



T.C.

SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

ADLİ TIP ANABİLİM DALI

**ADLİ TIP ANA BİLİM DALIMIZA CEZA SORUMLULUĞU
KONUSUNDA RAPOR DÜZENLENMESİ İÇİN BAŞVURAN
YETİŞKİN HASTALARIN SOSYODEMOGRAFİK
ÖZELLİKLERİNİN ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI VE
SALDIRGANLIK ÖLÇEKLERİNE GÖRE
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Gülsüm Hülya KARA SARI

UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN

Prof. Dr. S. Serhat GÜRPINAR

ISPARTA – 2024

BEYAN

“Adli Tıp Ana Bilim Dalımıza Ceza Sorumluluğu Konusunda Rapor Düzenlenmesi İçin Başvuran Yetişkin Hastaların Sosyodemografik Özelliklerinin Çocukluk Çağı Travmaları Ve Saldırganlık Ölçeklerine Göre Değerlendirilmesi” adlı Uzmanlık tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi SDÜ Tıp Fakültesi Uzmanlık Tez Önerisi ve Tez Yazma Yönergesi’ne uygun olarak hazırlanmıştır.

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

Hazırlayan

Dr. Gülsüm Hülya KARA SARI

İmza

Danışman

Prof. Dr. S. Serhat GÜRPINAR

İmza

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimimin ilk gününden bu yana her konuda tecrübelerini bana aktarmaya çalışan, bu hayatta kendisini tanımaktan çok mutlu olduğum ve tez danışmanlığıyla da beni destekleyen hocam Prof. Dr. S. Serhat GÜRPINAR’a,

Uzmanlık eğitimim süresince ve tez çalışmam boyunca fikirlerinden faydalandığım, kendisinden çok şey öğrendiğim Prof. Dr. Çetin Lutfi BAYDAR’a,

Tüm uzmanlık eğitimim boyunca bir abi sıcaklığıyla her zaman yanımda hissettiğim, adli tıp bilgisi ve otopsi tecrübeleriyle bana çok büyük katkıları olan hocam Doç. Dr. Abdulkadir YILDIZ’a,

Uzmanlık eğitimim boyunca desteklerini esirgemeyen ve bildiği her şeyi öğretmek için çabalayan Uzm. Dr. Erdinç ÇAYLI ve Uzm. Dr. Sümeyra DEMİR’e,

Adli Tıp Ana Bilim Dalı’ndaki çok değerli asistan arkadaşlarıma, hayatımın her alanında yanımda olan ve iyi ki tanımışım dediğim canım arkadaşlarım Semine, Özge ve Esen’e, Adli Tıp Ana Bilim Dalı ve Adli Tıp Şube Müdürlüğü çalışanlarımıza,

Tüm hayatım boyunca benimle birlikte sevinen benimle birlikte üzülen, her zorluğu birlikte göğüslediğimiz canım anneme ve babama, beni her zaman destekleyen, motive eden ve hayatıma neşe katan sevgili eşime, hayattaki en değerli varlığım canımdan çok sevdiğim bitanecik kızıma teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Gülsüm Hülya KARA SARI

ISPARTA – 2024

İÇİNDEKİLER

BEYAN.....	i
TEŞEKKÜR.....	ii
İÇİNDEKİLER.....	iii
SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ.....	v
TABLolar.....	vi
1.GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2.GENEL BİLGİLER.....	3
2.1.Suçun Tanımı.....	3
2.1.1. Suçluluğu Açıklayan Yaklaşımlar.....	3
2.1.1.1. Biyolojik Görüş.....	3
2.1.1.2. Psikolojik Görüş.....	4
2.1.1.3. Sosyolojik Görüş.....	5
2.2. Saldırganlık.....	5
2.3. Çocukluk Çağı Travmaları (ÇÇT).....	7
2.3.1. Fiziksel istismar.....	8
2.3.2. Cinsel istismar.....	8
2.3.3. Duygusal istismar.....	8
2.3.4. İhmal.....	9
2.4. Ceza Sorumluluğu.....	11
2.4.1.Türk Ceza Kanununda Ceza Sorumluluğu.....	11
3.MATERYAL METOT.....	15
4.BULGULAR.....	17
5.TARTIŞMA.....	32
5.1. Sosyodemografik Veriler.....	32

5.2. Ailevi Özellikler.....	34
5.3. Klinik Özellikler.....	34
5.4. Suç Özellikleri.....	37
5.5. Saldırganlık ve Çocukluk Çağı Travmaları.....	37
6.SONUÇ.....	41
ÖZET.....	42
ABSTRACT.....	43
KAYNAKÇA.....	44
EKLER.....	52

SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ

BPSÖ	: Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği
ÇÇT	: Çocukluk çağı travmaları
ÇÇTRÖ	: Çocukluk çağı ruhsal travmaları ölçeği
TCK	: Türk Ceza Kanunu
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu



TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 4.1. Başvuranların sosyodemografik özellikleri.....	17
Tablo 4.2. Başvuranların bazı ailevi özellikleri.....	18
Tablo 4.3. Başvuranların klinik özellikleri.....	20
Tablo 4.4. Başvuranların işledikleri suç özellikleri.....	22
Tablo 4.5. Başvuranların Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği ve Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği Puanları.....	22
Tablo 4.6. Başvuranların İşledikleri Suç Türü ile Sosyodemografik Özelliklerinin İlişkisi.....	23
Tablo 4.7. Başvuranların İşledikleri Suç Türü ile Ailevi Özelliklerinin İlişkisi.....	23
Tablo 4.8. Başvuranların İşledikleri Suç Türü ile Klinik Özelliklerinin İlişkisi.....	25
Tablo 4.9. Başvuranların İşledikleri Suç Türü ile Ceza Sorumlulukları ve Tekrarlayan Suç İşleme Durumlarının İlişkisi.....	26
Tablo 4.10. Başvuranların Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği ve Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği Puanlarının Sosyodemografik Özelliklere Göre Karşılaştırılması...	26
Tablo 4.11. Başvuranların Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği ve Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği Puanlarının Ailevi Özelliklere Göre Karşılaştırılması.....	27
Tablo 4.12. Başvuranların Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği ve Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği Puanlarının Klinik Özelliklere Göre Karşılaştırılması.....	29
Tablo 4.13. Başvuranların Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği ve Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği Puanlarının Suç Türlerine Göre Karşılaştırılması.....	30
Tablo 4.14. Başvuranların Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği ve Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği Puanlarının Tekrarlayan Suç Varlığına Göre Karşılaştırılması.....	31
Tablo 4.15. Olguların ÇÇRTÖ ve BPSÖ Puanlarının Korelasyonu.....	31

1. GİRİŞ ve AMAÇ

İnsanlığın ilk zamanlarından itibaren var olan suç tanımlaması toplumların sosyal, ekonomik, kültürel ve dini özelliklerine göre değişiklik göstermiş ve suçun niteliğine göre cezalar uygulanmaya başlanmıştır.

İnsanlığın gelişimiyle birlikte zihinsel ve fiziksel durumlarına bağlı olarak suç faillerine de farklı yaptırımlar uygulanması gerektiği benimsenmiştir. Cezada ölçü, failin kasıt ve kusur derecesiyle birlikte işlenen suçun ağırlığı ile ilişkili olup ceza yaptırımları “ceza sorumluluğu” kavramı ile değerlendirilmektedir. Kişinin yapmış olduğu eylem ya da eylemsizlikten doğan bir suçtan sorumlu tutulabilmesi için suç eylemini bilerek işlemiş olması, eyleminin yol açabileceği sonuçları ve karşılığında ceza göreceğini bilmesi ve dürtülerini kontrol altında tutabilmesi gerekir (1).

Türk Ceza Kanunu’nda (TCK) akıl hastalığı nedeniyle, gerçekleştirdiği eylemin hukuki anlamını ve sonuçlarını algılayamayan ya da bu eylemle ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneği ciddi ölçüde azalmış olan kişilere ceza verilmeyeceği, yaptığı eylemle ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneği önemli düzeyde olmamakla beraber azalmış olan kişiye de ceza indirimi uygulanacağı belirtilmiştir (2).

İnsanlar sosyal ortamlarda, iş hayatında, okul ortamında, partner ilişkilerinde saldırgan davranışlar gösterebilmektedir. Birçok araştırmada psikolojik problemler ile saldırganlık arasındaki ilişki incelenmiş, saldırganlığın sebebi konusunda çeşitli kuramlar oluşturulmuştur. Bazı kuramcılar saldırganlığın bir içgüdü olduğunu ve bu davranışa engel olunamayacağını söylerken bazı kuramcılar da çevresel faktörler dolayısıyla sonradan kazanıldığını ve bu yüzden de engellenebileceğini söylemektedir (3).

Aile, sosyal ve kültürel çevre, ekonomik durum, okul çevresi ve arkadaş grubu gibi kişiliğin gelişmesinde etkili olan faktörler saldırganlığın oluşmasında da etkili faktörlerdir. Bireyin psiko-sosyal gelişimini anlayabilmek adına fiziksel, duygusal ve sosyal özelliklerine, farklılık ve gereksinimlerine bakmak çok önemlidir. Yapılan çalışmalarda saldırgan davranışların multifaktöriyel olduğu anlaşılmıştır.

İlgili ve güvenli ortamda bakımlarının sağlanması çocukluk çağının temel gereksinimi olduğundan çocukların bu gereksinimlerinin karşılanması sosyal ve psikolojik gelişimlerini sağlıklı bir şekilde tamamlamaları için büyük katkı sağlamaktadır. Buna karşın çocukluk çağında çeşitli travmalara maruz kalmak çocuğun bütün yaşamını olumsuz etkilemektedir. Yapılan çalışmalar suç işlemiş olan bireylerin ihmal ve istismara uğrama şeklinde sorunlu aile geçmişi sıklığının yüksek olduğunu belirtmekte, bu durum da suçluluğun gelişiminde çocukluk döneminin önemini ortaya koymaktadır (4).

Bireylerin saldırgan davranışlarının niteliğinin çocukluk çağı travmalarının (ÇÇT) büyüklüğüyle doğru orantılı olduğu gibi çocukluk döneminde maruz kalınmış istismarların kişilerde saldırganlık, içe dönüklük, depresyon, anksiyete gibi problemleri oluşturacağı da belirtilmiştir (5).

Bu çalışmada Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Ana Bilim Dalına 1 Nisan – 30 Haziran 2023 tarihleri arasındaki üç aylık dönemde ceza sorumluluğu konusunda rapor düzenlenmesi için başvuran yetişkin hastaların sosyodemografik ve klinik özellikleri, yaşamış oldukları çocukluk çağı travmaları ve saldırganlık düzeyleri arasındaki ilişkileri inceleyerek bu durumların suç işlemede hangi düzeyde etkileri olduğunun araştırılması ve bu konuda alınabilecek önlemlerin tartışılması amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Suçun Tanımı

Suç eylemi literatürde farklı tanımlamalar içermekle birlikte Ceza Hukuku'nda anlama ve isteme yeteneğine sahip kişinin kusurlu iradesinin kasıt veya ihmal sonucu bir hareketiyle oluşan, hukuka aykırı ve ceza yaptırımına ya da güvenlik tedbiri uygulanmasını gerektiren bir eylem olarak tanımlanır (6). “Bir suçun varlığı; kanuni unsur ilkesine göre, işlenen fiilin kanunda gösterilen tarife uygun olması, maddi unsur ilkesine göre çeşitli biçimlerde bir fiilin bulunması -Çağdaş hukuk düzenine göre maddi bir fiil işlemeyen kişi cezalandırılmaz. Kişiler düşünce, niyet, fikir ve hayallerinden sorumlu tutulmamaktadır.-, hukuka aykırılık ilkesine göre hukuka aykırı olması ile söz konusudur. (7).

2.1.1. Suçluluğu Açıklayan Yaklaşımlar

2.1.1.1. Biyolojik Görüş

Suç davranışının sebebine yönelik olarak öne sürülen biyolojik teoriye göre suç unsuru oluşturan davranışlar, esasen bireyin kontrolü dışında gelişen bir takım biyolojik mekanizmalar sonucunda oluşan ve iradenin herhangi bir etkisi olmayan reflekssel davranışlar olarak tanımlanmıştır (8). Biyolojik teori suçlu kişilerin yapısal, biyolojik ve kalıtsal bozuklukları sonucu suç davranışına daha yatkın olduklarını savunmaktadır (9). Doğumsal komplikasyonlar; nikotin, alkol ve madde maruziyeti, beyin gelişimindeki anomaliler de biyolojik faktörlerin bir örneği olarak gösterilebilir (10). Bu görüşün ilk destekçilerinden Antropolog Cesare Lombroso'ya göre suç, doğum ve ölüm kadar doğal bir olay olup önemli ölçüde organizma şartlarının bir ürünüdür (7).

Androjen ile saldırganlık arasındaki ilişki, düşük serotonin düzeyi ile agresyon ve şiddet davranışı ilişkisi de biyolojik görüşü destekler niteliktedir (11,12). Nöropsikiyatrik risk faktörlerinden serebrovasküler hastalıklar, beyin tümörleri, beyin hasarı, epilepsi, mental retardasyon, manik depresif bozukluk, alkol-madde kullanımıyla ilişkili psikoz, şizofreni, paronaya; genetik faktörlerden Kleinfelter Sendromunun agresyon ve şiddet ile bilinen ilişkisi bu görüşle aynı doğrultudadır (11-13).

2.1.1.2. Psikolojik Görüş

20. yy başlarında ortaya çıkmış olup suçun nedenlerini fiziksel özelliklerle değil zeka, kişilik ve bilişsel yapılara bağlı davranışsal özelliklerle açıklayan teorilerdir. Psikanalitik yaklaşım Freud'un çalışmalarına dayanarak çocuk suçluluğu ile ilgili en etkili psikolojik açıklamayı oluşturmuştur. Freud'a göre, kişilik üç temel bileşenden oluşur: içgüdülerin merkezi olan altbenlik (id), değerlere dayalı vicdanın kaynağı olan üstbenlik (süperego) ve bu iki zıt güç arasında denge sağlayan arabulucu benlik (ego). Altbenlik, temelde saldırganlık ve cinsellik gibi ilkel içgüdüleri içerir. Üstbenlik ise ana-baba ve diğer önemli kişilerle etkileşim yoluyla geliştirilen değerlere dayalı bir vicdanı temsil eder. Benlik ise altbenliğin istekleri ile üstbenliğin değerleri arasında bir denge kurarak işlev görmektedir (14,15).

İnsanlar cinsellik ve saldırganlık gibi dürtüleri doğuştan getirir. Başarılı bir sosyalleşme, davranışları toplumsal yapıya uygun olarak düzenleyecek içsel bir yapının (süperego) inşa edilmesine bağlıdır. Bu da ebeveyn ile çocuk arasında kurulacak sağlıklı ve tatmin edici ilişki ile mümkün olabilir (16). Altbenliği uygun şekilde denetleyemeyen benlik ile üstbenlikte yapısal bozukluk bulunması durumunda, dengesiz bir kişilik oluşmakta; bu durum davranışları etkileyerek suçluluğa neden olmaktadır (14,15). Gerçeklik ilkesine uygun hareket edememe, hazlarını erteleyememe, aşırı suçluluk hissetme ya da suçluluk hissetmeme gibi nedenler suç davranışını tetikleyerek bir anlamda kişinin iç dünyasındaki dengesizliği telafi etmesine hizmet eder (17). Süperegonun zayıf olması cinsel suçların beraberinde cinayet ve saldırı gibi şiddet suçlarının da görülmesine neden olabilir. Süperegosu hiç gelişmemiş kişilerde sosyopat veya psikopat eğilimler gözlemlenebilir (14,15).

Davranışçı ekole göre, bütün insan davranışları "öğrenilmiş" ve değiştirilebilirdir. "Sosyal Öğrenme Teorisi" insanların, çevrelerinin davranış, görüş ve söylemlerini gözleyerek kendisine rol-model seçtiği kişinin davranışlarını öğrendiğini savunur. Kişi bu davranışları gerçekleştirdiğinde etrafı tarafından takdir görürse davranış pekişir. Ya da rol modeli ya da etrafı tarafından cezalandırılırsa, davranış sönme eğilimine girer (10). Bazen de kişiler, bulundukları toplumda, suçluluğu problem çözme davranışı olarak öğrenir (11). Öğrenme teorilerine göre

norm dışı davranışların kaynakları çok çeşitli olup saldırganlık ve şiddet nesiller boyunca öğrenilmiş bir davranış kalıbı olarak geçmektedir (18). Bu bağlamda kişilerin, içinde büyüdüğü çevrenin ve ebeveynlerinin çocuk yetiştirme şekilleri, nasıl birer rol model oldukları ve çocuğun süreci zihninde işleme şekli önem kazanmaktadır. Norm dışı fiillerin süregeldiği bir aile, akran grubu ya da çevre içinde çocuk bu davranışları içselleştirebilir. Öğrenme süreci ilerledikçe güdülenme, motivasyon ve çevresel koşulların olgunlaşmasıyla suç eylemini gerçekleştirebilir (19). Kişinin antisosyal davranışları yetiştiği aile-toplum tarafından cezalandırılmazsa bu davranışlar kalıcı hale gelebilir. İlerleyen dönemde kısa süreli hazlar için kolaylıkla norm dışı davranışlar sergileyebilir (11).

2.1.1.3. Sosyolojik Görüş

İlk sosyal kriminolog Adolph Quetelet'a göre "Toplum suçu hazırlar, suçlu ise bir araçtır". Suçluluğun temelinde aile, ekonomik özellikler, toplumun inanç ve siyasi ideolojileri, sosyal yapı, kültür farklılıkları, nüfusun yapısı, dış faktörler, coğrafi ve çevresel yapılar, sosyal değişim gibi çok sayıda etken vardır. Sosyolojik teorilere göre, suçlu sosyal ortamın bir ürünüdür ve esas suçlu toplumun kendisidir (66).

2.2. Salırganlık

Salırganlık, doğrudan zarar vermek amacıyla gerçekleştirilen, başka bir bireye yönelik herhangi bir davranıştır. Ayrıca failin, davranışının hedefe zarar vereceğine ve hedefin bu davranıştan kaçınma güdüsü taşıdığına inanması gerekir (20–23). Kaza sonucu zarar, kasıtlı olmadığı için agresif değildir. Yararlı eylemlerin beklenebilir sonucu olan zarar da salırganlık değildir, çünkü zarar veren kişi, hedefin eylemden kaçınmak için motive olmadığına inanır (örneğin, diş tedavisi sırasında yaşanan ağrı) (24).

Şiddet nedeniyle her sene 1,6 milyon kişinin yaşamını yitirdiği, şiddet eylemlerinin özellikle kadınlar ve çocuklara yöneldiği bildirilmektedir. Birleşmiş Milletler 2017 yılında tüm dünya genelinde 87000 kadının öldürüldüğünü; ölümlerin %58'inin öldürülen kadınların ailelerinden biri tarafından gerçekleştirildiğini belirlemiştir. Sürdürülebilir kalkınma hedefleri kapsamında ülkeler 2030 yılına kadar

bütün kız çocukları ve kadınlara yönelik, cinsel ve her türden istismarı da kapsayan şiddetin tüm şekillerini ortadan kaldırılma hedefi belirlemiştir (25).

Saldırganlığın dört temel bileşeni olduğu varsayılmıştır. Fiziksel saldırganlık araçsal; sözel saldırganlık psikolojik; düşmanlık bilişsel bileşeni oluşturur. Öfke, duygusal bileşen olmakla birlikte fizyolojik olarak da uyarılmayı sağlar ve saldırganlığa hazırlık sürecini içerir (26).

Fiziksel saldırganlık: “bireyin kendi kendine veya diğer canlı ya da cansız nesnelere fiziksel yollarla, zarar verme ve acı çektirme amacıyla uyguladığı davranışlar” olarak tanımlanır. İtmek, sıkıca tutmak, bir cisim atmak veya bir cisimle vurmak, tokat atmak, tekmelemek veya yumruklamak, boğaz sıkmak, silah veya bıçak gibi aletler kullanmak davranışlardır.

Sözel saldırganlık: Bireyin diğerlerini aşağılaması ya da küçük düşürmesidir. Tehdit etme, bağırma, dedikodu, alay, hakaret etme gibi eylemlerdir.

Düşmanlık: “Bir bireyin algıları, düşünceleri ve yorumlamaları neticesinde diğer insanlara duyduğu güvensizlikle birlikte şüphe veya kuşkuya kapılması, bu sebeple de onlara karşı kin beslemesi, kötülük yapma isteği taşıması, onlardan nefret etmesi” olarak tanımlanır.

Öfke: “Karşılanmamış arzulara, istenmeyen sonuçlara veya karşılanmamış beklentilere karşı verilen duygusal tepki” olarak tanımlanmaktadır (27).

Saldırganlığın nedenlerine yönelik olarak açıklayıcı bazı kuramlar geliştirilmiştir. Bunlar doğuştan içgüdüsel, öfke -engellenme gibi duygu durumlarına tepki- ve bireyin toplumsal hayatta öğrendiği bir davranış olarak özetlenebilir. Bu kuramları bireysel ve bireyin dışındaki etkenler olarak gruplamak mümkündür. Bireysel etkenler biyolojik ve içgüdüsel süreçler; bireyin dışındaki etkenler sosyal ve kültürel süreçlerdir. (27).

Saldırganlık durumunun değerlendirilmesinde sık kullanılan yöntemlerden biri Buss ve Perry tarafından 1992 yılında geliştirilen Buss-Perry Saldırganlık Ölçeğidir. Bu ölçek Buss-Durkee Düşmanlık Envanteri’nden uyarlanmıştır. Ölçek saldırganlığın fiziksel, sözel, düşmanlık ve öfke boyutlarını değerlendirebilmektedir. Türkçe geçerlilik-güvenilirlik çalışmasında fiziksel saldırganlık ortalama puanı 21,53

($\pm 6,17$), dŒşmanlık ortalama puanı 23,5 ($\pm 4,94$), öfke ortalama puanı 20,11 ($\pm 5,05$), sözel saldırganlık ortalama puanı 14,83 ($\pm 2,98$) toplam puan ortalama 81,35 ($\pm 12,52$) olarak verilmiştir (28).

2.3. Çocukluk Çağı Travmaları (ÇÇT)

Kişilerin 18 yaşından önce maruz kaldığı fiziksel, duygusal ve cinsel istismar ve ihmalle birlikte ebeveynin yoksunluğu, göç, şiddete tanık olma, kaza ve doğal afetler şeklinde tanımlanabilir (29). Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımına göre, istismar; bir yetişkin, toplum veya ülkenin bilinçli ya da bilinçsiz olarak gerçekleştirdiği ve çocuğun sağlığı ile fiziksel gelişimini olumsuz yönde etkileyen davranışları ifade eder. Çocuk Haklarına dair Sözleşme'de; çocukların, ebeveynleri veya başkalarının bakımında iken “bedensel ve zihinsel şiddetin her türüsünden” korunmaları gerektiği belirtilmektedir (30). Bir başka tanıma göre çocuk istismarı ya da ihmali, anne-baba, bakıcı gibi bir yetişkince yöneltilen, toplumsal normlara ve profesyonel standartlara aykırı olarak değerlendirilen, çocuğun gelişimini engelleyen veya sınırlayan eylem ve eylemsizlikler ve bunların sonucunda çocuğun fiziksel, ruhsal, cinsel veya sosyal açıdan zarar görmesi, sağlık ve güvenliğinin tehlikeye girmesi durumudur. (31,32). Kız ve erkek çocuklar fiziksel ve duygusal ihmal ve istismar açısından eşit risk altındayken kız çocukları cinsel istismar açısından daha fazla risk altındadır (33).

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre ebeveynlerin %53.3'ü çocuklarına şiddet ve saldırganlık tutumları sergilemektedir (34). Ülkemizde 2010 yılında yapılan Çocuk İstismarı ve Aile İçi Şiddet Araştırması'nda, 7-18 yaş aralığındaki çocukların %45'i son bir yılda fiziksel şiddet görmüştür (35). Ülkemizde ve dünyada şiddet ve saldırganlık eylemleri son derece sık rastlanan ve giderek artış gösteren bir problem halini almaktadır (36).

Çocuk istismar ve ihmali, çocukta yaşam boyu kalıcı izler bırakabilen bir sağlık sorunudur (37). Fiziksel hasar, engellilik ve ölümün yanında beyin gelişimini bozar, bağışıklık ve sinir sistemine zarar verebilir. Bu da bilişsel gelişimin gecikmesine, okul performansının ve devamlılığının düşmesine, sağlıkla ilgili riskli davranışların artmasına, yeniden mağduriyet yaşama riski altında olmalarına ve şiddet davranışında artışa neden olabilir (33). ÇÇT maruziyeti erişkin dönemde

depresyon, anksiyete, alkol-madde kullanım bozuklukları ve kişilik bozuklukları gibi psikiyatrik hastalıklar açısından risk yarattığı vurgulanmaktadır. Özellikle başa çıkma mekanizmaları immatür, sosyal desteği az, sağlıklı bağlanma ve olumlu benlik algısı geliştiremeyen çocuklar bu açıdan daha risklidir (5).

2.3.1. Fiziksel istismar:

Çocuğun kaza dışı, bilerek yapılan şiddet davranışı sonucu gelişimi, sağlığı, iş görme yetileri ve onuru açısından zarar görmesi olarak tanımlanabilir (38). Ebeveynlerde istismar öyküsü, genç yaş, alkol veya madde bağımlılığı, sosyal desteğin olmaması, maddi sorunlar gibi nedenler istismara yatkınlığa neden olabilmektedir (39).

2.3.2. Cinsel istismar:

Bir yetişkinin bir çocuğu cinsel haz amacı güden aktivitelere maruz bırakması olarak tanımlanabilir (40, 41). Cinsel istismara uğrayanların yalnızca %15'i bildirilmektedir (41). Kızlarda dört kat fazla görülmekteyken mağdurların yaklaşık yarısı 14 yaşın altındadır (42, 43).

2.3.3. Duygusal İstismar:

Çocukların ihtiyaç duydukları bakım, ilgi ve sevgiden mahrum bırakılması yoluyla psikolojik hasara uğratılmasıdır (5). Çocuklara saygı göstermeme, yüksek sesle konuşma, küfürlü ifadeler kullanma, aşırı baskı kurma ve otorite sağlama, takma lakaplar kullanma; çocuğu reddetme, aşağılama, yalnız bırakma, korkutma, tehdit etme, önemsememe, küçümseme, bağımlılık yaratma ve aşırı koruma; çocuğun duygusal ihtiyaçlarını karşılamama, çocuktan yaşının üzerinde sorumluluklar bekleyerek kardeş ayrımı yapma; çocukla alaycı bir şekilde konuşma, duygusal istismarın görüldüğü davranış türlerindendir (44). Duygusal istismar ve ihmal oldukça sıktır ancak fark edilmesi, tanımlanması, anlaşılması ve yasal olarak kanıtlanması daha güçtür. Fiziksel istismar ve ihmal varlığında %90 oranında duygusal ihmal ve istismar da bulunmaktadır; bıraktığı hasar fiziksel ve cinsel istismardan daha uzun sürebilmektedir (32).

2.3.4. İhmal

Ailenin çocuğun gereksinimi olan güvenli ve sağlıklı ortamı sağlayamaması ve çocuğu tehlikelere karşı koruyamamasıdır. Anne ve babanın çocuğu ile konuşmaması, sorularını yanıtlamaması, çocuğu çok uzun süre yalnız bırakması, yeterli beslememesi ve bakımını sağlamaması gibi davranışları içerir (5).

Fiziksel ihmal: Çocuğa besleme, giyim, hijyen, bakım verme konularında yetersizlikle birlikte gerekli sağlık hizmetlerinin geciktirilmesi ya da verilmemesi, çocuğun yalnız bırakılması, dışlanması, evden kovulması, kaçan çocuğun eve kabul edilmemesi, zarar verici ve toksik maddelerden korumak için yeterli önlem alınmaması gibi durumlardır (45,46).

Duygusal ihmal: Çocuğun psikolojik ihtiyaçlarına karşılık vermemek, yeterli sevgi ve şefkati göstermemek, sosyal gelişimi için yeterli destek sağlamamak ve sosyal kuralları öğretmemek olarak ifade edilir (46). Literatürde en az çalışılan travma türü olmasına rağmen, en yaygını olabileceği belirtilmiştir (47).

Bernstein ve arkadaşları tarafından çocukluk çağı travmalarını değerlendirmek üzere geliştirilen anket yaygın şekilde kullanılmaktadır. Ölçeğin Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışmasında dissosiyatif bozukluğu olanlarda cinsel istismar alt puanı ortalama 9,4 ($\pm 5,9$), duygusal istismar alt puanı ortalama 12,2 ($\pm 6,0$), fiziksel istismar alt puanı ortalama 7,2 ($\pm 2,6$), duygusal ihmal alt puanı ortalama 14,0 ($\pm 5,1$), fiziksel ihmal alt puanı ortalama 8,6 ($\pm 4,2$), minimizasyon alt puanı ortalama 0,3 ($\pm 0,6$), toplam puan ortalama 51,4 ($\pm 17,6$) olarak bulunmuştur. Diğer psikiyatrik hastalarda cinsel istismar alt puanı ortalama 6,0 ($\pm 2,4$), duygusal istismar alt puanı ortalama 10,6 ($\pm 4,8$), fiziksel istismar alt puanı ortalama 6,5 ($\pm 2,3$), duygusal ihmal alt puanı ortalama 13,9 ($\pm 5,3$), fiziksel ihmal alt puanı ortalama 8,0 ($\pm 3,0$), minimizasyon alt puanı ortalama 0,2 ($\pm 0,6$), toplam puan ortalama 45,0 ($\pm 13,1$) olarak bulunmuştur. Diğer katılımcılarda ise cinsel istismar alt puanı ortalama 5,9 ($\pm 2,5$), duygusal istismar alt puanı ortalama 7,2 ($\pm 3,3$), fiziksel istismar alt puanı ortalama 5,7 ($\pm 2,1$), duygusal ihmal alt puanı ortalama 9,6 ($\pm 4,3$), fiziksel ihmal alt puanı ortalama 7,5 ($\pm 3,1$), minimizasyon alt puanı ortalama 0,9 ($\pm 1,1$), toplam puan ortalama 35,7 ($\pm 11,5$) olarak bulunmuştur (48).

Ebeveynler veya bakım verenler ile çocuklar arasındaki ilişkileri erken yaşlarda geliştirmeye teşvik eden bazı müdahalelerin, çocuklara kötü muameleyi önlediği ve çocukluktaki saldırganlığı azalttığı gösterilmiştir. Bu tür müdahaleler aynı zamanda çocuğa kötü muamelenin zihinsel ve fiziksel sağlık, sosyal ve mesleki işlevsellik, insan kaynağı ve güvenlik ve nihayetinde de sosyal ve ekonomik kalkınma açısından yaşam boyu olumsuz sonuçlarını önleme potansiyeline de sahiptir. Ayrıca ergenlik ve erken yetişkinlik döneminde mahkumiyetleri ve şiddet eylemlerini azalttığına ve muhtemelen daha sonraki yaşamda partnere ve kendine yönelik şiddeti azaltmaya yardımcı olduğuna dair kanıtlar da mevcuttur (49).

Çocukluk çağı travmalarının kadın ve erkekleri farklı şekilde etkilediği belirtilmektedir. Kadınlarda mağdur olma veya mağdur rolünü yıllarca sürdürerek kendilerine zarar vermeye devam etme, erkeklerde başkalarına karşı saldırganlık görülme, saldırganlığı başkalarına çevirme ihtimali daha yüksektir. Bazı mağdur erkekler, çocukluktaki deneyimleri yetişkinliğe taşıyarak kontrol kurma davranışı gösterebilmektedir (29). Çocukluktaki ihmal ve istismarın yetişkinlikte suç işleme ile bağlantılı olabileceği düşünülmüş ve suç temelinde bir ayrım olduğu ileri sürülmüştür. Fiziksel istismar ve ihmale maruz kalan kişilerin cinsel olmayan, şiddet içermeyen suçları işleme olasılıklarının daha yüksek olduğu tahmin edilmektedir (50). Ergenler ile yapılan çalışmada, istismara maruz kalmanın suç üzerinde genel bir etkiye sahip olduğu ve tekrarlayan suç işleme riskini iki katına çıkardığı belirtilmiştir (51). Kişilerin olumsuz çocukluk deneyimleri ne kadar yaygın ve çeşitliyse daha erken başlangıçlı, daha geniş ve şiddetli suç kariyeri olduğu, genel nüfusa ve diğer suçlulara oranla cinsel suçluların en şiddetli ve çok yönlü istismar deneyimlerine maruz kaldığı görülmüştür (52).

Konuya yaklaşımda öncelik çocukluk çağı travmalarının önlenmesidir. Günümüz koşullarında özellikle risk oluşturan durumlar savaşlar, göçler, ekonomik güçlükler, erken dönemde ebeveyn rolü, yetersiz ve niteliksiz eğitim koşulları, sosyal desteğin kısıtlılığıdır. Koruyucu hizmetler olarak aileden başlayan sosyal destek ve eğitim, çocuklar için kaliteli eğitim imkanı, göç ya da savaş mağduru çocukların, parçalanmış ailelerden gelen, ebeveyni olmayan çocukların sosyal olarak takip ve desteklerinin yapılabilmesi büyük öneme sahiptir. Çocukluk çağında travmaya maruz kalan çocuklarda travmanın tespit edilmesi, adli süreçlerde retravmatizasyonun

engellenmesi, hem erken dönemde hem uzun vadede bedensel ve ruhsal sağılıının takibi ve desteğinin yanında sosyal açıdan da çocuğun desteklenmesi önemlidir. Ayrıca tüm branşlardan klinisyenlerin travma maruziyetini hep akılda tutması ve sorgulaması gerekir. Ruh sağılıı profesyonellerinin psikiyatrik hastalıkların tanı, takip ve tedavi sürecinde çocukluk çağı travma öyküsü varlığını araştırması kritik öneme sahiptir (5).

Suç tanımı gereği ceza sorumluluğu otorite tarafınca muhatap alınan kişiler için söz konusudur. Kişiler, filleri kanunlarca korunmakta olan menfaate zarar vermesi halinde yaptırıma tabi tutulur (53). Yaptırıma tabi tutulabilmesi için kişinin eylemi isteyerek, bilerek veya kusurlu bir davranış dolayısıyla gerçekleştirilmesi gerekir (54).

2.4.1. Türk Ceza Kanununda Ceza Sorumluluğu

5237 sayılı Türk Ceza Kanunu'nun ikinci bölümünde "Ceza Sorumluluğu" başlığı altında Kanun'un 32. Maddesinde "Akıl hastalığı" ile ilgili düzenlemeler tanımlanmıştır:

a) TCK 32/1 maddesinde "Akıl hastalığı nedeniyle, işlediği fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılayamayan veya bu fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneği önemli derecede azalmış olan kişiye ceza verilmez. Ancak, bu kişiler hakkında güvenlik tedbirine hükmolunur.",

b) TCK 32/2 maddesinde "Birinci fıkrada yazılı derecede olmamakla birlikte işlediği fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneği azalmış olan kişiye, ağırlaştırılmış müebbet hapis cezası yerine yirmi beş yıl, müebbet hapis cezası yerine yirmi yıl hapis cezası verilir. Diğer hallerde verilecek ceza, altıda birden fazla olmamak üzere indirilebilir. Mahkûm olunan ceza, süresi aynı olmak koşuluyla, kısmen veya tamamen, akıl hastalarına özgü güvenlik tedbiri olarak da uygulanabilir." (2)

Kriminolojik açıdan, hangi akıl hastalığının ne tür suçlara yol açacağı, davranışlarını yönlendirme yeteneğindeki azalışın hangi hallerde TCK 32/1 hangi hallerde 32/2 maddesi kapsamına gireceği ucu açık bir tartışmadır. Akıl hastalığının türünün; hangi durumlarda kusur yeteneğini ne ölçüde etkilediğinin tespiti hukuki olmaktan çok teknik ve bilimsel bir konudur. Bu yüzden, TCK'da kusur yeteneğini

etkileyen akıl hastalıkları listelenmemiştir. “Fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılama yeteneğini kaldıran ve davranışlarını yönlendirme yeteneğini azaltan akıl hastalığı” olarak ifade edilmiştir. Bu nedenle söz konusu akıl hastalığının ceza sorumluluğunu kaldırıp kaldırmadığını ilgili uzman hekimin tespit etmesi beklenir (55).

Hastalıkların ve İlgili Sağlık Problemlerinin Uluslararası İstatistiksel Sınıflandırılması listesinin Akıl Hastalıkları, Davranışsal ve Nörogelişimsel Bozukluklar başlıklı altıncı bölümünde nörogelişimsel bozukluklar, şizofreni veya diğer primer psikotik bozukluklar, katatoni, duygudurum bozuklukları, anksiyete veya korku ilişkili bozukluklar, obsesif-kompulsif veya ilişkili bozukluklar, özgül olarak stresle ilişkili bozukluklar, disosiyatif bozukluklar, beslenme veya yeme bozuklukları, dışa atım bozuklukları, bedensel endişe veya bedensel deneyim bozuklukları, madde kullanımına veya bağımlılık davranışına bağlı bozukluklar, dürtü kontrol bozuklukları, yıkıcı veya topluma karşı davranış bozukluğu, kişilik bozuklukları ve ilgili kişilik özellikleri, parafilik bozukluklar, yapay bozukluk, nörobilişsel bozukluklar, gebelik, doğum veya lohusalık ile ilişkili ruhsal veya davranışsal bozukluklar kabul edilen hastalıklar olarak gruplandırılmıştır (56).

Ceza sorumluluğu, bilirkişilik hizmetleri kapsamında belirlenir. Ne kadar çok kaynaktan bilgi toplanırsa verilen kararlar o kadar doğru olur. Kişinin eğitimi, iş durumu, varsa askerlik öyküsünün öğrenilmesi; suç kaydı, cezaevi öyküsünün değerlendirmeye alınması önerilir. Tıbbi öyküsü kaydedilmeli; alkol, madde kullanımı mümkünse toksikoloji testleriyle desteklenmelidir. Genel sağlık durumlarına ilişkin rutin kan ve idrar tetkikleri de mümkünse yapılmalıdır. Özel durumlarda psikolojik testler, kranial bilgisayarlı tomografi ya da manyetik rezonans, elektroensefalografi, uyku incelemeleri de istenebilir. (57).

TCK’nın ceza sorumluluğunu kaldıran veya azaltan maddelerinin savunma tarafından bilinmesi, sanığın kendinde bir akıl hastalığının var olduğunu iddia etme olasılığını arttırabilmektedir. Sanık tıbbi öykü verirken psikiyatrik hastalık nedeniyle varolan bir kaydıyla ilgili yanlış bilgi verebilmekte, varsa askerlik raporunu ileri sürebilmekte ya da olağan düzeydeki zorlayıcı deneyimlere verdiği psikolojik

yanıtları abartarak yargılandığı suç karşısındaki savunmasını akıl hastalığı iddiası üzerinden yapabilmektedir (66).

Simülasyon (temaruz, hekimi yanıltıcı davranış, sayımsama) ilaç alma, görevden kaçma, tazminat elde etme gibi belirli bir amaç doğrultusunda, kişinin fiziksel veya psikolojik belirtileri bilinçli olarak oluşturması veya hâlihazırda var olan belirtileri abartmasıdır. Psikiyatrik durumlar simülasyona daha açıktır. DSM-5'e göre simülasyon bir ruhsal hastalık değil klinik tanıdır. Adli tıbbi durumlar da simülasyonu düşündürebilecek olasılıklar arasında sayılmaktadır (67). Simülasyonun gerçek sıklığının literatürde çok değişken olması ile birlikte ülkemizde bir adli psikiyatri kliniğinde yürütülen çalışmada %48,5 olarak saptanmıştır (68).

Ceza sorumluluğu değerlendirme muayenelerinde simülasyon ihtimali her zaman göz önünde bulundurulmalıdır. Tüm bu işlemlerle birlikte tanı için geliştirilmiş bir altın standart bulunmamaktadır. Klinisyenin görüşü ve muayene bulguları halen en önemli yeri tutmaktadır (58).

İnsana yönelik suç işleyenlerin sadece %10'unda depresyon, hipomani, mani, varsanı, sanrı ya da psikoz tespit edilmiştir (59). Psikiyatrik hastalıklarla şiddet davranışı ilişkisine dair araştırma sonuçları çelişkilidir. Yaygın düşüncenin aksine, psikiyatrik hastalığı olan pek çok kişi şiddet davranışı göstermemektedir. Bazı psikiyatrik hastalıklarda tedaviye uyumsuzluk, alkol-madde kullanımı ve geçmiş suç öyküsü gibi özelliklerle suç davranışı arasında daha güçlü ilişki olduğu saptanmıştır (60–63).

Toplum tabanlı çalışmalardan yapılan bir sistematik derlemede psikiyatrik bozukluğu olan bireylerde şiddet riskinde 2-4 kat arası artış görülmüştür. 5-10 yıl içinde şiddet suçu işleme ihtimali şizofreni, madde kullanım bozukluğu ve şizofreni dışında psikiyatrik bozukluğu olanlar için %5'in altındayken kişilik bozukluğu ve şizofreni hastaları için %6-10; madde kullanım bozukluğu olanlar için %10'dan fazla tespit edilmiştir. Suç öyküsü varlığı ve komorbidite olarak madde kullanımı şiddet riski için güçlü öngörücüler olarak belirlenmiştir (64).

İsveç'te kamu hizmeti cezası alan psikiyatrik hastalığı olan olgulardan şizofreni spektrum bozukluğu, kişilik bozukluğu ve madde kullanım bozukluğu olanlarda tekrarlayıcı şiddet suçu işleme ihtimali artmış bulunmuştur. Şiddet suçları

için psikiyatrik hastalık varlığına atfedilen risk ise erkeklerde %8,3; kadınlarda %30,9 olarak raporlanmıştır (65).

Failin akıl hastalığı varlığında, suçu işlediği sırada hastalığının mevcut olması, bu hastalığının işlediği fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılamasına engel olması ya da davranışlarını yönlendirme yeteneğinin ciddi şekilde azalmış olması ile algılama yetisinin kaybı aynı zamanda akıl hastalığı ile faili olduğu suç arasında nedensellik bağının bulunması durumlarında akıl hastalığının ceza sorumluluğunu etkilemesi söz konusudur (55).



3. MATERYAL METOD

Çalışma için Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'na başvurularak 30.03.2023 tarih ve 6/81 sayılı onay kararı alınmıştır (Ek 1).

Bu çalışmada 01 Nisan 2023 - 30 Haziran 2023 tarihleri arasında Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Adli Tıp Ana Bilim Dalına ceza sorumluluğu konusunda rapor düzenlenmesi için başvuran yetişkin hastaların sosyodemografik ve klinik özellikleri, yaşamış oldukları çocukluk çağı travmaları ve saldırganlık düzeyleri arasındaki ilişkileri inceleyerek bu durumların suç işlemede hangi düzeyde etkileri olduğu araştırılmıştır. Bu amaçla kliniğimize başvuran 50 yetişkin hastaya sosyodemografik-klinik veri formu, çocukluk çağı travma ölçeği ve saldırganlık ölçeği doldurtularak prospektif olarak inceleme yapılmıştır.

Çalışma için dahil olma kriterleri:

- 18 yaş üstünde olma,
- Çalışmaya katılım için gönüllü olma,
- Suç işlemiş olma,
- Okur yazar olma,
- Ceza sorumluluğu değerlendirmesi muayenesi için Adli Tıp Polikliniğine gönderilmiş olma;

Hariç tutma kriterleri:

- Gerçeği değerlendirme ve yargılamanın bozuk olması, psikotik hastalığın aktif döneminde olmak,
 - Hafif-Orta-İleri zeka geriliği varlığı
- olarak belirlenmiştir.

Olguların yaş, cinsiyet, medeni durumları, meslek, eğitim durumları, gelir düzeylerine ilişkin algıları, aile özellikleri, anne ve babalarının eğitim durumları gibi

sosyodemografik özellikleri kaydedilmiştir. Psikiyatrik hastalık varlığı, ilaç kullanım durumu, aile öyküsü ve komorbidite varlığı, sigara, alkol, madde kullanım durumları, polikliniğe başvuru nedeni olan suç, Psikiyatri ve Adli Tıp Ana Bilim Dallarınca verilen ceza sorumluluğu kararları gibi özelliklerine ilişkin de veri toplanmıştır. Çocukluk travmalarına ilişkin değerlendirme Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği (ÇÇRTÖ), saldırganlık düzeyi değerlendirmesi de Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği (BPSÖ) uygulanarak tespit edilmiştir. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği duygusal istismar, duygusal ihmal, fiziksel istismar, fiziksel ihmal, cinsel istismar ve minimizasyon alt gruplarından oluşur. Türkçe geçerlilik güvenilirliği çalışılmış, Cronbach alfa değeri 0,93 bulunmuştur. Ölçekte alt gruplar 5-25, toplam puan 25-125 aralıklarında değişir. Travmanın inkarı minimizasyon alt grubunda yer alan 3 soruyla ölçülmekte, 0-3 arasında bir minimizasyon puanı elde edilmektedir. Bu maddeler toplam puana dahil edilmemektedir (48). BPSÖ Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışmasına göre Cronbach alfa değeri 0,85 olup faktör yapıları orjinal ölçekte olduğu gibi fiziksel saldırganlık, düşmanlık, öfke ve sözel saldırganlık şeklinde belirlenmiştir (28). Fiziksel ve sözel saldırganlık alt başlıkları, başkalarına zarar vermekle ilgili olup davranışın motor bileşenini temsil eder. Fizyolojik uyarılmayı ve saldırganlığa hazırlığı içeren öfke, davranışın duygusal bileşenini temsil eder. Kötü niyet ve adaletsizlik duygularından oluşan düşmanlık, davranışın bilişsel bileşenini temsil eder (26).

Veriler, IBM SPSS.26 (IBM Inc., Chicago, IL, ABD) programında analiz edildi. Sürekli değişkenlerin tanımlayıcı istatistikleri ortalama ve standart sapma, medyan, minimum-maksimum değerleri; kategorik değişkenlerin tanımlayıcı istatistikleri ise sayı (n) ve yüzde (%) değerleri verilerek sunuldu. Kategorik değişkenler arasındaki ilişkiler Ki kare test analizi ile incelendi. Sürekli değişkenlerin normal dağılım gösterip göstermediği Shapiro Wilke ve Kolmogorov Smirnov normallik testleri ile değerlendirildi. Sürekli değişkenlerin gruplar arası karşılaştırılmasında Mann Whitney-U ve Kruskal-Wallis testi uygulandı. Sürekli sayısal değişkenler arasındaki ilişki Pearson Korelasyon katsayısı ile gösterildi. Bütün analizlerde anlamlılık düzeyi olarak $p < 0,05$ değeri kabul edildi.

4. BULGULAR

Çalışma kapsamında Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Ana Bilim Dalına ceza sorumluluğu değerlendirilmesi için 01 Nisan-30 Haziran 2023 tarihleri arasında başvuran 50 kişi çalışmaya alınmıştır.

Olguların sosyodemografik özellikleri Tablo 4.1’de verilmiştir. Olguların %12 ‘si (n=6) kadındı. Yaş ortalaması 35,5±11,1 olarak saptandı. En sık ortaokul mezunu (%36, n=18)) olup sadece %8’inin (n=4) aktif olarak çalıştığı saptandı. Aktif çalışma hayatı olanlar tutuklu olmayanlardı. Meslekleri incelendiğinde %30’u (n=15) işçi, %22’si (n=11) serbest çalışmaktayken %26’sının (n=13) işsiz olduğu görüldü. Olguların %42’sinin (n=21) kişisel değerlendirmesine göre ekonomik durumunun kötü olduğunu; %38’inin (n=19) orta olduğunu düşündüğü saptandı. Olguların %56’sı (n=28) bekar olduğu, %62’sinin (n=31) çocuğu olmadığı görülmüştür.

Tablo 4.1. Olguların sosyodemografik özellikleri

Cinsiyet (kadın, n (%))	6 (%12)
Yaş (ort±s.s)	35,5±11,1
Eğitim durumu (n (%))	
Okur-yazar	1 (%2)
İlkokul	14 (%28)
Ortaokul	18 (%36)
Lise	13 (%26)
Üniversite	3 (%6)
Lisansüstü	1 (%2)
Aktif çalışıyor mu? (evet, n (%))	4 (%8)
Meslek (n (%))	
Emekli	1 (%2)
Esnaf	4 (%8)
Ev hanımı	4 (%8)
İşçi	15 (%30)
İşsiz	13 (%26)
Memur	2 (%4)
Serbest	11 (%22)
Ekonomik durum (n (%))	
İyi	10 (%20)
Orta	19 (%38)
Kötü	21 (%42)
Medeni durum (n (%))	
Evli	10 (%20)
Bekar	28 (%56)
Boşanmış	8 (%16)

Dul	1 (%2)
Partner ilişkisi	3 (%6)
Çocuk sayısı (n (%))	
Yok	31 (%62)
1	6 (%12)
2	6 (%12)
3	6 (%12)
4 ve üzeri	1 (%2)

Olguların ailevi özellikleri incelendiğinde %30'unun (n=15) 4 ve üzeri kardeşe sahip olduğu; %28'inin (n=14) ailelerinin ilk çocuğu, %26'sının (n=13) ikinci çocuğu olduğu görülmüştür. Olguların %58'i (n=29) ailelerinin ekonomik durumunu orta olarak belirtmiştir. Annelerinin %42'si (n=21) ve babalarının %52'si (n=26) ilkökul mezunuyken annelerde okuryazar olmayanların sıklığı %26 (n=13)'dır. Olguların %66'sı çekirdek aile yapısına sahip; %46'sının (n=23) anne babası birlikte; %12'sinin (n=6) annesi, %6'sının (n=3) babası, %4'ünün (n=2) her iki ebeveynin üvey olduğu saptandı. Olguların %24'ünün (n=12) annesi, %36'sının (n=18) babası ilgisizken %74'ünün (n=37) bakımını annesi üstlendiği saptanmıştır. Bebeklikte anne sütü alma oranları %66 (n=33) olarak saptanmıştır. Aile içi şiddet olguların %56'sında (n=28) mevcuttu. Aile içi şiddet anne, baba ve çocuklar arasındaki tüm fiziksel şiddeti kapsayacak şekilde sorgulanmıştır. Çocuklukta aile içinde veya dışarda yaşlıya yönelik şiddete olguların %28'inin (n=14) tanık olduğu saptanmıştır. (Tablo 4.2).

Tablo 4.2. Olguların bazı ailevi özellikleri

	n (%)
Kardeş sayısı	
Yok	1 (%2)
1	8 (%16)
2	16 (%32)
3	10 (%20)
4 ve üzeri	15 (%30)
Ailede kaçınıcı çocuk	
1	14 (%28)

2	13 (%26)
3	4 (%8)
4	10 (%20)
5 ve sonrası	9 (%18)
Ailenin ekonomik durumu	
İyi	11 (%22)
Orta	29 (%58)
Kötü	10 (%20)
Annenin eğitim durumu	
Okur-yazar değil	13 (%26)
Okur-yazar	8 (%16)
İlkokul	21 (%42)
Ortaokul	4 (%8)
Lise	2 (%4)
Üniversite	2 (%4)
Babanın eğitim durumu	
Okur-yazar değil	6 (%12)
Okur-yazar	7 (%14)
İlkokul	26 (%52)
Ortaokul	5 (%10)
Lise	4 (%8)
Üniversite	2 (%4)
Aile yapısı	
Çekirdek aile	33 (%66)
Geniş aile	10 (%20)
Parçalanmış aile	7 (%14)
Anne baba birliktelik durumu	
Birlikte	23 (%46)
Ayrı	7 (%14)
Anne ölü	3 (%6)
Baba ölü	11 (%22)
İkisi de ölü	6 (%12)
Anne-baba üvey olma durumu	
Anne üvey	6 (%12)
Baba üvey	3 (%6)
Her ikisi de üvey	2 (%4)
Anne ilgi durumu	
Aşırı ilgili	14 (%28)
Yeterince ilgili	24 (%48)
İlgisiz	12 (%24)
Baba ilgi durumu	
Aşırı ilgili	13 (%26)
Yeterince ilgili	19 (%38)
İlgisiz	18 (%36)
Bebeklik/çocuklukta bakımını üstlenen kişi	
Anne	37 (%74)
Kardeş	2 (%4)
Bakıcı	1 (%2)

Anneanne/Babanne	8 (%16)
Devlet yurdu	1 (%2)
Bebeklikte anne sütü alma	
Evet	33 (%66)
Hayır	6 (%12)
Bilmiyor	11 (%22)
Aile içi şiddet (var)	28 (%56)
Çocuklukta yaşlıya yönelik şiddete tanık olma	14 (%28)

Olguların %30'unun (n=15) kronik hastalığı mevcutken %24'ünün (n=12) sürekli ilaç kullanımı olduğu saptanmıştır. Psikiyatrik hastalığı olanların oranının ise %88 (n=44) olduğu görülmüştür. Psikiyatrik hastalıklardan en sık antisosyal kişilik bozukluğu (n=16, %32) görülmüştür. Olguların yarısı psikiyatrik ilaç kullanmaktayken %38'inde (n=19) ailede psikiyatrik hastalık öyküsü vardı. Olguların %90'ının (n=45) sigara, %52'sinin (n=26) alkol, %54'ünün (n=27) madde kullandığı saptanmıştır. En sık kullanılan maddelerin eroin (n=17, %34), esrar (n=16, %32), metamfetamin (n=14, %28) ve ekstazi (n=13, %26) olduğu görülmüştür. Ailede madde kullanım oranı ise %14 (n=7) olarak saptanmıştır. Olguların %60'ının (n=30) intihar girişiminde bulunduğu saptanmıştır. En sık kullanılan yöntem ilaç-zehirlenmedir (n=22, %44). Psikiyatri Ana Bilim Dalı tarafından olguların %84'üne (n=42) ceza sorumluluğunun tam olduğu; %10'una (n=5) ceza sorumluluğunun olmadığı (TCK 32/1); %6'sına (n=3) ceza sorumluluğunun azaldığı (TCK 32/2) raporu verilmiştir. Adli Tıp Ana Bilim Dalı ise %78'ine (n=39) ceza sorumluluğunun tam olduğu; %10'una (n=5) ceza sorumluluğunun olmadığı (TCK 32/1); %12'sine (n=6) ceza sorumluluğunun azaldığı (TCK 32/2) raporu vermiştir (Tablo 4.3).

Tablo 4.3. Olguların klinik özellikleri

	n (%)
Kronik hastalık (var)	15 (%30)
Sürekli kullanılan ilaç (var)	12 (%24)
Psikiyatrik hastalık varlığı	44 (%88)
Psikiyatrik hastalık süresi (ort±s.s.)	10,4±6,7
Psikiyatrik hastalık türü	
Anksiyete bozuklukları	5 (%10)
Depresif bozukluklar	2 (%4)
Bipolar bozukluk	4 (%8)
Alkol ve madde bağımlılığı	10 (%20)
Antisosyal kişilik bozukluğu	16 (%32)
Şizofreni ve psikotik bozukluklar	5 (%10)
Obsesif kompulsif bozukluk	1 (%2)

Hafif mental retardasyon	1 (%2)
Psikiyatrik ilaç kullanımı (var)	25 (%50)
Ailede psikiyatrik hastalık (var)	19 (%38)
Sigara kullanımı (evet)	45 (%90)
Alkol kullanımı (evet)	26 (%52)
Madde kullanımı (evet)	27 (%54)
Madde türü	
Eroin	17 (%34)
Esrar	16 (%32)
Metamfetamin	14 (%28)
Bonzai	4 (%8)
Kağıt	3 (%6)
Ekstazi	13 (%26)
Kokain	10 (%20)
Tiner	3 (%6)
Bali	4 (%8)
Ailede madde kullanımı (evet)	7 (%14)
İntihar girişimi (evet)	30 (%60)
İntihar girişimi sayısı (medyan (min-max))	1 (0-11)
İntihar girişimi türü	
Ası	8 (%16)
İlaç-zehirlenme	22 (%44)
Silah	3 (%6)
Kesi	11 (%22)
Yüksekten atlama, bilinçli trafik kazası, yakma	4 (%8)
Psikiyatri ana bilim dalı tarafından verilen ceza sorumluluğu kararı	
Ceza sorumluluğunun olmadığı (TCK 32/1)	5 (%10)
<i>Bipolar bozukluk</i>	2 (%4)
<i>Psikotik bozukluklar</i>	3 (%6)
Ceza sorumluluğunun azaldığı (TCK 32/2)	3 (%6)
<i>Bipolar bozukluk</i>	1 (%2)
<i>Nörogelişimsel bozukluk</i>	1 (%2)
<i>Psikotik bozukluk</i>	1 (%2)
Ceza sorumluluğu tam	42 (%84)
Adli tıp ana bilim dalı tarafından verilen ceza sorumluluğu kararı	
Ceza sorumluluğunun olmadığı (TCK 32/1)	5 (%10)
<i>Bipolar bozukluk</i>	2 (%4)
<i>Psikotik bozukluklar</i>	3 (%6)
Ceza sorumluluğunun azaldığı (TCK 32/2)	6 (%12)
<i>Anksiyete bozukluğu</i>	2 (%4)
<i>Bipolar bozukluk</i>	1 (%2)
<i>Nörogelişimsel bozukluk</i>	1 (%2)
<i>Psikotik bozukluk</i>	2 (%4)
Ceza sorumluluğu tam	39 (%78)

Olguların %48'inin (n=24) mala yönelik; %36'sının (n=18) şiddet suçu işlediği saptandı. %84'ünün (n=42) başka adli dosyası bulunduğu görüldü. %26'sının (n=13) ailesinde suç öyküsü bulunduğu saptandı. (Tablo 4.4).

Tablo 4.4. Olguların işledikleri suç özellikleri

	n (%)
Başvuru nedeni olan suç türü	
Şiddet	18 (%36)
Yaralama	11 (%22)
Aile içi şiddet	2 (%4)
Cinsel taciz	2 (%4)
Hakaret	2 (%4)
Öldürmeye teşebbüs	1 (%2)
Mal	24 (%48)
Hırsızlık	18 (%36)
Dolandırıcılık	3 (%6)
Mala zarar verme	3 (%6)
Diğer	8 (%16)
Uyuşturucu kullanmak	5 (%10)
Askeri ceza kanununa muhalefet	1 (%2)
Görevi yaptırmamak için direnme	1 (%2)
Trafik güvenliğini tehlikeye sokma	1 (%2)
Başka adli olay (var)	42 (%84)
Ailede suç öyküsü (var)	13 (%26)

Olguların çocukluk çağı ruhsal travmaları ölçeği toplam puanı ortalama 52,3±20,7; Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği toplam puanı ortalama 99,7±24,5 idi. Ölçeklerin alt başlıklarına ait puanlar Tablo 4.5'te verilmiştir.

Tablo 4.5. Olguların ÇÇRTÖ ve BPSÖ Puanları

	(ort±s.s.)
ÇÇRTÖ	
Duygusal İstismar	11,3±5,7
Fiziksel İstismar	9,6±5,4
Fiziksel İhmal	10,0±4,6
Duygusal İhmal	15,0±6,4
Cinsel İstismar	6,2±2,9
Minimizasyon	0,6±0,9
Toplam Puan	52,3±20,7
BPSÖ	
Fiziksel Saldırganlık	29,2±9,6
Öfke	24,6±6,6
Düşmanlık	28,5±7,2

Sözel Saldırganlık	17,3±4,4
Toplam Puan	99,7±24,5

Olguların işledikleri suç türü ile sosyodemografik özelliklerinin ilişkisi incelendiğinde gelir düzeyi iyi olanlarda şiddet suçu diğer suçlara göre daha sık olarak saptanmıştır ($p=0,036$). Cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, çocuk sahibi olma ile işlenen suç türü arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır (Tablo 4.6).

Tablo 4.6. Olguların İşledikleri Suç Türü ile Sosyodemografik Özelliklerinin İlişkisi

	Şiddet Suçu	Diğer Suçlar	p
Cinsiyet			
Kadın	4 (%66,7)	2 (%33,3)	-
Erkek	14 (%31,8)	30 (%68,2)	
Eğitim düzeyi			
İlkokul ve altı	6 (%40)	9 (%60)	0,949
Ortaokul ve üstü	12 (%34,3)	23 (%65,7)	
Gelir düzeyi			
İyi	7 (%70) ^a	3 (%30)	0,036
Orta	4 (%21,1) ^b	15 (%78,9)	
Kötü	7 (%33,3) ^b	14 (%66,7)	
Medeni durum			
Evli/ilişkisi var	5 (%38,5)	8 (%61,5)	1,000
Bekar	13 (%35,1)	24 (%64,9)	
Çocuk sahibi mi			
Evet	9 (%29)	22 (%71)	0,314
Hayır	9 (%47,4)	10 (%52,6)	

Olguların işledikleri suç türleri ile ailevi özellikleri arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. (Tablo 4.7).

Tablo 4.7. Olguların İşledikleri Suç Türü ile Ailevi Özelliklerinin İlişkisi

	Şiddet Suçu	Diğer Suçlar	p
Ailenin kaçınıcı çocuğu			
İlk	4 (%28,6)	10 (%71,4)	0,723
2. ve üstü	14 (%38,9)	22 (%61,1)	
Kardeş sayısı			
2 ve altı	10 (%40)	15 (%60)	0,768
2 ve üstü	8 (%32)	17 (%68)	
Anne sütü alma			

Evet	13 (%39,4)	20 (%60,6)	
Hayır	3 (%50)	3 (%50)	-
Bilmiyor	2 (%18,2)	9 (%81,8)	
Aile yapısı			
Çekirdek	12 (%36,4)	21 (%63,6)	
Geniş	5 (%50)	5 (%50)	-
Parçalanmış	1 (%14,3)	6 (%85,7)	
Anne-baba birlikte mi			
Evet	9 (%39,1)	14 (%60,9)	0,897
Ayrı/ölmüş	9 (%33,3)	18 (%66,7)	
Anne veya baba üvey			
Evet	3 (%27,3)	8 (%72,7)	0,744
Hayır	15 (%38,5)	24 (%61,5)	
Bakım veren			
Anne	11 (%29,7)	26 (%70,3)	0,180
Diğer	7 (%53,8)	6 (%46,2)	
Aile Gelir düzeyi			
İyi	6 (%54,5)	5 (%45,5)	
Orta	8 (%27,6)	21 (%72,4)	-
Kötü	4 (%40)	6 (%60)	
Anne eğitim durumu			
Okuryazar ve altı	6 (%28,6)	15 (%71,4)	0,527
İlkokul ve üstü	12 (%41,4)	17 (%58,6)	
Baba eğitim durumu			
Okuryazar ve altı	2 (%15,4)	11 (%84,6)	0,098
İlkokul ve üstü	16 (%43,2)	21 (%56,8)	
Anne ilgi düzeyi			
İlgili	12 (%31,6)	26 (%68,4)	0,416
İlgisiz	6 (%50)	6 (%50)	
Baba ilgi düzeyi			
İlgili	14 (%43,8)	18 (%56,3)	0,224
İlgisiz	4 (%22,2)	14 (%77,8)	
Aile içi şiddet			
Var	11 (%39,3)	17 (%60,7)	0,803
Yok	7 (%31,8)	15 (%68,2)	
Yaşlı bireye şiddete şahit olma			
Var	4 (%28,6)	10 (%71,4)	0,723
Yok	14 (%38,9)	22 (%61,1)	
Ailede suç öyküsü			
Var	5 (%38,5)	8 (%61,5)	0,542
Yok	13 (%35,1)	24 (%64,9)	

Olgular arasında davranış ve kişilik bozukluğu tanılı hastaların diğer psikiyatrik rahatsızlıklara sahip olanlara göre daha az şiddet suçu işlediği

saptanmıştır. ($p=0,012$). Diğer klinik özelliklerle suç türleri arasında anlamlı ilişki saptanmadı (Tablo 4.8).

Tablo 4.8. Olguların İşledikleri Suç Türü ile Klinik Özelliklerinin İlişkisi

	Şiddet Suçu	Diğer Suçlar	p
Psikiyatrik hastalık			
Var	16 (%36,4)	28 (%63,6)	-
Yok	2 (%33,3)	4 (%66,7)	
Psik. Hast. türü			
Davranış ve kişilik boz.	5 (%19,2)	21 (%80,8)	0,012
Diğer	11 (%61,1)	7 (%38,9)	
Ailede psikiyatrik hast. öyküsü			
Evet	8 (%42,1)	11 (%57,9)	0,689
Hayır	10 (%32,3)	21 (%67,7)	
Sigara kullanımı			
Evet	16 (%35,6)	29 (%64,4)	-
Hayır	2 (%40)	3 (%60)	
Alkol kullanımı			
Evet	7 (%26,9)	19 (%73,1)	0,273
Hayır	11 (%45,8)	13 (%54,2)	
Madde kullanımı			
Evet	7 (%25,9)	20 (%74,1)	0,189
Hayır	11 (%47,8)	12 (%52,2)	
Ailede madde kullanımı			
Evet	3 (%42,9)	4 (%57,1)	-
Hayır	15 (%34,9)	28 (%65,1)	
İntihar girişimi			
Var	8 (%26,7)	22 (%73,3)	0,167
Yok	10 (%50)	10 (%50)	

Psikiyatri ve Adli Tıp Ana Bilim Dallarınca şiddet suçu işleyen olgulara diğer suçları işleyen olgulara göre ceza sorumluluklarının azaldığı veya olmadığı yönünde verilen rapor sonuçlarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptandı. (Sırasıyla $p=0,002$, $p=0,007$). Tekrarlayan suç işleyenlerle ilk kez suç işleyenler arasında suç türü bakımından anlamlı farklılık olmadığı görüldü. (Tablo 4.9).

Tablo 4.9. Olguların İşledikleri Suç Türü ile Ceza Sorumlulukları İlişkisi

	Şiddet Suçu	Diğer Suçlar	p
Psikiyatri ana bilim dalı tarafından verilen ceza sorumluluğu kararı			
TCK 32-1/2	7 (%38,8)	1 (%3,1)	0,002
Ceza sorumluluğu tam	11 (%61,1)	31 (%96,8)	
Adli tıp ana bilim dalı tarafından verilen ceza sorumluluğu kararı			
TCK 32-1/2	8 (%72,8)	3 (%27,2)	0,007
Ceza sorumluluğu tam	10 (%25,6)	29 (%74,4)	
Tekrarlayan suç			
Evet	14 (%33,3)	28 (%66,7)	0,436
Hayır	4 (%50)	4 (%50)	

Olguların ÇÇRTÖ ve BPSÖ puanları sosyodemografik özelliklere göre karşılaştırıldığında cinsiyet, eğitim düzeyi gelir düzeyi, medeni durum ve çocuk sahibi olmanın toplam puanlar üzerinde anlamlı etkisi olmadığı görülmüştür. (Tablo 4.10). Eğitim düzeyi ilkokul ve altı olanlarda ve çocuk sahibi olanlarda ÇÇRTÖ alt başlıklarından fiziksel ihmal puanı anlamlı şekilde yükseldi (Sırasıyla p=0,004, p=0,021).

Tablo 4.10. Olguların ÇÇRTÖ ve BPSÖ Puanlarının Sosyodemografik Özelliklere Göre Karşılaştırılması

	ÇÇRTÖ	p	BPSÖ	p
Cinsiyet				
Kadın (n=6)	40 (28,7-59,2)	0,341	95,5 (67,7-117,5)	0,550
Erkek (n=44)	50 (34-69,5)		96,5 (81,2-126,2)	
Eğitim düzeyi				
İlkokul ve altı (n=15)	60 (45-81)	0,649	96 (87-127)	0,061
Ortaokul ve üstü (n=35)	49 (31-66)		97 (79-124)	
Gelir düzeyi				
İyi (n=10)	43,5 (30,2-55,5)	0,128	86,5 (70,5-112,7)	0,376
Orta (n=19)	45 (32-66)		100 (81-124)	
Kötü (n=21)	62 (43-78)		94 (87-128,5)	
Medeni durum				
Evli/ilişkisi var (n=13)	52 (29-73)	0,903	106 (79,5-122)	0,894

Bekar (n=37)	49 (35-69)		96 (80-126)	
Çocuk sahibi mi				
Evet (n=19)	60 (45-78)	0,114	110 (88-129)	0,276
Hayır (n=31)	45 (30-66)		94 (79-117)	

Olguların ÇÇRTÖ ve BPSÖ puanlarının ailevi özelliklere göre karşılaştırılması Tablo 4.11’de verilmiştir. Baba eğitim düzeyi okuryazar ve altı olanlarda fiziksel ihmal puanı anlamlı şekilde yüksek saptanmıştır (p=0,026). Anne babası ayrı olanlarda fiziksel istismar puanı anlamlı yüksek saptanmıştır (p=0,032). Anne ve babası ilgisiz olanlarda toplam ÇÇRTÖ puanı ile duygusal ve fiziksel istismar ve ihmal alt puanları anlamlı yüksekti (Anne ilgi düzeyi için sırayla: p=0,002, p=0,004, p=0,032, p=0,015, p=0,001. Baba ilgi düzeyi için sırayla: p<0,001, p<0,001, p=0,001, p=0,001, p<0,001). Aile içi şiddete maruz kalanlarda benzer şekilde toplam ÇÇRTÖ puanı ile duygusal ve fiziksel istismar ve ihmal alt puanları; ayrıca saldırganlık ölçeği düşmanlık alt puanı anlamlı yüksek saptanmıştır (Sırasıyla p<0,001, p<0,001, p<0,001, p=0,004, p<0,001, p=0,047). Yaşlı bireye karşı şiddete şahit olanlarda fiziksel istismar puanı anlamlı yüksek olduğu görülmüştür (p=0,025). Ailede suç öyküsü olanlarda fiziksel istismar puanı anlamlı şekilde yüksekti (p=0,043). Diğer özellikler ölçek puanları üzerinde anlamlı şekilde etkili değildi.

Tablo 4.11. Olguların ÇÇRTÖ ve BPSÖ Puanlarının Ailevi Özelliklere Göre Karşılaştırılması

	ÇÇRTÖ	p	BPSÖ	p
Ailenin kaçınıcı çocuğu				
İlk (n=14)	60 (31,5-74)	0,294	110 (85-126)	0,510
2. ve üstü (n=36)	48 (32,2-66,5)		96 (79,5-124,5)	
Kardeş sayısı				
2 ve altı (n=25)	52 (32,5-72)	0,295	109 (81,5-127,5)	0,567
2 ve üstü (n=25)	45 (30,5-68)		96 (76,5-117)	
Anne sütü alma				
Evet (n=33)	45 (31,5-67)	0,211	97 (83-126)	0,693
Hayır (n=6)	53,5 (44,2-75,7)		96,5 (70-114,7)	
Bilmiyor (n=11)	52 (47-83)		89 (79-127)	
Aile yapısı				
Çekirdek (n=33)	49 (30,5-70,5)		89 (78-127,5)	
Geniş (n=10)	45 (39,2-51)	0,095	98,5 (93,5-120)	0,603
Parçalanmış (n=7)	70 (51-74)		110 (79-124)	

Anne-baba birlikte mi				
Evet (n=23)	39 (29-66)	0,100	110 (74-131)	0,654
Ayrı/ölmüş (n=27)	51 (45-70)		96 (85-112)	
Anne veya baba üvey mi?				
Evet (n=11)	70 (45-74)	0,071	109 (77-124)	0,991
Hayır (n=39)	49 (30-64)		96 (82-128)	
Bakım veren				
Anne (n=37)	49 (31,5-68)	0,982	94 (80-127,5)	0,595
Diğer (n=13)	50 (34,5-72)		110 (85,5-120,5)	
Aile Gelir düzeyi				
İyi (n=11)	38 (28-53)		106 (71-131)	
Orta (n=29)	50 (32,5-72)	0,260	97 (84,5-117)	0,690
Kötü (n=10)	55 (42-66,2)		88,5 (68,5-127,5)	
Anne eğitim durumu				
Okuryazar ve altı (n=21)	49 (40,5-79,5)	0,258	100 (84,5-122)	0,542
İlkokul ve üstü (n=29)	50 (31,5-65)		94 (79-126)	
Baba eğitim durumu				
Okuryazar ve altı (n=13)	49 (45-78,5)	0,228	100 (91-122)	0,493
İlkokul ve üstü (n=37)	50 (30-67)		94 (79-126)	
Anne ilgi düzeyi				
İlgili (n=38)	45 (30-57,5)	0,002	96 (78,5-117)	0,334
İlgisiz (n=12)	71,5 (53,2-78)		109,5 (83,7-128,5)	
Baba ilgi düzeyi				
İlgili (n=32)	41 (29,2-52)	<0,001	95 (78-117)	0,262
İlgisiz (n=18)	70,5 (51,7-78,7)		109,5 (81,2-130,2)	
Aile içi şiddet				
Var (n=28)	63 (49-77)	<0,001	107,5 (83,5-126,2)	0,295
Yok (n=22)	31,5 (27-46,7)		91,5 (73,2-119,7)	
Yaşlı bireye şiddete şahit olma				
Var (n=14)	61 (41,7-75,7)	0,112	105 (84,5-129,7)	0,222
Yok (n=36)	49 (30,2-63,5)		94 (79,5-116,5)	
Ailede suç öyküsü				
Var (n=13)	68 (42-76)	0,245	115 (84-126)	0,160
Yok (n=37)	49 (31,5-62)		94 (80-119,5)	

Olguların ÇÇRTÖ ve BPSÖ puanlarının klinik özelliklere göre karşılaştırması Tablo 4.12’de verilmiştir. Davranış ve kişilik bozukluğu olanların diğer psikiyatrik bozukluklara sahip kişilere göre saldırganlık ölçeği toplam puanı ile fiziksel saldırganlık alt puanı anlamlı yüksek olarak saptanmıştır. (Sırasıyla p=0,027, p=0,002). Aynı grubun ÇÇRTÖ toplam puanı ile fiziksel istismar, ihmal ve emosyonel ihmal alt puanları da anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. (Sırasıyla p=0,009, p=0,001, p=0,014, p=0,008). Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü olanlarda

ÇÇRTÖ toplam puanı ile duygusal istismar, fiziksel istismar ve ihmal puanları anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. (Sırasıyla $p=0,009$, $p=0,006$, $p=0,022$, $p=0,041$). Sigara kullananlarda ÇÇRTÖ toplam puanı ile duygusal ve fiziksel istismar ve ihmal alt puanları anlamlı yüksekti (Sırasıyla $p=0,011$, $p=0,024$, $p=0,012$, $p=0,020$, $p=0,009$). Alkol kullananlarda saldırganlık toplam puanı ile fiziksel ve sözel saldırganlık alt puanları yanında fiziksel istismar alt puanı anlamlı yüksek saptanmıştır.(Sırasıyla $p=0,014$, $p=0,003$, $p=0,013$, $p=0,028$). Madde kullananlarda saldırganlık toplam puanı ve tüm alt maddeleri anlamlı şekilde yüksekti (Toplam puan için $p=0,001$, fiziksel saldırganlık için $p<0,001$, öfke için $p=0,046$, sözel saldırganlık için $p=0,001$). Ayrıca madde kullananlarda ÇÇRTÖ toplam puanı ile duygusal istismar ve ihmal ile fiziksel ihmal puanları anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. (sırasıyla $p=0,015$, $p=0,036$, $p=0,013$, $p=0,019$). İntihar girişimi olanlarda saldırganlık toplam puanı ve tüm alt maddeleri anlamlı şekilde yüksekti (Toplam puan için $p<0,001$, fiziksel saldırganlık için $p<0,001$, öfke için $p=0,016$, sözel saldırganlık için $p<0,001$). Yine intihar girişimi olanlarda ÇÇRTÖ toplam puanı ile duygusal ve fiziksel istismar ve ihmal alt puanları anlamlı şekilde yüksek saptanmıştır. (Sırasıyla $p=0,012$, $p=0,036$, $p=0,028$, $p=0,004$, $p=0,030$). Diğer klinik özelliklerin ölçek puanları üzerinde anlamlı etkisi görülmedi.

Tablo 4.12. Olguların ÇÇRTÖ ve BPSÖ Puanlarının Klinik Özelliklere Göre Karşılaştırılması

	ÇÇRTÖ	p	BPSÖ	p
Psikiyatrik hastalık				
Var (n=44)	49 (32,2-67,5)	0,827	96,5 (81,2-117)	0,827
Yok (n=6)	61 (26,7-74,2)		106,5 (70,7-130,2)	
Psik. Hast. türü				
Davranış ve kişilik boz. (n=26)	54,5 (45-74)	0,009	107,5 (88,7-128,5)	0,027
Diğer (n=18)	37,5(29,5-51)		86 (72,7-112)	
Ailede psikiyatrik hast. öyküsü				
Evet (n=19)	60 (49-78)	0,009	110 (79-131)	0,234
Hayır (n=31)	45 (30-64)		96 (81-115)	
Sigara kullanımı				
Evet (n=45)	51 (37,5-71,5)	0,011	97 (80-127,5)	0,508
Hayır (n=5)	30 (26-40)		87 (77-114,5)	
Alkol kullanımı				
Evet (n=26)	50,5 (41,7-71)	0,183	110 (91,2-128,2)	0,014

Hayır (n=24)	48 (29,2-63)		87,5 (70,2-112)	
Madde kullanımı				
Evet (n=27)	53 (47-74)	0,015	112 (94-129)	0,001
Hayır (n=23)	38 (28-64)		85 (70-100)	
İntihar girişimi				
Var (n=30)	52,5 (45-74)	0,012	111 (93,5-129,5)	<0,001
Yok (n=20)	35 (27,2-58,5)		81,5 (69,2-95,5)	

Olguların ÇÇRTÖ ve BPSÖ puanları suç türlerine göre karşılaştırıldığında ölçek puanları arasında anlamlı farklılık saptanmadı (Tablo 4.13).

Tablo 4.13. Olguların ÇÇRTÖ ve BPSÖ Puanlarının Suç Türlerine Göre Karşılaştırılması

	Şiddet (n=18)	suçu	Mala zarar verme suçları (n=24)	Diğer (n=8)	p
ÇÇRTÖ					
Duygusal İstismar					
Fiziksel İstismar	11 (5,7-15)		10,5 (6-17)	10,5 (5-12,7)	0,560
Fiziksel İhmal	6,5 (5-12,2)		9 (5-16,7)	5 (5-11,5)	0,314
Duygusal İhmal	9 (6-11,2)		10,5 (6-15,5)	7 (5-15,7)	0,511
Cinsel İstismar	15,5 (8,7-18,2)		18 (8,5-22)	12,5 (7,2-20,2)	0,710
Minimizasyon	5 (5-6)		5 (5-7,5)	5 (5-5)	0,653
Toplam Puan	0 (0-1,2)		0 (0-1)	1 (0-1)	0,589
	49,5 (32-62,5)		50 (35,5-76,2)	43,5 (27,5-65)	0,572
BPSÖ					
Fiziksel Saldırganlık					
Öfke	27 (19,5-37,7)		32,5 (24-39,7)	26 (21,5-38,2)	0,422
Düşmanlık	24,5 (17,7-31)		26 (19,7-30,7)	22 (17,7-28,5)	0,395
Sözel Saldırganlık	31,5(26,5-35,2)		28,5 (24,2-34)	25,5 (20,7-29,7)	0,300
Toplam Puan	17 (13,7-19,5)		18 (15-22,7)	16,5 (13,2-20,2)	0,607
	100 (72,7-125)		98,5 (87,2-127,7)	84 (79-111,5)	0,531

Olguların ÇÇRTÖ ve BPSÖ puanları tekrarlayan suç varlığına göre karşılaştırıldığında tekrarlayan suçu olanların her iki ölçek puanları da anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (ÇÇRTÖ için p=0,047, BPSÖ için p=0,036). ÇÇRTÖ fiziksel istismar ve duygusal ihmal alt puanları ile BPSÖ fiziksel ve sözel saldırganlık puanları anlamlı şekilde yüksek saptanmıştır (Sırasıyla p=0,010, p=0,034, p=0,006, p=0,029). Tekrarlayan suçu olmayanlarda ise minimizasyon puanı yüksek bulunmuştur (p=0,020) (Tablo 4.14).

Tablo 4.14. Olguların ÇÇRTÖ ve BPSÖ Puanlarının Tekrarlayan Suç Varlığına Göre Karşılaştırılması

	Tekrarlayan suç olmayanlar (n=8)	Tekrarlayan suç olanlar (n=42)	p
ÇÇRTÖ			
Duygusal İstismar			
Fiziksel İstismar	7,5 (5-12,5)	11 (6-16)	0,130
Fiziksel İhmal	5 (5-5)	9 (5-15)	0,010
Duygusal İhmal	7 (5-9,7)	10 (6-14)	0,144
Cinsel İstismar	8,5 (6,2-16)	16 (9,7-22)	0,034
Minimizasyon	5 (5-6,5)	5 (5-6)	0,907
Toplam Puan	1,5 (0,2-3)	0 (0-1)	0,020
	34 (27,7-52)	50,5 (36,7-73,2)	0,047
BPSÖ			
Fiziksel Saldırganlık			
Öfke	20,5 (16,5-26,7)	32,5 (24-40)	0,006
Düşmanlık	22,5 (18,7-30,2)	26 (19-30,2)	0,668
Sözel Saldırganlık	24 (17,7-32,5)	29,5 (25,7-34)	0,160
Toplam Puan	14,5 (13,2-16,7)	18 (15-22,2)	0,029
	82 (69,5-103)	104,5 (85,7-128)	0,036

Olguların duygusal istismar, ihmal ve ÇÇRTÖ toplam puanı fiziksel saldırganlık, öfke, düşmanlık ve toplam saldırganlık puanı ile pozitif yönde koreleydi. Fiziksel istismar ve ihmal puanları fiziksel saldırganlık, düşmanlık ve toplam saldırganlık puanı ile pozitif yönde koreleydi. Minimizasyon puanı ise toplam saldırganlık puanı ve tüm alt puanları ile negatif yönde koreleydi (Tablo 4.15).

Tablo 4.15. Olguların ÇÇRTÖ ve BPSÖ Puanlarının Korelasyonu

	Fiziksel saldırganlık	Öfke	Düşmanlık	Sözel saldırganlık	Toplam saldırganlık
Duygusal istismar	0,413*	0,337*	0,440**	0,231	0,426**
Fiziksel istismar	0,307*	0,209	0,363**	0,104	0,304*
Fiziksel ihmal	0,302*	0,191	0,467**	0,156	0,337*
Duygusal ihmal	0,459**	0,287*	0,383**	0,218	0,411**
Cinsel istismar	0,134	0,114	0,152	0,067	0,140
Minimizasyon	-0,519**	-0,393**	-0,531**	-0,314*	-0,525**
Çocukluk çağı ruhsal travma toplam puan	0,424**	0,296*	0,462**	0,204	0,421**

Pearson korelasyon katsayıları verilmiştir * p<0,05, ** p<0,01, ***p<0,001

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada 01 Nisan 2023 - 30 Haziran 2023 tarihleri arasında Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Adli Tıp Ana Bilim Dalına ceza sorumluluğu konusunda rapor düzenlenmesi için başvuran yetişkin hastaların sosyodemografik, klinik özellikleri, çocukluk çağı travmaları ve saldırganlık düzeyleri incelenmiştir.

5.1. Sosyodemografik Veriler

Çalışmamıza alınan 50 olgunun %88'i (n=44) erkekti. Erkeklerin suça daha yatkın olduğu başka çalışmalarca da gösterilen bir durumdur. Türkcan ve ark. tarafından yapılan çalışmada adli olguların %92,5'i; Duman ve ark. adam öldürme suçuyla ceza ehliyeti belirlenmek üzere Gözlem İhtisas Dairesine gönderilen sanıkların %88,8'inin erkek olduğunu raporlamıştır (69,70). Yüksel tarafından yapılan tez çalışmasında Kocaeli'nde ceza sorumluluğu nedeniyle başvuran olguların %85,6'sının erkek olduğu raporlanmıştır (1). Koç ve Parlak tarafından yapılan, adli psikiyatri polikliniğinde ceza sorumluluğu değerlendirilen olgularda da benzer şekilde erkeklerin oranı %84 bulunmuştur (71). Ceza ve Tevkifevleri Genel Müdürlüğü istatistiklerine göre ceza infaz kurumlarında bulunan toplam 314.502 hükümlü ve tutuklunun 300.253'ü erkek ve sadece 12.443'ü kadındır (72).

Yaptığımız çalışmada olguların ortalama yaşı 35,5 olarak saptanmıştı. Yüksel'in çalışmasında da en sık 26-45 yaş aralığının suça karışıldığı saptanmıştır (1). Koç ve Parlak'ın çalışmasında benzer şekilde olgular en sık 31-45 yaş aralığında yer almıştır (71). Çalışmamızda olguların eğitim durumları incelendiğinde %28 ilkokul, %36 ortaokul, %26 lise mezunuydu. TÜİK ceza infaz kurumu 2020 yılı istatistiklerine göre suç türüne göre sıklığı değişmekle birlikte hükümlülerin en sık ortaokul ve dengi mezuniyeti olduğu görülmektedir (73). Yüksel'in çalışmasında olguların %61,4'ü ilköğretim, %17,9'u lise mezunu iken Duman ve ark. tarafından yapılan çalışmada %56,1'i ilköğretim, %14,6'ı lise mezunu olarak raporlanmıştır (1). Koç ve Parlak'ın çalışmasında ilkokul mezunlarının oranı %57,3 iken ortaokul ve lise mezunlarının oranları %16,6 ve %16,3 olarak raporlanmıştır (71). Literatüre göre suç işleme davranışı gösteren ve psikiyatrik bozukluğu olanların daha genç, bekar,

düşük sosyoekonomik sınıf ve eğitim seviyesinde olduğu görülmektedir (74,75). Yoksulluk ve eğitim fırsatlarından mahrum kalmak suç davranışı açısından güçlü risk faktörleridir. Kişiler, çocukluk çağında yeterince bakım alamama, ekonomik ihtiyaçlarının karşılanmaması ve sağlık hizmetinden yararlanamamaları halinde sağlıklı bir gelişim süreci geçiremez (76). Eğitim süreci ve okul, dezavantajlı ailevi yapılara sahip kişilerin sosyalleşmede yaşayabileceği sorunları çözebilmektedir (77). Bu imkanlardan mahrum kalmanın antisosyal davranışların ortaya çıkmasına zemin hazırlayabileceği düşünülmektedir. (76). Bununla birlikte ekonomik durum ve eğitim seviyesi iyileştikçe yakalanma ve suçun kanıtlanmasının güçleştiği de gözönüne alınmalıdır (78).

Çalışmamızda meslek dağılımlarına bakıldığında %30'u (n=15) işçi, %22'si (n=11) serbest çalışmaktayken %26'sı (n=13) işsiz olarak saptanmıştı. Aktif çalışanlarsa sadece olguların %8'iydi. Yüksel'in çalışmasındaki olguların %42,1'inin işsiz olduğu raporlanmıştır (1). Literatürde suça karışanlarda iş uyumunun düşük, mesleki işlevselliğin kısıtlı olduğu vurgulanmaktadır. Kişilerin bireyselleşme ve ekonomik yeterlilik sağlayamamalarının agresyon hissine neden olacağı düşünülmektedir. Özellikle erkeklerde iş veya işsizlik kaynaklı sorunların şiddet davranışını ortaya çıkarabileceği bildirilmektedir (79).

Olgularımızın %42'si (n=21) ekonomik durumunun kötü, %38'i (n=19) orta olduğunu düşünmekteydi. Eğitim düzeyi, işsizlik ve gelir durumunun ilişkisi de düşünüldüğünde eğitim düzeyi düşük, gelir getiren düzenli bir işte çalışmayanların suça daha yatkın olması beklenebilir. Eğitim meslek kazandırmasının yanında sorumluluk ve sosyal katılım bilincini de arttırmasıyla kişileri suç işlemekten uzaklaştırmaktadır.

Olgularımızın %56'sı (n=28) bekar, %62'sinin (n=31) çocuğu yoktu. TÜİK 2020 istatistiklerine göre de ceza infaz kurumuna girenlerin %52'si bekar (73). Yüksel'in çalışmasında da olguların %52'sinin bekar olduğu ve %44'ünün çocuğu olmadığı bulunmuştur (1). Koç ve Parlak'ın çalışmasında da olguların %53,4'ü bekar olarak raporlanmıştır (71). Evli ve çocuk sahibi olmanın kişilere yüklediği sorumluluklar nedeniyle suça daha az oranda karışmış oldukları düşünülmüştür.

Bekarlarda sosyal destek eksikliği veya kişiler arası ilişkilerdeki yetersizlikler de bu duruma katkıda bulunmuş olabilir (80,81).

5.2. Ailevi özellikler

Olguların ailevi özellikleri incelendiğinde %30'unun dört ve üzeri kardeşe sahip olduğu; %28'inin ailelerinin ilk çocuğu, %26'sının ikinci çocuğu olduğu görülmüştür. Deniz tarafından İstanbul Adli Tıp Kurumu İhtisas Kurulu'na gönderilen şüpheli ve tutuklular ile yapılan tez çalışmasında katılanların yaklaşık %55'i dört ve üzeri kardeşe sahipken %18,4'ü ilk, %30,3'ü ikinci çocuktur (82). Her iki çalışmada ailelerin çok çocuklu olması dikkat çekicidir.

Olguların %58'i ailelerinin ekonomik durumunu orta olarak belirtmiştir. Annelerinin %42'si ve babalarının %52'si ilkokul mezunu, annelerde okuryazar olmayanların sıklığı %26'ydı. Olguların %66'sı çekirdek aile yapısına sahip; %46'sının anne babası birlikte; %12'sinin annesi, %6'sının babası, %4'ünün her iki ebeveyni üveydi. Olguların %24'ünün annesi, %36'sının babası ilgisizken %74'ünün bakımını annesi üstlenmişti. Bebeklikte anne sütü alma oranları %66'ydı. Aile içi şiddet %56'sında mevcuttu ve %28'i çocuklukta yaşlıya yönelik şiddete tanık olmuştu. Deniz'in çalışmasında benzer şekilde çocukluk ortamının ilgisiz olduğunu bildirenlerin oranı %32,9; aile içi şiddet varlığı %44,7 olarak bulunmuştur (82). Çocukluk çağında ihmal ve şiddet tanığı olmak gibi travmatik yaşantıların erişkinlikte agresyon ve antisosyal davranışların ortaya çıkmasında risk faktörü olduğu belirtilmektedir (83). Erkek mahkumların genellikle travma öyküsü olduğu ve çocukluklarında kronik biçimde şiddet mağduru olduklarını gösteren çalışmalar mevcuttur (84). Kadın mahkumlar üzerinde yürütülen bir çalışmada % 70'inin çocukluklarında bakım verenden yoğun fiziksel şiddet gördükleri saptanmıştır (85). Genç yetişkin suçlularda çocukluk çağı travmalarının araştırıldığı bir çalışmada, travma yaşantısı olan kimselerin büyük ölçüde şiddet suçuna karıştıkları gösterilmiştir (86).

5.3. Klinik Özellikler

Olgularımızın %88'inde psikiyatrik hastalık mevcuttu. Psikiyatrik hastalıklardan en sık antisosyal kişilik bozukluğu (%32), ikinci sıklıkta alkol ve

madde bağımlılığı (%20), üçüncü sırada anksiyete ile şizofreni ve psikotik bozukluklar (her ikisi için %10) görülmüştür. Yüksel'in çalışmasında olguların %37,9'unda herhangi bir hastalık olmadığı, tanıli olgular arasında antisosyal kişilik bozukluğu sıklığının %22 olduğu saptanmıştır (1). Koç ve Parlak'ın çalışmasında olguların %25,4'ünün akıl hastalığı ya da zayıflığı olmadığı, %26,5'inin psikozu, %16,2'sinin zeka geriliği, %11,3'ünün bipolar bozukluğu, %7,1'inin kişilik bozukluğu, %6,8'inin alkol/madde kullanım bozukluğu olduğu raporlanmıştır (71). Çalışmalar arasında ruhsal patoloji varlığı açısından farklılıklar bulunmaktadır. Savunma avukatları arasında müvekkilleri için ruhsal muayene/adli rapor talep etmesi açısından farklılıklar olabilir. Suçlu sanıklar da mahkemede cezayı ertelemek, cezadan kaçmak ya da daha uygun şartlar elde etmek amacıyla psikiyatrik hastalığı taklit edebilir (87). Bu yüzden değerlendirmelerin dikkatle yapılması ve simülasyon ihtimalinin göz ardı edilmemesi gereklidir. Olguların yarısı psikiyatrik ilaç kullanmaktayken %38'inde ailede psikiyatrik hastalık öyküsü vardı. Suç ve psikiyatrik bozukluk ilişkisinde; toplumsal, ekonomik, yasal ve kültürel faktörlerin de önemli rol oynadığı görülmektedir (88). Suç işleyen çocuklar, gençler ve yetişkinlerle ilgili bazı araştırmalarda, olumsuz ve yetersiz aile ilişkileri, sağlıksız kişilik özelliklerine sahip ebeveynlere sahip olma, aile içi şiddetin sıklığı, fazla sayıda kardeşe sahip olma ve ihmal gibi birçok değişkenin suç işleyen bireylerde daha yaygın olduğu vurgulanmaktadır (89).

Olguların %90'ı sigara, %52'si alkol, %54'ü madde kullanmaktaydı; en sık kullanılan maddeler eroin (%34), esrar (%32), metamfetamin (%28), ekstazi (%26) ve kokain (%20). Ailede madde kullanım ise %14 oranındaydı. Yüksel'in çalışmasında alkol kullanım sıklığı %44, madde kullanım sıklığı %38,8 olarak saptanmıştır (1). Deniz'in çalışmasında alkol kullanım sıklığı %28,9; madde kullanım sıklığı %10,5 olarak bildirilmiştir (82). Alkol ve madde kullanımı suç eylemini gerçekleştirmede kişinin otokontrolünü azalttığı ve kişileri cesaretlendirdiği düşünülebilir.

Olguların %60'ı intihar girişiminde bulunmuştu. En sık yöntem ilaç-zehirlenmedir (%44). Deniz'in çalışmasında intihar girişim sıklığı %31,6 iken en sık yöntem benzer şekilde ilaçtır (%17,1) (82).

Bu çalışmada Psikiyatri Ana Bilim Dalı tarafından olguların %84'üne ceza sorumluluğu tam; %10'una ceza sorumluluğu olmadığı (TCK 32/1); %6'sına azalmış ceza sorumluluğu (TCK 32/2) görüşü verilmiştir. Adli Tıp Ana Bilim Dalı ise %78'ine ceza sorumluluğu tam; %10'una ceza sorumluluğu olmadığı (TCK 32/1); %12'sine azalmış ceza sorumluluğu (TCK 32/2) görüşü vermiştir. Ceza sorumluluğu tam olmayanlarda en sık psikotik bozukluk ve bipolar bozukluk görülmüştür. Yüksel'in çalışmasında olguların %65,9'unun ceza sorumluluğunun tam olduğu, %16,4'ünde azalmış ceza sorumluluğunun olduğu, %10,7'sinde ceza sorumluluğunun olmadığı yönünde sonuç verilmiştir. Ceza sorumluluğunun tam olmadığı yönünde görüş en sık psikotik bozukluk tanısında verilmiştir (1). Koç ve Parlak'ın çalışmasında ise olguların %55,1'inin isnat edilen suçla ilgili olarak ceza sorumluluklarının tam olduğu, %33,6'sının TCK'nin 32/1 maddesi kapsamında ceza sorumluluklarının olmadığı, %11,2'sinin TCK'nin 32/2 maddesi kapsamında ceza sorumluluklarının azaldığı raporlanmıştır. Ceza sorumluluğu olmadığı (TCK 32/1) yönünde bilirkişi görüşü bildirilenlere en sık konulan tanılar sırasıyla psikoz (%58,2), bipolar bozukluk (%18,9), zekâ geriliği (%16,4) iken; ceza sorumluluğu azaldığı (TCK 32/2) yönünde görüş bildirilenlere sırasıyla zekâ geriliği (%42,6), psikoz (%27,0), bipolar bozukluk (%18,0) tanısı konduğu belirlenmiştir (71). Görgülü ve ark.nın çalışmasında olguların %54,5'inin ceza sorumluluğunun tam olduğu, %39,5'inin psikiyatrik bozuklukları nedeniyle ceza sorumluluğunun bulunmadığı, %6'sının ise suç tarihinde sahip oldukları psikiyatrik rahatsızlıklar nedeniyle ceza sorumluluğunun azaldığı saptanmıştır (90). Çöpoğlu ve ark.nın çalışmasında, olguların %33,1'inin ceza sorumluluğunun tam olduğu, %53,8'inin ceza sorumluluğunun olmadığı, %13'ünün ise ceza sorumluluğunun kısmi olarak azaldığı bildirilmiştir (91). Türkcan ve ark.nın çalışmasında da değerlendirilen olguların %43,5'inin ceza ehliyetlerinin tam olduğuna, %48,9'unun ceza ehliyetlerinin olmadığına, %6,7'sinin ise ceza ehliyetlerinin kısıtlı olduğuna karar verildiği bildirilmiştir (69). Çalışmalar arasında ceza sorumluluğu açısından farklılıklar bulunmaktadır. Literatüre göre ceza sorumluluğu değerlendirilen ve suç eylemlerinden sorumlu olmayan kişilere şizofreni, suç eylemlerinden tamamen sorumlu olan kişilere ise alkol kullanım bozukluğu ve kişilik bozukluğu teşhisi konma olasılığı daha yüksektir (92). Yakın zamanda yapılan çalışmalarda ceza

sorumluluğunun tam olduğuna ilişkin raporlama daha fazla görülmektedir. Bu durumun nedenlerinden biri madde-alkol kullanım sıklığının artması olabilir (90).

5.4. Suç özellikleri

Olguların %48'i (n=24) mala yönelik; %36'sı (n=18) şiddet suçu işlemiştir. Alt gruplara bakıldığında en sık %36 hırsızlık, %22 yaralama, %10 uyuşturucu kullanma görülmektedir. %84'ünün (n=42) başka adli dosyası bulunmaktaydı. Yüksel'in çalışmasında %26,6 hırsızlık suçunun işlendiği, bunu sırayla kasten yaralama (%15,4) ve cinsel suçların (%12,6) izlediği saptanmıştır (1). Koç ve Parlak'ın çalışmasında olguların %14,6'sında suç tekrarı saptanmıştır (71). Deniz'in çalışmasında ise suç geçmişi olmayanların sıklığı %17,1'dir (82). Tekrar suç işleme oranının yüksek olması, kişilerin uygun izlem ve rehabilitasyonlarının yapılmasının önemine dikkat çekmektedir.

Olguların %26'sının (n=13) ailesinde suç öyküsü bulunmaktaydı. Olguların sosyodemografik özellikleri arasından gelir düzeyleri ile işledikleri suç türü arasında anlamlı ilişki vardı. Gelir düzeyi orta ve düşük olanların mala yönelik ve diğer suçları işleme sıklığı anlamlı şekilde yüksekti. Olguların işledikleri suç türleri ile ailevi özellikleri arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Davranış ve kişilik bozukluğu olanların diğer psikiyatrik hastalara göre mala yönelik ve diğer suçları işleme sıklığı anlamlı şekilde yüksekti. Şiddet suçu işleyenlerin diğer suçlara göre ceza sorumluluklarının azaldığı veya olmadığı yönünde verilen rapor sonuçlarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptandı.

5.5. Saldırganlık ve Çocukluk Çağı Travmaları

Olguların çocukluk çağı ruhsal travmaları ölçeği toplam puanı ortalama $52,3 \pm 20,7$, duygusal istismar alt puanı $11,3 \pm 5,7$, fiziksel istismar alt puanı $9,6 \pm 5,4$, fiziksel ihmal alt puanı $10,0 \pm 4,6$, emosyonel ihmal alt puanı $15,0 \pm 6,4$, cinsel istismar alt puanı $6,2 \pm 2,9$, minimizasyon puanı $0,6 \pm 0,9$ saptanmıştır. Yüksel ve ark. tarafından Denizli'de Ceza İnfaz Kurumlarında kalmakta olan hükümlülerde yapılan çalışmada “duygusal istismar” düzeyi ($8,558 \pm 4,847$); “fiziksel istismar” düzeyi ($7,725 \pm 4,986$); “fiziksel ihmal” düzeyi ($8,442 \pm 3,715$); “duygusal ihmal” düzeyi

(11,136 $\pm$ 5,607); “cinsel istismar” düzeyi (6,310 $\pm$ 3,488); toplam düzeyi (43,143 $\pm$ 18,142); olarak saptanmıştır (4).

Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği toplam puanı ortalama 99,7 $\pm$ 24,5, fiziksel saldırganlık alt puanı 29,2 $\pm$ 9,6, öfke alt puanı 24,6 $\pm$ 6,6, düşmanlık alt puanı 28,5 $\pm$ 7,2, sözel saldırganlık alt puanı 17,3 $\pm$ 4,4 olarak bulunmuştur. Şeker tarafından yapılan madde kullanımı olan hükümlülerin saldırganlık düzeyleri ve öfke ifade tarzlarının incelenmesini araştıran tez çalışmasında araştırmaya katılan hükümlülerin fiziksel saldırganlık puan ortalamaları 16,49, sözel saldırganlık puan ortalamaları 9,57, düşmanlık puan ortalamaları 13,71, öfke puan ortalamaları 12,65 ve saldırganlık toplam puan ortalamalarının 52,25 olduğu görülmektedir (93). Yetişkinlerde çocukluk çağı travmaları ile suç eğilimleri arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmada fiziksel ihmal haricindeki tüm çocukluk çağı travmaları ile suça yönelik tutumlar arasında pozitif yönlü anlamlı ilişkilerin olduğu görülmüştür (51).

Bu çalışmada ÇÇRTÖ alt başlıklarından fiziksel ihmal puanı eğitim düzeyi ilkokul ve altı olanlarda, çocuk sahibi olanlarda, baba eğitim düzeyi okuryazar ve altı olanlarda, anne ve babası ilgisiz olanlarda ve aile içi şiddete maruz kalanlarda anlamlı şekilde yüksekti. Fiziksel istismar puanı anne babası ayrı olanlarda, anne ve babası ilgisiz olanlarda, aile içi şiddete maruz kalanlarda, yaşlı bireye karşı şiddete tanık olanlarda ve ailede suç öyküsü olanlarda anlamlı derecede yüksekti. Duygusal istismar ve ihmal puanları ile toplam ÇÇRTÖ puanı anne ve babası ilgisiz olanlarda ve aile içi şiddete maruz kalanlarda anlamlı derecede yüksekti. Aile içi şiddete maruz kalanlarda saldırganlık ölçeği düşmanlık alt puanı anlamlı derecede yüksekti. Genel olarak çocuk istismarı riskini arttıran ailesel faktörler geniş aile, düşük sosyoekonomik düzey, tek ebeveyn, aile içi şiddet ve ebeveynde madde kötüye kullanımıdır (5). Yüksel’in çalışmasında da anne eğitim düzeyi arttıkça duygusal ihmalin azaldığı, baba eğitim düzeyi arttıkça, fiziksel ihmal ve ÇÇRTÖ toplam puanının azaldığı görülmüştür. Aynı çalışmada gelir düzeyi, aile yapısı ve ailede suç öyküsü ile çocukluk çağı travmaları arasında da anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir (4). Bu çalışmada gelir düzeyi kötü olanların, parçalanmış ailede büyüyenlerin ve ailede suç öyküsü olanların travma puanı yüksek olmakla birlikte fark anlamlı değildi.

Klinik özelliklere göre ölçek puanları değerlendirildiğinde davranış ve kişilik bozukluğu olanların (antisosyal kişilik bozukluğu ve alkol ve madde bağımlılığı) diğer psikiyatrik bozukluklara sahip kişilere göre saldırganlık ölçeği toplam puanı ile fiziksel saldırganlık alt puanı; ÇÇRTÖ toplam puanı ile fiziksel istismar, ihmal ve emosyonel ihmal alt puanları anlamlı şekilde yüksekti. Şeker'in çalışmasında da madde kullanan hükümlülerde BPSÖ tüm alt puanları ile birlikte daha yüksek bulunmuştur (93). Saldırganlığın madde kullanımına yönlendirici olabileceği ya da madde kullanımının saldırganlığı artırabileceği, hatta bu iki durumun birbirini karşılıklı olarak etkileyebileceği şeklinde bir ilişkinin var olduğu öne sürülmüştür (94).

Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü olanlarda ÇÇRTÖ toplam puanı ile duygusal istismar, fiziksel istismar ve ihmal puanları anlamlı şekilde yüksekti. Ruhsal bozukluklar, özellikle ebeveynin yargılama ve düşünce süreçlerindeki bozukluklar, çocuk istismarı ve ihmaliinde rol oynayabilmektedir (95).

Sigara kullananlarda ÇÇRTÖ toplam puanı ile duygusal ve fiziksel istismar ve ihmal alt puanları anlamlı derecede yüksekti. Alkol kullananlarda saldırganlık toplam puanı ile fiziksel ve sözel saldırganlık alt puanları yanında fiziksel istismar alt puanı anlamlı derecede yüksekti. Madde kullananlarda saldırganlık toplam puanı ve tüm alt maddeleri ile ÇÇRTÖ toplam puanı ile duygusal istismar ve ihmal ile fiziksel ihmal puanları anlamlı şekilde yüksekti. İntihar girişimi olanlarda saldırganlık toplam puanı ve tüm alt maddeleri ile ÇÇRTÖ toplam puanı ile duygusal ve fiziksel istismar ve ihmal alt puanları anlamlı şekilde yüksekti. Literatürde ÇÇT ile alkol ve madde kötüye kullanımı, kendi kendine zarar verme ve intihar arasındaki ilişkiyi gösteren çalışmalar mevcuttur (38,96–100).

Tekrarlayan suçlu olanların ÇÇRTÖ fiziksel istismar ve duygusal ihmal alt puanları ile toplam puanları; BPSÖ fiziksel ve sözel saldırganlık puanları ile toplam puanı anlamlı şekilde yüksekken minimizasyon puanı düşük bulunmuştur. Şeker'in çalışmasında da benzer şekilde mükerrer suç işleyenlerin BPSÖ toplam puanı anlamlı yüksektir (93). Yüksel'in çalışmasında ise daha önce cezaevine girenlerde duygusal ve fiziksel istismar, fiziksel ihmal ve toplam travma puanı yüksek bulunmuştur (4).

Bu çalışmada olguların duygusal istismar, ihmal ve ÇÇRTÖ toplam puanı

fiziksel saldırganlık, öfke, düşmanlık ve toplam saldırganlık puanı ile; fiziksel istismar ve ihmal puanları fiziksel saldırganlık, düşmanlık ve toplam saldırganlık puanı ile pozitif yönde; minimizasyon puanı ise toplam saldırganlık puanı ve tüm alt puanları ile negatif yönde koreleydi. Şimşek'in tez çalışmasında da benzer şekilde çocukluk çağı travmaları ile saldırganlık arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır (3). Toksöz tarafından yapılan, yetişkin bireylerde çocukluk çağı travmalarının saldırganlık düzeyi yordayıcısı olarak incelendiği çalışmada da benzer sonuçlar bulunmuştur (101). Literatürde, saldırganlık davranışı ve psikiyatrik sorunlar üstünde erken çocukluk döneminde yaşanan ihmal ve istismar olabileceği öne sürülmektedir (102). Çocuklukta maruz kalınan istismar ve ihmalin yetişkinlikte saldırgan eylemler, zalimleşme, zarar verme ve intihar arzusu, madde bağımlılığı, öfke patlamalarına neden olabildiği öne sürülmektedir (103).

SONUÇ

Çalışmada ceza sorumluluğu değerlendirilmek üzere Adli Tıp Ana Bilim Dalımıza gönderilen olguların daha çok genç, bekar, düşük sosyoekonomik sınıf ve eğitim seviyesinde, aktif olarak çalışma hayatı olmayan erkekler olduğu saptanmıştır. Anne ve baba ilgisizliği, aile içi şiddet varlığı, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü ve sigara kullanımı çocukluk çağı ruhsal travması ile; alkol kullanımı saldırganlık ile ilişkili bulunmuştur. İşlenen suç türüne göre ölçek puanlarında farklılık saptanmamıştır. Davranış ve kişilik bozukluğu olanlarda, madde kullananlarda, intihar girişimi olanlarda ve tekrarlayan suçu olanlarda hem çocukluk çağı ruhsal travması hem de saldırganlık düzeyi yüksek bulunmuştur. Çocukluk çağı ruhsal travma öyküsünün erişkinlikte saldırganlık düzeyini arttırdığı görülmüştür.

Çocukluk çağı travmalarıyla saldırganlık ilişkisi düşünüldüğünde bu travmaların önlenmesi yönünde çalışmalara öncelik verilmelidir. ÇÇT'ler açısından risk oluşturacak dezavantajlı gruplar, insani krizlere maruz kalanlar, düşük sosyoekonomik düzey ve yetersiz eğitim imkanları olan bireylere sosyal destek programlarının güçlendirilmesi önemlidir. ÇÇT'ye maruz kalan çocuklarda öncelikle travmanın saptanması, bunun için toplumun travma tanımı konusunda bilinçlendirilmesi çalışmalarının yaygınlaştırılması gereklidir. Sağlık hizmeti sağlayıcılarının ihmal ve istismarın erken tanısı ve yönetimi konularını sürekli akılda tutmaları önemlidir. ÇÇT mağdurlarının kurumlar arası işbirliğiyle uygun rehabilitasyonunun sağlanması, yetişkinlik döneminde gelişebilecek saldırganlık, psikiyatrik bozukluklar ve antisosyal özellikleri önlemede yarar sağlayacaktır.

Ceza sorumluluğu değerlendirmesinde saldırganlık ile çocukluk çağı travmalarının ilişkisinin de incelenmesinin gerektiği gibi suçun önlenmesinde cezalandırma yöntemlerinden çok rehabilitasyon – psikososyal destek yöntemlerine önem ve öncelik verilmesiyle daha etkin sonuçlar alınabileceği düşünülmüştür.

ÖZET

Adli Tıp Ana Bilim Dalımıza Ceza Sorumluluğu Konusunda Rapor Düzenlenmesi İçin Başvuran Yetişkin Hastaların Sosyodemografik Özelliklerinin Çocukluk Çağı Travmaları Ve Saldırganlık Ölçeklerine Göre Değerlendirilmesi

Ceza sorumluluğu konusunda rapor düzenlenmesi için başvuranların sosyodemografik ve klinik özellikleri, yaşamış oldukları çocukluk çağı travmaları ve saldırganlık düzeyleri arasındaki ilişkileri inceleyerek bu durumların suç işlemede hangi düzeyde etkileri olduğu araştırılmıştır.

01 Nisan 2023 - 30 Haziran 2023 tarihleri arasında Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Adli Tıp Ana Bilim Dalına ceza sorumluluğu değerlendirilmesi için gönderilen 50 olgunun sosyodemografik, ailesel, klinik ve suç özellikleri prospektif olarak kaydedilmiştir. Başvuranlara aynı zamanda Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği ile Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği uygulanmıştır.

Başvuranların %88'inde psikiyatrik bir hastalık vardı. %78'ine ceza sorumluluğunun tam, %12'sine azalmış, %10'una ortadan kalkmış şeklinde rapor verilmiştir. Başvuranların %48'i mala yönelik, %36'sı şiddet suçu işlemiştir. Başvuranların çocukluk çağı ruhsal travma ölçeği toplam puanı ortalama $52,3 \pm 20,7$; Buss-Perry saldırganlık ölçeği toplam puanı ortalama $99,7 \pm 24,5$ idi. Anne ve baba ilgisizliği, aile içi şiddet varlığı, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü ve sigara kullanımı çocukluk çağı ruhsal travması ile; alkol kullanımı saldırganlık ile ilişkili bulunmuştur. Davranış ve kişilik bozukluğu olanlarda, madde kullananlarda, intihar girişimi olanlarda ve tekrarlayan suçu olanlarda hem çocukluk çağı ruhsal travması hem de saldırganlık düzeyi yüksek bulunmuştur. İşlenen suç türüne göre ölçek puanlarında farklılık saptanmamıştır. Başvuranların duygusal istismar, ihmal ve çocukluk çağı ruhsal travmaları toplam puanı fiziksel saldırganlık, öfke, düşmanlık ve toplam saldırganlık puanı ile; fiziksel istismar ve ihmal puanları fiziksel saldırganlık, düşmanlık ve toplam saldırganlık puanı ile pozitif yönde; minimizasyon puanı ise toplam saldırganlık puanı ve tüm alt puanları ile negatif yönde koreleydi.

ÇÇT'lerin önlenmesi, erken tanısı, uygun müdahalesi ve adli, sağlık hizmetleri ve sosyal destek yönetiminin sağlanması ile saldırganlık ve suça karışma davranışlarının gelişmesi riski azaltılabilir.

Anahtar Kelimeler: Suç türleri, Ceza sorumluluğu, Saldırganlık, Çocukluk Çağı Travması

ABSTRACT

Evaluation of Socio-Demographic Characteristics, Childhood Traumas and Aggression Levels of Adult Patients Applying for Criminal Responsibility Assessment in the Forensic Medicine Department

This study aimed to investigate the relationships between socio-demographic and clinical characteristics, childhood traumas, and levels of aggression in individuals applying for criminal responsibility assessment and to evaluate their influence on criminal behavior.

Socio-demographic, familial, clinical, and crime-related characteristics of 50 individuals sent for criminal responsibility assessment to the Forensic Medicine Department of Süleyman Demirel University Faculty of Medicine Hospital between April 1, 2023, and June 30, 2023, were prospectively recorded. The Childhood Trauma Scale and Buss-Perry Aggression Scale were administered to the applicants.

Psychiatric disorders were present in 88% of the applicants. Full criminal responsibility was reported in 78%, decreased in 12%, and abolished in 10%. Forty-eight percent of applicants committed property crimes, while 36% committed violent crimes. The mean score for childhood trauma scale was 52.3 ± 20.7 , and the mean score for the Buss-Perry aggression scale was 99.7 ± 24.5 . Parental neglect, domestic violence, family history of psychiatric illness, and smoking were associated with childhood trauma, while alcohol use was associated with aggression. Individuals with behavior and personality disorders, substance users, suicide attempters, and repeat offenders showed higher levels of both childhood trauma and aggression. There was no difference in scale scores based on the type of crime committed. Emotional abuse, neglect, and total childhood trauma scores were positively correlated with physical aggression, anger, hostility, and overall aggression scores, while physical abuse and neglect scores were positively correlated with physical aggression, hostility, and overall aggression scores. Minimization scores were negatively correlated with overall aggression scores and all sub-scores.

The risk of developing aggression and involvement in criminal behavior can be reduced through the prevention, early diagnosis, appropriate intervention, and management of childhood traumas from the perspectives of forensic, health services, and social support.

Keywords: Crime types, Criminal responsibility, Aggression, Childhood Trauma

KAYNAKÇA

1. Veysel Yüksel. KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ADLİ TIP ANABİLİM DALINA CEZA SORUMLULUĞU NEDENİYLE BAŞVURAN ERİŞKİN OLGULARIN DEĞERLENDİRİLMESİ. Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2021.
2. Türk Ceza Kanunu. Sep 26, 2004.
3. Duygu Ece Şimşek. Yetişkin bireylerde çocukluk çağı travmaları ile saldırganlık düzeyleri arasındaki ilişki. [İstanbul]: Üsküdar Üniversitesi / Sosyal Bilimler Enstitüsü / Klinik Psikoloji Ana Bilim Dalı; 2017.
4. Yüksel M. YETİŞKİN HÜKÜMLÜLERİN ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMA DÜZEYİNİN BAZI DEĞİŞKENLER AÇISINDAN İNCELENMESİ. 2017;
5. Helvacı Çelik FG, Hocaoglu Ç. Çocukluk Çağı Travmaları: Bir Gözden Geçirme. Sakarya Medical Journal. 2018 Dec 31;8(4):695–711.
6. F Köksal, Y.Y. Eliş. Hukuk Sisteminde Suç ve Unsurları. Ankara: Teftiş Kurulu Başkanlığı; 2011.
7. S Dönmezer, S Erman. Nazari ve Tatbiki Ceza Hukuku. İstanbul: Beta Yayınları; 1978.
8. O Dolu. Suç teorileri: Teori, araştırma ve uygulamada kriminoloji. Seçkin; 2010.
9. Delinquent Behavior - 3rd Edition | Office of Justice Programs [Internet]. [cited 2023 Nov 22]. Available from: <https://www.ojp.gov/ncjrs/virtual-library/abstracts/delinquent-behavior-3rd-edition>
10. CR Bartol, AM Bartol. Criminal Behavior A Psychological Approach. 10th ed. USA: Pearson New International Edition; 2014. 85–86 p.
11. T Demirtaş. Kriminoloji. Ankara: Seçkin Yayıncılık; 2012.
12. FG Vito, JR Maahs. Criminology. 3rd ed. Jones & Bartlett Learning; 2012. 83 p.
13. Gurley JR, Marcus DK. The effects of neuroimaging and brain injury on insanity defenses. Behav Sci Law. 2008;26(1):85–97.
14. İ Turan. Suça sürüklenen çocuklar: Kocaeli örneği. Sakarya Üniversitesi; 2012.
15. Gökulu G. SUÇ KURAMLARI: BİYOLOJİK VE PSİKOLOJİK YAKLAŞIMLAR: ELEŞTİREL BİR DEĞERLENDİRME. Turkish Studies-Social Sciences. 2019 Sep 3;(Volume 14 Issue 4):1471–88.
16. Aslı Cennet Ovacık. Aile İçi Şiddetin Erkek Çocuğun Şiddet İçeren Suç İşleme Davranışına Etkileri. [İstanbul]: İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü; 2008.
17. YE Ayna. Suç işlemiş Çocuklarda Aile Değerlendirme ve Psikopatolojik Bulgular. [Diyarbakır]: Dicle Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı; 2005.
18. MT Mcguire, T Troisi. Comprehensive Textbook of Psychiatry. 5th ed. Baltimore; 1989.
19. Oğuz Polat. Klinik Adli Tıp. Ankara: Seçkin Yayıncılık; 2012.

20. Bushman BJ, Anderson CA. Is it time to pull the plug on hostile versus instrumental aggression dichotomy? *Psychological Review*. 2001;108(1):273–9.
21. Baron RA, Richardson DR. Human aggression, 2nd ed. New York, NY, US: Plenum Press; 1994. xx, 419 p. (Human aggression, 2nd ed).
22. Berkowitz L. Pain and aggression: Some findings and implications. *Motiv Emot*. 1993 Sep 1;17(3):277–93.
23. Geen RG. Human Aggression. Open University Press; 2001. 169 p.
24. Masochism and the Self - 1st Edition - Roy F. Baumeister - Routledge B [Internet]. [cited 2023 Nov 7]. Available from: <https://www.routledge.com/Masochism-and-the-Self/Baumeister/p/book/9781138876064>
25. Toplumsal Cinsiyet Eşitliği – Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri ve Toplumsal Cinsiyet Eşitliği [Internet]. [cited 2023 Nov 25]. Available from: <https://www.hedef5.org/hedefler/yoksulluga-son/>
26. Buss AH, Perry M. The Aggression Questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1992 Sep;63(3):452–9.
27. Ece Ilgazlı. ADLİ PSİKİYATRİ POLİKLİNİĞİNE ŞİDDET SUÇU İLE YÖNLENDİRİLEN PSİKOTİK ÖZELLİKLİ HASTALARIN DÜRTÜSELLİK VE SALDIRGANLIK SEVİYELERİNİN ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMASI, BAĞLANMA BİÇİMİ, İÇGÖRÜ VE ALGILANAN SOSYAL DESTEK AÇILARINDAN SAĞLIKLI KONTROLLERLE KARŞILAŞTIRILMASI. BOLU ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI; 2021.
28. Andaç DEMİRTAŞ MADRAN. Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği'nin Türkçe Formunun Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2013;24(2):124–9.
29. JL Herman. Travma ve iyileşme: Şiddetin Sonuçları Ev İçi İstismardan Siyasi Teröre. 1st ed. İstanbul: Literatür; 2011.
30. TÜRKİYE' DE ÇOCUK İSTİSMARI VE AİLE İÇİ ŞİDDET ARAŞTIRMASI. T.C. Başbakanlık Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu UNICEF – Türkiye; 2010.
31. Oral R, Can D, Kaplan S, Polat S, Ates N, Cetin G, et al. Child abuse in Turkey: an experience in overcoming denial and a description of 50 cases. *Child Abuse Negl*. 2001 Feb;25(2):279–90.
32. Taner Y, Gökler B. Çocuk istismarı ve ihmali: psikiyatrik yönleri. *Acta Medica*. 2004 Feb 1;35(2):82–6.
33. Violence against children [Internet]. [cited 2023 Nov 13]. Available from: <https://www.who.int/health-topics/violence-against-children>
34. ÖF Akbulut, H Günaydın. Çocuğa Yönelik Şiddetin Çocuk Hakları Sözleşmesi Bağlamında İncelenmesi. *Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2020;1(1):29–40.
35. E Geçkil. Çocuklarda Fiziksel İstismar ve Hemşirelik Yaklaşımı. *GÜSBD*. 2017;6(1):129–39.
36. D Çoban, M Kaplan. Aile İçi Şiddette Medyanın Rolü. *OKAD*. 2022;2(1):127–46.
37. Güler N, Uzun S, Bozta Z, Aydo S. Anneleri Tarafından Çocuklara Uygulanan Duygusal ve Fiziksel İstismar/İhmal Davranışı ve Bunu Etkileyen Faktörler.

38. Yurdakök K, İnce O. Duygusal İstismar ve İhmal. *Katkı Pediatri Dergisi* [Internet]. 2010 [cited 2023 Nov 22];32(5). Available from: <https://avesis.deu.edu.tr/yayin/597c328d-5f47-4c42-8a8b-428277aff435/duygusal-istismar-ve-ihmal>
39. İH Hancı. *Adli Tıp ve Adli Bilimler*. 1st ed. Ankara: Seçkin; 2002. 263–284 p.
40. Aktepe E. Çocukluk Çağı Cinsel İstismarı. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2009 Jun 1;1(2):95–119.
41. İşeri E, Soysal Acar A, Bodur Ş. *Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı*. 2008 [cited 2023 Nov 22]; Available from: <https://avesis.gazi.edu.tr/yayin/db648e3f-53e6-4d1a-a2df-f09741ee7ae6/cocuk-ve-ergen-psikiyatrisi-temel-kitabi>
42. Ö Ballı. *Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesine Başvuran Çocuk İstismarı ve İhmali Olgularının Değerlendirilmesi*. [Adana]: Çukurova Üniversitesi; Tıp Fakültesi; 2010.
43. Jc S, A N, M R, P F. Victims of sexual offences: medicolegal examinations in emergency settings. *Journal of clinical forensic medicine* [Internet]. 2006 Nov [cited 2023 Nov 22];13(6–8). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16931100/>
44. National Study on Violence against Children in Georgia | UNICEF Georgia [Internet]. 2008 [cited 2023 Nov 22]. Available from: <https://www.unicef.org/georgia/reports/national-study-violence-against-children-georgia>
45. Child and adolescent abuse and neglect research: a review of the past 10 years. Part I: Physical and emotional abuse and neglect - PubMed [Internet]. [cited 2023 Nov 22]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10517053/>
46. Sar V. Kötüye Kullanım ve İhmalle İlişkili Psikiyatrik Sorunlar (Psychiatric Problems Related to Abuse and Neglect). In 1998. p. 823–34.
47. Mo W, E C, D DC. Childhood emotional maltreatment and later psychological distress among college students: the mediating role of maladaptive schemas. *Child abuse & neglect* [Internet]. 2009 Jan [cited 2023 Nov 22];33(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19167067/>
48. Şar V, Öztürk PskE, İKiKardeş E. Validity and Reliability of the Turkish Version of Childhood Trauma Questionnaire. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*. 2012;32(4):1054–63.
49. World Health Organization, WHO Collaborating Centre for Violence Prevention. Violence prevention: the evidence [Internet]. *Prevención de la violencia: la evidencia*. Geneva: World Health Organization; 2010 [cited 2023 Nov 11]. (Series of briefings on violence prevention: the evidence;). Available from: <https://iris.who.int/handle/10665/77936>
50. Cuadra LE, Jaffe AE, Thomas R, DiLillo D. Child maltreatment and adult criminal behavior: Does criminal thinking explain the association? *Child Abuse & Neglect*. 2014 Aug 1;38(8):1399–408.
51. Çocukluk Çağı Travması ile Suç Eğilimi Arasında Yalnızlığın Aracı Etkisi görünümü [Internet]. [cited 2023 Nov 21]. Available from: <https://sosyalgelisimdergisi.com/index.php/pub/article/view/19/17>
52. DeLisi M, Drury AJ, Elbert MJ. Frequency, chronicity, and severity: New specification of adverse childhood experiences among federal sexual offenders. *Forensic Science International: Mind and Law*. 2021 Nov 1;2:100051.
53. Berat Çamlıca. *YAPAY ZEKANIN CEZA SORUMLULUĞU VE KİŞİLİK TARTIŞMALARI*. [İstanbul]: Bahçeşehir Üniversitesi; 2022.

54. Ü Biçer S Koç. Adli tıbbın tarihsel gelişimi, Türkiye’deki yapılanması ve sorunları. In: Birinci Basamakta Adli Tıp. 2nd ed. İstanbul: İstanbul Tabip Odası Yayınları; 2011. p. 1–9.
55. Yılmaz C. Kriminolojik Açidan: Akıl Hastalığı ve Suç. Marmara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Hukuk Araştırmaları Dergisi. 2018 Dec 27;24(2):743–65.
56. Mortalite ve Morbidite İstatistikleri için ICD-11 [Internet]. [cited 2023 Nov 15]. Available from: <https://icd.who.int/browse11/l-m/tr/#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f1884115764>
57. F Öncü, M Sercan. Ceza Hukukunda Adli Psikiyatri. In: Adli Psikiyatri Uygulama Kılavuzu. 2nd ed. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları; 2014. p. 42–3.
58. Mert Batmaz. ŞİZOFRENİ VE BENZERİ PSİKOTİK BOZUKLUKLARDA CEZA SORUMLULUĞUNU ETKİLEYEN ETMENLER. [İstanbul]: SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ BAKIRKÖY PROF. DR. MAZHAR OSMAN RUH SAĞLIĞI VE SİNİR HASTALIKLARI SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI EĞİTİM KLİNİĞİ; 2019.
59. Eastman N, Adshead G, Fox S, Latham R, Whyte S. Clinical and social aspects of crime. Forensic Psychiatry. 2012;2.
60. Aydın İnsan ve Toplum Dergisi » Makale » Suç Davranışına Etki Eden Psikopatolojik Süreçler [Internet]. [cited 2023 Nov 10]. Available from: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/aitdergi/issue/43377/528419>
61. Severe non-lethal violence during psychotic illness - PubMed [Internet]. [cited 2023 Nov 10]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21563864/>
62. Homicides by people with mental illness: myth and reality | The British Journal of Psychiatry | Cambridge Core [Internet]. [cited 2023 Nov 10]. Available from: <https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/homicides-by-people-with-mental-illness-myth-and-reality/1D269503F3D2F8990C6B3619E5477634>
63. Shaw J, Appleby L, Amos T, McDonnell R, Harris C, McCann K, et al. Mental disorder and clinical care in people convicted of homicide: national clinical survey. BMJ. 1999 May 8;318(7193):1240–4.
64. Whiting D, Lichtenstein P, Fazel S. Violence and mental disorders: a structured review of associations by individual diagnoses, risk factors, and risk assessment. The Lancet Psychiatry. 2021 Feb;8(2):150–61.
65. Yukhnenko D, Blackwood N, Lichtenstein P, Fazel S. Psychiatric disorders and reoffending risk in individuals with community sentences in Sweden: a national cohort study. The Lancet Public Health. 2023 Feb 1;8(2):e119–29.
66. Simden Demirkıran, Muharrem Yaman, Niyazi Uygur. Ceza Ehliyeti Değerlendirmelerinde Yapılandırılmış Görüşme Yöntemlerinin Klinik Karara Etkisi. Düşünen Adam. 2003;16(3):139–43.
67. Diagnosis And Statistical Manuel Of Mental Disorders. 5th ed. American Psychiatric Association.; 2013.
68. Keyvan A, Ger MC, Erturk SG, Turkcan A. The Validity and Reliability of the Turkish Version of Miller Forensic Assessment of Symptoms Test (M-FAST). Arch Neuropsychiatr. 2015 Sep 17;52(3):296–302.

69. Türkcan S, Incesu C, Canbek Ö, Can Y, Sercan M, Uygur N. 1831 Adli Olgunun Tanı Dağılımı ve Tanı-Suç Bağlantısının Değerlendirilmesi.
70. E Aladağ Karakulak. Demans Hastalarının Ayırıcı Tanısında Kullanılan Tanısal Testlerin Karşılaştırılması. [Ankara]; 2016.
71. Koç A, Parlak E. Adli Psikiyatri Polikliniğinde Ceza Sorumluluğu Değerlendirilen Olguların Tanısal ve Sosyodemografik Özellikleri: 6,5 Yıllık Retrospektif Çalışma. Türkiye Klinikleri J Foren Sci Leg Med. 2023;20(2):115–23.
72. Ceza İnfaz Kurumları İstatistikleri [Internet]. [cited 2023 Nov 20]. Available from: <https://cte.adalet.gov.tr/Home/SayfaDetay/cik-istatistikleri12012021090932>
73. TÜİK Kurumsal [Internet]. [cited 2023 Nov 17]. Available from: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Ceza-Infaz-Kurumu-Istatistikleri-2020-37202>
74. Modestin J, Hug A, Ammann R. Criminal behavior in males with affective disorders. J Affect Disord. 1997 Jan;42(1):29–38.
75. Harris GT, Rice ME. Risk appraisal and management of violent behavior. Psychiatr Serv. 1997 Sep;48(9):1168–76.
76. CR Bartol, AM Bartol. Introduction to Forensic Psychology, Research and Application. California: SAGE Publications; 2012. 258–259 p.
77. Sevim Y, Soyaslan Y. Hırsızlık suçu faillerinin sosyal kültürel ve ekonomik özellikleri: Elazığ örneği. Polis Bilimleri Dergisi. 2009;11(3):23–41.
78. Hannon L, DeFina R. The state of the Economy and the Relationship Between prisoner Reentry and Crime. Social Problems. 2010;57(4):611–29.
79. Güleç H, Güleç MY, Kaymak SU, Topaloğlu M, Ak Y. İddet Yçeren Suç Davranışın Öngörülebilir mi? Erkek Mahkumlarda Yürütülen Bir Cezaevi Çalışması.
80. Psychopathy, temperament, and character dimensions of personality as risk determinants of criminal recidivism in schizophrenia patients - PubMed [Internet]. [cited 2023 Nov 20]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34403139/>
81. Krammer S, Gamma A, Znoj H, Klecha D, Signorini P, Liebreiz M. Effectiveness of forensic outpatients' psychiatric treatment and recidivism rates: A comparison study. Forensic Science International: Mind and Law. 2020 Nov 1;1:100032.
82. Danişmani T, Konuk DN. SUÇA KARIŞAN BİREYLERDE ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI VE DİSSOSİYATİF YAŞANTILARIN SIKLIĞI.
83. Dziuba-Leatherman J, Finkelhor D. How does receiving information about sexual abuse influence boys' perceptions of their risk? Child Abuse Negl. 1994 Jul;18(7):557–68.
84. Burton D, Foy D, Bwanausi C, Johnson J, Moore L. The relationship between traumatic exposure, family dysfunction, and post-traumatic stress symptoms in male juvenile offenders. J Trauma Stress. 1994 Jan;7(1):83–93.
85. Browne A, Miller B, Maguin E. Prevalence and severity of lifetime physical and sexual victimization among incarcerated women. Int J Law Psychiatry. 1999;22(3–4):301–22.

86. Official and Self-Reported Childhood Abuse and Adult Crime of Young Offenders - Jaana Haapasalo, Juha Moilanen, 2004 [Internet]. [cited 2023 Nov 24]. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0093854803261328>
87. RE Rogers. Clinical assessment of malingering and deception. Guilford Press. 2008;411–34.
88. Cengiz Başoğlu. Saldırganlık Davranışının Biyolojik Belirleyicilerinin Araştırılmasına Yönelik Bir Çalışma. [İstanbul]: T.C. Genelkurmay Başkanlığı Gülhane Askeri Tıp Akademisi Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği; 1998.
89. Öncü F, Soysal H, Uygur N, Özdemir F, Türkcan S. Zorunlu Klinik Tedavi Sonrası Yineleyici Suç İşleyen Adli Psikiyatri Olgularının Tanı ve Suç Niteliği Açısından Değerlendirilmesi.
90. Evaluating the people who were sent for determining of criminal responsibility [Internet]. [cited 2023 Nov 19]. Available from: <http://alpha-psychiatry.com/en/evaluating-the-people-who-were-sent-for-determining-of-criminal-responsibility-131405>
91. Copoglu M, Bulbul F, Kokacya M, Alici D, Tastan M, Nal A, et al. Evaluation of psychiatric diagnosis, substance use situations, sociodemographic and clinical features of cases in forensic psychiatry unit. NYS. 2014;52(1):1.
92. Hu J, Yang M, Huang X, Liu X, Coid J. Forensic psychiatry assessments in Sichuan Province, People's Republic of China, 1997–2006. The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology. 2010 Aug 1;21(4):604–19.
93. FATMA DİLEK ŞEKER. Madde kullanımı olan hükümlülerin saldırganlık düzeyleri ve öfke ifade tarzlarının incelenmesi [Internet]. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Madde Bağımlılığı Ana Bilim Dalı; 2021 [cited 2023 Nov 20]. Available from: <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp>
94. Aggression and impulsivity in different groups of alcohol and heroin dependent inpatient men [Internet]. [cited 2023 Nov 20]. Available from: <http://psychiatry-psychopharmacology.com/en/aggression-and-impulsivity-in-different-groups-of-alcohol-and-heroin-dependent-inpatient-men-131410>
95. C Odağ. Nevrozlar-2. 1st ed. İzmir: İzmir: Halime Odağ Psikanaliz ve Psikoterapi Vakfı Yayınları; 2000.
96. Yanık M, Özmen M. Psikiyatri polikliniğine başvuran hastalarda çocukluk çağı kötüye kullanım / ihmal yaşantıları ile intihar, kendine fiziksel zarar verme ve dissosiyatif belirtiler arasındaki ilişki. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2002;3(3):140–6.
97. Ullman SE, Brecklin LR. Sexual assault history and suicidal behavior in a national sample of women. Suicide Life Threat Behav. 2002;32(2):117–30.
98. Zlotnick C, Mattia J, Zimmerman M. Clinical features of survivors of sexual abuse with major depression. Child Abuse Negl. 2001 Mar;25(3):357–67.
99. Brodsky BS, Oquendo M, Ellis SP, Haas GL, Malone KM, Mann JJ. The relationship of childhood abuse to impulsivity and suicidal behavior in adults with major depression. Am J Psychiatry. 2001 Nov;158(11):1871–7.
100. Zoroglu SS, Tuzun U, Sar V, Tutkun H, Savaş HA, Ozturk M, et al. Suicide attempt and self-mutilation among Turkish high school students in relation with abuse, neglect and dissociation. Psychiatry Clin Neurosci. 2003 Feb;57(1):119–26.

101. Toksöz B. Yetişkin Bireylerde Saldırganlık Düzeylerinin Yordayıcıları Olarak Çocukluk Çağı Travmaları, Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejileri ve Sosyal Destek Düzeylerinin İncelenmesi [Internet] [Master's]. [Ann Arbor, United States]; 2022 [cited 2023 Nov 26]. Available from: <https://www.proquest.com/docview/2724662634/abstract/872F39251B4A4136PQ/1>
102. Orsel S, Aktaş AE, Kahiloğulları KA, Karadağ H. Psikiyatri hastalarında çocukluk çağı travmalarının sıklığı ve psikopatoloji ile ilişkisi. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2011;12(2):130–6.
103. E Şahin Demirkapı. Çocukluk çağı travmalarının duygu düzenleme ve kimlik gelişimine etkisi ve bunların psikopatolojiler ile ilişkisi. Aydın: Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2013.



EKLER

Ek 1. Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Kararı

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARAR FORMU					
Araştırmanın Açık Adı Araştırmanın Protokol Kodu		Adli Tıp Ana Bilim Dalımıza Ceza Sorumluluğu Konusunda Rapor Düzenlenmesi İçin Başvuran Yetişkin Hastaların Sosyodemografik Özelliklerinin Çocukluk Çağı Travmaları ve Saldırganlık Ölçeklerine Göre Değerlendirilmesi (30.03.2023 tarih ve 6/81 sayılı karar)			
ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı - (2012-KAEK-38)			
	AÇIK ADRESİ	S.D.Ü. Doğu Kampüsü Tıp Fakültesi Dekanlığı Binası – ISPARTA			
	TELEFON				
	FAKS				
	FAKS				
BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Prof. Dr. S. Serhat GÜRPINAR			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Adli Tıp Ana Bilim Dalı			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ GÖREV YAPTIĞI BİRİM	Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Ana Bilim Dalı			
	VARSA İDARI SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI				
	DESTEKLEYİCİ				
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ				
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	☐ FAZ1 ☐ FAZ2 ☐ FAZ3 ☐ FAZ4			
		Gözlemsel ilaç çalışması	☐		
		Tıbbi cihaz klinik araştırması	☐		
İn vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları		☐			
İlaç dışı klinik araştırma		☐			
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER		☒ Tek Merkez ☐ Çok Merkez ☒ Ulusal ☐ Uluslararası			
DEĞERLENDİRİLEN BELGİLER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili	
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			☐ Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer	
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			☐ Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer	
	OLGU RAPOR FORMU			☐ Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer	
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			☐ Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer	
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGİLER	Belge Adı	Açıklama			
	SİGORTA	☐			
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☒	Bütçe Taahhütnamesi		
	BİYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	☐			
	İLAN	☐			
	YILLIK BİLDİRİM	☐			
	SONUÇ RAPORU	☐			
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐			
DİĞER	☒	Ana Bilim Dalı Kurul Kararı			

Prof. Dr. Mekin SEZİK
Etik Kurul Başkanı

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARAR FORMU

Araştırmanın Açık Adı Araştırmanın Protokol Kodu	Adli Tıp Ana Bilim Dalımıza Ceza Sorumluluğu Konusunda Rapor Düzenlenmesi İçin Başvuran Yetişkin Hastaların Sosyodemografik Özelliklerinin Çocukluk Çağı Travmaları ve Saldırganlık Ölçeklerine Göre Değerlendirilmesi					
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 6 / 81					
Tarih : 30.03.2023						
Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.						
SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU						
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu					
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI	Prof. Dr. Mekin SEZİK					
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı					
Kurumu	Cinsiyeti					
Araştırma ile İlişkisi	Katılım *					
İMZA						
Prof.Dr. Mekin SEZİK	Kadın Hastalıkları ve Doğum	SDÜ Tıp Fakültesi	☒ E ☐ K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Prof.Dr. Mustafa TÜZ	Kulak Burun Boğaz Hast.	SDÜ Tıp Fakültesi	☒ E ☐ K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Prof.Dr. Buket ARIDOĞAN	Tıbbi Mikrobiyoloji	SDÜ Tıp Fakültesi	☐ E ☒ K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Prof.Dr. Ahmet Nesimi KİŞİOĞLU	Halk Sağlığı	SDÜ Tıp Fakültesi	☒ E ☐ K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Prof.Dr. Mehmet Fahrettin ÖNDER	Hukuk	SDÜ Hukuk Fakültesi	☒ E ☐ K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Prof.Dr. Derya YILDIRIM	Ağız Diş ve Çene Radyolojisi	SDÜ Diş Hekimliği Fakültesi	☐ E ☒ K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Doç.Dr. Halil AŞCI	Farmakoloji	SDÜ Tıp Fakültesi	☒ E ☐ K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Doç.Dr. Derya CEYHAN	Pedodonti	SDÜ Diş Hekimliği Fakültesi	☐ E ☒ K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Doç.Dr. Abdullah Meriç ÜNAL	Ortopedi ve Travmatoloji	Meddem Hastanesi	☒ E ☐ K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Doç.Dr. Mehtap SAVRAN	Farmakoloji	SDÜ Tıp Fakültesi	☐ E ☒ K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Dr.Öğr. Üyesi Giray KOLCU	Aile Hekimliği	SDÜ Tıp Fakültesi	☒ E ☐ K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Uzman Dr. Nejat EKİNCİ	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	Özel Isparta Hastanesi	☒ E ☐ K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Uzman Dr. Bora BÜYÜKVANLI	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	Meddem Hastanesi	☒ E ☐ K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Dr.Öğr. Üyesi Mehmet Erhan ŞAHİN	Biyomedikal ve Cihaz Teknolojisi	ISUBÜ Teknik Bilimler MYO	☒ E ☐ K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Osman PARÇAOĞLU	Sivil Üye	Esnaf	☒ E ☐ K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	

Ek 2. Sosyodemografik Özellikler ve Psikososyal Durum Bilgi

Formu

SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER VE PSİKOSOSYAL DURUM BİLGİ FORMU

Bu anket formu, Süleyman Demirel Üniversitesi Adli Tıp Ana Bilim Dalı tarafından yürütülmekte olan tez çalışması kapsamında bir Adli Tıp Ana Bilim Dalımıza ceza sorumluluğu konusunda rapor düzenlenmesi için başvuran yetişkin bireylerin sosyodemografik ve klinik özellikleri, yaşamış oldukları çocukluk çağı travmaları ve saldırganlık düzeyleri arasındaki ilişkileri inceleyerek bu durumların suç işlemede hangi düzeyde etkileri olduğunun araştırılması ve bu konuda alınabilecek önlemlerin tartışılması amaçlanmıştır. Bu çalışmaya katılım tamamen gönüllülük esasına dayalı olup, veriler bilimsel amaç dışında kullanılmayacaktır. Katılımcılar ad ve soyadlarını kesinlikle belirtmeyeceklerdir. Bu araştırma için sizden herhangi bir maddi karşılık talep edilmeyecek, tarafınıza herhangi bir ödeme yapılmayacaktır. Araştırmaya katıldığınız için teşekkür ederiz.

Anket No:.....

1)Cinsiyetiniz:

1) Kadın () 2) Erkek () 3) Diğer ()

2)Yaşınız:

3)Mesleğiniz: 1) Emekli 2) Esnaf 3) Ev hanımı 4) İşçi 5)İşsiz 6)Memur 7) Serbest 8) Tüccar

4) Aktif olarak çalışıyor musunuz? 1) Evet () 2) Hayır ()

5)Medeni durumunuz:

1) Evli () 2) Bekar () 3) Boşanmış () 4) Dul () 5) Partner ilişkisi ()

6)Eğitim durumunuz:

1) Okuryazar Değil () 2) Okuryazar () 3) İlkokul () 4) Ortaokul ()
5) Lise () 6) Üniversite () 7) Y.Lisans veya doktora ()

7)Kaç çocuğunuz var?

1) Çocuğum yok. () 2) 1 çocuk () 3) 2 çocuk () 4) 3 çocuk () 5) 4 ve üzeri çocuk ()

8)Kaç kardeşiniz var?

1) Kardeşim yok. () 2) 1 kardeş () 3) 2 kardeş () 4) 3 kardeş () 5) 4 ve üzeri kardeş ()

9)Ailede kaçınıcı çocuksunuz?

10)Ekonomik durumunuz (gelir düzeyiniz) nasıl?

1) İyi () 2) Orta () 3) Kötü ()

11)Ailenizin ekonomik durumunuz (gelir düzeyiniz) nasıl?

1) İyi () 2) Orta () 3) Kötü ()

12) Annenizin eğitim durumu nedir?

1)Okuryazar Değil () 2)Okuryazar () 3)İlkokul ()
4)Ortaokul () 5)Lise () 6)Üniversite () 7)Y.Lisans veya doktora ()

13) Babanızın eğitim durumu nedir?

1)Okuryazar Değil () 2)Okuryazar () 3)İlkokul ()
4)Ortaokul () 5)Lise () 6)Üniversite () 7)Y.Lisans veya doktora ()

14) Şu an tedavi gördüğünüz bir psikiyatrik/ruhsal hastalık tanınız var mıdır?

1)Evet (Tanınız nedir?.....) 2)Hayır ()

15) 14. Soruya evet cevabı verdiyseniz ne kadar süredir psikiyatrik/ruhsal hastalık tanınız var?
.....

16) Kullandığınız psikiyatrik ilaç var mı?

1)Evet (İlacın adı.....) 2)Hayır ()

17)Kronik bir hastalığınız var mı? (örn: epilepsi, tansiyon, şeker, kalp hast. vs.)

1)Evet (Tanınız nedir?.....) 2)Hayır ()

18)Sürekli kullandığınız ilaç var mı?

1)Evet (İlacın adı.....) 2)Hayır ()

19) Ailede psikiyatrik/ruhsal hastalığı olan var mı ve biliyorsanız hastalığı nedir? 1) Evet 2) Hayır

Annem () Tanısı:.....

Babam () Tanısı:.....

Kardeşim () Tanısı:.....

Diğer () Tanısı:.....

20)Sigara kullanıyor musunuz? 1)Evet () 2)Hayır ()

21)Alkol kullanıyor musunuz? 1)Evet () 2)Hayır ()

22) Madde kullanım geçmişiniz var mı? 1)Evet () 2)Hayır ()

23) Madde kullanıyor iseniz kullandığınız madde türleri nelerdir?

1) yok 2) eroin 3) esrar 4)metamfetamin 5)bonzai 6)a4 7)ekstazi 8)kokain 9)tiner 10)balı

24) Ailede madde kullanan var mı? 1)Evet () 2)Hayır ()

25)Yetiştirdiğiniz aile yapısı nedir?

1)Çekirdek aile () 2)Geniş aile () 3)Yalnız yaşıyor () 4)Parçalanmış aile(anne-baba boşanmış) ()

26)Bebekliğinizde/çocukluğunuzda bakımınızı büyük ölçüde kim üstlenmiştir?

1)Annem () 2)Babam () 3)Kardeş(ler)im () 4)Bakıcım () 5)Kreş ()

6)Anneannem/babaannem () 7) Devlet yurdu 8)Diğer () (yazınız.....)

27) Bebekliğinizde anne sütü aldınız mı?

1)Evet () (Kaç ay anne sütü aldınız? 2)Hayır () 3)Bilmiyor

28) İntihar girişiminiz oldu mu? 1)Evet () 2)Hayır ()

Evet ise kaç kez intihar girişiminiz oldu?

Hangi yöntemle intihar girişiminiz oldu?

29) Ailede intihar girişimi olan var mı? 1)Evet () 2)Hayır ()

Evet ise kimin kaç kez intihar girişimi oldu?

Hangi yöntemle intihar girişimi oldu?

30) Hangi suçtan muayene edilmek için geldiniz?

31) Başka adli olayınız var mı var ise kaç tane dosyanız var? Evet Tane Hayır ()

32) Önceki suç türleriniz nelerdir?

33) Ailede suç öyküsü olan var mı? (Aile bireylerinizden suç işlemiş olan, cezaevine girmiş olan kimse var mı?) 1) Var 2)Yok

Annem () Suçu:.....

Babam () Suçu:.....

Kardeşim () Suçu:.....

Diğer () Suçu:.....

34) Anne babanızın birliktelik durumları nedir?

1)Birlikte () 2)Ayrı () 3)Anne ölü () 4)Baba ölü () 5) İkisi de ölü ()

35) Anne ve babanız ayrı ile siz kaç yaşınızda iken ayrıldılar?

36) Annenizin ilgi durumu nedir?

1)Aşırı ilgili () 2)Yeterince ilgili () 3)İlgisiz ()

37) Babanızın ilgi durumu nedir?

1)Aşırı ilgili () 2)Yeterince ilgili () 3)İlgisiz ()

38) Aile içi şiddet var mı?

1) Babanın anneye karşı ()

2) Annenin babaya karşı ()

3) Anne-babanın kardeşlerinize karşı ()

4) Anne babanın size karşı ()

5) Kardeşlerinizin size karşı ()

6) Yok

39) Küçüklüğünüzde yaşlı bir kişiye yönelik şiddete tanık oldunuz mu?

1)Evet () 2)Hayır ()

40) Üvey anne veya babanız var mıydı?

1) Hayır () 2) Hem annem hem de babam üveydi. ()

3) Evet üvey annem vardı. () 4) Evet üvey babam vardı. ()

42) Önceki soruya cevabınız evet ise;

Kaç yaşından itibaren üvey anne veya baba ile yaşamaya başladınız?

Ek 3. Çocukluk Çağı Travmaları

Ölçeği

ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI ÖLÇEĞİ

Bu sorular çocukluğunuzda ve ilk gençliğinizde (18 yaşından önce) başınıza gelmiş olabilecek bazı olaylar hakkındadır. Her bir soru için sizin durumunuza uyan rakamı daire içersine alarak işaretleyiniz. Sorulardan bazıları özel yaşamınızla ilgilidir; lütfen elinizden geldiğince gerçeğe uygun yanıt veriniz. Yanıtlarınız gizli tutulacaktır.

Çocukluğumda ya da ilk gençliğimde...

1. Evde yeterli yemek olmadığından aç kalırdım.	1. Hiç bir zaman ☐	2. Nadiren ☐	3. Kimi zaman ☐	4. Sık olarak ☐	5. Çok sık ☐
2. Benim bakımı ve güvenliğimi üstlenen birinin olduğunu biliyordum.	1. Hiç bir zaman ☐	2. Nadiren ☐	3. Kimi zaman ☐	4. Sık olarak ☐	5. Çok sık ☐
3. Ailedekiler bana “salak”, “beceriksiz” ya da “tipsiz” gibi sıfatlarla seslenirlerdi.	1. Hiç bir zaman ☐	2. Nadiren ☐	3. Kimi zaman ☐	4. Sık olarak ☐	5. Çok sık ☐
4. Anne ve babam ailelerine bakamayacak kadar sıklıkla sarhoş olur ya da uyuşturucu alırlardı.	1. Hiç bir zaman ☐	2. Nadiren ☐	3. Kimi zaman ☐	4. Sık olarak ☐	5. Çok sık ☐
5. Ailemde önemli ve özel biri olduğum duygusunu hissetmeme yardımcı olan biri vardı.	1. Hiç bir zaman ☐	2. Nadiren ☐	3. Kimi zaman ☐	4. Sık olarak ☐	5. Çok sık ☐
6. Yırtık, sökükle ya da kirli giysiler içersinde dolaşmak zorunda kalırdım.	1. Hiç bir zaman ☐	2. Nadiren ☐	3. Kimi zaman ☐	4. Sık olarak ☐	5. Çok sık ☐
7. Sevdiğimi hissediyordum.	1. Hiç bir zaman ☐	2. Nadiren ☐	3. Kimi zaman ☐	4. Sık olarak ☐	5. Çok sık ☐
8. Anne ve babamın benim doğmuş olmamı istemediklerini düşünüyordum.	1. Hiç bir zaman ☐	2. Nadiren ☐	3. Kimi zaman ☐	4. Sık olarak ☐	5. Çok sık ☐
9. Ailemden birisi bana öyle kötü vurmuştu ki doktora ya da hastaneye gitmem gerekmişti.	1. Hiç bir zaman ☐	2. Nadiren ☐	3. Kimi zaman ☐	4. Sık olarak ☐	5. Çok sık ☐
10. Ailemde başka türlü olmasını istediğim bir şey yoktu.	1. Hiç bir zaman ☐	2. Nadiren ☐	3. Kimi zaman ☐	4. Sık olarak ☐	5. Çok sık ☐
11. Ailedekiler bana o kadar şiddetle vuruyorlardı ki vücudumda morartı ya da sıyrıklar oluyordu.	1. Hiç bir zaman ☐	2. Nadiren ☐	3. Kimi zaman ☐	4. Sık olarak ☐	5. Çok sık ☐
12. Kayış, sopa, kordon ya da başka sert bir cisimle vurularak cezalandırılıyordum.	1. Hiç bir zaman ☐	2. Nadiren ☐	3. Kimi zaman ☐	4. Sık olarak ☐	5. Çok sık ☐
13. Ailedekiler birbirlerine ilgi gösterirlerdi.	1. Hiç bir zaman ☐	2. Nadiren ☐	3. Kimi zaman ☐	4. Sık olarak ☐	5. Çok sık ☐
14. Ailedekiler bana kırıcı ya da saldırganca sözler söylerlerdi.	1. Hiç bir zaman ☐	2. Nadiren ☐	3. Kimi zaman ☐	4. Sık olarak ☐	5. Çok sık ☐
15. Vücutça kötüye kullanılmış olduğuma (dövülme, itilip kakılma vb.) inanıyorum.	1. Hiç bir zaman ☐	2. Nadiren ☐	3. Kimi zaman ☐	4. Sık olarak ☐	5. Çok sık ☐

16. Çocukluğum mükemmeldi.	1. Hiç bir zaman ☐	2. Nadiren ☐	3. Kimi zaman ☐	4. Sık olarak ☐	5. Çok sık ☐
17. Bana o kadar kötü vuruluyor ya da dövülüyordum ki öğretmen, komşu ya da bir doktorun bunu farkettiği oluyordu.	1. Hiç bir zaman ☐	2. Nadiren ☐	3. Kimi zaman ☐	4. Sık olarak ☐	5. Çok sık ☐
18. Ailemde birisi benden nefret ederdi.	1. Hiç bir zaman ☐	2. Nadiren ☐	3. Kimi zaman ☐	4. Sık olarak ☐	5. Çok sık ☐
19. Ailemdelikler kendilerini birbirlerine yakın hissediyorlardı.	1. Hiç bir zaman ☐	2. Nadiren ☐	3. Kimi zaman ☐	4. Sık olarak ☐	5. Çok sık ☐
20. Birisi bana cinsel amaçla dokundu ya da kendisine dokunmamı istedi.	1. Hiç bir zaman ☐	2. Nadiren ☐	3. Kimi zaman ☐	4. Sık olarak ☐	5. Çok sık ☐
21. Kendisi ile cinsel temas kurmadığım takdirde beni yaralamakla ya da benim hakkımda yalanlar söylemekle tehdit eden birisi vardı.	1. Hiç bir zaman ☐	2. Nadiren ☐	3. Kimi zaman ☐	4. Sık olarak ☐	5. Çok sık ☐
22. Benim ailem dünyanın en iyisiydi.	1. Hiç bir zaman ☐	2. Nadiren ☐	3. Kimi zaman ☐	4. Sık olarak ☐	5. Çok sık ☐
23. Birisi beni cinsel şeyler yapmaya ya da cinsel şeylere bakmaya zorladı.	1. Hiç bir zaman ☐	2. Nadiren ☐	3. Kimi zaman ☐	4. Sık olarak ☐	5. Çok sık ☐
24. Birisi bana cinsel tacizde bulundu.	1. Hiç bir zaman ☐	2. Nadiren ☐	3. Kimi zaman ☐	4. Sık olarak ☐	5. Çok sık ☐
25. Duygusal bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma (hakaret, aşağılama vb.) inanıyorum.	1. Hiç bir zaman ☐	2. Nadiren ☐	3. Kimi zaman ☐	4. Sık olarak ☐	5. Çok sık ☐
26. İhtiyacım olduğunda beni doktora götürecek birisi vardı.	1. Hiç bir zaman ☐	2. Nadiren ☐	3. Kimi zaman ☐	4. Sık olarak ☐	5. Çok sık ☐
27. Cinsel bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.	1. Hiç bir zaman ☐	2. Nadiren ☐	3. Kimi zaman ☐	4. Sık olarak ☐	5. Çok sık ☐
28. Ailem benim için bir güç ve destek kaynağı idi.	1. Hiç bir zaman ☐	2. Nadiren ☐	3. Kimi zaman ☐	4. Sık olarak ☐	5. Çok sık ☐

Ek 4. Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği

Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği

Aşağıdaki her bir maddeyi okuyarak, bu madde sizin için her zaman doğru ise “Tamamen Katılıyorum”, genelde doğru ise “Katılıyorum”, emin değilseniz “Kararsızım”, genelde doğru değilse “Katılmıyorum”, hiçbir zaman doğru değilse “Kesinlikle Katılmıyorum” şeklinde işaretleme yapmanız rica olunur.	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
1. Bazı arkadaşlarım benim öfkeli biri olduğumu söylerler					
2. Gerekirse hakkımı korumak için şiddete başvurabilirim					
3. Birisi bana fazlasıyla iyi davrandığında “acaba benden ne istiyor” diye düşünürüm					
4. Arkadaşlarımla görüşlerime katılmadığım zaman bunu onlara açıkça söylerim					
5. Öfkeden deliye döndüğümde bir şeyler kırıp dökerim					
6. İnsanlar benim görüşlerime katılmadıklarında onlarla tartışmaktan kendimi alıkoyamam					
7. Zaman zaman bazı olaylara/kişilere yönelik kızgınlığım uzun süre bitmek bilmez					
8. Bazen başkalarına vurma dürtümü kontrol edemiyorum					
9. Sakin yapılı biriyimdir					
10. Tanımadığım insanlar bana fazla yakın davrandıklarında onlara şüpheyle yaklaşırım					
11. Daha önce, tanıdığım insanları tehdit ettiğim oldu					
12. Çok çabuk parlar ve hemen sakinleşirim					
13. Birisi bana sataşırse kolaylıkla onu itip tartaklayabilirim					
14. İnsanlar sinirimi bozduklarında kolaylıkla onlar hakkında ne düşündüğümü söyleyebilirim					
15. Zaman zaman kıskançlık beni yiyip bitirir					
16. Bir insana vurmanın mantıklı bir gerekçesi olamayacağını düşünüyorum					
17. Bazen hayatın bana adaletsiz davrandığını düşünürüm					
18. Öfkemi kontrol etmekte zorluk çekerim					
19. Yapmak istediğim bir şey engellendiğinde kızgınlığımı açıkça ortaya koyarım					

Aşağıdaki her bir maddeyi okuyarak, bu madde sizin için her zaman doğru ise “Tamamen Katılıyorum”, genelde doğru ise “Katılıyorum”, emin değilseniz “Kararsızım”, genelde doğru değilse “Katılmıyorum”, hiçbir zaman doğru değilse “Kesinlikle Katılmıyorum” şeklinde işaretleme yapmanız rica olunur.	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
20. Zaman zaman insanların arkamdan güldüğü duygusuna kapılıyorum					
21. İnsanlarla sıkça görüş ayrılığına düşerim					
22. Birisi bana vurursa ben de karşılık veririm					
23. Bazen kendimi patlamaya hazır bir bomba gibi hissediyorum					
24. Diğer insanların her zaman çok iyi fırsatlar yakaladıklarını düşünüyorum					
25. Birisi beni iterse onunla kavgaya tutuşurum					
26. Arkadaşlarımla arkamdan konuştuklarını biliyorum					
27. Arkadaşlarım münakaşacı/tartışmayı seven biri olduğumu söylerler					
28. Bazen olmadık şeylere ortada mantıklı bir neden yokken aniden sinirlenir, tepki veririm.					
29. Çoğu insana kıyasla daha sık kavgaya karıştığımı söyleyebilirim.					