



T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ADLİ TIP ANABİLİM DALI

**2016-2020 YILLARI ARASINDA AKDENİZ
ÜNİVERSİTESİ ADLİ TIP ANABİLİM
DALINA MEDENİ HAKLARIN
KISITLANMASI VEYA
SINIRLANDIRILMASI (VESAYET VE
YASAL DANIŞMANLIK) İÇİN
YÖNLENDİRİLEN OLGULARIN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Hüseyin Uğur BAKAN

Antalya, 2023



T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ADLİ TIP ANABİLİM DALI

**2016-2020 YILLARI ARASINDA AKDENİZ
ÜNİVERSİTESİ ADLİ TIP ANABİLİM
DALINA MEDENİ HAKLARIN
KISITLANMASI VEYA
SINIRLANDIRILMASI (VESAYET VE
YASAL DANIŞMANLIK) İÇİN
YÖNLENDİRİLEN OLGULARIN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Hüseyin Uğur BAKAN

Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Yaşar Mustafa KARAGÖZ

“Kaynak gösterilerek tezimden yararlanılabilir ”

Antalya, 2023

TEŞEKKÜR

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalındaki eğitimim süresince çok şey öğrendiğim, merakımı kamçılayarak kendime daha çok bilgi katmam konusunda beni yüreklendiren ve tez sırasında değerli yardımlarını aldığım tez danışmanım Sayın Dr. Öğr. Üyesi Y. Mustafa KARAGÖZ, yine eğitimim sırasında bana desteklerini esirgemeyerek birikimlerinden yararlanmama fırsat sağlayan Sayın Prof.Dr. Sema DEMİRÇİN, Sayın Dr. Öğr. Üyesi Mehmet ATILGAN hocalarıma saygılarımı sunar, çalıştığım süre içerisinde bilimsel ve sosyal anlamda çok şey paylaştığım asistan arkadaşlarıma, birlikte çalışmaktan mutlu olduğum Adli Tıp Anabilim Dalı ve Adli Tıp Kurumu çalışanlarına;

Arşivlerini açarak tezimi hazırlamama yardımcı olan Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalındaki Sayın Doç.Dr. Mustafa Mehmet ERYILMAZ, sorularımı sabırla dinleyen ve verdiği fikirleriyle tezimi geliştirmemde yardımcı olan Sayın Dr. Öğr. Gör. Ali ERDOĞAN başta olmak üzere tüm hocalarıma, arşivlerin oluşmasında emeği geçen Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalındaki tüm asistan arkadaşlarıma;

Bugünlere gelmemde büyük emeği olan ve desteklerini sürekli hissettiğim annem Gülşen BAKAN, babam İbrahim BAKAN ve kardeşim Sıla Beril BAKAN'a ve tanıdığım için kendimi hep şanslı hissettiğim hayat arkadaşım Esra BAKAN'a teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

Sayfa

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	vii
ŞEKİLLER DİZİNİ	viii
ÇİZELGELER DİZİNİ	x
1.GİRİŞ VE AMAÇ	1
2.GENEL BİLGİLER	4
2.1. ADLİ TIP VE ADLİ PSİKİYATRİ.....	4
2.2. KİŞİ VE KİŞİLİK KAVRAMLARI, KİŞİLİĞİN BAŞLANGICI VE SONA ERMESİ.....	6
2.3. HAK EHLİYETİ VE FİİL EHLİYETİ.....	6
2.3.1 FİİL Ehliyeti Yönünden Kişilerin Ayrımı	9
2.4. HUKUKİ EHLİYET MUAYENESİ.....	10
2.4.1. Mini Mental Test (MMT).....	12
2.4.2. Hukuki Ehliyeti Değerlendirme Formu (HEDEF).....	15
2.5. VESAYET ORGANLARI	17
2.5.1.Vesayet Daireleri	17
2.5.2. Vasi	17
• Vasiliği Gerektiren Haller	17
2.5.3. Kayyım	18
2.5.4. Yasal Danışman (Kanuni Müşavir).....	19
• Yasal Danışmanlığı Gerektiren Haller	19
2.6. KISITLANMA KARARI VERİLMESİNDEKİ USUL.....	19
2.7. KISITLAMA KARARININ SONA ERMESİNDEKİ USUL	21
2.7.1. Vesayetin Kendiliğinden Sona Ermesi.....	21
2.7.2. Vesayetin Mahkeme Kararıyla Sona Ermesi.....	21
2.8. KORUMA AMACIYLA ÖZGÜRLÜĞÜN KISITLANMASI	22
2.9. ADLİ RAPOR YAZIMI.....	24

2.10. KISITLANMA DURUMU SORULAN OLGULARDA SIK GÖRÜLEN	
TIBBİ TANILAR	25
2.10.1. Alkol Ve/Veya Madde Kullanım Bozukluğu	25
2.10.2. Bipolar Bozukluk	26
2.10.3. Şizofreni, Şizoaftif Bozukluk Ve Diğer Psikotik Bozukluklar	
(Psikotik Bozukluklar/Psikozlar).....	27
2.10.4. Mental Retardasyon (MR)	28
2.10.5. Demans	30
2.10.6. Travmatik İntrakranial Kanama/İKK (Kafa İçi Kanama),	
Serebrovasküler Olay/SVO (İnme)	31
3.GEREÇ VE YÖNTEMLER	34
4. BULGULAR.....	35
4.1. OLGULARIN DAĞILIMIYLA İLGİLİ VERİLER	35
4.2. KISITLANMASININ UYGUN OLUP OLMAYACAĞININ	
DEĞERLENDİRİLMESİ İSTEMİYLE GÖNDERİLEN OLGULARLA İLGİLİ	
VERİLER.....	36
4.2.1. Kısıtlanma Durumunun Değerlendirilmesi İstemiyle Gönderilen 18 Yaş	
Altı Olgularla İlgili Veriler	51
4.2.2. Kısıtlanma Durumunun Değerlendirilmesi İstemiyle Gönderilen 18-64	
Yaş Arası Olgularla İlgili Veriler	52
• Alkol Ve/Veya Madde Kullanım Bozukluğu Tanısı Alan Olgularla	
İlgili Veriler	58
• Bipolar Bozukluk Tanısı Konan Olgularla İlgili Veriler	61
• Şizofreni, Şizoaftif Bozukluk Ve Diğer Psikotik Bozukluk	
Tanısı Konan Olgularla İlgili Veriler.....	64
• Mental Retardasyon Tanısı Konan Olgularla İlgili Veriler	68
• Travmatik İntrakranial KanamaVeya Serebrovasküler Olay (İnme)	
Olgularıyla İlgili Veriler	71
4.2.3. Kısıtlanma Durumunun Değerlendirilmesi İstemiyle Gönderilen 65 Yaş	
ve Üstü Olgularla İlgili Veriler	72
• Demans Tanılı Olgularla İlgili Veriler.....	77

• Travmatik İntrakranial Kanama Veya Serebrovasküler Olay (İnme) Olgularıyla İlgili Veriler	78
4.3. KISITLANMA DURUMUNUN YENİDEN DEĞERLENDİRİLMESİ İSTEMİYLE GÖNDERİLEN OLGULARLA İLGİLİ VERİLER.....	80
4.4. KORUMA AMACIYLA ÖZGÜRLÜĞÜNÜN KISITLANMASI İSTEMİYLE GÖNDERİLEN OLGULARLA İLGİLİ VERİLER.....	81
5.TARTIŞMA.....	85
5.1. KISITLANMA DURUMUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ İSTEMİYLE GÖNDERİLEN OLGULARLA İLGİLİ VERİLERİN TARTIŞILMASI	86
5.1.1. Kısıtlanma Durumunun Değerlendirilmesi İstemiyle Gönderilen 18 Yaş Altı Olgularla İlgili Verilerin Tartışılması	90
5.1.2. Kısıtlanma Durumunun Değerlendirilmesi İstemiyle Gönderilen 18-64 Yaş Arası Olgularla İlgili Verilerin Tartışılması.....	90
• Alkol Ve/Veya Madde Kullanım Bozukluğu Tanısı Konan Olgularla İlgili Verilerin Tartışılması • Bipolar Bozukluk Tanısı Konan Olgularla İlgili Verilerin Tartışılması..... • Şizofreni, Şizoaffektif Bozukluk Ve Diğer Psikotik Bozukluk Tanısı Konan Olgularla İlgili Verilerin Tartışılması • Mental Retardasyon Tanısı Konan Olgularla İlgili Verilerin Tartışılması..... • Travmatik İntrakranial Kanama Veya Serebrovasküler Olay (İnme) Tanısı Konan Olgularla İlgili Verilerin Tartışılması	92 95 97 101 104
5.1.3. Kısıtlanması İstemiyle Gönderilen 65 Yaş Ve Üstü Olgularla İlgili Verilerin Tartışılması.....	105
• Demans Tanısı Konan Olgularla İlgili Verilerin Tartışılması..... • Travmatik İntrakranial Kanama Veya Serebrovasküler Olay (İnme) Tanısı Konan Olgularla İlgili Verilerin Tartışılması	107 110
5.2. KISITLANMA DURUMUNUN YENİDEN DEĞERLENDİRİLMESİ İSTEMİYLE GÖNDERİLEN OLGULARLA İLGİLİ VERİLERİN TARTIŞILMASI	111

5.3. KORUMA AMACIYLA ÖZGÜRLÜĞÜNÜN KISITLANMASI İSTEMİYLE GÖNDERİLEN OLGULARLA İLGİLİ VERİLERİN TARTIŞILMASI	113
6.SONUÇ	115
7.ÖZET	117
8.ABSTRACT	120
9.KAYNAKLAR	123



SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ADTK	Araç Dışı Trafik Kazası
AİTK	Araç İçi Trafik Kazası
ALS	Amyotrofik Lateral Skleroz
AMATEM	Alkol Ve Uyuşturucu Madde Bağımlıları Tedavi Ve Araştırma Merkezi
AML	Akut Myeloid Lösemi
APA	Amerikan Psikiyatri Birliği
DSM	Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Sınıflandırma elkitabı
f.	Fıkra
HEDEF	Hukuki Ehliyeti Değerlendirme Formu
HIV	Human Immunodeficiency Virus
İKK	İntrakranial Kanama
ICD	Uluslararası Hastalık Sınıflandırması
IQ	Zeka Katsayısı
MMT	Mini Mental Test
MR	Mental Retardasyon
SMMT	Standardize Mini Mental Test
SVO	Serebro Vasküler Olay
TCK	Türk Ceza Kanunu
TMK	Türk Medeni Kanunu
TSSB	Travma Sonrası Stress Bozukluğu
UNODC	Birleşmiş Milletler Uyuşturucu ve Suç Ofisi

ŞEKİLLER DİZİNİ

<u>Sekil</u>	<u>Sayfa</u>
4.1. 2016-2020 yılları arasında adli makamlardan medeni haklarının kısıtlanması hakkında görüş istenen olguların dağılımı (n=482)	35
4.2. Adli makamlardan medeni haklarının kısıtlanması hakkında görüş istenen tüm olguların yıllara göre dağılımı (n=482)	36
4.3. Kısıtlanma durumunun değerlendirilmesi istemiyle rapor talep eden makamların yerleşim merkezlerine göre dağılımı (n=461)	40
4.4. Kısıtlanma durumunun değerlendirilmesi istemiyle gönderilen olguların rapor sonuçlarına göre dağılımı (n=461)	45
4.5. Kısıtlanmasına gerek olmadığı yönünde sonuç verilen olgularda en sık görülen tıbbi tanıların dağılımı (n=210)	48
4.6. Vasi atanmasının uygun olduğu yönünde sonuç verilen olgularda en sık görülen tıbbi tanıların dağılımı (n=179)	48
4.7. Yasal danışman atanmasının uygun olduğu yönünde sonuç verilen olgularda en sık görülen tıbbi tanıların dağılımı (n=37)	49
4.8. Kısıtlanmasına gerek olmadığı yönünde sonuç verilen 18-64 yaş arası olgularda en sık görülen tıbbi tanıların dağılımı (n=180)	56
4.9. Vasi atanmasının uygun olduğu yönünde sonuç verilen 18-64 yaş arası olgularda en sık görülen tıbbi tanıların dağılımı (n=102)	57
4.10. Yasal danışman atanmasının uygun olduğu yönünde sonuç verilen 18-64 yaş arası olgularda en sık görülen tıbbi tanıların dağılımı (n=31)	57
4.11. Psikotik Bozukluk tanısı konulan olgularda kısıtlanma durumuna göre yıl olarak hastalık süresinin dağılımı	67
4.12. Kısıtlanmasına gerek olmadığı yönünde sonuç verilen 65 yaş ve üstü olguların tıbbi durumlarının dağılımı (n=30)	75
4.13. Vasi atanmasının uygun olduğu yönünde sonuç verilen 65 yaş ve üstü olgularda en sık görülen tıbbi tanıların dağılımı (n=73)	76

4.14.	Yasal danışman atanmasının uygun olduğu yönünde sonuç verilen 65 yaş ve üstü olgularda en sık görülen tıbbi tanıların dağılımı (n=6)	76
4.15.	65 yaş ve üstü sağlıklı olgular ile demanslı olguların MMT skoru dağılımı	78



ÇİZELGELER DİZİNİ

<u>Çizelge</u>	<u>Sayfa</u>
2.1. TMK'ya göre vesayeti gerektiren haller	8
2.2. Standartize Mini Mental Test	13
2.3. Standardize Mini Mental Test (SMMT) Uygulama Kılavuzu	14-15
2.4. Hukuki Ehliyeti Değerlendirme Formu (HEDEF)	16-17
2.5. Zeka katsayısı (IQ) puanına göre klinik sınıflandırma	29
4.1. Kısıtlanmasının uygun olup olmayacağının değerlendirilmesi istemiyle gönderilen olguların yaş gruplarına göre dağılımı (n=461)	37
4.2. Kısıtlanmasının uygun olup olmayacağının değerlendirilmesi istemiyle gönderilen olguların eğitim durumlarına göre dağılımı (n=461)	37
4.3. Kısıtlanmasının uygun olup olmayacağının değerlendirilmesi istemiyle gönderilen olguların sosyodemografik özelliklerinin dağılımı (n=461)	38-39
4.4. Kısıtlanma durumunun değerlendirilmesi istemiyle rapor isteyen makamların dağılımı (n=461)	40
4.5. Antalya'da kısıtlanma durumunun değerlendirilmesi için rapor isteyen makamların yerleşim yerlerine göre dağılımı (n=443)	41
4.6. Kısıtlanma durumunun değerlendirilmesi istemiyle gönderilen olguların müzekkerelerindeki kısıtlama istemi gerekçelerinin dağılımı (n=461)	41
4.7. Kısıtlanma durumunun değerlendirilmesi istemiyle gönderilen olguların anamnezlerindeki kısıtlama istemi gerekçelerinin dağılımı (n=461)	43
4.8. Kısıtlanma durumunun değerlendirilmesi istemiyle gönderilen olguların değerlendirildikleri yerlerin dağılımı (n=461)	43
4.9. Kısıtlanma durumunun değerlendirilmesi istemiyle gönderilen olguların mobilizasyon durumlarının dağılımı (n=461)	44

4.10.	Kısıtlanma durumunun değerlendirilmesi istemiyle gönderilen olguların tıbbi tanılarının dağılımı (n=461)	46-47
4.11.	Kısıtlanma durumunun değerlendirilmesi istemiyle gönderilen olgularda yaş gruplarına göre kısıtlanmasının uygun olup olmamasına göre dağılımı	50
4.12.	Kısıtlanma durumunun değerlendirilmesi istemiyle gönderilen olgularda gönderen kuruma göre kısıtlanma durumunun dağılımı	50
4.13.	Kısıtlanma durumunun değerlendirilmesi istemiyle gönderilen olgularda muayene yeri ile kısıtlanma durumunun dağılımı	51
4.14.	Kısıtlanma durumunun değerlendirilmesi istemiyle gönderilen 18-64 yaş aralığındaki olguların tıbbi tanılarının dağılımı (n=340)	55-56
4.15.	Alkol ve/veya madde kullanım bozukluğu tanısı konulan olguların alt tanılarının dağılımı (n=27)	59
4.16.	Alkol ve/veya Madde Kullanım Bozukluğu tanılı olgularda cinsiyet, eğitim, yalnız yaşama, çalışma durumu ve psikiyatrik hastalık sebebiyle yatış öyküsünün kısıtlanma kararına göre dağılımı	60
4.17.	Alkol ve/veya madde kullanım bozukluğu tanısı konan olgularda kısıtlanma durumuyla hastalık ve eğitim süresinin ilişkisi	60
4.18.	Kısıtlanma durumuyla izole alkol-madde bağımlılığı alt türü ilişkisi	61
4.19.	Kısıtlanma durumuyla Madde Kullanım Bozukluğu türü ilişkisi	61
4.20.	Bipolar Bozukluk tanısı konulan olguların bulunduğu dönemlerin dağılımı (n=27)	62
4.21.	Bipolar Bozukluk tanısı alan olgularda cinsiyet, eğitim, yalnız yaşama, çalışma durumu ve psikiyatrik hastalık sebebiyle yatış öyküsünün kısıtlanma durumuyla ilişkileri	63
4.22.	Bipolar Bozukluk tanısı konan olgularda kısıtlanma durumuyla hastalık ve eğitim süresinin ilişkisi	63

4.23.	Bipolar Bozukluk tanısı konan olgularda kısıtlanma durumuyla hastalık dönemi ilişkisi	64
4.24.	Psikotik Bozukluk tanısı konulan olguların bulunduğu dönemlerin dağılımı (n=50)	65
4.25.	Psikotik Bozukluk tanısı konulan olguların alt tanılarının dağılımı (n=50)	65
4.26.	Psikotik Bozukluk tanısı alan olgularda cinsiyet, eğitim, yalnız yaşama, çalışma durumu ve psikiyatrik hastalık sebebiyle yatış öyküsünün kısıtlanma kararı ile ilişkileri	66
4.27.	Psikotik Bozukluk tanısı konan olgularda kısıtlanma durumuyla hastalık ve eğitim süresinin ilişkisi	67
4.28.	Psikotik Bozukluk tanısı konulan olgularda kısıtlanma durumuyla hastalık dönemi ilişkisi	68
4.29.	Mental Retardasyon tanılı olguların dağılımı (n=29)	69
4.30.	Mental retardasyon tanılı olgularda cinsiyet, eğitim durumu ve çalışma durumunun, seçilen yasal temsilciye göre dağılımı	70
4.31.	Mental retardasyon tanılı olguların birlikte yaşadığı kişilere ve atanan yasal temsilciye göre dağılımı	70
4.32.	Mental retardasyon tanılı olgularda atanması uygun bulunan yasal temsilci ile olguların ortalama eğitim süresinin dağılımı	71
4.33.	Mental retardasyon ağırlığının seçilen yasal temsilciye göre dağılımı	71
4.34.	18-64 yaş aralığında intrakranial kanama ve inme olgularının kısıtlanma ihtiyacına göre dağılımı	72
4.35.	Kısıtlanma durumunun değerlendirilmesi istemiyle gönderilen 65 yaş ve üstü olguların tıbbi tanılarının dağılımı (n=117)	74-75
4.36.	Demans tanısı konulan olguların evrelerinin dağılımı (n=44)	77
4.37.	Sağlıklı ve demanslı olgularda MMT skorunun ilişkisi	78
4.38.	65 yaş üstünde intrakranial kanama veya inme tanısı konulan olguların alt tanılarının dağılımı (n=18)	79
4.39.	Yaş grubuna göre travmatik İKK-İnme görülme sıklığı ilişkisi	80

4.40.	Kısıtlanma durumunun yeniden değerlendirilmesi istemiyle gönderilen olguların tıbbi tanıları (n=21)	81
4.41.	432 kapsamında gönderilen olgularda tıbbi tanıların dağılımı (n=42)	82-83
4.42.	TMK 432 kapsamında değerlendirme için yönlendirilen olgularda cinsiyet, eğitim durumu, yalnız yaşama durumu, çalışma durumu, medeni durum ve psikiyatrik hastalık sebebiyle yatış öyküsünün zorla yatırılma durumu dağılımı	83-84
4.43.	Zorla yatırılma durumuyla eğitim süresinin ilişkisi	84



1. GİRİŞ VE AMAÇ

Vesayet, velayet altında bulunmayan küçüklerin ve istisnai olarak velayet altına alınmamış bazı erginlerin korunması amacıyla kabul edilen bir hukuki kurumdur. Bu hukuki kurum sayesinde, kişisel ve mali menfaatlerini koruma gücünden yoksun olan küçüklerin ve ergin oldukları halde, velayet altına alınmamış, ancak özel bakım gerektiren kişilerin bakımı ve hukuki temsili, vesayet makamı (Sulh Hukuk Mahkemesi) ile denetim makamının (Asliye Hukuk Mahkemesi) gözetiminde olan “gerçek kişilerce” sağlanır (1).

Vesayet altına alınma şartlarını sağlayan kişiler, medeni haklarını kullanma yetkisini kısmen (kayyım, yasal danışman atanan kişiler) ya da tamamen (vasi atanan kişiler) mahkemenin tayin ettiği gerçek kişiye devreder. Yaygın olarak “vesayet altına alınma”, “kayyım atama” ve “yasal danışman/müşavir atama” olarak bilinen bu durumlar Türk Medeni Kanunu’nun (TMK) kapsamı içerisindedir. Medeni kanunumuzun “Vesayet” başlıklı üçüncü kısmının vesayet düzeni isimli birinci bölümünde ilk dört ayırımdaki 396-425. maddeler arasında vasi atanması; devamında beşinci ayırımdaki 426-431. maddeler arasında kayyım ve yasal danışman atanması açıklanmıştır. (1; 2; 3; 4).

Vesayet altına alınma şartlarını sağlayan ve sağlamayan kişilerin ayrımı adli tıbbın konuları arasındadır. Vasi tayini kararı verebilmek için kişinin Medeni Kanunumuzdaki 404, 405, 406, 407 veya 408. maddelerinden en az bir tanesine uyan durumunun olması gerekir. Kısıtlanması için yeterli sebep bulunmamakla beraber korunması amacıyla kişilere Medeni Kanunumuzun 429. maddesine göre yasal danışman atanabilir. Akıl hastalığı veya zayıflığı bulunması ise kişinin vesayet altına alınarak medeni haklarının kısıtlanabilmesi için tek başına yeterli değildir, ayrıca hastalığı nedeniyle işlerini göremez halde olması, korunması ve bakımı için kendisine sürekli yardım gerekmesi veya başkalarının güvenliğini tehlikeye sokacak şekilde davranıyor olması gerekir. Bu şartların geçerli olmadığı durumlarda, ciddi bir akıl hastalığı söz konusu olsa bile vesayet kararı verilmeyebilir. Ancak demans ve şizofreni gibi kişinin tüm melekelerinde zaman içinde yıkım oluşturabilen veya gerçeklikle

ilişkinin ağır derecelerde bozulduğu hallerde tedaviye iyi yanıt alınmıyor olsa da kandırılması, aldatılması, dolandırılma ihtimalinin yüksekliği ve işlerini yönetebilmede önemli sorunlar yaşama olasılığının bulunması, vesayeti gerekli kılabilir (2; 3; 4; 5; 6; 7).

Medeni hakların kısıtlanması taleplerine sıklıkla geriatrik yaş grubunda rastlanmaktadır, çünkü yaşlı nüfusta birçok fiziki ve mental rahatsızlıklara rastlanmakta ve bu durumlar kişilerin hukuki ehliyetini kullanmasını etkilemektedir. Bunun yanı sıra geriatrik olmayan nüfusta da hukuki ehliyetin (medeni ehliyet) değerlendirilmesine ihtiyaç duyulmaktadır. Hukuki ehliyetin değerlendirildiği çalışmalar içerisinde; 18-65 yaş aralığının incelendiği bir çalışmada en sık saptanan kısıtlanma sebebi zeka geriliği iken, 65 yaş üzerindeki olguların incelendiği bir çalışmada en sık saptanan kısıtlanma sebebinin demans olduğu, başvuran tüm yaş gruplarının incelendiği bir çalışmada ise en sık saptanan kısıtlanma sebeplerinin sırasıyla demans, zeka geriliği, organik mental bozukluk ve psikotik bozukluk (şizofreni ve şizoaffektif bozukluk) olduğu ortaya konmuştur (8; 9; 10).

Kısıtlanmayı gerektirecek durumda olan kişiler için medeni hakların kısmen (yasal danışman, kayyım) veya tamamen (vasi) kaldırılması, kişilerin medeni haklarını güvence altına almakta ve hastalık sebebiyle kişinin iyice muhakeme etmeden kalkışabileceği ve olumsuz sonlanarak istismar edilmesine neden olacak eylemlere karşı korunmasını sağlamaktadır. Vesayeti gerektirecek durum ortadan kalktığı veya kişi iyileştiği zaman, Medeni Kanunumuzun 470, 471, 472, 474, 475 ve 476. maddelerine göre kısıtlanma ortadan kaldırılabilir.

Medeni Kanunumuzun 432. maddesine göre ergin bir kişi akıl hastalığı, akıl zayıflığı, alkol veya uyuşturucu madde bağımlılığı, ağır tehlike arz eden bulaşıcı hastalık veya serserilik sebeplerinden biriyle toplum için tehlike oluşturuyorsa ve kişisel korunması başka şekilde sağlanamıyorsa tedavisi, eğitimi veya ıslahı için elverişli bir kuruma yerleştirilebilir veya alıkonulabilir.

Mevcut bilgiler ışığında bu çalışmada; 2016-2020 yılları arasında Adli Tıp Anabilim Dalı Polikliniğine, Adli Makamlar (mahkeme ve savcılık) tarafından medeni haklarının kısıtlanması istemiyle rapor düzenlenmesi veya daha önceden verilmiş kısıtlanma kararının yeniden değerlendirilmesi istenen

ya da Türk Medeni Kanunu'nun 432. maddesi kapsamında koruma amacıyla özgürlüğünün kısıtlanmasının gerekli olup olmadığı sorulan olguların özellikleri hakkında veri elde etmek, bu verileri daha önce yapılan çalışmalarla karşılaştırmak, adli tıp açısından üzerinde durulması gereken noktalara dikkat çekerek adalet işleyişine destek olabilmek amaçlanmıştır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Adli Tıp ve Adli Psikiyatri

Adli tıp, hukukun ilgi alanına giren, hekimlik ve hekimlerle ilgili yasal konuları ele alan, yargılamanın amacı olan maddi gerçeğe ulaşmak için soruşturma ve kovuşturma makamlarınca başvurulmuş bir tıp disiplini olarak doğmuş ve gelişmiştir.

Adli psikiyatri ise, psikiyatri, çocuk ve ergen psikiyatrisi, nöroloji disiplinleri başta olmak üzere “gerçeği değerlendirme yetisi”ni etkileyen diğer klinik tablolar da dahil yasal çerçevede ele alınan konuları değerlendiren, yargılama sürecinde bu konularla ilgili sorulara bilirkişilik yoluyla yanıt aranan disiplinler arası bir alandır. Bu alanın sınırları, sözü edilen disiplinlerin yanısıra yasal konular tarafından da belirlenmektedir. Adli psikiyatri, uygulamada adli tıp ve psikiyatrinin konusu olarak algılanmakta ve ağırlıklı olarak bu iki disiplinin ortak ve yan dalları olarak değerlendirilmektedir(6; 11).

Türkiye’de adli tıp ve ruh sağlığı 1900’lu yıllarının başında birlikte ele alınan bir alan olarak dikkat çekmiştir. 1926 yılında kabul edilen “Tıbbi Adli Müessesesi Kanunu” ile Adli Tıp Müessesesi oluşturulmuş, bu kurumda iki yıl staj gören hekimler ihtisas kanunu gereğince “Tıbbi Adli ve Ruhiye Uzmanı” ünvanını almıştır. Bu uzmanlar 1960’lı yıllara kadar çalışmış, psikiyatrinin nöropsikiyatriden ayrılması ve adli tıp uzmanlığının tanımlanmasıyla birbirlerinden ayrılmıştır (3; 6).

Günümüzde adli tıp uzmanlık eğitimi tıp fakültelerinin adli tıp anabilim dalları ve Adli Tıp Kurumu tarafından verilmekte olup ihtisas süresi 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatların Tarzı İcrasına Sair Kanun’un ek 1 numaralı çizelgesine göre 4 yıldır (12). 05.03.2019 tarihli Tıpta Uzmanlık Kurulu Adli Tıp Uzmanlığı Çekirdek Eğitim Müfredatı’na göre tıbbi patoloji, çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları ve ruh sağlığı ve hastalıkları dallarında da rotasyonları vardır (13). Başlangıçta tek bir uzmanlık olan adli tıp ve psikiyatri, birbirlerinden ayrılmış olsalarda, adli tıp eğitiminde ihtiyaç duyulan rotasyonlara bakıldığında birbiri içine geçen konuların olduğu ve bir bütünün parçalarını temsil ettiği anlaşılan disiplinlerdir.

Adli tıp ve psikiyatrinin yan dalı olarak kabul edilebilecek adli psikiyatri genelde ceza hukuku ve medeni hukuka ait konular ile ilgilenmektedir. Ülkemizde ceza hukuku ile ilgili kurallar Türk Ceza Kanunu (TCK), medeni hukuk ile ilgili kurallar Türk Medeni Kanunu (TMK) ile belirlenmiştir.

Ceza hukuku ile ilgili adli psikiyatrinin ilgilendiği konular arasında; çocuk ve ergenlerde (TCK Madde 31), sağır ve dilsizlerde (TCK Madde 33), yetişkinlerde (TCK Madde 32), tıbbi durumlara bağlı geçici nedenlerle veya alkol-madde etkisi altında olma (TCK Madde 34) nedeniyle ceza sorumluluğu değerlendirilmesi ve uygulanacak güvenlik tedbirleri (TCK Madde 57); kişilerin uyuşturucu madde kullanıp kullanmadığı, kullanıyorsa tedavi gerektirip gerektirmediği, yakalanan madde niteliğine göre kullanıcı-satıcı ayrımı, uygulanacak denetimli serbestliğin süresi (TCK Madde 191); vücut dokunulmazlığına karşı işlenen suçlar (TCK Madde 86-89), işkence ve eziyet suçları (TCK Madde 94-96) ve cinsel dokunulmazlığa karşı işlenen suçlar (TCK 102-105) sayılabilir (14; 15).

Medeni hukuk ile ilgili konular arasında ise kişilerin fiil ehliyetinin olup-olmadığının tespiti, medeni hakların tamamen veya kısmen kısıtlanması (vesayet, yasal danışmanlık ve kayyım); evlilik, boşanma ve evliliğin geçersiz sayılması (evliliğin butlanı); cinsiyet değişimleri taleplerinin değerlendirilmesi sayılabilir (14; 15).

Araştırmanın konusu, adli psikiyatrinin medeni hukuk kapsamındaki konularından medeni hakların kısıtlanması veya mevcut kısıtlanmanın kaldırılmasıyla ilgili olduğundan, medeni hukukun tanımını yapmak anlamlı olacaktır. Medeni hukuk, yürürlükteki hukuk kurallarından, bireylerin kişisel durumlarını, ailevi ilişkilerini, mallar üzerindeki yetkilerini, ölümlerinden sonra miraslarının akıbetini ve diğer şahıslarla olan borç ilişkilerini düzenleyen hukuk dalı olarak tarif edilmektedir (16; 17). Bu tarife göre medeni hukuk; kişiler hukuku (TMK Birinci Kitap), aile hukuku (TMK İkinci Kitap), miras hukuku (TMK Üçüncü Kitap), eşya hukuku (TMK Dördüncü Kitap) ve borçlar hukuku olmak üzere bölümlere ayrılmaktadır. Borçlar hukuku, ayrı bir kanun olan Borçlar Kanunu ile düzenlenmiş olmasına rağmen, TMK'nın tamamlayıcısı olarak kabul edilmektedir (16).

Çalışmamızın konusu medeni kanun kapsamında, kısıtlanması veya mevcut kısıtlanmanın kaldırılması istemiyle tarafımıza yönlendirilen olguların değerlendirilmesi olmakla beraber; anlam bütünlüğü oluşturarak daha kolay anlaşılabilir hale gelebilmesi için öncelikle TMK'nın konumuzla ilgili bölümlerinde değinmek yerinde olacaktır.

2.2. Kişi ve Kişilik Kavramları, Kişiliğin Başlangıcı ve Sona Ermesi

Hukuk dilinde “kişi”, borç altına girebilen ve haklara sahip olabilen varlıkları ifade eder (17). Bu anlamı nedeniyle modern hukukta “kişi” terimi aynı zamanda “hak ehliyeti” terimini de kapsar. TMK bu hususta, gerçek ve tüzel kişiler olmak üzere iki ayrıma gitmiştir; gerçek kişilerden insanlar anlaşılmalıdır, tüzel kişiler ise “kendilerine başlı başına kişilik tanınmış, belli bir amaca yönelmiş kişi ya da mal topluluğu” olarak tanımlanır (16; 18).

Kişilik; “gerçek kişilerin doğumlarından ölümüne kadar, tüzel kişilerin ise hak ehliyetini kazandıkları andan sona ermelerine kadar kişi olmaları nedeniyle ayrılmaz bir biçimde sahip oldukları, hukuken korunan değerlerin bütünü” olarak tarif edilebilir (19).

TMK madde 28 fıkra (f) 1 uyarınca, “Kişilik, çocuğun sağ olarak tamamıyla doğduğu anda başlar ve ölümle sona erer”. Ayrıca kişilik ölüm dışında gaiplik ile de son bulabilir. TMK madde 32 f. 1 uyarınca, “Ölüm tehlikesi içinde kaybolan veya kendisinden uzun zamandan beri haber alınamayan bir kimsenin ölümü hakkında kuvvetli olasılık varsa, hakları bu ölüme bağlı olanların başvurusu üzerine mahkeme bu kişinin gaipliğine karar verebilir”.

2.3. Hak Ehliyeti ve Fiil Ehliyeti

Hukukta hak sahibi olan varlıklara “kişi” dendiği bir önceki başlıkta belirtilmiştir. TMK madde 8 f. 1’de: “Her insanın hak ehliyeti vardır”; f. 2’de: “Buna göre bütün insanlar, hukuk düzeninin sınırları içinde, haklara ve borçlara ehil olmada eşittirler” diye belirtilmiştir. Özetle doğan her insan hak ehliyetine sahiptir ve bunun için herhangi bir şey yapmasına gerek yoktur.

Fiil ehliyeti ile ilgili kavramlar TMK 9-16. maddeleri arasında düzenlenmiştir. Her insan sadece doğmakla hak ehliyetine sahip olmasına karşın

fiil ehliyetine sahip değildir; fiil ehliyeti doğumla değil, sonradan -kanunun aradığı bazı şartların oluşması ile- kazanılan bir ehliyettir. Herkes kanunun aradığı bu şartlara sahip olamayacağı için hak ehliyetinin temelinde bulunan eşitlik ilkesi fiil ehliyeti açısından geçerli değildir (16). Özet olarak; fiil ehliyetine sahip tüm kişiler hak ehliyetine de sahipken, hak ehliyetine sahip tüm kişiler fiil ehliyetine sahip olamayabilir.

Fiil ehliyetinin olması için gereken şartlar TMK madde 10'da: "Ayırt etme gücüne sahip ve kısıtlı olmayan her ergin kişinin fiil ehliyeti vardır" ve TMK madde 14'de: "Ayırt etme gücü bulunmayanların, küçüklerin ve kısıtlıların fiil ehliyeti yoktur" şeklinde belirtilmiştir. Yani bir kişinin tam bir fiil ehliyetine sahip olması için 3 şart vardır. Bunlar;

Ergin Olmak: TMK madde 11 f. 1'de: "Erginlik onsekiz yaşın doldurulmasıyla başlar"; f. 2'de: "Evlenme kişiyi ergin kılar", TMK madde 12'de: "Onbeş yaşını dolduran küçük, kendi isteği ve velisinin rızasıyla mahkemece ergin kılınabilir" denilerek ergin olmanın koşulları belirtilmiştir.

Ayırt Etme Gücüne Sahip Olmak: TMK madde 13'de: "Yaşının küçüklüğü yüzünden veya akıl hastalığı, akıl zayıflığı, sarhoşluk ya da bunlara benzer sebeplerden biriyle akla uygun biçimde davranma yeteneğinden yoksun olmayan herkes, bu kanuna göre ayırt etme gücüne sahiptir" diye belirtilmiştir.

Ayırt etme gücü fiil ehliyetinin üç şartı içinde en önemlisidir; ayırt etme gücüne sahip olmayan bir kişi "tam ehliyetsizdir", aynı şekilde ayırt etme gücü oldukça o kişi tam ehliyetsiz sayılamaz (16; 20). Başka bir ifadeyle kişi ayırt etme gücüne sahipse, ergin olmasa da kısıtlansa dahi kendi fiilleri ile lehine ve aleyhine bazı hakları edinme ve borç altına girebilme ehliyetine sahiptir; ayırt etme gücüne sahip olmayan kişiler ise ergin olsalar veya kısıtlı olmasalarda kendi fiilleri ile hak edinemez ve borç altına giremezler (21). TMK madde 13'de belirtildiği üzere ayırt etme gücünün olmaması için yaş küçüklüğü, akıl hastalığı, akıl zayıflığı, sarhoşluk ya da bunlara benzer sebeplerin tek başına olması yeterli değildir. Bu sebepler nedeniyle kişinin akla uygun davranma yeteneğinden de yoksun olması gerekir. Daha özet bir ifadeyle adli tıp açısından kişide akıl hastalığı-akıl zayıflığı olarak değerlendirilen tıbbi tanının tek başına var olması ayırt etme gücünü ve dolayısıyla fiil ehliyetini değerlendirmek için yeterli değildir, klinik

değerlendirmede bu klinik durumun akla uygun davranma yeteneğini etkileyip etkilemediğine de cevap verilmesi gerekir.

Kısıtlı Olmamak: Kısıtlanma, TMK 404-408. maddelerde yazan sebeplerden birinden ötürü kişilerin fiil ehliyetlerinin sınırlandırılmasıdır. TMK 404 küçüklerin, TMK 405-408 arasındaki maddeler erginlerin kısıtlanmasıyla ilgili maddelerdir (Çizelge 2.1). Kısıtlanma kararı, kısıtlanması söz konusu olan kişinin kişisel özgürlükleri bakımından ağır sonuçları olan bir önlem olduğu için ancak kanunda sınırlı olan sebeplerin varlığı halinde verilebilir; kanunda sayılan haller dışında herhangi bir gerekçe ile kısıtlama kararı verilemez (22). Kısıtlama ile ilgili maddelerden TMK 408 kısıtlanmak istenen kişinin talebiyle gerçekleşirken, diğer maddeler talebe gerek olmaksızın yetkili mahkemenin kısıtlanma sebebinden haberdar olunca kendiliğinden harekete geçmesiyle (re'sen) uygulanır (16).

Çizelge 2.1. TMK'ya göre vesayeti gerektiren haller

TMK 404:	Velâyet altında bulunmayan her küçük vesayet altına alınır. Görevlerini yaparlarken vesayeti gerektiren böyle bir hâlin varlığını öğrenen nüfus memurları, idarî makamlar, noterler ve mahkemeler, bu durumu hemen yetkili vesayet makamına bildirmek zorundadırlar.
TMK 405:	Akıl hastalığı veya akıl zayıflığı sebebiyle işlerini göremeyen veya korunması ve bakımı için kendisine sürekli yardım gereken ya da başkalarının güvenliğini tehlikeye sokan her ergin kısıtlanır. Görevlerini yaparlarken vesayet altına alınmayı gerekli kılan bir durumun varlığını öğrenen idarî makamlar, noterler ve mahkemeler, bu durumu hemen yetkili vesayet makamına bildirmek zorundadırlar.
TMK 406:	Savurganlığı, alkol veya uyuşturucu madde bağımlılığı, kötü yaşama tarzı veya malvarlığını kötü yönetmesi sebebiyle kendisini veya ailesini darlık veya yoksulluğa düşürme tehlikesine yol açan ve bu yüzden devamlı korunmaya ve bakıma muhtaç olan ya da başkalarının güvenliğini tehdit eden her ergin kısıtlanır.
TMK 407:	Bir yıl veya daha uzun süreli özgürlüğü bağlayıcı bir cezaya mahkûm olan her ergin kısıtlanır. Cezayı yerine getirmekle görevli makam, böyle bir hükümlünün cezasını çekmeye başladığını, kendisine vasi atanmak üzere hemen yetkili vesayet makamına bildirmekle yükümlüdür.
TMK 408:	Yaşlılığı, engelliliği, deneyimsizliği veya ağır hastalığı sebebiyle işlerini gerektiği gibi yönetemediğini ispat eden her ergin kısıtlanmasını isteyebilir.

2.3.1. Fiil Ehliyeti Yönünden Kişilerin Ayrımı

Bir önceki başlıkta fiil ehliyetinin ergin olma, ayırt etme gücüne sahip olma ve kısıtlı olmama gibi üç şarta bağlı olduğu ve en önemli şartında ayırt etme gücünün varlığı veya yokluğu olduğu açıklanmıştır. Bu şartların bulunup bulunmama durumuna göre kişiler kendi içerisinde tam ehliyetliler, sınırlı ehliyetliler, tam ehliyetsizler ve sınırlı ehliyetsizler olarak sınıflandırılabilir (16).

Tam Ehliyetliler: Ayırt etme gücüne sahip, kısıtlı olmayan ergin kişiler olup fiil ehliyetleri tamdır. Bu kişiler kimsenin izni olmaksızın her türlü hukuki işlemi gerçekleştirebilir, kendi fiilleri ile hak kazanabilir ve borç altına girebilirler. Hukuka aykırı (haksız) fiilleriyle neden oldukları dâhil olmak üzere, verdikleri her türlü zarardan sorumludurlar. Bizzat dava açabilecekleri gibi, kendilerine karşı açılmış davalarda da taraf olarak tüm işlemleri kendileri yapabilirler (23; 24).

Sınırlı Ehliyetliler: Kendilerine TMK madde 429 kapsamında yasal danışman atanmış kişiler bu gruptadır. Bu kişiler kural olarak fiil ehliyetine sahip olmakla beraber ehliyetleri bazı işlemler için sınırlandırılmış olup sınırlanan bu işlemleri yapabilmeleri için yasal danışmana ihtiyaçları bulunan kişilerdir (16).

TMK madde 429'a göre: "Kısıtlanması için yeterli sebep bulunmamakla beraber korunması bakımından fiil ehliyetinin sınırlandırılması gerekli görülen ergin bir kişiye aşağıdaki işlerde görüşü alınmak üzere bir yasal danışman atanır:

1. Dava açma ve sulh olma,
2. Taşınmazların alımı, satımı, rehnedilmesi ve bunlar üzerinde başka bir aynî hak kurulması,
3. Kıymetli evrakın alımı, satımı ve rehnedilmesi,
4. Olağan yönetim sınırları dışında kalan yapı işleri,
5. Ödünç verme ve alma,
6. Ana parayı alma,
7. Bağışlama,
8. Kambiyo taahhüdü altına girme,
9. Kefil olma.

Aynı koşullar altında bir kimsenin malvarlığını yönetme yetkisi, gelirlerinde dilediği gibi tasarruf hakkı saklı kalmak üzere kaldırılabilir."

Özet olarak sınırlı ehliyetliler kanunda belirtilen işlemler bakımından ehliyeti kısıtlanmış olan, fakat bunların dışında fiil ehliyeti tam olan kişilerdir (25). Ayrıca bu kişiler ayırt etme güçlerini korumaktadırlar.

Tam Ehliyetsizler: Ayırt etme gücü bulunmayan kişilerin oluşturduğu gruptur. TMK madde 15’de: “Kanunda gösterilen ayırık durumlar saklı kalmak üzere, ayırt etme gücü bulunmayan kimsenin fiilleri hukukî sonuç doğurmaz.” denilmektedir. Yani tam ehliyetsizler, kanunda belirtilen istisnalar dışında hiçbir hukuki işlemi kendileri yapamayacakları için, tüm işlemlerin onlar adına kanuni temsilci (veli ya da vasi) tarafından yapılması gerekir (26).

Sınırlı Ehliyetsizler: Ayırt etme gücüne sahip küçükler ve kısıtlıların oluşturduğu gruptur. Bu gruptakilerin, temel olarak fiil ehliyeti bulunmamakla birlikte bazı hususlarda (karşılıksız kazanma, kişiye sıkı sıkıya bağlı hakları kullanma ve haksız fiillerde) bu ehliyetsizlikleri sınırlandırılmış, yani bu hususlar bakımından ehliyetli kabul edilmişlerdir (27). TMK madde 16’da: “Ayırt etme gücüne sahip küçükler ve kısıtlılar, yasal temsilcilerinin rızası olmadıkça, kendi işlemleriyle borç altına giremezler. Karşılıksız kazanmada ve kişiye sıkı sıkıya bağlı hakları kullanmada bu rıza gerekli değildir. Ayırt etme gücüne sahip küçükler ve kısıtlılar haksız fiillerinden sorumludurlar” denilmektedir.

2.4. Hukuki Ehliyet Muayenesi

Noterlik Kanunun 72. ve Noterlik Kanunu Yönetmeliğinin 91. maddelerinde noterin işlem yapılacak kişinin temyiz yeteneği (ayırt etme gücü) hakkında şüpheye düşmesi veya bu konuda ihbar ve şikayette bulunması halinde temyiz kudretinin varlığının doktor raporu ile saptanacağı belirtilmiştir. Bunun yanında 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanunun 13. maddesinde yer alan “Bir şahsın ahvali bedeniye ve akliyesi hakkında rapor tanzimine munhasıran bu kanunla icrayı sanata salahiyeti olan tabipler mezundur” beyanı ile hukuki ehliyet hakkında rapor düzenleme yetkisi ülkemizde hekimlik yapma hakkına sahip tüm hekimlere verilmiştir.

Hukuki ehliyetin değerlendirilmesinde birçok görüş vardır. Roth ve arkadaşlarına (28; 29; 30) göre, kişi davranışlarını düzenleyebildiği, anlaşılır şekilde konuştuğu ve davrandığı, söylenenleri hatırladığı, çevre ile anlamlı

iletişim kurabildiği, giyindiği ve yasal olarak yetersiz olduğunu söylemediği sürece hukuken yeterlidir. Dinçmen'e (7; 28; 29) göre, etrafı ve kendisi ile oryantasyonu tam, etrafı ve kendisi ile ilgili, etrafında olup bitenler hakkında bilgili, kıymet ve rayiçleri bilen, akıl melekeleri yerinde, muayene ediliş nedenini bilen ve tam bir açıklıkla izah edebilen yani herhangi bir akıl hastalığı, zeka geriliği, ağır ve ciddi boyutlara varan bir kişilik bozukluğu veya nroz arazı göstermeyen, madde müptelası olmayan kişilerin hukuki ehliyetle haiz olduklarını belirtilmiştir. Lieff ve arkadaşlarına (29; 31) göre, mali konularda hukuki yeterliliğin tanımlamalarında hekimler, kişilerin mali konularla ilgili olarak varsanı, sanrı ve bilişsel işlevlerinde herhangi bir bozukluğun olup olmadığına dikkat etmelidir. Bununla ilgili olarak; yönelim (senetleri ve faturaları ödemek için zamana oryante olmalı), bellek (parasal muamele ve kararları takip etmek için tarihleri aklında tutmalı), genel bilgi, hesaplama yeteneği, yargılama alanlarına dikkat edilmelidir. Kaplan ve arkadaşlarına (28; 29; 32) göre, kişinin vasiyetini yazma konusunda da hukuki yeterliliğini değerlendirmenin önemli olduğu, bunun için yapılacak hukuki ehliyet muayenesinde kişilerin mallarının ne olduğu, niteliği, niceliği, rayiç değerini, vasiyet yapıyor olduğunu, doğal varislerinin kimler olduğunu bilmesi gerekmektedir.

Hukuki ehliyetin değerlendirilmesi için çok fazla sayıda fikir ve yöntem olsada herhangi bir kılavuz ve net ölçütler bulunmamaktadır. Bu durum hukuki ehliyet değerlendirmesinde belirsizlikler ortaya çıkarmakta ve aynı kişide hukuki ehliyetle ilgili farklı görüşlerin olmasına yol açmaktadır. Hukuki ehliyet muayenelerinde bazı testler kullanılmaktadır. Bu testler çoğunlukla hukuki ehliyeti değerlendirmek için yapılmamış olsalarda yol göstermeleri için kullanılmaktadır. Klinik pratikte kullanılan testlere örnek olarak Hukuki Ehliyeti Değerlendirme Formu (HEDEF), Mini Mental Test (MMT), Kısa Akıl Muayenesi verilebilir. Çalışmamızda kullanılması sebebiyle MMT, hukuki ehliyet muayenesine özel olarak geliştirilmiş olması sebebiyle HEDEF ayrıntısıyla açıklanacaktır.

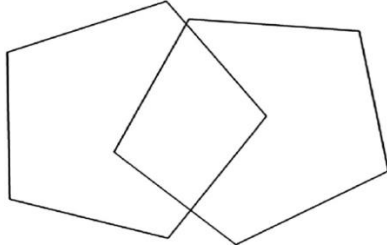
2.4.1. Mini Mental Test (MMT)

1975 yılında Folstein ve arkadaşları tarafından kognitif bozuklukların derecelendirilmesi amacıyla geliştirilmiş, 1997 yılında Molloy ve Standish tarafından uygulama farklılıklarını gidermek amacıyla standardize uygulama kılavuzu eşliğinde kullanılmaya (Standardize MMT/SMMT) başlanmıştır (33; 34; 35; 36). Testin Türkçe formu, güvenilirlik ve geçerlilik çalışmaları Güngen ve arkadaşları tarafından 2002 yılında yapılmıştır (37). MMT yönelim, kayıt hafızası, hesaplama, hatırlama ve lisan olmak üzere 5 ana başlık altında toplanmıştır ve toplam 30 puan üzerinden değerlendirilmektedir (Çizelge 2.2 ve 2.3). 25-30 puan arası normal, 20-24 puan arası hafif bilişsel bozukluk, 19 puan ve altı şiddetli bilişsel bozukluk olarak değerlendirilmektedir (33; 38; 39).

Barton ve arkadaşlarının şizofreni, diyabet ve Alzheimer hastalarında fiil ehliyetini araştırdıkları çalışmada, MMT'nin fiil ehliyetinin saptanmasında en güvenilir test olduğu belirtilmiştir (39; 40).

Çizelge 2.2. Standardize Mini Mental Test

Oryantasyon (Her soru 1 puan, toplam 10 puan)	Puan
* Hangi yıl içindeyiz?	
* Hangi mevsimdeyiz?	
* Hangi aydayız?	
* Bugün ayın kaçı?	
* Hangi gündeyiz?	
* Hangi ülkede yaşıyoruz?	
* Şu an hangi şehirde bulunmaktasınız?	
* Şu an bulunduğunuz semt neresidir?	
* Şu an bulunduğunuz bina neresidir?	
* Şu an bu binada kaçinci kattasınız?	
Kayıt Hafızası (Toplam 3 puan)	
* Size birazdan söyleyeceğim üç ismi dikkatlice dinleyip ben bitirdikten sonra tekrarlayın (Masa, Bayrak, Elbise) (20 sn. süre tanınır). Her doğru isim 1 puan	
Dikkat ve Hesap Yapma (Toplam 5 puan)	
* 100'den geriye doğru 7 çıkartarak gidin. Dur deyinceye kadar devam edin. (Her doğru işlem 1 puan: 100, 93, 86, 79, 72, 65)	
Hatırlama (Toplam 3 puan)	
* Yukarıda tekrar ettiğimiz kelimeleri tekrar söyleyin (Masa, Bayrak, Elbise) (Her kelime 1 puan)	
Lisan (Toplam 9 puan)	
* Bu gördüğünüz nesnelerin isimleri nedir? (saat, kalem) 1'er puan toplam 2 puan (20 saniye süre ver)	
* Şimdi size söyleyeceğim cümleyi dikkatle dinleyin ve ben bitirdikten sonra tekrar edin. "Eğer ve fakat istemiyorum" (10 saniye süre ver) 1 puan	
* Şimdi sizden bir şey yapmanızı isteyeceğim, beni dikkatle dinleyin ve söylediklerimi yapın. "Masada duran kağıdı elinize alın, iki elinizle ikiye katlayın ve yere bırakın lütfen." Toplam 3 puan. (30 saniye süre verin). Her doğru işlem 1 puan	
* Şimdi size bir cümle vereceğim. Okuyun ve yazıda söylenen şeyi yapın. (1 puan) – Bir kağıda "GÖZLERİNİZİ KAPATIN" yazıp hastaya gösterin-	
* Şimdi vereceğim kağıda aklınıza gelen anlamlı bir cümleyi yazın (1 puan)	
* Şimdi göstereceğim şeklin aynısını çizin (1 puan). -i. İçerisinde iki beşgen şekli gösterilir-	



Standardize MMT test sonucu (0-30):

Çizelge 2.3. Standardize Mini Mental Test (SMMT) Uygulama Kılavuzu

Başlangıç	1.Doğru kişinin test edildiğinden emin olmak üzere, kişinin isim ve soyadı sorulur. 2.Görme ve işitme için yardımcı cihazı varsa test esnasında bunların kullanılması sağlanır. 3.Testin uygulanacağı kişilere, bazı sorular sorulacağı söylenerek bilgilendirilir ve testin yapılması için izin alınır. 4.Sorular, anlaşılmadığı veya cevap vermeye teşebbüs edilmediği görüldüğünde, en fazla üç kez tekrar edilir ve yine cevap alınamazsa sözel veya fiziksel hiç bir ipucu vermeden sonraki soruya geçilir. 5.Test uygulanırken, bazı sorularda kullanılmak üzere, bir yüzünde büyük harflerle ve rahat okunabilecek biçimde yazılmış "GÖZLERİNİZİ KAPATIN" yazısı diğer yüzünde dört yanlı bir figür oluşturacak biçim de iç içe geçmiş iki beşgenin çizgili olduğu bir kağıt bulundurulmalıdır.
Uygulama	1.SMMT "Size bazı sorular sormak ve çözmeniz için bazı problemler göstermek istiyorum, lütfen elinizden gelen en iyi cevabı vermeye çalışın" sorusu ile başlar. 2.Her bir sorunun klinik tecrübeye dayanan ve kolay anlaşılır kendi özel talimatı vardır. 3.Soruların soruluş şekli görüşmeciye bırakılmamış olup, önceden belirlenmiştir. Soruların tamamen belirlenen şekliyle sorulması gereklidir. 4.Soruların yanlarında cevapların yazılabileceği ve puanlandırılabilceği boşluklar bırakılmıştır. Böylelikle toplam puan test bittikten sonra sağlanabilir. 5.Zaman sınırlaması verilen sorularda, görüşmeci talimat bitiminden itibaren süre tutar. Hızlı cevaplama telaşına kapılmayı önlemek için testin uygulandığı kişiye süre tutulduğu bildirilmez. Müsaade edilen süre aşıldığında, görüşmeci "Teşekkürler, bu kadarı yeterli" diyerek bir sonraki soruya geçer. Zaman sınırlaması, değişkenliği azaltmak, güvenilirliği arttırmak, hastanın yetersiz kaldığı sorular karşısında katastrofik reaksiyonlar geliştirmesini önleyerek sükunetini muhafaza etmek için konulmuştur. Zor bir soru üzerinde çalışıldığında; örneğin beş kenarlı figürlerin kopyasında, zaman dolduğu halde işlem sürmekteyse tamamlanması beklenilir.
Yönelim	1.Hangi günde bulunulduğu sorulduğunda, bulunulan günün bir gün öncesi ve bir gün sonrası doğru kabul edilir. Ay sorulduğunda ayın son günü ise yeni ay ve yeni ayın ilk günü ise eski ay doğru kabul edilir. Mevsimlerde hava şartlarına göre görüşmeci cevabın doğruluğunu değerlendirmelidir. 2.Bulunulan ülke, şehir, semt, bina ve kat sorulur.
Kayıt Hafızası	1.Görüşmeci hastadan 1 sn ara ile söyleyeceği 3 kelimeyi tekrar etmesini ister. 20 sn süre verilir, her doğru kelimeye 1 puan verilir, sıra ile tekrarı gerekmez. 2.Cevap verildikten sonra puanlandırılır. Yanlış veya eksik cevap verilmişse en fazla beş kez olmak üzere kelimeler tekrarlanıp testteki hatırlama bölümü için öğrenilmesi sağlanır.
Dikkat ve Hesap	100'den geriye doğru 7 çıkartılarak sayılır. Her bir doğru çıkarma işlemi için 1 puan verilir. Yanlış yapılan işlemde puan düşüldükten sonra hastaya doğru rakam söylenerek devam edilmesi istenir
Hatırlama	Kayıt hafızası bölümündeki üç kelimenin (masa, bayrak, elbise) hatırlanması istenir. Sıra önemsenmez.

Çizelge 2.3.Devam Standardize Mini Mental Test (SMMT) Uygulama Kılavuzu

Lisan Testleri	1.Kalem ve saat gösterilerek ne olduğu sorulur. Cevap için 10 sn verilir. (Toplam puan 2) 2.Yandaki cümlelerin tekrarı istenir: "Eğer ve fakat istemiyorum" 10 sn süre verilerek kelimesi kelimesine tekrara puan verilir. Cümleyi uygun biçimde telaffuz etmek için dikkat göstermek gerekir. Zira yaşlılarda görülen yüksek frekanslardaki işitme kayıplarında cümlelerin anlaşılması zor olabilir. Doğru cevap 1 puandır. (Toplam puan 1). 3.Hastanın birazdan söylenecek 3 basamaklı işlemi uygulaması istenir. Öncelikle hastanın dominant olarak kullandığı elini öğrenmek gerekir. Hastaya "Masada duran kağıdı sol/sağ (non dominant) elinizle alın, iki elinizle ikiye katlayın ve kağıdı yere bırakın lütfen" cümlesi söylenerek 30 sn süre ve her bir doğru işlem için 1 puan verilir. Bu işlem öncesinde (talimat okunmadan) kağıdın hasta tarafından alınmasına izin verilmez. Görüşmeci kağıdı hastanın uzanamayacağı bir mesafede ve kendi vücuduna göre orta hatta tutmalı, talimat verildikten sonra kağıdı hastanın ulaşabileceği alana doğru itmelidir. 4.Bir kağıda büyük harflerle ve puntolarla rahatça okunabilecek şekilde yazılmış cümle okunarak ne yazıyorsa onu yapması istenir. (Toplam puan 1) 5.Hastaya bir kağıt ve kalem vererek tam bir cümle yazması istenir. 30 saniye süre tanınır. Anlam içeren doğru bir cümle için 1 puan verilir (özne, yüklem, nesne bulunmalıdır). 6.Hastaya bir kağıt, kalem ve silgi verilerek şekli gösterilen birbiri içine geçmiş iki beşgeni kopya etmesi istenir. 1 dakika süre tanınır. Beşgenlerin kenar sayılarının tam olmasına dikkat edilir. (Toplam 1 puan)
----------------	--

2.4.2. Hukuki Ehliyeti Değerlendirme Formu (HEDEF)

Yeşim Can ve arkadaşları tarafından, kişilerin medeni haklarını kullanma ehliyetleri olup olmadığını belirlemek ve yapılan muayeneye yardımcı olması için geliştirilmiştir. Karar verme (0-3 puan), sonuçların mantıklılığı (1-3 puan), usamlama/muhakeme etme (0-3 puan) ve bilme maddeleri üzerinden değerlendirme yapılmaktadır. Bilme maddesi de kendi içerisinde anlama (0-3 puan), güncel anlama (0-3 puan) ve ayırt etme (0-3 puan) olmak üzere üç alt maddeye ayrılmaktadır (Çizelge 2.4). HEDEF toplam puanı 1 ve 18 arasında değer alabilirken; 9 ve 9'dan az olanların hukuken yetersiz, 12 ve 12'den yüksek olanların hukuken yeterli olarak saptandığı, 9-12 puan arasında olanların ise hukuki ehliyetlerinin klinik kanıya göre belirlenmesinin uygun olacağı görüşüne varıldığı belirtilmiştir (29).

Eskişehir'de 2018 yılında yapılan bir çalışma ve 2020 yılında yapılan uzmanlık tezinde 65 yaş üzerinde hukuki ehliyet değerlendirilmesi istenen olgulara HEDEF ve Mini-Mental Test birlikte uygulanmış; HEDEF ve MMT puanları arasında anlamlı bir ilişki olduğu, HEDEF için puan 9 ve daha az

olduğunda hukuki ehliyetin olmadığı, 12 ve üzerinde olduğunda hukuki ehliyetin olduğu, MMT için puan 24 ve üzerinde olduğunda çoğunlukla hukuki ehliyetin olduğu sonucuna varıldığı, uygulamada HEDEF testinin minimal testten daha anlamlı olduğu belirtilmiştir(28; 41).

Çizelge 2.4. Hukuki Ehliyeti Değerlendirme Formu (HEDEF)

Karar Verme	0 Yapılacak işlemle ilgili bir tercihte bulunması gerektiği hakkında bir düşüncesi yok,(Niçin burada olduğunu söyleyemiyor). 1 Neden ve gerekçeleri, sonuçları önemli olmaksızın yapılacak işlemle ilgili bir seçim yapması gerektiğinden haberdar, bir seçim yapabiliyor (tercihini yakınlarına bırakması, hatta doktora sorması da bir tercih sayılır) 2 Seçeneklerini ve gerekçelerini ayrıntılandıramasa da yapılacak işlemle ilgili kabaca bir seçimde bulunabiliyor, kendince kaba gerekçelerle tercih nedenlerini söyleyebiliyor. 3 Yapılacak işlemle ilgili seçeneklerini ve bunlar içinde tercihini sıralı ve gerekçeli olarak açıklayabiliyor.
Sonuçların Mantıklılığı	1 Yapılacak işlemin sonuçları hakkında hiçbir fikri yok veya vardığı sonuçlar mantıksız ya da toplumsal tavra uygun değil. 2 Yapılacak işlemin olası sonuçlarıyla ilgili mantıklı bir fikri var ama ayrıntılandıramıyor. 3 Yapılacak işlemle ilgili mantıklı bir sonuca ulaşabiliyor, bunu ayrıntılarıyla tartışabiliyor.
Uslamlama	0 Formal düşünce bozukluğu, hezeyan, varsanı, bilişsel bozukluk var (yorumlama bu bozukluklardan birine ya da birkaçına bağlı olarak zedelenmiş). 1 a- Uslamlama obsesif-kompulsif bozukluk, fobik bozukluk, panik bozukluğu vb psikiyatrik bozukluklar yüzünden eylemler sonuca ulaşamıyor. b- Somut düşünce artmış, konuşma fakir afazik(?), düşüncede sonuca ulaşmada belirgin güdük, dikkat dağınıklığı, konsantrasyon güçlüğü (aynı soruyu tekrar ettirme, sadece kararı tekrar ettirme). 2 Sonuca ulaşma ve akıl yürütme kapasitesi, prosedürün genelini kabaca göz önüne alarak, fakir içerik ve soyutlamada yetersizlikler olsa da rasyonel olarak ifade ederek sonuca ulaşıyor. 3 Yapılacak işlemin prosedürünü toplum kurallarının farkında olarak, geniş bir kelime hazinesi ve soyut düşünme, dolaylı ve deyimsele ifadeler gibi iletişim sonucuna (neden sonuç ilişkisini kolaylıkla kurarak) ulaşıyor.
Bilme a- Anlama	0 Anlama kapasitesi yok- Durumunu bilmiyor. 1 Anlama-bilme kapasitesi çok sınırlı (Bilgi çok az bilgilerle sınırlı, ya da işlemin çok yetersiz bir bölümünden haberi). 2. Yapacağı işlemin ya da içinde bulunduğu durumun yararlarının farkında, riskleri bilmiyor, göz ardı ediyor. 3 Yarar ve riskleri yeterli derecede biliyor, ayrıntılandırıyor, alternatifleri tartışıyor.
Bilme b- Güncel Anlama	0 İşbirliğine giremeyecek durumda. 1 Yapılacak işlem anlatıldığında çok azını anlayıp ifade ediyor. Çok genel ya da yineleyerek aynı şeylerden söz ediyor. 2. Ayrıntılara fazla dikkat etmiyor. 3 Yeterli ve doğru kavlıyor.

Çizelge 2.4.Devam Hukuki Ehliyeti Değerlendirme Formu (HEDEF)

Bilme c- Ayırdetme	0 Yapılacak işlemin yarar ve zararlarını ayırdedemiyor. 1 Yapılacak işlemin yarar ve zararlarını kısmen ayırdedebiliyor. 2 Yapılacak işlemin yarar ve zararlarını büyük oranda ayırdedebiliyor. 3 Yapılacak işlemin yarar ve zararlarını tam ayırdedebiliyor.
-------------------------------	--

2.5. Vesayet Organları

2.5.1. Vesayet Daireleri

TMK madde 397’ye göre: “Kamu vesayeti, vesayet makamı ve denetim makamından oluşan vesayet daireleri tarafından yürütülür. Vesayet makamı sulh hukuk mahkemesi; denetim makamı ise asliye hukuk mahkemesidir”.

Vesayet makamı olan sulh hukuk mahkemelerinin görevleri: vasi atama, vasi atanmasına kadar gerekli önlemleri alma, kayyım atama, yasal danışman atama; denetim makamı olan asliye hukuk mahkemelerinin görevi sulh hukuk mahkemesi kararlarına karşı yapılan itirazları inceleyip kesin karara bağlamak olarak sayılabilir (1). Vesayet dairelerinde kişiyi koruma ihtiyacına göre vasi, kayyım veya yasal danışman atanabilmektedir. Sağlanan korumanın türüne göre kişinin fiil ehliyeti değişebilmekte veya aynı kalabilmektedir ancak hepsinin ortak amacı kısıtlanacak kişinin korunmasını sağlamaktır (42).

2.5.2. Vasi

Vasi, vesayeti altındaki küçüğün veya kısıtlının kişiliğine özen gösterme, onu temsil etme ve malvarlığını yönetme görevlerine sahip kişidir. Vasi, yasal danışman ve kayyıma göre daha geniş haklara sahip olsada TMK madde 449 kapsamında velayet altındaki kişi adına kefil olamaz, vakıf kuramaz ve önemli bağışlar yapamaz.

- **Vasiliği Gerektiren Haller**

Ayırt etme gücünden yoksun olan “tam ehliyetsiz” kişilere veya ayırt etme gücüne sahip “sınırlı ehliyetsiz” kişilere vasi atanır. Vasiliği gerektiren haller

TMK 404-408. maddeleri arasında açıklanmıştır (Bkz. Çizelge 2.1).

TMK madde 405 f.1’de “Akıl hastalığı veya akıl zayıflığı sebebiyle işlerini göremeyen veya korunması ve bakımı için kendisine sürekli yardım gereken ya da başkalarının güvenliğini tehlikeye sokan her ergin kısıtlanır” cümlesinden kişide tek başına akıl hastalığı veya akıl zayıflığı olması durumunun kısıtlanma kararı verilebilmesi için yeterli olmadığı, bu durumdaki kişilerin “kendilerini göremeyecek durumda olmaları” veya “korunma veya bakımları için sürekli yardıma ihtiyaç duymaları” ya da “başkalarının güvenliği tehlikeye sokmaları” gerekliliklerinden en az bir tanesinin de eşlik etmesinin gerektiği anlaşılmaktadır (16; 43). Burada unutulmaması gereken nokta; akıl hastalığı veya akıl zayıflığı bulunan bir kişinin kısıtlanabilmesi için yukarıdaki üç gereklilikten birinin sağlanmasının yeterli olduğudur; bundan başka bir şarta, örneğin ayırt etme gücünün olmamasına gerek yoktur. Akıl hastalığı veya akıl zayıflığının ayırt etme gücünü ortadan kaldırıp kaldırmaması, yalnızca kısıtlanacak kişinin fiil ehliyeti yönünden tam ehliyetsiz veya sınırlı ehliyetsiz duruma gelmesini etkiler, kısıtlanma kararı üzerine etkisi yoktur (16; 22; 43). Özetle kısıtlanması istenen kişide akıl hastalığı veya akıl zayıflığı olmasına rağmen, kendilerini görebiliyor, korunma veya bakımı için sürekli yardıma ihtiyacı yoksa ya da başkalarının güvenliğini tehlikeye sokmuyorsa TMK madde 405 kapsamında kısıtlanamaz. Ayrıca TMK madde 405’de akıl hastalığı veya akıl zayıflığının açık bir tanımına yer verilmemiştir. Akıl hastalığı veya akıl zayıflığı tanımına hangi hastalıkların girdiği ve bu hastalıkların hangi evrelerinin kısıtlama gerektirip gerektirmeyeceği konusunun adli psikiyatrik değerlendirme ile aydınlatması gereklidir. Şizofreni, paranoid bozukluklar, beyin hasarları, ağır derecedeki zeka gerilikleri, demans gibi sebeplerle kişilere TMK madde 405 gereğince vasi tayini gerektiği kararı verildiği görülmektedir (44). Akıl hastalığı veya zayıflığının sınırlarını tam olarak çizmek mümkün olmadığından adli tıp uzmanlarının ilgili bölümlerden (Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, Nöroloji vb.) görüş almasının gerekli olduğu barızdır.

2.5.3. Kayyım

Belirli bir işin görülmesi ya da malvarlığının veya bir malın yönetilmesi için, ilgilinin isteği üzerine veya re’sen atanan kişidir. Kayyımın görev ve yetkileri

vasininkine göre oldukça dardır, TMK madde 458 f. 1'e göre "Bir kimseye kayyım atanması onun fiil ehliyetini etkilemez". Kayyımlığın medeni kanunumuzda temsil kayyımlığı (TMK madde 426'da düzenlenmiştir), yönetim kayyımlığı (TMK madde 427'de düzenlenmiştir) ve isteğe bağlı kayyımlık (TMK madde 428' de düzenlenmiştir) olmak üzere üç türü vardır.

2.5.4. Yasal Danışman (Kanuni Müşavir)

Kısıtlanması için yeterli sebep bulunmamakla birlikte, korunması bakımından fiil ehliyetinin sınırlandırılması gerekli görülen ergin bir kişiye TMK madde 429'da 9 bent halinde sıralanan ve yukarıda daha önce verilen iş ve işlemlerde, görüşü alınması için atanan kişidir.

• Yasal Danışmanlığı Gerektiren Haller

Vasiliği gerektiren halleri olmadığı ancak yinede korunma ihtiyacı olan, ayırt etme gücünü koruyan "sınırlı ehliyetli" kişilere atanır.

2.6. Kısıtlanma Kararı Verilmesindeki Usul

TMK madde 409 f.1'de "Bir kimse dinlenilmeden savurganlığı, alkol veya uyuşturucu madde bağımlılığı, kötü yaşama tarzı, kötü yönetimi veya isteği sebebiyle kısıtlanamaz"; f. 2'de "Akıl hastalığı veya akıl zayıflığı sebebiyle kısıtlamaya ancak resmî sağlık kurulu raporu üzerine karar verilir. Bu raporun tanzimi için gerektiğinde 436. madde hükümleri uygulanır. Hâkim, karar vermeden önce, kurul raporunu göz önünde tutarak kısıtlanması istenen kişiyi dinleyebilir" diye belirtilmektedir.

TMK madde 409 f. 2'de TMK madde 405 kapsamında; akıl hastalığı veya akıl zayıflığı olup olmadığı ve varsa akıl hastalığı veya zayıflığının kişinin kendi işlerini görüp göremeyeceği, korunması veya bakımı için sürekli yardıma gerekli olup olmadığı ya da başkalarının güvenliğini tehlikeye sokup sokmadığı hakkındaki raporun "resmi sağlık kurulu"na düzenlenmesi gerektiği ve bu rapor üzerine karar verilebileceği bildirilmiştir. Yani resmi sağlık kurulu raporu olmadan bir kişi TMK madde 405 kapsamında kısıtlanamaz. TMK 409. maddenin devamında hakim karar vermeden önce, kurul raporunu göz önünde tutarak

kısıtlanması istenen kişiyi dinleyebilir denilerek, TMK madde 405 kapsamında akıl hastalığı veya akıl zayıflığı sebebiyle kısıtlanması istenen kişinin dinlenmesi mahkeme takdirine bırakılmıştır. TMK 409 f. 1'e göre ise TMK 406 (savurganlık, alkol veya uyuşturucu madde bağımlılığı, kötü yaşama tarzı, kötü yönetim) ve 408 (istek üzerine) maddelerine göre kısıtlanmak istenen kişinin kısıtlanabilmesi için, mahkeme tarafından dinlenmesi şart koşulmuştur. Adli Tıp açısından bu konunun önemi şudur; TMK madde 405 kapsamında kısıtlanması hakkında görüş istenen kişi hakkında rapor düzenlerken kişinin vasilik ihtiyacı yanında mahkemece dinlenmesinde yarar olup olmadığı yönünde görüş bildirmek de önemlidir. Ayrıca bazı akıl hastalığı veya zayıflıklarında kısıtlanması istenen kişinin mahkeme tarafından dinlenmesi içe kapanma, hırçınlaşma, öfke krizi vb. durumlara yol açarak hastalığın klinik seyrini olumsuz etkileyebileceğinden; kişilerin dinlenmesinde sakınca bulunup bulunmadığının da raporda belirtilmesi uygun olacaktır (45).

Kısıtlanma davaları kısıtlanacak kişinin, bu kişinin yakınlarının ve üçüncü kişilerin dolayısıyla toplumun haklarını koruyarak kamu düzeninin sağlanmasını amaçladığından; adli makamların görülmekte olan bir başka dava sırasında bile taraflardan biri hakkında kısıtlanması gerektiği şeklinde bilgi alması veya bu durumu fark etmesi, bu durumu bekletici mesele yapması, ilgili kişinin vesayet altına alınmasının gerekip gerekmediği yönünde karar aldıktan sonra davaya devam etmesi uygun olacaktır (16; 46; 47). Kısıtlama davalarının önemi nedeniyle mahkeme tarafından sağlık kuruluşlarına gönderilen müzekkerede, kanundaki hangi sebeple kişinin gönderildiği, bu sevkın amacının ne olduğu belirtilmeli ve yanıt alınmak istenen sorular: iddia olunan hastalığın varlığı, derecesi, başka hastalıklar olup olmadığı, hastalığın süreklilik durumu, kendi işlerini görecektür durumda olup olmadığı, korunması ve bakımı için sürekli yardım gerekip gerekmediği, başkalarının güvenliğini tehlikeye sokup sokmadığı, müşahade altına alınmasının zorunlu olup olmadığı, mahkemece dinlenmesinde yarar olup olmadığı, durum, yaş, mekan-zaman oriyantasyonları, bellek yapısı, zihinsel işlevleri, fiziksel vaziyeti ve diğer tüm bulguları değerlendirildiğinde kısıtlanmasının uygun olup olmayacağı, kendisine vasi veya kayyım ya da yasal danışman atanmasının gerekip gerekmediği hususları açık ve net olarak

sorulmalıdır (44). Raporlarda, müzekkerede yazan soruların hepsine, yanlış anlaşılmaya yol açmayacak ve muğlak ifadeler içermeyecek şekilde cevap verilmelidir. Bu sayede gerçekten kısıtlanması gereken kişiler kısıtlanarak kamu düzeninin korunması sağlanırken, kısıtlama ihtiyacı olmayan kişilerin de kötü niyetli kişiler tarafından istismar edilmesi önlenmelidir.

Birbirinin devamı niteliğinde olsalarda hukuki ehliyet ile ilgili raporlar herhangi bir kurum (noterler, tapu müdürlükleri, mahkemeler) tarafından istenebilir ve rapor ülkemizde hekimlik yapma hakkına sahip tüm hekimler tarafından düzenlenebilirken; kısıtlanmayla ilgili raporlar sulh hukuk mahkemesi veya bekletici mesele yapan diğer mahkemeler tarafından istenebilir ve rapor resmi sağlık kurulunca düzenlenebilir.

2.7. Kısıtlama Kararının Sona Ermesindeki Usul

2.7.1. Vesayetin Kendiliğinden Sona Ermesi

TMK madde 470. f.1'e göre "Küçük üzerindeki vesayet, onun ergin olmasıyla kendiliğinden sona erer", TMK madde 471'e göre "Özgürlüğü bağlayıcı cezaya mahkûmiyet sebebiyle kısıtlı bulunan kişi üzerindeki vesayet, hapis hâlinin sona ermesiyle kendiliğinden ortadan kalkar".Özetle vesayetin kendiliğinden sona ermesi TMK madde 404 kapsamında kısıtlanan küçükler ve TMK madde 407 kapsamında kısıtlanan erişkinler için geçerli olabilmektedir.

2.7.2. Vesayetin Mahkeme Kararıyla Sona Ermesi

Yukarıdaki iki durum dışındaki tüm kısıtlama sebeplerinde kişiler, kısıtlanma sebeplerinin ortadan kalkmasıyla hemen ve kendiliğinden kısıtlamadan çıkamazlar. Bu husustaki kararı vesayet makamının vermesi gereklidir (16; 48). Adli psikiyatrik değerlendirme, kısıtlamanın kaldırılması için de hukuken gereklidir.

TMK madde 472'ye göre "Diğer kısıtlılar üzerindeki vesayet, yetkili vesayet makamının kararıyla sona erer. Vesayeti gerektiren sebebin ortadan kalkması üzerine vesayet makamı vesayetin sona ermesine karar verir. Kısıtlı ve ilgililerden her biri, vesayetin kaldırılması isteminde bulunabilir". Yani yasal

temsilci (vasi, yasal danışman, kayyım) veya kısıtlı, vesayetin dayandığı kısıtlama sebebi ortadan kalktığında vesayet makamına kısıtlamanın kaldırılması için başvurabilir.

TMK madde 474'e göre "Akıl hastalığı veya akıl zayıflığı yüzünden kısıtlanmış olan kişi üzerindeki vesayetin kaldırılmasına, ancak kısıtlama sebebinin ortadan kalkmış olduğunun resmî sağlık kurulu raporu ile belirlenmesi hâlinde karar verilebilir". Yani TMK madde 405 kapsamında kısıtlama kararı alınırken gerekli olan sağlık kurulu raporu, kısıtlılığın kaldırılması kararında da gereklidir.

TMK madde 475'e göre "Savurganlığı, alkol veya uyuşturucu madde bağımlılığı, kötü yaşama tarzı veya malvarlığını kötü yönetmesi sebebiyle kısıtlanmış olan kişinin vesayetin kaldırılmasını isteyebilmesi, en az bir yıldan beri vesayet altına alınmasını gerektiren sebeple ilgili olarak bir şikâyet meydana vermemiş olmasına bağlıdır".

TMK madde 476'ya göre "Kendi isteğiyle kısıtlanmış olan kişi üzerindeki vesayetin kaldırılması, kısıtlamayı gerektiren sebebin ortadan kalkmasına bağlıdır".

TMK madde 477'ye göre "Temsil kayyımlığı, kayyımın yapmakla görevlendirildiği işin bitirilmesiyle sona erer. Yönetim kayyımlığı, kayyımın atanmasını gerektiren sebebin ortadan kalkması veya kayyımın görevden alınmasıyla sona erer. Yasal danışmanlık, vesayetin kaldırılmasına ilişkin hükümler uyarınca vesayet makamının kararıyla sona erer".

2.8. Koruma Amacıyla Özgürlüğün Kısıtlanması

Öncelikle TMK'da bulunan koruma amacıyla özgürlüğün kısıtlanması konusunu, TCK'nın güvenlik tedbirleriyle (örneğin TCK madde 57) karıştırmamak gerekir. TCK'da bulunan güvenlik tedbirleri, suç işlendikten sonra uygulanan ve kişinin iyileştirilmesi amacının ön planda olduğu cezai tedbirlerken; TMK'da bulunan koruma amacıyla özgürlüğün kısıtlanması kişi ve etrafı daha zarar görmeden korumaya yönelik önleyici tedbirlerdir (45).

Koruma amacıyla bir kişinin özgürlüğünün kısıtlanması ile ilgili durumlar TMK'nın 432-437. maddeleri arasında açıklanmıştır. TMK madde 432 f. 1'de

“Akıl hastalığı, akıl zayıflığı, alkol veya uyuşturucu madde bağımlılığı, ağır tehlike arzeden bulaşıcı hastalık veya serserilik sebeplerinden biriyle toplum için tehlike oluşturan her ergin kişi, kişisel korunmasının başka şekilde sağlanamaması hâlinde, tedavisi, eğitimi veya ıslahı için elverişli bir kuruma yerleştirilir veya alıkonulabilir” denilmiştir. Maddede yazılan tanıların tek başına yeterli olmadığına, bu tanılar nedeniyle kişinin toplum için tehlike oluşturması gerektiğine ve kişisel korunmasının yasal danışman, vasi atanarak sağlanamıyor olması gerektiğine dikkat etmek gerekir (49; 50).

Ülkemizde koruma amacıyla özgürlüğün kısıtlanması özellikle psikiyatrik bozukluğu olan hastaların istemsiz/zorla yatış ve tedavilerinde kullanılmaktadır. Hastaların zorla tedavi edilmesine yönelik gerekçe, hastaların hastalığı ve tedaviye gereksinimi olduğunu kabul etmemelerine bağlı olarak aydınlatılmış onam veremeyecek durumda olmalarına dayanmaktadır. Buna bağlı olarak psikiyatrik bozukluğu olan hastaların tedaviyi ret kararları dikkate alınmamakta ve hastalar gönülsüz olarak yatırılarak tedavi edilmektedir (49; 50).

Ne olursa olsun zorunlu yatış uygulanan hastanın medeni hakları ihlal edilmektedir ve dünyada bu konuda iki görüş vardır. İki görüşte de hastada psikiyatrik bozukluk tanısı konma gerekliliği (medikal endikasyon) ortaktır. İlk görüş toplumu hastanın tehlikeli olan veya olabilecek davranışlarından korumak (sosyal endikasyon) iken, ikinci görüş hastanın kendisine zarar vermesini önleyerek (vital endikasyon) tedavi gereksinimine odaklanmaktadır (49; 50). Ülkemizde ilgili kanun maddelerinden de anlaşılabileceği gibi zorla yatış ve tedavi kararında kişinin toplum için tehlike arz etme durumu (sosyal endikasyon) ön plandadır.

Ülkemizdeki yasal düzenlemeler, zorla yatırılma kararının hangi şartlarda alınacağını açıklamış olsada, bu kararın ne kadar süreceği, tedavinin uygulanmasının gerekip gerekmediği, zorla yatırılan kişilerin hakları gibi konularda bilgiler bulunmamaktadır (51). Bu eksiklikler hakkında Sağlık Bakanlığı Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (2011-2023) raporunda “Ülkemizde istemsiz yatışla ilgili yasal düzenlemeler TMK 432-437’nci maddeleriyle düzenlenmiştir. Ancak bu maddeler, toplumu ve toplum düzenini koruma bakış açısıyla düzenlendiğinden hasta hakları konusunda oldukça yetersizdir. Bu

kanunların nasıl uygulanacağı hakkında gerekli düzenlemeler olmadığından ya hiç uygulanmamakta ya da çok yetersiz uygulanmaktadır. İstemsiz yatışların büyük oranda yapıldığı ruh sağlığı ve hastalıkları hastaneleri idarecilerinin adli makamlarla kurdukları kişisel ilişkiler sonucu her hastanede ayrı bir prosedür geliştirilmiştir. Ancak uygulama standartlardan yoksun ve tamamı iyi niyete dayalı olarak yürümektedir. Bu sebeple söz konusu eylem planında; istemsiz yatışa hangi durumda, kimler tarafından karar verileceği, sürecin nasıl takip edileceği ve taburculuğun nasıl yapılacağı gibi konular hukuki olarak belirlenmelidir” denilmektedir (52).

2.9. Adli Rapor Yazımı

Kısıtlama, kısıtlamanın kaldırılması veya zorla yatırılması istemiyle gönderilen olguların adli tıp polikliniklerinde muayene ve tetkikleri yapıp, gerekli görülen farklı dallardan görüş alındıktan sonra raporlama işlemi yapılmaktadır. Bu başlık altında adli raporun tanımı yapıldıktan sonra adli rapor düzenlenirken yapılması gerekenler açıklanacaktır.

Adli raporlar; adli makamlar tarafından ya da bireysel başvuru üzerine, yaşayan adli olgularda kişilerin yaralanmalarının ağırlığının tespiti, cinsel saldırı değerlendirilmesi, cezai-hukuki ehliyet ve kısıtlanma açısından adli psikiyatrik değerlendirme, yaş tayini ve adli toksikolojik değerlendirme; ölümlü adli olgularda adli ölü muayenesi ve adli otopsi konularında düzenlenen raporlardır (53).

Adli rapor düzenleyebilmek için adli tıp uzmanı olma zorunluluğu bulunmamaktadır; Türkiye Cumhuriyeti’nde hekimlik yapma hakkı olan tüm hekimler Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun (12), Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşların Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname (54), Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Kanunu (55), Ceza Muhakemesi Kanunu ve Hukuk Muhakemeleri Kanunu’nun bilirkişilik ile ilgili hükümleri ve Bilirkişilik Kanunu (56; 57; 58), Bilirkişilik Yönetmeliği (59) çerçevesinde adli rapor düzenlemekle mükelleftir (53).

Adli raporlar temel olarak giriş, bulgular ve sonuç kısımlarından oluşmaktadır. Giriş kısmında; hakkında rapor istenen kişinin kimlik bilgileri ve

ilgili adli makam tarafından ya da bireysel başvuru üzerine sorulan sorular belirtilir. Bulgular kısmında; dava dosyasındaki tanık ve sanık ifadeleri, mevcutsa kişi hakkında önceden düzenlenmiş tıbbi ve adli raporlar, kişi hakkında farklı bölümlerden görüş istendiyse raporları, anamnez-muayene ve tetkik bulguları özetlenir. Sonuç kısmında; sorulan sorulara mutlaka cevap verilmeli, sorulmamış olmakla birlikte adli soruşturmanın boyutunu değiştirebilecek durumlar da rapora yazılmalıdır (15; 60). Örnek vermek gerekirse, mahkeme tarafından yalnızca vasi ihtiyacı sorulan bir kişiye medeni haklarını daha az sınırlayan yasal danışman atanması yeterli görülmesine rağmen müzekkerede sorulmaması nedeniyle bu görüşü belirtmemek; kişinin hiç yasal temsilci ihtiyacı yok gibi anlaşılabileceğinden hak kayıplarına yol açabilecektir.

2.10. Kısıtlanma Durumu Sorulan Olgularda Sık Görülen Tıbbi Tanılar

Çalışmalar belli yaş gruplarında belli hastalıklar nedeniyle kısıtlanma kararının daha sık verildiğini ortaya koymaktadır. Bu nedenle kısıtlanma kararı verilen olgularda en sık karşılaşılan hastalıklar aşağıda verilmiştir.

2.10.1. Alkol ve/veya Madde Kullanım Bozukluğu

Alkol ve/veya madde kullanımı dünyanın her yerinde ciddi bir halk sağlığı problemidir. Birleşmiş Milletler Uyuşturucu ve Suç Ofisi (UNODC)'nde bu konuyla ilgili veriler, dünyadaki yetişkin nüfusun yüzde 5'inin 2015'te en az bir kez madde kullandığını belirtmektedir. Daha da vahim olan ise, bu madde kullanıcılarının yaklaşık 29,5 milyonunun (dünyadaki yetişkin nüfusun binde altısı) madde kullanım bozukluklarından etkilenmesidir (61; 62; 63). Toplumda bu denli sık görülen bir tablonun bu tezin konuları içinde yer bulması şaşırtıcı değildir.

Bağımlılık, iyileşme ve alevlenme dönemlerinin görüldüğü kronik bir hastalıktır. Bağımlılıkta tütün, alkol, ilaçlar, uyuşturucu ve uyarıcı maddeler ilk olarak akla gelse de; kumar, oyun, yeme gibi davranış ve durumların da bağımlılığı olabilir. Amerikan Psikiyatri Birliği'nin (APA) Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Sınıflandırma El Kitabının (Diagnostic and Statistical Manual

of Mental Disorders) beşinci baskısında (DSM V) bağımlılıkla ilgili bozukluklar “Madde İle İlişkili Bozukluklar Ve Bağımlılık Bozuklukları” başlığında incelenmektedir. Madde ile ilişkili bozukluklar ise “Madde Kullanım Bozuklukları” ve “Maddenin Yol Açtığı Bozukluklar” olarak ikiye ayrılır. Bu başlıklardaki maddenin tanımı ise; alkol, kafein, kannabis, halüsinojenler, uçucular, opiyatlar, sedatif-hipnotik ve anksiyolitikler, uyarıcılar, tütün ve diğer maddeler gruplarının toplamıdır(61; 64; 65).

“Madde kullanım bozuklukları”nın tanı ölçütlerinden en az iki tanesinin 12 aylık dönem içerisinde klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ve işlevsellikte bozulmaya yol açmasıyla tanı konur. Hastalık süreci geliştikten sonra 3-12 ay süresince tanı ölçütlerini karşılamama (madde isteği dışında) durumu “erken remisyon”, 12 aydan uzun süre tanı ölçütlerini karşılamama (madde isteği dışında) durumu “kalıcı remisyon” olarak adlandırılır. Madde kullanım bozukluklarının doğası gereği madde kullanımının yinelenmesi sık görülmektedir. Bir düzelme dönemi sonrası tek tük madde kullanımı olmasına “kayma (laps)”, kayma sonrası süregiden madde kullanma davranışı ile hastalık belirtilerinin tekrarlamasına “nüks (relaps)” denir (61).

Nüks durumunun bu hastalıkta sık görülmesi nedeniyle müzekkerede sorulmasa bile düzenlenecek raporlarda; raporun geçerlilik süresinin kişiden kişiye değişebileceği ve gerekli hallerde TMK madde 432 kapsamında koruma amacıyla özgürlüğün kısıtlanması gerekebileceği hakkında görüş belirtmek uygun olacaktır.

2.10.2. Bipolar Bozukluk

Bipolar bozukluk klasik tanımıyla depresif ve manik ya da hipomanik dönemlerin olduğu, dönemler arası tamamen normal (ötimik dönem) olan ya da minimal belirti düzeyleriyle beraber olduğu düşünülen, yüksek mortalite, morbidite ve hemen her alanda işlev kaybına yol açtığı bilinen ciddi bir ruhsal bozukluktur (65).

Her hastada hastalığın başlangıç şeklinin, seyrinin, tedaviye cevabının çok karmaşık ve tam olarak anlaşılamayan çok boyutlu süreçlerle bağlantılı olması nedeniyle bipolar bozukluğu klasik tanımda ifade edilen homojen bir hastalıktan

ziyade heterojen bir spektrum olarak kabul etmek daha doğru olabilir. Bipolar bozukluğun geçmişte yaşam boyu görülme sıklığı %1 oranında varsayılırken, son yıllarda heterojen bir spektrum olarak düşünüldüğünde görülme sıklığının %5 civarında olduğu tahmin edilmektedir (66; 67; 68). Bipolar bozuklukta atak döneminden sonra bir yıl içinde yinleme ihtimalinin %50'ye, dört yıl içinde %70'e ve beş yıl içinde %90'lara çıkabileceği bildirilmiştir (69). Bu durum psikiyatristler için hastalık dönemlerini önleme ve koruyucu tedaviler açısından önemliyken; adli tıp uzmanları açısından bipolar bozukluğu olan hastalara düzenlenen raporların geçerlilik süreleri açısından önemlidir.

Bipolar bozukluğa sahip hastaların yaklaşık %25-50'si yaşamlarında bir kez özkıym girişiminde bulunmakta ve %10-20'si de özkıym girişimi sonucunda ölmektedir (70; 71). Bu oranların yüksekliği kısıtlanma istemiyle gönderilen olgularda TMK madde 432 kapsamında koruma amacıyla özgürlüğün kısıtlanmasının da düşünülmesi gerekliliğini ortaya koymaktadır.

DSM-IV'te duygudurum bozuklukları içinde yer alan bipolar bozukluk, 2013 yılında tanımlanan DSM-V'te "bipolar ve ilişkili bozukluklar" olarak ele alınmıştır (72). Bipolar hastalığın tanısı için major depreseif dönem, manik dönem ve hipomanik dönem için ayrı ayrı tanı ölçütleri bulunmaktadır.

2.10.3. Şizofreni, Şizoaffektif Bozukluk ve Diğer Psikotik Bozukluklar (Psikotik Bozukluklar/Psikozlar)

Psikotik bozukluk; sanrı, varsanı, uygunsuz konuşma-davranış gibi algı, düşünce ve davranışla ilgili alanlarda çeşitli belirtilere neden olan, kişiyi sosyal ortamdan uzaklaştıran ruhsal bir bozukluktur. Ayrıca bu hastalıkta ağır derecede yeti yitimi ve bilişsel yıkım da görülür. Psikotik bozukluk grubu hastalıkların yaşam boyu görülme sıklığı %1-1,4 arasında değişmektedir. Psikiyatrik hastalıklar içerisinde yatarak tedavi gören hasta grubunun büyük çoğunluğunu bu tanı grubundaki hastalar oluşturur. Ülkemizde psikiyatri klinikleriyle ilgili yapılan çalışmalarda, yatarak tedavi gören hastaların %27-37 arasında psikotik bozukluk tanıli hastalardan oluştuğu görülmüştür. Psikotik bozuklukta özkıym girişimi %25 iken, 20 hastadan birinin hayatını özkıymıyla sonlandırdığı bilinmektedir. Bu durum içgörü eksikliği veya kayıpla gidebilen, özkıym veya çevreye zarar

verebilmeye sonuçlanabilen bu hastalık grubunda TMK madde 432 kapsamında koruma amacıyla özgürlüğünün kısıtlanarak zorla yatış kararı verilmesinin önemini göstermektedir (73-78).

Psikotik bozukluklar, klinik özellikleri, etiyolojisi, hastalığın seyri gibi faktörlere göre; şizofreni, şizoaffektif bozukluk, şizofreniform bozukluk, kısa psikotik bozukluk, sanrısız bozukluk, madde kullanımına bağlı psikotik bozukluk, genel tıbbi duruma bağlı psikotik bozukluk ve başka türlü adlandırılmayan (BTA) psikotik bozukluk olmak üzere sınıflandırılırlar (73). Bu çalışmada şizofreni, şizoaffektif bozukluk ve geriye kalan tüm sınıflar diğer psikotik bozukluklar olarak 3 grupta incelenmiş; ayrıca hastalar akut psikotik dönem ve remisyon dönemi olarak 2 alt gruba ayrılmıştır.

2.10.4. Mental Retardasyon (MR)

Mental retardasyon prenatal, perinatal veya postnatal gelişim dönemlerinde ortaya çıkan, çevreye uyum ve davranışlardaki bozulma ile birlikte olan, genel zihinsel fonksiyonların ortalamanın anlamlı derece altında olması olarak tanımlanabilir. Mental retardasyonlu bireyler genel toplumun %1-3'ünü oluşturur. Mental retardasyon görülme sıklığı erkeklerde kadınlara oranla biraz daha fazla olup bu oran 1,3/1-1,9/1 arasında değişmektedir. Kaynaklar bu durumu Frajil X sendromunda olduğu gibi X'e bağlı resesif geçişli hastalıklarla açıklamaktadır (79; 80; 81; 82).

Zihinsel yetenekler toplumda en yüksekten en düşüğe doğru devamlılık gösterdiğinden mental retardasyonlu olguları normal gruptan ayırt etmek zordur. Bu sebeple kişinin bulunduğu kültürde geçerlilik ve güvenilirliği olan, yaşına uygun IQ (Intelligence quotient-zeka katsayısı) testleriyle ayırım yapılmaya çalışılır. Zeka katsayısı puanında normal ortalama 90-110 arasında kabul edilmektedir; bu ortalamanın 2 standart sapma altı ($IQ < 70$) mental retardasyon olarak değerlendirilir. Normal zeka grubu ile mental retardasyon grubu arasında donuk normal zeka ve sınır zeka geriliği grupları vardır (Çizelge 2.5).

Çizelge 2.5. Zeka katsayısı (IQ) puanına göre klinik sınıflandırma

Klinik Sınıflama		Zeka Katsayısı (IQ) Puanı
Normal Zeka		90-110
Donuk Normal Zeka		80-89
Sınır Zeka Geriliği		70-79
Mental Retardasyon(MR)	Hafif MR/Yukarı Debil	52-69
	Orta MR/Debil	36-51
	Ağır MR/Embesil	20-35
	Çok Ağır (Derin) MR/İdiot	20'den düşük

Mental retardasyon alt gruplarının sıklığı, çalışmadan çalışmaya değişmekle birlikte; olguların %75-85'i hafif, %10'u orta, %4-5'i ağır, %2'si çok ağır (derin) düzeydedir (72; 79). Mental retardasyonun belirlenmesi ve sınıflandırılmasında IQ puanı kullanılsa da IQ testlerinin gerçek yaşam deneyimindeki akıl yürütme ya da pratik beceri kazanımlarını ölçmede yetersiz olabileceği, bu sebeple sınıflandırmada klinik yorumlamanın çok önemli olduğu akıldan çıkarılmamalıdır. Örneğin, IQ skoru 70'in üzerinde olan kişinin sosyal anlama, yargılama ve diğer uyumsal işlevlerdeki davranış sorunları, daha düşük IQ puanına sahip kişiden daha kötü olabilir (79). Bu nedenle kısıtlanma istemiyle gönderilen mental retarde olgulardakısıtlanma durumu ya da kısıtlamanın derecesi hakkında karar verirken, IQ puanı kadar kişilerin klinik tablolarını da göz önünde bulundurmak gereklidir.

Mental retardasyon tanımı 2013 yılında yayınlanan DSM-V ve 2019'da Dünya Sağlık Örgütü tarafından yayınlanan Uluslararası Hastalıkların Sınıflanlandırılmasında (ICD-11) “zihinsel yetersizlik/zihinsel gelişim bozukluğu” olarak değiştirilmiş olup derecelendirmede IQ puanı değil, günlük yaşam becerileri/uyumsal işlevler dikkate alınmaktadır (79). Ancak ülkemizde rutin uygulamada eski sınıflama yöntemlerinin kullanılmaktadır, bu nedenle çalışmamızda da bu yöntemler kullanılmıştır.

2.10.5. Demans

Demans kişinin bilişsel işlevlerinde (beynin düşünme, hatırlama, hesaplama, problem çözme) bozulmayla giden pek çok hastalık sebebiyle meydana gelebilen sendromun genel ismidir (83).

Demans sebepleri dejeneratif ve dejeneratif olmayan demanslar olarak ikiye ayrılabilir. Dejeneratif demanslara örnek olarak Alzheimer Hastalığı, Pick Hastalığı ve Diffüz Lewy Cismi Hastalığı örnek verilebilirken; non-dejeneratif demanslara toksik/metabolik bozukluklara bağlı demanslar, enfarktlara bağlı demanslar ve vaskülitlere bağlı demanslar örnek verilebilir. Ayrıca hormon bozuklukları (ör; hipotiroidizm), vitamin eksiklikleri (ör; B₁₂ eksikliği), enfeksiyöz sebepli demanslar da tedavi edilebilir ve geriye dönüşümü olan demanslara örnek olarak verilebilir (83). Alzheimer Hastalığı tüm demans olgularının %50-80'ini oluşturarak en sık görülen demans sebebidir (39; 84).

Normal yaşlanmayla ortaya çıkan bilişsel değişikliklerle demansın karıştırılmaması gerekir. Yaşlı kişiler yeni öğrendikleri isimleri hatırlamakta zorlanabilirler ancak demanstan farklı olarak sözcük dağarcıkları, dil yetenekleri, konuşma ve anlamalarıyla ilgili göze çarpan değişiklikleri yoktur. Ayrıca Alzheimer Hastalığının erken habercisi olarak nitelendirilen “hafif bilişsel bozukluk” ayırıcı tanıda akılda tutulmalıdır. Hafif bilişsel bozukluk yaşlanmaya bağlı oluşan bilişsel değişikliklerle Alzheimer Hastalığının arasında geçiş dönemi olarak kabul edilir ve bu grup bilişsel testlerde normal yaşlılara göre daha düşük performans gösterirler (85). Alzheimer Hastalığı klinik olarak; erken, orta ve ileri olarak üç evreye ayrılabilir. Erken evrede yakın geçmişi, tarihi ve mekanları hatırlamada güçlük, karar vermede zorlanma görülür. Bu evrede olumsuz değişimlere rağmen bağımsızlık korunduğundan mevcut durum gözden kaçırılabilir. Orta evrede unutkanlık artar, özbakım azalır, konuşma bozuklukları görülebilir ve kaybolabilirler. Bu evrede günlük işlemlerde başkalarına bağımlı duruma gelindiğinden tanı koymak daha kolaydır. İleri evrede kişi tamamen başkalarına bağımlı hale gelmiş olup aile üyelerini tanımada, konuşmada ve beslenmede güçlük yaşar, idrar-gaita tutmada sorunlar görülür. Bu evrenin sonunda hastalar yatağa bağımlı, iletişim kuramayan, anlayamayan hale gelirler; ölümler sıklıkla enfeksiyon ve emboli gibi sebeplerle meydana gelir (86; 87).

Klinik görünüm dışında demanslı hastaları saptamak ve demansın evresini belirlemek için kognitif tarama testleri (Mini Mental Test/MMT, Blessed Oryantasyon-Bellek-Konstanrasyon Testi, Kısa Mental Durum Testi, Alzheimer Hastalığı Değerlendirme Ölçeği-Kognitif gibi), davranışsal ölçekler (Nöropsikiyatrik Envanter, Frontal Davranışsal Envanter gibi), işlevsel ölçekler (Fiziksel Kendine Bakım Ölçeği, Günlük Yaşam Aktiviteleri-Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği gibi) kullanılmaktadır. Muhtemelen en yaygın kullanılanı Mini Mental Test'tir (88). Türk toplumunda hafif demans-kontrol grubunun karşılaştırıldığı bir çalışmada standardize MMT'nin 23/24 puan değerinin 0,91 duyarlılık ve 0,95 özgüllükle ideal eşik değer olduğu saptanmıştır (37).

Bu tezin çalışma konusu olan kısıtlanma için gönderilen olgularda; klinik bulguları belirgin olan orta ve ileri derece demanslılar için karar vermek görece kolay görünmektedir. Hafif derece demans, hafif bilişsel bozukluk ve yaşa bağlı normal gerilemeyi birbirinden ayırt etmek ise daha zor olmaktadır. Ayrımın doğru olarak yapılmaması, kısıtlanma ihtiyacı olan kişilerin kısıtlanmayarak kendinin ve çevresindekilerin hayatını zorlaştırması anlamına gelirken; gereksiz yere kısıtlamak ise sadece yaşlılığı sebebiyle kişilerin ekonomik-sosyal ve hukuki yönden istismar edilmesiyle sonuçlanabilir (4). Ayrıca hafif bilişsel bozukluğundemansın öncüsü olabileceği ve hafif derece demansın da zamanla ilerleyebileceği düşünüldüğünde, düzenlenen raporların geçerlilik süreleri hakkında da görüş bildirmek daha uygun olacaktır. Seyrek görülsede tedavi edilebilir demans sebepleri akıldatutulursa geriye dönüşlü olabilen bu durumlar nedeniyle kısıtlanmaların da önüne geçilebilir.

2.10.6. Travmatik İntrakranial Kanama/İKK (Kafa İçi Kanama), Serebrovasküler Olay/SVO (İnme)

Kafa içi kanamalar damarsal patolojiler, travmalar, antikoagülan tedaviye bağlı veya spontan olarak gelişebilen ve hayatı tehdit eden durumlardır. Kafa içi kanamalar anatomik yerleşimlerine göre sınıflandırılırlar.

“İntraparankimal/intraserebral kanama” beyin parankiminde olan ve genellikle travmatik olmayan sebeplerle gelişen kafa içi kanama tipidir.

“Subaraknoid kanama”, pia ve araknoid membranlar arasındaki boşluğa kanamayı ifade eder. Subaraknoid kanamanın travmatik olmayan nedenleri arasında serebral anevrizmalar, arteriyovenöz malformasyonlar, tümörler, serebral amiloid anjiyopati ve vaskülopatiler (vaskülit gibi) bulunur. “Subdural kanama” dura ile araknoid membranlar arasındaki kanamadan kaynaklanırken, “epidural kanama” dura membranı ile kemik arasındaki kanamayı içerir. Subdural ve epidural kanamalar genellikle travmalara bağlı oluşur(89).

İntraserebral kanamalar popülasyonda, yılda yüzbinde 12-15 oranında görülmektedir. İntraserebral kanamalar için en yaygın risk faktörü hipertansiyondur. Ayrıca antikoagulan ilaçlarda bu riski arttırır; ileri yaşta daha sık görülmesi yaşla hipertansiyon prevalansının artmasıyla açıklanabilir. Yetişkin popülasyonda %1-2 arasında intrakranial anevrizma bulunmaktadır ve anevrizmalara bağlı meydana gelen subaraknoid kanamalar spontan oluşabileceği gibi efor ve hipertansiyon nedeniyle de oluşabilmektedir (89; 90; 91).

Sıklıkla başın önüne ya da arkasına gelen darbenin beynin aşırı ön-arka yer değiştirmesine neden olarak meydana gelen subdural kanamalar, çoğunlukla travmanın olduğu taraftaki serebral konveksitede oluşmakla beraber vakaların yaklaşık 1/3’ünde yaralanma bölgesinin karşısında da oluşur. Başın bir tarafına gelen görece hafif bir travma bile genellikle orta meningeal arterin ön dalını yaralayarak epidural kanamaya yol açabilir (91; 92). Kafa travması nedenlerinin sıklıkları ve sıralamaları çalışmaların yapıldığı yerlere göre değişmekle birlikte en sık görülen sebepler; düşme, motorlu araç kazaları ve darptır (93; 94; 95). Kafa travmaları erkeklerde kadınlara göre yaklaşık 2 kat daha fazla görülmektedir. Yaş grupları yönünden incelendiğinde çocuk ve genç erişkinlerde daha sık olduğu ve orta yaşlardan sonra azalma eğiliminde olduğu dikkati çekmektedir (95; 96).

Serebrovasküler olay (SVO) diğer ismiyle inme, damarsal patolojiler nedeniyle santral sinir sisteminde meydana gelen nörolojik hasar olarak tanımlanabilir. İnme iskemik inme ve hemorajik inme olarak 2 sınıfa ayrılabilir (97). İnme tüm dünyada kalp hastalıkları ve kanserlerden sonra en sık üçüncü ölüm sebebi olmasının yanında; bu çalışmayla ilgisi sağ kalanların yaklaşık üçte birinin yaşam kalitesini belirgin derecede etkileyip, günlük işlerde başkalarına bağımlı hale getirerek sakatlığa/özürlülüğe yol açan hastalıklar içerisinde birinci

sırada yer almasıdır (98; 99). İskemik ve hemorajik inme için 55 yaş üzeri riskin artış göstermeye başladığı dönem olarak gösterilmektedir; ayrıca erkeklerdeki inme oranının kadınlara göre daha yüksek olduğu bilinmektedir (97).

İnmelerin yaklaşık %80'i iskemik tip iken kalan %20'lik kısmı hemorajik inmedir. İskemik inme beyin kan akımını sağlayan intrakranial veya ekstrakranial arterlerdeki daralma ya da tıkanma sonucu, hemorajik inme intraserebral veya subaraknoid kanama sonucu beyin kanlanmasının bozulmasıyla meydana gelir (97). İskemik inmenin en sık sebebi beyindeki geniş damarların aterosklerozuyken, hemorajik inmenin en sık sebepleri hipertansiyon ve vasküler malformasyonlardır (98).



3. GEREÇ VE YÖNTEMLER

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 25.05.2021 tarih, 70904504/303 sayılı kararı ile çalışmamıza onay alındıktan sonra 01 Ocak 2016- 31 Aralık 2020 tarihleri arasındaki 5 yıllık süreçte Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalına başvuran 16306 adli olgunun raporları incelenmiş olup kısıtlanma, kısıtlanmanın kaldırılması ve koruma amacıyla özgürlüğünün kısıtlanması istenen, 482 kayıtlı olgu bulunduğu tespit edilmiştir.

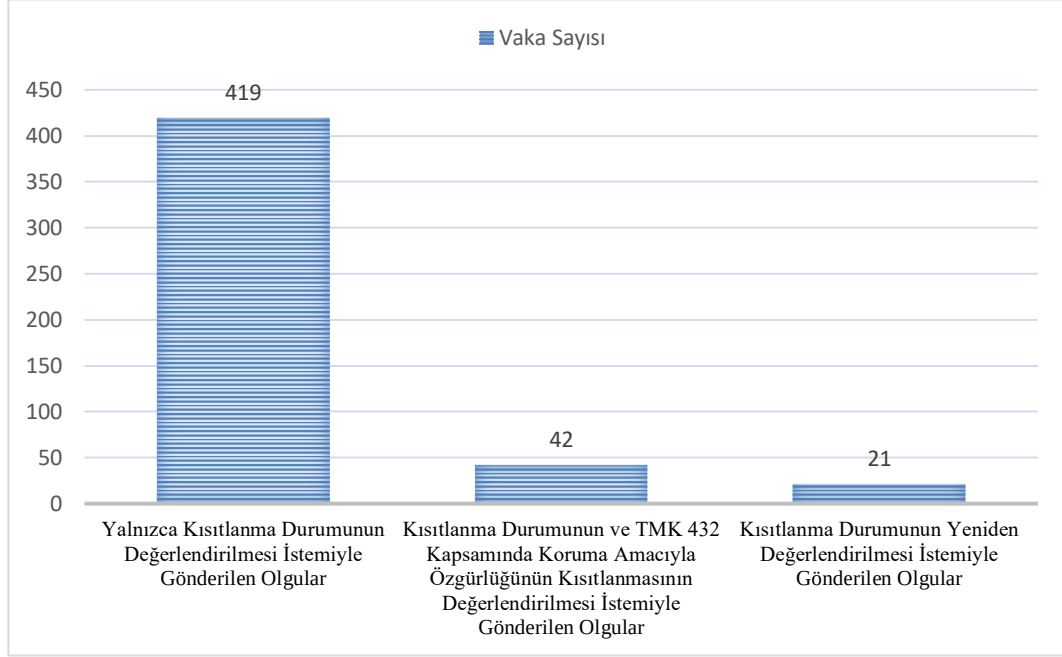
Olgular: sosyodemografik veriler, rapor isteyen makamlar, bu makamların bulunduğu yerleşim birimleri, makamların müzekkerede adli rapor isteme gerekçelerini belirtip belirtmediği, belirttiyse içeriği, raporda belirtilen sonuç, sonucun gerekçesi olan hastalığın ne olduğu, başka bölümlerden konsültasyona gerek olup olmadığı, gerek duyulduysa branşı, mini-mental test uygulanıp uygulanmadığı, uygulandıysa puanı, müzekkerede sorulan sorulara cevap verme durumuna göre incelenmiştir.

Elde edilen veriler sayısal olarak kodlanarak istatistiksel analiz için SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versiyon 23.0 programında bilgisayar ortamında değerlendirilmiştir. İstatistiksel analizde sıklık dağılımı; bağımsız iki grubun karşılaştırılmasında anlamlılık açısından Ki-Kare Testi (χ^2) kullanılmıştır. Ölçümsel verilerde normal dağılım histogramlar ile görsel, Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk testlerinden veriye uygun olanı ile analitik olarak incelenmiştir. Tek değişkenli analizlerde Ki-Kare (χ^2) ve Fisher testlerinden veri tipine uygun olanı ile gerçekleştirilmiştir. Değişkenlerden normal dağılım göstermeyen ikili karşılaştırmada Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Alfa anlamlılık değerinin 0,05'den küçük olması ($p < 0.05$) "istatistiksel olarak anlamlı" kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

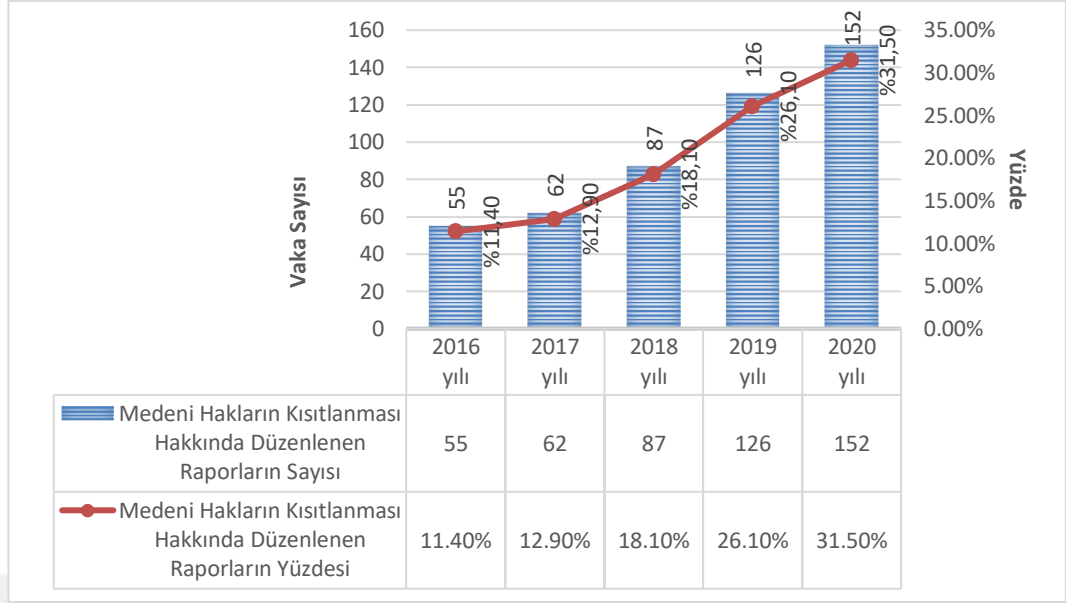
4.1. Olguların Dağılımıyla İlgili Veriler

Adli Tıp Anabilim Dalına 01 Ocak 2016- 31 Aralık 2020 tarihleri arasındaki 5 yıllık süreçte adli makamlar tarafından kısıtlanmasının uygun olup olmadığının değerlendirilmesi için 461 olgu, kısıtlanma durumunun yeniden değerlendirilmesi için 21 olgu olmak üzere, toplamda 482 olgu yönlendirilmiştir. Kısıtlanmasının uygun olup olmadığının değerlendirilmesi için gönderilen 461 olgunun 42 tanesinde ayrıca TMK madde 432 kapsamında koruma amacıyla özgürlüğünün kısıtlanmasının gerekip gerekmediği de sorulmuştur. Bu dağılım Şekil 4.1’de gösterilmiştir.



Şekil 4.1. 2016-2020 yılları arasında adli makamlardan medeni haklarının kısıtlanması hakkında görüş istenen olguların dağılımı (n=482)

Mahkemeler tarafından medeni haklarının kısıtlanması hakkında görüş istenen olguların yıllara göre dağılımı incelendiğinde; sayıca artma eğiliminde olduğu görülmüştür. 2016 yılında 55 (%11,4), 2017 yılında 62 (%12,9), 2018 yılında 87 (%18,1), 2019 yılında 126 (%26,1) ve 2020 yılında 152 (%31,5) olguya bu konuda rapor düzenlenmiştir. Olguların yıllara göre dağılımı şekil 4.2’de gösterilmiştir.



Şekil 4.2. Adli makamlardan medeni haklarının kısıtlanması hakkında görüş istenen tüm olguların yıllara göre dağılımı (n=482)

4.2. Kısıtlanmasının Uygun Olup Olmayacağını Değerlendirilmesi İstemiyle Gönderilen Olgularla İlgili Veriler

2016-2020 yılları arasındaki 5 yıllık süreçte kısıtlanma durumunun değerlendirilmesi istemiyle gönderilen 461 olgudan, 249 tanesi (%54) erkek, 212 tanesi (%46) kadındır.

Olguların ortalama yaşı $48,8 \pm 21,07$ (en küçük 10 yaş, en büyük 99 yaş olarak) bulunmuştur. Erkeklerin ortalama yaşı $55,84 \pm 21,13$ iken, kadınların ortalama yaşı $46,40 \pm 20,79$ 'dur.

Olgular yaş gruplarına göre incelendiğinde; 18 yaş altında 4 olgu (%0,9), 18-64 yaş aralığında (18. ve 64. yaşlar dahil) 340 olgu (%73,8), 65 yaş ve üstünde 117 olgu (%25,3) vardır. Yaş gruplarına göre olguların cinsiyet dağılımı çizelge 4.1'de gösterilmiştir.

Çizelge 4.1. Kısıtlanmasının uygun olup olmayacağının değerlendirilmesi istemiyle gönderilen olguların yaş gruplarına göre dağılımı (n=461)

Yaş grubu	Erkek		Kadın		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
18 Yaş Altı	2	0,8	2	0,9	4	0,9
18-64 Yaş Arası	173	69,5	167	78,8	340	73,8
65 Yaş ve Üstü	74	29,7	43	20,3	117	25,3
Toplam	249	100,0	212	100,0	461	100,0

Olgular eğitim durumlarına göre incelendiğinde; 62'sinin (%13,4) okuryazar olmadığı, 16'sının (%3,5) okuryazar olduğu ancak okula gitmediği, 103'ünün (%22,3) ilkokul, 77'sinin (%16,7) ortaokul, 112'sinin (%24,3) lise, 67'sinin (%14,5) üniversite, 3'ünün (%0,7) yüksek lisans, 3'ünün (%0,7) doktora mezunu olduğu kayıtlıdır, 18'inin (%3,9) eğitim verilerine ulaşılammıştır (Çizelge 4.2). Eğitim verilerine ulaşılammayan 18 olgu dışındaki olguların eğitim süresi ortalaması $8,28 \pm 5,32$ yıl, erkeklerde $8,15 \pm 5,07$ yıl, kadınlarda $8,43 \pm 5,61$ yıldır.

Çizelge 4.2. Kısıtlanmasının uygun olup olmayacağının değerlendirilmesi istemiyle gönderilen olguların eğitim durumlarına göre dağılımı (n=461)

Eğitim Durumu	Erkek		Kadın		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Okuryazar değil	24	9,6	38	17,9	62	13,4
Okuryazar ancak okula gitmemiş	11	4,4	5	2,4	16	3,5
İlkokul mezunu	65	26,1	38	17,9	103	22,3
Ortaokul mezunu	50	20,1	27	12,7	77	16,7
Lise mezunu	55	22,1	57	26,9	112	24,3
Üniversite mezunu	32	12,9	35	16,5	67	14,5
Yüksek lisans mezunu	0	0,0	3	1,4	3	0,7
Doktora mezunu	2	0,8	1	0,5	3	0,7
Eğitim verisine ulaşılammamış	10	4	8	3,8	18	3,9
Toplam	249	100,0	212	100,0	461	100,0

Olguların medeni durumları incelendiğinde; 259 (%56,2) tanesi evli, 98 (%21,3) tanesi boşanmış ve 91 (%19,7) tanesi evlenmemiştir; 13 (%2,8) olgunun medeni durum bilgisine ulaşılamamıştır. Olgulardan 155'i (%33,6) çocuk sahibi değilken, 301 (%65,3) olgu çocuk sahibidir ve 5 (%1,1) olgunun bilgilerine ulaşılamamıştır. Çocuk sahibi olan 301 olgunun ortalama çocuk sayısı $2,51 \pm 1,7$ (en az 1, en çok 11)'dir. Kişilerin yaşadığı yerleşim birimleri incelendiğinde; 318 (%69,0) kişi il merkezinde, 127 (%27,5) kişi ilçe veya kasabada, 2 (%0,4) kişi köyde yaşamaktadır, 8 (%1,7) kişi mahkumdur; 6 (%1,4) kişinin bilgisine ulaşılamamıştır. Olguların 105 (%22,9) tanesi anne-baba ve/veya kardeşleriyle, 221 (%47,9) tanesi eşi ve/veya çocuklarıyla, 108 (%23,3) tanesi yalnız, 10 (%2,2) tanesi huzurevinde ve 5 (%1,1) tanesi bakıcısıyla birlikte yaşamaktadır; 12 (%2,6) kişinin bilgilerine ulaşılamamıştır. Olguların 143 (%31,0) tanesi muayene zamanında çalışırken, 307 (%66,6) tanesi çalışmamaktadır; 11 (%2,4) olgunun verilerine ulaşılamamıştır (Çizelge 4.3).

Kişilerden alınan anamnezlere göre %61,6'sında sigara kullanım öyküsü, %12,8'inde alkol kullanım öyküsü ve %10,4'ünde madde kullanım öyküsü vardır. Madde kullanım öyküsü olan kişilerin 28 (%6,1) tanesinde tekli madde kullanımı (20'si esrar, 5'i eroin, 2'si opioid ve 1'i kokain), 20 (%4,7) tanesinde çoklu madde kullanımı vardır.

Çizelge 4.3. Kısıtlanmasının uygun olup olmayacağının değerlendirilmesi istemiyle gönderilen olguların sosyodemografik özelliklerinin dağılımı (n=461)

Medeni Hal	n	%
Evli	259	56,2
Boşanmış	98	21,3
Evlenmemiş	91	19,7
Bilinmiyor	13	2,8
Çocuk Durumu		
Var	301	65,3
Yok	155	33,6
Bilinmiyor	5	1,1

Çizelge 4.3.Devam Kısıtlanmasının uygun olup olmayacağını değerlendirilmesi istemiyle gönderilen olguların sosyodemografik özelliklerinin dağılımı (n=461)

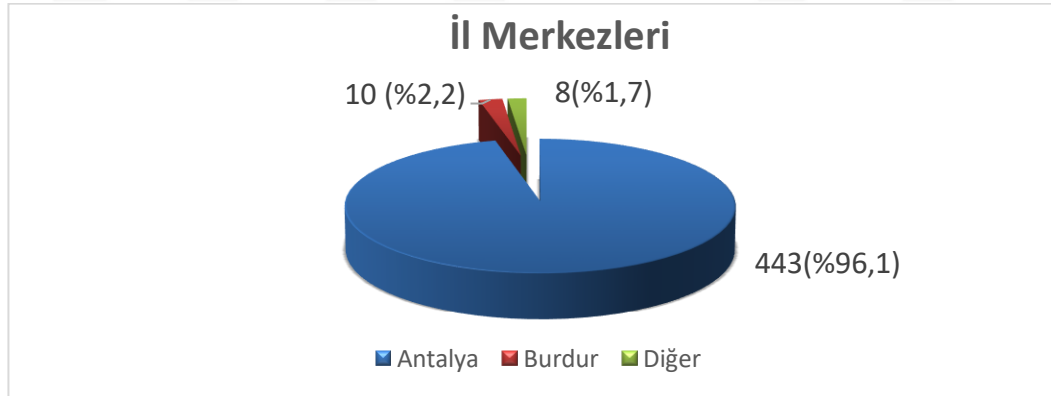
Yaşanılan Yer	n	%
İl Merkezi	318	69,0
İlçe veya Kasaba	127	27,5
Köy	2	0,4
Mahkum	8	1,7
Bilinmiyor	6	1,4
Yaşanılan Kişiler		
Eş ve/veya çocuk	221	47,9
Yalnız	108	23,3
Anne-baba ve/veya kardeş	105	22,9
Huzurevi	10	2,2
Bakıcı	5	1,1
Bilinmiyor	12	2,6
Çalışma Durumu		
Çalışmıyor	307	66,6
Çalışıyor	143	31,0
Bilinmiyor	11	2,4
Toplam	461	100,0

Rapor talep eden makamlar incelendiğinde 277 (%60,2) tanesi Sulh Hukuk Mahkemesi, 124 (%26,9) tanesi Aile Mahkemesi, 53 (%11,5) tanesi Cumhuriyet Savcılıkları (32 tanesi İç Muhabere Masası, 1 tanesi Talimat Bürosu, 3 tanesi Hazırlık Bürosu ve 17 tanesi Muhabere Bürosu), 3 (%0,6) tanesi Asliye Hukuk Mahkemesi, 1 (%0,2) tanesi Çocuk Ağır Ceza Mahkemesi, 1 (%0,2) tanesi Ağır Ceza Mahkemesi, 1 (%0,2) tanesi Asliye Ceza Mahkemesi ve 1 (%0,2) tanesi Asliye Ticaret Mahkemesi'dir. Kısıtlanma durumunun değerlendirilmesi istemiyle rapor talep eden makamlar çizelge 4.4'de gösterilmiştir.

Çizelge 4.4. Kısıtlanma durumunun değerlendirilmesi istemiyle rapor isteyen makamların dağılımı (n=461)

Rapor Talep Eden Makamlar	n	%
Sulh Hukuk Mahkemesi	277	60,2
Aile Mahkemesi	124	26,9
Cumhuriyet Savcılıkları	53	11,5
Asliye Hukuk Mahkemesi	3	0,6
Çocuk Ağır Ceza Mahkemesi	1	0,2
Ağır Ceza Mahkemesi	1	0,2
Asliye Ceza Mahkemesi	1	0,2
Asliye Ticaret Mahkemesi	1	0,2
Toplam	461	100

Rapor talep eden makamların yerleşim merkezleri incelendiğinde 443 (%96,1) tanesi Antalya, 10 (%2,2) tanesi Burdur ve 8 (%1,7) tanesi diğer iller (2 tane Muğla, 1 tane Malatya, 1 tane Adana, 1 tane İstanbul, 1 tane Konya, 1 tane Ankara ve 1 tane Afyon)'dır. Kısıtlanma durumunun değerlendirilmesi istemiyle rapor talep eden makamların yerleşim merkezleri Şekil 4.3'de gösterilmiştir.



Şekil 4.3. Kısıtlanma durumunun değerlendirilmesi istemiyle rapor talep eden makamların yerleşim merkezlerine göre dağılımı (n=461)

Antalya'dan rapor isteyen 443 makamın yerleşim yerleri incelendiğinde; 347 (%78,2) tanesi il merkezi, 34 (%7,6) tanesi Manavgat, 21 (%4,7) tanesi Gündoğmuş, 10 (%2,3) tanesi Alanya, 7 (%1,6) tanesi Korkuteli, 5 (%1,1) tanesi Finike, 3 (%0,7) tanesi Serik, 3 (%0,7) tanesi Kaş, 3 (%0,7) tanesi Elmalı, 3 (%0,7) tanesi Kumluca, 2 (%0,5) tanesi Gazipaşa, 2 (%0,5) tanesi Kemer, 2 (%0,5) tanesi Demre ve 1 (%0,2) tanesi Akseki'dir (Çizelge 4.5).

Çizelge 4.5. Antalya’da kısıtlanma durumunun değerlendirilmesi için rapor isteyen makamların yerleşim yerlerine göre dağılımı (n=443)

Antalya’dan Rapor Talep Eden Makamların Dağılımı	n	%
İl Merkezi	347	78,2
Manavgat	34	7,6
Gündoğmuş	21	4,7
Alanya	10	2,3
Korkuteli	7	1,6
Finike	5	1,1
Serik	3	0,7
Kaş	3	0,7
Elmalı	3	0,7
Kumluca	3	0,7
Gazipaşa	2	0,5
Kemer	2	0,5
Demre	2	0,5
Akseki	1	0,2
Toplam	443	100,0

Müzekkerede olguların tamamında vasi tayini gerekip gerekmediği şeklinde rapor istenmiş olup, yalnızca 30 (%6,5) olguda yasal danışman, 2 (%0,4) olguda kayyım atanmasının gerekip gerekmediği sorulmuştur.

Olguların müzekkereleri incelendiğinde, 351 (%76,1) tanesinde kısıtlanma isteminin gerekçesi belirtilmediği, 110 (%23,9) tanesinde belirtildiği görülmüştür. Müzekkerelerdeki belirtilen gerekçeler incelendiğinde; 43 (%9,4) tanesi boşanma davası, 11 (%2,4) tanesi velayet davası, 35 (%7,6) tanesi boşanma ve velayet davası, 4 (%0,9) tanesi evliliğin butlanı davası, 4 (%0,9) tanesi nafaka davası, 8(%1,7) tanesi hukuki ehliyet değerlendirilmesi, 2 (%0,4) tanesinin cinsel dokunulmazlığa karşı suçlar, 2 (%0,4) tanesinin vücut dokunulmazlığına karşı suçlar ve 1 (%0,2) tanesinin devlet memurluğu görevine engel akıl hastalığı-akıl zayıflığı bulunup bulunmadığı yönünde değerlendirilmesi için gönderildiği anlaşılmaktadır (Çizelge 4.6).

Çizelge 4.6. Kısıtlanma durumunun değerlendirilmesi istemiyle gönderilen olguların müzekkerelerindeki kısıtlama istemi gerekçelerinin dağılımı (n=461)

Müzekkeredeki Kısıtlama Sebepleri	n	%
Boşanma Davası	43	9,4
Velayet Davası	11	2,4
Boşanma+Velayet Davası	35	7,6
Evliliğin Butlanı Davası	4	0,9
Nafaka Davası	4	0,9
Hukuki Ehliyetin Değerlendirilmesi	8	1,7
Cinsel Dokunulmazlığa Karşı Suçlar	2	0,4
Vücut Dokunulmazlığına Karşı Suçlar	2	0,4
Devlet Memurluğu Görevine Engel Akıl hastalığı-AkılZayıflığıYönünde Değerlendirme	1	0,2
Müzekkerede Kısıtlanma Gerekçesi Belirtilmemiş	351	76,1
Toplam	461	100,0

Kısıtlanma durumunun değerlendirilmesi istemiyle gönderilen olguların müzekkerelerinin 219 (%47,5) tanesinde kısıtlanmaya sebep olan hastalığın ne kadar müddet süreceği sorulmamış, 242 (%52,5) olguda sorulmuştur.

Olgulardan ve/veya yakınlarından alınan anamnezlere göre kısıtlanma isteminin gerekçeleri incelendiğinde; 116 (%25,3) tanesi psikiyatrik hastalığı sebebiyle, 99 (%21,6) tanesi boşanma davası sebebiyle, 53 (%11,5) tanesi maaş çekilebilmesi için, 45 (%9,8) tanesi mal paylaşımı için, 36 (%7,8) tanesi boşanma ve velayet davası için, 14 (%3,0) tanesi tedavi reddi nedeniyle, 14 (%3,0) tanesi velayet davası nedeniyle, 9 (%2,0) tanesi noter işlemi için, 7 (%1,5) tanesi bakımevine yerleştirilme başvurusu için, 6 (%1,3) tanesi mal alış verişi sonrasında açılan davalar nedeniyle, 5 (%1,1) tanesi evliliğin butlanı davası, 5 (%1,1) tanesi nafaka davası, 8 (%1,5) tanesi devlet kurumlarındaki işleri nedeniyle (4'ü engelli maaşı bağlanması, 2'si ikamet değişikliği, 1'i kimlik işlemi, 1'i ÖTV muafiyetinden yararlanmak için) başvurmuş, 44 (%9,5) olgunun anamnezinde gerekçeye ulaşılammıştır (Çizelge 4.7).

Çizelge 4.7. Kısıtlanma durumunun değerlendirilmesi istemiyle gönderilen olguların anamnezlerindeki kısıtlama istemi gerekçelerinin dağılımı (n=461)

Anamnezdeki Kısıtlama Sebepleri	n	%
Psikiyatrik hastalığı sebebiyle	116	25,3
Boşanma davası	99	21,6
Maaş çekilebilmesi için	53	11,5
Mal paylaşımı	45	9,8
Boşanma ve velayet davası	36	7,8
Tedavi reddi	14	3,0
Velayet davası	14	3,0
Noter işlemleri için	9	2,0
Bakımevine yerleştirilme başvurusu	7	1,5
Mal alış verişi sonrası açılan davalar	6	1,3
Evliliğin butlanı davası	5	1,1
Nafaka davası	5	1,1
Devlet kurumundaki işler	8	1,5
Anamnezde gerekçeye ulaşamadı	44	9,5
Toplam	461	100,0

Olguların 422 (%91,5) tanesi Adli Tıp Anabilim Dalı polikliniğinde, 39 (%8,5) tanesi Üniversitemiz Hastanesinde yatarak tedavi görürken yatak başında değerlendirilmiş olup, yatak başında değerlendirilen olguların 26 tanesi servis hastası, 13 tanesi yoğun bakım hastasıdır (Çizelge 4.8).

Çizelge 4.8. Kısıtlanma durumunun değerlendirilmesi istemiyle gönderilen olguların değerlendirildikleri yerlerin dağılımı (n=461)

Olguların Değerlendirildikleri Yerler	n	%
Poliklinik	422	91,5
Servis	26	5,7
Yoğun Bakım	13	2,8
Toplam	461	100

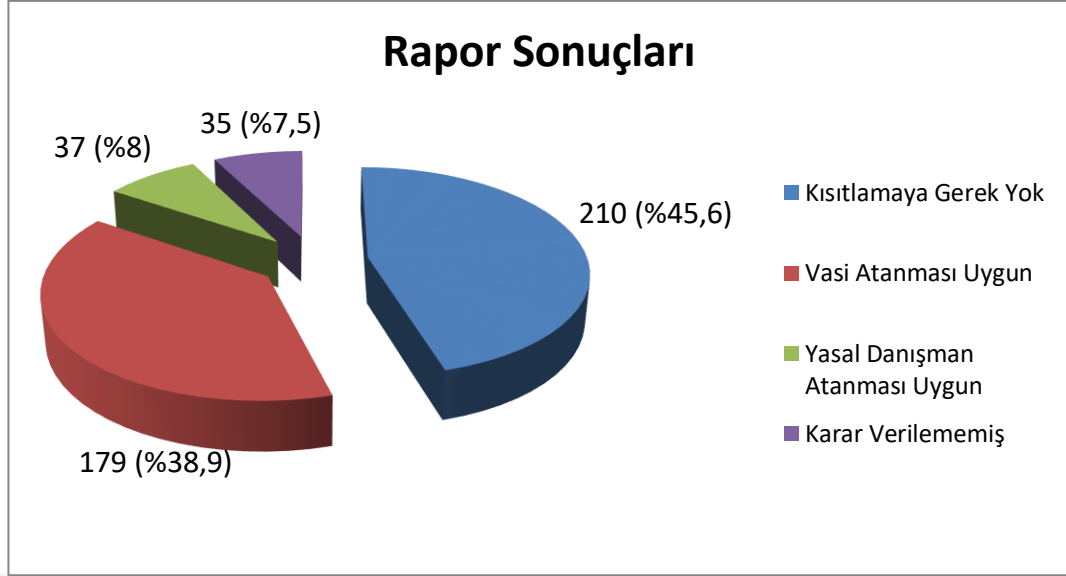
Olguların mobilizasyon durumu değerlendirildiğinde; 374 (%81,1)'ü desteksiz mobilize, 44 (%9,5)'ü tekerlekli sandalyeyle mobilize, 34 (%7,4)'ü yatağa bağımlı ve 9 (%2,0)'u koltuk değneğiyle mobilizedydi (Çizelge 4.9).

Çizelge 4.9. Kısıtlanma durumunun değerlendirilmesi istemiyle gönderilen olguların mobilizasyon durumlarının dağılımı (n=461)

Olguların Mobilizasyon Durumu	n	%
Mobilize	374	81,1
Tekerlekli Sandalyeyle Mobilize	44	9,5
Yatağa Bağımlı	34	7,4
Koltuk Değneğiyle Mobilize	9	2,0
Toplam	461	100,0

Olguların 454 (%98,5) tanesinde başka bir bölümden görüş (konsültasyon) istenmiş, sadece 7 (%1,5) olguda herhangi bir bölümden görüş alınmadan sonuç verilmiştir. Bazı olgularda birden fazla bölümden görüş istenmiş olup konsültasyon istenen bölümlerin dağılımı incelendiğinde; 443 (%96,1) olguda ruh sağlığı ve hastalıklarından, 122 (%24,5) olguda nörolojiden, 4 (%0,9) olguda çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıklarından, 3 (%0,7) olguda alkol ve uyuşturucu madde bağımlıları tedavi ve araştırma merkezinden (AMATEM), 2 (%0,4) olguda kulak burun boğaz hastalıklarından, 2 (%0,4) olguda hematolojiden ve 1 (%0,2)'er olguda onkoloji, nefroloji, anesteziyoloji ve reanimasyon, çocuk nörolojisi ve göğüs hastalıkları bölümlerinden görüş istenmiştir.

Düzenlenen raporların sonuçları incelendiğinde; 210 (%45,6) olguda kısıtlamaya gerek olmadığı (olguların 180 tanesi 18-64 yaş aralığında, 30 tanesi 65 yaş ve üstündedir), 179 (%38,9) olguya vasi atanmasının uygun olduğu (olguların 4 tanesi 18 yaş altında, 102 tanesi 18-64 yaş aralığında, 73 tanesi 65 yaş ve üstündedir), 37 (%8) olguya yasal danışman atanmasının uygun olduğu (olguların 31 tanesi 18-64 yaş aralığında, 6 tanesi 65 yaş ve üstündedir) yönünde sonuç verilmişken; 35 (%7,5) olgunun kısıtlama durumuna karar verilememiştir (Şekil 4.4). Karar verilemeyen olgularda; 6 (%1,3) kişi başvurularını tamamlamadığı için, 3 (%0,7) kişi evrak eksik olduğu için, 3 (%0,7) kişi Adli Tıp Kurumu İlgili İhtisas Kurulu'ndan görüş alınmasının uygun olduğu belirtilmiş, 19 (%4) olgu kapalı psikiyatri kliniği olan bir merkezden görüş alınması uygun görüldüğü, 1 (%0,2) olguya yakınıyla birlikte tekrar başvurması gerektiği, 2 (%0,4) olguya vefat nedeniyle, 1 (%0,2) olguda simülasyon düşünülmesi nedeniyle kanaat oluşmadığı şeklinde rapor düzenlenmiştir.



Şekil 4.4. Kısıtlanma durumunun değerlendirilmesi istemiyle gönderilen olguların rapor sonuçlarına göre dağılımı (n=461)

Olgular tıbbi tanılarına göre incelendiğinde; 129 (%28) tanesinde herhangi bir hastalık bulunmadığı, 54 (%11,7) tanesinin şizofreni, şizoaffektif ve diğer psikotik bozukluklar (Psikotik Bozukluklar) grubunda olduğu, 47 (%10,2) tanesinin demanslı olduğu, 41 (%8,9) tanesinin inme/SVO (n=26) veya travmatik intrakranial kanaması/İKK (n=15) (2'si düşmeye bağlı, 3'ü darp sonucu, 4'ü araç dışı trafik kazasına bağlı, 6'sı araç içi trafik kazasına bağlı İKK) olduğu, 31 (%6,7) tanesinde mental retardasyon/MR bulunduğu (1'i sınırda mental kapasite, 13'ü hafif düzeyde mental retardasyon, 10'u orta düzeyde mental retardasyon, 7'si ağır düzeyde mental retardasyon), 28 (%6,1) tanesinin bipolar bozukluğu olduğu, 27 (%5,9) tanesinin alkol ve/veya madde kullanım bozukluğu olduğu, 19 (%4,1) tanesinin depresyon, distimi ve yineleyen depresyon grubunda olduğu, 10 (%2,2) olguda birden fazla tanının olduğu, 8 (%1,7) tanesinin anksiyete bozukluğu olduğu, 6 (%1,3) tanesinde kanser hastalığı olduğu, 3 (%0,7)'er olguda epilepsi, senilite, pnömani ve işitme kaybı tanıları, 2 (%0,4)'şer olguda Parkinson, travma sonrası stress bozukluğu/TSSB-uyum bozukluğu, böbrek yetmezliği ve amiotrofik lateral skleroz/ALS tanıları, 1 (%0,2)'er olguda frontal lob sendromu, beyin tutulumuyla seyreden HIV (Human Immunodeficiency Virus), serebral palsy, patolojik kumar oynama, spinal iskemi ve pulmoner emboli tanıları olduğu, 35 olguya (%7,6) karar verilemediği anlaşılmaktadır (Çizelge 4.10).

Çizelge 4.10. Kısıtlanma durumunun değerlendirilmesi istemiyle gönderilen olguların tıbbi tanıların dağılımı (n=461)

Tıbbi Tanılar	Kısıtlamaya Gerek Yok		Vasi Atanması Uygun		Yasal Danışman Atanması Uygun		Kısıtlama Kararı Verilemedi		Toplam	
	n	% *	n	% **	n	% ***	n	% ****	n	%
Hastalık Yok	127	60,7	2	1,1	0	0,0	0	0,0	129	28,0
Psikotik bozukluklar	11	5,2	38	21,2	5	13,5	0	0,0	54	11,7
Demans	0	0,0	46	25,6	1	2,7	0	0,0	47	10,2
İKK, SVO	4	1,9	37	20,6	0	0,0	0	0,0	41	8,9
Kısıtlama Kararı Verilemedi	0	0,0	0	0,0	0	0,0	35	100	35	7,6
MR	2	0,9	20	11,2	9	24,4	0	0,0	31	6,7
Bipolar Bozukluk	16	7,6	7	3,9	5	13,5	0	0,0	28	6,1
Alkol ve/veya Madde Kullanım Bozukluğu	16	7,6	7	3,9	4	10,8	0	0,0	27	5,9
Depresyon, distimi ve yineleyen depresyon	16	7,6	0	0,0	3	8,1	0	0,0	19	4,1
Birden fazla hastalık var	0	0,0	6	3,4	4	10,8	0	0,0	10	2,2
Anksiyete bozukluğu	8	3,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	8	1,7
Kanserler	1	0,5	5	2,8	0	0,0	0	0,0	6	1,3
Epilepsi	2	0,9	1	0,6	0	0,0	0	0,0	3	0,7
Senilite	0	0,0	0	0,0	3	8,1	0	0,0	3	0,7
Pnömoni	0	0,0	3	1,7	0	0,0	0	0,0	3	0,7
İşitme Kaybı	1	0,5	0	0,0	2	5,4	0	0,0	3	0,7
Parkinson	2	0,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,4

Çizelge 4.10.Devam Kısıtlanma durumunun değerlendirilmesi istemiyle gönderilen olguların tıbbi tanılarının dağılımı (n=461)

TSSB-Uyum Bozukluğu	2	0,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,4
Böbrek Yetmezliği	0	0,0	2	1,1	0	0,0	0	0,0	2	0,4
ALS	0	0,0	2	1,1	0	0,0	0	0,0	2	0,4
Patolojik Kumar Oynama	0	0,0	0	0,0	1	2,7	0	0,0	1	0,2
HIV beyin tutulumu	0	0,0	1	0,6	0	0,0	0	0,0	1	0,2
Frontal Lob Sendromu	0	0,0	1	0,6	0	0,0	0	0,0	1	0,2
Serebral Palsy	1	0,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,2
Spinal İskemi	1	0,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,2
Pulmoner Emboli	0	0,0	1	0,6	0	0,0	0	0,0	1	0,2
Toplam	210	100	179	100	37	100	35	100	461	100

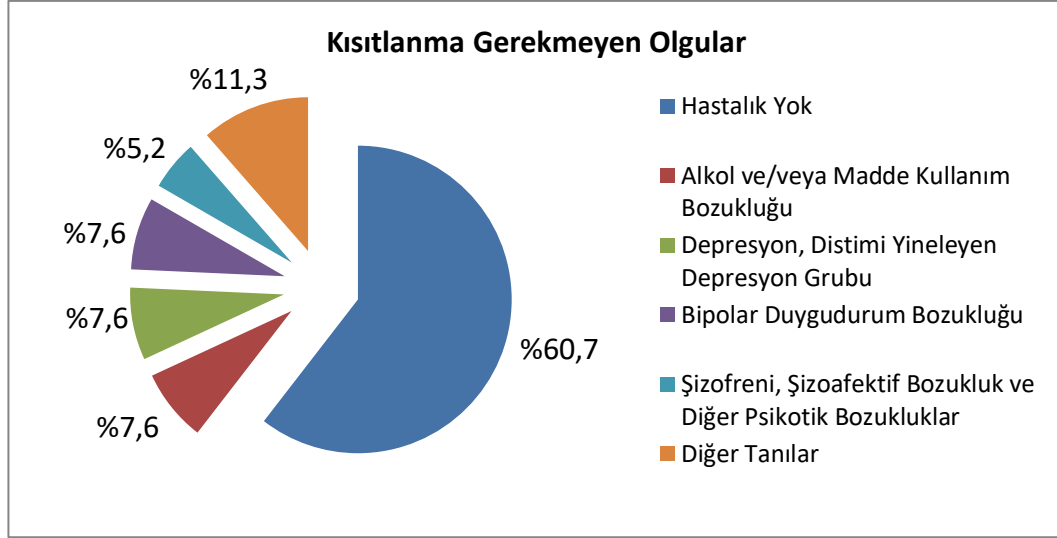
* Kısıtlamaya gerek olmadığı yönünde karar verilen olgular içindeki yüzde dağılım

**Vasi atanması uygun bulunan olgular içindeki yüzde dağılım

***Yasal danışman atanması uygun bulunan olgular içindeki yüzde dağılım

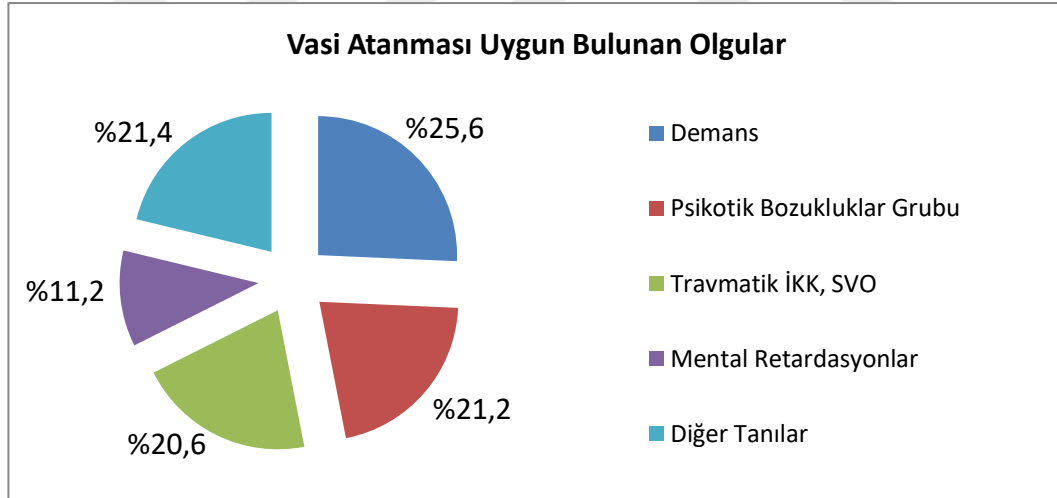
****Kısıtlama kararı verilemeyen olgular içindeki dağılım

Tüm yaş gruplarında kısıtlanma kararı verilmeyen 210 olguda en sık görülen tanılarsıralandığında; 127 (%60,7) tanesinde herhangi bir hastalığın olmadığı, 16 (%7,6) tanesinin depresyon, distimi ve yineleyen depresyon grubu, 16 (%7,6) tanesinin bipolar bozukluk (tamamı ötimik dönem), 16 (%7,6) tanesinin alkol ve/veya madde kullanım bozuklukları, 11 (%5,2) tanesinin psikotik bozukluk grubunda (tamamı remisyon dönemi) olduğu kayıtlıdır (Şekil 4.5).



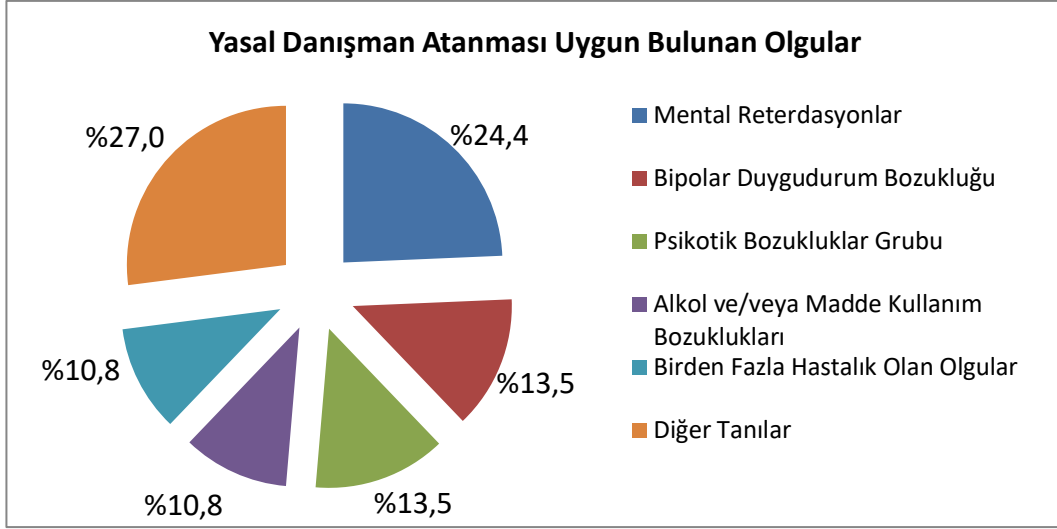
Şekil 4.5. Kısıtlanmasına gerek olmadığı yönünde sonuç verilen olgularda en sık görülen tıbbi tanılarının dağılımı (n=210)

Tüm yaş gruplarında vasi atanması uygun bulunan 179 olguda en sık görülen tanılar sıralandığında; 46 (%25,6) olguda demans, 38 (%21,2) olguda psikotik bozukluk grubu, 37 (%20,6) olguda travmatik intrakranial kanama veya inme, 20 (%11,2) olguda mental retardasyon saptanmıştır (Şekil 4.6).



Şekil 4.6. Vasi atanmasının uygun olduğu yönünde sonuç verilen olgularda en sık görülen tıbbi tanılarının dağılımı (n=179)

Tüm yaş gruplarında yasal danışman atanması uygun bulunan 37 olguda en sık görülen tanılar sıralandığında; 9 (%24,4) olguda mental retardasyon, 5 (%13,5) olguda bipolar bozukluk, 5 (%13,5) olguda psikotik bozukluk grubu, 4 (%10,8) olguda alkol ve/veya madde kullanım bozuklukları, 4 (%10,8) olguda birden fazla hastalığın olduğu görülmüştür (Şekil 4.7).



Şekil 4.7. Yasal danışman atanmasının uygun olduğu yönünde sonuç verilen olgularda en sık görülen tıbbi tanıların dağılımı (n=37)

Yasal danışman atanan 37 olgunun sadece 2 tanesinin müzekkeresinde yasal danışman gerekip gerekmediği sorulmuş olup, kalan 35 olgunun müzekkeresinde sorulmamasına karşın yasal danışman atanmasının gerekli olduğu yönünde kanaat bildirilmiştir.

Müzekkerede kısıtlanmaya sebep olan hastalığın ne kadar müddet süreceği sorulmamış olan 219 olgunun 178 (%81,3) tanesinde raporda hastalığın süresi hakkında yorumda bulunulmuşken; müzekkerede hastalık süresi sorulan 242 olgunun 26 tanesinde (%10,8) hastalığın süresi hakkında yorum yapılamadığı, saptanmıştır.

Karar verilemeyen 35 olgu çıkarıldıktan sonra; 65 yaş üstü olguların %72,5'i (n=79), 65 yaş altı olguların %43,2'sinin (n=137) kısıtlanmasının uygun bulunduğu (vasi veya yasal danışman) görülmüştür. Yaş grubu ile kısıtlanma durumu arasında anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir (pearson $\chi^2=27,781$; $p=0,00$) [İlişki (Phi) katsayısı: 0,255; $p=0,00$] (Çizelge 4.11). İleri yaş grubundaki olgularda vasi veya yasal danışman atanması uygun bulunanların sıklığının daha genç yaş grubundakilere göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek olduğu saptanmıştır.

Çizelge 4.11. Kısıtlanma durumunun değerlendirilmesi istemiyle gönderilen olgularda yaş gruplarına göre kısıtlanmasının uygun olup olmamasına göre dağılımı

Yaş Grubu	Kısıtlanması uygun bulunmayanlar (n=210)		Kısıtlanması uygun bulunanlar (n=216)		p değeri
	n	%	n	%	
65 yaş altı	180	56,8	137	43,2	<0,001
65 yaş ve üstü	30	27,5	79	72,5	

Karar verilemeyen 35 olgu çıkarıldıktan sonra; Aile Mahkemelerinden gönderilen olguların %13,9'unun (n=16) kısıtlanması uygun bulurken (vasi veya yasal danışman), diğer kurumlardan gönderilen olguların %64,3'ünün (n=200) kısıtlanması uygun bulunmuştur. Aile mahkemesi ve diğer makamlardan gönderilmeye göre kısıtlanmadurumu arasında anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir (pearson $\chi^2=85,306$; $p=0,00$) [İlişki (Phi) katsayısı: 0,447; $p= 0,00$] (Çizelge 4.12). Aile mahkemesinden gönderilen olgularda vasi veya yasal danışman atanması uygun bulunanların sıklığının diğer kurumlardan gönderilenlere göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde düşük olduğu saptanmıştır.

Çizelge 4.12. Kısıtlanma durumunun değerlendirilmesi istemiyle gönderilen olgularda gönderen kuruma göre kısıtlanma durumunun dağılımı

Gönderen Kurumlar	Kısıtlanması uygun bulunmayanlar(n=210)		Kısıtlanması uygun bulunanlar (n=216)		p değeri
	n	%	n	%	
Aile Mahkemesi	99	86,1	16	13,9	<0,001
Diğer Kurumlar	111	35,7	200	64,3	

Karar verilemeyen 35 olgu çıkarıldıktan sonra; ayaktan başvuru ile Adli Tıp Anabilim Dalı polikliniğinde değerlendirilen olguların %46,7'sinin (n=182) kısıtlanması uygun bulunurken (vasi veya yasal danışman atanması), yatarak tedavi gören olguların (servis, yoğun bakım) %94,4'ünün (n=34) kısıtlanmasının uygun bulunduğu kayıtlıdır. Olgunun ilk muayenesinin yapıldığı yer ile kısıtlanmanın uygun olup olmaması kararı arasında anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir (pearson $\chi^2=30,099$; $p=0,00$) [İlişki (Phi) katsayısı: 0,266; $p= 0,00$]

(Çizelge 4.13). Yatarak tedavi gören olgularda vasi veya yasal danışman atanması uygun bulunanların sıklığının poliklinikte değerlendirilenlere göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek olduğu saptanmıştır.

Çizelge 4.13. Kısıtlanma durumunun değerlendirilmesi istemiyle gönderilen olgularda muayene yeri ile kısıtlanma durumunun dağılımı

Hastanın Başvuru Tipi	Kısıtlanması uygun bulunmayanlar(n=210)		Kısıtlanması uygun bulananlar (n=216)		p değeri
	n	%	n	%	
Ayaktan Başvuran Olgular	208	53,3	182	46,7	<0,001
Yatarak Tedavi Gören Olgular	2	5,6	34	94,4	

4.2.1. Kısıtlanma Durumunun Değerlendirilmesi İstemiyle Gönderilen 18 Yaş Altı Olgularla İlgili Veriler

18 yaş altında toplamda 4 olgu olup; 2 tanesi kadın, 2 tanesi erkek olup, 3 olgu 17 yaşında, 1 olgu 10 yaşındadır.

Olguların 2 tanesi aile mahkemesinden, 2 tanesi sulh hukuk mahkemesinden gönderilmiştir. Olguların tamamında vasi tayini gerekip gerekmediği hakkında görüş istenmiş; yasal danışmanlık veya kayyımlik hakkında görüş sorulmamıştır. Hiçbir olguda kısıtlanma isteminin gerekçesi müzekkerede belirtilmemiştir.

Tamamı Adli Tıp Anabilim Dalı polikliniğinde değerlendirilen olgularda çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıklarından konsültasyon istenmiş olup ayrıca 1 vakada çocuk nörolojisinden de görüş alındığı kayıtlıdır. Olguların 2 tanesinde herhangi bir hastalık bulunmazken, 1 tanesinde araç dışı trafik kazasına bağlı intrakranial kanama sekeli ve 1 tanesinde ağır derecede mental retardasyon tanısı vardır. Anamnezden elde edilen kısıtlanma gerekçelerine bakıldığında; kardeş olan ve hastalık tanısı olmayan 2 olgu boşanan anne-babaları arasındaki velayet

anlaşmazlığı nedeniyle gönderilmiş ve reşit olmamaları sebebiyle veli/vasi atanmasının gerektiğine karar verilmiş, araç dışı trafik kazasına bağlı oluşan intrakranial kanama sonrası yatağa bağımlı halde olan 1 olgunun engelli maaşı bağlanması için vasi tayini talep edildiği ve vasi atanmasının uygun olduğuna karar verildiği kayıtlıdır. Ağır derecede mental retardasyon tanısı olan 1 olguda anamnezden kısıtlama talebinin nedenine ulaşılamamış ve vasi atanması gerekli bulunmuştur.

4.2.2. Kısıtlanma Durumunun Değerlendirilmesi İstemiyle Gönderilen 18-64 Yaş Arası Olgularla İlgili Veriler

18-64 yaş aralığında toplam 340 olgu olup bunların 173 (%50,9) tanesi erkek, 167 (%49,1) tanesi kadın cinsiyettedir. Olguların yaş ortalaması $38,62 \pm 11,62$ (en küçük 18, en yüksek 64) bulunmuştur. Erkeklerin yaş ortalaması $39,52 \pm 12,21$; kadınların yaş ortalaması $37,68 \pm 10,94$ bulunmuştur.

Rapor talep eden makamlar incelendiğinde; 173 (%50,9) olgu Sulh Hukuk Mahkemesi, 3 (%0,9) olgu Asliye Hukuk Mahkemesi, 44 (%12,9) olgu Cumhuriyet Savcılıkları (29 olgu İç Muhabere Masası, 1 olgu Talimat Bürosu, 2 olgu Hazırlık Bürosu, 12 olgu Muhabere Bürosu), 118 (%34,7) olgu Aile Mahkemesi ve 1'er (%0,3) olgu Çocuk Ağır Ceza Mahkemesi ve Asliye Ticaret Mahkemesinden yönlendirilmiştir.

Müzekkerelerde olguların tamamında vasi ihtiyacı hakkında görüş istenmişken, sadece 17 (%2) olguda yasal danışmanlık ihtiyacı hakkında görüş istendiği, kayyımlik hakkında ise görüş istenmediği anlaşılmıştır. Olguların 234 (%68,8)'ünde müzekkerede kısıtlanma isteminin gerekçesi belirtilmemişken, 106 (%31,2)'sında belirtilmiştir. Müzekkerede kısıtlanma isteminin belirtildiği olgular incelendiğinde; 43 (%12,6) tanesi boşanma davası, 11 (%3,2) tanesi velayet davası, 35 (%10,3) tanesi boşanma ve velayet davası, 4 (%1,2) tanesi evliliğin butlanı davası, 4 (%1,2) tanesi nafaka davası, 6 (%1,8) tanesi hukuki ehliyet değerlendirmesi, 1 (%0,3) tanesi cinsel dokunulmazlığa karşı suçlar, 1 (%0,3) tanesi vücut dokunulmazlığına karşı suçlar ve 1 (%0,3) tanesinin devlet memurluğu görevine engel akıl hastalığı-akıl zayıflığı bulunup bulunmadığı yönünde değerlendirilmesi için gönderildiği yazılıdır.

Olgulardan ve/veya yakınlarından alınan anamnezlere göre kısıtlanma gerekçeleri incelendiğinde; 109 (%32,1) tanesi psikiyatrik hastalığı sebebiyle, 94 (%27,6) tanesi boşanma sebebiyle, 18 (%5,2) tanesi maaş çekilebilmesi için, 8 (%2,4) tanesi mal paylaşımı için, 36 (%10,5) tanesi boşanma ve velayet davası için, 14 (%4,1) tanesi tedavi reddi nedeniyle, 12 (%3,5) tanesi velayet davası nedeniyle, 6 (%1,8) tanesi noter işlemi için, 1 (%0,3) tanesi bakımevine yerleştirilme başvurusu için, 4 (%1,2) tanesi mal alış verişi sonrasında açılan davalar nedeniyle, 4 (%1,2) tanesi evliliğin butlanı davası, 5 (%1,5) tanesi nafaka davası, 5 (%1,5) tanesi devlet kurumlarındaki işleri nedeniyle (3'ü engelli maaşı bağlanması, 1'i ikamet değişikliği, 1'i kimlik işlemi) başvurduğu kayıtlıdır, 24 (%7,1) olgunun anamnezinden herhangi bir gerekçeye ulaşamamıştır.

Olguların 318'i (%93,5) Adli Tıp Anabilim Dalı polikliniğinde, 22'si (%6,5) Üniversite Hastanesinde yatarak tedavi gördüğü bölümde değerlendirilmiştir. Yatak başında değerlendirilen olguların 15 tanesi servis, 7 tanesi yoğun bakım hastasıdır. Olgular mobilizasyon durumuna göre değerlendirildiğinde; 307 (%90,3) tanesi desteksiz mobilize, 15 (%4,4) tekerlekli sandalyeyle mobilize, 15 (%4,4) tanesi yatağa bağımlı ve 3 (%0,9) koltuk değneğiyle mobilizedir.

Olguların 337 (%99,1) tanesinde başka bir bölümden görüş (konsültasyon) istenmiş, sadece 3 (%0,9) olguda herhangi bir bölümden görüş alınmadan sonuç verilmiştir. Bazı olgularda birden fazla bölümden görüş istenmiş olup konsültasyon istenen bölümlerin dağılımları incelendiğinde; 332 (%97,7) olguda ruh sağlığı ve hastalıklarından, 46 (%13,6) olguda nörolojiden, 3 (%0,9) olguda alkol ve uyuşturucu madde bağımlıları tedavi ve araştırma merkezinden (AMATEM), 2 (%0,4) olguda kulak burun boğaz hastalıklarından, 2 (%0,4) olguda hematolojiden ve 1 (%0,3)'er olguda onkoloji, nefroloji, anesteziyoloji ve reanimasyon ve göğüs hastalıkları bölümlerinden görüş istenmiştir.

Tarafımızca düzenlenen raporların sonuçları incelendiğinde; 180 (%52,9) olguda kısıtlanmaya gerek olmadığı, 102 (%30) olguya vasi atanmasının, 31 (%9,1) olguya yasal danışman atanmasının uygun olduğu yönünde karar verilmişken; 27 (%8) olgunun kısıtlama durumuna karar verilememiştir. Karar verilemeyen 27 olgunun dağılımı incelendiğinde; 4 (%1,2) olgu başvurusunu

tamamlamadığı için, 3 (%0,9) olgu evrak eksik olduğu için kanaat bildirilememiş, 3 (%0,9) olguda Adli Tıp Kurumu İlgili İhtisas Kurulu'ndan görüş alınmasının uygun olduğu belirtilmiş, 17 (%5) olgu kapalı psikiyatri kliniği olan bir merkezden görüş alınması uygun görüldüğü şeklinde rapor düzenlenmiştir.

Olgular tıbbi tanılarına göre incelendiğinde; 103 (%30,3) olguda herhangi bir hastalık tespit edilmediği, 50 (%14,7) olguda psikotik bozukluk olduğu, 29 (%8,3) olguda mental retardasyon bulunduğu (1'i sınırda mental kapasite, 13'ü hafif düzeyde mental retardasyon, 9'u orta düzeyde mental retardasyon, 6'sı ağır düzeyde mental retardasyon), 27 (%7,9) olguda alkol ve/veya madde kullanım bozukluğu olduğu, 27 (%7,9) olguda bipolar bozukluk olduğu, 22 (%6,6) tanesinin inme/SVO (n=10) veya travmatik intrakranial kanaması/İKK (n=12) (1'i düşmeye bağlı, 2'si darp sonucu, 3'ü araç dışı trafik kazasına bağlı, 6'sı araç içi trafik kazasına bağlı İKK) olduğu, 18 (%5,3) olgunun depresyon, distimi ve yineleyen depresyon grubunda olduğu, 7 (%2,1) olguda anksiyete bozukluğu olduğu, 4 (%1,2) olguda kanser hastalığı olduğu (1'er olgu santral sinir sistemi lenfoması, akut myeloid lösemi/AML, santral sinir sistemi oligodendrogliomu ve hipofiz tümörü), 6 (%1,8) olguda birden fazla tanının olduğu (1'er olgu psikoz ve bipolar bozukluk, işitme kaybı ve orta derecede mental retardasyon, psikoz ve madde kullanım bozukluğu, bipolar duygudurum bozukluğu ve alkol kullanım bozukluğu, 2 olgu psikoz ve sınırda mental reterdasyon), 3 (%0,9)'er olguda demans ve epilepsi olduğu, 2 (%0,6)'şer olguda böbrek yetmezliği, ALS, işitme kaybı, uyum bozukluğu-TSSB olduğu, 1 (%0,3)'er olguda Parkinson, patolojik kumar oynama, pnömoni, frontal lob sendromu, beyin tutulumuyla seyreden HIV ve serebral palsi olduğu, 27 olguda (%7,9) karar verilemediği anlaşılmaktadır. (Çizelge 4.14).

Çizelge 4.14. Kısıtlanma durumunun değerlendirilmesi istemiyle gönderilen 18-64 yaş aralığındaki olguların tıbbi tanıların dağılımı (n=340)

18-64 Yaş Aralığında Tıbbi Tanılar	Kısıtlama Gerekmez		Vasi Atanması Uygun		Yasal Danışman Atanması Uygun		Kısıtlama Kararı Verilemedi		Toplam	
	n	% *	n	% **	n	% ***	n	% ****	n	%
Hastalık Yok	103	57,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	103	30,3
Psikotik bozukluklar	11	6,1	35	34,2	4	12,9	0	0,0	50	14,7
MR	2	1,1	18	17,6	9	29,0	0	0,0	29	8,3
Alkol ve/veya Madde Kullanım Bozukluğu	16	8,9	7	6,9	4	12,9	0	0,0	27	7,9
Kısıtlama Kararı Verilemedi	0	0,0	0	0,0	0	0,0	27	100	27	7,9
Bipolar Bozukluk	16	8,9	6	5,9	5	16,1	0	0,0	27	7,9
İKK, SVO	2	1,1	20	19,6	0	0,0	0	0,0	22	6,6
Depresyon, distimi ve yineleyen depresyon	16	8,9	0	0,0	2	6,5	0	0,0	18	5,3
Anksiyete Bozukluğu	7	3,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	7	2,1
Kanserler	1	0,6	3	2,9	0	0,0	0	0,0	4	1,2
Birden fazla hastalık var	0	0,0	2	2,0	4	12,9	0	0,0	6	1,8
Demans	0	0,0	3	2,9	0	0,0	0	0,0	3	0,9
Epilepsi	2	1,1	1	1,0	0	0,0	0	0,0	3	0,9
TSSB- Uyum Bozukluğu	2	1,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,6
Böbrek Yetmezliği	0	0,0	2	2,0	0	0,0	0	0,0	2	0,6
ALS	0	0,0	2	2,0	0	0,0	0	0,0	2	0,6
İşitme Kaybı	0	0,0	0	0,0	2	6,5	0	0,0	2	0,6
Parkinson	1	0,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,3
Patolojik Kumar Oynama	0	0,0	0	0,0	1	3,2	0	0,0	1	0,3

Çizelge 4.14.Devam Kısıtlanma durumunun değerlendirilmesi istemiyle gönderilen 18-64 yaş aralığındaki olguların tıbbi tanılarının dağılımı (n=340)

Pnömoni	0	0,0	1	1,0	0	0,0	0	0,0	1	0,3
Frontal Lob Sendromu	0	0,0	1	1,0	0	0,0	0	0,0	1	0,3
HIV beyin tutulumu	0	0,0	1	1,0	0	0,0	0	0,0	1	0,3
Serebral Palsy	1	0,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,3
Toplam	180	100	102	100	31	100	27	100	340	100

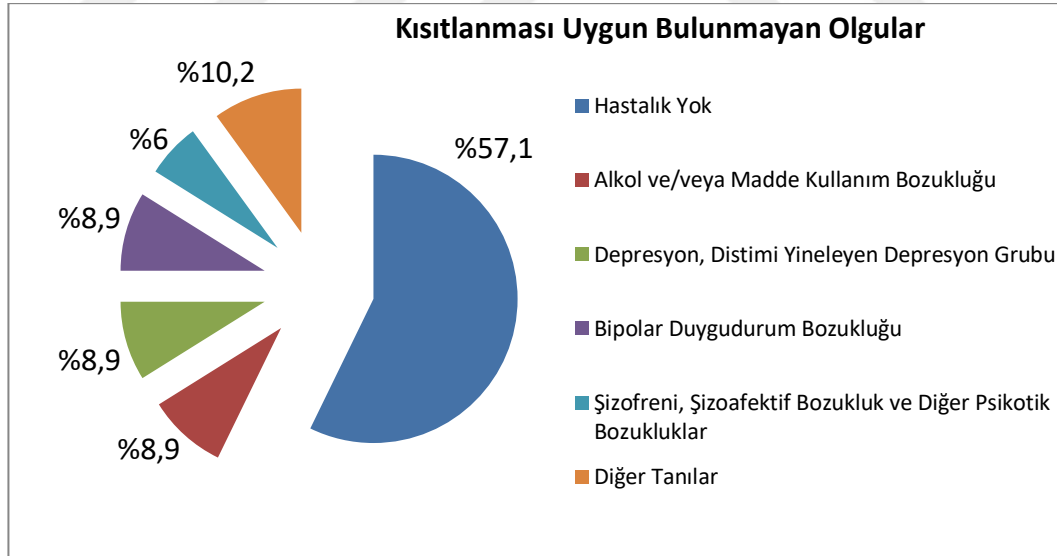
* Kısıtlamaya gerek olmadığı yönünde karar verilen olgular içindeki yüzde dağılım

**Vasi atanması uygun bulunan olgular içindeki yüzde dağılım

***Yasal danışman atanması uygun bulunan olgular içindeki yüzde dağılım

****Kısıtlama kararı verilemeyen olgular içindeki dağılım

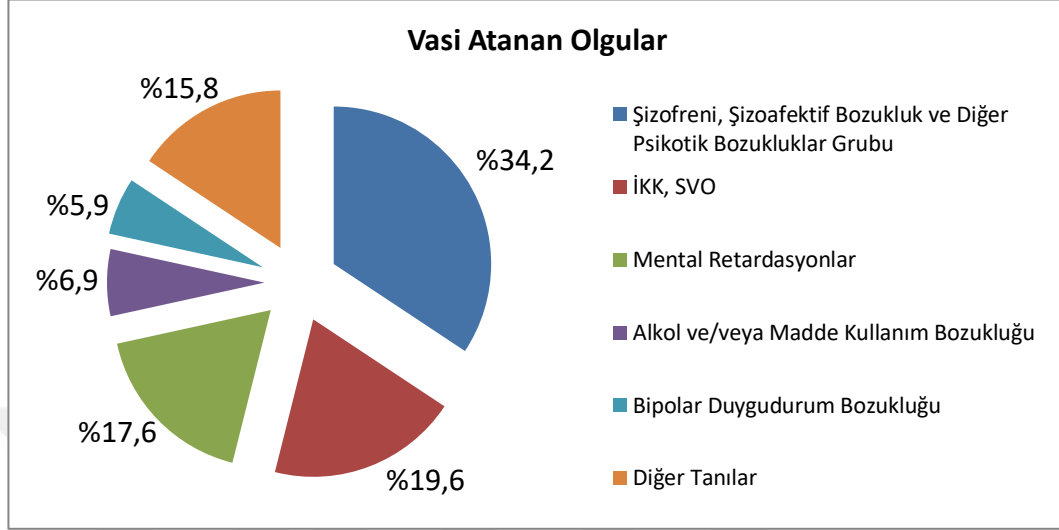
18-64 yaş grubunda kısıtlanması uygun bulunmayan 180 olguda en sık görülen tanılar sıralandığında; 103 (%57,1) olguda herhangi bir hastalık saptanmamıştır, 16 (%8,9) olgu alkol ve/veya madde kullanım bozuklukları, 16 (%8,9) olgu depresyon, distimi ve yineleyen depresyon grubu, 16 (%8,9) olgu bipolar bozukluk, 11 (%6) olgu şizofreni, şizoafektif bozukluk ve diğer psikotik bozukluklar saptanan olgulardır (Şekil 4.8).



Şekil 4.8. Kısıtlanmasına gerek olmadığı yönünde sonuç verilen 18-64 yaş arası olgularda en sık görülen tıbbi tanılarının dağılımı (n=180)

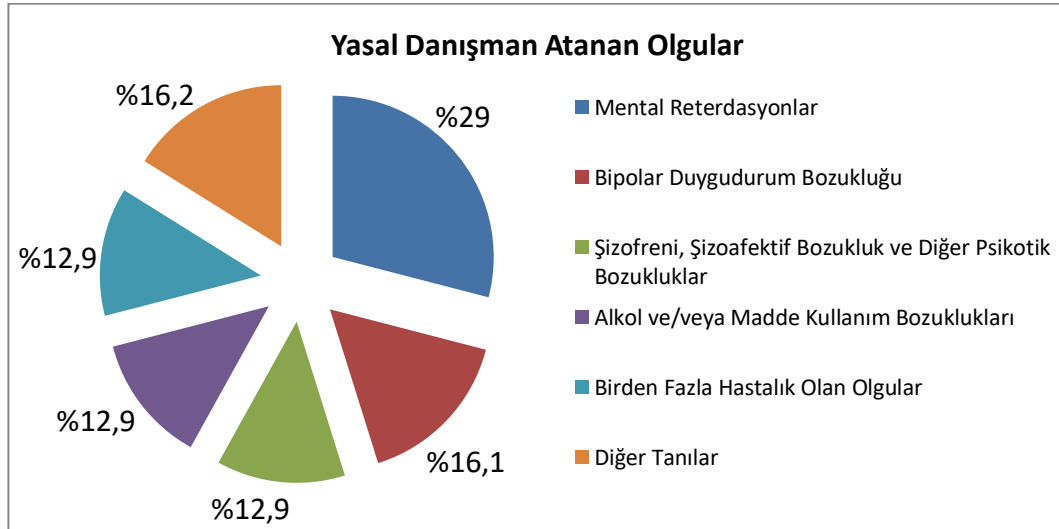
18-64 yaş grubunda vasi atanmasının uygun olacağı karar verilen 102 olguda en sık görülen tanılar sıralandığında; 35 (%34,2) olgu psikotik bozukluklar grubu, 20 (%19,6) olgu travmatik intrakranial kanama (n=10) veya inme (n=10),

18 (%17,6) olgu mental reterdasyonlar, 7 (%6,9) olgu alkol ve/veya madde kullanım bozuklukları, 6 (%5,9) olgu bipolar bozukluğu olan olgulardır (Şekil 4.9).



Şekil 4.9. Vasi atanmasının uygun olduğu yönünde sonuç verilen 18-64 yaş arası olgularda en sık görülen tıbbi tanıların dağılımı (n=102)

18-64 yaş grubunda yasal danışman atanmasının uygun olacağı kararı verilen 31 bireyde en sık görülen tanılarsıralandığında; 9 (%29) olgu mental reterdasyon, 5 (%16,1) olgu bipolar bozukluk, 4 (%12,9) olgu psikotik bozukluklar grubu, 4 (%12,9) olgu alkol ve/veya madde kullanım bozuklukları, 4 (%12,9) olgu birden fazla hastalığın olduğu olgulardır (Şekil 4.10).



Şekil 4.10. Yasal danışman atanmasının uygun olduğu yönünde sonuç verilen 18-64 yaş arası olgularda en sık görülen tıbbi tanıların dağılımı (n=31)

18-64 yaş grubundaki bireylerde; alkol ve/veya madde kullanım bozuklukları, bipolar bozukluk ve psikotik bozukluk tanılarının **kısıtlanmayan**, vasi veya yasal danışman atanması kararı verilen gruplardaki en sık görülen tanılar içerisinde; mental retardasyon tanısının vasi veya yasal danışman atanması kararı verilen gruplardaki en sık görülen tanılar içerisinde bulunması dikkat çekici bulunmuştur. Bu durum, bahsedilen dört tanı grubunda kısıtlanma (vasi veya yasal danışman)-kısıtlanmama durumunu değerlendirme veya kısıtlanacaksa hangi tür kısıtlanmanın kullanılacağı konusunda ayrımının iyi yapılması gerekliliğini ortaya koymaktadır. İnme veya travma nedeniyle İKK tanısı da hem bu yaş grubunda hem de 65 yaş ve üstü grupta en sık ikinci vasi atanma sebebi olmasıyla dikkat çekmektedir. Tüm bu sebeplerle bahsedilen beş tanı grubu ayrıntılarıyla incelenecektir.

• Alkol ve/veya Madde Kullanım Bozukluğu Tanısı Alan Olgularla

İlgili Veriler

Olguların 16 (%59,3) tanesine kısıtlanmalarına gerek olmadığı, 11 (%40,7) tanesine kısıtlanmalarının uygun olduğu yönünde sonuç verilmiştir (7 tanesine vasi, 4 tanesine yasal danışman atanması önerilmiştir). Kısıtlanması gerektiği yönünde karar verilen olguların 3 (%27,3) tanesinin raporunda kısıtlanma durumunun yeniden değerlendirilmesi için 12 ay sonra kontrol önerilmiş, 8 (%72,7) tanesinde raporun geçerlilik süresi hakkında yorum yapılmamıştır. Kısıtlanmasına gerek duyulmayan olguların hiçbirinin raporunda kontrol önerilmemiştir. Vasilik yanında yasal danışmanlık hakkında da görüş istenmiş 1 olguya vasi atanması uygun görülmüş, 4 olguya müzekkerede sorulmamasına rağmen yasal danışman atanması uygundur şeklinde rapor verilmiştir. 27 olgunun 5 (%18,5) tanesi alkol kullanım bozukluğu, 21 (%77,8) tanesi madde kullanım bozukluğu, 1 (%3,7) tanesi alkol ve madde kullanım bozukluğu tanısı almıştır. Madde kullanım bozukluğu olan 21 olgunun 8 (%29,6) tanesi tekli madde kullanım bozukluğu (4'ü eroin, 3'ü esrar ve 1'i opioid bağımlısı), 13 (%73,4) tanesi çoklu madde kullanım bozukluğu tanısına sahiptir (Çizelge 4.15).

Çizelge 4.15. Alkol ve/veya madde kullanım bozukluğu tanısı konulan olguların alt tanıların dağılımı (n=27)

Alkol-Madde Kullanım Bozukluğu Sınıflaması	Kısıtlaması uygun bulunmayanlar (n)	Kısıtlanması uygun bulunanlar (n)		Toplam (n)
		Vasi Atanması Uygun (n)	Yasal Danışman Atanması Uygun (n)	
Alkol Kullanım Bozukluğu	1	2	2	5
Tekli Madde Kullanım Bozukluğu	6	2	0	8
Çoklu Madde Kullanım Bozukluğu	8	3	2	13
Alkol ve Madde Kullanım Bozukluğu	1	0	0	1
Toplam	16	7	4	27

Alkol ve/veya madde kullanım bozukluğu tanısı konmuş 27 olgunun anamnezinde 22 (%81,5) tanesinin ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü yokken, 5 (%18,5) tanesinin ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü olduğu anlaşılmıştır. Bu 5 olgunun ailesindeki tanılardan 3'ü şizofreni, 1'er tanesi depresyon ve alkol bağımlılığı tanılarıdır. Olguların 10 (%37) tanesi başka bir adli süreç yaşamamışken, 17 (%63) tanesi başka bir adli süreç deneyimlemiştir (4'ü hırsızlık, 5'i darp, 5'i uyuşturucu kullanımı, 1'er tane kamu malına zarar verme, darp ve hırsızlık, alkollü araç kullanma suçları).

Alkol ve/veya madde bozukluğu olan olgularda verilen kısıtlanma kararları ile cinsiyet, eğitim durumu, yalnız yaşama, aktif iş hayatında olma ve psikiyatrik öyküsü arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkili saptanmamıştır ($p>0,05$; *Fisher's Exact Test uygulanmıştır) (Çizelge 4.16).

Çizelge 4.16. Alkol ve/veya Madde Kullanım Bozukluğu tanılı olgularda cinsiyet, eğitim, yalnız yaşama, çalışma durumu ve psikiyatrik hastalık sebebiyle yatış öyküsünün kısıtlanma kararına göre dağılımı

	Kısıtlanmayan(n=16)		Kısıtlanan(n=11)		p değeri
	n	%	n	%	
Cinsiyet					
Erkek	15	65,2	8	34,8	0,273
Kadın	1	25,0	3	75,0	
Eğitim Durumu					
Ortaokul ve altı	10	58,8	7	41,2	1,00
Lise ve üstü	6	60,0	4	40,0	
Yaşanılan Kişiler					
Yalnız Yaşıyor	8	66,7	4	33,3	0,696
Yalnız Yaşamıyor	8	53,3	7	46,7	
Çalışma Durumu					
Çalışıyor	9	81,8	2	18,2	0,109
Çalışmıyor	7	43,75	9	56,25	
Yatış Öyküsü					
Yok	10	55,6	8	44,4	0,692
Var	6	66,7	3	33,3	

Alkol ve/veya madde bozukluğu olan olgulardaki eğitim süresi ve hastalık süresi ortalamaları ile kısıtlanma kararı arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$; *Mann Whitney U testi uygulanmıştır) (Çizelge 4.17).

Çizelge 4.17. Alkol ve/veya madde kullanım bozukluğu tanısı konan olgularda kısıtlanma durumuyla hastalık ve eğitim süresinin ilişkisi

	Kısıtlanmayan		Kısıtlanan		p değeri
	Ort.	Std. Sapma	Ort.	Std. Sapma	
Hastalık Süresi Ortalaması (yıl) (n=27)	6,43	3,99	9,81	8,87	0,636
Eğitim Süresi Ortalaması (yıl) (n=27)	8,90	2,73	9,18	3,37	0,858

İzole Alkol ve İzole Madde bozukluğu tanısı konmuş olgular arasında kısıtlanma kararları açısından istatistiksel olarak anlamlı ilişkili saptanmamıştır ($p>0,05$; *Fisher's Exact Test uygulanmıştır) (Çizelge 4.18).

Çizelge 4.18. Kısıtlanma durumuyla izole alkol-madde bağımlılığı alt türü ilişkisi

Hastalığın Alt Türü	Kısıtlanmayan(n=15)		Kısıtlanan(n=11)		p değeri
	n	%	n	%	
İzole Alkol Kullanım Bozukluğu	1	20	4	80	0,128
İzole Madde Kullanım Bozukluğu	14	66,7	7	33,3	

İzole madde kullanım bozukluğunun bir (tekli) veya birden fazla madde (çoklu) kullanımıyla meydana gelmesi arasında kısıtlanma durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$; *Fisher's Exact Test uygulanmıştır) (Çizelge 4.19).

Çizelge 4.19. Kısıtlanma durumuyla Madde Kullanım Bozukluğu türü ilişkisi

Madde Kullanım Bozukluğu Türü	Kısıtlanmayan (n=14)		Kısıtlanan (n=7)		p değeri
	n	%	n	%	
Çoklu Madde Kullanımı	8	61,5	5	38,5	0,656
Tekli Madde Kullanımı	6	75	2	25	

•Bipolar Bozukluk Tanısı Konan Olgularla İlgili Veriler

Olguların 16 (%59,3) tanesine kısıtlanmasına gerek olmadığı, 11 (%40,7) tanesine kısıtlanmalarının uygun olduğu yönünde sonuç verilmiştir (6 tanesine vasi, 5 tanesine yasal danışman atanması önerilmiştir). Kısıtlanması gerektiği yönünde karar verilen olguların 3 (%27,3) tanesinin raporunda kısıtlanma ihtiyacının kalıcı süreyle olduğu, 5 (%45,4) tanesinin raporunda 3-6 veya 12 ay sonra kısıtlanması açısından kontrol muayenesi gerektiği belirtilmiş, 3 (%27,3) tanesinde raporun geçerlilik süresi hakkında yorum yapılmamıştır; kısıtlanmasına gerek duyulmayan olguların 11 (%68,7) tanesinin raporunda “kısıtlanmaya gerek olmamakla birlikte hastalığın doğası gereği atakların olabileceği ve kısıtlanma ihtiyacının ortaya çıkabileceği” belirtilmiş, 5 (%31,3) tanesinin raporunda kontrol

muayenesi önerilmemiştir. Vasilik yanında yasal danışmanlık hakkında da görüş istenmiş 2 olgunun 1 tanesine yasal danışman atanması uygun görülmüş, 4 olguya müzekkerede sorulmamasına rağmen yasal danışman atanmasının uygun olacağına karar verilmiştir. 27 olgunun 19 (%18,5) tanesinin bipolar bozukluğun ötimik döneminde olduğu, 6 (%22,2) tanesinin manik atak döneminde olduğu tanısı kayıtlıyken, 2 (%7,4) olgunun hangi dönemde olduğu bilgisine ulaşılammıştır (Çizelge 4.20).

Çizelge 4.20. Bipolar Bozukluk tanısı konulan olguların bulunduğu dönemlerin dağılımı (n=27)

Hastalığı Dönemi	Kısıtlamaya Gerek Yok (n)	Kısıtlananlar (n)		Toplam (n)
		Vasi Atanması Uygun (n)	Yasal Danışman Atanması Uygun (n)	
Ötimik Dönem	16	0	3	19
Atak Dönemi	0	5	1	6
Dönem Bilinmiyor	0	1	1	2
Toplam	16	6	5	27

Bipolar bozukluk tanısı konmuş 27 olgunun 23 (%85,2) tanesinin ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü yokken, 4 (%14,8) tanesinin ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü olduğu anlaşılmıştır; bu 4 olgunun ailesindeki tanıların tamamı bipolar bozukuktur. Olguların 26 (%96,3) tanesi başka bir adli süreç yaşamamışken, 1 (%3,7) tanesi başka bir adli süreç deneyimlemiştir (darp suçu).

Bipolar bozukluğu olan olgularda verilen kısıtlanma kararları ile cinsiyet, eğitim durumu, yalnız yaşama ve aktif iş hayatında olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$; *Fisher's Exact Test uygulanmıştır). Daha önceden psikiyatrik hastalık sebebiyle yatış öyküsü olanların %57,9'u (n=11) kısıtlanırken, psikiyatrik hastalık sebebiyle yatış öyküsü olmayan olgulardan hiçbiri kısıtlanmamış ve psikiyatrik hastalık sebebiyle yatış öyküsüyle kısıtlanma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p=0,008$; *Fisher's Exact Test uygulanmıştır) [İlişki (Phi) katsayısı: 0,538; $p=0,005$] (Çizelge 4.21). Psikiyatrik yatış öyküsü olan olgularda vasi veya yasal danışman atanması uygun bulunanların sıklığının psikiyatrik yatış öyküsü olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Çizelge 4.21. Bipolar Bozukluk tanısı alan olgularda cinsiyet, eğitim, yalnız yaşama, çalışma durumu ve psikiyatrik hastalık sebebiyle yatış öyküsünün kısıtlanma durumuyla ilişkileri

	Kısıtlanmayan(n=16)		Kısıtlanan(n=11)		p değeri
	n	%	n	%	
Cinsiyet					
Erkek	9	69,2	4	30,8	0,440
Kadın	7	50,0	7	50,0	
Eğitim Durumu					
Ortaokul ve altı	7	70,0	3	30,0	0,448
Lise ve üstü	9	52,9	8	47,1	
Yaşanılan Kişiler					
Yalnız Yaşıyor	6	75,0	2	25,0	0,405
Yalnız Yaşamıyor	10	52,6	9	47,4	
Çalışma Durumu					
Çalışıyor	7	87,5	1	12,5	0,090
Çalışmıyor	9	47,4	10	52,6	
Yatış Öyküsü					
Yok	8	100,0	0	0,0	0,008
Var	8	42,1	11	57,9	

Bipolar bozukluğu olan olgulardaki eğitim süresi ve hastalık süresi ortalamaları ile kısıtlanma durumu arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$; *Mann Whitney U testi uygulanmıştır) (Çizelge 4.22).

Çizelge 4.22. Bipolar Bozukluk tanısı konan olgularda kısıtlanma durumuyla hastalık ve eğitim süresinin ilişkisi

	Kısıtlanmayan		Kısıtlanan		p değeri
	Ort.	Std. Sapma	Ort.	Std. Sapma	
Hastalık Süresi Ortalaması (yıl) (n=27)	7,68	5,31	9,81	6,28	0,429
Eğitim Süresi Ortalaması (yıl) (n=27)	10,75	3,62	12,0	4,53	0,394

Bipolar hastalık dönem bilgisine ulaşamayan 2 olgu çıkarıldıktan sonra; ötimik dönemdeki hastaların %15,8'inin (n=3) kısıtlanması uygun bulunmuşken, atak dönemindeki olguların tamamının kısıtlanması uygun bulunmuştur. Hastalık dönemiyle kısıtlanma kararı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır (p=0,000; *Fisher's Exact Test uygulanmıştır) [İlişki (Phi) katsayısı: 0,749; p= 0,000] (Çizelge 4.23). Atak dönemindeki olgularda vasi veya yasal danışman atanması uygun bulunanların sıklığının ötimik dönemdekilere göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Çizelge 4.23. Bipolar Bozukluk tanısı konan olgularda kısıtlanma durumuyla hastalık dönemi ilişkisi

Hastalığın Dönemi	Kısıtlanmayan(n=16)		Kısıtlanan(n=9)		p değeri
	n	%	n	%	
Ötimik Dönem	16	84,2	3	15,8	<0,001
Atak Dönemi	0	0,0	6	100,0	

• Şizofreni, Şizoaffektif Bozukluk ve Diğer Psikotik Bozukluk Tanısı

Konan Olgularla İlgili Veriler

Olguların 11'ine (%22,0) kısıtlanmasına gerek olmadığı, 39'una (78,0) kısıtlanmasının uygun olduğu yönünde sonuç verilmiştir (35 tanesine vasi, 4 tanesine yasal danışman atanması önerilmiştir). Kısıtlanması gerektiği yönünde karar verilen olguların 18 (%46,2) tanesinin raporunda kısıtlanma ihtiyacının kalıcı süreyle olduğu, 9 (%23,1) tanesinin raporunda 6 veya 12 ay sonra kısıtlanması açısından kontrol muayenesi gerektiği belirtilmiş, 12 (%30,7) tanesinde raporun geçerlilik süresi hakkında yorum yapılmamıştır. Kısıtlanmasına gerek olmadığı kararı verilen olguların 5 (%45,5) tanesinin raporunda "kısıtlanmaya gerek olmamakla birlikte hastalığın doğası gereği atakların olabileceği ve kısıtlanma ihtiyacının ortaya çıkabileceği" belirtilmiş, 6 (%54,5) tanesine kontrol muayenesi önerilmemiştir.

Vasilik yanında yasal danışmanlık ihtiyacı hakkında da görüş istenmiş 5 olgudan birine kısıtlanmasına gerek olmadığı, kalan 4 tanesine vasi atanmasının uygun olacağı kararı verilmiş; 4 olguya müzekkerede sorulmamasına rağmen yasal danışman atanmasının uygun bulunduğu kararı verilmiştir.

Psikotik hastalığın dönemine göre 14 (%28) olgu hastalığın remisyon döneminde, 19 (%38) olgu aktif şikayetlerinin olduğu dönemde başvurmuştur; 17 (%34) olguda hastalığın dönemiyle ilgili veriye ulaşılamamıştır. Kısıtlanmasına gerek olmadığı kararı verilen olguların tamamı remisyon dönemindeyken, akut psikotik atak döneminde başvuran 19 olgunun tamamında kısıtlanmasının uygun olacağı kararı verilmiştir (19 olgunun hepsine de vasi atanması uygun bulunmuştur) (Çizelge 4.24). 50 olgunun 17 (%34,0) tanesi şizofreni, 3 (%6,0) tanesi şizoaffektif bozukluk ve 30 (%60) tanesi diğer psikotik bozukluklar grubundadır (Çizelge 4.25).

Çizelge 4.24. Psikotik Bozukluk tanısı konulan olguların bulunduğu dönemlerin dağılımı (n=50)

Hastalığın Dönemi	Kısıtlaması uygun bulunmayanlar (n)	Kısıtlanmasında uygun bulunanlar (n)		Toplam (n)
		Vasi Atanması Uygun (n)	Yasal Danışman Atanması Uygun (n)	
Remisyon Dönemi	11	0	3	14
Aktif Dönem	0	19	0	19
Dönem Bilinmiyor	0	16	1	17
Toplam	11	35	4	50

Çizelge 4.25. Psikotik Bozukluk tanısı konulan olguların alt tanılarının dağılımı (n=50)

Hastalığın Türü	Kısıtlanmayan (n)	Kısıtlananlar (n)		Toplam (n)
		Vasi Atanması Uygun (n)	Yasal Danışman Atanması Uygun (n)	
Şizofreni	3	13	1	17
Şizoaffektif Bozukluk	0	2	1	3
Diğer Psikotik Bozukluklar	8	20	2	30
Toplam	11	35	4	50

Şizofreni, şizoafektif bozukluk ve diğer psikotik bozukluk tanısı konmuş 50 olgunun 39 (%78,0) tanesinin ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü yokken, 11 (%22,0) tanesinin ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü olduğu anlaşılmıştır; bu 11 olgunun ailesindeki tanıların 7 tanesi şizofreni, 1 tanesi bipolar bozukluktur ve 3 tanesinin psikiyatrik hastalık tanısı bilinmemekle birlikte intihar ettiği öğrenilmiştir. Olguların 39 (%78,0) tanesi başka bir adli süreç yaşamamışken, 11 (%22,0) tanesi başka bir adli süreç deneyimlemiştir (8'i darp, 1'i hırsızlık ve 2 tanesi darp ve uyuşturucu kullanımı suçları).

Sosyo-demografik verilerine ulaşılamayan 1 olgu çıkartıldıktan sonra psikotik bozukluk grubunda olan olgularda verilen kısıtlanmasının uygun bulunduğu kararı ile cinsiyet, eğitim durumu, yalnız yaşama, aktif iş hayatında olma ve psikiyatrik hastalık sebebiyle yatış öyküsü arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$; *Fisher's Exact Test uygulanmıştır) (Çizelge 4.26).

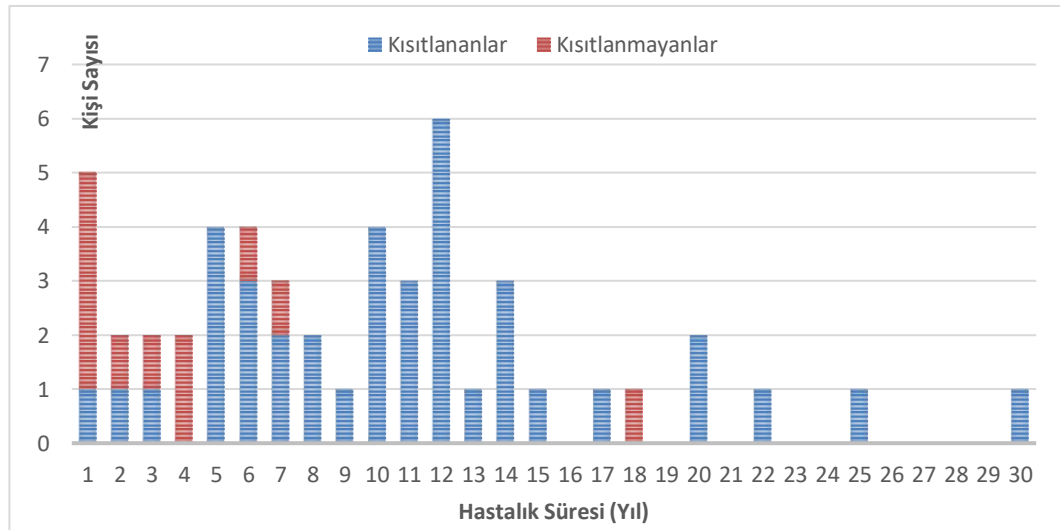
Çizelge 4.26. Psikotik Bozukluk tanısı alan olgularda cinsiyet, eğitim, yalnız yaşama, çalışma durumu ve psikiyatrik hastalık sebebiyle yatış öyküsünün kısıtlanma kararı ile ilişkileri

	Kısıtlanmayan(n=11)		Kısıtlanan(n=38)		p değeri
	n	%	n	%	
Cinsiyet					
Erkek	5	19,2	21	80,8	0,817
Kadın	6	26,1	17	73,9	
Eğitim Durumu					
Ortaokul ve altı	2	11,8	15	88,2	0,287
Lise ve üstü	9	28,1	23	71,9	
Yaşanılan Kişiler					
Yalnız Yaşıyor	3	17,6	14	82,4	0,725
Yalnız Yaşamıyor	8	25	24	75	
Çalışma Durumu					
Çalışıyor	5	45,5	6	54,5	0,093
Çalışmıyor	6	15,8	32	84,2	
Yatış Öyküsü					
Yok	6	40,0	9	60,0	0,069
Var	5	14,7	29	85,3	

Şizofreni, şizoaffektif bozukluk ve diğer psikotik bozukluk grubunda olan olgulardaki ortalama eğitim süresiyle (bilgilerine ulaşılamayan 1 olgu çıkartılmıştır) kısıtlanma durumu arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$; *Mann Whitney U testi uygulanmıştır). Bu hastalık grubundaki olguların kısıtlanma durumlarına göre hastalık süreleri değerlendirildiğinde; kısıtlanması uygun bulunmayan olgularda yıl olarak hastalık süresi ortalamasının kısıtlanan olgulara göre daha düşük olduğu ve ortalamalar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p=0,00$; *Mann Whitney U testi uygulanmıştır) (Çizelge 4.27). Kısıtlanma durumuna göre hastalık süresinin dağılımı Şekil 4.11’de gösterilmiştir.

Çizelge 4.27. Psikotik Bozukluk tanısı konan olgularda kısıtlanma durumuyla hastalık ve eğitim süresinin ilişkisi

	Kısıtlanması uygun bulunmayanlar		Kısıtlanması uygun bulunanlar		p değeri
	Ort.	Std. Sapma	Ort.	Std. Sapma	
Hastalık Süresi Ortalaması (yıl) (n=50)	4,36	4,98	11,07	6,17	<0,001
Eğitim Süresi Ortalaması (yıl) (n=49)	12,63	3,47	10,97	4,30	0,280



Şekil 4.11. Psikotik Bozukluk tanısı konulan olgularda kısıtlanma durumuna göre yıl olarak hastalık süresinin dağılımı

Şizofreni, şizoaftif bozukluk ve diğer psikotik bozukluk grubunda olan ve hastalığın hangi dönemde olduğu bilgisine ulaşamayan 17 olgu çıkartıldıktan sonra; remisyon dönemindeki olguların %21,4'üne (n=3), atak dönemindeki olguların ise tamamına kısıtlanmasının uygun olacağı yönünde karar verilmiştir. Hastalık dönemiyle kısıtlanma durumu arasında, istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır (p=0,000; *Fisher's Exact Test uygulanmıştır) [İlişki (Phi) katsayısı: 0,824; p= 0,000] (Çizelge 4.28). Psikotik bozukluğun atak dönemindeki olgularda vasi veya yasal danışman atanması uygun bulunanların sıklığının remisyon dönemindekilere göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Çizelge 4.28. Psikotik Bozukluk tanısı konulan olgularda kısıtlanma durumuyla hastalık dönemi ilişkisi

Hastalığın Dönemi	Kısıtlanmayan(n=11)		Kısıtlanan(n=22)		p değeri
	(n)	(%)	(n)	%	
Remisyon Dönemi	11	78,6	3	21,4	<0,001
Akut Psikotik Dönem	0	0,0	19	100,0	

• Mental Retardasyon Tanısı Konan Olgularla İlgili Veriler

Olguların 2 (%6,9) tanesine kısıtlanmasına gerek olmadığı, 27 (93,1) tanesine kısıtlanmalarının uygun olduğu yönünde sonuç verilmiştir. Kısıtlanması uygun bulunanların 18'ine (%66,7) vasi, 9'una (%33,3) yasal danışman atanması önerilmiştir. Kısıtlanması uygun bulunan olguların 15'inin (%55,6) raporunda kısıtlanma ihtiyacının kalıcı süreyle olduğu belirtilmiş, 12'sinde (%44,4) raporun geçerlilik süresi hakkında yorum yapılmamıştır; kısıtlanmasına gerek olmadığına karar verilen olguların hiçbirine kontrol muayenesi önerilmemiştir. Olgulardan 9'una müzekkerede sorulmamasına rağmen yasal danışman atanması uygundur yönünde sonuç verilmiştir. Mental retardasyon tanılı 29 olgudan 1'i (%3,4) sınırda mental kapasiteye (sınır zeka geriliği) sahipken, 13 (%44,8) olgu hafif derece mental retardasyon, 9 (%31) olgu orta derecede mental retardasyon ve 6 (%20,7) olgu ağır derecede mental retardasyon tanısı almıştır (Çizelge 4.29).

Çizelge 4.29. Mental Retardasyon tanılı olguların dağılımı (n=29)

Hastalığın Seviyesi	Kısıtlamaya Gerek Yok (n)	Kısıtlananlar (n)		Toplam(n)
		Vasi Atanması Uygun (n)	Yasal Danışman Atanması Uygun (n)	
Sınır Zeka Geriliği	0	0	1	1
Hafif MR	2	3	8	13
Orta MR	0	9	0	9
Ağır MR	0	6	0	6
Toplam	2	18	9	29

Mental retardasyon tanısı konmuş olgularda kısıtlanma kararı verilmeyen olgu sayısının (n=2, %6,9) çok az olması nedeniyle anlamlılık değerlendirmeleri kısıtlanma veya kısıtlanmama durumuna göre değil, verilen kısıtlanma kararının vasi veya yasal danışman atanması durumuna göre yapılmıştır.

Mental retardasyon tanısı konmuş 27 olgudaki seçilen yasal temsilci ile (vasi, yasal danışman) cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$; *Fisher's Exact Test uygulanmıştır). Vasi atanması uygun bulunanların oranı okuryazar olmayan kişilerde %85,7, okuryazar olanlarda %46,2 saptanmış olup, okuryazar olma durumuyla yasal temsilcinin türü (vasi, yasal danışman) arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ($p=0,046$; *Fisher's Exact Test uygulanmıştır)[İlişki (Phi) katsayısı: 0,419; $p=0,029$]. Okuryazar olan olgularda daha ağır kısıtlanma türü olan vasi atanması uygun bulunanların sıklığının okuryazar olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde düşük olduğu tespit edilmiştir. Çalışma hayatında aktif olarak bulunan olguların %16,7'si, aktif çalışma hayatında olmayanların %81'ine vasi atanarak kısıtlanması uygun bulunmuş olup, aktif iş hayatında olma durumuyla yasal temsilcinin türü (vasi, yasal danışman) arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ($p=0,008$; *Fisher's Exact Test uygulanmıştır)[İlişki (Phi) katsayısı: 0,567; $p=0,003$] (Çizelge 4.30). Aktif iş hayatında olan olgularda daha ağır kısıtlanma türü olan vasi atanması uygun bulunanların sıklığının aktif iş hayatında olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde düşük olduğu tespit edilmiştir.

Çizelge 4.30. Mental retardasyon tanılı olgularda cinsiyet, eğitim durumu ve çalışma durumunun, seçilen yasal temsilciye göre dağılımı

	Yasal Danışman (n=9)		Vasi (n=18)		P değeri
	(n)	(%)	(n)	%	
Cinsiyet (n=27)					
Erkek	8	47,1	9	52,9	0,091
Kadın	1	10	9	90	
Eğitim Durumu (n=27)					
Okuryazar değil	2	14,3	12	85,7	0,046
Okuryazar	7	53,8	6	46,2	
Çalışma Durumu (n=27)					
Çalışıyor	5	83,3	1	16,7	0,008
Çalışmıyor	4	19	17	81	

Yalnız yaşayan 1 olgu hariç tutulduğunda mental retardasyon tanısı konan olguların anne-baba veya kardeşleriyle yaşaması veya eş ve/veya çocuklarıyla oluşturduğu ailesiyle yaşaması durumuyla atanan yasal temsilci (vasi, yasal danışman) arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$; *Fisher's Exact Test uygulanmıştır) (Çizelge 4.31).

Çizelge 4.31. Mental retardasyon tanılı olguların birlikte yaşadığı kişilere ve atanan yasal temsilciye göre dağılımı

Yaşanılan Kişiler	Yasal Danışman (n=8)		Vasi (n=18)		P değeri
	(n)	(%)	(n)	%	
Eş ve/veya çocuk	5	62,5	3	37,5	0,060
Anne-baba ve/veya kardeş	3	16,7	15	83,3	

Mental retardasyon tanılı olgularda atanan yasal temsilciye göre eğitim süreleri değerlendirildiğinde; vasi atanması uygun bulunan olgularda yıl olarak eğitim süresi ortalamasının, yasal danışman atanması uygun bulunan olgulara göre daha düşük olduğu ve ortalamalar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p=0,029$; *Mann Whitney U testi uygulanmıştır) (Çizelge 4.32).

Çizelge 4.32. Mental retardasyon tanılı olgularda atanması uygun bulunan yasal temsilci ile olguların ortalama eğitim süresinin dağılımı

	Yasal Danışman (n=9)		Vasi (n=18)		P değeri
	Ort.	Std. Sapma	Ort.	Std. Sapma	
Eğitim Süresi Ortalaması (yıl) (n=27)	4,88	3,10	2,05	4,20	0,029

Orta ve ağır derecede MR tanılı olguların tamamına, sınır zeka geriliği ve hafif derecede MR tanılı olguların %25'ine (n=3) vasi atanmasının uygun bulunduğu karar verilmiş olup; mental retardasyonun ağırlığı ile uygun bulunan yasal temsilci (vasi/yasal danışman) seçimi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır (p=0,000; *Fisher's Exact Test uygulanmıştır) [İlişki (Phi) katsayısı: -0,791; p= 0,000] (Çizelge 4.33). Mental retardasyonu daha hafif olan olgularda daha ağır kısıtlanma türü olan vasi atanması uygun bulunanların sıklığının daha ağır mental retardasyonu olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde düşük olduğu tespit edilmiştir.

Çizelge 4.33. Mental retardasyon ağırlığının seçilen yasal temsilciye göre dağılımı

Hastalığın Seviyesi	Yasal Danışman (n=9)		Vasi (n=18)		P değeri
	(n)	(%)	(n)	%	
Sınır Zeka Geriliği-Hafif MR	9	75,0	3	25,0	<0,001
Orta-Ağır MR	0	0,0	15	100	

• Travmatik İntrakranial Kanama veya Serebrovasküler Olay (İnme) Olgularıyla İlgili Veriler

Olguların 2'sine (%9,1) kısıtlanmasına gerek olmadığı, 20'sine (%90,9) kısıtlanmalarının uygun olduğu yönünde sonuç verilmiş ve bu 20 olgunun tamamına vasi atanması önerilmiştir. Kısıtlanmasının uygun bulunduğu karar verilen olguların 5'inin (%25) raporunda kısıtlama ihtiyacının kalıcı süreyle olduğu, 6'sının (%30) raporunda 6-12 ay sonra kontrol muayenesi önerildiği, 4'ünün (%20) raporunda durumunda değişiklik olursa kontrol muayenesi gerektiği

şeklinde yorum yapılmışken, 5 (%25) tanesinde raporun geçerlilik süresi hakkında yorum yapılmadığı saptanmıştır. Kısıtlanmasına gerek olmadığına karar verilen olguların hiçbirine kontrol muayenesi önerilmemiştir. Toplam 22 olgunun 10'u (%45,5) serebrovasküler olay (inme) iken geri kalan 12 (%54,5) olgu travmaya bağlı intrakranial kanamadır. Bu 12 travmaya bağlı intrakranial kanama olgusunun orijinleri incelendiğinde; 6 (%50) tanesi araç içi trafik kazası (AİTK), 3 tanesi (%25) araç dışı trafik kazası (ADTK), 2 (%16,7) tanesi darp ve 1 (%8,3) tanesi düşme olarak kayıtlıdır (Çizelge 4.34).

Çizelge 4.34. 18-64 yaş aralığında intrakranial kanama ve inme olgularının kısıtlanma ihtiyacına göre dağılımı

		Kısıtlanması Gerekmez (n=2)	Vasi Atanması Uygun (n=20)	Toplam (n=22)
SVO (İnme)		0	10	10
Travmaya Bağlı İKK	AİTK	1	5	6
	ADTK	0	3	3
	Darp	1	1	2
	Düşme	0	1	1
Toplam		2	20	22

4.2.3. Kısıtlanma Durumunun Değerlendirilmesi İstemiyle Gönderilen 65 Yaş ve Üstü Olgularla İlgili Veriler

Çalışmada 65 yaş üstü toplam 117 olgu saptanmış olup bunların 74'ü (%63,2) erkek, 43'ü (%36,8) kadındır. Olguların yaş ortalaması 79,53±11,62 (en küçük 65, en yüksek 99) bulunmuştur. Erkeklerin yaş ortalaması 78,22±8,40, kadınların yaş ortalaması 81,79±7,94 hesaplanmıştır.

Rapor talep eden makamların 102'si (%87,1) Sulh Hukuk Mahkemesi, 9'u (%7,7) Cumhuriyet Savcılıkları (3 tanesi İç Muhabere Masası, 5 tanesi Muhabere Bürosu, 1 tanesi Hazırlık Bürosu), 4'ü (%3,4) Aile Mahkemesi, 1'i (%0,9) Ağır Ceza Mahkemesi, 1'i (%0,9) Asliye Ceza Mahkemesidir.

Müzekkerelerde olguların tamamında vasilik hakkında görüş istendiği kayıtlı iken, 13 (%11,1) olguda yasal danışmanlık ve 2 (%1,7) olguda kayyımlik hakkında görüş istenmiştir. Olguların 113 (%96,6) tanesinde müzekkerede kısıtlanma isteminin gerekçesi belirtilmemiş, yalnızca 4 (%3,4) tanesinde kısıtlanma isteminin gerekçesi belirtilmiştir. Müzekkerede kısıtlanma isteminin

belirtildiği olgular incelendiğinde; 2 (%1,7) tanesi hukuki ehliyet değerlendirmesi, 1 (%0,9) tanesi cinsel dokunulmazlığa karşı suçlar, 1 (%0,9) tanesi vücut dokunulmazlığına karşı suçlar nedeniyle değerlendirme için gönderildiği anlaşılmaktadır.

Olgulardan ve/veya yakınlarından alınan anamnezlere göre kısıtlanma isteminin gerekçeleri incelendiğinde; 37 (%31,5) tanesinde mal paylaşımı için, 35 (%29,9) tanesinde maaş çekilebilmesi için, 7 (%6) tanesinde psikiyatrik hastalık sebebiyle, 6 (%5,1) tanesinde bakımevine yerleştirilebilme başvurusu için, 5 (%4,3) tanesinde boşanma davası sebebiyle, 3 (%2,6) tanesinde noter işlemleri için, 2 (%1,7) tanesinde mal alışverişi sonrasında açılan davalar nedeniyle, 2 (%1,7) tanesinde devlet kurumlarındaki işleri nedeniyle (1'i ikamet değişikliği için, 1'i ÖTV muafiyeti için), 1 (%0,9) tanesinde evliliğin butlanı davası için başvurulmuş olduğu kayıtlıdır, 19 (%16,3) olgunun belgelerinde herhangi bir gerekçeye ulaşılamamıştır.

Olguların 100 (%85,5) tanesi Adli Tıp polikliniğinde değerlendirilmiş, 17 (%14,5) tanesi Üniversitemiz Hastanesinde yatarak tedavi görürken yatak başında değerlendirilmiştir. Yatak başında değerlendirilen olguların 11 tanesi servis hastası, 6 tanesi yoğun bakım hastasıdır. Olgular mobilizasyon durumuna göre değerlendirildiğinde; 64 (%54,7) tanesi desteksiz mobilize, 29 (%24,8) tanesi tekerlekli sandalyeyle mobilize, 18 (%15,4) tanesi yatağa bağımlı ve 6 (%5,1) tanesi koltuk değneğiyle mobilizedir.

Olguların 113 (%96,6) tanesinde başka bir bölümden görüş istenmiş, sadece 4 (%3,4) olguda herhangi bir bölümden yeni görüş alınmadan muayene ve belgeleri ışığında sonuç verilmiştir. Bazı olgularda birden fazla bölümden görüş istenmiş olup konsültasyon istenen bölümlerin dağılımı incelendiğinde; 111 (%98,2) olguda ruh sağlığı ve hastalıklarından, 76 (%67,25) olguda nörolojiden görüş istendiği kayıtlıdır.

Düzenlenen raporların sonuçları incelendiğinde; 73 (%62,4) olguya vasi atanmasının uygun olduğu, 30 (%25,6) olguda kısıtlanmaya gerek olmadığı, 6 (%5,1) olguya yasal danışman atanmasının uygun olduğu yönünde sonuç verilmişken; 8 (%6,9) olgunun kısıtlanmasının gerekip gerekmediğine karar verilemediği, bunlardan 2 (%1,7) olgunun başvurusunun eksik olduğu, 2 (%1,7)

olgunun kapalı psikiyatri kliniği olan bir merkezden görüş alınmasının uygun görüldüğü, 2 (%1,7) olgunun konsültasyon sürecinde vefat ettiği, 1 (%0,9) olgunun yakınıyla birlikte tekrar başvurmasının istendiği, 1 (%0,9) olgunun simülasyon yaptığının düşünüldüğü kayıtlıdır.

Olgular tıbbi tanılarına göre incelendiğinde; 44 (%37,5) tanesinin demanslı olduğu, 24 (%20,4) tanesinde hastalık bulunmadığı, 18 (%15,3) tanesinin inme/SVO (n=16) veya travmatik intrakranial kanaması/İKK (n=2) (1'i düşmeye bağlı, 1'i darp sonucu) olduğu, 4 (%3,4) tanesinin psikotik bozukluklar grubunda olduğu, 4 (%3,4) olguda birden fazla tanının bulunduğu (3 tanesi demans ve Parkinson hastalığı, 1 tanesi demans ve serebro vasküler olay), 3 (%2,6) olguda senilite tanısı olduğu, 2 (%1,7) tanesinde kanser hastalığı olduğu (1'er tane kolon kanseri ve santral sinir sistemi lenfoması), 2 (%1,7) tanesinin pnömoni olduğu, 1 (%0,9)'er tanesinde mental retardasyon, bipolar bozukluk, anksiyete bozukluğu, Parkinson hastalığı, işitme kaybı, spinal iskemi, pulmoner emboli ve depresyon tanıları olduğu; 8 olguda ise (%6,8) karar verilemediği anlaşılmaktadır (Çizelge 4.35).

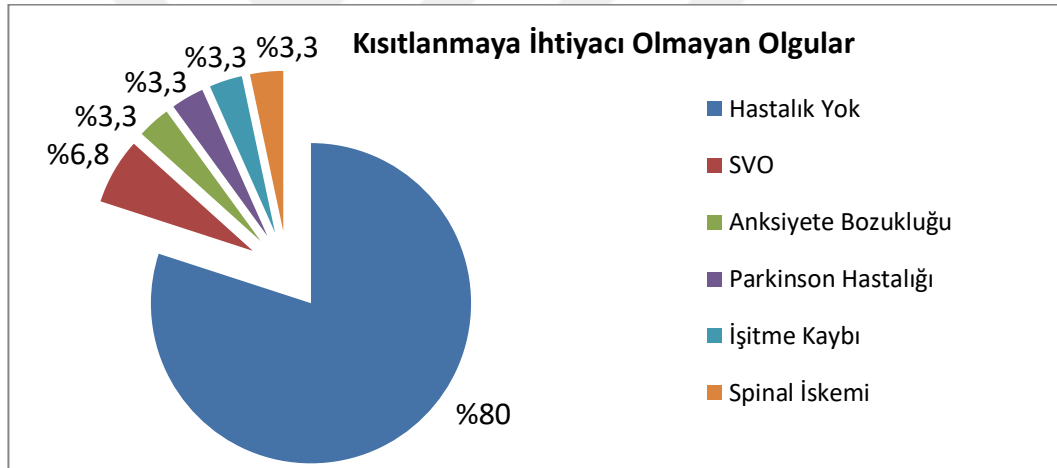
Çizelge 4.35. Kısıtlanma durumunun değerlendirilmesi istemiyle gönderilen 65 yaş ve üstü olguların tıbbi tanılarının dağılımı (n=117)

65 Yaş Üstünde Tıbbi Tanılar	Kısıtlama Gerekmez	Vasi Atanması Uygun	Yasal Danışman Atanması Uygun	Karar Verilemedi	Toplam
Demans	0	43	1	0	44
Hastalık Yok	24	0	0	0	24
İKK veya SVO	2	16	0	0	18
Kısıtlama Kararı Verilemedi	0	0	0	8	8
Psikotik Bozukluklar	0	3	1	0	4
Birden fazla hastalık var	0	4	0	0	4
Senilite	0	0	3	0	3
Kanserler	0	2	0	0	2
Pnömoni	0	2	0	0	2
Mental Reterdasyonlar	0	1	0	0	1
Depresyon, distimi ve yineleyen depresyon	0	0	1	0	1

Çizelge 4.35.Devam Kısıtlanma durumunun değerlendirilmesi istemiyle gönderilen 65 yaş ve üstü olguların tıbbi tanılarının dağılımı (n=117)

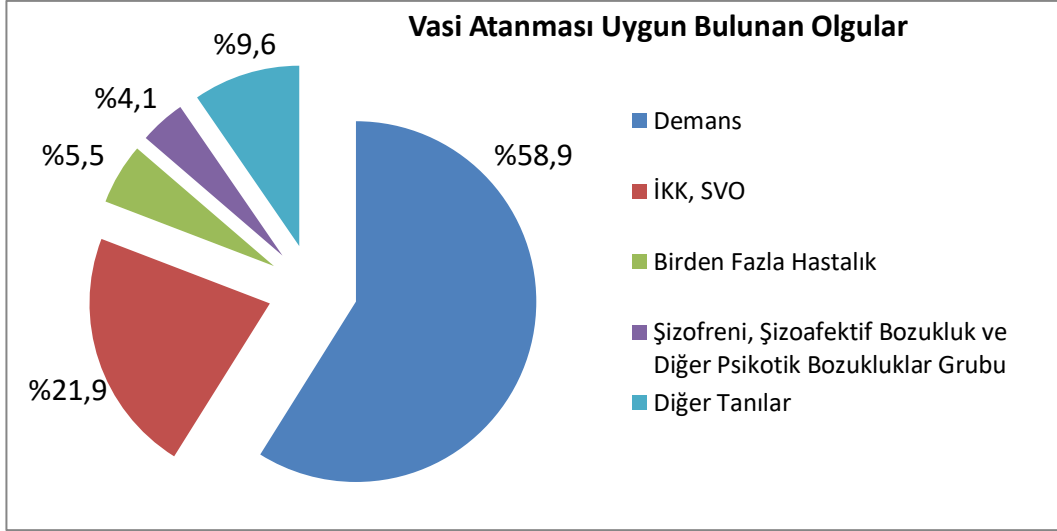
Bipolar Bozukluk	0	1	0	0	1
Anksiyete Bozukluğu	1	0	0	0	1
Parkinson	1	0	0	0	1
İşitme Kaybı	1	0	0	0	1
Spinal İskemi	1	0	0	0	1
Pulmoner Emboli	0	1	0	0	1
Toplam	30	73	6	8	117

65 yaş ve üstü grupta; kısıtlanması gerekmeyi yönünde rapor verilen 30 olgudan 24'ünde (%80) herhangi bir hastalığın olmadığı, 2 (%6,8) olguda inme/SVO, 1 (%3,3) olguda anksiyete bozukluğu, 1 (%3,3) olguda Parkinson hastalığı, 1 olguda (%3,3) işitme kaybı ve 1 (%3,3) olgudaspinal iskemi tanısı olduğu kayıtlıdır (Şekil 4.12).



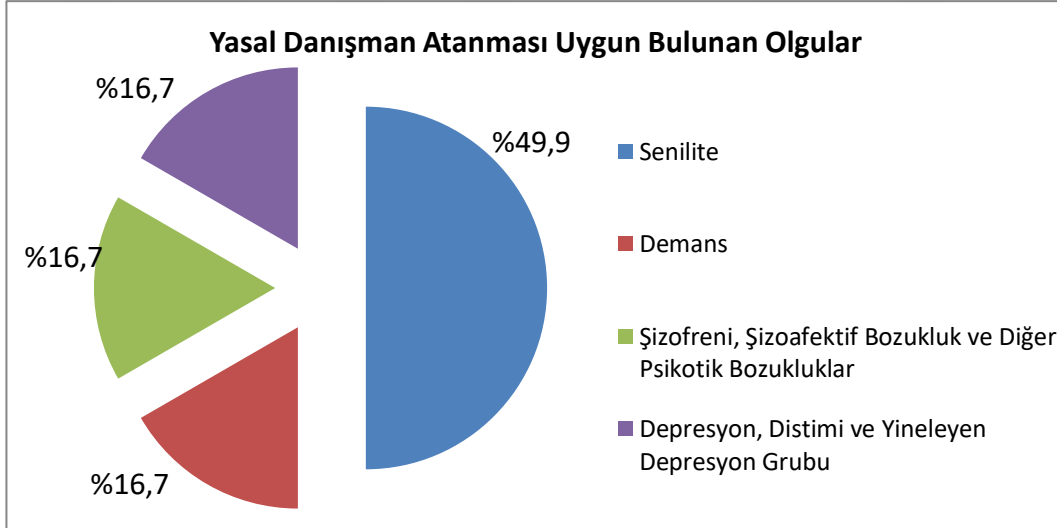
Şekil 4.12. Kısıtlanmasına gerek olmadığı yönünde sonuç verilen 65 yaş ve üstü olguların tıbbi durumlarının dağılımı (n=30)

65 yaş üstü grupta vasi atanması uygun bulunan 73 olgudan 43'ü (%58,9) demans, 16'sı (%21,9) travmatik intrakranial kanama (n=2) veya inme/SVO (n=14) hastası olup, 4'ünde (%5,5) birden fazla hastalık tanısı mevcuttur, 3 olgu ise (%4,1) şizofreni, şizoaffektif bozukluk ve diğer psikotik bozukluklar grubundaolan olgulardır (Şekil 4.13).



Şekil 4.13. Vasi atanmasının uygun olduğu yönünde sonuç verilen 65 yaş ve üstü olgularda en sık görülen tıbbi tanıların dağılımı (n=73)

65 yaş üstü grupta yasal danışman atanması uygun bulunan 6 bireyden 3'ünde (%49,9) senilite, 1 (%16,7) olguda demans, 1 (%16,7) olguda şizofreni, şizoafektif bozukluk ve diğer psikotik bozukluklar grubu hastalık ve 1 (%16,7) olguda depresyon, distimi ve yineleyen depresyon grubu hastalık olduğu kayıtlıdır (Şekil 4.14).



Şekil 4.14. Yasal danışman atanmasının uygun olduğu yönünde sonuç verilen 65 yaş ve üstü olgularda en sık görülen tıbbi tanıların dağılımı (n=6)

Bu yaş grubunda vasi atanma gruptaki en sık sebep olan demans ve hem bu yaş grubunda hem de 18-64 yaş aralığında en sık ikinci vasi atanma sebebi olan inme veya travma nedeniyle İKK tanılı olgular ayrıntılı olarak incelenecektir.

• Demans Tanılı Olgularla İlgili Veriler

Olguların tamamına kısıtlanmalarının uygun olduğu yönünde sonuç verildiği saptanmıştır (43 olguya vasi, 1 olguya yasal danışman atanması önerilmiştir). Kısıtlanmasının uygun olduğu yönünde rapor düzenlenen olguların 36 (%81,8) tanesinin raporunda kısıtlanma ihtiyacının kalıcı süreyle olduğu belirtilmiş, 8 (%18,2) tanesinde raporun geçerlilik süresi hakkında yorum yapılmamıştır. Vasilik yanında yasal danışmanlık hakkında da görüş istenmiş olan 4 olguya vasi atanması uygun görülmüş, 1 olguya müzekkerede sorulmamasına rağmen yasal danışmanlığın uygun olduğukararı verilmiştir. Toplam 44 olgunun 12 (%27,3) tanesine ağır derece (ileri evre) demans, 3 (%6,8) tanesine orta derece demans (orta evre) ve 2 (%4,5) tanesine hafif derece demans (erken evre) tanısı olduğu saptanmış; 27 (%61,4) olgunun demans seviyesi hakkında veriye ulaşılammıştır (Çizelge 4.36).

Çizelge 4.36. Demans tanılı olguların evrelerinin dağılımı (n=44)

Hastalığın Seviyesi	Yasal Danışman Atanması Uygun (n)	Vasi Atanması Uygun (n)	Toplam (n)
Erken Evre Demans	1	1	2
Orta Evre Demans	0	3	3
İleri Evre Demans	0	12	12
Evre Bilinmiyor	0	27	27
Toplam	1	43	44

Mini-mental test (MMT) sonuçları değerlendirildiğinde; 13 (%29,5) olguya kooperasyon sağlanamadığından test uygulanamamış, 27 (%61,4) olguya test yapılmış olduğu kayıtlıdır; 4 (%9,1) olgunun test bilgisine ulaşılammıştır. MMT yapılan 27 olguda; en düşük puan 9, en yüksek puan 24 ve ortalama puan $15,81 \pm 3,96$ olarak kayıtlıdır.

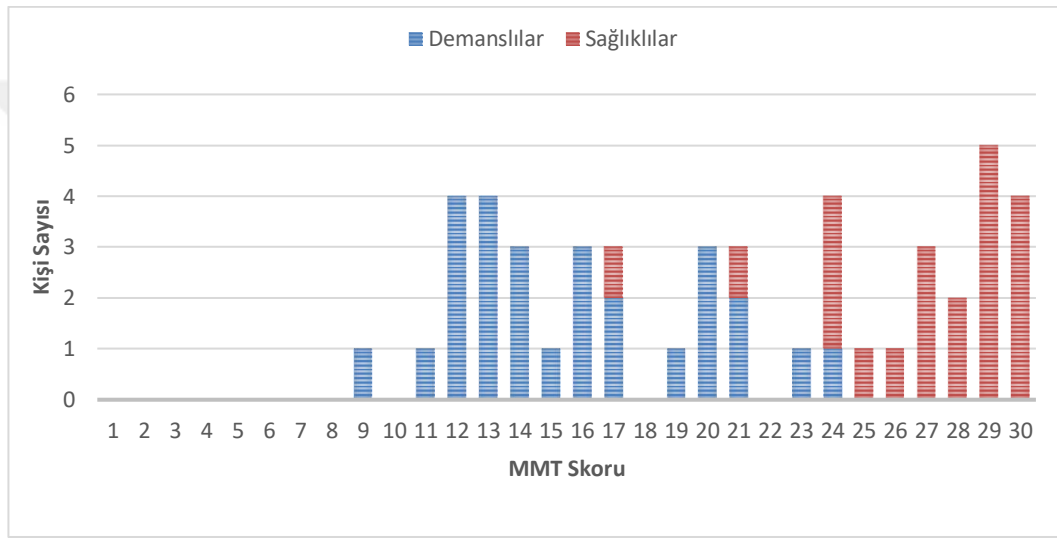
Demans tanılı olgularda kısıtlanma kararı verilmeyen olgu bulunmamaktadır. Kısıtlanma kararı verilen olguların neredeyse tamamına vasi atanması uygun bulunmuştur (43/44)

65 yaş üstü grupta herhangi bir hastalığı bulunmadığı için kısıtlanma kararı verilmeyen ve MMT yapılan 21 olguda MMT skoru en düşük 17, en yüksek 30 puan olarak saptanmış olup, ortalama puan $26,80 \pm 3,35$ 'dir. Sağlıklı ve kısıtlanmayan olgularda MMT skoru ortalamasının MMT yapılan demanslı bireylere göre daha yüksek olduğu ve ortalamalar arasındaki farkın istatistiksel

olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p=0,000$; *Mann Whitney U testi uygulanmıştır) (Çizelge 4.37). Kısıtlanma durumuna göre MMT skorudağıılımı Şekil 4.15’de gösterilmiştir.

Çizelge 4.37. Sağlıklı ve demanslı olgularda MMT skorunun ilişkisi

	Demanslı Olgular (n=27)		Sağlıklı Olgular (n=21)		p değeri
	Ort.	Std. Sapma	Ort.	Std. Sapma	
MMT Skoru (n=48)	15,81	3,96	26,80	3,35	<0,001



Şekil 4.15. 65 yaş ve üstü sağlıklı olgular ile demanslı olguların MMT skoru dağılımı

• Travmatik İntrakranial Kanama veya Serebrovasküler Olay (İnme) Olgularıyla İlgili Veriler

Bu grupta, olguların 2’sine (%11,1) kısıtlanmalarına gerek olmadığı, 16’sına (%88,9) kısıtlanmasının uygun olduğu yönünde sonuç verilmiştir. Kısıtlanmasının uygun olduğu belirtilenlerin tamamına vasi atanması önerilmiştir. Kısıtlanmasının uygun olduğu yönünde karar verilen olguların 9 (%56,4) tanesinin raporunda kısıtlanma ihtiyacının kalıcı süreyle olduğu, 3 (%18,6) tanesine 3-6 ay sonra kontrol muayenesi önerildiği, 2 (%12,5) tanesinin durumunda değişiklik olursa kontrol muayenesi gerektiği şeklinde yorum yapılmışken, 2 (%12,5) tanesinde raporun geçerlilik süresi hakkında yorum

yapılmamıştır. Kısıtlanmasına gerek olmadığı şeklinde rapor düzenlenen olguların hiçbirine kontrol önerilmemiştir. Toplam 18 olgunun 16 (%88,9) tanesi serebrovasküler olay (inme) iken, geri kalan 2 (%11,1) olgu travmaya bağlı intrakranial kanamadır. Travmaya bağlı intrakranial kanama olan 2 olgunun orijinleri incelendiğinde; 1 (%50) tanesi darp ve 1 (%50) tanesi düşme olarak kayıtlıdır (Çizelge 4.38).

Çizelge 4.38. 65 yaş üstünde intrakranial kanama veya inme tanısı konulan olguların alt tanılarının dağılımı (n=18)

		Kısıtlanma Gerekmez (n)	VasiAtanması Uygun (n)	Toplam (n)
SVO (İnme)		2	14	16
Travmaya Bağlı İKK	Darp	0	1	1
	Düşme	0	1	1
Toplam		2	16	18

Mini-mental test sonuçları değerlendirildiğinde; 6 (%29,5) olguya kooperasyon sağlanamadığından test uygulanamadığı, 5 (%27,8) olguya test yapıldığı kayıtlıdır, 7 (%38,9) olgunun test bilgisine ulaşılamamıştır. MMT yapılan 5 olgu incelendiğinde; en düşük puan 16, en yüksek puan 28 ve ortalama puan $20,20 \pm 5,84$ bulunmuştur. MMT uygulanan 5 olgudan; 16 puan alan 3 olguya vasi atanması uygun bulunmuşken, 25 ve 28 puan alan iki olgunun kısıtlanmasına gerek olmadığı şeklinde rapor düzenlenmiştir.

18-64 yaş aralığında travma nedenli İKK oranı %54,5 (n=12) saptanmışken, 65 yaş üstünde %11,1 (n=2) oranında saptanmış olup; yaş grubuyla travma nedenli İKK görülme sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (pearson $\chi^2=8,210$; $p= 0,004$)[İlişki (Phi) katsayısı: 0,453; $p= 0,004$] (Çizelge 4.39). Genç yaş grubunda travmatik nedenli İKK geçiren olgulardaki sıklığın daha ileri yaş grubundakilere göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek olduğu saptanmıştır.

Çizelge 4.39. Yaş grubuna göre travmatik İKK-İnme görülme sıklığı ilişkisi

Yaş Grupları	Travmaya Bağlı İKK (n=14)		SVO (İnme) (n=26)		p değeri
	(n)	(%)	(n)	%	
18-64 Yaş Aralığı	12	54,5	10	45,5	0,004
65 Yaş Üstü	2	11,1	16	88,9	

4.3. Kısıtlanma Durumunun Yeniden Değerlendirilmesi İstemiyle Gönderilen Olgularla İlgili Veriler

2016-2020 yılları arası 5 yıllık süreçte kısıtlanma durumunun yeniden değerlendirilmesi istemiyle gönderildiği kayıtlı olan 21 olgudan, 14 tanesi (%66,7) erkek, 7 tanesi (%33,3) kadındır.

Kısıtlanma durumunun yeniden değerlendirilmesi için gönderilen olguların yaş ortalaması 51,23±19,43 (en küçük 25 yaş, en büyük 94 yaş) bulunmuştur. Erkeklerin yaş ortalaması 59,64±18, kadınların yaş ortalaması ise 34,42±8,26'dır.

Rapor talep eden makamlar incelendiğinde olguların tamamının Sulh Hukuk Mahkemesi tarafından gönderildiği anlaşılmaktadır. Rapor talep eden makam tüm olgularda Antalya'dadır. Antalya'dan rapor isteyen 21 mahkemenin 16 (%76,2) tanesi il merkezi, 3 (%14,3) tanesi Alanya, 1 (%4,8) tanesi Demre ve 1 (4,8) tanesi Akseki'dir.

Müzekkerede 20 (%95,2) olguda vasi tayini, 1 olguda yasal danışmanlık gerekip gerekmediği sorulmuştur; hiçbir olguda kayyım atanmasının gerekip gerekmediği sorulmamıştır.

Olguların tamamı Adli Tıp polikliniğinde değerlendirilmiş olup, mobilizasyon durumuna göre değerlendirildiğinde; 16 (%76,1) tanesi desteksiz mobilize, 3 (%14,3) tanesi tekerlekli sandalyeyle mobilize, 1 (%4,8) tanesi yatağa bağımlı ve 1 (%4,8) tanesi koltuk değneğiyle mobilize olarak kayıtlıdır.

Bazı olgularda birden fazla bölümden görüş istenmiş olup, konsültasyon istenen bölümler incelendiğinde; 20 olguda (%95,2) ruh sağlığı ve hastalıkları, 8 (%38,1) olguda nöroloji ve 1 (%4,8) olguda nefroloji görüşü istendiği kayıtlıdır.

Önceden vasi atanmasının uygun olacağı şeklinde hakkında rapor düzenlenmiş olan 18 olgunun 7 (%38,9) tanesinde kısıtlanma gerekliliğinin ortadan kalktığı, 8 (%44,4) tanesinde vasi ihtiyacının devam ettiği ve 3 (%16,7)

tanesinde yasal danışman atanmasının uygun olduğuna karar verildiği; önceden yasal danışman atanmasının uygun olduğu kararı verilmiş olan 3 olgunun 1 tanesinde kısıtlanma gerekliliğinin ortadan kalktığı, 2 tanesinde vasi atanmasının uygun olduğuna karar verildiği kayıtlıdır. Kısıtlanma durumu yeniden değerlendirilen olguların tıbbi tanıları Çizelge 4.40’de özetlenmiştir.

Çizelge 4.40. Kısıtlanma durumunun yeniden değerlendirilmesi istemiyle gönderilen olguların tıbbi tanıları (n=21)

Eski Sonuç	Yeni Sonuç	Tıbbi Tanılar
Yasal Danışman Atanması Uygun Bulunmuştur	Kısıtlaması Gerekmez	*Bipolar Bozukluk-ÖtimikDönem (n=1)
Yasal Danışman Atanması Uygun Bulunmuştur	Vasi Atanması Uygun Bulunmuştur	*Demans (n=1) * İnme (n=1)
Vasi Atanması Uygun Bulunmuştur	Kısıtlaması Gerekmez	*Bipolar Bozukluk-ÖtimikDönem (n=1) * İnme (n=1) * Patolojik kumar oynama (n=1) * Psikotik Bozukluk-remisyon dönemi (n=2) * Böbrek yetmezliği (n=1) * Görme kaybı (n=1)
Vasi Atanması Uygun Bulunmuştur	Yasal Danışman Atanması Uygun Bulunmuştur	*Hafif MR (n=1) * SVO (İnme) (n=2)
Vasi Atanması Uygun Bulunmuştur	Vasi Atanması Uygun Bulunmuştur	*Hafif MR (n=1) *Orta MR (n=1) *Demans (n=1) * İnme (n=1) * Alkol ve/veya madde kullanım bozukluğu (n=1) * Psikotik Bozukluk-aktif dönem (n=3)

4.4. Koruma Amacıyla Özgürlüğünün Kısıtlanması İstemiyle Gönderilen Olgularla İlgili Veriler

Kısıtlanma durumunun değerlendirilmesi için gönderilen 461 olgunun 42 (%9,1) tanesinde; ayrıca TMK 432. Madde kapsamında koruma amacıyla özgürlüğünün kısıtlanmasının gerekip gerekmediği sorulmuştur. Bu olguların 29 (%69) tanesi erkek, 13 (%31) tanesi kadındır.

Olguların yaş ortalaması 42,76±18,36 (en küçük 20 yaş, en büyük 85 yaş olarak) bulunmuştur. Erkeklerin yaş ortalaması 40,20±17,43, kadınların yaş ortalaması ise 48,46±19,78’dir.

Rapor talep eden makamların dağılımı incelendiğinde; 36 (%85,7) tanesi Sulh Hukuk Mahkemesi, 1 (%2,4) Aile Mahkemesi ve 5 (%11,9) tanesi Cumhuriyet Savcılıklarıdır. Olguların tamamında vasi tayini ve yalnızca 4 (%9,5) olguda yasal danışmanlık gerekip gerekmediği sorulmuş ve hiçbir olguya kayyımlik gerekip gerekmediği sorulmamıştır.

Olguların 41 (%97,6) tanesi Adli Tıp polikliniğinde, 1 (%2,4) tanesi psikiyatri servisinde yatmaktayken değerlendirilmiş olup, mobilizasyon durumuna göre değerlendirildiğinde; 38 (%90,4) olgu desteksiz mobilize, 2 (%4,8) olgu tekerlekli sandalyeyle mobilize, 1 (%2,4) olgu yatağa bağımlı ve 1 (%2,4) olgu koltuk değneğiyle mobilizedir.

Olguların tamamında başka bir bölümden görüş (konsültasyon) istenmiştir. Bazı olgularda birden fazla bölümden görüş istenmiş olup, konsültasyon istenen bölümler incelendiğinde; tamamında ruh sağlığı ve hastalıklarından ve 7 (%16,7) olguda nöroloji bölümünden görüş istenmiştir.

Olguların 14 (%33,3) tanesine TMK 432 kapsamında özgürlüğünün kısıtlanmasına gerek olduğu, 28 (%66,7) tanesine TMK 432 kapsamında özgürlüğünün kısıtlanmasına gerek olmadığı yönünde sonuç verildiği kayıtlıdır. Bu olguların tıbbi tanıları Çizelge 4.42’de özetlenmiştir.

Çizelge 4.41. TMK 432 kapsamında gönderilen olgularda tıbbi tanıların dağılımı (n=42)

Tıbbi Tanılar	TMK 432 Kapsamında Kısıtlanmasına Gerek Yok		TMK 432 Kapsamında Kısıtlanmalı		Toplam
	n=28	%	n=14	%	n=42
Hastalık Yok	3	100,0	0	0,0	3
Alkol ve/veya Madde Kullanım Bozukluğu	9	60,0	6	40,0	15
Psikotik bozukluklar-Remisyon Dönemi	2	100,0	0	0,0	2
Psikotik bozukluklar-Akut Psikotik Dönem	0	0,0	7	100,0	7
Psikotik bozukluklar-Dönem Bilinmiyor	1	50,0	1	50,0	2
Bipolar Bozukluk-Ötimik Dönem	3	100,0	0	0,0	3
Bipolar Bozukluk-Dönem Bilinmiyor	1	100,0	0	0,0	1

Çizelge 4.41.Devam TMK 432 kapsamında gönderilen olgularda tıbbi tanılarının dağılımı (n=42)

SVO (inme)	3	100,0	0	0,0	3
Demans	2	100,0	0	0,0	2
Anksiyete Bozukluğu	1	100,0	0	0,0	1
Parkinson	1	100,0	0	0,0	1
TSSB-Uyum Bozukluğu	1	100,0	0	0,0	1
Frontal Lob Sendromu	1	100,0	0	0,0	1

Tıbbi tanılara göre; en yüksek oranda TMK 432 kapsamında kısıtlanması yönünde karar alınan grubun, psikotik bozukluk grubundaki hastalardan akut psikotik dönemdekiler olduğu (n=7, %100) anlaşılmaktadır.

TMK 432 kapsamında gönderilen olgulardaki zorla yatırılma kararları ile cinsiyet, eğitim durumu, yalnız yaşama, aktif iş hayatında olma, medeni hal ve psikiyatrik hastalık sebebiyle yatış öyküsü arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkili saptanmamıştır (p>0,05; *Fisher's Exact Test uygulanmıştır) (Çizelge 4.42).

Çizelge 4.42. TMK 432 kapsamında değerlendirme için yönlendirilen olgularda cinsiyet, eğitim durumu, yalnız yaşama durumu, çalışma durumu, medeni durum ve psikiyatrik hastalık sebebiyle yatış öyküsünün zorla yatırılma durumu dağılımı

	TMK 432 Kapsamında Kısıtlanması Gerekmez (n=28)		TMK 432 Kapsamında Kısıtlanması Uygundur (n=14)		p değeri
	(n)	(%)	(n)	%	
Cinsiyet					
Erkek	19	65,5	10	34,5	1,00
Kadın	9	69,2	4	30,8	
Eğitim Durumu					
İlkokul ve altı	10	71,4	4	28,6	0,738
Ortaokul ve üstü	18	64,3	10	35,7	
Yaşanılan Kişiler					
Yalnız Yaşıyor	5	41,7	7	58,3	0,066
Yalnız Yaşamıyor	23	76,7	7	23,3	
Çalışma Durumu					
Çalışıyor	12	75,0	4	25,0	0,505
Çalışmıyor	16	61,5	10	38,5	

Çizelge 4.42.Devam TMK 432 kapsamında değerlendirme için yönlendirilen olgularda cinsiyet, eğitim durumu, yalnız yaşama durumu, çalışma durumu, medeni durum ve psikiyatrik hastalık sebebiyle yatış öyküsünün zorla yatırılma durumu dağılımı

Medeni Durum					
Bekar	16	64,0	9	36,0	0,746
Evli	12	70,6	5	29,4	
Yatış Öyküsü					
Yok	21	77,8	6	22,2	0,163
Var	7	46,7	8	53,3	

TMK 432 kapsamında değerlendirme amacıyla gönderilen olgulardaki eğitim süresi ortalaması ile kısıtlanma durumu arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$; *Mann Whitney U testi uygulanmıştır) (Çizelge 4.43).

Çizelge 4.43. Zorla yatırılma durumuyla eğitim süresinin ilişkisi

	TMK 432 Kapsamında Kısıtlanması Gerekmez(n=28)		TMK 432 Kapsamında Kısıtlanması Uygundur(n=14)		p değeri
	Ort.	Std. Sapma	Ort.	Std. Sapma	
Eğitim Süresi Ortalaması (yıl) (n=42)	9,25	4,62	9,78	3,92	0,803

5. TARTIŞMA

Dünyada yaşlı nüfustaki artış hızının genel nüfus artış hızından fazla olması nedeniyle 1950-2050 yılları arasında dünya nüfusunun 4 kat artması beklenirken yaşlı nüfusun 10 kat artması beklenmektedir (28; 100). Ülkemizde de benzer şekilde yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki payının artması beklenmektedir. Ülkemizde 2014 yılında %8,0 olan bu oranın 2019'da %9,1'e yükseldiği; 2023'te %10,2, 2030 yılında %12,9 ve 2040 yılında %16,3 olmasının öngörüldüğü belirtilmektedir (101). Kronik hastalıkların birikimli etkilerinin artması ve demans gibi nörobilişsel yıkımla giden hastalıkların daha sık görülmesi gibi nedenlerle yaşlı nüfus grubu medeni hakların kısıtlanması ihtiyacı açısından özellikli bir gruptur. Yaşlı nüfus grubunda olmayan bireylerde de medeni haklarının kısıtlanmasını değerlendirmek gerekebilir. Örneğin; yetişkin nüfusun yaklaşık binde altısı madde kullanımı (61-63), %1-5'i bipolar bozukluk (66-68), %1-1,4'ü psikotik bozukluk (77) gibi hastalıklardan etkilenebilmekte; medeni hakların kısıtlanması ve hatta bu yeterli olmadığında zorunlu yatış gibi önlemler söz konusu olabilmektedir. Tüm bu sebeplerle, adli tıp pratiğinde medeni hakların kısıtlanmasıyla ilgili düzenlenen raporların sayısı ve önemi artmaktadır.

Anabilim Dalımızda 2016-2020 yılları arasında yapılan retrospektif çalışmada; 5 yıllık süreçte toplam 16306 adli rapor düzenlendiği, medeni haklarının kısıtlanması istemiyle 461, kısıtlanma durumunun yeniden değerlendirilmesi istemiyle 21 olmak üzere toplamda 482 (%2,96) olgunun başvurduğu ve başvuru sayısının ve oranının yıldan yıla arttığı saptanmıştır. Edirne'de yapılan bir tez çalışmasında 1998-2002 arasında 270 adli psikiyatri olgusunun 71 (%26,3) tanesinin vesayet altına alınma, 1 (%0,4) tanesinin vesayet durumunun yeniden değerlendirilmesiyle (15); Ersoy ve ark.'nın yaptığı çalışmada 1999 yılı içinde psikiyatri kliniğinde verilen 143 adli rapordan 60 (%42) tanesinin vesayet altına alınma, 6 (%4,2) tanesinin vesayet durumunun yeniden değerlendirilmesiyle ilgili olduğu belirtilmiştir (102). Çalışmamızda psikiyatrik olgular içerisinde değil, adli raporlar içerisindeki oranlar değerlendirilmiş olduğundan kısıtlanmayla durumuyla ilgili raporların sıklığının daha düşük olması beklenen bir durumdur.

5.1. Kısıtlanma Durumunun Değerlendirilmesi İstemiyle Gönderilen Olgularla İlgili Verilerin Tartışılması

Çalışmamızda kısıtlanması istemiyle gönderilen olguların 249'unun (%54) erkek, 212'sinin (%46) kadın olup, erkeklere daha sık rastlandığı saptanmıştır. Bu çalışmaya benzer şekilde Ankara'da yapılan tez çalışmasında olguların %57,6'sının (14) erkek olduğu bildirilmişken, Gökçeimam ve ark.'nın yaptığı çalışmada olguların %48,9'unun (103), Kulu ve ark.'nın yaptığı çalışmada %49,6'sının erkek olduğu bildirilmiştir (10). Mental retardasyon, travmatik nedenli kafa içi kanama ve inme gibi kısıtlanma nedenleri erkek cinsiyette biraz daha sık görülürken; demans ve psikiyatrik hastalıklar gibi kısıtlanma nedenlerinin her iki cinsiyettede birbirine yakın oranlarda saptandığı bilindiğinden; çalışmamızda erkek oranının hafif yüksek olması beklenen bir durumdur.

Çalışmamızda en genç olgu 10 yaşında, en yaşlı olgu 99 yaşında olup olguların yaş ortalamasının $48,8 \pm 21,07$ olduğu, erkeklerde yaş ortalamasının $55,84 \pm 21,13$ iken kadınlarda yaş ortalamasının $46,40 \pm 20,79$ olduğu tespit edilmiştir. Başvuran olgular yaş gruplarına göre ayrıldığında; 18-64 yaş arası grubun, 65 yaş ve üstü gruptan daha sık olduğu görülmüştür. Gökçeimam ve ark. tarafından yapılan çalışmada yaş ortalaması 55,0 (103), Melamed ve ark.'nın çalışmasında 48,0 bulunmuştur (104). Aydoğdu ve ark.'nın çalışmasında da benzer şekilde %62 oranıyla en sık müracaatın aktif çalışma grubundaki (18-64 yaş arası) olgular olduğu bildirilmiştir (8). Medeni hakların kısıtlanmasıyla ilgili davalarda kronik hastalıkların, demansiyel tabloların ve fiziksel yetersizliklerin daha sık görüldüğü ileri yaş grubu ilk olarak akla gelsede, aktif çalışma grubundaki kişilerde daha yoğun olarak bu raporların talep edildiği anlaşılmaktadır. Bu durum aktif çalışma grubundaki nüfus oranının daha yüksek olmasıyla da açıklanabilir.

Çalışmamızda ileri yaş grubunda aktif çalışma grubuna göre kısıtlanması uygun bulunan olguların oranının daha yüksek saptanması ileri yaşta görülmeye ihtimali artan demansiyel tablo, kronik hastalıklar ve fiziksel yetersizliklerin bu duruma sebep olduğunu düşündürmektedir.

En sık sulh hukuk mahkemeleri (%60,2), ikinci sıklıkta aile mahkemeleri (%26,9) ve üçüncü sıklıkta savcılıklar (%11,5) bu konuda rapor talep eden makamlar olarak tespit edilmiştir. Vesayet makamı olan sulh hukuk mahkemelerinin en sık oranda saptanması beklenen bir durumdur. Aile mahkemelerinin ikinci en sık oranda rastlanması dikkat çekicidir. Adli belgeler ve kişilerin anamnezlerinde belirtilen gönderilme sebepleri arasında; çoğunlukla boşanma ve velayet davalarında karşı tarafın kişinin psikiyatrik hastalığı olduğunu iddia etmesi olduğu anlaşılmaktadır. Aile mahkemelerinden gönderilen olgularda kısıtlaması uygun bulunan olguların oranının daha az olduğu tespit edilmiştir. Gökçeimam ve ark.'nın çalışmasındada benzer şekilde çekişmeli boşanma davalarında diğer başvurulara kıyasla kısıtlanmama oranının daha yüksek olduğu bildirilmiş; sebep olarak eşe uygunsuz hastalık isnat etme olduğu öne sürülmüştür (103).

Çalışmamızda müzekkerelerin 351 (%76,1) tanesinde kısıtlama isteminin gerekçesinin belirtilmediği saptanmıştır. Ersoy ve ark.'nın İzmir'de 1999 yılı içinde yaptıkları çalışmada 52 (%86,7) olguda (102), Edirne'de yapılan tez çalışmasında olguların tamamında müzekkerede kısıtlanma isteminin gerekçesinin belirtilmediği bildirilmiştir (15). Mahkemelerce, ceza ehliyetiyle ilgili davalardan farklı olarak, medeni hakların kısıtlanmasına ait değerlendirmenin, gerekçeden bağımsız olarak yalnızca kısıtlanması istenen kişinin tıbbi durumuyla ilişkili olduğunun düşünülmesi, bu durumun sebebi olabilir. Ancak alınan anamnezle gerekçenin karşılaştırılması sayesinde, kişinin tıbbi durumu hakkında bilgiye sahip olunabileceği gibi, kısıtlanması istenen kişilerin simülasyon veya dissimülasyon ile hekimi yanıltmasının da önüne geçilebileceğinden; kısıtlanma talebine neden olan konunun müzekkerede belirtilmesi uygun olacaktır.

Çalışmamızda 210 (%45,6) olguda kısıtlanmaya gerek olmadığı, 179 (%38,9) olguya vasi, 37 (%8) olguya yasal danışman atanmasının uygun olduğu yönünde karar verilmişken; 35 (%7,5) olguda karar verilemediği kayıtlıdır. Edirne'de yapılan tez çalışmasında olguların %23,6'sında kısıtlanmaya gerek olmadığı, %72,2'sinde vasi tayini gerektiği, %4,3'üne karar verilemediği (15); Ankara'da yapılan tez çalışmasında olguların %36,4'ünde kısıtlamaya gerek olmadığı, %33,3'üne vasi tayini gerektiği, %30,3'üne yasal danışman atanması

gerektiği (14); Ersoy ve ark.'nın çalışmasında olguların %16,7'sinde kısıtlanmaya gerek olmadığı, %75'inde vasi tayini gerektiği, %8,3'üne yasal danışman atanması gerektiği (102); Gökçeimam ve ark.'nın çalışmasında olguların %18,3'ünde kısıtlanmaya gerek olmadığı, %76,8'ine vasi tayini gerektiği ve %4,9'unda yasal danışman atanmasının uygun olduğu (103); Kulu ve ark.'nın çalışmasında olguların %21,55'inde kısıtlanmaya gerek olmadığı, %75'ine vasi tayini gerektiği ve %3,44'üne yasal danışman atanmasının uygun olduğu belirtilmiştir (10). Çalışmamızda diğer çalışmalardan daha fazla oranda olguya kısıtlanmasının gerekmediği şeklinde rapor verilmiş olduğunun kayıtlı olduğu tespit edilmiştir. Vasi atanmasının uygun olacağına karar verilen olguların oranı, yasal danışman atanmasının uygun olacağına karar verilen olgulara göre çok daha yüksek olup diğer çalışmalarla uyumludur. Burada tartışılması gereken bir nokta ise düzenlenen raporlarda, kısıtlanma gerekip gerekmediğinin belirtilmesi veya kısıtlanmanın vasi veya yasal danışman şeklinde olması hakkında yorumun, hekimin kendi alanının dışına çıkarak hukuk adına karar vermesi anlamına gelip gelmediğidir. Hekim raporunda kısıtlanması istenen kişinin yalnızca tıbbi durumunu mu açıklamalı, yoksa kısıtlanma gerekliliği veya seviyesi hakkında da yorum yapmalı mıdır? TMK madde 405'de akıl hastalığı veya akıl zayıflığı olan bireylerin “kendilerini göremeyecek durumda olmaları” veya “korunma veya bakımları için sürekli yardıma ihtiyaç duymaları” ya da “başkalarının güvenliği tehlikeye sokmaları” koşullarından en az birini sağlaması halinde kısıtlanması gerektiği belirtilmiş, ancak akıl hastalığı veya akıl zayıflığının tanımı yapılmamış, dolayısıyla hangi hastalık veya durumlarda kişinin kısıtlanması gerektiği açıklanmamıştır. Bu sebeple düzenlenecek raporlarda sadece tıbbi tanının olmasının yeterli olmadığı; kişinin öyküsü, muayene bulguları, klinik ve mental durumuna göre kısıtlanmaya gerek olup olmadığı ve kısıtlanmaya gerek varsa seviyesi hakkında yorum yapmanın daha uygun olduğu düşüncesi genellikle hakim olan yaklaşımdır.

Çalışmada; olguların %7,5'inde kısıtlanma durumu hakkında karar verilememiştir. Karar verilememe sebepleri kişinin başvuru eksikliği, evrak eksikliği, kişinin yakınlarıyla birlikte değerlendirilme gerekliliği gibi sebepler olarak kayıtlıdır. Adli Tıp Kurumu İlgili İhtisas Kurulu'ndan görüş alınmasının

uygun olduğu ve kişinin kapalı psikiyatri kliniği olan bir merkezde izlenerek karar verilmesinin uygun olduğu şeklinde de rapor dűzenlendiđi tespit edilmiştir. Kiřinin başvuru eksikliği, evrak eksikliği veya rapor dűzenlenmesi istenen kişinin yanında bir yakınınında bilgi vermesinin istenmesi gibi durumlar sağlık kurulları-adli makamlar ve kolluk kuvvetlerinin uygun işlemleri ile aşılabilecek durumlardır. Adli Tıp Kurumu ilgili ihtisas kurulundan rapor alınmasının veya kişinin kapalı psikiyatri kliniğinde yatırılarak izlendikten sonra karar verilmesinin istenmesi gibi haller; tıbbi tanının hemen koyulamayabileceği veya tıbbi tanı koyulsa bile kısıtlanma ihtiyacı kararının hemen verilemeyeceği tablolar olabilir. Bu tip durumlarda hızlıca karar vermek kısıtlanma ihtiyacı olmayan birinin medeni haklarını gereksiz yere elinden almak anlamına gelebileceği gibi, kısıtlanma ihtiyacı olan birini kısıtlamayarak kendisinin ve yakınlarının mağduriyetine de neden olunabileceği, unutulmamalıdır. Tűm bu sebeplerle hukukun; tıbbın sevk ve taleplerine uygun ve destekleyen tavır almasının, aceleci ve ısrarcı olmasından daha çűzűme yűnelik, gerçekçi ve daha adil olacağı akılda tutulmalıdır.

Çalışmamızda herhangi bir hastalık olmadığı saptananlar %28 iken tıbbi tanılarının ve sıklıklarının sırasıyla; psikotik bozukluk (%11,7), demans (%10,2), travmatik intrakranial kanama veya inme (%8,9), mental retardasyon (%6,7), bipolar bozukluk (%6,1), alkol ve/veya madde kullanım bozukluğu (%5,9) ve azalan oranlarda diğer tanılarının olduğu gűrűlműřtűr. Arslan ve ark.'ları tarafından Trabzon'da yapılan çalışmada hastalık bulunmayanlar %20,1 olup psikotik bozukluk grubu (%30,1), mental retardasyon (%28,8), demans (%8,6) ve bipolar bozukluk (%5,8)(105) bulunmuştur. Aydın ve ark.'ları tarafından Tokat'ta yapılan çalışmada sırasıyla demans (%28,9), mental retardasyon (%25) ve psikotik bozukluk (%13,1) (106); Kalenderođlu ve ark.'ları tarafından Gaziantep'te yapılan çalışmada sırasıyla mental retardasyon (%60,2), demans (%15,3), psikotik bozukluğa (%12,7) rastlanmıştır. Gűkçeimam ve ark.'nın İstanbul'da yaptığı çalışmada herhangi bir hastalık bulunmayanlar %13,8, demans %31,0, psikotik bozukluk %28,0, entelektűel yeti yitimi %15,2 olarak tanıları konmuştur. Çalışmamızda en sık karşılaşılan tıbbi tanılar; demans, mental retardasyon, psikotik hastalıklar grubu (şizofreni, şizoaffektif bozukluk ve diğer psikotik

bozukluklar) ve bipolar bozukluktur. Önemli nokta müracaatı sağlanan kişilerin önemli bir kısmında herhangi bir psikiyatrik veya bedensel hastalık bulunmaması yani kişilerin sağlıklı olmasıdır. Bu nedenle davada karşı tarafın kendi çıkarları doğrultusunda çeşitli iddialarda bulunurken bu iddialarına, kişinin sağlık ve akıl sağlığı ile ilgili haksız iddialarda da bulunabileceği unutulmamalıdır. Diğer taraftan, kapalı psikiyatri kliniğinde yatırılarak izlendikten sonra hakkında karar verilmesi uygun bulunanlar ve/veya kendi çıkarları için hekimi yanıltmaya çalışarak temaruz/simülasyon ve dissimülasyon (mevcut bulguları gizlemek) eğiliminde olabileceği düşünülen olguların da olabileceği, hatırlanmalıdır.

5.1.1.Kısıtlanma Durumunun Değerlendirilmesi İstemiyle Gönderilen 18 Yaş Altı Olgularla İlgili Verilerin Tartışılması

Çocuk yaş grubu genellikle velayet altında bulunduğundan bu yaş grubunda vesayet istemi sıklıkla karşılaşılan bir durum değildir ancak TMK madde 404 kapsamında velayet altında bulunmayan her küçüğün vesayet altına alınacağı belirtilmiştir. Kulu ve ark.'nın çalışmasında olguların %4,75'inin (n=11) 18 yaş altında olduğu belirtilmiş; tıbbi tanılar ve rapor sonucu bilgilerine değinilmemiştir (10). Bizim çalışmamızda 18 yaş altındakilerin oranı %0,9 (n=4) bulunmuş olup bu olguların 2 tanesinde herhangi bir hastalık olmadığı, 1 tanesinde araç dışı trafik kazasına bağlı intrakranial kanama sekeli ve 1 tanesinde ağır derecede mental retardasyon tanısı olduğu belirtilmiş, tamamına vasi atanmasının uygun olacağına karar verilmiştir. Kaynaklarda, medeni hakları kısıtlanan çocuk yaş grubunda ait özelliklerin incelendiği başka çalışmaya rastlanmamıştır.

5.1.2.Kısıtlanma Durumunun Değerlendirilmesi İstemiyle Gönderilen 18-64 Yaş Arası Olgularla İlgili Verilerin Tartışılması

Yaşlı popülasyonda hukuki ehliyeti kullanmayı etkileyecek fiziki ve mental rahatsızlıklara daha sık rastlanabilmektedir. Bununla birlikte aktif çalışma hayatında olan yaş gruplarında da hukuki ehliyetin değerlendirilmesi ve kişilerin kısıtlanması gerekebilmektedir. Bu sebeple sık karşılaşılan kısıtlanma nedeni olan tıbbi tanılar hakkında farkındalık sahibi olunmalıdır.

Çalışmamızda 18-64 yaş aralığındaki olguların 173 (%50,9) tanesi erkek, 167 (%49,1) tanesi kadın cinsiyette olup, olguların yaş ortalaması $38,62 \pm 11,62$ bulunmuştur. Olgulardan 180'ine (%52,9) kısıtlanmasına gerek olmadığı, 102 (%30) olguya vasi atanmasının uygun olduğu, 31 (%9,1) olguya yasal danışman atanması uygun olduğu şeklinde rapor düzenlendiği saptanmıştır. Olgulardan 27'sine (%8) ise kısıtlanmasının uygun olup olmayacağı hakkında karar verilemediği anlaşılmaktadır. En sık karşılaşılan tıbbi tanıların; %14,7'sinde psikotik bozukluk, %8,5'inde mental retardasyon, %7,9'unda alkol-madde kullanım bozukluğu, %7,9'unda bipolar bozukluk ve %6,6'sında intrakranial kanama olduğu, %30,3'ünde herhangi bir hastalık olmadığı anlaşılmaktadır. Aydoğdu ve ark.'nın çalışmasında 18-65 yaş aralığındaki olguların 66 (%61) tanesi erkek, 42 (%39) tanesi kadın olup, olguların yaş ortalaması $37,90 \pm 14,24$ olduğu görülmüştür. Olguların 70 (%64,9) tanesine vasi, 4 (%3,7) tanesine yasal danışman atanmasının uygun bulunduğu, 34 (%31,5) tanesinin kısıtlanmasına gerek olmadığı yönünde sonuç verildiği, en sık konulan tıbbi tanıların ise %31,5 mental retardasyon, %18,5 psikotik bozukluk, %9,25 alkol ve/veya madde bağımlılığı, %9,25 bipolar bozukluk olduğu, %16,7 olguda hastalık olmadığı kayıtlıdır (8). Çalışmamızda kısıtlanma ihtiyacı olmayan olguların oranı, Aydoğdu ve ark.'nın çalışmasına göre çok daha yüksek bulunmuştur. Ancak söz konusu çalışmada, hakkında karar verilemeyen olgulara ait oranlara yer verilmediğinden, beklendiği şekilde hastalık tanısı alanların sıklığı, çalışmamıza oranla belirgin olarak yüksektir.

Yaş sınırlaması olmadan değerlendirmede, en sık görülen tıbbi tanılardan olan demans 18-64 yaş grubunda daha az sıklıkta görülmemektedir. Çalışmamızda 18-64 yaş grubunda yalnızca 3 (%0,9) olguya demans tanısı kayıtlı olduğu ve hepsine vasi atanması uygun bulunduğu kayıtlı olduğu saptanmıştır. Aydoğdu ve ark.'ları da bu yaş grubunda benzer şekilde yalnızca 2 (%1,9) olguda demans tanısı koynulduğunu bildirmiştir (8).

• Alkol ve/veya Madde Kullanım Bozukluğu Tanısı Konan Olgularla İlgili Verilerin Tartışılması

Çalışmamızda alkol ve/veya madde kullanım bozukluğu tanısı konan olguların 23 (%85,2) tanesinin erkek, 4 (%14,8) tanesinin kadın olduğu (erkek/kadın oranı yaklaşık olarak 6/1) saptanmıştır. Asan ve ark.'nın Ankara'da yaptığı çalışmada olguların 283 (%93,7) tanesi erkek, 19 (%6,3) tanesi kadın olup erkek/kadın oranı 15/1 (108); Bulut ve ark.'nın Gaziantep'te yaptığı çalışmada olguların 122 (%96,8) tanesi erkek, 4 (%3,2) tanesi kadın olup erkek/kadın oranı yaklaşık olarak 30/1 (109); Doğanavşargil ve ark.'nın İzmir'de yaptığı çalışmada olguların 287 (%88,3) tanesi erkek, 38 (%11,7) tanesi kadın olup erkek/kadın oranı yaklaşık 8/1'dir (110). Ülkemizin batı ve kıyı kesimlerinde, doğu ve iç kesimlerine göre alkol ve/veya madde bağımlılığı açısından kadın/erkek oranının artması dikkat çekici bir durumdur. Bu durum sosyokültürel etmenlerin alkol ve/veya madde bağımlılığı üzerinde önemli bir etken olduğunu düşündürmüştür.

Çalışmamızda muayene zamanındaki aktif çalışma durumlarına bakıldığında olguların %59,3'ü işsizken; bu oran Ankara'da yapılan çalışmada %33,1 (108), Gaziantep'te yapılan çalışmada %19,8 (109), İzmir'de yapılan çalışmada %38 (110) bulunmuştur. Çalışmamızda işsizlik oranının diğer çalışmaların yaklaşık 2 katı olmasının sebebi, örneklem grubumuzun kısıtlanma için gönderilen ve dolayısıyla alkol ve/veya madde bağımlılığının daha uzun süredir devam ettiği veya daha ağır seyrettiği gruptan seçilmiş olmasına bağlanabilir.

Çalışmamızda olguların 10 (%37) tanesinin başka bir adli süreç kaydı bulunmazken, 17 (%63) tanesinin başka bir adli süreç deneyimlediği kayıtlıdır (4'ü hırsızlık, 5'i darp, 5'i uyuşturucu kullanımı, 1'er tane kamu malına zarar verme, darp ve hırsızlık, alkollü araç kullanma suçları). Ankara'da yapılan çalışmada olguların %21,5'inde, Gaziantep'te yapılan çalışmada %38,1'inde suç öyküsü saptanmıştır (108; 109). Çalışmamızda, diğer çalışmalarda belirtilenden çok daha yüksek seviyede görülen suça karışma öyküsü oranları dikkat çekici bulunmuştur. Bağımlılıkta görülen “dönen kapı yaşantısı” olarak adlandırılan ve ancak üç veya dört defa tekrarlanan, kapalı bir devre olarak seyreden “sokak-polis-mahkeme-hastane-ıslahevi-sokak” döngüsü mevcut olduğu kaynaklarda

belirlenmektedir ve genellikle sokakta veya hastanede ölümle son bulmaktadır (111). Bağımlı kişiler bu döngü sırasında alkol ve/veya maddeye ulaşabilmek için suç işleyebilmektedir. Bağımlı kişiler suç işleme potansiyelleri nedeniyle, koruma amacıyla özgürlüğün kısıtlanması görüşlerinden “sosyal endikasyon”u, kapalı döngünün tekrarı sırasında hastane veya sokakta ölümle sonuçlanma ihtimali nedeniyle “vital endikasyon”u sağlamaktadırlar. Bu nedenle alkol ve/veya madde bağımlılığı tanısı konan kişilerde TMK madde 432 uyarınca zorla yatış kararı alma seçeneği de akılda bulundurulmalıdır.

Çalışmamızda alkol ve/veya madde bağımlılığı tanısı konan olguların 16 (%59,3) tanesinin kısıtlanması uygun bulunmamışken, 11 (40,7) tanesinin kısıtlanması uygun bulunmuştur (7 tanesine vasi, 4 tanesine yasal danışman atanmıştır). Gökçeimam ve ark.’nın İstanbul’da yaptığı çalışmada alkol ve/veya madde kullanım bozukluğu olan olguların %50’sine vasi tayini gereklidir şeklinde (103), Aydoğdu ve ark.’nın Trabzon’da yaptığı çalışmada tamamına kısıtlanması gereklidir şeklinde sonuç verildiği yazılıdır (8). Aydoğdu ve ark.’nın çalışmasında alkol ve/veya madde bağımlılığı tanısı konan olgulara TMK 406. madde kapsamında kısıtlanabilecekleri şeklinde kanaat bildirilmiş, kısıtlanmanın seviyesi (vasi veya yasal danışman atanması) hakkında görüş bildirilmemiştir. Bunun gerekçesi olarak, alkol ve/veya madde bağımlılığında diğer hasta gruplarından farklı olarak TMK 406. maddesinde bahsedilen kötü yönetim, zora düşürme durumlarının hekim tarafından tespit edilmesinin istenmediği ve bunun daha çok adli tahkikat ile ulaşılabilecek bir durum olduğu belirtilmiştir (8). Alkol ve/veya madde bağımlılığı DSM-V kriterlerinde olduğu gibi bir ruhsal hastalık olarak kabul edilirse TMK 405 kapsamında hekimin kısıtlanma hakkında, görüş bildirmesi uygunken; TMK 406 kapsamında değerlendirilirse hekimin görüş bildirmemesi ve kararın adli tahkikatla verilmesi uygun gözükmektedir. Kısıtlanma kararı kişisel özgürlükler bakımından ağır sonuçları olan bir önlem olduğundan, yalnızca kanunda sınırlı olan sebeplerin varlığı halinde karar verilmeli; kanunda sayılan haller dışında herhangi bir gerekçeyle karar verilmemelidir (22). Kısıtlanma kararının ciddiyeti göz önüne alındığında alkol ve/veya madde bağımlılığı tanısı konan bireylere düzenlenecek raporlarda; TMK madde 405 kapsamında düşünülürse ruhsal hastalığın tanısını koymak yanında

kısıtlama gerekliliği ve seviyesi hakkında yorum yapmak, TMK madde 406 kapsamında düşünülürse yalnızca hastalığın tanısını koymak uygun bir yaklaşım gibi durmaktadır. Farklı merkezlerde farklı uygulamaların önüne geçilebilmesi için bu konuda tıp ve hukukun gerekli aydınlatıcı çalışmaları yapması gerektiği düşünülmektedir.

Çalışmamızda kısıtlanan olguların %27,3'ünde kısıtlanma durumunun yeniden değerlendirilmesi için 12 ay sonra kontrol önerildiği, %72,7'sinde raporun geçerlilik süresi hakkında yorum yapılmadığı, kısıtlanmayan olguların hiçbirine kontrol önerilmediği saptanmıştır. Kaynaklarda, verilen raporların geçerlilik süresi hakkında çalışmayla karşılaşılmamış olup kayma (laps) ve nüks (relaps) durumunun sıklıkla görülebildiği alkol ve/veya madde bağımlılığında düzenlenecek raporlarda kişinin tıbbi durumuyla kısıtlanma ihtiyacının değişebileceğinin belirtilmesinin uygun olacağı düşünülmektedir.

Çalışmamızda 4 olguda müzekkerede sorulmamasına rağmen yasal danışman atanması uygundur yönünde sonuç verildiğinin kayıtlı olduğu saptanmıştır. Müzekkerede yalnızca vasilik hakkında görüş sorulması, vasi ihtiyacı vardır veya yoktur yönünde rapor düzenlemeyi gerekli kılarken; bazı kişilerin tıbbi durumu vasi atanması veya atanmaması arasında bulunan yasal danışmanlıkla karşılanabilir. Bu sebeple, müzekkerede yasal danışmanlığın sorulmaması, medeni hakları vasilığe göre daha az kısıtlayan yasal danışmanlığın yeterli olduğunun düşünüldüğü durumlarda rapor vermeyi engellememelidir.

Çalışmamızda alkol ve/veya madde kullanım bozukluğu tanısı konan kişilerdeki sosyodemografik (cinsiyet, eğitim durumu, eğitim süresi, yalnız yaşama ve aktif çalışma durumu) ve klinik (psikiyatrik hastalık sebebiyle yatış öyküsü, bağımlılığın süresi, bağımlılığın türü ve madde kullanımının bir veya daha fazla maddeyle olması durumu) özelliklerin kısıtlanma kararı verilmesi üzerindeki etkisi de incelenmiş; hiçbirinin istatistiksel olarak kısıtlanma kararıyla anlamlı ilişkisi bulunduğu saptanmamıştır. Bu durumun sebebi, incelenen özellik yanında örneklem sayısının küçük (n=27) olması da olabilir. Aktif çalışan yaş grubunda sık görülen bir hastalık olan alkol ve/veya madde bağımlılığının, medeni hakların kısıtlanmasıyla ilgili durumunun, daha fazla sayıda çalışmayla incelenmesi ve irdelenmesi gerekmektedir.

•Bipolar Bozukluk Tanısı Konan Olgularla İlgili Verilerin Tartışılması

Çalışmamızda bipolar bozukluk tanısı konan olguların 13 (%48,1) tanesi erkek, 14 (%51,9) tanesinin kadın olduğu saptanmıştır. Akıncı ve ark.'ları tarafından İstanbul'da bipolar bozukluk tanısı konan hastalarda kısıtlanma durumunun incelendiği çalışmada olguların %44,3 kadın, %55,7 erkek cinsiyettedir (112). Literatürde bipolar bozukluğun cinsiyetler arasında dağılımında oran olarak anlamlı bir farklılık olmadığı belirtilmektedir (113).

Çalışmamızda, olguların yaş ortalaması $39,70 \pm 11,03$, İstanbul'da yapılan çalışmada benzer şekilde hastaların yaş ortalaması $44,80 \pm 13,70$ saptanmıştır (112). Literatürde bipolar bozukluğun başlangıç yaşının 17-25 yaş arasında değiştiği bildirilmektedir (113-115). Çalışmamızda ve İstanbul'da yapılan çalışmada saptanan yaş ortalamalarının, bipolar bozukluk başlangıç yaşının yaklaşık olarak iki katı olmasının sebebinin, örneklem gruplarının kısıtlanma ihtiyacı gerektirecek kadar dirençli veya hastalığı uzun süredir devam eden olgulardan seçilmiş olması olabileceği, düşünülmüştür.

Çalışmamızda muayene zamanındaki aktif çalışma durumlarına bakıldığında %70,4 olgu işsizken; İstanbul'da bipolar bozukluk tanılı kısıtlanma istemiyle gönderilen olgularla yapılan çalışmada da benzer şekilde işsizlik oranı %65,7 bulunmuştur (112). İşsizlik oranının bu kadar yüksek oranda çıkmasının sebebi olarak atak ve normal dönemlerle seyreden bipolar bozukluğun iş yaşamına olan olumsuz etkilerinden olduğu, düşünülmüştür.

Çalışmamızda %14,8 olgunun anamnezinde ailede psikiyatrik hastalık öyküsü vardır ve bunların tamamı bipolar bozukluk hastasıdır. Yüncü ve ark.'nın çalışmasında da benzer şekilde ailede bipolar bozukluk oranı %24,3 bulunmuştur (116). Bu durumun önemi; medeni hakların devredileceği kişinin de bipolar bozukluk hastası olması ihtimalidir; bu nedenle vasi veya yasal danışman olacak kişinin de psikiyatrik değerlendirilmesinin gerekebileceği hatırlanmalıdır.

Çalışmamızda bipolar bozukluk tanısı konan olguların 11'i (%40,7) kısıtlanmıştır (6'sı vasi, 5'i yasal danışman). Gökçeimam ve ark.'nın çalışmasında bipolar bozukluğu olan olguların %50'sine (103), Akıncı ve ark.'nın çalışmasında %66'sına kısıtlanması gereklidir şeklinde sonuç verildiği, anlaşılmaktadır (112).

Çalışmamızda kısıtlanma kararı verilen olguların 3'ünün (%27,3) raporunda kısıtlanma ihtiyacının kalıcı süreyle olduğu, 5'inin (%45,5) raporunda 3-6 veya 12 ay sonra kısıtlanması açısından kontrol muayenesi gerektiği belirtilmiş, 3'ünde (%27,3) raporun geçerlilik süresi hakkında yorum yapılmamıştır; kısıtlanma kararı verilmeyen olguların 11'inin (%68,75) raporunda "kısıtlanmaya gerek olmamakla birlikte hastalığın doğası gereği atakların olabileceği ve kısıtlanma ihtiyacının ortaya çıkabileceği" belirtilmiş, 5'inde (%31,3) kontrol önerilmemiştir. Kaynaklarda verilen raporların geçerlilik süresi hakkında çalışmayla karşılaşılmamış olup; ötimik dönemde normal olan ancak manik-hipomanik veya depresif atak döneminde psikiyatrik şikayetleri gelişen bipolar bozukluk tanılı olgular hakkında düzenlenecek raporlarda; kişinin tıbbi muayene dönemindeki durumuna uygun kısıtlanma ihtiyacının değişebileceğinin belirtilmesi, uygun olacaktır.

Çalışmamızda 4 olguda müzekkerede sorulmamasına rağmen yasal danışman atanması uygundur yönünde sonuç verildiği saptanmıştır. Müzekkerede yalnızca vasilik hakkında görüş sorulması, vasi ihtiyacı vardır veya yoktur yönünde rapor düzenlemeyi gerekli kılarken; bazı kişilerin tıbbi durumu vasi atanması veya atanmaması arasında bulunan yasal danışmanlıkla karşılanabilir. Bu sebeple müzekkerede yasal danışmanlığın sorulmaması, medeni hakları vasilğe göre daha az kısıtlayan yasal danışmanlığın yeterli olduğunun düşünüldüğü durumlarda rapor vermeyi engellememelidir.

Çalışmamızda bipolar bozukluk tanısı konan kişilerdeki sosyodemografik (cinsiyet, eğitim durumu, eğitim süresi, yalnız yaşama ve aktif çalışma durumu) ve klinik (psikiyatrik hastalık sebebiyle yatış öyküsü, bipolar bozukluğun süresi, hastalığın dönemi) özelliklerin kısıtlanma kararı verilmesi üzerindeki etkisi incelenmiş; sadece psikiyatrik yatış öyküsü ve hastalık dönemi özelliklerinin istatistiksel olarak kısıtlanma kararıyla anlamlı ilişkisi olduğu saptanmıştır. Psikiyatrik hastalık sebebiyle yatış öyküsü olanların %57,9'unun (n=11) kısıtlanması uygun bulunmuşken, yatış öyküsü olmayan olguların kısıtlanması gerekmemiş; ötimik dönemdeki olguların %15,8'inin (n=3) kısıtlanması uygun bulunmuşken, atak dönemindeki olguların tamamının kısıtlanması uygun bulunmuştur. Aydoğdu ve ark.'nın çalışmasında benzer şekilde ötimik dönemdeki

olguların %14,3'ü kısıtlanmışken, atak dönemindeki olguların tamamı kısıtlanmıştır (8). Akıncı ve ark.'nın çalışmasında da sosyodemografik verilerden cinsiyet, eğitim durumu ve aktif çalışma durumu ile kısıtlanma kararı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olmadığı, klinik özelliklerden toplam yatış sayısı ve toplam yatış süresinin (gün) kısıtlanma gerekmeyen grupta kısıtlanma gereken gruba göre istatistiksel olarak düşük olduğu saptandığı yazılıdır (112). Bipolar bozuklukta bazı klinik özelliklerin kısıtlanma kararı üzerine etkisi olabileceği anlaşılmaktaysa da, örneklem sayımızın küçüklüğü yasal danışman-vasi atanması sıklığı ile hangi klinik özelliklerin anlamlı farklılık oluşturabileceği konusunda anlamlı yorum yapılabilmesine olanak sağlamamaktadır. Daha fazla vaka sayısı ile, klinik özelliklerin kısıtlanma türü (vasi veya yasal danışman atanması) üzerinde etkisi olup olmadığı incelenmesi uygun görülmektedir.

• Şizofreni, Şizoaffektif Bozukluk ve Diğer Psikotik Bozukluk Tanısı Konan Olgularla İlgili Verilerin Tartışılması

Çalışmamızda; psikotik bozukluk tanısı konan olguların 27'sinin (%54) erkek, 23'ünün (%46) kadın olduğu saptanmıştır. Delibaş ve ark.'ları tarafından yapılan çalışmada olguların %41,5'i kadın, %58,5'i erkek cinsiyettedir (117). Binbay ve ark.'ları tarafından 56 araştırmanın incelendiği çalışmada, psikotik bozuklukların erkeklerde kadınlara göre daha yüksek oranda bulunduğu bildirilmektedir (118). Kaynaklarla uyumlu şekilde çalışmamızda erkek cinsiyet kadınlardan biraz daha yüksek oranda saptanmıştır.

Çalışmamızda; olguların yaş ortalaması $42,50 \pm 10,01$ saptanmıştır. Delibaş ve ark.'ları tarafından yapılan çalışmada olguların yaş ortalaması $34,40 \pm 11,80$ (117), Varma ve ark.'ları tarafından yapılan çalışmada $38,19 \pm 12,55$ saptanmıştır (119). Çalışmamızda, olguların yaş ortalamasının daha yüksek saptanması, ilimizin emekliliği yaklaşan çalışanlar ve emekliler tarafından daha çok tercih edilmesi ile popülasyonunun daha büyük yaşlarda oluşu veya artan yaşla hastalık sıklığının artışına bağlı olabileceği şeklinde yorumlanabilir.

Çalışmamızda olguların muayene zamanındaki aktif çalışma durumlarına bakıldığında %76,0 olgu işsizken; Avrupa'da yapılan bir çalışmada şizofreni hastalarında işsizlik oranının %40-93 arasında (120; 121), ülkemizde yürütülen

çok merkezli kesitsel bir çalışmada şizofreni hastalarında işsizlik oranının %56 olduğu bildirilmiştir (120; 122). Çalışma yaşamına devam etmek şizofrenide iyileşme ölçütleri arasında yer almakta olup, çalışan hastalarda çalışmayanlara oranla daha az psikopatoloji saptanmasının ve sosyal yaşama devamın beklenmesi doğaldır, bu kişilerde dağınık davranışların daha az görüldüğü ve negatif belirtilerin daha az olduğu da saptanmıştır (120; 123; 124). Çalışmamızda, işsizlik oranının ülkemizde yapılan çalışmayla karşılaştırıldığında yüksek oranda çıkmasının sebebi, örneklem grubunun psikotik hastalıklarının kısıtlanma gerektirecek kadar klinik olarak ağır gruptan seçilmesi ya da geçinmek için çalışma ihtiyacının bulunmamasının olabileceği düşünülmüştür.

Çalışmamızda, %22,0 (n=11) olgunun anamnezinde ailede psikiyatrik hastalık öyküsü olduğu, bunların 7 tanesi şizofreni, 1 tanesi bipolar bozukluk hastası olup 3 tanesinin tanısı bilinmemekle birlikte intihar öyküsü olduğu öğrenilmiştir. Ülkemizde yapılan çalışmalarda; psikotik bozukluk tanılı olgularda ailede psikiyatrik hastalık öyküsünün %9,5 ve 28,8 gibi değişik oranlarda saptandığı bildirilmektedir (118; 125; 126). Bu durumun önemi, medeni hakların devredileceği kişinin de psikiyatrik hastalığı olabileceği göz önüne alınarak, vasi veya yasal danışman olacak kişinin de psikiyatrik değerlendirilmesinin gerekebileceğini ortaya koymasındır.

Çalışmamızda, olguların 39 (%78,0) tanesi başka bir adli süreç yaşamamışken, 11 (%22,0) tanesinin başka bir adli süreç deneyimlemiş olduğu saptanmıştır (8'i darp, 1'i hırsızlık ve 2 tanesi darp ve uyuşturucu kullanımı). Finlandiya'da, 12 yıllık sürede cinayet işlemiş 1423 birey analiz edilmiş, alkolizm tanısı olmayan şizofreni tanılı bireylerin cinayet işleme olasılıklarının, normal bireylerden 6 kat daha yüksek olduğu, alkolizm ve şizofreni birlikteliğinin bu olasılığı 17 kata kadar çıkarabildiği bildirilmiştir (127; 128). Fazel ve arkadaşları, şizofreni hastalarında cinayet işleme riskinin %0,3 olduğunu, bu sıklığın genel toplumda ise %0,02 olduğunu bildirmişlerdir (128; 129). Psikotik bozukluklardaki suç ve şiddet eğiliminin yüksek olması nedeniyle, psikotik hastalığın türü ve akut psikotik dönemde olup olmadığının değerlendirilmesi özenli bir biçimde yapılmalıdır. Belli ve ark.'nın yaptığı çalışmada, cinayet işlemiş 49 şizofreni tanılı bireyin; 42 tanesinin paranoid, 5 kişinin dezorganize, 1'er kişinin rezidüel ve

ayrışmamış alt tip kriterlerini karşıladıkları bildirilmiştir (128; 130). Yalnızca kısıtlanma yönünden gönderilen ancak psikotik bozukluk aktif dönemde ve şiddet açısından riskli grupta olan kişilerde TMK madde 432 kapsamında zorla yatış kararı alma seçeneğinin tercih edilebileceği, akılda bulundurulmalıdır.

Çalışmamızda psikotik bozukluk tanısı konan olguların 11'inin (%22,0) kısıtlanmasına gerek olmadığı, 39'unun (%78,0) kısıtlanmasının gerektiği tespit edilmiştir (35'i vasi, 4'ü yasal danışman). Aydoğdu ve ark.'nın yaptığı çalışmada psikotik bozukluk tanısı alan olguların %75'ine kısıtlanması gereklidir şeklinde sonuç verildiği ve tamamına vasi atandığı anlaşılmaktadır (8). Çalışmamızda psikiyatrik hastalıklar içerisinde en yüksek kısıtlanma oranı psikotik bozukluk tanılı olgularda saptanmış olup; gerçeği değerlendirme yetisini bozabilen ve şiddet eğiliminin yüksek olduğu bu tanı grubunun en fazla kısıtlanma oranına sahip olması, beklenen bir durumdur.

Çalışmamızda kısıtlanma kararı verilen olguların 18 (%46,2) tanesinin raporunda kısıtlanma ihtiyacının kalıcı süreyle olduğu, 9 (%23,1) tanesinin raporunda 6 veya 12 ay sonra kısıtlanması açısından kontrol muayenesi gerektiği belirtilmiş, 12 (%30,7) tanesinde raporun geçerlilik süresi hakkında yorum yapılmamıştır; kısıtlanmayan vakaların 5 (%45,5) tanesinin raporunda "kısıtlanmaya gerek olmamakla birlikte hastalığın doğası gereği atakların olabileceği ve kısıtlanma ihtiyacının ortaya çıkabileceği" belirtilmiş, 6 (%54,5) tanesine kontrol önerilmemiştir. Kaynaklarda, verilen raporların geçerlilik süresi hakkında bilgi içeren çalışmayla karşılaşılmamış olup; aktif psikotik dönemde gelen olgulara kısıtlanma kararı vermek görece kolayken, psikotik dönemin tedaviyle gerileyebileceği ve takip-tedavi uyumsuzluğunun olmadığı takdirde tekrarlamayabileceği göz önünde bulundurulması ve kısıtlanmanın süresi hakkında yorumda bulunulması uygun görülmektedir. Ayrıca psikotik bozuklukluların özbakım, kişiler arası ilişkiler ve iletişim, bilişsel yetiler, duygulanım-düşünce, davranış ve algılama gibi bozukluklarla ilerleyerek hastada yıkıma sebep olabilen bir hastalık olması sebebiyle (120; 131); kişide oluşan yıkımın geri dönüşümsüz olduğu ve kısıtlanma ihtiyacının kalıcı olduğu düşünülen durumlar da raporda belirtilmelidir. Remisyon döneminde gelen hastalarda ise muayene sırasındaki klinik durumu kısıtlanma ihtiyacını

gerektirmeyecek şekilde de olsa, bu hastaların akut psikotik döneme tekrar girebileceği ve kısıtlanma ihtiyacının oluşabileceği göz önünde bulundurulmalı ve raporda belirtilmelidir.

Çalışmamızda 4 olguda müzekkerede sorulmamasına rağmen yasal danışman atanması uygundur yönünde sonuç verilmiştir. Müzekkerede yalnızca vasilik sorulması, vasi ihtiyacı vardır veya yoktur yönünde rapor düzenlemeyi gerekli kılarken; bazı kişilerin tıbbi durumu vasi atanması veya atanmaması arasında bulunan yasal danışmanlıkla karşılanabilir. Bu sebeple müzekkerede yasal danışmanlığın sorulmaması, medeni hakları vasiliğe göre daha az kısıtlayan yasal danışmanlığın yeterli olduğunun düşünüldüğü durumlarda rapor vermeyi engellememelidir.

Çalışmamızda psikotik bozukluk tanısı konan kişilerdeki sosyodemografik (cinsiyet, eğitim durumu, eğitim süresi, yalnız yaşama ve aktif çalışma durumu) ve klinik (psikiyatrik yatış öyküsü, psikotik bozukluğun süresi, hastalığın dönemi) özelliklerin kısıtlama kararı verilmesi üzerindeki etkisi incelenmiş; psikotik bozukluğun süresi ve hastalık dönemi özelliklerinin istatistiksel olarak kısıtlama kararıyla anlamlı ilişkisi olduğu saptanmıştır. Kısıtlanma kararı verilmeyen olgularda yıl olarak hastalık süresi ortalamasının ($4,36 \pm 4,98$ yıl), kısıtlanan olgulara ($11,07 \pm 6,17$ yıl) göre daha düşük olduğu; akut psikotik dönemde başvuran olguların tamamının ($n=19$), remisyon dönemindeki olguların %21,4'ünün ($n=3$) kısıtlanmasının uygun bulunduğu, kayıtlı olduğu belirlenmiştir. Bilişsel yıkımla giden psikotik bozukluk grubundaki hastalarda, hastalık süresinin uzaması bilişsel yıkımı arttıracığından kısıtlanma kararının daha uzun süredir hasta olan olgularda sık saptanması beklenen bir durumdur. Benzer şekilde akut psikotik dönemde iç görü kaybı ve şiddet eğilimi arttığından, bu dönemdeki hastaların kısıtlanma oranlarının remisyon dönemine göre daha yüksek olması beklenen bir durumdur. Çalışmamızda kısıtlanması uygun bulunduğu kararı verildiği belirlenen 39 olgunun sadece 5 tanesinde yasal danışman atanması uygun görüldüğünden, yasal danışman-vasi atanması arasında hangi klinik özelliklerin anlamlı farklılık oluşturabileceği konusunda yorum yapmak için yeteli bulunmamıştır. İlerleyen çalışmalarda daha fazla vaka sayısı ile klinik özelliklerin kısıtlanma türü üzerinde etkisi olup olmadığı incelenmelidir.

• Mental Retardasyon Tanısı Konan Olgularla İlgili Verilerin Tartışılması

Çalışmamızda mental retardasyon tanısı konan olguların 17 (%58,6) tanesi erkek, 12 (%41,4) tanesinin kadın olarak kayıtlara geçtiği saptanmıştır. Isparta’da mental retardasyon tanılı olguların incelendiği tez çalışmasında olguların %86,9’u erkek, %13,1’i kadın olup erkek/kadın oranı yaklaşık olarak 7/1 saptanmış (132); İngiltere’de yapılan bir çalışmada erkek/kadın oranının 1,3/1 ile 1,9/1 arasında değiştiği bildirilmiştir (133). Mental retardasyonun erkeklerde kadınlara göre daha sık görülmesi beklenen bir durum olup kaynaklar bu durumu Frajil X sendromunda olduğu gibi X’e bağlı resesif geçişli hastalıklarla açıklamaktadır (79-82). Kaynaklarla uyumlu şekilde çalışmamızda, erkek cinsiyetin daha yüksek oranda olduğu saptanmıştır.

Çalışmamızda, olguların yaş ortalaması $32,58 \pm 13$ saptanmıştır. Isparta’da yapılan tez çalışmasında da benzer şekilde hastaların yaş ortalaması $32,49 \pm 11,39$ saptanmıştır (132). Bu durumun en önemi özelliği; prenatal, perinatal veya postnatal faktörlere bağlı olarak hayatın erken evrelerinde gelişen mental retardasyonun kısıtlanma ihtiyacı gerektirdiği bireylerde; velilerinin velayet görevi bittikten sonra, kısıtlanmalarına kadar geçen sürenin olabildiğince kısa olması gerekliliğidir.

Çalışmamızda muayene zamanındaki aktif çalışma durumlarına bakıldığında; %79,3 olgu işsizken, Isparta’da yapılan tez çalışmasında bu oran %69,6 bulunmuştur (132). Mental retardasyon dereceleri sınıflandırıldığında; %75-85 hafif, %10 orta, %4-5 ağır, %2 çok ağır (derin) MR olarak görülmekte (72; 79); en sık görülen hafif MR grubunun özel eğitimlerle beceri kazanarak çalışma yeteneklerine sahip olduğu belirtilmektedir (80). Çalışmamızda hafif MR oranı %44,8 (n=13) ve Isparta’da yapılan tez çalışmasında hafif MR oranının %58 (n=40) saptanmasına karşılık, işsizliğin bu kadar yüksek olmasının sebebi olarak özel eğitimdeki yetersizlikler ve işverenlerin önyargılarının olabileceği, düşünülmüştür. Ayrıca çalışmamızda hafif MR oranının diğer çalışmalardaki oranların yaklaşık yarısı kadar saptanmasının nedeni olarak örneklem grubunun kısıtlanması istenen MR olgularından oluşması da olabilir.

Çalışmamızda mental retardasyon tanısı konan olguların 2 (%6,9) tanesi kısıtlanmaması uygun bulunmamışken, 27 (%93,1) tanesinin kısıtlanması uygun bulunmuştur (18 tanesine vasi, 9 tanesine yasal danışman atanması önerilmiştir). Çalışmamızda kısıtlanma kararı verilmeyen 2 olgunun tanısı hafif MR iken, yasal danışman atanan 9 olgudan 1 tanesi sınırda zeka geriliği ve 8 tanesi hafif MR tanıları almıştır; orta ve ağır MR tanıları alan olguların hepsine vasi tayini uygun bulunmuştur. Isparta'da yapılan tez çalışmasında kısıtlanma istemi ile değerlendirilen 20 olgunun tamamı kısıtlanmıştır (16 tanesine vasi, 4 tanesine yasal danışman atanmıştır). Çalışmamızla benzer şekilde Isparta'da yapılan tez çalışmasında yasal danışman atanması uygun görülen grupta sınırda mental kapasite ve hafif MR tanıları varken, orta MR tanılı vakaların hepsine vasi tayini uygun görülmüştür (132). Buradan sınırda zeka ve hafif MR tanılı olgulara klinik durumlarına göre kısıtlanmama veya kısıtlanma (yasal danışman veya vasi) kararı verilirken; orta ve ağır derece MR tanılı vakalarda vasilik kararının alındığı sonucu çıkarılabilir. Sınırda mental kapasiteye sahip kişiler yaşamını bağımsız bir şekilde sürdürebilirken, hafif MR tanılı kişilerin bazı aktiviteler dışında pek çok alanda yaşamını bağımsız sürdürebildiği; orta, ağır ve çok ağır MR tanılı kişilerin ise sırasıyla kendi özbakımını yapabilme, yardımla özbakımı sağlama ve tam bakım gerektirdiği göz önüne alındığında (80), bu durum, beklenen bir sonuçtur.

Çalışmamızda kısıtlanması uygun bulunan olguların 15'inin (%55,6) raporunda kısıtlama ihtiyacının kalıcı süreyle olduğu belirtilmiş, 12'sinin (%44,4) raporun geçerlilik süresi hakkında yorum yapılmamıştır; kısıtlanmayan olguların hiçbirinin raporunda kontrol muayenesi önerilmemiştir. Mental retardasyonun iyileşmesi beklenmeyen bir durum olması sebebiyle, düzenlenen raporların uzun süre geçerliliğini koruması beklenir; bununla birlikte mental retardasyona eşlik edebilen işitme (%10-28) ve görme (%10-44) sorunları, ağız ve diş hastalıkları (%20-29), obezite (%9,8-44), epilepsi (%14-44), inkontinans (%13-49,3) ve solunum sistemi hastalıkları (%43-75) gibi nedenlerle hastaların kliniği daha da kötüye gidebilir (79; 134). Bu sebeple kısıtlanmayan veya yasal danışman atanması yeterli görülen grubun, ileride tekrar değerlendirmeye ihtiyaç duyabileceği akıldan çıkarılmamalıdır.

Çalışmamızda, 9 olguda müzekkerede sorulmamasına rağmen yasal danışman atanması uygundur yönünde sonuç verilmiştir. Müzekkerede yalnızca vasilik sorulması, vasi ihtiyacı vardır veya yoktur yönünde rapor düzenlemeyi yeterli kılarken; bazı kişilerin tıbbi durumu vasi atanması veya atanmaması arasında bulunan yasal danışmanlıkla karşılanabilir. Bu sebeple müzekkerede yasal danışmanlığın sorulmaması, medeni hakları vasiliğe göre daha az kısıtlayan yasal danışmanlığın yeterli olduğunun düşünüldüğü durumlarda, bu durumun rapora yazılmasını engellememelidir.

Çalışmamızda mental retardasyon tanısı konan kişilerdeki sosyodemografik (cinsiyet, eğitim durumu, eğitim süresi, aile kurma ve aktif çalışma durumu) ve klinik (mental retardasyonun seviyesi) özelliklerin kısıtlanma türü (vasi veya yasal danışman atanması) üzerindeki etkisi incelenmiş; eğitim durumu, eğitim süresi, çalışma durumu ve hastalığın seviyesi özelliklerinin istatistiksel olarak kısıtlama türüyle anlamlı ilişkisi olduğu saptanmıştır. Okuryazar olmayanlarda vasi atanarak kısıtlanma oranı %85,7, okuryazar olanlarda %46,2 saptanmış; benzer şekilde vasi atanarlarda yıl olarak eğitim süresi ortalamasının ($2,05 \pm 4,20$ yıl), yasal danışman atanan olgulara ($4,88 \pm 3,10$ yıl) göre daha düşük olduğu belirlenmiştir. Çalışma hayatında aktif olarak bulunan olguların %16,7'sinin vasi atanarak kısıtlanması uygun bulunmuşken, aktif çalışma hayatında olmayanların %81'inin vasi atanarak kısıtlanması uygun bulunmuş, orta ve ağır derecede MR tanısı konulan olguların tamamına vasi atanması uygun bulunmuşken, sınır zeka geriliği ve hafif derecede MR tanısı konulan olguların % 25'ine ($n=3$) vasi atanması uygun bulunmuştur. Mental retardasyon tanılı kişilerden evlenip aile kuranların kurmayanlara göre daha az derecede kısıtlanması beklense de, bu iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır. Çalışmamızda olguların tamamında yakını kısıtlandığından sadece yasal danışman-vasi atanması arasında hangi klinik özelliklerin anlamlı farklılık oluşturabileceğine bakılmıştır. İlerleyen çalışmalarda daha fazla vaka sayısı ile klinik özelliklerin kısıtlanma-kısıtlanmama kararı üzerinde etkisi incelenmelidir.

**• Travmatik İntrakranial Kanama veya Serebrovasküler Olay (İnme)
Tanısı Konan Olgularla İlgili Verilerin Tartışılması**

Çalışmamızda travma nedenli kafa içi kanama tanılı 12 olgunun 8 tanesi erkek, 4 tanesi kadınsa; inme tanılı 10 olgunun 5 tanesi erkek, 5 tanesi kadındır. Bu bulgu, kafa travmalarının erkeklerde kadınlara göre yaklaşık 2 kat daha fazla görüldüğünü belirten kaynak bilgisiyle uyumludur (95; 96). Kaynaklarda, erkeklerdeki inme oranının da kadınlara göre daha yüksek olduğu bildirilmekte ise de (97), çalışmamızda 18-64 yaş aralığında kadın/erkek oranı eşit bulunmuştur.

Çalışmamızda travma nedenli kafa içi kanama tanılı olguların yaş ortalaması $41,66 \pm 16,65$ (en düşük 19, en yüksek 64 yaş) bulunmuş olup, inme tanılı olguların yaş ortalaması $50,20 \pm 8,82$ (en düşük 38, en yüksek 64) bulunmuştur. Kaynaklarda, kafa travmalarının yaş grupları yönünden incelendiğinde; genç erişkinlerde daha sık meydana geldiği ve orta yaşlardan sonra azalma eğiliminde olduğu belirtilmektedir (95; 96). Çalışmamızda 65 yaş altı grupta travmatik kafa içi kanama tanılı grubun çoğunluğunu, kaynaklarla uyumlu şekilde genç erişkin grup oluşturmaktadır. Kaynaklarda inme vakalarının yaş gruplarıyla ilişkisi incelendiğinde; yıllık inme insidansı 55-64 yaş aralığında 1,3-3,6/1000 olup 44 yaşından önce görülen inmelerin tüm inmelerin %3-5'ini oluşturduğu; 65-74 yaş aralığında inme insidansının 4,9-8,9/1000, 75 yaş üstünde 13,5-17,9/1000 olduğu belirtilmektedir (135; 136). Bu sebeple, inmelerin esas olarak 65 yaş üstü grupta görülmesi beklenirken, 65 yaş altı grupta ise daha az sıklıkta görülmesi beklenmekte; 65 yaş altı grupta ise özellikle 44 yaş üzerinde görülmesi beklenmektedir. Çalışmamızda 65 yaş altı grupta inme tanılı grubun çoğunluğunu, kaynaklarla uyumlu şekilde 44 yaş üstü grup oluşturmaktadır.

Çalışmamızda travma nedenli kafa içi kanamalı 12 olgunun 10 tanesi vasi atanarak kısıtlanmış, 2 tanesine kısıtlanma önerilmemişken; inme tanılı 10 olgunun tamamına vasi atanarak kısıtlanması uygun görülmüştür. Kaynaklarda bu yaş grubunda kafa içi kanama veya inme tanılı olguların kısıtlanmasıyla ilgili bir çalışmaya rastlanmamış olup kısıtlanma oranının yüksekliği ve kısıtlanması uygun bulunanların hepsine vasi atanmasının önerilmesi, dikkat çekmektedir.

Çalışmamızda kısıtlanması uygun bulunan olguların 5 (%25) tanesinin raporunda kısıtlama ihtiyacının kalıcı süreyle olduğu belirtilmiş, 6 (%30) tanesine

6-12 ay sonra kontrol muayenesi önerilmiş, 4 (%20) tanesinin durumunda değişiklik olursa kontrol muayenesi gerektiği şeklinde yorum yapılmışken, 5 (%25) tanesinde raporun geçerlilik süresi hakkında yorum yapılmamıştır; kısıtlanma kararı verilmeyen olguların hiçbirinin raporunda kontrol muayenesi önerilmemiştir. Bu tanı grubunda rehabilite edici tedavilerin fonksiyonel ve motor iyileşmeyi sağlaması beklenmektedir (137; 138). Rehabilitasyon almayan hastalar hakkında düzenlenecek raporlarda, etkili bir rehabilitasyonla, kısıtlanma ihtiyacının azalabileceği veya ortadan kalkabileceği de göz önünde bulundurulmalıdır.

5.1.3. Kısıtlanması İstemiyle Gönderilen 65 Yaş ve Üstü Olgularla İlgili Verilerin Tartışılması

Tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerindeki gelişmeler nedeniyle ortalama yaşam süresi ve yaşam kalitesinin artması, daha fazla sayıda yaşlı insanın aktif olarak yaşamın içinde bulunmasına ve ticari faaliyetler yapmasına olanak vermektedir. Bu durum ileri yaş grubundaki bireylerin yapacakları ticari ve hukuki faaliyetleri sırasında, sıklıkla hukuki ehliyetlerinin ve kısıtlanma ihtiyaçlarının sorgulanmasına yol açmaktadır.

Çalışmamızda 65 yaş üstündeki olguların 74'ünün (%63,2) erkek, 43'ünün (%36,8) kadın cinsiyette olduğu, olguların yaş ortalamasının $79,53 \pm 11,62$ olduğu bulunmuştur. Olgulardan 30'unda (%25,6) kısıtlanmaya gerek olmadığı, 73 (%62,4) olguya vasi atanması, 6 (%5,1) olguya yasal danışman atanmasının uygun bulunduğu saptanmış olup, 8 (%6,9) olguda karar verilemediği kayıtlıdır. En sık karşılaşılan tıbbi tanımlar sırasıyla incelendiğinde; olguların %37,5'sinde demans olduğu, %20,4'ünde herhangi bir hastalık bulunmadığı, %15,3'inin inme veya travmatik intrakranial kanaması olduğu anlaşılmaktadır. Cavlak ve ark.'nın 65 yaş üstünde kısıtlanma durumunun incelendiği çalışmasında; olguların 20 (%56,0) tanesi erkek, 16 (%44) tanesi kadın olup, olguların yaş ortalamasının 78,7 olduğu, 36 olgunun tamamına vasi atandığı bildirilmiş, 22 (%61) tanesine TMK 405. maddesi, 5 (%14) tanesine TMK 408. maddesi uyarınca vasi atandığı; 9 (%25) olgunun yoğun bakım ünitesinde tedavi görmekte olan bilinci kapalı hastalar olduğu bildirilmiştir. En sık konulan tıbbi tanımların; Alzheimer hastalığı,

serebrovasküler hastalık, psikiyatrik hastalıklar (depresyon, anksiyete, deliryum, psikoz, bipolar bozukluk) olduğu kayıtlıdır (9). Çalışmamızla uyumlu şekilde 65 yaş üstünde en sık kısıtlanma nedeni olan tıbbi tanılar; demans ve serebrovasküler hastalıktır.

Çalışmamızda 6 olgu yoğun bakımda tedavi görmekte olup 1 tanesi düşmeye bağlı intrakranial kanama, 2 tanesi inme, 1 tanesi pnömoni ve 1 tanesi kolon kanseriyle takip edilmekteyken değerlendirilmiş ve tamamına vasi atanmasının uygun bulunduğu karar verildiği kayıtlıdır. 1 olgu ise rapor düzenleme sürecinde yoğun bakımda vefat etmiş olduğu anlaşıldığından kısıtlanma durumu hakkında rapor düzenlenemediği kayıtlıdır. Yoğun bakımdaki hastaların tamamı entübe veya trakeostomize halde ve bilinci kapalı olduğundan TMK 408. maddesi kapsamında kendi kendilerine kısıtlanma istemi yapamayacakları ve durumları nedeniyle TMK 405. maddesi kapsamında psikiyatrik değerlendirme yapılamayacağı için yalnızca tıbbi durumları açıklanarak vasi ihtiyaçlarının olduğu raporda belirtilmiştir. Vasi atanması uygun bulunduğu kayıtlı olan 5 olgunun 1 tanesine 3 ay, 1 tanesine 6 ay sonra ve 2 tanesine kişinin durumunda değişiklik olunca kontrol muayenesi önerilmiş; 1 tanesinde raporun geçerlilik süresi hakkında yorumda bulunulmamıştır. Cavlak ve ark.'nın çalışmasında da benzer şekilde yoğun bakımdaki 9 hastanın kendi kendilerine kısıtlanma istemi yapamayacaklarından TMK 408 ve bu hastaların durumları nedeniyle psikiyatrik değerlendirme yapılamayacağı için TMK 405. maddelerine göre vasi atanmadığı; ancak tıbbi durumlarının açıklanarak medeni kanun maddesi bildirilmeksizin vasi ihtiyaçlarının olduğunun belirtildiği yazılıdır (9). Kısıtlanma kararı kişisel özgürlükler bakımından ağır sonuçları olan bir önlem olduğundan, yalnızca kanunda sınırlı olan sebeplerin varlığı halinde karar verilmeli; kanunda sayılan haller dışında, herhangi bir gerekçeyle karar verilmemelidir (22). Alkol ve/veya madde kullanım bozukluğu tanısı konan olgulardakine benzer şekilde, bilinci kapalı halde olan olgular için de kısıtlama kararının hukuki bir zemine oturtulması ve farklı merkezlerde farklı uygulamaların önüne geçilebilmesi için, bu konuda tıp ve hukuk çalışanlarının gerekli çalışmaları yapması uygun olacaktır.

•Demans Tanısı Konan Olgularla İlgili Verilerin Tartışılması

Çalışmamızda demans tanısı konan vakaların 25 (%56,8) tanesi erkek, 19 (%43,2) tanesinin kadın olduğunun kayıtlı olduğu saptanmıştır. Erkeklerin kadınlara göre daha yüksek oranda mal-mülk sahibi olması, ticari faaliyetlerle daha fazla uğraşması nedeniyle çalışma grubumuzda demans tanılı erkeklerin daha yüksek oranda saptanmış olabileceği düşünülmüştür.

Çalışmamızda olguların yaş ortalaması $80,95 \pm 8,18$ (en düşük 65, en yüksek 99) bulunmuştur. Güngen ve ark.'nın hafif derece demanslı grupta yaptıkları çalışmada yaş ortalaması $78,2 \pm 6,85$ (37), Emik ve ark.'nın Alzheimer tipi demanslı olgularda yaptıkları çalışmada yaş ortalaması $71,46 \pm 7,37$ (85), Akdemir ve ark.'nın çalışmasında yaş ortalamaları hafif-orta Alzheimer tipi demansta $68,4 \pm 2,73$, ağır Alzheimer tipi demansta $70,5 \pm 4,38$ bulunmuştur (139). Çalışmamızda yaş ortalamasının diğer çalışmalara göre daha yüksek bulunmasının sebebi olarak, örneklem grubunun kısıtlanma ihtiyacı gerektirecek kadar ilerlemiş demans tanılı olgulardan oluşmasının olabileceği düşünülmüştür.

Çalışmamızda olguların tamamının kısıtlanması uygun bulunduğu kayıtlı olduğu saptanmıştır (43'ü vasi, 1'i yasal danışman). Benzer şekilde Gökçeimam ve ark.'nın çalışmasında da demans tanısı konan 252 olgunun 244 tanesi vasi, 8 tanesi yasal danışman atanarak kısıtlanması uygun bulunmuştur. Demansın ilerleyici, henüz kesin tedavisi olmayan ve zamanla hastayı bakıma muhtaç hale getiren kronik bir hastalık olması sebebiyle, demans tanısı konan tüm hastalara hastalığın evresinden bağımsız olarak yasal danışman veya vasi atanarak kısıtlanma kararı verilmesi uygun bir yaklaşım gibi durmakla beraber, bu konuda farklı görüşler de vardır. Kane çalışmasında, erken evre demansta oluşan bilişsel bozuklukların fiil ehliyetini etkilemediği ve kısıtlanma gerektirmediği; eğer erken evre demansa kişinin kendisine veya çevresine zarar verici davranışlar ekleniyorsa tümüyle değil kısmen kısıtlanması gerektiğini belirtmiştir. Bunun sebebi olarak, erken evrede vasi tayini yapılan hastaların otonomilerini kaybederek özgüvenlerini yitirdiği ve bağımsız davranışlarının kısıtlanması sebebiyle durumdan olumsuz yönde etkilendikleri belirtilmiştir (39; 140). Orta ve ağır demansın hem tanısı hem de kısıtlanma kararı verilmesi görece kolay durmaktayken, hafif derece demans hem tanı aşamasında hem de kısıtlanma kararı

aşamasında bir takım zorluklar ortaya çıkarmaktadır. Tanı aşamasında hafif derece demansın öncelikle hafif bilişsel bozukluktan ve normal yaşlanmaya bağlı bilişsel değişikliklerden ayrılması gerekmektedir. Örnek vermek gerekirse, çalışmamızda normal yaşlanma bulguları olan (senilite) 3 olguya yasal danışman atanmıştır. Normal yaşlanmaya bağlı oluşan bilişsel değişikliklerle Alzheimer Hastalığının arasında geçiş dönemi olarak kabul edilen ve bilişsel testlerde normal yaşlılara göre daha düşük performans gösteren hafif bilişsel bozukluk da (85), ayırıcı tanıda akla gelmelidir. Kısıtlanma kararı aşamasında ise; hafif derece demans tanısı kesinleştikten sonra kısıtlanma kararı neye göre verilmelidir? Örnek vermek gerekirse hafif derece demans tanılı hastalardan, sosyoekonomik seviyesi yüksek olanlara hastalığı ilerlerse tanı koymak daha kolay olacağı için kısıtlanma kararı vermeme veya yasal danışman atama yoluna gidilirken, tamtersi bir durumda vasi mi atanmalıdır? Hekim rapor düzenlerken sadece hastayı mı değerlendirmeli, yoksa sosyoekonomik faktörleri de hesaba katmalı mıdır? Hekim hasta dışındaki faktörlere göre raporunu düzenlerse, raporun nesnelliğinden söz etmek mümkün müdür veya hekim görev yetki sınırlarını aşarak hukuka müdahale mi etmiştir? Bu konuda sorulabilecek soruların arttırılabileceği açık olmakla birlikte, cevaplar sadece tıp çalışanlarının vermeyeceği, tıp ve hukuk çalışanlarının birlikte çalışmasıyla verilebilecek seviyeye çıkmaktadır.

Çalışmamızda kısıtlanan olguların 36 (%81,8) tanesinin raporunda kısıtlanma ihtiyacının kalıcı süreyle olduğunun belirtildiği, 8 (%18,2) tanesinde raporun geçerlilik süresi hakkında yorum yapılmadığı saptanmıştır. Henüz kesin tedavisi olmayan ve ilerleyici seyreden demansta, vasi atanması yönünde verilen raporların geçerliliğini koruması beklenirken; kısıtlanmayan veya yasal danışman atanan olguların raporlarının ileride yenilenmesinin gerekeceği, akılda tutulmalıdır. Bu konuda da farklı görüşler bulunmaktadır; Marson, Alzheimer hastalarının fiil ehliyetleri yokken zamanla tedaviyle düzelebileceği ve fiil ehliyetini kısmen geri kazanabileceğini, bu sebeple kısıtlanma konusunun yeniden gözden geçirilmesi gerektiğini belirtmiştir (39; 141).

Çalışmamızda 1 olguda müzekkerede sorulmamasına rağmen yasal danışman atanması uygundur yönünde sonuç verildiği saptanmıştır. Müzekkerede yalnızca vasilik sorulması, vasi ihtiyacı vardır veya yoktur yönünde rapor

düzenlemeyi yeterli kılarken; bazı kişilerin tıbbi durumu, vasi atanması veya atanmaması arasında bulunan yasal danışmanlıkla karşılanabilir. Bu sebeple müzekkerede yasal danışmanlığın sorulmaması, medeni hakları vasiliğe göre daha az kısıtlayan yasal danışmanlığın yeterli olduğunun düşünüldüğü durumlarda rapor vermeyi engellememelidir.

Çalışmamızda demans tanısı konan olguların mini mental test sonuçlarına bakıldığında; 13 (%29,5) olguda kooperasyon sağlanamadığından test uygulanamadığı, 27 (%61,4) olguda test yapıldığı, 4 (%9,1) olgunun test bilgisine ulaşamadığı saptanmıştır. MMT yapılan 27 kişi incelendiğinde; en düşük 9, en yüksek 24 ve ortalama $15,81 \pm 3,96$ puan alındığı bulunmuştur. 65 yaş üstü grupta herhangi bir hastalığı bulunmadığı için kısıtlanmayan ve MMT yapılan 21 olguda MMT skoru en düşük 17, en yüksek 30 puan saptanmış olup, ortalaması $26,80 \pm 3,35$ bulunmuştur. Sağlıklı ve kısıtlanmayan olgularda MMT skoru ortalamasının, MMT yapılan demanslı bireylere göre daha yüksek olduğu ve ortalamalar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir. Güngen ve ark.'nın çalışmasında hafif derece demans grubunun MMT ortalaması $20,5 \pm 1,7$, kontrol grubunun MMT ortalaması $26,8 \pm 2,0$ bulunmuş ve iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır. Güngen ve arkadaşları ayrıca MMT skorunu 18-29 puan aralığında tüm eşik değerlerin duyarlılık, özgüllük, pozitif ve negatif yordayıcı değer ve kapa değerlerine bakarak; 23/24 eşik değerinin hafif demansı, normalden ayırmada en uygun değer olduğunu bulmuşlardır (37). Çalışmamızda benzer olarak, demans tanılı olgulardan 23/24 eşik değerini geçebilen yokken, sağlıklı ve kısıtlanmayan 2 olguda 23/24 eşik değerinin altında kalmıştır. Akdemir ve ark.'nın çalışmasında da benzer şekilde MMT skoru ortalamaları kontrol grubunda 28,74, hafif bilişsel bozukluk grubunda 26,52, hafif-orta Alzheimer tipi demansta 16,63 ve ağır Alzheimer tipi demansta 12,17 olup ortalamalar arasındaki fark da istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (139). Cavlak ve ark.'nın çalışmasında da MMT yapılan 65 yaş üstü 16 kişinin puanlarının 7-24 arasında değiştiği ve ortalamasının 13,5 olduğu, tamamına vasi atandığı belirtilmiştir (9). Eskişehir'de yapılan tez çalışmasında MMT skorunun çoğunlukla 24 ve üzerinde olduğu olgularda hukuki ehliyetin olduğu, yalnızca 4 olguda MMT skoru 24'ün altında olmasına karşın

hukuki ehliyetin olduğu yönünde sonuç verildiği; ayrıca uygulanan HEDEF (Hukuki Ehliyeti Değerlendirme Formu)'nun bu 4 olguyu da doğru saptadığı ve uygulamada HEDEF testinin MMT'den daha etkin olduğu belirtilmiştir (28). Tüm bu çalışmalar değerlendirildiğinde, kısıtlanması veya hukuki ehliyet değerlendirilmesi için yönlendirilen 65 yaş üstü olgularda MMT'nin rutin olarak uygulanması ve raporda skorunun belirtilmesinin uygun bir yaklaşım olduğu, HEDEF'unun da yapılmasının uygun olduğu düşünülmektedir.

• Travmatik İntrakranial Kanamaveya Serebrovasküler Olay (İnme) Tanısı Konan Olgularla İlgili Verilerin Tartışılması

Çalışmamızda travma nedenli kafa içi kanama tanılı 2 olgunun 1 tanesi erkek, 1 tanesi kadinken; inme tanılı 16 olgunun 12 tanesi erkek, 4 tanesi kadındır. Kaynaklarda, erkeklerde inme oranının kadınlara göre daha yüksek olduğu bildirilmektedir (97).

Çalışmamızda inme tanılı olguların yaş ortalaması $78,75 \pm 7,56$ (en düşük 66, en yüksek 91) bulunmuştur. Bu olguların 5 (%31,3) tanesi 65-74 yaş aralığında, 13(%58,7) tanesi 75 yaş üstündedir. Kaynaklarda, yıllık inme insidansının 65-74 yaş aralığında 4,9-8,9/1000, 75 yaş üstünde 13,5-17,9/1000 olduğu, belirtilmektedir (135; 136). Çalışmamızda inme tanılı olguların yaş dağılımı kaynaklarla uyumludur.

Çalışmamızda travma nedenli kafa içi kanamalı 2 olgunun ikisinin de vasi atanarak kısıtlanması uygun bulunmuş; inme tanılı 16 olgunun 14 tanesi vasi atanarak kısıtlanması uygun bulunmuşken, 2 tanesine kısıtlanması gerekmediği şeklinde rapor verildiği saptanmıştır. Cavlak ve ark.'nın çalışmasında bu yaş grubunda inme tanılı bireylerin tamamına vasi atandığı bildirilmiştir (9). Kalp hastalıkları ve kanserlerden sonra en sık üçüncü ölüm sebebi olan ancak sakatlığa/özürlülüğe yol açan hastalıklar içerisinde birinci sırada yer alan inmede (98; 99), beklenildiği gibi kısıtlanma oranları çok yüksektir.

Çalışmamızda kısıtlanması uygun bulunan olguların 9 (%56,4) tanesinin raporunda kısıtlanma ihtiyacının kalıcı süreyle olduğu belirtilmiş, 3 (%18,6) tanesine 3-6 ay sonra kontrol muayenesi önerilmiş, 2 (%12,5) tanesinin durumunda değişiklik olursa kontrol muayenesi gerektiği şeklinde yorum

yapılmışken, 2 (%12,5) tanesinde raporun geçerlilik süresi hakkında yorum yapılmamıştır. Kısıtlanmayan olguların hiçbirine kontrol muayenesi önerilmemiştir. Bu tanı grubunda rehabilite edici tedavilerin fonksiyonel ve motor iyileşmeyi sağlaması beklenmekle birlikte artan yaşla beraber işlevlerdeki düzelme belirgin olarak düşüktür (137; 138). Yine de rehabilitasyon almayan hastalar hakkında rapor düzenlenirken, etkili bir rehabilitasyonla kısıtlanma ihtiyacının azalabileceği veya ortadan kalkabileceği göz önünde bulundurularak ilgili bölümlerden görüş alınması ihmal edilmemelidir.

Çalışmamızda MMT uygulanan 5 kişiden; 16 puan alan 3 olguya vasi atanması uygun bulunmuşken; 25 ve 28 puan alan iki olgunun kısıtlanmasının gerekmediği şeklinde rapor verildiği tespit edilmiştir. MMT'e koopere olamayan 6 kişiye de vasi atanması uygun bulunduğu saptanmıştır. Örneklem grubunun küçüklüğü nedeniyle istatistiksel anlamlılık değerlendirilmesi yapılmamış olmakla birlikte, 65 yaş üstü grupta tanıdan bağımsız olarak kısıtlanması istenen vakalarda MMT testi uygulanmasının uygun olabileceği, düşünülmüştür.

Çalışmamızda 18-64 yaş aralığında travmatik nedenli İKK %54,5 (n=12) sıklıkta saptanmışken, 65 yaş üstünde %11,1 (n=2) sıklıkta saptanmış olup; yaş grubuyla travma nedenli İKK-inme görülme sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır. Bu bulgu, kaynaklarda kafa travmalarının genç erişkinlerde daha sık olduğu ve orta yaşlardan sonra sıklığının azalma eğiliminde olduğu bilgisiyle uyumludur (95; 96).

5.2. Kısıtlanma Durumunun Yeniden Değerlendirilmesi İstemiyle Gönderilen Olgularla İlgili Verilerin Tartışılması

TMK madde 404 kapsamında kısıtlanan küçükler ve TMK madde 407 kapsamında kısıtlanan erişkinler dışındaki tüm kısıtlanma sebeplerinde kişiler, sebeplerin ortadan kalkmasıyla hemen ve kendiliğinden kısıtlanmadan çıkamazlar. Bu kararı vesayet makamının vermesi gereklidir (16; 48). TMK madde 472'ye göre, yasal temsilci (vasi, yasal danışman, kayyım) veya kısıtlı, vesayetin dayandığı kısıtlama sebebi ortadan kalktığında vesayet makamına kısıtlamanın kaldırılması için başvurabilir. TMK madde 474'e göre de, TMK madde 405 kapsamında kısıtlama kararı alırken gerekli olan sağlık kurulu raporu, kısıtlılığın

kaldırılması kararında da gereklidir. Tüm bu sebeplerle adli tıp pratiğinde kısıtlanma durumunun yeniden değerlendirilmesi istemiyle gönderilen olgularla da karşılaşılmaktadır. Bu yüzden önceki başlıklarda, tıbbi tanılar özelinde raporların geçerlilik süreleri hakkında da yorumda bulunmanın öneminden bahsedilmiştir.

Çalışmamızda kısıtlanması istemiyle gönderilen 461 olgunun 219’unda müzekkerede kısıtlanma sebebi hastalığın, ne kadar müddet süreceği sorulmamış olmasına rağmen, bu olguların 178’inin (%81,3) raporunda hastalığın süresi hakkında yorumda bulunulmuştur. Müzekkerde sorulmamasına rağmen, hastalık süresi hakkında yorum yapmak, hekimin rapor düzenlenen kişide mağduriyet oluşumunun önlenmesi açısından gerekli olabilir. Çalışmada, 5 yıllık süreçte 21 olgunun kısıtlanma durumunun yeniden değerlendirilmesi istemiyle gönderildiğinin anlaşılması bu ihtiyacı da ortaya koymaktadır.

İzmir’de yapılan çalışmada kısıtlanma durumunun yeniden değerlendirilmesi istemiyle gönderilen olguların (n=6), kısıtlanma istemiyle gönderilen olgulara (n=60) oranı yaklaşık 1/10 iken (102); bu oran çalışmamızda yaklaşık olarak 1/22 olarak bulunmuştur. İzmir’de yapılan çalışmada, önceden vasi atanan 6 olgunun birinde vesayetin kaldırıldığı, 5 olguda ise vesayet kararına devam edildiği belirtilmiş, tıbbi tanılardan bahsedilmemiştir (102). Çalışmamızda önceden yasal danışman atanan 3 olgudan 1 tanesinin kısıtlanmasının kaldırılmasının uygun olacağı kanaati bildirilmişken, 2 tanesinde kısıtlanma durumunun vasilığe çevrilmesinin uygun olacağı kararı verildiği; önceden vasi atanan 18 olgudan 7 tanesinin kısıtlanmasının kaldırılmasının uygun olacağı kanaati verilirken, 3 tanesinin kısıtlanma ihtiyacının yasal danışmanın uygun olacağına karar verilmiş; 8 olguda durumunda değişiklik yapılmamış ve aynı şekilde bırakıldığı anlaşılmıştır.

5.3. Koruma Amacıyla Özgürlüğünün Kısıtlanması İstemiyle Gönderilen Olgularla İlgili Verilerin Tartışılması

Çalışmamızda TMK 432 kapsamında koruma amacıyla yönlendirilen olguların 14 (%33,3) tanesine özgürlüğünün kısıtlanmasının uygun olacağı yönünde sonuç verilmişken, 28 (%66,7) tanesine TMK 432 kapsamında özgürlüğünün kısıtlanmasına gerek olmadığı yönünde sonuç verildiği saptanmıştır.

Çalışmada zorla yatırılma kararı alınan olguların 10 (%71,4) tanesi erkek, 4 (%28,6) tanesi kadın olup, erkekler çoğunluğu oluşturmaktadır. Bulgularımızla benzer şekilde; Yılmaz ve ark.'nın İstanbul'da psikiyatri servisine yapılan zorunlu yatışları inceledikleri çalışmada olguların %68,0'i (142), Gültekin ve ark.'ın Bolu'da psikiyatri servisine yapılan zorunlu yatışları inceledikleri çalışmada olguların %72,7'si erkektir (143).

Çalışmada zorla yatırılma kararı alınan olguların tıbbi tanıları incelendiğinde sırasıyla; 8 (%57,1) tanesi psikotik bozukluk grubu (7 tanesi aktif dönemde, 1 tanesinin dönem bilgisine ulaşılamamıştır), 6 (%42,9) tanesi alkol ve/veya madde kullanım bozukluğu tanısı almıştır. Yılmaz ve ark.'nın (142) İstanbul'da psikiyatri servisine yapılan zorunlu yatışları inceledikleri çalışmada en sık karşılaşılan tıbbi tanıların şizofreni (%39), bipolar bozukluk (%27) ve şizoaffektif bozukluk (%9) olduğu; Gültekin ve ark.'ın (143) Bolu'da psikiyatri servisine yapılan zorunlu yatışları inceledikleri çalışmada en sık karşılaşılan tıbbi tanıların psikotik bozukluklar (%72,7), bipolar bozukluk (%25,8) ve madde kullanımıyla ilgili bozukluklar (%1,5) olduğu saptanmıştır. İsrail'de yapılan çalışmada istem dışı yatışlarda en sık tanının şizofreni ya da sanrısız bozukluk olduğu gösterilmiş (144); benzer şekilde Avrupa ülkelerindeki istem dışı yatışların incelendiği çalışmalarda da en sık tanının (%30-50) şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar olduğu bildirilmiştir (145; 146; 147). Mevcut verilerle zorunlu yatışta en sık karşılaşılan tanının şizofreni ya da diğer psikotik bozukluk grubu hastalıklar olduğu görülmektedir; bu sebeple içgörü eksikliği veya kaybıyla gidebilen, özkıyım veya çevreye zarar verebilmeye sonuçlanabilen bu hastalık grubunda rapor düzenlenirken TMK madde 432 kapsamında koruma amacıyla özgürlüğünün kısıtlanması seçeneği her zaman akılda tutulmalıdır.

Çalışmamızda TMK madde 432 kapsamında kısıtlanması istenen kişilerdeki sosyodemografik (cinsiyet, eğitim durumu, eğitim süresi, yalnız yaşama, medeni hal ve aktif çalışma durumu) ve klinik (psikiyatrik hastalık sebebiyle yatış öyküsü) özelliklerin zorla yatırılma kararı verilmesi üzerindeki etkisi de incelenmiş; hiçbir özelliğin istatistiksel olarak zorla yatırılma kararıyla anlamlı ilişkisi olmadığı saptanmıştır. Gültekin ve ark.'nın çalışmasında istemli yatışlar ve istem dışı yatışlar karşılaştırılmış olup; istem dışı yatışlarda erkek cinsiyet, çalışmayan grup ve psikotik bozukluk tanı grubunun istemli yatışlara göre istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde daha yüksek olduğu belirtilmiştir (143). Çalışmamızda da zorla yatırılma kararı alınan grupta benzer şekilde; erkek cinsiyet, çalışmama ve psikotik bozukluk tanısı daha sık görülmüş olmakla birlikte, istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark saptanmamıştır.

6. SONUÇ

Akdeniz Üniversitesi Adli Tıp Anabilim Dalı'na, 2016-2020 yılları arasında toplam 5 yıllık sürede, adli makamların medeni hakların kısıtlanması yönünden değerlendirilmesi istemiyle başvuran olguların kayıtlarının retrospektif incelendiği çalışmada; toplam olgular içerisinde bu olguların oranının yıllar içindeki artışı dikkat çekici bulunmuştur. Bu artışın 65 yaş ve üstü grupta nedeni, genel nüfus içindeki payının artmasıyla; daha erken yaş grubunda alkol ve/veya madde kullanım bozukluğu, bipolar bozukluk, psikotik bozukluk gibi ruhsal hastalıklar nedeni ile başvuruların sıklığındaki artış olarak belirlenmiştir.

Tüm yaş gruplarında, en sık görülen kısıtlanma nedenlerini; demans, psikotik bozukluklar, bipolar bozukluk, madde kullanım bozuklukları, mental retardasyon, travmatik kafa içi kanama ve inmelerin oluşturduğu saptanmıştır. Yaşlı nüfus grubunda demans ve inme ön plana çıkarken, aktif çalışan yaş grubunda psikiyatrik hastalıklar ve travma nedeniyle kafa içi kanamalar kısıtlama sebebi olarak öne çıkmaktadır. Vasi veya yasal danışman atanarak kısıtlama önlemlerinin yeterli olmadığı ve bu sebeple zorunlu yatış kararı alınan grupta ise psikotik bozukluk grubu hastalıkların ön planda olduğu tespit edilmiştir.

Çalışmada; kısıtlamanın en sık sebepleri arasında olan tıbbi tanılar ayrı ayrı incelenerek kısıtlanma kararı verilmesinde veya kısıtlanacak olgularda kısıtlama seviyesi seçiminde önemli olabilecek özellikler de incelenmiştir. Kaynaklarda; yaşlı grupta normal yaşlanma sürecinde olan kişileri demanslı bireylerden ayırmakta tarama testi gibi kullanılan mini mental testin kısıtlanma kararı verilmesinde de etkin olarak kullanılabileceği ve 23/24 eşik değerin kritik olduğu bildirilmektedir. Bu çalışmada da mini mental testteki 23/24 eşik değerinin kaynaklarla uyumlu bir şekilde; normal yaşlanma sürecinde olan ve tıbben kısıtlanması gerekmeyen bireyleri, demanslı ve tıbben kısıtlanma ihtiyacı olan bireylerden ayırmak için kullanışlı olduğu anlaşılmıştır. Ayrıca 65 yaş üstü grupta inme tanısı alan olgularda da MMT skorunun kısıtlama kararı verilmesinde de önemli olduğu, bu yaş grubunda grupta en sık kısıtlanma sebeplerinin demans ve inme olması sebebiyle, MMT'in rutin olarak uygulanabileceği anlaşılmaktadır.

Çalışmamızda mental retardasyonlu bireylerde; daha yüksek eğitim seviyesi, aktif çalışma hayatında olma ve daha hafif mental retardasyon düzeyine sahip olanlarda kısıtlamanın daha düşük düzeyde olduğu (yasal danışmanlık) belirlenmiştir. Psikotik hastalığı olan kişilerde, daha kısa hastalık süresine sahip ve remisyon döneminde olanlarda kısıtlanma ihtiyacının daha az sıklıkta gerektiği saptanmıştır; bipolar bozukluk tanılı bireylerde ise hastalığın ötimik döneminde olanlar ve daha önce psikiyatrik hastalık sebebiyle yatış öyküsü bulunmayanlarda kısıtlanma ihtiyacının daha az sıklıkta gerektiği saptanmıştır.

Düzenlenen raporlarda tıbbi tanının gerektirdiği hallerde, müzekkerede sorulmasa bile; hastalığın süresi, dolayısıyla düzenlenecek raporun geçerlilik süresi, yasal danışman ihtiyacı ve zorunlu yatış kararı hakkında görüş bildiriminin kişinin ve çevresinin haklarının korunması açısından önemli olabilmektedir. Kısıtlanma istemiyle sağlık kuruluna gönderilen müzekkerede; kişinin gönderilme nedeni ve gerekçesinin belirtilmesi, yanıt alınmak istenen sorular ve iddia olunan hastalığın belirtilmesi de olgunun değerlendirmesi açısından faydalı olacaktır. Kişinin; önceki tıbbi belgeleri ve adli belgelerin müzekkere ile birlikte gönderilmesi işlemlerde kolaylık sağlayacaktır. Değerlendirilmesi istenen kişinin birinci derece yakınının, bakımından sorumlu olanın veya aynı evde yaşayan bireyin de kişi ile birlikte gönderilmesi yineleyen yazışmalara gerek kalmadan işlemlerin sonuçlanmasında faydalı olacaktır. Kısıtlanma kararının kişisel özgürlükler bakımından ağır sonuçları olan bir önlem olması nedeniyle, her olgu grubu için, bu tür raporların düzenlenmesinde rehber alınacak kılavuzlara ihtiyaç bulunmaktadır. Böylece alkol ve/veya madde bağımlılığı tanısı konan ve kısıtlanma kararı verilen psikiyatrik hastalar başta olmak üzere, tüm sağlık kurumlarınca verilecek raporların benzer nitelikte olması ve sonuçların karşılaştırılabilir olması sağlanacaktır. Özellikle karar verilemeyen ve İhtisas Kurullarından görüş istenmesi uygun bulunan olguların kararları konusunda geri dönüş yapılması ve olgu hakkında görüş için sevk eden sağlık kurumlarına bilgi verilmesi; hem sevk edenlerin tecrübelerinin artmasına yardımcı olacak, hem de hizmet içi eğitime katkı sağlayacaktır. Diğer taraftan kurumlar arasında farklı kararların oluşmasını önlemek ve standardizasyon açısından da bu gibi kılavuzlar ve geri bilgilendirmelerin olması önemlidir.

7. ÖZET

Medeni hakların kısıtlanması veya sınırlandırılması, medeni hakları kullanma yetkisinin, kısmen (kayyım, yasal danışman atanması) ya da tamamen (vasi atanması) mahkemenin tayin ettiği gerçek kişiye devredilmesidir. Ayrıca toplum için tehlike oluşturan ve/veya korunması için yasal danışman, vasi atanması gibi rutin kısıtlama yöntemlerinin yeterli olmadığı kararla varılan kişilerde zorla yatış ve tedavi seçenekleri de bulunmaktadır.

Çalışmamızda 01 Ocak 2016- 31 Aralık 2020 tarihleri arasında, adli makamlarca medeni haklarının kısıtlanması istemiyle yönlendirilen 482 olgunun raporları retrospektif olarak incelenmiştir. Çalışmada medeni haklarının kısıtlanması istemiyle yönlendirilen olguların; yaş, cinsiyet, raporda belirtilen tıbbi tanı ve klinik durumları, kısıtlanma kararı ve kısıtlanma seviyesi gibi özellikler açısından değerlendirilmesi ve sonuçların kaynaklarla karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Çalışmaya dahil edilen 482 olgunun 21'i, daha önce medeni hakları kısıtlanmış ve kısıtlanma ihtiyacının yeniden değerlendirilmesi için yönlendirilmişken; 461'i medeni haklarının kısıtlanması istemiyle ilk kez yönlendirilmiştir. Kısıtlanmasının uygun olup olmadığının değerlendirilmesi için gönderilen 461 olgunun 42'sinde (%9,1) ayrıca TMK madde 432 kapsamında koruma amacıyla özgürlüğünün kısıtlanmasının gerekip gerekmediği de sorulmuştur. Mahkemeler tarafından görüş istenen olguların sayıları 2016 yılında 55 (%11,4), 2017 yılında 62 (%12,9), 2018 yılında 87 (%18,1), 2019 yılında 126 (%26,1) ve 2020 yılında 152 (%31,5) olup; yıllara göre sayıca artma eğiliminde olduğu saptanmıştır.

Kısıtlanması için ilk kez yönlendirilen 461 olgunun 249'u (%54) erkek, 212'si (%46) kadın olup, yaş ortalaması $48,8 \pm 21,07$ 'dir. Olgular yaş gruplarına göre incelendiğinde; 18 yaş altında 4 olgu (%0,9), 18-64 yaş aralığında (18. ve 64. yaşlar dahil) 340 olgu (%73,8), 65 yaş ve üstünde 117 olgu (%25,3) vardır. En sık rapor talep eden makamların sırasıyla; sulh hukuk mahkemeleri (n=277, %60,2), aile mahkemeleri (n=124, %26,9) ve Cumhuriyet Savcılıkları (n=53, %11,5) olduğu belirlenmiştir. Olguların tamamında müzekkerede vasi tayini gerekip

gerekmediği sorulmuş olup, yalnızca 30 (%6,5) olguda yasal danışman, 2 (%0,4) olguda kayyım atanmasının gerekip gerekmediği de sorulmuştur. Olguların 351'inde (%76,1) kısıtlanma isteminin gerekçesinin belirtilmediği, 110'unda (%23,9) belirtildiği görülmüştür. Müzekkerelerdeki en sık belirtilen gerekçelerin boşanma davası (n=43, %9,4), velayet davası (n=11, %2,4), boşanma+velayet davası (n=35, %7,6) olduğu saptanmıştır. Olgulardan 210'unun (%45,6) kısıtlanmasına gerek olmadığı, 179 (%38,9) olguya vasi atanmasının, 37 (%8) olguya yasal danışman atanmasının uygun olduğuna karar verildiği, 35 (%7,5) olgunun kısıtlanma durumuna karar verilemediği, kayıtlıdır. Tüm yaş grupları incelendiğinde en sık kısıtlanma sebebi olan hastalıkların; demans (n=47, %10,2), psikotik bozukluklar (n=54, %11,7), travma nedenli kafa içi kanama ve inmeler (n=41, %8,9), mental retardasyon (n=31, %6,7), bipolar bozukluk (n=28, %6,1) ve alkol ve/veya madde kullanım bozuklukları (n=27, %5,9) olduğu saptanmıştır. Geriatrik yaş grubundaki kişilerde kısıtlanma nedeni olarak demans ve inme ön plana çıkarken; aktif çalışan yaş grubunda psikiyatrik hastalıklar ve travma nedenli kafa içi kanamaların öne çıktığı görülmüştür.

Kısıtlanma durumunun yeniden değerlendirilmesi için yönlendirilen olgular incelendiğinde: önceden vasi atanmasının uygun olacağı şeklinde hakkında rapor düzenlenmiş olan 18 olgunun 7'sinde (%38,9) kısıtlanma gerekliliğinin ortadan kalktığı, 8'inde (%44,4) vasi ihtiyacının devam ettiği ve 3'ünde (%16,7) yasal danışman atanmasının uygun olduğuna karar verildiği; önceden yasal danışman atanmasının uygun olduğu kararı verilmiş olan 3 olgunun 1 tanesinde kısıtlanma gerekliliğinin ortadan kalktığı, 2 tanesinde vasi atanmasının uygun olduğuna karar verildiği kayıtlıdır.

Zorunlu yatış ve tedavi açısından değerlendirmesi istenen olgulardan, 14'üne (%33,3) TMK madde 432 kapsamında özgürlüğünün kısıtlanmasının uygun olacağı, 28'ine (%66,7) TMK madde 432 kapsamında özgürlüğünün kısıtlanmasına gerek olmadığı yönünde sonuç verildiği saptanmıştır.

Medeni hakların kısıtlanması ile ilgili raporların, hukuki ehliyeti sınırlandırması nedeniyle rapor düzenlenen kişi açısından çok önemli sonuçları bulunmaktadır. Bu sebeple raporun düzenlendiği yer ve düzenleyen hekimlerden bağımsız olarak aynı şartlardaki, aynı bulgulara sahip kişilere, aynı kısıtlanma

kararının verilebilmesi için standardizasyonun sağlanmasına ihtiyaç bulunmaktadır. Bu konuda yargı organının kısıtlanma istemi ile ilgili müzekkereler ve eklerinin, gerek kişi hakkında, gerek istemin gerekçesi ve beklentilerle ilgili yeterli ve uygun bilgi içermesi, ilk basamak olarak ele alınmalıdır. Diğer taraftan, hekimler tecrübeleri ile en uygun gördükleri kanaatlerini kullanarak kısıtlama kararlarını vermek zorunda kaldıklarından, hukuki dayanağı başta olmak üzere farklı merkezlerde farklı uygulamaların ortaya çıkmasının önlenmesi için, yol gösterici ve ayrıntılı kılavuzların oluşturulmasına ihtiyaç bulunmaktadır.

Anahtar Sözcükler: Hukuki ehliyet, Vasi, Yasal danışman, Zorunlu yatış

8. ABSTRACT

Restriction or limitation of civil rights is the transfer of the authority to exercise civil rights to a natural (physical) person appointed by the court, partially (trustee, legal advisor) or completely (legal guardianship). In addition, there are options for compulsory hospitalization and treatment for people who pose a danger to the society and/or for whom it is decided that routine restraint methods such as the appointment of legal counsel and guardian are not sufficient.

In our study, the reports of 482 cases referred by judicial authorities with the request of restriction of their civil rights between January 01, 2016 and December 31, 2020 were examined retrospectively. In the study, it is aimed to evaluate the features such as age, gender, medical diagnosis and clinical conditions stated in the report, restriction decision and restriction level of the cases referred with the request of restriction of their civil rights, and compare the results with the sources.

While 21 of the 482 cases included in the study had previously been restricted in their civil rights and were referred for reassessment of the need for restriction; 461 of them were sent for the first time to restrict their civil rights. In 42 (%9.1) of 461 cases sent to evaluate whether the restriction was appropriate, they were also asked whether it was necessary to restrict their freedom for the purpose of protection within the scope of article 432 of the Turkish Civil Law. The number of the cases was 55 (%11.4) in 2016, 62 (%12.9) in 2017, 87 (%18.1) in 2018, 126 (%26.1) in 2019 and 152 in 2020 (%31.5); it has been determined that the number tends to increase year by year.

Of the 461 cases referred for evaluation the need for restriction for the first time, 249 (%54) were male and 212 (%46) were female, with a mean age of 48.8 ± 21.07 years. When the cases are examined according to age groups; there were 4 cases (%0.9) under the age of 18, 340 cases (%73.8) between the ages of 18-64 (including the 18th and 64th years), and 117 cases (%25.3) aged 65 and over. In order of the authorities requesting reports most frequently; civil courts of peace (n=277, %60.2), family courts (n=124, %26.9) and Public Prosecutor's Offices (n=53, %11.5). In all of the cases, it was asked whether a guardian should

be appointed in the court order, and it was also asked whether a legal counselor should be appointed in only 30 (%6,5) cases and whether a trustee should be appointed in 2 (%0,4) cases. It was observed that the reason for the restriction request was not stated in 351 (%76.1) of the cases, while it was stated in 110 (%23.9) cases. It was determined that the most frequently stated reasons in the court order were divorce cases (n=43, %9,4), custody cases (n=11, %2,4), divorce+custody cases (n=35, %7,6). It was decided that there was no need to restrict the person in 210 (%45,6) cases, that it was appropriate to assign a guardian to the person in 179 (%38,9) cases, that it was appropriate to assign a legal advisor to the person in 37 (%8) cases, and in 35 (%7,5) cases the restriction status could not be decided, in the records. When all age groups are examined, the most common causes of restriction are; dementia (n=47, %10.2), psychotic disorders (n=54, %11.7), trauma-induced intracranial bleeding and strokes (n=41, %8.9), mental retardation (n=31, %6.7), bipolar disorder (n=28, %6.1) and alcohol and/or substance use disorders (n=27, %5.9). While dementia and stroke come to the forefront as the reason for limitation in geriatric age group; psychiatric diseases and intracranial hemorrhages due to trauma were observed to be prominent in the active working age group.

When the cases referred for the re-evaluation of the restriction situation were examined; out of 18 cases, for which a report was prepared that it would be appropriate to appoint a guardian beforehand, the necessity of restriction was eliminated in 7 (%38.9) cases, the need for a guardian continued in 8 (%44.4) cases, and it was decided that the appointment of a consultant was appropriate in 3 (%16.7) cases; it is recorded that out of 3 cases in which it was previously decided that the appointment of a legal advisor was appropriate, the necessity of restriction was removed in 1 of them, and it was decided that the appointment of a guardian was appropriate in 2 of them.

Of the cases requested to be evaluated in terms of compulsory hospitalization and treatment; it was determined that 14 (%33.3) of them were found to be appropriate to restrict their freedom under article 432 of Turkish Civil Law, while 28 (%66.7) did not need to be restricted under article 432 of Turkish Civil Law.

Reports on the restriction of civil rights have very important consequences for the person to whom the report is drawn, since they limit the legal capacity. For this reason, there is a need to ensure standardization so that the same restriction decision can be made to people under the same conditions and with the same findings, regardless of the place where the report is issued and the physicians who issue it. In this regard, the writs and annexes of the judicial body regarding the restriction request; it should be considered as a first step that the request contains sufficient and appropriate information about the person, the reason for the request and the expectations. On the other hand, since physicians have to make restriction decisions using their experiences and opinions they deem most appropriate, there is a need to create guiding and detailed guides in order to prevent the emergence of different practices in different centers, especially on the legal basis.

Key Words: Legal capacity, Legal guardianship, Legal advisor, Compulsory hospitalization

9. KAYNAKLAR

1. Koç N. Türk Medenî Kanunundaki Düzenlemeler Işığında Vesayet Hukukuna Genel Bir Bakış. Dokuz Eylül Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi. 2005; 7(0): 99-120.
2. Oral G. Adli Tıp ve Ruhsal Bozukluklar-Adli Psikiyatri. Adli Tıp ve Ruh Hastalıkları ile İlgili Yasalar. Adli Tıp Ders Kitabı. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Basım ve Yayınevi Müdürlüğü; 2011. s551-594, s675-733.
3. Tırtıl L, Biçer Ü, Oral G. Adli Psikiyatri, Dokgöz H, 2. baskı, Adli Tıp&Adli Bilimler. Ankara. Akademisyen Kitabevi, 2019; 541-579.
4. Karagöz M. Yaşlı ve Adli Tıp. GeroFam 2010, 1.1: 97-110
5. Oral G. Adli Psikiyatri, Sosyal Z, Çakalır C. (editörler) Adli Tıp, Cilt 1ı, Bölüm 35, İstanbul: İstanbul Üniversitesi Basım ve Yayınevi Müdürlüğü, 1999. s1550-1558
6. Biçer Ü, Tırtıl L, Kurttaş Ö, Aker T. Adli Psikiyatri, Koç S, Can M (editörler), Birinci Basamakta Adli Tıp. 2. Baskı. İstanbul. Türk Tabipleri Birliği-İstanbul Tabip Odası. Mart 2011; s242-252.
7. Dinçmen K. Adli Psikiyatri. İstanbul: Birlik Yayınları; 1984. s66-67, 73-74, 136
8. Aydoğdu H, Askay M, Kırıcı G, Özer E. 18-65 Yaş Aralığındaki Kişilerde Hukuki Ehliyetin Değerlendirilmesi. Adli Tıp Bülteni 2018; 23(2), 100-105
9. Cavlak M, Balseven A, Akçan R, Yıldırım M, Lale A, Heybet E ve ark. Assessment Of Legal Capacity In The Geriatric Population: A retrospective Study. Turkish Journal of Geriatrics/Türk Geriatri Dergisi 2014; 17(4), 350-355
10. Kulu M, Özsoy F. Engelli Sağlık Kurulunda Verilen Vasilik Raporları. Bozok Tıp Derg 2019; 9(2), 6-10
11. Biçer, Ü, Hancı H. Adli Psikiyatri (Birinci Basamak İçin Adli Tıp Elkitabı) TTB-ATUD. 1999: 147-56.
12. 14.04.1928 Resmi Gazete Tarihli ve 29316 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatların Tarzı İcrasına Dair Kanun. (Erişim adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=1219&MevzuatTur=1&MevzuatTertip=3> Erişim tarihi: 11.08.2021).

13. T.C. Sağlık Bakanlığı, Tıpta Uzmanlık Kurulunca Kabul Edilen Müfradatlar.(Erişim adresi: <https://tuk.saglik.gov.tr/TR-84694/v-24-dokumanlari.html> Erişim Tarihi: 11.08.2021).
14. Yağmur F. 1992-2002 Yılları Arasında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalına Başvuran Olguların Değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adli Tıp Anabilim Dalı, Ankara, 2004
15. Akansu B. 1998-2002 Yılları Arasında Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Tarafından Düzenlenmiş Adli Raporların İncelenmesi. Uzmanlık Tezi, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı, Edirne, 2004
16. Gül İ. Demansın Hukuki Boyutları. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Bilgi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Hukuk Yüksek Lisans Programı (İnsan Hakları Hukuku), İstanbul, 2012
17. Oğuzman K. Medeni Hukuk Dersleri (Giriş-kaynaklar-temel kavramlar), İstanbul, Filiz Kitapevi, 1994, s.3-4
18. Dural M, Ögüz T. Türk Özel Hukuku, Cilt II, Kişiler Hukuku, İstanbul, Filiz Kitapevi, 2006 s.8
19. Helvacı S. Gerçek Kişiler, İstanbul, Legal Yayıncılık, 2010, s.19
20. Serozan R. Medeni Hukuk, Genel Bölüm/Kişiler Hukuku, İstanbul, Vedat Kitapçılık, 2011, s.391-392
21. Akipek JG, Akıntürk T. Türk Medeni Kanunu, Başlangıç Hükümleri-Kişiler Hukuku, İstanbul, Beta Yayınları, 2002, s.300-301
22. Öztan B. Aile Hukuku, Ankara, Turhan Kitapevi, 2004, s.758-759
23. Oktay-Özdemir S. Yargıtay Uygulamaları Işığında Noterlerin Hukuki Sorumluluklarının Dayandığı Esas ve Sorumluluğun Koşulları. Prof Dr Yavuz Alangoya İçin Armağan, İstanbul, 2007, s.693-714
24. Akipek JG, Akıntürk T. Türk Medeni Kanunu, Başlangıç Hükümleri-Kişiler Hukuku, İstanbul, Beta Yayınları, 2002, s.319.
25. Korkusuz R. Hukukumuzda Tehlike Sorumluluğu Uygulaması ve Yeni Borçlar Kanunundaki Düzenlemesi. Gazi Üniversitesi Hukuk Fakültesi Sorumluluk ve Tazminat Hukuku Sempozyumu, Ankara, 2009, s.147-209

26. Dural M, Öğüz T. Türk Özel Hukuku, Cilt II, Kişiler Hukuku, İstanbul, Filiz Kitapevi, 2006 s.74.
27. Helvacı S. Gerçek Kişiler, İstanbul, Legal Yayıncılık, 2010, s.73
28. Yılmaz A. Yaşlılığı Nedeniyle Hukuki Ehliyet Değerlendirilmesi İstenen Olgularda Hukuki Ehliyet Değerlendirme Formu'nun (HEDEF) Uygulanabilirliğinin Ölçülmesi. Uzmanlık Tezi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adli Tıp Anabilim Dalı, Eskişehir, 2020
29. Can Y, Sercan M, Saatçioğlu Ö, Soysal H, Uygur N. Hukuki Ehliyeti Değerlendirme Formu (HEDEF) Geçerlilik, Güvenilirlik ve Duyarlılığı. Klinik Psikiyatri Dergisi. 2006; 9(1), 6-8
30. Roth LH, Meisel A, Lidz CW. Test of competency to consent to treatment. The American Journal of Psychiatry. 1977
31. Lieff S, Maindonald K, Shulman K. Issues in determining financial competence in the elderly. Can Med Assoc J. 1984, 130, 1293-1296
32. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences, clinical psychiatry: Williams & Wilkins Co: 1994.
33. Kalem ŞA, Öktem Ö, Emre M. Kısa Blessed Oryantasyon-Bellek-Konsantrasyon Testi (BOMC) ve Standartize Mini Mental Test (SMMT) Betimsel İstatistik Değerlerinin Bir Erişkin Türk Örnekleminde Saptanması. Nöropsikiyatri Arşivi. 2002; 39(2-3-4), 95-102
34. Herndon, Robert. Handbook of Neurologic Rating Scales, Demos Vermande, New York, 1997
35. Folstein MF, Folstein SE, Mchugh PR. "Mini-Mental State" A Practical Method For Grading The Cognitive State Of Patients For The Clinician. J Psychiat Res. 1975;12, 189-198
36. Molloy DW, Standish TIM. Mental Status and Neuropsychological Assesment A Guide to the Standardized Mini-Mental State Examination. International Psychogeriatrics. 1997; 9, 87-94.
37. Güngen C, Ertan T, Eker E, Yaşar R. Standartize Mini Mental Test'in Türk Toplumunda Hafif Demans Tanısında Geçerlilik ve Güvenilirliği. Türk Psikiyatri Dergisi. 2002; 13(4), 273-281

38. Dick JRP, Guilof RJ, Stewart A, Blackstock J, Bielewska C, Paul EA et al. Mini-mental state examination in neurological patients. J Neurol, Neurosurg and Psychiatry. 1984; 47, 469-499
39. Gülmez Ö, Tümer AR, Karacaoğlu E, Akçan R, Odabaşı AB. Alzheimer Hastalığında Fiil Ehliyeti. sted. 2014; 23(1),30-38
40. Barton W, Laura B, Paul S, Mulidar S, Thal L, Henry R et al. Assesment of capacity to constent to research among older persons with schizoprenia, Alzheimer's disease, or diabetes mellitus. Arch Gen Psychiatry. 2005; 62, 726-733
41. Yılmaz A, Karbeyaz K, Eşsizoglu A. Yaşlılık Nedeniyle Hukuki Ehliyet Değerlendirilmesi İstenen Olgularda Hukuki Ehliyeti Değerlendirme Formu'nun (HEDEF) Uygulanabilirliğinin Ölçülmesi. Osmangazi Tıp Dergisi, 2019; 41(2), 109-117
42. Tat O. Türk Medeni Hukukunda Yasal Danışmanlık. Yüksek Lisans Tezi, Çağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Özel Hukuk Anabilim Dalı, Mersin, 2017
43. Akıntürk T, Karaman A. Türk Medeni Hukuku-Aile Hukuku, İstanbul, Beta Yayınları, 2011, s.482
44. Özmen İ. Vesayet Hukuku Davaları, Kartal Yayınevi, Ankara, 2004, s.171-176, 221
45. Dural M, Ögüz T, Gümüş A. Türk Özel Hukuku, Cilt III, Aile Hukuku, Filiz Kitapevi, İstanbul, 2005, s.589, s.682
46. Yargıtay 21. Hukuk Dairesi, 24.01.2008, 2007/7560 E. 2008/858 K. (Erişim Adresi: www.hukukturk.com Erişim Tarihi: 19.08.2021)
47. Yargıtay 2. Hukuk Dairesi, 18.09.1987, 1987/5915 E. 1987/6755 K. (Erişim Adresi: www.hukukturk.com Erişim Tarihi: 19.08.2021)
48. Yargıtay 2. Hukuk Dairesi, 20.03.2008, 2007/19972 E. 2008/3802 K. (Erişim Adresi: www.hukukturk.com Erişim Tarihi: 19.08.2021)
49. Yılmaz Y, Saygılı İ, Yanartaş Ö, Baykaran MB, Kesebir S, Yıldız D. Zorunlu Yatışta Psikiyatrik ve Hukuksal Süreç. New Symposium Journal 2013; 51(1), 46-50

50. Aydın Er R, Şehiraltı M.Çözümlememiş Bir Konu: Psikiyatrik Bozukluğu Olan Hastanın Gönülsüz/Zorla Tedavi Edilmesi. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi 2010; 1(1), 39-45
51. Sert G, Özçelik H, Yıldırım G.Türkiye’de Akıl Hastalığı Olan Hastalarda Zorla Yatırma ve Zorla Tedavi/Hukuki ve Etik Sorunlar. Lokman Hekim Dergisi 2019; 9(3), 393-404
52. Sağlık Bakanlığı Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (2011-2023). (Erişim Adresi: <https://khgmsehirhastaneleridb.saglik.gov.tr/Eklenti/30333/0/ulusal-ruh-sagligi-eylem-planipdf.pdf> Erişim Tarihi: 21.08.2021)
53. KarH, Dokgöz H. Adli Rapor, Dokgöz H, 2. baskı, Adli Tıp&Adli Bilimler. Ankara. Akademisyen Kitabevi, 2019;359-377.
54. 02.11.2011 Resmi Gazete Tarihli, 28103 Sayılı (Mükerrer) Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşların Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname. (Erişim Adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/11/20111102M1-3.htm> Erişim Tarihi: 23.08.2021)
55. 12.01.1961 Resmi Gazete Tarihli, 10705 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Kanunu. (Erişim Adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.4.224.pdf>, Erişim Tarihi: 23.08.2021)
56. 17.12.2004 Resmi Gazete Tarihli, 25673 Sayılı Ceza Muhakemesi Kanunu. (Erişim Adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.5271.pdf>, Erişim Tarihi: 23.08.2021)
57. 04.02.2011 Resmi Gazete Tarihli, 27836 Sayılı Hukuk Muhakemeleri Kanunu. (Erişim Adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.6100.pdf>, Erişim Tarihi: 23.08.2021)
58. 24.11.2016 Resmi Gazete Tarihli, 29898 Sayılı Bilirkişilik Kanunu. (Erişim Adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.6754.pdf>, Erişim Tarihi: 23.08.2021)

59. 03.08.2017 Resmi Gazete Tarihli, 30143 Sayılı Bilirkişilik Yönetmeliği. (Erişim Adresi: <https://bilirkisilik.adalet.gov.tr/Resimler/SayfaDokuman/272020153902Bilirki%C5%9Filik%20Y%C3%B6netmeli%C4%9Fi.pdf>, Erişim Tarihi: 23.08.2021)
60. Koç S.Adli Tıpta Rapor Hazırlama Tekniği ve Rapor Örnekleri. Soysal Z, Çakalır C, editörler. Adli Tıp, İstanbul, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Yayınları Rektörlük No: 4165,İstanbul Üniversitesi Basım ve Yayınevi Müdürlüğü, 1999. s.1573-1633
61. T.C. Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü, Acil Servislerde Madde Kullanım Bozukluklarına Yaklaşım Rehberi, Ankara, 2020. (Erişim Adresi: <https://khgmacilveyurtdisisaglikdb.saglik.gov.tr/Eklenti/37406/0/acil-servislerde-madde-kullanim-bozukluklarina-yaklasim-rehberipdf.pdf>,Erişim Tarihi: 26.09.2021)
62. Coşkunol H, Bağımlılık Yapan Maddeler ve Kullanım Biçimleri, Karamustafalıoğlu O, editör. Temel ve Klinik Psikiyatri, 2017, s.581-584
63. United Nations Office on Drugs and Crime, World Drug Report 2017 (ISBN: 978-92-1-148291-1, eISBN: 978-92-1-060623-3, United Nations publication, Sales No. E.17.XI.6).
64. Amerikan Psikiyatri Birliği'nin Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Sınıflandırma Elkitabı Beşinci Baskı (DSM 5), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabından, çev. Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2013.
65. Güleç G, Köşger F, Eşsizoglu A. DSM-5'te Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları, Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 2015; 7(4):448-460.
66. Yeloğlu ÇH, Hocoğlu Ç. Önemli Bir Ruh Sağlığı Sorunu: Bipolar Bozukluk, Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Dergisi. 2017; 8(30):41-54
67. Eroğlu ZM, Özpoyraz N. Bipolar Bozuklukta Koruyucu Tedavi, Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 2010; 2(2):206-236
68. Fagiolini A, Coluccia A, Maina G, Forgoine RN, Goracci A, Cuomo A. Diagnosis, Epidemiology and Management of Mixed States in Bipolar Disorder, CNS Drugs, 2015; 29(9):725-740

69. Suominen K, Mantere O, Valtonen H, Arvilommi P, Leppamaki S, Paunio T, Isometsa E. Early age onset of bipolar disorder is associated with more severe clinical features but delayed treatment seeking. *Bipolar Disord* 2007; 9: 698-705.
70. Goodwin RD, Jacobi F, Bittner A, Wittchen HU. Duygudurum bozukluklarının epidemiyolojisi. T Oral (Çev. Ed.), *Duygudurum Bozuklukları Temel Kitabı*, İstanbul: Sigma Publishing, 2007,s.33-54.
71. Schaffer A, Isometsä ET, Tondo L, Moreno DH, Sinyor M, Kessing LV, Turecki G, et al. Epidemiology, neurobiology and pharmacological interventions related to suicide deaths and suicide attempts in bipolar disorder. *Aust N Z J Psychiatry* 2015;49:785- 802.
72. APA. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5 ed. Arlington: American Psychiatric Association; 2013.
73. Delibaş DH, Çam B. Bir eğitim ve araştırma hastanesine yatan psikotik bozukluk tanılı hastaların sosyodemografik ve klinik özellikleri. *Journal Of Contemporary Medicine*, 2018; 8(3):259-263
74. Soygür H, Özalp E, Cankurtaran EŞ, Turhal L, Işık L, Çekiç U, ve ark. The first five hundred days of a newly settled inpatient service of psychiatry clinic: a descriptive study [Article in Turkish] The first five hundred days of a newly settled inpatient service of psychiatry clinic: a descriptive study [Article in Turkish]. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2005;6:170–176.
75. Durat G, Oksal HA. Sakarya eğitim ve araştırma hastanesi psikiyatri kliniğinin ilk üç yılının değerlendirilmesi. 2. Ulusal Psikiyatri Hemşireleri Günleri, 2008 Kongre Özet Kitabı, sf.96 (Erişim Adresi: <https://phdernegi.org/kongre-ozet-kitaplari/>, Erişim Tarihi: 27.09.2021)
76. Kalenderoğlu A. Sociodemographic and Clinical Characteristics of Patients in The Kahta State Hospital Psychiatry Clinic [Article in Turkish]. *Klinik Psikiyatri* 2017;20:30–36.
77. Rössler W, Salize HJ, Os JV, Rössler AR. Size of burden of schizophrenia and psychotic disorders. *Eur Neuropsychopharmacol* 2005;15:399-409.
78. Eaton WW, Chen C. Epidemiology. In: Lieberman JA, Stroup TS, Perkins DO, editors. *Textbook of schizophrenia*. 1st ed. Washington: American Psychiatric Pub; 2006. p.17–39.

79. Görmez A. Erişkin Zihinsel Yetersizliği ve Psikiyatri. İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Tıp Dergisi (IKSST), 2019; 11(Ek sayı):24-33
80. Okan M, Özdemir Ö. Çocuklarda Mental Retardasyon. Güncel Pediatri, 2005; 3:62-66
81. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Comprehensive textbook of psychiatry: lippincott Williams & wilkins Philadelphia; 2000.
82. TUİK. Türkiye Özürlüler Araştırması. Ankara; 2002. (Erişim Adresi: <https://kutuphane.tuik.gov.tr/pdf/0014899.pdf>, Erişim Tarihi: 28.09.2021)
83. İşeri PK, Efendi E. Demanslı Hastaya Klinik Yaklaşım ve Tedavi. sted. 2003; 12(12),458-461
84. Perkins P, Annegers JF, Doody RS, Cooke N, Aday L, Vernon SW. Incidence and prevalence of dementia in a multiethnic cohort of municipal retirees. Neurology 1997; 49 (1):44-50
85. Emik G, Cangöz B. Alzheimer Tipi Demans ve Hafif Bilişsel Bozukluğu Olan Hastaların Dikkat, Bellek ve Yönetici İşlevler Açısından Karşılaştırılması. Turkish Journal of Geriatrics, 2012; 15 (3): 306-318
86. Barlas GÜ, Onan N. Alzheimer Hastası ve Aileleri İle İletişim. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2008; 11(4): 105-111
87. Şahin HA, Yazıcı TG. Alzheimer Hastalığı. Klinik Gelişim, 2010; 1: 28-52
88. Gürvit İH, Baran B. Demanslarda ve Kognitif Bozukluklarda Ölçekler. Nöropsikiyatri Arşivi, 2007; 44: 58-65
89. Naidech AM. Intracranial Hemorrhage. American Journal Of Respiratory And Critical Care Medicine, 2011; 184: 998-1006
90. Wermer MJH, van der Schaaf IC, Algra A, Rinkel GJE. Risk of rupture of unruptured intracranial aneurysms in relation to patient andaneurysm characteristics: an updated meta-analysis. Stroke 2007;38: 1404-1410
91. Şanlı D. Difüzyon Ağırlıklı MRG'nin İntrakranial Kanamalarda Tanı Değeri. Uzmanlık Tezi, Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Van, 2011.
92. Holbourn AHS. The mechanics of brain injuries. Br Med Bull. 1945; 3:147-149.

93. Can HN. Acil Servise Hafif Kafa Travması İle Başvuran Ve Beyin Bilgisayarlı Tomografi İncelemesi Yapılan Hastaların; Kanada Kafa Travması Bilgisayarlı Tomografi İsteme Kriterleri İle New Orleans Kriterlerine Göre Karşılaştırılması. Uzmanlık Tezi, Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Manisa, 2018
94. Faul M, Xu L, Wald MM, Coronado VG. Traumatic Brain Injury in the United States: Emergency Department Visits, Hospitalizations and Deaths, 2002-2006. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control; 2010.p.20-47
95. Eskin V. Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Acil Servisi'ne Kafa Travması Nedeniyle Başvuran Hastaların Retrospektif Analizi. Uzmanlık Tezi, Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Van, 2020.
96. Rao V, Lyketsos C. Neuropsychiatric sequelae of traumatic brain injury. Psychosomatics. 2000;41(2):95-103.
97. Kaya M. Hemorajik İnme – İskemik İnme Ayırıcı Tanısında Hematolojik Parametrelerin ve CRP'nin Yeri. Uzmanlık Tezi, Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Bolu, 2018.
98. Özenç B. Yeni Oral Antikoagülan Kullanmakta İken Serebrovasküler Olay (İskemik Veya Hemorajik) Geçiren Hastaların Epidemiyolojik İncelemesi Ve Serebrovasküler Olay Oranının Araştırılması. Uzmanlık Tezi, T.C.Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Numune Sağlık Uygulama Ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji Kliniği, Ankara, 2019.
99. Ihle-Hansen H, Thommessen B, Wyller TB, Engedal K, Fure B, et al. Risk factors for and incidence of subtypes of ischemic stroke. Funct Neurol 2012; 27(1): 35- 40
100. Organization WH. World Population Ageing 1950-2050. Geneva: Who, Department of Economic and Social Affairs Population Division, 2002.
101. TÜİK., İstatistiklerle Yaşlılar, 2019. (Erişim adresi: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Yasli-lar-2019-33712> Erişim Tarihi: 11.11.2021).

102. Ersoy MA, Zeyfeolu Y, Hancı İH. Coşkunol H. Bir Üniversite Hastanesi Psikiyatri Kliniğinde 1999 Yılı İçinde Verilen Adli Raporların İncelenmesi. Adli Tıp Bülteni 1999;4(2): 60-4.
103. Gökçeimam PŞ, Sünbül EA, Gökbakan AM, Özel ME, Kurban RD, Aşkın R. Bir Psikiyatri Dal Hastanesi Sağlık Kuruluna vesayet uygunluğu açısından gönderilen kişilerin değerlendirilmesi. Anadolu Psikiyatri derg 2019; 20(6): 627-634.
104. Melamed Y, Doron I, Shnitt D. Guardianship of people with mental disorders. Soc Sci Med 2007;65: 1118-1123.
105. Arslan FC, Karagüzel EÖ, Aykut DS, Kocagöz K, Kutlu G, Baz A ve ark. Bir Üniversite Hastanesi Psikiyatri Polikliniğine Başvuran Adli Olguların İncelenmesi. Adli Tıp Dergisi 2016; 30(3): 205-212.
106. Aydın S, Batmaz S, Aslan EA, Çelikbaş Z, Çetin S. Adli Psikiyatri Değerlendirmesinde Multidisipliner Yaklaşım. Adli Tıp Bülteni 2021; 26(2): 101-111.
107. Koçer B. Demans epidemiyoloisi. Demans Dizisi 1999; 1: 41-44
108. Asan Ö, Tıkır B, Okay İT, Göka E. Bir AMATEM Birimine Başvuran Alkol ve Madde Kullanım Bozukluğu olan Hastaların Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri. Bağımlılık Dergisi, 2015, 16.1: 1-8.
109. Bulut M, Savaş HA, Cansel N, Selek S, Kap Ö, Yumru M ve ark. Gaziantep Üniversitesi alkol ve madde kullanım bozukluklari birimine başvuran hastaların sosyodemografik özellikleri. Journal of Dependence, 2006, 7: 65-70.
110. Doğanavşargil Ö, Setöz ÖÖ, Coşkunol H, Şen G. EÜTF Psikiyatri Anabilim Dalı Bağımlılık Tedavi Biriminin Hasta Verilerinin On Yıllık Geriye Dönük Olarak İncelemesi: Madde Kullanan Hastaların Sosyodemografik Özellikleri. Bağımlılık Dergisi, 2004, 5.3: 115-120
111. Demirel ÖF, Balcıoğlu İ. Alkol ve Madde Bağımlılığında Ceza Sorumluluğu ve Fiil Ehliyeti. Yeni Symposium Dergisi, 2015, 53(1), 27-32.
112. Akıncı E, Öncü F, Ger C, Sabuncuoğlu M, Kırmızı A, Eradamlar N. Bipolar Bozukluğu Olan Hastalarda Yasal Temsilci Atanma Önerisini Etkileyen Sosyodemografik ve Klinik Özellikler. Türk Psikiyatri Dergisi, 2017, 28(3): 149-155.

113. Yeleoğlu ÇH, Hocaoglu Ç. Önemli Bir Ruh Sağlığı Sorunu: Bipolar Bozukluk. Mustafa Kemal Üniv Tıp Derg, 2017; 8(30): 41-54.
114. Lee YH. Psychiatric epidemiology in Korea. Part I: Gender and age differences in Seoul. J Nerv Ment Dis, 1990; 178: 242-246
115. Baldassano CF, Marangell LB, Gyulai L, Ghaemi SN, Joffe H, Kim DR, et al. Gender differences in bipolar disorder: retrospective data from the first 500 STEP-BD participants. Bipolar Disord 2005; 7: 465-470.
116. Yüncü Z, Kesebir Z, Akdeniz F, Vahip S. Anticipation in bipolar disorder: a comparison between two generations. Turk Psikiyatri Derg 2008; 19: 349-357
117. Delibaş DH, Çam B. Bir eğitim ve araştırma hastanesinde yatan psikotik bozukluk tanılı hastaların sosyodemografik ve klinik özellikleri. J Contemp Med 2018; 8(3): 259-263
118. Binbay T, Ulaş H, Elbi H, Alptekin K. Türkiye’de Psikoz Epidemiyolojisi: Yaygınlık Tahminleri ve Başvuru Oranları Üzerine Sistemik Bir Gözden Geçirme. Turk Psikiyatri Derg, 2011, 22.1: 40-52.
119. Varma GS, Özdel O, Karadağ F, Tümkaya S, Kalaycı D, Kaya S. Şizofreni ve şizoafektif bozuklukta Bilişsel İşlevlerin Karşılaştırılması. Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi 2011; 24: 175-181
120. Kaytaş BN, Abut FB, Yıldız M. Şizofreni ve Şizoafektif Bozukluk Tanısı Almış Hastalarda Çalışma Yaşamının İncelenmesi: Bir Pilot Çalışma. Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2017; 3(3): 13-17
121. Marwaha S, Johnson S. Schizophrenia and employment. Soc Psychiatry Psyciatr Epidemio. 2004; 39(5): 337-349.
122. Yıldız M, Yazıcı A, Böke Ö. Şizofrenide nüfus ve klinik özellikler: Çokmerkezli kesitsel bir olgu kayıt çalışması. Türk Psikiyatri Derg. 2010; 21(3): 213-224.
123. Liberman RP, Kopelowicz A, Ventura J, Gutkind D. Operational criteria and factors related to recovery from schizophrenia. Int Rev Psychiatry. 2002; 14: 256-272.
124. Priebe S, Warner R, Hubschmid T, Eckle I. Employment, attitudes toward work, and quality of life among people with schizophrenia in three countries. Schizophr Bull. 1998; 24(3): 469-477.

125. Deveci A, Danacı AE, Gürlek E ve ark. (2005) Psikiyatri kliniğinde yatarak izlenen şizofreni hastalarının sosyodemografik ve klinik özellikleri. Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji (3P) Dergisi, 13: 49-53.
126. Vardar E, Çalıyurt O, Tuğlu C ve ark. (2000) Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı'nın 1990 yılından bu yana günümüze ve 1999 yılında yatarak tedavi gören hastaların sosyodemografik ve tedavi özelliklerinin değerlendirilmesi. 9. Anadolu Psikiyatri Günleri Bildiri Özetleri Kitabı, Edirne, s. 751-761.
127. Mullen PE, Burgess P, Wallace C, Palmer S, Ruschena D. Community care and criminal offending in schizophrenia. Lancet 2000; 355:614-617.
128. Belli H, Ural C, Vardar MK, Tezcan B. Şizofrenide Şiddet ve Cinayet Eylemi: Risklerin Değerlendirilmesi, Önleyici Tedbirler ve Tedavide Klorazepin Yeri. Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi 2011;24:222-227.
129. Fazel S, Gulati G, Linsell L, Geddes JR, Grann M. Schizophrenia and violence: systematic review and meta-analysis. PLoS Med 2009; 6:100-120.
130. Belli H, Özçetin A, Ertem U, Tuyluoğlu E, Namli M, Bayık Y, Simsek D. Perpetrators of homicide with schizophrenia: sociodemographic characteristics and clinical factors in the eastern region of Turkey. Compr Psychiatry 2010; 51:135-141.
131. Soygür H, Alptekin K, Atbaşoğlu EC, Herken H. Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği; 2007.
132. Atalay A. Bir Üniversite Hastanesinde 2012-2019 Yılları Arasında Suç İşlediği İddiası İle Değerlendirilen Zihinsel Yetersizlik Tanılı Yetişkinlerin Sosyodemografik, Klinik ve Kriminolojik Özellikleri. Uzmanlık Tezi; Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adli Tıp Anabilim Dalı, Isparta, 2020.
133. Aicardi J. Mental retardation. İn: Aicardi J Ed. Diseases of the Nervous System in Childhood. Cambridge, 1998; 822-825.
134. Hassiotis A, Barron DA, Hall I. Intellectual disability psychiatry: a practical handbook: John Wiley & Sons; 2013.
135. Kumral E, Balkır K. İnme epidemiyolojisi. Balkan S, editörler. Serebrovasküler Hastalıklar. Ankara; Güneş Kitabevi; 2002. s. 38-47.

136. Utku U. İnme Tanımı, Etiyolojisi, Sınıflandırma ve Risk Faktörleri. Turkish Journal of Physical Medicine & Rehabilitation/Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi, 2007, 53.
137. Ay S, Doğan ŞK, Evcik D. İnmeli Hastalarda Risk Faktörleri ve Fonksiyonel iyileşme Üzerine Etkileri. Yeni Tıp Dergisi, 2009; 26: 37-41.
138. Gagnon D, Nadeau S, Tam V. Ideal timing to transfer from an acute care hospital to an interdisciplinary inpatient rehabilitation program following a stroke: an exploratory study. BMC Health Serv Res 2006;23: 151.
139. Akdemir A, Cangöz B, Örsel S, Selekler K. Hafif Kognitif Bozukluğu Olan Hastalarda Alzheimer Tipi Demans Hastalarının Örtük Bellek Performansı Açısından Karşılaştırılması. Türk Psikiyatri Dergisi 2007; 18(2):118-128.
140. Kane NM. Legal guardianship and other alternatives in the care of elders with Alzheimer's disease. Am J of Alzheimer's Dis Deman 2001; 16(2): 89-96.
141. Marson DC. Loss of Competency in Alzheimer's disease: conceptual and psychometric approaches. Int J Law and Psychiat 2001, 24; 267-283.
142. Yılmaz Y, Saygılı İ, Yanartaş Ö, Baykaran MB, Kesebir S, Yıldız D. Zorunlu Yatışta Psikiyatrik ve Hukuksal Süreç. New/Yeni Symposium Journal 2013; 51(1): 46-51.
143. Gültekin BK, Çelik S, Tihan A, Beşkardeş AF, Sezer U. Bir Psikiyatri Hastanesine İstemli ve İstemdışı Yatışların Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri. Nöropsikiyatri Arşivi 2013; 50: 216-221.
144. Bauer A, Rosca P, Grinshpoon A, Khawaled R, Mester R, Yoffe R, et al. Trends in involuntary psychiatric hospitalization in Israel 1991-2000. Int J Law Psychiatry 2007; 30: 60-70.
145. Kropp S, Blanke U, Meiners Emrich H. Involuntary Hospitalisations in 2000 According to German "PsychKG" in the City of Hannover. Psychiatrische Praxis, 2005, 32(1): 18-22.
146. Saliz HC, Dressing H. Epidemiology of involuntary placement mentally ill people across the European Union. Br J Psychiatry 2004; 184: 163-168.
147. Zeppegno P, Airoldi P, Manzetti E, Panella M, Torre E. Involuntary psychiatric admissions: A retrospective study of 460 cases. Eur J Psychiat 2005; 19(3): 143-143.