

T.C.
İSTANBUL AYDIN ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ



ADLİ PSİKIYATRİ KRONİK SERVİSLERİNDE YATARAK
TEDAVİ GÖREN HASTA PROFİLİNİN ANALİZİ: BİR EĞİTİM
VE ARAŞTIRMA HASTANESİ ÖRNEĞİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Hüseyin ÖZ

Sağlık Yönetimi Ana Bilim Dalı
Sağlık Yönetimi Programı

NİSAN, 2025

T.C.
İSTANBUL AYDIN ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ



ADLİ PSİKİYATRİ KRONİK SERVİSLERİNDE YATARAK
TEDAVİ GÖREN HASTA PROFİLİNİN ANALİZİ: BİR EĞİTİM
VE ARAŞTIRMA HASTANESİ ÖRNEĞİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Hüseyin ÖZ
(Y2116.130011)

Sağlık Yönetimi Ana Bilim Dalı
Sağlık Yönetimi Programı

Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Tuğba ŞAHİN ÇİÇEK

NİSAN, 2025

TEZ SINAV TUTANAĞI

İstanbul Aydın Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun 24.03.2025 tarih ve 2025/03 sayılı toplantısında oluşturulan jüri üyeleri önünde, 10.04.2025 tarihinde tez savunma sınavı yapılan Hüseyin Öz'ün tezi hakkında oybirliği * ile kabul** kararı verilmiştir.

JÜRİ

1. Üye (Tez Danışmanı) : Dr. Öğr. Üyesi Tuğba ŞAHİN ÇİÇEK
2. Üye : Dr. Öğr. Üyesi Ahmet GENÇ
3. Üye : Dr. Öğr. Üyesi Begüm YALÇIN

ONAY

İstanbul Aydın Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun 24.03.2025 tarih ve 2025/03 sayılı kararı

(*) Oybirliği/Oyçokluğu hâli yazı ile yazılacaktır.

(**) Kabul kararı hâli yazı ile yazılacaktır.

ONUR SÖZÜ

Yüksek Lisans Tezi Olarak Sunduğum “Adli Psikiyatri Kronik Servislerinde Yatarak Tedavi Gören Hasta Profiline Analizi: Bir Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Örneği” adlı çalışmamı, tezin proje safhasından sonuçlanana kadarki bütün süreçlerde bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurulmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanmış olduğumu belirtir ve onurumla beyan ederim. (10/04/ 2025)

Hüseyin ÖZ

ÖNSÖZ

Yüksek lisans tezim boyunca bilgi ve desteğini esirgemeyen tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Tuğba ŞAHİN ÇİÇEK'e, çalışmanın gerçekleşmesinde destek veren Dr. Öğr. Üyesi Funda Hatice SEZGİN' e, deneyimleri ile destek veren adli psikiyatri klinik şefleri Prof. Dr. Fatih ÖNCÜ, Uzm. Dr. Ahmet TÜRKCAN, Doç. Dr. Mehmet Can GER'e veri formunu hazırlamamda yardımcı olan Doç. Dr. Yasin Hasan BALCIOĞLU'na ve tüm süreçte yanımda olduklarını hissettiren eşim Özlem ÖZ, oğlum Ali Uras ÖZ, kızım Öykü ÖZ, annem Tülay ÖZ, babam Ali Haydar ÖZ, abim Hasan ÖZ ve kardeşim İsmail Ozan ÖZ'e sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Nisan, 2025

Hüseyin ÖZ

ADLİ PSİKİYATRİ KRONİK SERVİSLERİNDE YATARAK TEDAVİ GÖREN HASTA PROFİLİNİN ANALİZİ: BİR EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ ÖRNEĞİ

ÖZET

Adli süreçlerde kişilerin suç işlerken ruhsal durumlarının incelenmesi adli psikiyatri içerisinde ele alınmaktadır. Adli psikiyatri tedavileri ülkemiz genelinde Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastaneleri tarafından verilmekte olup, son yıllarda yapılan şehir hastanelerinde de verilmeye başlanmıştır. Bu çalışmanın amacı, bir eğitim ve araştırma hastanesindeki adli psikiyatri kronik servislerinde yatarak tedavi gören hastaların sosyo-demografik, klinik ve hukuki özelliklerini analiz etmektir. Bu kapsamda hastaların var olan dosyaları incelenerek hasta profili hakkında kapsayıcı bilgi edinilmesi amaçlanmıştır.

Çalışma Haziran 2024 ile Aralık 2024 tarihleri arasında bir Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesinin adli psikiyatri birimlerinde 6 aydan uzun süre yatarak tedavi gören 169 kronik hastanın dosya ve kayıtları incelenerek gerçekleştirilmiştir. Elde edilen verilerin analizinde ilk aşamada toplanan bilgilere ilişkin sıklık ve yüzde dağılımlarına yer verilmiş olup, ikinci aşamada ise ilişkileri belirlemek ve hipotezleri test etmek amaçlı Pearson ki-kare ilişki analizine yer verilmiştir.

Hastaların %77,5'inin Marmara Bölgesinde yaşadığı, %18,9'unun madde ve alkol kullandığı, adli serviste yatış süresinin %40,8'i ile 8 yıl ve daha uzun süre olduğu, %51,5'i adli servise tekrarlayan yatışının olduğu, %85'nin insana yönelik suç işlediği, %35,2'sinin ebeveynlere karşı suç işlediği, %33,1'inin adam öldürme suçunu işlediği, %84'ünün yasal temsilcisinin olduğu tespit edilmiştir. Madde kullanımı ile adam öldürme, öldürme girişimi, yaralama, uyuşturucu madde ve gasp arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki belirlenmiştir ($p<0,05$). Adam öldürme ve öldürme girişimi için alkol kullanımı, yaralama ve gasp için madde, uyuşturucu kullanımı için hem alkol hem madde kullananların sayısı yüksek çıkmıştır. Yatış süresi ile adam öldürme, öldürme girişimi, eşyaya zarar, cinsel suç ve uyuşturucu madde arasında

istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki belirlenmiştir ($p<0,05$). Adam öldürme ve öldürme girişimi 8 yıldan fazla yatış olanlarda, eşyaya zarar verme 4-7 yıl, uyuşturucu madde 1-3 yıl arası ve cinsel suç 1 yıldan az yatış süresi olan hastalarda daha yüksek çıkmıştır. Bütün değerler göz önüne alındığında suçun işlendiği kişiler, suçun türü ve psikiyatrik hastalıklar arasındaki dinamikler anlaşıldıkça yüksek riskleri saptama ve bu tür olayları engellemede başarılı olunabileceği görülebilmektedir. Adli sistemde yatış sürelerinin kısaltılması ve hastanelere tekrar yatışının önlenmesi için taburcu edilen hastaların toplum içerisinde, takiplerini yakından sağlayacak, onlara destek olacak ve denetleyecek bir yapının oluşturulması düşünülmüştür. Adli psikiyatri araştırmalarının en büyük sorununun bu alanda yapılmış bir yasanın olmayışdır. Uzmanlar tarafından daha önceden hazırlanan taslağın meclisten geçerek kanunlaştırılması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Adli psikiyatri, koruma tedavi, ceza ehliyeti

INPATIENT TREATMENT IN FORENSIC PSYCHIATRY CHRONIC SERVICES ANALYSIS OF SIGHT PATIENT PROFILE: EXAMPLE OF A TRAINING AND RESEARCH HOSPITAL

ABSTRACT

In judicial processes, the examination of the mental state of individuals while committing a crime is considered within the scope of forensic psychiatry. Forensic psychiatric treatments are provided by Mental Health and Diseases Hospitals throughout our country, and in recent years, they have also begun to be provided in city hospitals. The aim of this study is to analyze the socio-demographic, clinical and legal characteristics of patients receiving inpatient treatment in forensic psychiatry chronic services in a training and research hospital. In this context, it was aimed to obtain comprehensive information about the patient profile by examining the existing files of the patients.

The study was conducted by examining the files and records of 169 chronic patients who were treated in the forensic psychiatry units of a Mental Health and Diseases Hospital for more than 6 months between June 2024 and December 2024. In the analysis of the obtained data, frequency and percentage distributions of the information collected were included in the first stage, and in the second stage, Pearson chi-square relationship analysis was used to determine the relationships and test the hypotheses.

It was determined that 77.5% of the patients lived in the Marmara Region, 18.9% used drugs and alcohol, 40.8% of them had been hospitalized in the forensic ward for 8 years or longer, 51.5% had been hospitalized repeatedly in the forensic ward, 85% committed crimes against humans, 35.2% committed crimes against parents, 33.1% committed murder, and 84% had a legal representative. A statistically significant relationship was determined between substance use and homicide, attempted murder, wounding, drugs, and extortion ($p<0.05$). The number of patients who used alcohol for homicide and attempted murder, substances for wounding and extortion, and both alcohol and substances for drug use was high. A statistically

significant relationship was determined between the duration of hospitalization and homicide, attempted murder, damage to property, sexual crime, and drugs ($p < 0.05$). Murder and attempted murder were higher in patients with more than 8 years of hospitalization, damage to property was higher in patients with 4-7 years, drug use was higher in patients with 1-3 years of hospitalization, and sexual crime was higher in patients with less than 1 year of hospitalization. When all values are considered, it can be seen that as the dynamics between the persons against whom the crime was committed, the type of crime, and psychiatric diseases are understood, it can be successful in determining high risks and preventing such incidents. In order to shorten the length of hospitalization in the judicial system and prevent re-admission to hospitals, it was considered to establish a structure that would closely monitor, support, and supervise discharged patients within the society. The biggest problem of forensic psychiatric research is the lack of a law in this field. The draft previously prepared by experts needs to be passed by the parliament and enacted into law .

Keywords: Forensic psychiatry, protection treatment, criminal liability

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ONUR SÖZÜ	i
ÖNSÖZ.....	ii
ÖZET.....	iii
ABSTRACT	v
İÇİNDEKİLER	vii
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	ix
ÇİZELGELER LİSTESİ.....	xiii
I. GİRİŞ	1
II. ADLİ PSİKİYATRİ TEDAVİ HİZMETİ	5
A. Türkiye’de Psikiyatri Hizmeti	5
1. Türkiye’deki Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastaneleri	6
B. Türkiye’de Adli Psikiyatri	7
1. Adli Psikiyatri Süreci.....	7
2. Adli Psikiyatri Birime Özgü Kanun Maddeleri	9
3. Adli Psikiyatri Hizmeti	11
4. Adli Psikiyatri Tedavi Ekibi	14
5. Tıbbi ve Psikososyal Tedavi	15
6. Taburculuk ve Takip	15
C. Adli Psikiyatri Hizmetlerinin Geliştirilmesi ve İstatistikler	16
III. GEREÇ VE YÖNTEMLER.....	19
A. Araştırmanın Amacı ve Önemi.....	19

B. Araştırmanın Hipotezleri ve Model	19
C. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	20
D. Veri Toplama Araçları	21
E. Araştırmanın Yöntemi	21
F. Araştırmanın Güvenirlik Analizi	22
IV. BULGULAR.....	23
A. Adli Serviste Yatarak Tedavi Gören Hastaların Genel Özelliklerine ve Suç Yapılarına Yönelik Yüzde Dağılımlar	23
1. Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular	23
2. Sağlık Geçmişine Bağlı Yüzdelik Dağılımlar.....	32
3. İntihar Geçmişine Yönelik Yüzde Dağılımlar	35
4. Psikiyatrik Soy Geçmişine Yönelik Yüzde Dağılımlar	38
5. Psikiyatrik Tedaviye Yönelik Bilgiler Yüzde Dağılımları	41
6. Suç Geçmişine ve Suç Profiline Yönelik Yüzde Dağılımlar	45
7. İşlenen Suçun Yönüne Yönelik Yüzde Dağılımlar	53
8. Ziyaretçi Durumuna Göre Yüzde Dağılımlar	56
B. Hipotezlere Yönelik İlişki Analizleri	58
V. TARTIŞMA, SONUÇ VE ÖNERİLER	65
A. Tartışma	65
B. Sonuç	81
C. Öneriler	83
VI. KAYNAKÇA	85
EKLER.....	93
ÖZGEÇMİŞ.....	98

ŞEKİLLER LİSTESİ

Sayfa

Şekil 1. Türkiye’deki Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastaneleri.....	6
Şekil 2. Adli Psikiyatri İşleyiş Biçimi.....	9
Şekil 3. Türkiye’deki RSHH Adli Yatak Sayıları.....	12
Şekil 4. Türkiye’deki RSHH Mevcut Adli Psikiyatri Yatak Sayıları	13
Şekil 5. Yaş Değişkenine Yönelik Sıklık Dağılım Grafiği	23
Şekil 6. Cinsiyet Değişkenine Yönelik Sıklık Dağılım Grafiği	24
Şekil 7. Bölge Değişkenine Yönelik Sıklık Dağılım Grafiği	25
Şekil 8. İl Değişkenine Yönelik Sıklık Dağılım Grafiği	26
Şekil 9. İstanbul İli İlçelerine Göre Sıklık Dağılım Grafiği.....	27
Şekil 10. Öğrenim Durumu Değişkenine Yönelik Sıklık Dağılım Grafiği	28
Şekil 11. Anne-Baba Ayrılığı Değişkenine Yönelik Sıklık Dağılım Grafiği	28
Şekil 12. Medeni Durumu Değişkenine Yönelik Sıklık Dağılım Grafiği	28
Şekil 13. Hastaneye Gelmeden Önce Yaşadığı Kişi Değişkenine Yönelik Sıklık Dağılım Grafiği.....	29
Şekil 14. Çocuk Sahibi Olma Değişkenine Yönelik Sıklık Dağılım Grafiği.....	30
Şekil 15. Kardeş Sahibi Olma Değişkenine Yönelik Sıklık Dağılım Grafiği.....	30
Şekil 16. Askerlik Durumu Değişkenine Yönelik Sıklık Dağılım Grafiği	31
Şekil 17. Yatış Öncesi Çalışma Durumu Değişkenine Yönelik Sıklık Dağılım Grafiği	31
Şekil 18. Meslek Değişkenine Yönelik Sıklık Dağılım Grafiği.....	32
Şekil 19. Sosyal Güvence Değişkenine Yönelik Sıklık Dağılım Grafiği.....	32

Şekil 20. Yatış Öncesi Alkol-Madde Kullanımı Değişkenine Yönelik Sıklık Dağılım Grafiği	33
Şekil 21. Alkol-Madde Kullanımı Var İse AMATEM Başvurusu Değişkenine Yönelik Sıklık Dağılım Grafiği	34
Şekil 22. Yatış Sonrası Sigara Kullanımı Değişkenine Yönelik Sıklık Dağılım Grafiği	34
Şekil 23. Kronik Hastalık Varlığı Değişkenine Yönelik Sıklık Dağılım Grafiği	35
Şekil 24. Bulaşıcı Hastalık Varlığı Değişkenine Yönelik Sıklık Dağılım Grafiği.....	35
Şekil 25. İntihar Girişimi Öyküsü Değişkenine Yönelik Sıklık Dağılım Grafiği	36
Şekil 26. Asılmak Değişkenine Yönelik Sıklık Dağılım Grafiği	36
Şekil 27. Kesici-Delici Alet Kullanımı Değişkenine Yönelik Sıklık Dağılım Grafiği	37
Şekil 28. Ateşli Silah Kullanımı Değişkenine Yönelik Sıklık Dağılım Grafiği	37
Şekil 29. Yüksekten Atlama Değişkenine Yönelik Sıklık Dağılım Grafiği.....	37
Şekil 30. Suda Boğulma Değişkenine Yönelik Sıklık Dağılım Grafiği.....	38
Şekil 31. Çoklu İlaç İçerek Değişkenine Yönelik Sıklık Dağılım Grafiği.....	38
Şekil 32. Diğer Değişkenine Yönelik Sıklık Dağılım Grafiği	38
Şekil 33. Psikiyatrik Soy Geçmişi Değişkenine Yönelik Sıklık Dağılım Grafiği	39
Şekil 34. Soy Anne Değişkenine Yönelik Sıklık Dağılım Grafiği	39
Şekil 35. Soy Baba Değişkenine Yönelik Sıklık Dağılım Grafiği	40
Şekil 36. Soy Kardeş Değişkenine Yönelik Sıklık Dağılım Grafiği	40
Şekil 37. Soy Akraba Değişkenine Yönelik Sıklık Dağılım Grafiği	40
Şekil 38. Psikiyatrik Hastalık Süresi Değişkenine Yönelik Sıklık Dağılım Grafiği..	41
Şekil 39. Suça Kadar Psikiyatri Tedavi Geçmişi Değişkenine Yönelik Sıklık Dağılım Grafiği	42
Şekil 40. Daha Önce Tedavi Girişimlerinin Öyküsü Değişkenine Yönelik Sıklık Dağılım Grafiği	42

Şekil 41. Adli Psikiyatri Kliniğinde Yatma Nedeni Değişkenine Yönelik Sıklık Dağılım Grafiği.....	43
Şekil 42. En Son Adli Servis Yatış Süresi Değişkenine Yönelik Sıklık Dağılım Grafiği.....	43
Şekil 43. 8 Yıldan Fazla Süredir Yatış Süresi Değişkenine Yönelik Sıklık Dağılım	44
Şekil 44. Adli Servise Tekrarlayan Yatışı Değişkenine Yönelik Sıklık Dağılım Grafiği.....	45
Şekil 45. İlk Kez Suç İşleme Yaş Aralığı Değişkenine Yönelik Sıklık Dağılım Grafiği.....	45
Şekil 46. Daha Önce Suç İşleme Değişkenine Yönelik Sıklık Dağılım Grafiği.....	46
Şekil 47. Toplam suç Sayısı Değişkenine Yönelik Sıklık Dağılım Grafiği.....	46
Şekil 48. Suç İşleme Yaşı Değişkenine Yönelik Sıklık Dağılım Grafiği	47
Şekil 49. Adam Öldürme Değişkenine Yönelik Sıklık Dağılım Grafiği	48
Şekil 50. Öldürme Girişimi Değişkenine Yönelik Sıklık Dağılım Grafiği.....	48
Şekil 51. Yaralama Değişkenine Yönelik Sıklık Dağılım Grafiği.....	48
Şekil 52. Yaralamasız Saldırı Değişkenine Yönelik Sıklık Dağılım Grafiği.....	49
Şekil 53. Eşya/Mala Zarar Verme Değişkenine Yönelik Sıklık Dağılım Grafiği.....	49
Şekil 54. Yangına Neden Olma Değişkenine Yönelik Sıklık Dağılım Grafiği.....	49
Şekil 55. Tehdit Değişkenine Yönelik Sıklık Dağılım Grafiği	50
Şekil 56. Hakaret Değişkenine Yönelik Sıklık Dağılım Grafiği.....	50
Şekil 57. Konut Dokunulmazlığı Değişkenine Yönelik Sıklık Dağılım Grafiği	50
Şekil 58. Dolandırıcılık/Sahtekarlık Değişkenine Yönelik Sıklık Dağılım Grafiği...	51
Şekil 59. Cinsel Suçlar Değişkenine Yönelik Sıklık Dağılım Grafiği	51
Şekil 60. Uyuşturucu Madde Değişkenine Yönelik Sıklık Dağılım Grafiği.....	51
Şekil 61. Gasp veya Gasp Girişimi Değişkenine Yönelik Sıklık Dağılım Grafiği	52
Şekil 62. Hırsızlık Değişkenine Yönelik Sıklık Dağılım Grafiği	52

Şekil 63. Kişilerin Huzur ve Sükunun Bozma Değişkenine Yönelik Sıklık Dağılım Grafiği	52
Şekil 64. Kişilerin Hürriyetinden Yoksun Kılma Değişkenine Yönelik Sıklık Dağılım Grafiği	53
Şekil 65. İnsana Dönük Değişkenine Yönelik Sıklık Dağılım Grafiği	53
Şekil 66. İnsana Dönük Değişkenine Yönelik Sıklık Dağılım Grafiği	54
Şekil 67. İnsana Dönük Değişkenine Yönelik Sıklık Dağılım Grafiği	54
Şekil 68. Suç Yönü İnsana Dönük İse Kime Karşı Değişkenine Yönelik Sıklık Dağılım Grafiği	55
Şekil 69. Geçmişte Ceza Evi Yaşantısı Değişkenine Yönelik Sıklık Dağılım Grafiği	55
Şekil 70. Cezaevi Geçmişi Var İse Süresi Değişkenine Yönelik Sıklık Dağılım Grafiği	56
Şekil 71. Hastanın Yasal Temsilcisi Değişkenine Yönelik Sıklık Dağılım Grafiği ..	56
Şekil 72. Ziyaretçi Bulunma Durumu Değişkenine Yönelik Sıklık Dağılım Grafiği	57
Şekil 73. Ziyaretçisi Var İse Görüşme Sıklığı Değişkenine Yönelik Sıklık Dağılım Grafiği	57

ÇİZELGELER LİSTESİ

Sayfa

Çizelge 1. RSHH Kullanım Alanlarına Göre Yatak Dağılımları (2010).....	12
Çizelge 2. RSHH Mevcut Adli Psikiyatri Yatak Sayısı	12
Çizelge 3. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanelerinin Adli Psikiyatri Hizmeti Verdikleri Bölgeler.....	13
Çizelge 4. Adli Psikiyatri Hizmetlerine İlişkin Sayısal Veriler-Gösterge ve Hedefler	17
Çizelge 5. Adli Psikiyatri Yatak Planlaması	17
Çizelge 6. Türkiye’de Adli Psikiyatri Tedavisi Yapılan Mevcut Şehir Hastaneleri	18
Çizelge 7. Anketin Güvenilirlik Analizleri Sonuçları	22
Çizelge 8. Yaş Değişkenine Yönelik Yüzde	23
Çizelge 9. Cinsiyet Değişkenine Yönelik Yüzde Dağılım	24
Çizelge 10. Bölge Değişkenine Yönelik Yüzde Dağılım	24
Çizelge 11. İl Değişkenine Yönelik Yüzde Dağılım	25
Çizelge 12. İstanbul İli İlçelerine Göre Yüzdelik Dağılım.....	26
Çizelge 13. Öğrenim Durumu Değişkenine Yönelik Yüzde	27
Çizelge 14. Anne-Baba Ayrılığı Değişkenine Yönelik Yüzde Dağılım.....	28
Çizelge 15. Medeni Durumu Değişkenine Yönelik Yüzde Dağılım.....	28
Çizelge 16. Hastaneye Gelmeden Önce Yaşadığı Kişi Değişkenine Yönelik Yüzde Dağılım.....	29
Çizelge 17. Çocuk Sahibi Olma Değişkenine Yönelik Yüzde Dağılım.....	29
Çizelge 18. Kardeş Sahibi Olma Değişkenine Yönelik Yüzde Dağılım	30
Çizelge 19. Askerlik Durumu Değişkenine Yönelik Yüzde Dağılım	30
Çizelge 20. Yatış Öncesi Çalışma Durumu Değişkenine Yönelik Yüzde Dağılım ...	31

Çizelge 21. Meslek Değişkenine Yönelik Yüzde Dağılım.....	31
Çizelge 22. Sosyal Güvence Değişkenine Yönelik Yüzde Dağılım.....	32
Çizelge 23. Yatış Öncesi Alkol-Madde Kullanımı Değişkenine Yönelik Yüzde Dağılım.....	33
Çizelge 24. Alkol-Madde Kullanımı Var ise AMATEM Başvurusu Değişkenine Yönelik Yüzde Dağılım	33
Çizelge 25. Yatış Sonrası Sigara Kullanımı Değişkenine Yönelik Yüzde Dağılım...	34
Çizelge 26. Kronik Hastalık Varlığı Değişkenine Yönelik Yüzde Dağılım	34
Çizelge 27. Bulaşıcı Hastalık Varlığı Değişkenine Yönelik Yüzde Dağılım.....	35
Çizelge 28. İntihar Girişimi Öyküsü Değişkenine Yönelik Yüzde Dağılım	35
Çizelge 29. İntihar girişimi yöntemi Değişkenine Yönelik Yüzde Dağılım	36
Çizelge 30. Psikiyatrik Soy Geçmişi Değişkenine Yönelik Yüzde Dağılım.....	39
Çizelge 31. Psikiyatri Soy Geçmiş Kim Olduğu Değişkenine Yönelik Yüzde Dağılım	39
Çizelge 32. Psikiyatrik Hastalık Süresi Değişkenine Yönelik Yüzde Dağılım.....	41
Çizelge 33. Suça Kadar Psikiyatri Tedavi Geçmişi Değişkenine Yönelik Yüzde Dağılım.....	41
Çizelge 34. Daha Önce Tedavi Girişimlerinin Öyküsü Değişkenine Yönelik Yüzde Dağılım.....	42
Çizelge 35. Adli Psikiyatri Kliniğinde Yatma Nedeni Değişkenine Yönelik Yüzde Dağılım.....	42
Çizelge 36. En Son Adli Servis Yatış Süresi Değişkenine Yönelik Yüzde Dağılım .	43
Çizelge 37. 8 Yıldan Fazla Süredir Yatış Süresi Değişkenine Yönelik Yüzdelik Dağılım.....	44
Çizelge 38. Adli Servise Tekrarlayan Yatışı Değişkenine Yönelik Yüzde Dağılım..	44
Çizelge 39. İlk Kez Suç İşleme Yaş Aralığı Değişkenine Yönelik Yüzde Dağılım ..	45
Çizelge 40. Daha Önce Suç İşleme Geçmişi Değişkenine Yönelik Yüzde Dağılım..	46
Çizelge 41. Toplam Suç Sayısı Değişkenine Yönelik Yüzde Dağılım	46
Çizelge 42. Suç İşleme Yaşı Değişkenine Yönelik Yüzde Dağılım	47

Çizelge 43. Suç Türü Değişkenine Yönelik Yüzde Dağılım.....	47
Çizelge 44. İşlenilen Suçun Yönüne Yönelik Yüzde Dağılımlar Değişkenine Yönelik Yüzde Dağılım	53
Çizelge 45. Suç Yönü İnsana Dönük İse Kime Karşı Değişkenine Yönelik Yüzde Dağılım.....	54
Çizelge 46. Geçmişte Ceza Evi Yaşantısı Değişkenine Yönelik Yüzde Dağılım	55
Çizelge 47. Cezaevi Geçmişi Var İse Süresi Değişkenine Yönelik Yüzde Dağılım..	55
Çizelge 48. Hastanın Yasal Temsilcisi Değişkenine Yönelik Yüzde Dağılım	56
Çizelge 49. Ziyaretçi Bulunma Durumu Değişkenine Yönelik Yüzde Dağılım	57
Çizelge 50. Ziyaretçisi Var İse Görüşme Sıklığı Değişkenine Yönelik Yüzde Dağılım.....	57
Çizelge 51. Yatış Süresi ve Suç Profili İlişki Analizi	58
Çizelge 52. Yatış Süresi ve Tekrarlayan Yatışı İlişki Analizi.....	60
Çizelge 53. Yatış Süresi ve Toplam Suç Sayısı İlişki Analizi	60
Çizelge 54. Yatış süresi ile Suçun Yönünün Kime Karşı Olduğu İlişki Analizi	61
Çizelge 55. Yatış Süresi ve Yasal Temsilcisi (Vasisi) Varlığı İlişki Analizi.....	61
Çizelge 56. Yaşadığı Bölge ve Suç Sayısı İlişki Analizi	61
Çizelge 57. Madde Kullanımı ve Suç Türü İlişki Analizi	62
Çizelge 58. Hastaneye Gelmeden Önce Kiminle Yaşadığı ve Suç Yönü İlişki Analizi	64

I. GİRİŞ

Gelişmekte olan bir ülke olarak, içinde bulunduğumuz modernleşme sürecinde ekonomik, teknolojik, siyasal, kültürel ve demografik alanlarda önemli değişimler yaşanmaktadır. Hızlı kentleşme, göç, sanayi ve ekonomik gelişmeler, nüfus artışı ve sosyal örgütlenme eksiklikleri gibi hızlı ve derin değişiklikler, toplumsal düzeyde bazı olumsuz sonuçlara (değerlerin zayıflaması, bireyselleşme, yalnızlaşma, yabancılaşıma gibi) yol açabilmektedir. Bu durumun suç davranışlarıyla ilişkili olduğu savunulmaktadır. Ayrıca, artan ekonomik eşitsizlik ve modern yaşam tarzının suç işleme fırsatlarını artıran etkisi de bu olguları tetikleyen faktörler arasında yer almaktadır (Boz ve Ünlü, 2016; Kızmaz, 2013).

Süreğen akıl hastalığına sahip bireylerin suç davranışları sergilemelerine ilişkin araştırmalar uzun bir süredir devam etmektedir ve bu bireylerin akıl sağlığı sisteminden adli sisteme geçiş yaptığına dikkat çekilmektedir (Grumberg, vd.1977; Steadman, vd.1978; Türkcan, vd.1997).

Bunun yanı sıra, etkin bir adli psikiyatrik izleme, saldırgan davranışların ve tekrar eden suç eğilimlerinin önlenmesinde önemli bir başarı sağlayabilmektedir (Müller-Isberner, 1996; Türkcan, vd.1997).

Süreğen akıl hastalığı olan olgularda, hastalığın seyri sırasında adli sistemle bağlantının ortaya çıkma nedenleri üzerinde durulması, psikiyatrik tedavi yaklaşımının daha kapsamlı olmasının ve çeşitli bilgi alanlarını da içermesinin gerekliliği ortaya koymaktadır (Türkcan, vd.1997).

Hukuk, bireylerin sahip olduğu hakları ve bu hakların kullanım sınırlarını belirlemektedir. Kişide meydana gelen fiziksel ve bedensel zararların tespiti, varlığı ve derecesinin değerlendirilmesi ise tıp alanının bir parçası olmuştur. Adli tıp, hukuk ile bağlantılı olarak hekimlik mesleği ve hekimlerle ilgili yasal konuları ele alan bir disiplin olarak ortaya çıkmış ve gelişmiştir. Bu disiplin, yargılama sürecinde maddi gerçeğin ortaya çıkarılabilmesi için soruşturma ve

kovuşturma makamlarına bilimsel destek sağlamaktadır (Artuç, 2018; Biçer, vd.2009; Özbek, vd.2014).

Adli psikiyatri hukuk ve psikiyatrinin bir arada ele alındığı sağlık dalıdır. Adli psikiyatri, yargıya intikal etmiş olayları incelerken, hukuka yardımcı olarak, kişinin iradesi ve bağımsız karar verebilme/sorumlu olup olmadığı konularında olguya açıklık getirilmesi aşamasında kendisinden talep edilen yargının görevlendirdiği bir alandır (Çevik Akküz ve Başer, 2012; Polat ve Asi Karakaş, 2020; Soysal, 2015).

Adli psikiyatrik değerlendirme sürecinde, sorunun bedensel, ruhsal ve sosyal boyutlarını kapsayan geniş bir perspektif benimsemek esastır. Bu yaklaşım, önyargılardan uzak, nesnel bir değerlendirme ile yasal çerçevede bir inceleme yapılmasını gerektirir (Biçer, vd.2009).

Adli psikiyatri hizmetlerinin temel amacı hem bireyin hem de toplumun haklarını gözetmek, kişiye ihtiyaç duyduğu sosyal desteği sağlamak ve gerekli tedavi sürecini yürütmektir (Temel, vd.2020).

Tedavinin temel hedefi, psikiyatrik hastalığı kontrol altına almak, remisyona sürekliliğini sağlamak, bireyi topluma yeniden kazandırmak ve olası suçların önüne geçerek toplumun huzur ve güvenliğini korumaktır (Sırlıer Emir, 2022; Yanık, 2007).

Zorunlu yatışlar ve suç arasındaki ilişki, adli psikiyatrinin temel uygulama alanlarından biridir. Adli psikiyatri, genel olarak psikiyatrik rahatsızlıkların hukuki boyutlarıyla ele alınmasını ifade eder. Hukuk ve psikiyatri arasındaki ilişki, bu disiplinin temel dayanak noktalarından biridir. Adli psikiyatrinin başlıca konularından biri, bireyin cezai sorumluluğunun değerlendirilmesidir. Cezai sorumluluk, bir adli olay sırasında bireyin davranışlarının nedenlerini, bu davranışların sonuçlarını anlama kapasitesini ve eylemlerinin bilincinde olup olmadığını analiz etmeyi kapsar (Karaağaç ve Çalış Var, 2021; Karamustafalıoğlu, 2018).

Adli psikiyatrinin hukuki temelleri, büyük ölçüde ceza hukuku ve medeni hukuk kapsamında şekillendirilmektedir (Biçer, vd. 2009)

Suç işleyen bireyin, akli yönden yeterliliğinin değerlendirilmesi ve yeterli olmayanların tedavilerinin yapılması için güvenli bir sağlık kuruluşuna

yatışlarının yapılması ile karşımıza çıkan olgulara “adli psikiyatri hasta” denmektedir (Polat ve Asi Karakaş, 2020)

Ağır ruhsal hastalıklara sahip ve suça yönelmiş bireylere yönelik süreçlerde, her ülke kendi yasal düzenlemeleri, insan kaynağı, hastaneler ve ceza infaz kurumlarının fiziksel imkânları ile toplumsal ve tarihsel bakış açıları doğrultusunda kendine özgü bir adli psikiyatrik sistem oluşturmuştur (Karaağaç ve Çalış Var, 2021). Örneğin, İngiltere’de ve Amerika Birleşik Devletleri’nin bazı eyaletlerinde, cezaevi kampüslerinde kurulan Ruh Sağlığı Birimleri (Correctional Mental Health Units) aracılığıyla mahkûmların tedavi ihtiyaçları bu özel birimlerde karşılanmaktadır (Bloom, vd.2000; Karaağaç ve Çalış Var, 2021).

Hollanda’da, şehirlerdeki nüfusun ihtiyaçlarına göre Adli Psikiyatri Klinikleri kurulmuştur. Bu klinikler, genel hastanelerin bünyesinde yer alabildiği gibi özel klinikler tarafından da işletilebilmektedir. Kliniklerin finansmanı ise Adalet Bakanlığı tarafından karşılanmaktadır (Karaağaç ve Çalış Var, 2021; Van Marle, 2000).

Birçok ülkede özellikle 1960’lı yıllarda başlayan küresel bir yapıya sahip olan kurumsuzlaştırma (deinstitutionalization) hareketi sonucu adli psikiyatri yatak sayıları azaltılarak bireylerin daha çok toplum içerisinde bakım ve tedavisine yönelik düzenlemeler yapılmıştır (Honkonen, vd.1999).

Türkiye’de zorunlu yatış ve tedavi süreçlerini düzenleyen bir akıl sağlığı yasası bulunmamaktadır. Adli süreçler, akıl hastalığı veya zayıflığı olduğu düşünülen bireylerin ceza ehliyetlerinin belirlenmesi için psikiyatrik değerlendirme yapılmasını içermektedir. Bu değerlendirme sonucunda hazırlanan bilirkişi raporu doğrultusunda, ceza ehliyeti bulunmayan bireyler mahkeme kararı ile zorunlu tedavi için bir sağlık kuruluşuna sevk edilmektedir. Bu kişilerin hastaneden taburcu edilmeleri ise yalnızca mahkemenin, psikiyatrik bilirkişi raporu temelinde verdiği karar ile mümkün olmaktadır. Ayrıca, aynı mahkeme kararı hastaların düzenli aralıklarla zorunlu psikiyatrik kontrollerden geçmesini de şart koşmaktadır. Ancak, mevcut adli psikiyatri uygulamalarında bu kontrollerin ve izlemenin yeterli düzeyde yapılmadığı gözlemlenmektedir (Türkcan, vd.1997).

Türkiye’de, ağır ruhsal hastalık tanısı konulan ve suç işlemiş bireyler geçmişte, psikiyatri hastaneleri bünyesinde yer alan adli psikiyatri servislerinde tedavi edilmekteydi. Ancak, 2005 yılında Avrupa Birliği uyum yasaları çerçevesinde yapılan düzenlemelerle, bu bireylerin bakım ve tedavilerinin YGAP Hastanelerinde gerçekleştirilmesi zorunlu hale getirilmiştir (Baysan Arabacı ve Çam, 2013; Karaağaç ve Çalış Var, 2021).



II. ADLİ PSİKİYATRİ TEDAVİ HİZMETİ

Birçok ülkede adli psikiyatrik bakımın temel amacı, ağır ruhsal bozukluğu olan bireylerin yeniden suç işleme riskini en aza indirmektir. Bu hedef doğrultusunda, bireylere hem güvenli bir tedavi ortamı sunulmakta hem de en az kısıtlayıcı koşullarda tedavi sağlanarak toplumla yeniden bütünleşmeleri desteklenmektedir (Karaağaç ve Çalış Var, 2021; Nedopil, 2009).

Adli psikiyatri, ağır ruhsal hastalıklara sahip bireyler için adli ve tıbbi hizmetler sunmaktadır (Nedopil, 2015; Polat ve Asi Karakaş, 2020).

A. Türkiye’de Psikiyatri Hizmeti

Akıl hastaneleri uzmanlaşmış tesislerdir. Akıl sağlığı sorunları olan kişilere yatılı bakım ve uzun süreli konaklama hizmetleri sunan, hastane temelli özel bir tesistir. Diğer isimler arasında ruh sağlığı hastanesi ve psikiyatri hastanesi bulunmaktadır (World Health Organization, 2021).

Türkiye’de yataklı tedavi hizmetleri; Sağlık Bakanlığı, üniversiteler, belediyeler, özel sektör, vakıf hastaneleri ve askeri hastaneler tarafından sağlanmaktadır. Ruh sağlığına yönelik yataklı tedavi hizmetleri ise ağırlıklı olarak kamu sektörü tarafından sunulmaktadır. 2010 yılı itibarıyla, Sağlık Bakanlığı’na bağlı olarak İstanbul, Samsun, Manisa, Adana, Elazığ, Trabzon ve Bolu’da toplam sekiz Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi (RSHH) bulunmaktadır. Ayrıca, genel hastaneler ve üniversite hastanelerinde de yataklı tedavi ve poliklinik hizmetleri verilmektedir. Kamu sektörü dışında ise Ankara ve İstanbul’da faaliyet gösteren özel ruh sağlığı hastaneleri ile özel hastanelerin bünyesinde yataklı psikiyatri hizmeti sunan bölümler mevcuttur (Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı, 2011).

Türkiye’de ruh sağlığı hizmetleri bölgesel bir temelde sunulmaktadır. İstanbul Bakırköy, İstanbul Erenköy, Manisa, Bolu, Samsun, Adana, Elazığ ve Trabzon Ataköy Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastaneleri, bölge hastaneleri olarak

hizmet vermektedir. Diğer illerde teşhis, tedavi ve rehabilitasyon süreçlerinin gerçekleştirilemediği ve sevki gerekli görülen hastalar, bağlı bulundukları bölge hastanelerine yönlendirilmektedir (Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı, 2011).

Ekim 2010 verilerine göre, Türkiye genelinde toplam 7356 psikiyatri yatağı bulunmaktadır ve bu yatakların %53,5'i Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanelerinde yer almaktadır (Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı, 2011).

1. Türkiye'deki Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastaneleri

- Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh ve Sinir Hastalıkları E.A Hastanesi 1924
- Elazığ Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi 1925
- Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları E.A Hastanesi 1932
- Manisa Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi 1959
- Samsun Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi 1971
- Adana Dr. Ekrem Tok Ruh ve Sağlığı Hastanesi 1984
- Bursa Dörtçelik Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi 1999
- Trabzon Ataköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi 2003
- Tokat Dr. Cevdet Aykan Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi 2010
- Bolu İzzet Baysal Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi 2014



Şekil 1. Türkiye'deki Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastaneleri

Kaynak: Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı, 2011

B. Türkiye’de Adli Psikiyatri

Osmanlı Devleti’nin merkezi ve en önemli bimarhanesi olan Süleymaniye Bimarhanesinde, 1856 yılında İtalyan hekim Dr. Luigi (Louis) Mongeri’nin başhekim olarak atanmasıyla adli psikiyatrinin kuruluş süreci başlamıştır. Dr. Mongeri, bu dönemde bimarhanenin işleyişine dair önemli çalışmalar yapmış ve 'Adli Psikiyatri: Dr. Luigi Mongeri’nin Raporları ve Tespitleri' adlı eserini kaleme almıştır (Özdemir, 2021).

Türkiye’de adli tıp ve ruh sağlığı, 1900’lü yılların başlarında birbiriyle bağlantılı bir alan olarak öne çıkmıştır. Bu alanda öncülük eden isimler arasında Dr. Bahaddin Şakir ve Dr. Mustafa Hayrullah Diker bulunmaktadır. Dr. Mustafa Hayrullah Diker, 1915 yılında Türkiye’de adli psikiyatri ile ilgili ilk eser kabul edilen 'Tababet-i Adliye-i Mecanin' adlı kitabı yazmıştır. Bu eser, adli psikiyatriye giren konuları ele alarak alanın temel taşlarından biri olmuştur (Biçer, vd.2009; Ersoy, vd.2001).

1991 yılının başlarında, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nin yeniden yapılandırılması sürecinde, Adli Psikiyatri bağımsız bir eğitim birimi olarak faaliyet göstermeye başlamıştır (Uygur, vd.1994).

1926 yılında yürürlüğe giren 'Tıbbi Adli Müessesesi Kanunu' ile Adli Tıp Müessesesi kurulmuş, bu kurumda iki yıllık stajını tamamlayan hekimler, ihtisas kanununa göre 'adli tıp ve ruh mütehassısı' unvanını almaya hak kazanmıştır (Biçer, vd.2009).

1. Adli Psikiyatri Süreci

Adli makamlar tarafından, cezai ehliyetine ilişkin sağlık kurulu raporu alınması gereken bireyler hastaneye yönlendirilir. Psikiyatri sağlık kurulu raporunun sonucuna bağlı olarak iki olasılık ortaya çıkar. Eğer bireyin cezai ehliyeti tam olduğu yönünde bir kanaat oluşursa, normal adli süreç devam eder. Ancak, cezai ehliyeti yok ya da azaltılmış olduğu kanaatine varılırsa, birey için adli psikiyatrik süreç başlatılır. Ayrıca, psikiyatri heyeti, bireyin ayaktan tedavi sürecinde bir karara varılamayacağını değerlendirirse, bireyin YGAP birimine yatışı yapılarak gözlem altında değerlendirilmesi talep edilebilir. Adli psikiyatrik süreçte, bireyin dâhil olduğu her bir adli vaka için ayrı bir süreç işletilir ve

bireyin işlediği suçun mevcut hastalığının etkisi altında olup olmadığı incelenir (Deniz, 2017; İnan, vd.2018; Karaağaç ve Çalış Var, 2021).

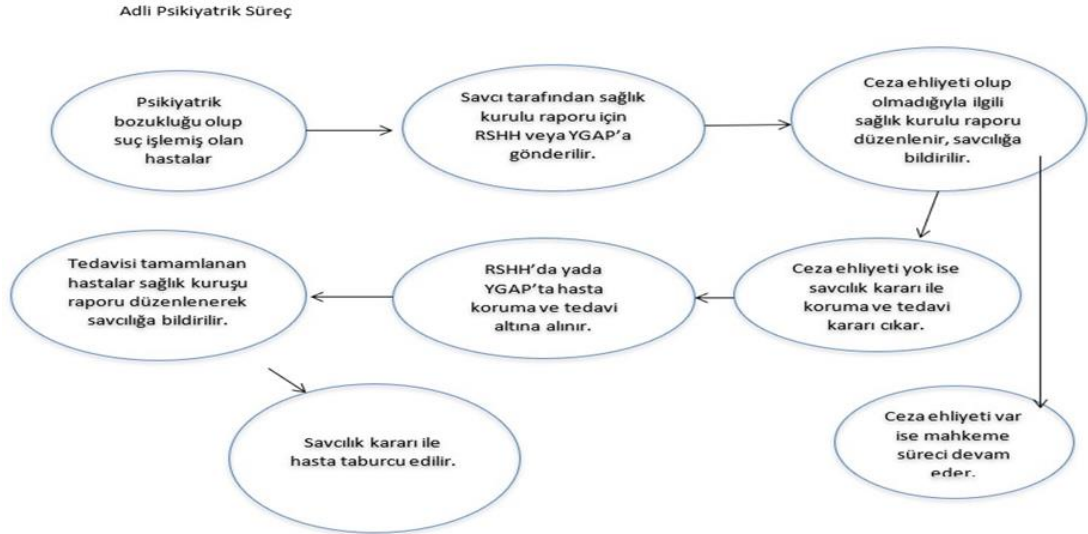
Adli psikiyatrik raporlar, psikiyatristin muayenesi sonucu kanaatini bildiren adli psikiyatrik değerlendirmenin en önemli verisidir. Adli psikiyatrik değerlendirmede en önemli olan noktada, hastanın psikiyatrik durumu konusunda adli sistemi etkileyecek hastalığın genel adının doğru tanımlanmasıdır. Raporda karar verme sürecinde kişinin psikiyatrik öyküsü, mental durumunun muayenesi ve bu tabloyu destekleyen başka bulgular varsa raporlanır (Güler, vd.2016).

Bir suçtan sorumlu tutulabilmek için kişinin eylemi bilerek, isteyerek veya kusurlu bir davranış sonucu gerçekleştirmiş olması gereklidir. Adli psikiyatrik değerlendirme kapsamında, bu durum kişinin ruhsal, zihinsel ve bedensel olgunluğuna; yaptığı eylemin anlamını, doğuracağı sonuçları ve toplumun değer yargılarından farkını kavrayabilmesine; eylemi bilinç ve düşünce açıklığı içinde, özgür iradesiyle gerçekleştirebilmesine; ayrıca uygulanacak ceza ve infaz sürecinden olumlu ders çıkarabilme kapasitesine bağlı olarak ele alınmaktadır (Biçer, vd.2009; Meran, 2007).

Dünya genelinde, adli psikiyatri hastalarının bakım ve tedavileri hem hastaların hem de toplumun güvenliğini sağlamak amacıyla, özelleşmiş tedavi merkezlerinde (yüksek, orta ve düşük güvenlikli hastaneler) gerçekleştirilmektedir (Martin, 2001).

Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri ve Tutuklu Psikiyatri Hastanelerinin kurulması, 2004 yılında kabul edilen 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu'nun 57. maddesinin birinci fıkrası ile düzenlenmiştir. Bu fıkra, 'Fiili işlediği sırada akıl hastası olan kişiler hakkında koruma ve tedavi amacıyla güvenlik tedbirine hükmedilir. Güvenlik tedbirine tabi tutulan akıl hastaları, yüksek güvenlikli sağlık kurumlarında koruma ve tedavi altına alınırlar' hükmünü içermektedir.

Türkiye’de, düşük, orta ve yüksek güvenlikli servis ayrımı hem yasal düzenlemelerde hem de uygulamada mevcut değildir. Mahkemeler aracılığıyla, TCK 32, TCK 57 veya CMK 74. madde kapsamında kolluk kuvvetleri eşliğinde sağlık kuruluşlarına yönlendirilen bireylerin tedavisi, hekimlerin toplum için tehlikelilik durumunun azaldığına karar verene kadar devam etmektedir (Karaağaç ve Çalış Var, 2021).



Şekil 2. Adli Psikiyatri İşleyiş Biçimi

Kaynak: Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü, 2020

Sosyal şifa: Koruma tedavi süreci sonucu kişinin toplum için tehlikeliliğinin önemli oranda, azaldığını ve ilgili mahkemeye kontrol süre ve sıklığının belirtildiği sağlık kurulu raporu verilmesi işlemidir. Sıklıkla kontrol süresi 5 yıldır ve 6 şar ay aralıklarla verilir, ancak özel durumlarda süre ve sıklık değiştirilebilir (Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü, 2020).

Serbest Taburculuk: İlgili mahkemeye sosyal şifa raporunun gönderilmesi sonrasında mahkeme kararının gelmesi ile kişinin taburcu edilmesi işlemidir.

2. Adli Psikiyatri Birime Özgü Kanun Maddeleri

- Ceza Ehliyeti

Türk Ceza Kanunu'nun 32. maddesine göre, akıl hastalığı nedeniyle işlediği fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılayamayan ya da bu fiille ilgili davranışlarını yönlendirme yeteneği önemli ölçüde azalmış olan kişiler cezalandırılmaz. Ancak, bu kişiler hakkında güvenlik tedbirlerinin uygulanmasına karar verilir.

Türk Ceza Kanunu'nun 34. maddesine göre, geçici bir nedenle ya da irade dışı alınan alkol veya uyuşturucu madde etkisi altında işlediği fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılayamayan veya bu fiille ilgili davranışlarını yönlendirme yeteneği önemli ölçüde azalmış olan kişilere ceza verilmez.

Ceza kanununa göre bir kişiye ceza verilebilmesi için kişinin suça hukuk açısından elverişli olması gerekir. Buna göre ceza ehliyeti olmadan suç olmaz.

Modern hukuk, bir sanığın suç işlediği sırada gerçekleştirdiği eylemin doğasını, niteliğini ve sonuçlarını kavrayamayacak ya da eylemin haksız ve zarar verici niteliğinin farkında olamayacak kadar hasta olması durumunda ceza uygulanmayacağını öngörmektedir (Kocakaya ve Özturan, 2023).

- Gözlem (Müşahede)

Adli merciler (mahkeme, savcılık), 5271 sayılı Ceza Muhakemesi Kanunu'nun 74. maddesi uyarınca, bir kişinin ceza sorumluluğunu değerlendirme kararı alır. Gözlem altındaki bireylerde standart prosedür, psikiyatrik tedavi uygulanmaksızın, gözlem yapılarak akıl sağlığı ve ceza sorumluluğu hakkında kanaat oluşturmayı hedefler. Ancak, tanının ve kararın net olduğu durumlarda ya da acil psikiyatrik veya genel tıbbi ihtiyaçlarda tedaviye başlanabilir. Gözlem süresi, CMK 74'e göre genellikle 3 hafta olup, bu süreyi aşmamak kaydıyla gerçekleştirilir. Eğer bu süre zarfında yeterli kanaat oluşturulamazsa ek süre talep edilebilir. Bu süreçte, psikiyatrik görüşmeler, psikometrik testler, sosyal incelemeler ve aile görüşmeleri gibi değerlendirme yöntemleri kullanılır (Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü, 2020).

Ceza Muhakemesi Kanunu 74. Maddesine göre; gözlem altına alma, suç işlediği yolunda kuvvetli şüpheler olan şüpheli ya da sanığın incelenmesidir.

- Koruma ve tedavi

Ceza sorumluluğunun azalmış (TCK 32/2. madde) eski 47 veya ceza sorumluluğunun olmadığı (TCK 32/1. madde) eski 46 raporu verilmiş akıl hastalığı olan kişilerin mahkemece yönlendirilerek psikiyatrik tedavi altına alınması (TCK 57.madde gereği güvenlik tedbiri) ile sosyal şifa bulup taburcu olunca ya kadar geçen aşamayı kapsar (Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü, 2020).

TCK 57. Maddesine göre; fiili işlediği sırada akıl hastalığı olan kişi hakkında, koruma ve tedavi amaçlı olarak güvenlik tedbiri hükmedilir. Hakkında güvenlik tedbirine hükmedilen akıl hastaları, yüksek güvenlikli sağlık kurumlarında koruma ve tedavi altına alınırlar.

Zorunlu klinik tedavi (Koruma Tedavi) kavramı bireyin kendi talebi ve rızası dışında bir sağlık kuruluşuna yatırılarak tedavi altına alınmasına karşılık

gelmektedir. İstem dışı ya da zorunlu tedavi ise bireylerin hastalıklarını ve bu hastalıklarından dolayı tedaviyi kabul etmediği, bu nedenle de tedavi onamı veremeyecek durumda olduğunda başvurulacak adli uygulamadır (Karaağaç, 2022; Oğuz ve Hukuki, 1993).

Yürürlükte olan mevcut mevzuata göre, adli psikiyatrik tedavi hizmeti veren kurumların görevi sadece inceleme ve değerlendirme değildir. Bu kurumlar, eğer bireylerde tedavi ihtiyacı gereklilikleri ortaya çıkarsa bireyin koruma ve tedavisini ve süreç içindeki takiplerini yerine getiren kurumlardır (Karaağaç, 2022; Sosyal, 2005).

Koruma ve tedavi süreci; bir “ceza” değildir, kişinin akıl hastalığı nedeniyle başkalarına zarar verme riskini önlemek, kişinin akıl hastalığını tedavi ederek bu riski ortadan kaldırmak (Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü, 2020).

- Vesayet

Hukuk, bireylere çeşitli haklar ve yetkiler tanıır. Bunlar, günlük yaşamda hareket özgürlüğü, sahip olma, kullanma, yararlanma, taşıma, alıkoyma, reddetme, yapma veya yaptıрма, borçlu ya da alacaklı olma gibi durumları kapsar. Hukuki ehliyet, bir kişinin hak sahibi olma ve borç altına girme yeteneğini ifade eder ve bu kavram 'Medeni Kanun'da tanımlanmaktadır (Cantürk, 2003; Kaçak, 2007).

- Vasi

Vesayet altındaki kısıtlının, kişiliği ve malvarlığı ile ilgili tüm çıkarlarını koruma ve hukuki işlemlerde onu temsil etme sorumluluğu bulunmaktadır. Fiil ehliyeti tamamen ortadan kalkmamış olsa da yaşlı bireyler bunama veya başka psikiyatrik hastalıklar nedeniyle kendi istekleri doğrultusunda kısıtlanarak, yargı yoluyla yasal denetim ve destek talep edebilirler. Bu durum, vasi tayini yoluyla gerçekleştirilir (Kalenderoğlu, vd.2007).

3. Adli Psikiyatri Hizmeti

2010 yılında Türkiye’deki adli psikiyatri yatakları sadece RSHH’nde olmak üzere toplam 668 yataktır (Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı, 2011).

Çizelge 1. RSHH Kullanım Alanlarına Göre Yatak Dağılımları (2010)

	Samsun	Bolu	Adana	Manisa	Elazığ	Bakırköy	Erenköy	Ataköy	Toplam
Adli	50		82	13	54	342			551
Tutuklu	5		36	12	14	50			117

Kaynak: (Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı, 2011)

RSHH yataklarının kullanım alanlarına göre dağılımını gösteren Çizelge 1’de, adli psikiyatri yataklarının yaklaşık %60’ının Bakırköy RSHH’nde yer aldığı görülmektedir.



Şekil 3. Türkiye’deki RSHH Adli Yatak Sayıları

Kaynak: (Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı, 2011)

Çizelge 2. RSHH Mevcut Adli Psikiyatri Yatak Sayısı

İl	Hastane	Adli Yatak Sayısı	
		Kadın	Erkek
Adana	Dr. Ekrem Tok RSHH	0	60
Elazığ	Elazığ RSHH	45	54
Manisa	Manisa RSHH	0	17
İstanbul	Erenköy RSHH	0	0
İstanbul	Bakırköy RSHH	30	305
Samsun	Samsun RSHH	0	47

Kaynak: (Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2020)



Şekil 4. Türkiye’deki RSHH Mevcut Adli Psikiyatri Yatak Sayıları

Kaynak: (Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2020)

Adli psikiyatri yatakları yalnızca Bakırköy, Manisa, Adana, Samsun ve Elazığ Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanelerinde bulunmaktadır. Adli psikiyatri hizmetleri, bölgesel bir yaklaşım çerçevesinde sunulmaktadır.

Çizelge 3. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanelerinin Adli Psikiyatri Hizmeti Verdikleri Bölgeler

I.BÖLGE İst. Bakırköy Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hast.	II.BÖLGE Manisa Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hast.	III.BÖLGE Adana Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hast.	IV.BÖLGE Elazığ Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hast.	V.BÖLGE Samsun Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hast.
İstanbul	Manisa	Adana	Elazığ	Samsun
Edirne	Balıkesir	Konya	Erzurum	Sinop
Kırklareli	İzmir	Kırşehir	Erzincan	Kastamonu
Tekirdağ	Aydın	Nevşehir	Kars	Çankırı
Çanakkale	Kütahya	Kayseri	Ağrı	Amasya
Bursa	Afyon	Aksaray	Tunceli	Çorum
Bilecik	Isparta	Karaman	Malatya	Yozgat
Eskişehir	Burdur	İçel	Van	Tokat
Kocaeli	Uşak	Niğde	Diyarbakır	Sivas
Sakarya	Denizli	Kahramanmaraş	Mardin	Ordu
Bolu	Muğla	Adıyaman	Muş	Giresun
Zonguldak	Antalya	Gaziantep	Bingöl	Trabzon
Ankara		Hatay	Bitlis	Rize
Kırıkkale		Şanlıurfa	Siirt	Artvin
Düzce		Kilis	Hakkâri	Bayburt
Karabük		Osmaniye	Şırnak	Gümüşhane
Yalova			Batman	Bartın
			Ardahan	Iğdır

Kaynak: (Baysan Arabacı, 2009; Sakıcı, 2009)

Adli psikiyatri yataklarının tanımı ülkeden ülkeye farklılık göstermekte olup, bu durum Dünya Sağlık Örgütü'nün bu alandaki istatistiklerini standardize edememesine yol açmaktadır.

DSÖ verilerine göre, Avrupa Bölgesi'ndeki adli psikiyatri yatak sayılarına bakıldığında, optimum yatak sayısının ne olması gerektiği konusunda net bir fikir oluşmamaktadır. Bunun temel nedeni, her ülkenin ceza hukuku ve adli psikiyatri sisteminin farklı olması nedeniyle yatak sayılarının belirli bir standarda sahip olmamasıdır. Örneğin, bazı ülkeler DSÖ'ye yalnızca yüksek güvenli yatak sayılarını bildirirken, diğerleri buna ek olarak orta ve düşük güvenli yatak sayıları ile cezaevi gibi diğer kurumlarda bu amaçla kullanılan yatak sayılarını da dâhil etmektedir. Ancak, ceza hukuku sistemi Türkiye'ye oldukça benzeyen Almanya'nın, 100 bin kişiye düşen 10,5 yatak sayısı ile planlama süreçlerinde yol gösterici bir referans olabileceği değerlendirilmektedir (Ibishi, vd.2015; Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı, 2011).

Geleneksel olarak ruh sağlığı hastanelerinin içinde yer alan adli psikiyatri kliniklerinin iş yükü, 2015 yılından itibaren şehir hastaneleri bünyesinde kurulan Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri (YGAP) birimleri sayesinde azalmış ve önceki dönemlere kıyasla daha yüksek güvenlik seviyelerine sahip fiziki ortamlar oluşturulmuştur. Aslında, 2005 yılında çıkarılan Avrupa Birliği uyum yasalarıyla ve güncellenen mevzuatla, daha önce var olan eksiklikler giderilmiştir. 2021 yılı itibarıyla Adana, Kayseri, Elâzığ, Eskişehir, Bursa ve Ankara illerindeki şehir hastaneleri kampüslerinde toplam 6 Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri (YGAP) birimi hizmet vermektedir. Bu hastanelerdeki yatak dağılımı, Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (URSEP) doğrultusunda belirlenmiştir. İstanbul ve İzmir gibi metropol şehirlerde ise Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri (YGAP) birimlerinin açılması için çalışmalar halen devam etmektedir (Kaplan, 2023).

4. Adli Psikiyatri Tedavi Ekibi

Tüm ülkelerde adli psikiyatri sistemi içinde psikiyatristler, psikologlar, sosyal hizmet uzmanları, iş uğraşı terapistleri, hemşireler, yardımcı personel ve güvenlik görevlileri bulunmaktadır.

Adli psikiyatri klinikleri psikiyatristlerin liderliğinde yönetilir. Kimi ülkelerde hastane için alt komiteler ya da kurullar bulunur. Bu kurullar, hastanede

yaşanabilecek genel problemler, güvenlik meseleleri ve bireylerin sorunlarını takip ederler. Bireylerin düşük, orta ve yüksek güvenlik seviyeleri arasında transferi, taburculuk aşamasını değerlendiren bu kurullar, belirli aralıklarla ilgili mahkemeye rapor sunarlar. Adli psikiyatri hastanesinde görevli personel sayısı güvenlik seviyesi ve risklere göre değişmektedir (Abdalla-Filho ve Bertolote, 2006; Karaağaç, 2022)

5. Tıbbi ve Psikososyal Tedavi

Adli psikiyatrik bakımın amacı, ağır ruhsal bozukluğa sahip bireylerin hastalık etkilerini en aza indirerek remisyonu sağlamak ve aynı zamanda tekrar suç işleme risklerini azaltmaktır (Hare Duke, 2018; Karaağaç, 2022).

Psikiyatrik tedavide yalnızca ilaç kullanımının yeterli olmayacağı bilinmektedir. İlaç tedavisi, bireyin topluma yeniden uyum sağlamasında, kişiler arası ilişkilerini geliştirmesinde ve öz bakım becerilerini artırmasında sınırlı bir etkiye sahiptir. Bu nedenle, ağır ruhsal bozukluklara sahip bireylerin tedavisinde antipsikotik ilaçlar temel bir unsur olsa da bu tedavinin psikoterapi ve psikososyal müdahalelerle desteklenmesi uzun vadede bireylere daha fazla fayda sağlayacaktır (Karaağaç, 2022).

Tedavide en önemli unsurlardan birisi ailedir. Hastalık süreci aile ilişkilerinde ve destek mekanizmalarında aksaklıklara sebep olabileceği için aile terapileri önemli bir konumda yer almaktadır. Bakım verenlerin yaşadıkları bakım yükü, sorunların aileyle paylaşımı ve baş etme mekanizmalarının artırılması konularında aile terapilerinin yapılması aile sisteminin işlerlik kazanmasına katkı sağlayacaktır (Karaağaç, 2022).

6. Taburculuk ve Takip

Türkiye’de adli sisteme dâhil olmuş bireyin toplum ve kendisi için tehlikeliliğinin azaldığı psikiyatri heyeti tarafından karar verilirse ve mahkeme uygun görürse taburculuk sağlanmaktadır. Birey kalacak hiçbir yeri yoksa ve bağımsız yaşamı tek başına yerine getiremeyecekse klinikte görevli sosyal hizmet uzmanı tarafından kurum bakımı alternatifleri değerlendirilir. Tehlikelilik ve toplum yaşamındaki psikososyal ihtiyaçların karşılanmasına yönelik özel bir model olmayan adli psikiyatri sistemine dâhil olmuş bireyler, belirli periyodlarla

en yakınındaki psikiyatri hekimine kontrol muayenesi olmak şartıyla taburcu edilir. Eğer kontrol muayeneleri aksatılırsa tekrar yatış söz konusu olabilir. Kontrol muayenelerinin takibi ilgili mahkeme tarafından yürütülür (Karaağaç, 2022).

Ağır ruhsal bozukluğu bulunan bireylere yönelik hizmetlerde, Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri (TRSM), toplum temelli hizmetlerin sunulmasında önemli bir rol üstlenmektedir. Ancak, adli sisteme dâhil olan bireyler daha farklı ve özel ihtiyaçlara sahip olabilmekte ve uzun süreli hastane yatışlarının ardından sosyal uyum ve toplumsal katılım süreçlerinde zorluklar yaşayabilmektedir (Karaağaç, 2022).

C. Adli Psikiyatri Hizmetlerinin Geliştirilmesi ve İstatistikler

Adli psikiyatri hizmetlerinin geliştirilmesindeki temel hedef, yalnızca ruh sağlığı hastaneleri ile sınırlı olan hizmetlerin, genel hastaneler bünyesinde ülke genelinde yaygınlaştırılarak sunulmasını sağlamaktır. Ayrıca bu alanda görev yapan sağlık personelinin sayısını ve uzmanlık düzeyini artırarak hizmet kalitesini yükseltmek amaçlanmaktadır (Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2020).

Bu amaç doğrultusunda;

1. Planlamadaki YGAP ve Tutuklu Hükümlü Adli Psikiyatri (THAP) birimlerinin açılması ile hizmet sunulan merkez sayısı ve yatak sayısının artırılmasının sağlanması
2. YGAP ve THAP birimlerinde sunulacak sağlık hizmetlerine ilişkin mevzuat hazırlanması
3. Deneyimli sağlık personeli eksikliği nedeniyle verilecek hizmetlere ilişkin kılavuz hazırlanması
4. Sağlık personeli için eğitim modülleri oluşturulması
5. Sağlık personeli ve toplumdaki damgalamaya yönelik çalışmalar yapılması hedeflenmiştir.

Türkiye’de 2022 yılı sağlık istatistiği yıllığında, dallara göre hastane ve yatak sayısı tablosunda toplam 10 psikiyatri hastanesi ve 3.845 yatak bilgisi yer almaktadır (Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2024).

Çizelge 4. Adli Psikiyatri Hizmetlerine İlişkin Sayısal Veriler-Gösterge ve Hedefler

Gösterge	Hedefler			
Yüksek Güvenlikli adli psikiyatri yatak sayısının artırılması	Mevcut 472	2021 572	2022 672	2023 772
Tutuklu ve hükümlü adli psikiyatri yatak sayısının artırılması	449	+30	+30	+30
Hazırlanan mevzuat		1		
Adli psikiyatri hizmetlerine ilişkin rehber hazırlanması		1		
Oluşturulan eğitim modülü sayısı		1		
Eğitim alan personel sayısı (kümülatif)	0	50	100	150

Kaynak: (Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2020)

Çizelge 5. Adli Psikiyatri Yatak Planlaması

İl	Hastane	Yatak Sayısı
Adana	Adana Şehir Hastanesi	100 YGAP
Ankara	Ankara Şehir Hastanesi	100 YGAP + 20 THAP
Ankara	Ankara Etlik Şehir Hastanesi	100 YGAP
Bursa	Bursa Entegre Sağlık Kampüsü	100 YGAP
Elazığ	Elazığ Şehir Hastanesi	150 YGAP + 50 THAP
Eskişehir	Eskişehir Şehir Hastanesi	100 YGAP
Gaziantep	Gaziantep Entegre Sağlık Kampüsü	100 YGAP
İzmir	İzmir Bayraklı Entegre Sağlık Kampüsü	100 YGAP
Kayseri	Kayseri Entegre Sağlık Kampüsü	100 YGAP + 28 THAP
Kocaeli	Kocaeli Entegre Sağlık Kampüsü	100 YGAP
Antalya	Antalya Şehir Hastanesi	50 YGAP
İstanbul	İstanbul Sancaktepe Sağlık Kampüsü	200 YGAP
Trabzon	Trabzon Fatih Devlet Hastanesi	50 YGAP

Kaynak: (Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2020)

Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (2021-2023) doğrultusunda, Türkiye'nin ilk YGAP birimi Adana Şehir E.A. Hastanesi bünyesinde 23 Ocak 2018 tarihinden itibaren hizmet vermeye başlamış olup sırayla Kayseri Şehir E.A. Hastanesi, Elazığ Fethi Sekin Şehir E.A. Hastanesi, Eskişehir Şehir E.A. Hastanesi ve Bursa Şehir E.A. Hastanesi YGAP birimleri hizmet vermeye başlamıştır (Polat & Asi Karakaş, 2020) (Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2020).

Çizelge 6. Türkiye’de Adli Psikiyatri Tedavisi Yapılan Mevcut Şehir Hastaneleri

Sağlık Tesis Adı	Toplam Yatak Sayısı	Hizmete Açılan Yatak Sayısı
Adana Şehir E.A. Hastanesi	100	100
Kayseri Şehir E.A. Hastanesi	72	72
Elazığ Fethi Sekin Şehir E.A. Hastanesi	100	80
Eskişehir Şehir E.A. Hastanesi	100	100
Bursa Şehir E.A. Hastanesi	100	40
Ankara Şehir E.A. Hastanesi	80	0

Kaynak: (Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2020)

YGAP ve THAP birimlerinin tercihen ayrı binalarda bulunması önerilmektedir. Şehir hastaneleri bünyesinde yapılmış THAP birimleri olmasına rağmen halen aktif hizmet vermeye başlamamışlardır (Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı 2021-2023).

III.GEREÇ VE YÖNTEMLER

Çalışmanın bu bölümü araştırmanın amacı ve önemi, araştırmanın kapsamı ve örneklem seçimi, veri toplama araçları, hipotezler ve istatistiksel analizlerden oluşmaktadır.

A. Araştırmanın Amacı ve Önemi

Bu çalışmada Türkiye’de örnek bir psikiyatri hastanesi olup İstanbul’da hizmet veren hastanenin Adli Psikiyatri Servislerine yatan kronik hastaların var olan dosyalarının ve eski dosyalarının incelenerek; ikamet ettiği bölge ve şehirler, aile bilgileri, hastalık bilgileri, suç ve suç ile ilgili diğer bilgiler, hastane yatış ve tedavi süreleri diğer bazı özellikler açısından hasta profili hakkında kapsayıcı bilgi edinilmesi amaçlanmıştır. Ayrıca, çalışma bulguları, ülke genelinde şehir hastaneleri içerisine açılacak olan YGAP servislerinin düzenlenmesine önemli bir bilgi sunacaktır. Bu tez çalışması ceza mahkemeleri tarafından zorunlu tedavisine karar verilmiş ve yatırılarak tedavi altına alınan hastalardan oluşmaktadır. Adli Psikiyatri servisleri dışarıya kapalı servislerdir ve yatarak tedavi gören hastalar hakkında fazla bilgi sahip olunamayan birimlerdir. Araştırmada ayrıca, hastaların sosyodemografik özelliklerinin adli psikiyatri servislerine yatışını, yatış süresini, işlediği suçun türü ve niteliğini nasıl etkilediği incelenmiş; ayrıca madde kullanımının suç işleme üzerindeki etkisi değerlendirilmiştir.

B. Araştırmanın Hipotezleri ve Model

Araştırmanın ana hipotezi, hastaların hastanede yatış süreleri ile suç profilleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu yönündedir. Ayrıca, demografik, suç ve klinik özellikleri ana boyutlarının anlamlı farklılık gösterdiği yönüyle alt hipotez geliştirilmiştir.

H1: Hastaların yatış süreleri ile suç profilleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.

H2: Hastaların yatış süreleri ile tekrarlayan yatışı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.

H3: Hastaların yatış süreleri ile toplam suç sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.

H4: Hastaların yatış süreleri ile suç yönü arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.

H5: Hastaların yatış süreleri ile vasi durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.

H6: Hastaların yaşadığı bölge ile suç sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.

H7: Hastaların madde kullanımları ile suç türü arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.

H8: Hastaların hastaneye gelmeden önce kiminle yaşadığı ve suç yönü arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır.

C. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Haziran 2024 ve Aralık 2024 tarihleri arasında İstanbul'da hizmet veren bir eğitim ve araştırma hastanesinin adli psikiyatri birimlerinde 6 aydan fazla süredir yatarak tedavi gören kronik 181 hasta oluşturmaktadır. Bu hastalardan 12'si kayıtlar incelenirken taburcu olması nedeniyle çalışma dışında bırakılmıştır. Bir ceza davası nedeniyle gözlem sonrası adli tedavi, koruma ve tedavi ya da tedavi amacıyla hastanemiz Adli Psikiyatri Birimi'nde yatırılmış olan ve 6 aydan uzun süredir tedavi gören 169 olgu araştırmamıza dâhil edilerek tıbbi kayıtları, suç dönemine ait adli evrakları ve yatış dosyaları ile eski tıbbi kayıtları sosyodemografik özellikler, tanı, tedavi, suç şiddeti ve suç özellikleri açısından geriye dönük olarak incelenmiştir. Sosyodemografik ve Klinik Veri bilgileri içeren soruların olduğu form çalışmacı tarafından doldurulmuştur.

Çalışmada ilişki analizi yapılacağı için bu yönetime yönelik Power Analiz (güç analizi) sonuçları verilerek, en az kaç örneklem gerekeceği belirlenmiştir. Power analiz G*POWER 3.1 sürümü ile gerçekleştirilmiştir. İstatistiksel güç $1-\beta=0,95$

biçiminde yüksek tutulmuştur. Güç analizi sonucunda ilişki analizi için en az 115 örneklem ile çalışılması durumunda çalışmanın geçerliliği belirlenmiştir. Çalışmada 169 örneklem kullanılarak istatistik uygunluk sağlanmıştır.

D. Veri Toplama Araçları

Çalışmada kullanılan Sosyodemografik ve Klinik Veri formu çalışmanın amacına yönelik olarak araştırmacı tarafından hazırlanmıştır.

Hazırlanan veri formu; yaşı, cinsiyeti, yaşadığı bölge, yaşadığı il, öğrenim durumu, anne-baba ayrılığı, medeni durumu, hastaneye gelmeden önce kiminle yaşadığı, çocuk, kardeş, askerlik durumu, yarış öncesi çalışma düzeni, mesleği, sosyal güvencesi, yatış öncesi alkol-madde kullanımı, yatış sonrası sigara kullanımı, kronik bir rahatsızlığı, bulaşıcı hastalığı, intihar girişim öyküsü, psikiyatrik soy-geçmişi, psikiyatrik hastalık süresi, psikiyatrik tedavi geçmişi, daha önce tedavi girişim öyküsü, adli psikiyatride yatma nedeni, adli servise yatış süresi, ilk kez suç işleme yaşı, daha önce suç işleme geçmişi, toplam suç sayısı, ceza sorumluluğu, suç işleme yaşı, suç türü, suç yönü, suçu kime karşı işlediği, ceza evi geçmişi, hastanın vasi durumu, ziyaretçisi ve sıklığı sorularından oluşmaktadır.

Suç türü; adam öldürme, öldürme girişimi, yaralama, yaralamasız saldırı, eşya/mala zarar verme, yangına neden olma, tehdit, hakaret, konut dokunulmazlığını ihmal, dolandırıcılık/sahtekârlık, cinsel suçlar, uyuşturucu madde, hırsızlık, kişilerin huzur ve sükununu bozma, kişiyi hürriyetinden yoksun kılma şeklinde, Suç yönü; insana dönük, mala dönük ve kamu düzeniyle ilgili şeklinde, Suçu kime karşı işlediği; ebeveyn, eş/partner, çocuk, kardeşler, diğer akraba, aile dışı tanıdık (arkadaş, komşu), yabancı, ulaşılamayan veri şeklinde sınıflandırılmıştır.

E. Araştırmanın Yöntemi

Yapılan araştırma nicel araştırma yöntemlerinden tanımlayıcı araştırma yöntemi kullanılmış olup, örneklemden veriler araştırmacı tarafından hazırlanan yapılandırılmış bir form aracılığı ile hastane bilgi sistemi ve hasta dosyaları üzerinden toplanmıştır.

Nicel araştırma yöntemi, pozitif bilim anlayışını temel almaktadır ve burada araştırmacının rolü, araştırmayı A'dan Z'ye kadar nesnel olarak düzenlemektir. Nicel araştırmalarda deney ve gözlem, belgeleme, araştırma soruşturma ve akılla kanıtlama önemli görülmektedir (Sönmez ve Alacapınar, 2013). Tanım olarak nicel araştırma, içinde yaşadığımız dünya hakkında bilgi elde etmek amacıyla sayısal verilerin formal, objektif ve sistematik bir süreçte ele alınmasıdır (Burns ve Grove, 1993). Tanımlayıcı araştırmalar genellikle güncel sorunların tespitine yönelik, pratikteki yararı gözetilerek yapılan uygulamalı araştırmalardır (Ural ve Kılıç, 2011).

Çalışmada kullanılan ölçeklerden elde edilen verilerin analizi IBM SPSS 27.0 paket programı kullanılarak yapılmış olup, anlamlılık düzeyi 0,05 olarak alınmıştır. İlk aşamada, ankette yer alan demografik ve genel bilgiler ile suç yapıları, hastalık detayları gibi bilgilere ilişkin sıklık ve yüzde dağılımlara, hastaların yer verilmiştir. İkinci aşamada ise, ilişkileri belirlemek ve hipotezleri test etmek amaçlı Pearson ki-kare ilişki analizi uygulanmıştır.

F. Araştırmanın Güvenilirlik Analizi

Anketin güvenilirlik sınaması için kullanılan testler; “Cronbach Alpha (CA), İkiye Bölme (split), Paralel ve Mutlak Kesin Paralel (strict)” şeklindedir. Kullanılan tüm kriterlerden bulunan sonuç %70'i geçtiğinde iç tutarlık ve güvenilirlik sağlanmış olur. Çizelge 7'den görüleceği gibi 4 kriter sonuçlarında %70 değeri geçilmiş, güvenilirlik sağlanmıştır. Böylece analiz çıktılarının da güvenilir olduğu belirlenmiştir.

Çizelge 7. Anketin Güvenilirlik Analizleri Sonuçları

Kriterler	Anketin Güvenirlilik Sonuçları
Cronbach_Alpha	0.826
Split	0.823-0.829
Parelel	0.826
Strict	0.825

IV. BULGULAR

Çalışmanın bu kısmında, demografik ve genel bilgilerin yüzdelik dağılımları, ankete yönelik yanıtların yüzdelik dağılımları, hipotezlerin sınanması için grup farklılığı ve ilişki analizleri sonuçlarına yer verilmektedir.

A. Adli Serviste Yatarak Tedavi Gören Hastaların Genel Özelliklerine ve Suç Yapılarına Yönelik Yüzde Dağılımlar

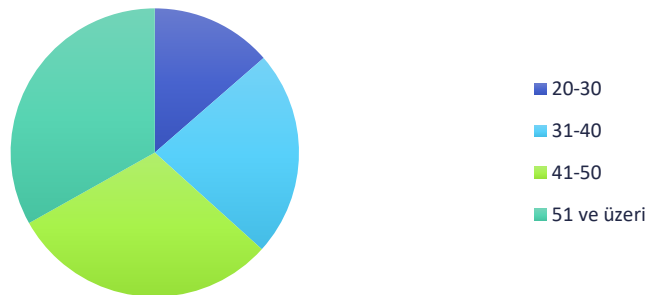
1. Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Örneklem grubunu oluşturan katılımcıların kişisel demografik ve genel özelliklere ilişkin kişisel bilgi formunda yer alan çeşitli değişkenlere ilişkin bilgiler sunulmuştur.

Çizelge 8. Yaş Değişkenine Yönelik Yüzde

Yaş	n	%	$\bar{X} \pm SD$
20-30	23	13,6	45,27±12,00
31-40	39	23,1	
41-50	51	30,2	
51 ve üzeri	56	33,1	
Toplam	169	100,0	

Katılımcıların yaş dağılımına göre %13,6'sı (n=23) 20-30 yaş arasında, %23,1'i (n=39) 31-40 yaş arasında, %30,2'si (n=51) 41-50 yaş arasında ve %33,1'i (n=56) 51 yaş ve üzerindedir. Katılımcıların yaş ortalaması 45,27±12,00'dir.



Şekil 5. Yaş Değişkenine Yönelik Sıklık Dağılım Grafiği

Çizelge 9. Cinsiyet Değişkenine Yönelik Yüzde Dağılım

Cinsiyet	n	%
Erkek	156	92,3
Kadın	13	7,7
Toplam	169	100,0



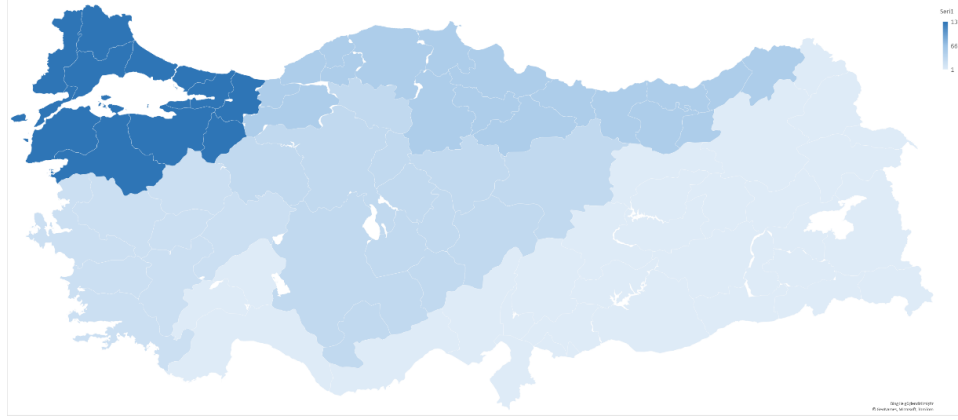
Şekil 6. Cinsiyet Değişkenine Yönelik Sıklık Dağılım Grafiği

Katılımcıların cinsiyet dağılımına bakıldığında, %92,3'ü (n=156) erkek, %7,7'si (n=13) kadındır. Çalışmanın kapsamı, çalışmanın yapıldığı hastanede 6 aydan uzun süre adli servislerde yatarak tedavi gören hastalardan oluşmaktadır. Çalışma yapılan hastanede sadece bir adet adli kadın kliniği bulunmakta iken beş adet erkek adli klinik bulunmaktadır. Bu durumlara bağlı olarak cinsiyet dağılımı arasında belirgin bir fark gözlemlenmekte olup, yapılan literatür çalışmaları bu durumu desteklemektedir.

Çizelge 10. Bölge Değişkenine Yönelik Yüzde Dağılım

Bölge	n	%
Akdeniz	1	0,6
Doğu Anadolu	1	0,6
Ege	2	1,2
Güneydoğu Anadolu	1	0,6
İç Anadolu	16	9,5
Karadeniz	17	10,1
Marmara	131	77,5
Toplam	169	100,0

Katılımcıların bölgelere göre dağılımında, %77,5'i (n=131) Marmara Bölgesi'nde, %10,1'i (n=17) Karadeniz Bölgesi'nde, %9,5'i (n=16) İç Anadolu Bölgesi'nde, %1,2'si (n=2) Ege Bölgesi'nde, %0,6'sı (n=1) Akdeniz Bölgesi'nde, %0,6'sı (n=1) Doğu Anadolu Bölgesi'nde ve %0,6'sı (n=1) Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nde yer almaktadır.



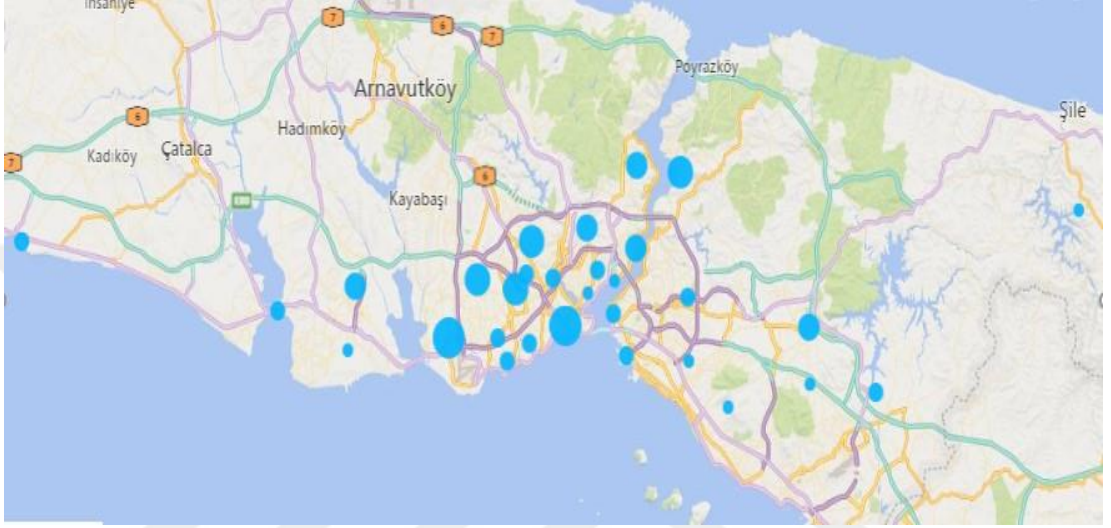
Şekil 7. Bölge Değişkenine Yönelik Sıklık Dağılım Grafiği

Çizelge 11. İl Değişkenine Yönelik Yüzde Dağılım

İl	n	%
Ankara	10	5,9
Bartın	1	0,6
Bolu	1	0,6
Bursa	7	4,1
Çanakkale	7	4,1
Düzce	6	3,6
Edirne	3	1,8
Eskişehir	6	3,6
Giresun	1	0,6
İstanbul	72	42,6
İzmir	1	0,6
Karabük	1	0,6
Kastamonu	1	0,6
Kırklareli	7	4,1
Kocaeli	21	12,4
Mardin	1	0,6
Mersin	1	0,6
Muğla	1	0,6
Sakarya	6	3,6
Sinop	1	0,6
Tekirdağ	5	3,0
Trabzon	1	0,6
Van	1	0,6
Yalova	3	1,8
Zonguldak	4	2,4
Toplam	169	100,0

Katılımcıların illere göre dağılımında, %42,6'ı (n=72) İstanbul'da, %12,4'ü (n=21) Kocaeli'nde, %5,9'u (n=10) Ankara'da, %4,1'i (n=7) Bursa, Çanakkale ve Kırklareli'nde, %3,6'sı (n=6) Düzce, Sakarya ve Eskişehir'de, %3,0'ı (n=5) Tekirdağ'da, %2,4'ü (n=4) Zonguldak'ta, %1,8'i (n=3) Edirne ve Yalova'da yer alırken diğer iller Giresun, İzmir, Trabzon, Bartın, Bolu, Karabük, Kastamonu, Mardin, Mersin, Muğla, Sinop ve Van %0,6 (n=1) oranında temsil edilmektedir.

Katılımcıların İstanbul ili ilçelerine göre dağılımında %6,9 (n=5) Fatih ve Küçükçekmece’de, %5,5 (n=4) Bağcılar, Beykoz, Esenler ve Gaziosmanpaşa’da, %4,2 (n=3) Arnavutköy, Esenyurt, Kağıthane, Sancaktepe ve Sarıyer ‘de, %2,8 (n=2) Bahçelievler, Bakırköy, Bayrampaşa, Büyükçekmece, Eyüp, Kadıköy, Pendik, Silivri, Şişli, Ümraniye, Üsküdar ve Zeytinburnu’nda, %1,39 (n=1) Ataşehir, Beşiktaş, Beylikdüzü, Beyoğlu, Maltepe, Sultanbeyli ve Şile’de yer almaktadır.

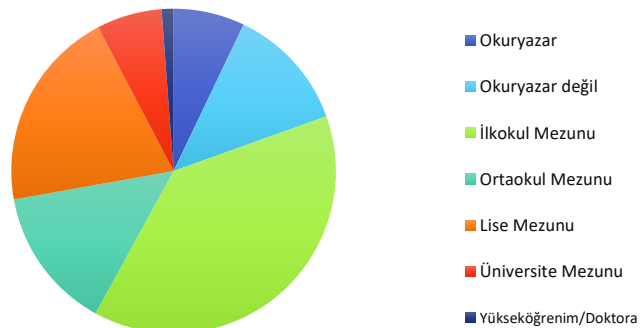


Şekil 9. İstanbul İli İlçelerine Göre Sıklık Dağılım Grafiği

Çizelge 13. Öğrenim Durumu Değişkenine Yönelik Yüzde

Öğrenim Durumu	n	%
Okuryazar	12	7,1
Okuryazar değil	21	12,4
İlkokul Mezunu	65	38,5
Ortaokul Mezunu	24	14,2
Lise Mezunu	34	20,1
Üniversite Mezunu	11	6,5
Yükseköğrenim/Doktora	2	1,2
Toplam	169	100,0

Katılımcıların öğrenim durumuna göre dağılımında, %38,5’i (n=65) ilkokul mezunu, %20,1’i (n=34) lise mezunu, %14,2’si (n=24) ortaokul mezunu, %12,4’ü (n=21) okuryazar değil, %7,1’i (n=12) okuryazar, %6,5’i (n=11) üniversite



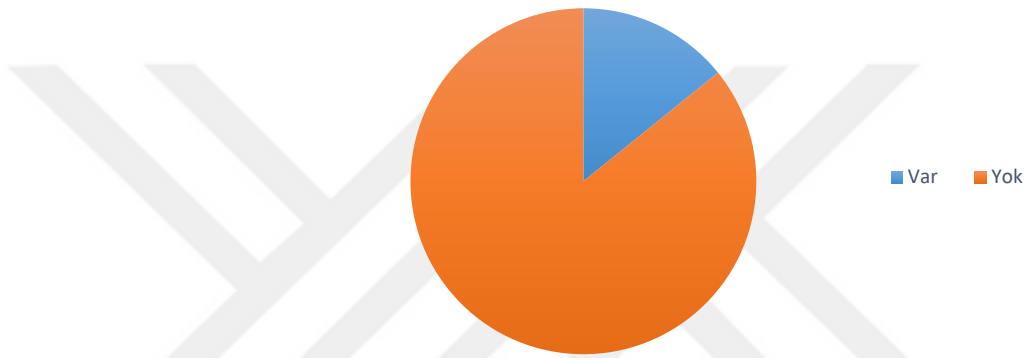
mezunu ve %1,2'si (n=2) yükseköğrenim/doktora düzeyindedir.

Şekil 10. Öğrenim Durumu Değişkenine Yönelik Sıklık Dağılım Grafiği

Çizelge 14. Anne-Baba Ayrılığı Değişkenine Yönelik Yüzde Dağılım

Anne-Baba Ayrılığı	n	%
Var	24	14,2
Yok	145	85,8
Toplam	169	100,0

Katılımcıların %14,2'sinde (n=24) anne-baba ayrılığı varken, %85,8'inde (n=145) anne-baba ayrılığı bulunmamaktadır.

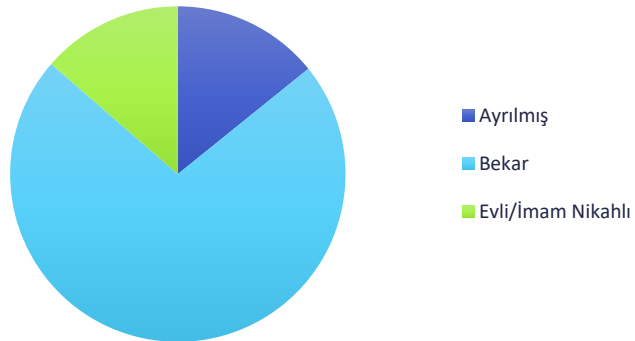


Şekil 11. Anne-Baba Ayrılığı Değişkenine Yönelik Sıklık Dağılım Grafiği

Çizelge 15. Medeni Durumu Değişkenine Yönelik Yüzde Dağılım

Medeni Durumu	n	%
Ayrılmış	24	14,2
Bekar	122	72,2
Evli/İmam Nikahlı	23	13,6
Toplam	169	100,0

Katılımcıların %14,2'si (n=24) ayrılmış, %72,2'si (n=122) bekar, %13,6'sı (n=23) evli veya imam nikahlıdır.

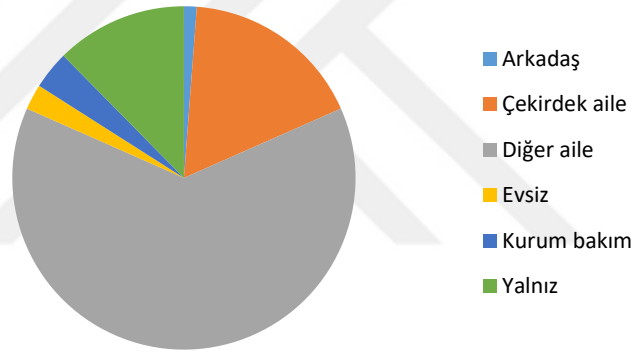


Şekil 12. Medeni Durumu Değişkenine Yönelik Sıklık Dağılım Grafiği

Çizelge 16. Hastaneye Gelmeden Önce Yaşadığı Kişi Değişkenine Yönelik Yüzde Dağılım

Hastaneye Gelmeden Önce Yaşadığı Kişi	n	%
Arkadaş	2	1,2
Çekirdek aile (eş, çocuk/lar)	29	17,2
Diğer aile (anne, baba, kardeş/ler, dede, anneanne, babaanne)	107	63,3
Evsiz	4	2,4
Kurum bakım merkezi	6	3,6
Yalnız	21	12,4
Toplam	169	100,0

Katılımcıların hastaneye gelmeden önce yaşadığı kişilere bakıldığında, %1,2'si (n=2) arkadaşlarıyla, %17,2'si (n=29) çekirdek aileyle, %63,3'ü (n=107) diğer aile üyeleriyle, %2,4'ü (n=4) evsiz olarak, %3,6'sı (n=6) kurum bakım merkezinde, %12,4'ü (n=21) yalnız yaşamaktadır.

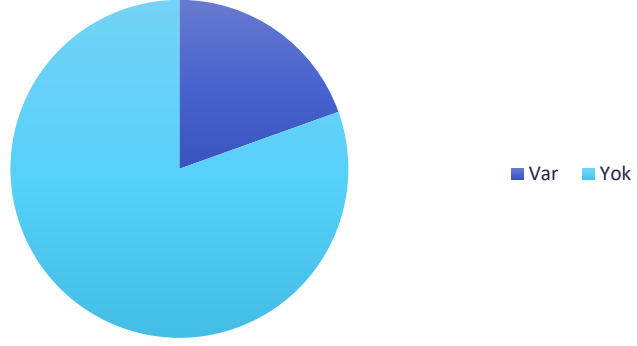


Şekil 13. Hastaneye Gelmeden Önce Yaşadığı Kişi Değişkenine Yönelik Sıklık Dağılım Grafiği

Çizelge 17. Çocuk Sahibi Olma Değişkenine Yönelik Yüzde Dağılım

Çocuk Sahibi Olma	n	%
Var	33	19,5
Yok	136	80,5
Toplam	169	100,0

Katılımcıların %19,5'i (n=33) çocuk sahibi olduğunu, %80,5'i (n=136) ise çocuk sahibi olmadığını belirtmiştir.

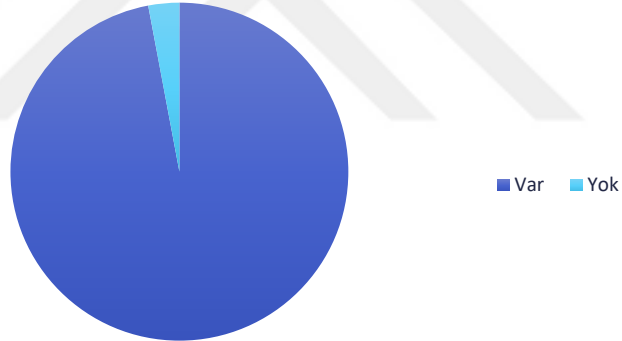


Şekil 14. Çocuk Sahibi Olma Değişkenine Yönelik Sıklık Dağılım Grafiği

Çizelge 18. Kardeş Sahibi Olma Değişkenine Yönelik Yüzde Dağılım

Kardeş Sahibi Olma	n	%
Var	164	97
Yok	5	3
Toplam	169	100,0

Katılımcıların %97,0'ı (n=164) kardeşi olduğunu, %3,0'ı (n=5) ise kardeşi olmadığını ifade etmiştir.

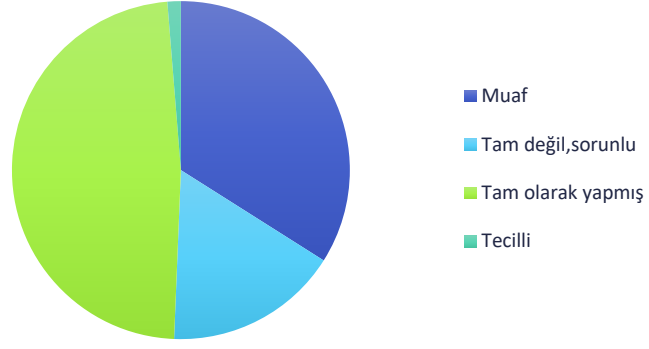


Şekil 15. Kardeş Sahibi Olma Değişkenine Yönelik Sıklık Dağılım Grafiği

Çizelge 19. Askerlik Durumu Değişkenine Yönelik Yüzde Dağılım

Askerlik Durumu	n	%
Muaf	53	34
Tam değil, sorunlu	26	16,7
Tam olarak yapmış	75	48,1
Tecilli	2	1,3
Toplam	169	100,0

Katılımcıların %34'ü (n=53) muaf, %16,7'si (n=26) tam değil, sorunlu olan, %48,1'i (n=75) askerliği tam olarak yapmış ve %1,3'ü (n=2) ise tecilli olduğunu belirtmiştir.

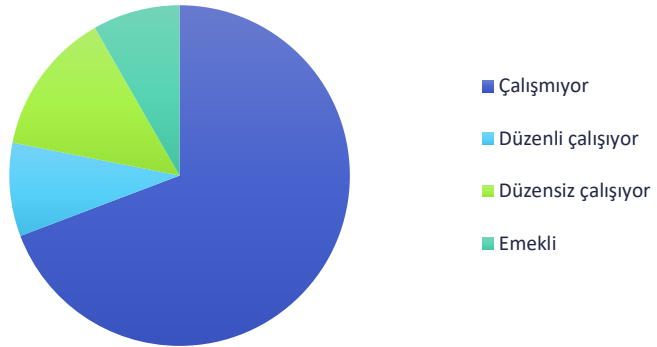


Şekil 16. Askerlik Durumu Değişkenine Yönelik Sıklık Dağılım Grafiği

Çizelge 20. Yatış Öncesi Çalışma Durumu Değişkenine Yönelik Yüzde Dağılım

Yatış Öncesi Çalışma Durumu	n	%
Çalışmıyor	117	69,2
Düzenli çalışıyor	15	8,9
Düzensiz çalışıyor	23	13,6
Emekli	14	8,3
Toplam	169	100,0

Katılımcıların %69,2'si (n=117) yatış öncesi çalışmıyor, %8,9'u (n=15) düzenli çalışıyor %13,6'sı (n=23) düzensiz çalışıyor ve %8,3'ü (n=14) emekli olduğunu belirtmiştir.

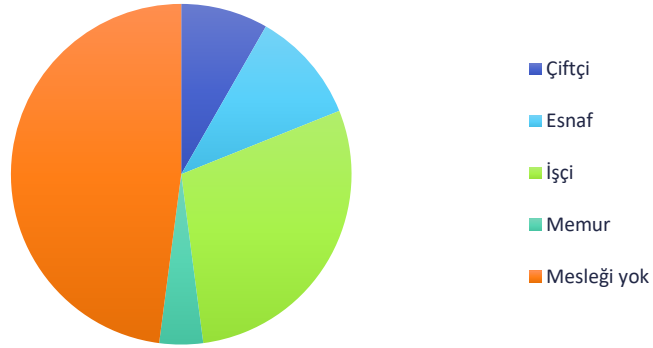


Şekil 17. Yatış Öncesi Çalışma Durumu Değişkenine Yönelik Sıklık Dağılım Grafiği

Çizelge 21. Meslek Değişkenine Yönelik Yüzde Dağılım

Meslek	n	%
Çiftçi	14	8,3
Esnaf	18	10,7
İşçi	49	29
Memur	7	4,1
Mesleği yok	81	47,9
Toplam	169	100,0

Katılımcıların %8,3'ü (n=14) çiftçi, %10,7'si (n=18) esnaf, %29,0'ı (n=49) işçi, %4,1'i (n=7) memur ve %47,9'u (n=81) mesleği olmadığını belirtmiştir.

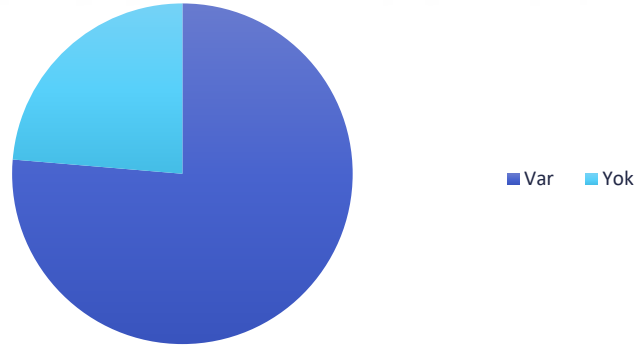


Şekil 18. Meslek Değişkenine Yönelik Sıklık Dağılım Grafiği

Çizelge 22. Sosyal Güvence Değişkenine Yönelik Yüzde Dağılım

Sosyal Güvence	n	%
Var	129	76,3
Yok	40	23,7
Toplam	169	100,0

Katılımcıların %76,3'ü (n=129) sosyal güvencelerinin olduğunu belirtirken, %23,7'si (n=40) sosyal güvencelerinin olmadığını ifade etmiştir.



Şekil 19. Sosyal Güvence Değişkenine Yönelik Sıklık Dağılım Grafiği

2. Sağlık Geçmişine Bağlı Yüzdelik Dağılımlar

Araştırmaya dahil edilen katılımcıların yatış öncesi alkol-madde kullanımı, alkol-madde kullanımı var ise AMATEM başvurularının olup olmadığı, yatış sonrası sigara kullanımı, kronik hastalığın varlığı, bulaşıcı hastalık varlığı ve bunların neler olduğu konularını kapsamakta olup, yüzde dağılım ve sıklık dağılım bilgileri sunmaktadır.

Çizelge 23. Yatış Öncesi Alkol-Madde Kullanımı Değişkenine Yönelik Yüzde Dağılım

Yatış Öncesi Alkol-Madde Kullanımı	n	%
Alkol	24	14,2
Madde	24	14,2
Alkol-Madde	32	18,9
Kullanmamış	89	52,7
Toplam	169	100,0

Katılımcıların %14,2'si (n=24) alkol kullanırken, aynı oranda %14,2'si (n=24) madde kullanmaktadır. %18,9'u (n=32) ise hem alkol hem de madde kullanmıştır. Geriye kalan %52,7'si (n=89) alkol veya madde kullanmamıştır.

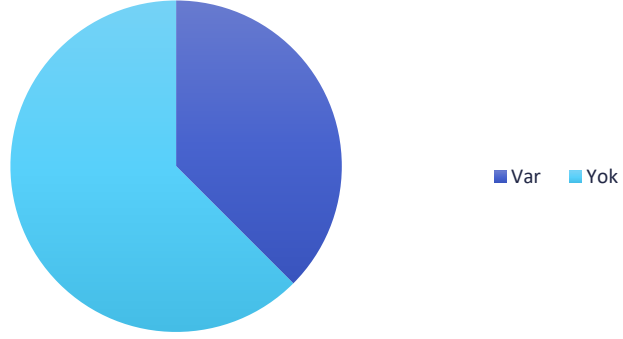


Şekil 20. Yatış Öncesi Alkol-Madde Kullanımı Değişkenine Yönelik Sıklık Dağılım Grafiği

Çizelge 24. Alkol-Madde Kullanımı Var ise AMATEM Başvurusu Değişkenine Yönelik Yüzde Dağılım

Alkol-Madde Kullanımı Var İse AMATEM Başvurusu	n	%
Var	30	37,5
Yok	50	62,5
Toplam	80	100,0

Alkol veya madde kullanımı olan katılımcıların %37,5'i (n=30) AMATEM başvurusu yaparken, %62,5'i (n=50) başvurmamıştır.

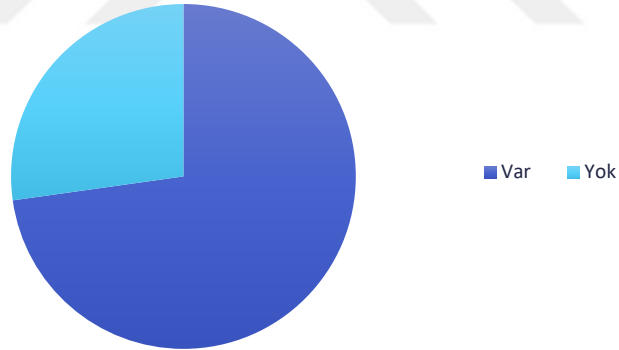


Şekil 21. Alkol-Madde Kullanımı Var İse AMATEM Başvurusu Değişkenine Yönelik Sıklık Dağılım Grafiği

Çizelge 25. Yatış Sonrası Sigara Kullanımı Değişkenine Yönelik Yüzde Dağılım

Yatış Sonrası Sigara Kullanımı	n	%
Var	123	72,8
Yok	46	27,2
Toplam	169	100,0

Yatış sonrası sigara kullanımı olan katılımcıların %72,8'i (n=123) sigara kullanırken, %27,2'si (n=46) sigara kullanmamaktadır.

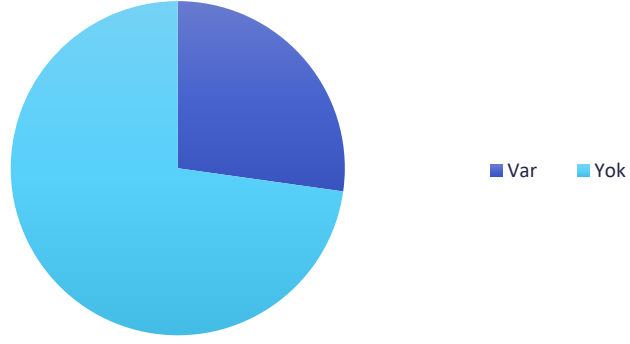


Şekil 22. Yatış Sonrası Sigara Kullanımı Değişkenine Yönelik Sıklık Dağılım Grafiği

Çizelge 26. Kronik Hastalık Varlığı Değişkenine Yönelik Yüzde Dağılım

Kronik Hastalık Varlığı	n	%
Var	46	27,2
Yok	123	72,8
Toplam	169	100,0

Kronik hastalığı olan katılımcıların %27,2'si (n=46), kronik hastalığı olmayan katılımcıların ise %72,8'i (n=123) vardır.



Şekil 23. Kronik Hastalık Varlığı Değişkenine Yönelik Sıklık Dağılım Grafiği

Çizelge 27. Bulaşıcı Hastalık Varlığı Değişkenine Yönelik Yüzde Dağılım

Bulaşıcı Hastalık Varlığı	n	%
Var	4	2,4
Yok	165	97,6
Toplam	169	100,0

Bulaşıcı hastalığı olan katılımcıların %2,4'ü (n=4), bulaşıcı hastalığı olmayan katılımcıların ise %97,6'sı (n=165) bulunmaktadır. Bulunanların %75'i HEPATİT iken %25'i HIV/AIDS'dir.



Şekil 24. Bulaşıcı Hastalık Varlığı Değişkenine Yönelik Sıklık Dağılım Grafiği

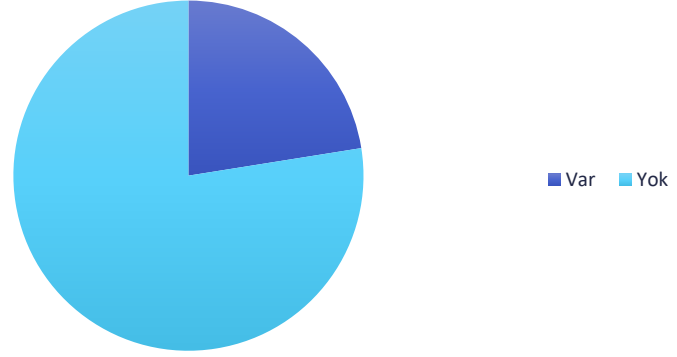
3. İntihar Geçmişine Yönelik Yüzde Dağılımlar

Araştırmaya dahil edilen katılımcıların intihar girişim öyküsü ve intihar girişim yöntemleri konularını kapsamakta olup, yüzde dağılım ve sıklık dağılım bilgileri sunmaktadır.

Çizelge 28. İntihar Girişimi Öyküsü Değişkenine Yönelik Yüzde Dağılım

İntihar Girişimi Öyküsü	n	%
Var	38	22,5
Yok	131	77,5
Toplam	169	100,0

İntihar girişimi öyküsü olan katılımcıların %22,5'i (n=38), intihar girişimi öyküsü olmayan katılımcıların ise %77,5'i (n=131) bulunmaktadır.

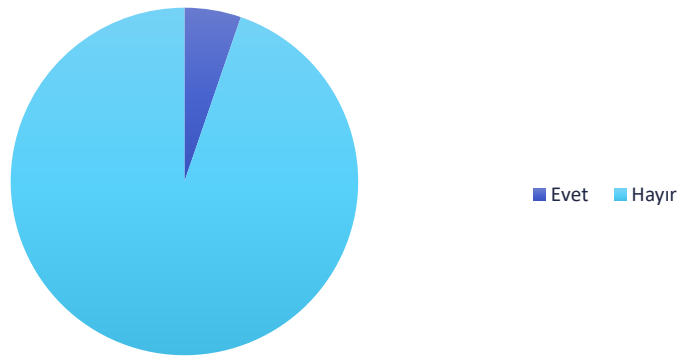


Şekil 25. İntihar Girişimi Öyküsü Değişkenine Yönelik Sıklık Dağılım Grafiği

Çizelge 29. İntihar girişimi yöntemi Değişkenine Yönelik Yüzde Dağılım

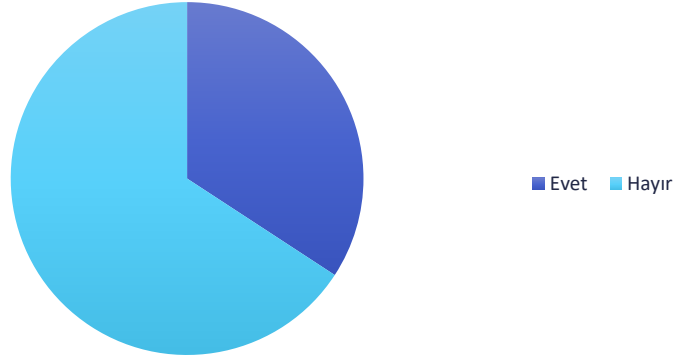
İntihar girişimi yöntemi	Evet		Hayır	
	n	%	n	%
Asılmak	2	5,3	36	94,7
Kesici-Delici Alet Kullanımı	13	34,2	25	65,8
Ateşli Silah Kullanımı	1	2,6	37	97,4
Yüksekten Atlama	11	28,9	27	71,1
Suda Boğulma	2	5,3	36	94,7
Çoklu İlaç İçerek	13	34,2	25	65,8
Yabancı Cisim Yutmak	1	2,6	37	97,4

İntihar girişiminde asılmayı tercih edenlerin oranı %5,3'ü (n=2) iken, bu yöntemi tercih etmeyenlerin oranı %94,7 (n=36) olarak belirlenmiştir.



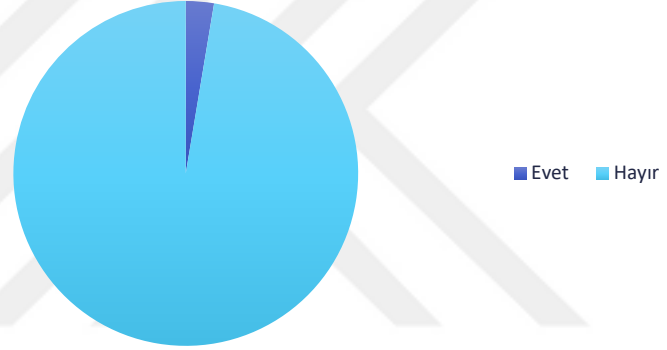
Şekil 26. Asılmak Değişkenine Yönelik Sıklık Dağılım Grafiği

İntihar girişiminde kesici-delici alet kullanımını tercih edenlerin oranı %34,2 (n=13), tercih etmeyenlerin oranı ise %65,8 (n=25) olarak tespit edilmiştir.



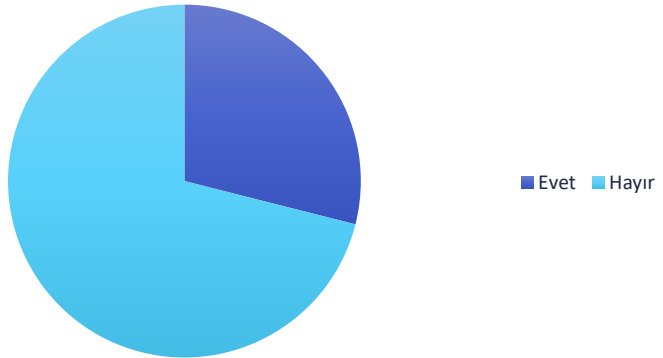
Şekil 27. Kesici-Delici Alet Kullanımı Değişkenine Yönelik Sıklık Dağılım Grafiği

İntihar girişiminde ateşli silah kullanımını tercih edenlerin oranı %2,6 (n=1), tercih etmeyenlerin oranı ise %97,4 (n=37) olarak tespit edilmiştir.



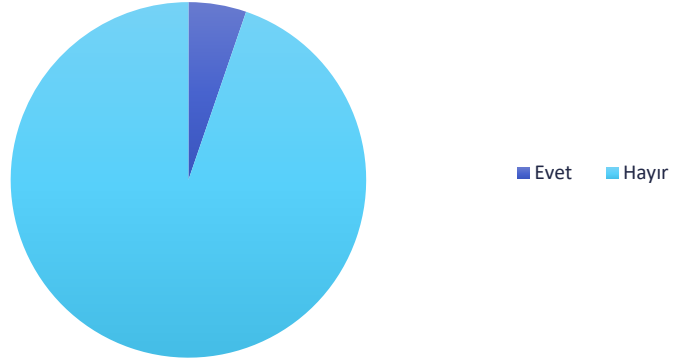
Şekil 28. Ateşli Silah Kullanımı Değişkenine Yönelik Sıklık Dağılım Grafiği

İntihar girişiminde yüksekten atlamayı tercih edenlerin oranı %28,9 (n=11), tercih etmeyenlerin oranı ise %71,1 (n=27) olarak belirlenmiştir.



Şekil 29. Yüksekten Atlama Değişkenine Yönelik Sıklık Dağılım Grafiği

İntihar girişiminde suda boğulma yöntemini tercih edenlerin oranı %5,3 (n=2), tercih etmeyenlerin oranı ise %94,7 (n=36) olarak belirlenmiştir.



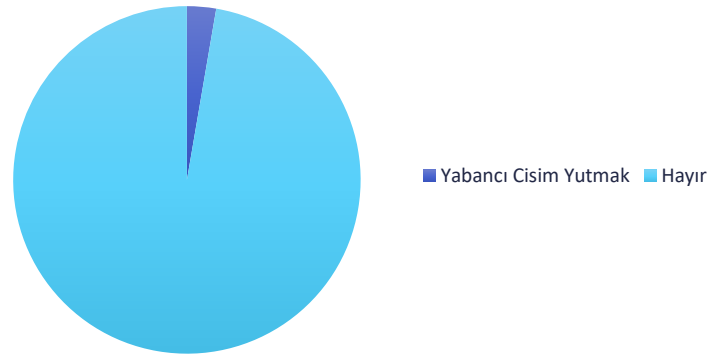
Şekil 30. Suda Boğulma Değişkenine Yönelik Sıklık Dağılım Grafiği

İntihar girişiminde çoklu ilaç içme yöntemini tercih edenlerin oranı %34,2 (n=13), tercih etmeyenlerin oranı ise %65,8 (n=25) olarak belirlenmiştir.



Şekil 31. Çoklu İlaç İçerek Değişkenine Yönelik Sıklık Dağılım Grafiği

İntihar girişiminde yabancı cisim yutma yöntemini tercih edenlerin oranı %2,6 (n=1), tercih etmeyenlerin oranı ise %97,4 (n=37) olarak belirlenmiştir.



Şekil 32. Diğer Değişkenine Yönelik Sıklık Dağılım Grafiği

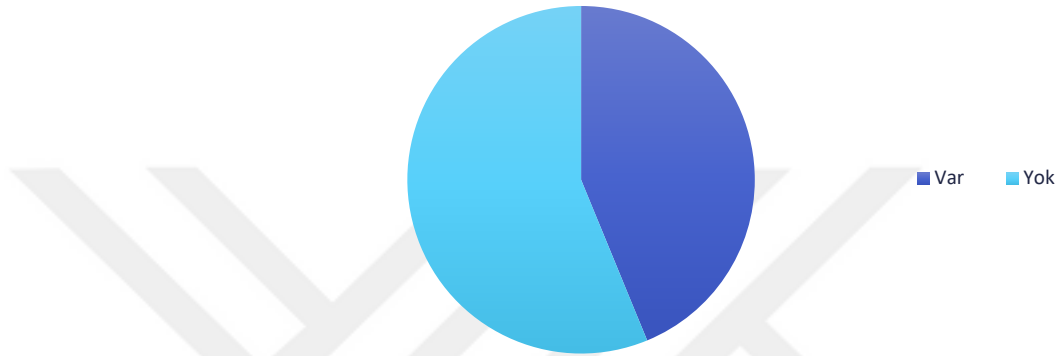
4. Psikiyatrik Soy Geçmişine Yönelik Yüzde Dağılımlar

Araştırmaya dahil edilen katılımcıların psikiyatrik soy geçmişi, psikiyatrik soy geçmiş kim olduğu konularını kapsamakta olup, yüzde dağılım ve sıklık dağılım bilgileri sunmaktadır.

Çizelge 30. Psikiyatrik Soy Geçmişi Değişkenine Yönelik Yüzde Dağılım

Psikiyatrik Soy Geçmişi	n	%
Var	74	43,8
Yok	95	56,2
Toplam	169	100,0

Psikiyatrik soy geçmişi olan katılımcıların oranı %43,8 (n=74) iken, psikiyatrik soy geçmişi olmayan katılımcıların oranı %56,2 (n=95) olarak tespit edilmiştir.

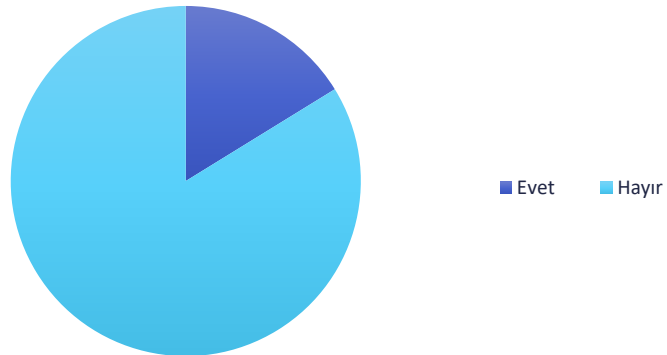


Şekil 33. Psikiyatrik Soy Geçmişi Değişkenine Yönelik Sıklık Dağılım Grafiği

Çizelge 31. Psikiyatrik Soy Geçmiş Kim Olduğu Değişkenine Yönelik Yüzde Dağılım

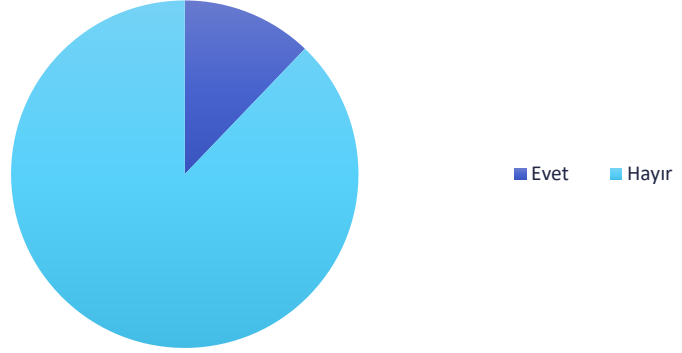
Psikiyatrik Soy Geçmiş Kim Olduğu	Evet		Hayır	
	n	%	n	%
Soy Anne	12	16,2	62	83,8
Soy Baba	9	12,2	65	87,8
Soy Kardeş	30	40,5	44	59,5
Soy Akraba	31	41,9	43	58,1

Psikiyatrik soy geçmişi olanların %16,2'sinde (n=12) anne tarafında bir geçmiş bulunurken, %83,8'inde (n=62) anne tarafında böyle bir geçmiş bulunmamaktadır.



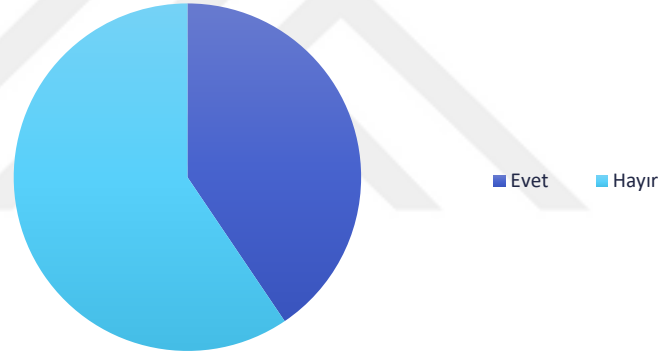
Şekil 34. Soy Anne Değişkenine Yönelik Sıklık Dağılım Grafiği

Psikiyatrik soy geçmişi olanların %12,2'sinde (n=9) baba tarafında bir geçmişi bulunurken, %87,8'inde (n=65) baba tarafında böyle bir geçmişi bulunmamaktadır.



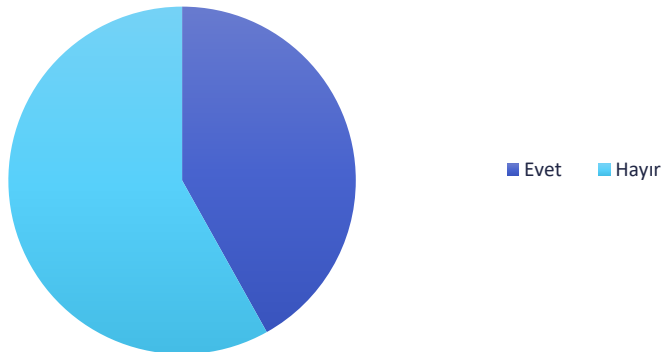
Şekil 35. Soy Baba Değişkenine Yönelik Sıklık Dağılım Grafiği

Psikiyatrik soy geçmişi olanların %40,5'i (n=30) kardeşlerinde bir geçmişi olduğunu, %59,5'i (n=44) ise böyle bir geçmişi bulunmadığını belirtmiştir.



Şekil 36. Soy Kardeş Değişkenine Yönelik Sıklık Dağılım Grafiği

Psikiyatrik soy geçmişi olanların %41,9'u (n=31) akraba tarafında bir geçmişi olduğunu belirtirken, %58,1'i (n=43) akraba tarafında böyle bir geçmişi olmadığını ifade etmiştir.



Şekil 37. Soy Akraba Değişkenine Yönelik Sıklık Dağılım Grafiği

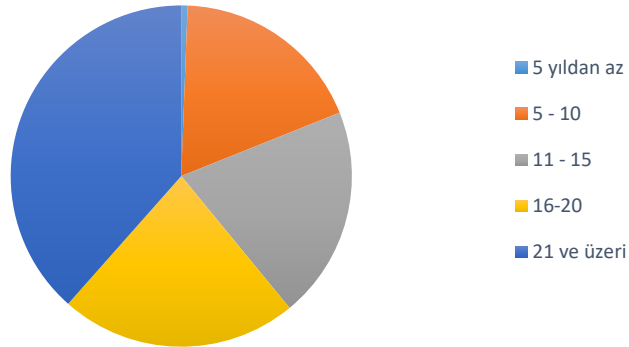
5. Psikiyatrik Tedaviye Yönelik Bilgiler Yüzde Dağılımları

Araştırmaya dahil edilen katılımcıların psikiyatrik hastalık süresi, suça kadar tedavi geçmişi, daha önce tedavi girişimlerinin öyküsü, adli psikiyatri kliniğinde yatma nedeni, en son adli servis yatış süresi, 8 yıldan fazla süredir yatış süresi, adli servise tekrarlayan yatışı sayıları konularını kapsamakta olup, yüzde dağılım ve sıklık dağılım bilgileri sunmaktadır.

Çizelge 32. Psikiyatrik Hastalık Süresi Değişkenine Yönelik Yüzde Dağılım

Psikiyatrik Hastalık Süresi(yıl)	n	%	$\bar{X} \pm SD$
5 yıldan az	1	0,6	20,30±10,47
5-10	31	18,3	
11-15	34	20,1	
16-20	38	22,5	
21 yıl ve üzeri	65	38,5	
Toplam	169	100,0	

Psikiyatrik hastalık süresi açısından, katılımcıların %38,5'i (n=65) 21 yıl ve üzeri süredir bu hastalığı yaşamaktadır. %22,5'i (n=38) 16-20 yıl, %20,1'i (n=34) 11-15 yıl, %18,3'ü (n=31) 5-10 yıl ve yalnızca %0,6'sı (n=1) 5 yıldan daha kısa süredir psikiyatrik hastalık yaşamaktadır. Ortalama hastalık süresi 20,30±10,47 yıl olarak hesaplanmıştır.

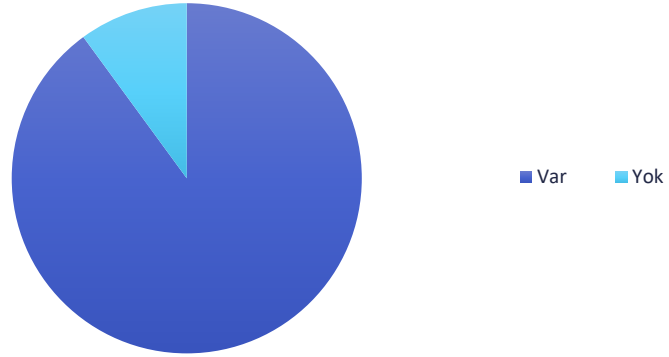


Şekil 38. Psikiyatrik Hastalık Süresi Değişkenine Yönelik Sıklık Dağılım Grafiği

Çizelge 33. Suça Kadar Psikiyatri Tedavi Geçmişi Değişkenine Yönelik Yüzde Dağılım

Suça Kadar Psikiyatri Tedavi Geçmişi	n	%
Var	152	89,9
Yok	17	10,1
Toplam	169	100,0

Katılımcıların %89,9'u (n=152) suça kadar psikiyatri tedavisi almışken, %10,1'i (n=17) psikiyatri tedavisi almamıştır.

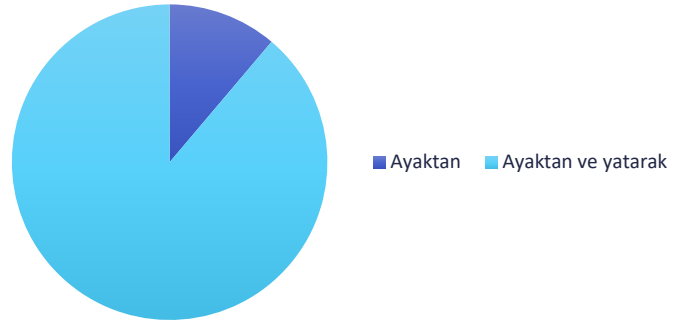


Şekil 39. Suça Kadar Psikiyatri Tedavi Geçmişi Değişkenine Yönelik Sıklık Dağılım Grafiği

Çizelge 34. Daha Önce Tedavi Girişimlerinin Öyküsü Değişkenine Yönelik Yüzde Dağılım

Daha Önce Tedavi Girişimlerinin Öyküsü	n	%
Ayaktan	17	11,2
Ayaktan ve yatarak	135	88,8
Toplam	152	100,0

Katılımcıların %11,2'si (n=17) daha önce yalnızca ayaktan tedavi görmüş, %88,8'i (n=135) ise ayaktan ve yatarak tedavi almıştır.

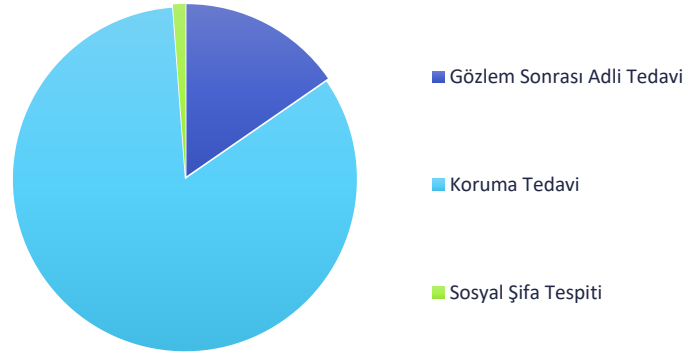


Şekil 40. Daha Önce Tedavi Girişimlerinin Öyküsü Değişkenine Yönelik Sıklık Dağılım Grafiği

Çizelge 35. Adli Psikiyatri Kliniğinde Yatma Nedeni Değişkenine Yönelik Yüzde Dağılım

Adli Psikiyatri Kliniğinde Yatma Nedeni	n	%
Gözlem Sonrası Adli Tedavi	26	15,4
Koruma Tedavi	141	83,4
Sosyal Şifa Tespiti	2	1,2
Toplam	169	100,0

Katılımcıların %15,4'ü (n=26) gözlem sonrası adli tedavi için yatarken, %83,4'ü (n=141) koruma tedavisi amacıyla yatmıştır. Ayrıca %1,2'si (n=2) sosyal şifa tespiti nedeniyle yatmıştır.

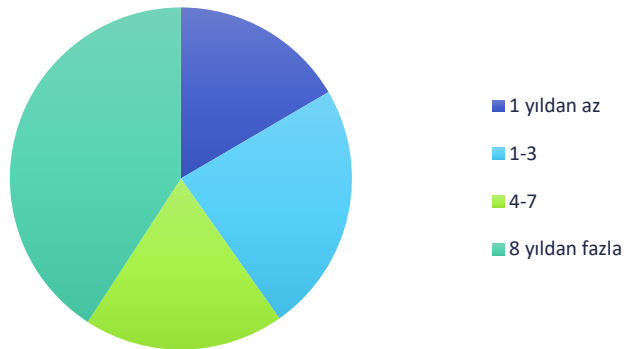


Şekil 41. Adli Psikiyatri Kliniğinde Yatma Nedeni Değişkenine Yönelik Sıklık Dağılım Grafiği

Çizelge 36. En Son Adli Servis Yatış Süresi Değişkenine Yönelik Yüzde Dağılım

En Son Adli Servis Yatış Süresi	n	%
1 yıldan az	28	16,6
1-3	40	23,7
4-7	32	18,9
8 yıldan fazla	69	40,8
Toplam	169	100,0

Katılımcıların %16,6'sı (n=28) en son adli servis yatışını 1 yıldan az bir süre önce gerçekleştirmiştir. %23,7'si (n=40) 1-3 yıl, %18,9'u (n=32) 4-7 yıl, %40,8'i ise (n=69) 8 yıldan fazla süre önce yatış yapmıştır.

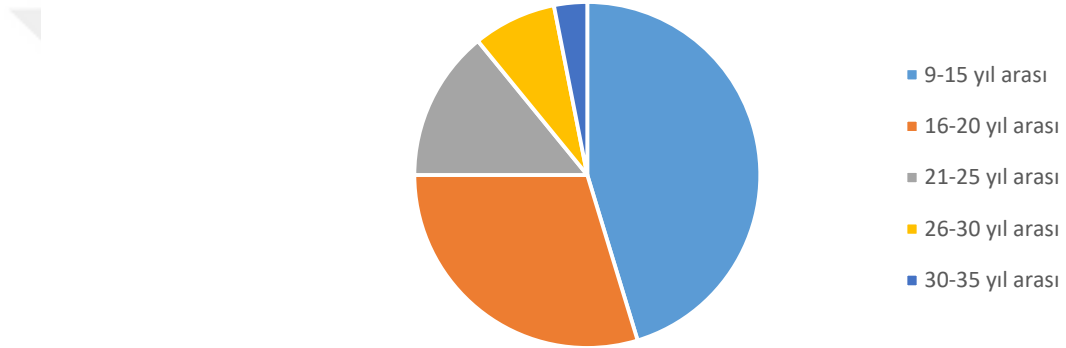


Şekil 42. En Son Adli Servis Yatış Süresi Değişkenine Yönelik Sıklık Dağılım Grafiği

Çizelge 37. 8 Yıldan Fazla Süredir Yatış Süresi Değişkenine Yönelik Yüzdelik Dağılım

8 Yıldan Fazla Yatış Süresi	n	%
9-15 yıl arası	29	45,3
16-20 yıl arası	19	29,7
21-25 yıl arası	9	14,1
26-30 yıl arası	5	7,8
30-35 yıl arası	2	3,1
Toplam	64	100,0

Katılımcıların 8 yıldan fazla olarak, %45,3'ü (n=29) 9-15 yıl, %29,7'si (n=19) 16-20 yıl, %14,1'i (n=9) 21-25 yıl, %7,8'i (n=5) 26-30 yıl, %3,1'i ise (n=2) 30-35 yıl süre önce yatış yapmıştır.

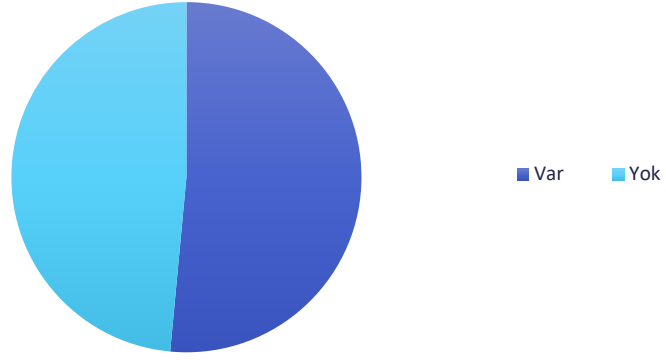


Şekil 43. 8 Yıldan Fazla Süredir Yatış Süresi Değişkenine Yönelik Sıklık Dağılım

Çizelge 38. Adli Servise Tekrarlayan Yatışı Değişkenine Yönelik Yüzde Dağılım

Adli Servise Tekrarlayan Yatışı	n	%
Var	87	51,5
Yok	82	48,5
Toplam	169	100,0

Katılımcıların %51,5'i (n=87) adli servise tekrarlayan yatışı varken, %48,5'i (n=82) tekrarlayan yatışı yoktur.



Şekil 44. Adli Servise Tekrarlayan Yatışı Değişkenine Yönelik Sıklık Dağılım Grafiği

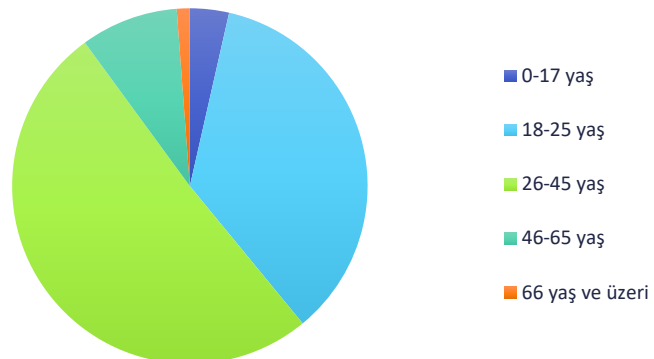
6. Suç Geçmişine ve Suç Profiline Yönelik Yüzde Dağılımlar

Araştırmaya dahil edilen katılımcıların ilk kez suç işleme yaş aralığı, daha önce suç işleme, toplam suç sayısı, suç işleme yaşı, suç türü değişkenleri konularını kapsamakta olup, yüzde dağılım ve sıklık dağılım bilgileri sunmaktadır.

Çizelge 39. İlk Kez Suç İşleme Yaş Aralığı Değişkenine Yönelik Yüzde Dağılım

İlk Kez Suç İşleme Yaş Aralığı	n	%
0-17 yaş	6	3,6
18-25 yaş	60	35,5
26-45 yaş	86	50,9
46-65 yaş	15	8,9
66 yaş ve üzeri	2	1,2
Toplam	169	100,0

Katılımcıların %3,6'sı (n=6) ilk suçlarını 0-17 yaş aralığında işlemiştir. %35,5'i (n=60) 18-25 yaş aralığında, %50,9'u (n=86) 26-45 yaş aralığında, %8,9'u (n=15) 46-65 yaş aralığında, %1,2'si (n=2) ise 66 yaş ve üzerinde suç işlemiştir.



Şekil 45. İlk Kez Suç İşleme Yaş Aralığı Değişkenine Yönelik Sıklık Dağılım Grafiği

Çizelge 40. Daha Önce Suç İşleme Geçmişi Değişkenine Yönelik Yüzde Dağılım

Daha Önce Suç İşleme Geçmişi	n	%
Var	96	56,8
Yok	73	43,2
Toplam	169	100,0

Katılımcıların %56,8'inin (n=96) daha önce suç işleme geçmişi bulunmaktadır, %43,2'sinin (n=73) ise suç işleme geçmişi yoktur.

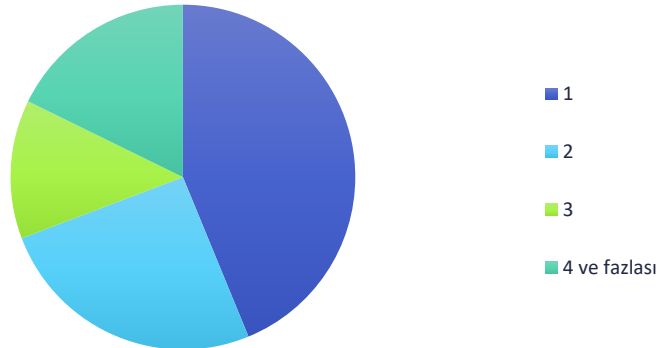


Şekil 46. Daha Önce Suç İşleme Değişkenine Yönelik Sıklık Dağılım Grafiği

Çizelge 41. Toplam Suç Sayısı Değişkenine Yönelik Yüzde Dağılım

Toplam Suç Sayısı	n	%
1	74	43,8
2	43	25,4
3	22	13
4 ve fazlası	30	17,8
Toplam	169	100,0

Katılımcıların toplam suç sayısı dağılımına göre, %43,8'i (n=74) tek bir suç işlemiş, %25,4'ü (n=43) iki suç işlemiş, %13,0'ü (n=22) üç suç işlemiş ve %17,8'i (n=30) dört veya daha fazla suç işlemiştir.

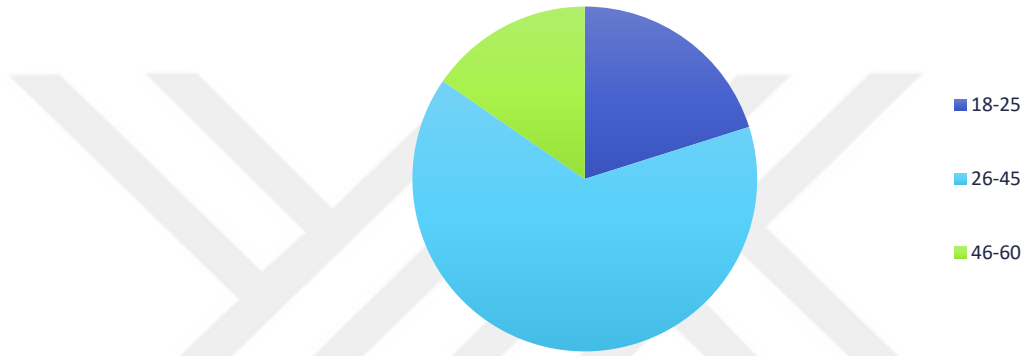


Şekil 47. Toplam suç Sayısı Değişkenine Yönelik Sıklık Dağılım Grafiği

Çizelge 42. Suç İşleme Yaşı Değişkenine Yönelik Yüzde Dağılım

Suç İşleme Yaşı	n	%	$\bar{X} \pm SD$
18-25	34	20,1	33,58±9,88
26-45	109	64,5	
46-60	26	15,4	
Toplam	169	100,0	

Katılımcıların suç işleme yaşı dağılımına göre, %20,1'i (n=34) suç işlemeye 18-25 yaş arasında, %64,5'i (n=109) 26-45 yaş arasında, %15,4'ü (n=26) ise 46-60 yaş arasında başlamıştır. Ortalama suç işleme yaşı 33,58±9,88 yıl olarak bulunmuştur.

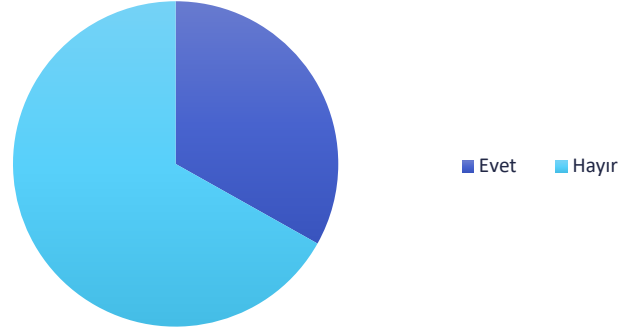


Şekil 48. Suç İşleme Yaşı Değişkenine Yönelik Sıklık Dağılım Grafiği

Çizelge 43. Suç Türü Değişkenine Yönelik Yüzde Dağılım

Suç Türü Değişkenine Yönelik Yüzde Dağılım	Evet		Hayır	
	n	%	n	%
Adam Öldürme	56	33,1	113	66,9
Öldürme Girişimi	14	8,3	155	91,7
Yaralama	49	29	120	71
Yaralamasız Saldırı	1	0,6	168	99,4
Eşya/Mala Zarar Verme	11	6,5	158	93,5
Yangına Neden Olma	3	1,8	166	98,2
Tehdit	19	11,2	150	88,8
Hakaret	17	10,1	152	89,9
Konut Dokunulmazlığını İhmal	4	2,4	165	97,6
Dolandırıcılık / Sahtekarlık	2	1,2	167	98,8
Cinsel Suçlar	9	5,3	160	94,7
Uyuşturucu Madde	3	1,8	166	98,2
Gasp/ Gasp Girişim	4	2,4	165	97,6
Hırsızlık	7	4,1	162	95,9
Kişilerin Huzur ve Sükunun Bozma	6	3,6	163	96,4
Kişiyi Hürriyetinden Yoksun Kılma	1	0,6	168	99,4

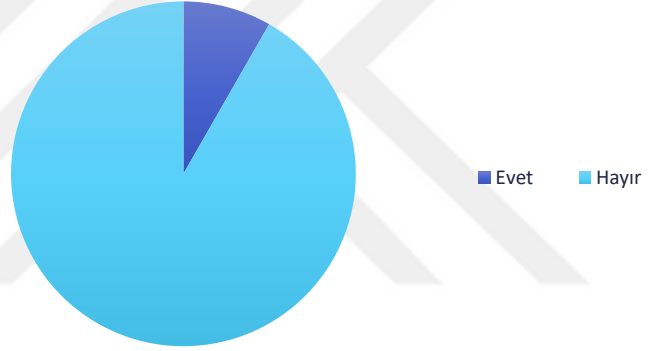
Katılımcıların %33,1'i (n=56) adam öldürme suçu işlerken, %66,9'u (n=113) bu suçu işlememiştir.



Şekil

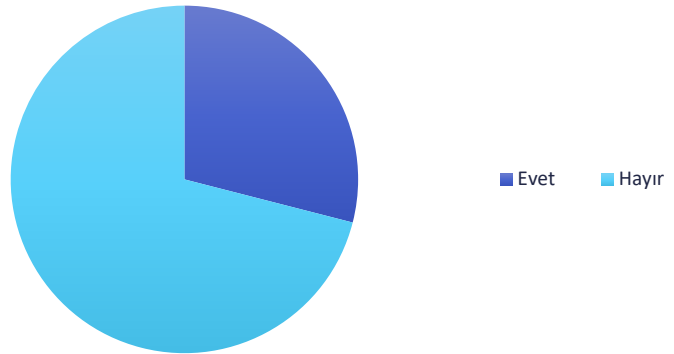
49. Adam Öldürme Değişkenine Yönelik Sıklık Dağılım Grafiği

Katılımcıların %8,3'ü (n=14) öldürme girişiminde bulunmuşken, %91,7'si (n=155) bulunmamıştır.



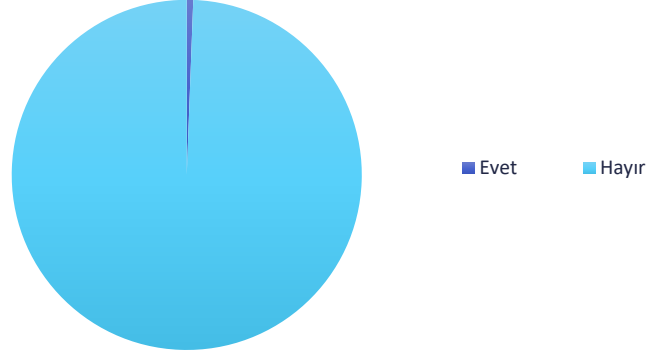
Şekil 50. Öldürme Girişimi Değişkenine Yönelik Sıklık Dağılım Grafiği

Katılımcıların %29,0'ı (n=49) yaralama suçu işlemişken, %71,0'i (n=120) bu suçu işlememiştir.



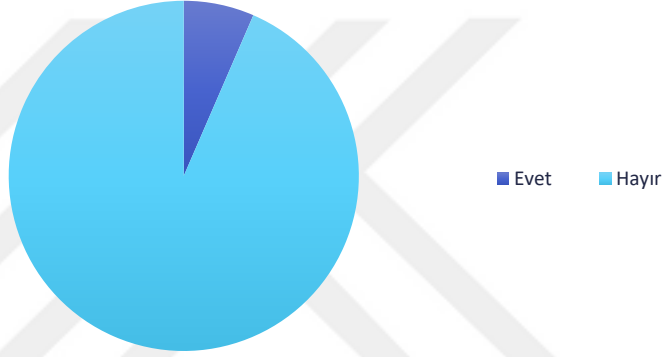
Şekil 51. Yaralama Değişkenine Yönelik Sıklık Dağılım Grafiği

Katılımcıların yalnızca %0,6'sı (n=1) yaralamasız saldırı suçu işlemiş, %99,4'ü (n=168) bu suçu işlememiştir.



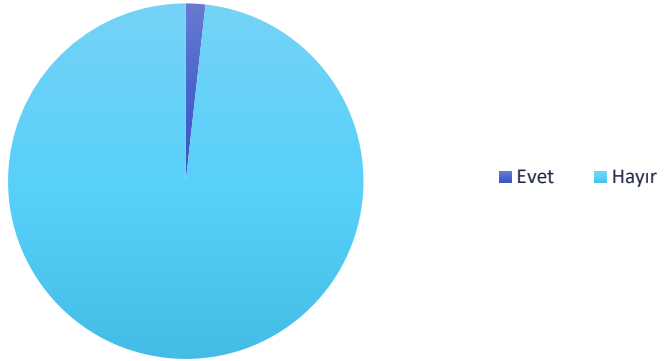
Şekil 52. Yaralamasız Saldırı Değişkenine Yönelik Sıklık Dağılım Grafiği

Katılımcıların %6,5'i (n=11) eşya ya da mala zarar verme suçu işlemiş, %93,5'i (n=158) bu suçu işlememiştir.



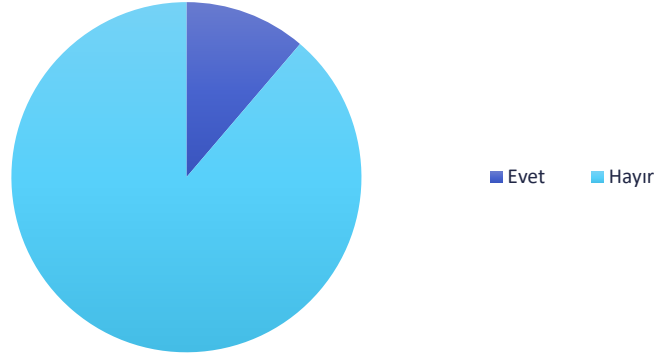
Şekil 53. Eşya/Mala Zarar Verme Değişkenine Yönelik Sıklık Dağılım Grafiği

Katılımcıların %1,8'i (n=3) yangına neden olma suçunu işlemiş, %98,2'si (n=166) bu suçu işlememiştir.



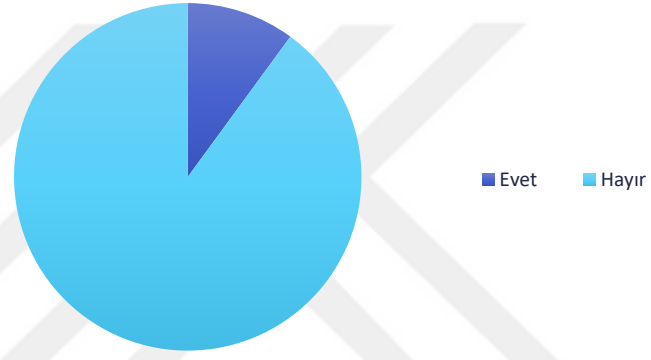
Şekil 54. Yangına Neden Olma Değişkenine Yönelik Sıklık Dağılım Grafiği

Katılımcıların %11,2'si (n=19) tehdit suçunu işlemiş, %88,8'i (n=150) bu suçu işlememiştir.



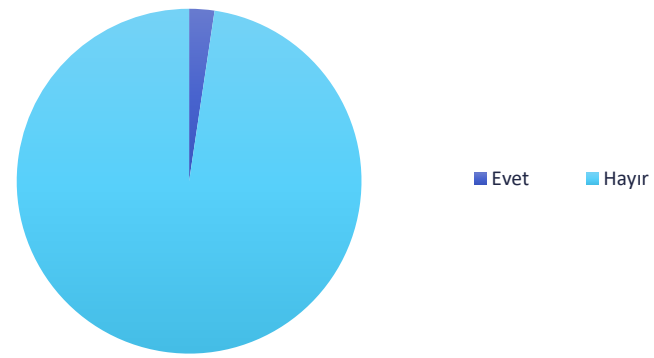
Şekil 55. Tehdit Değişkenine Yönelik Sıklık Dağılım Grafiği

Katılımcıların %10,1'i (n=17) hakaret suçunu işlemiş, %89,9'u (n=152) bu suçu işlememiştir.



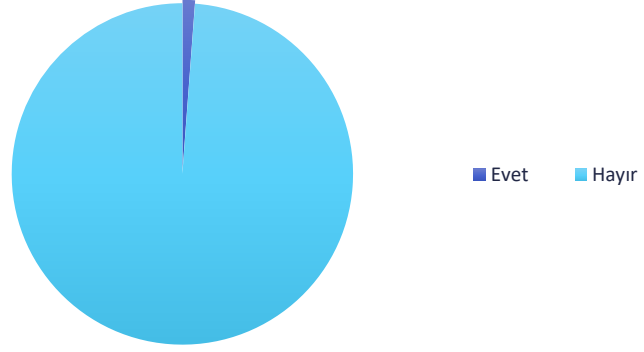
Şekil 56. Hakaret Değişkenine Yönelik Sıklık Dağılım Grafiği

Katılımcıların %2,4'ü (n=4) konut dokunulmazlığını ihmal suçu işlemiş, %97,6'sı (n=165) bu suçu işlememiştir.



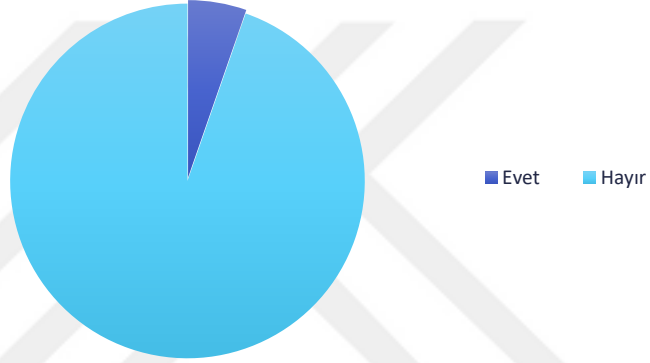
Şekil 57. Konut Dokunulmazlığı Değişkenine Yönelik Sıklık Dağılım Grafiği

Katılımcıların %1,2'si (n=2) dolandırıcılık veya sahtekarlık suçu işlemiş, %98,8'i (n=167) bu suçu işlememiştir.



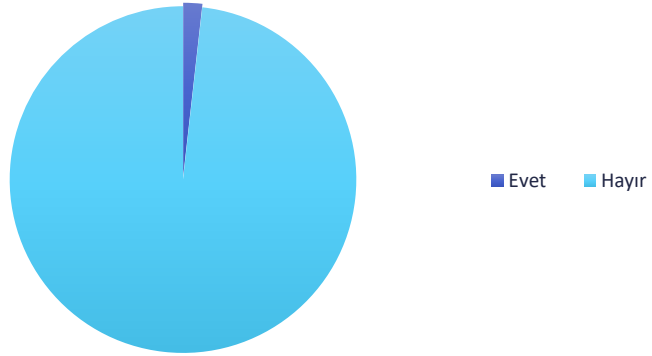
Şekil 58. Dolandırıcılık/Sahtekarlık Değişkenine Yönelik Sıklık Dağılım Grafiği

Katılımcıların %5,3'ü (n=9) cinsel suçlar işlemiş, %94,7'si (n=160) bu suçu işlememiştir.



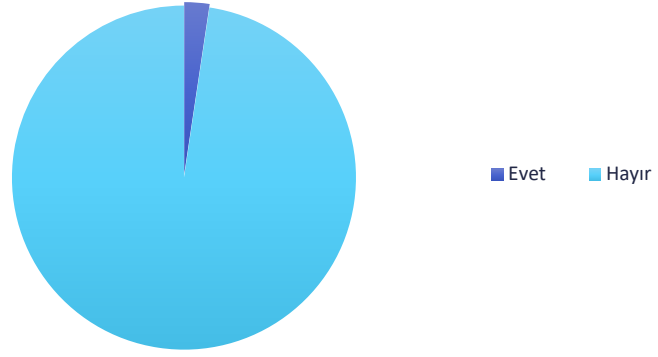
Şekil 59. Cinsel Suçlar Değişkenine Yönelik Sıklık Dağılım Grafiği

Katılımcıların %1,8'i (n=3) uyuşturucu madde suçunu işlemiş, %98,2'si (n=166) bu suçu işlememiştir.



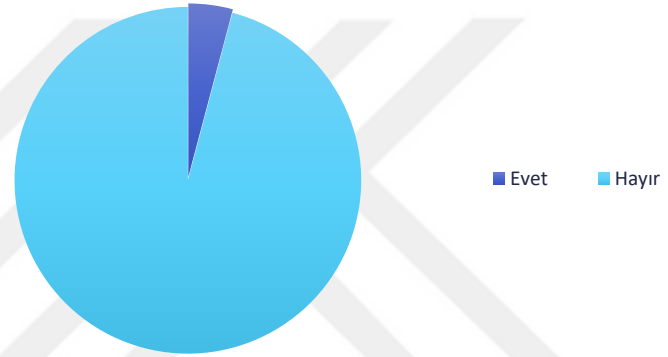
Şekil 60. Uyuşturucu Madde Değişkenine Yönelik Sıklık Dağılım Grafiği

Katılımcıların %2,4'ü (n=4) gasp veya gasp girişimi suçunu işlemiş, %97,6'sı (n=165) bu suçu işlememiştir



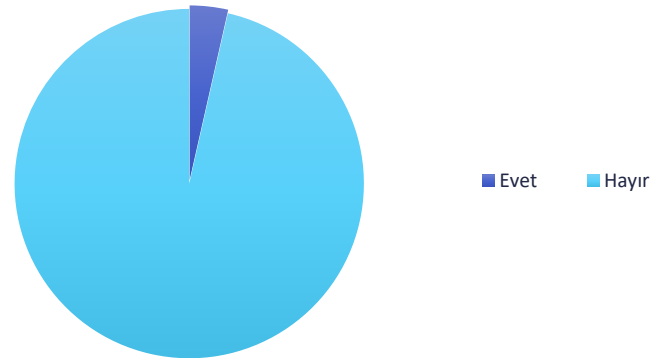
Şekil 61. Gasp veya Gasp Girişimi Değişkenine Yönelik Sıklık Dağılım Grafiği

Katılımcıların %4,1'i (n=7) hırsızlık suçunu işlemiş, %95,9'u (n=162) ise bu suçu işlememiştir.



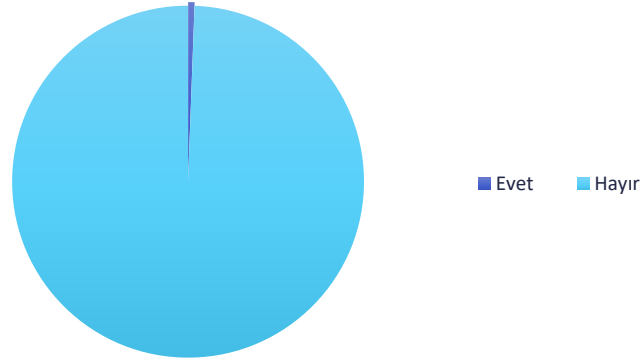
Şekil 62. Hırsızlık Değişkenine Yönelik Sıklık Dağılım Grafiği

Katılımcıların %3,6'sı (n=6) kişilerin huzur ve sükununu bozma suçunu işlemiş, %96,4'ü (n=163) ise bu suçu işlememiştir.



Şekil 63. Kişilerin Huzur ve Sükunun Bozma Değişkenine Yönelik Sıklık Dağılım Grafiği

Katılımcıların %0,6'sı (n=1) kişiyi hürriyetinden yoksun kılma suçunu işlemiş, %99,4'ü (n=168) ise bu suçu işlememiştir.



Şekil 64. Kişilerin Hürriyetinden Yoksun Kılma Değişkenine Yönelik Sıklık Dağılım Grafiği

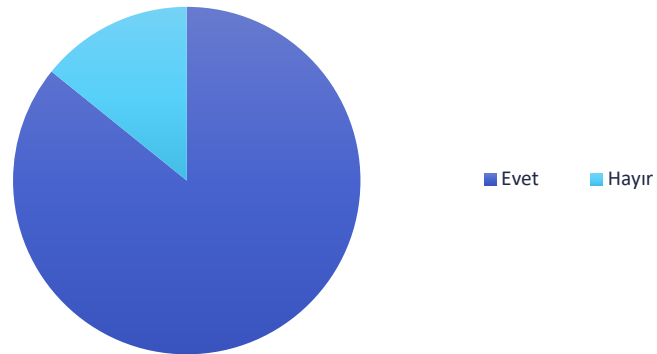
7. İşlenilen Suçun Yönüne Yönelik Yüzde Dağılımlar

Araştırmaya dahil edilen katılımcıların işlenilen suçun yönü, suç yönü insana dönük ise kime karşı, geçmişte ceza evi yaşantısı, ceza evi geçmişi var ise süresi, hastanın yasal temsilcisi konularını kapsamakta olup, yüzde dağılım ve sıklık dağılım bilgileri sunmaktadır.

Çizelge 44. İşlenilen Suçun Yönüne Yönelik Yüzde Dağılımlar Değişkenine Yönelik Yüzde Dağılım

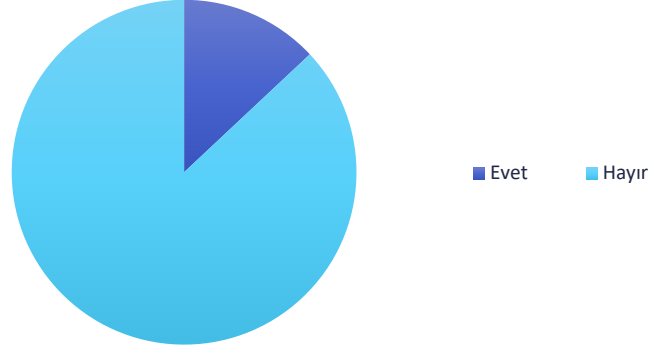
İşlenilen Suçun Yönüne Yönelik Yüzde Dağılımlar	Evet		Hayır	
	n	%	n	%
İnsana Dönük	145	85,8	24	14,2
Mala Dönük	22	13	147	87
Kamu Düzenine Dönük	14	8,3	155	91,7

Katılımcıların %85,8'i (n=145) insana dönük suç işlemiş, %14,2'si (n=24) ise insana dönük suç işlememiştir.



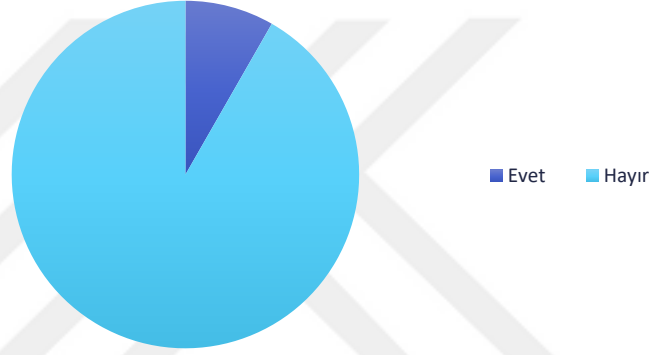
Şekil 65. İnsana Dönük Değişkenine Yönelik Sıklık Dağılım Grafiği

Katılımcıların %13,0'ü (n=22) mala dönük suç işlemiş, %87,0'si (n=147) ise mala dönük suç işlememiştir.



Şekil 66. İnsana Dönük Değişkenine Yönelik Sıklık Dağılım Grafiği

Katılımcıların %8,3'ü (n=14) kamu düzenine dönük suç işlemiş, %91,7'si (n=155) ise bu tür bir suç işlememiştir.

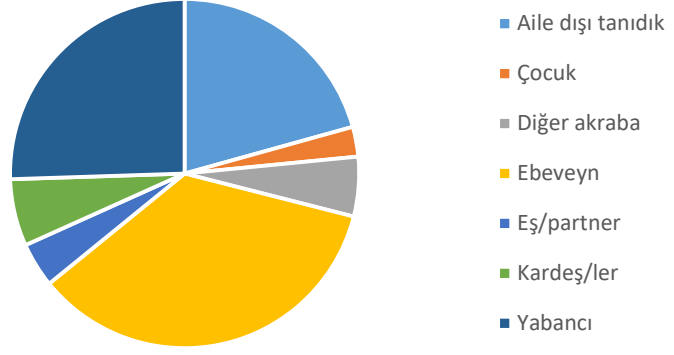


Şekil 67. İnsana Dönük Değişkenine Yönelik Sıklık Dağılım Grafiği

Çizelge 45. Suç Yönü İnsana Dönük İse Kime Karşı Değişkenine Yönelik Yüzde Dağılım

Suç Yönü İnsana Dönük İse Kime Karşı	n	%
Aile dışı tanıdık	30	20,7
Çocuk	4	2,8
Diğer akraba	8	5,5
Ebeveyn	51	35,2
Eş/partner	6	4,1
Kardeş/ler	9	6,2
Yabancı	37	25,5
Toplam	145	100,0

Katılımcılar arasında suçlarını insana dönük işleyenlerden %20,7'si (n=30) aile dışı tanıdıklara karşı, %2,8'i (n=4) çocuklara karşı, %5,5'i (n=8) diğer akrabalara karşı, %35,2'si (n=51) ebeveynlere karşı, %4,1'i (n=6) eş/partnerine karşı, %6,2'si (n=9) kardeşlere karşı ve %25,5'i (n=37) yabancılara karşı suç işlemiştir.

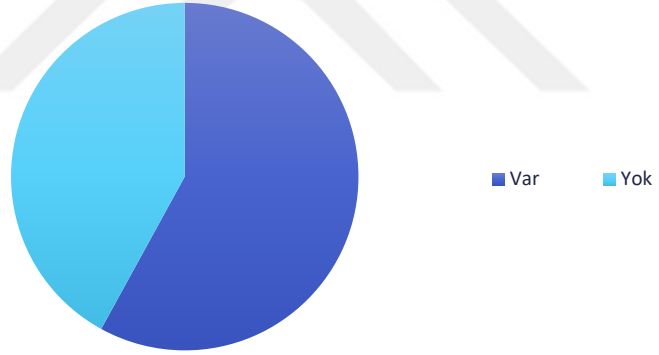


Şekil 68. Suç Yönü İnsana Dönük İse Kime Karşı Değişkenine Yönelik Sıklık Dağılım Grafiği

Çizelge 46. Geçmişte Ceza Evi Yaşantısı Değişkenine Yönelik Yüzde Dağılım

Geçmişte Ceza Evi Yaşantısı	n	%
Var	98	58
Yok	71	42
Toplam	169	100,0

Katılımcıların %58,0'i (n=98) geçmişte cezaevi yaşantısı olduğunu belirtirken, %42,0'si (n=71) geçmişte cezaevi yaşantısı olmadığını ifade etmiştir.

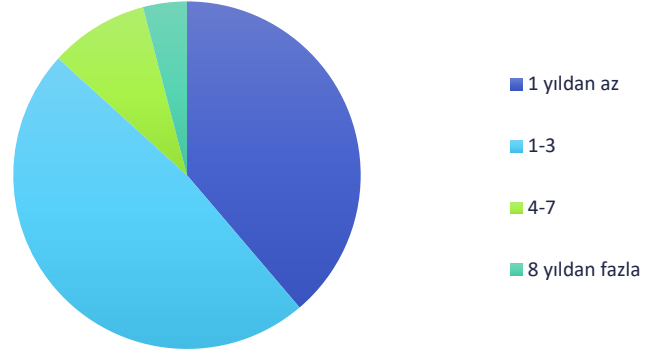


Şekil 69. Geçmişte Ceza Evi Yaşantısı Değişkenine Yönelik Sıklık Dağılım Grafiği

Çizelge 47. Cezaevi Geçmişi Var İse Süresi Değişkenine Yönelik Yüzde Dağılım

Cezaevi Geçmişi Var İse Süresi	n	%
1 yıldan az	38	38,8
1-3	47	48
4-7	9	9,2
8 yıldan fazla	4	4,1
Toplam	98	100,0

Cezaevi geçmiş i olan katılımc ıların %38,8'i (n=38) 1 yıldan az süre cezaevinde bulunmuş , %48,0'i (n=47) 1-3 yıl arası, %9,2'si (n=9) 4-7 yıl arası ve %4,1'i (n=4) 8 yıldan fazla süre cezaevinde bulunmuş tur.

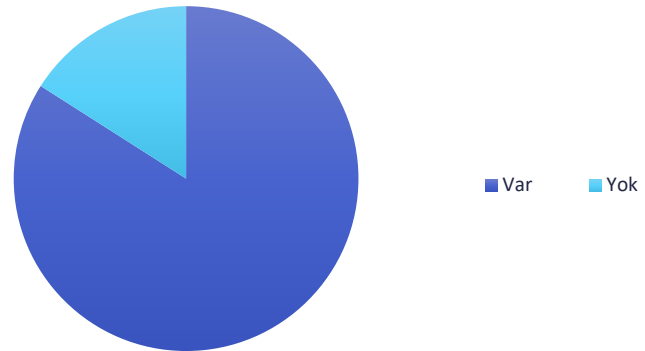


Şekil 70. Cezaevi Geçmiş i Var İse Süresi Değişkenine Yönelik Sıklık Dağılım Grafiğı

Çizelge 48. Hastanın Yasal Temsilcisi Değişkenine Yönelik Yüzde Dağılım

Hastanın Yasal Temsilcisi	n	%
Var	142	84
Yok	27	16
Toplam	169	100,0

Katılımc ıların %84,0'ının (n=142) yasal temsilcisi varken, %16,0'ının (n=27) yasal temsilcisi bulunmamaktadır.



Şekil 71. Hastanın Yasal Temsilcisi Değişkenine Yönelik Sıklık Dağılım Grafiğı

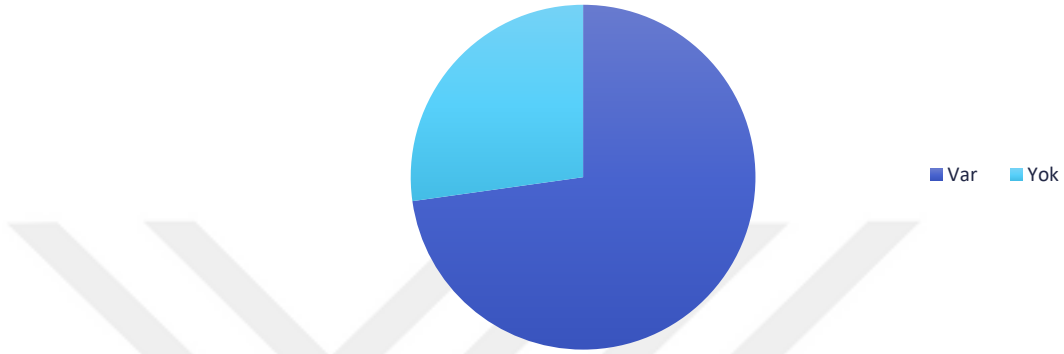
8. Ziyaretçi Durumuna Göre Yüzde Dağılımlar

Araştırmaya dahil edilen katılımc ıların ziyaretçi bulunma durumu, ziyaretçi var ise görüşme sıklığı konularını kapsamakta olup, yüzde dağılım ve sıklık dağılım bilgileri sunmaktadır.

Çizelge 49. Ziyaretçi Bulunma Durumu Değişkenine Yönelik Yüzde Dağılım

Ziyaretçi Bulunma Durumu	n	%
Var	123	72,8
Yok	46	27,2
Toplam	169	100,0

Katılımcıların %72,8'inin (n=123) ziyaretçisi varken, %27,2'sinin (n=46) ziyaretçisi bulunmamaktadır.

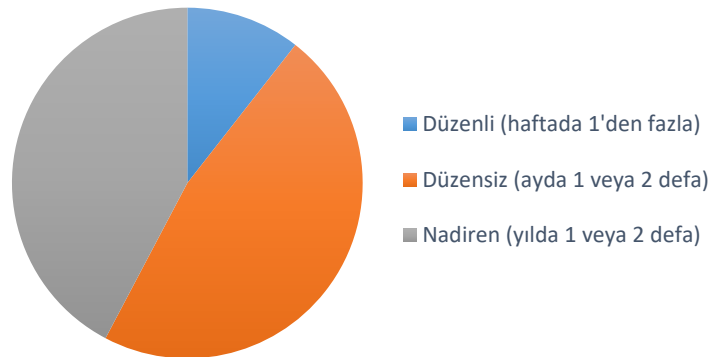


Şekil 72. Ziyaretçi Bulunma Durumu Değişkenine Yönelik Sıklık Dağılım Grafiği

Çizelge 50. Ziyaretçisi Var İse Görüşme Sıklığı Değişkenine Yönelik Yüzde Dağılım

Ziyaretçisi Var İse Görüşme Sıklığı	n	%
Düzenli (haftada 1'den fazla)	13	10,6
Düzensiz (ayda 1 veya 2 defa)	58	47,2
Nadiren (yılda 1 veya 2 defa)	52	42,3
Toplam	123	100,0

Ziyaretçisi olan katılımcıların %10,6'sı (n=13) düzenli olarak (haftada 1'den fazla) görüşürken, %47,2'si (n=58) düzensiz olarak (ayda 1 veya 2 defa) ve %42,3'ü (n=52) nadiren (yılda 1 veya 2 defa) görüşmektedir.



Şekil 73. Ziyaretçisi Var İse Görüşme Sıklığı Değişkenine Yönelik Sıklık Dağılım Grafiği

B. Hipotezlere Yönelik İlişki Analizleri

Araştırmaya dahil edilen katılımcıların yatış süresi ve toplam suç sayısı ilişkisi analizi, tekrarlayan yatış ve yatış süresi ilişkisi, yatış süresi ve yasal temsilci varlığı ilişkisi analizi, yatış süresi ve yasal temsilci varlığı ilişkisi analizi, bölge ve suç sayısı ilişkisi analizi, madde kullanımı ve suç türü ilişkisi analizi, önceden yaşanan kişi ve suçun yönünün kime karşı olduğu ilişkisi analizi, yatış süresi ve suç profili ilişkisi analizi, yatış süresi ile suçun yönünün kime karşı olduğu ilişkisi analizi, konularını kapsamakta olup, istatistiksel olarak ilişki bilgileri sunmaktadır.

Çizelge 51. Yatış Süresi ve Suç Profili İlişki Analizi

		Adam öldürme		Toplam	p
		Evet	Hayır		
Yatış süresi	1 yıldan az	9	19	28	0,000*
	1-3 yıl	11	29	40	
	4-7 yıl	9	23	32	
	8 yıldan fazla	27	42	69	
Toplam		56	113	169	p
		Öldürme girişimi		Toplam	
		Evet	Hayır		
Yatış süresi	1 yıldan az	2	26	28	0,000*
	1-3 yıl	5	35	40	
	4-7 yıl	2	30	32	
	8 yıldan fazla	5	64	69	
Toplam		14	155	169	p
		Yaralama		Toplam	
		Evet	Hayır		
Yatış süresi	1 yıldan az	6	22	28	0,359
	1-3 yıl	10	30	40	
	4-7 yıl	12	20	32	
	8 yıldan fazla	21	48	69	
Toplam		49	120	169	p
		Yaralamasız saldırı		Toplam	
		Evet	Hayır		
Yatış süresi	1 yıldan az	0	28	28	0,227
	1-3 yıl	0	40	40	
	4-7 yıl	0	32	32	
	8 yıldan fazla	1	68	69	
Toplam		1	168	169	p
		Eşya/mala zarar verme		Toplam	
		Evet	Hayır		
Yatış süresi	1 yıldan az	1	27	28	0,041*
	1-3 yıl	3	37	40	
	4-7 yıl	5	27	32	
	8 yıldan fazla	2	67	69	
Toplam		11	158	169	p
		Yangına neden olma		Toplam	
		Evet	Hayır		
Yatış süresi	1 yıldan az	0	28	28	0,556
	1-3 yıl	0	40	40	
	4-7 yıl	1	31	32	
	8 yıldan fazla	2	67	69	
Toplam		3	166	169	p
		Tehtid		Toplam	
		Evet	Hayır		
Yatış süresi	1 yıldan az	2	26	28	0,783
	1-3 yıl	6	34	40	
	4-7 yıl	4	28	32	
	8 yıldan fazla	7	62	69	
Toplam		19	150	169	p
		Hakaret		Toplam	
		Evet	Hayır		

Çizelge 51. (devamı) Yatış Süresi ve Suç Profili İlişki Analizi

		Adam öldürme		Toplam	p
		Evet	Hayır		
Yatış süresi	1 yıldan az	3	25	28	0,095
	1-3 yıl	8	32	40	
	4-7 yıl	2	30	32	
	8 yıldan fazla	4	65	69	
Toplam		17	152	169	
		Konut dokunulmazlığı		Toplam	p
		Evet	Hayır		
Yatış süresi	1 yıldan az	1	27	28	0,067
	1-3 yıl	3	37	40	
	4-7 yıl	0	32	32	
	8 yıldan fazla	0	69	69	
Toplam		4	165	169	
		Dolandırıcılık		Toplam	p
		Evet	Hayır		
Yatış süresi	1 yıldan az	1	27	28	0,433
	1-3 yıl	0	40	40	
	4-7 yıl	0	32	32	
	8 yıldan fazla	1	68	69	
Toplam		2	167	169	
		Cinsel suç		Toplam	p
		Evet	Hayır		
Yatış süresi	1 yıldan az	4	24	28	0,000*
	1-3 yıl	3	37	40	
	4-7 yıl	0	32	32	
	8 yıldan fazla	2	67	69	
Toplam		9	160	169	
		Uyuşturucu madde		Toplam	p
		Evet	Hayır		
Yatış süresi	1 yıldan az	0	28	28	0,000*
	1-3 yıl	3	37	40	
	4-7 yıl	0	32	32	
	8 yıldan fazla	0	69	69	
Toplam		3	166	169	
		Gasp		Toplam	p
		Evet	Hayır		
Yatış süresi	1 yıldan az	0	28	28	0,508
	1-3 yıl	1	39	40	
	4-7 yıl	1	31	32	
	8 yıldan fazla	2	67	69	
Toplam		4	165	169	
		Hırsızlık		Toplam	p
		Evet	Hayır		
Yatış süresi	1 yıldan az	2	26	28	0,374
	1-3 yıl	3	37	40	
	4-7 yıl	1	31	32	
	8 yıldan fazla	1	68	69	
Toplam		7	162	169	
		Huzur bozma		Toplam	p
		Evet	Hayır		
Yatış süresi	1 yıldan az	1	27	28	0,613
	1-3 yıl	1	39	40	
	4-7 yıl	1	31	32	
	8 yıldan fazla	3	66	69	
Toplam		6	163	169	
		Hürriyetinden yoksun kılma		Toplam	p
		Evet	Hayır		
Yatış süresi	1 yıldan az	0	28	28	0,355
	1-3 yıl	1	39	40	
	4-7 yıl	0	32	32	
	8 yıldan fazla	0	69	69	
Toplam		1	168	169	

*0,05 için anlamlı ilişki

Yatış süresi ile adam öldürme, öldürme girişimi, eşyaya zarar, cinsel suç ve uyuşturucu madde arasında istatistik anlamlı ilişki belirlenmiştir ($p < 0,05$). Adam öldürme ve öldürme girişimi 8 yıldan fazla yatış olanlarda, eşyaya zarar verme 4-7

yıl, cinsel suç 1 yıldan az ve uyuşturucu madde 1-3 yıl arası yatış süresi olan hastalarda daha yüksektir.

Çizelge 52. Yatış Süresi ve Tekrarlayan Yatışı İlişki Analizi

		Tekrarlayan yatış		Toplam	p
		Var	Yok		
Yatış süresi	1 yıldan az	19	9	28	0,365
	1-3	21	19	40	
	4-7	13	19	32	
	8 yıldan fazla	34	35	69	
Toplam		87	82	169	

Tekrarlayan yatış ve yatış süresi ilişkisini belirlemek için yapılan ki-kare ilişki analizi sonucunda bu iki değişken arasında istatistik anlamlı ilişki belirlenmemiştir ($p>0,05$). Tekrarlayan yatış süresi olanların sayısı daha fazladır ve bu hastaların 8 yıldan fazla yatış süresi vardır.

Çizelge 53. Yatış Süresi ve Toplam Suç Sayısı İlişki Analizi

		Toplam suç sayısı				Toplam	p
		1	2	3	4 üzeri		
Yatış süresi	1 yıldan az	13	7	2	6	28	0,215
	1-3	19	12	3	6	40	
	4-7	13	6	7	6	32	
	8 yıldan fazla	29	18	10	12	69	
Toplam		74	43	22	30	169	

Adli serviste yatarak tedavi gören hastaların yatış süresi ve suç sayısı arasında istatistik anlamlı bir ilişki belirlenmemiştir ($p>0,05$). Çizelgeye bakıldığında, örnekleme 1 suç sayısı olan kişilerin sayısının fazla olduğu, yatış süresinin 8 yıldan fazla olduğu görülmektedir.

Çizelge 54. Yatış süresi ile Suçun Yönünün Kime Karşı Olduğu İlişki Analizi

		İnsana dönük		Toplam	p
		Evet	Hayır		
Yatış süresi	1 yıldan az	23	5	28	0,312
	1-3 yıl	33	7	40	
	4-7 yıl	26	6	32	
	8 yıldan fazla	63	6	69	
Toplam		145	24	169	
		Mala dönük		Toplam	p
		Evet	Hayır		
Yatış süresi	1 yıldan az	4	24	28	0,189
	1-3 yıl	7	33	40	
	4-7 yıl	6	26	32	
	8 yıldan fazla	5	64	69	
Toplam		22	147	169	
		Kamu düzeni		Toplam	p
		Evet	Hayır		
Yatış süresi	1 yıldan az	3	25	28	0,224
	1-3 yıl	5	35	40	
	4-7 yıl	4	28	32	
	8 yıldan fazla	2	67	69	
Toplam		14	155	169	

Yatış süresi ve suçun yönünün kime karşı olduğu arasında anlamlı bir ilişki elde edilememiştir ($p>0,05$). İnsana dönük suç için 8 yıl üzeri yatanların, mala dönük ve kamu düzenine dönük için 1-3 yıl arası yatanların sayısı daha fazladır.

Çizelge 55. Yatış Süresi ve Yasal Temsilcisi (Vasisi) Varlığı İlişki Analizi

		Yasal temsilci		Toplam	p
		Var	Yok		
Yatış süresi	1 yıldan az	23	5	28	0,114
	1-3	31	9	40	
	4-7	26	6	32	
	8 yıldan fazla	62	7	69	
Toplam		142	27	169	

Yatış süresi ve yasal temsilci varlığı ilişki analizi sonucunda anlamlı bir ilişki elde edilmemiştir ($p>0,05$). Hastaların çoğunluğunun yasal temsilcisi vardır. Yasal temsilcisi olanların 8 yıla fazla yatış süresi olduğu görülmektedir.

Çizelge 56. Yaşadığı Bölge ve Suç Sayısı İlişki Analizi

		Toplam suç sayısı				Toplam	p
		1	2	3	4 ve üzeri		
Bölge	Akdeniz	1	0	0	0	1	0,240
	Doğu Anadolu	0	1	0	0	1	
	Ege	2	0	0	0	2	
	Güneydoğu Anadolu	1	0	0	0	1	
	İç Anadolu	5	6	1	4	16	
	Karadeniz	5	3	4	5	17	
	Marmara	60	33	17	21	131	
Toplam		74	43	22	30	169	

Bölge ve suç sayısı ilişki analizi sonucunda anlamlı bir ilişki belirlenmemiştir ($p>0,05$). Tek suç işleyenlerin ağırlı olarak marmara bölgesinden olduğu görülmektedir. Diğer suç sayıları için yine marmara bölgesinden gelen hastaların çoğunluğu oluşturduğu görülmektedir.

Çizelge 57. Madde Kullanımı ve Suç Türü İlişki Analizi

		Adam öldürme		Toplam	p
		Evet	Hayır		
Madde kullanımı	Alkol	10	14	24	0,000*
	Madde	4	20	24	
	Alkol-Madde	5	27	32	
	Kullanmayan	37	52	89	
Toplam		56	113	169	
		Öldürme girişimi		Toplam	p
Madde kullanımı	Alkol	4	20	24	0,000*
	Madde	0	24	24	
	Alkol-Madde	3	29	32	
	Kullanmayan	7	82	89	
Toplam		14	155	169	
		Yaralama		Toplam	p
Madde kullanımı	Alkol	5	19	24	0,037*
	Madde	12	12	24	
	Alkol-Madde	9	23	32	
	Kullanmayan	23	66	89	
Toplam		49	120	169	
		Yaralamasız saldırı		Toplam	p
Madde kullanımı	Alkol	0	24	24	0,282
	Madde	0	24	24	
	Alkol-Madde	0	32	32	
	Kullanmayan	1	88	89	
Toplam		1	168	169	
		Eşya/mala zarar verme		Toplam	p
Madde kullanımı	Alkol	2	22	24	0,416
	Madde	1	23	24	
	Alkol-Madde	4	28	32	
	Kullanmayan	4	85	89	
Toplam		113	158	169	
		Yangına neden olma		Toplam	p
Madde kullanımı	Alkol	1	23	24	0,299
	Madde	1	23	24	
	Alkol-Madde	0	32	32	
	Kullanmayan	1	88	89	
Toplam		3	166	169	
		Tehtid		Toplam	p
Madde kullanımı	Alkol	2	22	24	0,545
	Madde	1	23	24	
	Alkol-Madde	5	27	32	
	Kullanmayan	11	78	89	
Toplam		19	150	169	
		Hakaret		Toplam	p
Madde kullanımı	Alkol	1	23	24	0,280
	Madde	1	23	24	
	Alkol-Madde	5	27	32	
	Kullanmayan	10	79	89	
Toplam		17	152	169	
		Konut dokunulmazlığı		Toplam	p
Madde kullanımı	Alkol	0	24	24	0,387
	Madde	1	23	24	
	Alkol-Madde	1	31	32	
	Kullanmayan	2	87	89	

Çizelge 57. (devamı) Madde Kullanımı ve Suç Türü İlişki Analizi

		Adam öldürme		Toplam	p
		Evet	Hayır		
Toplam		4	165	169	
		Dolandırıcılık		Toplam	p
		Evet	Hayır		
Madde kullanımı	Alkol	0	24	24	0,205
	Madde	1	23	24	
	Alkol-Madde	0	32	32	
	Kullanmayan	1	88	89	
Toplam		2	167	169	
		Cinsel suç		Toplam	p
		Evet	Hayır		
Madde kullanımı	Alkol	1	23	24	0,119
	Madde	0	24	24	
	Alkol-Madde	3	29	32	
	Kullanmayan	5	84	89	
Toplam		9	160	169	
		Uyuşturucu madde		Toplam	p
		Evet	Hayır		
Madde kullanımı	Alkol	0	24	24	0,000*
	Madde	0	24	24	
	Alkol-Madde	3	29	32	
	Kullanmayan	0	89	89	
Toplam		3	166	169	
		Gasp		Toplam	p
		Evet	Hayır		
Madde kullanımı	Alkol	0	24	24	0,000*
	Madde	3	21	24	
	Alkol-Madde	1	31	32	
	Kullanmayan	0	89	89	
Toplam		4	165	169	
		Hırsızlık		Toplam	p
		Evet	Hayır		
Madde kullanımı	Alkol	1	23	24	0,346
	Madde	1	23	24	
	Alkol-Madde	2	30	32	
	Kullanmayan	3	86	89	
Toplam		7	162	169	
		Huzur bozma		Toplam	p
		Evet	Hayır		
Madde kullanımı	Alkol	0	24	24	0,401
	Madde	0	24	24	
	Alkol-Madde	2	30	32	
	Kullanmayan	4	85	89	
Toplam		6	163	169	
		Hürriyetinden		Toplam	p
		Yoksun kılma			
		Evet	Hayır		
Madde kullanımı	Alkol	0	24	24	0,230
	Madde	0	24	24	
	Alkol-Madde	1	31	32	
	Kullanmayan	0	89	89	
Toplam		1	168	169	

*0,05 için anlamlı ilişki

Madde kullanımı ile adam öldürme, öldürme girişimi, yaralama, uyuşturucu madde ve gasp arasında istatistik anlamlı ilişki belirlenmiştir ($p < 0,05$). Hastaların çoğunluğu madde kullanmamaktadır. Anlamlı ilişkili elde edilen; adam öldürme ve öldürme girişimi için alkol kullanımı, yaralama ve gasp için madde, uyuşturucu kullanımı için hem alkol hem madde kullananların sayısı yüksek çıkmıştır.

Çizelge 58. Hastaneye Gelmeden Önce Kiminle Yaşadığı ve Suç Yönü İlişki Analizi

		İnsana dönük		Toplam	p
		Evet	Hayır		
Hastaneye gelmeden önce kiminle yaşadığı	Arkadaş	2	0	2	0,311
	Çekirdek aile	23	6	29	
	Diğer aile	92	15	107	
	Evsiz	4	0	4	
	Kurum bakım merkezi	3	0	3	
	Yalnız	18	3	21	
	Diğer	3	0	3	
Toplam		145	24	169	
		Mala dönük		Toplam	p
		Evet	Hayır		
Hastaneye gelmeden önce kiminle yaşadığı	Arkadaş	0	2	2	0,406
	Çekirdek aile	3	26	29	
	Diğer aile	15	92	107	
	Evsiz	0	4	4	
	Kurum bakım merkezi	0	3	3	
	Yalnız	3	18	21	
	Diğer	1	2	3	
Toplam		22	147	169	
		Kamu düzeni		Toplam	p
		Evet	Hayır		
Hastaneye gelmeden önce kiminle yaşadığı	Arkadaş	0	2	2	0,509
	Çekirdek aile	4	25	29	
	Diğer aile	8	99	107	
	Evsiz	0	4	4	
	Kurum bakım merkezi	0	3	3	
	Yalnız	2	19	21	
	Diğer	0	3	3	
Toplam		14	155	169	

Önceden yaşananları kişi ve suçun yönünün kime karşı olduğu arasında anlamlı bir ilişki elde edilememiştir ($p>0,05$). İnsana dönük, mala dönük ve kamu düzenine dönük olan suçlarda “diğer aile” ile yaşayanların sayısının fazla olduğu görülmüştür.

V.TARTIŞMA, SONUÇ VE ÖNERİLER

A. Tartışma

Bu çalışmanın önemi, literatürde ve ülkemizde adli psikiyatriye gönderilen tüm olguların yeterince araştırılmamış bir konu olmasıdır. Adli psikiyatrik olguların sosyodemografik özellikleri ile suç davranışları arasındaki ilişkiyi ve yatış süresini etkileyen etmenleri tespit etmek amacıyla Haziran 2024- Aralık 2024 tarihleri arasında bir eğitim ve araştırma hastanesi adli birimine yatırılmış 181 hastanın tıbbi kayıtları ve yatış dosyaları geriye dönük olarak incelenip sosyodemografik özellikler, sağlık geçmişi, psikiyatrik tedavisi ve suç özellikleri açısından değerlendirilmiştir. Belirlenen tarihler arasında dosya incelemesi yapılmadan taburcu olan 12 hasta dışlanmıştır. Çalışmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan toplam 169 hasta alınmıştır.

Katılımcıların yaş dağılımına göre %13,6'sı 20-30 yaş arasında, %23,1'i 31-40 yaş arasında, %30,2'si 41-50 yaş arasında ve %33,1'i 51 yaş ve üzerindedir. Katılımcıların yaş ortalaması $45,27 \pm 12,00$ 'dir. Öncü ve arkadaşları (2002) çalışmalarında, 268 hastanın yaş ortalamasını $41,69 \pm 11,46$ olarak saptamıştır. Tabakoğlu (2010) çalışmasında, 12 hastanın yaş ortalamasını toplamda $40,4 \pm 10,9$ olarak saptamıştır. İnan (2012) çalışmasında, olguların yaş ortalamasını $43,96 \pm 10,89$ bulmuştur. Aydın (2017) çalışmasında, incelenen 56 hastanın yaş aralığının 19 ile 61 arasında değişmekte olduğunu, ortalamasının ise 37,4 olduğunu belirlemiştir. Azizoğlu (2019) çalışmasında, 82 hastanın yaş ortalamasının 30,39 olduğunu belirlemiştir. Polat (2020) çalışmasında, 22 (%33,3) olgunun 30 yaş ve altı, 26 (39,4) olgunun 31-40 yaş arası, 18 (27,3) olgunun 40 yaş ve üstü olduğunu gözlemlemiştir. Kazgan Kılıçaslan ve ark. (2022) çalışmalarında, 97 olgunun yaşlarının 19 ile 81 arasında değiştiğini ve ortalamasının $37,2 \pm 11,6$ olduğunu tespit etmiştir. Yeter (2022) çalışmasında, 721 (%49,9) olgunun 18-35 yaş aralığında olduğunu saptamıştır. Çalışmaya dahil

edilen olguların yaş grupları ile literatürdeki çalışmaların yaş grupları arasında benzerlikler görülmüş olsa da anlamlı farklılık saptanamamıştır.

Katılımcıların cinsiyet dağılımına bakıldığında, %92,3'ü erkek, %7,7'si kadındır. Rosner ve arkadaşları (1991) çalışmalarında, suç işlemekle suçlanan ve adli psikiyatrik değerlendirme için sevk edilen 52 sanığın çoğunun erkek olduğunu gözlemlemiştir. Türkcan ve ark. (2000) çalışmalarında, 1831 olgunun 1693'ünün erkek 138'nin kadın olduğunu saptamıştır. Uslu (2010) çalışmasında, suç davranışı işleyen 107 olgunun, 92'sinin erkek, 15'nin kadın olduğunu tespit etmiştir. İnanc 2012 çalışmasında, 148 olgunun %92,5 erkek olduğunu ve erkek/kadın oranının 10/0,8 düzeyinde olduğu saptamıştır. Çöpoğlu ve arkadaşları (2014) çalışmalarında, suç işlemiş 285 olgunun %2,5'nin kadın %97,5'nin erkek olduğunu bildirmiştir. Aydın (2017) çalışmasında, incelenen 56 hastanın %46'sının kadın ve %54'ünün erkek olduğunu tespit etmiştir. Yeter (2022) çalışmasında, 1090 (%75,5) olgunun erkek 349 (%24,2) olgunun kadın ve 5 (%0,3) olgunun cinsiyeti belli olmayan veya cinsiyet kaydı bulunamayan olgulardan oluştuğunu tespit etmiştir. TÜİK 2024 yılı istatistiklerinde suç türü ve cinsiyete göre yıl içinde (1 Ocak-31 Aralık) ceza infaz kurumuna giren hükümlülere ilişkin suç oranlarında kadınların oranı %4'tür. Cinsiyet dağılımına bakıldığında erkek cinsiyetinin oranının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bugüne kadar yapılan çalışmalarda, erkeklerin kadınlardan daha fazla suç işledikleri görülmüştür.

Katılımcıların bölgelere göre dağılımında, %77,5'i (n=131) Marmara Bölgesi'nde, %10,1'i (n=17) Karadeniz Bölgesi'nde, %9,5'i (n=16) İç Anadolu Bölgesi'nde, %1,2'si (n=2) Ege Bölgesi'nde, %0,6'sı (n=1) Akdeniz Bölgesi'nde, %0,6'sı (n=1) Doğu Anadolu Bölgesi'nde ve %0,6'sı (n=1) Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nde yer almaktadır. Yeter (2022) çalışmasında, olguların nüfusa kayıtlı oldukları bölgelere bakıldığında %60,5(n=874)'unu Gaziantep ili nüfusuna kayıtlı olanlar oluştururken; bunu %26,5 (n=382) ile Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nin diğer illerinden gelenler %0,3(n=5) ile en az oranda Karadeniz Bölgesi iline kayıtlı olanlar, %2,5(n=36)'u ise Suriye'den gelenlerin oluşturduğunu tespit etmiştir.

Çalışmamızda olguların nüfusa kayıtlı oldukları bölgelere bakıldığında %60,5(n=874)'unu Gaziantep ili nüfusuna kayıtlı olanlar oluştururken; bunu

%26,5 (n=382) ile Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nin diğer illerinden gelenler %0,3(n=5) ile en az oranda Karadeniz Bölgesi iline kayıtlı olanlar, %2,5(n=36)'u ise Suriye'den gelenler oluşturmaktadır. Literatürde adli hastaların bölge dağılımları ile ilgili fazla bilgiye ulaşılamamıştır. Adli psikiyatri hastaneleri bölge bazlı hizmet veren kurumlardır. Araştırmamızda yer alan olguların bölgelerine bakıldığında, Türkiye'nin bütün bölgelerinde ikamet eden hastaların olduğu tespit edilmiştir. Yapılan araştırmalarda bu hastaların diğer bölge hastanelerinin tadilatı esnasında gönderildiği veya bulunduğu bölgelerde bulunan adli servislerin geçici olarak kapatıldığı sonucunda kuruma geldiği görülmüştür. Diğer bir neden ise bu hastaların, akrabalarının yanına geldikleri zaman suç işledikleri ve buna bağlı akrabalarının bulunduğu bölgede gözaltına alınarak tedaviye başlandığıdır.

Katılımcıların illere göre dağılımında, %42,6'ı (n=72) İstanbul'da, %12,4'ü (n=21) Kocaeli'nde, %5,9'u (n=10) Ankara'da, %4,1'i (n=7) Bursa, Çanakkale ve Kırklareli'nde, %3,6'sı (n=6) Düzce, Sakarya ve Eskişehir'de, %3,0'ı (n=5) Tekirdağ'da, %2,4'ü (n=4) Zonguldak'ta, %1,8'i (n=3) Edirne ve Yalova'da yer alırken diğer iller Giresun, İzmir, Trabzon, Bartın, Bolu, Karabük, Kastamonu, Mardin, Mersin, Muğla, Sinop ve Van %0,6 (n=1) oranında temsil edilmektedir. Çalışmamızda en yüksek oran İstanbul, ikinci olarak Kocaeli çıkmıştır. Literatür çalışmalarında İl bazlı çalışmaya rastlanmamıştır. Genel olarak kırsal ve şehir ayrımı veya köyden kente göç çalışmaları yapılmıştır.

Katılımcıların İstanbul ili ilçelerine göre dağılımında %6,9 (n=5) Fatih ve Küçükçekmece'de, %5,5 (n=4) Bağcılar, Beykoz, Esenler ve Gaziosmanpaşa'da, %4,2 (n=3) Arnavutköy, Esenyurt, Kağıthane, Sancaktepe ve Sarıyer 'de, %2,8 (n=2) Bahçelievler, Bakırköy, Bayrampaşa, Büyükçekmece, Eyüp, Kadıköy, Pendik, Silivri, Şişli, Ümraniye, Üsküdar ve Zeytinburnu'nda, %1,39 (n=1) Ataşehir, Beşiktaş, Beylikdüzü, Beyoğlu, Maltepe, Sultanbeyli ve Şile'de yer almaktadır. Çalışmamız bulunan bulgulara net bir çoğunluk tespit edilememiştir. Yatan hasta sayısının ilçelere göre dağılımında en çok Fatih ve Küçükçekmece, ikinci olarak Bağcılar, Esenler, Gaziosmanpaşa ve Beykoz ilçeleri gelmektedir. Genel olarak madde kullanım oranlarında ilçe bazlı çalışmalar yapılmış olup, adli psikiyatri hastaları üzerinde fazla bir bilgiye ulaşılamamıştır.

Katılımcıların öğrenim durumuna göre dağılımında, %38,5'i ilkökul mezunu, %20,1'i lise mezunu, %14,2'si ortaokul mezunu, %12,4'ü okuryazar

değil, %7,1'i okuryazar, %6,5'i üniversite mezunu ve %1,2'si yükseköğrenim/doktora düzeyindedir. Rosner ve arkadaşları (1991) çalışmalarında, suç işlemekle suçlanan ve adli psikiyatrik değerlendirme için sevk edilen 52 sanığın 28'nin ilkokul veya daha az eğitimi olduğunu, 15'inin ise lise eğitiminin olduğunu tespitini yapmıştır. Özdemir (1992) çalışmasında, adli psikiyatri kliniğinde değerlendirilmesi amacıyla gönderilen 314 olgunun geçmişte adli öyküleri ile eğitim düzeyleri arasındaki ilişki incelendiğinde, adli öyküsü olan olguların %87,9'unun ilkokul mezunu ve okuma-yazma bilmeyenlerden oluştuğu gözlenmiştir. Lewis CF ve arkadaşları (2006) çalışmalarında, psikiyatrik geçmişleri olanların eğitimsiz olduğunu saptamıştır. Tabakoğlu (2010) çalışmasında, incelediği hastaların %50'sinin ilkokul mezunu olduğunu görmüştür. Aydın (2017) çalışmasında, incelenen 56 hastanın %36'sının ilkokul ve ortaokul mezunu, %64'ünün ise lise ve üzeri eğitim kurumlarından mezun olduğunu tespit etmiştir. Azizoğlu (2019) çalışmasında, 22 (%26,8) katılımcının 1-5 yıl arası, 26 (%31,7) katılımcının 5-8 yıl arası, 26 (%31,7) katılımcının 8-11 yıl arası, 8 (%9,8) katılımcının 12 yıl ve üstü eğitim aldığını belirlemiştir. Polat (2020) çalışmasında, 38 (%57,6) hastanın ilköğretim mezunu olduğu belirlemiştir. Yeter (2022) çalışmasında, 764 (%64,9) olguyu ilkokul ve ortaokul mezunları oluştururken, en seyrek grubu ise 34 (%2,8) olguyla üniversite mezunları oluşturduğunu belirlemiştir. Literatürde çalışmalarda olguların genelinin ilköğretim ve ortaöğretim mezunu olduğu tespit edilmiştir. Buna bağlı olarak eğitim düzeyi düştükçe adli suçların arttığı söylenebilir. Hemen tüm çalışmalarda düşük eğitim seviyesinin şiddet davranışı riskini arttırdığı belirtilmiştir.

Katılımcıların %14,2'sinde anne-baba ayrılığı varken, %85,8'inde anne-baba ayrılığı bulunmamaktadır. Çalışmamızda anne-baba ayrılığı bulunanların sayısı düşük çıkmıştır. Ailelerin ayrı olmasının suç üzerinde etkisini araştırılmak için bu kriter yer verilmiş olup, bu konu hakkında gerekli bilgiye ulaşılamamıştır.

Katılımcıların %14,2'si ayrılmış, %72,2'si bekar, %13,6'sı evli veya imam nikahlıdır. Öncü ve arkadaşları (2002) çalışmalarında 268 olgunun medeni durumunun yaklaşık yarısının bekar olduğu, bu değer eşlerinden ayrı olanlar ve dullarla birlikte %73'e çıktığını saptamışlardır. Tabakoğlu (2010) çalışmasında,

hastaların medeni durumları incelendiğinde, bekarların büyük bir çoğunluğunu oluşturduğunu görmüştür. İnan (2012) çalışmasında, olguların %48,1'i bekar, %27,5'i evli, %24,4'ü boşanmış ya da dul olarak saptamıştır. Çöpoğlu ve arkadaşları (2014) çalışmalarında, suç işlemiş 285 hastanın, %50,5'nin evli, %44,2'sinin bekar ve %5,3'nün ayrılmış/dul olduğunu belirlemiştir Aydın (2017) çalışmasında, 26 (%46) hastanın bekar, 30 (%54) hastanın evli olduğunun tespitini yapmıştır. Azizoğlu (2019) çalışmasında, 57 (%69,5) katılımcının bekar, 15 (%18,3) katılımcının boşanmış, 10 (%12,2) katılımcının evli olduğunu saptamıştır. Polat (2020) çalışmasında, 40 (%60,6) hastanın bekâr olduğunu belirlemiştir. Kazgan Kılıçaslan ve ark. (2022) çalışmalarında, 68 (%70,1) hastanın bekar, 29 (%29,9) hastanın evli olduğunu belirlemiştir. Literatürdeki sonuçların geneli çalışmamız ile benzerlik göstermektedir. Hemen tüm çalışmalarda, bekarların evlilerden daha fazla suç işledikleri belirtilmiştir.

Katılımcıların hastaneye gelmeden önce yaşadığı kişilere bakıldığında, %1,2'si arkadaşlarıyla, %17,2'si çekirdek aileyle (eş, çocuklar), %63,3'ü diğer aile üyeleriyle (anne, baba, kardeşler), %2,4'ü evsiz olarak, %3,6'sı kurum bakım merkezinde, %12,4'ü yalnız kişilerle yaşamaktadır. Öncü ve arkadaşları (2002) çalışmasında, 268 olgunun yarısının ebeveyni ile yaşarken, %15'inin evsiz ya da yalnız olduğu saptamıştır. İnan (2012) çalışmasında, 160 olgunun %76,1'i eş/çocuk/ebeveyni ile yaşarken, yaklaşık %13,1'i evsiz ya da yalnız yaşadığını tespit etmiştir. Polat (2020) çalışmasında, 62 (%93,9) hastanın ailesi ile yaşadığını belirlemiştir. Karaağaç (2022) çalışmasında, ağır ruhsal bozukluğa sahip bireylerin büyük çoğunluğunun ailelerinin yanında yaşamakta olduklarını ve en büyük destek kaynakları genellikle aileleri olduğunu söylemiştir. Bu sonuç diğer çalışmalar ile benzerlik göstermekte ve yatan hastaların hastaneye gelmeden önce en çok ebeveynleri ile yaşadıklarını göstermektedir.

Katılımcıların %19,5'i çocuk sahibi olduğunu, %80,5'i ise çocuk sahibi olmadığını belirtmiştir. İnan (2012) çalışmasında, 160 olgunun ortalama çocuk sayısını 1,18 olarak saptamıştır. Çalışmaya dahil edilen olguların çocuk sahibi olmaları ile literatürdeki çalışmalar arasında anlamlı bir farklılık saptanamamıştır.

Katılımcıların %97,0'ı kardeşi olduğunu, %3,0'ı ise kardeşi olmadığını ifade etmiştir. Çalışmamızda kardeşi bulunanların sayısı yüksek çıkmıştır. Kardeş sayısının yüksek olması ile soy geçmişinde psikiyatrik rahatsızlık bulunanların

%40,5'ini kardeşi bulunması arasında anlamlı bir ilişki görülmektedir. Bu konu hakkında literatürde fazla bir bilgiye ulaşamamıştır.

Katılımcıların %34'ü muaf, %16,7'si tam değil, sorunlu olan, %48,1'i askerliği tam olarak yapmış ve %1,3'ü ise tecilli olduğunu belirtmiştir. Azizoğlu (2019) çalışmasında, 51 (%62,2) kişinin askerliğini yaptığı, 31 (%37,8) kişinin askerliğini yapmadığını belirlemiştir. Literatürde yapılan çalışmalarda benzer olarak, olguların yüksek çoğunluğunun yatış öncesi askerliklerini tam olarak yaptığı tespit edilmiştir. Buradan çoğu hastanın askerlik öncesinde psikiyatrik hastalık öykülerinin olmadığı veya askerlik döneminde ortaya çıktığı tespiti yapılabilir.

Katılımcıların %69,2'si yatış öncesi çalışmıyor, %8,9'u düzenli çalışıyor %13,6'sı düzensiz çalışıyor ve %8,3'ü emekli olduğunu belirtmiştir. Lewis CF ve arkadaşları (2006) çalışmalarında, psikiyatrik geçmişleri olanların işsiz olduğunu saptamıştır. İnan (2012) çalışmasında, 75 olgunun çalışmadığını, 55 olgunun düzensiz çalıştığını ve 30 olgununda düzenli çalıştığını tespit etmiştir. Azizoğlu (2019) çalışmasında, 61 (%74,4) katılımcının çalışmadığı ya da düzensiz bir çalışma yaşamına sahip olduğunu belirlemiştir. Polat (2020) çalışmasında, 31 (%47) hastanın çalışmadığını belirlemiştir. Kazgan Kılıçaslan ve ark. (2022), 97 olgunun 47'sinin (%48,5) çalışırken, 50'sinin (%51,5) işsiz olduğunu tespit etmiştir. Literatürde yapılan çalışmalarda olguların çalışmamızda da olduğu gibi yatış öncesi çalışmadıklarını ya da düzensiz çalıştıklarını doğrulamıştır.

Katılımcıların %8,3'ü çiftçi, %10,7'si esnaf, %29,0'ı işçi, %4,1'i memur ve %47,9'u mesleği olmadığını belirtmiştir. Öncü ve arkadaşları (2002) çalışmalarında, meslek açısından incelendiğinde, %18'inin herhangi bir mesleği yokken, çoğunluğunun (%37) işçi olduğu saptamıştır. İnan (2012) çalışmasında, 160 olgunun %53,8'inin meslek sahibi olmadığını, %21,3'ünün esnaf, %15'inin çiftçi veya işçi olduğunu, %10'unun kamu veya özel sektörde çalıştığını bulmuştur. Yapılan çalışmalarda olguların büyük çoğunluğunun meslek sahibi olmadığı veya işçi oldukları ve çalışmamızla benzerlik gösterdikleri saptanmıştır.

Katılımcıların %76,3'ü sosyal güvencelerinin olduğunu belirtirken, %23,7'si sosyal güvencelerinin olmadığını ifade etmiştir. Türkcan ve ark. (1997) çalışmalarında, 29 hastanın %79,3'ünün sosyal güvencesinin olmadığını tespitini

yapmıştır. İnan (2012) çalışmasında, 160 olgudan %8,1'nin sosyal güvencesinin olmadığına tespitini yapmıştır. Literatürde adli hastaların sosyal güvencesi ile ilgili fazla bilgiye ulaşılamamıştır. Yapılan araştırmada sosyal güvence olarak yatarak tedavi gören hastaların 2012 yılı sonrası zorunlu olarak uygulanmaya başlayan genel sağlık sigortasına (GSS) bağlı sigortalarının olduğu söylenebilir. Bu duruma bağlı olarak 2012 öncesi sosyal güvenceli hasta sayısı düşük çıkarken, 2012 sonrası yüksek çıkmaktadır.

Katılımcıların %14,2'si alkol kullanırken, aynı oranda %14,2'si madde kullanmaktadır. %18,9'u ise hem alkol hem de madde kullanmıştır. Geriye kalan %52,7'si alkol veya madde kullanmamıştır. Kalenderoğlu, Yumru, Selek ve Savaş (2007) Adli psikiyatri kliniğindeki vakaların %35,4'ü madde kullanım bozukluklarıyla ilişkili olduğunu tespit etmiştir. İnan (2012) çalışmasında, 31 olgunun (19,4) suç öncesi alkol madde kullanımının olduğunu tespit etmiştir. Çöpöğlu ve arkadaşları (2014) çalışmalarında, suç işlemiş 285 olgunun %62,8'inin madde kullandığını, %37,2'nin madde kullanmadığını belirtmiştir. Azizoğlu (2019) çalışmasında, 43 (%52,4) kişinin alkol kullanımının olduğunu belirlemiştir. Polat (2020) çalışmasında, 48 (%72,7) hastanın alkol-madde kullanım öyküsünün olmadığını belirlemiştir. Kazgan Kılıçaslan ve ark. (2022) çalışmalarında, 79 hastanın (%81,4) alkol-madde kullanım öyküsünün olmadığını tespitini yapmıştır. Yeter (2022) çalışmasında, tespiti yapılabilen 121 olgunun (%25) uyuşturucu-uyarıcı madde kullandığını, 363 olgunun (%75) uyuşturucu uyarıcı madde kullanmadığını saptamıştır. Literatürdeki çalışmalara göre adli olguların madde ve alkol kullanım oranları hakkında ortak bir değer sonucuna varılamamıştır. Genel anlamda her araştırmada yer alan olguları belli oranlarda madde ve alkol kullanımının olduğu tespiti yapılabilmektedir.

Alkol veya madde kullanımı olan katılımcıların %37,5'i AMATEM başvurusu yaparken, %62,5'i başvurmamıştır. Alpay (1995) çalışmasında, madde kullanan 2180 hastanın 1878'inin suç işlemiş olduğunu tespit etmiştir. Adli Psikiyatri servislerinde tedavi gören hastaların AMATEM başvurusu konusuyla ilgili çalışmalar çok sınırlıdır. Madde ve alkol kullanımının suç sayılarını yüksek oranda etkilediği, madde ve alkol kullananlarda suç oranının yüksek çıkması da AMATEM başvuru sayısının düşük olmasının etkili olduğu söylenebilir.

Yatış sonrası sigara kullanımı olan katılımcıların %72,8'i sigara kullanırken, %27,2'si sigara kullanmamaktadır. Poirier ve ark. (2002). Fransa'da ayaktan ya da yatarak tedavi edilmekte olan 711 psikiyatrik hastanın sigara içme oranını %58,9 olarak tespit etmişlerdir. Azizoglu (2019) çalışmasında, 77 (%93,9) kişide sigara kullanımının olduğunu belirlemiştir. Kazgan Kılıçaslan ve ark. (2022) çalışmalarında, 67 olgunun (%69) sigara kullandığını tespit etmiştir. Ruhsal hastalığı olan bireylerde, genel popülasyona göre daha yüksek oranda sigara içimi olduğu konusunda bir görüş birliği vardır. Diğer çalışmalarda da çalışmamızı destekler şekilde sigara kullanımının yüksek olduğu sonucu bulunmuştur.

Kronik hastalığı olan katılımcıların %27,2'si, kronik hastalığı olmayan katılımcıların ise %72,8'i vardır. Azizoglu (2019) çalışmasında, 12 (%14,6) kişide ek hastalık olduğunu belirlemiştir. Çalışmamızda kronik hastalığı olan olguların sayısının düşük olmasını, diğer çalışmalarında desteklediği görülmüştür. Kronik hastalığı olan olguların genel olarak Diyabet ve KOAH olduğu konusunda genel bir bilgi verebilmek mümkündür.

Bulaşıcı hastalığı olan katılımcıların %2,4'ü, bulaşıcı hastalığı olmayan katılımcıların ise %97,6'sı bulunmaktadır. Bu konu hakkında literatürde çok az bilgi bulunmakla beraber, çalışmamızda bulaşıcı hastalığı olan olguların oranının düşük olduğu tespit edilmiştir. Çalışmamızda 4 kişinin bulaşıcı hastalığı olduğu ve bunların 3'ünün HEPATİT, 1'inin ise HIV/AIDS olduğu görülmüştür.

İntihar girişimi öyküsü olan katılımcıların %22,5'i, intihar girişimi öyküsü olmayan katılımcıların ise %77,5'i bulunmaktadır. İntihar girişiminde asılmayı tercih edenlerin oranı %5,3'ü iken, bu yöntemi tercih etmeyenlerin oranı %94,7 olarak belirlenmiştir. İntihar girişiminde kesici-delici alet kullanımını tercih edenlerin oranı %34,2, tercih etmeyenlerin oranı ise %65,8 olarak tespit edilmiştir. İntihar girişiminde ateşli silah kullanımını tercih edenlerin oranı %2,6, tercih etmeyenlerin oranı ise %97,4 olarak tespit edilmiştir. İntihar girişiminde yüksekten atlamayı tercih edenlerin oranı %28,9, tercih etmeyenlerin oranı ise %71,1 olarak belirlenmiştir. İntihar girişiminde suda boğulma yöntemini tercih edenlerin oranı %5,3, tercih etmeyenlerin oranı ise %94,7 olarak belirlenmiştir. İntihar girişiminde çoklu ilaç içme yöntemini tercih edenlerin oranı %34,2, tercih etmeyenlerin oranı ise %65,8 olarak belirlenmiştir. İntihar girişiminde yabancı

cisim yutma yöntemini tercih edenlerin oranı %2,6, tercih etmeyenlerin oranı ise %97,4 olarak belirlenmiştir. Durat (1992) çalışmasında 102 vakanın 15'inde (%14,7) ciddi suikid girişimi saptamıştır. Kazgan Kılıçaslan ve ark. (2022) çalışmalarında, 97 olgunun 18'inin (%18,5) daha önce intihar girişiminde bulunduğunu tespit etmiştir. Literatürde yer alan çalışmalar ile çalışmamız arasında benzer sonuçlara ulaşılmıştır. Suikid geçmişi olan hasta sayısının her ne kadar düşük olduğu tespit edilmiş olsa da ortaya çıkan %22,5'lik oran bu konuda psikiyatri hastalarının daha yakından takip edilmesi gerektiğini göstermektedir. En çok tercih edilen yöntem kesici-delici alet kullanımı, çoklu ilaç içme iken ikinci olarak yüksekten atlama gelmektedir.

Psikiyatrik soy geçmişi olan katılımcıların oranı %43,8 iken, psikiyatrik soy geçmişi olmayan katılımcıların oranı %56,2 olarak tespit edilmiştir. Polat (2020) çalışmasında, 41 (%62,1) hastanın ailelerinde psikiyatrik hastalık olmadığını belirlenmiştir. Hastaların soy geçmişlerinde psikiyatrik hastalık oranı %43,8 çıkmış ve diğer çalışmalar ile anlamlı bir ilişki çıkmıştır.

Psikiyatrik soy geçmişi olanların %16,2'sinde anne tarafında bir geçmiş bulunurken, %83,8'inde anne tarafında böyle bir geçmiş bulunmamaktadır. Psikiyatrik soy geçmişi olanların %12,2'sinde baba tarafında bir geçmiş bulunurken, %87,8'inde baba tarafında böyle bir geçmiş bulunmamaktadır. Psikiyatrik soy geçmişi olanların %40,5'i kardeşlerinde bir geçmiş olduğunu, %59,5'i ise böyle bir geçmiş bulunmadığını belirtmiştir. Psikiyatrik soy geçmişi olanların %41,9'u akraba tarafında bir geçmiş olduğunu belirtirken, %58,1'i akraba tarafında böyle bir geçmiş olmadığını ifade etmiştir. İnan (2012) çalışmasında, 160 olgunun %31,2'sinin soy geçmişinde psikiyatrik hastalık öyküsü olduğunu, 35 olgunun anne/baba/kardeş, 15 olgunun ise diğerlerinde olduğunu saptamıştır. Azizoglu (2019) çalışmasında, 17 (%20,7) katılımcının birinci derece yakınlarında psikiyatrik bir hastalık olduğunu belirlemiştir. Çalışmamız yapılan çalışmalar ile benzerlik göstermekte olup genel anlamda adli tedavi gören olguların soy geçmişlerinde hastalık öyküsünün olduğu saptanmıştır.

Psikiyatrik hastalık süresi açısından, katılımcıların %38,5'i 21 yıl ve üzeri süredir bu hastalığı yaşamaktadır. %22,5'i 16-20 yıl, %20,1'i 11-15 yıl, %18,3'ü 5-10 yıl ve yalnızca %0,6'sı 5 yıldan daha kısa süredir psikiyatrik hastalık yaşamaktadır. Ortalama hastalık süresi $20,30 \pm 10,47$ yıl olarak hesaplanmıştır.

İnan (2012) çalışmasında, hastalığın toplam süresini ortalama 17,99 yıl olarak saptamıştır. Polat (2020) çalışmasında, incelenen 66 hastadan, deney gurubu hastalarının 16'sının (%48,5) 11 yıldan daha fazla, kontrol gurubunda bulunan hastaların ise 15'inin (%45,5) 6- 10 yıl arası psikiyatrik hastalığının olduğunu belirlemiştir. Kazgan Kılıçaslan ve ark. (2022) çalışmalarında, hastalık süresini 27 hastada (%27,8) 5 yıldan az, 21 hastada (%21,6) 5 ila 10 yıl ve 49 hastada (%50,5) 10 yıldan fazla olduğunu tespitini yapmışlardır. Çalışmaya olguların hastalık süreleri ile literatürdeki çalışmaların hastalık süreleri arasında benzerlikler görülmüş olsa da anlamlı farklılık saptanamamıştır.

Katılımcıların %89,9'u suça kadar psikiyatri tedavisi almışken, %10,1'i psikiyatri tedavisi almamıştır. Rosner ve arkadaşları (1991) çalışmalarında, 52 olgunun 23'ünün (44,2) daha önce psikiyatrik tedavi görmüş olduğunu tespitini yapmışlardır. İnan (2012) çalışmasında, 149 olgunun (%93,1) daha önce ayaktan tedavi başvurusunun olmadığını ya da uyumsuz olduğunu tespit etmiştir. Azizoglu (2019) çalışmasında, 61 (%74,4) kişinin daha önce psikiyatrik tedavi gördüğünü belirlemiştir. Kazgan Kılıçaslan ve ark. (2022) çalışmalarında, 89 hastanın (%91,8) daha önce psikiyatrik tedavi gördüğünün tespitini yapmıştır. Şimdiye kadar yapılan çalışmalarda, suça kadar psikiyatri tedavi aldığı konusunda benzer sonuçlar göstermiş ve sonuçlar yüksek bulunmuştur.

Katılımcıların %11,2'si daha önce yalnızca ayaktan tedavi görmüş, %88,8'i ise ayaktan ve yatarak tedavi almıştır. Durat (1992) çalışmasında, 102 vakadan 42 sinin daha önce bir psikiyatri kliniğine yatarak tedavi gördüğünü saptamış. Azizoglu (2019) çalışmasında, 3 (%3,7) katılımcının ayaktan, 58 (%70,7) katılımcının yatarak tedavi gördüğünü 21 (%25,6) hastanın daha önce tedavi görmediğini belirlemiştir. Çalışmamız şimdiye kadar yapılan çalışmalarla uyumlu bulunmuş olup genel olarak yatarak tedavi görenlerin oranı yüksek bulunmuştur.

Katılımcıların %15,4'ü gözlem sonrası adli tedavi için yatarken, %83,4'ü koruma tedavisi amacıyla yatmıştır. Ayrıca %1,2'si sosyal şifa tespiti nedeniyle yatmıştır. Azizoglu (2019) çalışmasında, 56 (%68,3) kişinin gözlem amaçlı, 26 (%31,7) kişinin koruma tedavi amaçlı yattığını saptamıştır. Literatürde yer alan çalışmalar ile çalışmamız arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Çalışmamız kronik hastalar üzerinde yapıldığı için farklılıklar ortaya çıkmaktadır.

Katılımcıların %16,6'sı en son adli servis yatışını 1 yıldan az bir süre önce gerçekleştirmiştir. %23,7'si 1-3 yıl, %18,9'u 4-7 yıl, %40,8'i ise 8 yıldan fazla süre önce yatış yapmıştır. Katılımcıların 8 yıldan fazla olarak, %45,3'ü (n=29) 9-15 yıl, %29,7'si (n=19) 16-20 yıl, %14,1'i (n=9) 21-25 yıl, %7,8'i (n=5) 26-30 yıl, %3,1'i ise (n=2) 30-35 yıl süre önce yatış yapmıştır. İnan (2012) çalışmasında 160 olgunun ortalama tedavi süresinin 256.95+421,6 gün (yaklaşık 8,5 ay) olarak saptamıştır. En yüksek değer 4015 gündür. Çalışmamızda yatış süresi olarak en yüksek yıl 30-35 yıl arası olup, bu aralıkta yatan hasta sayısı 2 kişidir. 8 yıl ve üzeri yatışların sayısının çok fazla olmasının, yatış sonrası bu hastaların takibinin yapılması ve bir yönetmelik veya kanunun yatış süresi konusunda kısıtlama getirmemesi söylenebilir.

Katılımcıların %51,5'i adli servise tekrarlayan yatışı varken, %48,5'i tekrarlayan yatışı yoktur. Türkcan ve ark. (1997) çalışmalarında, 29 hastanın %24,1'inin 1 kez, %31,1'nin 2-5 kez, %44,8'nin 5 kez den fazla yatışının olduğunu belirlemişlerdir. İnan (2012) çalışmasında, 160 olgunun ortalama 4,96 kez yatışının olduğunu saptamıştır. Polat (2020) çalışmasında, 37 (%56,1) hastanın önceden adli psikiyatri servisinde yattığını tespit etmiştir. Şimdiye kadar yapılan çalışmalarda, adli serviste tekrarlayan yatış oranların çalışmamız ile benzer sonuçlar göstermiş ve sonuçlar yüksek bulunmuştur. Buda adli servis taburculuğu sonrasında dışarıya uyum sağlayamadığı, rehabilitasyon ve takibin yetersiz olduğunun göstergesi olarak yorumlanabilir.

Katılımcıların %3,6'sı ilk suçlarını 0-17 yaş aralığında işlemiştir. %35,5'i 18-25 yaş aralığında, %50,9'u 26-45 yaş aralığında, %8,9'u 46-65 yaş aralığında, %1,2'si ise 66 yaş ve üzerinde suç işlemiştir. Öncü (2002) çalışmasında, olguların ilk suç işleme yaşının ortalamasını 32,2 olarak bulmuştur. Özbay (2010) çalışmasında, yaş ortalamasını 32,7 olarak tespit etmiştir. İnan (2012) çalışmasında, 160 olgunun ilk suç işleme yaşının ortalamasının 34,04 olarak bulmuştur. Çalışmamız şimdiye kadar yapılan çalışmalarla uyumlu bulunmuş olup genel olarak ilk kez suç işleme yaşı 26-45 yaş aralığında bulunmuştur.

Katılımcıların %56,8'inin daha önce suç işleme geçmişi bulunmaktadır, %43,2'sinin ise suç işleme geçmişi yoktur. Taşçıoğlu (1992) çalışmasında, eğitim düzeyinin düşük olmasıyla yineleyici suç işleme arasında güçlü bağlantıların olduğunu belirtmiştir. Öncü, Soysal ve Uygur (2002) çalışmaları, yineleyici

suç işleyenlerde öğrenim süresinin kısa olduğu bulunmuştur. İnan (2012) çalışmasında, 54 (%33,8) olgunun önceden suç işlediğini saptamıştır. Azizoglu (2019) çalışmasında, 60 (%73,1) olgunun geçmişte suç öyküsünün olduğunu belirlemiştir. Literatür çalışmalarının da desteklediği sonuçlara göre adli hastaların tekrarlayıcı suçluluk oranları yüksek bulunmuştur.

Katılımcıların toplam suç sayısı dağılımına göre, %43,8'i tek bir suç işlemiş, %25,4'ü iki suç işlemiş, %13,0'ü üç suç işlemiş ve %17,8'i dört veya daha fazla suç işlemiştir. Monahan ve ark. (1994) çalışmalarında, geçmişteki şiddet içeren davranışların gelecekteki şiddet içeren davranışların güçlü bir göstergesi olduğu kavramını adli literatürde vurgulamışlardır. Türkcan ve ark. (1997) çalışmalarında, 29 hastanın %93,1'inin 1-3 kez, %6,9'nun 4-5 kez suç işlediğinin tespitini yapmışlardır. Öncü ve arkadaşları (2002) çalışmalarında, 25 olgunun 13'ünün 1 kez, 9'unun 2 kez ve 3'ünün'de 3 kez yineleyici suç işlediklerini tespit etmişlerdir. İnan (2012) çalışmasında, yatarak tedavi öncesi 160 olgunun ortalama suç sayısının 0.66 olduğunu tespit etmiştir. Azizoglu (2019) çalışmasında, suç işleme geçmişi olan olguların, 13'ü (%22,4) bir suç, 9'unun (%15,5) iki suç, 38'inin (%65,5) üç suç ve üstü sayıda suç işledikleri tespitini yapmıştır. Yeter (2022) çalışmasında, 821 olgunun (%65,5) bir defa, 433 olgunun (%35,5) birden fazla kez suça karışmış olduğunu tespit etmiştir. Şimdiye dek yapılan çalışmalar ile benzer sonuçlar gösteren çalışmamız da görüldüğü üzere, tek suç işleme sayısının oranın daha yüksek olduğu, 3, 4 ve üzeri suç işleme oranında da hayli yüksek olduğu ve bu oranın yüksek çıkmasının adli olguların taburculuk sonrası takip ve rehabilitasyon sürecinin yapılmasının önem arz ettiğini ortaya koymaktadır.

Katılımcıların suç işleme yaşı dağılımına göre, %20,1'i suç işlemeye 18-25 yaş arasında, %64,5'i 26-45 yaş arasında, %15,4'ü ise 46-60 yaş arasında başlamıştır. Ortalama suç işleme yaşı $33,58 \pm 9,88$ yıl olarak bulunmuştur. İmrağ (1989) çalışmasında, yaştan ilerledikçe suç işlemenin azaldığını gözlemlemiştir. Tabakoğlu (2010) çalışmasında, suç sırasındaki yaş ortalamasını $33,9 \pm 9,9$ olarak bulunmuştur. Yatarak tedavi gören hastaların ortalama 33,58 yaşında işlendiği belirlenmiş olup, literatürle uyumlu bulunmuştur.

Katılımcıların %33,1'i adam öldürme suçu işlerken, %66,9'u bu suçu işlememiştir. Katılımcıların %8,3'ü öldürme girişiminde bulunmuşken, %91,7'si

bulunmamıştır. Katılımcıların %29,0'ı yaralama suçu işlemişken, %71,0'i bu suçu işlememiştir. Katılımcıların yalnızca %0,6'sı yaralamasız saldırı suçu işlemiş, %99,4'ü bu suçu işlememiştir. Katılımcıların %6,5'i eşya ya da mala zarar verme suçu işlemiş, %93,5'i bu suçu işlememiştir. Katılımcıların %1,8'i yangına neden olma suçunu işlemiş, %98,2'si bu suçu işlememiştir. Katılımcıların %11,2'si tehdit suçunu işlemiş, %88,8'i bu suçu işlememiştir. Katılımcıların %10,1'i hakaret suçunu işlemiş, %89,9'u bu suçu işlememiştir. Katılımcıların %2,4'ü konut dokunulmazlığını ihmal suçu işlemiş, %97,6'sı bu suçu işlememiştir. Katılımcıların %1,2'si dolandırıcılık veya sahtekarlık suçu işlemiş, %98,8'i bu suçu işlememiştir. Katılımcıların %5,3'ü cinsel suçlar işlemiş, %94,7'si bu suçu işlememiştir. Katılımcıların %1,8'i uyuşturucu madde suçunu işlemiş, %98,2'si bu suçu işlememiştir. Katılımcıların %2,4'ü gasp veya gasp girişimi suçunu işlemiş, %97,6'sı bu suçu işlememiştir. Katılımcıların %4,1'i hırsızlık suçunu işlemiş, %95,9'u ise bu suçu işlememiştir. Katılımcıların %3,6'sı kişilerin huzur ve sükununu bozma suçunu işlemiş, %96,4'ü ise bu suçu işlememiştir. Katılımcıların %0,6'sı kişiyi hürriyetinden yoksun kılma suçunu işlemiş, %99,4'ü ise bu suçu işlememiştir. Katılımcıların en fazla işledikleri suç olarak 1. sırayı adam öldürme 2. sırayı yaralama 3. sırayı tehdit, 4. sırayı hakaret ve 5. Sırayı öldürme girişimi suçlarının aldığı görülmektedir. İmrağ (1989) çalışmasında, sanıkların en fazla işledikleri suçun adam öldürme ve öldürmeye teşebbüs suçunun aldığını ifade etmiştir. Türkcan ve ark. (1997) çalışmalarında, en sık tekrarlayan suçların adam öldürme ve yaralama olduğunu ortaya koymuşlardır. 29 olgunun %24,2'si adam öldürme iken %17,3'ünün yaralama olduğunu tespit etmişlerdir. İnan (2012) çalışmasında, işlenen suçların yaralama %25, tehdit %13,1, cinayet %10,6, mala zarar verme %8,1, öldürmeye teşebbüs %7,5, yangın çıkarma %7,5, hırsızlık %6,3, yaralamasız saldırı %5, cinsel saldırı %5, gasp %4,4, kamu suçları %4,4, uyuşturucu kullanmak %1,3, uyuşturucu satmak %0,6, ruhsatsız silah %0,6, diğer %0,6 oranında olduğunu saptamıştır. Azizoglu (2019) çalışmasında, hastaların klinikte yatmasına neden olan suçun niteliğine bakıldığında, 1 kişinin (%1,2) adam öldürme, 3 kişinin (%3,6) adam öldürmeye teşebbüs, 20 kişinin (%24,3) yaralama, 1 kişinin (%1,2) yaralama olmadan saldırı, 11 kişinin (%13,4) tehdit, 5 kişinin (%6,0) hakaret, 6 kişinin (%7,3) mala zarar verme, 1 kişinin (%1,2) yangın çıkarma, 7 kişinin (%8,5) hırsızlık, 1 kişinin (%1,2) dolandırıcılık, 13 (%15,8) uyuşturucu madde kullanmak, 1 kişinin (%1,2) ruhsatsız silah taşıma, 1

kişinin (%1,2) kamu suçu, 2 kişinin (%2,4) cinsel suç, 9 kişinin (%10,9) diğer suçları işlediğini belirlemiştir. Yeter (2022) çalışmasında, 309 olgunun (%21,4) yaralama suçu, 290 olgunun (%20,1) hırsızlık, yağma, gasp, vb. mala karşı işlenen suçlar, 288 olgunun (%19,9) cinsel suçlar, 27 olgunun (%1,9) öldürme veya öldürmeye teşebbüs suçları, 69 olgunun (%4,8) uyuşturucu ve uyarıcı madde suçları, 89 olgunun (%6,2) tehdit, hakaret, şantaj, iftira, özel hayatın gizliliğini ihlal grubundaki suçları ve 25 olgunun (%1,7) terör suçu olduğunun tespitini yapmıştır. Literatür taramalarında adli psikiyatri polikliniklerine kontrol için gönderilen olgular ile adli serviste yatarak tedavi gören olguların işledikleri suçlar arasında yüzdelik olarak farklılıklar görülmüştür. Genel olarak adli serviste yatan olgular üzerinde yapılan araştırmalarda adam öldürme ve öldürme girişimi, yaralama, tehdit ve hakaret suçlarının çoğunluğu oluşturduğu görülmektedir. Ortak olarak ise en çok yaralama suçunun işlendiği tespit edilmiştir.

Katılımcıların %85,8'i insana dönük suç işlemiş, %14,2'si ise insana dönük suç işlememiştir. Katılımcıların %13,0'ü mala dönük suç işlemiş, %87,0'si ise mala dönük suç işlememiştir. Katılımcıların %8,3'ü kamu düzenine dönük suç işlemiş, %91,7'si ise bu tür bir suç işlememiştir. Öncü ve arkadaşları (2002) çalışmalarında, büyük bir kısmının (%70) kişiye yönelik suç işlediği belirlenmiştir. İnan (2012) çalışmasında, 160 olgunun %71,2'sinin kişiye yönelik, %20'sinin mala yönelik suç işlediğini tespit etmiştir. Azizoğlu (2019) çalışmasında, 42 (%51,2) kişinin insana dönük, 14 (%17,0) kişinin mala dönük, 6 (%7,3) kişinin kamu düzenine dönük suç işlediğini belirlemiştir. Çalışmamızdaki olguların büyük kısmının insana dönük suç işlediği belirlenmiş olup benzer çalışmalar ile uyumluluk göstermektedir.

Katılımcılar arasında suçlarını insana dönük işleyenlerden %20,7'si aile dışı tanıdıklara karşı, %2,8'i çocuklara karşı, %5,5'i diğer akrabalara karşı, %35,2'si ebeveynlere karşı, %4,1'i eş/partnerine karşı, %6,2'si kardeşlere karşı ve %25,5'i yabancılar karşı suç işlemiştir. En çok risk altında olanların ebeveynler olduğu görülmekte olup ikinci sırada ise yabancılar yer almaktadır. Durat (1992) çalışmasında, 25 kişinin eş/partnerine karşı, 21 çocuklara karşı, 9 ebeveynlere karşı, 7 diğer akrabalara karşı, 5 kardeşlere karşı, 41'nin ise yabancılar karşı suç işlediğini tespit etmiştir. Akrabalık ilişkisi olmayanlar bir yana bırakılırsa en çok risk altında olanların hastaların karıları ve çocukları olduğu görülmektedir. Öncü

ve arkadaşları (2002) çalışmalarında en çok eşlerin hedef alındığı belirtmişlerdir. İnan (2012) çalışmasında, 160 olgunun 49'unun aile bireylerine, 16'sının 2.derece akraba ya da diğerlerine, 41'nin tanıdığı kişilere, 19'nun tanımadığı kişilere, 35'nin mala karşı zarar verdiğini bulmuştur. Olgunun 64'ünün (%56,2) aile bireyleri ve akraba dışındaki tanıdıkları hedef aldığını bulmuştur. Azizoğlu (2019) çalışmasında, 10 (%23,8) kişinin anneye, 2 (%4,7) kişinin babaya, 3 (%7,1) kişinin eşe 2 (%4,7) kişinin kardeşe, 2 (%4,7) kişinin ikinci derece akrabaya, 13 (%30,9) kişinin tanıdığı ancak yakını olmayan kişilere, 10 (%23,8) kişinin tanımadığı kişilere dönük suç işlediğini belirlemiştir. İnsana dönük işlenen suçlar ile ilgili yapılan çoğu çalışmalarda akıl hastalığı olanlarda suçun işlendiği kişiler en çok aile üyesi veya tanıdık bireyler iken ikinci sırada ise yabancılar yer almaktadır.

Katılımcıların %58,0'i geçmişte cezaevi yaşantısı olduğunu belirtirken, %42,0'si geçmişte cezaevi yaşantısı olmadığını ifade etmiştir. Cezaevi geçmişi olan katılımcıların %38,8'i 1 yıldan az süre cezaevinde bulunmuş, %48,0'i 1-3 yıl arası, %9,2'si 4-7 yıl arası ve %4,1'i 8 yıldan fazla süre cezaevinde bulunmuştur. İnan (2012) çalışmasında, yatarak tedavi gören 160 olgunun cezaevinde kalış süresinin ortalama 6,07 ay olduğunu bulmuştur. Azizoğlu (2019) çalışmasında, 55 (%67,1) katılımcının cezaevi öyküsünün olduğu 22 (32,9) katılımcının ise cezaevi yaşantısı olmadığını belirlemiştir. Ceza evi öyküsü olanların yatış süresini ortalama 359 gün olarak bulmuştur. Diğer çalışmalarda da görüldüğü üzere, yatarak tedavi gören hastaların çoğunluğunun ceza evi yaşantısının olduğu ve süre olarakta 1-3 yıl arasının daha fazla olduğu tespiti yapılmıştır.

Katılımcıların %84,0'ının yasal temsilcisi varken, %16,0'ının yasal temsilcisi bulunmamaktadır. Türkcan ve ark. (1997) araştırmalarında, 29 hastanın %55,2'sinin vesayetinin olduğunu tespitini yapmışlardır. İnan (2012) çalışmasında, 160 olgunun %78,8'inin yasal temsilcisi (vasisi) olduğunu tespit etmiştir. Yapılan araştırmalarla paralel olarak adli serviste yatarak tedavi gören olguların çoğunun yasal temsilcisinin (vasisi) olduğu gözlemlenmiştir. Tanı ve işledikleri suç göz önünde bulundurularak düzenli takip ve tedavilerinin yapılmasını sağlamak amacıyla yasal anlamda kısıtlanmalarına neden olmuş olabileceği düşünülmüştür.

Katılımcıların %72,8'inin ziyaretçisi varken, %27,2'sinin ziyaretçisi bulunmamaktadır. Ziyaretçisi olan katılımcıların %10,6'sı düzenli olarak (haftada 1'den fazla) görüşürken, %47,2'si düzensiz olarak (ayda 1 veya 2 defa) ve %42,3'ü nadiren (yılda 1 veya 2 defa) görüşmektedir. Türkcan ve ark. (1997) araştırmalarında, 29 olgunun %89,7'sinin sosyal desteğinin olmadığını tespit etmişlerdir. Bu konu hakkında literatürde herhangi bir bilgiye ulaşılamamıştır. Adli serviste yatan hastaların maddi ve manevi olarak çok fazla ihtiyaçları olduğu aşıkardır. İşledikleri suçu kime karşı işlediklerine bağlı aile bağları kopan hastaların, sosyal hizmet uzmanları tarafından tespit edilip bu konu hakkında nasıl bir yol izlenmesi konusunda çalışmalar yapılması gerekmektedir. Hastaların büyük çoğunluğunun sosyal desteklerinin olmamasına bağlı olarak ihtiyaçlarının klinik çalışanları tarafından kısmen giderildiği, çoğunun ise giderilemediği görülmüştür. Bu konu hakkında detaylı bir çalışma yapıp ziyaretçisi veya yakını olmayan hastalara yönelik sosyal destek sağlanması gerekmektedir.

Adli serviste yatarak tedavi gören hastaların yatış süresi ve suç sayısı arasında istatistik anlamlı bir ilişki belirlenmemiştir ($p>0,05$). Çizelgeye bakıldığında, örnekleme 1 suç sayısı olan kişilerin sayısının fazla olduğu, yatış süresinin 8 yıldan fazla olduğu görülmektedir.

Tekrarlayan yatış ve yatış süresi ilişkisini belirlemek için yapılan ki-kare ilişki analizi sonucunda bu iki değişken arasında istatistik anlamlı ilişki belirlenmemiştir ($p>0,05$). Tekrarlayan yatış süresi olanların sayısı daha fazladır ve bu hastaların 8 yıldan fazla yatış süresi vardır.

Yatış süresi ve yasal temsilci varlığı ilişki analizi sonucunda anlamlı bir ilişki elde edilmemiştir ($p>0,05$). Hastaların çoğunluğunun yasal temsilcisi vardır. Yasal temsilcisi olanların 8 yılın fazla yatış süresi olduğu görülmektedir.

Bölge ve suç sayısı ilişki analizi sonucunda anlamlı bir ilişki belirlenmemiştir ($p>0,05$). Tek suç işleyenlerin ağırlık olarak marmara bölgesinden olduğu görülmektedir. Diğer suç sayıları için yine marmara bölgesinden gelen hastaların çoğunluğu oluşturduğu görülmektedir.

Madde kullanımı ile adam öldürme, öldürme girişimi, yaralama, uyuşturucu madde ve gasp arasında istatistik anlamlı ilişki belirlenmiştir ($p<0,05$). Hastaların çoğunluğu madde kullanmamaktadır. Anlamlı ilişkili elde

edilen; adam öldürme ve öldürme girişimi için alkol kullanımı, yaralama ve gasp için madde, uyuşturucu kullanımı için hem alkol hem madde kullananların sayısı yüksek çıkmıştır.

Önceden yaşanan kişi ve suçun yönünün kime karşı olduğu arasında anlamlı bir ilişki elde edilememiştir ($p>0,05$). İnsana dönük, mala dönük ve kamu düzenine dönük olan suçlarda “diğer aile” ile yaşayanların sayısının fazla olduğu görülmüştür.

Yatış süresi ile adam öldürme, öldürme girişimi, eşyaya zarar, cinsel suç ve uyuşturucu madde arasında istatistik anlamlı ilişki belirlenmiştir ($p<0,05$). Adam öldürme ve öldürme girişimi 8 yıldan fazla yatış olanlarda, eşyaya zarar verme 4-7 yıl, cinsel suç 1 yıldan az ve uyuşturucu madde 1-3 yıl arası yatış süresi olan hastalarda daha yüksektir.

Yatış süresi ve suçun yönünün kime karşı olduğu arasında anlamlı bir ilişki elde edilememiştir ($p>0,05$). İnsana dönük suç için 8 yıl üzeri yatanların, mala dönük ve kamu düzenine dönük için 1-3 yıl arası yatanların sayısı daha fazladır.

B. Sonuç

Adli psikiyatri, suç işleyen bireylerin zihinsel sağlık durumlarının değerlendirilmesi, tedavi süreçlerinin yönetilmesi ve toplum güvenliğini sağlamak amacıyla kritik bir role sahiptir. Kronik servislerde uzun süreli tedavi gören bireylerin demografik özellikleri ve genel suç profillerinin araştırılması, bu alandaki önemli bilgi açıklarının giderilmesine katkı sağlar. Bu bireylerin yaş, cinsiyet, eğitim durumu, sosyoekonomik durum gibi demografik değişkenleri ile işledikleri suçların türü ve suç geçmişleri analiz edilerek daha etkin tedavi ve rehabilitasyon yöntemleri geliştirilebilir. Ayrıca, toplumdaki risk faktörlerini azaltmaya yönelik stratejilerin oluşturulmasında bu bilgiler hayati bir öneme sahiptir.

Demografik ve suç profilinin incelenmesi, adli psikiyatri hastalarının tedavi sürecinde bireyselleştirilmiş yaklaşımların geliştirilmesini mümkün kılar. Örneğin, belirli yaş gruplarının veya eğitim düzeylerinin belirli suç türlerine daha yatkın olduğu tespit edildiğinde, bu gruplara yönelik özel tedavi protokolleri oluşturulabilir. Aynı zamanda suç işleme davranışının altında yatan psikolojik ve çevresel

faktörlerin anlaşılması, önleyici müdahalelerin tasarlanmasını kolaylaştırır. Bu sayede, hem bireylerin iyileşme süreçleri hızlanır hem de suçun tekrarlanma riski azaltılır.

Toplum sağlığını ve güvenliğini sağlamak amacıyla, adli psikiyatri kronik servislerinde yatan bireylerin detaylı bir şekilde incelenmesi önemlidir. Elde edilen veriler, kamu politikalarına yön vermenin yanı sıra, adli psikiyatri alanında yeni araştırmaların yapılmasına da ışık tutar. Özellikle uzun süreli tedavi gören bireylerin topluma yeniden kazandırılmasına yönelik rehabilitasyon programlarının geliştirilmesi, bu tür araştırmaların sonuçlarına bağlı olarak daha etkili hale gelir. Böylece hem bireylerin yaşam kalitesi artar hem de toplumsal güvenlik güçlendirilir.

Adli psikiyatri kronik servislerinde yatan kişilerin profilinin araştırılması, literatüre önemli katkılar sağlamaktadır. Öncelikle, bu tür araştırmalar suç işleyen bireylerin demografik özellikleri, sosyoekonomik durumları, suç geçmişleri ve psikiyatrik rahatsızlıklarının türü gibi konularda derinlemesine bilgi sunar. Bu sayede adli psikiyatri alanında yeni teorik yaklaşımlar geliştirilebilir ve mevcut modeller gözden geçirilerek daha etkili müdahale yöntemleri tasarlanabilir. Ayrıca, suç davranışlarının arkasındaki psikolojik ve çevresel faktörlerin belirlenmesi, suça eğilimi olan bireyler için erken müdahale programlarının oluşturulmasına olanak tanır. Böylece, topluma yönelik risklerin azalmasına ve bireylerin iyileşme süreçlerinin hızlanmasına katkı sağlanır.

Bu tür çalışmaların literatürde yer alması, adli psikiyatri ile ilgili bilimsel araştırmalarda ve kamu politikalarında yol gösterici olabilir. Özellikle, uluslararası literatürde karşılaştırmalı çalışmaların yapılabilmesi için veri setlerinin oluşturulması önem taşır. Ayrıca, kronik servislerde yatan bireylerin topluma kazandırılmasında kullanılabilecek rehabilitasyon modelleri geliştirilebilir ve farklı ülkelerdeki uygulamalarla kıyaslama yapılabilir. Sonuç olarak, bu araştırmaların literatüre kazandırılması hem akademik gelişim hem de adli psikiyatri alanındaki pratik uygulamalar için güçlü bir kaynak oluşturur.

Bu çalışma, şiddet suçu ile ilişkili faktörlere özel vurgu yaparak adli psikiyatri servisinde yatarak tedavi gören kronik hastalardan oluşan bir popülasyonun ön incelemesini sunmaktadır.

Bütün sonuçlar göz önüne alındığında suçun işlendiği kişiler, suçun türü ve psikiyatrik hastalıklar arasındaki dinamikler anlaşıldıkça yüksek riskleri saptama ve bu tür olayları engellemede başarılı olunabileceği görülebilmektedir.

Literatüre katkı olarak 169 olgunun sosyodemografik, klinik ve suç özellikleri karşılaştırılmıştır. Araştırma bulgularımız geleceğe yönelik bu alanda yapılacak olan yeni çalışmalara ihtiyaç duyulduğunu ortaya koymuştur.

Hastaneden çıkış sonrası izlemede adli sistemin yetersiz kalışı ve tıbbi kurumlarca tedaviye yönelik bir izleme yapılamayışı tekrarlayan suçun önde gelen nedeni olmuştur.

Sonuç olarak, bu tür bilgiler adli sistemlerin hastalar için daha etkili bakım geliştirmesini ve toplumların psikiyatrik adli hastaları tarafından işlenen şiddet suçlarını önlemek için stratejiler geliştirmesini sağlayabilir.

C. Öneriler

Yıllardır yapılan bütün adli psikiyatri araştırmalarının en büyük ve ortak sorununun bu alanda yapılmış bir yasanın olmayışıdır. Uzmanlar tarafından daha önceden hazırlanan taslağın meclisten geçerek kanunlaştırılması gerekmektedir.

Adli psikiyatri tedavi sonrası taburculuk kararının ardından, birçok taburcu edilen hastanın kurumlara gönderildiği tespiti yapılmış olup, ülke genelinde psikiyatri hastalarına hizmet verebilecek kurum sayılarının artırılması önem arz etmektedir.

Uzun süreli (8 yıl ve üzeri) adli psikiyatri tedavisi gören hastaların sayısının 66 olduğu ve bu yatış sürelerinin 35 yıla kadar çıktığı tespiti yapılmıştır. Ülke genelinde bulunan adli psikiyatri yatak sayısının az olmasına bağlı olarak yatış sürelerinin önemli bir husus olduğu unutulmamalıdır. Literatürde uzun süreli yatışların sebebi konusunda tutarlı bir sonuca ulaşamamıştır. Uzun süreli yatışların taburculuğu konusunda çalışmalar yapılarak, yatış sürelerinin kısaltılması konusunda kalıcı adımların atılması gerekmektedir.

Adli sistemde hastanelere tekrar yatışının önlenmesi için taburcu edilen hastaların toplum içerisinde, takiplerini yakından sağlayacak, onlara destek olacak ve denetleyecek bir yapının oluşturulması düşünülmüştür. Risk yönetimini

yapan, rehabilitasyon faaliyetleri ve psikososyal tedavi verebilecek Psikiyatrist, Hemşire, Psikolog, Sosyal Hizmet Uzmanı ve Ergoterapist gibi meslek guruplarının yer aldığı bir destek ekibinin oluşturulması ve kolluk kuvvetleri ile koordineli bir hizmet sunulması hastanelerde uzun süre yatan hastaların yatış süresini kısaltmada çözüm olabilir.

Adli psikiyatri kronik servislerinde uzun süre tedavi gören bireylerin topluma kazandırılması hem bireysel iyileşmeleri hem de toplum güvenliği açısından büyük bir öneme sahiptir. Bu süreçte ilk adım, kapsamlı bir tedavi ve rehabilitasyon programı uygulamaktır. Bireylerin psikiyatrik rahatsızlıklarının doğru bir şekilde teşhis edilmesi ve uygun tedavi yöntemlerinin uygulanması, bu kişilerin topluma uyum sağlayabilmesi için temel bir gerekliliktir. Ayrıca, bireylerin zihinsel sağlıklarını desteklemek amacıyla bireysel ve grup terapileri, sosyal beceri kazandırma çalışmaları ve psiko-sosyal destek hizmetleri sunulmalıdır. Bu tedavi süreçleri, sadece bireylerin iyileşmesini değil, aynı zamanda tekrar suç işleme riskini azaltmayı da hedeflemelidir.

Bireylerin topluma kazandırılmasında mesleki rehabilitasyon programları da kritik bir rol oynar. Çalışma hayatına katılım, bireylerin kendilerini daha değerli hissetmelerini ve sosyal hayata entegre olmalarını sağlar. Bu amaçla, kronik servislere yatan kişilere yönelik mesleki eğitim ve beceri kazandırma programları düzenlenmelidir. Ayrıca, bireylerin tedavi sonrasında iş bulmalarını kolaylaştıracak iş birlikleri ve sosyal projeler geliştirilebilir. Bunun yanında, bireylerin sosyal yaşama katılımını desteklemek için hobi ve sanat terapisi gibi sosyal etkinlikler düzenlenerek kişisel gelişimleri desteklenmelidir.

Topluma kazandırma sürecinde aile ve toplumsal desteğin önemi büyüktür. Bireylerin aileleriyle olan ilişkilerinin güçlendirilmesi, topluma uyum sağlamalarını kolaylaştırır. Bu nedenle, ailelere yönelik bilinçlendirme eğitimleri ve danışmanlık hizmetleri sunulmalıdır. Toplumun bu bireylere karşı önyargılarını kırmak amacıyla kamu farkındalığı artırılmalı ve toplumun desteğini sağlamak için sosyal sorumluluk projeleri hayata geçirilmelidir. Tüm bu çabalar, adli psikiyatri hastalarının yeniden topluma kazandırılması ve sağlıklı bireyler olarak topluma katkıda bulunmalarını sağlamak için bütüncül bir yaklaşımı gerektirir.

VI. KAYNAKÇA

KİTAPLAR

“Sağlık Bilimlerinde Güncel Tartışmalar 5”, Bilgin Kültür Sanat Yayınları, Ankara, 2022, SIRLIER EMİR, B. (2022). Tutuklu ve Hükümlü Adli Psikiyatri Servislerine Genel Bakış, (s. 137-141),

ARTUÇ, M. (2018). **Kişilere Karşı Suçlar**, Ankara, Adalet Yayınevi, 2.Baskı

BURNS, N. ve GROVE, S.K. (1993). **The Practice of Nursing Research: Conduct, Critique & Utilization**, Second Edition. Elsevier Science Health Science, 4th ed.

KAÇAK, N. (2007). **Yeni İctihatlarla Türk Medeni Kanunu**, Ankara, Seçkin Yayıncılık, 2. Baskı.

MERAN, N. (2007). **Açıklamalı-İctihatlı Yeni Türk Ceza Kanunu**, Ankara, Seçkin Yayıncılık, 2.Baskı

ÖZBEK V. Ö., KANBUR, M. N., DOĞAN, K., BACAKSIZ P. ve TİPE, İ. (2014). **Ceza Hukuku Bilgisi Genel Hükümler**, Ankara, Seçkin Yayıncılık, 5. Baskı

SÖNMEZ, V. ve ALACAPINAR, F.G. (2013). **Örneklendirilmiş Bilimsel Araştırma Yöntemleri**, Ankara, Anı Yayıncılık, 2.Baskı.

URAL, A. ve KILIÇ, İ. (2011). **Bilimsel Araştırma Süreci ve SPSS ile Veri Analizi**, Ankara, Detay Yayıncılık.

MAKALELER

ABDALLA-FİLHO, E. ve BERTOLOTE, J. M. (2006). Forensic psychiatric systems in the world. **Brazilian Journal of Psychiatry**, 28, 56-61.

ALPAY, N., KARAMUSTAFALIOĞLU, N. ve KÜKÜRT, R. (1995) Madde bağımlılarında suç. **Düşünen Adam**. 8: 16-17

- BAYSAN ARABACI, L. ve ÇAM, M. O. (2013). Türkiye’de Psikiyatri Hastanelerinde Çalışan Hemşirelerin Adli Psikiyatri Hastalarına Yönelik Tutumlarını Etkileyen Faktörler. **Türk Psikiyatri Dergisi**, 24(4), 253-259.
- BİÇER, Ü., TIRTIL, L., KURTAŞ, Ö. ve AKER, T. (2009). **Adli Psikiyatri. Klinik Gelişim Dergisi** (Adli Tıp Özel Sayı), 22, 126-132.
- BLOOM, J. D., WILLIAMS, M. H. ve BİGELOW, D. A. (2000). The forensic psychiatric system in the United States. **International Journal of Law and Psychiatry**, 23(5-6), 605-613.
- BOZ, B. ve ÜNLÜ, G. (2016). Adli psikiyatri: ‘De facto’-‘de jure’. **Anatolian Journal of Psychiatry**, 17(5), 430.
- CANTÜRK, G. (2003). Yeni Türk Medeni Kanunu çerçevesinde hukuki ehliyet ile ilgili kavramların irdelenmesi. **Adli Bilimler Dergisi**, 2(1):43-49.
- ÇEVİK AKKÖZ, S. ve BAŞER, M. (2012). Adli Hemşirelik ve Çalışma Alanları. **Sağlık Bilimleri Dergisi**, 21(2), 143-152.
- ÇÖPOĞLU, Ü. S., BÜLBÜL, F., KOKAÇYA, M. H., ALICI, D., TAŞTAN, M. F., ÜNAL, A., ... ve SAVAŞ, H. A. (2014). Adli psikiyatri polikliniğinde değerlendirilen olguların psikiyatrik tanıları, madde kullanım durumları, sosyo-demografik ve klinik özellikleri. **New/Yeni Symposium Journal** (Vol. 52, No. 1, pp. 1-6).
- DENİZ, D. (2017). Kişilik bozukluklarında tanı güvenirliği ve cezai sorumluluk. **Adli Tıp Bülteni**, 22(2), 124-129.
- ERSOY, N., GÜNDOĞMUŞ, Ü. N., ve ŞEHİRALTI, M. (2001). Türkiye’de Adli Tıp Eğitimin Tarihsel Sürecinde Beş Temel Kaynak (1294-1331). **Türkiye Klinikleri Tıp Tarihi Dergisi**, 1, 127-137.
- GRUMBERG, F., KLİNGER, B. I. ve GRUMET, B. (1977). Homicide and deinstitutionalization of the mentally ill. **American Journal of Psychiatry**, 134(6), 685-687.
- GÜLER, G., YILDIRIM, V., KÜTÜK, M. Ö. ve TOROS, F. (2016). Adli Psikiyatrik Değerlendirme ve Çocuk ile İletişim. **Adli Tıp Bülteni**, 21(2), 98-106.

- HARE DUKE, L., FURTADO, V., GUO, B. ve VÖLLM, B. A. (2018). Long-stay in forensic-psychiatric care in the UK. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, 53(3), 313–321. Doi: 10.1007/s00127-017-1473-y
- HONKONEN, T., SAARINEN, S., ve SALOKANGAS, R. K. (1999). Deinstitutionalization and schizophrenia in Finland II: discharged patients and their psychosocial functioning. **Schizophrenia Bulletin**, 25(3), 543-551.
- IBİSHİ, N. F., MUSLIU, N. R., HUNDOZİ, Z. ve CİTAKU, K. (2015). Prevalence of the hospitalisation of mentally ill offenders in the Forensic Unit of the Clinic of Psychiatry in Pristina over a three-year period and long-term strategy implications for the management of the Forensic Mental Health System Service. **Medicine, Science and the Law**, 55(3), 201-207. doi:10.1177/0025802414532247
- İNAN, S., YILDIZHAN, E. ve ÖNCÜ, F. (2018). İnsana Yönelik Ciddi Suç İşleyen Adli Psikiyatri Olgularının Hastalık Öyküleri, Sosyodemografik ve Suç Özellikleri. **Türk Psikiyatri Dergisi**, 29(4), 258-268.
- KALENDEROĞLU, A., YUMRU, M., SELEK, S. ve SAVAŞ, H. A. (2007). Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Psikiyatri Birimine Gönderilen Olguların incelenmesi, **Nöropsikiyatri Arflivi**, 44, 86-90.
- KALENDEROĞLU, A., YUMRU, M., SELEK, S. ve SAVAŞ, H. A. (2007). Gaziantep Üniversitesi tıp fakültesi adli psikiyatri birimine gönderilen olguların incelenmesi, **Nöropsikiyatri Arşivi**, 44 (3), 86–90.
- KAPLAN, A. (2023). Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri Hastanelerinde Kimsesiz Evsiz Hastalar, **Uluslararası Sosyal Hizmet Araştırmaları Dergisi**, 3(1), 49-59.
- KARAAĞAÇ, H. ve ÇALIŞ VAR, E. (2021). Adli Psikiyatrik Alanda Sosyal Hizmet Uzmanlarının Rol ve İşlevleri, **Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi**, 18, 125-141. doi:10.46218/tshd.995837

- KAZGAN KILIÇASLAN, A., YILDIZ, S., SIRLIER EMİR, B. ve KURT, O. (2022). Adli Psikiyatri Servisinde Tedavi Gören Hastalarda İçselleştirilmiş Damgalanma, Algılanan Sosyal Destek ve Yaşam Kalitesi, **Journal of Istanbul Faculty of Medicine/İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi**, 85(3).
- KOCAKAYA, H. ve ÖZTURAN, D. D. (2023). Bir Üniversite Hastanesi Psikiyatri Polikliniğine Adli Yolla Başvuran Olguların Retrospektif İncelenmesi, **Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi**, 25(2), 285-292.
- LEWIS, C. F., FIELDS, C. ve RAINEY, E. (2006). A study of geriatric forensic evaluatees: who are the violent elderly? **Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law Online**, 34(3), 324-332.
- MARTİN, T. (2001). Something special: Forensic psychiatric nursing. **Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing**, 8(1), 25-32.
- MONAHAN, J. (1992). Mental disorder and violent behavior: Perceptions and evidence, **American psychologist**, 47(4), 511.
- MÜLLER-ISBERNER, J. R. (1996). Forensic psychiatric aftercare following hospital order treatment, **International Journal of Law and Psychiatry**, 19(1), 81-86. doi:10.1016/0160-2527(95)00023-2
- NEDOPİL, N. (2009). The role of forensic psychiatry in mental health systems in Europe, **Criminal Behaviour and Mental Health**, 19(4), 224-234.
- NEDOPİL, N., Taylor, P., ve Gunn, J. (2015). Forensic psychiatry in Europe: The perspective of the Ghent Group, **International Journal of Psychiatry in Clinical Practice**, 19(2), 80-83.
- OĞUZ, N. Y. ve HUKUKİ, D. B. (1993). Etik yönüyle zorla hastaneye yatırma. Psikiyatri, **Psikoloji ve Psikofarmakoloji Dergisi**, 1(4), 367-71.
- ÖNCÜ, F., SOYSAL, H., UYGUR, N., ÖZDEMİR, F., TÜRKCAN, S., YEŞİLBURSA, D. ve ALATAŞ, G. (2002). Zorunlu Klinik Tedavi Sonrası Yineleyici Suç işleyen Adli Psikiyatri Olgularının Tanı ve Suç

- Niteliği Açısından Değerlendirilmesi, **Düşünen Adam**, 15(3), 132-148.
- ÖZDEMİR, G. (2021). Osmanlı Toplumunda Adli Psikiyatri Bağlamında Cınnet Kaynaklı Saldırılar (1831-1917), **Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi**, 10(3), 478-494.
- POIRIER, M. F., CANCEİL, O., BAYLE, F., MİLLET, B., BOURDEL, M. C., MOATTİ, C., ... ve ATTAR-LEVY, D. (2002). Prevalence of smoking in psychiatric patients, **Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry**, 26(3), 529-537.
- POLAT, H. ve ASİ KARAKAŞ, S. (2020). Adli Psikiyatri Hemşireliği, **Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi**, 3(3), 225-232.
- ROSNER, R., WIEDERLİGH, M., HARMON, R. ve CAHN, D. (1991). Geriatric offenders examined at a forensic psychiatry clinic, **ASTM International. J. Forensic Sci**, 36(6), 1722-1731. <https://doi.org/10.1520/JFS13195J>
- SOYSAL, H. (2005). **Adli Psikiyatri**, İstanbul, Romans Yayınları, 1.baskı, 100-120.
- SOYSAL, H. (2015). Dürtü Kontrol Bozukluklarının. Adli Psikiyatrik Yönleri, **Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry**, 7(1), 16-29.
- STEADMAN, H. J., COCOZZA, J. J., ve MELİCK, M. E. (1978). Explaining the increased arrest rate among mental patients: the changing clientele of state hospitals, **American Journal of Psychiatry**, 135(7), 816-820. doi:10.1176/ajp.135.7.816
- TEMEL, G., BUDAK, H. ve SAKA, N. E. (2020). Approach and reporting to forensic psychiatric cases: examples of forensic psychiatry practices in the world, **Namık Kemal Tıp Dergisi**. 8(1), 93-101
- TÜRKCAN, S., INCESU, C., CANBEK, Ö., CAN, Y., SERCAN, M. ve UYGUR, N. (2000). 1831 adli olgunun tanı dağılımı ve tanı-suç bağlantısının değerlendirilmesi. **Düşünen Adam**, 13(3), 132-137

TÜRKCAN, S., YEŞİLBURSA, D., SAATÇIOĞLU, Ö., ALPKAN, L. ve UYGUR, N. (1997). Adli Psikiyatri ve Kurunıdışı izleme. **Düşünen Adam**, 10(2), 39-43.

UYGUR, N., TÜRKCAN, S., ve GEYRAN, P. (1994). Adli Psikiyatride Çocuk ve Ergen Suçları, **Düşünen Adam**, 7(3), 20-24.

VAN MARLE, H. (2000). Forensic psychiatric services in the Netherlands, **International Journal of Law and Psychiatry**, 23(5-6), 515-531.

YANIK, M. (2007). Türkiye ruh sağlığı sistemi üzerine değerlendirme ve öneriler, ruh sağlığı eylem planı önerisi, **Psikiyatride Derlemeler, Olgular ve Varsayımlar Dergisi**, 1(Özel Sayı), 11-29.

ELEKTRONİK KAYNAKLAR

HALK SAĞLIĞI GENEL MÜDÜRLÜĞÜ 2020. Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı 2021-2023:

https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/Yayinlarimiz/Eylem_Planlari/Ulusal_Ruh_Sagligi_Eylem_Plani_2021-2023.pdf adresinden alındı (Erişim Tarihi: 26 Şubat 2024).

KAMU HASTANELERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ 2020. YGAP (Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri Hastaneleri): <https://khgmsehirhastaneleridb.saglik.gov.tr/TR-54440/ygap-hastaneleri-nedir.html> adresinden alındı, (Erişim Tarihi: 9 Ağustos 2024).

SAĞLIK HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ 2024. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2022 <https://www.ushas.com.tr/wp-content/uploads/2024/05/Saglik-Istatistikleri-Yilligi-2022-TR.pdf> adresinden alındı, (Erişim tarihi: 24 Ekim 2024).

ULUSAL RUH SAĞLIĞI EYLEM PLANI 2011. Sağlık Bakanlığı: http://ahmetsaltik.net/arsiv/2014/07/ULUSAL_RUH_SAGLIGI_EYLEM_PLANI_2011-2023.pdf (Erişim Tarihi: 24 Ekim 2024).

WORLD HEALTH ORGANİZATİON 2021. Mental Health ATLAS 2020: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240036703> adresinden alındı (Erişim Tarihi: 15 Kasım 2024).

TEZLER

AYDIN, A. (2017). “Adli Psikiyatri Olgularının Retrospektif Değerlendirilmesine Dair Bir Çalışma”, (Yüksek Lisans Tezi), Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Adli Psikoloji Anabilim Dalı.

AZİZOĞLU, B. E. (2019). “Bir Adli Psikiyatri Kliniğine Yatan Sentetik Kannabinoid Kullanan Olguların Klinik ve Suç Nitelikleri Açısından Değerlendirilmesi”, (Tıpta Uzmanlık Tezi), Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim Kliniği.

BAYSAN ARABACI, L. (2009). “Adli Psikiyatri Hastalarına Yönelik Hemşire Tutum Ölçeği Geliştirme”, (Doktora Tezi), Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı.

DURAT, T. (1992). “Adli Psikiyatri Açısından Homisid ve Ceza Ehliyeti”, (Tıpta Uzmanlık Tezi), İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı.

ERTÜRK, S. G. (2015). “Adli Psikiyatri Bölümünde Yatan Homisid Suçu İşlemiş Hastaların Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri ile İşledikleri Homisid Suçunun Hedef Kitle Profiline Karşılaştırılması”, (Tıpta Uzmanlık Tezi), Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu İstanbul İli Bakırköy Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği

İMRAĞ, C. (1989). “Adli Psikiyatri Açısından Türk Ceza Kanunu’nun 46., 47., ve 48. Maddeleri”, (Uzmanlık Tezi), İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Anabilim Dalı.

İNAN, S. (2012). “Homisidal Suç işleyen Adli Psikiyatri Olgularının Zorunlu Tedavi Sonrası Hastalık ve Suç Seyirleri” (Tıpta Uzmanlık Tezi),

Sağlık Bakanlığı Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği.

KARAAĞAÇ, H. (2022). “Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri Hastanelerinde Tedavi Görmüş Bireylerin Yaşam Deneyimleri: Bir Gömülü Teori Çalışması”, (Doktora Tezi), Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Klinik Odaklı Sosyal Hizmet Doktora Programı.

ÖZDEMİR, F. (1992). “Adli psikiyatri açısından homisidal davranışlar”, (Uzmanlık Tezi), Sağlık Bakanlığı Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi.

POLAT, H. (2020). “Adli Psikiyatri Hastalarında Kabul ve Kararlılık Terapisi Temelli Öfke Yönetimi Eğitiminin Öfke Ruminasyonları ve Dürtüsellik Düzeylerine Etkisi”, (Doktora Tezi), Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı.

TABAKOĞLU, S. (2010). “Babasını öldürmüş ya da öldürmeye teşebbüs etmiş şizofrenlerin ruhsal yönden değerlendirilmesi”, (Yüksek Lisans Tezi), İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

USLU, N. (2010). “Adli Psikiyatri Birimine Yatırılan Yaşlılarda Suç İşlemeyi Etkileyen Etmenler”, (Psikiyatri Uzmanlık Tezi), Sağlık Bakanlığı Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi

YAĞMUR, F. (2004). “1992-2002 Yılları Arasında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalına Başvuran Adli Psikiyatri Olgularının Değerlendirilmesi”, (Uzmanlık Tezi), Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı.

YETER, R. (2022). “Gaziantep Üniversitesi Adli Tıp Anabilim Dalı Polikliniğine Gönderilen Adli Psikiyatrik Olgularda Sosyodemografik, Klinik ve Suça İlişkin Özelliklerin Değerlendirilmesi”, (Uzmanlık Tezi), Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı.

EKLER

Ek 1: Ölçek

Ek 2: Etik Kurul Raporu



Ek 1: SOSYODEMOGRAFİK VE KLİNİK VERİ FORMU

1. **Veri Toplama Tarihi:**
2. **Olgu No:**
3. **Servisi:**
4. **Yaşı.....**
5. **Cinsiyet:**
1) Kadın 2) Erkek
6. **Türkiye ise yaşadığı bölge:**
1) Akdeniz 5) İç Anadolu
2) Doğu Anadolu 6) Karadeniz
3) Ege 7) Marmara
4) Güneydoğu Anadolu 8) Ulaşılamayan Veri
7. **Halen yaşadığı il:**
1) Belirtiniz 2) Ulaşılamayan Veri
8. **Öğrenim durumu:**
1) Okur-Yazar Değil 5) Lise Mezunu
2) Okur-Yazar 6) Üniversite Mezunu
3) İlkokul Mezunu 7) Yükseköğrenim
4) Ortaokul Mezunu 8) Ulaşılamayan Veri
9. **Anne-Baba ayrılığı:**
1) Var 2) Yok 3) Ulaşılamayan Veri
10. **Medeni durum (kimlikte geçen):**
1) Bekar 4) Ayrılmış
2) Evli / İmam Nikahlı 5) Ulaşılamayan Veri
3) Dul
11. **Hastaneye gelmeden önce kiminle yaşadığı:**
1) Evsiz / Yalnız 5) Arkadaşları ile
2) Çekirdek aile (eş, çocuk) 6) Diğer (...)
3) Diğer aile (anne, baba) 7) Ulaşılamayan Veri
4) Akrabaları
12. **Çocuk:**
1) Var 2) Yok 3) Ulaşılamayan Veri
13. **Kardeş:**
1) Var 2) Yok 3) Ulaşılamayan Veri
14. **Askerlik durumu:**
1) Tam olarak yapmış 4) Ulaşılamayan Veri
2) Tam değil, sorunlu 5) Diğer (belirtiniz)
3) Muaf
15. **Yatış öncesi çalışma düzeni:**
1) Düzenli çalışıyor 4) Öğrenci
2) Düzensiz çalışıyor 5) Çalışmıyor
3) Emekli 6) Ulaşılamayan Veri
16. **Mesleği:**
1) Mesleği yok 5) Esnaf
2) Çiftçilik, haynacılık 8) Diğer (belirtiniz)
3) İşçi 9) Ulaşılamayan Veri
4) Memur
17. **Sosyal Güvencesi:**
1) Var 2) Yok 3) Ulaşılamayan Veri
18. **Sosyal güvencesi Var ise ne olduğu:**
1) SSK 5) 2022
2) BAĞ-KUR 6) Emekli Sandığı
3) GSS 7) Başka (belirtiniz)

19. **Yatış öncesi alkol-madde kullanımı:** 1) Alkol 4) Kullanmamış
2) Madde 5) Ulaşılamayan Veri
3) Alkol-madde
20. **Alkol-madde kullanımı Var ise AMATEM yatışı:**
1) Var 2) Yok 3) Ulaşılamayan Veri
21. **Yatış sonrası sigara kullanımı:** 1) Var 2) Yok 3) Ulaşılamayan Veri
22. **Kronik bir hastalığı:** 1) Var 2) Yok 3) Ulaşılamayan Veri
23. **Bulaşıcı hastalığı:** 1) Var 2) Yok 3) Ulaşılamayan Veri
24. **Bulaşıcı hastalığı Var ise ne olduğu:** 1) HIV/AIDS 4) Diğerleri(belirtiniz)
2) Hepatit 5) Ulaşılamayan Veri
3) Verem
25. **İntihar girişimi öyküsü:** 1) Var 2) Yok 3) Ulaşılamayan Veri
26. **İntihar girişimi öyküsü Var ise yöntemi:**
1) Ası 2) Kesici-delici alet kullanımı
3) Ateşli silah kullanımı 4) Yüksekten atlama
5) Diğer (belirtiniz) 5) Ulaşılamayan Veri
27. **Psikiyatrik soy-geçmiş:** 1) Var 2) Yok 3) Ulaşılamayan Veri
28. **Psikiyatrik soy-geçmiş Var ise kim olduğu:**
1) Anne 4) Akraba (belirtiniz)
2) Baba 5) Ulaşılamayan Veri
3) Kardeş
29. **Psikiyatrik hastalık süresi:** 1) Belirtiniz 2) Ulaşılamayan Veri
30. **Suç kadar psikiyatri tedavi geçmişi:** 1) Var 2) Yok 3) Ulaşılamayan Veri
31. **Daha önce tedavi girişimlerinin öyküsü:**
1) Ayaktan tedavi 3) ayaktan ve yatarak
2) Yatarak tedavi
32. **Adli psikiyatri kliniğinde yatma nedeni:**
1) Koruma tedavi
2) Gözlem sonrası Adli Tedavi (432)
3) Ulaşılamayan Veri
33. **En son adli servis yatış süresi:** 1) 1 yıldan az 5) 5-6 yıl arası
2) 1-2 yıl arası 6) 6-7 yıl arası
3) 2-3 yıl arası 7) 7-8 yıl arası
4) 3-4 yıl arası 8) 8 yıl ve daha fazla
5) 4-5 yıl arası 9) Ulaşılamayan Veri
34. **Adli Servise tekrarlayan yatışı:** 1) Var 2) Yok 3) Ulaşılamayan Veri
35. **İlk kez suç işleme yaşı:** 1) 0-17 4) 46-65
2) 18-25 5) 66 ve üzeri

- 3) 26-45 6) Ulaşılamayan Veri
36. **Daha önce suç işleme geçmiş:** 1) Var 2) Yok 3) Ulaşılamayan Veri
37. **Toplam suç sayısı (yargıya intikal):** 1) 1 3) 3 5) Ulaşılamayan Veri
2) 2 4) 4 ve fazlası
38. **Hangi ceza mahkemesi** 1) Asliye ceza2) Ağır ceza3) Sulh ceza 4) Ulaşılamayan
39. **Ceza sorumluluğu:** 1) Tam 2) Azalmış 3) Yok 4) Ulaşılamayan Veri
40. **Suç işleme yaşı:** 1) Belirtiniz 2) Ulaşılamayan Veri
41. **Suç türü:** 1) Adam öldürme 10) Dolandırıcılık / sahtekarlık
2) Öldürme girişimi 11) Cinsel suçlar
3) Yaralama 12) Saldırgan sarhoşluk
4) Yaralamasız saldırı 13) Uyuşturucu madde
5) Eşya/mala zarar verme 14) Ruhsatsız silah (6136)
6) Kundaklama 15) Gasp/ gasp girişim
7) Yangına neden olma 16) Hırsızlık
8) Tehdit 17) Başka (belirtiniz)
9) Hakaret 18) Ulaşılamayan Veri
10) Konut dokunulmazlığını ihmal
42. **Suç yönü:** 1) İnsana dönük 4) Başka (belirtiniz)
2) Mala dönük 5) Ulaşılamayan Veri
3) Kamu düzeniyle ilgi
43. **Suç yönü insana dönük ise kime karşı:**
1) Ebeveyn 5) Diğer akraba
2) Eş/partner 6) Aile dışı tanıdık (arkadaş, komşu)
3) Çocuk 7) Yabancı,
4) Kardeşler 8) Ulaşılamayan Veri
44. **Geçmişte ceza evi yaşantısı:** 1) Var 2) Yok 3) Ulaşılamayan Veri
45. **Cezaevi geçmişi Var ise süresi:** 1) 1 yıldan az 5) 4-5 yıl arası
2) 1-2 yıl arası 6) 5-6 yıl arası
3) 2-3 yıl arası 7) 7 yıl ve daha fazla
4) 3-4 yıl arası 8) Ulaşılamayan Veri
46. **Hastanın yasal temsilcisi (vasisi):** 1) Var 2) Yok 3) Ulaşılamayan Veri
47. **Ziyaretçisi:** 1) Var 2) Yok 3) Ulaşılamayan Veri
48. **Ziyaretçisi Var ise** 1) Düzenli (haftada 1'den fazla) 2) Nadiren (yılda 1 veya 2)
3) Düzensiz (ayda 1 veya 2) 4) Ulaşılamayan Veri

Ek 2: Etik Kurul Raporu

Evrak Tarih ve Sayısı: 13.11.2024-137153



T.C.
İSTANBUL AYDIN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürlüğü

Sayı : E-88083623-020-137153
Konu : Etik Onayı Hk.

13.11.2024

Sayın Hüseyn ÖZ

Tez çalışmanızda kullanmak üzere yapmayı talep ettiğiniz anketiniz İstanbul Aydın Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Etik Kurul Komisyonu'nun 17.10.2024 tarihli ve 2024/11 sayılı kararıyla uygun bulunmuştur.
Bilgilerinize rica ederim

Dr.Öğr.Üyesi Nuri Gökmen KARAKİRAZ
Müdür Yardımcısı

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu : BSNB460LBC Pin Kodu : 63052

Belge Takip Adresi : <https://www.turkiye.gov.tr/istanbul-aydin-universitesi-ebys?>

Adres : Beşyol Mah. İnönü Cad. No:38 Sefaköy , 34295 Küçükçekmece / İSTANBUL

Telefon : 444 1 428

Web : <http://www.aydin.edu.tr/>

Kep Adresi : iau.yazisleri@iau.hs03.kep.tr

Bilgi için : Tuğba SÜNNETÇİ

Unvanı : Yazı İşleri Uzmanı

Tel No : 31002



ÖZGEÇMİŞ

I- Bireysel Bilgiler

Adı Soyadı: Hüseyin ÖZ

II- Eğitim Durumu

Lisans: Adnan Menderes Üniversitesi/Aydın Sağlık Yüksekokulu/Hemşirelik

Lisans: Anadolu Üniversitesi Açık Öğretim Fakültesi Sağlık Yönetimi

Yüksek Lisans: İstanbul Aydın Üniversitesi Sağlık Yönetimi

III- Mesleki Deneyim

Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi (2013)

Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı Ve Sinir Hastalıkları E. A.
Hastanesi (2013-2024)

IV- Üye Olduğu Kuruluşlar

Türk Hemşireler Derneği

V- Bilimsel Yayın

ÖZ, H. & METE, M. (2023). Türkiye'de Sağlık Hizmetleri Finansman Yönetimleri. Cumhuriyetin Yüzüncü Yılında Geçmişten Günümüze Sağlık, Eğitim Ve Yönetimsel Hizmetler Sempozyumu 1. İstanbul Aydın Üniversitesi. 15– 17 Mart 2023. İstanbul. ss. 112–123.