmalar, bipolar bozukluğun bireysel düzeyde ağır işlev kayıplarına yol açmasının yanında toplumsal ve ekonomik yükü de ciddi biçimde artırdığını ortaya koymaktadır. Dolayısıyla, bozukluğun spektrum yaklaşımıyla ele alınması ve erken tanı koyularak tedaviye erişimin güçlendirilmesi, halk sağlığı açısından kritik önem taşımaktadır.

Bipolar bozuklukta dönemler, belli bir düzen olmaksızın tekrarlayabilir, dönemler arası birey tamamen sağlıklı olabileceği gibi minimal belirtiler de gösterebilir. Mani dönemi, bireyin olağan duygu durumunun ötesinde belirgin bir yükselme, taşkınlık veya irritabilite ile seyreden ve genellikle artmış enerji düzeyi ile karakterize edilen bir evredir. Bu dönemde kişinin kendine dair abartılı bir özgüveni ya da büyüklük düşünceleri gelişebilir, düşünceleri hızlanır, konuşma temposu artar ve uyku ihtiyacı belirgin şekilde azalır. Çoğu zaman uyumaya ihtiyaç duymayan hasta, riskli yatırımlara girişme, aşırı para harcama ya da tehlikeli araba kullanma gibi sonuçlarını öngörmeden impulsif davranışlarda bulunabilir. Klinik gözlemler, bu dönemde artan aktivite ve dürtüsellik nedeniyle sosyal ilişkilerde, mesleki

işlevsellikte ve güvenlikte ciddi bozulmaların görüldüğünü göstermektedir. Depresyon döneminde ise kişide yoğun mutsuzluk, karamsarlık ve umutsuzluk hissi görülebilir. Birey özgüveninde belirgin bir düşüş yaşar, kendini değersiz hissedebilir ve aşırı suçluluk ya da pişmanlık duygularına kapılabilir. Daha önce keyif aldığı etkinliklerden artık zevk alamaması sık rastlanan bir durumdur. Ayrıca iştah kaybı, uyku bozuklukları, ölüm veya intihar düşüncelerinin varlığı ile bedensel olarak açıklanamayan ağrı ve yakınmalar da tabloya eşlik edebilir (78).

Bipolar bozuklukta hastalık seyrinin en dikkat çekici özelliklerinden biri mevsimselliktir. Araştırmalar, mani ve taşkınlık dönemlerinin çoğunlukla ilkbahar ve yaz aylarında, depresif atakların ise sonbahar ve kış aylarında daha sık ortaya çıktığını göstermektedir. Özellikle manik alevlenmeler açısından en riskli zaman dilimi olarak kabul edilen ilkbahardan yaza geçiş döneminde dürtüsel davranışlar, öfke patlamaları, riskli harcamalar, saldırganlık eğiliminde artış ve taşkınlık sık görülür (79). Bipolar bozukluk hastalarının yaklaşık %15–25’inde belirgin mevsimsel özellikler bulunur; intihar girişimleri ve kendine zarar verme davranışları da bu dönemlerde artar (80).

Bipolar bozukluk tanıılı hastaların suç işleme riskinin genel nüfusa göre olduğunu belirten İsveç’te yapılan geniş çaplı bir çalışmada, bipolar bozukluk hastalarının %8,4’ünün şiddet içerikli suçlar (yaralama, cinayet, tehdit, hakaret, cinsel saldırı/istismar gibi) işlediği, bu oranın benzer demografik yapıdaki genel popülasyonda ise %3,5 düzeyinde olduğu bildirilmiştir. Yine aynı çalışmada bipolar hastalık grubunda suç riskinin artışında en belirleyici faktörün eşlik eden madde kullanımı olduğu, madde kullanan bipolar bireylerde risk 6 kat artarken madde kullanmayan bireylerde ise riskin minimal seviyede arttığı belirtilmiştir (81).

Şiddet ve suç davranışının ortaya çıkmasında yalnızca psikiyatrik bozuklukların klinik özellikleri değil, sosyolojik ve ekonomik faktörler de rol oynamaktadır. Türkiye’de yapılan bir çalışmada, bipolar bozukluğu olan suç işlemiş bireylerin daha düşük eğitim seviyesine sahip oldukları, çoğunlukla bekar oldukları, işsizlik oranlarının yüksek olduğu, daha az meslek sahibi oldukları ve sosyal güvencelerinin bulunmadığı görülmüştür. Bu durum bipolar bozukluk hastalarının ruh sağlığı hizmetlerine ulaşmakta güçlük yaşayabileceğini düşündürmüş, sosyal

güvence ve düzenli tedaviye erişimlerinin sağlanarak tedaviye uyumun artırılmasıyla hem hastalığın seyrini iyileştirebileceği hem de şiddet ve suç riskini azaltabileceği bildirilmiştir (82). Genel olarak bipolar bozuklukta suç işleme riski, yalnızca tanısal bir durum olmayıp, madde kullanımı, oluşan emosyonel istikrarsızlık ve sosyoekonomik kırılganlıklarla etkileşim içinde ortaya çıkan çok boyutlu bir risk profilidir. Bu nedenle, klinik müdahalelerde risk değerlendirmesi yalnızca tanı ile değil aynı zamanda eşlik eden etmenlerle bütüncül olarak yapılmalıdır.

Bipolar bozuklukta kendine zarar verme davranışları genel popülasyona göre daha yaygındır. Yapılan bir çalışmada, depresif ve karma atak geçiren bipolar bozukluk hastalarının %50'sinden fazlasında intihar düşüncesi, %20'sinde intihar girişimi ve %40 üzerinde intihar dışı kendine zarar verme davranışı bulunduğu, özellikle karma atakların bulunduğu grubun hem intihar hem de intihar dışı kendine zarar verme davranışları bakımında en yüksek riski taşıdığı belirtilmiştir (83). Bipolar bozukluk hastalarında intihar oranının genel popülasyona göre yaklaşık 10-30 kat daha yüksek olduğunu, çoğunlukla tedavi edilmemiş bipolar hastalarının yaklaşık %20'sinin hayatına intiharla son verdiğini ve %20-60'ının yaşamları boyunca en az bir kez intihar girişiminde bulunduğunu bildiren bir çalışmada tüm klinik ziyaretlerde intihar riskinin kapsamlı değerlendirmesiyle hastanın yakın çevresine sosyal desteğin sağlanması ve alınabilecek tedbirler konusunda bilgilendirme yapılması, akut ve ciddi olgularda zorunlu hastane yatışının önleyici bir yöntem olarak uygulanmasının önemi vurgulanmıştır (84).

2.9.5.1.3. Mental Retardasyon / Zihinsel Yetersizlik ve Zihinsel Gelişim Bozukluğu

Literatürde başlangıçta zihinsel özür, zihinsel engellilik, zihinsel yetersizlik ya da en yaygın kullanımıyla zekâ geriliği gibi ifadelerle tanımlanan “zekâ düzeyinde düşüklük” kavramı, DSM-4'te “Mental Retardasyon (MR)” olarak adlandırılmışken DSM-5'te bu terimin yerine “Zihinsel Yetersizlik (ZY)” ve “Zihinsel Gelişim Bozukluğu (ZGB)” ifadeleri getirilmiştir. 2019 yılında yayımlanan ICD-11'de de DSM-5 ile uyumlu olarak “Mental Retardasyon” yerine “Zihinsel Gelişim Bozukluğu” ifadesinin getirilmesiyle her iki tanı sisteminde de ZY/ZGB kavramı, Nörogelişimsel Bozukluklar çatısı altında tanımlanmış ve “Entelektüel (Anlıksal)

Yeti Yitimi (EYY)” olarak düzenlenerek tanımlamalardaki “engellilik” vurgusunun kaldırılması ve bu durumun “gelişimsel sağlık sorunu” şeklinde ele alınması sağlanmıştır (85).

DSM-4 ve ICD-10’da zekâ geriliği düzeyleri; hafif (IQ 50–70), orta (IQ 35–49), ağır (IQ 20–34) ve çok ağır (IQ <20) olarak sınıflandırılmıştır. DSM-5’te ise EYY olarak güncellenen bu kategori için bireyin zekâ düzeyinin ortalamasının en az iki standart sapma altında olması ve belirtilerin gelişimsel dönemde başlaması temel ölçütler olarak belirlenmiştir (55).

EYY, doğumsal ya da edinsel olarak çocukluk çağında başlayan, hastaların sosyal, akademik ve pratik alanlardaki işlevselliğini belirgin biçimde sınırlayan, sözel becerilerde kısıtlılık, görme ve işitme fonksiyonlarında sorunlar, öğrenme güçlükleri, hafıza zayıflığı, soyut düşünmede yetersizlik, sebep sonuç ilişkilerini kavramada güçlük ve bedensel koordinasyonda zayıflamalarla seyredabilen nörogelişimsel bir bozukluktur. Bu işlevsel sınırlılıklar, bireyin bağımsız yaşam becerilerini sürdürmesini güçleştirirken, sosyal uyum sorunlarına da yol açmaktadır (86). Dolayısıyla EYY, yalnızca bilişsel performansı etkileyen bir durum değil aynı zamanda bireyin yaşam kalitesini, sosyal entegrasyonunu ve uzun vadeli toplumsal katılımını derinden etkileyen kapsamlı bir gelişimsel bozukluk olarak değerlendirilmelidir.

Hafif düzeyde zihinsel yetersizliği olan çocukların durumu genelde okula başladıktan sonra akademik başarılarının geri kalması ile dikkat çekerken orta düzeyde zihinsel yetersizliği olan çocuklar yaşlarına göre özellikle motor ve zihinsel becerilerindeki gecikmelerden dolayı okul öncesi dönemde erkenden fark edilebilmektedir. Ağır ve çok ağır derecede zihinsel yetersizliği olan çocuklar eşlik eden sağlık problemleri nedeniyle doğumdan hemen sonra fark edilmekle kişisel bakımlarını yapma ve hareket etmede yetersizlikler nedeniyle sürekli bakıma ihtiyaçlar duyarlar (87).

Zihinsel yetersizlik ile suç arasındaki ilişkiyi ele alan çalışmalarda bu grubun hem suç işleme hem de mağdur olma açısından toplum ortalamasına göre daha yüksek risk taşıdığı gösterilmektedir. Avustralya’da yapılan bir çalışmada entelektüel yetersizliği olan bireylerin özellikle şiddet ve cinsel içerikli suçlar açısından daha

fazla suç işleme eğiliminde oldukları, aynı zamanda bu tür suçların mağduru olma olasılıklarının da yüksek olduğu bildirilmiştir (88). Yine bir başka araştırmada, zihinsel yetersizliği olan bireylerin toplam suç işleme oranlarının düşük olmasına rağmen şiddet ve cinsel içerikli suçlar bakımından belirgin artış gözlemlendiği, ayrıca eş tanımlı ruhsal hastalıkların varlığının suç işleme riskini daha da artırdığı saptanmıştır (89). Özellikle şiddet ve cinsel suçlarda riskin artması, bu kişilere yönelik özel koruma, adalet ve rehabilitasyon politikalarının geliştirilmesi gereğini ortaya koymaktadır.

Zihinsel yetersizlik ile kendine zarar verme davranışları arasındaki ilişkiye dair yapılan çalışmalar bu bireylerin özellikle intihar dışı kendine zarar verme davranışları açısından risk altında olduklarını göstermektedir. Orta düzeyde zihinsel yetersizliği olan yetişkinler üzerinde yapılan bir çalışmada, saldırgan davranış ile kendine zarar verme eğilimi arasında zayıf ama anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Ayrıca, dürtüsellik ve yetersiz başa çıkma becerilerinin bu davranışlarda rol oynadığı belirtilmiştir (90). Benzer şekilde yapılan başka bir araştırmada, zihinsel yetersizliği olan çocukların yaklaşık %27'sinde kendine zarar verme davranışlarının görüldüğü, eğitim ve psikolojik danışmanlık hizmetine erişimin bu davranışları önlemede önemli belirleyiciler olduğu vurgulanmıştır (91). Kendine zarar verme davranışının zihinsel yetersizliği olan bireylerde yalnızca biyolojik bir altyapısı olmadığı, sosyal izolasyon, iletişim güçlükleri ve eşlik eden hastalıklarla da ilişkili olduğu, bu tür davranışların sık tekrarlanması ilerde intihar riskini de artırabileceği göz önünde bulundurulmalıdır (92).

Türkiye'de halen rutin uygulamada DSM-4'e göre eski sınıflama yöntemleri ve tanımı olan "Mental Retardasyon" ifadesi kullanıldığından çalışmamızda da Mental Retardasyon ve buna bağlı davranış bozukluğu gösteren olgular bu şekliyle yer almıştır.

2.9.5.1.4. Diğer Psikiyatrik Hastalıklar

Kendine zarar verme davranışı, intihar ve suç işleme oranlarının yüksek olduğu diğer psikiyatrik hastalık grupları incelendiğinde majör depresif bozukluk, borderline ve antisosyal kişilik bozuklukları dikkat çekmektedir.

Antisosyal kişilik bozukluğu, suç işleme ve şiddet eğiliminde artma, toplumsal kurallara uymama ve pişmanlık duymama gibi özelliklerle giden bir kişilik yapılanmasıdır. Uzun süreli kohort araştırmaları, bu bireylerin hırsızlık suçlarından iki kat, birden fazla suç işlemekten ise iki buçuk kat daha yüksek oranda yargılandıklarını göstermektedir. Antisosyal kişilik bozukluğuyla şiddet suçları arasındaki bağlantı sadece dürtüsellik ve öfke kontrol sorunlarından değil, aynı zamanda çocuklukta maruz kalınan istismar ve travmalardan da kaynaklanabilmektedir (93). Sonuç olarak antisosyal kişilik bozukluğunun özellikle hırsızlık, saldırı, cinayet ve tekrar eden suç davranışları ile güçlü şekilde ilişkili olduğu bilinmekle birlikte Adli Tıp Ana Bilim Dalımızca TCK 32. maddesi kapsamında yapılan ceza sorumluluğu değerlendirmelerinde akıl hastalığı şeklinde değerlendirilmemekte ve tek başına bu tanının varlığı zorunlu yatış için yeterli kriter olarak görülmemektedir.

Borderline kişilik bozukluğu yoğun duygusal dalgalanmalar, terk edilme korkusu, dürtüsel davranışlar ve sık intihar girişimleri ile seyreden bir kişilik yapılanmasıdır. Bu bireylerin yaklaşık %60–80’inde en az bir kez kendine zarar verme davranışı görülür ve yaklaşık %10’u yaşam boyu intihar girişiminde bulunur, bundan dolayı borderline kişilik bozukluğu en yüksek intihar riski taşıyan kişilik bozukluğudur (55). Kendine zarar verme davranışları çoğu zaman kendini kesme şeklindedir. Psikoterapinin kendine zarar vermenin tedavisinde en etkili yöntem olduğu kanıtlanmış olmakla birlikte akut kendine zarar verme riski olan bireylerde yakın takip ve gerektiğinde hastaneye yatış gerekebilmektedir (94).

Major depresif bozukluk, intihar davranışı açısından en güçlü psikiyatrik risk faktörlerinden biri olarak kabul edilmektedir. Yaşam boyu intihar oranının %3,5-15 düzeyinde olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır. Bununla birlikte, özellikle ağır seyreden ve hastane yatışı gerektiren olgularda riskin çok daha yüksek olduğu bildirilmiştir. İntihar riskini artıran çeşitli psikososyal ve klinik faktörler arasında umutsuzluk, ailede intihar öyküsü, negatif yaşam olayları, sanrılar ve aşırı suçluluk duyguları gibi değişkenlerin rol oynadığı, özellikle umutsuzluğun, intiharın en güçlü belirleyicilerden biri olduğu öne çıkmaktadır (95). Hastalığın seyri de intihar riskini etkilemektedir. Sonuç olarak, majör depresif bozukluk tanımlı hastalık grubunda multidisipliner yaklaşım ile risk faktörlerinin erken dönemde saptanması, yakın

klirik takip ve uygun tedavi stratejilerinin uygulanması intiharın önlenmesi açısından kritik önem taşımaktadır.

2.9.5.2. Alkol veya Uyuşturucu Madde Bağımlılığı

Alkol veya uyuşturucu madde bağımlılığı da akıl hastalığı ya da zayıflığı gibi kişinin hem kısıtlanarak vesayet altına alınması hem de koruma amacıyla özgürlüğünün kısıtlanması bakımından kabul edilen bir durumdur. Bağımlılık, kökeninde çoklu etkenlerin yer aldığı, genetik yatkınlık, psikososyal dinamikler ve çevresel koşulların bir arada rol oynadığı, kronik seyirli ve nörobiyolojik temeli bulunan bir hastalıktır. Alkol ve madde bağımlılığı yalnızca bireyin yaşamını olumsuz yönde etkilemekle kalmaz, aynı zamanda aile ilişkilerinden çocukların gelişimine ve toplumsal düzenin bütününe kadar geniş bir yelpazede ciddi sorunlara yol açar. Bu nedenle bağımlılık, bireysel bedensel ve ruhsal sorunların ötesinde, aile içi şiddet, iş kaybı, çocuk ihmal ve istismarı, suç oranlarında artış gibi toplumsal sonuçlar doğurmakta, günümüzde yalnızca klinik değil, aynı zamanda öncelikli bir halk sağlığı sorunu olarak kabul edilmektedir (96).

Sosyoekonomik düzey, aile yapısı, akran grupları ve toplumsal normlar bağımlılığın ortaya çıkışında belirleyici rol oynamaktadır. Özellikle ergenlik döneminde riskli çevresel etkilere maruz kalmak, bağımlılığın erken yaşta başlamasına zemin hazırlamaktadır. Bireysel düzeyde, stresle başa çıkma becerilerindeki yetersizlik, dürtüsellik, duygu düzenleme sorunları ve travmatik yaşam deneyimleri bağımlılık gelişimini kolaylaştırıcı psikolojik riskler arasında yer almaktadır. Ayrıca depresyon, anksiyete bozuklukları ve kişilik bozuklukları gibi psikiyatrik eş tanılar da bağımlılık davranışlarını güçlendirmektedir (97).

2.9.5.2.1. Alkol Bağımlılığı

DSM-5'te "Alkol Bağımlılığı" terimi "Alkol Kullanım Bozukluğu (Alcohol Use Disorder, AUD)" başlığı altında tanımlanmıştır. DSM-IV'te ayrı ayrı yer alan "alkol kötüye kullanımı" ve "alkol bağımlılığı" kavramları DSM-5'te birleştirilerek tek bir tanı kategorisi oluşturulmuştur. DSM-5'te Alkol Kullanım Bozukluğu; "Klinik açıdan belirgin bozulma veya sıkıntıya yol açan, problemli bir alkol kullanım örüntüsüdür." şeklinde tanımlanarak tanı koymak için 11 ölçütten en az ikisinin, 12

aylık bir süre içerisinde görülmesi gerektiği belirtilmiş; problemli alkol kullanımı kişinin yaşam işlevselliğini bozduğuna, tolerans ve yoksunluk gibi biyolojik göstergelerin yanı sıra sosyal, psikolojik ve davranışsal sorunlara dikkat çekilmiştir (55).

2021 itibarıyla, dünya genelinde 15-64 yaş arasında alkol kullanım bozukluğu tanısı alan birey sayısının yaklaşık 51,34 milyon olduğu tahmin edilmektedir. (98) Alkol kullanım bozukluğu kaynaklı ölümlere bakıldığında ise 2021’de bu sayının 158.470 kişi olarak tahmin edildiği çalışmalar bulunmaktadır (99).

Dünya Sağlık Örgütü’nün 2014 yılı küresel düzeyde alkol kullanım bozukluğu prevalansı raporunda Türkiye’de alkol kullanım bozukluğu prevalansı (her iki cinsiyet için) %1,3, erkeklerde %4,4, kadınlarda yaklaşık %0,9 olarak bildirilmiş, Türkiye genelinde tüm nedenlere bağlı ölümler içinde alkolün %1,3 oranında ölümden doğrudan etkili rolü bulunduğu rapor edilmiştir (100). Küresel olarak alkol kullanım bozukluğu sıklıkta düşüş eğiliminde olsa da toplam vaka sayısı artmaktadır. Türkiye’de genel nüfusta alkol kullanım bozukluğu ve bağımlılık oranları nispeten düşük seyretmekle birlikte genç ve öğrenci gruplarında riskli kullanım düzeyleri daha yüksektir. Hedeflenmiş müdahale stratejileri geliştirilmesi ve özellikle genç nüfustaki eğitim, farkındalık programlarının önem verilmesi gerektirmektedir (101).

Alkol, dünya genelinde en yaygın kullanılan psikoaktif maddelerden biri olup suç davranışı ile olan ilişkisi adli psikiyatri alanının araştırma konularından biridir. Merkezi sinir sistemi üzerinde depresan etki yaratarak bilişsel işlevleri, duygusal düzenlemeyi ve dürtü kontrolünü bozar. Bu etkiler özellikle suç davranışı açısından kritik önemi olan, karar verme, risk değerlendirme ve saldırgan dürtülerin kontrolünden sorumlu beyin bölgelerinden prefrontal korteks, amigdala ve striatal sistem üzerinden gerçekleşir. Yapılan araştırmalar, alkol alımının bu bölgelerdeki işlevsel kapasiteyi azaltarak bireyin suç işlemeye eğilimini artırdığını göstermektedir (102). Kronik alkol kullanımına bağlı gelişen yapısal beyin hasarı, frontal lob fonksiyonlarında bozulmaya neden olur. Bu durum, bireylerde yargılama kapasitesinin zayıflaması, dürtüsel davranışların artması ve saldırganlığın kontrol edilememesi ile sonuçlanmaktadır (103). Alkolün sinir sistemi üzerindeki akut ve

kronik etkileri, bilişsel performansın bozulması, hafıza sorunları, öğrenme güçlükleri ve duygusal regülasyon bozukluklarıyla ilişkilidir. Bu bozulmaların tümü, bireyin sosyal normlara uygun davranma kapasitesini zayıflatmakta ve özellikle saldırgan suç davranışlarını tetikleyebilmektedir (104). Suç ve yoğun alkol kullanımı çoğu zaman birbirini besleyen bir yaşam tarzı ile iç içe geçmekte, bu nedenle alkol kötüye kullanımının sadece bir sonuç değil aynı zamanda suç davranışının sürdürülmesinde bir etken olduğu bilinmektedir.

Alkol kullanımının saldırgan ve dürtüsel davranışları artırarak özellikle şiddet ve cinsel içerikli suçlar başta olmak üzere pek çok suç türü ile güçlü bir bağlantısı bulunmaktadır. Klinik ve epidemiyolojik veriler, alkol bağımlılarında suç işleme oranlarının kontrol gruplarına göre belirgin biçimde yüksek olduğunu ortaya koymaktadır. Bir vaka-kontrol çalışmasında, alkol bağımlılığı tanısı olan bireylerde suç işleme oranı %68'e ulaşırken, benzer sosyodemografik özelliklere sahip kontrol grubunda bu oran %37 olarak bildirilmiştir (105).

Alkol kullanım bozukluğu, yaşam süresini belirgin şekilde kısaltan ve çoklu organ sistemlerini etkileyen ciddi bir halk sağlığı sorunudur. Yapılan çalışmalar, AKB'ye sahip bireylerde ölüm oranlarının genel popülasyona göre 3 - 4 kat daha yüksek olduğunu ortaya koymaktadır. Özellikle alkole bağlı karaciğer hastalıkları (siroz, hepatoselüler karsinom) mortalite açısından başı çekmektedir. Alkolün akut etkileri, trafik kazaları, düşmeler, boğulmalar ve ev kazaları gibi ölümcül travmaların riskini artırmaktadır. Alkol kullanım bozukluğu, bireylerde malignite, kardiyovasküler ve gastrointestinal hastalıklar, kazalar, intihar ve ani kardiyak ölümler yoluyla mortaliteyi artırmaktadır (106). Bu nedenle alkol kullanım bozukluğu en önemli önlenabilir ölüm nedenlerinden biri olarak ele alınmalıdır.

Alkol kullanım bozukluğu suça eğiliminde artışa, fiziksel ve sosyal işlevsellikte bozulmaya yol açmasının yanında intihar davranışı için önemli bir risk faktörü olarak kabul edilmektedir. Özellikle dürtüsellik, saldırganlık ve yargı bozuklukları, alkolün intihara aracılık eden temel psikobiyolojik mekanizmaları arasında yer almakta, eşlik eden depresyon, anksiyete ve psikotik bozuklukların varlığı, sosyal izolasyon, aile içi çatışmalar ve iş kaybı gibi çevresel faktörler de intihar riskini artırmaktadır (107). Yapılan çalışmalar, alkol kullanım bozukluğu

tanısı olan bireylerin yaşam boyu intihar girişiminde bulunma oranının yaklaşık %40, intihar nedeniyle ölüm oranının ise %7 civarında olduğunu göstermektedir. Bu durum, alkolün yalnızca intihar riskini artırmakla kalmayıp intihar girişimlerinde kullanılan yöntemlerin daha ölümcül olmasına yol açtığını göstermektedir (108). Bu nedenle alkol kullanım bozukluğu olan tüm bireylerde intihar riski ve kendine zarar verme davranışları rutin olarak değerlendirilmeli ve önleyici tedbirler arasında hastaneye zorunlu yatış kararı verilmesi de göz önünde bulundurulmalıdır.

2.9.5.2.2. Madde Bağımlılığı

DSM-5'te "Madde Bağımlılığı" terimi "Madde ile İlişkili Bozukluklar ve Bağımlılık Bozuklukları" başlığı altında "Madde Kullanım Bozukluğu (Substance Use Disorder, SUD)" başlığı altında tanımlanmıştır. DSM-IV'te ayrı ayrı yer alan "madde kötüye kullanımı" ve "madde bağımlılığı" kavramları DSM-5'te birleştirilerek tek bir tanı kategorisi oluşturulmuştur. DSM-5'te Madde Kullanım Bozukluğu; "Bireyin madde kullanımını kontrol edememesi, kullanımın tekrarlayıcı ve ısrarlı olması, günlük yaşam işlevselliğinde bozulmalara yol açması ve fizyolojik bağımlılık belirtilerinin gelişmesi ile karakterize, problemleri bir kullanım örüntüsü." şeklinde tanımlanarak tanı koymak için 11 ölçütten en az ikisinin, 12 aylık bir süre içerisinde görülmesi gerektiği belirtilmiştir; problemleri madde kullanımının kişinin yaşam işlevselliğini bozduğuna, tolerans ve yoksunluk gibi biyolojik göstergelerin yanı sıra sosyal, psikolojik ve davranışsal sorunlara dikkat çekilmiştir. "Madde ile İlişkili Bozukluklar ve Bağımlılık Bozuklukları" başlığı altında bulunan "Maddenin Yol Açtığı Bozukluklar" ise madde intoksikasyonu, yoksunluğu ve maddenin yol açtığı ruhsal bozukluklar olarak ele alınmış, bağımlılığın derecesi tanı kriterlerine göre "ağır olmayan, orta derecede ve ağır" şeklinde sınıflandırılmıştır (55).

Madde kullanım bozukluklarının prevalansı ve kullanılan maddenin türü toplumdan topluma değişmekle birlikte prevalans genç yetişkinlerde ve erkeklerde daha yüksek, adli psikiyatri gibi özel popülasyonlarda ise son derece yaygındır. Türkiye'de ülke çapında temsili bir örneklem olan 24.494 kişiyle yapılan kesitsel bir araştırmaya göre tütün ve alkol hariç olmak üzere tek madde kullanım prevalansı %4,5 ve çoklu madde kullanım prevalansı %2,6 olarak saptanmıştır (109). 2018-2020 yılları arasında yürütülen saha çalışmaları sonucu hazırlanan bir rapora göre;

Türkiye’de hayatında en az bir kez bağımlılık yapıcı madde kullanan kişi sayısının 6-7 milyon civarında ve uyuşturucu madde bağımlısı birey sayısının ise yaklaşık 1 milyon 700 bin olduğu tahmin edilmektedir (110). Türkiye’de AMATEM (Alkol ve Uyuşturucu Madde Bağımlıları Tedavi ve Araştırma Merkezi) kliniklerine başvuran hastaların yaş dağılımı incelendiğinde, özellikle 20- 30 yaş aralığında yoğunlaşan bir profil göze çarpmaktadır (111).

Madde kullanım bozukluğu, tek bir nedene indirgenemeyen, çok boyutlu biyopsikososyal etkenlerin etkileşimiyle ortaya çıkan karmaşık bir psikiyatrik tablodur. Etiyolojiyi anlamak için genetik, nörobiyolojik, psikolojik ve çevresel faktörlerin bütüncül bir perspektifle değerlendirilmesi gerekir. Yapılan çalışmalar özellikle bağımlı bireylerde erken çocukluk dönemindeki ebeveyn - çocuk bağlanmasının zayıf olması, ebeveynlerin madde kullanım öyküsü, ergenlikte beyin olgunlaşma süreçlerindeki kırılganlıklar, dürtüsellik, akran baskısı, düşük sosyoekonomik ve eğitim düzeyi gibi risk faktörlerine dikkat çekmektedir (112).

Bağımlılık yapıcı maddeler kaynaklarına göre doğal ve sentetik (yapay) maddeler olarak iki grupta veya merkezi sinir sistemi üzerindeki farmakolojik etkilerine göre Narkotikler (Afyon ve türevleri, opioidler vb.), Stimülanlar (Kokain, metamfetamin, amfetamin vb.), Depresanlar (Benzodiazepin, Barbitürat, Sedatif ve hipnotik ilaçlar vb.) ve Halusinojenler (LSD, ketamin, esrar, fensiklidin vb.) olarak dört grupta sınıflandırılır (113).

Madde kullanımının yalnızca heyecan ve enerji artışı etkisiyle bireyin bilişsel işlevlerini, davranış ve dürtü kontrolünü bozmakla kalmadığı, aynı zamanda maddeyi elde edebilmek için madde ile ilişkili yasadışı sistemin bir parçası olan şiddet davranışlarını sergilediği göz önüne alındığında ekonomik, sosyal ve psikolojik faktörlerle birleşerek suç riskini artırdığı bilinmektedir. Bazı araştırmalar, serotonin sistemi gibi nörobiyolojik mekanizmaların hem suç davranışları hem de bağımlılık gelişiminde ortak bir rol oynayabileceğini öne sürmektedir (114). İtalya’da yapılan bir çalışmada, suç geçmişi olan madde bağımlılarının dış dünyayı düşmanca algılama, kendi sorunlarından ve zorluklarından başkalarını sorumlu tutma eğiliminde oldukları, daha yüksek oranda antisosyal ve psikopatik kişilik özellikleri taşıdıkları bildirilmiştir (115). Madde bağımlılığı olan bireylerde dürtü kontrolünün

azalması, şiddet eğilimlerinin artması ve mülkiyet suçları gibi ekonomik temelli suçlara yönelimin yaygın olduğunu vurgulayan bir çalışmada, özellikle genç yaşta başlayan madde kullanımı ve eşlik eden davranışsal bozukluklar (dikkat eksikliği ve karşıt olma-karşıt gelme bozukluğu) ilerleyen yaşlarda daha geniş bir suç profili ile ilişkili bulunmuştur (116).

Türkiye’de yapılan bir çalışmada, madde kullanım bozukluğu olan bireylerin madde kullanımlarını aileleriyle paylaşımlarının suç davranışlarını azalttığı ve özellikle bağımlılığın erken dönemlerinde koruyucu bir etkiye sahip olduğu bildirilmiştir (117). Madde kullanım bozukluğu ile suç arasındaki döngüyü kırmamanın en etkili yollarından birinin tedaviye erişim olduğu, cezaevinde sosyal izolasyon ile maddeye ulaşamayıp cezaevinden çıktıktan sonra madde kullanımı dürtüsüne engel olamama durumları göz önüne alındığında rehabilitasyon ve tedavi süreçlerinin madde kullanımıyla mücadelede önemli rol aldığı, bireylerin yeniden suç işlemelerini engelleyerek toplumsal güvenliğe de katkı sağladığı unutulmamalıdır.

Madde kullanım bozukluğu, bireylerin yaşam süresini ciddi şekilde kısaltan ve farklı ölüm nedenleriyle ilişkili bir halk sağlığı sorunudur. Ölüm nedenleri arasında doğrudan maddeye bağlı biyolojik etkiler, psikiyatrik komorbiditeler ve sosyal risk faktörleri önemli yer tutar. Özellikle opioid kullanımında aşırı doza bağlı solunum depresyonu madde kullanım bozukluğuna bağlı ölümlerin en yaygın nedenlerinden biridir. ABD’de madde kullanımına bağlı ölümlerde son yıllarda en büyük artışın aşırı doz kaynaklı olduğu belirtilmiştir (118). Madde kullanım bozukluğu, intihar riskini belirgin şekilde artırmaktadır. Ergen ve genç erişkinlerde bağımlılık, travma, intihar ve cinayet gibi şiddet temelli ölümlerin başlıca nedenlerinden biridir (119). Ayrıca çoklu madde bağımlılığı olan bireylerde HIV ve Hepatit C gibi bulaşıcı hastalıkların sık görülmesi de bunun yalnız bireysel değil toplumsal bir sorun olduğunun başka bir göstergesidir (120). Madde kullanım bozukluğu, bireylerde intihar düşünceleri ve girişimleri açısından en güçlü risk faktörlerinden biridir. Psikolojik otopsi çalışmalarında, intihar eden bireylerin %19 ila %63’ünün madde kullanım bozukluğu tanısı bulunduğu, özellikle alkol bağımlılığının en yaygın eşlik eden tanı olduğu belirtilmektedir (121). Ergenlik ve genç yetişkinlik döneminde madde kullanımının intihar davranışıyla güçlü şekilde ilişkili olduğu, genel popülasyona göre intihardan ölme olasılığını erkeklerde iki kat,

kadınlarda ise altı kat artırdığını gösteren bir çalışma özellikle kadın bağımlıların intihar riski açısından daha kırılgan olduğunu vurgulamaktadır (122). Akut intoksikasyon, dürtüsellik ve disinhibisyon kısa vadede, kronik kullanım, psikososyal yıkım ve eşlik eden ruhsal hastalıklar uzun vadede riskleri artırmaktadır. Bu nedenle madde kullanım bozukluğu olan bireylerde intihar değerlendirmesi ve önleyici müdahaleler klinik uygulamanın zorunlu bir parçası olmalıdır.

Madde kullanım bozukluğu yalnızca bireylerin biyolojik ve psikolojik sağlığını etkileyen bir durum değil, aynı zamanda aile yapısını, sosyal ilişkileri, üretkenliği ve toplumsal güvenliğini tehdit eden önemli bir halk sağlığı problemidir. Türkiye ve dünyada yapılan çalışmalar, yalnızca bireysel düzeyde değil, toplumsal maliyetler açısından da ciddi sonuçlar doğurduğunu göstermektedir. Sağlık harcamalarının artması, iş gücü kayıpları, suç oranlarında yükselme ve aile içi sorunlar madde kullanım bozukluğunun doğrudan veya dolaylı sonuçlarıdır. Bu noktada devlet yönetimlerinin madde kullanım bozukluğunu sadece tedavi boyutunda değil, önleme boyutunda da ele alması kritik bir zorunluluktur. Ergenlik ve genç yetişkinlik döneminde riskli davranışları saptamaya yönelik tarama ve danışmanlık hizmetleri, okullarda madde kullanımının riskleri konusunda bilinçlendirme programları, madde kullanımını özendiren kültürel ve sosyal etkenlere karşı toplumu bilgilendirme, risk altındaki gençler ve aileleri için danışmanlık önemli birer politika alanı olarak öne çıkarılmalıdır (123).

2.9.5.3. Ağır Tehlike Arz Eden Bulaşıcı Hastalık

Ağır tehlike arz eden bulaşıcı hastalık kavramı, yalnızca tıbbi tanım ya da idari bir kategori değil; aynı zamanda birey ve toplum güvenliğini korumaya yönelik hukuki bir düzenlemedir. Bir bulaşıcı hastalığın “ağır tehlike arz eden” kategorisine girmesi için hastalığın sadece hasta bireyi değil, aynı zamanda toplum düzenini, sağlık sistemini ve ekonomik yapıyı tehdit edebilecek boyutta salgınlara neden olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Bu nedenle, COVID-19 pandemisi döneminde COVID-19 da bu kategoriye dahil edilmiştir. Ağır tehlike arz eden bulaşıcı hastalık nedeniyle kişinin özgürlüğünün kısıtlanmasında, kişinin korunmasından ziyade toplumun korunması amaçlandığından bu tedbirin Umumi

Hıfzısıhha Kanunu kapsamında alınması gerektiğini savunan görüşler de bulunmaktadır (124).

2.9.5.4. Serserilik

Anayasa'nın 19. Maddesinin gerekçesinde serseri kavramı, “muntazam ve normal geçim kaynağından mahrum ve meskeni bulunmayan kimse” şeklinde ifade edilmektedir (125). Sağlık açısından kötü koşullarda yaşayan, barınma, giyim, beslenme, temizlik gibi temel yaşam koşullarında yeterliliği bulunmayan ya da sosyal statüsü ve ekonomik durumuyla bağdaşmayacak şekilde sokaklarda yatıp kalkan kişiler serseri olarak kabul edilebilirler (43). TMK 32. maddesi kapsamında akıl hastalığı, akıl zayıflığı, alkol veya uyuşturucu madde bağımlılığı, ağır tehlike arz eden bulaşıcı hastalık sebepleriyle bir bireyin özgürlüğünün kısıtlanabilmesi için resmi sağlık kurulu raporu alınması gerekli görülmüşken serserilik sebebi için böyle bir şart aranmamaktadır (46).

2.9.6. Elverişli Bir Kurum

Koruma amacıyla özgürlüğün kısıtlanabilmesi için kişinin tedavisi, eğitimi veya ıslahı için elverişli bir kuruma yerleştirilebilmesi gereklidir. Kurum kavramı, geniş manada kişinin iradesine karşı ya da iradesi bulunmaksızın özgürlüğünün kısıtlanarak kişisel korunmasının sağlandığı yer olarak kabul edilmektedir. Bu kapsamda, hastane, bakımevi, yurt, rehabilitasyon merkezleri veya klinikler kurum kavramına örnek gösterilebilir. Burada esas olan özgürlüğü kısıtlananın dışarı çıkmasının engellenmesiyle tedavisi, eğitimi ve rehabilitasyonunun sağlanmasıdır. Koruma amacıyla özgürlüğün kısıtlanması, kişinin zayıflığından doğan korunma ihtiyacını karşılamayı, bireyin yeniden kendi bağımsızlığını kazanarak sorumluluklarını üstlenmesini ya da bu mümkün değilse uygun destek mekanizmalarıyla insan onuruna yaraşır bir yaşam sürmesini sağlamayı hedefler. Bu nedenle cezaevleri, bu amaca hizmet eden kurumlar arasında değerlendirilemez (126).

Türkiye’de yatarak psikiyatrik tedavi sunulan yatakların yaklaşık yarısı, ruh sağlığı hastanelerinde yer almaktadır. Sağlık Bakanlığı’nın 2019 İstatistik Yıllığı’na göre ülkede faaliyet gösteren 11 Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesinde toplam

3912 yatak kapasitesi bulunmaktadır. Bu kurumlar arasında İstanbul Bakırköy, İstanbul Erenköy, Manisa, Bolu, Samsun, Adana, Elazığ, Trabzon Ataköy ve Tokat Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastaneleri ile, genel eğitim ve araştırma hastanelerine bağlı olarak hizmet veren Bursa Dörtçelik ve Konya Beyhekim Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastaneleri öne çıkmakta ve bölge hastaneleri niteliği taşımaktadır. Söz konusu hastaneler yalnızca bulundukları ilde değil, bağlı oldukları bölgelerdeki diğer illerden yönlendirilen hastalara da hem ayaktan hem de yatarak tedavi vermektedir. Ancak nüfusun yıllar içinde giderek artmasına karşın yatak kapasitesinde kısmi bir azalma yaşanmış; bu durum, mevcut ruh sağlığı hastanelerini yoğun başvurular karşısında sınırlı kaynaklarla hizmet sunmak zorunda bırakmıştır. Türkiye’de kişi başına düşen psikiyatri uzmanı, psikolog, sosyal çalışmacı, hemşire, hizmetli ve güvenlik personeli sayısının OECD (Organisation for Economic Co-Operation and Development - Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü) ülkelerine göre ortalamanın çok altında olması, nitelikli sağlık hizmeti sunumunu ciddi biçimde kısıtlamakta; bu durum hem çalışanların hem de hastaların güvenliğini tehlikeye atan koşulların ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Mali ve kurumsal kaynak aktarımındaki yetersizlik, ruh sağlığı hastanelerinin fiziksel altyapılarının zamanla kötüleşmesine yol açmakta; sosyal destek mekanizmalarının eksikliği nedeniyle hastaların temel ihtiyaçları karşılanamamakta, rehabilitasyon uygulamaları ise ya hiç gerçekleştirilememekte ya da giderek daralmaktadır. Bunun yanı sıra, farklı illerde yaşayan hastaların tedavileri tamamlandıktan sonra kamu kaynakları kullanılarak güvenli bir şekilde ikamet ettikleri yerlere nakilleri çoğu zaman sağlanamamaktadır. Toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinin henüz istenilen düzeye ulaşmamış olması ve nüfusa oranla psikiyatri yatak sayısının düşük kalması gibi nedenlerle koruma amacıyla özgürlüğü kısıtlanan bireylerin tedavisi, eğitimi ve ıslahı için yerleştirilebileceği kurum sayısı ülkemiz genelinde çok az, mevcut kurumların ise yukarıda sayılan yetersizlikler nedeniyle yeterli rehabilitasyonu sağlayabildiği tartışmalı bir konudur.

3. GEREÇ ve YÖNTEM

Bu çalışmaya ilişkin olarak, Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Etik Kurulu'nun 18.08.2025 tarihli ve 4 numaralı kararı ile çalışmanın kapsam ve uygulama açısından etik ilkelere ve insan haklarına uygun olduğuna dair onay alınmıştır.

Çalışma kapsamında, 01 Ocak 2022 ile 31 Aralık 2024 tarihleri arasında Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Adli Tıp Ana Bilim Dalı'na başvuran adli olgular arasından, adli makamlarca zorunlu yatış değerlendirmesi istenen 164 olguya ait veriler, Ana Bilim Dalının arşivleri ve hasta dosyaları üzerinden incelenmiştir. Araştırma tipi; retrospektif tanımlayıcı tipte kayıt çalışmasıdır.

Çalışmada, olguların başvuru tarihi, cinsiyeti, yaşı, medeni durumu, çocuk sahibi olup olmamaları, eğitim ve çalışma durumu, kiminle yaşadığı gibi sosyodemografik özelliklerinin yanı sıra psikiyatrik tedavi alıp almadığı, geçmişteki psikiyatrik veya zorunlu yatış öyküleri, zorunlu yatış kararı ve yatış tanıları da incelenmiştir. Ayrıca, olguların rapor düzenlendikten sonra ne kadar sürede yatışının gerçekleştiği, yatırıldıkları sağlık merkezleri ve bu merkezlerde geçirdikleri süreler de değerlendirilmiştir.

Olgular, yaş aralıklarına göre 0-17 yaş, 18-64 yaş arası ve 65 yaş ve üzeri olarak üç gruba ayrılmıştır.

Olguların medeni durumları; 'evli', 'bekar', 'boşanmış' ve 'boşanma aşamasında' olmak üzere dört grupta gruplandırılmıştır.

Olguların birlikte yaşadığı kişiler; 'yalnız', 'eşi ve/veya çocukları ile birlikte', 'ebeveyn ve/veya kardeşleri ile birlikte', 'cezaevinde', 'bakımevinde' olarak beş grupta sınıflandırılmıştır.

Olguların eğitim durumları; 'okuryazar', 'okuryazar değil', 'ilkokul mezunu', 'ortaokul mezunu', 'lise mezunu', 'üniversite mezunu' olmak üzere altı gruba ayrılmıştır.

Olguların çalışma durumları; ‘çalışıyor’ ve ‘çalışmıyor’ olarak gruplandırılmıştır.

Olguların geçmiş psikiyatrik tanı durumları; ‘önceden tanısı var’ ve ‘ilk başvuru’ olarak ayrılmıştır.

Olguların mevcut tedavi durumları; ‘tedavi alıyor’, ‘tedaviye uyumu yok’, ‘hiç tedavi almamış’ ve ‘tedavi almıyor’ olarak dört grup halinde sınıflandırılmıştır.

Daha önceki psikiyatrik yatış durumu ve zorunlu yatış durumu; ‘var’ ve ‘yok’ olarak ayrılmıştır.

Zorunlu yatış değerlendirmesi isteyen makamlar; ‘mahkeme’, ‘savcılık’, ‘emniyet’, ‘jandarma’, ‘cezaevi’, ‘mahkeme ve savcılık’, ‘cezaevi ve savcılık’, ‘savcılık ve jandarma’, ‘mahkeme ve emniyet’ ve ‘savcılık ve emniyet olmak üzere on gruba ayrılmıştır.

Zorunlu yatış değerlendirmesi isteyen makamların il/ilçeleri; ‘Isparta merkez’, ‘Keçiborlu’, ‘Yalvaç’, ‘Eğirdir’, ‘Gelendost’, ‘Uluborlu’, ‘Sütçüler’, ‘Senirkent’, ‘Gönen’, ‘Şarkikaraağaç’, ‘Aksu’, ‘Afyonkarahisar’, ‘Burdur’ ve ‘Köyceğiz’ olarak sınıflandırılmıştır.

Olguların zorunlu yatış gerekip gerekmediği hakkında verilen görüşler; ‘yatış gerekli’ ve ‘yatış gerekli değil’ olarak ayrılmıştır.

Zorunlu yatış gerektiği görüşü verilen olguların yatışının yapılıp yapılmama durumu; ‘yatırılmış’ ve ‘yatırılmamış’ olarak değerlendirilmiştir.

Olguların tanıları; ‘bipolar bozukluk-atak’, ‘bipolar bozukluk-remisyon’, ‘Şizofreni Spektrumu ve Diğer Psikotik Bozukluklar - atak’, ‘Şizofreni Spektrumu ve Diğer Psikotik Bozukluklar - remisyon’, ‘madde kullanım bozukluğu’, ‘alkol kullanım bozukluğu’, ‘mental retardasyon/davranış bozukluğu’, ‘yaygın anksiyete bozukluğu’, ‘antisosyal kişilik bozukluğu/simülasyon’, ‘alzheimer/demens’, ‘majör depresyon’, kumar bağımlılığı’ ‘gözlem amaçlı yatış’, ve ‘anlamli bir psikopatoloji yok’ olarak 14 gruba ayrılmıştır sınıflandırılmıştır.

Hakkında zorunlu yatış gerektiği görüşü verilen olguların yatış süreleri değerlendirilirken hastalara rapor düzenlenmesi sonrası yatışın gerçekleştiği süre dikkate alınmıştır.

Yatış kararı verilen ve yatırılan olguların yatırıldıkları merkezler; ‘Konya’, ‘Manisa’, ‘Eskişehir’, ‘İstanbul’, ‘Kocaeli’ ve ‘Samsun’ olarak ayrılmıştır.

Veri sunumu; tanımlayıcı verilerden kategorik olup gruplandırılmış olanlar frekans (sayı) ve yüzde değerler ile, sayısal (ölçüm) veriler ise ortalama±standart sapma, ortanca, 25-75’lik çeyreklikler arası aralıklar, en küçük-en yüksek değerler şeklinde sunuldu. Verilerin sunumunda tablo ve grafiklerden faydalanıldı. Grafik olarak; bar (çubuk grafik), pie (pasta grafik), scatterplot (dağılım grafiği) ve boxplot (kutu grafiği) kullanıldı.

Analizlere başlamadan önce, gruplara göre karşılaştırılacak olan sayısal verilerin normal dağılıma uygun olup olmadığı Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk testleri ile analiz edildi. Ayrıca sayısal verilerin normal dağılıma uygunluğu, histogram grafiği değerlendirilmesi ile de desteklendi. Normal dağılıma uyan sayısal değişkenler için ortalama±standart sapma ve parametrik testler, normal dağılıma uymayan değişkenler için ise ortanca, 25-75’lik çeyreklikler arası aralık ve parametrik olmayan testler kullanıldı.

İstatistiksel analiz; toplanan verilerin tamamı SPSS 22 paket programına girilerek aynı paket programında analiz edildi. Verilerin karşılaştırılmasında tanımlayıcı istatistiklerin yanı sıra, bağımsız iki grup arasında ölçümle elde edilen verilerde istatistiksel farklılığın olup olmadığını araştırmak için parametrik testlerden; Bağımsız Örneklem t-testi kullanıldı. Parametrik kriterleri sağlamayan verilerin analizinde ise bağımsız iki grup arasında ölçümle elde edilen verilerde istatistiksel farklılığın olup olmadığını araştırmak için parametrik olmayan testlerden; Mann-Whitney U testi kullanıldı. Parametrik kriterleri sağlamayan verilerin analizinde ise bağımsız ikiden fazla grup arasında ölçümle elde edilen verilerde istatistiksel farklılığın olup olmadığını araştırmak için parametrik olmayan testlerden; Kruskal-Wallis testi kullanıldı.

Gruplandırılmış (sayı ve yüzde) bağımsız verilerin karşılaştırılmasında; Pearson, Fisher’s Exact ve Yates (Continuity Correction) Ki-kare testleri kullanıldı. Ki-kare test sonuçları için etki gücü hesaplamasında Cramer’s V testinden faydalanıldı.

Çalışma gruplarında artan ve azalan değişkenler arasında korelasyon durumlarının analizi için, Spearman's Korelasyon testi (normal dağılım göstermeyen ve gruplandırılmış sıralı verilerin analizi) kullanıldı.

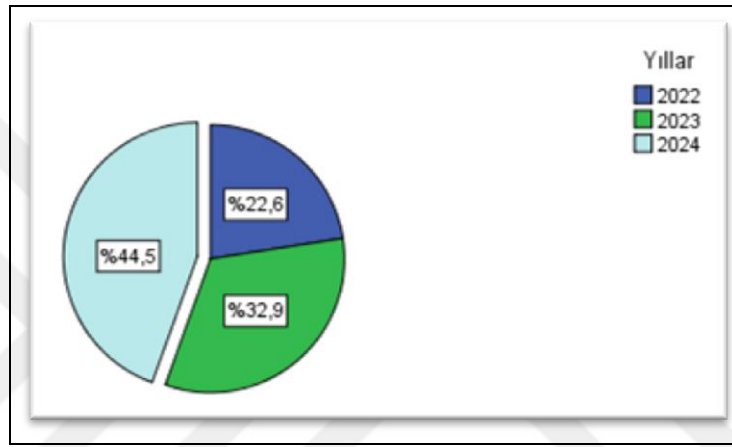
p anlamlılık düzeyi, iki yönlü $p < 0,05$ olarak kabul edildi.



4. BULGULAR

4.1. Olguların Yıllara Göre Dağılımı

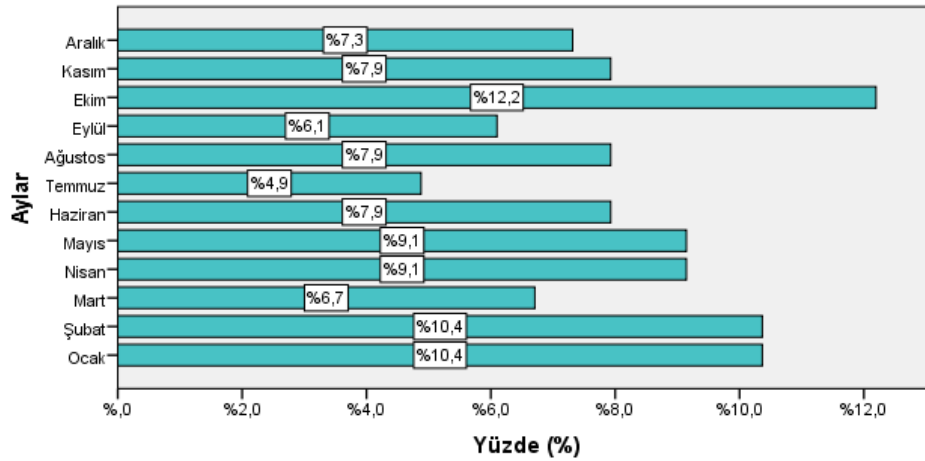
Çalışma kapsamında 2022 ve 2024 yılları arasında Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Ana Bilim Dalına zorunlu yatış değerlendirilmesi istemiyle gönderilen 164 olgunun yıllara göre dağılımı Şekil 4.1’de verilmiş olup yıllara göre dağılımlar incelendiğinde; %44,5’inin (n=73) 2024, %32,9’unun (n=54) 2023 yılı, %22,6’sının (n=37) 2022 yıllarında yer aldığı görüldü.



Şekil 4.1. Olguların Yıllara Göre Dağılımı

4.2. Olguların Aylara Göre Dağılımı

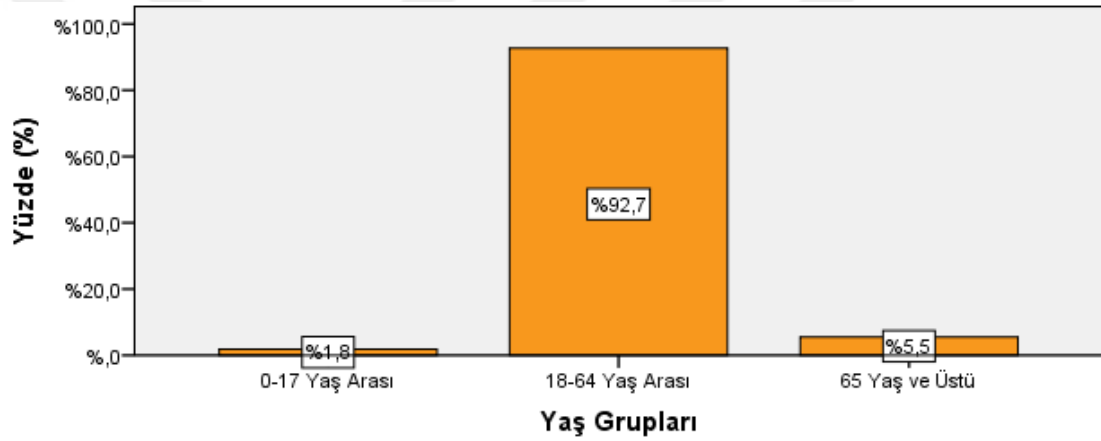
Olguların değerlendirme yapıldığı aylara göre dağılımları incelendiğinde; %12,2 (n=20) oranıyla en fazla ekim ayında, %4,9 oranıyla (n=8) en az temmuz ayında yer aldığı görüldü. (Şekil 4.2).



Şekil 4.2. Olguların Aylara Göre Dağılımı

4.3. Olguların Sosyodemografik Verilere Göre Değerlendirilmesi

Çalışmada yer alan hakkında zorunlu yatış değerlendirmesi istenen 164 olgunun %70,7'sinin (n=116) erkek, %29,3'ünün (n=48) kadın; erkek olguların yaş ortalamasının $36,6 \pm 13,8$ yıl (en küçük=17, en yüksek=85 yıl), kadın olguların yaş ortalamasının $35,3 \pm 16,2$ yıl (en küçük=17, en yüksek=86 yıl), tüm olguların yaş ortalamasının ise $36,2 \pm 14,5$ yıl (en küçük=17, en yüksek=86 yıl); %92,7'sinin (n=152) 18-64 yaş aralığında, %5,5'inin (n=9) 65 yaş ve üstü, %1,8'inin (n=3) 0-17 yaş aralığında olduğu saptandı (Şekil 4.3).



Şekil 4.3. Olguların Yaş Gruplarına Göre Dağılımları

Olguların eğitim durumlarına göre dağılımı incelendiğinde; en fazla %36,6 (n=60) ile lise mezunu, en az %1,8 (n=3) ile okuryazar olmayan gruptan olduğu görüldü (Tablo 4.1).

Tablo 4.1. Olguların Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı

Eğitim Durumu	Sayı (n)	Yüzde (%)
Okuryazar	4	2,4
Okuryazar Değil	3	1,8
İlkokul	23	14,0
Ortaokul	48	29,3
Lise	60	36,6
Üniversite	26	15,9
Toplam	164	100,0

Kayıtlardan elde edilen verilere göre olguların %55,5'inin (n=91) bekar, %25,0'nın (n=41) evli, %12,8'inin (n=21) boşanmış ve %6,7'sinin (n=11) boşanma aşamasında olduğu saptandı.

Olguların %59,1'inin (n=97) çalışmadığı, %33,5'inin (n=55) çalıştığı, %7,3'ünün ise (n=12) emekli olduğu saptandı.

Olguların çocuk sahibi olma durumu incelendiğinde; %62,2'sinin (n=102) çocuk sahibi olmadığı görüldü.

Olguların yaklaşık yarısının %50,6'sının (n=83) ebeveynleri ve/veya kardeşleriyle birlikte yaşadığı görüldü (Tablo 4.2).

Tablo 4.2. Hastaların Birlikte Yaşama Durumlarının Dağılımı

Birlikte Yaşama Durumu	Sayı (n)	Yüzde (%)
Ebeveyn ve/veya Kardeşleri ile Birlikte	83	50,6
Yalnız	34	20,7
Eşi ve/veya Çocukları ile Birlikte	38	23,2
Cezaevinde	8	4,9
Bakımevi	1	0,6
Toplam	164	100,0

4.4. Olguları Gönderen veya Rapor İsteyen Makamların Dağılımı

Olguları gönderen veya rapor isteyen makamların bulunduğu il-ilçelerin dağılımı incelendiğinde; %66,5'i (n=109) Isparta il merkezi, %25,0'ı (n=41) Isparta ilçeleri ve %8,5'i (n=14) Isparta il dışı olarak saptandı. Ayrıntılı olarak incelendiğinde ise olguların; en fazla %66,5 oranında (n=109) Isparta il merkezinden, Isparta ilçeleri arasında en fazla %6,1 (n=10) oranında Keçiborlu'dan, Isparta dışında ise %7,3 (n=12) oranında Afyonkarahisar ve ilçelerinden gönderildiği saptandı. (Tablo 4.3).

Tablo 4.3. Olguları Gönderen veya Rapor İsteyen Makamların Bulunduğu İl-İlçelerin Dağılımı

Olguları Gönderen veya Rapor İsteyen İl ve İlçeler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Isparta İl Merkezi	109	66,5
Afyonkarahisar	12	7,3
Keçiborlu	10	6,1
Yalvaç	8	4,9
Eğirdir	7	4,3
Gönen	5	3,1
Şarkikaraağaç	3	1,8
Gelendost	2	1,2
Senirkent	2	1,2
Sütçüler	2	1,2
Aksu	1	0,6
Burdur	1	0,6
Uluborlu	1	0,6
Köyceğiz	1	0,6
Toplam	164	100,0

Olgularla birlikte gönderilen üst yazılar incelendiğinde; %50,6'sında (n=83) sadece mahkeme, %21,3'ünde (n=35) mahkeme ve savcılık, %12,8'inde (n=21) mahkeme ve emniyet, %4,3'ünde (n=7) savcılık, %3,7'sinde (n=6) emniyet, %2,4'ünde (n=4) cezaevi, %1,2'sinde (n=2) cezaevi ve savcılık, %1,2'sinde (n=2) jandarma, %1,2'sinde (n=2) savcılık ve emniyet, %1,2'sinde ise (n=2) savcılık ve jandarma tarafından gönderildiği saptandı (Tablo 4.4).

Tablo 4.4. Olguları Gönderen veya Rapor İsteyen Makamların Dağılımı

Olguları Gönderen, Rapor İsteyen Makamlar	Sayı (n)	Yüzde (%)
Mahkeme	83	50,6
Mahkeme ve Savcılık	35	21,3
Mahkeme ve Emniyet	21	12,8
Savcılık	7	4,3
Emniyet	6	3,7
Cezaevi	4	2,4
Cezaevi ve Savcılık	2	1,2
Jandarma	2	1,2
Savcılık ve Emniyet	2	1,2
Savcılık ve Jandarma	2	1,2
Toplam	164	100,0

4.5. Olguların Geçmiş Klinik Verilere Göre Değerlendirilmesi

Olguların %18,3'ünün (n=30) ilk başvurusu olduğu ve daha önceden psikiyatrik hastalık kaydı bulunmadığı, %81,7'sinin ise (n=134) önceden tanısının olduğu kayıtlardan saptandı.

Olguların tedavi durumları incelendiğinde; %43,3'ünün (n=71) mevcut tedavisine uyumunun olmadığı, %28,7'sinin (n=47) tedavisini düzenli aldığı, %17,1'inin (n=28) hiç psikiyatrik tedavi almadığı, %11,0'ının ise (n=18) geçmişte tedavi aldığı mevcut haliyle tedavi almadığı saptandı (Tablo 4.5).

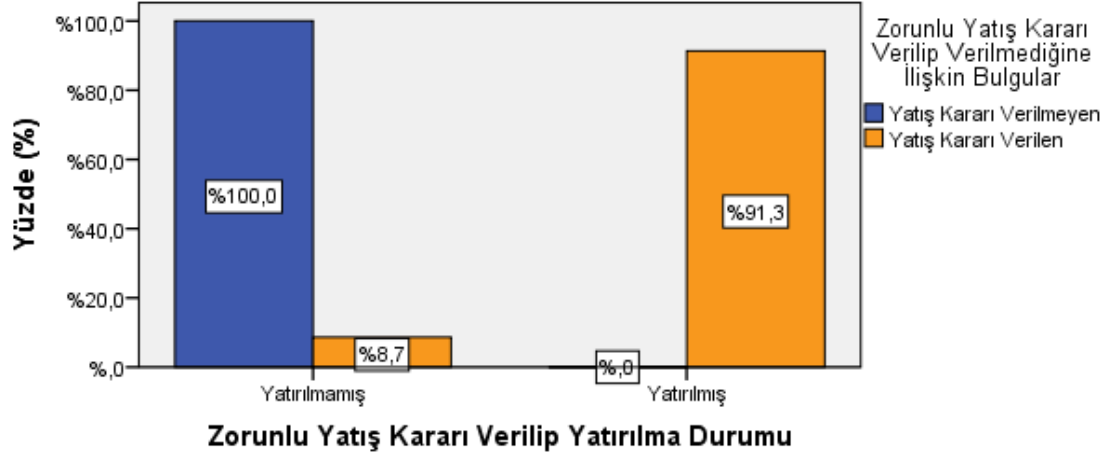
Tablo 4.5. Olguların Tedavi Durumlarına Göre Dağılımı

Mevcut Tedavi Durumları	Sayı (n)	Yüzde (%)
Tedaviye Uyum Yok	71	43,3
Düzenli Tedavi Alıyor	47	28,7
Hiç Tedavi Almamış	28	17,0
Tedavi Almıyor	18	11,0
Toplam	164	100,0

Olguların %50,0'sinde (n=82) psikiyatrik nedenli hastane yatış öyküsü, %29,3'ünde (n=48) ise kapalı bir psikiyatri servisinde zorunlu yatış öyküsü olduğu saptandı.

4.6. Zorunlu Yatış Gerekliliği ve Yatışın Gerçekleşme Durumlarına İlişkin Bulgular

Zorunlu yatış gerekliliğine ilişkin bulgulara bakıldığında; yapılan adli psikiyatrik değerlendirme sonucunda olguların %63,4'ü (n=104) hakkında kapalı psikiyatri servisi yatışının gerekli olduğu görüşünün verildiği, yatışının gerekli olduğu görüşü verilen hastaların %91,3'ünün (n=95) bünyesinde kapalı psikiyatri servisi bulunan bir merkezde yatışının yapılmış olduğu, %8,7'sinin ise (n=9) yatışının gerçekleşmemiş olduğu saptandı. Yatış gerekli görülmeyen olguların ise hiçbirinin zorunlu olarak yatışının yapılmadığı saptandı. (Şekil 4.4)



Şekil 4.4. Zorunlu Yatış Kararı Sonrası Yatırılma Durumlarının Karşılaştırılması

Zorunlu yatış gerektiği görüşü verilen hastaların tanıları incelendiğinde; %40,4'ünün (n=42) Madde Kullanım Bozukluğu, %29,8'inin (n=31) Şizofreni Spektrumu ve Diğer Psikotik Bozukluklar atak, %20,2'sinin (n=21) Bipolar Bozukluk atak, %4,8'inin (n=5) Alkol Kullanım Bozukluğu, %2,9'unun (n=3) Mental Retardasyon ve Davranış Bozukluğu, %1'inin (n=1) Alzheimer/Demans tanılarıyla değerlendirildiği, %1'ine de (n=1) mevcut haliyle tanısı konulamadığından gözlem amaçlı yatışı yapılması gerektiği görüşünün verilmiş olduğu saptandı.

Zorunlu yatış kararı verilmeyen olguların tanılarına bakıldığında ise; %16,7'sinin (n=10) Bipolar Bozukluk remisyon, %16,7'sinin (n=10) Şizofreni Spektrumu ve Diğer Psikotik Bozukluk remisyon, %23,3'ünün (n=14) Madde Kullanım Bozukluğu, %3,3'ünün (n=2) Alkol Kullanım Bozukluğu, %3,3'ünün (n=2) Mental Retardasyon, %5'inin (n=3) Yaygın Anksiyete Bozukluğu, %1,7'sinin (n=1) Antisosyal Kişilik Bozukluğu ve Simülasyon, %6,7'sinin (n=4) Alzheimer/Demans, %3,3'ünün (n=2) Majör Depresyon ve %1,7'sinin (n=1) Kumar Bağımlılığı tanılarıyla değerlendirildiği, %16,7'sinde (n=10) ise anlamlı bir psikopatoloji saptanmamış olduğu görüldü. (Tablo 4.6).

Tablo 4.6. Olguların Zorunlu Yatış Gerekliliği Durumlarının Tanılara Göre Dağılımı

Olgu Tanıları	Zorunlu Yatış Kararı			
	Yatış Gerekli		Yatış Gerekli Değil	
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Bipolar Bozukluk-Atak	21	20,2	0	0,0
Bipolar Bozukluk-Remisyon	0	0,0	10	16,7
Şizofreni Spektrumu ve Diğer Psikotik Bozukluklar - Atak	31	29,8	0	0,0
Şizofreni Spektrumu ve Diğer Psikotik Bozukluklar -Remisyon	0	0,0	10	16,7
Madde Kullanım Bozukluğu	42	40,4	14	23,3
Alkol Kullanım Bozukluğu	5	4,8	2	3,3
Mental Retardasyon/Davranış Bozukluğu	3	2,9	2	3,3
Yaygın Anksiyete Bozukluğu	0	0,0	3	5,0
Antisosyal Kişilik Bozukluğu/Simülasyon	0	0,0	1	1,7
Alzheimer/Demens	1	1,0	4	6,7
Majör Depresyon	0	0,0	3	5,0
Kumar Bağımlılığı	0	0,0	1	1,7
Gözlem amaçlı yatış	1	1,0	0	0,0
Anlamli bir psikopatoloji yok	0	0,0	10	16,7
Toplam	104	100,0	60	100,0

4.7. Olguların Yatışlarının Yapıldığı İl Merkezlerinin Dağılımı

Hakkında kapalı psikiyatri servisine yatması gerektiği görüşü verilen hastaların yatışlarının yapıldığı il merkezleri dağılımına bakıldığında; olguların altı farklı ilde bulunan psikiyatri kliniklerine; bunlar arasında %83,2'sinin (n=79) Konya'da bulunan Beyhekim Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Servisine yatışlarının gerçekleştiği görüldü (Tablo 4.7).

Tablo 4.7. Yatış Yapılan İl Merkezlerine Göre Dağılım

Yatış Yapılan İl Merkezleri	Sayı (n)	Yüzde (%)
Konya	79	83,2
Manisa	11	11,6
Eskişehir	2	2,1
İstanbul	1	1,1
Kocaeli	1	1,1
Samsun	1	1,1
Toplam	95	100,0

4.8. Olguların Yatış Sürelerine İlişkin Bulgular

Hakkında kapalı psikiyatri servisine yatması gerektiği görüşü verilen hastaların rapor düzenlenmesinden yatışlarına kadar geçen süre yatışın gerçekleştiği süre şeklinde tanımlanarak bu sürelerin ortanca değeri 35 (12,5-68) gün (en küçük=0, en yüksek=252 gün) (n=95), yatışı gerçekleşen olguların merkezde kaldıkları sürelerin ise ortanca değeri 28 (20-48,5) gün (en küçük=0, en yüksek=153 gün) (n=95) olarak bulundu.

Hakkında kapalı psikiyatri servisine yatması gerektiği görüşü verilen hastaların yatışlarının gerçekleştiği sürelerin yıllara göre dağılımı Tablo 4.8’de gösterilmiş olup;

2022 yılı için ortanca değeri 40 (11-69) gün (en küçük=0, en yüksek=207 gün) (n=25),

2023 yılı için ortanca değeri 28 (12-63) gün (en küçük=0, en yüksek=147 gün) (n=37),

2024 yılı için ortanca değeri 53 (14-71) gün (en küçük=0, en yüksek=252 gün) (n=33) olarak saptandı (Tablo 4.8).

Tablo 4.8. Kapalı Psikiyatri Servisine Yatması Gerektiği Görüşü Verilen Hastaların Yatışlarının Gerçekleşme Sürelerinin Yıllara Göre Dağılımı

Olgu Yılları	Yatışın Gerçekleşme Süresi (gün)		
	Sayı	Ortanca (Çeyreklikler Arası Aralık)	(En Küçük-En Büyük)
2022	25	40 (11-69)	0-207
2023	37	28 (12-63)	0-147
2024	33	53 (14-71)	0-252

Hakkında kapalı psikiyatri servisine yatması gerektiği görüşü verilen hastaların yatışlarının yapıldığı merkezlerde ne kadar süre kaldıklarının yıllara göre dağılımı Tablo 4.9’da gösterilmiş olup;

2022 yılı için ortanca değeri 31 (20-51) gün (en küçük=1, en yüksek=153 gün) (n=25),

2023 yılı için ortalanca değeri 33 (21-45) gün (en küçük=0, en yüksek=123 gün) (n=37),

2024 yılı için ortalanca değeri 27 (17-54) gün (en küçük=3, en yüksek=133 gün) (n=33) olarak saptandı (Tablo 4.9).

Tablo 4.9. Yatışların Yapıldığı Merkezlerde Kalınan Sürelerin Yıllara Göre Dağılımı

Olgu Yılları	Merkezde Kalınan Süre (gün)		
	Sayı	Ortanca (Çeyreklikler Arası Aralık)	(En Küçük - En Büyük)
2022	25	31 (20-51)	1-153
2023	37	33 (21-45)	0-123
2024	33	27 (17-54)	3-133

4.9. Zorunlu Yatış Görüşü Verilme Durumunun Değişkenlere Göre İncelenmesi

Tablo 4.10'da belirtilen olgularda zorunlu yatış kararı verilip verilmediğine ilişkin bulguların yaş değişkenine göre karşılaştırılması yapıldığında; zorunlu yatış kararı verilmeyen olguların yaş ortalaması (36,6+17,3), zorunlu yatış kararı verilen hastaların yaş ortalaması (36,0+12,7) olarak saptandı ancak aralarında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir farklılık bulunmadı (p=0,823).

Tablo 4.10. Olgularda Zorunlu Yatış Kararı Verilip Verilmediğine İlişkin Bulguların Yaş Değişkenine Göre Karşılaştırılması

	Zorunlu Yatış Kararı Verilip Verilmediğine İlişkin Bulgular				p ¹
	Yatış Kararı Verilmeyen (n=60)		Yatış Kararı Verilen (n=104)		
	Sayı (n)	-Ortalama±Standart Sapma	Sayı (n)	-Ortalama±Standart Sapma	
Yaş (yıl)	60	36,6±17,3	104	36,0±12,7	0,823

¹: Bağımsız Örneklem t-Testi.

Tablo 4.11'de olgularda zorunlu yatış kararı verilip verilmediğine ilişkin bulgular, yıllara göre karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görüldü (p<0,003). 2022 ve 2023 yılındaki yatış gerektiği yönünde görüş

verilen hastaların oranı (%78,4) (%72,2), 2024 yılına (%49,4) göre daha yüksek saptandı.

Tablo 4.11. Olgularda Zorunlu Yatış Kararı Verilip Verilmediğine İlişkin Bulguların Olgu Yıllarına Göre Karşılaştırılması

		Zorunlu Yatış Kararı Verilip Verilmediğine İlişkin Bulgular				p ¹
		Yatış Kararı Verilmeyen (n=60)		Yatış Kararı Verilen (n=104)		
		Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	
Olgu Yılı	2022	8	21,6	29	78,4	0,003
	2023	15	27,8	39	72,2	
	2024	37	50,6	36	49,4	
Cramer's V=0,266						

¹: Pearson Ki-kare Testi.

Tablo 4.12’de olgularda zorunlu yatış kararı verilip verilmediğine ilişkin bulgular, eğitim durumlarına göre karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı. (p=0,515). Yatış kararı verilmeyen olgularda okuryazar olanların oranının (%5,0), yatış kararı verilen hastalara göre (%1,0) daha yüksek olduğu, yatış kararı verilen hastalarda okuryazar olmayanların oranı (%2,9) yatış kararı verilmeyen olgulara göre (%0,0) daha yüksek olduğu, diğer eğitim durumları oranları da zorunlu yatış kararı durumlarına göre benzer olduğu saptandı.

Tablo 4.12. Olgularda Zorunlu Yatış Kararı Verilip Verilmediğine İlişkin Bulguların Eğitim Durumlarına Göre Karşılaştırılması

		Zorunlu Yatış Kararı Verilip Verilmediğine İlişkin Bulgular				p ¹
		Yatış Kararı Verilmeyen (n=60)		Yatış Kararı Verilen (n=104)		
		Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	
Eğitim Durumu	Okuryazar	3	5,0	1	1,0	0,515
	Okuryazar değil	0	0,0	3	2,9	
	İlkokul	7	11,7	16	15,4	
	Ortaokul	19	31,7	29	27,9	
	Lise	22	36,7	38	36,5	
	Üniversite	9	15,0	17	16,3	
Cramer's V=0,172						

¹: Fisher's Exact Ki-kare Testi.

Tablo 4.13'te olgularda zorunlu yatış kararı verilip verilmediğine ilişkin bulgular, hastaların medeni durumlarına göre karşılaştırıldığında; yatış kararı verilmeyen olgularda evli olanların oranı (%31,7), yatış kararı verilen evli hastalara göre (%21,2) daha yüksek saptandı ancak aralarında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir farklılık bulunmadı ($p=0,440$).

Tablo 4.13. Olgularda Zorunlu Yatış Kararı Verilip Verilmediğine İlişkin Bulguların Medeni Durumlara Göre Karşılaştırılması

		Zorunlu Yatış Kararı Verilip Verilmediğine İlişkin Bulgular				p ¹
		Yatış Kararı Verilmeyen (n=60)		Yatış Kararı Verilen (n=104)		
		Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	
Medeni Durum	Evli	19	31,7	22	21,2	0,440
	Bekar	32	53,3	59	56,7	
	Boşanmış	6	10,0	15	14,4	
	Boşanma aşamasında	3	5,0	8	7,7	
Cramer's V=0,130						

¹: Fisher's Exact Ki-kare Testi.

Tablo 4.14'te zorunlu yatış kararı verilip verilmediğine ilişkin bulgular, olguların çalışma durumlarına göre karşılaştırıldığında; yatış kararı verilen hastalarda çalışmayanların oranı (%63,5), yatış kararı verilmeyen ve çalışmayan olgulara göre (%51,7) daha yüksek saptanmışken, yatış kararı verilmeyen emekli hastaların oranı (%11,7), yatış kararı verilen emekli hastalara göre (%4,8) daha yüksek saptandı ancak aralarında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir farklılık bulunmadı ($p=0,159$).

Tablo 4.14. Olgularda Zorunlu Yatış Kararı Verilip Verilmediğine İlişkin Bulguların Çalışma Durumlarına Göre Karşılaştırılması

		Zorunlu Yatış Kararı Verilip Verilmediğine İlişkin Bulgular				p ¹
		Yatış Kararı Verilmeyen (n=60)		Yatış Kararı Verilen (n=104)		
		Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	
Çalışma Durumu	Çalışmıyor	31	51,7	66	63,5	0,159
	Çalışıyor	22	36,7	33	31,7	
	Emekli	7	11,7	5	4,8	
Cramer's V=0,149						

¹: Fisher's Exact Ki-kare Testi.

Tablo 4.15'te zorunlu yatış kararı verilip verilmediğine ilişkin bulgular, hastaların çocuk sahibi olma durumlarına göre karşılaştırıldığında; yatış kararı verilen hastalarda çocuğu olmayanların oranı (%64,4), yatış kararı verilmeyen çocuğu olmayan hastalara göre (%58,3) daha yüksek saptandı ancak hastaların çocuk sahibi olma durumları, zorunlu yatış kararı verilen ve verilmeyen gruplara göre karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p=0,544$).

Tablo 4.15. Olgularda Zorunlu Yatış Kararı Verilip Verilmediğine İlişkin Bulguların Çocuk Sahibi Olma Durumlarına Göre Karşılaştırılması

		Zorunlu Yatış Kararı Verilip Verilmediğine İlişkin Bulgular				p ¹
		Yatış Kararı Verilmeyen (n=60)		Yatış Kararı Verilen (n=104)		
		Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	
Çocuk Durumu	Yok	35	58,3	67	64,4	0,544
	Var	25	41,7	37	35,6	
Cramer's V=0,060						

¹: Yates Ki-kare Testi (Continuity Correction).

Tablo 4.16'da zorunlu yatış kararı verilip verilmediğine ilişkin bulgular, olguların birlikte yaşama durumlarına göre karşılaştırıldığında; yatış kararı verilen hastalarda yalnız yaşayanların oranı (%25,0), yatış kararı verilmeyen ve yalnız yaşayan olgulara göre (%13,3) daha yüksek saptandı ancak aralarında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir farklılık bulunmadı ($p=0,115$).

Tablo 4.16. Olgularda Zorunlu Yatış Kararı Verilip Verilmediğine İlişkin Bulguların Birlikte Yaşama Durumlarına Göre Karşılaştırılması

		Zorunlu Yatış Kararı Verilip Verilmediğine İlişkin Bulgular				p ¹
		Yatış Kararı Verilmeyen (n=60)		Yatış Kararı Verilen (n=104)		
		Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	
Birlikte Yaşama Durumu	Yalnız yaşıyor	8	13,3	26	25,0	0,115
	Yalnız yaşamıyor	52	86,7	78	75,0	
Cramer's V=0,139						

¹: Yates Ki-kare Testi (Continuity Correction).

Olguları gönderen veya rapor isteyen makamların bulunduğu il-ilçelere ilişkin bulguların yatış gerekliliği ile ilişkisi incelendiğinde; Isparta il merkezinden gönderilen olguların %67'sine, Isparta ilçelerinden gönderilen olguların %58,5'ine, Isparta ili dışından gönderilen olguların %50'sine zorunlu yatış gerektiği yönünde görüş verildiği saptandı.

Tablo 4.17'de zorunlu yatış kararı verilip verilmediğine ilişkin bulgular, olguları gönderen, rapor isteyen makamların bulunduğu il-ilçelere göre karşılaştırıldığında; yatış kararı verilen hastaların en fazla sayıda ve oranda Isparta il merkezinde (%70,2) olduğu saptandı ancak aralarında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir farklılık bulunmadı ($p=0,350$).

Tablo 4.17. Olgularda Zorunlu Yatış Kararı Verilip Verilmediğine İlişkin Bulguların Olguları Gönderen veya Rapor İsteyen Makamların Bulunduğu İl-İlçelere Göre Karşılaştırılması

		Zorunlu Yatış Kararı Verilip Verilmediğine İlişkin Bulgular				p ¹
		Yatış Kararı Verilmeyen (n=60)		Yatış Kararı Verilen (n=104)		
		Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	
Olguları Gönderen, Rapor İsteyen Makamların Bulunduğu İl-İlçe	Isparta il merkezi	36	60,0	73	70,2	0,350
	Isparta ilçeleri	17	28,3	24	23,1	
	İl dışı	7	11,7	7	6,7	
Cramer's V=0,113						

¹: Pearson Ki-kare Testi.

Olguların geçmiş tanı durumlarının zorunlu yatış gerekliliği ile ilişkisi incelendiğinde; önceden psikiyatrik hastalığı bulunan olguların %65'ine, ilk başvurusu olan olguların ise %56,7'sine zorunlu yatış gerektiği yönünde görüş verildiği saptandı.

Tablo 4.18'de zorunlu yatış kararı verilip verilmediğine ilişkin bulgular, olguların geçmiş tanı durumlarına göre karşılaştırıldığında; yatış kararı verilen

hastalarda önceden tanısı olanların oranı (%83,7), yatış kararı verilmeyen ve önceden tanısı olan hastalara göre (%78,3) daha yüksek saptandı ancak aralarında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir farklılık bulunmadı ($p=0,523$).

Tablo 4.18. Olgularda Zorunlu Yatış Kararı Verilip Verilmediğine İlişkin Bulguların Geçmiş Tanı Durumlarına Göre Karşılaştırılması

		Zorunlu Yatış Kararı Verilip Verilmediğine İlişkin Bulgular				p'
		Yatış Kararı Verilmeyen (n=60)		Yatış Kararı Verilen (n=104)		
		Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	
Geçmiş Tanı Durumu	Önceden tanısı var	47	78,3	87	83,7	0,523
	İlk başvuru	13	21,7	17	16,3	
Cramer's V=0,066						

¹: Yates Ki-kare Testi (Continuity Correction).

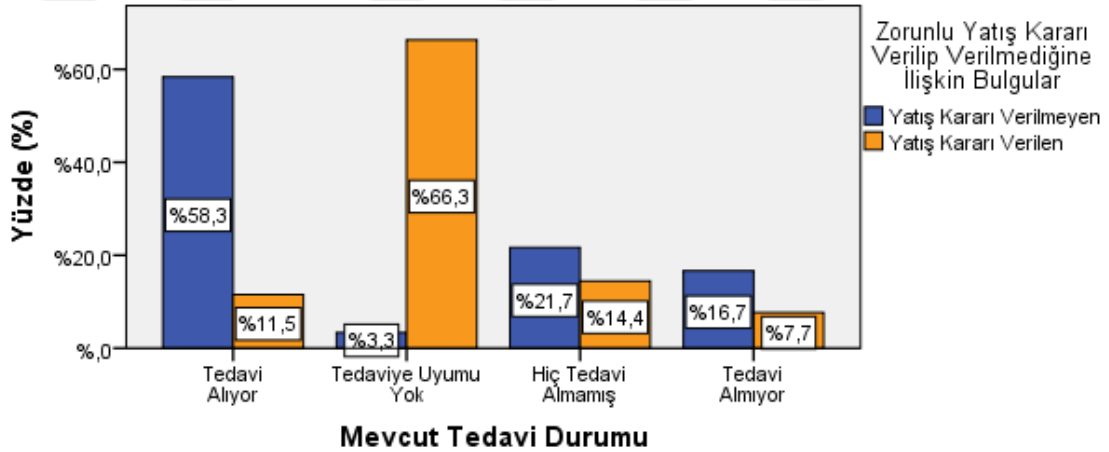
Olgularda zorunlu yatış kararı verilip verilmediğine ilişkin bulguların mevcut tedavi durumları ile ilişkileri incelendiğinde; tedavi uyumu bulunmayanların %97'sine, daha önceden hiç tedavi almayanların %53,6'sına, daha önceden tedavi almış mevcut haliyle tedavi almayanların %44,4'üne, tedavisini düzenli olarak alanların ise %25,5'ine yatış gerektiği yönünde görüş verildiği saptandı.

Tablo 4.19'da, zorunlu yatış kararı verilip verilmediğine ilişkin bulgular, mevcut tedavi durumlarına göre karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p<0,01$). Tedaviye uyumu olmayan ve yatış kararı verilen hastaların oranı (%66,3), tedaviye uyumu olmayan ve yatış kararı verilmeyen hasta oranlarına göre (%3,3) daha yüksekken, tedavi alan ve yatış kararı verilmeyen hastaların oranı (%58,3), tedavi alan ve yatış kararı verilen hasta oranlarına göre (%11,5) daha yüksek saptandı (Şekil 4.5).

Tablo 4.19. Olgularda Zorunlu Yatış Kararı Verilip Verilmediğine İlişkin Bulguların Mevcut Tedavi Durumlarına Göre Karşılaştırılması

		Zorunlu Yatış Kararı Verilip Verilmediğine İlişkin Bulgular				p ¹
		Yatış Kararı Verilmeyen (n=60)		Yatış Kararı Verilen (n=104)		
		Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	
Mevcut Tedavi Durumu	Tedavi alıyor	35	58,3	12	11,5	<0,01
	Tedaviye uyumu yok	2	3,3	69	66,3	
	Hiç tedavi almamış	13	21,7	15	14,4	
	Tedavi almıyor	10	16,7	8	7,7	
Cramer's V=0,644						

¹: Pearson Ki-kare Testi.



Şekil 4.5. Olgularda Zorunlu Yatış Kararı Verilip Verilmediğine İlişkin Bulguların Mevcut Tedavi Durumlarına Göre Karşılaştırılması

Olgularda zorunlu yatış kararı verilip verilmediğine ilişkin bulguların daha önce zorunlu yatış durumlarına ile ilişkisi incelendiğinde; zorunlu yatış öyküsü bulunanların %72,9'una, zorunlu yatış öyküsü bulunmayanların ise %59,5'ine yatış gerektiği yönünde görüş verildiği saptandı.

Tablo 4.20'de zorunlu yatış kararı verilip verilmediğine ilişkin bulgular, olguların daha önce zorunlu yatış durumlarına göre karşılaştırıldığında; yatış kararı verilen hastalarda daha önce zorunlu yatışı olanların oranı (%33,7), yatış kararı verilmeyen ve daha önce zorunlu yatışı olan hastalara göre (%21,7) daha yüksek saptandı ancak aralarında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir farklılık bulunmadı (p=0,148).

Tablo 4.20. Olgularda Zorunlu Yatış Kararı Verilip Verilmediğine İlişkin Bulguların Daha Önce Zorunlu Yatış Durumlarına Göre Karşılaştırılması

		Zorunlu Yatış Kararı Verilip Verilmediğine İlişkin Bulgular				p¹
		Yatış Kararı Verilmeyen (n=60)		Yatış Kararı Verilen (n=104)		
		Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	
Daha Önce Zorunlu Yatış Durumu	Yok	47	78,3	69	66,3	0,148
	Var	13	21,7	35	33,7	
Cramer's V=0,127						

¹: Yates Ki-kare Testi (Continuity Correction).

Olgularda zorunlu yatış kararı verilip verilmediğine ilişkin bulguların daha önce psikiyatrik yatış öyküsü olup olmadığı durumu ile ilişkisi incelendiğinde; psikiyatrik yatış öyküsü bulunanların %68,3'üne, psikiyatrik yatış öyküsü bulunmayanların ise %58,5'ine yatış gerektiği yönünde görüş verildiği saptandı.

Tablo 4.21'de zorunlu yatış kararı verilip verilmediğine ilişkin bulgular, olguların daha önce psikiyatrik yatış durumlarına göre karşılaştırıldığında; yatış kararı verilen hastalarda daha önce psikiyatrik yatışı olanların oranı (%53,8), yatış kararı verilmeyen ve daha önce zorunlu psikiyatrik yatışı olan hastalara göre (%43,3) daha yüksek saptandı ancak aralarında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir farklılık bulunmadı (p=0,195).

Tablo 4.21. Olgularda Zorunlu Yatış Kararı Verilip Verilmediğine İlişkin Bulguların Daha Önce Psikiyatrik Yatış Durumlarına Göre Karşılaştırılması

		Zorunlu Yatış Kararı Verilip Verilmediğine İlişkin Bulgular				p ¹
		Yatış Kararı Verilmeyen (n=60)		Yatış Kararı Verilen (n=104)		
		Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	
Daha Önce Psikiyatrik Yatış Durumu	Yok	34	56,7	48	46,2	0,195
	Var	26	43,3	56	53,8	
Cramer's V=0,101						

¹: Pearson Ki-kare Testi.

Zorunlu yatış gerektiği yönünde görüş verilen hastalarda; sosyodemografik özellikler ve diğer değişkenlerin cinsiyete göre karşılaştırılması yapıldı. Hastaların medeni durumu cinsiyete göre karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p=0,002$). Zorunlu yatış gerektiği yönünde görüş verilen boşanma aşamasında olan kadın hastaların oranı (%25,0) boşanma aşamasında olan erkek hastalara göre (%1,3) daha yüksekken, zorunlu yatış gerektiği yönünde görüş verilen bekar erkek hastaların oranı ise (%61,8) bekar kadın hastalardan (%42,9) daha yüksek saptandı (Şekil 4.6).

Zorunlu yatış kararı verilen hastalarda, diğer değişkenler cinsiyete göre karşılaştırıldığında aralarında anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 4.22).

Tablo 4.22. Zorunlu Yatış Kararı Verilen Hastalarda; Sosyodemografik Özellikler ve Diğer Değişkenlerin Cinsiyete Göre Karşılaştırılması

Sosyodemografik Özellikler ve Diğer Değişkenler		Cinsiyet				p
		Kadın (n=28)		Erkek (n=76)		
		Sayı (n)	- Ortalama±Standart Sapma -Yüzde (%)	Sayı (n)	- Ortalama±Standart Sapma -Yüzde (%)	
Yaş (yıl)		28	35,5+13,3	76	36,2+12,5	0,818 ¹
Olgu Yılı	2022	7	25,0	22	28,9	0,923 ²
	2023	11	39,3	28	36,8	
	2024	10	35,7	26	34,2	
Cramer's V=0,039						
Eğitim Durumu	Okuryazar	1	3,6	0	0,0	0,063 ³
	Okuryazar değil	2	7,1	1	1,3	
	İlkokul	3	10,7	13	17,1	
	Ortaokul	6	21,4	23	30,3	
	Lise	8	28,6	30	39,5	
	Üniversite	8	28,6	9	11,8	
Cramer's V=0,316						
Medeni Durum	Evli	5	17,9	17	22,4	0,002 ³
	Bekar	12	42,9	47	61,8	
	Boşanmış	4	14,3	11	14,5	
	Boşanma aşamasında	7	25,0	1	1,3	
Cramer's V=0,397						
Çalışma Durumu	Çalışmıyor	18	64,3	48	63,2	1,000 ³
	Çalışıyor	9	32,1	24	31,6	
	Emekli	1	3,6	4	5,3	
Cramer's V=0,035						

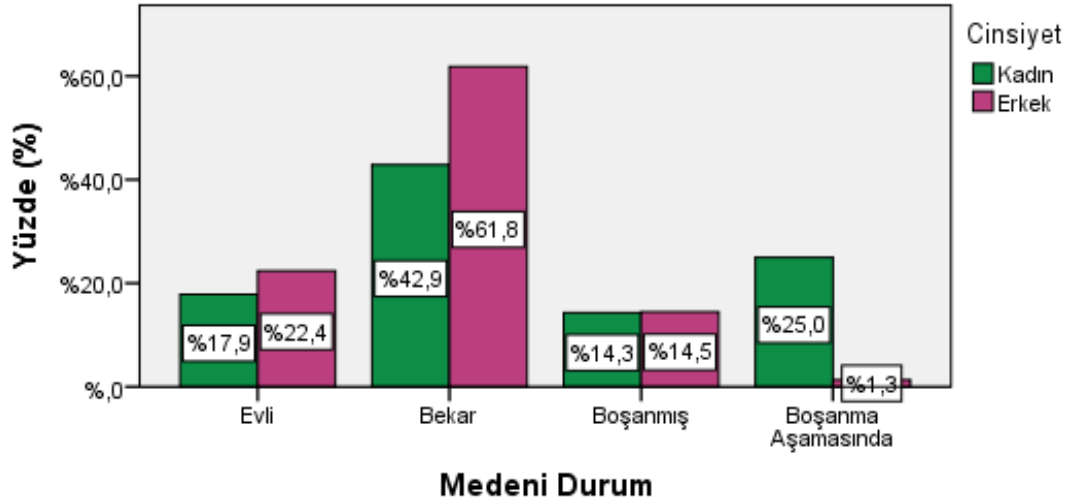
Tablo 4.22. Zorunlu Yatış Kararı Verilen Hastalarda; Sosyodemografik Özellikler ve Diğer Değişkenlerin Cinsiyete Göre Karşılaştırılması (Devamı)

Sosyodemografik Özellikler ve Diğer Değişkenler		Cinsiyet				p
		Kadın (n=28)		Erkek (n=76)		
		Sayı (n)	- Ortalama±Standart Sapma -Yüzde (%)	Sayı (n)	- Ortalama±Standart Sapma -Yüzde (%)	
Çocuk Sahibi Olma Durumu	Yok	17	60,7	50	65,8	0,804 ⁴
	Var	11	39,3	26	34,2	
Cramer's V=0,047						
Birlikte Yaşama Durumu	Yalnız yaşıyor	7	25,0	19	25,0	1,000 ⁴
	Yalnız yaşamıyor	21	75,0	57	75,0	
Cramer's V=0,000						
Olguları Gönderen veya Rapor İsteyen Makamların Bulunduğu İl-İlçe	Isparta il merkezi	20	71,4	53	69,7	0,868 ³
	Isparta ilçeleri	7	25,0	17	22,4	
	İl dışı	1	3,6	6	7,9	
Cramer's V=0,078						
Geçmiş Tanı Durumu	Önceden tanısı var	23	82,1	64	84,2	0,772 ³
	İlk başvuru	5	17,9	12	15,8	
Cramer's V=0,025						
Mevcut Tedavi Durumu	Tedavi alıyor	2	7,1	10	13,2	0,777 ³
	Tedaviye uyumu yok	21	75,0	48	63,2	
	Hiç tedavi almamış	3	10,7	12	15,8	
	Tedavi almıyor	2	7,1	6	7,9	
Cramer's V=0,118						
Daha Önce Zorunlu Yatış Durumu	Yok	19	67,9	50	65,8	1,000 ⁴
	Var	9	32,1	26	34,2	
Cramer's V=0,019						
Daha Önce Psikiyatrik Yatış Durumu	Yok	14	50,0	34	44,7	0,798 ⁴
	Var	14	50,0	42	55,3	
Cramer's V=0,047						

Tablo 4.22. Zorunlu Yatış Kararı Verilen Hastalarda; Sosyodemografik Özellikler ve Diğer Değişkenlerin Cinsiyete Göre Karşılaştırılması (Devamı)

Sosyodemografik Özellikler ve Diğer Değişkenler		Cinsiyet				p
		Kadın (n=28)		Erkek (n=76)		
		Sayı (n)	- Ortalama±Standart Sapma -Yüzde (%)	Sayı (n)	- Ortalama±Standart Sapma -Yüzde (%)	
Zorunlu Yatış Kararı Verilip Yatırılma Durumu	Yatırılmamış	4	14,3	5	6,6	0,246 ³
	Yatırılmış	24	85,7	71	93,4	
Cramer's V=0,122						

¹: Bağımsız Örneklem t-Testi, ²: Pearson Ki-kare Testi, ³: Fisher's Exact Ki-kare Testi, ⁴: Yates Ki-kare Testi (Continuity Correction).



Şekil 4.6. Zorunlu Yatış Kararı Verilen Hastalarda Medeni Durumun Cinsiyete Göre Karşılaştırılması

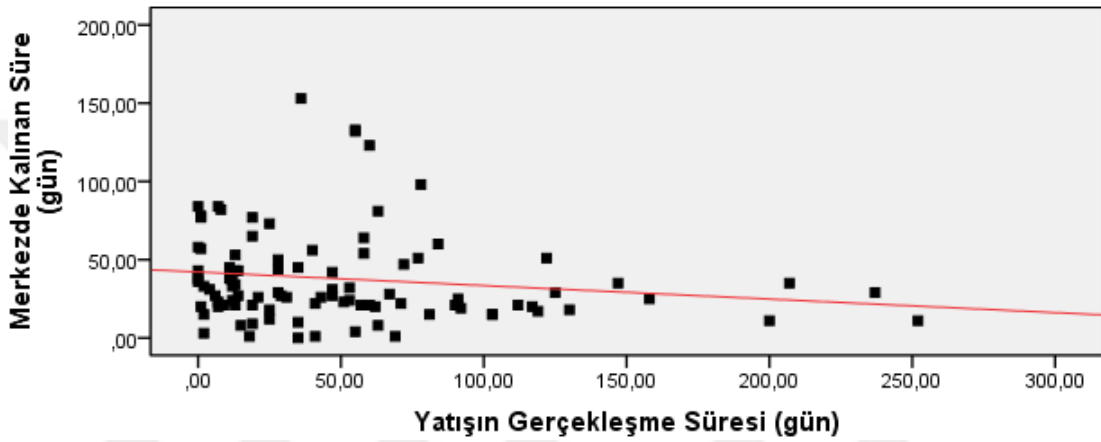
4.10. Yatışla İlgili Sürelerin Diğer Değişkenlere Göre İncelenmesi

Tablo 4.23'e göre zorunlu yatış gerektiği yönünde görüş verilen hastalarda; yatışın gerçekleşme süresi ile merkezde kalınan süreler arasındaki ilişki incelendiğinde; yatışın gerçekleşme süresi uzadıkça merkezde kalınan sürelerin kısaldığı görüldü. Yatışın gerçekleşme süresi ile merkezde kalınan süre arasındaki ilişkinin çok zayıf düzeyde olmakla birlikte istatistiksel olarak anlamlı bulunduğu saptandı ($\rho=-0,211$, $p=0,040$) (Şekil 4.7).

Tablo 4.23. Zorunlu Yatış Kararı Verilen Olgularda; Yatışın Gerçekleşme Süresi ile Merkezde Kalınan Süreler Arasındaki İlişkinin Karşılaştırılması

		Merkezde Kalınan Süre (gün) (n=95)
Yatışın Gerçekleşme Süresi (gün) (n=95)	rho ¹	-0,211
	p	0,040

¹: Spearman's Korelasyon Testi.



Şekil 4.7. Zorunlu Yatış Kararı Verilen Olgularda; Yatışın Gerçekleşme Süresi ile Merkezde Kalınan Süreler Arasındaki İlişkinin Karşılaştırılması

Zorunlu yatış gerektiği yönünde görüş verilen hastalarda; yatışın gerçekleşme süresi ve merkezde kalınan süreler ile olgu yılları arasındaki ilişki incelendiğinde; yıllar ilerledikçe olgularda yatışın gerçekleşme sürelerinin arttığı görüldü ancak yatışın gerçekleşme süresi ile olgu yılları arasındaki ilişkinin çok zayıf düzeyde olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı ($r=0,069$, $p=0,508$). Zorunlu yatışın yapıldığı hastalarda yıllar ilerledikçe yatışın yapıldığı merkezde kalma süreleri azaldığı görüldü merkezde kalma süresi ile olgu yılları arasındaki ilişkini çok zayıf düzeyde olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı ($r=-0,045$, $p=0,665$). (Tablo 4.24).

Tablo 4.24. Zorunlu Yatış Kararı Verilen Olgularda; Yatışın Gerçekleşme Süresi ve Merkezde Kalınan Süreler ile Olgu Yılları Arasındaki İlişkinin Karşılaştırılması

Olgu Yılları		Yatışın Gerçekleşme Süresi (gün) (n=95)	Merkezde Kalınan Süre (gün) (n=95)
2022-2023-2024 Yılları	rho ¹	0,069	-0,045
	p	0,508	0,665

¹: Spearman's Korelasyon Testi.

Tablo 4.25'e göre zorunlu yatış gerektiği yönünde görüş verilen hastalarda; yatışın gerçekleşme süresi ve merkezde kalınan süreler ile olguların yaş, eğitim, çalışma ve çocuk sahibi olma durumları arasındaki ilişki incelendiğinde; hastalarda yaş arttıkça, yatışın gerçekleşme süresinin kısaldığı görüldü ancak olguların yaşları ile yatışın gerçekleşme süreleri arasında ilişkinin çok zayıf düzeyde olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı (rho=-0,131, p=0,207).

Yatışı yapılan hastaların yaşları arttıkça yatışın yapıldığı merkezde kalma sürelerinin de arttığı görüldü. Merkezde kalma süreleri ile olgu yaşları arasındaki ilişkinin zayıf düzeyde ancak istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı (rho=0,370, p<0,01) (Şekil 4.8).

Zorunlu yatış gerektiği yönünde görüş verilen hastalarda eğitim seviyeleri yükseldikçe yatışın gerçekleşme süresinin kısaldığı görüldü ancak yatışın gerçekleşme süresi ile eğitim durumu arasındaki ilişkinin çok zayıf düzeyde olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı (rho=-0,098, p=0,343). Olguların eğitim seviyeleri yükseldikçe merkezde kalma sürelerinin azaldığı görüldü ancak merkezde süreleri ile eğitim durumu arasındaki ilişkinin çok zayıf düzeyde olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı (rho=-0,012, p=0,907).

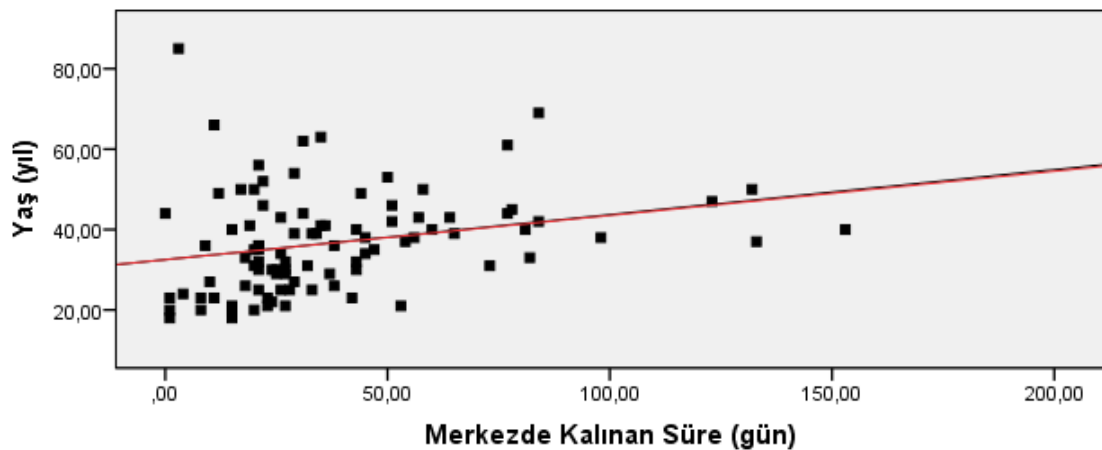
Zorunlu yatış gerektiği yönünde görüş verilen hastalarda çalışma durumları arttıkça yatışın gerçekleşme sürelerinin kısaldığı görüldü ancak yatışın gerçekleşme süresi ile çalışma durumu arasındaki ilişkinin çok zayıf düzeyde olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı (rho=-0,038, p=0,711). Olguların çalışma durumları arttıkça merkezde kalma sürelerinin de arttığı görüldü ancak merkezde kalma süresi ile çalışma durumu arasındaki ilişkinin çok zayıf düzeyde olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı (rho=0,061, p=0,560).

Zorunlu yatış kararı verilen olgularda çocuk sahibi olma durumları arttıkça yatışın gerçekleşme sürelerinin uzadığı görüldü ancak yatışın gerçekleşme süresi ile çocuk sahibi olma durumu arasındaki ilişkinin çok zayıf düzeyde olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı ($\rho=0,089$, $p=0,393$). Olguların çocuk sahibi olma durumları arttıkça merkezde kalma sürelerinin de arttığı görüldü ancak merkezde kalma süresi ile çocuk sahibi olma durumu arasındaki ilişkinin çok zayıf düzeyde olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı ($\rho=0,043$, $p=0,678$).

Tablo 4.25. Zorunlu Yatış Kararı Verilen Olgularda; Yatışın Gerçekleşme Süresi ve Merkezde Kalınan Süreleri ile Diğer Değişkenler Arasındaki İlişkinin Karşılaştırılması

Sosyodemografik Özellikler		Yatışın Gerçekleşme Süresi (gün) (n=95)	Merkezde Kalınan Süre (gün) (n=95)
Yaş (yıl)	ρ^1	-0,131	0,370
	p	0,207	<0,01
Eğitim Durumu	ρ^1	-0,098	-0,012
	p	0,343	0,907
Çalışma Durumu	ρ^1	-0,038	0,061
	p	0,711	0,560
Çocuk Sahibi Olma Durumu	ρ^1	0,089	0,043
	p	0,393	0,678

¹: Spearman's Korelasyon Testi.



Şekil 4.8. Zorunlu Yatış Kararı Verilen Olgularda; Yaş ile Merkezde Kalınan Süreler Arasındaki İlişkinin Karşılaştırılması

Zorunlu yatış kararı verilen olgularda; yatışın gerçekleşme sürelerinin, sosyodemografik özellikler ve bazı değişkenlere göre karşılaştırılması Tablo 4.15'te gösterilmiş olup buna göre yapılan karşılaştırmalarda istatistiksel anlamlılık saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.26).

Tablo 4.26. Zorunlu Yatış Kararı Verilen Olgularda; Yatışın Gerçekleşme Süreleri ile Diğer Değişkenlerin Karşılaştırılması

Sosyodemografik Özellikler ve Bazı Değişkenler		Yatışın Gerçekleşme Süresi (gün) (n=95)		p
		Sayı (n)	Ortanca (Çeyreklikler Arası Aralık)	
Medeni Durum	Evli	20	20 (13-66)	0,269 ¹
	Bekar	55	35 (12-60)	
	Boşanmış	14	31,5 (11-78)	
	Boşanma aşamasında	6	86 (72-103)	
Birlikte Yaşama Durumu	Yalnız yaşıyor	25	25 (8-60)	0,179 ²
	Yalnız yaşamıyor	70	42 (13-71)	
Geçmiş Tanı Durumu	Önceden tanısı var	82	35,5 (12-69)	0,892 ²
	İlk başvuru	13	35 (25-60)	
Mevcut Tedavi Durumu	Tedavi alıyor	12	42 (12-64)	0,973 ¹
	Tedaviye uyumu yok	64	35,5 (12,5-70,5)	
	Hiç tedavi almamış	13	35 (25-60)	
	Tedavi almıyor	6	35 (2-53)	
Daha Önce Zorunlu Yatış Durumu	Yok	63	28 (12,5-60)	0,116 ²
	Var	32	56 (12,5-82,5)	

¹: Kruskal Wallis Testi, ²: Mann-Whitney U Testi.

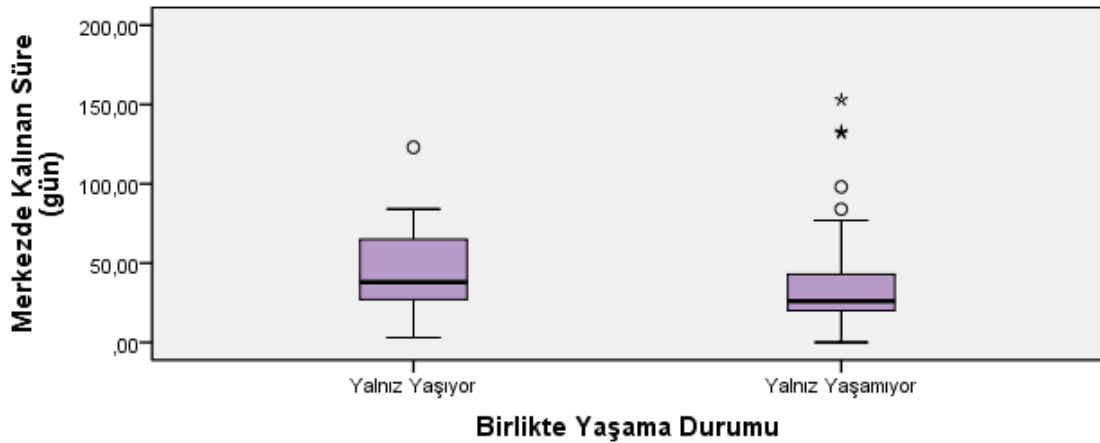
Zorunlu yatış gerektiği yönünde görüş verilen hastalarda; merkezde kalınan sürelerin, sosyodemografik özellikler ve bazı değişkenlere göre karşılaştırılması Tablo 4.27'de gösterilmiş olup yalnız yaşayan hastaların merkezde kalma süreleri ortanca değeri (38 (27-65)), yalnız yaşamayan hastaların merkezde kalma süreleri ortanca değerine göre (26 (20-43)) daha yüksek bulundu. Bu yüksek değer istatistiksel olarak da anlamlı bulundu ($p=0,028$) (Şekil 4.9).

Diğer değişkenler ile merkezde kalma süreleri karşılaştırıldığında aralarında anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 4.27).

Tablo 4.27. Zorunlu Yatış Kararı Verilen Olgularda Merkezde Kalınan Süreler ile Diğer Değişkenlerin Karşılaştırılması

Sosyodemografik Özellikler ve Bazı Değişkenler		Merkezde Kalma Süresi (gün) (n=95)		P
		Sayı (n)	Ortanca (Çeyreklikler Arası Aralık)	
Medeni Durum	Evli	20	27 (21-47)	0,568 ¹
	Bekar	55	27 (20,5-45)	
	Boşanmış	14	40,5 (17-58)	
	Boşanma aşamasında	6	20 (15-47)	
Birlikte Yaşama Durumu	Yalnız yaşıyor	25	38 (27-65)	0,028²
	Yalnız yaşamıyor	70	26 (20-43)	
Geçmiş Tanı Durumu	Önceden tanısı var	82	27,5 (20-47)	0,509 ²
	İlk başvuru	13	29 (21-73)	
Mevcut Tedavi Durumu	Tedavi alıyor	12	27 (14,5-37)	0,558 ¹
	Tedaviye uyumu yok	64	31 (20-51)	
	Hiç tedavi almamış	13	29 (21-73)	
	Tedavi almıyor	6	24 (20-32)	
Daha Önce Zorunlu Yatış Durumu	Yok	63	26 (20-44)	0,331 ²
	Var	32	35,5 (20,5-52,5)	
Daha Önce Psikiyatrik Yatış Durumu	Yok	42	25 (15-45)	0,172 ²
	Var	53	32 (21-50)	

¹: Kruskal Wallis Testi, ²: Mann-Whitney U Testi.



Şekil 4.9. Zorunlu Yatış Kararı Verilen Olgularda; Birlikte Yaşama Durumunun Merkezde Kalınan Sürelere Göre Karşılaştırılması

Zorunlu yatış kararı değerlendirilen hastaların %34,1'inin (n=56) madde kullanım bozukluğu tanısının olduğu görüldü. Yatışı yapılan hastaların ise %35,8'inin (n=34) madde kullanım bozukluğu tanısının olduğu tespit edilmiştir. Madde kullanım bozukluğu tanısı konan ve yatışı gerektiği yönünde görüş verilen hastaların (n=42) ise yüzde %19'unun (n=8) yatışının gerçekleşmemiş olduğu görüldü. Madde kullanım bozukluğu tanılı olguların, diğer psikiyatrik tanılara göre yatışlarının gerçekleşme sürelerinin karşılaştırılması yapıldığında; madde kullanım bozukluğu tanılı hastaların yatışlarının gerçekleşme süreleri ortanca değeri (45 (18-72)), diğer psikiyatrik tanılı hastalara göre (31 (11-62)) daha yüksek olduğu saptandı. Madde kullanım bozukluğu tanılı hastaların, diğer psikiyatrik tanılı hastalara göre daha uzun sürede yatışlarının gerçekleştiği görüldü ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı (p=0,252) (Tablo 4.28).

Tablo 4.28. Madde Kullanım Bozukluğu Tanılı Hastalar ile Diğer Psikiyatrik Tanılı Hastaların Yatışlarının Gerçekleşme Sürelerinin Karşılaştırılması

	TANI				p ¹
	Madde Kullanım Bozukluğu		Diğer Psikiyatrik Tanılar		
	Sayı (n)	Ortanca (Çeyreklikler Arası Aralık)	Sayı (n)	Ortanca (Çeyreklikler Arası Aralık)	
Yatış Kararı Verilen Olguların Yatışının Gerçekleşme Süresi (gün)	34	45 (18-72)	61	31 (11-62)	0,252

¹: Mann-Whitney U Testi.

Zorunlu yatışı yapılan olguların %20'sinin (n=20) ilk 10 günde, %26,3'ünün (n=25) 10-30 gün arasında, %53,7'sinin (n=51) 30 günden sonra yatışının yapıldığı saptandı. Yatış kararı verilen olguların yatış sürelerinin 10-30 günlük periyotlar ile madde kullanım bozukluğu tanısı ve diğer psikiyatrik tanılara göre dağılımları Tablo 4.29'da sunulmuştur.

Tablo 4.29. Yatış Kararı Verilen Olguların Yatış Sürelerinin 10-30 Günlük Periyotlar ile Madde Kullanım Bozukluğu ve Diğer Psikiyatrik Tanılara Göre Dağılımları

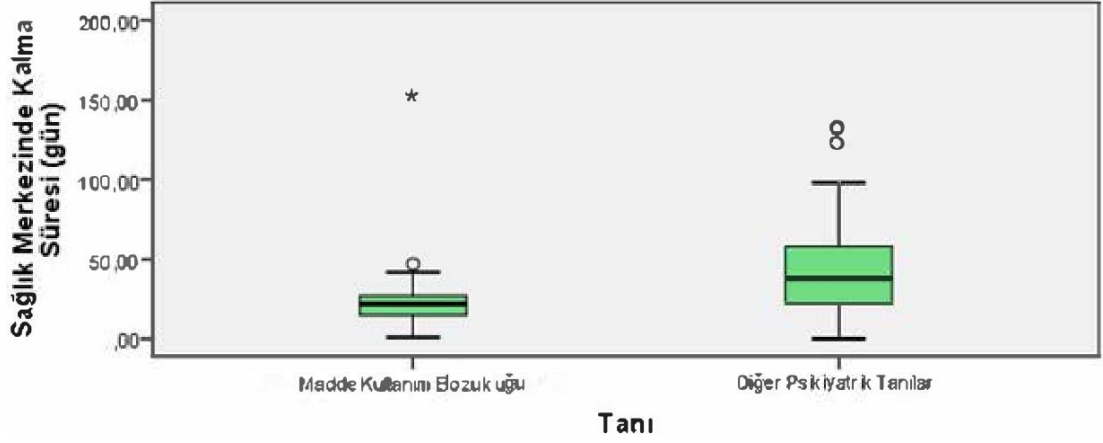
Olgu Tanıları	Yatışı İlk 10 Günde Gerçekleşen Olgular		Yatışı 10-30 Gün Arasında Gerçekleşen Olgular		Yatışı 30 Günden Sonra Gerçekleşen Olgular	
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Madde Kullanım Bozukluğu	4	11,8	10	29,4	20	58,8
Diğer Psikiyatrik Hastalıklar	15	24,6	15	24,6	31	50,8
Toplam	19	20,0	25	26,3	51	53,7

Zorunlu yatış yapılan madde kullanım bozukluğu tanılı hastaların diğer psikiyatrik tanılı hastalara göre, sağlık merkezinde kalma sürelerinin karşılaştırılması yapıldığında; madde kullanım bozukluğu tanılı hastaların sağlık merkezinde kalma süreleri ortanca değeri (22 (15-27)), diğer psikiyatrik tanılı hastalara göre (38 (22-58)) daha düşük olduğu saptandı. Bu fark istatistiksel olarak da çok anlamlı bulundu ($p<0,01$). (Şekil 4.10) (Tablo 4.30).

Tablo 4.30. Madde Kullanım Bozukluğu Tanılı Hastalar ile Diğer Psikiyatrik Tanılı Hastaların Sağlık Merkezinde Kalma Sürelerinin Karşılaştırılması

	TANI				p ¹
	Madde Kullanım Bozukluğu		Diğer Psikiyatrik Tanılar		
	Sayı (n)	Ortanca (Çeyreklikler Arası Aralık)	Sayı (n)	Ortanca (Çeyreklikler Arası Aralık)	
Yatış Kararı Verilen Olguların Sağlık Merkezinde Kalma Süreleri (gün)	34	22 (15-27)	61	38 (22-58)	<0,01

¹: Mann-Whitney U Testi.



Şekil 4.10. Madde Kullanım Bozukluğu Tanılı Hastalar ile Diğer Psikiyatrik Tanılı Hastaların Sağlık Merkezinde Kalma Sürelerine Göre Karşılaştırılması

4.11. Yatışı Gerektiği Yönünde Görüş Verilen Ancak Yatışı Gerçekleşmemiş Olduğu Anlaşılan Hastaların Verilerinin İncelenmesi

Yatışının gerekli olduğu görüşü verilen hastaların %91,3'ünün (n=95) bünyesinde kapalı psikiyatri servisi bulunan bir merkezde yatışının yapılmış olduğu, %8,7'sinin ise (n=9) yatışının gerçekleşmemiş olduğu saptandı. Yatışı gerçekleşmeyen hastalara (n=9) ait veriler incelendiğinde; %89'unun (n=8) Madde Kullanım Bozukluğu, %11'inin (n=1) Psikotik Bozukluk tanısıyla değerlendirildiği, %89'unun (n=8) Isparta il merkezinden mahkeme veya savcılık üst yazılarıyla, %11'inin (n=1) cezaevinden sadece cezaevine ait üst yazıyla birlikte gönderildiği, %56'sının (n=5) daha önceden psikiyatrik hastalık tanısı olduğu, %67'sinin (n=6) daha önceden zorunlu yatış öyküsünün olmadığı, %44'ünün (n=4) 2022 yılında, %33'ünün (n=3) 2024 yılında, %11'inin (n=1) 2023 yılında değerlendirildiği görüldü.

5. TARTIŞMA

Zorunlu yatış, bireyin rızası olmaksızın; ciddi ruhsal bozukluğunun varlığı, kendisine ya da başkalarına yönelik somut zarar verme tehlikesi ve gönüllü tedaviye rıza göstermemesi durumlarında mahkeme kararıyla tıbbi amaçla bir sağlık kurumuna yatırılmasıdır. Türkiye’de bu uygulamanın hukuki altyapısını Türk Medeni Kanunu’nun 432. maddesi oluşturmaktadır. Söz konusu madde, akıl hastalığı, akıl zayıflığı, alkol veya uyuşturucu bağımlılığı, tehlike arz eden bulaşıcı hastalık ya da serserilik gibi durumlarda kişilerin, kendilerine veya topluma yönelik tehlike oluşturmaları halinde, tedavisi, eğitimi ve ıslahı amacıyla uygun bir kuruma yatırılabilceği öngörülmüş olmakla serserilik gerekçesi dışındaki durumlarda yatışın gerekip gerekmediği konusunda hekimlerce değerlendirilme yapılarak resmi sağlık kurulu raporu düzenlenmesi şartı konulmuştur (127).

Bu çalışmada; zorunlu yatış gerekliliği kapsamında Adli Tıp Ana Bilim Dalımız ile Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı tarafından değerlendirilen olguların sosyodemografik özellikleri incelenmiş; başvuruların yıllara ve aylara göre dağılımı, olguları yönlendiren makamlar ile il ve ilçe bazındaki dağılımları, geçmişte konulan tanıları ve mevcut tedavi süreçleri, önceki psikiyatrik ve zorunlu yatış öyküleri değerlendirilmiştir. Çalışmada ayrıca, zorunlu yatış kararı alınıp alınmadığı, bu karara konu olan tanılar, yatış kararı verilen olgularda yatışın ne kadar sürede gerçekleştirildiği ve yatışın yapıldığı merkezde kalma süreleri, yatışın yapıldığı iller ile yatış kararı verilmesine rağmen hastaneye yatırılmayan olgulara ilişkin veriler de ortaya konmuştur.

5.1. Sosyodemografik Veriler

5.1.1. Cinsiyet

Çalışmamızdaki 164 hastanın %70,7’sinin erkek, %29,3’ünün kadın olduğu, erkek olguların %65,5’ine, kadın olguların ise %58,3’üne yatış gerektiği yönünde verildiği saptandı. 2019 yılında Elazığ Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesinde Türk Medeni Kanunu’nun 432. maddesi uyarınca tedavi edilen olguların incelendiği bir çalışmada, hastaların %91’inin erkek olduğu (128), Bolu’da 2015-2021 yılları

arasında zorunlu yatış yapılan hastaların verilerinin incelendiği bir çalışmada olguların %79,1'inin erkek olduğu bildirilmiştir (129).

Çalışmamızda ve literatürde zorunlu yatış kararı verilen erkek olguların daha yüksek oranda olmasının şizofreni spektrumu ve diğer psikotik bozukluklar ile alkol ve madde kullanım bozukluğunun erkeklerde yaygınlığının daha fazla olmasından kaynaklandığı düşünülmüştür.

5.1.2. Yaş Ortalaması

Çalışmamızda erkek olguların yaş ortalaması 36,6 yıl, kadın olguların yaş ortalaması ise 35,3 yıl olarak bulundu. Zorunlu yatış gerektiği yönünde görüş verilen hastaların yaş ortalaması 36, zorunlu yatış gerekmediği yönünde görüş verilen olguların yaş ortalaması 36,6 olarak saptandı.

Yılmaz ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, zorunlu yatış kararı verilen hastaların yaş ortalaması (37,8) çalışmamızdaki verilerle benzer bulunmuştur (130).

Hem erkek hem kadınlarda en çok genç-yetişkin ve orta yaş grubuna ait bireylerde yatış kararı değerlendirmesi yapıldığı görüldü. Genel olarak psikiyatrik bozuklukların, alkol ve madde bağımlılığının başlangıç yaşının 20'li yaşlar olmakla birlikte zorunlu yatış gerektirecek düzeye ilerlemesinin yıllar içinde gerçekleşmesi, bu yaş ortalamasını açıklayabileceği düşünülmüştür.

Hernandez ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, zorunlu yatış kararı verilen hastaların yaş ortalaması 43 (131) olarak bulunmuş olup çalışmamızda saptanan değerden yüksek olmasının ülkeler arası alkol ve madde kullanım oranlarındaki farklılıklar, coğrafi ve sosyokültürel koşullar, tanı kriterleri gibi birçok etmenden kaynaklanabileceği düşünülmüştür.

5.1.3. Yaş Grupları

5.1.3.1. 18 Yaş Altı Olgular

Olguların %1,8'inin (n=3) 0-17 yaş arasında olduğu ve değerlendirilen üç olgunun da yatışının gerekmediği yönünde karar verildiği, çocuk ve ergenlerde zorunlu yatış talebinin genel popülasyona göre oldukça nadir olduğu görüldü. Bu yaş

grubunda psikiyatrik sorunların çoğunlukla ayaktan tedavi, aile desteği ve sosyal hizmet mekanizmaları ile yönetilmeye çalışılması zorunlu yatış talebi ve yatış oranlarının düşük olmasına katkıda bulunmuş olabilir. Bu durum, Çocuk ve Ergen Psikiyatrisinde zorunlu yatış kararlarının daha hassas bir şekilde alındığını, çocuğun yüksek yararı göz önünde bulundurularak daha çok koruyucu ve destekleyici tedavi yöntemlerinin tercih edildiğini göstermektedir.

Geng ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada, çocuk ve adolesanlarda istem dışı yatış oranlarının daha düşük ve bu yaş grubundaki hastalarda yatış süresinin genellikle daha kısa olduğu bildirilmiştir (132).

5.1.3.2. 18-64 Yaş Aralığındaki Olgular

Olguların yaş dağılımı incelendiğinde, literatürle uyumlu olarak büyük çoğunluğunu (%92,7) 18–64 yaş arası erişkin popülasyonun oluşturduğu görüldü. Loyal ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada zorunlu yatışların çoğunlukla genç erişkinlerde yoğunlaştığını bildirirken, Hernandez ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada orta yaş grubunun (45–65) daha yüksek risk taşıdığını vurgulanmıştır (131,133). Iudici ve arkadaşları ise yaş ve cinsiyet etkileşimini ön plana çıkararak, genç erkeklerde şizofreni, ileri yaşlı kadınlarda ise demans tanısının zorunlu yatış riskini artırdığını göstermiştir (134). Bu veriler birlikte değerlendirildiğinde, zorunlu yatışın en sık erişkin yaş grubunda gerçekleştiği ortak bir bulgu olarak öne çıkmaktadır. Ancak hangi alt yaş grubunun daha belirgin olduğu, çalışmanın yapıldığı toplumun demografik özelliklerine, tanı dağılımlarına ve sağlık sistemine bağlı olarak değişiklik göstermektedir. Çalışmamızda erişkinlerin baskınlığı, şizofreni spektrumu ve diğer psikotik bozuklar, bipolar bozukluk, alkol ve madde kullanım bozuklukları gibi tanıların bu yaş grubunda daha sık görülmesiyle açıklanabilir.

5.1.3.3. 65 Yaş ve Üzeri Olgular

Çalışmamızda olguların yalnızca küçük bir kısmının (%5,5) 65 yaş ve üzeri olduğu saptandı. Yaşlı bireylerde ruhsal bozuklukların görülme sıklığı yüksek olmakla birlikte zorunlu yatış gereksiniminin daha düşük oranda olmasının nedenleri arasında; ileri yaş grubunda psikiyatrik tabloların genellikle kronikleşmiş, daha az

akut seyirli olması, aile veya bakım kurumlarının gözetiminde bulunmaları ve riskli davranışların erişkin popülasyona kıyasla daha sınırlı görülmesi sayılabilir. Chieze ve arkadaşları, geriatri psikiyatri servislerinde yalnızca sınırlı bir oranda kısıtlama uygulandığını ve yaş ilerledikçe zorunlu müdahale riskinin azaldığını bildirmiştir (135). Bununla birlikte Guzmán-Parra ve arkadaşlarının (2020) geniş ölçekli çalışmasında, 65 yaş ve üstü hastaların bazı durumlarda daha sık zorunlu yatırıldığı ve daha uzun süre hastanede kaldığı saptanmıştır (136). Bu veriler birlikte değerlendirildiğinde, ileri yaş grubunda zorunlu yatış sıklığı erişkinlere göre daha düşük olmakla birlikte, özellikle demans, deliryum ve diğer organik bozukluklara bağlı davranış bozukluklarında riskin artabileceği anlaşılmaktadır.

5.1.4. Medeni Durumu

Araştırma bulguları, zorunlu yatış kararlarının hastaların medeni durumları ile ilişkili olduğunu ve bu ilişkinin cinsiyet temelli farklılıklar gösterdiğini ortaya koymaktadır. Çalışma grubunun yarısından fazlasını (%55,5) bekar bireyler oluştururken, evlilerin oranı %25, boşanmış olanların oranı %12,8 ve boşanma aşamasında olanların oranı ise %6,7 olarak saptandı. Yatış kararı verilmeyen hastalar arasında evli olanların oranının (%31,7), zorunlu yatış kararı verilen evli hastalara göre (%21,2) daha yüksek olması, evliliğin bazı durumlarda koruyucu bir sosyal destek unsuru olabileceğini düşündürmektedir. Hastalıklarının ağırlığına göre bu hastaların evlilik kurumunu hiç gerçekleştiremiyor veya sürdürüyor oldukları da göz ardı edilmemelidir.

Zorunlu yatış görüşü bildirilen hastaların yarısından fazlasının (%56,7) bekar olması, literatürdeki çalışmalarla uyumlu bulundu. Gültekin ve arkadaşlarının çalışmasında da istem dışı yatırılan hastaların en sık bekar bireylerden oluştuğu bildirilmiştir (137).

Cinsiyet karşılaştırmalarında, boşanma aşamasında olan kadın hastaların oranının (%25), erkeklere kıyasla (%1,3) anlamlı düzeyde yüksek bulunması; bu grubun psikososyal stres, sosyal destek kaybı ve duygusal yük gibi risk faktörlerine daha fazla maruz kaldığı sonucuna varılabilir. Buna karşılık, bekar erkek hastaların oranının (%61,8) bekar kadın hastalara göre (%42,9) istatistiksel olarak anlamlı biçimde yüksek olması, erkeklerde yalnız yaşamının ve sosyal destek ağlarının

sınırlı olmasının ruhsal hastalık seyrini olumsuz etkileyebileceğini düşündürmektedir. Burada da hastalıklarının ağırlığına göre bu hastaların evlilik kurumunu hiç gerçekleştirememiş oldukları da göz ardı edilmemelidir.

5.1.5. Çocuk Sahibi Olup Olmama Durumu

Olguların %62,2'sinin (n=102) çocuk sahibi olmadığı saptandı. Zorunlu yatış kararı ile hastaların çocuk sahibi olma durumları karşılaştırıldığında; çocuğu olmayanların oranı, zorunlu yatış kararı verilen grupta (%64,4), yatış kararı verilmeyen gruba (%58,3) kıyasla daha yüksek olduğu görülmüş olmakla birlikte bu fark istatistiksel olarak anlamlı saptanmamıştır. Bu durum, ebeveynlik statüsünün, tek başına, zorunlu yatış kararını etkileyen bir sosyodemografik faktör olmadığı düşünülmüştür. Çocuk sahibi olmama durumunun hastaların evlilik kurumunu gerçekleştirememiş olmalarıyla da ilişkisi göz önüne alınmalıdır.

5.1.6. Birlikte Yaşanılan Kişiler

Olguların %20,7'sinin yalnız yaşadığı, %50,6'sının ebeveynleri ve/veya kardeşleriyle birlikte, %23,1'inin eşi ve/veya çocuklarıyla birlikte, %4,9'unun cezaevinde ve %0,6'sının bakımevinde yaşadığı saptandı. Hastaların birlikte yaşama durumları zorunlu yatış kararı açısından karşılaştırıldığında, yalnız yaşamanın zorunlu yatış kararı verilen hastalar arasında daha sık görüldüğü (%25,0'a karşı %13,3) anlaşılmış olmakla birlikte bu fark istatistiksel olarak anlamlı saptanmadı (p=0,115).

Lorenzo ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, istemsiz yatışı yapılan hastalarda yalnız yaşama oranının istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu bildirilmiştir (138).

Yalnız yaşayan bireylerin, sosyal destek ağlarının sınırlı olması, kriz durumlarında yardım alma olasılığının düşük olması ve tedaviye yönlendirme mekanizmalarının daha zayıf işlemesi gibi nedenlerle ruhsal bozukluklarda daha kırılgan bir grubu temsil edebileceği literatürde sıkça vurgulanmıştır. Çalışmamızda anlamlı farkın saptanmamış olması çalışmanın örneklem büyüklüğünün sınırlı olması

ya da tedaviye yönlendirmenin zayıf olmasından dolayı adli mercilere daha az oranda başvuru yapılmış olmasıyla açıklanabilir.

5.1.7. Eğitim Durumu

Olguların %2,4'ü okuryazar, %1,8'i okuryazar değil, %14,0'ı ilkokul, %29,3'ü ortaokul, %36,6'sı lise ve %15,9'u üniversite mezunu olduğu görüldü. Eğitim durumu ile zorunlu yatış kararı arasındaki ilişki incelendiğinde her iki grupta da en yüksek oranın lise mezunlarında olduğu (yatış kararı verilmeyen grupta %36,7, yatış kararı verilen grupta %36,5) saptandı. Özellikle lise, ortaokul ve üniversite mezunlarının her iki grupta da yüksek oranda yer alması daha yüksek eğitim düzeyinin zorunlu yatış kararları üzerinde net bir etkisinin olmadığını düşündürmektedir. Zeppego ve arkadaşları yaptıklarının yaptığı çalışmada (139), zorunlu yatışı yapılan hastaların eğitim düzeyinin düşük olduğunu ortaya konmuşken Chang ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, hastaların eğitim düzeyinin yüksek olduğu bildirilmiştir (140). Literatürde bu konuyla ilgili farklı görüşlerin olduğu saptanmıştır.

Zorunlu yatış gerektiği yönünde görüş verilen olgularda eğitim durumu yükseldikçe yatışın gerçekleşme ve yatışın yapıldığı merkezde kalma sürelerinin kısaldığı saptanmış olmakla birlikte iki bulgunun da istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görüldü.

Zorunlu yatış kararı verilip yatışı yapılmış olgularda, hastaların eğitim durumları cinsiyete göre karşılaştırıldığında aralarında anlamlı fark saptandı ($p<0,026$). Kadın hastalarda okuryazar olmayanların (%8,3) ve üniversite mezunlarının (%33,3) oranının, erkeklere göre (%1,4 ve %12,7) belirgin biçimde yüksek olduğu, erkek hastalarda lise (%40,8), ortaokul (%28,2) ve ilkokul (%16,9) mezunlarının oranının, kadınlardan (%29,2; %12,5; %12,5) daha fazla olduğu görüldü. Bu durum, kadınlarda eğitim düzeyinin düşük ve yüksek uçlarda yoğunlaştığını, erkeklerde ise orta düzey eğitim gruplarında daha yüksek oranlar görüldüğünü göstermektedir.

5.1.8. Çalışma Durumu

Olguların %59,1'inin çalışmadığı, %33,5'inin çalıştığı ve %7,3'ünün ise emekli olduğu görüldü. Zorunlu yatış kararı ile çalışma durumu arasındaki ilişki incelendiğinde, çalışmayanların oranı zorunlu yatış kararı verilen grupta (%63,5), yatış kararı verilmeyen gruba (%51,7) göre daha yüksek olmakla birlikte bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı. Çalışma durumunun zorunlu yatış kararı verilmesinde ve yatış sürecinin dinamiklerinde belirleyici bir faktör olmadığı görüldü.

Walker ve arkadaşlarının yaptığı bir meta-analizde, işsiz olma durumunun zorunlu yatış kararlarıyla ilişkisinin istatistiksel olarak anlamlı bulunduğu bildirilmiştir (141).

Çalışmayan bireylerin sosyal destek ağlarının daha sınırlı olması, düşük sosyoekonomik düzey ve günlük yaşam rutinlerinin azlığı gibi etkenlerle ruhsal sağlık açısından daha kırılgan olabileceklerini düşündürse de çalışmamızın örneklem büyüklüğünün kısıtlılığı göz önünde bulundurulduğunda bu ilişkinin anlamlı düzeyde olmadığı sonucuna varıldı.

5.2. Olguların Yıllara Göre Dağılımı

2022 yılında 37, 2023 yılında 54 ve 2024 yılında 73 olmak üzere zorunlu yatış değerlendirmesi yapılan olgu sayısının yıllar içinde giderek arttığı görüldü. Hakkında zorunlu yatış gerektiği yönünde görüş bildirilen hasta oranlarının ise 2022 yılında %78,4 iken 2023'te %72,2'ye, 2024'te ise %49,4'e gerilediği belirlendi. Bu durumun hasta yakınlarının bilinç düzeyindeki yükselme ile birlikte adli mercilere yapılan başvuruların ve başvuru popülasyonundaki klinik tablosu daha hafif olan hastaların oranının artmasından kaynaklandığı düşünülmüştür.

Wierdsma ve arkadaşlarının yaptığı 10 yıllık bir çalışmada ise zorunlu yatış oranlarında artış olduğu bildirilmiştir (142).

5.3. Olguların Aylara Göre Dağılımı

Olguların aylara göre dağılımında en fazla ekim (%12,2) en az ise temmuz aylarında değerlendirme yapıldığı görüldü. Genel olarak sonbahar ve kış başı

dönemlerinde zorunlu yatış değerlendirmesi yapılan olgularda belirgin bir artış gözlenirken, yaz aylarında, özellikle de temmuz ve eylül aylarında düşüş eğilimi olduğu saptandı. Bu durumun, mevsimsel faktörler (hava koşulları, sosyal aktiviteler, tatil dönemleri), hastalıkların alevlenme dönemleri veya adli mercilere başvuru davranışlarındaki farklılıklar gibi çeşitli nedenlerle ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Özellikle ekim aylarındaki belirgin artış, mevsim geçişlerinin (sonbahar) bireylerin ruhsal durumları üzerindeki olası etkileriyle ilişkilendirilebilir.

2023 yılında yapılmış bir sistematik derlemede, Ekim 1992 ile Ağustos 2020 arasında farklı kıtalardaki 19 ülkeden yapılan çalışmalara bakılarak mevsimsel değişimin ağır ruhsal hastalık başvuruları üzerindeki etkisi araştırılmış, ilkbahar ve yaz aylarında yatışlarda artış olduğu belirtilmiştir. Bu çalışma ile bizim çalışmamızdaki veriler arasında uyumsuzluk bulunmasının sebebi; iklimsel farklılıklar, kültürel etkiler, çalışma popülasyonu, alkol ve madde bağımlılığı tanımlı olguların bu derlemeye dahil edilmemeleri olabilir. (143).

5.4. Klinik Özellikler

5.4.1. Önceki Psikiyatrik Tanı Durumu

Olguların %81,7'sinin önceden psikiyatrik hastalık tanısının olduğu görüldü. Bu durum, değerlendirilen hasta grubunda kronikleşmiş veya tekrarlayan psikiyatrik rahatsızlıkların baskın olduğunu, yani zorunlu yatış sürecinin çoğunlukla daha önceden psikiyatrik hastalık tanısı konmuş bireylerde gündeme geldiğini düşündürmektedir. Bu bulgu, psikiyatrik izlem ve tedavi süreçlerinin sürekliliği açısından önemli bir gösterge olarak değerlendirilebilir.

Olgularda hastalığın erken dönemine (ilk psikotik ataktan sonraki iki sene içerisinde) ait verilerin incelendiği bir çalışmada, istem dışı hastaneye yatış oranı %25 olarak bildirilmiştir. (144).

5.4.2. Mevcut Tedavi Durumları

Olguların %43,3'ünün tedaviye uyumunun olmadığı, %28,7'sinin halen düzenli tedavi almakta olduğu, %17,1'inin daha önceden hiç tedavi almadığı ve %11'inin ise daha önceden tedavi aldığı mevcut tedavisinin bulunmadığı görüldü.

Zorunlu yatış kararı verilip verilmediği mevcut tedavi durumlarına göre karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,01$). Tedaviye uyumu olmayan hastalarda zorunlu yatış kararı verilme oranı (%66,3), uyumsuz olduğu halde yatış kararı verilmeyen hastalara göre (%3,3) oldukça yüksek; buna karşılık, düzenli tedavi alan hastalarda yatış kararı verilme oranı (%11,5), yatış kararı verilmeyen hastalara göre (%58,3) belirgin şekilde düşük saptandı. Bu bulgular, tedaviye uyumsuzluğun zorunlu yatış kararının verilmesinde önemli bir risk faktörü olduğunu, düzenli tedavi almanın ise zorunlu yatış gereksinimini azaltıcı bir etkisi bulunduğunu göstermektedir.

2019 yılında yapılan bir çalışmada hastaların tedaviye uyumun artmasıyla zorunlu yatış oranlarında istatistiksel olarak anlamlı bir düşüş olduğu bildirilmiştir (145).

Diğer bir çalışmada ise majör psikiyatrik bozukluklardaki hastaların toplam %49'unun ilaç kullanımına uyumsuz olduğu, tedaviye uyumsuzluğun yüksek olması zorunlu yatış riskini de arttırdığı belirtilmektedir. (146).

5.4.3. Daha Önceki Psikiyatrik Yatış Durumu

Olguların yarısında daha önce psikiyatrik nedenli hastane yatışının olduğu görüldü. Hastaların daha önceki psikiyatrik yatış durumları, zorunlu yatış kararı açısından karşılaştırıldığında aralarında anlamlı bir ilişki saptanmadı.

Lebenbaum ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada son bir yıl içinde psikiyatrist ziyareti yapmış olmanın zorunlu psikiyatrik yatış riskini istatistiksel olarak anlamlı şekilde azalttığı bildirilmiştir (147). Geçmiş yatış öyküsünün tek başına zorunlu yatış kararını belirlemede etken bir faktör olmadığı düşünülebilir.

5.4.4. Daha Önceki Zorunlu Yatış Durumu

Olguların %29,3'ünde ($n=48$) daha önce kapalı bir psikiyatri servisinde zorunlu yatış öyküsü olduğu belirlenmiştir. Hastaların daha önceki zorunlu yatış durumları, zorunlu yatış kararı açısından karşılaştırıldığında; yatış kararı verilenlerde daha önce zorunlu yatışı olanların oranı (%33,7), yatış kararı verilmeyenlerdeki

orana (%21,7) göre daha yüksek saptanmış olmakla birlikte bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı saptanmadı ($p=0,148$)

Lay ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada geçmişte zorunlu yatışı olan bireylerin zorunlu yeniden yatış açısından istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek riskli bulunduğu (148), Ma ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada da önceki yatış öyküsü olan hastaların zorunlu yatış riskinin anlamlı derecede daha yüksek olduğu bildirilmiştir (149).

5.4.5. Zorunlu Yatış Kararı Verilen Olgular

Olguların %63,4'ü hakkında yatış gerektiği yönünde görüş verildiği saptandı.

Yunanistan'da yapılan bir çalışmada adli değerlendirmeye tabi tutulan olguların yaklaşık %51'i hakkında zorunlu yatış kararı verildiği (150), Yunanistan'da yapılan diğer bir çalışmada ise savcılık aracılığıyla başlatılan değerlendirme sonucunda olguların %77,4'ü hakkında zorunlu yatış görüşü verildiği bildirilmiştir (151). Bu bulgular, adli psikiyatrik değerlendirme yapılan grubun kendine ya da başkalarına zarar verme riskinin yüksek olduğunu düşündürmektedir.

5.4.6. Zorunlu Yatış Kararı Verilen Olguların Tanıları

Zorunlu yatış gerektiği görüşü verilen hastaların tanıları incelendiğinde; olguların %40,4'ünün madde kullanım bozukluğu, %29,8'inin şizofreni spektrumu ve diğer psikotik bozukluk atağı, %20,2'sinin bipolar bozukluk atağı, %4,8'inin alkol kullanım bozukluğu, %2,9'unun mental retardasyon, %1'inin Alzheimer/demans tanısı ile değerlendirildiği görüldü. Ayrıca olguların %1'ine yapılan muayeneler sonucu tanı konulamadığı ve gözlem amaçlı yatış yapılması gerektiği yönünde görüş verildiği saptandı.

Kanada'da 2008-2018 yılları arasında genel popülasyondaki istemsiz yatış kararı verilen olguların incelendiği bir çalışmada, hastaların %25,1'inin duygudurum bozukluğu, %22,3'ünün şizofreni spektrumu ve diğer psikotik bozukluklar ve %18,8'inin madde kullanım bozukluğu tanısı olduğu bildirilmiştir (133).

Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yapılan bir çalışmada zorunlu yatışı yapılan olguların en sık %39'unun şizofreni, %28'inin bipolar bozukluk ve %10'unun başka türlü adlandırılmayan psikoz tanılarıyla, (130)

Bolu'da 2015-2021 yılları arasında zorunlu yatış yapılan hastaların verilerinin incelendiği bir çalışmada olguların en sık psikotik bozukluk (%55,2), alkol/madde kullanım bozukluğu (%18,5) ve bipolar affektif bozukluk (%14,2) tanılarıyla değerlendirildiği bildirilmiştir. (129).

Çalışmamızda madde kullanım bozukluğu tanısının ilk sırada yer alması madde kullanımı ve buna bağlı zorunlu yatış gerekliliğinin son yıllarda ciddi şekilde artması ve çalışmanın yapıldığı bölge olan Isparta ilinde madde kullanım oranlarıyla ilişkili olabileceği düşünülmüştür.

5.4.7. Zorunlu Yatış Kararı Verilmeyen Olguların Tanıları

Zorunlu yatış kararı verilmeyen olguların %23,3'ünün madde kullanım bozukluğu, %16,7'sinin bipolar bozukluk remisyon, %16,7'sinin şizofreni spektrumu ve diğer psikotik bozukluklar remisyon tanılarıyla değerlendirildiği, %16,7'sinde ise anlamlı bir psikopatoloji saptanmadığı görüldü. Bu durum zorunlu yatış kararı verilmeyen olguların çoğunda klinik tablonun ya görece stabil (remisyonunda) ya da akut yatış endikasyonu gerektirmeyecek düzeyde olduğunu göstermektedir. Madde kullanım bozukluğunun ilk sırada yer alması, madde kullanımının tek başına her zaman kapalı servis yatışı gerektirmediğini; klinik belirtilerin şiddeti, eşlik eden psikotik bulgular veya davranışsal risk faktörleri olmadığında ayaktan takip ve yönlendirme gibi seçeneklerin tercih edilebildiğini düşündürmektedir.

Bipolar bozukluk ve şizofreni spektrumu olgularının %16,7 oranında remisyon döneminde olması, bu hastalarda aktif psikotik veya manik/depresif alevlenme olmadığında zorunlu yatış gereksiniminin ortadan kalktığını ortaya koymaktadır. Benzer şekilde, %16,7'lik “anlamlı psikopatoloji saptanmayan” grup da adli başvuruların bir kısmının hukuki veya sosyal nedenlerle (boşanma davalarında karşı tarafın iddiası gibi) geldiğini ancak klinik olarak yatış gerektirecek düzeyde ruhsal bozukluk bulunmadığını göstermektedir.

Daha düşük oranlarda görülen Alzheimer/demans, yaygın anksiyete bozukluğu, alkol kullanım bozukluğu, mental retardasyon ve majör depresyon tanıları ise, muhtemelen mevcut dönemde akut risk veya belirgin işlev kaybı yaratmadıkları için ayaktan takip veya sosyal destek temelli yaklaşımlara yönlendirilmiştir. Antisosyal kişilik bozukluğu ve simülasyon ile kumar bağımlılığı gibi en nadir tanılar ise, doğası gereği genellikle kapalı psikiyatri servisi yatışı yerine farklı sosyal/adalet mekanizmalarıyla yönetilebilen durumları temsil etmektedir.

Genel olarak bu tablo, zorunlu yatış kararının yalnızca tanıya değil, o anki klinik tabloya, risk değerlendirmesine ve işlevsellik düzeyine bağlı olarak verildiğini net şekilde yansıtmaktadır.

5.4.8. Zorunlu Yatış Gerektiği Yönünde Görüş Verilmiş Olmakla Birlikte Yatışı Gerçekleştirilmeyen Olgular

Yatış kararı verilen olguların %8,7'sinin yatışının fiilen gerçekleşmemiş olduğu saptandı. %8,7 gibi kayda değer bir oranın uygulamaya yansımamış olması, tıbbi görüş ile uygulama arasındaki boşluğa dikkat çekmektedir. Bunun nedenleri arasında hastaların sevk sürecinde yaşanan idari veya sorunlar, hakkında yatış gerektiği yönünde görüş verilen hastaya mahkeme kararından sonra ulaşılamaması, ailelerin itirazı ya da iş birliği yapmaması, sağlık kurumlarında yatak bulunamaması ya da uygun bir hastane bulunana kadar geçen zamanda hastanın klinik tablosunda yaşanan değişiklikler olabilir. Literatürde de benzer şekilde, alınan zorunlu yatış kararlarının her zaman uygulamaya geçmediği, özellikle idari ve altyapısal faktörlerin bu süreçte önemli rol oynadığı belirtilmiştir (126). Bu durum, ruh sağlığı hizmetlerinde karar ve uygulama arasındaki uyumsuzluğun ele alınması gerektiğini göstermektedir.

5.4.9. Zorunlu Yatış Kararı Sonrasında Hastaneye Yatışın Yapıldığı Sürelerin Değerlendirilmesi

Hakkında kapalı psikiyatri servisine yatması gerektiği görüşü verilen hastaların yatışlarının gerçekleşme süresi ortanca değeri 35 (12,5–68) gün olup, en kısa süre 0 gün, en uzun süre ise 252 gün olarak kaydedilmiştir. Olguların yıllara göre yatışlarının gerçekleşme süreleri incelendiğinde; 2022 yılı için ortanca değer 40

(11–69) gün, 2023 yılı için 28 (12–63) gün ve 2024 yılı için 53 (14–71) gün olarak saptandı.

Zorunlu yatış kararı verilen olgularda; yatışın gerçekleşme süresi uzadıkça merkezde kalma sürelerinin kısalacağı görülmüştür. Bu ilişki çok zayıf düzeyde olmakla birlikte istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($\rho=-0,211$, $p=0,040$).

Yatışın gerçekleşme süresi ve merkezde kalınan süreler ile olgu yılları arasındaki ilişki değerlendirildiğinde ise, yıllar ilerledikçe yatış gerçekleşme sürelerinde artış saptanmış olmakla birlikte bu ilişkinin çok zayıf düzeyde olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür ($r=0,069$, $p=0,508$).

Zorunlu yatış kararı verilen hastalarda, yatışın gerçekleşme süresi yıllara göre değişiklik göstermektedir. Son yıllarda bu sürede belirgin bir artış eğilimi dikkat çekmektedir. Yatışın gecikmesi, merkeze kabul sonrasında kalınan süreyi kısaltmakta ve bu ters yönlü ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bu durumun hastalıkların atak dönemlerinin hafiflemesi ve belirtilerin azalmasından kaynaklı olabileceği düşünülmektedir.

Madde kullanım bozukluğu tanılı hastaların, diğer psikiyatrik tanılara sahip hastalara kıyasla yatışlarının gerçekleşme süreleri daha uzun bulunmuştur. Madde kullanım bozukluğu tanılı olguların yatış gerçekleşme süresi ortanca değeri 45 (18–72) gün iken, diğer psikiyatrik tanılı hastalarda bu süre 31 (11–62) gün olarak saptanmıştır. Madde kullanım bozukluğu olan hastaların yatış süresi diğer tanı gruplarına göre daha uzun olması, tedaviye uyum, yasal süreçlerin işleyişi, kapalı AMATEM servis yatak sayısının az olması veya servis kabul kriterlerindeki farklılıklarla ilişkilendirilebilir.

Demografik incelemelerde, yaşın artmasıyla birlikte yatış süresinin kısalacağı, çalışma durumu olan bireylerde sürenin daha kısa, çocuk sahibi olanlarda ise daha uzun olduğu görülmektedir. Ancak bu ilişkiler istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Bulgular, zorunlu yatış süreçlerinde yıllara, demografik özelliklere ve tanıya bağlı değişkenlik olduğunu, ancak çoğu ilişkinin istatistiksel anlam taşımamakla birlikte klinik açıdan önemli olduğunu göstermektedir.

Literatürde bu konuyla ilgili pek veri bulunmamakla birlikte, Kiouss ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada zorunlu yatış sürecinde duruşmaların veya karar

süreçlerindeki gecikmelerin doğrudan yatış süresinin uzamasına yol açabildiği bildirilmiştir (152).

Biswas ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada yatış gecikmelerinin hastaların klinik durumunu kötüleştirdiği ve saldırganlık gibi olayların sıklığını da artırdığı belirtilmiştir (153).

5.4.10. Zorunlu Yatış Kararı Verilen Olguların Hastanede Kalış Süresi

Zorunlu yatış kararı verilen olgularda yıllara göre merkezde kalma süreleri incelendiğinde; 2022 yılı için ortalama değer 31 gün, 2023 yılı için 33 gün, 2024 yılı için ise 27 gün olarak bulunmuş, tüm yıllar bir arada değerlendirildiğinde ortalama değer 28 gün olarak saptandı. Yıllar ilerledikçe kalış sürelerinde azalma eğilimi görülse de bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı. Literatürde ise kalite iyileştirme yöntemlerinin bu sürelere etkisini gösteren bulgular mevcuttur. Adlington ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada, kalite iyileştirme uygulamalarının benimsendiği bir merkezde 12 ayın sonunda hem yatış sürelerinin hem de yatak doluluğunun azaldığı gösterilmiştir. Bu sonuç, uygun yöntem ve politikaların devreye alınması durumunda, yatış sürelerinin kısaltılabileceğine işaret etmektedir (154).

Baeza ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada ileri yaştan daha uzun yatışlarla ilişkili olabileceği bildirilmiştir (155). Çalışmamızda da yaş ile kalış süresi arasında anlamlı pozitif ilişki saptandı. Yaşlı hastalarda kalış süresinin uzaması; ek tıbbi sorunların varlığı, sosyal destek eksikliği ve taburculuk sonrası güvenli yaşam koşullarının sağlanmasındaki güçlüklerle ilişkili olabileceği düşünüldü.

Silva ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada, düşük eğitim düzeyinin uzun yatış süresiyle ilişkili olduğu bildirilmiştir (156). Çalışmamızda istatistiksel olarak anlamlı bulunmamakla birlikte eğitim düzeyi arttıkça kalış süresinde azalma eğilimi izlenmiştir. Bu durum, yüksek eğitimli bireylerin tedaviye uyumunun ve taburculuk sonrası yaşam düzenlemelerinin daha kolay sağlanabilmesiyle açıklanabilir.

Newman ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada işsizlik/gelir yokluğunu daha uzun yatışla ilişkilendirildiği (157), Bakola ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada yalnız yaşayan hastaların zorunlu yatışta kalış süresi yalnız yaşamayanlara göre kısa

bulunduğu (158), İsmail ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada ise çalışmamızla uyumlu olarak yalnız yaşayan zorunlu yatışı yapılan hastalarının yatış süresinin uzadığı bildirilmiştir (159). Çalışmamızda yalnız yaşayan hastaların kalış süreleri, yalnız yaşamayanlara göre anlamlı derecede uzundur. Bu bulgu, sosyal destek yetersizliğinin taburculuğu geciktirdiğini ve bu grubun rehabilitasyon veya güvenli yaşam ortamı sağlanana kadar merkezde tutulma gerekliliğini göstermektedir.

Tanırlara göre yapılan karşılaştırmada, madde kullanım bozukluğu tanısı olan hastaların kalış süreleri diğer psikiyatrik tanılı hastalara göre anlamlı derecede daha kısa bulunmuştur. Bu durum, söz konusu grupta tedavi planlarının farklı olması veya taburculuk kararlarının daha hızlı verilmesi ile ilişkili olabilir. Crossley ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada psikotik hastalık tanısının yatış süresini uzatan önemli bir belirleyici olduğu belirtilmiştir (160). Koçak ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada en uzun yatış süresine sahip hastalık grubu bipolar bozuklukken en kısa kalış süresi alkol ve madde kullanım bozukluğu tanısı alan hastalardan olduğu gösterilmiştir (161). Burrer ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise çoklu madde kullanım bozukluğu olan hastaların yatış sürelerinin kısa olduğu, şizofreni tanılı hastalarda, eşlik eden madde kullanım bozukluğunun yatış sürelerini kısaltan bir faktör olduğu vurgulanmıştır (162).

5.4.11. Zorunlu Yatışın Yapıldığı Sağlık Merkezlerinin Bulunduğu İller

Kapalı psikiyatri servisine yatışı uygun görülen hastaların il merkezlerine göre dağılımı incelendiğinde; olguların %83,2'sinin Konya, %11,6'sının Manisa, %2,1'inin Eskişehir, %1,1'inin İstanbul, %1,1'inin Kocaeli ve %1,1'inin Samsun illerinde yatışlarının gerçekleştirildiği belirlenmiştir.

Çalışmamızın yapıldığı Isparta'da kapalı psikiyatri servisi bulunmaması nedeniyle yatışların büyük ölçüde Isparta'ya komşu olan Konya'da yoğunlaşmasının sevk protokollerinin Konya'yı bir bölge başvuru merkezi olarak konumlandırması, hasta ve yakınlarının ulaşım kolaylığı gibi lojistik etkenler veya adli/idari yazışmaların standartlaşmış biçimde Konya'ya yönlendirilmesiyle ilişkili olabileceği değerlendirilmiştir. Manisa da aynı sebeplerle ikincil bir odak olarak öne çıkmaktayken Eskişehir, İstanbul, Kocaeli ve Samsun'a yapılan sınırlı sayıdaki yatışlar ise istisnai durumlara (özel klinik ihtiyaç, boş yatak bulunurluğu, hastanın

sosyal destek ağı/ikametgahı, nakil zamanlaması) bağlı olabileceğini düşündürmektedir.

5.5. Olguları Gönderen ve Rapor İsteyen Makamlar

Zorunlu yatış değerlendirmesi için gönderilen olguların yarısından fazlasının (%50,6) yalnızca mahkeme üst yazısı ile gönderildiği saptanmıştır. Mahkeme ile birlikte savcılığın (%21,3) veya emniyetin (%12,8) yer aldığı üst yazılar ise ikinci ve üçüncü sıklıkta görülmektedir. Bu dağılım, başvuruların büyük ölçüde yargı makamları, özellikle de mahkemeler aracılığıyla yapıldığını; diğer adli ve kolluk kurumlarının ise daha sınırlı sayıda olgu gönderdiğini ortaya koymaktadır.

5.6. Olguları Gönderen ve Rapor İsteyen Makamların İl ve İlçe Dağılımı

Olguları gönderen veya rapor talep eden makamların yerleşim yeri dağılımı incelendiğinde; olguların %66,5'inin Isparta il merkezinden, %25'inin Isparta'ya bağlı ilçelerden ve %8,5'inin ise Isparta il dışından geldiği belirlenmiştir. Ayrıntılı değerlendirmede, il merkezinden başvuruların açık ara en yüksek oranda olduğu, ilçeler arasında en fazla olgunun %6,1 ile Keçiözümlü'dan gönderildiği, il dışı başvurularda ise %7,3 ile Afyonkarahisar ve ilçelerinin ilk sırada yer aldığı görülmüştür. Bu bulgular, başvuruların büyük oranda merkezde yoğunlaştığını, çevre ilçelerden ve il dışından gelen olgu sayısının ise nispeten daha düşük olduğunu göstermektedir.

Isparta il merkezinden gönderilen olguların %67'sine, Isparta ilçelerinden gönderilen olguların %58,5'ine ve Isparta ili dışından gönderilen olguların %50'sine zorunlu yatış gerektiği yönünde görüş verildiği saptanmıştır. Yatış kararı verilen hastaların hem sayı hem de oran bakımından en fazla Isparta il merkezinde (%70,2) olduğu görülmüştür. Ayrıntılı olarak değerlendirildiğinde; yatış kararı verilen hastalarda Isparta il merkezinden gelenlerin oranı (%70,2), yatış kararı verilmeyenlerdeki il merkezinden gelen oranına (%60,0) göre daha yüksek bulunurken; yatış kararı verilmeyenlerde Isparta ilçelerinden gelenlerin oranı (%28,3) ve il dışından gelenlerin oranı (%11,7), yatış kararı verilenlerdeki ilçelerden gelen (%23,1) ve il dışından gelen (%6,7) oranlarına göre daha yüksek saptanmış

olmakla birlikte bu dağılımlar arasındaki farklılık, istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0,350$).

Karasch ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada psikotik bozukluk tanısı olan ve yoğun nüfuslu bölgelerde yaşayan hastaların zorunlu yatış açısından daha yüksek risk taşıdığı bildirilmiştir (163). Bu bulgu, bizim çalışmamızda da gözlenen il merkezinden gelen olgularda zorunlu yatış oranlarının daha yüksek olmasıyla paralellik göstermektedir. Dolayısıyla hem ulusal hem de uluslararası veriler, şehir merkezlerinde zorunlu yatış ihtiyacının kırsal alanlara kıyasla daha belirgin olabileceğine işaret etmektedir.



6. KISITLILIKLAR

Çalışmanın retrospektif olması ve örneklem boyutunun darlığı nedeniyle olgular ile ilişkili değerlendirmelerin dosyalardaki verilerle sınırlı kalması çalışmamızın kısıtlılıklarını oluşturmaktadır.

Literatürde zorunlu yatış değerlendirmesi yapılan hastalarda adli psikiyatri ile ilgili çalışmaların ve konuya ilişkin verilere az rastlanılmış olması sonuçları tartışabilmemizi zorlaştırmıştır.



7. SONUÇ ve ÖNERİLER

Literatürde koruma amacıyla özgürlüğün kısıtlanması kararlarına esas olmak üzere adli tıbbi rapor düzenleme talepleri ve bu konuda yapılan değerlendirmelerin yıllar içerisinde arttığı görüldüğü gibi bu durum çalışmamızda da saptanmıştır. Çalışmamız zorunlu yatış değerlendirmesi yapılan hastaların klinik ve sosyodemografik özelliklerini ve uygulamadaki sorunları ortaya koyması açısından hem hasta profiline hem de uygulama süreçlerine yönelik önemli noktalara dikkat çekmektedir.

Zorunlu yatış kararları; sadece tıbbi bir karar değil, aynı zamanda hukuki, etik ve toplumsal boyutları olan çok katmanlı süreçlerdir. Bu çalışmanın bulguları, adli psikiyatri uygulamasında sistemden kaynaklanan eksikliklerin olduğunu ve multidisipliner olarak yeniden düzenlemeler gerektiğini ortaya koymaktadır. Zorunlu yatış değerlendirmelerinin yapılacağı her sağlık merkezinde adli tıp uzmanları ile ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanlarının bulunduğu Adli Psikiyatri Bilirkişi Kurulları oluşturulmalı; tartışmalı olgular multidisipliner olarak değerlendirilmeli, standardize edilmiş rehberlere dayalı karar süreçleri benimsenmelidir.

Zorunlu tedavi kararı, hastanın özgürlük hakkına ciddi müdahale anlamına gelmekte olup etik açıdan hassas bir denge gerektirmektedir. Özellikle tanısı net olmayan, remisyon döneminde olan ya da tedavi uyumu gösteren bireylerde bu kararın verilmesi hekimler açısından vicdani ve yasal ikilemler yaratabilmektedir. Bu nedenle verilecek kararların yalnızca tanıya dayalı değil kişinin karar verme, yargılama ve davranışlarını yönlendirme yeterlilikleri, iç görüşü, düşünce içeriği (persekütif, paranoid hezeyanlar, homisidal ya da suisidal düşünceler), özbakımı, duygudurumu, kendine zarar verme davranışları dikkate alınarak yapılacak adli psikiyatrik muayene sonucu verilmesi gerekmektedir. Adli tıp pratiğinde; hastaların muayene sırasında suç sonucu verilecek cezalardan kurtulmaya ya da cezaevinden akıl hastalığı nedeniyle ruh sağlığı ve hastalıkları hastanelerine geçmeye yönelik ikincil kazanç elde etme amacıyla simülasyon, sürsimülasyon ya da dissimülasyon davranışları sergileyerek, olduğundan farklı görünme çabası içinde bulunabildikleri bilinmektedir. Bu nedenle, yalnızca psikiyatri uzmanlarının değil, aynı zamanda adli tıp uzmanlarının da deneyim ve bakış açısını birleştirecek şekilde, bu alanda çalışan

bir hekim grubunun bu değerlendirmeleri yapması daha uygun olacaktır. Bu bağlamda, sahadaki eksik profesyonel kadroların yetiştirilebilmesi amacıyla Adli Tıp uzmanları ile Ruh Sağlığı ve Hastalıkları uzmanlarına yönelik Adli Psikiyatri yan dal uzmanlık programının başlatılmasının ve bu alanda özelleşmiş uzmanların yetiştirilmesinin faydalı olacağı düşünülmüştür.

Çalışmamızda yıllar içinde zorunlu yatış değerlendirmesi istenen olgu sayısında belirgin bir artış olduğu görülmüştür. 2022 yılında değerlendirme yapılan hasta oranı %22,6 iken, 2024'te bu oran %44,5'e ulaşmıştır. Bu durumun yargı makamlarının, sağlık sisteminin, hasta yakınlarının ve toplumun akıl hastalığına ve davranışsal bozukluklara dair duyarlılığının artması, sosyal bozulmalar, toplumda madde kullanımı oranlarındaki artma ve sistematik yönlendirme kolaylığı ile de ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Adli süreçte ruhsal hastalıkların değerlendirilmesi ihtiyacının artmasıyla birlikte adli psikiyatri birimlerinin personel, altyapı ve koordinasyon kapasitesinin artırılması, önleyici psikiyatrik hizmetlerle bütünsel bir modelin benimsenmesi gerekmektedir.

Çalışmamızda zorunlu yatış kararı verilen hastaların %40,4'ünün madde kullanım bozukluğu tanısı aldığı ve bu tanının yıllar içinde arttığı görülmekle yatışı gerektiği yönünde görüş bildirilen ancak yatışı yapılamamış hastaların %89'unun bu tanıya sahip olması, bu grubun yatış kararlarının uygulamaya geçmesinde en çok sorun yaşanan grup olduğu görülmektedir. Literatürde de, madde bağımlılığı olan bireylerin zorunlu tedavi süreçlerine daha sık dahil oldukları ve yüksek relaps riski nedeniyle etkin rehabilitasyon gerektirdiği vurgulanmaktadır (164). Madde bağımlılığı tanısı alan hastalar için özel yatak kontenjanlarının sayısının artırılması, arındırma ve rehabilitasyon sürecini kapsayan bütüncül tedavi modellerinin yaygınlaştırılması ayrıca adli birimlerle doğrudan çalışan ve bu konuda özel eğitim almış bağımlılık tedavisi ve rehabilitasyonu koordinatörlerinin (sosyal hizmet/psikiyatri hemşiresi/psikolog) istihdam edilmesi gerektiği düşünülmüştür.

Yatışı gerektiği yönünde görüş verilen hastalarda rapor düzenlenmesi sonrası yatışın gerçekleşme süresinin tüm yıllardaki ortalama değeri 35 gün olduğu, 2024 yılında ise 53 güne kadar uzadığı görülmüştür. Bu süre içinde hastalar gerekli tedaviden mahrum kalmakta, toplumda riskli davranışlar sergileyebilmekte veya

zarar görebilmektedir. Bu durum, yalnızca bireyin sağlığını değil, toplumsal güvenliği ve adalet sisteminin işleyişini de etkilemekte, özellikle psikotik atak veya madde etkisindeki bireylerde, bu gecikme süreci ciddi sonuçlar doğurabilmektedir (165). Çalışmamızda ayrıca, yatışı gerektiği yönünde görüş verilmiş olmasına rağmen hastaların %8,7'sinin yönlendirilebilecek merkezlerin yatak doluluğu, muayene sonrası karar aşamasına kadar olan süreçte hastaya ulaşamaması, idari süreçlerdeki gecikmeler ve koordinasyon eksikliği gibi nedenlerle yatırılmadığı görülmüştür. Bu nedenlerle, zorunlu yatış değerlendirmelerinin yapıldığı sağlık merkezlerinde muayene sonrası “yatış önceliği taşıyan olgular” için hızlı erişim sistemi (örneğin kırmızı kod gibi) tanımlanması, geçici gözlem birimleri veya adli ara servisler oluşturulması gerektiği düşünülmüştür. Adli psikiyatrik olgular için Sağlık Bakanlığı ile ortak çalışan bir “yatak koordinasyon sistemi” oluşturulmalı, hastaların sevk ve kabul süreçleri merkezi bir platform üzerinden yürütülmelidir. Ayrıca, doluluk raporlamaları ve yatak uygunluğu gerçek zamanlı olarak adli tıp birimleriyle paylaşılmalıdır. Böylece kendisi ve çevresi için tehlikelilik oluşturan hastaların en kısa sürede tedavisi ve rehabilitasyonuna başlanabilecektir.

Koruma amacıyla özgürlüğün kısıtlanmasında hastaların kolluk kuvvetleri aracılığıyla muayeneye getirilmelerine, muayene sonrası sevk edilecek merkeze kadar hastanın kendisi ve çevresine tehlikelilik oluşturabileceği durumların önüne geçebilmesi için yine kolluk görevlilerine ihtiyaç duyulmaktadır. Uygulamayı gerçekleştirecek kolluk personelinin bu yasanın esasları ile tutarlı olarak bu konuda özel eğitim almış olması gerekmektedir. Kararların uygulamaya geçmesinde adli makamlar ile kolluk kuvvetleri arasında bu konuda özel eğitim almış personellerin istihdam edilmesi veya özel birimler kurulmasıyla uygulamadaki aksaklıklarının önüne geçilebileceği düşünülmüştür.

Çalışmamızda tedaviye uyumu olmayan hastalarda zorunlu yatış kararı verilme oranı (%66,3), uyumsuz olduğu halde yatış kararı verilmeyen hastalara göre (%3,3) oldukça yüksek; buna karşılık, düzenli tedavi alan hastalarda yatış kararı verilme oranı (%11,5), yatış kararı verilmeyen hastalara göre (%58,3) belirgin şekilde düşük saptanmıştır. Zorunlu yatışı yapılan hastaların büyük bir kısmının daha önce tedaviye uyum göstermediği göz önüne alındığında, sadece yatış değil, taburculuk sonrası rehabilitasyonun da kritik önemde olduğu görülmektedir.

Literatürde, tekrarlayan yatışların ve adli yeniden başvuruların azaltılmasında evde destek, rehabilitasyon grupları ve psikososyal izlem uygulamalarının etkili olduğu bildirilmektedir (166). Zorunlu yatışı yapılan hastalar için “Zorunlu Tedavi Sonrası İzlem ve Rehabilitasyon Programı” geliştirilmesinin ve bu süreçte aile hekimleri, toplum ruh sağlığı merkezleri (TRSM), sosyal hizmet uzmanları ve yerel idari birimlerin iş birliği içinde çalışmasının tekrarlayan yatışların azaltılmasında ve rehabilitasyon çalışmalarının verimliliğinde önemli rol oynayacağı düşünülmüştür.

Ülkemizde koruma amacıyla özgürlüğün kısıtlanması Türk Medeni Kanunu’nun 432. Maddesi kapsamında düzenlenmiş olmasına karşılık adli psikiyatrik değerlendirme ve alınan kararların uygulama basamaklarında hukuki ve tıbbi açıdan açıklayıcı ve bilgilendirici bir kılavuz olması gerektiği düşünülmektedir. Koruma amacıyla özgürlüğü kısıtlanan hastaların tedavisi, eğitimi veya ıslahı için elverişli bir kuruma yerleştirilmesi veya alıkonulmasına ilişkin esas ve usulleri düzenleyen bir yönetmeliğe ihtiyaç duyulmaktadır (124). Türkiye’de ruh sağlığı alanında özelleşmiş bir yasa bulunmadığından TBMM Başkanlığına sunulmuş olan “Ruh Sağlığı Kanunu Teklifi” ile bireyin ve toplumun ruh sağlığıyla ilgili ihtiyaçlarının eksiksiz bir biçimde karşılanması için Adli Tıp ve Psikiyatri uzmanlık derneklerinden de görüş alınarak gerekli yasal altyapının oluşturulması öngörülmüştür. Çalışmamızın bulguları da bu konuda yapılacak yeni yasal düzenlemelere ihtiyaç bulunduğunu göstermektedir.

ÖZET

2022-2024 Yılları Arasında TMK'nın 432. Maddesi Kapsamında Zorunlu Yatış Değerlendirmesi İstenilen Olguların Retrospektif Analizi

Bu çalışmada, Türkiye’de zorunlu yatış veya istemsiz tedavi uygulamalarının hukuki altyapısını oluşturan Türk Medeni Kanunu’nun (TMK) 432. maddesi kapsamında zorunlu yatış gerekliliği konusunda Adli Tıp Ana Bilim Dalı ile Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı tarafından değerlendirilen olguların sosyodemografik özellikleri ve klinik durumlarının araştırılması, yatış süreçlerinde yaşanan sorunların ortaya konulması ve uygulamanın sağlıklı işleyebilmesi için önerilerde bulunulması amaçlanmıştır.

2022 ve 2024 yıllarında Isparta Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Ana Bilim Dalına zorunlu yatış ile ilgili değerlendirme ve rapor amacıyla başvuran 164 olguya ait veriler, Ana Bilim Dalının arşivinden ve dosyalardan geriye dönük olarak incelenmiştir.

Çalışmamızdaki olguların çoğunluğunun 18-64 yaş grubunda (%92,7) ve erkek (%70,7) bireylerden oluştuğu, tüm olguların yaş ortalamasının 36,2 olduğu, yıllar içinde değerlendirilen olgu sayısında artış olduğu görülmekle birlikte zorunlu yatış kararı verilme oranlarında düşüş olduğu,

Olguların %63,4’ü hakkında zorunlu yatış gerektiği yönünde görüş verildiği, %40,4’ünün madde kullanım bozukluğu, %29,8’inin şizofreni spektrumu ve diğer psikotik bozukluk, %20,2’sinin bipolar bozukluk tanılarıyla değerlendirildiği, hastaların yatışlarının gerçekleşme süresi ortalama değerinin 35 (0-252) gün, yatışı yapılan olguların hastanede kalış süresi ortalama değerinin 28 (0-153) gün olduğu, yatış kararı verilenlerin %8,7’sinin yatışının hiç gerçekleşmemiş olduğu görüldü.

Türkiye’deki birçok şehirde olduğu gibi çalışmanın yapıldığı Isparta ilinde de zorunlu yatışın yapılabileceği bir merkezin olmaması nedeniyle yatışın yapılabileceği uygun bir merkez bulunana kadar geçen sürelerin çok uzun olması, yatması yönünde karar verildiği halde yatışı gerçekleşmeyen hasta sayıları göz önüne alındığında hem hastaların tedavisi hem de toplumun güvenliği açısından zorunlu yatış değerlendirmelerinin yapıldığı sağlık merkezlerinde muayene sonrası “Yatış Önceliği Taşıyan Olgular” için hızlı erişim sistemi tanımlanması, geçici gözlem birimleri veya adli ara servisler oluşturulması, Sağlık Bakanlığı ile ortak çalışan bir “Yatak Koordinasyon Sistemi” geliştirilmesiyle sevk ve kabul süreçlerinin merkezi bir platform üzerinden yürütülmesi, tedaviye uyumun sağlanması ve tekrarlayan başvuruların önlenmesi amacıyla “Zorunlu Tedavi Sonrası İzlem ve Rehabilitasyon Programı” geliştirilmesinin gerektiği değerlendirildi.

Anahtar Kelimeler: Zorunlu Yatış, İstemsiz Tedavi, Zorunlu Tedavi, Koruma Amacıyla Özgürlüğün Kısıtlanması, Adli Psikiyatri

ABSTRACT

A Retrospective Analysis of Cases Between 2022-2024 Evaluated for Compulsory Hospitalization Under Article 432 of the Turkish Civil Code

This study aimed to investigate the sociodemographic characteristics and clinical conditions of cases evaluated under Article 432 of the Turkish Civil Code (TMK), which constitutes the legal framework for compulsory hospitalization and involuntary treatment in Turkey, as assessed by the Departments of Forensic Medicine and Psychiatry. In addition, the study sought to identify the problems encountered during hospitalization processes and to propose recommendations to ensure the effective implementation of the practice.

Data from 164 cases referred to the Department of Forensic Medicine, Faculty of Medicine, Süleyman Demirel University (Isparta), between 2022 and 2024 for evaluation and reporting regarding compulsory hospitalization were retrospectively reviewed from departmental archives and patient files. The majority of cases were individuals aged 18–64 years (92,7%) and male (70,7%), with a mean age of 36,2 years. Although the number of cases evaluated increased over the years, the proportion of cases in which compulsory hospitalization was deemed necessary decreased. Overall, compulsory hospitalization was recommended in 63,4% of cases; the most frequent diagnoses were substance use disorder (40,4%), schizophrenia spectrum and other psychotic disorders (29,8%), and bipolar disorder (20,2%). The median waiting time from decision to actual hospitalization was 35 days (range: 0–252), while the median length of stay for hospitalized patients was 28 days (range: 0–153). In 8,7% of cases for whom compulsory hospitalization was decided, hospitalization was never realized.

As in many other provinces in Turkey, the absence of a local facility in Isparta authorized to admit patients under compulsory hospitalization resulted in prolonged delays until a suitable center could be found, and in some cases, hospitalization was never carried out despite the decision. Considering the negative implications for both patient treatment and public safety, it is recommended that healthcare centers conducting compulsory hospitalization evaluations establish a rapid access system for “high-priority cases,” develop temporary observation units or forensic intermediate services, and implement a centrally managed “Bed Coordination System” in collaboration with the Ministry of Health to streamline referral and admission processes. Furthermore, the establishment of a “Post-Compulsory Treatment Follow-up and Rehabilitation Program” is considered essential to improve treatment adherence and prevent repeated admissions.

Key words: Involuntary Hospitalization, Compulsory Hospitalization, Compulsory Treatment, Deprivation of Liberty For Protective Purposes, Forensic Psychiatry

KAYNAKLAR

1. Dokgöz H, editor. Adli Tıp ve Adli Bilimler. Akademisyen Kitabevi; 2019. ISBN: 978-605-258-444-6. 22-23 p.
2. Cusack DA. The European Council of Legal and Forensic Medicine: its role and work in progressing harmonised standards and recommendations in Forensic and Legal Medicine investigation procedures, training and teaching through pursuit of internationally agreed and peer-reviewed published guidelines. *Int J Legal Med.* 2025;139(4):1781–5. doi: 10.1007/s00414-025-03446-w
3. Calcedo-Barba A. Objectivity and ethics in forensic psychiatry. *Curr Opin Psychiatry.* 2010;23(5):447. doi: 10.1097/YCO.0b013e32833cd1e6
4. Sher L. Forensic psychiatric evaluations: an overview of methods, ethical issues, and criminal and civil assessments. *Int J Adolesc Med Health.* 2015;27(2):109–15. doi: 10.1515/ijamh-2015-5001
5. Biçer Ü, Karakaya I, Kurtuş Ö, Gündoğmuş ÜN, Doğan T, Coşkun A. Farik ve Mümeyyizlik Değerlendirmesinde Multidisipliner Yaklaşımın Önemi. *Bull Leg Med.* 2002;7(2):63–8. doi: 10.17986/blm.200272477
6. Savrun B. Türkiye’de adli psikiyatri uygulamaları. *Türkiye Klin Psikiyatri Özel Derg.* 2011;4(1):60–6.
7. Prof. Dr. Sermet Koç, Yrd. Doç. Dr. Muhammed Can. Birinci Basamakta Adli Tıp. 2010.
8. Cottrell E, Grounds A. Medicine meets law:forensic psychiatry. *BMJ.* 2006;333(Suppl S3):0609335. doi: 10.1136/sbmj.0609335
9. Hakeri H. Tıp Hukuku. Ankara; 2022. 515 p.
10. Saruhan K. Psikiyatri Hastasının İstemsiz Yatış/Tedavisi. *Ank Barosu Derg.* 2023;81(4):497–529. doi: 10.30915/abd.1319588
11. Türkiye Cumhuriyeti Anayasası. Oct 18, 1982. Available from: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=2709&MevzuatTur=1&MevzuatTertip=5>
12. Türk Ceza Kanunu. Sep 26, 2004. Available from: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=5237&MevzuatTur=1&MevzuatTertip=5>
13. Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun. Apr 11, 1928. Available from: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=1219&MevzuatTur=1&MevzuatTertip=5>
14. Avrupa Konseyi. İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi (Oviedo Sözleşmesi). Oviedo: Avrupa Konseyi; 1997. Available from: <https://rm.coe.int/168007cf98>
15. Türk Tabipleri Birliği. Hekimlik Meslek Etiği Kuralları. Ankara: Türk Tabipleri Birliği; 2012. Available from: <https://www.ttb.org.tr/kutuphane/etik.pdf>
16. Sheehan KA. Compulsory treatment in psychiatry: *Curr Opin Psychiatry.* 2009;22(6):582–6. doi: 10.1097/YCO.0b013e3283330cd15
17. Sjöstrand M, Sandman L, Karlsson P, Helgesson G, Eriksson S, Juth N. Ethical deliberations about involuntary treatment: interviews with Swedish psychiatrists. *BMC Med Ethics.* 2015;16(1):37. doi: 10.1186/s12910-015-0029-5
18. Oğuz NY, Başaran D. Hukuki ve etik yönüyle zorla hastaneye yatırma. *Psikiyatri Psikol Ve Psikofarmakol Derg.* 1993;1(4):367–71.
19. Loue S. Faith-Based Mental Health Treatment of Minors: A Call for Legislative Reform. *J Leg Med.* 2010;31(2):171–201. doi: 10.1080/01947641003800203

20. Aidonis A, Papavramidou N, Moraitis K, Papageorgopoulou C. Trepanations in the ancient Greek colony of Akanthos: Skull surgery in the light of Hippocratic medicine. *Int J Paleopathol.* 2021;35:8–21. doi: 10.1016/j.ijpp.2021.07.008
21. Huntington G. De praestigiis daemonum: the origins of psychiatric history-taking – psychiatry in history. *Br J Psychiatry.* 2015;207(6):489–489. doi: 10.1192/bjp.bp.115.166454
22. Angane A. The divine madness: A history of schizophrenia. *Ann Indian Psychiatry.* 2017;1(2):133. doi: 10.4103/aip.aip_31_17
23. Philippe Pinel's 'Memoir on Madness' of December 11, 1794: a fundamental text of modern psychiatry. *Am J Psychiatry.* 1992;149(6):725–32. doi: 10.1176/ajp.149.6.725
24. Tölle R. Wilhelm Griesingers magna charta der Psychiatrie: Zur Rezeptions- und Wirkungsgeschichte. *Fortschritte Neurol · Psychiatr.* 2002;70(11):613–9. doi: 10.1055/s-2002-35173
25. Marx OM. Nineteenth-Century Medical Psychology: Theoretical Problems in the Work of Griesinger, Meynert, and Wernicke. *Isis.* 1970;61(3):355–70. doi: 10.1086/350651
26. Barton WE. A History of Psychiatry: From the Era of the Asylum to the Age of Prozac. *Psychiatr Serv.* 1998;49(9):1241–2. doi: 10.1176/ps.49.9.1241
27. Bilir MK, Artvinli F. The history of mental health policy in Turkey: tradition, transition and transformation. *Hist Psychiatry.* 2021;32(1):3–19. doi: 10.1177/0957154X20966178
28. Nesipoğlu G. Zorunlu Yatış Özelinden Ulusal 'Ruh Sağlığı Yasası'nın Önemi ve Gerekliliği. *Türkiye Klin Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi Derg.* 2017;25(2):49–56. doi: 10.5336/mdethic.2017-56263
29. European Convention on Human Rights.
30. Russell J. Peter Bartlett, Oliver Lewis and Oliver Thorold, Mental Disability and the European Convention on Human Rights. *Hum Rights Law Rev.* 2008;8(1):200–3. doi: 10.1093/hrlr/ngm034
31. Guidance on Community Mental Health Services: Promoting Person-Centred and Rights-based Approaches. 1st ed. Geneva: World Health Organization; 2021. 1 p.
32. Bloch, Sidney, Green, Stephen A. *Psychiatric Ethics.* 5th ed. Oxford University Press; 2021.
33. Peele, Roger, Chodoff, Paul. The ethics of involuntary treatment and deinstitutionalization. In: *Psychiatric ethics.* Oxford University Press; 1999. p. 423–40.
34. de Stefano A, Ducci G. Involuntary Admission and Compulsory Treatment in Europe: An Overview. *Int J Ment Health.* 2008;37(3):10–21.
35. Namboodiri V. Capacity for mental healthcare decisions under the Mental Healthcare Act. *Indian J Psychiatry.* 2019;61(10):676. doi: 10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_76_19
36. Aydın Er R, Şehiraltı M. An Unresolved Issue: Involuntary/Compulsory Treatment of Patients with Psychiatric Disorders. *J Psychiatr Nurs.* 2010;1(1):39–42.
37. Second Opinion Appointed Doctors - Hansard - UK Parliament. [accessed 9 Aug 2025] Available from: https://hansard.parliament.uk/commons/2002-09-19/debates/0907a360-cfbb-4f26-9249-3e6d71d4b185/SecondOpinionAppointedDoctorsutm_source=chatgpt.com
38. Erfolgreiche Verfassungsbeschwerde eines im Maßregelvollzug Untergebrachten gegen medizinische Zwangsbehandlung zur Erreichung des Vollzugsziels - Rheinland-pfälzische gesetzliche Regelung verfassungswidrig. [accessed 9 Aug 2025] Available from: <https://www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Pressemitteilungen/DE/2011/bvg11-028.html>
39. Sjöstrand M, Sandman L, Karlsson P, Helgesson G, Eriksson S, Juth N. Ethical deliberations about involuntary treatment: interviews with Swedish psychiatrists. *BMC Med Ethics.* 2015;16(1):37. doi: 10.1186/s12910-015-0029-5

40. Zhong R, Moreno A, Wasser T. A Proposal for the Capacity to Stipulate to Civil Commitment and a 50-State Review of Statutes.
41. Kim H, Kim SH, Jang S-Y, Jang S-I, An SK, Park E-C. Impact of the mental health law revision restricting hospitalization on healthcare utilization in South Korea using interrupted time series analysis. *Sci Rep*. 2024;14(1):29171. doi: 10.1038/s41598-024-80557-1
42. M. Can GER, Ahmet Türkcan. Tutuklu ve Hükümlülerle İlgili Adli Psikiyatri Uygulamaları. In: Adli Psikiyatri Uygulama Kılavuzu. 2023rd ed.
43. Ahmet M. Kılıçoğlu. Medeni Kanun’umuzun Aile Miras Eşya Hukukuna Getirdiği Yenilikler. 3rd ed. Ankara: Turhan; 2014. 174 p.
44. İbrahim Kaplan. İsviçre Medeni Kanunu’nun (Zgb’nin) Yetişkinlerin Korunmasına İlişkin Yeni Hükümlerinin Değerlendirilmesi. *Türkiye Barolar Birliği Dergisi*. Temmuz-Ağustos 2018(137):375–404.
45. Açıkgoz A. Dar anlamda vesayeti gerektiren hâller ve vesayet altına almanın işlem ehliyeti bakımından sonuçları. 1. baskı. Şişli, İstanbul: On İki Levha; 2017. 344 p.
46. Türk Medeni Kanunu. Nov 22, 2001.
47. Doğan M, Yakan B. Koruma Amacıyla Özgürlüğün Kısıtlanması Kapsamında Kuruma Yerleştirme Ve Kurumdan Çıkarma Kararı Ve Bu Kararlara Karşı Başvurulabilecek Yollar. *Erciyes Üniversitesi Hukuk Fakültesi Derg*. 2023;18(1):3–46. doi: 10.58820/eruhfd.1288923
48. Akıntürk T, Ateş Karaman D. Aile hukuku: yenilenmiş. Yirmibeşinci baskı. İstanbul: Beta; 2024. (Türk medenî hukuku).
49. Kocağa K. Koruma Amacıyla Özgürlüğün Kısıtlanması. *Ank Hacı Bayram Veli Üniversitesi Hukuk Fakültesi Derg*. 2006;10(1):33–54.
50. 4721 Sayılı Türk Medeni Kanunu Gerekçeleri. 2001. Report No.: 903.
51. Çavuşoğlu Işntan, P. Türk Hukukunda Yeni Bir Müessese: Koruma Amacıyla Kişi Özgürlüğünün Kısıtlanması (MK m. 432-437). *Galatasaray Üniversitesi Hukuk Fakültesi Derg*. 2004;3(2):297–306.
52. Gülşen Recep. Hukuk Sistemimizde Akıl Hastalarının Durumu ve Hareket Hürriyetlerinin Kısıtlanması. *Türkiye Klin Psikiyatri Derg*. 2003;4(2).
53. Öncü F, Sercan Mustafa. Ceza Hukukunda Adli Psikiyatri. In: Adli Psikiyatri Uygulama Kılavuzu. 2007. p. 33–50.
54. Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Walters EE. Prevalence, Severity, and Comorbidity of 12-Month DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62(6):617. doi: 10.1001/archpsyc.62.6.617
55. DSM-5 tanı ölçütleri başvuru el kitabı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği Yayıncılık; 2013.
56. Binbay T, Ulas H, Elbi H, Alptekin K. The psychosis epidemiology in Turkey: A systematic review on prevalence estimates and admission rates. *Turk J Psychiatry*. 2011; [accessed 15 Aug 2025] Available from: <http://www.turkpsikiyatri.com/default.aspx?modul=doi&doi=u6244>
57. Patel PK, Leathem LD, Currin DL, Karlsgodt KH. Adolescent Neurodevelopment and Vulnerability to Psychosis. *Biol Psychiatry*. 2021;89(2):184–93. doi: 10.1016/j.biopsych.2020.06.028
58. Division AFHS. Update: Mental Health Disorders and Mental Health Problems, Active Component, U.S. Armed Forces, 2016–2020. Military Health System. 2021. [accessed 15 Aug 2025] Available from: <https://www.health.mil/News/Articles/2021/08/01/Update-MH-BH-MSMR>
59. Bakanlar Kurulu. Türk silahlı Kuvvetleri Sağlık Yeteneği Yönetmeliği. Nov 24, 1986.
60. Öztürk MO, Uluşahin MA. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri; 2008. 840–856 p.

61. Fuller Torrey E. Epidemiological comparison of schizophrenia and bipolar disorder. *Schizophr Res.* 1999;39(2):101–6. doi: 10.1016/S0920-9964(99)00107-3
62. Belli H, Ural C, Vardar MK, Tezcan B. Şizofreni, Şiddet ve Cinayet Eylemi: Risklerin Değerlendirilmesi, Önleyici Tedbirler ve Tedavide Klorazepin'in Yeri / Schizophrenia, Violence and Homicidal Act: Assessing The Risks, Preventive Measures and Place of Clozapine in Treatment. *Dusunen Adam J Psychiatry Neurol Sci.* 2011 Sep 30; Available from: <https://arsiv.dusunenadamdergisi.org/ing/ArticleDetailsdd96.html?MkID=30>
63. Nielssen O, Large M. Rates of Homicide During the First Episode of Psychosis and After Treatment: A Systematic Review and Meta-analysis. *Schizophr Bull.* 2010;36(4):702–12. doi: 10.1093/schbul/sbn144
64. making-mental-health-care-safer-annual-report-and-20-year-review.pdf. [accessed 16 Aug 2025] Available from: <https://www.hqip.org.uk/wp-content/uploads/2018/02/making-mental-health-care-safer-annual-report-and-20-year-review.pdf>
65. Fazel S, Gulati G, Linsell L, Geddes JR, Grann M. Schizophrenia and Violence: Systematic Review and Meta-Analysis. *McGrath J, editor. PLoS Med.* 2009;6(8):e1000120. doi: 10.1371/journal.pmed.1000120
66. Meehan J, Flynn S, Hunt IM, Robinson J, Bickley H, Parsons R, et al. Perpetrators of Homicide With Schizophrenia: A National Clinical Survey in England and Wales. *Psychiatr Serv.* 2006;57(11):1648–51. doi: 10.1176/ps.2006.57.11.1648
67. Belli H, Ozcetin A, Ertem U, Tuyluoğlu E, Namli M, Bayik Y, et al. Perpetrators of homicide with schizophrenia: sociodemographic characteristics and clinical factors in the eastern region of Turkey. *Compr Psychiatry.* 2010;51(2):135–41. doi: 10.1016/j.comppsy.2009.03.006
68. Türkcan S, Incesu C, Canbek Ö, Can Y, Sercan M, Uygur N. 1831 Adli Olgunun Tanı Dağılımı ve Tanı-Suç Bağlantısının Değerlendirilmesi.
69. Soysalı H, Uygur N. Psikotik Hastaların Öldürme Davranışında Hedef Kitle.
70. Aras H. Violence in Schizophrenia. *Psikiyatr Guncel Yaklasimlar - Curr Approaches Psychiatry.* 2014;6(1):1. doi: 10.5455/cap.20130522110439
71. Eaton WW, Chen C. Epidemiology. In: *Textbook of schizophrenia.* Washington: American Psychiatric Pub; 2006. p. 17–39.
72. Cassidy RM, Yang F, Kapczinski F, Passos IC. Risk Factors for Suicidality in Patients With Schizophrenia: A Systematic Review, Meta-analysis, and Meta-regression of 96 Studies. *Schizophr Bull.* 2018;44(4):787–97. doi: 10.1093/schbul/sbx131
73. Aydın M, İlhan BÇ, Tekdemir R, Çokünlü Y, Erbasan V, Altınbaş K. Suicide attempts and related factors in schizophrenia patients. *Saudi Med J.* 2019;40(5):475–82. doi: 10.15537/smj.2019.5.24153
74. Lorentzen EA, Mors O, Kjær JN. The Prevalence of Self-injurious Behavior in Patients With Schizophrenia Spectrum Disorders: A Systematic Review and Meta-analysis. *Schizophr Bull Open.* 2022;3(1):sgac069. doi: 10.1093/schizbullopen/sgac069
75. Angst J, Ajdacic-Gross V, Rössler W. Bipolar disorders in ICD-11: current status and strengths. *Int J Bipolar Disord.* 2020;8(1):3. doi: 10.1186/s40345-019-0165-9
76. Dell'Aglia Jr. JC, Basso LA, Argimon IIDL, Arteché A. Systematic review of the prevalence of bipolar disorder and bipolar spectrum disorders in population-based studies. *Trends Psychiatry Psychother.* 2013;35(2):99–105. doi: 10.1590/S2237-60892013000200002
77. Merikangas KR, Akiskal HS, Angst J, Greenberg PE, Hirschfeld RMA, Petukhova M, et al. Lifetime and 12-Month Prevalence of Bipolar Spectrum Disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry.* 2007;64(5):543. doi: 10.1001/archpsyc.64.5.543
78. Marzani G, Price Neff A. Bipolar Disorders: Evaluation and Treatment. *Am Fam Physician.* 2021;103(4):227–39.

79. Pompili M. The Paradigm of Seasonality, Suicide Risk and Affective Disorders. *Eur Psychiatry*. 2015;30:1119. doi: 10.1016/S0924-9338(15)30884-1
80. Fico G, De Toffol M, Anmella G, Sagué-Vilavella M, Dellink A, Verdolini N, et al. Clinical correlates of seasonality in bipolar disorder: A specifier that needs specification? *Acta Psychiatr Scand*. 2021;143(2):162–71. doi: 10.1111/acps.13251
81. Fazel S, Lichtenstein P, Grann M, Goodwin GM, Långström N. Bipolar Disorder and Violent Crime: New Evidence From Population-Based Longitudinal Studies and Systematic Review. *Arch Gen Psychiatry*. 2010;67(9):931. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2010.97
82. Camcioglu TH, Oncu F, Sukuroglu S, Ger MC, Uygur N. The impact of the sociodemographic and the socioeconomic factors on criminal behaviour of male patients with a bipolar I disorder. *Turk J Psychiatry*. 2013;
Available from: <http://www.turkpsikiyatri.com/default.aspx?modul=doi&doi=u7658>
83. Cui L, Zhu Y, Li Y, Zhou J, Xu G, Pan M, et al. A national survey of suicidality and non-suicidal self-injury in bipolar disorder: insights from network analysis. *BMC Psychiatry*. 2025;25(1):297. doi: 10.1186/s12888-025-06750-2
84. Dome P, Rihmer Z, Gonda X. Suicide Risk in Bipolar Disorder: A Brief Review. *Med Kaunas Lith*. 2019;55(8):403. doi: 10.3390/medicina55080403
85. First MB, Gaebel W, Maj M, Stein DJ, Kogan CS, Saunders JB, et al. An organization- and category-level comparison of diagnostic requirements for mental disorders in ICD-11 and DSM-5. *World Psychiatry Off J World Psychiatr Assoc WPA*. 2021;20(1):34–51. doi: 10.1002/wps.20825
86. Mehmet S. OKAN, Özlem ÖZDEMİR. Çocuklarda Mental Retardasyon. *Güncel Pediatri*. 2005;3(2):62–6.
87. Molteno, G, Molteno, CD, Finchilescu G, Dawes ARL. Behavioural and emotional problems in children with intellectual disability attending special schools in Cape Town, South Africa. *J Intellect Disabil Res*. 2001;45(6):515–20. doi: 10.1046/j.1365-2788.2001.00368.x
88. Nixon M, Thomas SDM, Daffern M, Ogloff JRP. Estimating the risk of crime and victimisation in people with intellectual disability: a data-linkage study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2017;52(5):617–26. doi: 10.1007/s00127-017-1371-3
89. Fogden BC, Thomas SDM, Daffern M, Ogloff JRP. Crime and victimisation in people with intellectual disability: a case linkage study. *BMC Psychiatry*. 2016;16(1):170. doi: 10.1186/s12888-016-0869-7
90. Van Swieten M, De Looft P, VanDerNagel J, Didden R. The association between aggressive behaviour and non-suicidal self-injury and shared risk factors in adults with mild intellectual disability. *J Appl Res Intellect Disabil*. 2024;37(6):e13288. doi: 10.1111/jar.13288
91. Akram, B., Tariq, A., Rafi, Z. İştme kaybı ve zihinsel engelli çocuklarda intihar dışı kendine zarar verme. *Pak Tabipler Birliği Derg*. 67(10):1506–11.
92. Sellars C. Risk Assessment in People with Learning Disabilities. 1st ed. Wiley; 2011. [accessed 16 Aug 2025] Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/book/10.1002/9781119975786>
93. DeLisi M, Drury AJ, Elbert MJ. The etiology of antisocial personality disorder: The differential roles of adverse childhood experiences and childhood psychopathology. *Compr Psychiatry*. 2019;92:1–6. doi: 10.1016/j.comppsy.2019.04.001
94. Linehan MM, Comtois KA, Murray AM, Brown MZ, Gallop RJ, Heard HL, et al. Two-Year Randomized Controlled Trial and Follow-up of Dialectical Behavior Therapy vs Therapy by Experts for Suicidal Behaviors and Borderline Personality Disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2006;63(7):757. doi: 10.1001/archpsyc.63.7.757

95. Mars B, Heron J, Crane C, Hawton K, Kidger J, Lewis G, et al. Differences in risk factors for self-harm with and without suicidal intent: Findings from the ALSPAC cohort. *J Affect Disord.* 2014;168:407–14. doi: 10.1016/j.jad.2014.07.009
96. Koob GF, Volkow ND. Neurobiology of addiction: a neurocircuitry analysis. *Lancet Psychiatry.* 2016;3(8):760–73. doi: 10.1016/S2215-0366(16)00104-8
97. Kessler RC, Nelson CB, McGonagle KA, Edlund MJ, Frank RG, Leaf PJ. The epidemiology of co-occurring addictive and mental disorders: Implications for prevention and service utilization. *Am J Orthopsychiatry.* 1996;66(1):17–31. doi: 10.1037/h0080151
98. Cui X, Liu K, Ji Y, Han S, Cheng Y. Global trends in the burden of alcohol use disorders in the working-age population from 1990 to 2021 and projections for the next 20 years. *Front Public Health.* 2025;13:1616343. doi: 10.3389/fpubh.2025.1616343
99. Danpanichkul P, Díaz LA, Suparan K, Tothananurongroj P, Sirimangklanurak S, Auttapracha T, et al. Global epidemiology of alcohol-related liver disease, liver cancer, and alcohol use disorder, 2000-2021. *Clin Mol Hepatol.* 2025;31(2):525–47. doi: 10.3350/cmh.2024.0835
100. Organization WH. Global Status Report on Alcohol and Health 2014. Geneva: World Health Organization; 2014. 389 p.
101. Ay A, Çam C, Kiliç A, Fatih Önsüz M, MetiNtaş S. Prevalence of hazardous alcohol consumption and evaluation of associated factors in university students. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2025;60(1):223–33. doi: 10.1007/s00127-024-02680-8
102. Exum ML, Austin LA, Franklin JD. The Effect of Alcohol and Arousal on Criminal Decision Making. Bernasco W, Van Gelder J-L, Elffers H, editors. Vol. 1. Oxford University Press; 2017. Available from: <https://academic.oup.com/edited-volume/27988/chapter/211688317>
103. Brewer C. Alcoholic Brain Damage: Implications for Sentencing Policy (With a Note on the Air-Encephalogram). *Med Sci Law.* 1974;14(1):40–3. doi: 10.1177/002580247401400110
104. Alderazi Y, Brett F. Alcohol and the nervous system. *Curr Diagn Pathol.* 2007;13(3):203–9. doi: 10.1016/j.cdip.2007.04.004
105. Modestin J, Berger A, Ammann R. Mental Disorder and Criminality: Male Alcoholism. *J Nerv Ment Dis.* 1996;184(7):393–402. doi: 10.1097/00005053-199607000-00001
106. Cook S. Alcohol Dependence and Mortality: Implications for Treatment. *EBioMedicine.* 2015;2(10):1281–2. doi: 10.1016/j.ebiom.2015.09.023
107. Pompili M, Serafini G, Innamorati M, Dominici G, Ferracuti S, Kotzalidis GD, et al. Suicidal Behavior and Alcohol Abuse. *Int J Environ Res Public Health.* 2010;7(4):1392–431. doi: 10.3390/ijerph7041392
108. Moreira CA, Marinho M, Oliveira J, Sobreira G, Aleixo A. Suicide Attempts and Alcohol Use Disorder. *Eur Psychiatry.* 2015;30:521. doi: 10.1016/S0924-9338(15)30409-0
109. Ünübol H, Hızlı Sayar G. Prevalence and Sociodemographic Determinants of Substance Use in Turkey. *Eur Addict Res.* 2021;27(6):447–56. doi: 10.1159/000515399
110. Atalay O. Madde Bağımlılığı Ve Bağımlılıklarla Mücadelede Sivil Toplumun Rolü İHH İnsani Yardım Vakfı Saha Raporu Ocak 2018 - Aralık 2020.
111. Eğilmez OB, Örümlü MH, Kara MZ. Retrospective Analysis of AMATEM Patients Treated in Psychiatry Inpatient Unit of Adiyaman Training and Research Hospital: Data for 2018. *Bezmialem Sci.* 2020;8(2):106–12. doi: 10.14235/bas.galenos.2019.3324
112. Tarter RE. Etiology of Adolescent Substance Abuse: A Developmental Perspective. *Am J Addict.* 2002;11(3):171–91. doi: 10.1080/10550490290087965
113. Goodman & Gilman's: The Pharmacological Basis of Therapeutics /. 13th ed. New York, N.Y.: McGraw-Hill Education LLC.;
114. Thomson LDG. Substance abuse and criminality: *Curr Opin Psychiatry.* 1999;12(6):653–7. doi: 10.1097/00001504-199911000-00011

115. Gori A, Ponti L, Tani F, Iraci Sareri G, Giannini M, Meringolo P, et al. Psychopathological features in a sample of substance-abusing individuals with criminal history: Towards a definition of a personality prototype of an 'Addict with Criminal Conduct'. *Crim Behav Ment Health*. 2017;27(4):312–25. doi: 10.1002/cbm.1999
116. Hildebrand Karlén M, Nilsson T, Wallinius M, Billstedt E, Hofvander B. A Bad Start: The Combined Effects of Early Onset Substance Use and ADHD and CD on Criminality Patterns, Substance Abuse and Psychiatric Comorbidity among Young Violent Offenders. *J Pers-Oriented Res*. 2020;6(1):39–55. doi: 10.17505/jpor.2020.22045
117. Danişman M, İspir GZ, Özpolat AGY. Could Telling Parents About Substance Use Decrease Involvement in Crime of Substance Users? *Fortschritte Neurol · Psychiatr*. 2025;93(05):176–82. doi: 10.1055/a-2165-8032
118. Thompson AW, Ando T, Morse E. Overview of Substance Use Disorders. *DeckerMed Fam Med*. 2018 Jun 29; [accessed 17 Aug 2025] Available from: https://deckerip.com/products/family-medicine/table-of-contents/?chapter_id=4094
119. Simon KM, Levy SJ, Bukstein OG. Adolescent Substance Use Disorders. Hardin CC, editor. *NEJM Evid*. 2022;1(6). Available from: <https://evidence.nejm.org/doi/10.1056/EVIDra2200051>
120. Hjemseter AJ, Bramness JG, Drake R, Skeie I, Monsbakken B, Benth JS, et al. Mortality, cause of death and risk factors in patients with alcohol use disorder alone or poly-substance use disorders: a 19-year prospective cohort study. *BMC Psychiatry*. 2019;19(1):101. doi: 10.1186/s12888-019-2077-8
121. Schneider B. Substance Use Disorders and Risk for Completed Suicide. *Arch Suicide Res*. 2009;13(4):303–16. doi: 10.1080/13811110903263191
122. Mahfoud Y, Ignatowski M. Substance Abuse and Suicide. In: Falcone T, Timmons-Mitchell J, editors. *Suicide Prevention*. Cham: Springer International Publishing; 2018. p. 109–18. Available from: http://link.springer.com/10.1007/978-3-319-74391-2_5
123. Chassin L, Colder CR, Hussong A, Sher KJ. Substance Use and Substance Use Disorders. In: Cicchetti D, editor. *Developmental Psychopathology*. 1st ed. Wiley; 2016. p. 1–65. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/9781119125556.devpsy319>
124. Doğan M, Yakan B. Koruma Amacıyla Özgürlüğün Kısıtlanması Kapsamında Kuruma Yerleştirme Ve Kurumdan Çıkarma Kararı ve Bu Kararlara Karşı Başvurulabilecek Yollar. *Erciyes Üniversitesi Hukuk Fakültesi Derg*. 2023;18(1):3–46. doi: 10.58820/eruhfd.1288923
125. Yılmazoğlu YE, Perdecioğlu İE, editors. *Türkiye Cumhuriyeti Anayasası (gerekçeli)*. Ankara: Anayasa Mahkemesi; 2018.
126. Koruma Amacıyla Özgürlüğün Kısıtlanması: Özellikle Psikososyal Engelli Bireyler Bakımından “Elverişli Kurum” Sorunu. *İzmir Barosu Dergisi*. 2021;86(1):15–51.
127. Koç A. Socio-demographic, Clinical and Criminal Characteristics of the Cases Considered within the Scope of Law No. 6284. *Namık Kemal Med J*. 2023 Jun 19; Available from: <https://namikkemalmedj.com/articles/socio-demographic-clinical-and-criminal-characteristics-of-the-cases-considered-within-the-scope-of-law-no-6284/nkmj.galenos.2023.49368>
128. Örümlü MH. Characteristics of Cases Hospitalized in a Mental Health and Diseases Hospital within the scope of Article 432 of the Turkish Civil Code. *Bağımlılık Derg*. 2021;22(3):226–35. doi: 10.51982/bagimli.887881
129. Adli Tıp Dergisi » Makale » Bir bölge ruh sağlığı ve hastalıkları hastanesine yönlendirilen adli olguların değerlendirilmesi; Bolu örneği. Available from: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/adlitip/issue/71616/1140266>
130. Yılmaz Y, Saygılı İ, Yanartaş Ö, Baykaran MB, Kesebir S, Yıldız D. *Zorunlu Yatışta Psikiyatrik ve Hukuksal Süreç*. 2013;

131. Fernández Hernández N, Martínez Grimal M, Grimal M, Cabrera Velázquez C, Rodríguez Medina R, Rodríguez M, et al. Epidemiological profile of involuntary admission in the Psychiatry Service of the University Hospital of Gran Canaria Doctor Negrín. *Span J Leg Med.* 2023;49(4):135–42. doi: 10.1016/j.remle.2023.04.002
132. Geng F, Jiang F, Conrad R, Liu T, Liu Y, Liu H, et al. Factors Associated With Involuntary Psychiatric Hospitalization of Youths in China Based on a Nationally Representative Sample. *Front Psychiatry.* 2020;11:607464. doi: 10.3389/fpsyt.2020.607464
133. Loyal JP, Lavergne MR, Shirmaleki M, Fischer B, Kaoser R, Makolewski J, et al. Trends in Involuntary Psychiatric Hospitalization in British Columbia: Descriptive Analysis of Population-Based Linked Administrative Data from 2008 to 2018. *Can J Psychiatry.* 2023;68(4):257–68. doi: 10.1177/07067437221128477
134. Iudici A, Girolimetto R, Bacioccola E, Faccio E, Turchi G. Implications of Involuntary Psychiatric Admission: Health, Social, and Clinical Effects on Patients. *J Nerv Ment Dis.* 2022;210(4):290. doi: 10.1097/NMD.0000000000001448
135. Chieze M, Kaiser S, Courvoisier D, Hurst S, Sentissi O, Fredouille J, et al. Prevalence and risk factors for seclusion and restraint in old-age psychiatry inpatient units. *BMC Psychiatry.* 2021;21(1):82. doi: 10.1186/s12888-021-03095-4
136. Guzmán-Parra J, Flordelis-Lasierra E, Fabrega-Ruz J, Cuesta-Vargas A, Romero M, Mayoral-Cleries F. [Trends in psychiatric admissions in adults over 65 years old]. *Rev Espanola Geriatr Gerontol.* 2020;55(4):201–5. doi: 10.1016/j.regg.2020.02.004
137. Bir Psikiyatri Hastanesinde İstemli ve İstem Dışı Yatışların Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri. *Nöro Psikiyatri Arş.* 2012;49(1):1–1. doi: 10.4274/npa.y6245
138. Di Lorenzo R, Vecchi L, Artoni C, Mongelli F, Ferri P. Demographic and clinical characteristics of patients involuntarily hospitalized in an Italian psychiatric ward: a 1-year retrospective analysis. *Acta Bio Medica Atenei Parm.* 2018;89(Suppl 6):17–28. doi: 10.23750/abm.v89i6-S.7392
139. Zeppegno P, Airoldi P, Manzetti E, Panella M, Renna M, Torre E. Involuntary psychiatric admissions: A retrospective study of 460 cases. *Eur J Psychiatry.* 2005;19(3):133–43.
140. Chang TMM, Ferreira LK, Ferreira MP, Hirata ES. Clinical and demographic differences between voluntary and involuntary psychiatric admissions in a university hospital in Brazil. *Cad Saúde Pública.* 2013;29:2347–52. doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00041313>
141. Walker S, Mackay E, Barnett P, Sheridan Rains L, Leverton M, Dalton-Locke C, et al. Clinical and social factors associated with increased risk for involuntary psychiatric hospitalisation: a systematic review, meta-analysis, and narrative synthesis. *Lancet Psychiatry.* 2019;6(12):1039–53. doi: 10.1016/S2215-0366(19)30406-7
142. Wierdsma AI, Mulder CL. Does mental health service integration affect compulsory admissions? *Int J Integr Care.* 2009;9(3). Available from: <https://ijic.org/articles/10.5334/ijic.324>
143. Rizavas I, Gournellis R, Douzenis P, Efstathiou V, Bali P, Lagouvardos K, et al. A Systematic Review on the Impact of Seasonality on Severe Mental Illness Admissions: Does Seasonal Variation Affect Coercion? *Healthcare.* 2023;11(15):2155. doi: 10.3390/healthcare11152155
144. Rodrigues R, MacDougall AG, Zou G, Lebenbaum M, Kurdyak P, Li L, et al. Involuntary hospitalization among young people with early psychosis: A population-based study using health administrative data. *Schizophr Res.* 2019;208:276–84. doi: 10.1016/j.schres.2019.01.043
145. Schöttle D, Ruppelt F, Schimmelmann BG, Karow A, Bussopulos A, Gallinat J, et al. Reduction of Involuntary Admissions in Patients With Severe Psychotic Disorders Treated in the ACCESS Integrated Care Model Including Therapeutic Assertive Community Treatment. *Front Psychiatry.* 2019;10:736. doi: 10.3389/fpsyt.2019.00736

146. Semahegn A, Torpey K, Manu A, Assefa N, Tesfaye G, Ankomah A. Psychotropic medication non-adherence and its associated factors among patients with major psychiatric disorders: a systematic review and meta-analysis. *Syst Rev.* 2020;9(1):17. doi: 10.1186/s13643-020-1274-3
147. Lebenbaum M, Chiu M, Vigod S, Kurdyak P. Prevalence and predictors of involuntary psychiatric hospital admissions in Ontario, Canada: a population-based linked administrative database study. *BJPsych Open.* 2018;4(2):31–8. doi: 10.1192/bjo.2017.4
148. Lay B, Kawohl W, Rössler W. Predictors of Compulsory Re-admission to Psychiatric Inpatient Care. *Front Psychiatry.* 2019;10. Available from: <https://www.frontiersin.org/journals/psychiatry/articles/10.3389/fpsy.2019.00120/full>
149. Ma H-J, Xie B, Shao Y, Huang J-J, Xiao Z-P. Changing patterns and influencing factors of involuntary admissions following the implementation of China's mental health law: A 4-year longitudinal investigation. *Sci Rep.* 2019;9(1):15252. doi: 10.1038/s41598-019-51980-6
150. Papadopoulou V, Arvaniti A, Kalamara E, Georgaca E, Stylianidis S, Peppou LE, et al. Outcome of Involuntary Mental Health Assessment in a Psychiatric Department in Greece. *Healthcare.* 2023;11(22):2977. doi: 10.3390/healthcare11222977
151. Chatzisyneonidis S, Kioskli K. Insights and risk factors of involuntary hospitalizations through a retrospective analysis of police records: differences between involuntarily and non-hospitalized patients. *Curr Psychol.* 2024;43(7):6506–15. doi: 10.1007/s12144-023-04841-5
152. Kious BM, Dobias L, O'Connell PH. Effect of Delays in Civil Commitment Hearings on Outcomes Among Psychiatric Inpatients. *J Am Acad Psychiatry Law Online.* 2019 Sep 16; Available from: <https://jaapl.org/content/early/2019/09/16/JAAPL.003868-19>
153. Biswas J, Lee SE, Muñoz CG, Armstrong NE. Delays in commitment and treatment court proceedings worsen psychiatric and other medical conditions. *Schizophr Res.* 2023;255:189–94. doi: 10.1016/j.schres.2023.03.022
154. Adlington K, Brown J, Ralph L, Clarke A, Bhojroo T, Henderson M, et al. Better care: reducing length of stay and bed occupancy on an older adult psychiatric ward. *BMJ Open Qual.* 2018;7(4):e000149. doi: 10.1136/bmjopen-2017-000149
155. Baeza FL, da Rocha NS, Fleck MP. Predictors of length of stay in an acute psychiatric inpatient facility in a general hospital: a prospective study. *Braz J Psychiatry.* 2017;40(1):89–96. doi: 10.1590/1516-4446-2016-2155
156. Silva M, Antunes A, Loureiro A, Azeredo-Lopes S, Saraceno B, Caldas-de-Almeida JM, et al. Factors associated with length of stay and readmission in acute psychiatric inpatient services in Portugal. *Psychiatry Res.* 2020;293:113420. doi: 10.1016/j.psychres.2020.113420
157. Newman L, Harris V, Evans LJ, Beck A. Factors Associated with Length of Stay in Psychiatric Inpatient Services in London, UK. *Psychiatr Q.* 2018;89(1):33–43. doi: 10.1007/s11126-017-9498-7
158. Bakola M, Peritogiannis V, Kitsou KS, Gourzis P, Hyphantis T, Jelastopulu E. Length of hospital stay in involuntary admissions in Greece: a 10-year retrospective observational study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2024;59(10):1861–70. doi: 10.1007/s00127-024-02653-x
159. Ismail Z, Arenovich T, Grieve C, Willett P, Sajeev G, Mamo DC, et al. Predicting hospital length of stay for geriatric patients with mood disorders. *Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr.* 2012;57(11):696–703. doi: 10.1177/070674371205701107
160. Crossley N, Sweeney B. Patient and service-level factors affecting length of inpatient stay in an acute mental health service: a retrospective case cohort study. *BMC Psychiatry.* 2020;20(1):438. doi: 10.1186/s12888-020-02846-z
161. Koçak C. Bir üniversite hastanesi psikiyatri kliniğinde yatan hastaların yatış süresini etkileyen etkenler. 2018;19(4):377–82.
162. Burrer A, Egger ST, Spiller TR, Kirschner M, Homan P, Seifritz E, et al. Examining the impact of substance use on hospital length of stay in schizophrenia spectrum disorder: a retrospective analysis. *BMC Med.* 2024;22(1):233. doi: 10.1186/s12916-024-03447-3

163. Karasch O, Schmitz-Buhl M, Mennicken R, Zielasek J, Gouzoulis-Mayfrank E. Identification of risk factors for involuntary psychiatric hospitalization: using environmental socioeconomic data and methods of machine learning to improve prediction. *BMC Psychiatry*. 2020;20(1):401. doi: 10.1186/s12888-020-02803-w
164. Klag S, O'Callaghan F, Creed P. The Use of Legal Coercion in the Treatment of Substance Abusers: An Overview and Critical Analysis of Thirty Years of Research. *Subst Use Misuse*. 2005;40(12):1777–95. doi: 10.1080/10826080500260891
165. Appelbaum PS. *Almost A Revolution: Mental Health Law and The Limits of Change*. Oxford University Press New York, NY; 1994. Available from: <https://academic.oup.com/book/52051>
166. Lay B, Drack T, Bleiker M, Lengler S, Blank C, Rössler W. Preventing Compulsory Admission to Psychiatric Inpatient Care: Perceived Coercion, Empowerment, and Self-Reported Mental Health Functioning after 12 Months of Preventive Monitoring. *Front Psychiatry*. 2015;6. Available from: <http://journal.frontiersin.org/Article/10.3389/fpsyt.2015.00161/abstract>



EKLER

Ek 1. Etik Kurul Kararı

T.C.
SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ
ÜNİVERSİTE ETİK KURULU
SAĞLIK BİLİMLERİ ETİK KURULU KARARI

Toplantı Tarihi	Toplantı No	Karar No
18-08-2025	102	4
4- SDÜ Tıp Fakültesi Adli Tıp Ana Bilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Çetin Lütfi BAYDAR'ın sorumlu araştırmacı olduğu “2022-2024 Yılları Arasında TMK’nın 432. Maddesi Kapsamında Zorunlu Yatış Değerlendirmesi İstenilen Olguların Retrospektif Analizi” başlıklı bilimsel çalışması hk. SDÜ Tıp Fakültesi Adli Tıp Ana Bilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Çetin Lütfi BAYDAR'ın sorumlu araştırmacı olduğu “2022-2024 Yılları Arasında TMK’nın 432. Maddesi Kapsamında Zorunlu Yatış Değerlendirmesi İstenilen Olguların Retrospektif Analizi” başlıklı bilimsel çalışmasının kapsam ve uygulama açısından etik ilkelere ve insan haklarına uygun olduğuna, Mevcutun oybirliği ile karar verildi.		
(E-İMZA) Prof.Dr. Alim KOŞAR Sağlık Bilimleri Etik Kurul Başkanı Kurul Başkanı	(E-İMZA) Prof.Dr. Muhammet Cem KOÇKAR Sağlık Bilimleri Etik Kurul Üyesi	(İZİNLİ) Prof. Dr. Fatma Yeşim KIRZIOĞLU Sağlık Bilimleri Etik Kurul Üyesi
(E-İMZA) Prof.Dr. Mehmet ŞAHİN Sağlık Bilimleri Etik Kurul Üyesi	(E-İMZA) Prof.Dr. Mehmet Okan ÖZKAYA Sağlık Bilimleri Etik Kurul Üyesi	(E-İMZA) Prof.Dr. Vedat Ali YÜREKLİ Sağlık Bilimleri Etik Kurul Üyesi
(E-İMZA) Prof.Dr. Zeliha BAŞKURT Sağlık Bilimleri Etik Kurul Üyesi		18.08.2025 Mustafa ÇELİKKESER Toplantı Raportörü (Raportör)